

# Medyczne i psychologiczne skutki przemocy w rodzinie jako problem zdrowia publicznego

## Medical and psychological effects of domestic violence as a public health problem

KATARZYNA ŁUKOWSKA

Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych w Warszawie

Problematyka przemocy w rodzinie zyskuje w Polsce coraz więcej uwagi, zarówno w wymiarze prawnym, psychologicznym, jak i zdrowotnym. Niestety wciąż zbyt mało jest badań i opracowań ukazujących skutki przemocy z perspektywy czynnika pogarszającego zdrowie. Zamieszczony w artykule przegląd kluczowych konsekwencji zdrowotnych przemocy w rodzinie pozwala spojrzeć na to zjawisko, jako istotne zagrożenie zdrowia publicznego i poważne wyzwanie dla ekspertów tej dziedziny. Publikacja akcentuje także udział systemu ochrony zdrowia w przeciwdziałaniu przemocy domowej, omawiając zadania tej służby w kontekście obowiązujących regulacji prawnych.

**Słowa kluczowe:** przemoc w rodzinie, kobiety – ofiary przemocy, zdrowie, zdrowie publiczne

The issue of domestic violence in Poland is gaining more and more attention in terms of law, psychology and health. Unfortunately there is still an insufficient amount of research and studies presenting the effects of domestic violence as a factor deteriorating general health condition. The review of the key health consequences of domestic violence presented in the article allows us to look at this phenomenon as a significant threat to public health and a serious challenge for experts in this field. The publication also emphasizes the participation of the health care system in preventing domestic violence, describing the tasks of this service in terms of binding legal regulations.

**Key words:** domestic violence, battered women, health, public health

© Hygeia Public Health 2018, 53(1): 24-30

www.h-ph.pl

Nadesłano: 11.08.2017

Zakwalifikowano do druku: 15.12.2017

**Adres do korespondencji / Address for correspondence**

mgr Katarzyna Łukowska

Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych

ul. Al. Jerozolimskie 155, 02-326 Warszawa

tel. 601 407 411, e-mail: katarzyna.lukowska@parpa.pl

## Wprowadzenie

Jeszcze w latach 60. XX w. przemoc w rodzinie nie była traktowana jako problem istotny dla społeczeństwa, dziś natomiast jest postrzegana jako zagrożenie zdrowia publicznego i stanowi przedmiot jego uwagi i troski [1]. Przeciwdziałanie przemocy jest jednym z celów zawartych w Narodowym Programie Zdrowia Publicznego (NPZP) na lata 2016-2020, a także ma osobno dedykowany dokument: Krajowy Program Przeciwdziałania Przemocy w Rodzinie [2, 3]. Coraz powszechniejsze jest rozumienie, że doświadczanie przemocy domowej poważnie zakłóca biologiczne, psychiczne i społeczne funkcjonowanie osób krzywdzonych, a więc trzy wymiary zdrowia wskazane w definicji WHO [4]. Przemoc jest diagnozowana zarówno w badaniach populacyjnych, jak i w próbach klinicznych [5]. Powoduje ogromne koszty obciążające sektor publiczny i prywatny. Należą do nich m.in. koszty pracy policji, pomocy społecznej, w tym utrzymanie schronisk, zaangażowanie wymiaru sprawiedliwości,

nie tylko w sprawy karne, ale również w sprawy rodzinne i cywilne, a także świadczenia podstawowej i specjalistycznej opieki zdrowotnej. Próba ewaluacji kosztów Narodowego Funduszu Zdrowia w Wielkiej Brytanii dowodzi, że wydaje on 3% swojego budżetu na leczenie tylko obrażeń fizycznych spowodowanych przemocą domową (raport obejmował koszty przemocy domowej wobec kobiet i mężczyzn) [6]. Bezpośrednia estymacja do wartości zrealizowanych w 2015 r. kosztów polskiego Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ) dałaby kwotę ponad 2 mln PLN [7]. Koszty te należałoby powiększyć o kwoty wydatkowane na leczenie zaburzeń o charakterze psychicznym oraz na te, o podłożu psychosomatycznym. Z psychologicznego punktu widzenia przemoc w rodzinie, to chroniczna sytuacja traumatyczna, a długotrwały stres poprzez obniżenie odporności organizmu może prowadzić do różnych chorób somatycznych.

Wychodząc zatem z perspektywy zdrowia publicznego, którego treścią jest umacnianie zdrowia

ludności oraz rozpoznawanie i monitorowanie jego uwarunkowań [2, 8], użytecznym wydaje się pytanie, na czym polega ta współzależność między przemocą w rodzinie, a stanem zdrowia w odniesieniu do jednostki i społeczności oraz, w jaki sposób sektor zdrowia może zwiększyć swój udział w ograniczeniu tego zjawiska. Jakkolwiek w działaniach na rzecz zdrowia publicznego uczestniczą instytucje rządowe, samorządowe i pozarządowe, to ze względu na ramy niniejszej pracy poglądowej zdecydowano się skoncentrować na systemie opieki zdrowotnej. Z tych samych względów ograniczono przegląd tylko i wyłącznie do kobiet – ofiar przemocy partnerskiej, wyłączając z analiz problematykę krzywdzenia dzieci oraz osób starszych. Istotnym argumentem przemawiającym za wyborem tej właśnie grupy ofiar są dane epidemiologiczne, zgodnie z którymi w krajach UE ok. 1/3 kobiet doświadczyła przemocy domowej w ciągu całego swojego dotychczasowego życia [9]. Nieco wyższy wskaźnik został ustalony w Polsce. Niemal 2/5 badanych kobiet (39%) zdarzyło się choć raz doświadczyć którejkolwiek z form przemocy [10]. Dziewięć na dziesięć ofiar przemocy domowej w krajach UE to kobiety [11]. Niniejszy przegląd oparto głównie na literaturze anglojęzycznej i danych gromadzonych w krajach innych niż Polska. W Polsce nie gromadzi się żadnych systematycznych danych na temat współwystępowania przemocy wobec kobiet i ich problemów zdrowotnych, niewiele jest także badań, które podejmowały ten temat wieloaspektowo [12]. Tam gdzie było to możliwe, odwoływano się do krajowych statystyk i zrealizowanych projektów badawczych.

### Definicja przemocy i jej rodzaje

Z perspektywy piśmiennictwa psychologicznego stworzenie precyzyjnej i możliwej do powszechnego zaakceptowania definicji przemocy domowej stanowi duże wyzwanie. Jedne definicje są zbyt wąskie i pomijają wiele przemocowych zachowań, inne zaś są zbyt szerokie i w praktyce niemożliwe do zastosowania. Przykładem definicji pierwszego rodzaju jest propozycja Archera i Browna [13], którzy ujmują przemoc jako ‘posługiwanie się siłą fizyczną w celu uszkodzenia albo zniszczenia osób lub własności’. Z kolei do kategorii definicji zbyt szerokich należy definicja Gila [14] określająca przemoc, jako ‘działania i warunki, które uniemożliwiają spontaniczne rozwijanie się wewnętrznego potencjału człowieka, wrodzonego ludzkiego dążenia do samorealizacji’. Udaną próbę zdefiniowania przemocy, oddającą jej istotę natury psychologicznej, podjął Mellibruda [15]. Według tego badacza przemoc:

- to intencjonalne działania sprawcy, którego celem jest kontrolowanie i podporządkowanie ofiary;
- narusza prawa lub dobra osobiste;

- uniemożliwia samoobronę osoby krzywdzonej;
- powoduje ból i cierpienie;
- istnieje dysproporcja sił między ofiarą i sprawcą.

Definicja ta dostarcza precyzyjnych wskaźników, które poprzez ich operacjonalizację, umożliwiają przygotowanie konkretnych pytań do diagnozy zjawiska przemocy w rodzinie. Takie ‘robotyczne’ ujęcie przemocy ma szczególne znaczenie dla praktyków, którzy potrzebują klarownych definicji pomagających im zaklasyfikować konkretne zachowania do kategorii przemocy w rodzinie, a nie np. konfliktu małżeńskiego [16]. To rozróżnienie jest ważne dla dalszego rodzaju wsparcia, pomocy psychologicznego i ewentualnej interwencji prawnej.

Literatura dokonuje klasyfikacji przemocy stosowanej wobec osób dorosłych najczęściej ze względu na jej cztery rodzaje: 1. przemoc fizyczną, 2. psychiczną/emocjonalną, 3. seksualną i 4. ekonomiczną. Zdecydowana większość badań koncentruje się jednak głównie na analizie pierwszych trzech form i jednocześnie potwierdza ich współwystępowanie w różnych konstelacjach. W polskich badaniach zrealizowanych na zlecenie Ministerstwa Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej (MRPiPS), gdzie przedmiotem analiz były cztery rodzaje przemocy, aż 95% badanych kobiet – ofiar przemocy, doświadczyło więcej niż jednego rodzaju przemocy, a 59% wszystkich czterech [17]. Z kolei w badaniach hiszpańskich ustalono, że wszystkie kobiety, które atakowano fizycznie cierpiały także z powodu przemocy psychicznej. Co trzecia kobieta z tej grupy doświadczała przemocy seksualnej ze strony swoich partnerów [18]. Generalne analiza badań diagnozujących rozpowszechnienie poszczególnych form przemocy domowej pokazuje, że przemoc fizycznej najczęściej towarzyszy przemoc psychiczna oraz w 1/3-1/2 przypadków także przemoc seksualna [19]. Zdarza się jednak i tak, że kobiety doświadczają tylko przemocy psychicznej, która w świetle badań ma tak samo szkodliwy wpływ na zdrowie, jak fizyczne ataki [18, 20]. Coker i wsp. ustalili, że wśród kobiet doświadczających przemocy z strony swoich partnerów, 25% doświadczało tylko przemocy emocjonalnej [20]. Bedyńska i wsp. w powoływanych wyżej badaniach MRPiPS, przyglądając się częstotliwościom poszczególnych rodzajów przemocy odkryli, że najczęściej stosowaną formą jest właśnie przemoc psychiczna i jednocześnie badane kobiety uznały tę formę za najbardziej dotkliwą [17]. Mellibruda twierdzi, że każda przemoc jest psychiczna, ponieważ istotą każdej formy przemocy jest sprawowanie kontroli psychicznej. Służą temu różne oddziaływania natury psychologicznej takie, jak: wywoływanie strachu i zagrożenia, niszczenie poczucia własnej wartości i godności, uzależnianie od siebie w aspekcie emocjonalnym (uczucia, myśli i zachowania ofiary zaczynają zależeć od tego, co zrobi lub czego nie zrobi sprawca) [21].

## Wpływ przemocy na zdrowie psychiczne i fizyczne

Przemoc domowa jest szczególnym rodzajem wiktyimizacji ze względu na swoją powtarzalność i ciągłość. Ofiary przemocy w rodzinie są zwykle wielokrotnie narażane na zranienia. Zgromadzone dotychczas badania są zgodne co do tego, że znaczącymi konsekwencjami przemocy wobec kobiet, zarówno tymi krótkoterminowymi, jak i odległymi w czasie, są zaburzenia fizyczne i psychiczne ich zdrowia [22]. Doznawanie przemocy jest powiązane z wysokim wskaźnikiem korzystania z opieki medycznej, większą liczbą dni spędzanych w łóżku z powodu choroby oraz częstszym występowaniem poważnym i przewlekłych chorób w porównaniu z grupą kobiet bez przemocy [23, 24].

Konsekwencje zdrowotne można analizować w podziale na trzy grupy: 1. bezpośrednie konsekwencje doznanej przemocy fizycznej, 2. osłabienie zdrowia fizycznego w wyniku długotrwałej traumy, w tym zaburzenia psychosomatyczne oraz 3. zaburzenia zdrowia psychicznego.

Podstawowym, bezpośrednim skutkiem przemocy są uszkodzenia ciała w wyniku ataku fizycznego; są to najczęściej siniaki, otarcia, urazy głowy, które z kolei mogą powodować powikłania neurologiczne, a także złamania. Respondentki w polskich badaniach, pytane o formy przemocy fizycznej, najczęściej wskazywały na popychanie, szarpanie, rzucanie w nie przedmiotami oraz kopanie i uderzanie pięścią [17, 25]. Katalog przewlekłych dolegliwości powiązanych z przemocą jest długi i złożony. Obejmuje on takie schorzenia, jak: bóle reumatyczne, bóle pleców, problemy krążeniowo-sercowe, w tym nadciśnienie, problemy żołądkowo-jelitowe, ginekologiczne, infekcje pęcherza moczowe, alergie, a także bóle głowy i migreny [20, 22-24, 26]. Jedne z interesujących badań przeprowadzono porównując ofiary przemocy i osoby niebędące ofiarami pod względem nasilenia objawów związanych z klimakterium. Kobiety mające za sobą doświadczenie krzywdzenia fizycznego osiągały znacząco wyższe wyniki w teście mierzącym objawy menopauzalne. Jedną z miar było także występowanie osteoporozy [26]. Polskie respondentki oceniały swój ogólny stan zdrowia jako przeciętny, natomiast pytane o objawy psychosomatyczne występujące w czasie ostatnich kilku miesięcy najczęściej wymieniały częste bóle brzucha (80% wskazań), częste bóle głowy (77%), trudności z zasypianiem albo wybudzanie się w nocy (71%). Połowa skarżyła się na kołatanie serca [17].

Nie do końca są rozpoznane dokładne drogi wpływu przemocy na zdrowie somatyczne, na pewno należy do nich stan chronicznego stresu, który obniża wydajność systemu immunologicznego, a także może prowadzić do zaburzeń o charakterze psychosoma-

tycznym. Jednak zwraca się także uwagę na związany z sytuacją stresu psychologicznego ryzykowny styl życia ofiar (palenie papierosów, sięganie po substancje psychoaktywne, niewłaściwa dieta, np. nieregularne jedzenie posiłków, brak odpowiedniej ilości snu) [27].

Dobrze udokumentowany jest wpływ przemocy na zdrowie i funkcjonowanie psychiczne ofiar. Rozpowszechnienie zaburzeń psychicznych jest znacząco większe wśród kobiet, które doświadczają przemocy w porównaniu do tych, które nie mają takich doświadczeń (odpowiednio 49 i 19,6%) [22]. W przeprowadzonej metaanalizie badań, głównie wykonanych w USA, Golding ustalił średnie rozpowszechnienie zaburzeń natury psychicznej wśród maltretowanych kobiet. W kolejności występowania są to: zespół stresu pourazowego (*posttraumatic stress disorder* – PTSD) (63,8%), depresja (47,6%), nadużywanie alkoholu (18,5%), próby samobójcze (17,9%) i używane narkotyków (8,9%) [28]. Do listy tej, w świetle wielu innych ustaleń badawczych, należy dopisać także zaburzenia lękowe. Zwykle lokują się one w kolejności po PTSD i stanach depresyjnych [5, 18].

Dosyć częste używanie substancji psychoaktywnych przez maltretowane kobiety jest prawdopodobnie próbą łagodzenia nieprzyjemnych stanów emocjonalnych takich, jak: lęk, depresja czy bezsilność oraz tymczasową ucieczką od zagrażającej rzeczywistości. Osoba krzywdzona może zacząć używać alkoholu do regulowania swoich własnych stanów emocjonalnych, a sporadyczne picie alkoholu może zamienić się w uzależnienie. W przypadku kobiet z diagnozą PTSD możliwym mechanizmem motywującym do picia jest wyciszenie jego symptomów: intruzywnych wtargnięć i objawów pobudzenia oraz unikanie bodźców skojarzonych z traumą. Kilpatrick i wsp. W badaniach wykazali, że używanie substancji psychoaktywnych przez kobiety doznające przemocy może być zarówno czynnikiem ryzyka dla, jak i efektem, pojawienia się PTSD [29]. W badaniach populacyjnych rozpowszechnienie PTSD w grupie kobiet – ofiar przemocy wynosi 45-84% [30].

W badaniach Bedyńskiej i wsp. – 37,6% kobiet – ofiar przemocy wskazało na występowanie objawów PTSD. Ustalono także dodatnie i dosyć silne związki między częstotliwością poszczególnych czterech form przemocy, a nasileniem PTSD. Im częściej respondentki doświadczały poszczególnych rodzajów przemocy, tym większe nasilenie PTSD zgłaszały, a zależność ta była najsilniejsza dla przemocy psychicznej [17].

PTSD rzadko kiedy jest samodzielnie występującym i jedynym symptomem, zwykle współwystępuje z depresją, zaburzeniami lękowymi i nadużywaniem substancji psychoaktywnych, a więc mimo największego rozpowszechnienia, nie może być wystarczającą kategorią do opisu stanu psychologicznego ofiar.

Diagnostując rozpowszechnienie PTSD w grupie osób, które przeżyły inny rodzaj wydarzeń traumatycznych, niezwiązanych z relacjami międzyludzkimi, wykazano zdecydowanie niższy wskaźnik PTSD w tej grupie, w porównaniu z grupą kobiet – ofiar przemocy domowej [30]. Przemoc w rodzinie jest zatem silniej powiązana z PTSD niż inne rodzaje traum. Polki doznające przemocy, pytane o natężenie różnych psychologicznych konsekwencji doświadczania przemocy w rodzinie, najczęściej wskazywały na obniżenie się poczucia własnej wartości oraz pojawienie się negatywnych emocji: wstydu, winy i lęku oraz depresji. Powyżej środka skali znalazło się także wycofanie z kontaktów społecznych [17]. Wśród psychologicznych charakterystyk ofiar przemocy, będących konsekwencją doznawanego krzywdzenia, badacze i klinicyści wymieniają także niskie poczucie własnej wartości, skłonność do poczucia winy i syndrom wyuczzonej bezradności [31-33]. Przejawia się on w deficytach poznawczych (przekonanie ofiar, że nie mają żadnej kontroli nad swoim życiem), emocjonalnych (ofiary przemocy stają apatyczne i depresyjne) oraz motywacyjnych (ofiary stają się bierne i zrezygnowane, nie podejmują skutecznych działań, aby zmienić swoją sytuację, koncentrują się na przetrwaniu tu i teraz). Wyuczona bezradność jest z kolei związana ze specyficznym i nieprzystosowawczym w tej sytuacji stylem atrybucyjnym, w którym krzywdzone kobiety przypisują odpowiedzialność za przemoc swoim stałym cechom i zachowaniom, co nieuchronnie prowadzi do poczucia winy i bezradności [33]. Z kolei izolacja społeczna opisywana u ofiar przemocy jest zwykle efektem kontroli ze strony sprawcy, który pozbawia kobietę źródeł wsparcia, ogranicza jej kontakty z przyjaciółmi i rodziną, używając do tego szantażu, karania, krytykowania i poniżania zarówno jej, jak i ważnych dla niej osób.

Zdecydowana większość badaczy eksplorując wnikliwiej zależności między częstotliwością i natężeniem przemocy a stanem zdrowia zgadza się co do tego, że im częściej kobiety doznają przemocy i im ta przemoc jest intensywniejsza, tym stan zdrowia, w różnych aspektach i przy stosowaniu różnych narzędzi pomiaru, jest gorszy [18]. Cassardi i O’Leary odkryli wysoką korelację między depresją i poczuciem własnej wartości, a częstotliwością i natężeniem przemocy; wraz ze wzrostem częstości i nasilenia ataków, objawy depresji się zwiększały, a samoocena spadała [34]. W dużym populacyjnym badaniu przeprowadzonym w Nowej Zelandii ustalono, że porównaniu z kobietami, które nie doświadczają przemocy fizycznej ze strony swoich partnerów, ofiary przemocy partnerskiej częściej konsultowały się z lekarzami w czasie ostatnich 4 tygodni z powodu jakiejś choroby. Kobiety, które były narażone na poważną przemoc fi-

zyczną były ponad 2-krotnie częściej hospitalizowane w czasie ostatnich 12 miesięcy w porównaniu z grupą bez przemocy. Dodatkowo porównania z grupą kobiet niebędących ofiarami przemocy dowiodły, że kobiety doświadczające umiarkowanego natężenia przemocy fizycznej (*moderate*) – 2,5-krotnie częściej zgłaszały obecne występowanie symptomów emocjonalnego dystresu i myśli samobójczych w ciągu swojego życia, zaś te, które doznawały ciężkiej przemocy fizycznej (*severe*), informowały o tych objawach prawie 4-krotnie częściej [35]. Zatem chociaż nie można na podstawie badań korelacyjnych ustalać zależności przyczynowo-skutkowych, to rozpoznane w tym badaniu silne związki i różnice między natężeniem przemocy (umiarkowana i silna) vs. brak przemocy oraz zaburzeniami zdrowia, popierają tezę o wpływie przemocy na pogorszenie się zdrowia u ofiar.

Już sama tylko przemoc emocjonalna wystarczy, aby spowodować szkody zdrowotne. Analizując związki pomiędzy poszczególnymi rodzajami przemocy ustalono, że nie ma różnic w nasileniu objawów depresyjnych, stanów lękowych, PTSD oraz myśli samobójczych pomiędzy dwiema grupami badanych kobiet – ofiar przemocy fizycznej i psychicznej i ofiar tylko przemocy psychicznej. Jednocześnie obydwie te grupy osiągały wyższe wyniki na skalach mierzących wspomniane objawy w porównaniu z kobietami, które nie doświadczały przemocy. Natomiast, jeśli nadużyciom fizycznym i emocjonalnym lub tylko emocjonalnym, towarzyszyła przemoc seksualna, to zwiększało się nasilenie objawów depresji [18]. Wyniki te są dowodem na to, że przemoc emocjonalna jest tak samo szkodliwa dla zdrowia, jak fizyczna, stanowiąc osobny i równie silny predyktor i wymaga takiej samej uważności i wnikliwej diagnozy ze strony badaczy i klinicystów.

Najbardziej dramatyczną konsekwencją przemocy jest zabójstwo. 66% kobiet, które zostały zabite przez swojego obecnego lub byłego partnera doświadczało przemocy, a połowa z nich szukała pomocy medycznej w związku z pobiciem [1]. Badania WHO z 2013 r. wskazują, że 38% kobiet, które pada ofiarą zabójstwa, traci życie z rąk swoich mężów lub partnerów [12]. W Polsce statystyki na ten temat próbowała zgromadzić Gruszczyńska, która oszacowała, że rocznie śmierć w wyniku przemocy ponosi ok. 150 kobiet [25]. Jednak rzetelne oszacowanie liczby kobiet, które w Polsce każdego roku tracą życie lub zdrowie z ręki męża lub partnera w związku intymnym jest niemożliwe ze względu na brak wiarygodnego rejestru gromadzącego takie dane.

## Przemoc a system ochrony zdrowia

Należy patrzeć na zjawisko przemoc domowej, jak na znaczący i udokumentowany, co potwierdzają

przywołane tu badania, czynnik ryzyka dla różnych chorób i dolegliwości. Lekarska diagnoza, i ta podstawowa i specjalistyczna, powinna obejmować szerszy kontekst funkcjonowania pacjenta, w tym wypadku sytuację rodzinną [36]. Pomaganie ofiarom przemocy musi wykraczać poza obszar wymiaru sprawiedliwości, tym bardziej, że maltretowane kobiety mogą szukać pomocy u lekarza wcześniej, zanim trafią do pomocy społecznej czy Policji. Polski ustawodawca rozumiejąc rolę ochrony zdrowia w rozpoznawaniu przypadków przemocy włączył ją do systemu przeciwdziałania przemocy w rodzinie [37]. W systemie tym od lat promowane jest podejście interdyscyplinarne, jako forma współpracy między służbami, które w ramach wykonywanych zadań mogą stykać się z problematyką przemocy. Należą do nich także przedstawiciele ochrony zdrowia.

Stworzenie warunków umożliwiających podjęcie takiej współpracy było jednym z zasadniczych celów nowelizacji Ustawy o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie [37], która wprowadziła pracę w formule zespołów interdyscyplinarnych i grup roboczych. Te pierwsze są powoływane przez wójtów/burmistrzów i mają charakter strategiczny, bo do ich zasadniczych zadań należy realizacja działań określonych w gminnych programach przeciwdziałania przemocy w rodzinie (art. 6 ust. 2 Ustawy), uchwalanych w każdej gminie w Polsce oraz integrowanie i koordynowanie działań podmiotów i specjalistów zaangażowanych w przeciwdziałanie przemocy w rodzinie na terenie gminy. W składzie zespołów interdyscyplinarnych została przewidziana obecność przedstawicieli ochrony zdrowia, poza pomocą społeczną, gminną komisją rozwiązywania problemów alkoholowych, Policją, oświatą, organizacjami pozarządowymi i kuratorami sądowymi. Natomiast w „celu rozwiązywania problemów związanych z wystąpieniem przemocy w rodzinie w indywidualnych przypadkach”, zespół powołuje grupę roboczą, która z poziomu operacyjnego organizuje pomoc dla konkretnej rodziny [36]. W skład grup roboczych, obok przedstawicieli pomocy społecznej, gminnej komisji rozwiązywania problemów alkoholowych, Policji i oświaty, wchodzi także reprezentanci ochrony zdrowia. Obligatoryjnie przewidziany prawem udział przedstawiciela sektora zdrowia w pracach zarówno zespołów, jak i grup, podkreśla znaczenie tej służby w minimalizowaniu negatywnych konsekwencji zdrowotnych, jakie przemoc wywołuje u osób krzywdzonych, a z punktu widzenia prawa, może też mieć znaczenie dla zebrania materiału dowodowego w zakresie zdrowotnych skutków przemocy.

Ochrona zdrowia została także wskazana wśród czterech innych podmiotów upoważnionych do posługiwania się procedurą ‘Niebieskiej Karty’ [37]. Zatem lekarz, pielęgniarka, położna, ratownik medyczny,

a także inne osoby reprezentujące ochronę zdrowia w sytuacji, w której podejrzewają przemoc w rodzinie mają obowiązek uruchomić procedurę poprzez wypełnienie stosowanego formularza ‘Niebieskiej Karty’, która ostatecznie zostaje przekazana właśnie do grupy roboczej.

Analiza aktywności ochrony zdrowia w obszarze przeciwdziałania przemocy domowej udowadnia, że samo nałożenie obowiązków jest niewystraszające. W 2016 r. w ogólnej liczbie założonych ‘Niebieskich Kart’, te uruchomione przez system ochrony zdrowia stanowiły 0,6% (w skali kraju było ich zaledwie 607). Pozostałe służby: oświata oraz gminne komisje, które w tym samym czasie, co ochrona zdrowia uzyskały kompetencje w zakresie posługiwania się procedurą ‘Niebieskiej Karty’, wykazują się większą aktywnością, odpowiednio 5,7 i 5,9% [38]. We wspomnianych już badaniach Bedyńskiej i wsp. żadna z 500 objętych badaniami kobiet nie wskazała ochrony zdrowia, jako instytucji uruchamiającej ‘Niebieską Kartę’, a tylko 4% potwierdziło obecność lekarza lub pielęgniarki choćby raz na spotkaniu grupy roboczej/zespołu interdyscyplinarnego. Jednocześnie, co piąta ofiara obecnie lub w przeszłości kontaktowała się z placówką opieki zdrowotnej w związku z problemem przemocy w rodzinie [17]. Twierdząca odpowiedź na to pytanie oznacza u osób badanych już pewną świadomość istniejącego związku między stanem zdrowia a przemocą i intencjonalne poszukiwanie pomocy u lekarzy. Odsetek ten zapewne w rzeczywistości jest znacznie większy ponieważ kobiety szukają pomocy z powodu różnych dolegliwości bez rozumienia ich zależności od sytuacji chronicznego stresu.

Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych (PARPA) w swoich badaniach podjęła ciekawą próbę oceny postaw wobec przemocy i kompetencji w zakresie wiedzy psychologicznej, prawnej i w zakresie kontaktu z ofiarami przemocy, przedstawicieli różnych służb wchodzących w skład grup roboczych: policji, pomocy społecznej, kuratorów, przedstawicieli oświaty, ochrony zdrowia oraz gminnych komisji rozwiązywania problemów alkoholowych [39]. Najmniej pozytywne postawy zidentyfikowano u reprezentantów ochrony zdrowia oraz Policji. W odniesieniu zaś do obiektywnie badanych trzech obszarów kompetencji, najniższy poziom mieli respondenci reprezentujący sektor zdrowia. Uzyskane rezultaty pokazują, że poza obowiązkami nakładanymi prawnie potrzebny jest odpowiedni system szkoleń i motywacja.

Temat wzmacniania kompetencji wśród specjalistów w zakresie zdrowia psychicznego i pomocy społecznej podjął w swoim projekcie, obejmującym także respondentów z Polski, Lloyd i wsp. [40]. Pytając o potrzeby szkoleniowe ustalili, że uczestnicy projektu

chcą być lepiej przygotowani do rozpoznawania i reagowania na przypadki przemocy, a także chcą lepiej rozumieć, jak przemoc domowa łączy się ze zdrowiem psychicznym i na ile te związki mają charakter przyczynowy. Ewaluacja sesji szkoleniowych trwających 4-8 dni, pokazała wzrost przekonania w zakresie zdolności do identyfikowania problemu przemocy u klientów (z 44,6 do 56%). Zmniejszył się także odsetek tych, którzy uważali, że nie mają odpowiednich umiejętności, żeby rozmawiać o przemocy (spadek z 49,3 do 33,4%). Prawie o połowę zmniejszyła się także grupa tych, którzy określili się jako niezdolnych lub neutralnych w sprawie gromadzenia niezbędnych informacji w celu określenia przemocy, jako podstawowej przyczyny choroby pacjenta. Rezultatem projektu szkoleniowego był wzrost gotowości do zajmowania się problematyką przemocy domowej.

Środowiska naukowe wyposażone w wyniki badań postulują, aby personel medyczny identyfikował osoby doznające przemocy domowej, zarówno obecnie, jak i w przeszłości [40]. Doświadczenie przemocy pozostawia długotrwałe konsekwencje zdrowotne, nawet wtedy, kiedy przemoc już się skończyła [27]. Standardem powinny być rutynowe pytania o przemoc oraz znajomość objawów i dolegliwości mogących świadczyć o występowaniu przemocy, np. zgłaszanie dolegliwości o podłożu psychosomatycznym. W przypadku zaburzeń o charakterze psychicznym bezwzględnie należy badać wpływ kontekstu rodzinnego. Z kolei zadaniem dla podmiotów prowadzących placówki lecznicze jest organizacja odpowiednich szkoleń dla personelu. Dokonany przegląd badań, w których uczestniczyły zarówno kobiety doświadczające przemocy, jak i te żyjące w związkach wolnych od przemocy, pokazuje że średnio 35-99% z nich akceptuje pytania przesiewowe dotyczące przemocy [41]. Zgoda na tego rodzaju rozmowę jest chętniej wyrażana, jeżeli lekarz wytłumaczy cel pytań oraz uwzględni preferowany sposobu zbierania informacji; część kobiet woli rozmowę twarzą w twarz, a część wolałaby wypełnić kwestionariusz. Zestawienie badań eksplorujących akceptację dla tego rodzaju badań przesiewowych przez personel medyczny pokazuje duże zróżnicowanie w przedziale między 15 a 95% [41]. Różnice dotyczą zarówno krajów, jak i badanych specjalistów (w porównaniu z pielęgniarkami i położnymi, to lekarze byli bardziej skłonni do tego rodzaju badań przesiewowych), natomiast zwykle akceptacja zwiększa się po udziale w odpowiednim treningu przygotowującym do tego rodzaju procedury.

Wyniki przedstawionych w niniejszym artykule analiz mają ogromną wartość aplikacyjną dla organizatorów działań w zakresie zdrowia publicznego i powinny być przez nich uwzględniane przy podejmowaniu wysiłków na rzecz skutecznego minimalizowania szkód zdrowotnych wynikających z przemocy w rodzinie. Pierwszym krokiem do opracowania strategii w zakresie większego udziału ochrony zdrowia w przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie powinna być dobra, wieloaspektowa diagnoza, dotycząca motywacji i gotowości personelu medycznego do zajmowania się tym problemem u swoim pacjentów oraz zidentyfikowania postrzeganych przez nich barier. System przeciwdziałania przemocy w rodzinie potrzebuje zdecydowanie większej aktywności ze strony ekspertów, menadżerów oraz innych realizatorów polityki zdrowia publicznego, ponieważ jak wykazano wyżej, jest istotnym czynnikiem pogarszającym stan zdrowia człowieka i tym samym znaczącym kosztem systemu opieki zdrowotnej, który obciąża wszystkich podatników.

Wyniki przedstawionych w niniejszym artykule analiz mają ogromną wartość aplikacyjną dla organizatorów działań w zakresie zdrowia publicznego i powinny być przez nich uwzględniane przy podejmowaniu wysiłków na rzecz skutecznego minimalizowania szkód zdrowotnych wynikających z przemocy w rodzinie. Pierwszym krokiem do opracowania strategii w zakresie większego udziału ochrony zdrowia w przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie powinna być dobra, wieloaspektowa diagnoza, dotycząca motywacji i gotowości personelu medycznego do zajmowania się tym problemem u swoim pacjentów oraz zidentyfikowania postrzeganych przez nich barier. System przeciwdziałania przemocy w rodzinie potrzebuje zdecydowanie większej aktywności ze strony ekspertów, menadżerów oraz innych realizatorów polityki zdrowia publicznego, ponieważ jak wykazano wyżej, jest istotnym czynnikiem pogarszającym stan zdrowia człowieka i tym samym znaczącym kosztem systemu opieki zdrowotnej, który obciąża wszystkich podatników.

*Źródło finansowania: Praca nie jest finansowana z żadnego źródła.*

*Konflikt interesów: Autorzy deklarują brak konfliktu interesów.*

## Piśmiennictwo / References

1. Chrisler JC, Ferguson S. Violence against women as a public health issue. *Ann NY Acad Sci* 2006, 1087: 235-249.
2. Narodowy Program Zdrowia na lata 2016-2020. <http://www.mz.gov.pl/zdrowie-i-profilaktyka/narodowy-program-zdrowia/npz-2016-2020/> (02.08.2017).
3. Krajowy Program Przeciwdziałania Przemocy w rodzinie na lata 2014-2020. Załącznik do uchwały nr 76 Rady Ministrów z dnia 29 kwietnia 2014 r. (M.P. 2014 poz. 445) <http://isap.sejm.gov.pl/DetailsServlet?id=WMP20140000445> (10.08.2017).
4. Constitution of the WHO. [http://www.who.int/governance/eb/who\\_constitution\\_en.pdf](http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf) (26.07.2017).
5. Cocker AL, Smith PH, Thompson MP, et al. Social support protects against the negative effects of partner violence on mental health. *J Womens Health Gend Based Med* 2002, 11(5): 465-476.
6. Lelek-Kratiuk M, Pawłowski L. Koszty zdrowotne i społeczne przemocy domowej wobec kobiet. *PiS* 2012, 12(4): 21-45.
7. Sprawdzanie z działalności Narodowego Funduszu Zdrowia za 2015 rok. NFZ, Warszawa 2016. [http://www.nfz.gov.pl/gfx/nfz/userfiles/\\_public/bip/dzialalnosc\\_nfz/sprawozdania\\_z\\_dzialalnosci\\_nfz/sprawozdanie\\_z\\_dzialalnosci\\_narodowego\\_funduszu\\_zdrowia\\_za\\_2015\\_rok.zip](http://www.nfz.gov.pl/gfx/nfz/userfiles/_public/bip/dzialalnosc_nfz/sprawozdania_z_dzialalnosci_nfz/sprawozdanie_z_dzialalnosci_narodowego_funduszu_zdrowia_za_2015_rok.zip) (16.07.2017).
8. Wysocki MJ, Miller M. Paradygmat Lalonde'a, Światowa Organizacja Zdrowia i Nowe Zdrowie Publiczne. *Prz Epidemiol* 2003, 57: 505-512.
9. Violence against women: An EU – wide survey. European Union Agency for Fundamental Rights, Luxembourg 2014. <http://fra.europa.eu/en/publication/2014/violence-against-women-euwide-survey> (09.08.2017).

10. Diagnoza zjawiska przemocy w rodzinie w Polsce wobec kobiet i wobec mężczyzn. Część I – Raport z badań ogólnopolskich. Wyniki badań TNS OBOP dla Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej, Warszawa 2010. [http://www.mpips.gov.pl/gfx/mpips/userfiles/\\_public/1-2010\\_%20Raport-ogolnopolski\\_K-M\\_01-03-11.pdf](http://www.mpips.gov.pl/gfx/mpips/userfiles/_public/1-2010_%20Raport-ogolnopolski_K-M_01-03-11.pdf) (09.08.2017).
11. Gender Equality Index 2015 – Measuring gender equality in the European Union 2005-2012: Report. European Institute for Gender Equality <http://eige.europa.eu/sites/default/files/documents/mh0215616enn.pdf> (09.08.2017).
12. Stereotyp ponad prawem. Wymiar sprawiedliwości w sprawach o zabójstwa na tle przemocy w rodzinie. Centrum Praw Kobiet, Warszawa 2013. <http://monitoring.cpk.org.pl/wp-content/uploads/2016/02/Stereotyp-ponad-prawem-raport.pdf> (02.08.2017).
13. Archer J, Browne KD. Concept and approaches to the study of aggression. [in:] Human aggression: naturalistic approaches. Archer J, Browne KD (eds). Routledge, London 1989: 3-24.
14. Brown K, Herbert M. Zapobieganie przemocy w rodzinie. PARPA, Warszawa 1999.
15. Mellibruda J. Patrząc na przemoc. Świat Probl 1996, 5: 4-10.
16. Łukowska K. Postawy i kompetencje grup roboczych, jako kluczowy element w przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie. Praca magisterska. SWPS, Warszawa 2012.
17. Bedyńska S, Sędek G, Łukowska K i wsp. Ewaluacja lokalnego systemu przeciwdziałania przemocy w rodzinie – doświadczenia dotyczące sposobów pomagania i nasilenia stresu pourazowego (PTSD) z perspektywy osób dotkniętych przemocą w rodzinie. Raport z badania. SWPS, Warszawa 2013. [https://rownosc.info/media/uploads/ewaluacja\\_lokalnego\\_systemu\\_przeciwdzialania\\_przemocy\\_w\\_rodzinie\\_2013.pdf](https://rownosc.info/media/uploads/ewaluacja_lokalnego_systemu_przeciwdzialania_przemocy_w_rodzinie_2013.pdf) (05.08.2017).
18. Pico-Alfonso MA, Garcia-Linares MI, Celda-Navarro N, et al. The impact of physical, psychological and sexual intimate male partner violence on women's mental health: depressive symptoms, posttraumatic stress disorder, state anxiety and suicide. J Women Health 2006, 15(5): 599-611.
19. Saltzman LE, Green YT, Marks JS, Thacker SB. Violence against women as a public health issue: Comments from the CDC. Am J Prev Med 2000, 19(4): 325-329.
20. Coker AL, Smith PH, Bethea L, et al. Physical health consequences of physical and psychological intimate partner violence. Arch Fam Med 2000, 9(5): 451-457.
21. Mellibruda J. Przeciwdziałanie przemocy domowej. IPZ, Warszawa 2009.
22. Howard LM, Trevillion K, Agnew-Davies R. Domestic violence and mental health. Int Rev Psychiatry 2010, 22(5): 525-534.
23. Campbell JC, Lewandowski LA. Mental and physical health effects of intimate partner violence on women and children. Psychiatr Clin North Am 1997, 20(2): 353-374.
24. Ruiz-Pérez I, Plazaola-Castaño J, Del Río-Lozano M. Physical health consequences of intimate partner violence in Spanish women. Eur J Public Health 2007, 17(5): 437-443.
25. Gruszczyńska B. Przemoc wobec kobiet w Polsce. Aspekty prawnokryminologiczne. Wolters Kluwer, Warszawa 2007.
26. Moraes SDTA, Fonseca AM, Bagnoli VR, et al. Impact of domestic and sexual violence on women's health. J Hum Growth Dev 2012, 22(2): 253-258.
27. Campbell JC. Health consequences of intimate partner violence. Lancet 2002, 359(9314): 1331-1336.
28. Golding JM. Intimate partner violence as a risk factor for mental disorders: a meta-analysis. J Fam Violence 1999, 14(2): 99-132.
29. Kilpatrick DG, Acierno R, Resnick HS, et al. A 2-year longitudinal analysis of the relationships between violent assault and substance use in women. J Consult Clin Psychol 1997, 65(5): 834-847.
30. Sharhabani-Arzy R, Amir M, Kotler M, Liran R. The toll of domestic violence. PTSD among battered women in an Israeli sample. J Interpers Violence 2003, 18(11): 1335-1346.
31. Badura-Madej W, Dobrzyńska-Mesterhazy A. Przemoc w rodzinie. Interwencja kryzysowa i psychoterapia. UJ, Kraków 2000.
32. Walker LE. The battered women. Harper & Row, New York 1979.
33. Pospiszyl I. Przemoc w rodzinie. WSP, Warszawa 1994.
34. Cascardi M, O'Leary KD. Depressive symptomatology, self-esteem, and self-blame in battered women. J Fam Violence 1992, 7(4): 249-259.
35. Fanslow J, Robinson E. Violence against women in New Zealand: prevalence and health consequences. N Z Med J 2004, 117(1206): U1173.
36. Kluczyńska S, Wrona G. Lekarzu, reaguj na przemoc! Przewodnik dla pracowników ochrony zdrowia. Instytut Łukasiewicz, Warszawa-Kraków 2013.
37. Ustawa o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie (Dz.U. 2005 nr 180, poz. 1493).
38. Dane statystyczne gromadzone w ramach realizacji Krajowego Programu Przeciwdziałania Przemocy w Rodzinie na lata 2014-2020 za okres od 1 stycznia do 31 grudnia 2016 r., udostępnione przez Ministerstwo Rodziny Pracy i Polityki Społecznej.
39. Bedyńska S, Łukowska K. Postawy i kompetencje grup roboczych. Niebieska Linia 2013, 4. <http://www.niebieskalinia.pl/czasopismo-tmp/4830-postawy-i-kompetencje-grup-roboczych> (28.08.2017).
40. Lloyd M, Ramon S, Vakalopoulou A, et al. Women's experiences of domestic violence and mental health: findings from a European Empowerment Project. Psych Violence 2017, 7(3): 478-487.
41. Feder G, Ramsey J, Dunne D, et al. How far does screening women for domestic (partner) violence in different health-care settings meet criteria for a screening programme? Systematic reviews of nine UK National Screening Committee Criteria. Health Technol Assess 2009, 13(16): 1-113.