

TRPINČEN OTROK V ZDRAVSTVENI NEGI

ABUSED CHILD IN NURSING CARE

Nataša Uranker

UDK/UDC 616-001.3-053.2:362.742.11

DESKRIPTORJI: *trpinčen otrok; zdravstvena nega*

Izvleček – Vse oblike trpinčenja pri otroku povzročajo različne razvojne, telesne in psihosocialne motnje.

Pogosto je zdravstveno osebje prvo, ki se sreča s trpinčenim otrokom v praksi, zato je pomembno prepoznati ta pojav in ob tem ustrezno ukrepati.

Ker je omenjeni pojav pogojen s številnimi vzroki in se pojavlja v različnih oblikah, so ocena, zdravljenje in ustrezno ukrepanje uspešni le v sodelovanju številnih strokovnjakov, strokovnih služb s področja sociale, zdravstva, policije, sodstva, vzgoje in nevladnimi organizacijami.

DESCRIPTORS: *battered child syndrome; nursing care*

Abstract – All forms of child abuse cause different developmental, physical and psychosocial disorders. Health care workers are often the first to encounter an abused child in practice; it is therefore very important that they recognize abuse and take necessary measures. Because of the variety of causes and forms of abuse, the assessment, treatment and necessary measures require cooperation of different professionals and services from social work, health, police, judiciary, education and nongovernmental organizations.

Trpinčenje otrok v zdravstveni negi

Trpinčenje otrok predstavlja zapleten ter mnogoznačen pojav, o katerem je moč govoriti z več vidikov:

- medicinskega,
- psihološkega,
- pravnega,
- sociološkega.

Gre za različna področja, ki pa se med obravnave ne morejo izključevati.

Za pojav trpinčenja otrok uporabljamo vrsto izrazov, na primer: slabo ravnanje, mučenje, zlorabljanje, kar je posledica različnih oblik trpinčenja:

- fizično nasilje zoper otroka znotraj družine,
- zanemarjanje otroka znotraj družine,
- spolne zlorabe otroka znotraj družine,
- zlorabljanje otrok izven družine,
- zloraba otrok v zvezi s prostitucijo,
- zloraba otroškega dela.

Le-te so povzete po klasifikaciji Mednarodnega stalnega komiteja za trpinčenje otrok, ki dela v okviru Mednarodne zveze za dobrobit otroka.

Obsežneje bom predstavila le tiste, s katerimi se delavci v zdravstvu najpogosteje srečujemo, ter navedla nekaj dejstev, ki so pomembna pri odkrivanju, prepoznavanju, zdravljenju in preprečevanju omenjenega pojava.

Kdaj sploh posumimo na trpinčenje otroka?

Za postavitev teze oziroma pravilne diagnoze, da so pri otroku poškodbe posledica zlorabe, je zelo pomembno, da posumimo na to možnost, ne le v primerih, ko klinična slika govori za namerno poškodbo, na primer: poškodba spolovila pri spolni zlorabi ali modrice, ožganine na otrokovi koži, temveč tudi pri manj specifičnih znakih, ki so predvsem posledica otrokove čustvene prizadetosti. Kažejo se na področju čustvovanja, samopodobe, vedenja, učenja in fizioloških funkcij, kot so motnje spanja in prehranjevanja.

Na trpinčenje posumimo tudi, kadar odkrijemo znake predhodnih telesnih poškodb, ki jih starši ne zanjo razložiti.

Posebno pozorni naj bi bili na starše, ki s poškodovanim otrokom pridejo v nujno zdravniško službo ponoči, ker upajo, da bo takrat zbranost zdravstvenega osebja manjša. Ti starši pogosto spreminjajo opis dogodka poškodbe oziroma nesreče, njihove izjave so zmedene, neskladne, nelogične. Značilen je tudi časovni zamik med nastankom poškodbe ali bolezenskih znakov ter prihodom k zdravniku.

Oblike trpinčenja s katerimi se v zdravstvu najpogosteje srečamo, z opisi primerov iz prakse

A) Telesno trpinčenje

Nedvomno gre v primerih telesnega trpinčenja za nekatere značilnosti, in sicer:

- Telesno kaznovanje je posledica izgube samokontrole odrasle osebe ali pa zavestno in namensko povzročanje trpljenja otroku.
- Kaznovanje je bilo tako hudo, da ima za posledico natrganine, zlome, zvine sklepov ali izrazitejše modrice.
- Kaznovanje vključuje udarce s trdim ali ostrim predmetom (palica, pas).
- Nasilje vključuje neobičajne oziroma redke oblike telesnih poškodb, kot so opekline, ožganine.

Zdravstveni delavec mora biti ob odkrivanju pojava telesnega trpinčenja otroka pozoren zlasti pri zbiranju podatkov (anamnezi), ko gre za:

- nepojasнено poškodbo otroka,
- nezadovoljivo pojasnilo staršev o nastanku poškodbe, še zlasti če ta ni v skladu z razvojno stopnjo otroka.

Pozoren mora biti tudi na telesni in duševni razvojni zaostanek, odklonilno vedenje otroka ter nenavadne interakcije med otrokom in starši oziroma skrbniki.

Zdravstveni delavec naj bi pri svoji oceni upošteval še:

- zbrane podatke o funkcioniranju družine;
- da imajo starši, ki trpinčijo svoje otroke, imajo pogosto nerealna pričakovanja glede njihovih razvojnih potreb in zmožnosti;
- da so pomembni dokumentirani podatki o predhodnem zanemarjanju ali trpinčenju, tudi sorojencev;
- da starši le redko priznajo trpinčenje otroka.

Opis dveh primerov iz prakse

V pediatrični dispanzer je prišla mama z dveletno hčerko zaradi vnetja ušes in prehlada. Izbrana zdravnica je ob pregledu opazila modrice po obrazu in telesu. Mama je pojasnila, da jo je pretepel oče, kar se ni zgodilo prvič, saj je v opitem stanju praviloma agresiven do vseh treh hčera in tudi do nje, ko jih poskuša zaščititi. Do sedaj se ni upala nikomur povedati, saj se je bala posledic, ki bi jih bila deležna s strani moža. Izbrana osebna zdravnica je mamu skupaj z deklico napotila na Pediatrično kliniko z diagnozo trpinčen otrok, kjer naj bi s preiskavami ugotovili morebitne posledice poškodbe.

Drugi primer telesnega trpinčenja

Sedemletna deklica je bila v nočnih urah pregledana v travmatološki ambulanti urgentnega bloka zaradi posledic tepeža. Mati jo je v navalu nekontroliranega besa pretepla z verigo za psa, tako da je deklica pretrpela poškodbe po glavi in številne potpludbe po telesu. Na čelu na meji z lasiščem je imela 3 po 1 cm dolge rane. Vidne so bile otekline in odrgrnine v predelu

nosnega korena, desne ličnice in mezinca desne roke. Po hrbtu je imela številne za dlan velike modrice ter v predelu sprednje strani leve rame. Vidni sta bili tudi modrici obojestransko ledveno ter po zunanji strani stegen in kontuzijske značke na hrbtišču obeh dlani. Rane na glavi so bile oskrbljene in zašite. Po oskrbi je bila deklica sprejeta na Otroško kirurgijo zaradi opazovanja, dan kasneje pa premeščena na Klinični oddelek za otroško psihiatrijo zaradi nadaljnje obravnave. Deklica je bila sprva zelo zadržana in prestrašena. O razmerah doma in dogodku ni govorila, razen tega, da jo je pretepel neki večji fant. Po prvih poizvedovanjih smo izvedeli, da je deklica v predšolskem obdobju dalj časa živela pri teti, od koder pa jo je mati nenadoma odpeljala. Živeli sta sami v bloku skupaj z ogromnim psom. Sosedje so materi večkrat očitali, da skrbi za psa bolje kot za deklico in da jo bodo prijavi, kar so tudi storili ob tokratnem incidentu. Mati je bila brez redne zaposlitve in že dalj časa živela neurejeno življenje. Pred leti se je zdravila na psihiatričnem dispanzerju zaradi agresivnosti, čustvene labilnosti ter težav z alkoholom, vendar je tovrstno zdravljenje samovoljno prekinila.

V času hospitalizacije se je deklica dobro počutila, obiskovala je bolnišnično šolo in bila vključena v vse psihoterapevtske aktivnosti na oddelku. V svetovalne razgovore in psihoterapevtsko pomoč je bila vključena tudi dekličina mati, ki je svoje ravnanje obžalovala in navedla uvid v lastne težave, ki bi jih morala rešiti.

B) Spolna zloraba

Raztrganine spolovila ali danke, nepojasnjene krvavitve iz teh delov telesa ali ponavljajoča se vnetja, nepojasnjene nosečnosti pri mladih deklicah, znaki spolnih boleznih pri otroku ali mladostnikih vzbujajo močan sum na spolno zlorabo. Med vedenjskimi znaki so značilni: za starost prezrelo seksualno vedenje, pogosto risanje spolnih organov in spolnih dejanj ter znaki čustvene prizadetosti.

Spolno zlorabljeni otroci le redko neposredno in odkrito povedo, kaj se jim dogaja. Običajno opozorijo okolje na posreden, nejasen način. Velikokrat sploh ne govorijo o sebi, pač pa o nekem tujem otroku, ki naj bi se mu to dogajalo. Zato spolno zlorabljanje pogosto ostaja za vselej prikrito. Več je prikrivanja pri spolnih zlorabah, ki so se zgodile ali se dogajajo znotraj družine, kjer gre za zapletene medosebne odnose, ki povzročajo dolgoletno skrivanje in trajanje dogajanja.

Primer spolne zlorabe

Na Endokrinološki oddelek PeK je bila sprejeta 11-letna deklica, ki je zavračala vso hrano in bila življenjsko ogrožena. Bila je pod hudim stresom ter čustveno prizadeta. Medicinske sestre so ji namenjale vso potrebno pozornost, ji prigovarjale in nagovarjale, da bi ugotovile vzrok tega odklanjanja oziroma jo prepriča-

le k hranjenju. Deklica pa je ves čas samo odgovarjala, da želi umreti in naj ji to dopustimo. Potrebna je bila infuzija. Sočasno je primer začela obravnavati bolnišnična pedopsihiatrinja. Deklica je počasi začela razkrivati svojo skrivnost, ki jo je spravila v tako hudo psihosomatsko stanje. Sprva je izkrivljala resnico, češ da jo je napadel neznan moški in jo posilil. Med psihoterapevtsko obravnavo ter ob številnih razgovorih z družinskimi člani se je ugotovilo, da je deklico vrsto let spolno zlorabljal oče. Pred tem je leta zlorabljal njeno polsestro. S tako hudo stisko je odreagirala zato, ker se je bala, da bo oče začel zlorabljeni še dve mlajši sestri. To je uspela povedati veliko kasneje. Ko ni bila več v življenjski nevarnosti, je zdravljenje nadaljevala na Oddelku za otroško psihiatrijo. V procesu timske obravnave je bila deležna pozornosti in strokovne obravnave na vseh področjih. Ko je prišlo do prijave zlorabe oziroma kaznivega dejanja smo jo opravičili pričanja na sodišču, kjer smo posamezni člani tima nastopili kot izvedene priče. Primer smo obravnavali timsko ter multidisciplinarno z sodelovanjem zunanjih institucij še tudi po hospitalni obravnavi, ko je zdravljenje nadaljevala ambulantno v okviru nadomestne (rejniške) družine.

C) Zanemarjanje

Pri zanemarjanju (v najširšem smislu) gre za dejanja, s katerimi odrasli ogrožajo otrokove telesne, čustvene, intelektualne in druge potrebe in mu s tem onemogočajo ustrezen razvoj. Fizično zanemarjanje pomeni pomankljivost v zagotavljanju otrokove pravilne prehrane, vzdrževanju higienskih navad in nujenju ustreznega bivalnega okolja.

Med posebne vrste zanemarjanja otroka sodi pomankljiv nadzor, zaradi katerega so otroci izpostavljeni hudim poškodbam, če gre za prometne ali kakšne druge nesreče.

Tudi zanemarjanje zdravstvenega stanja je oblika fizičnega zanemarjanja otroka, kadar starši otroku pravočasno ne zagotovijo strokovne zdravstvene pomoči.

Odtegnitev zdravstvene pomoči nastopi tudi, ko je bil otrok že pregledan pri zdravniku pa mu starši ne dajo ustreznih zdravil in z njim ne ravnajo tako, kot jim je bilo svetovano.

Za primer navajam dogodek iz prakse:

V času dežurstva je bil na našo kliniko pripeljan z urgentno ekipo SNMP enoletni otrok. Ob pregledu sta starša navajala, da je otrok sredi igre začel nenadoma jokati, postal rdeč v obraz, začel počasneje dihati, z očmi pogledal navzgor in bil odsoten. Za trenutek naj bi celo prenehal dihati ter nekajkrat zakrilil z rokama. Mati tudi ni slišala srčnega utripa ob poslušanju. Vse skupaj naj bi trajalo manj kot minuto.

Dežurni zdravnik je ugotavljal normalen status, vendar je zaradi opredelitve in ugotovitve vzroka opisa-

nega dogodka svetoval hospitalizacijo otroka, ki sta jo starša odklonila, čeprav sta bila opozorjena na možne posledice ter morebitno življenjsko ogroženost. Starša sta tudi podpisala ambulantni zapisnik, prav tako sprejemna medicinska sestra in dežurni zdravnik. S primerom so seznanili tudi mene z namenom, da posredujem informacije ustreznim službam. Dogodek ima lahko namreč za posledico škodo na zdravju otroka.

Tovrstni primeri nalagajo zdravstvenim delavcem, da so pozorni na lahkomišelnost ravnanje staršev in jih opozorijo na odgovorno ravnanje.

Posebna vrsta zanemarjanja, ki je v literaturi opisana kot Münchausov sindrom je še posebej lahko zanimiva za zdravstvene delavce. Münchausov sindrom je motnja, za katero je značilno, da neka oseba, običajno je to mati, povzroča znake bolezni pri otroku ali pa predstavlja otroka kot bolnega. Oboje ima za posledico izpostavljenost otroka diagnostičnim postopkom, ki so mučni, boleči in lahko škodujejo njegovemu zdravju. Včasih mati poroča o izmišljenih simptomih in je otrok prizadet, saj trpi zaradi medicinskih preiskav, ki jih zdravnik povzame z namenom, da bi ugotovil bolezenske vzroke otrokovih težav in simptomov. V drugih primerih mati namenoma povzroči obolenje ali telesno poškodbo otroka.

Skrajna oblika je povzročitev smrti pri otroku.

Sum na Münchausov sindrom vzbujajo:

- trajni ali ponavljajoči se bolezenski znaki nepojasnega vzroka, ki ne reagirajo na ustrezno terapijo;
- razkorak med anamnezo, kliničnimi izvidi in splošnim zdravstvenim stanjem otroka;
- domnevna diagnoza je redko obolenje ali pa je nepoznana;
- simptomi se pojavljajo le v prisotnosti matere oziroma osebe, ki mu to povzroča (ko je v bolnišnici, pa izginejo);
- mati je videti skrbna in pozorna do otroka in vztraja, da bi bila stalno ob njem v bolnišnici;
- mati je manj zaskrbljena glede otrokove bolezni kot zdravstveno osebje;
- v družini se je zgodila nenadna smrt otroka.

V praksi se redko srečamo s tem sindromom, še redkeje ga verjetno odkrijemo oziroma prepoznamo. Na kratko bom opisala *primer deklice*, ki je bila od rojstva pa do starosti 9. let vsako leto tudi po večkrat hospitalizirana na različnih oddelkih Pek.

Seznam hospitalizacij:

- v starosti 3. mesecev zaradi šuma na srcu;
- v starosti 6. mesecev opazovanje na genetskem oddelku;
- v starosti 2 let zaradi anemije na hematološkem oddelku;
- v starosti 3,7 leta zaradi glavobola in refrakcijske anomalije vida na nevrološkem oddelku;

- v starosti 4,5 leta zaradi snemanja EEG-a ponovno na nevrološkem oddelku ter pri 5. letih – CT glave;
- v starosti 5,5 leta na gastroenterološkem oddelku zaradi slučajno odkrite kalcinacije v jeternem parenhimu;
- v starosti 6,3 leta zaradi enureze na nefrološkem oddelku;
- v starosti 6,6 leta zaradi kalcinacije v jeternem parenhimu na gastroenterološkem oddelku;
- v starosti 7 let na pedopsihiatričnem oddelku;
- v starosti 8 let na nevrološkem oddelku, kontrolni CT glave;
- v starosti 8,3 leta na gastro. oddelku. Dg.: Gastritis chronica ter ponovno pri 8,9 let zaradi iste dg;
- v starosti 9 let na gastro. oddelku. Dg.: Gastritis acuta.

Vse opravljene preiskave pri deklici niso pokazale večjih somatskih odstopanj. Številne hospitalne in ambulantne obravnave so bile predvsem posledica materinega namernega potvarjanja in pretiravanja pri opisanju simptomov kot so: enureza, glavoboli, epileptični napadi, kar govori v prid dg. Munchausnov sindrom. Sicer je deklica sama živela z materjo po razvezi zakona staršev.

Prognoza je v večini primerov slaba, saj gre za motenega starša, ki v primeru konfrontacije oziroma razkritja nenedoma prekine stike z zdravniki in zavrne psihoterapijo kot nujno obliko zdravljenja.

Kateri starši najpogosteje trpinčijo svoje otroke?

Med starši, ki trpinčijo svoje otroke, je veliko mladih staršev, ki nimajo dovolj znanja o otrokovih potrebah in značilnostih otrokovega odzivanja in vedenja, niti dovolj potrpljenja za vzgojo otrok.

Pri opisu osebnosti staršev, ki trpinčijo svoje otroke, izstopajo psihosocialna motenost, psihopatske značilnosti, čustvena labilnost, impulzivnost in eksplozivnost, agresivnost. Podatki kažejo, da je alkoholizem dejavnik, ki bistveno prispeva k trpinčenju. Med materami, pri katerih obstoja večja verjetnost, da bodo neustrezno in slabo ravnale s svojimi otroki, so:

- matere s psihosocialnimi ali psihiatričnimi motnjami;
- matere, ki so same odraščale brez materinske ljubezni ali so bile v otroštvu deležne slabega ravnanja;
- matere, ki živijo v socialni osamitvi;
- matere, ki si niso želele nosečnosti in otroka odklanjajo;
- matere nedonošenčkov;
- mladoletne matere.

Kateri otroci so najbolj ogroženi oziroma kdo so trpinčeni otroci?

Vsak otrok je lahko žrtev slabega ravnanja s strani svojih staršev, drugih odraslih oseb, vrstnikov. Ven-

dar so nekateri otroci pogosteje žrtve. Med njimi so nezaželjeni otroci in otroci, pri katerih obstajajo dvomi glede očetovstva. Če so starši želeli otroka drugega spola ali so kako drugače z otrokom nezadovoljni, se možnost slabega ravnanja poveča. Pogoste so motnje ali težave pri čustvenem navezovanju med materjo in otrokom v najzgodnejšem življenjskem obdobju. Ovi-re za navezovanje lahko izvirajo iz matere, na primer shizoidna ali čustveno neodzivna mati, ali iz otroka, na primer slaba čustvena odzivnost otroka, otroški avtizem, vedenjska težavnost otroka, ali pa to povzroči-jo dolgotrajne zgodnje ločitve otroka od staršev. Obolenja, invalidnost ali duševna manjrazvitost ali druge razvojne motnje, zaradi katerih je otrok bolj težaven ali naporen, pomenijo bolj obremenjujočo vzgojo za starše, ki tako hitreje izčrpajo svoje obvladovane sposobnosti. Frustracije staršev se lahko kažejo v odklanjanju otroka in v nasilnem vedenju do njega. Kljub temu nobena od naštetih značilnosti še ne pomeni, da bodo starši slabo ravnali z otroci. Statistike le ugotavljajo, da so otroci z navedenimi značilnostmi pogosteje zastopani med trpinčenimi otroci in da so zdravstveno in življenjsko najbolj ogroženi v predšolskem obdobju.

Pogostost pojava trpinčenja oziroma kako pogosto se z njim srečujemo v zdravstvu?

O pogostosti trpinčenja otrok s strani skrbnikov v Sloveniji nimamo zanesljive slike. Podatki redne nacionalne zdravstvene statistike prikazujejo le celotno število poškodb zaradi namernega nasilja nad otroki s strani tretje osebe, ki so lahko tudi vrstniki. V okviru zdravstva je bila narejena raziskava o zabeleženem nasilju nad otroki v obdobju od l. 1988–94, ko je zaradi namernih poškodb po tretji osebi umrlo 33 otrok in mladostnikov, prek 1000 je bilo hospitaliziranih ter pregledanih v osnovnem zdravstvenem varstvu (rezultati raziskave Inštituta za varovanje zdravja). Posledice so bile najtežje pri najmlajših otrocih – dojenčkih. Pri smrtno poškodovanih so bili ugotovljeni predvsem zlomi kosti glave, pri hospitaliziranih pa udarnine obraza in glave, odprte rane glave in intrakranialne poškodbe brez zloma lobanje.

Rezultati raziskave so pokazali precejšnje razlike v umrljivosti in obolevnosti zaradi nasilja s strani tretje osebe med posameznimi slovenskimi regijami. Razlog je lahko v različni stopnji osveščenosti, prepoznavanja in beleženja posledic s strani zdravstvenih delavcev, lahko pa gre za dejanske razlike v pojavnosti. Rezultati analize so prikazali tudi porast tovrstnega nasilja v opazovanem obdobju.

Kljub temu ne moremo pritrldilno odgovoriti, da je danes več slabega ravnanja in trpinčenja otrok kot nekoč. Današnja pozornost do slabega ravnanja z otroki izhaja predvsem iz drugačnih meril glede kakovosti življenja, do katere imajo otroci pravico in so zapisana v Mednarodni konvenciji o otrokovih pravicah. Po-

raja se večja občutljivost za ravnanje z otroki, boljša je informiranost o pojavnih oblikah, znakih in posledicah trpinčenja otrok.

Obravnava ter ukrepanje ob srečanju s trpinčenim otrokom

Pri delu s trpinčenim otrokom je zelo pomemben odnos do njega in njegovega doživljanja. Odrasli, ki se z njim pogovarjajo o doživetih izkušnjah, običajno sprašujejo o tem, kaj se mu je zgodilo. Za otroka je to praviloma travmatsko, ker je obremenjen s strahovi in z občutki krivde, ki jih vceplja storilec. To doseže z grožnjami, kaj vse se mu bo zgodilo, če bo komu povedal, z dopovedovanjem, da si zasluži slabo ravnanje, da ne bo nihče verjel četudi bi komu povedal i.p.d.

Pomembno je, da otroku zagotovimo varnost ter vzpostavimo pristen stik in zaupen odnos z njim in odraslo osebo, ki je otroka pripravljena zaščititi v domačem okolju. Predvsem pri spolni zlorabi pa je nujno terapevtsko delo z žrtvijo, storilcem in celotno družino.

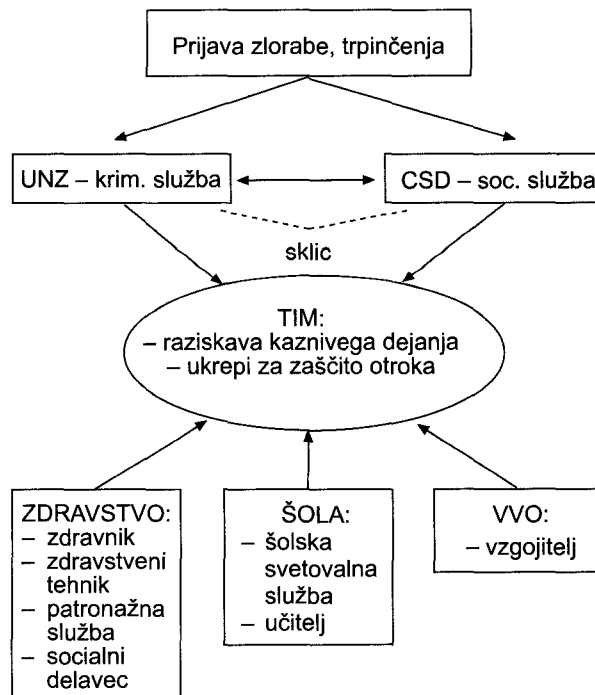
Pomen zgodnjega odkrivanja primerov trpinčenih otrok je odločilen za preprečevanje hujših primerov poškodovanja ali z drugimi besedami: za usodo otroka je zelo pomembna prognoza, da čimprej ugotovimo naravo poškodbe. V nasprotnem primeru grozi otroku nevarnost stopnjevanja trpinčenja. Pri tem ima najpomembnejšo vlogo prav zdravstveno osebje v pediatričnih oziroma šolskih dispanzerjih ter ambulantah za nujno medicinsko pomoč ali nezgodnih – travmatoloških oddelkih. V primerih, ko sumimo na naklepno poškodbo ali katero od možnih oblik trpinčenja, je v dobro otroka takojšnja hospitalizacija. S tem je otrok umaknjen iz okolja, kjer bi se nasilje lahko nadaljevalo, istočasno pa s tem pridobimo čas za poizvedbo o socialnih razmerah družine, za povezavo z pristojnimi institucijami ter za dogovor o nadaljnjih ukrepih. Možnost imamo opazovati starša, ki prihajata (če prihajata) k otroku, ter se z njima pogovoriti. Najbolj izčrpne informacije lahko podajo medicinske sestre oziroma zdravstveni tehniki, ki opazujejo interakcijo med otrokom in starši, beležijo pogostost obiskov ter so pozorni na morebitno odvisnost pri starših oziroma skrbnikih.

Prijavo o nasilju običajno poda zdravnik. Pred kratkim je bil izdan obrazec o prijavi poškodbe, ki ga mora izpolniti zdravnik in poslati kriminalistični službi)

Socialna služba ter policija oziroma kriminalistična služba sta po naravi svojega dela in po zakonodaji službi, ki sta odgovorni za takojšnje ukrepanje ob prijavi. Po prvih informacijah je nujen sestanek vseh vpletenih služb, kjer sprejmejo dogovor o skupnih in posameznih nalogah ter izvrševanju le-teh. Gre za timsko obravnavo ali multidisciplinarni tim pri obravnavi posameznega primera.

Raziskavi dejstev, ki so pomembni za oceno ogroženosti otroka, sledijo ukrepi za zaščito otroka. Gre za

Shema timskega pristopa



dva možna ukrepa. V prvem primeru mora strokovni delavec, to je socialni delavec pristojnega CSD, takoj izpeljati nujni ukrep za zaščito otroka, če gre za prepričanje, da je otrok pretrpel škodo na zdravju in da ga je zaradi zavarovanja njegovih koristi potrebno nemudoma izločiti iz družinskega okolja in zagotoviti namestitvev drugje. V praksi gre za odvzem otroka staršem ter namestitvev v varstvo drugi osebi, zavodu ali določeni zdravstveni instituciji. Ukrep lahko vsebuje tudi prepoved osebnih stikov z določeno osebo (storilcem) ter prepoved preemstitve iz ustanove, kjer se otrok trenutno nahaja, npr: bolnišnice.

V drugem primeru, ko ne gre za nujne primere oziroma hudo ogroženost otroka, mora socialna služba opraviti razgovor s starši ter jim ponuditi pomoč z dogovorom o nadaljnjih ukrepih za varstvo otrokovih koristi. Opozori jih tudi na posledice kršenja dogovora oziroma ponovnega trpinčenja otroka.

Vsekakor timska analiza in obravnava posameznega primera prispevata k ustrežnejšim rešitvam.

Za nazoren prikaz tovrstnih obravnav povzeman opis postopka oziroma ukrepanja v prej opisanih primerih iz prakse.

Dveletno deklico, ki je bila napotena z diagnozo: Trpinčen otrok smo hospitalizirali na nevrološkem oddelku. O primeru sta me obvestila medicinska sestra in zdravnik, ki je tudi že seznanil kriminalistično službo. Pogovorila sem se z dekličino mamo, ki je izrazila željo po ločenem življenju z možem, hkrati pa nemoč, saj je bila brez državljanstva in posledično brez vseh drugih pravic. Ker se je zavedala, da težav ne bo mogla rešiti čez noč in da se moževno ravnanje ne bo spre-

menilo samo po sebi, se je strinjala, da vse tri hčere za nekaj časa namestimo v Center za zdravljenje bolezni otrok. Z zdravnikom sva se osebno pogovorila tudi s kriminalistom, ki je dekličine poškodbe fotografiral kot obremenilne dokaze proti očetu in opravil razgovor z njim na domu. O primeru sem obvestila pristojno socialno službo, ki je takoj dala pobudo za razširjen medinstitucionalni tim, kjer smo sodelovali predstavniki Pek, VVO, MHD ter kriminalistične službe. Sklep tima je bil, da so deklice nameščene v ustrezni instituciji toliko časa, dokler si mati ne bo s pomočjo socialne službe uredila samostojnega življenja. Proti očetu, ki ni pokazal pripravljenosti za sodelovanje, je bila podana kazenska ovadba.

V opisanem drugem primeru telesnega trpinčenja ter primeru spolne zlorabe smo ukrepali podobno. Podali smo prijavo, sodelovali v multidisciplinarnem timu ter spremljali družinsko situacijo s pomočjo socialne in patronažne službe na terenu. V obeh primerih smo se dogovorili, da se deklici namestita v rejniško družino, dokler se razmere v primarni družini ne uredijo.

V sklepu prispevka se pridružujem ideji in pobudi prof. dr. Kornhauserja, ki je l. 1979 na Derčevih dnevih prvič omenil sindrom Trpinčenega otroka, da bi bilo nujno v programe strokovnih sestankov za medi-

cinske sestre in zdravnike vključiti vsebine s področja, ki obsega znanje o prepoznavanju ter pravilnem postopanju, ko se v praksi srečajo s trpinčenim otrokom. In ker imamo v zdravstvu možnost odkrivanja zgodnjih oblik nasilja nad otroki, je to toliko pomembnejše. Pa vendarle ne samo kot zdravstveni delavci, tudi kot sosedje ali mimoidoči oziroma naključni opazovalci tega pojava smo dolžni ustrezno reagirati.

Z neosveščenostjo in strpnostjo do tega pojava kršimo ne le zakonske pravice otrok, temveč tudi njihovo človeško dostojanstvo.

Literatura

1. Drugi ciklus seminarjev Namesto koga roža cveti. Trpinčen otrok: Kako prepoznavati in preprečevati fizično in duševno trpinčenje otrok. Razširjeni zbornik. Ljubljana: Meridiana 1996.
2. Lešnik M. Trpinčeni otroci. Diplomsko naloga. Ljubljana: Visoka šola za socialno delo v Ljubljani, 1992.
3. Kramberger M. Trpinčenje otrok. Diplomsko naloga. Ljubljana: Visoka šola za socialno delo v Ljubljani, 1992.
4. Stante A. Spolne zlorabe otrok. Diplomsko naloga. Ljubljana: Visoka šola za socialno delo v Ljubljani, 1997.
5. Pivk F. Nasilje v družini.. Diplomsko naloga. Ljubljana: Visoka šola za socialno delo v Ljubljani, 1997.
6. Primožič J, Kornhauser P, Aleš A et al. Poškodbe v luči zanemarjanja otroka. Izbrana poglavja iz pediatrije. Medicinska fakulteta Univerze v Ljubljani. Katedra za pediatrijo, 1998: 85–90.