

Ewa Urban

PRZEMOC DOMOWA – PROBLEM ZDROWIA PUBLICZNEGO**DOMESTIC VIOLENCE – PROBLEM OF PUBLIC HEALTH**

Zakład Promocji Zdrowia i Szkolenia Podyplomowego
Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego – Państwowego Zakładu Higieny w Warszawie

STRESZCZENIE

W roku 1996 powstała międzynarodowa deklaracja, uznająca przemoc za jeden z głównych problemów zdrowia publicznego. Raport Światowej Organizacji Zdrowia wyjaśnia powstawanie zjawisk przemocy za pomocą modelu ekologicznego. Pomaga on w rozróżnieniu czynników, które wpływają na zachowanie i zwiększają ryzyko bycia sprawcą lub ofiarą przemocy. Przemoc domowa jest jednym z rodzajów przemocy interpersonalnej, dotyka wielu osób. W Polsce nie ma zintegrowanego systemu przeciwdziałania przemocy. Brak też danych monitorujących to zjawisko. Nowelizacja ustawy o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie daje nadzieję na poprawę tej sytuacji.

Słowa kluczowe: przemoc, przemoc domowa, zdrowie publiczne, współpraca

ABSTRACT

In 1996 international declaration was created and it consider a violence as one of the main problems of public health. Report of World Health Organization explain problem of the violence by the ecological model. It helps in distinguish factors which influence on behavior and rises a risk to be a perpetrator or victim of a violence. Domestic violence is a kind of interpersonal violence. It touch many people. There is no integrated system of counteraction against violence in Poland. There is also lack of data's monitoring this phenomenon.

Key words: violence, domestic violence, public health, co-operate

WSTĘP

W roku 1996, w Genewie, Światowa Organizacja Zdrowia przyjęła

FORTY - NINTH WORLD HEALTH ASSEMBLY WHA49.25 - deklarację, uznającą przemoc za jeden z głównych problemów zdrowia publicznego (1). Jednocześnie z tym dokumentem, ŚOZ zdefiniowała przemoc jako „celowe użycie siły fizycznej, zagrażające lub rzeczywiste, przeciwko sobie, komuś innemu lub przeciwko grupie lub społeczności, co powoduje lub jest prawdopodobne, że spowoduje zranienie, fizyczne uszkodzenie, śmierć, ból psychologiczny, zaburzenia w rozwoju lub deprawację.” W dalszej części pracy zebrano informacje, które mogą być przydatne do uporządkowania ogólnej wiedzy na temat przemocy jako problemu zdrowia publicznego, ze szczególnym uwzględnieniem przemocy domowej inaczej nazywanej przemocą w rodzinie.

PRZEMOC – JEJ KATEGORIE I CZYNNIKI WPLYWAJACE NA TO ZJAWISKO

W opracowanym w 2002 roku przez ŚOZ World Report on Violence and Health (2) wyodrębniono trzy kategorie przemocy:

- 1) Autoagresję – przemoc skierowana na siebie samego
- 2) Przemoc interpersonalną – przemoc przeciwko osobie bliskiej, członkowi rodziny lub przeciwko osobie obcej
- 3) Przemoc grupową – instrumentalne użycie przemocy przez ludzi, którzy identyfikują się jako członkowie pewnej grupy przeciwko innej grupie w celu osiągnięcia celów ekonomicznych, politycznych lub społecznych.

Również w tym raporcie (3) podano inny podział przemocy, a mianowicie:

- przemoc fizyczną
- przemoc psychiczną

- przemoc seksualną
- deprivację
- zaniedbanie

Autorzy cytowanego powyżej raportu Światowej Organizacji Zdrowia (1, 2) wyjaśniają problem powstawania zjawiska przemocy za pomocą modelu ekologicznego. Pomaga on w rozróżnieniu czynników, które wpływają na zachowanie i zwiększają ryzyko bycia sprawcą lub ofiarą przemocy. Czynniki te podzielone zostały na cztery grupy:

indywidualne - związane z jednostką. Zalicza się do tej grupy czynniki biologiczne oraz, związane z historią życia danej osoby, należą tu też czynniki demograficzne takie jak: wiek, edukacja, dochody, a także psychologiczne i osobowościowe nieprawidłowości oraz indywidualne doświadczenia zachowań agresywnych lub nadużyć;

relacyjne - dotyczące związków i relacji z członkami rodziny, przyjaciółmi, partnerami. Ta grupa czynników określa, jak te relacje i ich rodzaj zwiększają ryzyko bycia ofiarą lub sprawcą przemocy;

społeczne – czynniki, które pozwalają na pojawienie się relacji społecznych, np.: szkoła, miejsce pracy, społeczność lokalna. W tej grupie czynników poszukuje się i poddaje ocenie takie cechy warunków i relacji społecznych, które zwiększają ryzyko wystąpienia przemocy, np.: mobilność społeczna (tendencja do migracji), gęstość zaludnienia, poziom bezrobocia, istnienie lokalnego handlu narkotykami, nadużywanie alkoholu w środowisku lokalnym;

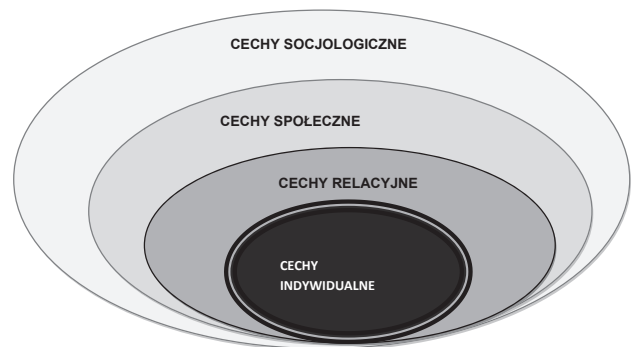
socjologiczne - tworzące klimat do powstawania lub powstrzymywania przemocy. Należą tu czynniki związane ze zdrowiem, polityką ekonomiczną, społeczną i edukacyjną państwa.

Kumulacja negatywnych czynników z ww. grup stanowi podstawę wystąpienia zjawiska przemocy. Należy jednak pamiętać, iż zestaw czynników wywołujących to negatywne zjawisko, jest indywidualny oraz pozostaje w dynamicznym związku (4).

Ten współczesny model występowania zjawiska przemocy powszechnie zwany ekologicznym lub wielopoziomowym jest uznawany za najwłaściwsze ujęcie kontekstu przyczynowego tego zjawiska (4;5), a także może stanowić podstawy działań profilaktycznych i interwencyjnych (6). Zastosowanie tego modelu wymaga wielosektorowego i zintegrowanego podejścia interwencyjnego (2, 7), przedstawia poniżej (ryc. 1).

Raport ŚOZ (2) miał za zadanie przełamanie milczenia i poczucia bezradności związanych z przemocą oraz zachęcenie do debaty mającej na celu zrozumienie tego zjawiska. Punktem wyjścia miało być podjęcie współpracy wielu ludzi i grup społecznych. Raport był adresowany szczególnie do osób odpowiedzialnych za decyzje dotyczące zdrowia publicznego i polityki zdrowotnej na poziomie państwowym oraz do tych,

k którzy pracują w służbie zdrowia na poziomie lokalnym i są najbliższymi problemów i potrzeb społecznych ludzi.



Ryc. 1. Współczesny model zjawiska przemocy zwany ekologicznym lub wielopoziomowym

Ryc.1. Contemporary model of violence also known as ecological or multilevel

PROBLEM PRZEMOCY DOMOWEJ.

Przemoc domowa jest jednym z rodzajów przemocy interpersonalnej i dotyczy wielu osób. Ogólnopolskie Pogotowie dla Ofiar Przemocy w rodzinie (www.niebieskalinia.pl) definiuje przemoc w rodzinie jako „zamierzone i wykorzystujące przewagę sił działanie przeciw członkom rodziny, naruszające prawa i dobra osobiste, powodujące cierpienia i szkody.”

Charakterystyczne cechy tego zjawiska to:

- Intencjonalność – jest to zamierzone działanie człowieka i ma na celu kontrolowanie i podporządkowanie ofiary.
- Nierówny rozkład sił – ofiara jest słabsza, a sprawca silniejszy.
- Naruszenie praw i dóbr osobistych – sprawca narusza podstawowe prawa ofiary (np. prawo do nietykalności fizycznej, godności, szacunku itd.).
- Powodowanie cierpienia i bólu – sprawca naraża zdrowie i życie ofiary na poważne szkody. Doświadczenie bólu i cierpienia sprawia, że ofiara ma mniejszą zdolność do samoobrony.

Osobami najczęściej doznającymi przemocy w rodzinie są kobiety. Kolejną grupą pod względem częstości stosowania wobec nich przemocy stanowią dzieci i młodzież. Należy zwrócić uwagę, że także osoby starsze, mogą odczuwać przemoc w rodzinie - często są ofiarami swoich dorosłych dzieci.

W Polsce nie ma zintegrowanego systemu przeciwdziałania przemocy. Brak też danych monitorujących to zjawisko. Zebrane przez Komendę Główną Policji są jednak alarmujące. (www.policja.gov.pl) (tab.1)

W tabeli I zestawiono dane dotyczące liczby ofiar przemocy domowej w Polsce w latach 2005 – 2009, uzyskane z KG Policji. Dane te dotyczą przypadków podjętych interwencji domowych przez funkcjonariuszy

policii, w wyniku których została wszczęta procedura „Niebieskiej Karty” (5).

Tabela. I. Liczba ofiar przemocy domowej w Polsce w latach 2005 – 2009 wg. procedury „Niebieskiej Karty” KG Policji

Table I. Number of domestic violence victims in Poland in period 2005 – 2009 according to Police procedure “Blue Card”

	2005	2006	2007	2008	2009
Liczba ofiar przemocy domowej ogółem	156.788	157.854	130.682	139.747	132.796
w tym: kobiety	91.374	91.032	76.162	81.985	79.811
w tym: mężczyźni	10.387	10.313	8.556	10.664	11.728
dzieci do lat 13	37.227	38.233	31.001	31.699	27.502
nieletni od 13 do 18 lat	17.800	18.276	14.963	15.399	13.755

W Polsce brak jest statystyk medycznych dotyczących tego zjawiska, a więc zgłoszeń z rejestracji przypadków maltretowania wg Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD – 10 - zespoły maltretowania – T-74.0 do T -74.9. Jeżeli w statystykach medycznych pojawiają się takie zgłoszenia, to są to pojedyncze przypadki. Konieczność rozpropagowania i egzekwowania obowiązku zgłaszania przypadków maltretowania jest bezdyskusyjna.

W przeważającej większości krajów Europy istnieją systemy monitorowania przemocy domowej, niestety w Polsce taki monitoring nie jest prowadzony. W innych krajach systemy monitorowania, tworzone są przez interdyscyplinarne, współpracujące ze sobą zespoły profesjonalistów. Zarówno pracownicy ochrony zdrowia, opieki społecznej czy policji, współpracując ze sobą, wymieniając własne doświadczenia i działając na jednym terenie, w profilaktyce przemocy domowej mogą zdziałać więcej niż próbując rozwiązać ten problem oddzielnie. Jeżeli sprawa dotyczy przemocy, a zwłaszcza przemocy domowej, niezbędna jest współpraca przy podejmowaniu działań. Osoby będące sprawcami lub ofiarami przemocy zamieszkują konkretny teren, a na nim prowadzą swą działalność zawodową również konkretni pracownicy socjalni, lekarze, policjanci, nauczyciele. Wspólne szkolenia, zaufanie i pewność, że ci profesjonaliści „grają w jednej drużynie”, daje dużo lepsze rezultaty w przeciwdziałaniu przemocy domowej.

Przemoc domowa jest zjawiskiem, które najczęściej kojarzy nam się z kosztami moralnymi i fizycznymi, ale ponoszonymi przez jednostkę. Niestety, jest to bardzo powierzchowne potraktowanie tego problemu. Koszty ponosi całe społeczeństwo i są one olbrzymie. W Anglii i Walii w latach 2002 – 2004 przeprowadzono badanie, którego celem było oszacowanie kosztów przemocy domowej. Dane, na których się opierano dotyczyły roku 2001 (10).

Oszacowano koszty, które ponosi państwo, pracodawcy i ofiary przemocy domowej. Roczny koszt związany z omawianym zjawiskiem ponoszony przez służby cywilne (wymiar sprawiedliwości, opiekę zdrowotną, społeczną, wydział spraw mieszkaniowych oraz postępowanie cywilne) to 5,7 mld. funtów brytyjskich. W tym wydatki poniesione przez opiekę zdrowotną 1,2 miliarda funtów, a ponadto 176 mln funtów kosztów związanych ze zdrowiem psychicznym. Utrata dochodów przez ofiary i pracodawców to 27 mld funtów brytyjskich. Koszty natury emocjonalnej, które ponoszą ofiary i społeczeństwo, których nie uwzględniono w wydatkach na ochronę zdrowia, to ok. 17 mld funtów.

Z badań, które przedstawia *Sylvia Walby* (Uniwersytet w Leeds) (10) wynika, że suma wydatków, które ponosi państwo, pracodawcy, a także ofiary przemocy w rodzinie w Wielkiej Brytanii są rzędu 23 mld GBP.

W Polsce nie przeprowadzono takich badań. Jednym z utrudnień dla podjęcia ich jest brak monitoringu tego zjawiska. Ponadto czynnikami uniemożliwiającymi takie badania w Polsce jest brak spójnego systemu przeciwdziałania i jasnych procedur postępowania dla poszczególnych grup zawodowych, mających kontakt z osobami doświadczającymi przemocy lub będącymi jej sprawcami. Nie oznacza to oczywiście, że nakłady na niwelowanie skutków przemocy domowej są niższe niż w Anglii i Walii. Można przypuszczać, że będą one wyższe, bo wszystkie działania, związane z przeciwdziałaniem przemocy domowej, w naszym kraju, są prowadzone bez kontroli i współpracy pomiędzy służbami. Biorąc to pod uwagę potrzebę nowych rozwiązań w tym względzie, wymagane są zmiany w świadomości społecznej i zrozumienia złożonej istoty problemu (11). Jedynie pełna współpraca, a także systemowe rozwiązania, mogą przynieść oczekiwane przez społeczeństwo efekty. Zmienia to kierunek działań służb ochrony zdrowia; miejsce pierwsze, zajmowane do tej pory przez terapię i medycynę naprawczą, zajmuje profilaktyka z holistycznym podejściem do zjawiska przemocy domowej. Dlatego nakreślenie przez ŚOZ takiego kierunku i zwrócenie uwagi na przemoc domową, jako na jeden z podstawowych problemów współczesnego zdrowia publicznego daje nadzieję na większą skuteczność podejmowanych przez resort zdrowia działań w tym zakresie.

Każdy problem zdrowotny, a tym bardziej zjawisko przemocy domowej, jako zjawisko społeczne, ma wiele aspektów. Przy rozwiązywaniu tego problemu, większość działań resortu ochrony zdrowia jest zmuszony podejmować we współpracy z innymi resortami. Muszą to być działania partnerskie.

Polskie prawo zaczyna podążać w tym kierunku. Obecnie zakończył się proces legislacyjny nowelizacji ustawy z 2005 r. o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie (12). Podejmowane działania doprowadziły

do uchwalenia nowelizowanej ustawy, która wchodzi w życie 1 sierpnia 2010 r (13). Zmienia ona obecne podejście do problemu przemocy domowej i wdraża do praktyk zalecenia ŚOZ. Pomoże to minimalizować skutki doświadczania przemocy domowej oraz poprawi ochronę ofiar.

Włączenie pracowników ochrony zdrowia w systemowe zapobieganie przemocy w rodzinie niesie ze sobą następstwa w poprawie zdrowia społeczeństwa. Wprowadzenie zapisu o bezpłatnym przeprowadzeniu badania obdukcji przez lekarzy pierwszego kontaktu umożliwi szybsze podjęcie leczenia ofiar, a także pomoże dokładniej oszacować skalę zjawiska, przynajmniej w kwestii przemocy fizycznej. Kolejny zapis ustawy wymagający obecności przedstawicieli ochrony zdrowia podczas zabezpieczania dzieci, gdy w sposób bezpośredni jest zagrożone ich zdrowie lub życie, także daje możliwość podjęcia szybszej interwencji medycznej. Udział lekarzy, pielęgniarek, czy ratowników medycznych w pracach zespołów interdyscyplinarnych i grup roboczych pozwoli w jednostkach samorządu lokalnego skuteczniej realizować potrzeby społeczności w zakresie przeciwdziałania przemocy w rodzinie. Wprowadzenie procedury „Niebieskiej Karty” w dotychczas pomijanych resortach (resort zdrowia, resort edukacji, resort sprawiedliwości – kuratorzy), sprzyja interdyscyplinarnemu podejściu i systemowym rozwiązaniom problemu, jakim jest przemoc domowa.

Sektor zdrowia publicznego i jego wysiłki w kwestii przeciwdziałania przemocy domowej są uzależnione od szeroko rozumianej polityki społecznej państw. Mimo to, że przemoc jest wpisana w naturę ludzką i nie da się jej całkiem wyeliminować z życia społecznego, można zrobić wiele, aby ją zlokalizować, poznać jej źródła i przeciwdziałać różnym jej formom.

PIŚMIENNICTWO

1. Forty-Ninth World Health Assembly Wha49.25 Prevention of violence: a public health priority; Geneva, 20-25 May 1996 (http://www.who.int/violence_injury_pre-

- vention/resources/publications/en/WHA4925_eng.pdf - dostęp maj 2010r.)
2. World Health Organization. World report on violence and health. Geneva: WHO; 2002 ; 3 – 21
3. Pietruszka M. Przemoc – Światowy raport WHO na temat przemocy i zdrowia. Niebieska Linia, 2002; 6: 23:I - VII
4. Jarosz E., Ochrona dzieci przed krzywdzeniem. Perspektywa globalna i lokalna. Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego, Katowice. 2009: s. 306 – 334; 362 – 394
5. Sasal H.D. Niebieskie Karty – Przewodnik do procedury interwencji Policji wobec przemocy w rodzinie. Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, Warszawa 1998 (dostępne także http://www.elblag.policja.gov.pl/p_d_f/niebieskie.pdf)
6. Killen K. Współpraca interdyscyplinarna – wyzwania i zasoby. „Dziecko Krzywdzone”, 2004; 8:s. 97–106.
7. Daro D. Prewencja krzywdzenia dzieci – współpraca jako warunek skuteczności podejmowania działań. Wystąpienie na IX Regionalnej Konferencji ISPCAN. Warszawa 29–31 sierpnia 2003. s71
8. World Health Organization. World report on violence against children. Geneva, WHO 2006.
9. World Health Organization. Violence: a public health priority. Geneva 1996
10. Walby S. Ile kosztuje przemoc? Badania brytyjskie. Tłum. W. Chańska. „Niebieska Linia”, 2005: 4 s 23 -27
11. Urban E. Cianciara D. Potrzeba wspólnych działań do realizacji Ustawy o Przeciwdziałaniu Przemocy w Rodzinie z 2005r. oraz Krajowego Programu Przeciwdziałania Przemocy w Rodzinie. W : M.J. Wysocki i E. Urban (red.) „Przemoc wobec dzieci jako problem zdrowia publicznego”, PZH W-wa; 2007: 85 – 88
12. Ustawa o Przeciwdziałaniu Przemocy w Rodzinie z 5 lipca 2005r. (Dz.U. z 2005r. nr 180 poz. 1493)
13. Ustawa o Przeciwdziałaniu Przemocy w Rodzinie z 01 sierpnia 2010r. (www.sejm.gov.pl – dostęp 10.06.2010r.)

Otrzymano: 20.05.2010 r.

Zaakceptowano do druku: 24.06.2010 r.

Adres do korespondencji:

Mgr Ewa Urban

Zakład Promocji Zdrowia i Szkolenia Podyplomowego

Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego - PZH

ul. Chocimska 24, 00-791 Warszawa

e-mail: eurban@pzh.gov.pl