

Mirosława Kram¹, Emilia Pruszk², Aneta Zreda-Pikies¹, Agnieszka Wróbel-Bania¹

¹Zakład Pielęgniarstwa Pediatrycznego Collegium Medicum im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy UMK w Toruniu

²Studentka studiów niestacjonarnych I stopnia kierunku Pielęgniarstwo WNoZ Collegium Medicum im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy UMK w Toruniu

Udział pielęgniarki szkolnej w opiece nad dzieckiem krzywdzonym w szkole i w rodzinie – studium przypadku

Participation of school health nurse in care of abused child in school and family – case study

STRESZCZENIE

Wstęp. Określenie „dziecko krzywdzone” wynika z przyjętej definicji, która wskazuje na sprawców krzywdzenia. Mogą nim być osoby dorosłe, rówieśnicy, instytucje. Ich działanie, zamierzone bądź niezamierzone zaburza rozwój dziecka, a w skrajnych przypadkach prowadzi do jego śmierci.

Cel pracy. Celem pracy było ukazanie zjawiska krzywdzenia dziecka w szkole i w rodzinie oraz udziału pielęgniarki medycyny szkolnej w opiece nad dzieckiem krzywdzonym.

Materiał i metody. Badania przeprowadzono w roku szkolnym 2011/12 wśród uczniów pierwszej klasy gimnazjum. Jako metodę badawczą wykorzystano „studium przypadku”. Z technik badawczych zastosowano: wywiad/rozmowę, obserwację i analizę dokumentów. Narzędziem badawczym była „Karta wywiadu pielęgniarskiego w środowisku nauczania i wychowania”.

Wyniki i wnioski. Pielęgniarka szkolna jest jedną z pierwszych osób, która ma możliwość rozpoznawania symptomów krzywdzenia dziecka. Pielęgniarka szkolna aktywnie uczestniczy w interdyscyplinarnej opiece nad dzieckiem krzywdzonym.

Problemy Pielęgniarstwa 2013; 21 (3): 417–422

Słowa kluczowe: pielęgniarka, dziecko krzywdzone, studium przypadku

ABSTRACT

Introduction. According to the definition, the term “abused child” indicates the perpetrators of abuse; they might be: adults, peers and institutions that intended or unintended action deranges the child’s development and in extreme cases leads to his or her death.

Aim of the study. The aim of the study was to demonstrate the phenomenon of child abuse in school and family and to demonstrate participation of school health nurse in care of an abused child

Material and methods. The study was conducted in the school year 2011/12 among the first class of high school students. As the research method was used “case study”. The research techniques used: interview/conversation, observation and analysis of documents. The research tool was a “Charter of nursing history in the educational environment”.

Results and conclusions. The school nurse is one of the first people who might be able to recognize signs of child abuse. The school nurse is actively involved in the interdisciplinary care of abused child.

Nursing Topics 2013; 21 (3): 417–422

Key words: nurse, child abused, case study

Wstęp

Przemoc wobec dzieci jest problemem znanym od wieków i występuje w każdym kraju, bez względu na narodowość, grupę społeczną czy wyznawaną

religię. W czasach starożytnych dzieciom kalekim, upośledzonym odmawiano prawa do życia w obawie o przekazywanie wad potomstwu. W czasach cesarstwa rzymskiego dzieci osierocone pozostawiano

Adres do korespondencji: dr n. med., mgr piel. Mirosława Kram, Zakład Pielęgniarstwa Pediatrycznego Collegium Medicum im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy UMK w Toruniu, ul. Techników 3, 85–801 Bydgoszcz, tel.: 508 127 768, e-mail: kramm@cm.umk.pl

w przytułkach lub w domach dla podrzytków. W średniowieczu opiekę nad osieroconymi, porzuconymi dziećmi sprawowali zakonnice i zakonnicy [1]. W u XVIII i XIX wiek przemoc i przymus traktowane były jako niezastąpione środki wychowawcze. Dopiero XX wiek podkreśla społeczną równość dzieci i dorosłych. Oznacza to, że dziecko ma określone swoje prawa gwarantowane przez państwo na mocy odpowiednich ustaw [2].

Najczęściej cytuje się definicję krzywdzenia ustaloną przez WHO w 1985 r. i brzmi ona następująco: „Za maltretowanie (krzywdzenie) dziecka uważa się każde zamierzone bądź niezamierzone działanie osoby dorosłej, społeczności lub państwa, które ujemnie wpływa na zdrowie, rozwój fizyczny i psychospołeczny dziecka” [3]. Synonimami krzywdzenia są wyrażenia: maltretowanie, zespół potrząsanego/bitego dziecka, przemoc, poniżanie, zastraszenie, terroryzowanie, znęcanie się fizyczne, psychiczne, dręczenie, zaniebdywanie, nadużywanie [4].

Zjawisko przemocy to akty, działania godzące w osobistą wolność jednostki lub przyczyniające się do fizycznej, a także psychicznej szkody, wykraczające poza społeczne wzory stosunków międzyludzkich [5].

Przemoc fizyczna to nieprzypadkowe działanie prowadzące do urazu dziecka. Lista środków stosowanych do znęcania się nad dzieckiem jest niemal nieograniczona. Urazy zadawane są zwykle z dużą siłą. Obrażenia zewnętrzne — rany, wylewy podskórne, pręgi, ślady po oparzeniach, zdradzają przedmioty, którymi posługiwał się sprawca.

Krzywdzenie emocjonalne (psychiczne) występuje kiedy dziecko jest szykanowane, narażone na groźby, krzyki i niezadowolenie dorosłych, ignorowane są i bagatelizowane jego problemy. Zanika jego pewność siebie i poczucie własnej wartości, to znak, że granica między surowym wychowaniem a krzywdzeniem psychicznym została przekroczona. Zaniebdywanie to niezaspakajanie podstawowych potrzeb materialnych i emocjonalnych dziecka przez rodzica lub opiekuna; niezapewnianie mu odpowiedniego jedzenia, ubrania, schronienia, opieki medycznej, bezpieczeństwa. Przemoc seksualna to angażowanie dziecka w aktywność seksualną przez osobę dorosłą. Wykorzystywanie seksualne dzieci odnosi się do zachowań z kontaktem fizycznym, na przykład dotykanie dziecka, współżycie, oraz do zachowań bez kontaktu fizycznego, na przykład pokazywanie materiałów pornograficznych, podglądanie [5, 8].

Zjawisko przemocy w szkole w literaturze anglosaskiej jest określana jako *bullying* lub *mobbing*. W Polsce brak jest odpowiedniego terminu charakteryzującego to zjawisko, dlatego słowo „dręczenie” przyjęto jako najbliższe [6, 7]. Przemoc ze strony rówieśników występuje jako zamierzone, powta-

rzalne i nieprovokowane zachowanie agresywne jednego lub grupy sprawców wobec ofiary. Pomiędzy sprawcą a ofiarą nie ma równowagi sił, co skutkuje, że ofiara nie może się bronić, a sprawca wydaje się pozostawiony bezkarnie. *Bullying* — zastraszanie, dręczenie ma charakter bezpośredni i połączony jest z użyciem siły fizycznej — popychanie, bicie, popychanie, chowanie rzeczy. Bezpośrednie zastraszanie obejmuje również działanie słowne poprzez groźenie, poniżanie, przezywanie, wyśmiewanie, obmawianie, izolacja ofiary, ignorowanie. Umieszczanie w sieci oszczerczych informacji na temat ofiary określa się jako *cyberbulding* [9].

Dziecko, czyli osoba poniżej 18. roku życia, nie ma pełnej zdolności do czynności prawnych. W tej sytuacji to na dorosłych, zwłaszcza profesjonalistach spoczywa obowiązek reagowania w przypadku podejrzenia, że dziecko doświadcza przemocy. Obowiązek zawiadomienia odpowiednich instytucji wymiaru sprawiedliwości o przestępstwie wobec dziecka lub zagrożenia jego dobra wynika z Kodeksu postępowania karnego — art. 304, Kodeksu postępowania cywilnego — art. 572 oraz Ustawy o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie — art. 12. Natomiast Ustawa o systemie oświaty zobowiązuje szkołę do wspomaganie wychowawczej roli rodziny oraz zapewnieniu opieki uczniom pozostającym w bardzo trudnej sytuacji życiowej i chronić dziecko przed krzywdzeniem [10].

Cel

Celem pracy było ukazanie zjawiska krzywdzenia dziecka w szkole i w rodzinie oraz udziału pielęgniarki medycyny szkolnej w opiece nad dzieckiem krzywdzonym.

Materiał i metody

Badania przeprowadzono w roku szkolnym 2011/12 wśród uczniów gimnazjum. Materiał badawczy stanowili uczniowie pierwszej klasy gimnazjum. Na przeprowadzenie badań uzyskano zgodę dyrekcji szkoły, uczniów oraz rodziców. Jako metodę badawczą wykorzystano „studium przypadku”. Z technik badawczych zastosowano: wywiad/rozmowę, obserwację, analizę dokumentów. Narzędziem badawczym była „Karta wywiadu pielęgniarskiego w środowisku nauczania i wychowania”. Na podstawie zgromadzonych danych o uczniach opracowano studium przypadków.

Studium przypadku nr 1

Identyfikacja problemu. Monika M., lat 14 jest uczennicą pierwszej klasy gimnazjum. Rodzina zamieszkuje dwupokojowe mieszkanie, z kuchnią, łazienką, z bieżącą wodą i kanalizacją. Jeden pokój zajmują rodzice, drugi rodzeństwo. Matka dziewczynki od kilku lat nie pracuje z powodu przewlekłej

choroby. Ojciec podejmuje jedynie prace dorywcze. Status socjoekonomiczny rodziny jest bardzo niski.

Stan biologiczny dziecka. M.M jest prawidłowo rozwinięta fizycznie, masa ciała — 50 centyl, wysokość ciała — 50 centyl, BMI — 23,0, prawidłowo słyszy i widzi. Nie choruje na żadną chorobę przewlekłą, nie ma problemów zdrowotnych, nie jest objęta opieką poradni specjalistycznej. Skóra ciała, włosy czyste, paznokcie krótko obcięte, czyste.

Wydolność opiekuńczo-wychowawcza rodziców. Rodzice sporadycznie interesują się stanem zdrowia dziecka, jej funkcjonowaniem w środowisku szkolnym i pozaszkolnym. Matka mówi o córce: kłótniwa, leniwa, kłamliwa, że płacze z byle powodu. Ojciec określa córkę słowami: pyskata, uparta, nieposłuszna.

Informacje wychowawcy klasy dziecka. Uczennica z dużymi problemami emocjonalnymi, agresywna, lekceważy polecenia nauczycieli, głośno komentuje uwagi, narusza regulamin szkolny, ubiera się w sposób wyzywający. Zaniedbuje naukę, osiąga słabe wyniki w nauce, nie przygotowuje się do lekcji, nie odrabia prac domowych. Ma liczne godziny nieusprawiedliwione. Z rówieśnikami popada w konflikty, próbuje podporządkować sobie koleżanki, wyśmiewa i obrzuca wulgarnymi epitetami te, które sprzeciwiają się jej. Kłamie, aby uniknąć odpowiedzialności.

Informacje pedagoga szkolnego. Trudności wychowawcze przejawiają się w relacjach z rówieśnikami, i nauczycielami. Matka niewydolna wychowawczo. Ojciec nadmiernie rygorystyczny. Dziewczynka przejawia brak posłuszeństwa w szkole i w domu. Klasa stopniowo izoluje Monikę z powodu jej apodyktycznego zachowania i konfliktów. Z powodu nasilających się negatywnych zachowań, (wagary, kradzieże), w ustaleniu z rodzicami wystosowano pismo do Sądu Rodzinnego z prośbą o ustalenie opieki kuratora społecznego. Na wniosek pedagoga szkolnego MOPS zbadał sytuację socjalną rodziny. Uczennicę objęto dożywianiem w szkole. Brak autorytetów w rodzinie spowodował, że Monika szuka towarzystwa w środowisku starszych koleżanek i kolegów wykazujących zachowania ryzykowne. Rodzice nie zaspakajają podstawowych potrzeb materialnych i emocjonalnych.

Geneza i dynamika zjawiska. Nastolatka zgłaszała się do gabinetu pielęgniarki szkolnej częściej niż inni uczniowie, manifestując dolegliwości bólowe w postaci bólów brzucha, głowy, nudności i złego samopoczucia. W celu weryfikacji przyczyn dolegliwości pielęgniarka poprosiła o spotkanie matkę uczennicy, sugerując wizytę w poradni lekarza rodzinnego. Uzyskano odpowiedź o prawidłowych wynikach badań, wykluczając tym samym somatyczną przyczynę skarg. Drugim powodem częstych wizyt Moniki w gabinecie pielęgniarki były kontuzje różnych czę-

ści ciała, doznawanych podczas lekcji wychowania fizycznego lub w czasie przerw. Były to urazy kolan, stawów skokowych, łokci, nadgarstków, płaców dłoni. Podczas jednej z takich wizyt pielęgniarka zauważyła głębokie, poprzeczne zadrapania okolicy lewego nadgarstka wskazujące na samookaleczenie. Obrażenia ciała nie wymagały interwencji lekarskiej. Za każdym razem udzielano pierwszej pomocy, przeprowadzano rozmowę i uczennica powracała na zajęcia. Niepokój i wątpliwości budził sposób w jaki Monika manifestowała objawy: była pobudzona, płaczliwa, obwiniająca innych za doznane urazy. Na zajęciach z wychowania fizycznego nie potrafi współpracować w grupie, gra agresywnie, popychając innych graczy.

Pielęgniarka dokonała analizy zapisanych obserwacji i udzielanych porad, zaplanowała na początku współpracę z pedagogiem szkolnym. Pedagog podjął działania w celu rozpoznania potrzeb dziecka i wyjaśnienia przyczyn zaburzeń zachowania, absencji i niepowodzeń szkolnych. Rozmowa z uczniami ujawniły stosowanie przez Monikę cyberprzemocy w postaci umieszczania w sieci wulgarnych, oszczerczych opinii, a także zastraszanie i grożenie koleżance z klasy. Podczas jednych z wagarów została przyprowadzona do szkoły przez funkcjonariuszy policji, którzy otrzymali zgłoszenie o dokonaniu przez uczennicę kradzieży w sklepie spożywczym. W konsekwencji uczennica została objęta nadzorem kuratora. Pedagog poprosił na rozmowę rodziców. Rozmowa ujawniła, że rodzice nie radzą sobie z problemami córki i obwiniają ją o brak posłuszeństwa i kłamstwa. Ojciec w rozmowie wydaje się być osobą dominującą, przypisuje tylko sobie prawo nadzorowania i karania córki. Poruszono także z rodzicami kwestię podejrzenia o samookaleczenie córki, proponując wizytę w Poradni Zdrowia Psychicznego dla Dzieci i Młodzieży. Uczennicę zgłoszono na badanie do Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej w celu zdiagnozowania sytuacji wychowawczej w rodzinie, określenia form pomocy psychologiczno-pedagogicznej. Efektem tych działań było objęcie uczennicy oraz całej rodziny opieką psychologa i skierowanie na psychoterapię rodzinną.

Studium przypadku nr 2

Identyfikacja problemu. Darek K., lat 14 uczęszcza do pierwszej klasy gimnazjum. Wychowuje się w rodzinie niepełnej, jest jedynakiem. Do 7 roku życia wychowaniem dziecka zajmowała się babcia. Matka po urlopie macierzyńskim wróciła do pracy i zamieszkała w innej miejscowości, odwiedzając syna w weekendy. Gdy Darek rozpoczął naukę szkolną, matka wzięła go do siebie. Często jednak pozostawał w domu, gdyż matka wracała późno z pracy. Mieszkanie

składa się z dwóch pokoi, kuchni i łazienki. Warunki socjoekonomiczne rodziny średnie.

Stan biologiczny dziecka. Darek jest chłopcem o drobnej i szczupłej budowie ciała, ma pochyloną sylwetkę (okrągłe plecy), jest leczony z powodu nadmiernej kifozy piersiowej. Ubiór chłopca jest czysty. Najczęściej chodzi w luźnej bluzie i dresowych spodniach. Porusza się powoli.

Chłopiec jest prawidłowo rozwinięty fizycznie. Masa ciała — 50 centyl, wysokość ciała — 75 centyl, BMI — 21,3, prawidłowo słyszy i widzi. Nie choruje na żadną chorobę przewlekłą, objęty opieką Poradni Wad Postawy. Skóra i błony śluzowe ciała czyste. Pielęgniarki w gabinecie zgłasza zaburzenia snu — trudności w zasypianiu, ogólne zniechęcenie i smutek.

Wydolność opiekuńczo- wychowawcza rodziców. Matka interesuje się stanem zdrowia syna. Mówi o nim: jest dobrym dzieckiem, spokojnym, uczuciowym i bardzo wrażliwym.

Informacje wychowawcy klasy dziecka. Uczeń często bywa zamyślony, jakby nieobecny i apatyczny. Rzadko się uśmiecha. Charakteryzuje go dojrzałość wypowiedzi, a jednocześnie niezaradność w rozwiązywaniu codziennych szkolnych sytuacji. Nie ma trudności w nauce, choć brak jest systematycznego przygotowania się do lekcji. Chłopiec wykazuje zaburzone relacje z rówieśnikami, ma trudności w nawiązywaniu kontaktów koleżeńskich. Przerwy spędza w samotności, zawsze w pobliżu dyżurującego nauczyciela. Na zajęciach wychowania fizycznego nie potrafi współpracować w grupie. Często zgłasza zmęczenie i niechęć do ćwiczeń.

Informacje pedagoga szkolnego. Kłopoty wychowawcze przejawiają się w relacjach z rówieśnikami. Darek swoim zachowaniem prowokuje rówieśników do kpin. Koledzy szyczą i przedrzeźniają jego zachowania, bo ciągle moralizuje i ocenia kolegów. Chłopiec utożsamia się z bohaterami gier komputerowych — często zamyśla się na lekcjach. Matka, wychowując syna samotnie nadmiernie go chroni. Jest niechętna do współpracy z pedagogiem i Poradnią Psychologiczno-Pedagogiczną. Brak wzorca ojca mogły się przyczynić do takiego stanu rzeczy. Samotność i niezrozumienie spowodowały, że chłopiec ucieka w wirtualny świat.

Geneza i dynamika zjawiska. Uczeń zgłaszał się do gabinetu pielęgniarki z powodu zmęczenia, bólów głowy. Dodatkowo skarżył się na brak apetytu, brak energii do pracy i zaburzenia snu — częste budzenie się w nocy, a rano na niechęć do wstawania. O dolegliwościach pielęgniarka poinformowała matkę dziecka, sugerując wizytę u pediatry. Matka oznajmiła, że nie widzi konieczności zgłoszenia się z synem do lekarza. Wynik rozmowy pielęgniarka zapisała w karcie zdrowia ucznia. W zachowaniu chłopca niepokój pielęgniarki budziły wybuchy

agresji wobec kolegów z klasy. Dwukrotnie chłopiec został przyprawiony do gabinetu pielęgniarki w stanie silnego wzburzenia. Wykrzykiwał groźby pod adresem kolegów. Podniesionym głosem opowiadał o zaistniałej sytuacji konfliktowej i wydarzeniach ją poprzedzających. Używał określeń: „Stałem się obiektem prześladowań, śmieją się ze mnie bo wystawiam się jak dziadek, dałem się sprowokować”. Inna sytuacja miała miejsce na przerwie lekcyjnej. Koledzy otoczyli Darka i palcami zakreślali koła przed jego oczyma, śmiejąc się szyderczo i cytując określenia, jakich on używał, wypowiadając się na poprzednich lekcjach. Chłopiec rzucił się na jednego z nich z pięściami, tamten go odepchnął na innego chłopca. Przewrócił się i inni chłopcy zaczęli go szarpać i kopać. Interwencja nauczyciela dyżurnego przerwała zachowania kolegów. Darek nie chciał się ruszyć z miejsca, dopiero po pewnym czasie pozwolił zaprowadzić się do gabinetu pielęgniarki. Rozmowa z chłopcem dostarczyła informacji, że to nie pierwszy raz taka sytuacja miała miejsce, z tym że poprzednie zdarzały się poza szkołą. Koledzy szarpali za ubranie, szycili przy tym i wyśmiewali, wysypywali zawartość plecaka na ziemię. Nikomu nic nie mówił, bo bał się, że nikt mu nie uwierzy, nawet mama.

Chłopiec nie ma żadnych obowiązków w domu. Po powrocie ze szkoły, oczekując na powrót mamy z pracy, najczęściej siedzi przy komputerze. Pielęgniarki z fascynacją opowiadał o bohaterach gier, chciałby być jednym z nich. Na lekcjach wprowadzał zamieszanie, nierazko przerywając wypowiedzi nauczyciela, stawiając wiele nieadekwatnych do omawianego tematu pytań. Matka z jednej strony dużo pracując, stara się, aby synowi niczego nie brakowało, z drugiej strony izoluje chłopca od kolegów z podwórka czy z klasy. Chłopcu przez lata życia towarzyszyła samotność. W szkole czuje się odizolowany, niezrozumiany.

Po zdiagnozowaniu sytuacji ucznia przez pedagoga, wychowawcę i pielęgniarkę rozpatrzono możliwości pomocy w celu poprawy funkcjonowania chłopca w szkole. Ponowiono próbę nakłonienia matki, aby udała się do Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej. Z powodu obserwacji w kierunku objawów obniżenia nastroju oraz uzależnienia od gier komputerowych skierowano chłopca do Poradni Zdrowia Psychicznego dla Dzieci i Młodzieży. Ucznia objęto zajęciami socjoterapeutycznymi i systematycznymi spotkaniami z pedagogiem szkolnym.

W wyniku interwencji dyrektora szkoły na rozmowę wezwani zostali rodzice chłopców stosujących przemoc. Uczniowie ci także zostali objęci zajęciami socjoterapeutycznymi. Poza tym cała klasa uczestniczyła w spotkaniu z przedstawicielem Stowarzyszenia „Bezpieczna szkoła” oraz policjantem z Wydziału Prewencji Komendy Policji.

Omówienie wyników

Problem przemocy zatacza szerokie kręgi. Dotyczy zarówno rodzin o niskim statusie ekonomicznym, jak i rodzin dobrze sytuowanych; ma miejsce w rodzinie i w instytucjach, na przykład w szkole. W 4 przypadkach na 5 sprawcami przemocy są rodzice. Patologiczne zachowania dorosłych mogą mieć źródła w tym, że sami byli krzywdzeni w dzieciństwie i w związku z tym nieświadomie powielają wzorce wychowania przez swoich rodziców, żyją w niekorzystnych warunkach społeczno-ekonomicznych — złe warunki mieszkaniowe, kłopoty finansowe. Zdrowotne czynniki ryzyka to: depresja, choroba psychiczna, alkoholizm. Trwanie w beznadziejnym, trudnym położeniu wywołuje w nich niekontrolowane emocje, a nagromadzona agresja zostaje rozładowana w „najsłabszym punkcie” rodziny jakim jest dziecko [11, 12]. Jeśli do tego dziecko jest przewlekle chore, niepełnosprawne, nadpobudliwe, niechciane, to może wywoływać u rodziców/opiekunów od przyjmowania przez nich niewłaściwych postaw — nadopiekuńczości, unikania lub odrzucenia do krzywdzenia dziecka fizyczne i emocjonalne [13].

Przemoc i jej wszelkie formy, mające miejsce w rodzinie czy w placówce szkolno-wychowawczej, mogą prowadzić do wystąpienia różnorodnych problemów od psychologicznych do psychopatologicznych, takich jak: zachowania agresywne i/lub samookaleczenia, próby samobójcze, buntownicze zachowania, impulsywność, zaburzenia w relacjach z rówieśnikami w postaci agresywnych lub unikających postaw, niskie wyniki w nauce, często poniżej możliwości intelektualnych, skargi na dolegliwości cielesne, niepokój dotyczący własnego ciała, zaburzenia łaknienia czy zaburzenia konwersyjne zwane dawniej histerią [14]. Przemoc w rodzinie, w tym zaniedbywanie dzieci to nie tylko problem społeczny, ale i osobisty członka/członków danej rodziny. Jest najczęstszą formą maltretowania dziecka. Narusza podstawowe prawa człowieka, w tym prawo do życia i zdrowia. Istotą zaniedbywania jest względnie trwałe powtarzające się typ relacji pomiędzy dzieckiem a jego rodzicami, a nie pojedyncze zdarzenie. Zaniedbywane dziecko często jest nieobecne w szkole, nie otrzymuje koniecznej opieki medycznej: szczepień, okularów. Pije alkohol lub zażywa narkotyki, mówi że w domu nie ma osoby, która mogłaby się nim zająć. Rodzice lub opiekunowie nie interesują się sprawami dziecka, jedno z nich jest bezradny życiowo lub pogrążony w depresji, nadużywa alkoholu, całymi dniami przebywa poza domem [10]. Praktyka pokazuje, że do wizyty specjalistycznej, na przykład psychiatrycznej dochodzi dość późno, często w sytuacji, gdy u dziecka wystąpią dramatyczne zaburzenia takie jak na przykład podjęcie próby samobójczej, poważna depresja czy pod-

jęcie aktu agresji skierowanej przeciwko sprawcy (opiekunowi, rówieśnikom) [15].

Przedstawienie wyżej opisanych przypadków miało na celu ilustrację z jednej strony złożoności zagadnienia, a z drugiej profesjonalne podejście pracowników szkoły, które zapobiegły eskalacji przemocy i pozwoliły na udzielenie wsparcia zarówno rodzicom uczniów, jak i samym uczniom. Częstym problemem naukowców badających przemoc rówieśniczą w szkole, jak również problemem rodziców i wychowawców jest niechęć niektórych dzieci (uczniów) do przyznawania się do bycia ofiarą dręczenia. Ofiary dręczenia boją się jeszcze większej izolacji, nasilenia przemocy, czy wręcz zemsty. Wobec tego bardzo ważna jest wstępne identyfikowanie przez wychowawców i personel medyczny młodzieży doświadczającej przemocy na podstawie wywiadu na temat występowania dolegliwości związanych ze zdrowiem psychicznym. Stopień nasilenia pewnych dolegliwości można wówczas traktować jako marker zagrożenia przemocą [15]. W wielu gimnazjach (choć coraz rzadziej) panuje wśród personelu pedagogicznego pogląd, że ich szkoła jest wolna od przemocy. Dopiero drastyczne przypadki dotkliwego pobicia ucznia przez innych uczniów, próby samobójczej ucznia ukazują rzeczywistą sytuację i mobilizują do działania. Nie ma szkół absolutnie wolnych od przemocy, jeśli uwzględni się wszystkie jej przejawy (przemoc fizyczną, słowną, emocjonalną). Wyniki badań ankietowych przeprowadzonych w 2002 roku w reprezentatywnej próbie 13–15-letnich uczniów polskich gimnazjum wykazały, że ponad 50% ankietowanej w Polsce młodzieży miało w ostatnich miesiącach doświadczenia z przemocą fizyczną, słowną lub emocjonalną w szkole, jako ofiary lub sprawcy [15, 16].

Podsumowanie

Pielęgniarka szkolna jest jedną z pierwszych osób, która ma możliwość rozpoznawania symptomów krzywdzenia dziecka. Aktywnie uczestniczy w interdyscyplinarnej opiece nad dzieckiem krzywdzonym. Pomoc potrzebna jest nie tylko uczniom, którzy doznają przemocy, ale również rodzinie.

Piśmiennictwo

1. Krawczyński M. Propedeutyka Pediatrii. Wyd. Lek. PZWL Warszawa 2003.
2. Oblacińska A., Ostręga W. Standardy i metodyka pracy pielęgniarki i higienistki szkolnej. IMiD Zakład Medycyny Szkolnej, Warszawa 2003.
3. Mossakowska B. Społeczno-medyczne aspekty zespołu dziecka krzywdzonego. Przegląd Pediatryczny. 1998; 28: 181–184.

4. Drabik-Danis E., Pokorna-Kawła D. Dziecko maltretowane — co musi wiedzieć lekarz pierwszego kontaktu, aby nie przeoczyć i właściwie zareagować w zetknięciu z tym problemem. *Family Medicine & Primary Care Review* 2005; 7 (2): 479–502.
5. Milewska E., Szymanowska A. Rodzice i dzieci. Psychologiczny obraz sytuacji problemowych. Centrum Metodyczne Pomocy Psychologiczno-Pedagogicznej MEN, Warszawa 2000.
6. Mazur J., Woynarowska B. Przemoc w szkole a zadowolenie z życia uczniów 11–15-letnich. *Pediatrics Polska* 2004; 9.
7. Olweus D. Fala przemocy we szkole. Jak ją powstrzymać? Wyd. Jacek Santorski and Co, Warszawa 1998.
8. Steciwko A., Pirogowicz I. (red.). Dziecko i jego środowisko. Wyd. Continuo, Wrocław 2005.
9. Dąbkowska M., Dąbkowski M. Zastraszanie a przemoc szkolna. Wyd. Nauk. UMK, Toruń 2010.
10. Fundacja Dzieci Niczyje. Poradnik dla profesjonalistów zobowiązanych do interwencji w przypadkach przemocy wobec dzieci. 2008.
11. Dubowitz H. Zapobieganie zaniedbywaniu i wykorzystywaniu dzieci: rola pediatry. *Pediatrics po Dyplomie*. 2004; 8 (4): 33–38.
12. Kądziała-Olech H. Dziecko maltretowane. *Terapia* 1999; 6: 56–58.
13. Brzozowska A. Krzywdzenie dziecka — fizyczne i emocjonalne. *Klinika Pediatryczna*, 2010; 15 (4): 464–467.
14. Zimna T. Przeciwdziałania przemocy w rodzinie. *Lekarz rodzinny* 2010; 11: 965–968.
15. Mazur J., Kołoło H. Związek między przemocą rówieśniczą w szkole a samopoczuciem psychicznym uczniów gimnazjum. Zakład Epidemiologii, IM i D. Dziecko krzywdzone, Warszawa 2012.
16. Trojanowska A. Rola pielęgniarki w profilaktyce zaniedbywania i wykorzystywania dzieci. *Zdrowie Publiczne*. 2011; 121 (2): 191–195.