

Przemoc domowa wobec kobiet

Celina Łepecka-Klusek¹, Agnieszka K. Pawłowska-Muc², Grażyna Stadnicka³,
Anna B. Pilewska-Kozak¹

¹ Katedra i Klinika Ginekologii i Endokrynologii Ginekologicznej, Uniwersytet Medyczny, Lublin

² Ośrodek Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych, Radomski Szpital Specjalistyczny im. dr Tytusa Chałubińskiego w Radomiu

³ Samodzielna Pracownia Umiejętności Położniczych, Uniwersytet Medyczny, Lublin

Łepecka-Klusek C, Pawłowska-Muc AK, Stadnicka G, Pilewska-Kozak AB. Przemoc domowa wobec kobiet. Med Og Nauk Zdr. 2015; 21(4): 408–413. doi: 10.5604/20834543.1186915

Streszczenie

Wprowadzenie. W każdej społeczności na świecie żyją kobiety, które doświadczyły w swoim życiu aktów przemocy. Media dość często przekazują informacje o nich, niekiedy jednak zbyt późno, czyli w sytuacji, gdy doszło już do utraty życia czy zdrowia.

Cel pracy. Ukazanie zjawiska przemocy domowej wobec kobiet jako wciąż aktualnego, trudnego do zdiagnozowania i rozwiązania problemu.

Skrócony opis stanu wiedzy. Przemoc domowa wobec kobiet nie może być niedostrzegana. W opracowaniu zdefiniowano pojęcia: przemoc, przemoc w rodzinie i przemoc wobec kobiet. Omówiono zakres i formy przemocy oraz skalę zjawiska w Polsce, stwierdzając, że jest trudne do oszacowania. Podkreślono, iż przemoc najczęściej odbywa się w zamkniętym kręgu rodziny, czyli bez świadków. Omówiono rolę pracowników medycznych, w tym pielęgniarek i położnych, w profilaktyce przemocy i identyfikowaniu kobiet krzywdzonych.

Podsumowanie. Istnieje potrzeba opracowania skuteczniejszych programów prewencyjnych, aktualizacji wiedzy i większego zaangażowania pracowników medycznych (również pielęgniarek i położnych) wobec zmieniających się rozwiązań prawnych. Skuteczne przeciwdziałanie, także rozwiązywanie problemu przemocy domowej wobec kobiet, wymaga korzystania z różnych obszarów wiedzy i umiejętności. Konieczna jest zatem współpraca zespołów interdyscyplinarnych, tj. przedstawicieli służb, instytucji i organizacji wchodzących w ich skład.

Słowa kluczowe

przemoc domowa, kobiety krzywdzone, zapobieganie przemocy

WSTĘP

Zjawisko przemocy występuje w różnych dziedzinach życia. Ludzkości towarzyszy od zarania dziejów. Rozpatrywana jest przez wiele dyscyplin naukowych, między innymi psychologię, pedagogikę, prawo, medycynę, socjologię, filozofię. Dodatkowo zakłada interdyscyplinarną współpracę specjalistów wielu resortów. Aktualnie jest w Polsce jednym z ważniejszych problemów nie tylko medycznych, ale i społecznych. Prawdopodobnie przemoc to zjawisko dość powszechne [1, 2], jakkolwiek trudne do rzeczywistego oszacowania, gdyż często ma miejsce w zamkniętym kręgu rodziny (bez świadków). Zazwyczaj jest ono ukrywane, a ofiary (w tym kobiety) ujawniają wstydlivy dla nich problem dopiero w obliczu bezpośredniego zagrożenia życia lub zdrowia [2]. Warto zauważyć, iż krzywdzone kobiety sporadycznie zwracają się o pomoc do innych osób. Często cierpią w samotności, pełne obaw, lęku, w poczuciu winy i wstydu, również bezsilności [3]. Z różnych powodów kobiety, chronią sprawców, obawiając się ujawnienia ich danych personalnych [4].

Z piśmiennictwa wynika, że coraz większa liczba kobiet krzywdzonych decyduje się wywoływać dyskusje na temat przemocy i przeciwdziałać jej, jakkolwiek częściej w ochronie innych, a nie siebie. Jest to o tyle korzystne, gdyż przemoc nie skończy się sama, a pierwszym krokiem do jej zaniechania

jest zerwanie ze złą milczenia [1, 2, 5, 6]. Potrzeba jednak czasu i wysiłku różnych służb pomocowych, aby sytuacja ta zmieniła się na korzyść kobiet zagrożonych i doświadczających przemocy [2, 5, 6].

Pracownicy medyczni, w tym także pielęgniarki i położne, powinni pełnić ważną rolę w działaniach profilaktycznych i edukacyjnych, dotyczących zjawiska przemocy w rodzinie. Zobowiązani są również do ujawniania kobiet krzywdzonych, a także bezwzględnego i skutecznego reagowania na wszelkie akty przemocy [7].

CEL PRACY

Celem pracy było ukazanie zjawiska przemocy domowej wobec kobiet jako wciąż aktualnego, trudnego do zdiagnozowania i rozwiązania problemu.

MATERIAŁ I METODY

Uniwersytecką bazę danych przeszukano przy użyciu haseł: *przemoc domowa, przemoc wobec kobiet, kobiety krzywdzone, zapobieganie przemocy*. Przeszukanie ograniczono do prac w języku polskim, opublikowanych w ostatnich piętnastu latach. Wyłoniono 43 pozycje piśmiennictwa, z czego wykorzystano 26. W opracowaniu wykorzystano także trzy doniesienia ze strony internetowej, dwa dokumenty Światowej Organizacji Zdrowia oraz dwa przepisy prawne.

Adres do korespondencji: Celina Łepecka-Klusek, Katedra i Klinika Ginekologii i Endokrynologii Ginekologicznej, Uniwersytet Medyczny w Lublinie, Al. Racławickie 23, 20-904 Lublin
e-mail: cklusek@onet.pl

Nadesłano: 19 marca 2014; zaakceptowano do druku: 17 września 2015

Wyjaśnienie użytych w opracowaniu pojęć

Przemoc

W dostępnym piśmiennictwie można spotkać wiele różnych definicji przemocy (ang. *violence*). Według *Nowego słownika języka polskiego* jest to przewaga, wykorzystywana w celu narzucenia komuś swojej woli, wymuszenia czegoś na kimś lub bezprawnego narzucenia komuś swojej władzy [8]. Inni określają ją jako każde zachowanie, które powoduje powstanie szkody (fizycznej, psychicznej, seksualnej) [9]. Jeszcze inni definiują ją po prostu jako wykorzystywanie siły i/lub władzy w celu krzywdzenia innych [10].

Przemoc w rodzinie

Temat przemocy w rodzinie jest dość często poruszany zarówno w mediach, jak i w publikacjach naukowych. Piśmiennictwo definiuje ją różnorako. W świetle zapisu znowelizowanej w 2010 roku *Ustawy z dnia 29 lipca 2005 roku o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie* (Dz. U. Nr 180 poz. 1493 z późn. zm.) jest to jednorazowe albo powtarzające się umyślne działanie lub zaniechanie, naruszające prawa lub dobra osobiste osób najbliższych (w rozumieniu art. 115 § 11 *Kodeksu karnego*), a także innych wspólnie mieszkających lub gospodarujących. Działania narażają te osoby na niebezpieczeństwo utraty życia i/lub zdrowia, naruszają ich godność osobistą, nietykalność cielesną, wolność (w tym seksualną), powodują szkody na ich zdrowiu fizycznym lub psychicznym, a także cierpienia i krzywdy moralne [11]. Jaworska i wsp. dodają, iż przemoc w rodzinie zawsze jest zamierzona i wykorzystuje przewagę sił [3]. Rada Europy natomiast definiuje ją jako jakikolwiek czyn lub zaniechanie ze strony jednego przedstawiciela rodziny wobec innych jej członków, które zagrażają życiu, cielesnej bądź psychicznej integralności lub wolności innego członka [...] lub poważnie szkodzą rozwojowi jego osobowości [12].

Przemoc domowa

Przemoc domowa to działania lub rażące zaniechania dokonywane przez jednego z członków rodziny przeciwko pozostałym, wykorzystujące istniejącą lub stworzoną przez okoliczności przewagę sił lub władzy, które powodują u nich szkody lub cierpienie, godzą w ich prawa lub dobra osobiste, a w szczególności w ich życie lub zdrowie [13]. Jej istotą może być także pokaz i wykorzystywanie siły bądź władzy w taki sposób, aby nie krzywdził on innych członków rodziny [14]. Melibruda sądzi, iż paradoksalnie za przemocą kryje się niemoc bądź obawa przed nią. Przemocy dopuszczają się ci, którzy są słabi, bądź boją się własnego osłabienia [15].

Przemoc domowa ma miejsce jest w sferze prywatnej, zazwyczaj pomiędzy osobami pozostającymi w związkach partnerskich. Jest ona kwalifikowana jako przestępstwo, najczęściej dokonywane przez mężczyzn na kobietach [16].

FORMY PRZEMOCY DOMOWEJ WOBEC KOBIEC

Przemoc wobec kobiet przybiera różne formy. Sprawcami najczęściej są mężowie, partnerzy lub konkubenci, którzy znęcają się nad nimi. Ze względu na rodzaj działania w piśmiennictwie wyróżnia się kilka jej form – przemoc fizyczną, psychiczną, ekonomiczną oraz seksualną [1, 3, 17, 18]. Inne formy wyodrębnia Raport Światowej Organizacji Zdrowia (*World Health Organization*, WHO) z 2002 roku. Należą do nich [19]:

- użycie siły fizycznej pod postacią formy lżejszej i ciężkiej
- nadużycia psychiczne, do których zalicza przemoc werbalną
- przemoc seksualna
- zachowania kontrolujące i ograniczające wolność partnera.

Przemoc fizyczna jest intencjonalnym zachowaniem, niosącym ryzyko uszkodzenia ciała [18]. WHO określa ją wprost – jako policzkowanie, bicie, popychanie, duszenie lub atak z bronią [20]. Sasal natomiast podaje, że wiąże się ona z naruszeniem ciała drugiej osoby, czego wynikiem mogą być zranienia. Często pozostawia po sobie ślady na ciele, które powstały w wyniku uderzeń [21]. Według Pietruszki przemoc fizyczna rzadko występuje sama, lecz powiązana jest z innymi formami [22]. Zwykle towarzyszy jej przemoc psychiczna. Pod jej wpływem ofiara jest w stanie nieustającego nękania. Jej siłę i determinację w działaniu pochłania konieczność ukrywania złości, lęku, strachu czy łez, które również należą do przejawów wyśmiewanych i karanych przez sprawców [2].

Przemoc psychiczna to zachowania agresywne, wywołujące atmosfery kontroli, stresu i napięcia. Mają one na ogół charakter poniżający lub budzący poczucie zagrożenia. Należą do nich: zawstydzanie, stała krytyka, narzucanie własnych poglądów, zamykanie, kontrolowanie i ograniczanie kontaktu z otoczeniem, wyśmiewanie poglądów, pochodzenia, wyznania, wyzywanie i upokarzanie. Ponadto grożenie, szantażowanie i domaganie się posłuszeństwa, ograniczanie snu i dostępu do pożywienia [16]. Inni autorzy traktują ją jako werbalne lub niewerbalne groźby użycia przemocy wobec osoby lub tego, co do niej należy [23]. Postępowanie takie ma na celu, według Kulczyńskiej i wsp., pozbawienie ofiary zaufania do siebie i własnych kompetencji w różnych obszarach życia. Obejmuje przymus, groźby, zastraszanie i wykorzystywanie emocjonalne. Przybiera różne formy, także m.in. wmawianie choroby psychicznej [18]. Do przemocy psychicznej zalicza się również szantaż emocjonalny (formę manipulacji), polegający na groźbach, w przypadku jeśli ofiara nie zrobi tego, czego sprawca sobie życzy [24]. Z czasem ofiary zmieniają o sobie zdanie, stają się coraz mniej skuteczne w obronie swoich praw, tracą szacunek do siebie [25].

Przemoc ekonomiczna (materialna) to między innymi uniemożliwianie dostępu do rodzinnych środków finansowych, a przez to zaspokajania materialnych potrzeb rodziny; zmuszanie do pracy bądź zabranianie jej podjęcia [16]. Jedną z jej form jest niepłacenie alimentów i innych zasądzonych świadczeń – zobowiązań. W takiej sytuacji ofiara staje się zależna od partnera i szczególnie podatna na przemoc innego typu [18]. Inni autorzy dodają jeszcze odbieranie zarobionych pieniędzy i niszczenie określonych dóbr materialnych [1].

Przemoc seksualna polega na zmuszaniu osoby do aktywności seksualnej wbrew jej woli, jak również na kontynuowaniu aktywności seksualnej, gdy osoba nie jest w pełni świadoma tego, co ją czeka, lub ma obawy dotyczące danego zachowania seksualnego. Przymus może polegać na bezpośrednim użyciu siły fizycznej, ale także na groźbach jej użycia. Występuje ona również z fizycznym i psychicznym znęcaniem się [18]. WHO definiuje przemoc seksualną jako zmuszanie do stosunku lub zastraszanie, że w razie odmowy partner może posunąć się do upokarzających czynów [20]. Majewska i wsp. twierdzą, że jest to, między innymi, wymuszenie pożycia seksualnego oraz innych praktyk seksualnych

w relacji intymnej [16]. Według jeszcze innych autorów jest to zmuszanie do określonych zachowań i kontaktów seksualnych (zmuszanie do oglądania filmów, zdjęć pornograficznych, dopuszczanie się gwałtu) [1].

Przemoc seksualna narusza nie tylko granice psychologiczne człowieka, ale również jego sferę intymności. Jest ona najbardziej krzywdząca ze wszystkich aktów przemocy, skupia bowiem dwa komponenty – psychiczny i fizyczny [26]. Niekiedy występowanie przemocy w tym samym związku definiuje się jako znęcanie się/maltretowanie (*battering*) [9].

SKALA ZJAWISKA

Podejmowane w Polsce interwencje w rodzinie dotkniętej przemocą odbywają się poprzez tzw. procedurę *Niebieskiej Karty* [27]. Aktualne statystyki natomiast udostępniane są na stronie internetowej Komendy Głównej Policji [28]. W tabeli nr 1 zestawiono kilka danych za lata 2012–2014.

Tabela 1. Interwencje w rodzinach dotkniętych przemocą – dane za rok 2012–2014

Analizowane cechy	Rok 2012	Rok 2013	Rok 2014
Liczba interwencji ogółem	51292	61047	77808
Liczba nowo wszczętych procedur	44146	50934	63467
Liczba interwencji, przy wcześniej wszczętej procedurze	7146	10113	14341
Ogólna liczba ofiar przemocy	76993	86797	105332
Liczba dorosłych kobiet	50241	58310	72786
Liczba dorosłych mężczyzn	7580	9233	11491
Liczba małoletnich	19172	19254	21055
Ogólna liczba osób podejrzewanych o przemoc	51 531	61 450	78 489
Liczba podejrzewanych kobiet	3522	4440	5301
Liczba podejrzewanych mężczyzn	47728	56755	72791
Liczba podejrzewanych nieletnich	281	255	397
Ogólna liczba podejrzewanych pod wpływem alkoholu	31387	37650	50073
Liczba kobiet	1005	1289	1969
Liczba mężczyzn	30333	36327	48055
Liczba nieletnich	49	34	49
Liczba dzieci umieszczonych w rodzinie zastępczej, dalszej rodzinie, placówce opiekuńczej	527	426	346

Opracowanie własne na podstawie danych Komendy Głównej Policji [28].

W roku 2014 (w porównaniu do 2013 i 2012) wzrosła ogólna liczba ofiar przemocy, ogólna liczba osób podejrzanych o przemoc, a także osób będących w czasie podejrzanego czynu pod wpływem alkoholu. Najczęstszymi ofiarami przemocy były kobiety, a sprawcami mężczyźni. Zmniejszyła się natomiast liczba dzieci umieszczonych w rodzinie zastępczej, dalszej rodzinie lub placówce opiekuńczej.

W Polsce około 35% kobiet doświadczyło w swoim życiu przemocy, głównie ze strony partnera. Rocznie doznaje jej około 800 tysięcy, co daje ponad 2 tysiące dziennie. Jednakże zawiadomienie o popełnieniu przestępstwa składa tylko około 30% ofiar [18].

Podejmowanie interwencji w środowisku wobec rodziny dotkniętej przemocą nie wymaga zgody ofiary [7]. Wspomniana procedura *Niebieskiej Karty* wszczynana jest

w sytuacji, gdy np. pracownik socjalny pomocy społecznej, przedstawiciel gminnej komisji ds. rozwiązywania problemów alkoholowych, funkcjonariusz policji, przedstawiciel oświaty czy ochrony zdrowia ma podejrzenie o stosowaniu przemocy wobec członków rodziny. Może też nastąpić w wyniku zgłoszenia przez członka rodziny lub osobę, będącą świadkiem zdarzenia. Ponadto każdy polski obywatel, dowiedziawszy się o popełnieniu przestępstwa (a nawet podejrzeniu jego popełnienia), ma społeczny obowiązek zawiadomić o tym policję lub prokuratora [2].

MEDYCZNE I PSYCHOSPOŁECZNE KONSEKWENCJE

Konsekwencje doświadczania przemocy domowej przez kobiety dzielą się na medyczne, psychologiczne i społeczne [5]. Inny podział to: konsekwencje bezpośrednie (zdrowotne), odległe (problemy psychiczne) oraz głębokie, wykraczające poza zdrowie i szczęście jednostek, wpływające na pomyślność społeczności [9]. Według Raportu WHO z 2002 roku konsekwencje zdrowotne przemocy w związku dzielą się na fizyczne, psychologiczne i seksualne, obejmujące sferę reprodukcyjną oraz te, które kończą się śmiercią [19].

Ofiary przemocy dość często doświadczają ostrych i chronicznych problemów zdrowotnych, związanych z powikłaniami: chirurgicznymi, neurologicznymi, kardiologicznymi, gastrologicznymi, także ginekologicznymi. Podstawowym, bezpośrednim skutkiem zdrowotnym są uszkodzenia fizyczne ciała, powstałe w następstwie pobić. Zalicza się do nich: zranienia, otarcia, obrzęki, krwiaki, oparzenia, blizny, złamania kości [18]. Ofiary doznają również niekiedy poważnych uszkodzeń głowy (wstrząśnienia mózgu, pęknięcia podstawy czaszki), które zagrażają ich życiu. Ponadto funkcjonowanie w ciągłym stresie i bezpośredniego zagrożenia może wywołać lub zaostrzyć różne choroby, np. nerwicę, chorobę wrzodową żołądka i dwunastnicy, kamicę żółciową, choroby kardiologiczne, infekcyjne, zaburzenia miesiączkowania [3, 9, 18]. Doświadczanie przemocy w okresie ciąży często wkiła jej przebieg oraz zwiększa ryzyko urodzenia dziecka o niskiej masie urodzeniowej [20].

Ofiary przemocy dość często doświadczają zaburzeń snu i odżywiania, napadów lęku, myśli i/lub prób samobójczych, chwiejności emocjonalnej, zaburzeń koncentracji i uwagi, zaostrzeń objawów psychotycznych [3, 16, 18]. Dwa razy częściej mają problemy alkoholowe [20]. Zdarza się też, że sięgają (a nawet nadużywają) innych środków psychoaktywnych [16, 18].

Przemoc psychiczna jest dla zdrowia psychicznego tak samo obciążająca jak fizyczna. U kobiet, które wielokrotnie jej doświadczają, istnieje większe ryzyko pojawienia się zaburzeń psychicznych [18]. Może też dojść do syndromu kobiety bitej, wyuczony bezradności czy pojawienia się tzw. teorii przetrwania [16].

Kobiety, będące ofiarami przemocy, zmagają się z jej konsekwencjami zdrowotnymi nawet wiele lat po zakończeniu związku, w którym jej doświadczają [18].

PROFILAKTYKA I WYKRYWANIE – ROLA PRACOWNIKÓW MEDYCZNYCH

Funkcjonariusze sektora publicznego, w tym przedstawiciele ochrony zdrowia (lekarz, pielęgniarka, położna, ratownik medyczny), mają możliwość oraz obowiązek interwencji

w sytuacji przemocy. Często to oni są pierwszymi osobami, do których ofiara zwraca się o pomoc [11, 18]. Dlatego też powinni posiadać wiedzę na temat przemocy wobec kobiet, tj. wiedzę o przyczynach, formach, objawach oraz sposobach szybkiego i skutecznego reagowania, powinni też umieć poinformować o profesjonalnej pomocy i wsparciu. Potrzebne jest im to do rozpoznawania czynników ryzyka, a tym samym do ochrony kobiet przed krzywdzeniem [2, 7].

Oprócz lekarzy i ratowników medycznych, którzy dość często mają do czynienia z ofiarami przemocy, są także pielęgniarki i położne rodzinne, pielęgniarki ratunkowe, chirurgiczne oraz położne pracujące w oddziałach ginekologiczno-położniczych [5]. Zgodnie z kompetencjami zobowiązane są one do ogólnej oceny stanu zdrowia i badania fizykalnego kobiety, podczas którego mogą dostrzec symptomy krzywdzenia [7]. To od nich, między innymi, oczekuje się, iż w przypadku zaistniałych przesłanek potrafią podjąć skuteczne, bezpieczne i zgodne z prawem działania interwencyjne [2, 7].

Przemoc fizyczna wydaje się najczęstszą formą przemocy domowej wobec kobiet, z jaką spotykają się pracownicy medyczni (w tym pielęgniarki i położne) podczas wykonywania obowiązków służbowych. Najwięcej trudności sprawia im identyfikacja przyczyn występowania objawów, ze względu na brak spójności między informacjami uzyskanymi podczas wywiadu z obrazem klinicznym [5]. Niemniej szczegółowy wywiad odgrywa znaczącą rolę w diagnozowaniu problemu, zwłaszcza w sytuacji, gdy ofiary chcą ukryć prawdziwą przyczynę urazów [5].

Obok diagnostyki i leczenia skutków przemocy domowej wobec kobiet ważna jest w działaniach pracowników medycznych profilaktyka i edukacja. Szczególną rolę przypisuje się pielęgniarkom i położnym rodzinnym, których specyfika pracy ułatwia identyfikację rodzin, zagrożonych tą patologią [5]. Wiele informacji o rodzinie uzyskują one podczas wizyt domowych, np. realizowanych w ramach świadczeń gwarantowanych po urodzeniu dziecka [2, 5, 29]. Poznając zwyczaje, przyjęty system wartości, kulturę, a także warunki życia rodziny, są w stanie wcześniej rozpoznać jej potrzeby, otoczyć ją wsparciem (szczególnie informacyjnym i emocjonalnym) oraz podjąć działania prewencyjne i edukacyjne [5, 29, 30].

Wizyta domowa pracownika medycznego daje kobiecie możliwość uzyskania informacji na temat wsparcia specjalistycznego i instytucjonalnego [5]. Jest to o tyle ważne, iż ofiary przemocy często potrzebują ich nie tylko w okresie ostrego kryzysu, lecz znacznie dłużej [18]. W Polsce są miejsca, gdzie kobieta krzywdzona może uzyskać je. Aktualną (dość bogatą) listę organizacji i instytucji świadczących bezpłatne porady oraz profesjonalną pomoc można znaleźć na stronach internetowych [31]. Jeśli nie doszło jeszcze do krzywdzenia, ale istnieje takie prawdopodobieństwo, instytucją mogącą podjąć działania profilaktyczne jest ośrodek pomocy społecznej, działający w tej kwestii na mocy *Ustawy z dnia 29 lipca 2005 roku o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie* (Dz. U. Nr 180, poz. 1493 z późn. zm.) [11]. Ustawę tę powinni też znać i stosować się do jej zaleceń wszyscy pracownicy ochrony zdrowia. Jest ona bowiem najważniejszym aktem prawnym, który wraz z innymi aktami wykonawczymi, przedstawia kolejność postępowania w przypadku rozpoznania przemocy oraz obowiązek zgłaszania poprzez procedurę *Niebieskiej Karty* [2, 7, 27].

Pracownicy medyczni powinni posiadać umiejętności komunikacyjne, w tym umieć uważnie słuchać, okazywać

zainteresowanie problemami kobiety, utrzymywać kontakt wzrokowy i stwarzać właściwą przestrzeń, aby mogła się wypowiedzieć. Ważną cechą w komunikacji jest tzw. słuchanie empatyczne oraz porozumiewanie niewerbalne, czyli *mowa – język ciała*. Należy przy tym oceniać zgodność wyrazu twarzy z tym, co mówi, gestykulację, odległość i ton głosu [18]. Posiadanie tych cech oraz uprzywilejowany dostęp do wiedzy o warunkach życia kobiet są bardzo pomocne w rozpoznawaniu przemocy [29]. Ponadto efektywna komunikacja to także podstawowy element procesu pomagania. Wytyczne w sprawie prowadzenia rozmowy z ofiarą przemocy zawiera *Raport WHO z 2013 roku* [20]. Zaleca on, aby osoby zatrudnione w placówkach opieki zdrowotnej były w tej kwestii przeszkolone. Ponadto powinna być możliwość konsultacji, dostępne i ściśle określone procedury postępowania z ofiarami przemocy oraz zapewniony system świadczeń pomocowych, gdzie można kierować kobiety. W przypadkach przemocy seksualnej szczególnie ważny jest system długofalowego wsparcia.

Przegląd piśmiennictwa pobudza do refleksji nad tym, czy i w jaki sposób można w placówkach medycznych poprawić skuteczność rozpoznawania przemocy domowej wobec kobiet. Kukliński i wsp. proponują stosowanie standardowej listy pytań, kierowanych do pacjentek, ułatwiających postawienie diagnozy; prowadzenie systematycznych szkoleń z zakresu przeciwdziałania przemocy, w tym analizę objawów i chorób mogących świadczyć o jej występowaniu; opracowanie dokumentacji medycznej i sposobu jej prowadzenia w przypadku wykrycia; sporządzenie wykazu lokalnych placówek, z którymi można i trzeba współpracować; rozpowszechnianie materiałów informacyjnych o przemocy nie tylko domowej wobec kobiet [18]. Warto jednak zauważyć, iż prewencja i identyfikacja kobiet krzywdzonych to odpowiedzialne i trudne zadanie, wymagające od pracowników medycznych dyskrecji i delikatności oraz ciągłego doskonalenia się w tym zakresie. Od ich wiedzy bowiem, zaangażowania, troski i empatii zależy w pewnym sensie los kobiet – ofiar przemocy domowej.

PODSUMOWANIE

Przeciwdziałanie przemocy domowej wobec kobiet nie może opierać się na działalności tylko jednej instytucji. Dopiero wspólna praca funkcjonariuszy publicznych (policji, ochrony zdrowia, pomocy społecznej także instytucji pozarządowych) może przynieść pożądane efekty, gdyż każdy z nich ma nieco inne, wynikające z zawodowych kompetencji zadania w zakresie diagnozy, pomagania i wsparcia.

Z badań wynika, że członkowie zespołów interdyscyplinarnych mają pewne niedostatki wiedzy z zakresu procedur postępowania z ofiarami przemocy, obowiązujących przepisów prawa czy kompetencji i uprawnień członków innych służb. Być może dlatego pracownicy ochrony zdrowia tylko w niewielkim stopniu angażują się w taką działalność. Świadczy o tym fakt, iż w 2012 roku przekazali oni do zespołów interdyscyplinarnych najmniejszą liczbę *Niebieskich Kart* (268 na ogólną szacunkową liczbę 26401) [6]. Jakubowska-Winecka natomiast twierdzi, że personel medyczny zwykle nie zagłębia się w problemy osobiste ofiar, motywując to niechęcią do ingerowania w prywatne sprawy pacjentek. Postawy takie mogą przyczyniać się do ukrywania i pomniejszania rangi problemu, w wyniku czego sprawcy

czynu unikają kar lub otrzymują minimalne [32]. Według danych statystycznych, opublikowanych w 2015 roku w Internecie, 86% sprawców przemocy wobec kobiet w naszym kraju otrzymuje wyroki w zawieszeniu [33].

Zarówno Światowa Organizacja Zdrowia, jak i niektórzy autorzy podkreślają pilną potrzebę wzmocnienia działań zespołów interdyscyplinarnych w zakresie zapobiegania przemocy domowej i niesienia skutecznej pomocy jej ofiarom [5, 18, 20]. Można mieć nadzieję, że w ten sposób poprawi się sytuacja życiowa wielu kobiet, nie tylko doświadczających już krzywdzenia.

PIŚMIENNICTWO

- Michalska K, Jaszczak-Kuźmińska D. Przemoc w rodzinie. W: Jaszczak-Kuźmińska D, Michalska K. (red.). Przemoc w rodzinie wobec osób starszych i niepełnosprawnych. Poradnik dla pracowników pierwszego kontaktu. Warszawa: Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej; 2010: 7–32.
- Biskupska M. Przeciwdziałanie przemocy w rodzinie – rola profesjonalistów podstawowej opieki zdrowotnej. *Now Lek*. 2013; 82(3): 246–252.
- Jaworska E, Lorenc E. (red.) Przemoc wobec kobiet w rodzinie. Warszawa: Centrum Praw Kobiet; 2007.
- Herzberger S D. Przemoc domowa. Perspektywa psychologii społecznej. Warszawa: PARPA; 2002: 69.
- Leoniuk K, Nowakowska H, Sobczak K. Zadania pielęgniarki w systemie przeciwdziałania przemocy domowej. *Probl Pielę*. 2013; 21(3): 397–402.
- Mazurczak A, Olczyk M, Olszewska A, Płatek M, Sękowska-Kozłowska K, Spurek S, i wsp. W: Trociuk S. (red.). Przeciwdziałanie przemocy wobec kobiet, w tym kobiet starszych i z niepełnosprawnościami. Analiza i zalecenia. Warszawa: Biuro Rzecznika Praw Obywatelskich; 2013.
- Janiuk E. Problem przemocy w rodzinie w praktyce położnej. W: Wojtal M, Żurawicka D, (red.). Wybrane aspekty opieki pielęgniarskiej i położniczej w różnych specjalnościach medycyny. Tom 1. Opole: Wydawnictwo Instytut Śląski Sp. z o. o.; 2013: 42–52.
- Drabik L, Gałązka A, Jaxa-Małachowska M, Kłosińska A, Łodzińska A, Salata A, i wsp., W: Sobol E, (red.). Nowy słownik języka polskiego. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN; 2002: 778.
- Makara-Studzińska M, Grzywa A, Turek R. Przemoc w związkach między kobietą a mężczyzną. *Post Psychiatr Neurol*. 2005; 14(2): 131–136.
- Pilszyk A. Obraz psychopatologiczny sprawcy przemocy w rodzinie. *Psychiatr Pol*. 2007; 51 (6): 827–836.
- Ustawa z dnia 29 lipca 2005 roku o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie (Dz. U. z 2005 r., Nr 180 poz. 1493 z późn. zm.).
- Rada Europy, Rekomendacja nr R(85)4: Przemoc w rodzinie, przyjęta na posiedzeniu Komitetu Ministrów w dniu 26.03.1986; za: Przemoc w rodzinie a wymiar sprawiedliwości. Warszawa: Centrum Praw Kobiet; 2005: 9.
- Mellibruda J. Wybrane problemy patologii życia rodzinnego. W: Strelau J. (red.). Psychologia. Podręcznik akademicki. Jednostka w społeczeństwie i elementy psychologii stosowanej. Gdańsk: Wydawnictwo GWP; 2002: 755.
- Szpringer M, Laurman-Jarząbek E, Drapała A. Profilaktyka uzależnień i przemocy w rodzinie. Diagnostyka i propozycje rozwiązań systemowych w środowisku lokalnym, Kielce: Wydawnictwo Akademia Świętokrzyska; 2005: 37.
- Mellibruda J. Istotą przemocy jest sprawowanie kontroli. *Świat Problemów* 2005; 2: 4–7.
- Majewska E, Kukowska M. Przemoc wobec kobiet w rodzinie i relacjach intymnych. Podstawowe informacje. Warszawa: Amnesty international. Sekcja Polska 2005.
- Piotrowska J, Synakiewicz A. Dość milczenia. Przemoc seksualna wobec kobiet i problem gwałtu w Polsce. Warszawa: Fundacja Femioteka; 2011: 10.
- Kulczyńska S, Wrona G. Przewodnik dla pracowników ochrony zdrowia. Warszawa – Kraków: Wydawnictwo Instytut Łukasiewicza na zlecenie Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych; 2013.
- World Health Organization. World report of violence and health. Brussels; 2002.
- WHO, Department of Reproductive Health and Research, London School of Hygiene and Tropical Medicine, South African Medical Research Council. Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual Violence. World Health Organization 2013.
- Sasal HD. Przewodnik dla procedury interwencji wobec przemocy w rodzinie. Warszawa: Wydawnictwo PARPA; 2005: 28–29.
- Pietruszka M. Przemoc – wyzwanie dla świata. *Niebieska Linia* 2002, nr 6.
- Stożek M. Przemoc w rodzinie. Zapobieganie w świetle przepisów prawa. Warszawa: Instytut Psychologii i Zdrowia, Polskie Towarzystwo Psychologiczne; 2009: 22.
- Forward S, Frazie D. Szantaż emocjonalny, przekład Trzebiatowska M. Gdańsk; GWP; 2005: 12.
- Pilewska -Zajac B. Przemoc w rodzinie. *Świat problemów*. Warszawa 2011, 2 (217): 8.
- Rode D. Gwałt w związku małżeńskim. *Chowanna*. Tom I (24), Katowice: Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego; 2005: 51.
- Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 13 września 2011 r. w sprawie procedury Niebieskiej Karty oraz wzorów formularzy Niebieska Karta (Dz. U. z 2011 r., Nr 209, poz.1245).
- Przemoc w rodzinie. <http://statystyka.policja.pl/st/wybrane-statystyki/przemoc-w-rodzinie/50863>, Przemoc-w-rodzinie.html (dostęp: 2015.03.15).
- Wojdyła Z, Żurawicka D, Zimnowoda M. Przemoc wobec dzieci. W: Wojtal M, Żurawicka D. (red.). Wybrane aspekty opieki pielęgniarskiej i położniczej w różnych specjalnościach medycyny. Tom 2. Opole: Wydawnictwo Instytut Śląski Sp. z o.o.; 2014: 8–17.
- Warowny M. Diagnostyka i interwencja w przypadku przemocy w rodzinie wyzwaniami dla położnej środowiskowo-rodzinnej. *Położ Nauka Prakt*. 2011; 315: 48–52.
- Gdzie szukać pomocy? <http://www.niebieskalinia.pl/pomoc/gdzie-szukac-pomocy> (dostęp: 2015.03.15).
- Jakubowska-Winecka A. Grzechy zaniechania. Zaburzenia psychosomatyczne u ofiar przemocy domowej. *Niebieska Linia* 2005; nr 3.
- Durda R, Wrona G, Nadażdin D, de Arana S, Piotrowska J. Polak tłucze żonę? Niech tłucze! Od tradycji Europy wara, http://wyborcza.pl/magazyn/1,143016,17297710,Polak_tlucze_zone__Niech_tlucze__Od_tradycji_Europie.html Gazeta Wyborcza/ wyborcza.pl z dnia 24.01.2015. (dostęp: 2015.03.15).

Domestic violence against women

■ Abstract

Introduction. In every community in the world there live women who have experienced acts of violence in their life. The media quite often provide information about them, however, sometimes too late or in a situation where loss of life or health has already occurred.

Objective. The aim of the study was to show the phenomenon of domestic violence against women as a perennial problem, difficult to be diagnosed and solved.

Brief description of the state of knowledge. Domestic violence against women cannot be ignored. The following terms were defined in the study: violence, domestic violence and violence against women. The scope and forms of violence and the scale of this phenomenon in Poland are discussed, formulating the opinion that the phenomenon is difficult to be realistically assessed. It was emphasized that it usually happens within the closed circle of a family, that is, without witnesses. The role of medical staff, including nurses and midwives, in the prevention and detection of abused women is discussed.

Conclusion. There is a need for developing more effective prevention programmes, updating knowledge and a greater involvement of medical staff, including nurses and midwives, in view of the changing legal solutions. Effective prevention, as well as solving the problem of domestic violence against women, requires the use of various areas of knowledge and skills. Cooperation is therefore necessary between interdisciplinary teams, i.e. the representatives of services, institutions and organizations under their structures.

■ Key words

domestic violence, abused women, violence prevention