



OGÓLNOPOLSKIE POGOTOWIE DLA OFIAR PRZEMOCY W RODZINIE
"NIEBIESKA LINIA" Instytutu Psychologii Zdrowia PTP

„ALGORYTMY DZIAŁANIA W PRZYPADKACH PRZEMOCY W RODZINIE”

RAPORT Z PROJEKTU BADAWCZEGO

Warszawa, czerwiec 2014



OPIS PROJEKTU

Projekt badawczy „**Algorytmy działania w przypadkach przemocy w rodzinie**” zorganizowany został przez Ogólnopolskie Pogotowie dla Ofiar Przemocy w Rodzinie "Niebieska Linia" Instytutu Psychologii Zdrowia PTP.

Projekt realizowany w ramach programu „**Obywatele dla Demokracji**”, finansowanego z Funduszy EOG.

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

GŁÓWNE I SZCZEGÓŁOWE PYTANIA BADAWCZE

Głównymi celami badawczymi projektu było:

- **rozpoznanie potrzeb** przedstawicieli oświaty i ochrony zdrowia związanych z usprawnieniem systemu przeciwdziałania przemocy;
- **zgromadzenie materiału** niezbędnego do skonstruowania kwestionariusza diagnostycznego i algorytmu działania w kolejnym etapie prac nad tworzoną narzędziem.

Do **szczegółowych pytań badawczych** projektu zaliczyć można m.in.:

- Jakie są potrzeby i oczekiwania respondentów przy rozpoznawaniu przemocy w rodzinie?
- Jakie pytania diagnostyczne są szczególnie ważne przy rozpoznawaniu przemocy w rodzinie?
- Jakie procedury i strategie praktycznego działania powinny być przedstawiane w algorytmach postępowania?
- Jakie rozwiązania organizacyjne i jakie formy współpracy osób i instytucji powinny być przedstawiane i wdrażane w związku z usprawnieniem systemu przeciwdziałania przemocy domowej w służbie zdrowia i oświacie?

METODOLOGIA BADANIA

W ramach projektu przeprowadzono łącznie 4 grupy fokusowe (FGI) z dwoma **grupami zawodowymi**:

- dwie z przedstawicielami ochrony zdrowia,
- dwie z przedstawicielami oświaty.

Grupy fokusowe odbyły się w dwóch **lokalizacjach**:

- w Warszawie,
- w Kielcach.

W każdej z lokalizacji odbyły się dwie grupy (jedna z przedstawicielami ochrony zdrowia oraz jedna z przedstawicielami oświaty). W półtoragodzinnych spotkaniach udział brało **między 9 a 17 respondentów**. Wśród osób badanych znalazł się tylko jeden mężczyzna (płeć nie była zmienną braną pod uwagę w procesie rekrutacji).

Badanie zrealizowano na przełomie **maja i czerwca 2014** roku. Moderatorem spotkań oraz autorką niniejszego raportu jest Dorota Żurkowska.

Dalszą część raportu stanowią podsumowania z poszczególnych wywiadów grupowych (FGI), zawierające zagadnienia:

1. Stworzenie algorytmu działania:
 - sygnały mogące świadczyć o przemocy w rodzinie,
 - moment podjęcia decyzji o podjęciu działania – motywy i bariery interwencji,
 - możliwe sposoby działania – zasoby i ograniczenia.
2. Ocena idei i formy istniejącego narzędzia:
 - ocena idei i formy istniejącego narzędzia,
 - kwestionariusz szacowania ryzyka – ważne pytania.

PODSUMOWANIE PIERWSZEGO WYWIADU GRUPOWEGO (FGI 1)

Pracownicy oświaty – 28 maja 2014, Warszawa

W pierwszej, z dwóch zaplanowanych w projekcie badawczym, grup fokusowych z udziałem przedstawicieli oświaty udział wzięło 10 respondentek. Były wśród nich zarówno osoby pracujące w przedszkolach, szkołach podstawowych, jak i przedstawicielki poradni psychologicznych czy pedagogy szkolni.

Niektóre z osób badanych miały doświadczenie w pracy grup roboczych. Wszystkie zainteresowane były poszerzeniem swojej wiedzy i umiejętności w rozpoznawaniu i przeciwdziałaniu sytuacji przemocy w rodzinie, z którymi stykają się w pracy zawodowej.

I. Stworzenie algorytmu działania

Celem pierwszej części wywiadu było opracowanie algorytmu działania, dzięki poznaniu perspektywy pracowników oświaty w sytuacjach, w których stykają się oni z przemocą w rodzinie.

SYGNAŁY MOGĄCE ŚWIADCZYĆ O PRZEMOCY W RODZINIE

Wśród symptomów, mogących świadczyć o przemocy w rodzinie, z którymi mogą zetknąć się przedstawiciele oświaty, wyróżnić można:

- **Symptomy świadczące o przemocy fizycznej wobec dziecka:**
 - Respondentki zaznaczały, że w przypadku niektórych śladów przemocy fizycznej, które określały jako „jednoznaczne” do zinterpretowania, pracownik oświaty nie może się wahać czy powinien zainterweniować.
 - Ślady na ciele dziecka zauważyć można m.in. podczas badania pielęgnarskiego, lekcji WF, a w przypadku dzieci w wieku przedszkolnym: przebierania się dziecka do leżakowania.
- **Symptomy świadczące o przemocy psychicznej wobec dziecka:**
 - Respondentki podkreślały, że w tym przypadku o wiele trudniej (niż przy oznakach przemocy fizycznej) o pewność czy właściwie interpretuje się sygnały i co jest ich przyczyną, stąd też **częstsze poczucie bezradności i wstrzymywanie się od interwencji.**
- **Relacja dziecka (zgłaszanie problemu, wypowiedzi dotyczące sytuacji w rodzinie):**
 - Osoby badane podkreślały, że **w zależności od wieku dziecka**, jego wypowiedzi mają **różną „wiarygodność”**. Jednak w przypadku pojawienia się takich bezpośrednich sygnałów, przedstawiciel oświaty powinien zareagować odnosząc się do innych źródeł, jak np. swoje obserwacje, znajomość zachowania i usposobienia dziecka, relacje otoczenia.

MOMENT DECYZJI O PODJĘCIU DZIAŁANIA – MOTYWY I BARIERY INTERWENCJI

MOTYWY:

- Respondentki zauważały, że często przedstawiciel oświaty **ma poczucie, intuicyjnie wyczuwa, że wobec dziecka dochodzi do przemocy**. Są to przypuszczenia oparte na regularnym, zwykle kilkugodzinnym przebywaniu z dzieckiem – znajomości jego zwyczajów, usposobienia, sytuacji oraz często wieloletnim doświadczeniu w pracy pedagogicznej oraz profesjonalnym wykształceniu.
- Równocześnie, zaznaczały, że **często te przypuszczenia okazują się uzasadnione**, jednak podstawowy problem stanowi fakt, że nie opierają się one na „twardych dowodach”, jednoznacznych do interpretacji, co stanowi podstawową barierę w podjęciu interwencji.

BARIERY:

- **Brak pewności i strach przed skrzywdzeniem** rodziny, jeśli podejrzenie o przemoc, okaże się bezpodstawne.
- Mimo świadomości, że działania pracownika oświaty wynikają z troski o dziecko i dobrych intencji, ciągle wydaje się przeważać poczucie, że **interwencja w życie rodziny to raczej kara niż realna pomoc.**

MOŻLIWE SPOSOBY DZIAŁANIA – ZASOBY I OGRANICZENIA

ZASOBY:

- Współpraca z **psychologiem szkolnym**, który może potwierdzić przypuszczenia pracownika oświaty.
- Możliwość współpracy/ zgłoszenia i przekazania problemu **organom państwowym**, np.:
 - policji,
 - pogotowiu,
 - ośrodkom pomocy społecznej,
 - poradniom psychologicznym,
 - świetlicom socjoterapeutycznym,
 - sądom, kuratorom,
 - ewentualnie: komitetowi Ochrony Praw Dziecka.
- Możliwość szukania **pomocy, informacji** w:
 - punktach informacyjno-konsultacyjnych,
 - organizacjach pozarządowych: np. Fundacja Dzieci Niczyje,
 - Internecie.

OGRANICZENIA:

- **Brak znajomości obowiązujących przepisów i regulacji prawnych**, na podstawie których pracownik oświaty może podjąć interwencje. Dotyczy to np. kwestii takich jak wątpliwość czy pracownik może wezwać karetkę, jeśli zauważy u dziecka ślady przemocy fizycznej, ale także kwestii rozebrania dziecka, aby te ślady obejrzeć podczas badania. Pojawiały się także wątpliwości dotyczące wymogu zgody rodzica na poddanie dziecka obserwacji przez psychologa szkolnego.
- **Trudności w kontakcie/współpracy z rodzicami** – respondentki wymieniały m.in. roszczeniową postawę rodziców wobec szkoły, ukrywanie sytuacji w domu (szczególnie, gdy rodzic jest sprawcą przemocy), składanie sprzecznych wyjaśnień odnośnie stanu dziecka czy włączanie nauczyciela w „rozgrywanie” kwestii spornych w rodzinie.
- **Brak wsparcia lub nawet niechęć ze strony przełożonych (dyrekcji)**, aby „mieszać” się w sprawy rodziny i przysparzać placówce problemów. Pojawiała się też kwestia strachu przed „karą” ze strony przełożonych za zbytnią aktywność, która nie jest zgodna z „polityką szkoły” (szczególnie w przypadku szkół prywatnych).

II. Ocena i modyfikacja istniejącego narzędzia

Celem drugiej części wywiadu było zrozumienie czy z perspektywy pracowników oświaty istniejące narzędzie (stworzone z myślą o policji) może być przydatne i jakim modyfikacjom musi być poddane, aby odpowiadać specyfice ich pracy.

OCENA IDEI I FORMY ISTNIEJĄCEGO NARZĘDZIA

Respondentki bardzo pozytywnie oceniły ideę stworzenia takiego narzędzia. Deklarowały realną potrzebę posiadania go w swojej codziennej pracy, którą utrudnia im brak istnienia centralnych, jednolitych procedur oraz niska znajomości przepisów, na podstawie których mogą podejmować dalsze działania, gdy zetkną się z przemocą w rodzinie.

KWESTIONARIUSZ SZACOWANIA RYZYKA – WAŻNE PYTANIA

Dzięki **zróżnicowaniu doświadczeń zawodowych** osób badanych – doświadczeniu w pracy zarówno z dziećmi w wieku przedszkolnym, jak i uczniami szkół podstawowych lub starszymi, w czasie spotkania zwrócono uwagę na kilka ważnych kwestii dotyczących budowy narzędzia.

Respondentki postulowały:

- Stworzenie **dwóch kart** (kwestionariuszy szacowania ryzyka), uwzględniających **specyfikę wieku dziecka**:
 - dla **młodszych dzieci** (wiek przedszkolny) oraz
 - dla **starszych dzieci** (szkoła podstawowa lub starsze).
- Stworzenie listy pytań zawierającej **maksymalnie 20 pytań zamkniętych**, tak aby jej wypełnianie nie było zbyt czasochłonne i nie budziło wątpliwości interpretacyjnych.

- Umieszczenie pytań w **trzech oddzielnych blokach** (lub w dwóch, z pominięciem ostatniego bloku), dotyczących oznak:
 - **przemocy fizycznej,**
 - **przemocy psychicznej,**
 - **braku wypełniania** przez rodzinę jej **podstawowych funkcji** opiekuńczych wobec dziecka.
- Taki dobór pytań w poszczególnych blokach – **wybór pytań świadczących o najpoważniejszych symptomach**, aby zaznaczenie 1-2 w każdym z nich dawało osobie korzystającej z kwestionariusza pewność, że powinna interweniować i ma po temu poważne podstawy.
- Umieszczenie w algorytmie działania **informacji o podstawach prawnych**, które upoważniają/zobowiązują przedstawiciela oświaty do podjęcia dalszych kroków.

I. DZIECI MŁODSZE (wiek przedszkolny)

- **ŹRÓDŁA WIEDZY:** W przypadku pracy z dziećmi w wieku przedszkolnym, przedstawiciel oświaty musi ograniczyć się do **obserwacji zachowania dziecka**. Znajomość zwyczajów i usposobienia dziecka, pozwala często na szybkie zauważenie wszelkich odstępstw od normy w jego zachowaniu, co może stanowić pierwszy sygnał, że dzieje się z nim coś złego.
- **KWESTIONARIUSZ SZACOWANIA RYZYKA – obszary/symptomy, których powinny dotyczyć pytania:**
 - **fizyczne ślady przemocy** na ciele dziecka,
 - **zmiana zachowania dziecka** – znacząca w porównaniu do znanej pracownikowi oświaty „normy” i trwająca dłużej niż dzień,
 - **objawy fizjologiczne** – moczenie się, zmiany w zwyczajach żywieniowych (np. brak apetytu),
 - zachowanie podczas **zabawy**, stosunek do rówieśników i dorosłych, **rysunki**,
 - **oznaki zaniedbywania potrzeb** dziecka w rodzinie (odżywianie, higiena).

II. DZIECI STARSZE (szkoła podstawowa)

- **ŹRÓDŁA WIEDZY:** W przypadku pracy ze starszymi dziećmi, przedstawiciele oświaty mogą uzupełnić wnioski z **obserwacji**, dzięki **wypowiedziom dziecka** dotyczącym np. sytuacji w domu.
- **KWESTIONARIUSZ SZACOWANIA RYZYKA – obszary/symptomy, których powinny dotyczyć pytania:**
 - **fizyczne ślady przemocy** na ciele dziecka,
 - **relacja dziecka** (wypowiedzi, zgłaszanie się z problemem do pracownika oświaty),
 - zachowanie wobec rówieśników i dorosłych (np. okazywanie **agresji, strachu, wycofanie**),
 - **zmiana zachowania** dziecka – znacząca w porównaniu do znanej „normy”, długotrwała,
 - oznaki mogące świadczyć o **sytuacji przemocy w rodzinie**, dotyczącej np. jednego z rodziców (np. fizyczne ślady przemocy u któregoś z rodziców, wypowiedzi rodziców/dziecka, itp.)
 - **oznaki chronicznego zaniedbywania potrzeb** dziecka w rodzinie (odżywianie, higiena).

PODSUMOWANIE DRUGIEGO WYWIADU GRUPOWEGO (FGI 2)

Pracownicy oświaty – 6 czerwca 2014, Kielce

W drugiej, z dwóch przeprowadzonych w projekcie badawczym, grup fokusowych z udziałem przedstawicieli oświaty udział wzięło 12 respondentek.

Były to przede wszystkim osoby pracujące z młodzieżą gimnazjalną lub młodymi ludźmi (uczniami szkół ponadgimnazjalnych, również: studentami) – pedagodzy szkolni, osoby pracujące w poradniach psychologicznych.

Niektóre z osób badanych miały doświadczenie w pracy zespołów interdyscyplinarnych. Podobnie jak w przypadku uczestniczek FGI 1, większość z respondentek wyrażała potrzebę ciągłego poszerzenia swojej wiedzy i umiejętności w rozpoznawaniu i przeciwdziałaniu sytuacji przemocy w rodzinie, z którymi stykają się w pracy zawodowej.

I. Stworzenie algorytmu działania

Celem pierwszej części wywiadu było opracowanie algorytmu działania, dzięki poznaniu perspektywy pracowników oświaty w sytuacjach, w których stykają się oni z przemocą w rodzinie.

SYGNAŁY MOGĄCE ŚWIADCZYĆ O PRZEMOCY W RODZINIE

Zapytane o symptomy, mogące świadczyć o przemocy w rodzinie, z którymi mogą zetknąć się przedstawiciele oświaty, respondentki wskazały na różne możliwości odkrycia ich:

- **Symptomy, które można zauważyć, dzięki obserwacji zachowania i wyglądu ucznia:**
 - Widoczne na ciele **ślady przemocy fizycznej** wobec dziecka. Zauważyć je można podczas lekcji WF czy innych zajęć sportowych (np. basen), choć respondentki zwracały uwagę, że zazwyczaj uczniowie usilnie dążą do ukrycia ich przed otoczeniem.
 - **Nietypowe zachowania** – np. ubiór nieadekwatny do pory roku (długie rękawy latem), uporczywe unikanie udziału w lekcjach WF czy w zajęciach na basenie, mimo grożących za to konsekwencji w postaci złych ocen (silna niechęć do publicznego rozbierania się).
 - **Problemy z nauką** – niskie oceny oraz problemy z frekwencją. Mogą być one oznaką problemów w domu (zwłaszcza, jeśli są zaburzeniem dotychczasowej pozytywnej „normy”).
 - **Problemy zdrowotne** – nagłe zmiany masy ciała (np. jej spadek), problemy z odżywianiem, oznaki zaniedbania higieny i dbania o zdrowie dziecka.
 - **Ślady samookaleczenia** – respondentki zwracały również uwagę na fakt, że trudna sytuacja w rodzinie może skutkować podejmowaniem przez ucznia zachowań autodestrukcyjnych.
- **Symptomy, które można zauważyć, dzięki rozmowie z uczniem/otoczeniem:**
 - Bezpośrednia **relacja ucznia** i sygnały płynące z zewnątrz, że jego rodzina jest „konfliktowa”.
 - Obserwacja **relacji ucznia z otoczeniem** i **zbieranie informacji na jego temat**, może przynieść sygnały świadczące o:
 - niskiej samoocenie ucznia,
 - samowykluczeniu z relacji społecznych, zachowaniach ucieczkowych,
 - braku panowania nad własnymi emocjami, agresji,
 - usilnej próbie pokazania się z „dobrej strony” (tu respondentki wskazywały, że stereotyp ofiar przemocy domowej postrzeganych tylko jako „trudnych dzieci” może być mylący),
 - nietypowego szukania kontaktu z dorosłymi (np. nauczycielami, pedagogiem).

MOMENT DECYZJI O PODJĘCIU DZIAŁANIA – MOTYWY I BARIERY INTERWENCJI

MOTYWY:

- Respondentki podkreślały, że ich praca wymaga **zaangażowania i ciągłego stawiania czoła trudnościom**, które pojawiają się na ich drodze zawodowej. Wydaje się, że **reagowanie** na trudną sytuację ucznia (w tym: przemoc w rodzinie) postrzegają jako **część swojej misji zawodowej**, a ignorowanie świadczących o niej symptomów świadczy o złym wywiązywaniu się z roli pracownika oświaty.

BARIERY:

- **Niechęć do rozpoczynania procedury Niebieskiej Karty** – niektóre respondentki podkreślały swoje negatywne doświadczenia związane z tą procedurą. Wskazywały przede wszystkim na negatywne skutki **braku skutecznego działania** policji, co prowadzi do braku pożądanego efektu inicjowanych przez nie działań. Uczeń zamiast uzyskać pomoc, staje w obliczu nowych trudności i winą za to obarcza pracownika oświaty, który obiecywał mu poprawę sytuacji. Trudną psychologicznie sytuację pracownika oświaty potęguje fakt, że jego dalsze kontakty z uczniem muszą trwać niezależnie od wszelkich komplikacji.
- **Strach przed utratą zaufania ucznia** – uzyskanie zaufania ucznia wymaga od pedagoga poświęcenia dużej ilości czasu i sił, budowanie takiej relacji jest procesem długotrwałym, którego wynik można stracić poprzez jeden „nierozważny” krok. W odczuciu niektórych pracowników oświaty, inicjowanie przez nich procedury Niebieskiej Karty jest wchodzeniem w rolę policjanta/strażnika porządku, co skutkuje utratą zaufania ucznia.

MOŻLIWE SPOSOBY DZIAŁANIA – ZASOBY I OGRANICZENIA

ZASOBY:

- Podjęcie **obserwacji** zachowań ucznia, wobec którego ma się podejrzenia, że jest ofiarą przemocy w rodzinie. Tu bardzo pomocna jest również konsultacja psychologa, specjalisty.
- **Rozmowa z uczniem** – ze względu na wiek uczniów (gimnazjum i wyżej) wyższy niż w przypadku uczestniczek pierwszej grupy fokusowej, respondentki mogły korzystać z możliwości bezpośredniej rozmowy z uczniem o jego sytuacji i problemach (co wymaga oczywiście ogromnego wyczucia i poszanowania jego praw).
- Zastosowanie **testów psychologicznych** (np. projekcyjnych) – narzędzia diagnostyczne dostępne w przypadku współpracy z wykwalifikowanymi psychologami, terapeutami.
- Możliwość rozpoczęcia **procedury Niebieskiej Karty** we współpracy z dyrektorem szkoły, policją.
- Respondentki wskazywały również na **alternatywne do tej procedury sposoby działania**:
 - bezpośrednio zwrócenie się do **sądu** rodzinnego, ubieganie się o udzielenia azylu,
 - współpraca w **zespołach interdyscyplinarnych** zajmujących się przypadkami przemocy w rodzinie,
 - współpraca z **GOPS**, dzielnicowymi,
 - „**nieformalne**” **gromadzenie danych** o sytuacji rodzinnej ucznia w celu udzielenia mu adekwatnego do jego problemów wsparcia.

OGRANICZENIA:

- **Brak formalnego dostępu do dotychczasowej „historii” ucznia** – osoby badane zwracały uwagę, że ze względów prawnych (m.in. ustawa o **ochronie danych** osobowych), nie mają one możliwości gromadzenia danych niezbędnych do uzyskania pełnego obrazu sytuacji rodzinnej ucznia. Dane takie uzyskują zwykle dzięki sieci nieformalnych kontaktów i układów towarzyskich, ale **nie mają** one przez to „**mocy urzędowej**”. Dodatkowo, respondentki zauważały, że ciągłe zadawanie uczniowi pytań, na które odpowiadał już (np. w poprzedniej szkole), prowadzi do jego powtórnej **wiktylizacji**.
- **Negatywne skutki reformy edukacji** – fakt wprowadzenia trzyletniego **gimnazjum** ma, zdaniem niektórych respondentek, szereg negatywnych następstw: uczniowie w nowym środowisku mają mniej czasu na budowanie i rozwój relacji opartych na zaufaniu (m.in. z pedagogiem szkolnym), są także mniej pewni siebie, a tym samym bardziej podatni na szkodliwe wpływy.
- **Próby manipulacji ze strony ucznia** – jedną z pojawiających się trudności, na które wskazywały respondentki, były świadome próby manipulowania otoczeniem przez uczniów, dlatego też nie zawsze ich wypowiedzi mogą być traktowane jako w pełni wiarygodne i wymagają weryfikacji.
- **Brak świadomości dotyczącej zachowań przemocowych** – osoby badane podkreślały, że w świadomości uczniów funkcjonuje wiele stereotypów związanych z przemocą i często nie są oni świadomi, że zachowania, które ich dotyczą (lub których są sprawcami) są negatywne i należy na nie reagować w określony sposób (np. szukać pomocy, starać się je przerwać).

II. Ocena i modyfikacja istniejącego narzędzia

Celem drugiej części wywiadu było zrozumienie czy z perspektywy pracowników oświaty istniejące narzędzie (stworzone z myślą o policji) może być przydatne i jakim modyfikacjom musi być poddane, aby odpowiadać specyfice ich pracy.

OCENA IDEI I FORMY ISTNIEJĄCEGO NARZĘDZIA

Również w tej grupie, respondentki pozytywnie oceniły ideę stworzenia takiego narzędzia. Deklarowały realną potrzebę posiadania go w swojej codziennej pracy, w której stykają się zarówno z przemocą psychiczną, jak i fizyczną stosowaną wobec uczniów w rodzinie.

KWESTIONARIUSZ SZACOWANIA RYZYKA – WAŻNE PYTANIA

Dzięki posiadaniu doświadczenia w pracy z **młodzieżą i młodymi ludźmi** przez osoby badane – w czasie spotkania zwrócono uwagę na kilka ważnych kwestii dotyczących budowy narzędzia, które wzbogacają wnioski z pierwszej grupy fokusowej.

- Również w tej grupie, przedstawicielki oświaty postulowały mieszczące pytań **w oddzielnych blokach**, dotyczących oznak przemocy przejawiających się w **różnych obszarach**:
 - **fizycznym** (ślady przemocy fizycznej, objawy psychosomatyczne, rozwój dziecka),
 - **psychicznym** (funkcjonowanie psychiczne, np. samoocena, zachowania ucieczkowe),
 - **emocjonalnym** (brak panowania nad emocjami, problemy z agresją)
 - **braku wypełniania** przez rodzinę jej **podstawowych funkcji** opiekuńczych wobec dziecka (ogólny stan zdrowia, dbałość o higienę).

PODSUMOWANIE TRZECIEGO WYWIADU GRUPOWEGO (FGI 3)

Pracownicy ochrony zdrowia – 6 czerwca 2014, Kielce

W pierwszej, z dwóch zaplanowanych w projekcie badawczym, grup fokusowych z udziałem przedstawicieli ochrony zdrowia udział wzięło 17 respondentek. W większości były to osoby pracujące w jednym szpitalu. Były wśród nich m.in.: pielęgniarki, osoby zajmujące się terapią osób uzależnionych, lekarz psychiatra.

I. Stworzenie algorytmu działania

Celem pierwszej części wywiadu było opracowanie algorytmu działania, dzięki poznaniu perspektywy pracowników ochrony zdrowia w sytuacjach, w których stykają się oni z przemocą w rodzinie.

SYGNAŁY MOGĄCE ŚWIADCZYĆ O PRZEMOCY W RODZINIE

Osoby badane zwracały uwagę przede wszystkim na **symptomy natury fizycznej**, ale także na pewne przejawy **zachowania pacjenta**, które mogą świadczyć o sytuacji przemocy w rodzinie. Dodatkowo, wymieniły kilka czynników, które, ich zdaniem, nie powinny być traktowane jako dowód na występowanie przemocy w rodzinie, ale które powinny **zwiększać czujność** pracowników ochrony zdrowia.

- **Symptomy mogące świadczyć o przemocy w rodzinie:**
 - **Urazy fizyczne** – respondentki zwracały uwagę, że pomimo, iż istnieją rodzaje urazów fizycznych, które można dość jednoznacznie zakwalifikować jako powstałe w wyniku przemocy fizycznej, to często zdarzają się również
 - „**urazy niejasne**” – na przykład: uraz głowy czy złamanie, które można traktować za symptom, świadczący o przemocy, mogły powstać również w wyniku nieszczęśliwego wypadku.
 - **Informacje uzyskane podczas wywiadów** (z pacjentem, pracownikami Pogotowia Ratunkowego, pracownikami szpitala).
 - **Budzące podejrzenia zachowanie** pacjenta lub jego rodziny: niechęć do udzielenia jakichkolwiek informacji o zaistniałej sytuacji lub też wręcz „nadmierne” tłumaczenie się, próby nie dopuszczenia do głosu samego pacjenta przez innych członków rodziny, itp.
 - Zachowanie pacjenta świadczące o **odczuwaniu silnych emocji, lęku czy agresji** (tu także: wyraźne zmiany tego zachowania w obecności jednego z członków rodziny).
- **Symptomy, które świadczą o występowaniu „czynników ryzyka” zagrożenia przemocą:**
 - Sygnały i informacje świadczące o tym, że **w danej rodzinie istnieje problem alkoholowy** (choć nie jest to traktowane jako warunek konieczny wystąpienia przemocy domowej, jest uznawane za jeden z czynników zwiększających takie ryzyko – wzmagających czujność).
 - Cechy wyglądu zewnętrznego i ogólny stan zdrowia pacjenta świadczący o tym, że **rodzina nie spełnia wobec niego swoich podstawowych funkcji opiekuńczych** (np. oznaki zaniedbania, problemy z higieną). Ponieważ przyczyną tego stanu może być np. zła sytuacja materialna rodziny, jest to również jedynie czynnik ostrzegawczy.
 - Sygnały świadczące o **zachowaniach autodestrukcyjnych** (np. samookaleczenia, anoreksja), których przyczyna może leżeć w trudnej sytuacji rodzinnej.

MOMENT DECYZJI O PODJĘCIU DZIAŁANIA – MOTYWY I BARIERY INTERWENCJI

MOTYWY:

- Wydaje się, że w przypadku przedstawicieli ochrony zdrowia **wątpliwości** czy należy rozpocząć procedurę związaną z sytuacją przemocy fizycznej w rodzinie są **o wiele mniejsze niż u pracowników oświaty**. Wynikać to może z faktu, że pracownicy ochrony zdrowia koncentrują się przede wszystkim na **widocznych oznakach przemocy fizycznej**, których diagnoza leży bezpośrednio w ich kompetencjach.
- W momencie, kiedy pracownik ochrony zdrowia zdobędzie „**twarde dowody**” na to, że pacjent jest ofiarą przemocy domowej (gdy dokona takiej diagnozy na podstawie wyników badań i własnej eksperckiej wiedzy), uruchamia on odpowiednią procedurę (przekazuje sprawę odpowiednim służbom). Takie postępowanie wydaje się **wpisane w organizację pracy szpitala**: po zakwalifikowaniu przypadku do konkretnej kategorii, przekazuje się go odpowiedniemu specjalście.

- W przeciwieństwie do niektórych pracowników oświaty, przedstawiciele ochrony **zdrowia nie wyrażali większych wątpliwości dotyczących skuteczności** dalszego postępowania w ramach procedury Niebieskie Karty, którą zdarza im się inicjować. Może to wynikać m.in. z faktu, że nie śledzą oni losów pacjenta – ich udział w procedurze ma charakter jednorazowy i krótkotrwały, nie są więc w stanie ocenić efektów swojej interwencji.

BARIERY:

- W przypadku tej grupy o wiele silniejsza wydawała się **obawa przed zaszkodzeniem danej rodzinie poprzez niesłuszne oskarżenie** niż dyskomfort związany z ewentualnym przeoczeniem sytuacji przemocy w rodzinie (silny wśród pracowników oświaty).
- Wydaje się również, że pracownicy ochrony zdrowia **nie zawsze postrzegają „rozwiązywanie”** problemu przemocy w rodzinie, który dotyka ich pacjentów, **jako swoją rolę** (mają poczucie, że leży to w zakresie obowiązków innych służb).

MOŻLIWE SPOSOBY DZIAŁANIA – ZASOBY I OGRANICZENIA

ZASOBY:

- W przypadku „urazu niejasnego”, przy którym przedstawiciel ochrony zdrowia ma wątpliwości w jaki sposób powstał, ma on do dyspozycji kilka możliwości działania:
 - wywiad z pacjentem, jego rodziną,
 - zlecenie **dotychczasowych badań** diagnostycznych,
 - przesłедzenie **dotychczasowej historii pacjenta** (np. pod kątem częstości i rodzaju pojawiających się urazów),
 - wywiad z **pracownikami pogotowia ratunkowego** o sytuacji na miejscu wezwania,
 - pozostawienie pacjenta na **obserwacji** w szpitalu,
 - obserwowanie **zachowania pacjenta** (zarówno wobec rodziny, jak i pracowników ochrony zdrowia) oraz uzyskanie informacji na ten temat od personelu medycznego, który ma okazję więcej z nim przebywać i często pozostaje „niezauważony” (np. siostry salowe).
- Gdy przedstawiciel ochrony zdrowia nabierze pewności, że dany uraz powstał w wyniku przemocy domowej, może rozpocząć **procedurę Niebieskie Karty**.
- Ma także możliwość współpracy, zgłoszenia i przekazania problemu **organom państwowym**, np.:
 - policji,
 - ośrodkom pomocy społecznej,
 - poradniom psychologicznym.

OGRANICZENIA:

- W przypadku, gdy pacjentem jest **dziecko**, respondentki zwracały uwagę na konieczność uzyskania **zgody rodziców/opiekunów** np. na konsultację psychologiczną lub też na **brak możliwości porozmawiania** z pacjentem **na osobności** (potrzebne zwłaszcza, gdy to rodzic jest sprawcą przemocy).
- Największe ograniczenia w tej grupie wydają się dotyczyć **diagnozowania przemocy psychicznej**:
 - pracownicy szpitala stykają się z pacjentem w **sytuacji, która sama w sobie jest dla niego stresująca** i może powodować strach, nieufność, nietypowe zachowania;
 - **kontakt pracownika szpitala z pacjentem jest zazwyczaj krótki i jednorazowy** – nie mają oni podstaw, aby ocenić czy jego zachowanie odbiega od jednostkowej normy; jedynym punktem odniesienia są dla nich ogólnie stosowane klasyfikacje chorób/urazów, którymi posługują się na co dzień.
- Respondentki nie miały zastrzeżeń, co do procedur działania w ich szpitalu, zwracały jednak uwagę na trudności pojawiające się „**na styku” procedur różnych służb** i brak bazy bezpośrednich danych kontaktowych do konkretnych osób z innych służb.

II. Ocena i modyfikacja istniejącego narzędzia

Celem drugiej części wywiadu było zrozumienie czy z perspektywy pracowników ochrony zdrowia istniejące narzędzie (stworzone z myślą o policji) może być przydatne i jakim modyfikacjom musi być poddane, aby odpowiadać specyfice ich pracy.

OCENA IDEI I FORMY ISTNIEJĄCEGO NARZĘDZIA

Osoby badane pozytywnie oceniły ideę stworzenia narzędzia dla pracowników ochrony zdrowia, jednak wydaje się, że nie były pewne kto będzie z niego korzystał (pracownicy otwartej vs zamkniętych placówek, osoby zajmujące się zdrowiem psychicznym vs fizycznym, osoby o różnym poziomie kompetencji, itd.).

W odczuciu osób badanych, stworzenie jednego, uniwersalnego narzędzia dla szeroko pojętej służby zdrowia nie jest możliwe – w jego budowie trzeba uwzględnić **specyfikę różnych miejsc pracy**. Na przykład, w szpitalu obowiązują procedury w jaki sposób zareagować w sytuacji zetknięcia z ofiarą przemocy, natomiast w przypadku otwartej służby zdrowia występuje duże zapotrzebowanie na utworzenie powszechnego algorytmu działania.

KWESTIONARIUSZ SZACOWANIA RYZYKA – WAŻNE PYTANIA

Respondentki postulowały:

- Stworzenie **osobnych kart** (kwestionariuszy szacowania ryzyka), uwzględniających **specyfikę wieku pacjenta**:
 - dla **dzieci** (osób niepełnoletnich),
 - dla **osób dorosłych**.

Osoby badane zwracały uwagę na sytuację (w ich ocenie coraz częstszą), gdy ofiarą przemocy ze strony własnych dzieci padają rodzice (w szczególności matki). Zauważały, że brak jest procedur jak postępować w takich sytuacjach, szczególnie przy silnym oporze ofiary, aby podjąć jakiegokolwiek działania.

- Umieszczenie pytań dotyczących:
 - **Natury urazów** – Jaka jest częstotliwość ich występowania w historii pacjenta? Czy urazy zdarzają się kilka razy na rok? Czy charakter urazów może wskazywać na ich to, że zostały zadane celowo, w wyniku przemocy?
 - **Objawów chorobowych i wieku pacjenta** – Czy występujące objawy chorobowe są nietypowe ze względu na wiek pacjenta (np. częste zakażenia układu moczowego u dziecka)? Jaka jest częstotliwość ich występowania w historii pacjenta?
 - **Niepokojących zachowań pacjenta** – Czy pacjent objawia wyraźny lęk przed badaniem? Czy przejawia on postawę agresywną/wycofania (nietypowych dla jego wieku i sytuacji)?
 - **Symptomów świadczących o trudnej sytuacji w rodzinie pacjenta** – Czy u pacjenta występuje wyraźna niechęć przed powrotem do domu? Czy u pacjenta występują widoczne zmiany zachowania pod wpływem jednego z członków rodziny (jego obecności, zachowania)? Czy ktoś z rodziny pacjenta przejawia wobec niego „chorobliwą zazdrość”? Czy pacjent przejawia skłonności autodestrukcyjne (np. samookaleczenia, próby samobójcze, zaburzenia odżywiania)?

PODSUMOWANIE TRZECIEGO WYWIADU GRUPOWEGO (FGI 4)

Pracownicy ochrony zdrowia – 11 czerwca 2014, Warszawa

W drugiej grupie fokusowej z udziałem przedstawicieli ochrony zdrowia udział wzięło 9 respondentów. Były to osoby pracujące w różnych placówkach zdrowia. Znaleźli się wśród nich m.in.: lekarze (psychiatra, pediatra, psycholog), pielęgniarki czy nauczyciel akademicki z uniwersytetu medycznego. Niektórzy spośród respondentów mieli doświadczenie w pracy w zespołach interdyscyplinarnych.

I. Stworzenie algorytmu działania

Celem pierwszej części wywiadu było opracowanie algorytmu działania, dzięki poznaniu perspektywy pracowników ochrony zdrowia w sytuacjach, w których stykają się oni z przemocą w rodzinie.

SYGNAŁY MOGĄCE ŚWIADCZYĆ O PRZEMOCY W RODZINIE

Osoby badane zwracały uwagę zarówno na symptomy mogące świadczyć o **przemocy fizycznej**, jak i **psychicznej**, emocjonalnej. Symptomy, które wymieniono szczegółowo w II części podsumowania, określone zostały jako „**czerwone flagi**”, które powinny zwiększyć czujność lekarza/pracownika ochrony zdrowia, gdy się z nimi zetknie.

Wydaje się, że silne uwzględnienie przejawów przemocy psychicznej w tej grupie wynikało przede wszystkim z obecności wśród respondentów osób specjalizujących się zawodowo w **psychologii, psychiatrii**. **W ich odczuciu, symptomy przemocy psychicznej są łatwo zauważalne** i często **jednoznaczne**. Nie jest to jednak opinia podzielana powszechnie przez pracowników ochrony zdrowia, a wynika ze: specjalistycznego przygotowania do diagnozy takich właśnie przypadków, specyfiki przyjmowanych (często już tam skierowanych) pacjentów, długotrwałej relacji z pacjentem.

- **Przykładowe symptomy, mogące świadczyć o przemocy w rodzinie:**
 - **urazy fizyczne** (o charakterystycznym mechanizmie powstania),
 - **nieadekwatne/niewspółmierne do sytuacji reakcje** pacjenta (np. pacjent zachowuje się nietypowo/inaczej niż rówieśnicy).

MOMENT DECYZJI O PODJĘCIU DZIAŁANIA – MOTYWY I BARIERY INTERWENCJI

MOTYWY:

- Wydaje się, że w przeważającej części przypadków, dostrzeżenie symptomów przemocy (samo początkowe wysnuć podejrzenia) zależy przede wszystkim od **cech indywidualnych** pracownika zdrowia – jego **wyczulenia na ten problem, wrażliwości, chęci zaangażowania i wiedzy**.
- W momencie, kiedy zastosowano pewne rozwiązania systemowe, mające na celu wzmocnienie/wyrobienie tych cech, jak jest np. w **placówkach zamkniętych**, decydującą rolę w reagowaniu na sytuację przemocy w rodzinie mają: koncentracja na symptomach, których rozpoznanie leży bezpośrednio w kompetencjach pracownika ochrony zdrowia (poczucie pewności oparte na „**twardych wskaźnikach**”) oraz istnienie **procedur postępowania**, które jasno wytyczają kolejne kroki i służby, którym należy „przekazać” problem.

BARIERY:

- Respondenci zwracali uwagę na możliwy **konflikt wewnętrzny**, wiążący się z rolą zawodową lekarza – ma mieć on na uwadze dobro pacjenta, rozumiane zarówno jako jego **zdrowie i życie**, jak i **bezpieczeństwo**. Jeśli więc lekarz znajduje się w sytuacji, kiedy jego reakcja na przemoc w rodzinie spowoduje przeniesienie pacjenta ze specjalistycznej placówki, która jako jedyna może uratować mu życie, prawdopodobnie powstrzyma się od takich działań.
- Osoby badane wskazywały na obecny, ich zdaniem, „opór” w środowisku lekarskim do „zauważania” problemu przemocy wśród pacjentów – **brak wyczulenia na obecność jej symptomów**. Jedną z możliwych przyczyn tego stanu rzeczy, może być **brak spójnych rozwiązań systemowych** (np. brak uwzględnienia tej problematyki w programach nauczania akademii medycznych w przeszłości, brak powszechnej dostatecznej znajomości obowiązujących rozwiązań prawnych, np. procedury NK). Inną przyczyną może być **wizja roli lekarza, która nie obejmuje** podejmowania przez niego **takich działań**.

- Wskazywaną przez niektórych respondentów **barierą przy wypisywaniu zaświadczeń** dla ofiar przemocy było **sformułowanie wskazujące na pewność** lekarza, że ma do czynienia z ofiarą przemocy (podczas gdy na poprzednich etapach procedury mówi się jedynie o „**podejrzeniu**”).

MOŻLIWE SPOSOBY DZIAŁANIA – ZASOBY I OGRANICZENIA

ZASOBY:

- **W zależności od specyfiki placówki** (otwarta vs zamknięta, prywatna vs publiczna, specjalizująca się w zdrowiu psychicznym vs fizycznym), pracownicy służby zdrowia mają mniej lub bardziej rozwinięte możliwości działania:
 - **W szpitalach** funkcjonują określone **procedury działania**, które wytyczają kolejne kroki interwencji i zgłoszenia sprawy odpowiednim służbom. Sytuacja pobytu w szpitalu daje też pracownikom służby zdrowia **więcej czasu i środków, aby zweryfikować** podejrzenia o przemoc w rodzinie.
 - **W przychodniach, placówkach otwartych** pracownicy narażeni są na **większe ograniczenia** działania. O ile są do tego podstawy zdrowotne, mogą oni postarać się o skierowanie pacjenta do szpitala na **obserwację/badania**. Jest to traktowane zarówno jako sposób na weryfikację podejrzeń o przemoc w rodzinie, jak i prowizoryczna metoda odseparowania ofiary od sprawcy i tym samym zapewnienia jej bezpieczeństwa.
- Niezależnie od typu placówki, niektórzy z respondentów podkreślali, że **współpraca z pacjentem i jego rodziną** (otwarte informowanie o postępowaniu i jego motywach, brak nadwyrażania zaufania do pracowników ochrony zdrowia, itp.) jest niezwykle ważna we wszystkich etapach działania i może efektywnie przyczynić się do rozwiązania problemu przemocy.

OGRANICZENIA:

- Podobnie jak w poprzedniej grupie z przedstawicielami ochrony zdrowia, respondenci zwracali uwagę, że gdy pacjentem jest **dziecko, nie ma możliwości porozmawiania z nim na osobności**. W przypadku dorosłych pacjentów może być to również trudne (szczególnie, gdy osoba towarzysząca stawia wyraźny opór), jednak **prawo do obecności osoby bliskiej jest prawem pacjenta, a nie tej osoby**. Jeśli więc pacjent da tylko sygnał, że chce zostać sam, pracownik ochrony zdrowia może interweniować i wyprosić osobę towarzyszącą z pomieszczenia.
- Wydaje się też, że silnie **hierarchiczna struktura** szpitali (zarówno formalna, jak i nieformalna – lekarze vs personel medyczny, itp.) **nie sprzyja współpracy** pracowników ochrony zdrowia, **która ułatwiałaby weryfikację pojawiających się podejrzeń** (np. dzielenie się nimi, wymianę doświadczeń i uwag o danym przypadku).

II. Ocena i modyfikacja istniejącego narzędzia

Celem drugiej części wywiadu było zrozumienie czy z perspektywy pracowników ochrony zdrowia istniejące narzędzie (stworzone z myślą o policji) może być przydatne i jakim modyfikacjom musi być poddane, aby odpowiadać specyficie ich pracy.

W tym wywiadzie, część druga została rozbudowana kosztem pierwszej w celu uzyskania od respondentów listy przykładowych pytań do kwestionariusza szacowania ryzyka. Powodem takiej decyzji moderatora, była specyfika tej grupy zawodowej, która (szczególnie pracownicy szpitali) deklaruje posiadanie względnie jasnych i zadowolających procedur postępowania, jednak wydaje się nie korzystać z nich dość często. Wprowadzenie kwestionariusza szacowania ryzyka mogłoby mieć realny wpływ na weryfikowanie pojawiających się wątpliwości i podejmowanie decyzji o interwencji.

OCENA IDEI I FORMY ISTNIEJĄCEGO NARZĘDZIA

Podobnie jak podczas poprzednich wywiadów, osoby badane **pozytywnie oceniły ideę** stworzenia narzędzia z uwzględnieniem specyfiki ich zawodu (m.in. miejsca pracy – otwarta vs zamknięta, prywatna vs publiczna placówka).

Wśród **uwag krytycznych dotyczących treści** narzędzia stworzonego z myślą o policji, znalazło się zastrzeżenie dotyczące sformułowania: „Czy sprawca ma zaburzenia psychiczne, **leczy lub leczył się psychiatrycznie?**”.

Sformułowanie to zostało odebrane (szczególnie przez osoby związane z ochroną zdrowia psychicznego) jako **wiktyimizujące** osoby chore psychicznie, które poddają się leczeniu („karanie za podjęcie leczenia”). Równocześnie, wśród respondentów panowała zgoda, że zaburzenia psychiczne (a także: zaburzenia osobowości) mogą być uznawane za **istotny czynnik ryzyka** zaistnienia przemocy w rodzinie.

Przedstawiciele ochrony zdrowia wyrazili także zaniepokojenie, że powstające narzędzie stanie się tylko kolejnym „papierem” do wypełnienia, zwiększającym **obciążenia biurowe** (już teraz postrzegane jako zbyt duże). Dlatego postulowali, aby było to raczej **narzędzie pomocnicze**, które można dołączyć do **karty pacjenta** w razie potrzeby zweryfikowania swoich wątpliwości, niż obowiązkowy punkt wizyty.

KWESTIONARIUSZ SZACOWANIA RYZYKA – WAŻNE PYTANIA

Uwagi dotyczące budowy narzędzia, które pojawiły się w czasie wywiadu:

- Podobnie jak podczas innych wywiadów, respondenci postulowali stworzenie **dwóch kart** (kwestionariuszy szacowania ryzyka), uwzględniających **specyfikę wieku pacjenta**:
 - dla **dzieci** (osób niepełnoletnich),
 - dla **osób dorosłych**.

Poniżej przedstawiono **przykładowe pytania**, które zostały roboczo sformułowane podczas wywiadu grupowego. Zostały one podzielone ze względu na **rodzaj działania**, które podejmują pracownicy ochrony zdrowia, aby zweryfikować podejrzenie o sytuacji przemocy w rodzinie:

- **Badanie lekarskie** – ocena stanu zdrowia pacjenta:
 - Czy podczas badania pacjenta zauważono zmiany wskazujące na **urazy nieprzypadkowe**?
 - Czy **historia pacjenta** wskazuje na częste **powtarzanie się urazów** mechanicznych?
- **Wywiad** z pacjentem/rodziną:
 - Czy przeprowadzony z pacjentem/opiekunem **wywiad** jest **spójny i wiarygodny**?
 - Czy podane przez pacjenta/opiekuna **okoliczności zdarzenia** są **wiarygodne**?
- **Obserwacja zachowania** pacjenta:
 - Czy zachowanie pacjenta jest **adekwatne** do sytuacji badania i jego wieku?
 - Czy pacjent przejawia niechęć/**obawę przed wypisaniem** do domu? Czy bezpośrednio przed wypisem pojawiają/ nasilają się u niego objawy chorobowe?
 - Czy pacjent przejawia **zachowania agresywne**?
 - Czy pacjent przejawia **skłonności autodestrukcyjne** (np. do samookaleczenia)?
 - Czy u pacjenta można zaobserwować nadmierne **wycofanie/lęk/poczucie winy**?
 - Czy pacjent **boi się mówić**/odpowiadać na pytania?
 - Czy pacjent przejawia nadmierną **nieufność**/nadmiernie **tłumi emocje**?
 - Czy pacjent przejawia **potrzebę nadmiernego kontrolowania** sytuacji?
- Obserwacja zachowania **osób towarzyszących** pacjentowi (ich relacji):
 - Jaki jest **stopień zależności** pacjenta? W jakim stopniu jest on **samodzielny**?
 - Czy osoba towarzysząca pacjentowi/opiekun przejawia **chęć nadmiernego kontrolowania** sytuacji? Czy nie chce zostawić pacjenta sam na sam z pracownikiem ochrony zdrowia? Czy nie dopuszcza do głosu pacjenta, sama odpowiadając na pytania lekarza/pielęgniarki?

W PRZYPADKU DOROSŁYCH – oprócz powyższych, dodatkowo pojawiły się pytania:

- Czy u pacjenta występuje zauważalna **wyuczona bezradność**?
- Czy pacjent usilnie stara się **uniknąć kontaktów** z innymi?
- Czy pacjent przejawia **brak pewności siebie**/zdecydowania?



Projekt realizowany w ramach programu Obywatele dla Demokracji, finansowanego z Funduszy EOG.

