

Stop przemocy!

PIELĘGNIARKI I POŁOŻNE
W OBRONIE
KRZYWDZONYCH DZIECI

WARSZAWA 2017

ISBN 978-83-919884-4-2

Stop przemocy!
Pielęgniarki i położne w obronie krzywdzonych dzieci

Autorzy: Teresa Jadczak-Szumiło, Katarzyna Pinkosz,
Renata Szredzińska, Małgorzata Szulik, Jolanta Zmarzlik,
Piotr Hartmann, Grzegorz Wrona

Redakcja: Marta Maruszczak, Katarzyna Pinkosz,
Paweł Kruś (red. prowadzący)

Korekta: Anna Rogala, Aleksandra Sobieraj

Projekt graficzny: Włodzimierz Pytkowski

Przygotowanie do druku i DTP: Anna Stępnik

Zdjęcie na okładce: Depositphotos

Wydawca: Media TV Plus Sp. z o.o.

„Zadanie finansowane ze środków
Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016-2020”



WSTĘP	
STOP PRZEMOCY WOBEC DZIECI!.....	5
Katarzyna Pinkosz	
<hr/>	
ROZDZIAŁ 1	
SKALA PROBLEMU KRZYWDZENIA DZIECI W POLSCE	7
Grzegorz Wrona	
<hr/>	
ROZDZIAŁ 2	
O PRZEMOCY W RODZINIE	15
Małgorzata Szulik	
<hr/>	
ROZDZIAŁ 3	
CZYNNIKI RYZYKA KRZYWDZENIA DZIECI.....	24
Renata Szredzińska	
<hr/>	
ROZDZIAŁ 4	
SYMPTOMY ŚWIADCZĄCE O PRZEMOCY WOBEC DZIECKA.....	36
Jolanta Zmarzlik	
<hr/>	
ROZDZIAŁ 5	
PICIE ALKOHOLU W CIĄŻY I PODCZAS KARMIENIA	44
Teresa Jadczyk-Szumiło	
<hr/>	
ROZDZIAŁ 6	
JAK ROZPOZNAĆ FASD U NIEMOWLĄT I DZIECI?	54
Teresa Jadczyk-Szumiło	
<hr/>	
ROZDZIAŁ 7	
RAMY PRAWNE OCHRONY DZIECKA PRZED KRZYWDZENIEM	63
Grzegorz Wrona	
<hr/>	
ROZDZIAŁ 8	
PRZESTĘPSTWA NA SZKODĘ DZIECKA	71
Grzegorz Wrona	
<hr/>	

SPIS TREŚCI

ROZDZIAŁ 9

ZADANIA PIELEŃNIAREK, POŁOŻNYCH I LEKARZY
W SYTUACJACH PODEJRZENIA PRZEMOCY WOBEC DZIECKA 82
Grzegorz Wrona

ROZDZIAŁ 10

KOGO ZAWIADOMIĆ O KRZYWDZENIU DZIECKA 88
Grzegorz Wrona

ROZDZIAŁ 11

PROCEDURA „NIEBIESKIE KARTY” 97
Grzegorz Wrona

ROZDZIAŁ 12

ALGORYTMY POSTĘPOWANIA Z DZIECKIEM KRZYWDZONYM 108
Piotr Hartmann

ROZDZIAŁ 13

DOKUMENTACJA URUCHAMIAJĄCA PROCEDURĘ
„NIEBIESKIE KARTY” 123

WSTĘP

Stop przemocy wobec dzieci!

Przemoc wobec dzieci jest w Polsce wciąż tematem tabu, skrywanym za parawanem „sprawy rodzinne, prywatne”. Nie ma miesiąca, by o takich przypadkach nie informowała prasa: „Tragedia w Wieruszowie. 3-latek dotkliwie pobity i zgwałcony”. „Dwumiesięczne niemowlę trafiło do szpitala z urazem głowy”. Niestety, często sprawa kończy się na alarmujących artykułach w gazetach i na portalach internetowych, a sam problem pozostaje nierozwiązany. Dane dotyczące liczby dzieci w Polsce, które doznają przemocy ze strony najbliższych, pokazują czubek góry lodowej. Większość przypadków wychodzi na jaw dopiero, gdy dochodzi do tragedii. Według danych policji, w 2016 r. ponad 14 tys. dzieci doznało przemocy domowej. Raport Fundacji Dajemy Dzieciom Siłę mówi o 4 tys. dzieci rocznie, które są ofiarami znęcania się przez najbliższych, ale ostrzega, że nawet co trzecie dziecko może być ofiarą krzywdzenia.

Najbardziej drastyczne przypadki dotyczą przemocy fizycznej – to bicie, potrząsanie dzieckiem, czasem nawet przypalanie niedopałkami papierosów. Krzyk, upokarzanie, poniżanie – emocjonalna przemoc ma równie dalekosiężne negatywne skutki. Okrutną krzywdą, która ma wpływ na całe późniejsze życie dziecka, jest molestowanie seksualne. Jednak przemoc fizyczna nie jest jedynym rodzajem krzywdzenia.

Żeby zastopować przemoc, konieczne są wielokierunkowe działania, a zwłaszcza mówienie głośno o prawach dziecka, takich jak prawo do miłości, szacunku, bezpieczeństwa. Ważne jest też, by całe otoczenie dziecka – dalsza rodzina, sąsiedzi, wychowawcy w przedszkolu i szkole, lekarze, pielęgniarki, położne – reagowało w każdym przypadku, gdy tylko istnieje podejrzenie przemocy. Wciąż uważa się, że krzyk czy awantura w domu to „sprawa rodzinna”, „sfera prywatna”. To potęguje bezradność ofiar. Małe dziecko nie powie, że jest krzywdzone – a najczęściej to właśnie małe dzieci padają ofiarą przemocy. Nie zawsze jest to bicie. Zdarza się, że rodzic zdenerwowany

WSTĘP

tym, że dziecko płacze, potrząsa nim z całej siły. Śladów na ciele nie widać, ale mogą pojawić się poważne zmiany w układzie nerwowym. Tzw. zespół dziecka potrząsanego jest wciąż częstym powodem hospitalizacji niemowląt.

Osobami, które mogą zwrócić uwagę na to, że z dzieckiem dzieje się coś niepokojącego, są również pracownicy ochrony zdrowia – lekarze, położne, pielęgniarki. Położna, która po porodzie przychodzi do domu, może zaobserwować, czy dziecko jest odpowiednio karmione i pielęgnowane z troską. Może też zwrócić uwagę na sytuację w rodzinie, czy nie jest ona zagrożona przemocą domową. Wizyty w gabinecie lekarskim w pierwszych latach życia dziecka to również dobry moment, by popatrzeć z uwagą na to, czy jest ono zaopiekowane, zadbane, otoczone troską. Na pewno powinna zwrócić uwagę sytuacja, gdy rodzice nie zgłaszają się systematycznie na wizyty w poradni z dzieckiem, albo wygląda ono na zaniedbane. Sygnałem alarmowym są siniaki, nietypowe ślady na ciele, urazy, złamania.

Starsze dziecko wstydzi się ujawnić, że jest ofiarą przemocy fizycznej, psychicznej czy seksualnej. Nie ma zaufania do dorosłych – jak może je mieć, skoro od najbliższych osób doświadczyło krzywdzenia? Dlatego często reaguje na przemoc zamknięciem się w sobie, poczuciem winy, wstydu. Bywa, że samo zadaje sobie ból fizyczny, okaleczając się, albo sięga po używki: papierosy, alkohol, dopalacze. Innym sposobem reagowania jest agresja w stosunku do innych: rówieśników, nauczycieli. Gdy ktoś oferuje pomoc, dziecko ją odrzuca, twierdząc, że nic nie jest mu potrzebne i samo doskonale sobie poradzi.

Dziecko, doświadczające przemocy w domu, często dostaje w szkole łatkę „sprawiającego kłopoty wychowawcze”. Trudno mu pomóc, dopóki nie zdiagnozuje się rzeczywistej przyczyny „złego” zachowania. I tu znów ogromna rola wszystkich osób, które widują dziecko na co dzień – nauczycieli, wychowawców, psychologa, pedagoga, ale również pielęgniarki szkolnej, lekarza, położnej. Gabinet pielęgniarki w szkole może być miejscem wzbudzającym zaufanie. Warto zwrócić uwagę na zachowania dziecka odbiegające od zachowań rówieśników (agresja, wycofanie, izolacja, nadmierne eksponowanie swojej seksualności). A także na to, czy na ciele nie widać siniaków, dziwnych otarć, śladów samookaleczania. Czujność powinny także wzbudzić pytania zadawane przez dziecko, jeśli np. nadmiernie skupiają się na seksualności.

Dzieci doświadczające przemocy wołają o pomoc swoim zachowaniem. Nie zawsze słyszymy ich krzyk. W niniejszej publikacji eksperci od lat zajmujący się problematyką przemocy w rodzinie zwracają uwagę na sygnały, które mogą świadczyć o tym, że dziecko jest krzywdzone, radzą też, jak reagować, do kogo się zwrócić.

Osoby, które są w otoczeniu dziecka – także położne, pielęgniarki – mogą wiele zmienić. Razem możemy wiele zmienić. Stop przemocy wobec dzieci.

Katarzyna Pinkosz

ROZDZIAŁ 1

Skala problemu krzywdzenia dzieci w Polsce

GRZEGORZ WRONA

Nie jest możliwa precyzyjna odpowiedź na pytanie, jak wiele dzieci w Polsce jest krzywdzonych. Wynika to z kilku czynników.

1. Ustawodawca w żadnym z przepisów prawa karnego lub rodzinnego nie używa określenia „krzywdzenie”. Trudno zatem jednoznacznie stwierdzić, jakie zachowania są krzywdzeniem.
2. W polskim prawie **osobno zdefiniowano pojęcie przemocy w rodzinie**, a osobno zdefiniowano przypadki, **kiedy ta przemoc jest przestępstwem**.
3. Dane dotyczące przemocy w rodzinie (np. procedura „Niebieskie Karty”) nie obejmują przemocy rówieśniczej lub sytuacji, w której sprawcą przemocy jest osoba obca, np. sąsiad czy znajomy rodziny.

W konsekwencji próba oszacowania ogólnej liczby dzieci, które są poddawane „krzywdzeniu”, wymaga połączenia wielu statystyk i danych. Należy przy tym pamiętać, że wszelkie statystyki policyjne, sądowe lub sporządzane przez instytucje pomocy społecznej zawierają wyłącznie dane o ujawnionych przypadkach. Tym samym statystyki te pomijają tzw. ciemną liczbę przestępstw oraz wszelkie inne przypadki krzywdzenia, które nie zostały nigdzie zgłoszone. Skalę tych niezgłoszonych przypadków można oszacować jedynie w oparciu o badania naukowe.

Kto jest dzieckiem w rozumieniu prawa?

Oficjalne statystyki dotyczące krzywdzenia najczęściej w ogóle nie posługują się określeniem „dziecko”. W zależności od procedur prawnych, których te dane dotyczą, mamy do czynienia z określeniami: małoletni, nieletni, niepełnoletni, osoba poniżej piętnastego roku życia. Ustawowa definicja dziecka znajduje się w ustawie o Rzeczniku Praw Dziecka^(1a), gdzie w art. 2 ust. 1 wskazano: „W rozumieniu ustawy dzieckiem jest każda istota ludzka od poczęcia do osiągnięcia pełnoletności”.

Z kolei ustawa o postępowaniu w sprawach nieletnich^(1b) w art. 1 § 1 i 2 zawiera definicję nieletnich mówiącą, że są nimi:

1. osoby, które nie ukończyły lat 18, w zakresie stosowania przepisów o zapobieganiu i zwalczaniu demoralizacji,
2. osoby pomiędzy 13. a 17. rokiem życia w zakresie postępowania o czyny karalne,
3. osoby do ukończenia 21 lat, w zakresie których wykonuje się środki wychowawcze i poprawcze.

Ani *Kodeks karny*, ani *Kodeks rodzinny i opiekuńczy* nie zawierają definicji dziecka. Ochrona w prawie karnym jest uzależniona od wieku i granicą tej ochrony w odniesieniu do niektórych czynów jest wiek 15 lat. Natomiast w prawie rodzinnym granicą jest ustanie władzy rodzicielskiej. W związku z takimi uwarunkowaniami wszelkie podawane w niniejszym opracowaniu statystyki będą zawierały informację, której kategorii osób dotyczą.

Kto może dopuścić się krzywdzenia

Osobnym zagadnieniem jest wskazanie, kto z prawnego punktu widzenia może być sprawcą krzywdzenia. Na wstępie dwie generalne uwagi.

1. Przyjmując założenie, że wszelkiego rodzaju krzywdzenie obejmuje czyny w jakimś zakresie karalne, może się ich dopuścić jedynie osoba, która ukończyła 13. rok życia. Zasada ta wynika z przytoczonej powyżej definicji nieletniego. Wynika z niej, że czynu karnego nie może popełnić osoba poniżej 13. roku życia. Nie oznacza to, że w kręgu reakcji prawnej nie znajdują się osoby poniżej tego wieku. Wszelkie nieprawidłowości w ich zachowaniu są bowiem rozpatrywane z punktu widzenia przejawów demoralizacji. Przyjmuje się jednak, że w przypadku osób poniżej 13. roku życia trudno mówić o umyślności działania.
2. W kwestii ponoszenia odpowiedzialności karnej istotną okolicznością jest nie tylko wiek sprawcy lub pokrzywdzonego, ale również relacje, jakie wiążą te osoby. Jeżeli np. pomiędzy sprawcą a pokrzywdzonym zachodzi relacja bliskości lub zależności, będzie możliwa odpowiedzialność sprawcy za przestępstwo znęcania. Jeżeli jednak tej zależności nie ma, sprawca nie może popełnić przestępstwa znęcania, a jego poszczególne zachowania będą rozpatrywane jako indywidualne przestępstwa. Szerzej to zagad-

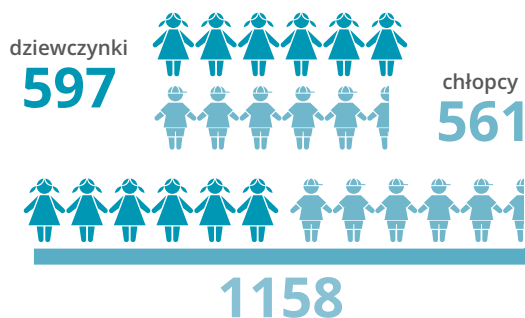
nienie zostanie omówione w części dotyczącej odpowiedzialności karnej za krzywdzenie.

Trochę statystyki

Źródłem statystyki karnej jest przede wszystkim Ministerstwo Sprawiedliwości oraz rocznik statystyczny. Stosownych danych dostarczają również publikacje Instytutu Wymiaru Sprawiedliwości. W zakresie przemocy w rodzinie (a zatem również częściowo krzywdzenia dzieci) kompleksowym źródłem wiedzy statystycznej jest corocznie wydawane przez Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej sprawozdanie z realizacji Krajowego Programu Przeciwdziałania Przemocy w Rodzinie na lata 2014–2020.

Jak wynika ze sprawozdania z realizacji Krajowego Programu Przeciwdziałania Przemocy w Rodzinie za 2015 rok na podstawie art. 12 a *ustawy o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie* **odebrano 1158 dzieci w tym 561 chłopców i 597 dziewczynek**. Decyzję tę pracownik socjalny podejmuje wspólnie z funkcjonariuszem Policji, a także z lekarzem, ratownikiem medycznym lub pielęgniarką. Pracownik socjalny ma obowiązek niezwłocznego (nie później niż w ciągu 24 godzin) powiadomienia sądu opiekuńczego o odebraniu dziecka z rodziny i umieszczeniu go u niezamieszkującej wspólnie osoby najbliższej, w rodzinie zastępczej lub w placówce opiekuńczo-wychowawczej.

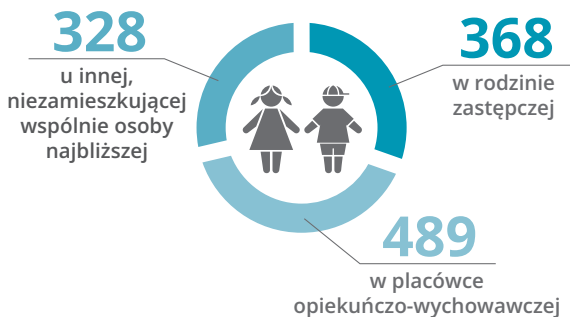
LICZBA DZIECI ODEBRANYCH RODZICOM W 2015 R. NA PODSTAWIE USTAWY O PRZECIWDZIAŁANIU PRZEMOCY W RODZINIE



W 2015 roku 328 dzieci umieszczono u innej, niezamieszkującej wspólnie osoby najbliższej w rozumieniu art. 115 § 11 *ustawy Kodeks karny*. Z kolei w rodzinach zastępczych umieszczono w tym czasie 368 dzieci, a w placówkach opiekuńczo-wychowawczych – 489 dzieci.

ROZDZIAŁ 1

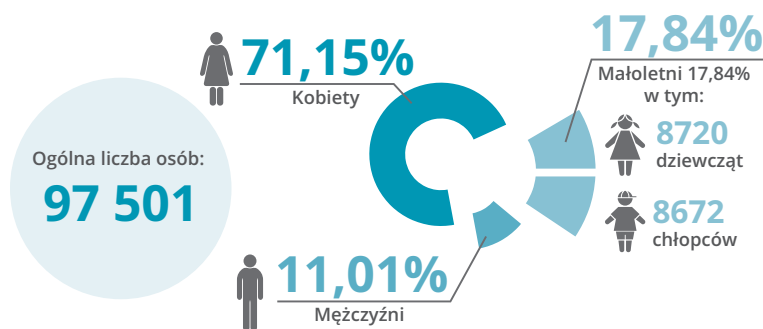
LICZBA DZIECI ODEBRANYCH RODZICOM W 2015 R. I UMIESZCZONYCH POZA MIEJSCEM ZAMIESZKANIA NA PODSTAWIE USTAWY O PRZECIWDZIAŁANIU PRZEMOCY W RODZINIE



Liczba dzieci odebranych rodzicom w 2015 roku jest zbliżona do danych za rok 2014. Wcześniejsze dane mówią o liczbach poniżej tysiąca przypadków rocznie. Wzrost liczby odebranych dzieci w stosunku do początkowego okresu obowiązywania przepisu ustawy należy tłumaczyć większą liczbą przypadków zgłaszanych przez bezpośrednich i pośrednich świadków przemocy wobec dzieci. Żadne dane nie potwierdzają wzrostu skali zjawiska tego rodzaju przemocy.

W tym samym raporcie znajdują się następujące dane: w 2015 roku było ogółem 97 501 osób, co do których istnieje podejrzenie, że są dotknięte przemocą w rodzinie. Z tego 71,15% stanowiły kobiety, 17,84% małoletni (8720 dziewcząt oraz 8672 chłopców), a 11,01% mężczyźni.

LICZBA OSÓB DOTKNIĘTYCH PRZEMOCĄ W RODZINIE W 2015 R.



SKALA PROBLEMU KRZYWDZENIA DZIECI W POLSCE

Te dane stanowią zbiorczą sumę informacji umieszczanych w procedurze „Niebieskie Karty”, ale jedynie w zakresie dokonywanym przez policję. W analizie tych danych należy uwzględnić, że druk „Niebieska Karta – A” mógł być w danym roku wypełniony więcej niż jednokrotnie w przypadku tej samej rodziny. Z tego powodu można mówić raczej o liczbie przypadków przemocy w rodzinie niż o liczbie osób nią dotkniętych.

Kolejne ważne informacje z raportu MRPiPS: było 99 749 formularzy „Niebieska Karta – A”, sporządzonych przez przedstawicieli poszczególnych podmiotów wszczynających procedurę, w tym przez przedstawicieli jednostek organizacyjnych pomocy społecznej 12 743, policji – 75 495, gminnych komisji rozwiązywania problemów alkoholowych – 4788, oświaty – 6166, ochrony zdrowia – 557.

JEDNOSTKI WSZCZYNAJĄCE PROCEDURĘ „NIEBIESKIE KARTY” W 2015 R.



Sporządzono 61 955 formularzy „Niebieska Karta – C”, a 46 842 formularzy „Niebieska Karta – D”.

Jak wynika z danych w diagramie, procedur wszczętych przez przedstawicieli ochrony zdrowia jest najmniej. Fakt ten stoi w jaskrawej sprzeczności z prostą konstatacją, że to właśnie przedstawiciele ochrony zdrowia mają kontakt z największą liczbą osób z populacji podlegających przemocy. Nie sposób w niniejszej publikacji podjąć się próby zdiagnozowania takiego stanu rzeczy. Można jedynie wyrazić nadzieję, że stan ten się poprawi.

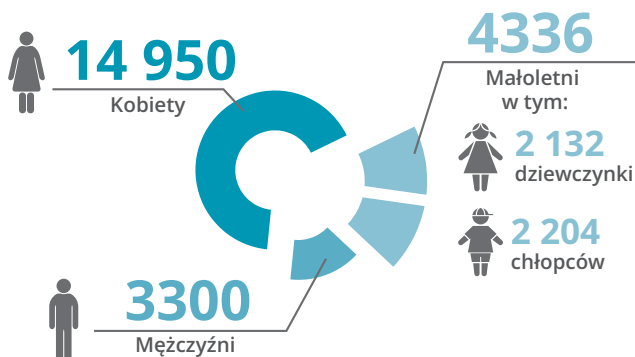
W dalszej części raport wskazuje, że od 2014 roku gromadzone były informacje dotyczące płci sprawców przestępstw, w tym tych karanych z art. 207 § 1 KK. Z raportu wynika, że w 2015 roku wśród 11 935 osób skazanych za te przestępstwa było: 441 kobiet (co stanowi 3,7% ogółu sprawców) oraz 11 494 mężczyzn (96,3% ogółu).

PŁEĆ SPRAWCÓW PRZESTĘPSTW ZNĘCANIA SIĘ W 2015 R.



Natomiast wśród osób pokrzywdzonych przestępstwem z art. 207 § 1 KK w 2015 roku było: 14 950 kobiet, 3300 mężczyzn oraz 4336 małoletnich, w tym 2132 dziewczynki i 2204 chłopców.

OFIARY PRZESTĘPSTW ZNĘCANIA SIĘ W 2015 R.



Dane te nie dotyczą wyłącznie przypadków związanych z przemocą w rodzinie. Jak szczegółowo opisano w części publikacji dotyczącej prawa karnego, za przestępstwo znęcania z art. 207 KK mogą również być skazane osoby obce, wobec których pokrzywdzony pozostaje w stosunku zależności. Zatem statystyka dotycząca pokrzywdzonych dzieci nie obejmuje jedynie przypadków krzywdzenia przez rodzica lub rodziców.

Za przestępstwa inne niż znęcanie sprawcy krzywdzenia dzieci są skazywani znacznie rzadziej. Dla przykładu: drugim najczęściej popełnianym przestępstwem przez sprawców przemocy w rodzinie przeciwko dzieciom jest wykorzystanie seksualne z art. 200 KK. Pokrzywdzonych małoletnich tym przestępstwem w 2015 roku

było 118. W wyniku przestępstwa lekkiego i średniego naruszenia czynności narządów ciała (art. 157 KK) łącznie pokrzywdzonych małoletnich w roku 2015 było 41. Utrzymuje się zatem obserwowany od wielu lat trend uznawania małoletnich za pokrzywdzonych przede wszystkim przestępstwem znęcania z art. 207 KK.

Statystyki dotyczące roku 2016 zawarte w raporcie Fundacji Dajemy Dzieciom Siłę wskazują, że liczba dzieci doznających przemocy zmalała w stosunku do roku 2015 i wyniosła 14 223 osoby (według danych policyjnych opartych o procedurę „Niebieskie Karty”). Jest to także najniższy wynik od czasu wprowadzenia w roku 2011 nowej procedury „Niebieskie Karty”. Te dane liczbowe nie muszą jednak oznaczać zmniejszania się skali zjawiska stosowania przemocy wobec dzieci oraz przemocy w rodzinie. Oficjalne statystyki bardzo często wynikają z przesunięć organizacyjnych lub zróżnicowanego wyczerlenia na określony problem. Bez względu jednak na faktyczną przyczynę malejących statystyk, które dotyczą przypadków krzywdzenia dzieci, odnotowuje się zmianę postaw społecznych wobec przemocy polegającą przede wszystkim na mniejszej akceptacji dla stosowania przemocy jako metody wychowawczej.

Nowością w statystyce sądowej jest możliwość pozyskania danych dotyczących przyczyn ograniczenia i pozbawienia wolności w sądach opiekuńczych. Jak podkreślają autorzy cytowanego raportu, dane te jednak nie muszą być pełne z uwagi na brak możliwości weryfikacji danych pozyskiwanych z sekretariatów wydziałów rodzinnych i opiekuńczych.

W raporcie znajdują się też następujące informacje: z sądowych danych statystycznych wynika, że w 2015 roku sąd opiekuńczy w przedmiocie:

- ▶ **ograniczenia władzy rodzicielskiej** wydał 13 545 orzeczeń dotyczących 22 498 dzieci, w tym ze względu na stosowanie przemocy w rodzinie – 592 orzeczeń dotyczących 1139 dzieci;
- ▶ **pozbawienia władzy rodzicielskiej** wydał 10 675 orzeczeń dotyczących 13 933 dzieci, w tym ze względu na stosowanie przemocy w rodzinie – 116 orzeczeń dotyczących 206 dzieci.

To wskazywałoby, że krzywdzenie dzieci bardzo rzadko jest powodem pozbawienia władzy rodzicielskiej. Z uwagi na małe liczby mogłoby się wydawać, że sądy częściej ograniczają władzę rodzicielską niż jej pozbawiają. Należy jednak w pełni zgodzić się z autorami sprawozdania, że dane te są niepełne i nie odzwierciedlają faktycznej sytuacji. Wskazuje na to choćby porównanie tych dwóch liczb (pozbawienia i ograniczenia władzy rodzicielskiej ze względu na stosowanie przemocy – łącznie dotyczących 1345 dzieci) z liczbą dzieci odebranych przez pracownika

socjalnego z powodu przemocy w rodzinie (1158 dzieci). Tylko w jednostkowych przypadkach w skali roku sąd nie uznał zasadności odebrania dziecka. Zatem w blisko dwóch tysiącach przypadków musiało zapaść rozstrzygnięcie o ograniczeniu lub odebraniu władzy rodzicielskiej. Dodatkowo rozstrzygnięcia w zakresie władzy rodzicielskiej zapadają również w sprawach o rozwód, które są prowadzone przez sądy okręgowe. Bez względu jednak na reprezentatywność otrzymanych danych nie ulega wątpliwości, że z czasem dane będą bardziej precyzyjne, a tym samym ich analiza ma szansę stać się bardziej merytoryczna.

Bezcennym źródłem informacji o skali krzywdzenia dzieci w Polsce jest raport o zagrożeniach bezpieczeństwa i rozwoju dzieci w Polsce „Dzieci się liczą 2017” stworzony przez Fundację Dajemy Dzieciom Siłę (wcześniej Dzieci Niczyje). W raporcie w wyczerpujący sposób przedstawiono zarówno obszary krzywdzenia dzieci, jak i aktualne statystyki dotyczące przemocy wobec dzieci. Autorzy raportu nie poprzestali na podaniu danych z oficjalnych statystyk, ale również powołali się na badania dotyczące ciemnej liczby przypadków krzywdzenia dzieci (danych niezawartych w statystykach oficjalnych).

W podsumowaniu rozdziału „Przemoc wobec dzieci” w/w raporcie autorstwa Joanny Włodarczyk stwierdzono: „Przemoc wobec dzieci jest nadal dużym problemem społecznym w Polsce. Świadczą o tym zarówno statystyki urzędowe, według których 4000 dzieci rocznie pada ofiarą znęcania się przez najbliższych, jak i wyniki badań, które pokazują, że **co trzecie dziecko w Polsce jest ofiarą przemocy ze strony bliskich dorosłych**”.

Dane zamieszczone w raporcie Fundacji Dajemy Dzieciom Siłę zawierają najbardziej aktualne statystyki za rok 2016 dotyczące dzieci.

PIŚMIENICTWO

1. Akty prawne:
 - a. *Ustawa z dnia 6 stycznia 2000 r. o Rzeczniku Praw Dziecka* (Dz.U.2017.922 t.j. z dnia 2017.05.11)
 - b. *Ustawa z dnia 26 października 1982 r. o postępowaniu w sprawach nieletnich* (Dz.U.2016.1654 t.j. z dnia 2016.10.10)

*„Naturalną reakcją na przemoc
jest wykluczenie jej ze świadomości”.
Judith L. Herman*

ROZDZIAŁ 2

O przemocy w rodzinie

MAŁGORZATA SZULIK

Przemoc domowa jest powszechna, a statystyki przerażające, chociaż należy pamiętać, że i tak nie odzwierciedlają one realnego rozmiaru problemu. Normy kulturowe tolerują, a w niektórych przypadkach nawet usprawiedliwiają, przemoc w rodzinie. Powszechnie uważa się, że sprawy rodzinne to sfera prywatności, a to sprzyja zachowaniu tajemnicy, potęguje bezradność ofiar i wzmacnia silną pozycję sprawcy.

Różne rodzaje przemocy

Przemoc w rodzinie to temat, który budzi wiele kontrowersji. Wszyscy wiemy, że przemoc istnieje – informują o tym media, niekiedy znajomi, czasami spotykamy się z nią na ulicy czy w sklepie, a niektórzy mają bolesne doświadczenia z własnych domów rodzinnych. Trzymają je w głębokiej tajemnicy, uważając, że jeśli nikt o tym nie wie, to problem nie istnieje. Chcemy wierzyć, że świat jest bezpieczny, przyjazny

Dziecko bierze odpowiedzialność za przemoc

Do prawidłowego rozwoju dziecko potrzebuje miłości i poczucia bezpieczeństwa. Te potrzeby powodują, że gdy dziecko doświadcza przemocy od rodzica, bierze za nią na siebie odpowiedzialność. Myśli: „Rodzic mnie bije, bo zachowywałam się źle, zasłużyłam na karę”. Uznaje przemoc za normę, wypiera ją z pamięci – nie przyznaje się, że jest ofiarą.

Oprac. red.

i stabilny, pragniemy czuć się szczęśliwi, dążymy do przeżywania radości i zadowolenia, a nie smutku i strachu, zagubienia czy samotności.

Szerokie ujęcie problemu pozwala wyodrębnić dwa typy przemocy, której sprawcami są dorośli: przemoc wobec dziecka i przemoc wobec małżonka/partnera oraz dwa typy przemocy, w której sprawcami są dzieci: przemoc wobec rodziców i rodzeństwa. Przemoc ma cykliczny przebieg i bywa przekazywana z pokolenia na pokolenie.

Z dużym prawdopodobieństwem można przypuszczać, że przemoc towarzyszy ludziom, odkąd obecna jest w ich życiu wspólnota rodzinna czy też więź emocjonalna w związkach intymnych dorosłych osób. Jednak dopiero w ubiegłym stuleciu zaczęto używać w piśmiennictwie psychologicznym pojęcia przemocy w rodzinie czy też przemocy domowej.

Na przemoc w rodzinie można patrzeć z kilku płaszczyzn: społecznej, moralnej, prawnej czy psychologicznej. Psychologiczne rozumienie przemocy zawężymy tu do przedstawienia analizy interakcji między sprawcą a ofiarą przemocy, portretu psychologicznego kobiety maltretowanej oraz mechanizmów sterujących przemocą.



Czym jest przemoc?

Przemoc to zespół kontrolujących, nadzorujących i atakujących zachowań. To „zamierzone i wykorzystujące przewagę sił działanie lub zaniechanie skierowane ku członkowi rodziny”, które narusza prawa i dobra osobiste, zagraża życiu lub zdrowiu (fizycznemu czy psychicznemu), powoduje także szkody i cierpienie. Sytuację ofiary cechuje jej ustawiczna obecność przy boku sprawcy.

Przemoc domowa

Rozmiar przemocy domowej w Polsce trudno jest oszacować. Każdego roku trafia do sądu kilkanaście tysięcy spraw o znęcanie się nad rodziną, a statystyka policyjna zarejestrowała 73 531 działań podjętych w procedurze „Niebieskie Karty” w 2016 roku.

Biorąc pod uwagę przejawy przemocy wyróżnia się **przemoc fizyczną, psychiczną, ekonomiczną i seksualną**.

Przemoc fizyczna wydaje się być łatwa do zdiagnozowania, gdyż zawsze w sposób bezpośredni dotyka ciała: bicie, kopanie, rzucanie przedmiotami, duszenie itp. Nie zawsze jednak pozostawia ślady na ciele, tak jak w przypadkach szarpania, policzkowania czy opluwania. Przemocy fizycznej zawsze towarzyszy przemoc psychiczna, która określana jest jako małżeński (lub rodzicielski) terror. Ofiary, które jej doświadczyły, mówią, że przemoc psychiczna jest bardziej raniąca niż fizyczne znęcanie się.

Przemoc psychiczna rządzi się swoimi prawami: trudno jest ją określić, a jeszcze trudniej ujawnić. Polega na sprawowaniu psychicznej kontroli sprawcy przemocy nad ofiarą we wszystkich sferach życia. Techniki, które sprzyjają umacnianiu jej, to poniżanie, groźby różnego typu i demonstrowanie mocy, narzucanie własnych opinii, szantaż emocjonalny, ale nie tylko. Często są to takie zachowania sprawcy, które dla zewnętrznego obserwatora mogą być w pełni neutralne lub akceptowane społecznie, bo pozornie wyglądają na dbanie o dobro ofiary. Na przykład ustawicznie mówienie kobiecie, żeby schudła 15 kilogramów ze względu na swoje zdrowie fizyczne, oraz wyszukiwanie dla niej odpowiedniej diety, kupowanie karnetu na siłownię, wyrażanie negatywnych sądów o jej znajomych, bo przecież stać ją na bardziej atrakcyjne towarzystwo itd. Początkowo kobieta dyskutuje z partnerem, czasami budzi to w niej przelotny niepokój, czasem na przemian zadowolenie i niepokój. Z upływem czasu dochodzi do sytuacji, że ofiara nie potrafi podjąć samodzielnie najprostszej decyzji, odróżnić swoich potrzeb od potrzeb partnera. Kobieta z własnej woli wycofuje się z kontaktów społecznych, ukrywa przed innymi swoje cierpienie, a narastająca izolacja pogłębia jej bezsilność i samotność.

Przemoc ekonomiczna jest formą przemocy psychicznej opartej na dysponowaniu środkami materialnymi w sposób mający na celu podporządkowanie ofiary i służy zaspokajaniu potrzeb dominacji i kontroli sprawcy. Na przykład: pod pretekstem tzw. dobra rodzinnego partner utrudnia kobiecie podjęcie pracy zarobkowej czy też wywiera nacisk, aby kobieta szybko powróciła do pracy po urodzeniu dziecka. Czasami wydziela pieniądze, kontroluje wydatki, ogranicza dostęp do wspólnych dóbr finansowych.

Przemoc seksualna zawsze łączy się z przemocą psychiczną, polega na przymuszaniu osoby do podejmowania aktywności o charakterze seksualnym wbrew jej woli. Może przyjmować różne formy, np. od poniżającej krytyki zachowań seksualnych po nieakceptowane przez partnerkę/partnera formy współżycia seksualnego.

Strategie obrony przed przemocą

W celu obrony przed przemocą ze strony partnera kobiety zwykle stosują różne strategie zachowania.

Dialog i usprawiedliwianie

Kobieta próbuje rozmawiać ze sprawcą o tym, co zrobił. Stara się zrozumieć i wytłumaczyć zachowanie swojego partnera. Wierzy, że było to zachowanie incydentalne, które więcej się nie powtórzy, że zostało ono spowodowane niekorzystnymi zbiegami okoliczności typu: nerwowa atmosfera u męża w pracy, problemy

finansowe rodziny, za którą partner czuje się odpowiedzialny i o którą się troszczy, nieporządek w domu, nieodpowiednie zachowanie dziecka względem ojca itp. Kobieta uważa, że takie sytuacje powodują doraźny stan poirytowania partnera i jego gwałtowne reakcje emocjonalne w domu. Uważa również, że jeżeli pomoże partnerowi przetrwać ten trudny dla niego czas w życiu, jeżeli będzie bardziej wyrozumiała dla niego, cierpliwa i mniej egocentryczna, to zachowania przemocowe męża nie powtórzą się, gdyż są spowodowane czynnikami zewnętrznymi, które można usunąć. W tej strategii obronnej prowadzony jest dialog między partnerami. Kobiety często mówią o bólu (psychicznym i fizycznym), którego doznają w związku małżeńskim, oferują swoją chęć niesienia pomocy partnerowi, a mężczyźni nierzadko wyrażają swoje poczucie winy i stan ogólnej dezorientacji („Nie wiem, co się ze mną dzieje”, „Jak to się mogło stać?”, „Sam tego nie rozumiem”). W efekcie partnerzy przechodzą do kolejnej strategii obronnej, która zostanie omówiona w następnym punkcie.

Wiara w obietnice poprawy

Kobieta słyszy od sprawcy przemocy obietnice poprawy, które dają jej pozorne poczucie bezpieczeństwa i kontrolowania sytuacji. Teraz jest przekonana, że partner nie chciał jej skrzywdzić, że zachowanie przemocowe było z pewnością incydentalne. Odbudowuje swoje zaufanie do partnera, znów czuje się kochana oraz powoli przejmuje odpowiedzialność za swój związek z mężczyzną. Zaczyna przypisywać sobie nadmiernie ważną rolę w kształtowaniu relacji emocjonalnych z partnerem. W miarę upływu czasu te strategie obronne przestają być skuteczne i wówczas kobieta popada w desperację i przechodzi do kolejnej strategii.

Groźby bez pokrycia

Na tym etapie kobieta straszy sprawcę przemocy domowej i grozi mu np. rozwodem, opuszczeniem domu i odejściem wraz z dziećmi, powiadomieniem przełożonego w pracy, policji itp. Takie groźby ze strony kobiety są próbą samoutwierdzenia się w przekonaniu, że nadal jest kochana przez partnera, więc potrafi wpłynąć na zmianę jego zachowania. Stosowane są jako broń ostateczna i pozostają najczęściej tylko groźbami. W rzeczywistości kobieta nie chce wyprowadzać się z domu czy też składać wniosku rozwodowego, lecz usiłuje takim szantażem poprawić warunki życia rodzinnego. Sprawca przemocy szybko przekonuje się, że kobieta nie jest w stanie spełnić swoich groźb. To z jednej strony wzmacnia w nim przekonanie o własnej bezkarności, a z drugiej pogłębia bezsilność i bezradność kobiety. Ta strategia obrony stosowana przez kobiety skuteczna jest tylko wówczas, kiedy ofiara przemocy fizycznej lub psychicznej jest tak silnie zdeterminowana, że zaczyna realizować swoje zamierzenia i uzyskuje skuteczną pomoc ze strony otoczenia.

Unikanie, czyli schodzenie z oczu

Jest to pasywna strategia obronna. Kobieta koncentruje się na zapobieganiu wybuchom złości partnera i na działaniach, które pomogą w utrzymaniu spokoju w domu. Staje się potulna i posłuszna we wszystkich dziedzinach życia, przytakuje, nie wyraża swoich opinii ani uczuć. Stara się nie przeżywać negatywnych emocji, tłumii je, a całą swoją uwagę i czas podporządkowuje zaspokajaniu potrzeb partnera. Łudzi się, że za cenę pełnej uległości, rezygnacji z własnych potrzeb i tłumienia negatywnych emocji uratuje swój związek, a dzieciom zapewni bezpieczeństwo poprzez życie w pełnej rodzinie. Gdy zdarzają się akty przemocy fizycznej ze strony partnera, kobieta próbuje osłonić własne ciało dłońmi, poduszką, sprzętami domowymi lub ukryć się w pokoju dzieci. Koncentruje się na tym, by nie reagować w żaden sposób na przemoc partnera, gdyż ma nadzieję, że „za chwilę to minie”. Formą obrony są próby ukrywania się przed sprawcą przemocy: kobieta chowa się w łazience, w szafie, w piwnicy, ucieka do sąsiadów itp. Dochodzi wówczas do eskalacji agresji u sprawcy, a kobieta utwierdza się w przekonaniu, że nie istnieje bezpieczne miejsce, w którym mogłaby uzyskać schronienie. Wówczas, w ostateczności, kobieta stosuje ostatnią strategię obronną.

Aktywna obrona przed sprawcą przemocy

Zdesperowana, przerażona kobieta krzyczy, drapie, kopie, gryzie sprawcę przemocy, rzuca przedmiotami, które ma pod ręką. Jest to bardzo niebezpieczna strategia, która może prowadzić do poważnych obrażeń zarówno u ofiary, jak i sprawcy. Łatwo się domyślić, że wszystkie przedstawione powyżej strategie obronne stosowane przez kobiety są nieskuteczne, a nierzadko nawet utrwalają przemoc domową.

Cykl przemocy

Dla dynamiki związku między sprawcą a ofiarą przemocy charakterystyczny jest tzw. cykl przemocy (nazwany tak przez Lenore E. Walker). Koncepcja cyklu przemocy pozwala lepiej zrozumieć, co dzieje się z ofiarą maltretowania i dlaczego kobiecie tak trudno jest przerwać psychologiczną więź łączącą ją ze sprawcą przemocy. Cykl przemocy przebiega w trzech fazach:

I faza: Tworzenie i budowanie napięcia

Trwa kilka tygodni, miesięcy lub przedłuża się nawet do kilku lat. W tej fazie cyklu pojawia się napięcie emocjonalne między partnerami w związku – często z błahych powodów. Następuje wzrost zachowań agresywnych sprawcy (najczęściej jest to agresja werbalna), a kobieta stara się opanować sytuację i oddalić zagrożenie poprzez próby zniwelowania napięcia emocjonalnego występującego w jej związku z mężczyzną. Skutecznym sposobem postępowania wydaje się jej troszczenie się

Przemoc niszczy psychikę dziecka

Najbardziej poszkodowaną ofiarą przemocy domowej jest dziecko, bezbronne w stosunku do dorosłego. Czuje się poniżane, zastraszane, odrzucone, nieszanowane. Traci poczucie bezpieczeństwa. Poza bólem fizycznym odczuwa lęk, przerażenie, upokorzenie, smutek, złość.

Oprac. red.

wyłącznie o zaspokajanie potrzeb psychicznych partnera z równoczesnym pomijaniem i tłumieniem własnych. Kobieta usprawiedliwia każde zachowanie męża, uznając jego prawo do bycia zdenerwowanym, prawi mu komplementy, dba o jego przyjemności. Równolegle zaczyna stopniowo rezygnować z własnych potrzeb, znosić szereg niewygód, podporządkowywać się w każdej sferze życia rodzinnego woli męża, aby uniknąć męczącej atmosfery domowej. Przyjmuje postawę pasywną i akceptującą wobec sprawcy, co realnie tylko wzmacnia napięcie emocjonalne w ich związku. Kobieta pragnąca zachować (choćby tylko w formie szczątkowej) poczucie sprawstwa i wpływ na bieg wydarzeń rodzinnych koncentruje swoją uwagę na wy-

szukiwaniu źródeł irytacji partnera. Jest czujna, stara się zlokalizować i usunąć potencjalne ogniska zapalne. W tej fazie cyklu kobieta obarcza siebie odpowiedzialnością za powodowanie zachowań przemocowych partnera. Staje się bardzo wymagająca wobec siebie, czuje się winna, że związek małżeński nie spełnia oczekiwań obojga partnerów, a jej mężczyzna jest ustawicznie poirytowany. Biorąc pod uwagę czas trwania I fazy, kobieta doświadcza chronicznego stresu. Z tego powodu wycofuje się z kontaktów z otoczeniem, ogarnia ją apatia i silny niepokój oraz pojawiają się dolegliwości fizyczne, takie jak: ból głowy, żołądka, ból pleców, bezsensowność czy brak apetytu. Gromadzone napięcie emocjonalne między partnerami domaga się uwolnienia i dochodzi do następnej fazy cyklu.

II faza: Ostra przemoc

W tej fazie kobieta doznaje obrażeń fizycznych i jest w stanie szoku psychicznego. Za wszelką cenę stara się uspokoić sprawcę i ochronić siebie przed jego agresją. Jest przerażona, bezradna, czuje złość (do sprawcy przemocy i do siebie, gdyż dopuściła do takiej sytuacji). Czuje też wstyd – przed sobą, dziećmi i całym światem. U kobiety – ofiary maltretowania – pojawiają się reakcje załamania i apatii.

III faza: Uspokojenie i miłość, tzw. miodowy miesiąc

Następuje po drastycznej fazie rozładowania napięcia emocjonalnego. Sprawca przemocy – sam przerażony swoim gwałtownym wybuchem zachowań agresywnych i brakiem kontroli nad nimi – czuje się winny. Przeprasza ofiarę przemocy (kupuje kwiaty i prezenty, jest czuły, troskliwy), obiecuje poprawę, a co najważ-

niejsze zapewnia kobietę o swoim głębokim uczuciu. W ten sposób spełniają się jej marzenia o miłości i szczęśliwym związku z partnerem. Kobieta doświadcza bliskości emocjonalnej i fizycznej, odzyskuje zaufanie i prezentuje wysoki poziom empatii w stosunku do partnera. Żywi nadzieję, że przykre sytuacje nie będą miały miejsca w przyszłości. Postanawia pomóc partnerowi w odzyskaniu spokoju, równowagi i zadowolenia z życia rodzinnego.

Specyficzne dla cyklu przemocy jest to, że zachodzi coraz częściej, a jego fazy zmieniają czas trwania: I i II faza jest coraz dłuższa, a „okres miodowy” w każdym kolejnym cyklu staje się coraz krótszy. Również agresja fizyczna sprawcy jest coraz bardziej drastyczna, a w tzw. okresie miodowym stopniowo przestaje on przeżywać poczucie winy i coraz wyraźniej dostrzega bezradność kobiety.

Mechanizmy obronne osobowości

W utrzymywaniu toksycznego związku nie bez znaczenia jest również działanie mechanizmów obronnych osobowości. Są to nieświadome i nawykowe sposoby zachowania obniżające przykre napięcie emocjonalne (najczęściej lękowe) i pozwalające na utrzymanie dobrej samooceny. Ułatwiają one kobiecie doraźne przystosowanie się do trudnej sytuacji, a cierpienie fizyczne i psychiczne nie jest tak trudne do zniesienia. Mechanizmy te działają jak tabletki przeciwbólowe, które wprawdzie nie usuwają przyczyny, lecz sprawiają, że dolegliwość staje się mniej dokuczliwa.

Jest wiele mechanizmów obronnych. Najbardziej typowe z nich, stosowane nieświadomie w rodzinie przemocowej to:

Zaprzeczenie, które służy minimalizowaniu lub lekceważeniu problemu. Może przyjmować dwie formy: „Nic takiego się nie dzieje” oraz „To było złe, ale już się nie powtórzy”. Kobieta przekonuje samą siebie, że agresja partnera jest zjawiskiem normalnym, ponieważ jej ojciec zachowywał się podobnie, a mąż sąsiadki mieszkającej naprzeciwko jest znacznie bardziej arogancki i brutalny. Często też destrukcyjne zachowanie partnera nabiera w oczach kobiety innego znaczenia: nadmierna zazdrość męża jest traktowana przez nią jako wyraz miłości, a despotę domowego postrzega jako osobę dbającą o ład i porządek.

Wyparcie i tłumienie negatywnych emocji, myśli i wspomnień dotyczących partnera to usuwanie do nieświadomości początkowo świadomych treści. Może przybierać formę od luk pamięciowych po całkowitą niepamięć. Natomiast tłumienie jest dobrowolną decyzją o niemyśleniu o przykrych stanach i próbie koncentracji na bardziej przyjemnych.

Racjonalizacja, która polega na dobieraniu rozsądnego, ale tylko z pozoru słusznego wytłumaczenia dla własnego postępowania. Kobieta zwykle wybiera racjonalizację akceptowaną społecznie, np. „Nie będę przysparzać dzieciom cierpienia, lepiej

jest dla nich, gdy mieszkamy wszyscy razem, one tak bardzo lubią grać z tatą w piłkę". Utwierdza się w decyzji nierozzerwalności związku dla dobra swoich dzieci.

Zachowywanie tajemnicy to strategia obronna utrwalająca przemoc w rodzinie, która przekształca rodzinę w „zamkniętą twierdzę”, do której nikt z zewnątrz „nie może przeniknąć”. Ma to służyć silniejszemu związaniu poszczególnych członków rodziny ze sobą i utrzymaniu rodzinnej jedności. Kobieta, która ukrywa, że jest bita (wyjaśniając matce czy znajomym, że uderzyła się o kaloryfer i dlatego ma siniaki), chroni rodzinną twierdzę przed zewnętrzną ingerencją.

Kobieta jako ofiara przemocy

W obrazie psychologicznym kobiety dominuje brak poczucia bezpieczeństwa, integralności i nienaruszalności własnych granic, poczucie bezsilności, lęk i gniew. Towarzyszą jej myśli negatywne dotyczące własnej osoby typu: „Nic nie potrafię, do niczego się nie nadaję, nikt mnie nie lubi, nie zasługuję na nic dobrego, a już tym bardziej na miłość”. U kobiety zaburzony zostaje schemat poznawczy obrazu życia i własnej osoby – świat staje się miejscem zagrażającym, w którym nie można nikomu zaufać, nawet sobie samej, a wydarzenia są nieprzewidywalne i wymykają się spod kontroli. Kobieta przejawia tendencje do zachowań regresywnych, unika konfrontacji z tą częścią otoczenia, która przypomina o przeżytej traumie, często odsuwa się i izoluje od innych ludzi.

Kobieta, będąc ofiarą przemocy w rodzinie, narażona jest na wtórne zranienie spowodowane przez niewłaściwe reakcje otoczenia. Osoby z najbliższego środowiska – rodzice, koleżanki, sąsiedzi (a także profesjonalści zajmujący się różnymi formami pomocy rodzinie, np. psychologzy, policjanci, prawnicy, pracownicy socjalni) – nie dowierzają kobiecie, bagatelizują jej urazowe przeżycia i zaprzeczają im. Nierzadko obwiniają ją za sprowokowanie przemocy ze strony sprawcy, usprawiedliwiają jego zachowania agresywne oraz utwierdzają kobietę w jej negatywnej samoocenie jako żony i matki. Kobieta spotyka się z odmową pomocy lub uzyskuje nieefektywną pomoc i przekonuje się po raz kolejny, że nie ma możliwości, aby jej obecna sytuacja się zmieniła. W ten sposób kobieta przyjmuje tożsamość ofiary w toksycznym związku z partnerem. Nie oczekuje już poprawy swojej sytuacji, wierzy we wszystkie mity o związkach, w których występuje przemoc, w pełni utożsamia się z negatywnymi informacjami dotyczącymi własnego „ja”. Wykazuje brak tolerancji dla swoich słabości i błędów, odmawia sobie podstawowych praw. Żyje w ustawicznym samooskarżaniu i obwinianiu się za przemoc, której doznaje. Uważa, że w pełni na nią zasługuje.

U połowy kobiet będącymi ofiarami przemocy stwierdzono depresje na poziomie klinicznym (Giles – Sims, 1998), zaś w badaniach Starka i Flitcarfta (1988), którymi objęto grupę kobiet przyjętych do szpitala po próbach samobójczych, stwierdzono, że 26% prób samobójczych było związanych z doznawaną przemocą rodzinną.

PIŚMIENNICTWO

1. Badura-Madej W., Dobrzyńska-Mesterhazy A. (2000) *Przemoc w rodzinie*, Kraków Wydawnictwo UJ
2. Browne K., Herbert M. (1999) *Zapobieganie przemocy w rodzinie*, tłum. Eleonora Bielawska-Batorowicz, Warszawa Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych
3. Cierpiałkowska L., Sęk H. (red.) (2001) *Psychologia kliniczna i psychologia zdrowia*, Poznań Wydawnictwo Fundacji Humaniora
4. Grzegołowska-Klarkowska H. (1986) *Mechanizmy obronne osobowości*, Warszawa PWN
5. James R. K., Gilliland B. E. (2004) *Strategie interwencji kryzysowej*, tłum. Andrzej Bidziński, Warszawa Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych
6. Kubacka – Jasięcka D., Lipowska – Teutsch A. (red.) (1997) *Oblicza kryzysu psychologicznego i pracy interwencyjnej*, Kraków Wydawnictwo ALL
7. Lewis Herman J. (1999) *Uraz psychiczny i powrót do równowagi*, przeł. Anna i Magdalena Kacmająr, Gdańsk Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne
8. Lipowska-Teutsch A. (1992) *Rodzina a przemoc*, Kraków Ośrodek Pomocy i Interwencji Psychologicznej
9. Madanes C. (2003) *Przemoc w rodzinie, psychoterapia sprawców i ofiar*, przeł. Anna Rozwadowska, Gdańsk Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne
10. Michalska K., Jaszczak- Kuźmińska D. (2007) *Przemoc w rodzinie*, Warszawa Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych
11. Pospiszyl I. (1994) *Przemoc w rodzinie*, Warszawa WSiP

Przemoc wobec dziecka **Krótkoterminowe skutki przemocy:**

- ▶ negatywny obraz siebie, niskie poczucie własnej wartości, poczucie winy
- ▶ rzadkie przeżywanie pozytywnych emocji, dominacja złości, gniewu
- ▶ zachowania agresywne: przemoc wobec rówieśników, odizolowanie się
- ▶ zaburzenia nastroju (smutek, depresja), myśli depresyjne, samobójcze
- ▶ nadmierna uległość lub zamykanie się w sobie
- ▶ trudności w podejmowaniu decyzji
- ▶ zaburzenia łaknienia i snu, niepokój, tiki, jąkanie, obgryzanie paznokci
- ▶ zachowania autoagresywne (kaleczenie ciała)
- ▶ zachowania ryzykowne (alkohol, wagary, narkotyki)
- ▶ zaburzenia pamięci i uwagi, słabe wyniki w szkole, problemy z koncentracją i zaburzenia rozwoju mowy.

Długoterminowe skutki przemocy:

- ▶ zaburzenia osobowości (osobowość nieprawidłowa), która utrudnia funkcjonowanie w życiu dorosłym
- ▶ brak umiejętności tworzenia stabilnych związków i relacji damsko-męskich
- ▶ stosowanie przemocy wobec innych
- ▶ zaburzenia lękowe, depresyjne
- ▶ zachowania ryzykowne (alkohol, narkotyki)
- ▶ gorsze wykształcenie i mniejsze możliwości znalezienia pracy
- ▶ problemy zdrowotne (większe ryzyko chorób serca, nowotworów, udarów).

Oprac. red.

ROZDZIAŁ 3

Czynniki ryzyka krzywdzenia dzieci

RENATA SZREDZIŃSKA

„Dwumiesięczny chłopiec trafił do szpitala przy ulicy Spornej z obrażeniami głowy. 21-letnia matka dziecka została zatrzymana”.⁽¹⁾

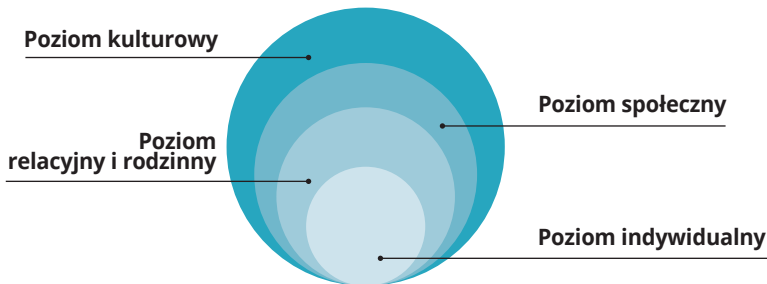
„Dramat w Kostrzynie. Dziesięciomiesięczne dziecko z pękniętą czaszką. Rodzice zatrzymani”.⁽²⁾

„Zamość: dziesięciolatka chciała się zabić, bo znęcała się nad nią matka”.⁽³⁾

Wszyscy słyszeliśmy podobne historie lub czytaliśmy o nich. Media ciągle donoszą o kolejnych tragediach dzieci. Gdy wychodzą na jaw, nie możemy w nie uwierzyć. Jeszcze więcej krzywdy dzieje się za zamkniętymi drzwiami. Nikt o niej nie pisze. Czy takim przypadkom można zapobiec? Na pewno nie wszystkim, ale istnieją dowody, że pewne działania prowadzone systematycznie, systemowo i na dużą skalę mogą znacząco ograniczyć liczbę przypadków przemocy i zaniedbywania dzieci. Wśród najczęściej przywoływanych strategii przeciwdziałania przemocy wobec dzieci wymienia się: znajomość czynników ryzyka krzywdzenia dzieci, podejmowanie wczesnej interwencji opartej na współpracy interdyscyplinarnej między różnymi służbami, a także profilaktykę uniwersalną i edukację skierowaną do rodziców.⁽⁴⁾

Ekologiczny model czynników ryzyka krzywdzenia dzieci

Krzywdzenie dzieci jest problemem złożonym. Może wynikać z interakcji wielu różnych, często wzajemnie powiązanych czynników. Amerykański psycholog Jay Belsky już w 1980 r. zaproponował wielopoziomowy model klasyfikacji czynników ryzyka⁽⁵⁾, który może być przydatny w zrozumieniu kompleksowości problemu i poszukiwaniu właściwej strategii przeciwdziałania. Model ten, zwany modelem ekologicznym, został uznany przez Światową Organizację Zdrowia. Poniższy rysunek przedstawia jego schemat:



Sednem modelu jest próba wyjaśnienia splotu różnych możliwych czynników, które mogą doprowadzić do krzywdzenia dziecka. Żaden pojedynczy czynnik nie jest bowiem w stanie wyjaśnić, dlaczego w jakiejś społeczności czy rodzinie dochodzi do przemocy wobec dzieci, a w innych nie. Model ten może się przyczynić do lepszego zrozumienia interakcji między różnymi czynnikami, a co za tym idzie – przyczyn występowania krzywdzenia dzieci. Należy jednak pamiętać, że występowanie czynników ryzyka, zwłaszcza pojedynczych, nie oznacza, że w danej rodzinie na pewno dojdzie do przemocy wobec dzieci. Ryzyko krzywdzenia dziecka rośnie jednak tym bardziej, im więcej czynników ryzyka współwystępuje w jednej rodzinie. Gdy stwierdzimy, że jest ich kilka, należy takiej rodzinie koniecznie zaoferować dodatkowe wsparcie.

Przyjrzyjmy się zatem poszczególnym częściom przywołanego wyżej modelu.

Poziom indywidualny

Poziom indywidualny dotyczy zarówno samego dziecka, jak i jego rodziców/opiekunów. Kiedy mówimy, że czynniki ryzyka dotyczą dziecka, nie znaczy to, że dziecko jest winne doświadczaniu przemocy. Wskazujemy jedynie, że pewne jego cechy mogą zwiększać prawdopodobieństwo wystąpienia krzywdzenia.

Wśród czynników indywidualnych dotyczących dziecka najczęściej wskazuje się na:

Wiek – dostępne polskie i międzynarodowe statystyki pokazują, że to najmłodsze dzieci⁽⁶⁾, do 4. roku życia, znacząco częściej padają ofiarą krzywdzenia.

W przypadku młodszych dzieci większe jest też ryzyko śmierci w wyniku krzywdzenia⁽⁷⁾. Może to wynikać m.in. z delikatności organizmu małego dziecka, podatności na urazy, jego bezbronności, jak i całkowitej zależności od opiekunów⁽⁸⁾.

Komplikacje prenatalne i neonatalne – zagrożona ciąża czy fakt zagrożenia życia i zdrowia dziecka po urodzeniu mogą znacząco wpłynąć na kształtowanie się więzi między rodzicami a dzieckiem. Dzieci przedwcześnie narodzone, zwłaszcza te, które wymagały intensywnej terapii, wskutek odmiennej od naturalnej stymulacji w pierwszych tygodniach życia, przeżywanego strachu i lęku lub ustawicznego poczucia zagrożenia bólem mogą mieć zaburzone funkcje sygnalizowania potrzeb, mogą utracić naturalną i spontaniczną reaktywność oraz dysponować ograniczonym repertuarem wzorów zachowania społecznego. Mogą tym samym sprawiać rodzicom istotne trudności opiekuńcze i pielęgnacyjne. Z drugiej strony rodzice dzieci przedwcześnie urodzonych mogą odczuwać silne rozczarowanie, stres i obawę przed spodziewaną tragedią, co z kolei jest niekorzystne dla procesu tworzenia i pogłębiania się więzi pomiędzy rodzicami a dzieckiem. Ponadto w przypadku dzieci przedwcześnie urodzonych istnieje ryzyko wykształcenia tzw. zespołu dziecka bezradnego (*Vulnerable Child Syndrome*), to znaczy sytuacji, w której dziecko jest nadmiernie chronione na skutek nieprawidłowych przekonań i postaw opiekunów dotyczących jego wagi, małej sprawności i ogólnej bezradności⁽⁹⁾.

Przewlekłe choroby – przewlekła choroba dziecka w znaczący sposób zmienia życie całej rodziny. Jest dla wszystkich jej członków silnym stresorem mogącym potencjalnie stać się przyczyną konfliktów oraz ujawniania się niewłaściwych postaw wobec dzieci. Do najczęściej opisywanych niewłaściwych zachowań i postaw zalicza się reagowanie złością na przejawy dystresu (czyli nieprzyjemnych odczuć u dziecka, jakie niesie ze sobą stres, np. lęku, bólu, cierpienia), wrogi stosunek do niego – obwinianie go o chorobę, fizyczne dystansowanie się wobec niego, brak zadowolenia z jego osiągnięć, brak pozytywnych wzmocnień za czynione przez nie postępy, stosowanie surowej dyscypliny, niebawienie się z dzieckiem i niewłączenie go do różnych aktywności⁽¹⁰⁾, separowanie go od rodziny i grupy rówieśniczej. Jeszcze inną krzywdzącą postawą, którą mogą ujawniać rodzice dzieci chorych, jest nadmierna opiekuńczość i pobłażliwość wobec dziecka skutkująca dalszym obniżaniem jego możliwości dostosowania społecznego⁽¹¹⁾.

Niepełnosprawność – badania wskazują, że dzieci niepełnosprawne doznają krzywdzenia ponad trzykrotnie częściej niż dzieci zdrowe⁽¹²⁾. Niepełnosprawność dziecka, zwłaszcza intelektualna, jest też istotnym czynnikiem ryzyka doświadczenia przez nie wykorzystania seksualnego⁽¹³⁾. Przyczyn można upatrywać w tym, że

dzieci niepełnosprawne intelektualnie zazwyczaj posiadają niewystarczającą wiedzę z zakresu rozwoju seksualnego i ekspresji seksualnej oraz wiedzę dotyczącą tego, jakie zachowania ze strony osób dorosłych są dopuszczalne, a jakie nie. Ponadto dzieci niepełnosprawne prezentują często mniejsze umiejętności komunikacyjne oraz mniejszą asertywność – wyrażania niezgody, odmowy⁽¹⁴⁾.

Bycie rodzeństwem dziecka chorego/niepełnosprawnego – inną grupę dzieci narażonych na krzywdzenie, zwłaszcza w postaci zaniedbania, stanowi rodzeństwo dziecka niepełnosprawnego czy przewlekle chorego, gdyż takie dziecko wymaga dużo uwagi od opiekunów⁽¹⁵⁾. Może to prowadzić do sytuacji, gdy potrzeby zdrowego rodzeństwa stawiane są na drugim miejscu lub gdy angażuje się rodzeństwo w opiekę nad chorym/niepełnosprawnym dzieckiem w sposób wykraczający poza możliwości rozwojowe zdrowego dziecka.

Trudne zachowania – dzieci przejawiające zachowania sprawiające rodzicom problem, zwłaszcza ze stwierdzonymi zaburzeniami emocjonalnymi czy zdiagnozowanym ADHD, są niemal dwukrotnie częściej narażone na krzywdzenie niż inne dzieci⁽¹⁶⁾. Jednak nie jest do końca jasny związek zaburzeń zachowania i zjawiska krzywdzenia. Może być tak, że dzieci wykazujące zaburzenia zachowania wywołują w rodzicach na tyle silne napięcie i trudności wychowawcze, że zwiększa to częstość stosowania przez rodziców przemocy. Jednak może być również tak, że zdiagnozowane zaburzenia stanowią konsekwencję krzywdzenia, a nie czynnik na nie wpływający.

Bycie niechcianym dzieckiem – na większe ryzyko odrzucenia, a co za tym idzie krzywdzenia, narażone są dzieci z nieplanowanej ciąży, dzieci pod różnym względem niespełniające oczekiwań rodziców (płci, wyglądu, charakteru), przejawiające cechy i zachowania wzbudzające niechęć rodzica⁽¹⁷⁾.

Płeć dziecka – płeć dziecka według badań ma znaczenie w przypadku specyficznych form krzywdzenia, głównie w przypadku wykorzystywania seksualnego, którego częściej doświadczają dziewczynki niż chłopcy⁽¹⁸⁾. Badacze podkreślają przy tym, że skala zjawiska z pewnością i tak jest niedoszacowana, a w przypadku, gdy ofiarą padają chłopcy, jest jeszcze bardziej zaniżona. Wiąże się to z mniejszą gotowością chłopców do ujawniania doznanej krzywdy wynikającą m.in. z uwarunkowań kulturowych⁽¹⁹⁾.

Płacz – rozpatrując płacz dziecka jako czynnik ryzyka, należy pamiętać, że dostępne badania skupiają się na tym, jak rodzice odbierają płacz dziecka, a nie na rzeczywistej, obiektywnej ocenie częstotliwości, długości czy intensywności tego płaczu. Badania wykazują, że rodzice, którzy oceniają, że płacz ich dziecka jest

uciążliwy i długotrwały, są bardziej skłonni do podejmowania zachowań mogących prowadzić do urazów u dziecka, tj. gwałtownego potrząsania dzieckiem, krzyku, bicia⁽²⁰⁾. Analizy przypadków krzywdzenia zakończonych śmiercią dziecka wskazują również, że płacz dziecka często opisywany jest przez rodziców – sprawców krzywdzenia jako czynnik wyzwalający przemoc.

Wśród czynników zwiększających ryzyko krzywdzenia dziecka dotyczących rodziców/opiekunów najczęściej wymienia się:

Młody wiek – młody wiek rodziców, a zwłaszcza matki, może wiązać się z jej mniejszą dojrzałością i samodzielnością życiową, mniejszą zdolnością do regulacji swoich emocji, a tym samym z ograniczoną zdolnością do adekwatnego reagowania na potrzeby dziecka⁽²¹⁾. Zważywszy na fakt, że młodzi rodzice najczęściej jeszcze nie ukończyli nauki i nie wykonują pracy zarobkowej, nastoletnie rodzicielstwo może wiązać się z niskim statusem społeczno-ekonomicznym, który sam z siebie też wskazywany jest jako czynnik ryzyka⁽²²⁾.

Samotne rodzicielstwo – czynnik ten dotyczy zarówno faktycznego wychowywania dziecka przez jednego rodzica wskutek rozpadu związku lub śmierci jednego z rodziców, jak i czasowej nieobecności jednego z opiekunów (np. z powodu pracy z dala od miejsca zamieszkania). Badania wskazują, że dzieci wychowywane tylko przez jednego opiekuna są niemal dwukrotnie częściej narażone na różne formy krzywdzenia, w tym wykorzystanie seksualne, niż dzieci wychowujące się w pełnej rodzinie⁽²³⁾. Może to wynikać z nadmiernego obciążenia jednego rodzica obowiązkami związanymi z utrzymaniem rodziny, niemożnością sprostania wszystkim potrzebom dziecka, ograniczoną ilością czasu, jaką rodzic może poświęcić dziecku, czy też niedostępnością emocjonalną dla dziecka ze względu na własne problemy.

Doświadczenie krzywdzenia w dzieciństwie – badania pokazują, iż rodzice, którzy sami doświadczyli krzywdzenia, przejawiają wiele takich cech i sposobów funkcjonowania, które wpływają na zwiększenie ryzyka krzywdzenia przez nich ich własnych dzieci. Do tych cech należą np. zaniżona samoocena, lęki, depresja, choroby psychiczne, niskie umiejętności interpersonalne, wczesne rodzicielstwo, brak kontroli emocji. Ponadto osoby, które doświadczyły przemocy w dzieciństwie, z większym prawdopodobieństwem w dorosłości wiążą się z partnerami stosującymi przemoc, co dodatkowo zwiększa dla dziecka zagrożenie krzywdzeniem⁽²⁴⁾.

Niski poziom wykształcenia – słabe wykształcenie, zwłaszcza nieukończenie szkoły średniej, może się wiązać z mniejszymi umiejętnościami i kwalifikacjami

w wielu dziedzinach, co z kolei może się przełożyć na niższy poziom funkcjonowania społecznego – mniejszą zaradność życiową, trudności w adaptacji do zmieniających się warunków, trudności w znalezieniu pracy itd. Wszystkie te okoliczności mogą pociągać za sobą wyższy poziom doświadczanego stresu, co z kolei może mieć negatywny wpływ na dziecko⁽²⁵⁾.

Zaburzenia psychiczne – zaburzenia psychiczne, w tym depresja, są przyczyną zakłócenia nawiązywania właściwych relacji między rodzicem a dzieckiem. Wiele badań poświęcono zwłaszcza depresji poporodowej matek, która negatywnie wpływa na budowanie bezpiecznej więzi z dzieckiem. Apatia, indolencja, niska samoocena, brak kontroli nad własnym zachowaniem, drażliwość czy nadmierny niepokój o dziecko ograniczają zdolność matki do właściwej opieki nad nim i wchodzenie z nim w interakcję. To z kolei sprzyja pojawianiu się u dzieci zachowań problemowych, co jeszcze bardziej utrudnia rodzicom właściwe pełnienie swoich ról i zwiększa ryzyko doświadczenia przez dziecko krzywdzenia⁽²⁶⁾. Szczególnie groźne jest rozwinięcie się psychozy poporodowej.

Nadużywanie substancji psychoaktywnych – wyniki badań wskazują, iż dzieci rodziców nadużywających i uzależnionych od alkoholu/narkotyków są trzykrotnie bardziej narażone na przemoc, w tym czterokrotnie bardziej na zaniechywanie⁽²⁷⁾. Matki nadużywające substancji psychoaktywnych częściej dopuszczają się przemocy wobec małych dzieci, a ojcowie nadużywający alkoholu/narkotyków częściej wobec starszych dzieci. Rodzice nadużywający alkoholu/narkotyków mogą zaniechywać dziecko materialnie, przeznaczając pieniądze na środki odurzające, mogą też pod wpływem alkoholu/narkotyków nie potrafić adekwatnie reagować na potrzeby dziecka, wybierać niekonstruktywne metody wychowawcze. Spożywanie narkotyków czy alkoholu przez matkę w czasie ciąży znacząco zwiększa zagrożenie wystąpienia trwałych zaburzeń rozwojowych i zdrowotnych u dziecka⁽²⁸⁾.

Ubóstwo – rozumiane jako trudności finansowe, niełatwa sytuacja mieszkaniowa, bezrobocie jest w literaturze przedmiotu jednym z najczęściej wskazywanych czynników ryzyka na tym poziomie. Badania amerykańskie wskazują, że dzieci z biednych rodzin 22-krotnie częściej doświadczają krzywdzenia, zwłaszcza zaniechania. To powiązanie tłumaczy się trojako: 1) niemożność zaspokojenia podstawowych potrzeb rodziny zwiększa znacząco poziom stresu, ale też i konfliktów w rodzinie, 2) rodzice żyjący w trudnej sytuacji, pomimo najlepszych intencji, mogą nie być w stanie zapewnić swoim dzieciom właściwej opieki, 3) występowanie biedy jest często powiązane z występowaniem innych problemów, np. uzależnień⁽²⁹⁾.

Stres – wywołany niemożnością zaspokojenia podstawowych potrzeb rodziny i przeludnienie w mieszkaniu generujące konflikty znacznie zwiększają prawdopodobieństwo krzywdzenia dzieci⁽³⁰⁾. Przemoc wobec dzieci silnie powiązana jest z przeżywaniem stresujących wydarzeń przez sprawcę. Jednak badacze nie ustalili, czy rodzice krzywdzący rzeczywiście doświadczają więcej sytuacji stresujących, czy też są skłonni postrzegać więcej wydarzeń i doświadczeń jako stresujące niż rodzice niekrzywdzący⁽³¹⁾. Mogłoby to oznaczać, że rodzice ci mają zbyt małe umiejętności radzenia sobie z codziennymi problemami czy też ze stresem.

Niskie kompetencje wychowawcze – rodzice stosujący przemoc mają tendencję do używania bardziej agresywnych metod dyscyplinowania dziecka, np. kłapsów, długiej izolacji dziecka, krzyku. Praktycznie nie sięgają do pozytywnych metod wychowawczych, tj. tłumaczenia, chwaleń, zachęcania do pożądaných zachowań, modelowania poprzez dawanie przykładu⁽³²⁾. Nie widzą też nic złego w stosowaniu kar fizycznych (które same w sobie są krzywdzeniem i od 2010 roku są w Polsce zabronione). Nie potrafią zazwyczaj prawidłowo odczytywać potrzeb dziecka, często mają zbyt wysokie wymagania i prezentują niski poziom wiedzy o rozwoju dziecka.

Poziom relacyjny i rodzinny

W grupie czynników relacyjnych i rodzinnych predysponujących do stosowania przemocy wobec dzieci najczęściej wymienia się:

Konflikty w rodzinie/rozpad rodziny – sytuacja rozpadu rodziny czy konfliktu okołorozwodowego jest istotnym czynnikiem ryzyka krzywdzenia emocjonalnego dzieci. Nawet polubowne rozstanie rodziców jest silnym stresorem dla dziecka, które traci pełną rodzinę, odczuwa niepewność co do przyszłości, czasem obwinia siebie za zaistniałą sytuację. Niejednokrotnie jednak rodzice, zajęci walką między sobą, używają dziecka jako karty przetargowej, ograniczają lub utrudniają drugiemu rodzicowi kontakt z dzieckiem, wpajają dziecku negatywny obraz drugiego rodzica. Liczne badania wskazują, że konflikty w rodzinie przyczyniają się do występowania u dzieci problemów ze zdrowiem psychicznym⁽³³⁾.

Przemoc w rodzinie – przemoc między dorosłymi w rodzinie, nawet jeśli nie jest równocześnie bezpośrednio skierowana do dziecka, ma na nie negatywny wpływ. Bycie świadkiem przemocy między najbliższymi wywołuje chroniczny lęk w dziecku, powoduje silne napięcie, nierzadko chęć doprowadzenia do zaprzestania przemocy wobec najbliższej osoby poprzez skupienie agresji na sobie. Ponadto dzieci wychowujące się w rodzinie, w której dochodzi do przemocy domowej, mogą same w końcu paść jej ofiarą, narażone są też na zaniedbanie, gdy ofiara (najczęściej matka) nie zajmuje się zaspokajaniem potrzeb dziecka, ponieważ jest skupiona na potrzebach sprawcy,

by uniknąć dalszych aktów przemocy z jego strony⁽³⁴⁾. Także stwierdzone krzywdzenie wobec innych dzieci w rodzinie (interwencje sądu, odebranie innych dzieci) znacząco zwiększają ryzyko wystąpienia krzywdzenia wobec kolejnego dziecka.

Niestabilna sytuacja rodzinna – zmieniający się opiekunowie (np. zmieniający się partnerzy/partnerki jednego z rodziców), zamieszkiwanie z osobami niespokrewnionymi, częsta zmiana miejsca zamieszkania mogą zwiększać ryzyko wystąpienia krzywdzenia dziecka, w tym wykorzystania. Cechą wspólną wymienionych okoliczności jest ich negatywny wpływ na jakość relacji pomiędzy rodzicami i dzieckiem. Z kolei negatywne relacje z rodzicami, poczucie osamotnienia u dziecka znacząco zwiększają jego gotowość do nawiązywania bliskich relacji z obcym dorosłym, co zwiększa dostępność dziecka dla potencjalnego sprawcy krzywdzenia⁽³⁵⁾.

Osoby niespokrewnione – badania dotyczące śmiertelnych przypadków maltretowania dzieci wskazują, że dzieci wychowywane przez osobę niespokrewnioną były ośmiokrotnie bardziej narażone na śmierć w wyniku krzywdzenia niż dzieci wychowujące się z obydwójgiem rodziców biologicznych⁽³⁶⁾. Czynnikiem ten obejmuje też rodziny adopcyjne i zastępcze – badania wskazują, że dzieci wychowywane w takich rodzinach czterokrotnie częściej odnoszą obrażenia w wyniku krzywdzenia niż dzieci wychowywane w rodzinach biologicznych⁽³⁷⁾. Należy pamiętać, iż prawdopodobieństwo doświadczenia przez dziecko krzywdzenia w rodzinie zastępczej czy adopcyjnej wynika z wielu różnych aspektów. Na naturalny stres związany z wychowaniem i opieką nad dzieckiem nakłada się konieczność radzenia sobie z jego przeżyciami, budowanie relacji i więzi z dzieckiem, które jest nowe w rodzinie. Dzieci, które trafiają do rodziców zastępczych oraz adopcyjnych, często mają za sobą traumatyczne przeżycia, które wpływają na ich zachowanie, a co za tym idzie na cały system rodzinny. Czasami też rodzice przyjmujący dziecko pod swoją opiekę nie są odpowiednio do tego przygotowani⁽³⁸⁾.

Izolacja społeczna – słabe więzi z innymi osobami, otoczeniem czy instytucjami, rzadkie kontakty lub unikanie kontaktów z instytucjami takimi jak szkoła, poradnia zdrowia są częstą strategią rodzin, w których występuje przemoc. Może być to działanie zamierzone, egzekwowane przez sprawcę, by ukryć swoje działania. Pozornie takie rodziny mogą się nawet wydawać wzorowe⁽³⁹⁾. Do izolacji społecznej i słabych więzi ze społecznością może się też przyczynić dyskryminacja rodziny przez otoczenie, np. ze względu na pochodzenie, kolor skóry, wyznanie, orientację. Może to również być sytuacja spowodowana przeprowadzką, gdy rodzina jest nowa w danym otoczeniu i nie nawiązała żadnych silniejszych relacji, co przyczynia się do poczucia osamotnienia i zwiększa poziom stresu w rodzinie.

Poziom społeczny

Czynnikami predysponującymi do pojawienia się przemocy w rodzinie są też czynniki społeczne:

Przyzwolenie na przemoc – przemoc w społeczności lokalnej (bójki, gangi, porachunki, rozboje, gwałty itp.), wysoka przestępczość, kultura przemocy wśród młodzieży (fascynacja przemocą, uczestnictwo w gangach) również przyczyniają się do zwiększenia ryzyka krzywdzenia dzieci – zarówno w rodzinie, jak i ze strony osób trzecich.

Deprywacja społeczna i materialna – deprywacja na poziomie danej rodziny, ale także w społeczności, w której rodzina żyje (np. zaniedbane budynki, niebezpieczna okolica, wysoki poziom bezrobocia, łatwy dostęp do alkoholu i in.), stanowią warunki mogące przyczynić do braku wytworzenia pozytywnych wzorców rodzinnych i wychowawczych.

Brak infrastruktury i oferty wsparcia – brak żłobków, przedszkoli, poradni, klubów, świetlic, parków, placów zabaw, boisk itp., brak oferty poradnictwa, oferty kulturalnej czy sportowej nie sprzyja rozwinięciu pozytywnych wzorców i nie daje wsparcia rodzinie, borykającej się z różnymi trudnościami, co za tym idzie, może przyczynić się do izolacji rodziny, poczucia osamotnienia. To zwiększa poziom stresu związanego z codziennymi trudnościami i powoduje wzrost zagrożenia wystąpieniem zjawiska krzywdzenia dzieci⁽⁴⁰⁾.

Poziom kulturowy

Czwartym obszarem czynników sprzyjających wystąpieniu przemocy wobec dzieci są czynniki kulturowe:

Normy i wzorce społeczne i kulturowe – stereotypowe lub poniżające postrzeganie ról płciowych (np. kobieta – obiekt seksualny, chłopak – macho) czy ról w rodzinie, zwłaszcza umniejszające znaczenie i rolę kobiet czy też postrzegające dzieci jako własność rodziców i negujące prawa dzieci, może być czynnikiem zwiększającym zagrożenie przemocą. Także brak napiętnowania przemocy czy bagatelizowanie jej konsekwencji w dyskursie publicznym, relatywizowanie jej przyczyn i odpowiedzialności za jej wystąpienie, powszechność przekazów nacechowanych przemocą, dostępność pornografii oraz przekazów mogących się przyczynić do seksualizacji tworzą atmosferę przyzwolenia dla sytuacji potencjalnie krzywdzących.

Słaba ochrona prawna – brak odpowiednich przepisów chroniących przed przemocą i narzędzi do ich egzekwowania, brak jasnych procedur wczesnej in-

CZYNNIKI RYZYKA KRZYWDZENIA DZIECI

terwencji, brak opracowanej polityki szkoleniowej dla wszystkich służb mających kontakt z dzieckiem również przyczyniają się do zwiększenia ryzyka wystąpienia krzywdzenia dzieci⁽⁴¹⁾.

Poniższa tabela przedstawia zebrane czynniki ryzyka w podziale na obszary zgodnie z modelem ekologicznym:

TABELA: ZESTAWIENIE CZYNNIKÓW RYZYKA KRZYWDZENIA DZIECI		
POZIOM INDYWIDUALNY	Dziecko	<ul style="list-style-type: none"> ▶ wiek poniżej 4. roku życia ▶ komplikacje pre- i neonatalne ▶ przewlekłe choroby ▶ niepełnosprawność ▶ rodzeństwo dziecka chorego/niepełnosprawnego ▶ dziecko niechciane ▶ dziecko „trudne” ▶ płacz
	Rodzic/ opiekun	<ul style="list-style-type: none"> ▶ młody wiek ▶ samotne rodzicielstwo ▶ doświadczenie krzywdzenia ▶ niski poziom wykształcenia ▶ zaburzenia psychiczne ▶ nadużywanie substancji psychoaktywnych ▶ ubóstwo ▶ stres ▶ niskie kompetencje wychowawcze
	Poziom relacyjny i rodzinny	<ul style="list-style-type: none"> ▶ konflikty w rodzinie/rozpad rodziny ▶ przemoc w rodzinie ▶ niestabilna sytuacja rodzinna ▶ osoby niespokrewnione ▶ izolacja społeczna
	Poziom społeczny	<ul style="list-style-type: none"> ▶ przyzwolenie na przemoc ▶ deprivacja społeczna i materialna ▶ brak infrastruktury i oferty wsparcia
	Poziom kulturowy	<ul style="list-style-type: none"> ▶ normy i wzorce społeczne i kulturowe ▶ słaba ochrona prawna

Wnioski praktyczne

- ▶ Znając czynniki ryzyka i rozumiejąc zależności między nimi, łatwiej podjąć właściwe działania chroniące dziecko i wspierające całą rodzinę.
- ▶ Warto pamiętać, że występowanie czynników ryzyka, zwłaszcza pojedynczych, nie musi oznaczać, że na pewno w danej rodzinie dojdzie do przemocy wobec dziecka i jego krzywdzenia.
- ▶ Stwierdzenie występowania kilku czynników powinno wzmóc naszą czujność, gdyż taka rodzina może potrzebować pomocy.
- ▶ W takich sytuacjach warto skontaktować się z właściwym ośrodkiem pomocy społecznej lub pokierować rodzinę do najbliższej poradni psychologiczno-pedagogicznej czy organizacji pozarządowej, która ma ofertę wsparcia dla rodziców.
- ▶ Wczesna reakcja może uchronić dziecko przed tragedią!

PIŚMIENICTWO

1. <http://www.dzienniklodzki.pl/wiadomosci/lodz/a/pobite-niemowle-w-lodzi-2miesieczny-chlopiec-z-peknieta-czaszka-trafil-do-szpitala,12008565/>, data dostępu: 23.09.2017
2. <http://www.gazetalubuska.pl/wiadomosci/kostrzyn-nad-odra/a/dramat-w-kostrzynie-10miesieczne-dziecko-z-peknieta-czaszka-rodzice-zatrzymani,12132284/>, data dostępu: 23.09.2017
3. http://www.se.pl/wiadomosci/polska/zamosc-10-latka-chciala-sie-zabic-bo-znecala-sie-nad-nia-matka_1012553.html, data dostępu: 23.09.2017
4. Pinheiro, P. S. (2006). *World Report on Violence against Children*. Genewa: United Nations.
5. J. Belsky, *Child Maltreatment: an ecological integration*, „American Psychologist”, 5/1980, str. 320-335, Waszyngton: American Psychological Association.
6. Krug, E.G., Dahlberg, L.L., Mercy, J.A., Zwi, A.B, Lozano, R. (2002). *World report on violence and health*. Genewa: World Health Organization.
7. Daougl e., Brandy L. (2014) *Fatal and non-fatal child maltreatment in the US: An analysis of child, caregiver, and service utilization with the National Child Abuse and Neglect Data Set* w: Child Abuse and Neglect, Volume 38, Issue 1, styczeń 2014, s. 42-51, Amsterdam: Elsevier
8. Izdebska A., Lewandowska K. (2012) Czynniki ryzyka krzywdzenia dzieci w: Dziecko Krzywdzone. Teoria. Badania. Praktyka, nr 2 (39) 2012, s. 116-132, Warszawa: Fundacja Dzieci Niczyje
9. Piekarska A. (2005) *Szpitalna trauma wcześniactwa - charakterystyka, skutki i prewencja* w: Dziecko krzywdzone. Teoria. Badania. Praktyka, volume 4, nr 2, s. 95-107, Warszawa Fundacja Dzieci Niczyje
10. Iwaniec D., Szmagalski J. (2002) *Zaburzenia rozwojowe dzieci krzywdzonych emocjonalnie. Rozpoznanie i interwencja psychospołeczna w doświadczeniach brytyjskich i polskich*, Warszawa Wydawnictwo UW.
11. Izdebska A., Lewandowska K. (2012) *Czynniki ryzyka krzywdzenia dzieci* w: Dziecko Krzywdzone. Teoria. Badania. Praktyka, nr 2 (39) 2012, s. 116-132, Warszawa Fundacja Dzieci Niczyje
12. Sullivan P.M., Knutson J.F (2000), *Maltreatment and disabilities: a population-based epidemiological study*, Child Abuse & Neglect, vol. 24, nr 10, s. 1257-1270, Amsterdam: Elsevier
13. Wissink I., van Vugt E., Moonen X., Stams G-J., Hendriks J. (2015) *Sexual abuse involving children with an intellectual disability (ID): A narrative review* w: Research in Developmental Disabilities, Volume 36, s. 20-35, Amsterdam: Elsevier
14. Izdebska A., Lewandowska K. (2012) *Czynniki ryzyka krzywdzenia dzieci* w: Dziecko Krzywdzone. Teoria. Badania. Praktyka, nr 2 (39) 2012, s. 116-132, Warszawa Fundacja Dzieci Niczyje
15. Butchart, A., Phinney, A., Check, P., Villaveces, A. (2004) *Preventing violence: a guide to implementing the recommendations of the World report on violence and health*. Department of Injuries and Violence Prevention. Genewa: World Health Organization
16. Hadianfard, H. (2014) *Child Abuse in Group of Children with Attention Deficit-Hyperactivity Disorder in Comparison with Normal Children* w: International Journal of Community Based Nursing and Midwifery, volume 2(2), s. 77-84, Shiraz: Shiraz University of Medical Sciences

CZYNNIKI RYZYKA KRZYWDZENIA DZIECI

17. Butchart, A., Phinney, A., Check, P., Villaveces, A. (2004) *Preventing violence: a guide to implementing the recommendations of the World report on violence and health*. Department of Injuries and Violence Prevention. Geneva: World Health Organization
18. Finkelhor D. (1986) *A sourcebook on child sexual abuse*, Beverly Hills, CA: Sage.
19. Beisert M., Izdebska A. (2012) *Wykorzystanie seksualne dzieci w: Dziecko krzywdzone*. Teoria. Badania. Praktyka, nr 2(39) 2012, Warszawa Fundacja Dzieci Niczyje
20. Reij Nevelde S., Wal R., Brugman E., Hira Sing R., Verloove-Vanhorick P. (2004) *Infant crying and abuse*, Lancet, vol. 364, s. 1340–1432, Londyn: The Lancet
21. Izdebska A., Lewandowska K. (2012) *Czynniki ryzyka krzywdzenia dzieci w: Dziecko Krzywdzone*. Teoria. Badania. Praktyka, nr 2 (39) 2012, s. 116-132, Warszawa Fundacja Dzieci Niczyje
22. SCAA (2008) *Teenage Births: Outcomes for Young Parents and their Children*, Albany, NY: Schuyler Center for Analysis and Advocacy
23. Goldman J., Salus M.K., Wolcott D., Kennedy K.Y. (2003) *A Coordinated Response to Child Abuse and Neglect: The Foundation for Practice*, Washington, DC: Office on Child Abuse and Neglect (HHS).
24. Putnam-Hornstein e., Cederbaum J. A., King B., Eastman A. L., Trickett P. K. (2015) *A Population-Level and Longitudinal Study of Adolescent Mothers and Intergenerational Maltreatment w: American Journal of Epidemiology*, Volume 181, Issue 7, s. 496–503, Oxford: Oxford University Press
25. Wu S.S., Ma C.X., Carter R.L., Ariet M., Feaver E.A., Resnick M.B., Roth J. (2004) *Risk factors for infant maltreatment: a population-based study*, Child Abuse & Neglect, vol. 28, s. 1253–1264, Amsterdam: Elsevier
26. Fejfer-Szytko, J., Włodarczyk, J., Trąbińska-Haduch, M. (2016) *Rozpoznanie sytuacji matek małych dzieci w temacie depresji poporodowej i zaburzeń nastroju*. Dziecko Krzywdzone. Teoria, badania, praktyka, 15(3), s.91-116, Warszawa Fundacja Dajemy Dzieciom Siłę
27. Chaffin M, Kelleher K, Hollenberg J. (1996) *Onset of physical abuse and neglect: psychiatric, substance abuse, and social risk factors from prospective community data w Child Abuse and Neglect*, Marzec 1996, vol. 20 nr 3, str. 191-203, Amsterdam: Elsevier
28. Kornas-Biela D. (2012) *Zaniedbania prenatalne w: Dziecko krzywdzone*. Teoria. Badania. Praktyka, 11(1) s. 24-33, Warszawa: Fundacja Dzieci Niczyje
29. Christensen M.J., Brayden R.M., Dietrich M.S., McLaughlin F.J., Sherrod K.B., Altemeier W.A. (1994), *The prospective assessment of self-concept in neglectful and physically abusive low-income mothers, Child Abuse & Neglect*, vol. 18, nr 3, s. 225–232, Amsterdam: Elsevier
30. Thurston H., Freisthler B., Bella J., Tancredi D., Romano P.S., Miyamoto S., Joseph G.J. (2017) *Environmental and individual attributes associated with child maltreatment resulting in hospitalization or death w: Child Abuse and Neglect*, volume 67, s. 119-136, Amsterdam: Elsevier
31. Rodriguez, C. M., & Richardson, M. J. (2007) *Stress and anger as contextual factors and pre-existing cognitive schemas: Predicting parental child maltreatment risk*. Child Maltreatment, 12(4), s. 325-337, Thousand Oaks: Sage
32. Izdebska A., Lewandowska K. (2012) *Czynniki ryzyka krzywdzenia dzieci w: Dziecko Krzywdzone*. Teoria. Badania. Praktyka, nr 2 (39) 2012, s. 116-132, Warszawa Fundacja Dzieci Niczyje
33. Kelly J.B. (2000) *Children's Adjustment in Conflicted Marriage and Divorce: A Decade Review of Research w: Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, Volume 39, Issue 8, s. 963-973, Nowy Jork: Elsevier
34. Wathen N., MacMillan H. L. (2013) *Children's exposure to intimate partner violence: Impacts and interventions*, w: Paediatrics Child Health, 18(8), s. 419–422, Amsterdam: Elsevier
35. Beisert M., Izdebska A. (2012) *Wykorzystanie seksualne dzieci w: Dziecko krzywdzone*. Teoria. Badania. Praktyka, nr 2(39) 2012, Warszawa Fundacja Dzieci Niczyje
36. Schnitzer P.G., Ewigman B.G. (2005) *Child deaths resulting from inflicted injuries: household risk factors and perpetrator characteristics*, Pediatrics, vol. 116, nr 5, s. 687–693, Elk Grove Village: American Academy of Pediatrics
37. Krugman S., Julien-Chinn F. (2017) *Evaluating Risk factors for fatal child abuse*, w: Campbell J., Messing T. Assessing dangerousness. Domestic violence offenders and child abusers, Nowy Jork: Springer Publishing Company
38. Izdebska A., Lewandowska K. (2012) *Czynniki ryzyka krzywdzenia dzieci w: Dziecko Krzywdzone*. Teoria. Badania. Praktyka, nr 2 (39) 2012, s. 116-132, Warszawa Fundacja Dzieci Niczyje
39. ibid
40. Butchart, A., Phinney, A., Check, P., Villaveces, A. (2004) *Preventing violence: a guide to implementing the recommendations of the World report on violence and health*. Department of Injuries and Violence Prevention. Geneva: World Health Organization
41. ibid

ROZDZIAŁ 4

Symptomy świadczące o przemocy wobec dziecka

JOLANTA ZMARZLIK

Krzywdzenie dzieci jest zjawiskiem wielowymiarowym i złożonym. Rodzaje przemocy opisywane w literaturze przedmiotu przenikają się wzajemnie i wywołują podobne skutki o różnym stopniu nasilenia oraz rozległości występowania. Krzywdzenie dzieci zostało podzielone na cztery kategorie: krzywdzenie fizyczne, psychiczne, seksualne i zaniedbywanie. Praktycznie nie zdarza się, aby dziecko było dotknięte tylko jednym rodzajem przemocy. Oczywiście jest, że każdej formie krzywdzenia towarzyszy przemoc emocjonalna, choć błędnie wydawać się może, że jest tylko tłem o mniejszym znaczeniu.



Dziesięcioletni Staś po raz kolejny nie przyniósł do szkoły przyborów na lekcję plastyki, a WF spędził ukryty w szatni. Kiedy wychowawczynie chciała wpisać mu uwagę do dzienniczka, wykrzyczał z przerażeniem: „Złeje mnie tak jak wczoraj, złeje, bo mnie nienawidzi ten mój nieprawdziwy ojciec!”.

Możemy podejrzewać, że chłopiec jest ofiarą trzech rodzajów przemocy: fizycznej, psychicznej i zaniedbywania. Staś zachował się w sposób typowy dla dziecka z rodziny, w której dochodzi do przemocy. Nie zawsze jednak symptomy krzywdzenia są tak oczywiste jak w tym przypadku – zwykle wychwycenie objawów jest o wiele trudniejsze i wymaga wnikliwości. Osoby opisujące zjawisko krzywdzenia dzieci, a szczególnie problematykę występujących u nich symptomów, borykają

się z trudnością sporządzenia klarownej listy objawów, która umożliwiłaby rzetelną, trafną diagnostykę przypadków. Oczywiście istnieją sklasyfikowane i opisane grupy symptomów, do których będziemy odnosić się również tutaj, lecz tylko niewiele z nich to objawy specyficzne, mierzalne i łatwo weryfikowalne. Sporządzając portret psychologiczny dziecka krzywdzonego, rzadko opieramy się na sprawdzonej liście objawów.



Kamila chodzi do siódmej klasy. Do tej pory była pilną uczennicą, a ostatnio zaczęła spóźniać się do szkoły i niedbale odrabiać lekcje. Pytana przez wychowawczynię o powody tej zmiany arogancko wzruszała ramionami i twierdziła, że nie zależy jej na szkole. Spokojna i kulturalna do tej pory dziewczynka zaczęła używać wulgarnego słownictwa, chodzić w szkole w czapce z daszkiem głęboko nasuniętym na oczy i wielkiej, nieforemnej bluzie ze zbyt długimi rękawami, w których chowały się nawet dłonie dziewczynki. Pewnego dnia Kamila przyszła do szkoły pod wpływem alkoholu.

Zaniepokojona wychowawczyni i rodzice nie mogli zrozumieć przyczyn takiego zachowania Kamili. Stosowali wobec niej kary, zakazy, proponowali spotkanie z psychologiem, specjalistą od uzależnień. Rok później dziewczyna ujawniła przyjaciółce, że od dwóch lat jest molestowana seksualnie przez swojego przyrodniego brata. Problem z rozpoznaniem molestowania w tym przypadku polegał na tym, że żaden z objawów obserwowanych przez otoczenie nie był specyficzny, charakterystyczny dla wykorzystywania seksualnego. Dzieci wykorzystywane i maltretowane fizycznie bardzo często opuszczają się w nauce, kryją ciało pod obszernym ubraniem, sięgają po używki, tracą zaufanie i unikają kontaktu z dorosłymi, manifestują wrogość w stosunku do osób ingerujących w ich życie, odrzucając ich pomoc. Byłoby jednak błędem stawianie diagnozy wykorzystywania seksualnego na podstawie tak wyodrębnionych objawów.

Objawy krzywdzenia możemy podzielić na takie, które obserwujemy na ciele dziecka, w zachowaniu dziecka, w jego relacjach z otoczeniem i stosunku dziecka do samego siebie.

Objawy fizyczne są najpełniej opisane w specjalistycznej literaturze medycznej dotyczącej syndromu dziecka maltretowanego i wykorzystywanego seksualnie. Jednak także tutaj zamieszczamy przegląd objawów fizycznych, które mogą świadczyć o krzywdzeniu młodego człowieka. Ślady na ciele dziecka powstają głównie w wyniku przemocy fizycznej i seksualnej oraz zaniedbywania.

Zjawisko krzywdzenia dzieci jest problemem rozpoznany i nazwany stosunkowo niedawno. Jako pierwsi wyróżnili je lekarze radiolodzy i pediatrzy na podstawie

analizy zdjęć radiologicznych złamań kości u dzieci. Rok 1962 to data wprowadzenia przez H. Kempego do literatury medycznej terminu „zespołu dziecka maltretowanego”. Diagnostyka urazów fizycznych dotyczy głównie małych dzieci, które nie mogą, ze względu na poziom swojego rozwoju i ograniczone możliwości komunikowania się z innymi, wyjaśnić pochodzenia śladów fizycznych. Ustalenie, czy uraz to wynik wypadku czy raczej efekt maltretowania, jest często trudne, wymaga pogłębionej wiedzy i dodatkowych badań. Rzetelna analiza takich przypadków przekracza ramy tej publikacji. Można jednak zaobserwować pewne ślady, które powinny budzić niepokój nie tylko profesjonalistów o medycznym przygotowaniu, ale również nauczycieli, pracowników socjalnych i innych osób z otoczenia dziecka.

Objawy, które mogą świadczyć o przemocy fizycznej:

- ▶ siniaki na ciele dziecka (szczególnie na plecach, ramionach i udach) będące na różnym etapie gojenia, duże otarcia naskórka
- ▶ specyficzne ślady na skórze przypominające blizny po ospie, a będące pozostałościami po parzeniu dziecka papierosem
- ▶ naderwane małżowiny uszne, tzw. uszy zapaśnika (zniekształcone małżowiny od uderzania dziecka w uszy), pozbawione włosów miejsca na głowie, złamana przegroda nosowa, złamania palców dłoni, wszelkie wielokrotne złamania kości, wylewy krwawe do gałek ocznych
- ▶ odparzenia na skórze wynikające z zaniedbań higienicznych, niezaopatrzone rany, ślady ugryzień przez człowieka, ślady duszenia, krępowania
- ▶ oparzenia rękawiczkowo-skarpetkowe oraz zlokalizowane na pośladkach i w dolnej części pleców.

Oprócz śladów występujących na ciele dziecka pojawiają się objawy psychosomatyczne o nieustalonej etiologii. Objawami niepokojącymi są trudne diagnostycznie bóle brzucha, głowy, omdlenia, duszności, egzemy, biegunki. Charakterystycznym symptomem występującym u dzieci krzywdzonych są tzw. bóle wędrujące, najbardziej podobne w opisie do bólów fantomowych, a często rozpoznawane jako hipochondria lub rodzaj manipulacji stosowanej przez dziecko w niekomfortowych dla niego sytuacjach. Z psychologicznego punktu widzenia można je interpretować jako efekt tego, że dziecko gromadzi w sobie ból, którego doznaje w trakcie maltretowania, a którego nie może ujawnić wobec oprawcy. Nawet jeśli ujawnia ból, nie znajduje u najbliższych ukojenia. Należy pamiętać, że dolegliwości są przez dziecko realnie odczuwane, mają charakter falowy i mogą zmieniać umiejscowienie.

Bóle wędrujące są specyficznym objawem krzywdzenia i należy je odróżnić od bólów napięciowych związanych z wysokim poziomem lęku.

SYMPTOMY ŚWIADCZĄCE O PRZEMOCY WOBEC DZIECKA



Sześćoletni Karol skakał na jednej nodze wokół przedszkolnej choinki tak energicznie, że w końcu potknął się i upadł. Karol obejrzał swoje podrapane kolano, posmarował się własną śliną i postanowił skakać dalej. Wychowawczynie chciała jednak zdezynfekować otarcie. Gdy podeszła do chłopca z butelką wody utlenionej, zareagował gwałtownie. Wyrwał się i krzychał: „Zostaw, nie ruszaj, to boli, nie pozwól ci na to!”. Wychowawczynie była zaskoczona jego histerycznym zachowaniem.

W codziennej pracy z dziećmi warto zwrócić uwagę na dziwne, nietypowe zachowania dziecka i starać się unikać stereotypowych ocen takich objawów. Podobnie jak w przypadku tzw. bólów wędrujących możemy mieć do czynienia z syndromem dziecka krzywdzonego, które w chwili doznawania przemocy fizycznej jest przerażone i samotne. Nauczone, że okazywanie cierpienia rozjusza sprawcę i potęguje jego agresję, dziecko nie ujawnia wprost doznawanej krzywdy, jednak pozornie banalna sytuacja może wywołać w nim nieadekwatną reakcję i uwolnić emocje tłumione w chwili krzywdzenia.

Wiele nieporozumień nawet wśród profesjonalistów budzą specyficzne, medyczne objawy wykorzystania seksualnego. Niesłusznie pokłada się nadzieję w tym, że badanie ginekologiczne rozwieje wątpliwości co do molestowania seksualnego dziecka. Tymczasem praktyka pokazuje, że tylko część przypadków molestowania seksualnego wiąże się z pełnym kontaktem genitalnym, więc nie pozostawia śladów wykrywalnych za pomocą badania ginekologicznego. Poza tym badanie genitaliów dziewczynki niekoniecznie daje jednoznaczną diagnozę. Specyficzne i niepodlegające wątpliwościom są takie objawy, jak: ciąża u dziewczynki, choroba przenoszona drogą płciową i obecność nasienia w ciele lub na ciele czy ubraniu dziecka. Wszelkie inne objawy medyczne, takie jak odparzenia, otarcia, pęknięcia błony dziewiczej, stany zapalne, podrażnienia i infekcje, mogą jedynie w istotny sposób uprawdopodobniać fakt wykorzystania, nie mogą jednak stanowić dowodu.



W rutynowym badaniu moczu czteroletniej Helenki wykryto duże ilości białka, które po dogłębnej analizie okazało się być męskim nasieniem. Dziewczynka wychowywała się w domu pod opieką rodziców. Jediną podejrzaną osobą był ojciec Helenki. Dowód (sperma w moczu dziecka) świadczący o wykorzystaniu seksualnym należał do tzw. niezbitych.

Przypadek Helenki został przytoczony w celu podkreślenia koniecznej ostrożności w formułowaniu wniosków i oskarżeń. Długotrwała diagnoza psychologiczna

rodziny pozwoliła na wyciągnięcie odmiennych wniosków. W rodzinie występował zupełnie inny problem związany z matką, która cierpiała na tzw. zastępczy zespół Münchhausena. Zespół ten to rzadka forma krzywdzenia dziecka polegająca na wywoływaniu u niego objawów choroby. Matki dotknięte tym zaburzeniem czują się spełnione tylko wtedy, gdy mają chore dziecko, gdyż wtedy spotykają się z troską otoczenia i personelu medycznego. Matka Helenki oddała do analizy swój mocznik (a cierpiała na chorobę nerek), aby wymusić leczenie córki i położenie jej do szpitala. Dla przypadków zastępczego zespołu Münchhausena charakterystyczna jest bogata dokumentacja medyczna dziecka, niejasne i wzajemnie sprzeczne diagnozy oraz radykalna poprawa stanu zdrowia dziecka podczas każdorazowego pobytu w szpitalu. Dziecko zwykle jest zadbane, a matka sprawia wrażenie nadopiekuńczej.

Należy też wspomnieć o takich objawach wykorzystania seksualnego dziecka, które WHO uznaje za specyficzne symptomy, szczególnie dla dzieci młodszych, związane z danym kręgiem kulturowym. Te objawy świadczą o nadmiernej erotyzacji dziecka.



Pięcioletnia Magda niechętnie bawi się z innymi dziećmi w przedszkolu. Najczęściej siada w kącie i bawi się w „pipanie”. Polega to na pocieraniu dwóch lalek o siebie, rozbieraniu ich i lizaniu po całym ciele. Magda oderwana od zabawy, a także w trakcie posiłków czy zajęć dydaktycznych uporczywie wkłada rękę pod bieliznę i masturbuje się. Czasami próbuje też kłaść się na inne dzieci i lizać je po twarzy.

Zachowania Magdy są bardzo niepokojące, świadczą o rozerotyzowaniu dziecka i nie mieszczą się w katalogu zachowań typowych dla tego etapu rozwoju psychoseksualnego. Dziewczynka wymaga pilnie specjalistycznej diagnozy pod kątem molestowania seksualnego.



Pięcioletni Marcel i jego przedszkolna koleżanka Oliwia zamknęli się w schowku na leżaczki, ściągnęli bieliznę i oglądali swoje narządy płciowe. Młoda wychowawczyni bardzo się tym zdenerwowała, rozdzieliła dzieci do osobnych grup i zabroniła im bawić się ze sobą. Domyślała się, że inicjatorem zabawy był Marcel, gdyż Oliwka była bardzo grzeczną dziewczynką.

W tym, jak i w poprzednim przypadku dzieci podjęły zachowania o charakterze seksualnym. Jednak zachowania Marcela i Oliwki są charakterystyczne dla tej fazy rozwoju psychoseksualnego i nie powinny niepokoić. Błędem jest zawstydzanie, zastraszanie czy karanie dzieci zaciekawionych różnicami między płciami.



Dziewięcioletni Alan wyjechał na kolonie. Już pierwszej nocy doszło do trudnej dla dzieci i wychowawcy sytuacji. Alan budził dzieci, kazał im oddawać słodycze, groził pobiciem, a najmniejszego z nich zmusił siłą do „zabawy w konia”, czyli udawania seksu oralnego i analnego. Wychowawca postanowił zawiadomić policję i odesłać chłopca do domu. Poruszony opowiadał innym wychowawcom o małym zbrodźcu.

Historia Alana jest rzeczywiście szokująca. U dziecka wystąpiło rozerotyzowanie połączone z agresją seksualną. Chłopiec wymaga pilnej pomocy psychologicznej i diagnozy pod kątem wykorzystania seksualnego. Młodsze dzieci przejawiające zachowania takie jak Alan często same są ofiarami wykorzystywania i odreagowują swoją traumę, zachowując się agresywnie wobec kolegów.

Rodzice i opiekunowie dzieci przedszkolnych często zadają pytania dotyczące właściwej reakcji na masturbację u dzieci. Nie wiedzą, jak na nią reagować, jak oduczyć dziecko takich zachowań, a nierzadko podejrzewają, że może ono świadczyć o tym, że dziecko stało się ofiarą nadużyć seksualnych. Problem nie jest łatwy diagnostycznie. Część dzieci masturbuje się na jakimś etapie rozwoju. Trwa to przez pewien czas i samoistnie ustaje. Natomiast niektóre dzieci masturbują się dlatego, że są ofiarami nadużyć seksualnych. Masturbowaniu towarzyszą wówczas inne objawy, takie jak lęki, trudności z zasypianiem, koncentracja na sprawach seksu, płciowości itp. Masturbacja może być również objawem innych trudności przeżywanych przez dziecko, np. zaniedbywania, doznawania przemocy fizycznej i emocjonalnej. Koncentracja tylko na jednym objawie nie przybliży nas do rozpoznania problemu dziecka. Trzeba jednak pamiętać, że powinna być co najmniej sygnałem alarmowym.

Objawami budzącymi niepokój powinny być również: nadmierna koncentracja dziecka na tematach związanych z płciowością człowieka oraz domaganie się nietypowych pieszczot (np. „Poliż mnie po cipci”, „Pocałuj mnie z języczkiem” itp.) od osób dorosłych, a także nadmierna wstydlivość dotycząca ciała, lęk przed rozbieraniem u lekarza czy pielęgniarki, lęk przed dotykiem, dotykaniem innych osób w miejsca intymne, publiczne masturbowanie się, a u młodszych dzieci także obsesyjne rysowanie postaci ludzkich z zaznaczonymi genitaliami.

Należy pamiętać, że w sytuacjach krzywdzenia o charakterze seksualnym dzieci mają duże trudności z ujawnieniem tego faktu. Związane jest to z lękiem, wstydem, koniecznością przekroczenia tabu społecznego i religijnego. Mimo to dzieci podejmują próby ujawnienia faktu molestowania. Często robią to nie wprost, wycofują się, sprawdzają reakcję otoczenia, poszukują osoby zaufanej, która skupi na nich uwagę i przyjmie tę informację. Wiele dzieci powierza swoją tajemnicę

pielęgniarki szkolnej czy szpitalnej. Gabinet lub sala chorych wydaje się dzieciom miejscem innym, bezpieczniejszym niż korytarz szkolny czy pokój pedagoga. Szczególnie pielęgniarki szkolne wydają się dziecku bliższe od oceniających nauczycieli. Dzieci zadają pielęgniarkom pytania o ciężę, o możliwość zarażenia się chorobą weneryczną poprzez kąpiel w wannie, czasem mówią o czymś, co rzekomo dotyczy koleżanki, postaci z telewizji, a czasem pytają np.: „Co by pani zrobiła, gdyby dowiedziała się, że pani córka jest wykorzystywana?”. Zazwyczaj po zadaniu takich pytań dziecko unika kontaktu, zaprzecza, że o to indagowało, albo mówi, że coś mu się śniło czy wydawało. Taka jest dynamika ujawnień: krok do przodu, dwa do tyłu. Jeśli dziecko wybrało ciebie, czytelniku, na osobę, której chce powierzyć swój dramat, nie zlekceważ go, bo być może więcej nie otworzy się przed nikim.

Profesjonaliści stykający się w pracy z dziećmi często mają wątpliwości związane z rozpoznaniem krzywdzenia i podejmowaniem interwencji w ochronie dziecka. Obawiają się wkraczania w sprawy rodziny, popełnienia błędu, skrzywdzenia dorosłych niesłusznym podejrzeniem, kłopotów związanych z kontaktami z odpowiednimi służbami. Przeważnie nie mają wystarczającej wiedzy o problemie krzywdzenia, a poza tym są przekonani, że dzieci często kłamią (jakby zdolność i chęć do mówienia prawdy wzrastała wraz z wiekiem), są przekonani, że rodzic zawsze robi to, co jest dobre dla dziecka. Można wymieniać wiele powodów nierozpoznawania przemocy, ale warto pamiętać, że dziecko jest bezradne, nie potrafi chronić samego siebie i nie poprosi o pomoc. Musi ona być efektem inicjatywy dorosłych. Konieczne jest zatem przeanalizowanie innych symptomów, które powinny niepokoić i nakłaniać do pogłębienia wiedzy związanej z przyczynami nieprawidłowego funkcjonowania dziecka.



Piętnastoletnia Agata siedziała sama w ostatniej ławce pod oknem. Głośno manifestowała, że nie zależy jej na żadnym sąsiedzie. Ręce dziewczyny były pokryte bliznami po nacięciach. Często wydawała się nieobecna na lekcjach, pogrążona we własnych myślach. Właściwie nie sprawiała kłopotu swoją osobą. Robiła wrażenie wycofanej, cichej, nieważnej dla żadnej z koleżanek. Kiedy trafiła blisko miesiąc do szpitala, nikt w klasie nie przejął się jej nieobecnością.

Agata była dzieckiem rodziców uzależnionych od alkoholu. Ojciec pracował dorywczo, matka pozostawała w domu, pogrążając się coraz bardziej w depresji i uzależnieniu od tanich nalewek. Ojciec był agresywny, sfrustrowany życiem. Napęca rozładowywał, pijąc i zachowując się agresywnie wobec córki i matki. Agata była bita, odkąd tylko pamięta.

Dziewczyna prezentowała objawy typowe dla dziecka krzywdzonego fizycznie, emocjonalnie oraz długotrwale zaniedbywanego. Chroniąc się przed przemocą, przy-

brała maskę „osoby niewidzialnej”, bo tylko niewidzialna mogła czuć się bezpieczna. Kontakt z innymi jest ryzykowny, zagrażający. W jej przekonaniu inni ludzie krzywdzą, sprawiają ból. Swoje lęki i napięcia rozładowywała za pomocą samouszkodzeń. Była bardzo samotna, przepełniona bólem psychicznym. Ból fizyczny, który sobie zadawała, był łatwiejszy do przyjęcia niż ból psychiczny. Wskutek doświadczania przemocy dzieci bite i wykorzystywane seksualnie często są przekonane o swojej winie i karzą swoje ciało, gdyż czują się odpowiedzialne za agresję sprawcy. Agata miała również kłopoty z koncentracją uwagi i stąd jej psychiczna nieobecność na lekcji. Możliwe, że cierpiała na nagłe wtargnięcia – natrętne obrazy przeżywanej opresji.



Dwunastoletni Olaf ma w szkole fatalną opinię. Agresywny, zaczepny, skonfliktowany z większością rówieśników, potrafi wyjść w połowie lekcji, trzaskając drzwiami, a nawet wulgarnie odzywać się do nauczycieli.

Olaf również prezentuje objawy dziecka bitego, zaniedbanego, odrzuconego. Chłopiec, przeciwnie niż Agata, przyjął obronnie postawę agresora. Zachowuje się tak, jakby chciał powiedzieć: „Nie dam się skrzywdzić, uprzedzę wasze złe zamiary, zaatakuję pierwszy”. Agresor jest bezpieczny, gdyż to on dyktuje warunki. U dziecka wychowanego w atmosferze przemocy szacunek miesza się z terrorem. Takie dziecko ma zwiększoną czujność na zagrożenie, a lęk redukuje za pomocą agresji, ataku na potencjalnego wroga. Charakteryzuje się też nadreaktywnością na bodźce, nieufnością i trudnością w regulacji emocji.

Dzieci krzywdzone na ogół mają niskie poczucie własnej wartości, są przepełnione poczuciem winy, gniewu, złości i lęku. Starając się ukryć swoją sytuację, częściej kłamią, że nic złego w ich życiu się nie dzieje, niż obwiniają najbliższych. Sądzą, że nie zasługują na pomoc, nie wierzą w możliwość zmiany swojej sytuacji. Rozczarowani dorosłymi i przekonani o ich złych intencjach propozycję pomocy kwitują bolesnym: „Nie potrzebuję”.

Konsekwencje przemocy seksualnej

Fizyczne:

- ▶ obrażenia części intymnych
- ▶ choroby przenoszone drogą płciową
- ▶ chroniczny ból
- ▶ zaburzenia układu pokarmowego, migreny lub inne częste bóle głowy
- ▶ komplikacje ginekologiczne

Psychiczne:

- ▶ szok, lęk, niepokój, zagubienie
- ▶ wyparcie traumatycznych przeżyć
- ▶ wycofanie, poczucie wstydu lub obwinianie się
- ▶ nerwica lub ogólna nieufność wobec ludzi

Oprac. red.

ROZDZIAŁ 5

Picie alkoholu w ciąży i podczas karmienia

TERESA JADCZAK-SZUMIŁO

Alkohol jest teratogenem. To oznacza, że jest substancją szkodliwą dla dziecka rozwijającego się w łonie matki. Nie ma ani bezpiecznej dawki alkoholu w okresie ciąży, ani bezpiecznego okresu ciąży, w którym kobieta mogłaby wypić alkohol, nie narażając swojego dziecka na uszkodzenia. Wiele kobiet – dzieląc się swoimi doświadczeniami z okresu ciąży na forach internetowych – przyznaje się do picia alkoholu, jednak na ogół nie wierzą one w teratogeny wpływ alkoholu, bo ich dzieci urodziły się zdrowe.

Wpływ alkoholu na mózg dziecka

Jeśli kobieta w czasie ciąży pije alkohol, może on uszkodzić powstające organy dziecka, a przede wszystkim jego mózg. Poalkoholowe uszkodzenia mózgu u dzieci mogą mieć różny stopień ciężkości. Czasami w niewielkim wymiarze upośledzają jakąś funkcję, a czasami mogą powodować bardzo rozległe szkody. Szkody poalkoholowe u dzieci są współcześnie opisywane jako spektrum zaburzeń poalkoholowych FASD.

W spektrum zaburzeń poalkoholowych u dziecka FASD wyróżnia się:

- ▶ alkoholowy zespół płodowy FAS
- ▶ częściowy alkoholowy zespół pFAS
- ▶ neurobehawioralne uszkodzenia zależne od alkoholu ARND.

Trzeba pamiętać, że niezależnie od tego, do jakiego zespołu przyporządkujemy dziecko po prenatalnej ekspozycji na alkohol, w każdym przypadku mamy do czynienia z deficytami w zakresie pracy mózgu.

Panuje powszechne przekonanie, że dzieci z FASD są przede wszystkim upośledzone umysłowo. Jednak warto zaznaczyć, że wskaźniki psychologiczne w tej grupie dzieci są niejednoznaczne. W 1993 roku naukowcy stwierdzili w dużych badaniach, że iloraz inteligencji dzieci z FAS przyjmuje wartości od upośledzenia umysłowego do wyników wyższych niż przeciętne⁽¹⁾. Badania, które prowadziłam na grupie 140 dzieci z FASD w Polsce w latach 2008–2014, wykazały, że około 70% dzieci miało iloraz inteligencji w normie. Warto podkreślić, że wpływ na funkcjonowanie dzieci z FASD mają także uszkodzenia ośrodkowego układu nerwowego (OUN) i to one w konsekwencji będą przesądzać o funkcjonowaniu dziecka.

Alkohol uszkadza różne struktury mózgu. Może wpływać na zmianę kształtu i grubości spoidła wielkiego, jego całkowitej lub częściowej agenezji. Może także spowodować zmiany w postaci opóźnionej mielinizacji czy też zmiany w wielkości kory nowej oraz uszkodzenia w różnych lokalizacjach. Dziecko z FASD może mieć prawidłowe IQ, ale jednocześnie – ze względu na uszkodzenia OUN – wystąpią u niego deficyty pamięciowe, problemy związane z rozwojem języka, problemy z przetwarzaniem bodźców, kłopoty z liczeniem.

Czynniki ryzyka picia u kobiet

Niestety, świadomość kobiet na temat działania na dziecko alkoholu spożywanego w ciąży jest bardzo niski. Z badań przeprowadzonych wśród kobiet w województwie warmińsko-mazurskim przed dr Ewą Fiołek⁽²⁾ wynika, że stan tej wiedzy pozostaje na bardzo niskim poziomie. Pociuszający jest fakt, że młodsze kobiety miały większą wiedzę niż starsze.

Osoby zajmujące się profilaktyką coraz częściej mówią o tym, że wiedza nie jest czynnikiem chroniącym. Dla postaw abstynencji istotne są więzi rodzinne. Bardzo duże znaczenie mają: poczucie akceptacji, bycia kochanym, dobre relacje z innymi. Jest to informacja ważna dla specjalistów, ponieważ określa sposób, w jaki powinni oni edukować przyszłe matki i jak powinny być prowadzone oddziaływania profilaktyczne wobec kobiet spodziewających się dziecka.

Warto również zastanowić się, jakie są czynniki ryzyka picia alkoholu przez kobiety w ogóle. Uważa się, że chociaż wszystkie kobiety w danej populacji są narażone na używanie alkoholu, to jednak istnieją pewne zachowania i wydarzenia, które zwiększają ryzyko spożywania alkoholu przez kobiety⁽³⁾.

TABELA 1. CZYNNIKI RYZYKA PICIA ALKOHOLU PRZEZ KOBIETY I ICH WPŁYW NA ROZWÓJ PICIA PROBLEMOWEGO

Czynniki ryzyka picia u kobiet	Wpływ na zachowania ryzykowne w zakresie alkoholu
Pozytywny wywiad rodzinny (tzn. potwierdzający fakt picia alkoholu)	Picie problemowe w rodzinie w sposób znaczący może wpłynąć na rozwinięcie się picia problemowego u kobiety.
Presja ze strony rówieśników i partnerów	Niezależnie od etapu życia kobiety nadają duże znaczenie kontekstowi społecznemu, w jakim piją alkohol. Dorastający rówieśnicy mają silniejszy wpływ na dziewczęta niż na chłopców.
Depresja	W każdym okresie życia kobiet picie problemowe łączy się z depresją. Badania kliniczne pokazują, że prawdopodobieństwo występowania depresji u kobiet pijących problemowo jest bardzo wysokie – dziesięciokrotnie wyższe niż u mężczyzn.
Stres, załamanie i trudne sytuacje życiowe	Picie problemowe może być jedną ze strategii radzenia sobie w sytuacjach trudnych.
Wydarzenia traumatyczne	Picie problemowe może pojawiać się jako tzw. zachowanie ryzykowne po przeżyciu traumy, w tym traumy wczesnodziecięcej.

Źródło: opracowanie własne na podstawie E. Lisansky-Gomberg (1997)⁽³⁾

Widać zatem wyraźnie, że stan emocjonalny kobiet, ich sposób radzenia sobie z emocjami, a także umiejętność regulowania emocji mogą mieć wpływ na zachowanie, w tym na podejmowanie działań zmierzających do redukcji picia alkoholu i abstynencji.

Okres ciąży jest szczególnie trudnym emocjonalnie okresem dla kobiet ze względu na dużą labilność emocjonalną i rozregulowanie psychiki spowodowane zmianami hormonalnymi. Jest to okres, w którym niejednokrotnie lekarz prowadzący ciążę, widząc nadmierny stres u kobiety, poleca lampkę wina dla rozluźnienia.

Ta sama autorka⁽³⁾ opisuje czynniki ryzyka picia alkoholu przez kobiety młode w wieku 20–40 lat, a więc w okresie, kiedy potencjalnie mogą zostać matkami. Zalicza do nich: kwestie związane z pełnieniem roli zawodowej i rodzinnej, wpływ partnera, problemy z płodnością, styl życia.

Prowadząc jakiegokolwiek działania edukacyjne i profilaktyczne wobec kobiet, należy uwzględniać znaczenie emocjonalnej strony ich psychiki i pamiętać, że na takie relacyjne wpływy kobiety będą bardzo podatne. Jeśli zależy nam, aby przyszłe matki nie piły alkoholu w ciąży, nasze interwencje muszą wynikać z prawdziwej troski o nie i ich dziecko, być oparte na dobrej relacji z kobietami i docierać nie tylko do nich, ale również do ich najbliższych.

Karmienie naturalne dziecka a alkohol

Kiedy kobieta karmi piersią swoje dziecko, potrzebuje przede wszystkim spokoju i wsparcia. Karmienie piersią wiąże się nie tylko z żywieniem dziecka, ale także z jego kojeniem i dbaniem o jego bezpieczeństwo i dobrostan. Wiele matek przeżywa napięcie i zdenerwowanie, kiedy po urodzeniu potomka doświadczają trudności z laktacją. Mogą wtedy ulegać różnym stereotypowym poglądom funkcjonującym w najbliższym otoczeniu czy na forach internetowych dla młodych matek. Może się zdarzyć, że karmiąca kobieta usłyszy rady, że lampka wina pomoże jej się zrelaksować i wtedy znikną kłopoty z karmieniem albo że szklanka piwa pobudzi laktację. Młoda matka przede wszystkim powinna jednak wiedzieć, że aby pobudzić laktację, trzeba jak najczęściej w sposób prawidłowy przystawiać dziecko do piersi, a nie pić piwo. Substancje zawarte w koszyczkach chmielu zwiększają w organizmie produkcję płynów i mogą wpływać na produkcję mleka tak jak inne środki moczopędne, np. napar z natki pietruszki. Tak więc to nie piwo pobudza laktację, lecz substancje czynne z koszyczków chmielu. Natomiast alkohol zawarty w piwie ma niekorzystny wpływ na dziecko.

Trzeba pamiętać, że alkohol przenika do mleka, a jego działanie nie tylko powoduje zatrucie i senność u dziecka, ale także upośledza produkcję oksytocyny w organizmie dziecka, a jest ona potrzebna do rozwoju mózgu. Ponadto u niemowlęcia sennego i zatrutego alkoholem rozregulowuje się rytm snu i czuwania, głodu–nasyceń, a także zakłóceniu ulega komunikowanie przez dziecko potrzeb, które odbiera matka. Niemowlę staje się niespokojne, a matka przestaje radzić sobie z jego uspokajaniem i z obniżaniem jego napięcia emocjonalnego, co stanowi czynnik ryzyka depresji u matki i w efekcie ryzyko porzucenia dziecka.

Wsparcie pielęgniarki i położnej w okresie laktacji

Pielęgniarki i położne mogą w tym okresie odegrać kluczową rolę, ucząc matkę prawidłowego karmienia i pomagając jej lepiej rozumieć niemowlę. Taka pomoc może

mieć wpływ na jakość więzi kształtowanej między matką a dzieckiem. W konsekwencji będzie to rzutowało na całe życie dziecka, również na jego zdolność do radzenia sobie w trudnych sytuacjach. Warto pamiętać, że więź i styl przywiązania są kluczowym czynnikiem ochronnym w procesie rozwoju dziecka i przez całe jego życie.

TABELA 2. ZADANIA PIELĘGNIARKI I POŁOŻNEJ W OKRESIE KARMIENTA PIERSIĄ MAJĄCE WPŁYW NA ZACHOWANIA MATEK WE WCZESNYM OKRESIE ROZWOJU DZIECKA

Zadania pielęgniarek i położnych	Znaczenie dla zachowania matki i wpływ na dziecko
Nauczenie matki efektywnego karmienia piersią	Umiejętność prawidłowego przystawiania dziecka do piersi i sukces w karmieniu naturalnym pomaga matce czerpać satysfakcję z roli matki i powoduje wzrost akceptacji samej siebie w tej roli. Pomoc w przystawianiu do piersi noworodka w okresie sensytywnym dla odruchu ssania.
Nauczenie rozpoznawania sygnałów, jakie wysyła dziecko	Matki funkcjonują efektywniej, kiedy trafnie odczytują sygnały płynące od dziecka, rozróżniają płacz i mogą skutecznie ukoić niemowlę. Matki, które nie rozumieją sygnałów dziecka i dla których kojenie dziecka jest trudne, są podatne na popadanie w stany depresyjne.
Nauczenie adekwatnego reagowania na sygnały płynące od dziecka	Matka, która ma trudności ze zrozumieniem potrzeb dziecka, może się tego nauczyć poprzez wsparcie, jakie uzyska od innej osoby.
Nauczenie wprowadzania regulacji rytmu dobowego i nasylenia u niemowlęcia	Matka uczy się regulować czas snu i czuwania dziecka. To ważne, zwłaszcza jeśli niemowlę ma trudności z zasypianiem, jest wcześniakiem lub ma FASD.
Wprowadzanie bezpieczeństwa i dobrostanu	Nauczenie matki codziennych czynności pielęgnacyjnych, które zapewniają dziecku dobrostan i poczucie bezpieczeństwa: karmienie, przewijanie, reagowanie na płacz, pomoc w zasypianiu.

Źródło: Opracowanie własne na podstawie badań własnych

We współczesnym świecie, kiedy kobiety utraciły naturalne wsparcie płynące z rodziny wielopokoleniowej, położna lub pielęgniarka może i powinna przejąć takie zadania, które pomogą kobiecie podjąć rolę matki. Efektywne pełnienie tej roli sprawia, że kobiety mają większą satysfakcję z opieki nad dzieckiem, tworzy się bezpieczna więź między matką a dzieckiem i staje się ona gwarancją adekwatnej opieki. Dla wielu matek taki stan może być czynnikiem ochronnym przed podejmowaniem zachowań ryzykownych.

Rola pielęgniarek i położnych w profilaktyce FASD

Jak już wspomniano, badania wykazały, że stan wiedzy kobiet na temat FASD jest niski, a wiedza tylko w niewielkim stopniu wpływa na ograniczanie picia alkoholu. Jakie więc działania podjąć, aby były one efektywne w zakresie profilaktyki FASD?

Edukacja na temat wpływu alkoholu jest konieczna. Wiedza może być najbardziej efektywna w sytuacji, kiedy pewne problemy jeszcze nas nie dotyczą. Kilka lat temu powstał w Polsce krótki program edukacyjny dla nastolatków w zakresie FASD pt. „Biorę odpowiedzialność” autorstwa Teresy Jadczak-Szumiło i Katarzyny Kałamajskiej-Liszcz⁽⁴⁾. Program przewidywał poprowadzenie dwóch lekcji wychowawczych (jedna po drugiej) na temat wpływu alkoholu na dziecko przed jego narodzeniem. Program przeznaczony był dla uczniów od 15. roku życia uczęszczających do szkół średnich. Taka edukacja w okresie, kiedy większość nastolatków jeszcze nie jest rodzicami i nie myśli nawet o tej roli, może pobudzić kształtowanie się postaw związanych z abstynencją w okresie ciąży. Program zwraca uwagę na ten aspekt bycia kobietą, który wiąże się z przekazywaniem życia i odpowiedzialnością w tym zakresie. Niezwykle ważne w programie jest to, że w zajęciach uczestniczą nie tylko dziewczęta, ale także chłopcy. Mając na uwadze fakt, jak istotna dla wzorów picia u kobiet jest postawa bliskiego im partnera, warto edukować także chłopców, gdyż to oni w przyszłości mogą pomóc swoim partnerkom zachować abstynencję w okresie oczekiwania na dziecko. Program ten z powodzeniem może być realizowany przez pielęgniarki szkolne.

Pielęgniarki i położne są specjalistkami najczęściej prowadzącymi szkoły rodzenia. Jest to bardzo dobry czas do edukacji, gdyż kobiety, zwłaszcza te, które oczekują pierwszego dziecka, są podatne na wiedzę i aktywnie jej poszukują, aby jak najlepiej przygotować się do roli matki. Żadna z matek nie chce świadomie skrzywdzić swojego dziecka i edukacja na tym etapie może być dla nich przydatna. Pielęgniarka i położna może podjąć rozmowę na temat tego, co jest ważne dla dziecka, z każdą kobietą ciężarną, by ją edukować i zapobiegać okazjonalnemu spożywaniu alkoholu, ale także po to, aby rozpoznać kobiety pijące nadmiernie i zmotywować je do leczenia. Pomoc polegająca na zidentyfikowaniu i nazwaniu problemu może być kluczowa w podjęciu przez kobietę decyzji o przerwaniu picia.

Biorąc pod uwagę czynniki, które wpływają na picie kobiet, w prowadzeniu interwencji z matką pijącą alkohol w sposób nadmiarowy trzeba uwzględnić takie aspekty, jak:

- ▶ unikanie krytyki
- ▶ akceptacja osoby przy nieakceptacji picia alkoholu
- ▶ troska o kobietę i o jej dziecko
- ▶ wykorzystanie wsparcia osób bliskich
- ▶ pomoc w znalezieniu profesjonalnej terapii.

Jak rozmawiać z kobietą pijącą alkohol w ciąży?

Każde picie alkoholu w ciąży jest picciem ryzykownym. Wiedza może być pomocna dla tych kobiet, u których świadomość szkodliwości alkoholu dla dziecka jest niska, a jednocześnie przerwanie picia nie stanowi dla nich żadnego problemu. Natomiast w przypadku kobiet uzależnionych i pijących nadmiarowo wiedza nie zmienia ich postaw wobec alkoholu. Aby móc skutecznie interweniować, najpierw trzeba rozpoznać i ocenić rozmiar problemu, jaki z używaniem alkoholu ma matka oczekująca dziecka. Nie jest określona dawka alkoholu, jaka może powodować FAS. Uważa się, że dwie lub więcej standardowych porcji alkoholu etylowego dziennie może mieć negatywny wpływ na rozwój dziecka w łonie matki⁽⁵⁾. Częstość spożywania alkoholu i wielkość dawek, jakie piją kobiety w ciąży, jest trudna do oceny z bardzo wielu powodów. Musimy polegać na tym, co same kobiety mówią na ten temat. Mogą one niechętnie rozmawiać o swoim piciu, gdyż wiedzą, że podlega to negatywnej ocenie społecznej. Klimat rozmowy na ten temat z matką w ciąży musi być pełen troski o nią i jej dziecko, a sama rozmowa powinna być prowadzona w sposób dający kobiecie poczucie bezpieczeństwa.

Istnieją różne metody ankietowe służące do monitorowania spożywania alkoholu. Podejmując rozmowę na ten temat z kobietą w ciąży, warto skorzystać z tych metod, mając na uwadze doświadczenie w tym zakresie pochodzące z innych krajów. Metody te oparte są najczęściej na prostych, konkretnych pytaniach. Opracowane zostały kwestionariusze przeznaczone specjalnie dla kobiet w ciąży: kwestionariusz T-ACE i kwestionariusz TWEAK⁽⁶⁾.

Kwestionariusz T-ACE

Składa się z czterech pytań:

T (Tolerance): Ile drinków (porcji alkoholu) musisz wypić, aby poczuć się na rauszu?

A (Annoyed): Czy irytują cię osoby, które krytykują fakt spożywania przez ciebie alkoholu?

C (Cut): Czy kiedykolwiek miałaś poczucie, że powinnaś przestać pić alkohol?

E (Eye opener): Czy kiedykolwiek zdarzyło się, że wypicie drinka było pierwszą rzeczą, jaką zrobiłaś rano, aby uspokoić nerwy albo stanąć na nogi?

Pozytywna odpowiedź na pytania A, C, E daje po 1 punkcie. Pozytywna odpowiedź na pytanie T jest oceniana na 2 punkty, jeśli do poczucia bycia na rauszu osoba badana potrzebuje wypić trzy lub więcej porcji standardowych.

Za dodatni uważa się wynik 2 lub więcej punktów. Oznacza on, że badana kobieta prawdopodobnie pije alkohol ryzykownie.

Dla przypomnienia: porcja standardowa alkoholu to 10 g alkoholu etylowego. Tyle alkoholu zawiera 200 ml piwa (zawartość alkoholu ok. 5%), 50 ml likieru (zawartość alkoholu około 20%), 100 ml wina (zawartość alkoholu ok. 10%), 25 ml wódki (zawartość alkoholu około 40%).

Kwestionariusz TWEAK

Składa się z pięciu pytań:

T (Tolerance): Ile drinków (porcji standardowych) jesteś w stanie wypić?

W (Worried): Czy ktoś z twoich przyjaciół lub krewnych martwił się twoim pićm lub na nie narzekał?

E (Eye openers): Czy czasami wypijasz drinka rano, zaraz po wstaniu?

A (Amnesia): Czy zdarza się, że przyjaciele lub członkowie rodziny mówią ci o rzeczach, które powiedziałaś lub zrobiłaś, będąc pod wpływem alkoholu, a których nie jesteś w stanie sobie przypomnieć?

K (C) (Cut Down): Czy czasami odczuwasz potrzebę konieczności zaniechania picia alkoholu?

Pozytywne odpowiedzi na pytania T i W dają po 2 punkty. Pozytywna odpowiedź na każde z pozostałych pytań daje po 1 punkcie. Odpowiedź T – oceniana jest na 2 punkty, jeśli do uzyskania dobrego samopoczucia osoba badana pije 3 lub więcej porcji standardowych alkoholu.

Gdy łączny wynik kwestionariusza wynosi 2 lub więcej punktów, kobieta najprawdopodobniej pije w sposób ryzykowny.

Kwestionariusze mogą pomóc oszacować problem, jednak nie zastąpią one relacji między specjalistą a kobietą.

Rola położnej po porodzie – wsparcie dla matki i dziecka

Najważniejsze zadanie, jakie stoi przed matką i jej dzieckiem po jego narodzinach, to nawiązanie więzi. Tylko bezpieczny styl przywiązania stanowi dla dziecka najlepszy system ochrony w życiu i ma wpływ na jego zdrowie. Również dzieci, które rodzą się z poalkoholowymi szkodami powstałymi z powodu picia alkoholu przez ich matki w czasie ciąży, mają szansę na zbudowanie bezpiecznego stylu przywiązania, chociaż trudniejszy start może im tego nie ułatwiać.

System przywiązania u ludzi to system biologiczno-społeczny⁽⁷⁾. Dziecko jest wyposażone w umiejętności przywoływania opiekuna. Do tego służy mu następujący zestaw umiejętności i cech: płacz, odruch ssania, odruch przywierania, zdolność skupiania wzroku na twarzy ludzkiej i przedmiotach, wygląd dziecka i jego zapach. Wszystko to sprzyja nawiązywaniu kontaktu z opiekunem i nawiązaniu więzi z nim. Komponentem społecznym tej relacji jest zdolność do odczytywania tych sygnałów przez matkę i adekwatne reagowanie na nie, aby zaspokoić potrzeby dziecka. W sytuacji, kiedy matka używa alkoholu w ciąży, mogą pojawić się trudności już na starcie tego procesu, a rola świadomej położnej czy pielęgniarki, która pomoże je przezwyciężyć, może być znacząca dla całego rozwoju dziecka.

Dziecko z FASD może mieć zaburzone sygnały przywiązaniowe: słaby odruch chwytny, trudności ze ssaniem, niedocucie, kłopoty z koncentracją wzroku i inne. Także wrażliwość jego matki na te sygnały może być niska ze względu na używanie alkoholu, który stępia zmysły. W takiej sytuacji sam początek tworzenia się relacji przywiązania jest często trudny. Dzieci z FASD są zagrożone porzuceniem zarówno z tego powodu, jak i z powodu wcześniejszych problemów, jakie może mieć matka ryzykownie pijąca alkohol. Jednocześnie wiemy, że istnieją skuteczne interwencje zwiększające wrażliwość macierzyńską. Interwencje te są oparte między innymi

**TABELA 3. OBSZARY OCENY NOWORODKA SKALĄ NBAS
- ROLA PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH**

Obszary oceny NBAS	Znaczenie dla dziecka z FASD
Regulacja snu i czuwania	Ocena wrodzonych mechanizmów ochrony snu i habituacji bodźców
Płacz i kojenie	Ocena mechanizmów związanych z regulowaniem napięcia i zdolnością do ukojenia
Odruchy	Ocena wyposażenia neurologicznego dziecka
Wyposażenie do przywiązania	Ocena zdolności do rozwoju emocjonalno-społecznego Praca z matką nad zwiększeniem jej zdolności do większej wrażliwości macierzyńskiej
Zdolność do regulacji	Ocena dojrzałości dziecka

Źródło: Opracowanie własne na podstawie T. Brazelton (1995)⁽⁸⁾

na uczeniu matki czytania sygnałów płynących od dziecka. Bardzo dobrze służy do tego celu skala T. Brazeltona NBAS⁽⁸⁾, która pozwala ocenić stan dziecka zaraz po urodzeniu i pomaga matce nawiązać z nim komunikację nawet wówczas, gdy płynące od niego sygnały są mało czytelne. Pielęgniarki i położne po odpowiednim przygotowaniu doskonale posługują się tą skalą. Możliwość oceny noworodka z FASD za pomocą skali NBAS może być formą wczesnej oceny i pomocy jednocześnie. Może być ona używana od urodzenia do 7. tygodnia życia dziecka. (Obszary oceny i rolę pielęgniarek i położnych przedstawiono dokładniej w Tabeli 3).

Ocena skalą NBAS może być pierwszą oceną neurorozwojową dziecka. Jeśli dzieci z FASD zostają wczesnie zdiagnozowane, mogą otrzymać efektywną pomoc. Pielęgniarki i położne z racji swojego zawodu mają naturalną możliwość oceny dzieci tą skalą zaraz po porodzie.

PIŚMIENNICTWO

1. Steinhausen H.C., Willms J., Spohr H.L. (1993). *Long-term psychopathological and cognitive outcome of children with fetal alcohol syndrome*. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry 32(5): 990-994.
2. Fiołek E. (2013) *Analiza wiedzy kobiet z województwa warmińsko-mazurskiego na temat Płodowego Zespołu Alkoholowego (FAS)* w: Przedsiębiorczość i zarządzanie, tom XIV, zeszyt 10. Wybrane problemy organizacji i zarządzania w pielęgniarstwie. Pielęgniarstwo bez granic Łódź, s. 181-199
3. Lisansky-Gomberg E. (1997) *Czynniki ryzyka picia alkoholu w życiu kobiety* w: Alkohol a zdrowie: Kobiety i alkohol. PARPA Warszawa tom. 20. s.131-153.
4. Jadczyk-Szumilo T., Kałamajska-Liszcz K. (2007) *Biorę odpowiedzialność*, Warszawa PARPA
5. O'Malley K. (2007). *ADHD and Fetal Alcohol Spectrum Disorders (FASD)*. New York: Nova Science Publishers, Inc.
6. Raczyński P. (2005) *Materiały informacyjne o Płodowym Zespole Alkoholowym FAS dla lekarzy*, Warszawa PARPA
7. Bolwby J. (2007) *Przywiązanie*, Warszawa PWN
8. Brazelton T., Nugent J.K. (1995). *Neonatal Behavioral Assessment Scale*. Cambridge: Mac Keith Press

ROZDZIAŁ 6

Jak rozpoznać FASD u niemowląt i dzieci?

TERESA JADCZAK-SZUMIŁO

Po raz pierwszy szkody poalkoholowe u dzieci matek pijących opisano już w 1968 roku⁽¹⁾. Jak pokazały późniejsze badania, szkody poalkoholowe u dzieci mogą być związane ze znacznie mniejszymi dawkami alkoholu, niż to opisano wcześniej⁽²⁾. Badania te przyczyniły się do opisu i wyodrębnienia alkoholowego zespołu płodowego FAS (Q.86.0).

Alkoholowy zespół płodowy – FAS

FAS – *Fetal Alcohol Syndrome* – płodowy zespół alkoholowy charakteryzuje się dysmorfiami twarzy:

- ▶ **pierwszorzędowymi:** brak rynienki podnosowej (filtrum), zmniejszenie czerwieni wargowej górnej, zmniejszone szpary powiekowe
- ▶ **drugorzędowymi:** opadające powieki, fałdy nakątne, małożuchwie, krótki zadarty nos, uszy osadzone niżej niż linia nosa, linia *stick hockey* na dłoniach (odmienna od zwykłego kształtu przypominająca kształtem kijek hokejowy), szeroka nasada nosa.

Oprócz FAS dzieci narażone na ekspozycję na alkohol w okresie prenatalnym mogą wykazywać częściowy FAS, czyli tzw. pFAS. Wtedy nie ma ekspresji wszystkich dysmorfii pierwszorzędowych. U dzieci matek pijących alkohol w ciąży mogą także wystąpić neurobehawioralne uszkodzenia zależne od

JAK ROZPOZNAĆ FASD U NIEMOWLĄT I DZIECI?

alkoholu (ARND), a wtedy w ogóle mogą nie wystąpić zmiany dysmorficzne. Niezależnie od tego, czy u dziecka możemy zaobserwować dysmorfie czy nie, alkohol wpływa uszkadzająco na mózg i u wszystkich dzieci ze spektrum FASD obserwuje się mniejsze lub większe uszkodzenia mózgu. To właśnie uszkodzenia OUN przyczyniają się do wadliwego funkcjonowania dzieci z FASD i mają wpływ na powstawanie wtórnych problemów w stosunku do uszkodzeń OUN. Problemy funkcjonalne mogą być widoczne już od pierwszych godzin życia. Ważne jest zatem to, czy potrafimy te uszkodzenia rozpoznać i właściwie je zakwalifikować.

TABELA 1. SPEKTRUM ZMIAN POALKOHOLOWYCH	
FASD	<ul style="list-style-type: none">▶ FAS Q 86.0▶ Trzy dysmorfie pierwszorzędowe▶ Mogą wystąpić dysmorfie drugorzędowe▶ Uszkodzenia OUN
ARND	<ul style="list-style-type: none">▶ Brak dysmorfii pierwszorzędowych▶ Mogą wystąpić dysmorfie drugorzędowe▶ Uszkodzenia OUN
pFAS	<ul style="list-style-type: none">▶ Mniej niż trzy dysmorfie pierwszorzędowe▶ Mogą wystąpić dysmorfie drugorzędowe▶ Uszkodzenia OUN

Źródło: Opracowanie własne

Dzieci z FASD mogą prezentować różne problemy funkcjonalne związane zarówno z uszkodzeniami mózgu i ciała, jak i z historią życia. Nierzadko są porzucane po urodzeniu, co nie jest bez znaczenia dla ich dalszego rozwoju. Coraz częściej badacze opisują samo używanie alkoholu w ciąży jako zdarzenie traumatyczne dla dziecka, a przecież dzieci z FASD podlegają traumie także po urodzeniu: zabiegi medyczne, porzucenie, przemoc, głód, zaniedbanie stają się ich udziałem i mają wpływ na ich dalsze życie⁽³⁾. Trudno o bardziej niekorzystną sytuację rozwojową już na starcie. Ze względu na złożoność problemów dzieci z FASD opieka nad nimi wymaga znajomości natury ich zaburzenia. Potrzebne jest także wsparcie ich rodziców/opiekunów. Dzieciom z FASD potrzebny jest sprawnie działający system, dotyczący zarówno diagnozy, jak i opieki. Niestety, w Polsce nie mają one ani dostępu do profesjonalnej diagnozy, ani tym bardziej do adekwatnej pomocy.

TABELA. 2. TRUDNOŚCI ZDROWOTNE, ROZWOJOWE I FUNKCJONALNE DZIECI Z FASD

Obszary	Przykłady uszkodzeń i ich wpływ na dziecko
Zdrowie fizyczne	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Uszkodzenia organów wewnętrznych – uszkodzenia w budowie lub funkcjonowaniu serca, nerek, płuc. Zmieniona budowa stawów, wady wzroku i inne. ▶ Zmiany biochemiczne w organizmie, np. wadliwa regulacja w osi HPA (podwzgórze-przysadka-nadnercza), zaburzenia hormonalne.
Trudności rozwojowe związane z uszkodzeniami OUN	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Uszkodzenia mózgu – trudności z przyswajaniem wiedzy, zaburzenia motoryczne, czuciowe. ▶ Opóźnienie rozwoju sensoryczno-motorycznego. ▶ Opóźnienie motoryczne lub nieprawidłowe wzorce motoryczne. ▶ Zaburzone wzorce odruchowe. ▶ Trudności z odbiorem i przetwarzaniem bodźców wzrokowych, słuchowych, czuciowych. ▶ Trudności z regularnością snu i czuwania. ▶ Trudności z jedzeniem – kłopoty z gryzieniem, żuciem, przełykaniem. Kłopoty z odczuwaniem głodu–nasycecia.
Trudności funkcjonalne związane z uszkodzeniem OUN	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Kłopoty z rozwojem mowy, myśleniem, zapamiętywaniem. ▶ Kłopoty z pamięcią, rozumieniem znaczenia liczb, rozumieniem zegara. ▶ Trudności w planowaniu, przewidywaniu, organizacji dnia, podejmowaniu decyzji, wnioskowaniu. ▶ Trudności w uczeniu się.

Źródło: Opracowanie własne na podstawie badań własnych Jadczak-Szumiło (2008)⁴⁹.

Ponieważ każde dziecko z FASD ma nieco inne uszkodzenia mózgu i organów wewnętrznych, każde będzie nieco inaczej funkcjonować i mieć inne trudności w okresie rozwoju i całym życiu. Będzie zatem wymagało nieco innego prowadzenia. Zwykle do właściwej oceny dziecka potrzeba specjalistów z różnych dziedzin naukowych.

Proces diagnozy

Termin „**Alkoholowy zespół płodowy**” (FAS) po raz pierwszy zastosowano, by opisać grupę wad wrodzonych, takich jak: deficyt wzrostu, nieprawidłowości twarzowo-czaszkowe oraz upośledzenie intelektualne będących skutkiem prenatalnej ekspozycji na alkohol i wiążących się z konsekwencjami na całe życie. Określenie „Spektrum poalkoholowych wrodzonych zaburzeń rozwojowych” (FASD) przyjęto w późniejszym okresie w odniesieniu do szerszego zespołu objawów i rodzajów upośledzenia na skutek ekspozycji na alkohol *in utero*⁽⁵⁾.

Diagnostyka FASD na poziomie klinicznym wciąż przysparza trudności, ponieważ wymaga ona przeprowadzenia badań lekarskich i oceny pod kątem neurorozwojowym z udziałem wielu specjalistów współpracujących ze sobą w ramach zespołu interdyscyplinarnego. W 2005 roku opublikowano wytyczne dla potrzeb diagnostyki opracowane przez międzynarodowy zespół i oparte na danych naukowych. Od tego czasu nastąpił ogromny rozwój w tej dziedzinie i w 2016 roku wprowadzono nowe kryteria diagnostyczne⁽⁵⁾.

Ponieważ w Polsce nie ma żadnych systemowych rozwiązań dla dzieci z FASD, nie ma także żadnych ogólnych standardów diagnozy. Nie są również dostępne adekwatne rozwiązania pomocowe. Tym samym dzieci z FASD w Polsce pozostają latami bez właściwej diagnozy i bez pomocy.

Panuje powszechne przekonanie, że FASD dotyczy tylko dzieci alkoholików. Nic bardziej mylnego. Badania nad FASD wykazały, że w okresie ciąży istotne są dwa style związane z używaniem alkoholu przez przyszłe matki: jednorazowo duża dawka wprowadzona do organizmu lub niewielkie dawki w ciągu dłuższego czasu. Warto zwrócić uwagę, że spożycie jednorazowo dużej dawki alkoholu może mieć miejsce w początkach ciąży, kiedy kobieta nie wie jeszcze, że spodziewa się dziecka. Jeśli uświadomimy sobie, że najbardziej niebezpieczne jest jednorazowe spożycie dużej dawki alkoholu lub picie małych ilości często, to skonstruujemy fakt, że wiele kobiet niezależnie może spożyć alkohol w okresie ciąży. W jednej grupie mamy te kobiety, które nie wiedząc, że są w ciąży, nie zmieniły stylu życia i korzystały z alkoholu jak przed ciążą, a w drugiej grupie znajdują się kobiety, które używają małych dawek, ale za to często w czasie ciąży, nie mając świadomości skutków takiego postępowania.

Konsekwencją urodzenia dziecka z FASD przez matki nieuzależnione jest brak diagnozy, ponieważ nikt nie podejrzewa, że dziecko ma uszkodzenia poalkoholowe. Najczęściej w procesie diagnozy mamy do czynienia z dziećmi ciężko uszkodzonymi. W ten sposób umacnia się przekonanie, że FASD to marginalny problem i dotyczy tylko matek uzależnionych.

Jak powinna przebiegać diagnoza dziecka z FASD?

Przede wszystkim należy podkreślić, że diagnoza dziecka z FASD powinna być wieloetapowym procesem dokonywanym w zespole interdyscyplinarnym⁽⁵⁾. W skład zespołu diagnostycznego dzieci z FASD powinien wchodzić lekarz (w naszym kraju powinien być to lekarz neurolog, pediatra lub psychiatra) i neuropsycholog dziecięcy. Obydwaj diagności powinni przejść specjalistyczne szkolenie przygotowujące do tej pracy. W skład zespołu diagnostycznego mogą wchodzić ponadto: logopeda, fizjoterapeuta, pedagog, terapeuta zajęciowy SI, pracownik socjalny, lekarz genetyk. Stawiając diagnozę w zakresie FASD, należy uwzględniać diagnozę różnicową. Diagnozowanie FASD jest bardzo złożonym procesem ze względu na obecność licznych czynników ryzyka oraz wpływu innych czynników negatywnych.

Rodzice dziecka powinni otrzymać zalecenia do wykonania dalszych badań i pomoc w prowadzeniu dziecka. W Polsce dziecko zazwyczaj otrzymuje skierowanie na zajęcia w ramach wczesnego wspomaganie rozwoju, ale ponieważ tak jak nie ma systemu diagnostyki, podobnie nie ma systemu pomocy dla dzieci z FASD, więc niekoniecznie dzieci z FAS otrzymują pomoc odpowiednio dobraną do występujących u ich deficytów. Jest to największy problem rodziców i dzieci, gdyż często wiele lat spędzają na terapii, a potem okazuje się, że nie była ona przeznaczona dla dzieci z FASD i dlatego nie przyniosła oczekiwanych rezultatów, tymczasem najlepszy okres na oddziaływania terapeutyczne minął. Takie działania przyczyniają się do kłopotów funkcjonalnych dzieci z FASD i generują różne problemy związane z brakiem przystosowania.

Specyfika procesu diagnozy niemowląt i małych dzieci

Diagnoza w okresie niemowlęcym, a najlepiej w okresie noworodkowym i niemowlęcym, z kilku powodów ma istotną przewagę nad diagnozą późniejszą. Po pierwsze: gdyby ta diagnoza była wykonywana zaraz po urodzeniu, mielibyśmy szansę rozmawiać z matką biologiczną dziecka. Podczas diagnozy w późniejszym okresie dostęp do wielu danych może być po prostu niemożliwy (gdyż np. matka porzuciła dziecko w szpitalu lub oddała je do adopcji). Proces diagnostyczny powinien obejmować wywiad środowiskowy i wywiad pod kątem chorób przebytych przez dziecko. Następnie lekarz powinien wykonać pełne badanie diagnostyczne. Wszystkie pomiary powinny zostać ocenione za pomocą siatek centylowych.

JAK ROZPOZNAĆ FASD U NIEMOWLĄT I DZIECI?

Potwierdzenie prenatalnej ekspozycji na alkohol wymaga udokumentowania faktu, że matka spożywała alkohol w trakcie ciąży. Za dowody wiarygodne związane ze spożywaniem alkoholu w ciąży uznaje się obserwacje kliniczne, wywiad z matką, relacje z wiarygodnych źródeł, dokumentację medyczną wykazującą obecność alkoholu we krwi, leczenie alkoholizmu, problemy społeczne, prawne i medyczne związane z używaniem alkoholu. Należy pamiętać, że obecność wszystkich trzech dysmorfii pierwszorzędowych jest na tyle specyficzna dla ekspozycji dziecka na alkohol w okresie ciąży, że potwierdzenie konsumpcji alkoholu w tym przypadku nie jest wymagane. Występowanie mniejszej liczby dysmorfii nie jest już tak charakterystyczne, dlatego jest wymagane dodatkowe potwierdzenie spożywania alkoholu przez matkę w okresie ciąży.

Diagnoza z grupy FASD jest stawiana tylko wtedy, gdy zebrane dane wskazują na występowanie uogólnionej dysfunkcji mózgu, przynajmniej w trzech obszarach spośród takich obszarów neurorozwojowych, jak: rozwój motoryczny, neuroanatomia/neurofizjologia, umiejętności poznawcze, rozwój języka, osiągnięcia w nauce, rozwój pamięci i uwagi, funkcje wykonawcze, kontrola impulsów, nadpobudliwość, regulacja afektów, zachowania adaptacyjne, umiejętności społeczne, komunikacja społeczna⁽⁵⁾.

TABELA 3. ZESPÓŁ DIAGNOSTYCZNY DLA NIEMOWLĄT I MAŁYCH DZIECI – STANDARDY KANADYJSKIE 2016

Skład zespołu diagnostycznego	Przykłady uszkodzeń i ich wpływ na dziecko
Dla niemowląt i dzieci poniżej 18. miesiąca życia	<ul style="list-style-type: none">▶ Pediatra/ lekarz▶ Specjalista posiadający wiedzę na temat rozwoju w okresie dziecięcym oraz umiejętności, aby ocenić dziecko pod kątem fizycznym i funkcjonalnym, np. psycholog kliniczny dziecka, logopeda, fizjoterapeuta, terapeuta zajęciowy biegły w terapii neurorozwojowej
Dla dzieci powyżej 18. miesiąca życia do 5. roku życia	<ul style="list-style-type: none">▶ Pediatra/lekarz▶ Terapeuta zajęciowy – specjalista od metod diagnozy neurorozwojowej▶ Logopeda▶ Psycholog

Źródło: opracowanie własne na podstawie Cook, J., Courtney, R., Lilley, Ch. i in. (2016)⁽⁵⁾

Im młodsze dziecko, tym więcej kompetencji wymaga jego ocena, gdyż powyższe funkcje niezwykle trudno ocenić u noworodka, niemowlęcia i małego dziecka. Skład zespołu diagnostycznego dla niemowląt i małych dzieci powinien uwzględniać tę specyfikę.

Niemowlęta, u których stwierdza się wszystkie dysmorfie, należy bardzo dokładnie ocenić pod kątem neurorozwojowym ze względu na ryzyko zaburzeń neurorozwojowych i skierować na kliniczne badania genetyczne. U małych dzieci, które były ekspozowane na alkohol przed narodzeniem i u których diagnozujemy FAS, powinny być opisane trzy dysmorfie pierwszorzędowe i trzy obszary zaburzeń neurorozwojowych.

Diagnoza jako pierwszy krok wsparcia i terapii dziecka

Profesor Ann Streissguth, która była jednym z pierwszych badaczy FASD na świecie, jako czynniki chroniące w rozwoju dziecka z FASD podaje: wczesną diagnozę (przed 5. rokiem życia) i posiadanie rodziny⁽⁶⁾. Dzieci z FASD w Polsce rzadko zostają zdiagnozowane tak wcześnie i na ogół wychowują się albo w rodzinie pochodzenia bez odpowiedniej pomocy, albo w placówkach lub rodzinach zastępczych lub adopcyjnych (także bez pomocy). Oznacza to, że są pozbawione czynników chroniących.

Diagnoza trudności rozwojowych dziecka z grupy FASD powinna być prowadzona w ciągu całego życia, gdyż taki sposób oceny pozwala monitorować rozwój i wcześnie wychwytywać trudności pojawiające się na różnych etapach. Samo stwierdzenie faktu, że dziecko cierpi na syndrom FASD, jest punktem wyjścia do oszacowania jego rzeczywistych możliwości i zaplanowania terapii, najpierw neuropsychologicznej, a później także terapii w zakresie relacji społecznych i samodzielnego funkcjonowania. Trudności funkcjonalne związane bezpośrednio z uszkodzeniami OUN, jakie mają dzieci z FASD, nazywamy zaburzeniami pierwotnymi. Dzieci, którym we właściwym czasie nie zostanie udzielona odpowiednia pomoc, będą cierpiały na tzw. zaburzenia wtórne⁽³⁾. Zaburzenia te jednak nie muszą wystąpić, jeśli zapewnimy dziecku z FASD właściwą wczesną diagnozę i opiekę.

Do wtórnych zaburzeń zaliczamy wszystkie problemy dziecka z poalkoholowym prenatalnym uszkodzeniem mózgu występujące w całym jego życiu w interakcji ze środowiskiem⁽⁶⁾.

Zaburzenia wtórne u dzieci z FASD występują tylko wtedy, kiedy nie mają one postawionej wczesnej diagnozy (przed 5. rokiem życia) i są pozostawione bez po-

JAK ROZPOZNAĆ FASD U NIEMOWLĄT I DZIECI?

mocy polegającej na stymulacji rozwoju i akomodacjach środowiskowych. Dlatego tak ważne jest, by diagnoza była postawiona odpowiednio wcześniej.

TABELA 3. ZABURZENIA, JAKIE MOGĄ WYPŁYWAĆ Z USZKODZEŃ OUN, I WTÓRNE KŁOPOTY, JEŚLI DZIECKO NIE OTRZYMUJE POMOCY

Zaburzenia pierwotne powiązane z OUN	Zaburzenia wtórne
<ul style="list-style-type: none"> ▶ Zespół abstynencyjny (czasem) ▶ Zaburzenia snu ▶ Nerwowość – przejawiająca się niespokojnym snem, zbyt płytkim snem lub nadwrażliwością na bodźce ▶ Kłopoty ze ssaniem, a tym samym trudności z karmieniem ▶ Postnatalne upośledzenie wzrostu ▶ Płaczliwość ▶ Zaburzenia w rozwoju odruchów ▶ Nadaktywność osi HPA ▶ Brak odruchu ssania, zaburzenia czucia, zmieniony ton płaczu, co może wpływać na zachowania opiekuna ▶ Problemy zdrowotne 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Problemy z adaptacją i powikłania zdrowotne ▶ Kłopoty z regulacją emocji ▶ Kłopoty z nawiązaniem bezpiecznej relacji przywiązania ▶ Wybuchy złości ▶ Nieregularny, przerywany sen ▶ Kłopoty z uzyskiwaniem ulgi ▶ Zaburzenia przywiązania związane z sytuacją rodzinną, jak i słabym wyposażeniem dziecka ▶ Kłopoty z jedzeniem ▶ Obniżony nastrój matki/opiekuna
<ul style="list-style-type: none"> ▶ Zaburzenia związane z rozwojem sensorycznym: nadwrażliwość na bodźce i/lub niedoczucie ▶ Nadpobudliwość ▶ Zaburzenia odczuwania łaknienia ▶ Zaburzenia związane ze wzrostem i masą ciała ▶ Kłopoty z tolerancją pokarmów ▶ Nadmierna ruchliwość 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Brak odczuwania bólu i narażenie na urazy ▶ Objadanie się ▶ Labilność emocjonalna ▶ Problemy rozwojowe

Źródło: Opracowanie własne na podstawie badań własnych oraz Streissguth, Kanter⁽³⁾.

Podsumowanie

- ▶ Dzieci z FASD mają uszkodzenia mózgu, które – jeśli nie będą kompensowane w odpowiedni sposób – będą generowały coraz większe trudności w ich życiu.
- ▶ Dzieci z FASD są zdane na dorosłych, którzy się nimi opiekują. Często nie są to ich biologiczni rodzice, co potęguje problemy dzieci z powodu traumy porzucenia i jest przyczyną kłopotów z przywiązaniem.
- ▶ Wczesna diagnoza problemów dziecka chroni je przed powikłaniami, a nade wszystko pomaga w znalezieniu pomocy adekwatnej do problemów.
- ▶ Im większa wiedza w społeczeństwie na temat FASD, tym większa szansa na wychwycenie dzieci z tym zaburzeniem i powstanie systemu pomocy dla nich.
- ▶ Zaburzenia FASD powstają tylko wtedy, kiedy matka pije alkohol w ciąży. Decyzja o przeżyciu tych dziewięciu miesięcy bez alkoholu jest wyborem zdrowia dla własnego dziecka. W dokonaniu wyboru może pomóc większa świadomość na temat FASD zarówno wśród specjalistów, jak i wśród rodziców.

PIŚMIENNICTWO

1. Lemoine, P., Harousseau H., Borteyru J.P., Menuet J.C. (1968). *Les enfants de parents alcooliques: Anomalies observees a propos de 127 cas. Quest Med.*, 21, 476–482
2. Abel, E.L. (1996). *Fetal Alcohol Syndrome. From Mechanism to Prevention*. New York: CRC Press
3. Streissguth, A.P., Kanter, J. (1997b). *The challenge of Fetal Alcohol Syndrome: Overcoming Secondary Disabilities*. Seattle and London: University of Washington Press Ann Streissguth and Jonathan Kanter editor
4. Jadczak-Szumilo, T. (2008) *Neuropsychologiczny profil dziecka z FAS*, Warszawa Wydawnictwo PARPA
5. Cook, J., Courtney, R., Lilley, Ch. i in. (2016). *Fetal Alcohol spectrum disorder: a guideline for diagnosis across the lifespan*. CMAJ www.cmaj.ca/lookup/doi/10.1503/cmaj.151425, pobrano 1.09.2017
6. Streissguth, A.P. (1997a) *Odległe rokowanie w FAS w: Alkohol a zdrowie*. 17, s. 137–150

ROZDZIAŁ 7

Ramy prawne ochrony dziecka przed krzywdzeniem

GRZEGORZ WRONA

W polskim porządku prawnym brak jest jednej zbiorczej regulacji prawnej dotyczącej ochrony dzieci przed krzywdzeniem. Przepisów mogących być podstawą do objęcia dzieci ochroną lub nakazujących określoną reakcję na przypadki krzywdzenia należy zatem poszukiwać w różnych aktach prawnych.

Ochrona dzieci przed krzywdzeniem w Polsce opiera się na trzech podstawowych aktach prawnych:

- 1) ustawie *Kodeks rodzinny i opiekuńczy* z dnia 25 lutego 1964 r.^(1a) – zwanej dalej KRiO
- 2) ustawie *Kodeks karny* z dnia 6 czerwca 1997 r.^(1b) – zwanej dalej KK
- 3) *Ustawie o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie* z dnia 29 lipca 2005 r.^(1c) – zwanej dalej UPPwR.

Każda z wymienionych ustaw zawiera odrębne przepisy pozwalające zapewnić dziecku bezpieczeństwo. Tylko ich łączne stosowanie może w długofalowej perspektywie zagwarantować trwały poziom bezpieczeństwa. Wyjątek stanowi odpowiedzialność karna, która z założenia jest ostatecznością, a skutki jej zastosowania mogą być nieodwracalne.

Ochrona w prawie rodzinnym

Przepisy regulujące stosunki pomiędzy rodzicami a dziećmi zawarte w KRiO są obowiązujące bez względu na to, czy dziecko pochodzi ze związku małżeńskiego czy spoza związku. Zatem wszystkie przypadki relacji rodzic-dziecko będą podlegały reżimowi KRiO. Dla pielęgniarek, położnych oraz lekarzy jest to główny punkt odniesienia.

Sprawowanie osobistej pieczy przez rodziców oraz wychowanie dziecka mieści się w pojęciu władzy rodzicielskiej. Jest ona zdefiniowana w art. 95 KRiO w następujący sposób:



Art. 95 KRiO

- § 1. *Władza rodzicielska obejmuje w szczególności obowiązki i prawo rodziców do wykonywania pieczy nad osobą i majątkiem dziecka oraz do wychowania dziecka, z poszanowaniem jego godności i praw.*
- § 2. *Dziecko pozostające pod władzą rodzicielską winno rodzicom posłuszeństwo, a w sprawach, w których może samodzielnie podejmować decyzje i składać oświadczenia woli, powinno wysłuchać opinii i zaleceń rodziców formułowanych dla jego dobra.*
- § 3. *Władza rodzicielska powinna być wykonywana tak, jak tego wymaga dobro dziecka i interes społeczny.*
- § 4. *Rodzice przed powzięciem decyzji w ważniejszych sprawach dotyczących osoby lub majątku dziecka powinni je wysłuchać, jeżeli rozwój umysłowy, stan zdrowia i stopień dojrzałości dziecka na to pozwala, oraz uwzględnić w miarę możliwości jego rozsądne życzenia.*

Pomimo autorytarnego brzmienia terminu „władza” rodzice w żadnym wypadku nie mają prawa postępować z dzieckiem i wobec dziecka dowolnie. Przeciwnie, przepisy regulujące władzę rodzicielską mocniej akcentują obowiązki, jakie ma rodzic względem dziecka, oraz prawo każdego dziecka do zachowania jego praw oraz właściwego rozwoju. Posłuszenie się w przepisie określeniem „piecza” wymaga doprecyzowania. Następuje ono w art. 96 KRiO w brzmieniu:



Art. 96 KRiO

- § 1. *Rodzice wychowują dziecko pozostające pod ich władzą rodzicielską i kierują nim. Obowiązani są troszczyć się o fizyczny i duchowy rozwój dziecka i przygotować je należycie do pracy dla dobra społeczeństwa odpowiednio do jego uzdolnień.*

§ 2. Rodzice, którzy nie mają pełnej zdolności do czynności prawnych, uczestniczą w sprawowaniu bieżącej pieczy nad osobą dziecka i w jego wychowaniu, chyba że sąd opiekuńczy ze względu na dobro dziecka postanowi inaczej.

W publikacji skierowanej do przedstawicieli ochrony zdrowia w sposób szczególny warto podkreślić obowiązek rodziców polegający na dbaniu o zdrowie dziecka oraz jego prawidłowy rozwój fizyczny i psychiczny. Wszelkie zaniedbania w tym zakresie są bowiem uważane za jedno z poważniejszych form przekroczenia granic władzy rodzicielskiej. Niedawno w mediach było głośno o kolejnym przypadku postępowania rodziców w sprawie terapii ich dziecka wbrew zaleceniom lekarskim i przyjętym procedurom medycznym. Niestety, nie jest to odosobniony przypadek, a liczne funkcjonujące w opinii publicznej teorie pseudomedyczne i modele postępowania dotyczące zaniechania szczepień dzieci (tzw. ruch antyszczepionkowy) oraz niepodawania im niektórych leków każą przypuszczać, że sytuacje takie będą się powtarzać. Mając to na uwadze, orzecznictwo sądów rodzinnych oraz Sądu Najwyższego jest jednoznaczne. Rodzice, którzy nie stosują się do obowiązujących procedur medycznych, przekraczają granice władzy rodzicielskiej. Taki sąd nie jest spowodowany tym, że rodzice nie mają prawa kwestionować diagnozy lekarskiej lub dokonywać wyboru placówki leczniczej. Mają do tego pełne prawo, ale z zachowaniem obowiązujących procedur.

Dziecko nie jest własnością rodziców, a jego życie i zdrowie nie może zależeć od poglądów i wierzeń rodziców lub zaniechań z ich strony.

Z tego powodu nie może budzić najmniejszej wątpliwości, że każde zaniedbanie przez rodziców obowiązków wynikających z obowiązujących procedur medycznych powinno skłonić pracownika ochrony zdrowia co najmniej do zawiadomienia sądu rodzinnego o zaistniałej sytuacji. Forma i sposób przekazywania informacji będzie omówiony w dalszej części.

Mając na względzie dobro dzieci oraz liczne przypadki zaniechań ze strony rodziców, ustawodawca, tworząc ustawową definicję przemocy w rodzinie, zdecydował się zawrzeć w niej element nie tylko działania sprawców, ale również zaniechania z ich strony. Zatem zgodnie z art. 2 pkt. 2 UPPwR już jednorazowe umyślne zaniechanie będzie miało cechy opisane w definicji przemocy w rodzinie.

Znany jest w literaturze oraz w dyskursie społecznym pogląd, jakoby rodzice mieli prawo do wybrania form wychowawczych, nie wyłączając metody stosowania kar cielesnych. Powracające jak bumerang poglądy tego rodzaju były przyczyną wprowadzenia do KRiO następującego przepisu:



Art. 96⁽¹⁾ KRiO

Osobom wykonującym władzę rodzicielską oraz sprawującym opiekę lub pieczę nad małoletnim zakazuje się stosowania kar cielesnych.

Przepis powyższy obowiązujący od 2010 roku kończy dyskusję na temat tego, czy stosowanie kar cielesnych wobec dzieci jest legalne czy nie oraz czy mieści się w granicach wykonywania władzy rodzicielskiej, czy raczej stanowi ich przekroczenie. Pomimo tego, że brzmienie przepisu zostało ograniczone jedynie do przemycy fizycznej i całkowicie pomija równie często (jeśli nie częściej) stosowane przez rodziców kary polegające na szantażu emocjonalnym, poniżaniu, deprecjonowaniu czy izolacji, nie sposób nie docenić doniosłości faktu uchwalenia tego przepisu, którego wejście w życie kończy pewną niechlubną erę w sposobie pojmowania ról rodzicielskich.

Przepis wprowadza regułę, ale nie przewiduje żadnej sankcji grożącej za nie stosowanie się do niego. Z tego powodu mógłby wydawać się mniej istotny. Tymczasem jego lektura i interpretacja nie może odbywać się z pominięciem dwóch wcześniej już cytowanych przepisów KRiO dotyczących władzy rodzicielskiej i pieczy. Jeżeli bowiem kar cielesnych stosować nie wolno, to rodzic, który je stosuje, przekracza granice władzy rodzicielskiej. A skoro tak, to mogą być wobec niego zastosowane środki przewidziane w KRiO w przypadku przekroczenia przez rodziców władzy rodzicielskiej. W tym zakresie KRiO jest bardzo elastyczny i daje dużą możliwość wyboru sędziemu rodzinnemu. Możliwe są bowiem następujące działania:



Art. 109 KRiO

§ 1. Jeżeli dobro dziecka jest zagrożone, sąd opiekuńczy wyda odpowiednie zarządzenia.

§ 2. Sąd opiekuńczy może w szczególności:

- 1) zobowiązać rodziców oraz małoletniego do określonego postępowania, w szczególności do pracy z asystentem rodziny, realizowania innych form pracy z rodziną, skierować małoletniego do placówki wsparcia dziennego, określonych w przepisach o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej lub skierować rodziców do placówki albo specjalisty zajmujących się terapią rodzinną, poradnictwem lub świadczących rodzinie inną stosowną pomoc z jednoczesnym wskazaniem sposobu kontroli wykonania wydanych zarządzeń;*
- 2) określić, jakie czynności nie mogą być przez rodziców dokonywane bez zezwolenia sądu, albo poddać rodziców innym ograniczeniom, jakim podlega opiekun;*

- 3) poddać wykonywanie władzy rodzicielskiej stałemu nadzorowi kuratora sądowego;
 - 4) skierować małoletniego do organizacji lub instytucji powołanej do przygotowania zawodowego albo do innej placówki sprawującej częściową pieczę nad dziećmi;
 - 5) zarządzić umieszczenie małoletniego w rodzinie zastępczej, rodzinnym domu dziecka albo w instytucjonalnej pieczy zastępczej albo powierzyć tymczasowo pełnienie funkcji rodziny zastępczej małżonkom lub osobie, niespełniającym warunków dotyczących rodzin zastępczych, w zakresie niezbędnych szkoleń, określonych w przepisach o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej albo zarządzić umieszczenie małoletniego w zakładzie opiekuńczo-leczniczym, w zakładzie pielęgnacyjno-opiekuńczym lub w zakładzie rehabilitacji leczniczej.
- § 3. Sąd opiekuńczy może także powierzyć zarząd majątkiem małoletniego ustanowionemu w tym celu kuratorowi.
- § 4. W przypadku, o którym mowa w § 2. pkt 5, a także w razie zastosowania innych środków określonych w przepisach o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej, sąd opiekuńczy zawiadamia o wydaniu orzeczenia właściwą jednostkę organizacyjną wspierania rodziny i systemu pieczy zastępczej, która udziela rodzinie małoletniego odpowiedniej pomocy i składa sądowi opiekuńczemu, w terminach określonych przez ten sąd, sprawozdania dotyczące sytuacji rodziny i udzielanej pomocy, w tym prowadzonej pracy z rodziną, a także współpracuje z kuratorem sądowym.

Z przytoczonego przepisu jednoznacznie wynika, że katalog zarządzeń, jakie może wydać sąd, jest otwarty, a zawarte w przepisie wyliczenie jedynie przykładowe. Taki sposób regulacji wynika z faktu, że nie sposób przewidzieć, do jakiego zachowania w danych okolicznościach sąd będzie zmuszony zobowiązać rodziców. Konstrukcja ta sprawdza się zwłaszcza w przypadkach związanych z ochroną zdrowia, w których niepodjęcie określonych działań lub podjęcie przez rodziców działań szkodliwych ma kluczowe znaczenie dla oceny ich zachowania.

Odrębnym od władzy rodzicielskiej zagadnieniem prawa rodzinnego jest kwestia kontaktów pomiędzy rodzicami a dziećmi. Ustawodawca wyraźnie odróżnił regulacje dotyczące władzy rodzicielskiej od prawa i obowiązku kontaktów. Z całą pewnością sposób uregulowania kontaktów pomiędzy rodzicami a dziećmi ma zasadniczy wpływ na ich codzienne funkcjonowanie. Może się nawet okazać,

że rodzice większą wagę przywiązują do sposobu regulacji kontaktów niż do kwestii ewentualnego ograniczenia władzy rodzicielskiej. Sprawy o kontakty z dziećmi w sądach rodzinnych budzą coraz większe emocje, zwłaszcza w kwestii coraz popularniejszego żądania równego podziału czasu, jaki dziecko spędza z każdym z rodziców. Jeżeli ten trend się utrzyma, za kilkanaście lat przekonamy się, jakie skutki dla rozwoju psychiki młodego człowieka będzie miało takie rozdwojenie pomiędzy dwa światy: matki i ojca. Z całą pewnością naczelną zasadą prawa rodzinnego, nakazująca w pierwszej kolejności kierować się dobrem dziecka, powinna być również brana pod uwagę przy rozpatrywaniu interesów i praw rodziców.

Dla przedstawicieli ochrony zdrowia sposób uregulowania (lub jego brak) kontaktów rodziców z dzieckiem ma duże znaczenie, gdy w grę wchodzi ustalenie prawa danego rodzica do przebywania na terenie placówki medycznej, w której przebywa dziecko. W praktyce bowiem rodzice często posługują się w tym zakresie pojęciem władzy rodzicielskiej, nie odróżniając tym samym władzy rodzicielskiej od prawa do kontaktów. Władza rodzicielska ma kluczowe znaczenie w zakresie podejmowania decyzji o wszelkich czynnościach medycznych, na których dokonanie zgodę muszą wyrazić rodzice dziecka. Jeżeli rodzic ma pełnię władzy rodzicielskiej, to jego zgoda jest wymagana. Jeżeli jednak jeden (lub oboje) z rodziców mają ograniczoną władzę rodzicielską, to wtedy decydująca jest treść postanowienia sądu ograniczająca tę władzę. Z postanowienia tego powinno bowiem wynikać, czy danemu rodzicowi pozostawiono współdecydowanie o sprawach zdrowia dziecka czy też nie. Jeżeli nie, to jego zgoda nie jest wymagana.

Jednocześnie **postanowienie o ograniczeniu władzy rodzicielskiej** nie ma nic wspólnego z prawem do kontaktów. Jeżeli sąd nie regulował kwestii kontaktów, to oboje rodzice mają pełne prawo do kontaktu z dzieckiem (nawet jeżeli któryś z nich ma ograniczoną władzę rodzicielską lub ją odebrano). Natomiast jeżeli sąd ściśle ustalił częstotliwość i sposób kontaktów z dzieckiem, to rodzic ma prawo i obowiązek kontaktowania się tylko i wyłącznie w terminach wskazanych przez sąd. Jeszcze raz podkreślę, że w praktyce zdarzają się przypadki, że rodzic, któremu sąd określił terminy kontaktów, domaga się ich w innym, nieprzewidzianym w orzeczeniu sądu terminie, argumentując, że nie ma przecież ograniczonej władzy rodzicielskiej. Tymczasem kwestia władzy rodzicielskiej nie wpływa w żaden sposób na prawo (lub jego brak) do kontaktów z dzieckiem.

Ochrona w prawie karnym

W przepisach dotyczących ochrony dziecka przed krzywdzeniem jest wymienionych wiele przestępstw, których może się dopuścić osoba krzywdząca dziecko, w zależności od formy tego krzywdzenia. Przestępstwa te zostaną szczegółowo

omówione w kolejnym rozdziale. Jednak poza sankcjami karnymi przewidzianymi za poszczególne przestępstwa prawo karne wprowadza wiele rozwiązań pozwalających przez pewien czas fizycznie chronić dziecko przed przemocą oraz wpłynąć dodatnio na zachowanie sprawcy krzywdzenia. W tym zakresie decydujące znaczenie może mieć nie tylko rodzaj i czas trwania kary, jaką otrzyma sprawca, ale dodatkowo sąd może nałożyć na niego obowiązki, które będzie musiał wypełniać. Wśród osób mających styczność z wymiarem sprawiedliwości, ale nieuczestniczących bezpośrednio w jego sprawowaniu, pokutuje przekonanie, że w większości wyroków skazujących sąd orzeka karę pozbawienia wolności z warunkowym zawieszeniem jej wykonania. W języku potocznym zwykło się tak ukształtowaną karę nazywać „zawiasami”. Do 2015 roku tego rodzaju kara rzeczywiście była statystycznie wymierzana najczęściej. Jednak zmiana przepisów KK w 2015 roku doprowadziła do znacznego wzrostu częstości orzekanych kar grzywny oraz ograniczenia wolności (konieczność wykonywania określonego rodzaju pracy na cele społeczne w określonym przez sąd wymiarze). Jednak bez względu na rodzaj kary sąd może zobowiązać skazanego m.in. do opuszczenia miejsca zamieszkania, w którym przebywał wspólnie z pokrzywdzonym, zakazać kontaktów i zbliżania się na określoną odległość do pokrzywdzonego, nakazać udział w terapii lub innej formie oddziaływania na zachowanie skazanego. Jeżeli czyn karalny był związany z nadużywaniem alkoholu lub z inną formą uzależnienia, również w tym zakresie sąd dysponuje możliwościami oddziaływania na sprawcę.

Ochrona przewidziana na podstawie trzeciej ze wskazanych ustaw (UP-PwR) polega przede wszystkim na wprowadzeniu modelu pracy z rodziną poprzez współpracę powołanych do tego służb w miejscu zamieszkania danej rodziny (procedura „Niebieskie Karty”). W sytuacjach stwierdzenia bezpośredniego zagrożenia dla życia lub zdrowia dziecka w związku z przemocą w rodzinie przewidziano specjalny tryb zapewnienia dziecku bezpieczeństwa poprzez natychmiastową współpracę pracownika socjalnego, policjanta oraz przedstawiciela ochrony zdrowia (art.12a UPPwR – szczegółowy opis procedury w dalszej części tej publikacji). Jednocześnie ustawa wprowadza specjalny cywilny tryb umożliwiający nakazanie sprawcy przemocy opuszczenia miejsca zamieszkania. Z założenia bowiem w tych przypadkach, w których jest to możliwe, powinno się dążyć do usunięcia sprawcy z miejsca zamieszkania pokrzywdzonego. W przeciwnym razie to osoba doznająca przemocy lub drugi rodzic wraz z krzywdzonym dzieckiem musi opuścić miejsce zamieszkania, co może skazywać osoby pokrzywdzone na przebywanie w bardzo trudnych warunkach.

W obecnie obowiązującym modelu przeciwdziałania przemocy w rodzinie funkcjonują dwa równoległe tryby umożliwiające usunięcie sprawcy przemocy z miejsca zamieszkania: tryb karny i tryb cywilny.

Tryb karny ma zastosowanie wyłącznie w przypadku wszczęcia postępowania karnego wobec podejrzenia popełnienia przestępstwa. Zatem we wszystkich przypadkach, kiedy przemoc nie wypełnia znamion żadnego przestępstwa, uruchomienie tego trybu nie jest możliwe. Ważne jest jednak, aby w zawiadomieniu o podejrzeniu popełnienia przestępstwa w sytuacjach zagrożenia dla życia i zdrowia dziecka zawrzeć prośbę o rozważenie możliwości zastosowania odizolowania sprawcy od krzywdzonego dziecka. Jeżeli sprawcy zostaną postawione zarzuty, prokurator może nakazać mu (na mocy art. 275a *Kodeksu postępowania karnego*) opuszczenie miejsca zamieszkania maksymalnie na trzy miesiące. Jeżeli po upływie tego terminu nadal zachodzą przesłanki izolowania sprawcy od osób pokrzywdzonych, prokurator może wystąpić do sądu o przedłużenie obowiązku odizolowania sprawcy. Wtedy sąd również może przedłużyć czas odizolowania maksymalnie na trzy miesiące. W tym samym trybie sąd może wielokrotnie przedłużać obowiązek, ale każdorazowo na czas nie dłuższy niż trzy miesiące.

Niezależny od trybu karnego niewymagający wszczynania jakiegokolwiek innego postępowania jest tryb przewidziany w art. 11a UPPwR. Osoba doznająca przemocy (a w przypadku dziecka krzywdzonego jego przedstawiciel ustawowy) może **złożyć do sądu cywilnego wniosek o nakazanie sprawcy przemocy opuszczenia miejsca zamieszkania**. W przypadkach wyjątkowych taki wniosek może złożyć również prokurator. Sąd powinien w terminie trzydziestu dni od złożenia wniosku przeprowadzić rozprawę. Orzeczenie sądu pierwszej instancji jest natychmiast wykonalne, a opłata za złożenie wniosku wynosi 40 zł. Istotne jest również to, że podstawą nakazania opuszczenia miejsca zamieszkania jest ustawowa definicji przemocy w rodzinie (szerzej na jej temat w dalszej części publikacji). Jeszcze raz należy podkreślić, że dla usunięcia sprawcy przemocy w rodzinie z miejsca zamieszkania nie jest konieczne wszczynanie sprawy karnej. Wydane postanowienie obowiązuje przez czas nieokreślony. Może być jednak zmienione w przypadku zmiany okoliczności (podstaw orzeczenia). Istotne jest również to, że dla wykonania orzeczenia nakazującego sprawcy opuszczenie miejsca zamieszkania stosuje się przepisy o egzekucji cywilnej (wykonanie orzeczenia należy do komornika) z tą różnicą, że w przypadku sprawców przemocy w rodzinie nie stosuje się okresu ochronnego ani prawa do lokalu socjalnego. Istnieje zatem realna możliwość usunięcia sprawcy i zapewnienia bezpieczeństwa osobom krzywdzonym.

PIŚMIENICTWO

1. Akty prawne
 - a. ustawa *Kodeks rodzinny i opiekuńczy* z dnia 25 lutego 1964 r. (Dz.U.2017.682 t.j. z dnia 2017.03.30)
 - b. ustawa *Kodeks karny* z dnia 6 czerwca 1997 r. (Dz.U.2016.1137 t.j. z dnia 2016.07.29)
 - c. *Ustawa o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie* z dnia 29 lipca 2005 r. (Dz.U.2015.1390 t.j. z dnia 2015.09.15)

ROZDZIAŁ 8

Przestępstwa na szkodę dziecka

GRZEGORZ WRONA

Podstawowym przepisem, który w prawie karnym chroni dzieci przed krzywdzeniem, jest art. 207 KK^(1a) dotyczący przestępstwa znęcania. Tak ukształtowany model ochrony został skonstruowany w przedwojennym kodeksie karnym z 1932 roku i nie uległ istotnym zmianom do chwili obecnej. Przyjęto bowiem założenie, że metody krzywdzenia dzieci przez osoby z ich otoczenia mogą być rozmaite i przybierać tak różne formy, że nie sposób stworzyć przepisu, który byłby w stanie wszystkie je przewidzieć i wymienić. Z tego powodu zdecydowano się użyć sformułowania „znęca się”, ale nie wprowadzać jego definicji, tak aby w zależności od sytuacji móc zapewnić dziecku ochronę prawną.

Po nowelizacji z 2017 roku przepis otrzymał następujące brzmienie:

Art. 207 KK



§ 1. Kto znęca się fizycznie lub psychicznie nad osobą najbliższą lub nad inną osobą pozostającą w stałym lub przemijającym stosunku zależności od sprawcy, podlega karze pozbawienia wolności od 3 miesięcy do lat 5.

§ 1a. Kto znęca się fizycznie lub psychicznie nad osobą nieporadną ze względu na jej wiek, stan psychiczny lub fizyczny, podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8.

§ 2. Jeżeli czyn określony w § 1 lub 1a połączony jest ze stosowaniem szczególnego okrucieństwa, sprawca podlega karze pozbawienia wolności od roku do lat 10.

§ 3. Jeżeli następstwem czynu określonego w § 1-2 jest targnięcie się pokrzywdzonego na własne życie, sprawca podlega karze pozbawienia wolności od lat 2 do 12.

Co to jest „znęcanie się”?

Długi upływ czasu, w którym używano określenia „znęca się”, doprowadził do stworzenia stabilnej linii orzeczniczej, w oparciu o którą można wskazać na konkretne cechy, które musi posiadać zachowanie, aby można było je nazwać znęcaniem się.

Znęca się nad dzieckiem osoba, która:

- ▶ umyślnie
- ▶ poprzez działanie lub zaniechanie rozciągnięte w czasie
- ▶ mając przewagę nad osobą pokrzywdzoną
- ▶ w stopniu intensywnym wywołuje krzywdę psychiczną lub fizyczną.

Nawet pobieżna lektura tych elementów prowadzi do wniosku, że **jednokrotne zachowanie lub zaniechanie nie jest znęcaniem się**. Sprawca musi chcieć się znęcać, tzn. wywołanie cierpienia u pokrzywdzonego jest jego celem lub sprawca godzi się na to, że pokrzywdzony będzie cierpiał.

O przewadze decyduje fakt podporządkowania osoby pokrzywdzonej woli sprawcy. Przejawia się to w **braku przeciwstawienia się ofiary woli sprawcy** lub przeciwstawieniu się w niewielkim stopniu. Zatem o istnieniu przewagi będzie decydowało również zachowanie pokrzywdzonego.

Ostatni z wymienionych elementów jest najbardziej zależny od oceny sądu. Przyjęto w orzecznictwie Sądu Najwyższego, że zwykła zniewaga czy zwykłe naruszenie nietykalności cielesnej nie jest wystarczająco intensywne, aby można było mówić o znęcaniu się. W praktyce ocena intensywności połączona jest z warstwą psychiczną sprawcy i pokrzywdzonego. Nie tyle zatem jest istotne, z jaką siłą fizyczną działa sprawca, ile to, czy jego **działania lub zaniechania są połączone z chęcią poniżenia i podporządkowania osoby pokrzywdzonej**.

Znęcanie się psychiczne i fizyczne

Z fizycznym znęcaniem się mamy do czynienia, gdy sprawca np. uderza, kopie, ściska, popycha, ciągnie za włosy, ciągnie za ucho, oblewa wrzątkiem, wystawia na zimno, oblewa kwasem, przypala papierosem, dusi, szczypie, opluwa.

Znęcanie się psychiczne może polegać np. na kierowaniu do pokrzywdzonego słów obelżywych, poniżaniu, traktowaniu bez szacunku, zakłócaniu spoczynku nocnego, kierowaniu gróźb karalnych, wymaganiu wykonywania pracy ponad miarę, śledzeniu, pozbawianiu kontaktu z najbliższymi, przyjaciółmi.

Nie każdy sprawca może odpowiadać za znęcanie się. **Aby odpowiedzialność z art. 207 KK była możliwa, relacja pomiędzy sprawcą a dzieckiem musi wynikać z pokrewieństwa w linii prostej lub stosunku zależności.** Odpowiadać zatem za znęcanie się mogą rodzice, dziadkowie, opiekunowie prawni, inne osoby, z którymi dziecko mieszka, ale również nauczyciel, opiekun, współlokator. W praktyce problematyczny może być przypadek sprawcy, który jest konkubentem rodzica dziecka, a który na stałe nie zamieszkuje z dzieckiem. Może się bowiem okazać, że taka osoba może jedynie odpowiadać za inne przestępstwa.

Istotną zmianą, jaką wprowadzono do art. 207 KK w 2017 roku, jest dodanie nowego paragrafu 1a, który ustanawia typ kwalifikowany (wyższa odpowiedzialność karna), jeżeli pokrzywdzonym jest osoba nieporadna ze względu na wiek. Ponieważ jednak w tym zakresie brak jest jeszcze praktyki, trudno jest wskazać jakiegokolwiek ramy wieku, w których będzie się uważało, że osoba pokrzywdzona jest nieporadna ze względu na wiek. Rozstrzygnięcie tej kwestii nie leży jednak po stronie osoby zawiadamiającej o podejrzeniu popełnienia przestępstwa, a zadanie to spoczywa na osobach prowadzących i nadzorujących postępowanie karne.

W literaturze z dziedziny psychologii dotyczącej przemocy w rodzinie zwykło się tradycyjnie wyróżniać **pięć podstawowych form krzywdzenia: fizyczne, psychiczne, seksualne, ekonomiczne, zaniedbanie** (skrajną formą zaniedbania jest porzucenie dziecka).

Z punktu widzenia skutków psychologicznych **porzucenie dziecka** ma często nieodwracalne konsekwencje. Sam fakt porzucenia stanowi przestępstwo:



Art. 210 KK

§ 1. Kto wbrew obowiązkowi troszczenia się o małoletniego poniżej lat 15 albo o osobę nieporadną ze względu na jej stan psychiczny lub fizyczny osobę tę porzuca, podlega karze pozbawienia wolności od 3 miesięcy do lat 5.

§ 2. Jeżeli następstwem czynu jest śmierć osoby określonej w § 1, sprawca podlega karze pozbawienia wolności od lat 2 do 12.

Przepis ten nie jest tradycyjnie wymieniany w katalogu przestępstw, jakich mogą dopuszczać się sprawcy przemocy. Niemniej z uwagi na fakt, że placówki

ochrony zdrowia są często miejscem, gdzie do takiego porzucenia dochodzi, informacja ta może być istotna dla niniejszej publikacji.

Przeciwieństwem przestępstwa związanego z porzuceniem dziecka jest **przestępstwo uprowadzenia**. Przepis art. 211 KK jest często mylony z tzw. uprowadzeniem rodzicielskim, które nie jest przestępstwem. Uprowadzić dziecko, w rozumieniu prawa karnego, może tylko ten, kto nie sprawuje władzy rodzicielskiej (lub innej formy prawnej opieki) nad dzieckiem. Zatem sprawcami przestępstwa mogą być osoby trzecie lub rodzice, którym odebrano władzę rodzicielską. Nowela z 2017 roku rozszerzyła zastosowanie przepisu nie tylko o przypadki uprowadzenia (a zatem bezprawnego zabrania dziecka), lecz także o sytuacje związane z zatrzymaniem dziecka (dziecko legalnie znalazło się u danej osoby, która nie wydała go rodzicom w odpowiednim czasie).



Art. 211 KK

Kto, wbrew woli osoby powołanej do opieki lub nadzoru, uprowadza lub zatrzymuje małoletniego poniżej lat 15 albo osobę nieporadną ze względu na jej stan psychiczny lub fizyczny, podlega karze pozbawienia wolności od 3 miesięcy do lat 5.

Na marginesie omawiania wszelkich przypadków krzywdzenia związanych z brakiem opieki, porwaniem i zatrzymaniem dzieci, należy wskazać na jeszcze jeden aspekt tych sytuacji, w które mogą być wplątani przedstawiciele ochrony zdrowia. Rzecz dotyczy nielegalnych adopcji. Z jednej strony trudno odnieść się do skali tego zjawiska w Polsce. Z drugiej jednak odnotowuje się przypadki zorganizowanych grup przestępczych zajmujących się tym procederem.

Przestępstwem będzie zatem:



Art. 211a KK

Kto, w celu osiągnięcia korzyści majątkowej, zajmuje się organizowaniem adopcji dzieci wbrew przepisom ustawy, podlega karze pozbawienia wolności od 3 miesięcy do lat 5.

Przemoc fizyczna

Poza opisanym już przestępstwem znęcania się z art. 207 KK istnieje wiele innych przestępstw, których może dopuścić się osoba używająca przemocy fizycznej w stosunku do dziecka. Wybór przestępstwa, a tym samym wysokość zagrożenia karą, zależy przede wszystkim od skutków użycia przemocy. Poczynając od sytuacji, kiedy użycie siły fizycznej nie wywołało żadnych skutków w ciele pokrzyw-

PRZESTĘPSTWA NA SZKODĘ DZIECKA

dzonego (art. 217 KK), poprzez skutki typu zasinienie (podbiegnięcie krwawe), rany (kłute, szarpane, cięte), złamania (z przemieszczeniem i bez przemieszczenia), wstrząśnienie mózgu itd. trwające powyżej lub poniżej 7 dni (art. 157 KK), aż do spowodowania kalectwa, trwałego uszczerbku na zdrowiu, istotnego zeszpecenia ciała lub choroby realnie zagrażającej życiu (art. 156 KK).

W przypadku art. 217 KK, czyli użycia przemocy bez wywołania skutków w organizmie człowieka, ustawodawca zdecydował, że przestępstwo to będzie ścigane z oskarżenia prywatnego. Taki tryb oznacza, że policja i prokuratura nie prowadzą postępowania przygotowawczego, a osoba pokrzywdzona może sama wnieść akt oskarżenia do wydziału karnego sądu rejonowego. Z doświadczenia wiadomo, że zarówno osoby pokrzywdzone, jak i osoby udzielające pomocy niebędące prawnikami myślą tryb karny prywatnoskargowy z trybem cywilnym. Zasadnicza różnica polega na tym, że sprawa prywatnoskargowa jest również sprawą karną, a czyn jest przestępstwem. To, że policja nie prowadzi postępowania przygotowawczego, w niczym nie umniejsza doniosłości ochrony sądowej. A zatem, jeżeli dojdzie do uderzenia lub innego rodzaju naruszenia nietykalności cielesnej, a policja lub prokuratura odmawia wszczęcia postępowania, mamy nadal do czynienia ze sprawą karną i przestępstwem.

W przypadku przestępstwa z art. 217 KK, w którym pokrzywdzonymi są dzieci, występuje innego rodzaju problem z trybem prywatnoskargowym. **Dziecko nie może samo wnieść aktu oskarżenia. Nie może tego również zrobić rodzic, który nie dopuścił się przemocy, jeżeli sprawcą jest drugi rodzic.** Zasada ta dotyczy wszystkich przestępstw i wynika z uchwały SN z 30 września 2010 roku, w której sąd wykluczył taką właśnie reprezentację. W konsekwencji są dwie możliwości działania. Rodzic niestosujący przemocy (lub inna osoba zawiadamiająca o przestępstwie) może zwrócić się do prokuratury lub sądu o wskazanie kuratora dla dziecka, który rozważy zasadność wniesienia prywatnego aktu oskarżenia. Druga możliwość to zwrócenie się do prokuratury, aby pomimo trybu prywatnoskargowego wniosła akt oskarżenia. Taka możliwość istnieje w sytuacji uznania przez prokuraturę, że sprawca swym działaniem zagroził interesowi publicznemu.



Art. 217 KK

§ 1. Kto uderza człowieka lub w inny sposób narusza jego nietykalność cielesną, podlega grzywnie, karze ograniczenia wolności albo pozbawienia wolności do roku.

§ 2. Jeżeli naruszenie nietykalności wywołało wyzywające zachowanie się pokrzywdzonego albo jeżeli pokrzywdzony odpowiedział naru-

szeniem nietykalności, sąd może odstąpić od wymierzenia kary.
 § 3. Ściganie odbywa się z oskarżenia prywatnego.

Reasumując: w przypadku podejrzenia popełnienia czynu z art. 217 KK **przedstawiciel ochrony zdrowia może, pomimo prywatnoskargowego trybu, zgłosić sprawę prokuraturze.**

Jeżeli na ciele dziecka powstały jakiegokolwiek urazy wywołane użyciem wobec niego przemocy fizycznej, podstawą zawiadomienia o podejrzeniu popełnienia przestępstwa jest art. 157 KK w brzmieniu:



Art. 157 KK

- § 1. *Kto powoduje naruszenie czynności narządu ciała lub rozstrój zdrowia, inny niż określony w art. 156 § 1, podlega karze pozbawienia wolności od 3 miesięcy do lat 5.*
- § 2. *Kto powoduje naruszenie czynności narządu ciała lub rozstrój zdrowia trwający nie dłużej niż 7 dni, podlega grzywnie, karze ograniczenia wolności albo pozbawienia wolności do lat 2.*
- § 3. *Jeżeli sprawca czynu określonego w § 1 lub 2 działa nieumyślnie, podlega grzywnie, karze ograniczenia wolności albo pozbawienia wolności do roku.*
- § 4. *Ściganie przestępstwa określonego w § 2 lub 3, jeżeli naruszenie czynności narządu ciała lub rozstrój zdrowia nie trwał dłużej niż 7 dni, odbywa się z oskarżenia prywatnego, chyba że pokrzywdzonym jest osoba najbliższa zamieszkująca wspólnie ze sprawcą.*
- § 5. *Jeżeli pokrzywdzonym jest osoba najbliższa, ściganie przestępstwa określonego w § 3 następuje na jej wniosek.*

Podstawą do oceny czasu trwania naruszenia czynności narządów ciała lub rozstroju zdrowia jest orzeczenie biegłego z zakresu medycyny sądowej (tzw. obdukcja lekarska). Dokument ten biegły sporządza w oparciu o badanie pacjenta lub dokumentację medyczną.

Z uwagi na tę drugą możliwość wszelka dokumentacja związana z konsultacją lekarską, hospitalizacją lub innymi czynnościami medycznymi może mieć znaczenie. W tym zakresie duże znaczenie ma **nieodpłatne zaświadczenie o skutkach przemocy w rodzinie wystawiane przez lekarzy dowolnej specjalizacji**. O ile w samym zaświadczeniu nie określa się długości trwania skutków przemocy, o tyle na jego podstawie możliwe będzie sporządzenie przez biegłego obdukcji.

Znacznie surowsza odpowiedzialność jest przewidziana za spowodowanie ciężkiego uszczerbku na zdrowiu:



Art. 156 KK

§ 1.15 Kto powoduje ciężki uszczerbek na zdrowiu w postaci:

- 1) pozbawienia człowieka wzroku, słuchu, mowy, zdolności płodzenia,*
- 2) innego ciężkiego kalectwa, ciężkiej choroby nieuleczalnej lub długotrwałej, choroby realnie zagrażającej życiu, trwałej choroby psychicznej, całkowitej albo znacznej trwałej niezdolności do pracy w zawodzie lub trwałego, istotnego zeszpecenia lub zniekształcenia ciała, podlega karze pozbawienia wolności na czas nie krótszy od lat 3.*

§ 2. Jeżeli sprawca działa nieumyślnie, podlega karze pozbawienia wolności do lat 3.

§ 3.16 Jeżeli następstwem czynu określonego w § 1 jest śmierć człowieka, sprawca podlega karze pozbawienia wolności od lat 5, karze 25 lat pozbawienia wolności albo karze dożywotniego pozbawienia wolności.

Nowelizacja KK z 2017 roku podwyższyła dotychczasową granicę odpowiedzialności za popełnienie czynu z art. 156 KK. W obecnie obowiązujących granicach czyn ten jest zagrożony minimalną karą trzech lat pozbawienia wolności, co czyni z niego zbrodnię. Ponieważ przepis szczegółowo wymienia rodzaje obrażeń, nie jest konieczne ich szczegółowe opisywanie. Jedynym elementem, który w ocenie autora niniejszego tekstu bywa pomijany, jest „istotne zeszpecenie lub zniekształcenie” ciała. W praktyce bowiem dopiero po upływie znacznego czasu możliwe jest dokonanie oceny, czy uszkodzenie ciała ma charakter trwały. Może to zatem dotyczyć wszelkiego rodzaju blizn. Istotnym jest, aby występowały one na zwyczajowo odkrytych fragmentach ciała, takich jak twarz, dłoń lub szyja. Ocena trwałości uszkodzenia lub zniekształcenia będzie należała do biegłego.

Przemoc seksualna

W zakresie ochrony dzieci przed przemocą seksualną obowiązują dwa podstawowe przepisy – art. 200 KK oraz art. 197 KK. Już na początku omawiania tego zagadnienia należy podkreślić, że **wszelka ingerencja w sferę seksualną osoby poniżej 15. roku życia jest przestępstwem** zagrożonym karą pozbawienia wolności do 12 lat. Dla legalności zachowania sprawcy nie ma przy tym znaczenia, czy dziecko godziło się na kontakt, czy też się przed nim broniło. Przyjmuje się bowiem, że

dziecko do 15. roku życia nie dysponuje możliwością wyrażenia zgody na kontakt seksualny. W zależności od sposobu działania sprawcy ingerencja w sferę seksualną dziecka może być poważnym przestępstwem (art. 200 KK) lub zbrodnią (art. 197 § 3 KK). Jeżeli bowiem sprawca posługuje się przemocą, groźbą lub podstępem (jedna z trzech przewidzianych możliwości) to będzie odpowiadał z art. 197 KK. Jeżeli jednak nie można wskazać ani przemocy, ani groźby, ani podstępu, w takich sytuacjach kwalifikacja jego czynu będzie oparta na art. 200 KK. W obu przypadkach przewidziana prawem odpowiedzialność jest surowa, a oba przestępstwa ścigane są z oskarżenia publicznego i nie wymagają wniosku osoby pokrzywdzonej.

Art. 197 KK



- § 1. *Kto przemocą, groźbą bezprawną lub podstępem doprowadza inną osobę do obcowania płciowego, podlega karze pozbawienia wolności od lat 2 do 12.*
- § 2. *Jeżeli sprawca, w sposób określony w § 1, doprowadza inną osobę do poddania się innej czynności seksualnej albo wykonania takiej czynności, podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8.*
- § 3. *Jeżeli sprawca dopuszcza się zgwałcenia:*
- 1) *wspólnie z inną osobą,*
 - 2) *wobec małoletniego poniżej lat 15,*
 - 3) *wobec wstępnego, zstępnego, przysposobionego, przysposabiającego, brata lub siostry podlega karze pozbawienia wolności na czas nie krótszy od lat 3.*
- § 4. *Jeżeli sprawca czynu określonego w § 1–3 działa ze szczególnym okrucieństwem, podlega karze pozbawienia wolności na czas nie krótszy od lat 5.*

Art. 200 KK



- § 1. *Kto obcuje płciowo z małoletnim poniżej lat 15 lub dopuszcza się wobec takiej osoby innej czynności seksualnej lub doprowadza ją do poddania się takim czynnościom albo do ich wykonania, podlega karze pozbawienia wolności od lat 2 do 12.*
- § 2. *(uchylony).*
- § 3. *Kto małoletniemu poniżej lat 15 prezentuje treści pornograficzne lub udostępnia mu przedmioty mające taki charakter albo rozpowszechnia treści pornograficzne w sposób umożliwiający takiemu małoletniemu zapoznanie się z nimi, podlega karze pozbawienia wolności do lat 3.*

§ 4. Karze określonej w § 3 podlega, kto w celu swojego zaspokojenia seksualnego lub zaspokojenia seksualnego innej osoby prezentuje małoletniemu poniżej lat 15 wykonanie czynności seksualnej.

§ 5. Karze określonej w § 3 podlega, kto prowadzi reklamę lub promocję działalności polegającej na rozpowszechnianiu treści pornograficznych w sposób umożliwiający zapoznanie się z nimi małoletniemu poniżej lat 15.

Przemoc psychiczna

Każda przemoc skierowana do dziecka, bez względu na jej formę, wywołuje negatywne skutki w psychice dziecka. **Dolegliwość przemocy nie powinna zatem być mierzona siłą uderzeń lub drastycznością postępowania, ale przede wszystkim poziomem lęku, strachu oraz dewastacją poczucia bezpieczeństwa u dziecka.** Teza spotykana w uzasadnieniach wyroków skazujących za znęcanie się psychiczne, jakoby przemoc psychiczna miała być mniej dolegliwa niż fizyczna, jest niczym nieopartym stereotypem. Z tego powodu można by oczekiwać, że kodeks karny w co najmniej równym stopniu będzie chronił dzieci przed przemocą psychiczną, co przed innymi formami przemocy. Tak się jednak nie dzieje, **a przejawy przemocy psychicznej nadal są lekceważone.**

Poza podstawowym przepisem, jakim jest art. 207 KK, który przewiduje skazanie za znęcanie się psychiczne*, nie mamy wielu przepisów odnoszących się bezpośrednio do przemocy psychicznej. Przeszypkami odnoszącymi się bezpośrednio do sfery psychicznej człowieka są przestępstwo groźby karalnej (art. 190 KK) oraz przestępstwo złośliwego niepokojenia (art. 190a KK).



Art. 190 KK

§ 1. Kto grozi innej osobie popełnieniem przestępstwa na jej szkodę lub szkodę osoby najbliższej, jeżeli groźba wzbudza w zagrożonym uzasadnioną obawę, że będzie spełniona, podlega grzywnie, karze ograniczenia wolności albo pozbawienia wolności do lat 2.

§ 2. Ściganie następuje na wniosek pokrzywdzonego.

Art. 190a KK

§ 1. Kto przez uporczywe nękanie innej osoby lub osoby jej najbliższej wzbudza u niej uzasadnione okolicznościami poczucie zagrożenia

* W oficjalnych statystykach brak jest informacji, za jaką formę znęcania się zapadło skazanie sprawcy. Wyroki dotyczące wyłącznie znęcania się psychicznego należą do rzadkości, a wymiar kar jest niższy niż za znęcanie się fizyczne.

lub istotnie narusza jej prywatność, podlega karze pozbawienia wolności do lat 3.

- § 2. Tej samej karze podlega, kto, podszywając się pod inną osobę, wykorzystuje jej wizerunek lub inne jej dane osobowe w celu wyrządzenia jej szkody majątkowej lub osobistej.*
- § 3. Jeżeli następstwem czynu określonego w § 1 lub 2 jest targnięcie się pokrzywdzonego na własne życie, sprawca podlega karze pozbawienia wolności od roku do lat 10.*
- § 4. Ściganie przestępstwa określonego w § 1 lub 2 następuje na wniosek pokrzywdzonego.*

W obu przypadkach istotne jest zatem, jakie skutki w psychice ofiary wywoła działanie sprawcy. W obu przypadkach skutki będą oceniane obiektywnie, a nie subiektywnie przez osobę pokrzywdzoną. W przypadku przestępstwa groźby karalnej nie wystarczy, że sprawca wyartykułuje groźbę. Musi ona przybrać formę groźby konkretnego zachowania i pokrzywdzony musi obawiać się, że groźba zostanie spełniona oraz obawa ta musi być obiektywna.

W przypadku przestępstwa złośliwego niepokojenia (zwanego potocznie stalkingiem) nie powinno się zapominać, że przewidziano w nim dwa skutki działania sprawcy. Jednym jest poczucie zagrożenia, a drugim istotne naruszenie prywatności. W 2015 roku odnotowano w statystyce Ministerstwa Sprawiedliwości 59 małoletnich pokrzywdzonych przestępstwem groźby karalnej oraz 11 małoletnich pokrzywdzonych przestępstwem złośliwego niepokojenia.

Obowiązek zawiadomienia o przestępstwie

W każdym przypadku **zawiadomienie o podejrzeniu popełnienia przestępstwa spoczywa w równym stopniu na osobach objętych lub nieobjętych tajemnicą zawodową**. W prawie przewidziane są co do zasady dwa przypadki objęte szczególną tajemnicą zawodową – tajemnica spowiedzi i tajemnica adwokacka. Inny reżim będzie miała również tajemnica wynikająca z ustawy o ochronie zdrowia psychicznego^(1b), której art. 52 stanowi:



Art. 52

- Nie wolno przesłuchiwać osób obowiązanych do zachowania tajemnicy, stosownie do przepisów niniejszego rozdziału, jako świadków na okoliczność wypowiedzi osoby, wobec której podjęto czynności wynikające z niniejszej ustawy, co do popełnienia przez nią czynu zabronionego pod groźbą kary.*

PRZESTĘPSTWA NA SZKODĘ DZIECKA

2. Zakaz określony w ust. 1 stosuje się odpowiednio do lekarzy wykonujących czynności biegłego.

Inne przypadki tajemnicy zawodowej nie przewidują zatem zwolnienia z obowiązku zawiadomienia o podejrzeniu popełnienia przestępstwa.

W tym miejscu ponownie należy przywołać nowelę KK z 2017 roku, która wprowadziła odpowiedzialność za niezawiadomienie o wymienionych w przepisie przestępstwach. W szczególności istotne jest zatem **wprowadzenie odpowiedzialności karnej za niezawiadomienie o zgwałceniu dziecka** (art. 197 §3 KK), **o naruszeniu sfery seksualnej dziecka** (art. 200 KK) **oraz o ciężkim uszkodzeniu ciała** (art. 156 KK).

Podstawę prawną odpowiedzialności stanowi art. 240 KK w brzmieniu:



Art. 240 KK

§ 1. *Kto, mając wiarygodną wiadomość o karalnym przygotowaniu albo usiłowaniu lub dokonaniu czynu zabronionego określonego w art. 118, art. 118a, art. 120–124, art. 127, art. 128, art. 130, art. 134, art. 140, art. 148, art. 156, art. 163, art. 166, art. 189, art. 197 § 3 lub 4, art. 198, art. 200, art. 252 lub przestępstwa o charakterze terrorystycznym, nie zawiadamia niezwłocznie organu powołanego do ścigania przestępstw, podlega karze pozbawienia wolności do lat 3.*

§ 2. *Nie popełnia przestępstwa określonego w § 1, kto zaniechał zawiadomienia, mając dostateczną podstawę do przypuszczenia, że wymieniony w § 1 organ wie o przygotowywanym, usiłowanym lub dokonanym czynie zabronionym; nie popełnia przestępstwa również ten, kto zapobiegł popełnieniu przygotowywanego lub usiłowanego czynu zabronionego określonego w § 1.*

§ 2a. *Nie podlega karze pokrzywdzony czynem wymienionym w § 1, który zaniechał zawiadomienia o tym czynie.*

§ 3. *Nie podlega karze, kto zaniechał zawiadomienia z obawy przed odpowiedzialnością karną grożącą jemu samemu lub jego najbliższym.*

PIŚMIENICTWO

1. Akty prawne
 - a. Ustawa Kodeks karny z dnia 6 czerwca 1997 r. (Dz.U.2016.1137 t.j. z dnia 2016.07.29)
 - b. Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego z dnia 19 sierpnia 1994 r. (Dz.U.2017.882 t.j. z dnia 2017.05.05)

ROZDZIAŁ 9

Zadania pielęgniarek, położnych i lekarzy w sytuacjach podejrzenia przemocy wobec dziecka

GRZEGORZ WRONA

Lekarze, pielęgniarki i położne w swojej pracy mają kontakt z ofiarami przemocy oraz z krzywdzonymi dziećmi. Dlatego osoby wykonujące zawody medyczne powinny wiedzieć, jakie obowiązki w takich sytuacjach nakładają na nie przepisy prawa.

Podstawy prawne działania pielęgniarek, położnych oraz lekarzy

Obowiązki lekarzy, pielęgniarek i położnych w przypadkach podejrzenia krzywdzenia dziecka można podzielić na dwa podstawowe rodzaje wynikające z różnych źródeł.

Pierwsza grupa obowiązków wynika z samego faktu wykonywania zawodu medycznego. Szczegółowe regulacje prawne dotyczące wykonywania zawodu lekarza, pielęgniarki i położnej wyznaczają zadania, do których przedstawiciele tych profesji są zobowiązani w ramach danego zawodu.

Druga grupa to wszelkiego rodzaju ustawy i rozporządzenia dotyczące bezpośrednio lub pośrednio ochrony dzieci – te przepisy prawa wyznaczają szczegółowe zadania i role dla przedstawicieli ochrony zdrowia.

Obowiązek zapewnienia krzywdzonemu dziecku opieki medycznej

Dotyczy on zarówno urazów fizycznych, jak psychicznych, a wynika z dwóch aktów prawnych:

- 1) ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej^(1a), która w art. 4 i 5 wprowadza zasady nakazujące szerzej niż tylko diagnostycznie patrzeć na sytuację pacjenta;



Art. 4

1. *Wykonywanie zawodu pielęgniarki polega na udzielaniu świadczeń zdrowotnych, w szczególności na:*

- 1) *rozpoznawaniu warunków i potrzeb zdrowotnych pacjenta;*

Art. 5

1. *Wykonywanie zawodu położnej polega na udzielaniu świadczeń zdrowotnych, w szczególności na:*

(...)

- 6) *sprawowaniu opieki nad matką i noworodkiem oraz monitorowaniu przebiegu okresu poporodowego;*

- 7) *badaniu noworodków i opiece nad nimi oraz podejmowaniu w razie potrzeby wszelkich niezbędnych działań, w tym natychmiastowej reanimacji;*

(...)

- 13) *prowadzeniu działalności edukacyjno-zdrowotnej w zakresie:*
 - a) *przygotowania do życia w rodzinie, metod planowania rodziny oraz ochrony macierzyństwa i ojcostwa,*
 - b) *przygotowywania do rodzicielstwa oraz pełnego przygotowania do urodzenia dziecka, łącznie z poradnictwem na temat higieny i żywienia.*

- 2) ustawy o zawodzie lekarza i lekarza dentystry^(1b).

Z obu tych regulacji prawnych wynika obowiązek należytego wykonywania zawodu zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie regułami. Nie ulega jednak wątpliwości, że **ustawodawca szerzej niż lekarskie ujął obowiązki pielęgniarek i położnych**. Pacjent może mieć kontakt z pielęgniarką na różnym etapie życia i w różnych przypadkach. Inaczej jest w przypadku położnych, których zakres obowiązków zawężył czas kontaktu z rodzinami do okresu okołoporodowego. Nie

zmienia to faktu, że zarówno lekarze, jak i pielęgniarki oraz położne będą mieli kontakt z osobami doznającymi przemocy i krzywdzonymi dziećmi bez względu na przyczynę, dla której ten kontakt nastąpił.

Analiza przypadków osób zagrożonych przemocą wskazuje, że **kobiety w ciąży oraz po porodzie są narażone na przemoc** w równym stopniu, a nawet częściej niż w innych okolicznościach. Przyczyn tego stanu rzeczy należy upatrywać w specyficznym dla okresu ciąży i porodu stanie relacji rodzinnych. Trudno także nie dostrzec, że w czasie, w którym można by oczekiwać większej troski i wsparcia kobiety, sprawcy są bardziej skorzy do przemocy. Z tego m.in. powodu rola położnych w zakresie możliwości uruchomienia procedur chroniących osoby doznające przemocy jest szczególna.

Do drugiej grupy aktów prawnych wyznaczających zadania przedstawicieli zawodów medycznych należy przede wszystkim ustawa o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie (UPPwR)^(1c). Od art. 9a do art. 9d ustawy, a także w art. 12 i 12a wyraźnie wskazano, jakiego rodzaju zadania w zakresie przeciwdziałania przemocy w rodzinie przewidziano dla zawodów medycznych.

Zanim jednak nastąpi ich szczegółowe omówienie, koniecznym jest wskazanie, że doprecyzowanie, przedstawicieli jakich zawodów uważa się za reprezentujących ochronę zdrowia, następuje w § 14 rozporządzenia Rady Ministrów w sprawie procedury „Niebieskie Karty” i wzorów formularzy „Niebieska Karta”^(1d) w brzmieniu:



„Przedstawicielem ochrony zdrowia uprawnionym do działań jest osoba wykonująca zawód medyczny, w tym lekarz, pielęgniarka, położna i ratownik medyczny”.

Obowiązek obecności w zespole interdyscyplinarnym

Wspomniana wyżej UPPwR wprowadza obowiązkową obecność przedstawicieli ochrony zdrowia w każdym zespole interdyscyplinarnym. Od 2010 r. **w każdej gminie w Polsce powinien zostać powołany zespół interdyscyplinarny**, w którego skład wchodzi obowiązkowo przedstawiciele pomocy społecznej, policji, oświaty, ochrony zdrowia, gminnej komisji rozwiązywania problemów alkoholowych oraz organizacji pozarządowej. Głównym celem działania zespołów jest skoordynowanie pracy służb na terenie danej gminy w zakresie przeciwdziałania przemocy w rodzinie. Zespół ma również za zadanie czynnie diagnozować zjawisko przemocy w rodzinie w danej gminie oraz tworzyć system przeciwdziałania temu zjawisku. Udział przedstawiciela ochrony zdrowia jest niezbędny zarówno z punktu widzenia danej gminy, jak i placówek ochrony zdrowia. Z punktu widzenia gminy istotnym jest, aby istniał przepływ informacji pomiędzy przedstawicielami ochrony zdrowia a innymi służbami dotyczący stwierdzonych

przypadków występowania przemocy. Dla placówek ochrony zdrowia udział w pracach zespołu jest istotny z punktu widzenia wiedzy i umiejętności uczestniczenia w procedurach związanych z reakcją na przypadki przemocy szczególnie wobec dzieci krzywdzonych.

Obowiązek wszczynania i uczestniczenia w procedurze „Niebieskie Karty”

Kolejnym podstawowym zadaniem lekarzy, pielęgniarek i położnych jest wszczynanie i uczestniczenie w procedurze „Niebieskie Karty” – art. 9d UPPwR. Jeżeli przedstawiciel ochrony zdrowia w ramach wykonywania obowiązków służbowych zetknie się z osobą doznającą przemocy w rodzinie lub sprawcą przemocy w rodzinie, jego udział w procedurze będzie obejmował zadania szczegółowo opisane w rozdziale 11 niniejszej publikacji pt. „Procedura Niebieskie Karty”.

Obowiązek zapewnienia dziecku bezpieczeństwa

Trzeci obowiązek nałożony na przedstawicieli ochrony zdrowia wynika z regulacji zawartej w art. 12 a UPPwR, który stanowi:



Art. 12a UPPwR

1. *W razie bezpośredniego zagrożenia życia lub zdrowia dziecka w związku z przemocą w rodzinie pracownik socjalny wykonujący obowiązki służbowe ma prawo odebrać dziecko z rodziny i umieścić je u innej niezamieszkującej wspólnie osoby najbliższej, w rozumieniu art. 115 § 11 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny, w rodzinie zastępczej lub w placówce opiekuńczo-wychowawczej.*
2. *Tryb umieszczania dzieci w rodzinie zastępczej lub w placówce opiekuńczo-wychowawczej regulują przepisy ustawy z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej (Dz. U. z 2015 r. poz. 332, 1045 i 1199).*
3. *Decyzję, o której mowa w ust. 1, pracownik socjalny podejmuje wspólnie z funkcjonariuszem Policji, a także z lekarzem, lub ratownikiem medycznym, lub pielęgniarką. Przepisy art. 59810, art. 59811 § 3 i art. 59812 § 1 zdanie pierwsze ustawy z dnia 17 listopada 1964 r. – Kodeks postępowania cywilnego stosuje się odpowiednio.*
4. *Pracownik socjalny ma obowiązek niezwłocznego powiadomienia sądu opiekuńczego, nie później niż w ciągu 24 godzin, o odebraniu dziecka z rodziny i umieszczeniu go u niezamieszkującej wspólnie osoby najbliższej, w rodzinie zastępczej lub w placówce opiekuńczo-wychowawczej.*

5. *Do umieszczenia dziecka u osoby najbliższej niezamieszkującej wspólnie stosuje się odpowiednio przepisy dotyczące umieszczenia dziecka w rodzinie zastępczej lub w placówce opiekuńczo-wychowawczej.*
6. *Minister właściwy do spraw wewnętrznych w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw zabezpieczenia społecznego określi, w drodze rozporządzenia, procedurę postępowania Policji przy wykonywaniu czynności, o których mowa w ust. 1 i 3, oraz sposób dokumentowania przeprowadzonych przez Policję czynności, uwzględniając konieczność udzielenia dzieciom skutecznej pomocy.*

Jak wynika z przedstawionego powyżej przepisu główny ciężar w zakresie zapewnienia dziecku bezpieczeństwa w sytuacji zagrożenia życia lub zdrowia spoczywa na pracowniku socjalnym. Aby jednak mógł on wykonywać prawidłowo swoje obowiązki, a jednocześnie mając na względzie bezpieczeństwo dzieci krzywdzonych, ustawodawca przewidział specjalny udział przedstawicieli ochrony zdrowia. Nie wszystkich jednak, bo w przepisie enumeratywnie wyliczono, że powinien to być lekarz, ratownik medyczny lub pielęgniarka. Również zakres czynności uczestniczenia przedstawicieli tych zawodów został ograniczony jedynie do udziału w podejmowaniu decyzji o odebraniu dziecka z rodziny. Oczywiście to ograniczenie ma miejsce jedynie w sytuacji, kiedy nie zachodzi konieczność udzielenia pomocy medycznej dziecku. W tej ostatniej sytuacji bowiem mają zastosowanie zasady ogólne dotyczące każdej innej osoby, której należy udzielić pomocy.

Ustawodawca zdecydował się na konieczność udziału lekarza, ratownika medycznego lub pielęgniarki w tej procedurze w obawie o bezpieczeństwo dziecka, które narażone na utratę życia i zdrowia we własnym domu mogło doznać wielu ujemnych następstw zdrowotnych, czego pracownik socjalny nie jest w stanie ocenić, a czasem nawet dostrzec.

Obowiązek zawiadomienia policji lub prokuratury

Ostatnim już przepisem UPPwR mającym pośrednie odniesienie do przedstawicieli ochrony zdrowia jest art. 12, który stanowi:



Art. 12 UPPwR

1. *Osoby, które w związku z wykonywaniem swoich obowiązków służbowych lub zawodowych powzięły podejrzenie o popełnieniu ściganego z urzędu przestępstwa z użyciem przemocy w rodzinie, niezwłocznie zawiadamiają o tym Policję lub prokuratora.*

2. *Osoby będące świadkami przemocy w rodzinie powinny zawiadomić o tym Policję, prokuratora lub inny podmiot działający na rzecz przeciwdziałania przemocy w rodzinie.*

W ten sposób ustawodawca wprowadził dodatkowy (obok obowiązującego w procedurze karnej) obowiązek złożenia zawiadomienia. Szerzej na ten temat w kolejnym rozdziale niniejszej publikacji.

Jeżeli rodzina, w której występuje przemoc, zostanie objęta procedurą „Niebieskie Karty”, może się zdarzyć, że **przedstawiciel ochrony zdrowia zostanie powołany do składu grupy roboczej**. Stanie się tak co do zasady w dwóch przypadkach. Pierwszy dotyczy sytuacji, w której w związku ze skutkami doznawanej przemocy osobie pokrzywdzonej udzielano udokumentowanej pomocy medycznej. Drugi może dotyczyć sytuacji, w której w toku prowadzenia procedury „Niebieskie Karty” ujawnią się okoliczności świadczące o potrzebie udzielenia świadczeń z zakresu ochrony zdrowia. W jednym i drugim przypadku zadania przedstawiciela ochrony zdrowia sprowadzają się do przekazania pozostałym członkom grupy roboczej tylko takich informacji, które mają związek z przemocą w rodzinie oraz które są niezbędne do udzielenia wsparcia rodzinie. Pozostałe zadania z zakresu ochrony zdrowia każdy lekarz, pielęgniarka lub położna realizują w ramach swoich obowiązków zawodowych, niezależnie od członkostwa w grupie roboczej.

Współpraca z sądem rodzinnym i pomocą społeczną

W ramach realizacji wskazanych wyżej zadań istotna jest współpraca z dwoma podmiotami: sądem rodzinnym oraz ośrodkiem pomocy społecznej.

Sąd rodzinny może okazać się bardzo pomocny we wszelkich sprawach dotyczących nierealizowania przez rodzinę zaleceń przedstawiciela ochrony zdrowia. Począwszy od unikania szczepienia dziecka, poprzez niezgłaszanie się z dzieckiem na badania kontrolne, aż do odmowy podawania mu leków – sąd ma możliwość wydania stosownych zarządzeń. Podobnie istotna jest współpraca z pomocą społeczną, która może na bieżąco monitorować sytuację rodziny oraz udzielić odpowiedniego wsparcia w zakresie sfinansowania zakupu leków, pomocy w kontrolowaniu, czy są one dziecku podawane itp.

Warto skoordynować działania podejmowane wobec rodziny, żeby nie dublować tych samych lub zbliżonych czynności przez różne podmioty.

PIŚMIENNICTWO

1. Akty prawne
 - a. *Ustawa o zawodach pielęgniarki i położnej* z dnia 15 lipca 2011 r. (Dz.U.2016.1251 t.j. z dnia 2016.08.16)
 - b. *Ustawa o zawodzie lekarza i lekarza dentystry* z dnia 5 grudnia 1996 r. (Dz.U.2017.125 t.j. z dnia 2017.01.19)
 - c. *Ustawa o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie* z dnia 29 lipca 2005 r. (Dz.U.2015.1390 t.j. z dnia 2015.09.15)
 - d. *Rozporządzenia Rady Ministrów w sprawie procedury „Niebieskie Karty” i wzorów formularzy „Niebieska Karta”* z dnia 13 września 2011 r. (Dz.U.2011.209.1245 z dnia 2011.10.03)

ROZDZIAŁ 10

Kogo zawiadomić o krzywdzeniu dziecka

GRZEGORZ WRONA

Wybór podmiotu, który należy zawiadomić o podejrzeniu krzywdzenia dziecka lub wprost o fakcie krzywdzenia, zależy przede wszystkim od tego, czego konkretnie ma dotyczyć zawiadomienie. Przedstawiciele ochrony zdrowia powinni znać obowiązujące zasady, by wiedzieli, do kogo się zwrócić, gdy zaistnieje sytuacja wymagająca interwencji.

- ▶ **Jeżeli w rodzinie dochodzi do przemocy**, należy uruchomić procedurę „Niebieskie Karty”, a wszczynający ją formularz w ciągu 7 dni przesłać do przewodniczącego zespołu interdyscyplinarnego. Więcej o procedurze w następnym rozdziale.
- ▶ Jeżeli zawiadomienie będzie dotyczyło **podejrzenia popełnienia przestępstwa**, należy złożyć je na policji lub w prokuraturze (wystarczy jeden z tych dwóch podmiotów).
- ▶ Jeżeli zawiadomienie ma dotyczyć **sposobu wykonywania władzy rodzicielskiej** przez rodziców dziecka i nieprawidłowości w tym zakresie, konieczne jest poinformowanie sądu rodzinnego.
- ▶ Jeżeli rodzina powinna być objęta jakąś **formą wsparcia ze strony pomocy społecznej**, np. konieczne jest przyznanie asystenta rodziny, jednego ze świadczeń pieniężnych czy choćby wymaga ona pracy socjalnej, należy powiadomić właściwy ze względu na miejsce zamieszkania rodziny ośrodek pomocy społecznej.

Zawiadomienie prokuratury lub policji

Zawiadomienie o podejrzeniu popełnienia przestępstwa kieruje się albo na policję, albo do prokuratury. Czynności w sprawie poza pewnymi wyjątkami prowadzi policja, a nadzoruje je prokuratura. Dlatego zwykle się uważa, że to policja jest pierwszym adresatem zawiadomienia. Nie zmienia to faktu, że zawiadomienie skierowane do prokuratury jest wypełnieniem ustawowego obowiązku.

Jeżeli w sprawie zachodzą szczególne okoliczności świadczące o tym, że pewnych czynności dowodowych nie będzie można powtórzyć lub przesłuchanie świadków wymaga szczególnych warunków z uwagi na drastyczność danego przypadku, można zwrócić się w zawiadomieniu o podjęcie działań bezpośrednio przez prokuratora. W takim przypadku zawiadomienie należy skierować również do prokuratury.

Z uwagi na omawianą w niniejszej publikacji materię, warto podkreślić, że **dwie kategorie osób z mocy prawa są przesłuchiwane w szczególny sposób:**

- ▶ osoby pokrzywdzone przestępstwem zgwałcenia
- ▶ osoby poniżej 15. roku życia, jeżeli są świadkami lub są pokrzywdzone jednym z przestępstw przeciwko wolności, wolności seksualnej i obyczajności oraz przeciwko rodzinie i opiece.

Przewidziany w takich przypadkach sposób przesłuchania polega na zapewnieniu odpowiednich warunków przesłuchania, a także uniknięciu w przyszłości konieczności powtarzania przesłuchania przed sądem. Z tego powodu przesłuchanie odbywa się w specjalnie przystosowanym pokoju w obecności sędziego i psychologa, a cała czynność jest nagrywana. Ma to na celu zminimalizowanie traumy, jaką jest dla osób pokrzywdzonych konieczność opowiadania o tym, co przeżyły. Aby jednak wprowadzenie instytucji jednokrotnego przesłuchania miało sens, konieczne jest profesjonalne zachowanie nie tylko w trakcie przesłuchania, ale przy każdym kontakcie przedstawicieli służb z osobą pokrzywdzoną. Nie wolno zapominać, że przez nieumiejętne zadawanie pytań, nieodpowiednie okoliczności i miejsce rozmowy, ale przede wszystkim przez nieprofesjonalne nastawienie osoby wykonującej obowiązki zawodowe może dojść do powtórnego pokrzywdzenia przesłuchiwanej osoby.

Tego rodzaju sytuacje nazywane są wtórną wiktyimizacją i stanowią zaprzeczenie celu, do którego powołane są wszelkie instytucje mające świadczyć pomoc potrzebującym. Nie należy stąd wyciągać wniosku, że kontakt z dzieckiem pokrzywdzonym i pomoc mu wymaga nadzwyczajnej wiedzy lub umiejętności. Należy przyjąć otwartą postawę, wystrzegać się oceniania czy podważania

wiarygodności tego, co dziecko mówi, a przede wszystkim nie wolno bagatelizować sytuacji przesłuchiwanego dziecka.

Co powinno znaleźć się w zawiadomieniu

Kierując zawiadomienie do policji lub prokuratury, należy postępować zgodnie z kilkoma zasadami.

1. Należy dokładnie oznaczyć, **kto jest osobą zawiadamiającą** (ze wskazaniem adresu, na jaki należy kierować korespondencję).
2. **Wskazanie osoby pokrzywdzonej i sprawcy** powinno nastąpić również z możliwie dokładnym oznaczeniem ich danych, tzn. imienia (imion), nazwiska, miejsca zamieszkania oraz nr. PESEL, o ile nim dysponujemy (wymóg podania nr. PESEL nie wynika z przepisów prawa, ale pozwala uniknąć ewentualnej pomyłki co do osoby).
3. **Zawiadomienie powinno zawierać oznaczenie daty** (jeżeli jest znana dzienna, jeżeli nie, to należy podać miesiąc i rok), godziny (o ile jest znana, a jeżeli nie, to należy podać porę dnia) i miejsca czynu (o ile jest znane).
4. **Opis czynu powinien być jak najbardziej precyzyjny** – poprzez jakie zachowanie doszło do naruszenia jakiego dobra chronionego prawem, np.: „Sprawca znęcał się psychicznie i fizycznie w ten sposób, że wszczywał bez powodu awantury domowe, zakłócał spoczynek nocny, używał słów powszechnie uznanych za obelżywe, kierował groźby karalne, popychał, szarpał, ciągnął za włosy, a w dniu 17 lipca 2016 r. uderzając prawą zaciśniętą pięścią w lewe przedramię pokrzywdzonej, spowodował pęknięcie kości przedramienia”. Opis skutku zachowania można przepisać z dokumentacji medycznej.
5. Jeżeli w ocenie osoby zawiadamiającej zasadne jest **wystąpienie o określoną formę ochrony osoby pokrzywdzonej**, np. zakaz zbliżania się, zakaz kontaktu lub nakaz opuszczenia miejsca zamieszkania, nie ma przeszkód, aby taki postulat zgłosić w zawiadomieniu, używając formuły w stylu: „Wnoszę o rozważenie możliwości zastosowania środka zapobiegawczego w postaci zakazu kontaktowania się z małoletnim pokrzywdzonym”.
6. Jeżeli posiadamy wiedzę w tym zakresie, należy **wskazać świadków zdarzenia** z podaniem ich imion i nazwisk oraz adresów zamieszkania, a także wskazać na dokumenty mogące stanowić dowód w sprawie.

7. Na końcu **powinno znaleźć się uzasadnienie**, w którym należy opisać, w jakiej sytuacji (wykonując jakie, gdzie i kiedy obowiązki służbowe) powzięliśmy podejrzenie o popełnieniu przestępstwa. Jeżeli podejrzenie wynika z bezpośredniego kontaktu z osobą pokrzywdzoną, należy opisać nie tylko jej słowa, ale również sposób zachowania. Należy również podać wszelkie dodatkowe informacje mogące stanowić źródło dowodowe, czyli np. informacje o dokumentacji będącej w posiadaniu instytucji lub osób trzecich. Jeżeli z informacji uzyskanych od osoby pokrzywdzonej wynika, że wcześniej poszukiwała pomocy, należy wskazać, gdzie i kiedy to było. Jeżeli z uwagi na stan psychiczny osoba pokrzywdzona nie jest w stanie lub odmawia podania jakichkolwiek szczegółów, informacje na ten temat również należy umieścić w uzasadnieniu.
8. **Zbieranie informacji do zawiadomienia nie może polegać na „przesłuchiowaniu” osoby pokrzywdzonej.** W szczególności w przypadkach wrażliwych związanych z przestępczością o charakterze seksualnym lub rodzinnym należy zachować wstrzeźliwość i powstrzymać się od zadawania pytań. W zawiadomieniu należy przekazać taką ilość informacji, jaką spontanicznie przekazała osoba pokrzywdzona.

Ochrona świadków i pokrzywdzonych

Osoby mające podstawy do złożenia zawiadomienia niejednokrotnie obawiają się o swoje bezpieczeństwo oraz bezpieczeństwo swoich rodzin. W szczególności obawy te dotyczą tego, że sprawca, uzyskawszy dostęp do akt sprawy, pozna imię i nazwisko świadka oraz jego adres zamieszkania.

Z myślą o ochronie tych osób oraz w trosce o ich poczucie bezpieczeństwa ustawodawca uchwalił ustawę o ochronie i pomocy dla pokrzywdzonego i świadka^(1a). Regulacja ta zawiera daleko idące środki pozwalające chronić prawa świadków i osób pokrzywdzonych.

W przypadku zagrożenia dla życia i zdrowia świadka lub pokrzywdzonego ustawodawca przewidział możliwość osobistej ochrony, a nawet umożliwienie zmiany miejsca zamieszkania oraz pomoc finansową.

Jednocześnie ustawa wprowadziła zmiany do *Kodeksu postępowania karnego* przez **wymóg prowadzenia załącznika adresowego do protokołu przesłuchania świadka** lub pokrzywdzonego. Do tego załącznika nie mają dostępu strony postępowania. Umieszcza się w nim dane dotyczące miejsca zamieszkania i miejsca pracy. Jeżeli poszczególne dokumenty zawierają te informacje, to w załączniku umieszcza się oryginały dokumentów, a ich odpisy w aktach, przy czym

odpis jest dokonywany w taki sposób, aby nie zawierał danych dotyczących świadka lub pokrzywdzonego.

Jeżeli zawiadomienie zostało złożone przez instytucję państwową lub samorządową (np. ośrodek zdrowia, szpital, przychodnię), instytucji tej przysługuje w przypadku umorzenia postępowania karnego prawo przejrzenia akt sprawy oraz wniesienia zażalenia na umorzenie postępowania. Przyjęcie tego rozwiązania jest o tyle istotne, że przed jego wprowadzeniem podmiot zawiadamiający nie miał żadnego wpływu na dalszy los postępowania karnego. Poza informacją o jego zakończeniu nie mógł uzyskać żadnych dodatkowych informacji, np. jakie czynności wykonano. Korzyść z możliwości wniesienia zażalenia na postanowienia o umorzeniu postępowania polega również na tym, że **dziecko krzywdzone przez jednego z rodziców nie może w sprawie karnej być reprezentowane przed drugim rodzicem** (co opisano w innej części niniejszej publikacji). Konsekwencją tej zasady jest fakt, że osoba wyznaczona do reprezentacji dziecka może nie mieć pełnego obrazu sytuacji. Bezpieczniej jest zatem, jeśli jeszcze jeden podmiot może zwrócić się do sądu z prośbą o sprawdzenie prawidłowości przeprowadzenia postępowania przygotowawczego.

Złożenie zawiadomienia a tajemnica lekarska

Osobnym zagadnieniem dotyczącym złożenia zawiadomienia o podejrzeniu popełnienia przestępstwa przez przedstawiciela ochrony zdrowia jest powoływanie się przez część środowiska lekarskiego na tajemnicę lekarską.

W tym miejscu należy przytoczyć jej treść:



Art. 40 ustawy o zawodzie lekarza i lekarza dentysty

1. *Lekarz ma obowiązek zachowania w tajemnicy informacji związanych z pacjentem, a uzyskanych w związku z wykonywaniem zawodu.*
2. *Przepisu ust. 1 nie stosuje się, gdy:*
 - 1) *tak stanowią ustawy;*
 - 2) *badanie lekarskie zostało przeprowadzone na żądanie uprawnionych, na podstawie odrębnych ustaw, organów i instytucji; wówczas lekarz jest obowiązany poinformować o stanie zdrowia pacjenta wyłącznie te organy i instytucje;*
 - 3) *zachowanie tajemnicy może stanowić niebezpieczeństwo dla życia lub zdrowia pacjenta lub innych osób;*
 - 4) *pacjent lub jego przedstawiciel ustawowy wyraża zgodę na ujawnienie tajemnicy, po uprzednim poinformowaniu o niekorzystnych dla pacjenta skutkach jej ujawnienia;*

KOGO ZAWIADOMIĆ O KRZYWDZENIU DZIECKA

- 5) zachodzi potrzeba przekazania niezbędnych informacji o pacjencie lekarzowi sądowemu;
- 6) zachodzi potrzeba przekazania niezbędnych informacji o pacjencie związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych innemu lekarzowi lub uprawnionym osobom uczestniczącym w udzielaniu tych świadczeń.

Analogicznie ukształtowano tajemnicę zawodową dla pielęgniarek i położnych:



Art. 17 ustawy o zawodzie pielęgniarki i położnej

1. *Pielęgniarka i położna są obowiązane do zachowania w tajemnicy informacji związanych z pacjentem, uzyskanych w związku z wykonywaniem zawodu.*
2. *Przepisu ust. 1 nie stosuje się, gdy:*
 - 1) *tak stanowią odrębne przepisy;*
 - 2) *zachowanie tajemnicy może stanowić niebezpieczeństwo dla życia lub zdrowia pacjenta lub innych osób;*
 - 3) *pacjent lub jego przedstawiciel ustawowy wyraża zgodę na ujawnienie tajemnicy;*
 - 4) *zachodzi potrzeba przekazania niezbędnych informacji o pacjencie związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych osobom uczestniczącym w udzielaniu tych świadczeń.*
3. *Pielęgniarka i położna, z zastrzeżeniem sytuacji, o których mowa w ust. 2 pkt 1–3, są związane tajemnicą również po śmierci pacjenta.*

Zarówno w zakresie tajemnicy zawodowej dla lekarza i lekarza dentystry, jak i dla pielęgniarek i położnych wskazano **wyjątek od obowiązywania tej tajemnicy w przypadku niebezpieczeństwa dla życia lub zdrowia pacjenta lub innych osób**. O ile nie można stwierdzić generalnie, że informacja o możliwości popełnienia przestępstwa nie jest objęta tajemnicą zawodową zawodów medycznych, o tyle w przypadku dziecka krzywdzonego zaniechanie złożenia zawiadomienia stanowi niebezpieczeństwo dla życia lub zdrowia tego dziecka wszędzie tam, gdzie sprawcami są osoby z otoczenia tego dziecka.

Sprawy wyłączenia spod tajemnicy zawodowej konieczności informowania o dziecku krzywdzonym dotyczą jeszcze dwa przepisy przywoływane już wcześniej. Po pierwsze, art. 12 UPPwR^(1b) wprost ustanawia obowiązek takiego zawiadomienia, jeżeli przestępstwo popełniono z użyciem przemocy. Po drugie ustawodawca nie zdecydował się na wyłączenie możliwości przesłuchania lekarza, lekarza

dentysty, pielęgniarki lub położnej w sprawie karnej, tak jak to uczynił w przypadku psychiatry. Zatem celem ustawodawcy nie było zapewnienie takiej samej ochrony wszystkim pacjentom.

Zwrócenie się do prokuratury nie musi zawsze dotyczyć spraw związanych z przestępczością. Wyjątkowo prokurator ma prawo zainicjować lub przyłączyć się do sprawy rodzinnej, cywilnej lub administracyjnej. Jeżeli zatem sytuacja rodzinna dziecka wskazuje na konieczność wszczęcia sprawy innej niż karna, a nie ma kontaktu z osobą, która mogłaby dziecko reprezentować, można się w tej sprawie zwrócić do prokuratury.

Zawiadomienie sądu rodzinnego

Obowiązek zawiadomienia sądu rodzinnego o krzywdzeniu dziecka wynika z art. 572 *Kodeksu postępowania cywilnego* w brzmieniu:



Art. 572 KPC

§ 1. Każdy, komu znane jest zdarzenie uzasadniające wszczęcie postępowania z urzędu, obowiązany jest zawiadomić o nim sąd opiekuńczy.

§ 2. Obowiązek wymieniony w § 1 ciąży przede wszystkim na urzędach stanu cywilnego, sądach, prokuratorach, notariuszach, komornikach, organach samorządu i administracji rządowej, organach Policji, placówkach oświatowych, opiekunach społecznych oraz organizacjach i zakładach zajmujących się opieką nad dziećmi lub osobami psychicznie chorymi.

Brak wymienienia w § 2 przedstawicieli ochrony zdrowia nie oznacza, że nie ciąży na nich obowiązek wymieniony w § 1. Wyliczenie jest bowiem przykładowe, a katalog podmiotów obowiązanych do zawiadomienia sądu rodzinnego otwarty. Na uwagę zasługuje również fakt, że wśród podmiotów wymienionych w § 2 większość z nich, podobnie jak przedstawiciele zawodów medycznych, objęta jest tajemnicą zawodową. Ustawodawca nie widział zatem zasadności ograniczania obowiązku prawnego jedynie do podmiotów, na których ten obowiązek nie ciąży. Wskazanie w § 1 na kierowanie zawiadomienia, a nie wniosku wskazuje również, że postępowanie będzie toczyło się z urzędu. Sąd zatem oceni zarówno zasadność zawiadomienia, jak i dokona wyboru rodzaju oraz zakresu orzeczenia.

Właściwym miejscowo sądem w przypadku dziecka krzywdzonego jest miejsce jego zamieszkania. Treść zawiadomienia powinna odpowiadać podobnemu schematowi jak zawiadomienie o podejrzeniu popełnienia przestępstwa z tą różnicą, że

do oceny sądu, a nie osoby zawiadamiającej, należy określenie rodzaju naruszonych obowiązków oraz ewentualnych skutków tego naruszenia w zakresie wykonywania władzy rodzicielskiej. Jeżeli jednak w ocenie osoby kierującej zawiadomienie niezbędnym jest poddanie dziecka konkretnym czynnościom z zakresu ochrony zdrowia, a rodzice dziecka nie wyrażają na to zgody, należy wskazać, jakie są to konkretnie czynności i z czego wynika zasadność ich wykonania.

Nieco inny będzie tryb postępowania w sytuacji, kiedy sprawcą krzywdzenia jest osoba nieletnia. Podstawa zawiadomienia sądu rodzinnego znajduje się w takich przypadkach w ustawie o postępowaniu w sprawach nieletnich⁽¹⁰⁾.



Art. 4 ustawy o postępowaniu w sprawach nieletnich

- § 1. Każdy, kto stwierdzi istnienie okoliczności świadczących o demoralizacji nieletniego, w szczególności naruszanie zasad współżycia społecznego, popełnienie czynu zabronionego, systematyczne uchylanie się od obowiązku szkolnego lub kształcenia zawodowego, używanie alkoholu lub innych środków w celu wprowadzenia się w stan odurzenia, uprawianie nierządu, włóczęgostwo, udział w grupach przestępczych, ma społeczny obowiązek odpowiedniego przeciwdziałania temu, a przede wszystkim zawiadomienia o tym rodziców lub opiekuna nieletniego, szkoły, sądu rodzinnego, Policji lub innego właściwego organu.*
- § 2. Każdy, dowiedziawszy się o popełnieniu czynu karalnego przez nieletniego, ma społeczny obowiązek zawiadomić o tym sąd rodzinny lub Policję.*
- § 3. Instytucje państwowe i organizacje społeczne, które w związku ze swą działalnością dowiedziały się o popełnieniu przez nieletniego czynu karalnego ściganego z urzędu, są obowiązane niezwłocznie zawiadomić o tym sąd rodzinny lub Policję oraz przedsięwziąć czynności niecierpiące zwłoki, aby nie dopuścić do zatarcia śladów i dowodów popełnienia czynu.*

Treść § 2 wskazuje na alternatywną możliwość zawiadomienia sądu lub policji. Tym samym wybór jednego z tych podmiotów będzie wystarczający dla dochowania obowiązku. W mojej ocenie, nie ma konieczności informowania osobnym pismem sądu rodzinnego o ewentualnych równolegle występujących zagadnieniach w zakresie wykonywania władzy rodzicielskiej. Wobec jasnej i czytelnej treści pisma sąd samodzielnie podejmie decyzję, jakie postępowanie lub postępowania należy wszcząć w oparciu o jego treść.

Na marginesie należy wskazać, że w przypadku rodzin, w których jedno dziecko krzywdzi drugie, u rodziców następuje swego rodzaju konflikt lojalnościowy. Z jednej strony bowiem rodzice chcą chronić krzywdzone dziecko, a z drugiej obawiają się o los dziecka, które krzywdzi. Wobec tego właśnie rozdzwieniu trudno oczekiwać, aby rodzice z własnej inicjatywy zwracali się w takich sytuacjach do sądu o pomoc. Często wręcz obawiają się prosić stosowne instytucje o pomoc, gdyż podejrzewają, że te zgłoszą sprawę do sądu. Jednak decydujący w tego rodzaju sytuacjach powinien być interes dziecka krzywdzonego oraz troska o jego życie i zdrowie.

Zgłoszenie do pomocy społecznej

Kierowanie pisma do pomocy społecznej jest zasadne, gdy zachodzi konieczność uzyskania dla pacjenta konkretnego świadczenia. W przypadku podejrzenia krzywdzenia dziecka koniecznym jest wszczęcie procedury „Niebieskie Karty”, co jedynie w wyjątkowych okolicznościach będzie wymagało osobnego zawiadomienia pomocy społecznej. Może się tak zdarzyć, np. gdy zachodzi potrzeba zapewnienia dziecku schronienia lub w sprawach związanych z rodzicielstwem zastępczym.

Wszczęcie procedury „Niebieskie Karty” nie zastępuje zawiadomienia o podejrzeniu popełnienia przestępstwa ani zawiadomienia sądu rodzinnego.

Dalekosiężne konsekwencje przemocy seksualnej:

- ▶ depresja, myśli lub próby samobójcze
- ▶ zespół stresu pourazowego
- ▶ niechęć i unikanie zbliżeń seksualnych
- ▶ obniżone poczucie własnej wartości
- ▶ ograniczenie kontaktów z rodziną i przyjaciółmi
- ▶ mniejsze prawdopodobieństwo stworzenia stałego, trwałego związku intymnego
- ▶ skłonność do zachowań ryzykownych (alkohol, narkotyki, przygodne i częste kontakty seksualne)
- ▶ trudność w nawiązywaniu relacji

Oprac. red.

PIŚMIENNICTWO

1. Akty prawne
 - a. *Ustawa o ochronie i pomocy dla pokrzywdzonego i świadka* z dnia 28 listopada 2014 r. (Dz.U.2015.21 t.j. z dnia 2015.01.07)
 - b. *Ustawa o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie* z dnia 29 lipca 2005 r. (Dz.U.2015.1390 t.j. z dnia 2015.09.15)
 - c. *Ustawa o postępowaniu w sprawach nieletnich* z dnia 26 października 1982 r. (Dz.U.2016.1654 t.j. z dnia 2016.10.10)

ROZDZIAŁ 11

Procedura „Niebieskie Karty”

GRZEGORZ WRONA

W celu zwiększenia skuteczności przeciwdziałania przemocy w rodzinie od lat 90. ubiegłego wieku rozpoczęto w Polsce wdrażanie odrębnej procedury postępowania osób zawodowo zaangażowanych w pomoc osobom doświadczającym tego rodzaju przemocy. Procedura „Niebieskie Karty” to instytucjonalne narzędzie służące do przeciwdziałania przemocy w rodzinie. Początkowo procedura była przeznaczona dla funkcjonariuszy policji, potem również pomocy społecznej. Z czasem do jej realizacji dołączyli przedstawiciele oświaty, ochrony zdrowia oraz gminnych komisji rozwiązywania problemów alkoholowych

W roku 2010 (nowelizacja UPPwR^(1a)) oraz 2011 (wydanie *Rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 13 września 2011 r. w sprawie procedury „Niebieskie Karty” oraz wzorów formularzy „Niebieska Karta”*) nastąpiło systemowe rozbudowanie procedury NK.

Każdą gminę w Polsce zobowiązano do powołania zespołu interdyscyplinarnego, który miałby za zadanie m.in. koordynowanie działań poszczególnych służb w zakresie przeciwdziałania przemocy w rodzinie. W skład zespołów interdyscyplinarnych weszli przedstawiciele wymienionych wyżej podmiotów oraz organizacje

pozarządowe, kuratorzy sądowi, a także inne podmioty zajmujące się w danej gminie przeciwdziałaniem przemocy w rodzinie.

Cel procedury NK został określony w art. 9d UPPwR w następujący sposób:



Art. 9d UPPwR

1. *Podjęcie interwencji w środowisku wobec rodziny dotkniętej przemocą odbywa się w oparciu o procedurę „Niebieskie Karty” i nie wymaga zgody osoby dotkniętej przemocą w rodzinie.*
2. *Procedura „Niebieskie Karty” obejmuje ogół czynności podejmowanych i realizowanych przez przedstawicieli jednostek organizacyjnych pomocy społecznej, gminnych komisji rozwiązywania problemów alkoholowych, Policji, oświaty i ochrony zdrowia, w związku z uzasadnionym podejrzeniem zaistnienia przemocy w rodzinie.*
3. *Przedstawiciele podmiotów, o których mowa w ust. 2, realizują procedurę „Niebieskie Karty” w oparciu o zasadę współpracy i przekazują informacje o podjętych działaniach przewodniczącemu zespołu interdyscyplinarnego.*
4. *Wszczęcie procedury „Niebieskie Karty” następuje przez wypełnienie formularza „Niebieska Karta” w przypadku powzięcia, w toku prowadzonych czynności służbowych lub zawodowych, podejrzenia stosowania przemocy wobec członków rodziny lub w wyniku zgłoszenia dokonanego przez członka rodziny lub przez osobę będącą świadkiem przemocy w rodzinie.*
5. *Rada Ministrów określi, w drodze rozporządzenia, procedurę „Niebieskie Karty” oraz wzory formularzy „Niebieska Karta” wypełnianych przez przedstawicieli podmiotów realizujących procedurę „Niebieskie Karty”, mając na uwadze skuteczność działań wobec osób dotkniętych przemocą w rodzinie i dobro tych osób.*

Przytoczona regulacja ustawowa wyznacza ramy procedury oraz wskazuje, co wchodzi w jej zakres. Interwencja wobec rodziny, co do której zachodzi uzasadnione podejrzenie dotyczące występowania przemocy, wskazuje, że **aby wszcząć procedurę nie jest wymagane posiadanie dowodów na występowanie przemocy w rodzinie**. Podstawą jest bowiem uzasadnione podejrzenie, które wynika z całości okoliczności dotyczących danego przypadku. Do wszczęcia procedury są zatem potrzebne informacje (przekazane przez osobę doznającą przemocy lub świadka), z których wynika, że spełnione są ustawowe przesłanki definicji przemocy w rodzinie oraz dodatkowe okoliczności, takie jak: zachowanie osoby

pokrzywdzonej, skutki fizyczne bądź psychiczne przemocy, ogólna sytuacja osoby doznającej przemocy. Może się również zdarzyć, że uzasadnione podejrzenie wystąpi pomimo braku jakichkolwiek wiarygodnych informacji od osoby krzywdzonej. Zwłaszcza dzieci, obawiając się reakcji dorosłych lub bojąc się o własną przyszłość, mogą ukrywać fakt doznawania przemocy. W takich sytuacjach wystarczająca jest ocena potencjalnych skutków przemocy (np. obrażenia) oraz ogólne zachowanie osoby doznającej przemocy.

Podstawowym przepisem, który powinna znać i stosować każda osoba mająca prawny obowiązek wszczęcia procedury NK, jest art. 2 UPPwR, który mówi, co następuje:



Art. 2 UPPwR

Ilekroć w ustawie jest mowa o:

- 1) *członku rodziny – należy przez to rozumieć osobę najbliższą w rozumieniu art. 115 § 11 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny (Dz. U. Nr 88, poz. 553, z późn. zm.), a także inną osobę wspólnie zamieszkującą lub gospodarującą;*
- 2) *przemocy w rodzinie – należy przez to rozumieć jednorazowe albo powtarzające się umyślne działanie lub zaniechanie naruszające prawa lub dobra osobiste osób wymienionych w pkt. 1, 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.*

Są to jedyne definicje ustawowe, którymi posługujemy się w systemie przeciwdziałania przemocy w rodzinie. Ich znajomość i odpowiednie stosowanie jest gwarancją bezpiecznego poruszania się po procedurze NK. Pierwsze wrażenie, jakie może odnieść osoba nieczytająca wcześniej ustawowej definicji przemocy, sprowadza się do wniosku, że definicja jest długa, a przez to skomplikowana. Z tego powodu należy postarać się dla celów praktycznych podzielić ją na poszczególne elementy.

Definicja wskazuje na jednorazowe lub powtarzające się działanie lub zaniechanie. **Nie jest istotna liczba incydentów przemocy ani rodzaj aktywności lub jej braku.** Można zatem dla celów dydaktycznych te elementy pominąć. Podobnie jak wskazanie, że przemoc narusza dobra osobiste lub prawa. Naruszenie dóbr osobistych jest bowiem jednocześnie naruszeniem prawa. Definicję

można czytać również do słów „w szczególności”, gdyż oznaczają one, że wyliczenie ewentualnych konsekwencji przemocy jest jedynie przykładowe i nie muszą one wystąpić. Z uwzględnieniem powyższych uwag ustawowa definicja przemocy w rodzinie sprowadza się do stwierdzenia: **przemocą w rodzinie jest umyślne naruszenie prawa rodziny.**

Członkami rodziny (zgodnie z przytoczonym wyżej przepisem) są:



1. art. 115§11 KK:

*Osobą najbliższą jest małżonek, wstępny, zstępny, rodzeństwo, powinowaty w tej samej linii lub stopniu, osoba pozostająca w stosunku przysposobienia oraz jej małżonek, a także osoba pozostająca we wspólnym pożyciu**

2. *osoba wspólnie zamieszkująca*
3. *osoba wspólnie gospodarująca.*

Aby być członkiem rodziny w rozumieniu UPPwR, wystarczy spełnienie jednego ze wskazanych kryteriów. Jeżeli zatem ktoś jest współmałżonkiem, to bez znaczenia jest, czy mieszka i gospodaruje wspólnie z drugim współmałżonkiem. Jeżeli jednak się rozwiódł, to musi albo mieszkać, albo gospodarować. Jeżeli przemocy doznaje dziecko, a sprawcą jest rodzic, nie ma znaczenia, czy dziecko mieszka ze sprawcą.

Schemat procedury dla pracowników ochrony zdrowia

Poszczególnymi etapami procedury są:

1. wypełnienie formularza „Niebieska Karta – A” przez przedstawiciela ochrony zdrowia (lekarz, pielęgniarka, położna, ratownik medyczny)
2. przekazanie przez osobę wypełniającą formularz „Niebieska Karta – A” osobie doznającej przemocy formularza „Niebieska Karta – B”, jeżeli ta ostatnia jest osobą dorosłą; jeżeli pokrzywdzone jest dziecko, formularz przekazuje się rodzicowi niebędącemu sprawcą
3. skopiowanie przez osobę wypełniającą formularz „Niebieska Karta – A” i niezwłoczne (nie później niż w ciągu siedmiu dni) przekazanie oryginału przewodniczącemu zespołu interdyscyplinarnego właściwego ze względu na miejsce zamieszkania rodziny
4. przekazanie formularza „Niebieska Karta – A” członkom zespołu interdyscyplinarnego i podjęcie decyzji o powołaniu grupy roboczej składającej się z przed-

* Wstępny i zstępny to krewny w linii prostej (rodzice, dziadkowie, pradiadkowie; dzieci, wnuki, prawnuki), a powinowaci to krewni współmałżonka. Osoby w stałym związku to pary konkubenckie bez względu na płeć osób pozostających w związku.

- stawicieli policji, pomocy społecznej, ochrony zdrowia, oświaty, gminnych komisji rozwiązywania problemów alkoholowych, specjalistów z zakresu przeciwdziałania przemocy w rodzinie
5. posiedzenie grupy roboczej z udziałem osoby, co do której istnieje podejrzenie, że doznaje przemocy, wypełnienie formularza „Niebieska Karta – C” oraz ułożenie planu pomocy
 6. posiedzenie grupy roboczej z udziałem osoby, co do której istnieje podejrzenie, że stosuje przemoc i wypełnienie formularza „Niebieska Karta – D”
 7. realizacja przez poszczególne służby zadań ustalonych w planie pomocy (patrz pkt 5)
 8. posiedzenie grupy roboczej i podjęcie rozstrzygnięcia o zakończeniu procedury NK
 9. zawiadomienie podmiotów realizujących procedurę NK o jej zamknięciu.

Sposób wypełnienia formularza „Niebieska Karta – A”

Podczas wypełniania formularza „Niebieska Karta – A” należy zwrócić uwagę, że składa się on z trzech elementów. Pierwszy (część od I do XV) dotyczy ogólnego opisu sytuacji rodziny oraz rodzaju doznawanej przemocy. Drugi (część XVI i XVIII) jest wypełniany w zależności od tego, kto tego dokonuje. Przewidziano bowiem osobną część, którą wypełnia tylko policja, oraz osobną część, którą wypełnia tylko przedstawiciel ochrony zdrowia. Ostatni element (część XVII, XIX – XXI) wypełniają wszyscy.

Kilkuletnia praktyka wypełniania formularzy „Niebieska Karta” wskazuje, że najczęstszym problemem jest brak wypełnienia części XX i XXI. Tymczasem to właśnie w tej części druku można zawrzeć informacje, które będą indywidualizowały dany przypadek.

Wcześniejsze informacje pozwalają ogólnie określić problem. Jednak dopiero na końcu druku osoba wypełniająca może podzielić się swoimi spostrzeżeniami oraz przekazać lub uwypuklić informacje, które uważa za istotne lub pierwszoplanowe.

Zadania przedstawiciela ochrony zdrowia

Zakres działań wykraczający poza sprawowanie opieki medycznej nad pacjentem określają w procedurze NK dwa przepisy: § 14 *Rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 13 września 2011 r. w sprawie procedury „Niebieskie Karty” oraz wzorów formularzy „Niebieska Karta”* oraz część formularza „Niebieska Karta – C” w zakresie określającym harmonogram działań w ramach planu pomocy.

W obu przypadkach **działania przedstawiciela ochrony zdrowia skierowane są wyłącznie do osoby doznającej przemocy** oraz sprowadzają się do poinformowania o przysługujących uprawnieniach. Ekspozuje się przy tym

informowanie o prawie do otrzymania bezpłatnego zaświadczenia lekarskiego o skutkach przemocy w rodzinie.



§ 14 Rozporządzenia NK

1. *W ramach procedury przedstawiciel ochrony zdrowia każdorazowo udziela osobie, co do której istnieje podejrzenie, że jest dotknięta przemocą w rodzinie, informacji o możliwościach uzyskania pomocy i wsparcia oraz o uprawnieniu do uzyskania bezpłatnego zaświadczenia lekarskiego o ustaleniu przyczyn i rodzaju uszkodzeń ciała związanych z użyciem przemocy w rodzinie.*
2. *Jeżeli stan zdrowia osoby, co do której istnieje podejrzenie, że jest dotknięta przemocą w rodzinie, wymaga przewiezienia jej do podmiotu leczniczego, formularz „Niebieska Karta – A” wypełnia przedstawiciel podmiotu leczniczego, do którego osoba ta została przewieziona.*
3. *Przedstawicielem ochrony zdrowia uprawnionym do działań jest osoba wykonująca zawód medyczny, w tym lekarz, pielęgniarka, położna i ratownik medyczny.*

Część formularza „Niebieska Karta – C”:

W części V formularza znajduje się indywidualny plan pomocy dla osoby, co do której istnieje podejrzenie, że jest dotknięta przemocą w rodzinie, a w zakresie działań przedstawicieli ochrony zdrowia znajdują się następujące czynności:

- ▶ skierowanie osoby, co do której istnieje podejrzenie, że jest dotknięta przemocą w rodzinie, do lekarza podstawowej opieki zdrowotnej ze wskazaniem co do dalszych ewentualnych konsultacji medycznych
- ▶ skierowanie osoby, co do której istnieje podejrzenie, że jest dotknięta przemocą w rodzinie, na konsultację psychiatryczne
- ▶ skierowanie osoby, co do której istnieje podejrzenie, że jest dotknięta przemocą w rodzinie, do lekarza w celu uzyskania zaświadczenia lekarskiego o ustaleniu przyczyn i rodzaju uszkodzeń ciała związanych z użyciem przemocy w rodzinie.

Podjęmowane działania są zatem uzależnione od stanu zdrowia osoby doznającej przemocy. Ten natomiast jest zależny od rodzaju, czasu trwania i intensywności przemocy. W przypadku dziecka krzywdzonego skutki doznanej przemocy mogą się ujawnić w znacznym odstępie czasu od doznanej przemocy. Już choćby z tego powodu nieodzowny w procedurze jest udział przedstawiciela ochrony zdrowia, gdyż nikt inny nie będzie miał wystarczającej wiedzy i doświadczenia, aby móc dokonać oceny zasadności konsultacji medycznych.

Plan pomocy

W ramach pracy w grupie roboczej ustala się plan pracy z rodziną. Schemat planu zawarty jest w formularzu „Niebieska Karta – C”. Formularz zawiera podpowiedzi, jakie elementy mogą się znaleźć w planie pomocy, ale należy wiedzieć, że nie są to punkty obowiązkowe, a indywidualny plan można dowolnie kształtować. Istotnym jest, aby pamiętać, że **w planie pomocy zapisuje się zadania, jakie mają zrealizować poszczególne służby**, a nie cele, jakie mają być osiągnięte w procedurze. Jest to o tyle istotne, że późniejsza ocena, czy zrealizowano plan pomocy, sprowadza się do wskazania relacji z wykonanych zadań, a nie ich efektów. Niejednokrotnie trudno wywrzeć wpływ na postawę członków rodziny. Dotyczy to zarówno osoby doznającej przemocy, jak i sprawcy. Z tego powodu nie można budować planu w oparciu o zobowiązania, jakie podejmują członkowie rodziny.

Plan obejmujący ochronę dziecka krzywdzonego powinien być oparty na współpracy oświaty i ochrony zdrowia. Dziecko powinno mieć bowiem zapewnione właściwe warunki rozwoju zarówno w zakresie edukacji, jak i rozwoju fizycznego. W tym zakresie mogą wchodzić w grę kwestie związane nie tylko z obrażeniami ciała, ale przede wszystkim skutkami życia przez dziecko w permanentnym stresie. Niebagatelne mogą okazać się kwestie związane z odżywianiem, opieką stomatologiczną czy dermatologiczną.

Dziecko w procedurze „Niebieskie Karty”

Szczególna sytuacja dziecka krzywdzonego została uwzględniona przez ustawodawcę, który w § 5 rozporządzenia NK przewidział osobny tryb przeprowadzania czynności z udziałem dziecka:



§ 5 rozporządzenia NK

1. *W przypadku podejrzenia stosowania przemocy w rodzinie wobec dziecka czynności podejmowane i realizowane w ramach procedury, zwane dalej „działaniami”, przeprowadza się w obecności rodzica, opiekuna prawnego lub faktycznego.*
2. *Jeżeli osobami, wobec których istnieje podejrzenie, że stosują przemoc w rodzinie wobec dziecka, są rodzice, opiekunowie prawni lub faktyczni, działania z udziałem dziecka przeprowadza się w obecności pełnoletniej osoby najbliższej w rozumieniu art. 115 § 11 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny (Dz. U. Nr 88, poz. 553, z późn. zm. 2), zwanej dalej „osobą najbliższą”.*
3. *Działania z udziałem dziecka, co do którego istnieje podejrzenie, że jest dotknięte przemocą w rodzinie, powinny być prowadzone w miarę możliwości w obecności psychologa.*

Wyraźnie zatem wskazano, że **żadne czynności z udziałem lub w obecności dziecka nie powinny być przeprowadzane pod nieobecność jego opiekuna lub innej osoby pełnoletniej będącej dla dziecka osobą najbliższą**. Wskazano również na zasadność zapewnienia obecności psychologa, o ile z uwagi na miejsce i okoliczności jest to możliwe.

W jaki zatem sposób należy postępować, jeżeli nie ma możliwości zapewnienia obecności osoby pełnoletniej lub obecna osoba pełnoletnia bagatelizuje te czynności lub wręcz nie zgadza się na udział w nich? W przypadku podejrzenia krzywdzenia dziecka trudno sobie wyobrazić, aby podejmować działania w zależności od postawy osób dorosłych z otoczenia dziecka. Zarówno wszczęcie procedury NK, złożenie zawiadomienia o podejrzeniu popełnienia przestępstwa, jak i poinformowanie sądu rodzinnego są czynnościami mającymi na celu zapewnienie bezpieczeństwa dziecku. Jeżeli zatem dołożono należytej staranności dla zapewnienia obecności osób wskazanych w § 5 rozporządzenia NK, dalsze działania muszą być podejmowane bez względu na obecność osób trzecich.

Podstawy zakończenia procedury

Podstawy zakończenia procedury NK są dwie:

- 1. zrealizowanie planu pomocy i ustanie przemocy**
- 2. rozstrzygnięcie o braku zasadności podejmowania działań.**

Decyzję o zakończeniu procedury NK podejmuje grupa robocza, a protokół podpisuje przewodniczący zespołu interdyscyplinarnego. Z uwagi na możliwość weryfikacji zasadności zakończenia procedury NK protokół powinien zawierać informację, na jakiej podstawie zakończono procedurę.

Jeżeli podstawą zakończenia procedury jest ustanie przemocy, należy mieć możliwość monitorowania sytuacji w rodzinie przez czas pozwalający stwierdzić, czy sytuacja rzeczywiście się poprawiła. W przypadku krzywdzenia dzieci każdorazowo równoległe do procedury NK będzie toczyła się sprawa sądowa przed sądem rodzinnym w zakresie wykonywania władzy rodzicielskiej przez rodziców.

Jedną z najłżejszych form ograniczenia władzy rodzicielskiej rodzicom jest jej poddanie pod nadzór kuratora sądowego i takiego właśnie instrumentu najczęściej używają sądy rodzinne. Pozwala to na uzyskanie informacji o funkcjonowaniu rodziny z dodatkowego źródła, czyli od kuratora. Niezbędne jest w takich sytuacjach powołanie do grupy roboczej kuratora sądowego sprawującego nadzór nad wykonywaniem władzy rodzicielskiej.

Jeżeli powodem zakończenia procedury NK jest druga przesłanka, podstawą jej zastosowania mogą być z jednej strony względy formalne, z drugiej strony stwierdzenie, że przemoc w danej rodzinie nie występuje. Nie stanowi bowiem błędu wszczęcie procedury NK w sytuacji uzasadnionego podejrzenia występo-

wania przemocy w rodzinie, a po weryfikacji posiadanych informacji ustalenie, że przemoc nie występowała. Taka sytuacja może mieć miejsce przede wszystkim w sytuacjach pozostawania członków rodziny w konflikcie oraz problemów wychowawczych z dziećmi.

Jedną z podstawowych obaw przeciwników procedury NK było to, czy dzieci nie będą symulowały doznawania przemocy, aby dokuczyć rodzicom i wymusić określone ich zachowania. Tego rodzaju wątpliwości nie znalazły potwierdzenia w praktyce. Incydentalnie mogą zdarzyć się tego rodzaju przypadki, ale nie jest to zjawisko masowe.

Ochrona danych osobowych w procedurze NK

Procedura NK nie podlega kontroli sądowej w zakresie zasadności, prawidłowości czy terminowości wykonywanych czynności. Nie mają do niej zastosowania przepisy *Kodeksu postępowania administracyjnego*, gdyż zespoły interdyscyplinarne nie są instytucjami oraz nie mają podmiotowości prawnej. W konsekwencji poszczególne działania członków zespołów interdyscyplinarnych oraz grup roboczych są oceniane przede wszystkim w zakresie wykonywania obowiązków służbowych. Uznanie czynności wykonywanych w ramach procedury NK jako obowiązków służbowych wynika wprost z zapisu UPPwR.



Art. 9a pkt 13 UPPwR

Członkowie zespołu interdyscyplinarnego oraz grup roboczych wykonują zadania w ramach obowiązków służbowych lub zawodowych.

Jedynym obszarem mogącym podlegać kontroli sądowej jest legalność oraz zasadność przetwarzania danych osobowych w ramach pracy zespołu interdyscyplinarnego i grup roboczych. W tym zakresie UPPwR wprowadza przepis szczególnie, który stanowi:



Art. 9c UPPwR

1. *Członkowie zespołu interdyscyplinarnego oraz grup roboczych w zakresie niezbędnym do realizacji zadań, o których mowa w art. 9b ust. 2 i 3, mogą przetwarzać dane osób dotkniętych przemocą w rodzinie i osób stosujących przemoc w rodzinie, dotyczące: stanu zdrowia, nałogów, skazań, orzeczeń o ukaraniu, a także innych orzeczeń wydanych w postępowaniu sądowym lub administracyjnym, bez zgody i wiedzy osób, których dane te dotyczą.*
2. *Członkowie zespołu interdyscyplinarnego oraz grup roboczych zobowiązani są do zachowania poufności wszelkich informacji*

i danych, które uzyskali przy realizacji zadań, o których mowa w art. 9b ust. 2 i 3. Obowiązek ten rozciąga się także na okres po ustaniu członkostwa w zespole interdyscyplinarnym oraz w grupach roboczych.

3. *Przed przystąpieniem do wykonywania czynności, o których mowa w art. 9b ust. 2 i 3, członkowie zespołu interdyscyplinarnego oraz grup roboczych składają organowi, o którym mowa w art. 9a ust. 2, oświadczenie o następującej treści: „Oświadczam, że zachowam poufność informacji i danych, które uzyskałem przy realizacji zadań związanych z przeciwdziałaniem przemocy w rodzinie, oraz że znane mi są przepisy o odpowiedzialności karnej za udostępnienie danych osobowych lub umożliwienie do nich dostępu osobom nieuprawnionym”.*

Poprzez przytoczony wyżej przepis ustawodawca wprowadził dwa zasadnicze ograniczenia w zakresie przetwarzania danych osobowych wrażliwych. Pierwsze dotyczy rodzaju danych, a drugie podmiotów, których dane wrażliwe mogą być przetwarzane. Przed wskazaniem obu ograniczeń należy wyjaśnić pojęcie danych osobowych wrażliwych, inaczej nazywanych sensytywnymi.

Katalog danych wrażliwych został utworzony w ustawie o ochronie danych osobowych^(1b).



Art. 27 ustawy o ochronie danych osobowych

1. *Zabrania się przetwarzania danych ujawniających pochodzenie rasowe lub etniczne, poglądy polityczne, przekonania religijne lub filozoficzne, przynależność wyznaniową, partyjną lub związkową, jak również danych o stanie zdrowia, kodzie genetycznym, nałogach lub życiu seksualnym oraz danych dotyczących skazań, orzeczeń o ukaraniu i mandatów karnych, a także innych orzeczeń wydanych w postępowaniu sądowym lub administracyjnym.*

Powyższe wyliczenie stanowi katalog zamknięty, co oznacza, że wszelkie inne informacje o osobie danymi wrażliwymi nie są. Jak wynika z art. 9c UPPwR **ustawodawca ograniczył możliwość przetwarzania danych osobowych wrażliwych jedynie do czterech kategorii danych:** stanu zdrowia, nałogów, skazań, orzeczeń o ukaraniu, a także innych orzeczeń wydanych w postępowaniu sądowym lub administracyjnym. Taka konstrukcja wyliczenia skutkuje tym, że żadnych innych danych wrażliwych zespołom interdyscyplinarnym i grupom roboczym przetwarzać nie wolno. Wskazano za to tylko te dane, które mogą okazać się istotne z punktu widzenia przeciwdziałania przemocy w rodzinie.

Z myślą o przedstawicielach ochrony zdrowia wskazano na możliwość przetwarzania danych dotyczących stanu zdrowia. O ile zakres możliwych do przetwarzania danych wrażliwych jest wystarczający, o tyle w praktyce zdarzają się przypadki przekroczenia drugiego ograniczenia. Ustawodawca wyraźnie wskazał bowiem, że **wymienione dane wrażliwe mogą być przetwarzane, o ile dotyczą dwóch kategorii osób: dotkniętych przemocą w rodzinie i stosujących przemoc w rodzinie**. Wyraźne wskazanie, czyje dane wrażliwe mogą być przetwarzane, skutkuje brakiem możliwości przetwarzania jakichkolwiek danych wrażliwych innych osób niż te dwie kategorie. Naruszenia tej zasady mogą wystąpić w sytuacji, gdy w jednym domu lub mieszkaniu mieszka rodzina wielopokoleniowa, a członkowie grupy roboczej, ustalając stan faktyczny sprawy, zbierają informacje o każdym domowniku.

Jeżeli w domu lub mieszkaniu mieszkają osoby niedoznające przemocy lub nie stosujące przemocy, ich danych osobowych wrażliwych przetwarzać nie wolno.

Zagadnienie dotyczące przetwarzania danych osobowych może być również problematyczne w odniesieniu do dziecka krzywdzonego. Powstaje bowiem zagadnienie dotyczące dzieci, które są bezpośrednimi lub pośrednimi świadkami przemocy. Z psychologicznego punktu widzenia nie ma wątpliwości, że bycie świadkiem przemocy negatywnie wpływa na dziecko, a przede wszystkim na jego rozwój psychiczny. Z prawną kwalifikacją dzieci-świadków jako osób doznających przemocy sytuacja już taka oczywista nie jest. Jeżeli sprawca świadomie doprowadza bowiem do sytuacji, w której dziecko ma być świadkiem przemocy, to przesłanki z ustawowej definicji przemocy w rodzinie są spełnione i dziecko może być uznane za osobę dotkniętą przemocą. Jeżeli jednak dziecko nie jest bezpośrednim świadkiem przemocy, trudno mówić o umyślności po stronie sprawcy. Z pomocą w tym zakresie może przyjść *Konwencja Rady Europy z dnia 11 maja 2011 r. o przeciwdziałaniu i zwalczaniu przemocy wobec kobiet i przemocy domowej*, w której preambule wskazano: „uznając, że dzieci są ofiarami przemocy domowej również jako świadkowie przemocy w rodzinie”. Ponieważ Polska ratyfikowała konwencję, która weszła w życie 1 sierpnia 2015 r., jej postanowienia są wewnętrznym porządkiem prawnym. Zatem możliwe jest przyjęcie zasady, że **dziecko-świadek przemocy jest osobą dotkniętą przemocą**, co legalizuje przetwarzanie wskazanych w ustawie danych wrażliwych dotyczących dziecka.

PIŚMIENNICTWO

1. Akty prawne
 - a. *Ustawa o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie* z dnia 29 lipca 2005 r. (Dz.U.2015.1390 t.j. z dnia 2015.09.15)
 - b. *Ustawa o ochronie danych osobowych* z dnia 29 sierpnia 1997 r. (Dz.U.2016.922 t.j. z dnia 2016.06.28)

ROZDZIAŁ 12

Algorytmy postępowania z dzieckiem krzywdzonym

PIOTR HARTMANN

Ujawnione przypadki krzywdzenia dzieci z oczywistych względów budzą ogromne emocje. W odniesieniu do każdej ze spraw pojawia się pytanie, czy można było temu zapobiec. Analizuje się działania służb i instytucji, poszukuje symptomów, które powinny były wcześniej sprowokować odpowiednią reakcję z ich strony. Należy jednak pamiętać, że objawy krzywdzenia dziecka, zwłaszcza w początkowym okresie, nie zawsze są oczywiste. Ze względu na potencjalne zagrożenie zdrowia, a czasem i życia dziecka podejrzenie przemocy wymaga jednak zawsze zdecydowanych działań, w których pomoc mogą procedury i algorytmy postępowania. Przy ich wykorzystywaniu należy zawsze przeanalizować konkretną sytuację, aby uniknąć działań schematycznych. Rozważając potrzebę podjęcia interwencji, nie można zapominać o natychmiastowych i długofalowych konsekwencjach psychicznych u dziecka będącego ofiarą przemocy.

Rola pracowników ochrony zdrowia

Problem krzywdzenia dzieci i wynikające z tego zagrożenia są, niestety, często niedoceniane przez przedstawicieli ochrony zdrowia. W wielu przypadkach to oni mogą być pierwszymi, a często również jedynymi osobami, które uzyskały informacje o stosowaniu przemocy wobec dziecka. Od wybranej metody postępo-

wania może zależeć zdrowie i dalsze życie dziecka doświadczającego przemocy. Najłatwiejszym do przeanalizowania obszarem jest obecnie przemoc w rodzinie. Po wejściu w życie w 2010 roku nowelizacji ustawy o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie (UPPwR^(1a)) i rozporządzenia Rady Ministrów w sprawie procedury „Niebieskie Karty” oraz wzorów formularzy „Niebieska Karta”^(1b) (RRM) **przedstawiciele ochrony zdrowia zostali włączeni w system przeciwdziałania przemocy w rodzinie.**

Dane dotyczące wszczynania procedury przez przedstawicieli podmiotów wymienionych w RRM wskazują, że udział przedstawicieli ochrony zdrowia jest znikomy.

W latach 2012–2016 w Warszawie przedstawiciele ochrony zdrowia wypełniali zaledwie 1,8–2,3% „Niebieskich Kart” do Zespołów Interdyscyplinarnych (ZI) (dane własne na podstawie opracowań Biura Pomocy i Projektów Społecznych m.st. Warszawy).

W całej Polsce przedstawiciele ochrony zdrowia wszczynają około 1% procedur.

Przedstawiciele ochrony zdrowia uprawnieni do działania w procedurze „Niebieskie Karty” to:

- ▶ ponad 171 tysięcy lekarzy i lekarzy dentyków wykonujących zawód (wg danych Naczelnej Izby Lekarskiej, stan na 31.07.2017)
- ▶ 325 tysięcy pielęgniarek i położnych (wg danych Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych, stan na 31.12.2016)
- ▶ około 14 tysięcy ratowników medycznych (wg danych GUS z 2016 roku).

Daje to razem ponad **500 tysięcy przedstawicieli ochrony zdrowia**. Tymczasem liczba pracowników socjalnych to około 128 tysięcy osób (wg danych Ministerstwa Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej z 2016 roku).

Zestawienie tych danych pozwala przypuszczać, że **włączenie przedstawicieli ochrony zdrowia w system przeciwdziałania przemocy w rodzinie powinno skutkować zwiększeniem liczby ujawnianych przypadków przemocy**. Jednak, jak pokazują przytoczone wcześniej dane, tak się nie stało.

Podstawowe informacje o przemocy

Najczęściej stosowany podział rozróżnia przemoc fizyczną, psychiczną, seksualną oraz zaniedbywanie. Mimo oczywistych rozbieżności można wyróżnić wiele punktów wspólnych łączących te rodzaje przemocy. W każdym bowiem przypadku, niezależnie od stosowanych metod, szkody dotyczą psychiki dziecka.

Rozpoznanie objawów stosowanej przemocy jest zbliżone do diagnozowania rzadkich i niebezpiecznych chorób. Należy zauważyć objawy alarmowe, a następnie przeprowadzić dalsze badania i różnicowanie w celu potwierdzenia lub wykluczenia podejrzenia.

Objawy przemocy fizycznej

Symptomy tego rodzaju przemocy wydają się najłatwiejsze do zauważenia, ale również w tym przypadku obowiązuje nas różnicowanie.

Zasinienia, otarcia naskórka, wybroczyny na skórze dziecka mogą być spowodowane jego dużą aktywnością, przypadkowymi urazami w trakcie zabawy, uprawianiem sportu. Wyjaśnienia przyczyn wymagają urazy, których nie można racjonalnie wytłumaczyć albo których lokalizacja nie wskazuje na wymienione wyżej pochodzenie. Niepokój powinny budzić obrażenia na wewnętrznych powierzchniach kończyn, mnogie urazy o różnym stopniu gojenia oraz ślady zastosowanego narzędzia (klamra od paska, odcisk buta, oparzenie, np. papierosem lub żelazkiem).

Sprawcy przemocy fizycznej nierzadko zadają dziecku cierpienie w sposób umiędzynowy, a ślady spowodowanych przez nich urazów mogą nie wzbudzać podejrzeń i być interpretowane w sposób korzystny dla sprawcy.

Psychiczne objawy przemocy

Każde krzywdzenie dziecka pozostawia w jego psychice ogromne zmiany. Dzieci doświadczające przemocy wołają o pomoc zmianą swojego dotychczasowego zachowania, jednak różnorodność prezentowanych przez nie objawów może utrudniać rozpoznanie. Zarówno dziecko, które staje się bardzo spokojne i uległe, jak również to, które zaczyna być agresywne i nieposłuszne, może być dzieckiem krzywdzonym. Przemoc psychiczna może być długo nierozpoznana, a przez to spowodować nieodwracalne zmiany w kształtującej się psychice i osobowości dziecka.

Zaniedbanie

Dziecko zaniedbywane większości z nas kojarzy się z dzieckiem brudnym, nieodpowiednio ubranym, głodnym, co w skrajnych przypadkach może doprowadzić nawet do konieczności hospitalizacji. Jednak zaniedbanie może również polegać na nieprzestrzeganiu zaleceń lekarskich i pielęgnacyjnych lub narażanie dziecka na niebezpieczne sytuacje.

Często jednak dzieci są bardzo zadbane w sferze materialnej, a jednocześnie krzywdzone emocjonalnie – niepoświęcaniem im uwagi przez rodziców, odrzuceniem przez nich i brakiem kontaktu z mamą czy tatą. Dzieci te mogą mieć mocno zaburzone poczucie bezpieczeństwa i być nieprzygotowane do funkcjonowania w prawidłowym środowisku, co może również wywołać w późniejszym okresie zaburzenia rozwoju osobowości.

Wykorzystanie seksualne (molestowanie)

Ten sposób krzywdzenia dziecka wywołuje najwięcej emocji, a jednocześnie postępowanie w przypadku takiego podejrzenia budzi wątpliwości i stwarza największe

trudności, tym bardziej że istnieje wiele aspektów wykorzystywania seksualnego dziecka. Ujawnienie tego zjawiska musi spowodować natychmiastowe podjęcie działań zmierzających do pełnej ochrony dziecka przed wtórną traumatyzacją. Objawy wykorzystania seksualnego u dziecka pokrywają się częściowo z psychicznymi objawami przemocy.

Diagnostyka dziecka krzywdzonego

Diagnozowanie dziecka dotkniętego różnymi rodzajami przemocy powinno być prowadzone podobnie jak w przypadku chorób przewlekłych. Podejrzanie, stawianie na podstawie obecności charakterystycznych objawów, musi zostać zweryfikowane poprzez pogłębienie wywiadu i badanie dziecka oraz uważną obserwację rodziny. Należy pamiętać, że większość sygnałów alarmowych nie potwierdza jednoznacznie faktu krzywdzenia dziecka, ale wymaga przeprowadzenia diagnostyki w tym kierunku lub uwzględnienia tego rozpoznania w diagnostyce różnicowej.

Wywiad

W przypadku diagnozowania dzieci dane z wywiadu uzyskujemy zwykle w pierwszej kolejności od rodziców lub opiekunów. Ważne informacje mogą nam również przekazać inne osoby mające kontakt z dzieckiem i rodziną, nawet jeżeli kontakt ten jest krótkotrwały, np. rodzice innych małych pacjentów w szpitalu lub czekających na poradę pod gabinetem w poradni. Wreszcie samo dziecko może nam opowiedzieć o tym, co je spotyka.

W trakcie zbierania wywiadu należy starać się uzyskać jak najwięcej informacji, które mogą potwierdzić lub wykluczyć podejrzenia. Jednocześnie duże znaczenie ma uważna obserwacja zachowania zarówno pacjenta, jak i osób mu towarzyszących. Trzeba być wyczulonym zarówno na ich reakcje na zadawane pytania, jak i na udzielane przez dziecko odpowiedzi.

Są rodziny, w których istniejące czynniki ryzyka stosowania przemocy wobec dziecka powinny zwiększyć naszą czujność, dlatego warto dobrze poznać strukturę rodziny pacjenta. Należy jednak pamiętać, że do krzywdzenia dziecka może dochodzić nawet w pozornie wzorowej rodzinie, w której nie stwierdza się żadnych czynników ryzyka.

Czynniki ryzyka w wywiadzie:

- ▶ dzieci w ośrodkach opiekuńczych, adoptowane
- ▶ głębokie konflikty małżeńskie i rodzinne
- ▶ zaburzenia więzi rodzinnych, nieprawidłowe relacje między członkami rodziny
- ▶ izolacja społeczna rodziny
- ▶ niepełnosprawność i choroby przewlekłe dziecka

- ▶ niepełne rodziny
- ▶ rodzice po rozstaniu, żyjący w nowych związkach
- ▶ ekspozycja seksualności dziecka (np. poprzez ubranie)
- ▶ leczenie dziecka z daleka od miejsca zamieszkania
- ▶ częste zmiany szpitali, poradni, lekarzy opiekujących się dzieckiem.

W trakcie zbierania wywiadu należy zwrócić uwagę na pojawiające się nieścisłości, zmiany wersji wydarzeń, a także niezgodność wywiadów zbieranych od rodziców i od dziecka. Również brak jakiegokolwiek dokumentacji medycznej może w sytuacjach wątpliwych budzić niepokój. Jeśli uzyskamy informacje o zaburzeniach odżywiania się, nadużywaniu alkoholu i narkotyków oraz próbach samobójczych podejmowanych przez dziecko powinniśmy szczegółowo zapoznać się z funkcjonowaniem rodziny.

Objawy alarmowe w wywiadzie:

- ▶ niewytłumaczalna zwłoka w zgłoszeniu się z dzieckiem do lekarza
- ▶ niespójny wywiad, zmienianie wersji wydarzeń w kolejnych rozmowach
- ▶ różnice w wywiadach zebranych od rodziców (opiekunów) i od dziecka
- ▶ podawanie przez dorosłych nieprawdopodobnych powodów urazów/zachorowań u dziecka
- ▶ powtarzające się urazy w wywiadzie
- ▶ brak jakiegokolwiek dokumentacji medycznej dziecka
- ▶ nierealizowanie zaleceń lekarskich/pielęgniarskich
- ▶ pozostawianie dziecka bez opieki
- ▶ brak realizacji obowiązku szkolnego
- ▶ próby samobójcze podejmowane przez dziecko
- ▶ zaburzenia odżywiania się u dziecka
- ▶ nadużywanie alkoholu i narkotyków przez dziecko.

Obserwacja zachowania dziecka w przychodni czy szpitalu przez personel medyczny może ujawnić odstępstwa od zachowania pacjentów w tym samym wieku i na podobnym stopniu rozwoju. Należy jednak pamiętać, że objawami doświadczania przemocy przez dziecko może być zarówno jego wycofanie się i obniżony nastrój, jak też zachowania agresywne i autoagresywne.

Objawy alarmowe w zachowaniu i stanie psychicznym dziecka doświadczającego przemocy:

- ▶ obniżona samoocena
- ▶ zaburzenia pamięci i koncentracji uwagi

ALGORYTMY POSTĘPOWANIA Z DZIECKIEM KRZYWDZONYM

- ▶ zaburzenia zachowania (dzieci wycofane, pełne obaw, mało aktywne)
- ▶ nagłe zmiany zachowania
- ▶ nieodpowiednie zachowania społeczne
- ▶ nadmierna agresywność lub nadmierna apatia
- ▶ zachowania destrukcyjne lub autodestrukcyjne
- ▶ uległa osobowość dziecka, nadmierne podporządkowanie się poleceniom
- ▶ dolegliwości psychosomatyczne
- ▶ depresja i stany lękowe
- ▶ lęk przed powrotem do domu
- ▶ lęk przed bliskością (dotknięciem, przytulaniem)
- ▶ zaburzenia rozwoju psychofizycznego (w tym zaburzenia rozwoju mowy)
- ▶ regres rozwoju dziecka
- ▶ tiki, zaburzenia mowy
- ▶ wyraźne zainteresowanie seksem
- ▶ zachowania seksualne nieodpowiednie do wieku
- ▶ silna niechęć przed rozbieraniem się.

Zbierając wywiad, należy starać się uzyskać informacje pomocne w ustaleniu sprawcy, czasu i miejsca zdarzenia. Jeżeli podjęta zostanie decyzja o wszczęciu procedury „Niebieskie Karty”, warto również zebrać dodatkowe dane na temat rodziny: czy dziecko ma rodzeństwo, jakie osoby poza rodzicami i rodzeństwem zamieszkują razem z nim, pod opieką jakiej placówki jest dziecko (żłobek, przedszkole, szkoła).

Ważne dane do zebrania w wywiadzie:

- ▶ szczegółowe dane teleadresowe matki i ojca dziecka (jest to bardzo ważne, jeżeli rodzice nie mieszkają razem)
- ▶ dane osoby podejrzewanej o stosowanie przemocy (imię i nazwisko, relacja z dzieckiem, adres, numer telefonu)
- ▶ ustalenie, od jak dawna dziecko jest krzywdzone i o ilu epizodach krzywdzenia wiadomo
- ▶ dane ewentualnych świadków przemocy
- ▶ dane osoby, która może chronić dziecko (szczególnie ważne w przypadku podejrzenia krzywdzenia dziecka przez oboje rodziców)
- ▶ dane placówki, do której chodzi dziecko (żłobek, przedszkole, szkoła)
- ▶ informacje o rodzeństwie dziecka (również z danymi placówek)
- ▶ dane innych osób zamieszkujących razem z dzieckiem
- ▶ informacje o fakcie zawiadomienia innych instytucji: organów ścigania, sądu rodzinnego.

Przy podejrzeniu molestowania seksualnego konieczne jest również zebranie dodatkowych informacji na temat okoliczności zdarzenia i czynności wykonanych przez sprawcę.

Ważne dane do zebrania przy podejrzeniu molestowania seksualnego:

- ▶ możliwie najbardziej dokładne dane dotyczące czasu i miejsca zdarzenia
- ▶ szczegóły dotyczące wykorzystania (użycie siły, broni, środków psychoaktywnych, alkoholu, przemocy fizycznej)
- ▶ informacje o działaniach podjętych przez dziecko po zdarzeniu (zmiana ubrania, kąpiel)
- ▶ informacja o pierwszej i ostatniej miesiączce (gdy molestowana jest dziewczynka już miesiączkująca)
- ▶ wywiad dotyczący chorób i zaburzeń układu moczowo-płciowego u dziecka.

Badanie przedmiotowe

Może dostarczyć dodatkowych danych, np. ujawnić występowanie tzw. urazów nieprzypadkowych, które według wiedzy medycznej nie mogły powstać bez udziału osób trzecich. Jednak kiedy dziecko krzywdzone jest poprzez przemoc psychiczną lub zaniedbywanie emocjonalne, badanie przedmiotowe może nie wykazać żadnych odchyśleń. W każdym przypadku konieczne jest wykonanie pełnego badania przedmiotowego, aby nie pominąć ukrytych urazów. Dziecko do badania powinno być całkowicie rozbiierane.

Kiedy badane jest dziecko, u którego podejrzewa się wykorzystanie seksualne, postępowanie medyczne powinno uwzględniać konieczność jednoczesowego zabezpieczenia materiału dowodowego, aby niepotrzebnie nie narażać dziecka na kolejne badanie. Od pobrania materiału można odstąpić w sytuacji, kiedy do wykorzystania seksualnego doszło bez kontaktu fizycznego lub kontakt fizyczny nie obejmował narządów płciowych i nie pozostawił fizycznych śladów (np. był ograniczony do głaskania, przytulania). W miarę możliwości badanie powinna przeprowadzać osoba mająca przeszkolenie i doświadczenie w tym zakresie. W przypadku wątpliwości wskazane jest skorzystanie z konsultacji ginekologa, najlepiej ginekologa dziecięcego (jeżeli jest taka możliwość). Brak możliwości konsultacji specjalistycznej nie może jednak opóźniać badania dziecka.

Objawy alarmowe w badaniu przedmiotowym:

- ▶ brak zgody rodziców lub opiekunów na pełne badanie/rozebranie dziecka
- ▶ objawy zaniedbania w wyglądzie i ubiorze małego pacjenta
- ▶ uraz, który nie mógł powstać nieumyślnie u dziecka w danym wieku
- ▶ mnogie urazy, w różnych fazach gojenia

- ▶ ślady zastosowanego narzędzia
- ▶ oparzenia punktowe
- ▶ linijna granica oparzeń („rękawiczkowe” i „skarpetkowe”)
- ▶ ślady urazów, które nie były podane w wywiadzie
- ▶ wyraźne poszerzenie odbytu (wcześniej niestwierdzone)
- ▶ otarcia naskórka, zasinienia w okolicy narządów płciowych
- ▶ uszkodzenie warg sromowych lub błony dziewiczej u dziewczynek
- ▶ rany okolic odbytu.

W miarę możliwości należy rozważyć możliwość wykonania dokumentacji fotograficznej. Jeżeli dziecku towarzyszy rodzic, który go nie krzywdzi, możemy uzyskać zgodę na zrobienie zdjęć. W przypadku podejrzenia krzywdzenia przez oboje rodziców, zdjęcia wykonujemy, uzasadniając nasze postępowanie koniecznością sporządzenia dokumentacji medycznej. Ważniejsze od dokumentacji pozostaje jednak sporządzenie dokładnego opisu obrażeń (wyglądu, wielkości, lokalizacji).

Postępowanie w przypadku podejrzenia krzywdzenia

Pomoc medyczna

Najważniejszym zadaniem przedstawiciela ochrony zdrowia jest udzielenie pomocy medycznej ofierze przemocy. Dopiero po wykonaniu tych czynności można zająć się pozostałymi aspektami doznawanej przez dziecko przemocy.

Decyzja o ewentualnej hospitalizacji musi uwzględniać stan psychiczny i fizyczny dziecka oraz możliwość zapewnienia mu ochrony. Hospitalizacja może być konieczna w szczególności w przypadkach: molestowania seksualnego dziecka ze stosunkiem seksualnym, molestowania z użyciem alkoholu i narkotyków, istotnych urazów u dziecka oraz braku możliwości zapewnienia ochrony w miejscu zamieszkania.

W przypadku dziecka pokrzywdzonego z powodu przemocy fizycznej ważnym aspektem pomocy medycznej jest zapewnienie profilaktyki chorób przenoszonych drogą płciową oraz uwzględnienie ewentualnej ciąży.

Rozmowa z dzieckiem

Rozmowa z dzieckiem krzywdzonym powinna odbywać się w odpowiednich warunkach oraz w miarę możliwości w obecności psychologa. Należy zadbać o stworzenie atmosfery do swobodnej rozmowy i zapewnić dziecko, że jest bezpieczne, by nie bało się mówić prawdy i ufało nam. Rozmowa musi uwzględniać wiek i stan psychiczny dziecka. Należy pamiętać o tym, że dokładnie przeprowadzony i opisany w dokumentacji medycznej wywiad może stanowić ważny materiał dowodowy, dlatego należy wyjaśnić wszelkie kwestie wątpliwe. Inna osoba, która później

będzie rozmawiała z dzieckiem, niezależnie od jej kompetencji i profesjonalnego przygotowania, może nie mieć możliwości uzyskania tak dużej ilości informacji. Dziecko, które zdecydowało się ujawnić fakt krzywdzenia, chce zostać wysłuchane i nie należy przerywać jego wypowiedzi, aby nie poczuło się odrzucone przez osobę, której zdecydowało się zaufać. Jeżeli nie możemy w danej chwili poświęcić dziecku wystarczająco dużo czasu, trzeba je o tym uprzedzić.

W trakcie rozmowy należy unikać dawania obietnic bez pokrycia (zwłaszcza obiecywania, że nie przekażemy dalej uzyskanych od dziecka informacji), ale jednocześnie zapewnić, że zrobimy wszystko, aby dziecku pomóc. Warto również przedstawić nasz dalszy plan działania, aby zwiększyć u dziecka poczucie bezpieczeństwa. Obecność dodatkowych osób w trakcie rozmowy może być pomocna, ale dziecko powinno wyrazić na to zgodę.

Rozmawiając z dzieckiem, należy unikać zarówno nadmiernego dramatyzowania (nawet jeżeli słyszymy wyjątkowo drastyczne opowieści), jak i bagatelizowania jego emocji czy wypowiedzi. Dla wielu dzieci pomocny może być kontakt fizyczny (przytulenie, trzymanie za rękę), ale w tym zakresie należy się wykazać dużym wyczuciem.

Ważne zasady dotyczące rozmowy z dzieckiem krzywdzonym:

- ▶ rozmowa w bezpiecznym miejscu, bez zakłóceń
- ▶ stworzenie atmosfery zaufania
- ▶ zapewnienie o bezpieczeństwie i chęci udzielenia dziecku pomocy
- ▶ obecność dodatkowej osoby, jeżeli dziecko wyraża taką wolę
- ▶ stosowanie pytań otwartych, zadawanych wprost, sformułowanych w sposób zrozumiały dla dziecka
- ▶ zadawanie pytań tylko do momentu uzyskania informacji
- ▶ posługiwanie się w rozmowie przykładami
- ▶ unikanie składania obietnic bez pokrycia
- ▶ unikanie dramatyzowania
- ▶ powstrzymanie się od osądzania sprawcy.

Rozmowa z rodzicami

Reakcja rodziców na ujawnienie przemocy wobec dziecka bywa różna i zależy od tego, kim jest sprawca. Należy dążyć do uzyskania od rodziców jak największej ilości informacji na temat zdarzenia. Konieczne jest uświadomienie matce i ojcu ogromnej roli ich dalszego postępowania z dzieckiem, aby zapobiec wytworzeniu się poczucia winy u młodego człowieka (zwłaszcza w przypadku, gdy dziecko było krzywdzone przez członka rodziny lub inną osobę bliską). Rodzicom dziecka należy również zapewnić wsparcie psychologiczne. Powinno się

także wytłumaczyć im konieczność przeprowadzenia dalszego postępowania prawnego. Jeżeli wyrażają na nie zgodę, należy odnotować to w dokumentacji. Brak zgody rodziców na podjęcie działań nie powstrzymuje ich prowadzenia.

W przypadku ujawnienia krzywdzenia dziecka przez rodziców rozmowa może być trudna zarówno dla nich, jak i dla dziecka. W jej trakcie należy pamiętać o zasadzie krytykowania konkretnych zachowań, a nie osoby, która się ich dopuściła. Warto przyjąć założenie, że krzywdzenie dziecka nie miało charakteru intencjonalnego, a wynikało z określonej sytuacji rodzinnej. Należy jednak pamiętać, że przemoc w żaden sposób nie usprawiedliwiają ewentualnie ujawnione w trakcie rozmowy problemy dotyczące osoby krzywdzącej dziecko lub całej rodziny. Pierwsza rozmowa może uspokoić rodziców i zachęcić do podejmowania działań korzystnych dla dziecka oraz do niedziałania przeciwko osobie, która ujawniła przemoc. Może się zdarzyć, że rodzice dziecka krzywdzonego zareagują agresją na ujawnienie przemoc. Takie zachowanie powinno jednak wzmocnić nasze działania i potwierdzić ich zasadność.

Jeżeli zapadła decyzja o wszczęciu procedury „Niebieskie Karty”, warto wytłumaczyć rodzicom, na czym ona polega. Należy opisać im dalszy przebieg oraz wyjaśnić, jakie kroki prawne zostaną podjęte. W prowadzonej dokumentacji należy jak najdokładniej opisać przebieg rozmowy z rodzicami dziecka krzywdzonego.

Zawiadomienie organów ścigania

Natychmiastowe powiadomienie organów ścigania (policja, prokuratura) następuje zawsze w przypadku bezpośredniego zagrożenia życia i zdrowia oraz w przypadku konieczności zapewnienia bezpieczeństwa dziecku. W zawiadomieniu należy zawrzeć informacje uzasadniające wszczęcie postępowania lub zatrzymanie sprawcy. Jednocześnie należy unikać podawania zbyt wielu informacji (zwłaszcza medycznych). Zdarzają się również sytuacje, w których konieczne jest zapewnienie bezpieczeństwa personelowi medycznemu, który dokonuje zgłoszenia.

Jeżeli nie doszło do bezpośredniego zagrożenia zdrowia i życia, zawiadomienie organów ścigania może być bezcelowe. Brak namacalnych dowodów popełnienia przestępstwa w połączeniu z częstą odmową składania zeznań przez członków rodziny stwarza sytuację, w której postępowanie zostanie szybko umorzone przez prokuraturę. W takim przypadku sprawca przemocy otrzymuje istotne wzmocnienie i sygnał, że pozostaje bezkarny.

Zawiadomienie sądu rodzinnego

Sąd rodzinny powinien zostać zawiadomiony w każdym przypadku podejrzenia nieprawidłowego sprawowania władzy rodzicielskiej. Z pewnością krzywdzenie dziecka przemocą w rodzinie spełnia tę przesłankę.

Uznanym sposobem jest zwrócenie się na piśmie do sądu rodzinnego o wgląd w sytuację rodziny lub sytuację małoletniego. We wniosku należy zawrzeć dokładne dane dziecka (numer PESEL, adres zamieszkania, imiona i nazwiska rodziców) oraz powód, dla którego o taki wgląd wnioskujemy. Należy również poinformować we wniosku o fakcie zawiadomienia organów ścigania lub wszczęcia procedury „Niebieskie Karty”.

Procedura „Niebieskie Karty”

Wszczęcie procedury „Niebieskie Karty” następuje w przypadku, gdy pracownik ochrony zdrowia w toku wykonywanych czynności służbowych lub zawodowych poweźmie podejrzenie przemocy w rodzinie. Obowiązek wszczęcia procedury spoczywa personalnie na osobie, która podejrzewa przemoc, i nie zależy od jej formy zatrudnienia ani podległości służbowej.

Nieobecność osoby doznającej przemocy (na przykład po jej wyjściu z poradni czy po wypisie ze szpitala), a nawet jej zdecydowany sprzeciw nie zatrzymują trwania procedury.

W przypadku dzieci wszczęcie procedury może nastąpić w obecności rodzica, który nie krzywdzi dziecka, lub w obecności innej osoby bliskiej dziecku, a także opiekuna faktycznego (może być to na przykład osoba, która przyprowadziła dziecko do placówki medycznej). Jeśli dziecko nie chce rozmawiać z nami przy świadkach, również nie ma przeszkód do wszczęcia procedury.

Brak możliwości nawiązania kontaktu z osobą podejrzewaną o bycie pokrzywdzoną przemocą w rodzinie lub jej opiekunem nie stanowi przeszkody we wszczęciu procedury.

Nie ma konieczności uzyskiwania zgody rodziców lub opiekunów na wszczęcie procedury. Warto natomiast ich o tym poinformować. Trzeba jednak podkreślić, że w miarę możliwości należy podjąć działania zmierzające do pozyskania współpracy rodziców przy wyjaśnieniu sprawy.

Procedurę można wszczynać wielokrotnie, jeśli osobami doświadczającymi przemocy jest dziecko/dzieci i jedno z rodziców. Nawet jeżeli rodzic nie jest naszym pacjentem, mamy prawo wszcząć dla niego procedurę.

Nie ma potrzeby wypełniania formularzy dla każdego członka rodziny osobno, ponieważ procedura prowadzona jest „w rodzinie”, a nie „dla kogoś” lub „przeciwko komuś”.

Wszczęcie procedury następuje poprzez wypełnienie formularza „Niebieska Karta – A”. Zawiera on wiele pytań, a jego obszerność może początkowo zniechęcać. Jednak warto wiedzieć, że ze względu na uniwersalność formularza cechuje się on tzw. nadmiarowością pytań, co oznacza, że przy prawidłowym jego wypełnieniu wiele pól może pozostać niewypełnionych.

Dla lepszego nawiązania kontaktu z pacjentem lub jego rodzicem/opiekunem lepiej jest w trakcie rozmowy ustalić wymagane informacje, a dopiero po spotkaniu nanieść je na formularz.

Wskazane jest uzupełnienie danych pacjenta (data urodzenia, wiek) i danych kontaktowych osoby wypełniającej formularz (numer telefonu, e-mail – na końcu formularza). W przypadku dzieci w rodzinie należy ustalić i wpisać w formularzu nazwy placówek, do których uczęszczają (szkoła, przedszkole, żłobek).

Podpisany formularz należy skopiować. Kopia pozostaje u osoby wszczynającej procedurę. Pamiętajmy, że formularz „Niebieska Karta – A” nie stanowi dokumentacji medycznej i jego kopia nie powinna być włączana do historii choroby, a przechowywana zgodnie z procedurami ustalonymi dla danego podmiotu leczniczego. Jest to niezwykle istotne, bo w ten sposób unikamy wglądu do formularza każdej osoby, która ma dostęp do dokumentacji medycznej (na przykład rodziców pacjenta).

Oryginał formularza należy przekazać w ciągu siedmiu dni od daty wypełnienia do przewodniczącego zespołu interdyscyplinarnego działającego na obszarze zamieszkania osoby dotkniętej przemocą w rodzinie. Adresem zespołu interdyscyplinarnego jest adres właściwego dla miejsca zamieszkania pacjenta ośrodka pomocy społecznej. Formularz przesyłamy w zamkniętej kopercie zaadresowanej: „Przewodniczący Zespołu Interdyscyplinarnego... (nazwa zespołu)”. Zaleca się, aby umieścić na kopercie wyraźny napis „Niebieska Karta”, co pozwoli uniknąć dostępu do formularza osób niepowołanych.

Formularz „Niebieska Karta – B” należy przekazać rodzicowi lub opiekunowi prawnemu lub faktycznemu, którego nie podejrzewamy o krzywdzenie dziecka. Jeżeli nie jesteśmy w stanie znaleźć takiej osoby, formularz nie przekazuje się nikomu. „Niebieska Karta – B” zawiera akty prawne i informacje, które mogą być przydatne dla osoby doświadczającej przemocy lub jej opiekuna. Dobrze jest również wraz z kartą przekazać tej osobie adresy najbliższych placówek pomocowych.

Obowiązki związane z wszczęciem procedury

Po wszczęciu procedury „Niebieskie Karty” należy zadbać o prawa i bezpieczeństwo dziecka doświadczającego przemocy poprzez następujące działania:

- ▶ zabezpieczenie materiału dowodowego (zwłaszcza w postaci dokładnie prowadzonej dokumentacji medycznej)
- ▶ poinformowanie osoby dotkniętej przemocą w rodzinie (lub jej opiekuna) o wszczęciu procedury i przysługujących jej prawach
- ▶ zapewnienie osobie pokrzywdzonej przemocą w rodzinie bezpieczeństwa i intymności
- ▶ zawiadomienie organów ścigania, jeśli podejrzewamy popełnienie przestępstwa
- ▶ zawiadomienie dziecka lub opiekuna o możliwości uzyskania „Zaświadczenia o przyczynach i rodzaju uszkodzeń ciała związanych z użyciem przemocy w rodzinie”
- ▶ zapewnienie wsparcia psychologicznego
- ▶ rozważenie hospitalizacji pacjenta (zwłaszcza w przypadku konieczności zapewnienia bezpieczeństwa)
- ▶ udział w pracy grupy roboczej powołanej przez zespół interdyscyplinarny do pracy z rodziną.

Wszczęcie procedury nie wyklucza innych działań, np. zawiadomienia sądu rodzinnego (w przypadku dzieci), policji lub prokuratury (zawiadomienie o podejrzeniu popełnienia ściganego z urzędu przestępstwa przemocy w rodzinie).

Prowadzone postępowanie karne nie wstrzymuje żadnych działań związanych z procedurą „Niebieskie Karty”, również po zakończeniu tego postępowania i niezależnie od jego wyniku.

Podstawowym i nadrzędnym celem działania procedury „Niebieskie Karty” jest zatrzymanie przemocy, realizowane przez poprawę funkcjonowania rodziny dzięki oddziaływaniu na jej poszczególnych członków. Dzięki możliwości współpracy interdyscyplinarnej możliwe jest dokładne rozpoznanie sytuacji i kompleksowe działania pomocowe. Środki karne mogą być (ale nie muszą) narzędziem służącym do realizacji celu procedury.

W wielu przypadkach przemocy wobec dzieci działania podejmowane przez członków grup roboczych wystarczają do zmiany postępowania rodziców, podjęcia przez nich zajęć terapeutycznych i w rezultacie zaprzestania krzywdzenia dziecka.

Przedstawiciel ochrony zdrowia może zostać zaproszony do udziału w pracach grupy roboczej. Zazwyczaj służy to zweryfikowaniu i uzupełnieniu informacji uzyskanych w formularzu „Niebieska Karta”. W wielu sytuacjach przedstawiciel ochrony zdrowia może również uczestniczyć w dalszych pracach grupy, zwłaszcza jeżeli dobrze zna rodzinę oraz ma z nią nadal kontakt.

Udział w grupie roboczej, poza możliwością kontynuacji pomocy udzielonej w trakcie wszczynania procedury „Niebieskie Karty”, stanowi pozytywne wzmocnienie poprzez uzyskanie informacji o tym, jaka pomoc została udzielona rodzinie i jakie działania podejmowano w jej ramach.

Tajemnica zawodowa

Przemoc w rodzinie może stanowić zagrożenie dla zdrowia i życia pacjenta. Jest również łamaniem praw człowieka. Przesłanki do ujawnienia danych stanowiących tajemnicę lekarską są w tym przypadku oczywiste. Należy pamiętać, aby organom i osobom współdziałającym w procesie ochrony prawnej pacjenta udzielać jedynie niezbędnych informacji, najlepiej z zachowaniem formy pisemnej.

Aby było możliwe przesłuchanie lekarza, sąd powinien wydać postanowienie o zwolnieniu go z obowiązku zachowania tajemnicy lekarskiej (na podstawie art. 180 ust. 2 *Kodeksu postępowania karnego*).

Członkowie zespołu interdyscyplinarnego oraz grup roboczych mogą przetwarzać dane osób dotkniętych przemocą w rodzinie i osób stosujących przemoc w rodzinie (dotyczące: stanu zdrowia, nałogów, orzeczeń o ukaraniu, a także innych orzeczeń wydanych w postępowaniu sądowym lub administracyjnym) również bez zgody i wiedzy osób, których dane te dotyczą, ale wyłącznie w zakresie niezbędnym do realizacji zadań wynikających z prowadzenia procedury.

Członkowie zespołu interdyscyplinarnego oraz grup roboczych zobowiązani są do zachowania poufności wszelkich informacji i danych, które uzyskali przy realizacji procedury. Obowiązek ten rozciąga się także na okres po ustaniu członkostwa w zespole interdyscyplinarnym oraz w grupach roboczych.

Przed przystąpieniem do wykonywania czynności w ramach prowadzonej procedury członkowie zespołu interdyscyplinarnego oraz grup roboczych składają oświadczenie o następującej treści: „Oświadczam, że zachowam poufność informacji i danych, które uzyskałem przy realizacji zadań związanych z przeciwdziałaniem przemocy w rodzinie, oraz że znane mi są przepisy o odpowiedzialności karnej za udostępnienie danych osobowych lub umożliwienie do nich dostępu osobom nieuprawnionym”.

Należy pamiętać, że procedura „Niebieskie Karty” już od momentu jej wszczęcia pozwala nam na podejmowanie współpracy interdyscyplinarnej. Dzięki temu

możemy zarówno przekazywać dane dotyczące pacjenta innym profesjonalistom zaangażowanym w pracę z rodziną, jak również otrzymywać od nich informacje zwrotne na temat podejmowanych działań. Istotne jest jednak, aby zakres przekazywanych informacji nie wykraczał poza dane niezbędne do dalszego prowadzenia procedury.

Podsumowanie

- ▶ Przedstawiciel ochrony zdrowia może być pierwszą, a często również jedyną osobą, która dowiaduje się o krzywdzeniu dziecka.
- ▶ Brak odpowiedniego działania może prowadzić do eskalacji przemocy i zagrożenia dla zdrowia i życia dziecka.
- ▶ W przypadku pojawienia się objawów alarmowych wzbudzających podejrzenie przemocy w rodzinie należy wszcząć procedurę „Niebieskie Karty”.
- ▶ Głównym celem prowadzenia procedury „Niebieskie Karty” jest zatrzymanie przemocy. Można go zrealizować poprzez współpracę interdyscyplinarną przedstawicieli różnych służb i instytucji mających kontakt z rodziną.

Ważne informacje

- ▶ Przedstawiciel ochrony zdrowia jest zobowiązany do wszczęcia procedury „Niebieskie Karty”.
- ▶ Do podjęcia działań wystarczy podejrzenie występowania przemocy w rodzinie (nawet jeżeli oparte jest na małej liczbie danych).
- ▶ Podejrzenie występowania przemocy w rodzinie można podjąć na podstawie własnych obserwacji, relacji pacjenta lub stwierdzenia czynników ryzyka.
- ▶ Wszczęcie procedury „Niebieskie Karty” nie wyklucza i nie zastępuje podjęcia innych działań zapewniających dziecku bezpieczeństwo.

PIŚMIENNICTWO

1. Akty prawne:
 - a. *Ustawa o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie* z dnia 29 lipca 2005 r. (Dz. U. z 2005r. Nr 180, poz. 1493; Dz. U. z 2009r. Nr 206, poz. 1589; Dz. U. z 2010r. Nr 28, poz. 146 i Nr 125, poz. 842; Dz. U. z 2011r. Nr 149, poz. 887)
 - b. *Rozporządzenie Rady Ministrów w sprawie procedury „Niebieskie Karty” oraz wzorów formularzy „Niebieska Karta”* z dnia 13 września 2011 r. (Dz. U. z 2011r. Nr 209, poz. 1245)
2. Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej *Sprawozdanie z realizacji krajowego programu przeciwdziałania przemocy w rodzinie za 2012 rok, Sprawozdanie z realizacji krajowego programu przeciwdziałania przemocy w rodzinie za 2013 rok*
3. Materiały Ogólnopolskiego Pogotowia dla Ofiar Przemocy w Rodzinie „Niebieska Linia” IPSPTP opracowane w ramach projektu „Algorytmy działania w przypadkach przemocy w rodzinie” (<https://www.niebieskalinia.pl/algorytmy/>).
4. Hartmann P., Jackowska T. (2014) *Postępowanie medyczno-prawne w przypadku podejrzenia występowania przemocy w rodzinie*. *Postępy Nauk Medycznych*; 2014, 27 (10B): 28-32.

ROZDZIAŁ 13

Dokumentacja uruchamiająca procedurę „Niebieskie Karty”

Rozporządzenie Rady Ministrów: procedura „Niebieskie Karty”

Pierwotna procedura została opracowana przez Komendę Główną oraz Komendę Stołeczną Policji we współpracy z Państwową Agencją Rozwiązywania Problemów Alkoholowych i wprowadzona do praktyki działania policji w 1998 roku. Od 2004 roku prowadzenie procedury „Niebieskie Karty” należało do zadań pomocy społecznej.

Ideą była współpraca pomiędzy służbami działającymi na rzecz przeciwdziałania przemocy w rodzinie. Chodziło o nawiązanie współpracy pomiędzy specjalistami z różnych dziedzin, ponieważ przemoc w rodzinie nie jest tylko zagadnieniem prawnokarnym, ale też psychologicznym, socjalnym i zdrowotnym.

13 września 2011 roku Rada Ministrów wydała *Rozporządzenie w sprawie procedury „Niebieskie Karty” oraz wzorów formularzy „Niebieska Karta”*. Weszło ono w życie 18 października 2011 roku.

Na kolejnych stronach publikujemy tylko fragment Rozporządzenia – bez kart B, C, D.

1245

ROZPORZĄDZENIE RADY MINISTRÓW

z dnia 13 września 2011 r.

w sprawie procedury „Niebieska Karty” oraz wzorów formularzy „Niebieska Karta”

Na podstawie art. 9d ust. 5 ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie (Dz. U. Nr 180, poz. 1493, z późn. zm.¹⁾) zarządza się, co następuje:

§ 1. Rozporządzenie określa:

- 1) procedurę „Niebieska Karty”, zwaną dalej „procedurą”;
- 2) wzory formularzy „Niebieska Karta” wypełniane przez przedstawicieli podmiotów realizujących procedurę.

§ 2. 1. Wszczęcie procedury następuje przez wypełnienie formularza „Niebieska Karta — A” przez przedstawiciela jednego z podmiotów wymienionych w art. 9d ust. 2 ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie, zwanej dalej „ustawą”, w obecności osoby, co do której istnieje podejrzenie, że jest dotknięta przemocą w rodzinie.

2. Wzór formularza „Niebieska Karta — A” stanowi załącznik nr 1 do rozporządzenia.

3. W przypadku braku możliwości wypełnienia formularza „Niebieska Karta — A” z uwagi na nieobecność osoby, co do której istnieje podejrzenie, że jest dotknięta przemocą w rodzinie, stan jej zdrowia lub ze względu na zagrożenie jej życia lub zdrowia, wypełnienie formularza „Niebieska Karta — A” następuje niezwłocznie po nawiązaniu bezpośredniego kontaktu z tą osobą lub po ustaniu przyczyny uniemożliwiającej jego wypełnienie.

4. W przypadku gdy nawiązanie bezpośredniego kontaktu z osobą, co do której istnieje podejrzenie, że jest dotknięta przemocą w rodzinie, jest niewykonalne, wypełnienie formularza „Niebieska Karta — A” następuje bez udziału tej osoby.

§ 3. Wszczynając procedurę, podejmuje się działania interwencyjne mające na celu zapewnienie bezpieczeństwa osobie, co do której istnieje podejrzenie, że jest dotknięta przemocą w rodzinie.

§ 4. Rozmowę z osobą, co do której istnieje podejrzenie, że jest dotknięta przemocą w rodzinie, przeprowadza się w warunkach gwarantujących swobodę wypowiedzi i poszanowanie godności tej osoby oraz zapewniających jej bezpieczeństwo.

§ 5. 1. W przypadku podejrzenia stosowania przemocy w rodzinie wobec dziecka, czynności podejmowane i realizowane w ramach procedury, zwane dalej „działaniami”, przeprowadza się w obecności rodzica, opiekuna prawnego lub faktycznego.

2. Jeżeli osobami, wobec których istnieje podejrzenie, że stosują przemoc w rodzinie wobec dziecka, są rodzice, opiekunowie prawni lub faktyczni, działania z udziałem dziecka przeprowadza się w obecności pełnoletniej osoby najbliższej w rozumieniu art. 115 § 11 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. — Kodeks karny (Dz. U. Nr 88, poz. 553, z późn. zm.²⁾), zwanej dalej „osobą najbliższą”.

3. Działania z udziałem dziecka, co do którego istnieje podejrzenie, że jest dotknięte przemocą w rodzinie, powinny być prowadzone w miarę możliwości w obecności psychologa.

§ 6. 1. Po wypełnieniu formularza „Niebieska Karta — A” osobie, co do której istnieje podejrzenie, że jest dotknięta przemocą w rodzinie, przekazuje się formularz „Niebieska Karta — B”.

2. Wzór formularza „Niebieska Karta — B” stanowi załącznik nr 2 do rozporządzenia.

3. Jeżeli osobą, co do której istnieje podejrzenie, że jest dotknięta przemocą w rodzinie, jest dziecko, formularz „Niebieska Karta — B” przekazuje się rodzicowi, opiekunowi prawnemu lub faktycznemu albo osobie, która zgłosiła podejrzenie stosowania przemocy w rodzinie.

4. Formularza „Niebieska Karta — B” nie przekazuje się osobie, wobec której istnieje podejrzenie, że stosuje przemoc w rodzinie.

§ 7. 1. Przekazanie wypełnionego formularza „Niebieska Karta — A” do przewodniczącego zespołu interdyscyplinarnego następuje niezwłocznie, nie później niż w terminie 7 dni od dnia wszczęcia procedury.

2. Kopię wypełnionego formularza „Niebieska Karta — A” pozostawia się u wszczynającego procedurę.

²⁾ Zmiany wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 1997 r. Nr 128, poz. 840, z 1999 r. Nr 64, poz. 729 i Nr 83, poz. 931, z 2000 r. Nr 48, poz. 548, Nr 93, poz. 1027 i Nr 116, poz. 1216, z 2001 r. Nr 98, poz. 1071, z 2003 r. Nr 111, poz. 1061, Nr 121, poz. 1142, Nr 179, poz. 1750, Nr 199, poz. 1935 i Nr 228, poz. 2255, z 2004 r. Nr 25, poz. 219, Nr 69, poz. 626, Nr 93, poz. 889 i Nr 243, poz. 2426, z 2005 r. Nr 86, poz. 732, Nr 90, poz. 757, Nr 132, poz. 1109, Nr 163, poz. 1363, Nr 178, poz. 1479 i Nr 180, poz. 1493, z 2006 r. Nr 190, poz. 1409, Nr 218, poz. 1592 i Nr 226, poz. 1648, z 2007 r. Nr 89, poz. 589, Nr 123, poz. 850, Nr 124, poz. 859 i Nr 192, poz. 1378, z 2008 r. Nr 90, poz. 560, Nr 122, poz. 782, Nr 171, poz. 1056, Nr 173, poz. 1080 i Nr 214, poz. 1344, z 2009 r. Nr 62, poz. 504, Nr 63, poz. 533, Nr 166, poz. 1317, Nr 168, poz. 1323, Nr 190, poz. 1474, Nr 201, poz. 1540 i Nr 206, poz. 1589, z 2010 r. Nr 7, poz. 46, Nr 40, poz. 227 i 229, Nr 98, poz. 625 i 626, Nr 125, poz. 842, Nr 127, poz. 857, Nr 152, poz. 1018 i 1021, Nr 182, poz. 1228, Nr 225, poz. 1474 i Nr 240, poz. 1602 oraz z 2011 r. Nr 17, poz. 78, Nr 24, poz. 130, Nr 39, poz. 202, Nr 48, poz. 245, Nr 72, poz. 381, Nr 94, poz. 549, Nr 117, poz. 678, Nr 133, poz. 767, Nr 160, poz. 964 i Nr 191, poz. 1135.

¹⁾ Zmiany wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2009 r. Nr 206, poz. 1589, z 2010 r. Nr 28, poz. 146 i Nr 125, poz. 842 oraz z 2011 r. Nr 149, poz. 887.

§ 8. 1. Przewodniczący zespołu interdyscyplinarnego po otrzymaniu formularza „Niebieska Karta — A” niezwłocznie, nie później niż w ciągu 3 dni od dnia jego otrzymania, przekazuje go członkom zespołu interdyscyplinarnego lub grupy roboczej.

2. Na posiedzeniu członkowie zespołu interdyscyplinarnego lub grupy roboczej w obecności zaproszonej osoby, co do której istnieje podejrzenie, że jest dotknięta przemocą w rodzinie, dokonują analizy sytuacji rodziny i wypełniają formularz „Niebieska Karta — C”.

3. Wzór formularza „Niebieska Karta — C” stanowi załącznik nr 3 do rozporządzenia.

4. Na posiedzenie zespołu interdyscyplinarnego lub grupy roboczej nie zaprasza się dziecka.

5. Niestawiennictwo osoby, co do której istnieje podejrzenie, że jest dotknięta przemocą w rodzinie, nie wstrzymuje prac zespołu interdyscyplinarnego lub grupy roboczej.

6. Członkowie zespołu interdyscyplinarnego lub grupy roboczej wypełniają formularz „Niebieska Karta — D” w obecności osoby, wobec której istnieje podejrzenie, że stosuje przemoc w rodzinie.

7. Wzór formularza „Niebieska Karta — D” stanowi załącznik nr 4 do rozporządzenia.

§ 9. 1. Jeżeli w trakcie działań dokonywanych przez przedstawiciela podmiotu, o którym mowa w art. 9d ust. 2 ustawy, zachodzi podejrzenie, że osoba, wobec której istnieje podejrzenie, że stosuje przemoc w rodzinie, dopuściła się po raz kolejny stosowania przemocy w rodzinie, wypełnia się formularz „Niebieska Karta — A” w zakresie niezbędnym do udokumentowania nowego zdarzenia i przesyła go do przewodniczącego zespołu interdyscyplinarnego.

2. Jeżeli zachodzi podejrzenie, że osoba, wobec której istnieje podejrzenie, że stosuje przemoc w rodzinie, dopuściła się po raz kolejny stosowania przemocy w rodzinie w trakcie działań dokonywanych przez zespół interdyscyplinarny lub grupę roboczą, wypełnia się formularz „Niebieska Karta — C” w zakresie niezbędnym do udokumentowania nowego zdarzenia.

§ 10. 1. Wszystkie działania są dokumentowane.

2. W przypadku podejrzenia popełnienia przestępstwa dokumenty, o których mowa w ust. 1, są przekazywane organom właściwym do prowadzenia postępowania przygotowawczego.

§ 11. W ramach procedury pracownik socjalny jednostki organizacyjnej pomocy społecznej:

- 1) diagnozuje sytuację i potrzeby osoby, co do której istnieje podejrzenie, że jest dotknięta przemocą w rodzinie;
- 2) udziela kompleksowych informacji o:
 - a) możliwościach uzyskania pomocy, w szczególności psychologicznej, prawnej, socjalnej i pedagogicznej, oraz wsparcia, w tym o instytucjach i podmiotach świadczących specjalistyczną pomoc na rzecz osób dotkniętych przemocą w rodzinie,

b) formach pomocy dzieciom doświadczającym przemocy w rodzinie oraz o instytucjach i podmiotach świadczących tę pomoc,

c) możliwościach podjęcia dalszych działań mających na celu poprawę sytuacji osoby, co do której istnieje podejrzenie, że jest dotknięta przemocą w rodzinie;

3) organizuje niezwłocznie dostęp do pomocy medycznej, jeżeli wymaga tego stan zdrowia osoby, co do której istnieje podejrzenie, że jest dotknięta przemocą w rodzinie;

4) zapewnia osobie, co do której istnieje podejrzenie, że jest dotknięta przemocą w rodzinie, w zależności od potrzeb, schronienie w całonocnej placówce świadczącej pomoc, w tym w szczególności w specjalistycznym ośrodku wsparcia dla ofiar przemocy w rodzinie;

5) może prowadzić rozmowy z osobami, wobec których istnieje podejrzenie, że stosują przemoc w rodzinie, na temat konsekwencji stosowania przemocy w rodzinie oraz informuje te osoby o możliwościach podjęcia leczenia lub terapii i udziale w programach oddziaływań korekcyjno-edukacyjnych dla osób stosujących przemoc w rodzinie.

§ 12. W ramach procedury przedstawiciel gminnej komisji rozwiązywania problemów alkoholowych podejmuje działania, o których mowa w § 11 pkt 1–3 i 5.

§ 13. W ramach procedury funkcjonariusz Policji:

1) udziela osobie, co do której istnieje podejrzenie, że jest dotknięta przemocą w rodzinie, niezbędnej pomocy, w tym udziela pierwszej pomocy;

2) organizuje niezwłocznie dostęp do pomocy medycznej, jeżeli wymaga tego stan zdrowia osoby, co do której istnieje podejrzenie, że jest dotknięta przemocą w rodzinie;

3) podejmuje, w razie potrzeby, inne niezbędne czynności zapewniające ochronę życia, zdrowia i mienia osób, co do których istnieje podejrzenie, że są dotknięte przemocą w rodzinie, włącznie z zastosowaniem na podstawie odrębnych przepisów w stosunku do osoby, wobec której istnieje podejrzenie, że stosuje przemoc w rodzinie, środków przymusu bezpośredniego i zatrzymania;

4) przeprowadza, o ile jest to możliwe, z osobą, wobec której istnieje podejrzenie, że stosuje przemoc w rodzinie, rozmowę, w szczególności o odpowiedzialności karnej za znęcanie się fizyczne lub psychiczne nad osobą najbliższą lub inną osobą pozostającą w stałym lub przemijającym stosunku zależności od osoby, wobec której istnieje podejrzenie, że stosuje przemoc w rodzinie, albo nad małoletnim lub osobą nieporadną ze względu na jej stan psychiczny lub fizyczny, oraz wzywa osobę, wobec której istnieje podejrzenie, że stosuje przemoc w rodzinie, do zachowania zgodnego z prawem i zasadami współżycia społecznego;

5) przeprowadza na miejscu zdarzenia, w przypadkach niecierpiących zwłoki, czynności procesowe w niezbędnym zakresie, w granicach koniecznych do zabezpieczenia śladów i dowodów przestępstwa;

6) podejmuje działania mające na celu zapobieganie zagrożeniom mogącym występować w rodzinie, w szczególności składa systematyczne wizyty sprawdzające stan bezpieczeństwa osoby, co do której istnieje podejrzenie, że jest dotknięta przemocą w rodzinie, w zależności od potrzeb określonych przez zespół interdyscyplinarny lub grupę roboczą.

§ 14. 1. W ramach procedury przedstawiciel ochrony zdrowia każdorazowo udziela osobie, co do której istnieje podejrzenie, że jest dotknięta przemocą w rodzinie, informacji o możliwościach uzyskania pomocy i wsparcia oraz o uprawnieniu do uzyskania bezpłatnego zaświadczenia lekarskiego o ustaleniu przyczyn i rodzaju uszkodzeń ciała związanych z użyciem przemocy w rodzinie.

2. Jeżeli stan zdrowia osoby, co do której istnieje podejrzenie, że jest dotknięta przemocą w rodzinie, wymaga przewiezienia jej do podmiotu leczniczego, formularz „Niebieska Karta — A” wypełnia przedstawiciel podmiotu leczniczego, do którego osoba ta została przewieziona.

3. Przedstawicielem ochrony zdrowia uprawnionym do działań jest osoba wykonująca zawód medyczny, w tym lekarz, pielęgniarka, położna i ratownik medyczny.

§ 15. W ramach procedury przedstawiciel oświaty:

- 1) podejmuje działania, o których mowa w § 11 pkt 2 lit. a i c oraz pkt 3 i 5;
- 2) diagnozuje sytuację i potrzeby osoby, co do której istnieje podejrzenie, że jest dotknięta przemocą w rodzinie, w tym w szczególności wobec dzieci;
- 3) udziela kompleksowych informacji rodzicowi, opiekunowi prawnemu, faktycznemu lub osobie najbliższej o możliwościach pomocy psychologicznej, prawnej, socjalnej i pedagogicznej oraz wsparcia rodzinie, w tym o formach pomocy dzieciom świadczonych przez instytucje i podmioty w zakresie specjalistycznej pomocy na rzecz osób dotkniętych przemocą w rodzinie.

§ 16. 1. W ramach procedury członkowie zespołu interdyscyplinarnego lub grupy roboczej:

- 1) udzielają pomocy osobie, co do której istnieje podejrzenie, że jest dotknięta przemocą w rodzinie;
- 2) podejmują działania w stosunku do osoby, wobec której istnieje podejrzenie, że stosuje przemoc w rodzinie, w celu zaprzestania stosowania tego rodzaju zachowań;
- 3) zapraszają osobę, co do której istnieje podejrzenie, że jest dotknięta przemocą w rodzinie, na spotkanie zespołu interdyscyplinarnego lub grupy roboczej;
- 4) opracowują indywidualny plan pomocy dla osoby, co do której istnieje podejrzenie, że jest dotknięta przemocą w rodzinie, i jej rodziny, który zawiera propozycje działań pomocowych;
- 5) rozstrzygają o braku zasadności podejmowania działań.

2. Indywidualny plan pomocy obejmuje ogół działań podejmowanych przez osobę, co do której istnieje podejrzenie, że jest dotknięta przemocą w rodzinie,

oraz podmioty, o których mowa w art. 9d ust. 2 ustawy, w celu poprawy sytuacji życiowej tej osoby oraz jej rodziny.

3. Indywidualny plan pomocy może ulegać zmianie w zależności od potrzeb i sytuacji osoby, co do której istnieje podejrzenie, że jest dotknięta przemocą w rodzinie, w szczególności w sytuacjach, o których mowa w § 9 ust. 2.

§ 17. 1. Przewodniczący zespołu interdyscyplinarnego wzywa osobę, wobec której istnieje podejrzenie, że stosuje przemoc w rodzinie, na spotkanie zespołu interdyscyplinarnego lub grupy roboczej.

2. Spotkania z osobami, co do których istnieje podejrzenie, że są dotknięte przemocą w rodzinie, oraz osobami, wobec których istnieje podejrzenie, że stosują przemoc w rodzinie, nie mogą być organizowane w tym samym miejscu i czasie.

3. Członkowie zespołu interdyscyplinarnego lub grupy roboczej podejmują działania w stosunku do osoby, wobec której istnieje podejrzenie, że stosuje przemoc w rodzinie, w szczególności:

- 1) diagnozują sytuację rodziny, co do której istnieje podejrzenie, że jest dotknięta przemocą;
- 2) przekazują informacje o konsekwencjach popełnianych czynów;
- 3) motywują do udziału w programach oddziaływań korekcyjno-edukacyjnych;
- 4) przeprowadzają rozmowę pod kątem nadużywania alkoholu, środków odurzających, substancji psychotropowych lub leków;
- 5) przekazują informacje o koniecznych do zrealizowania działaniach w celu zaprzestania stosowania przemocy w rodzinie.

4. Jeżeli osoba, wobec której istnieje podejrzenie, że stosuje przemoc w rodzinie, nadużywa alkoholu, członkowie zespołu interdyscyplinarnego lub grupy roboczej kierują tę osobę do gminnej komisji rozwiązywania problemów alkoholowych.

§ 18. 1. Zakończenie procedury następuje w przypadku:

- 1) ustania przemocy w rodzinie i uzasadnionego przypuszczenia o zaprzestaniu dalszego stosowania przemocy w rodzinie oraz po zrealizowaniu indywidualnego planu pomocy albo
- 2) rozstrzygnięcia o braku zasadności podejmowania działań.

2. Zakończenie procedury wymaga udokumentowania w formie protokołu podpisanego przez przewodniczącego zespołu interdyscyplinarnego, który powinien zawierać:

- 1) dane dotyczące osób, wobec których realizowana była procedura;
- 2) datę rozpoczęcia i zakończenia procedury;
- 3) opis podjętych działań w ramach procedury.

3. O zakończeniu procedury powiadamia się podmioty uczestniczące w procedurze po jej zakończeniu.

§ 19. Rozporządzenie wchodzi w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia.

Prezes Rady Ministrów: *D. Tusk*

DOKUMENTACJA URUCHAMIAJĄCA PROCEDURĘ „NIEBIESKIE KARTY”

Dziennik Ustaw Nr 209

— 12269 —

Poz. 1245

Załączniki do rozporządzenia Rady Ministrów
z dnia 13 września 2011 r. (poz. 1245)

Załącznik nr 1

WZÓR

NIEBIESKA KARTA — A¹⁾

.....
(miejscowość, data)

.....
(pieczęć podmiotu, o którym mowa
w art. 9d ust. 2 ustawy z dnia 29 lipca 2005 r.
o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie,
wypełniającego formularz „Niebieska Karta — A”)

I. DANE OSOBY, CO DO KTÓREJ ISTNIEJE PODEJRZENIE, ŻE JEST DOTKNIĘTA PRZEMOCĄ W RODZINIE

1. Imię i nazwisko:
2. Imiona rodziców:
3. Miejsce zamieszkania:
kod pocztowy: miejscowość: województwo:
ulica: numer domu: numer mieszkania:
numer telefonu:
4. Aktualny adres pobytu:
kod pocztowy: miejscowość: województwo:
ulica: numer domu: numer mieszkania:
numer telefonu:

II. INFORMACJA DOTYCZĄCA ZGŁOSZENIA PODEJRZENIA STOSOWANIA PRZEMOCY W RODZINIE

1. Zgłaszający:
osoba, co do której istnieje podejrzenie, że jest dotknięta przemocą w rodzinie:
.....
.....
2. Zgłaszający:
inna osoba (np. rodzic, opiekun prawny, opiekun faktyczny, osoba najbliższa, świadek):
.....
.....
.....
- 1) imię i nazwisko:
- 2) miejsce zamieszkania:
kod pocztowy: miejscowość: województwo:
ulica: numer domu: numer mieszkania:
numer telefonu:

III. DANE OSOBY, WOBEC KTÓREJ ISTNIEJE PODEJRZENIE, ŻE STOSUJE PRZEMOC W RODZINIE

1. Imię i nazwisko:
2. Miejsce zamieszkania:
kod pocztowy: miejscowość: województwo:
ulica: numer domu: numer mieszkania:
numer telefonu:
3. Stosunek pokrewieństwa z osobą, co do której istnieje podejrzenie, że jest dotknięta przemocą w rodzinie:
.....

¹⁾ Części I—XV, XVII i XIX—XXI wypełniają przedstawiciele wszystkich pomiotów wymienionych w art. 9d ust. 2 ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie.
Część XVI dodatkowo wypełnia przedstawiciel Policji.
Część XVIII dodatkowo wypełnia przedstawiciel ochrony zdrowia.

ROZDZIAŁ 13

IV. CZY OSOBA, WOBEC KTÓREJ ISTNIEJE PODEJRZENIE, ŻE STOSUJE PRZEMOC W RODZINIE, ZACHOWYWAŁA SIĘ W NASTĘPUJĄCY SPOSÓB:

Formy przemocy w rodzinie	Wobec dorosłych			Wobec dzieci		
	TAK	NIE	wobec kogo*	TAK	NIE	wobec kogo*
Stosowała przemoc fizyczną, w tym:						
popychanie						
uderzanie						
wykręcanie rąk						
duszenie						
kopanie						
spoliczkowanie						
inne (podać jakie)						
Uszkodzenia ciała, w tym:	TAK	NIE	wobec kogo*	TAK	NIE	wobec kogo*
zasinienia						
zadrapania						
krwawienia						
oparzenia						
inne (podać jakie)						
Stosowała przemoc psychiczną, w tym:	TAK	NIE	wobec kogo*	TAK	NIE	wobec kogo*
izolację						
wyzwiska						
ośmieszanie						
groźby						
kontrolowanie						
ograniczanie kontaktów						
krytykowanie						
poniżanie						
demoralizację						
ciągłe niepokojenie						
inne (podać jakie)						
Stosowała przemoc seksualną, w tym:	TAK	NIE	wobec kogo*	TAK	NIE	wobec kogo*
zmuszanie do obcowania płciowego i innych czynności seksualnych						
Inny rodzaj zachowań, w tym:	TAK	NIE	wobec kogo*	TAK	NIE	wobec kogo*
niszczenie/uszkodzenie mienia						
zabór/przywłaszczenie mienia						
groźba karalna/znieważenie						
zmuszanie do picia alkoholu						
zmuszanie do zażywania środków odurzających lub substancji psychotropowych oraz niezleconych przez lekarza leków						
inne działające na szkodę najbliższych (podać jakie)						

* Na przykład: żony, męża, partnera, partnerki, matki, ojca, córki, syna.

DOKUMENTACJA URUCHAMIAJĄCA PROCEDURĘ „NIEBIESKIE KARTY”

V. OD JAK DAWNA TE ZACHOWANIA MAJĄ MIEJSCE

.....

.....

.....

.....

VI. ZACHOWANIE

Zachowanie się osoby	Osoba, co do której istnieje podejrzenie, że jest dotknięta przemocą w rodzinie		Osoba, wobec której istnieje podejrzenie, że stosuje przemoc w rodzinie	
	TAK	NIE	TAK	NIE
trudność nawiązania kontaktu				
spokojny/-na				
placziwy/-wa				
zastraszony/-na				
unika rozmów				
agresywny/-na				
stawia opór Policji				

VII. OPIS MIEJSCA ZDARZENIA

(np. szkody, zniszczone sprzęty, nieporządek, rozbite szkło, uszkodzone drzwi, brud, ślady krwi, ślady spożywania alkoholu, wyczuwalna woń alkoholu, inne)

.....

.....

VIII. ŚWIADKOWIE STOSOWANIA PRZEMOCY W RODZINIE

Świadek I

1. Imię i nazwisko:

2. Miejsce zamieszkania:

kod pocztowy: miejscowość: województwo:

ulica: numer domu: numer mieszkania:

numer telefonu:

Świadek II

1. Imię i nazwisko:

2. Miejsce zamieszkania:

kod pocztowy: miejscowość: województwo:

ulica: numer domu: numer mieszkania:

numer telefonu:

Świadek III

1. Imię i nazwisko:

2. Miejsce zamieszkania:

kod pocztowy: miejscowość: województwo:

ulica: numer domu: numer mieszkania:

numer telefonu:

ROZDZIAŁ 13

IX. CZY OSOBA, WOBEC KTÓREJ ISTNIEJE PODEJRZENIE, ŻE STOSUJE PRZEMOC W RODZINIE, BYŁA JUŻ KIEDYKOLWIEK KARANA ZA PRZESTĘPSTWO Z UŻYCIEM PRZEMOCY LUB GROŻBY JEJ UŻYCIA:

TAK NIE NIE USTALONO

X. CZY W STOSUNKU DO OSOBY, WOBEC KTÓREJ ISTNIEJE PODEJRZENIE, ŻE STOSUJE PRZEMOC W RODZINIE, SĄD ZASTOSOWAŁ DOZÓR KURATORA SĄDOWEGO:

TAK NIE NIE USTALONO

XI. CZY OSOBA, WOBEC KTÓREJ ISTNIEJE PODEJRZENIE, ŻE STOSUJE PRZEMOC W RODZINIE, NADUŻYWA ALKOHOLU:

TAK NIE NIE USTALONO

XII. CZY OSOBA, WOBEC KTÓREJ ISTNIEJE PODEJRZENIE, ŻE STOSUJE PRZEMOC W RODZINIE, NADUŻYWA ŚRODKÓW ODURZAJĄCYCH, SUBSTANCJI PSYCHOTROPOWYCH LUB LEKÓW:

TAK NIE NIE USTALONO

XIII. CZY OSOBA, WOBEC KTÓREJ ISTNIEJE PODEJRZENIE, ŻE STOSUJE PRZEMOC W RODZINIE, BYŁA LECZONA PSYCHIATRYCZNIE:

TAK NIE NIE USTALONO

XIV. CZY OSOBA, WOBEC KTÓREJ ISTNIEJE PODEJRZENIE, ŻE STOSUJE PRZEMOC W RODZINIE, POSIADA BRONŃ:

TAK NIE NIE USTALONO

XV. CZY W ZWIĄZKU ZE STOSOWANIEM PRZEMOCY W RODZINIE BYŁY PODEJMOWANE NASTĘPUJĄCE DZIAŁANIA:

- powiadomienie i interwencje Policji
- powiadomienie prokuratury
- zatrzymanie
- dozór Policji
- wydanie zakazu kontaktowania się z określonymi osobami
- wydanie zakazu zbliżania się do określonych osób
- wydanie postanowienia o obowiązku opuszczenia lokalu zajmowanego wspólnie z pokrzywdzonym
- tymczasowe aresztowanie
- wszczęcie postępowania karnego lub innego postępowania sądowego (jakiego? np. rozwodowego, rodzinnego)
- poddanie wykonywania władzy rodzicielskiej stałemu nadzorowi kuratora sądowego
- odebranie dziecka w razie bezpośredniego zagrożenia życia lub zdrowia w związku z przemocą w rodzinie
- zobowiązanie do poddania się leczeniu odwykowemu (w stosunku do kogo?)
- leczenie innych uzależnień (jakich, w stosunku do kogo?)
- zobowiązanie do uczestnictwa w programach oddziaływań korekcyjno-edukacyjnych (nałożone przez kogo?)
- udzielono pomocy medycznej
- inne działania (jakie?)

DOKUMENTACJA URUCHAMIAJĄCA PROCEDURĘ „NIEBIESKIE KARTY”

Dziennik Ustaw Nr 209

— 12273 —

Poz. 1245

XVI. DZIAŁANIA PODJĘTE PRZEZ POLICJĘ

Działania podjęte przez Policję	Osoba, co do której istnieje podejrzenie, że jest dotknięta przemocą w rodzinie		Osoba, wobec której istnieje podejrzenie, że stosuje przemoc w rodzinie	
	TAK	NIE	TAK	NIE
pouczenie				
środki przymusu bezpośredniego (jaki?)				
badanie na zawartość alkoholu w organizmie (wynik)	 (wynik)	
izba wytrzeźwień				
policyjne pomieszczenia dla osób zatrzymanych/do wytrzeźwienia				
policyjne pomieszczenia dla osób zatrzymanych				
policyjna izba dziecka				

XVII. DANE DOTYCZĄCE RODZINY

Inne osoby pozostające we wspólnym gospodarstwie z osobą, wobec której istnieje podejrzenie, że stosuje przemoc w rodzinie:

Lp.	Imię i nazwisko	Stosunek pokrewieństwa	Wiek	Czym się zajmuje*
1				
2				
3				
4				

* Zawód, miejsce pracy, w przypadku dzieci — szkoła/klasa.

XVIII. INFORMACJE DOTYCZĄCE STANU ZDROWIA OSOBY, CO DO KTÓREJ ISTNIEJE PODEJRZENIE, ŻE JEST DOTKNIĘTA PRZEMOCĄ W RODZINIE

1. Stan psychiczny:

- pobudzony/-na ospały/-ła/apatyczny/-na płacziwy/-wa
 agresywny/-na lękliwy/-wa inny/-na (jaki/-ka?)

2. Porozumiewanie się:

- chętnie nawiązuje kontakt trudno nawiązuje kontakt
 małomówny/-na jąka się
 krzyczy wypowiada się nielogicznie
 odmawia odpowiedzi na zadawane pytania
 porozumiewa się niewerbalnie (np. językiem migowym, gestami, piktogramami itp.)

Reakcja na osobę towarzyszącą (szczególnie ważne w przypadku dzieci):

.....

.....

3. Rodzaje uszkodzeń:

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> skaleczenia | <input type="checkbox"/> ślady nakłucia | <input type="checkbox"/> ślady ugryzienia |
| <input type="checkbox"/> otarcia naskórka | <input type="checkbox"/> siniaki | <input type="checkbox"/> krwawienia |
| <input type="checkbox"/> ślady oparzenia | <input type="checkbox"/> zwichnięcia | <input type="checkbox"/> złamania kości |

4. Stan higieny:

- | | | |
|--------|--|--|
| Skóra: | <input type="checkbox"/> czysta | <input type="checkbox"/> brudna |
| | <input type="checkbox"/> wysuszona | <input type="checkbox"/> odmrożona |
| | <input type="checkbox"/> odparzona | <input type="checkbox"/> odleżyny |
| | <input type="checkbox"/> pieluszkowe zapalenie skóry | |
| Włosy: | <input type="checkbox"/> czyste | <input type="checkbox"/> brudne |
| | <input type="checkbox"/> wszawica | <input type="checkbox"/> łysienie/włosy powyrywane |
| | <input type="checkbox"/> ciemieniucha | |

5. Inne objawy podejrzenia stosowania przemocy w rodzinie/zaniedbania:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> strój brudny/nieadekwatny do pory roku | <input type="checkbox"/> waga/wzrost nieadekwatne do wieku |
| <input type="checkbox"/> rozwój nieadekwatny do wieku | <input type="checkbox"/> wyniszczenie organizmu |
| <input type="checkbox"/> odwodnienie | <input type="checkbox"/> ponawianie zgłoszeń do lekarza |
| <input type="checkbox"/> niekorzystanie z pomocy lekarza mimo przewlekłej choroby | |
| <input type="checkbox"/> niestosowanie się do wcześniejszych zaleceń lekarskich | |

6. Obrażenia i objawy spójne z wersją przedstawioną przez osobę, co do której istnieje podejrzenie, że jest dotknięta przemocą w rodzinie:

- TAK
-
- NIE
-

7. W przypadku dziecka obrażenia i objawy spójne również z wersją przedstawioną przez rodzica lub opiekuna prawnego lub opiekuna faktycznego:

- TAK
-
- NIE
-

8. Konieczność przeprowadzenia konsultacji specjalistycznej:

- TAK
-
- NIE
-

9. Podjęte leczenie:

- przyjęto na oddział szpitalny (jaki?)
- skierowano do szpitala (jakiego?)
- udzielono pomocy ambulatoryjnej odesłano do domu
- inne (jakie?)

10. Poinformowano o możliwości otrzymania zaświadczenia lekarskiego o przyczynach i rodzajach uszkodzeń ciała związanych z przemocą w rodzinie na podstawie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 października 2010 r. w sprawie wzoru zaświadczenia lekarskiego o przyczynach i rodzajach uszkodzeń ciała związanych z użyciem przemocy w rodzinie (Dz. U. Nr 201, poz. 1334).

- TAK
-
- NIE
-

11. Wydano zaświadczenie lekarskie:

- TAK
-
- NIE
-

12. Wydano skierowanie na badanie lekarskie:

- TAK
-
- NIE
-

13. Wydano zwolnienie lekarskie od pracy:

- TAK
-
- NIE
-

DOKUMENTACJA URUCHAMIAJĄCA PROCEDURĘ „NIEBIESKIE KARTY”

XIX. PODJĘTE DZIAŁANIA INTERWENCYJNE

1. Działania zmierzające do zapewnienia bezpieczeństwa osobie, co do której istnieje podejrzenie, że jest dotknięta przemocą w rodzinie:
 - powiadomienie Policji udzielenie pomocy socjalnej
 - udzielenie pomocy medycznej
(w przypadku przemocy seksualnej należy działać zgodnie z procedurą postępowania Policji i placówki medycznej)
 - inne (jakie?)
2. Działania zmierzające do zapewnienia bezpieczeństwa osobie, co do której istnieje podejrzenie, że jest dotknięta przemocą w rodzinie, poprzez zapewnienie jej miejsca w placówce całodobowej:
 - specjalistycznym ośrodku wsparcia dla ofiar przemocy w rodzinie
 - ośrodka wsparcia
 - ośrodka interwencji kryzysowej
 - domu dla matek z małoletnimi dziećmi i kobiet w ciąży
 - szpitalu
 - innych (jakich?)
3. Działania zmierzające do udzielenia pomocy dzieciom
.....
.....
.....
4. Przekazanie informacji organom właściwym do prowadzenia postępowania przygotowawczego
.....
.....
.....
5. Inne (jakie?)
.....
.....
.....

XX. WNIOSKI PRZEDSTAWICIELA PODMIOTU WYPEŁNIAJĄCEGO FORMULARZ

.....
.....
.....
.....
.....
.....

XXI. DODATKOWE INFORMACJE

.....
.....
.....
.....
.....
.....

.....
(podpis przedstawiciela podmiotu wypełniającego formularz „Niebieska Karta – A”)

.....
(data wpływu formularza „Niebieska Karta – A” do przewodniczącego zespołu interdyscyplinarnego)



NOTKI BIOGRAFICZNE



dr Teresa Jadcak-Szumiło | Psycholog, doktor nauk społecznych, trener II stopnia Polskiego Towarzystwa Psychologicznego, certyfikowany specjalista w zakresie przemocy i interwencji kryzysowej. Prowadzi prywatną poradnię dla dzieci z problemami wczesnorozwojowymi i ich rodzin „Item – Centrum Psychologiczne”. Specjalizuje się w diagnozie i terapii neuropsychologicznej dzieci we wczesnym okresie rozwoju.

W latach 1995–2015 była ekspertką PARPA ds. socjoterapii i FASD, w latach 2004–2016 odpowiadała za programy merytoryczne z zakresu pomocy psychologicznej w Fundacji EY. Założyła Fundację Rodzina od A do Z, która pomaga rodzinom adopcyjnym, zastępczym i biologicznym w zakresie wychowania dzieci z FASD, po traumie i z problemami przywiązania.



Katarzyna Pinkosz | Dziennikarka, zajmuje się zdrowiem i medycyną, pracuje w wydawnictwie Edipresse, gdzie m.in. koordynowała akcję „W ciąży nie piję”. Publikuje m.in. w pismach „Świat Lekarza”, „Manager Apteki”, tygodnik „Do Rzeczy”. Jest autorką książek „Wybudzenia. Powrót do życia. Polskie historie”, „O dwóch takich. Teraz Andy”. Otrzymała m.in. Nagrodę Zaufania Żłoty Otis,

Nagrodę św. Kamila, Kryształowe Pióro 2017, Sowa Onkologiczna, Srebrny Krzyż Zasługi, a także wyróżnienie Lider Roku w Ochronie Zdrowia w kategorii media.



Renata Szredzińska | Socjolożka, zajmuje się systemowymi rozwiązaniami na rzecz przeciwdziałania krzywdzeniu dzieci, w tym dzieci najmłodszych. Członkini zarządu Fundacji Dajemy Dzieciom Siłę, koordynatorka programu „Dobry Rodzic-Dobry Start. Profilaktyka Krzywdzenia Małych Dzieci”. Członkini grupy roboczej ds. wspierania rodziny przy europejskiej organizacji Eurochild, autorka rozdziałów

do raportu „Małe Dzieci w Polsce” (FDN, 2012), „Dzieci się liczą 2017” (FDN, 2017), współautorka poradnika „Jak chronić małe dzieci przed krzywdzeniem” (FDN, 2010) oraz publikacji „Lokalny System Profilaktyki Krzywdzenia Małych Dzieci – podręcznik dla realizatorów” (FDN, 2016). W 2017 r. współpracowała z WHO przy opracowaniu „Analizy systemu zapobiegania krzywdzeniu dzieci w Polsce”.



Małorzata Szulik | Psycholog, psychoterapeuta, trener metod psychokorekcyjnych PTP, specjalista ds. przeciwdziałania przemocy w rodzinie PARPA. Stale współpracuje z Fundacją La Strada. Założyła Fundację Dobrych Praktyk. Ma wieloletnie doświadczenie w pracy diagnostyczno-terapeutycznej z dzieckiem krzywdzonym i jego rodziną oraz ofiarami przemocy domowej. Prowadzi supervizję dla zespołów

pracujących z rodzinami dysfunkcyjnymi, realizuje szkolenia w zakresie umiejętności psychologicznych. Jest współautorką programów i kampanii społecznych w ramach pracy w Fundacji Dzieci Niczyje (1997–2007) oraz projektów realizowanych przez Fundację Dobrych Praktyk.



Jolanta Zmarzlik | Absolwentka Instytutu Profilaktyki Społecznej i Resocjalizacji Uniwersytetu Warszawskiego, specjalistka ds. ochrony dzieci przed krzywdzeniem w Fundacji Dajemy Dzieciom Siłę. Zajmuje się diagnozą i terapią dzieci, młodzieży i dorosłych. Wydaje opinie psychologiczno-sądowe, prowadzi szkolenia z zakresu problematyki dziecka krzywdzonego. Posiada certyfikat specjalisty ds. przeciwdziałania przemocy w rodzinie PARPA oraz certyfikat superwizora ds. przeciwdziałania przemocy w rodzinie Instytutu Psychologii Zdrowia PTP. Wykłada na Uniwersytecie SWPS w Warszawie.



Piotr Hartmann | Lekarz, specjalista pediatrii, wykładowca Kliniki Pediatrii CMKP, pracuje w Szpitalu Bielańskim w Warszawie. Prezes zarządu Fundacji Rozwoju Pediatrii, autor publikacji i wykładów w zakresie przeciwdziałania przemocy w rodzinie i krzywdzenia dzieci. Twórca algorytmów postępowania w przypadku podejrzenia przemocy w rodzinie wobec dziecka przygotowanych i wydanych przez Ogólnopolskie Pogotowie dla Ofiar Przemocy w Rodzinie „Niebieska Linia”. Otrzymał wyróżnienie „Złoty Telefon” przyznawane przez Ogólnopolskie Pogotowie dla Ofiar Przemocy w Rodzinie „Niebieska Linia”, a także Medal Brudzińskiego – najwyższe odznaczenie Polskiego Towarzystwa Pediatrycznego.



Grzegorz Wrona | Doktor nauk prawnych, adwokat, konsultant Warszawskiego Ośrodka Interwencji Kryzysowej, posiada certyfikat specjalisty przeciwdziałania przemocy w rodzinie PARPA oraz superwizora z zakresu przeciwdziałania przemocy w rodzinie Instytutu Psychologii Zdrowia PTP. Jest konsultantem Warszawskiego Ośrodka Interwencji Kryzysowej, Poradni Rodzinnej ds. Przeciwdziałania Przemocy w Rodzinie w Warszawie, superwizorem przy Punkcie Informacyjno-Konsultacyjnym dla Dzielnicy Ursynów m. st. Warszawy. Współautor poradnika dla lekarzy „Lekarzu reaguj na przemoc”, autor artykułów w piśmie „Niebieska Linia”. Od 2004 roku prowadzi szkolenia z zakresu prawa przeciwdziałania przemocy w rodzinie.