

Приручник за примену Посебног протокола система здравствене заштите за заштиту деце од злостављања и занемаривања



Република Србија
МИНИСТАРСТВО ЗДРАВЉА



Пројекат финансира Европска
унија у партнерству са УНИЦЕФ-ом.

**Приручник за примену
Посебног протокола
система здравствене
заштите за заштиту
деце од злостављања и
занемаривања**

Аутори

Доц. др Ђорђе Алемпијевић, dr sc., Медицински факултет Универзитета у Београду, Институт за судску медицину

Др Оливер Видојевић, психијатар, Институт за ментално здравље, Београд

Др Марко Видосављевић, хирург, Универзитетска дечја клиника, Београд

Др Маја Ђорђевић, педијатар, Институт за здравствену заштиту мајке и детета „Др Вукан Чупић“, Београд

Душанка Калањ, дипл. социјални радник, Институт за ментално здравље, Београд

Проф. др Анета Лакић, dr sc., психијатар, Медицински факултет Универзитета у Београду, Клиника за дечју неурологију и психијатрију

Теодора Минчић, спец. медицинске психологије, Институт за ментално здравље, Београд

Асистент др Милица Пејовић Милованчевић, dr sc., дечји психијатар, Медицински факултет Универзитета у Београду, Институт за ментално здравље, Београд

Јелена Радосављевић Кирићански, mr sc., спец. медицинске психологије, Институт за ментално здравље, Београд

Др Катарина Седлеци, dr sc., гинеколог, Институт за здравствену заштиту мајке и детета „Др Вукан Чупић“, Београд

Уредници: **Милица Пејовић Милованчевић, Теодора Минчић, Душанка Калањ**

Рецензенти: **Проф. др Душица Лечић Тошевски, проф. др Вероника Ишпановић Радојковић**

Издавач: **Институт за ментално здравље, Београд**

За издавача: **Проф. др Душица Лечић Тошевски**

Лектура: **Владо Ђукановић**

Дизајн: **Константин И. Петровић**

Штампа: **Стојков**

ISBN **978-86-82277-61-3**

Тираж: **500**

Штампано 2012. године

„Приручник за примену Посебног протокола система здравствене заштите за заштиту деце од злостављања и занемаривања“ настао је у оквиру истоименог пројекта који спроводи Институт за ментално здравље из Београда, уз подршку Министарства здравља Републике Србије и Канцеларије УНИЦЕФ-а у Србији.

Припрема и штампање ове публикације подржани су кроз пројекат „Заштита деце од насиља у Југоисточној Европи“ који реализује УНИЦЕФ, а финансира Европска унија. Садржај и ставови изнети у овој публикацији су ставови аутора и не одражавају нужно ставове УНИЦЕФ-а и Европске уније.



Пројекат финансира Европска
унија у партнерству са УНИЦЕФ-ом.

САДРЖАЈ

ПРИРУЧНИК ЗА ПРИМЕНУ ПОСЕБНОГ ПРОТОКОЛА СИСТЕМА ЗДРАВСТВЕНЕ ЗАШТИТЕ ЗА ЗАШТИТУ ДЕЦЕ ОД ЗЛОСТАВЉАЊА И ЗАНЕМАРИВАЊА

(рецензија) 9

ПРИРУЧНИК ЗА ПРИМЕНУ ПОСЕБНОГ ПРОТОКОЛА СИСТЕМА ЗДРАВСТВЕНЕ ЗАШТИТЕ ЗА ЗАШТИТУ ДЕЦЕ ОД ЗЛОСТАВЉАЊА И ЗАНЕМАРИВАЊА

(рецензија) 12

I. ПРЕДГОВОР 16

II. УВОД 19

1. УВОДНЕ НАПОМЕНЕ 19

2. ИСТОРИЈАТ 21

3. ЕТИОЛОГИЈА ЗЛОСТАВЉАЊА И ЗАНЕМАРИВАЊА 22

4. ПОСЛЕДИЦЕ 23

5. ОСНОВНИ ПРИНЦИПИ И ЦИЉЕВИ ПРИРУЧНИКА 23

5.1. Основни принципи и циљеви Посебног протокола 24

5.2. Законодавни оквир у Републици Србији 25

5.3. Смернице добре клиничке праксе за рад на
заштити деце од злостављања и занемаривања 27

5.4. Препреке у препознавању злостављања
и занемаривања 29

III. ФИЗИЧКО ЗЛОСТАВЉАЊЕ И ЗАНЕМАРИВАЊЕ 32

1. ИСТОРИЈАТ 32

2. КО СУ ЗЛОСТАВЉАЧИ, А КО ЖРТВЕ 34

3. ИНЦИДЕНЦИЈА И ЗНАЧАЈ 36

4. ОБЛИЦИ ФИЗИЧКОГ ЗЛОСТАВЉАЊА 37

4.1. Повреде коже и видљивих слузокожа 37

4.2. Повреде главе и ЦНС-а 41

4.3. Повреде коштаног-зглобног система 44




4.4. Повреде трбуха и паренхиматозних органа 46

4.5. Минхаузенев синдром by проху (MSBP) 47

5. АНАМНЕЗА 48

6. ТИПИЧНИ ПОДАЦИ 49

7. КЛИНИЧКИ ПРЕГЛЕД 49

	IV. ЕМОЦИОНАЛНО ЗЛОСТАВЉАЊЕ	52
	1. ПРЕПОЗНАВАЊЕ ЕМОЦИОНАЛНОГ ЗЛОСТАВЉАЊА	54
	2. ПОКАЗАТЕЉИ ЕМОЦИОНАЛНОГ (ПСИХОЛОШКОГ) ЗЛОСТАВЉАЊА	54
	3. ПОСЛЕДИЦЕ ЕМОЦИОНАЛНОГ ЗЛОСТАВЉАЊА	55
	3.1. Ране последице	55
	3.2. Касне последице	56
	3.3. Показатељи позних последица емоционалног злостављања	56
	4. ДИЈАГНОСТИЧКА ПРОЦЕНА	58
	5. ПРИНЦИПИ РАДА У СЛУЧАЈЕВИМА ЕМОЦИОНАЛНОГ ЗЛОСТАВЉАЊА	58
	6. ИНТЕРВЕНЦИЈЕ	58
	V. СЕКСУАЛНО ЗЛОСТАВЉАЊЕ	61
	1. ДЕФИНИЦИЈА И ВРСТЕ СЕКСУАЛНОГ ЗЛОСТАВЉАЊА	61
	2. КАРАКТЕРИСТИКЕ СЕКСУАЛНОГ ЗЛОСТАВЉАЊА ДЕЦЕ	62
	3. СИМПТОМИ И ПОКАЗАТЕЉИ	63
	3.1. Промене у гениталном и аналном подручју	65
	4. ЗДРАВСТВЕНЕ ПОСЛЕДИЦЕ	66
	5. ДИЈАГНОСТИЧКИ ПОСТУПАК	67
	5.1. Физикални преглед	68
	5.2. Лабораторијска дијагностика	69
	6. ЛЕЧЕЊЕ	69
	VI. ЗАНЕМАРИВАЊЕ ДЕЦЕ	72
	1. ДЕФИНИЦИЈА И ГЛАВНЕ КАРАКТЕРИСТИКЕ	72
	2. ТИПОВИ ЗАНЕМАРИВАЊА	72
	2.1. Физичко занемаривање	73
	2.2. Едукативно занемаривање	73
	2.3. Емоционално/психолошко занемаривање	74
	2.4. Медицинско занемаривање	75
	3. ФАКТОРИ РИЗИКА ОД ЗАНЕМАРИВАЊА КОЈИ СЕ ПОВЕЗУЈУ СА РОДИТЕЉЕМ ИЛИ СТАРАТЕЉЕМ	76
	4. ФАКТОРИ РИЗИКА ОД ЗАНЕМАРИВАЊА КОЈИ СЕ ПОВЕЗУЈУ СА ДЕТЕТОМ	77
	5. ПРЕПОЗНАВАЊЕ СИМПТОМА ЗАНЕМАРИВАЊА	77

▶ VII. ЕКСПЛОАТАЦИЈА ДЕТЕТА	80
1. ДЕФИНИЦИЈА	80
2. ПОЈАВНИ ОБЛИЦИ ЕКСПЛОАТАЦИЈЕ ДЕТЕТА	81
3. ПОСЛЕДИЦЕ ЕКСПЛОАТАЦИЈЕ ДЕЦЕ	83
4. ЕКСПЛОАТАЦИЈА ДЕЦЕ У НАШОЈ ЗЕМЉИ	84
▶ VIII. УЛОГА СТРУЧНОГ ТИМА У ЗДРАВСТВЕНИМ УСТАНОВАМА	87
1. ЗАШТО ЈЕ НЕОПХОДНО ФОРМИРАЊА СТРУЧНОГ ТИМА	87
2. УЛОГА СТРУЧНОГ ТИМА	88
3. ОДЛУКЕ СТРУЧНОГ ТИМА	88
3.1. Неодложна пријава полицији и центру за социјални рад	88
3.2. Редовна пријава центру за социјални рад	91
3.3. Одлагање пријављивања	93
3.4. Поступање када сумња није потврђена	93
4. СТРУКТУРА СТРУЧНОГ ТИМА	95
5. ОРГАНИЗАЦИЈА РАДА СТРУЧНОГ ТИМА	96
6. УЛОГА ЗДРАВСТВЕНИХ РАДНИКА И САРАДНИКА У ДАЉОЈ ЗАШТИТИ ДЕТЕТА	97
7. ПОСЕБНА РАДНА ГРУПА ЗА ЗАШТИТУ ДЕЦЕ ОД ЗЛОСТАВЉАЊА И ЗАНЕМАРИВАЊА	98
▶ IX. МРЕЖА У ЗАЈЕДНИЦИ И МЕЂУСЕКТОРСКА САРАДЊА У ЗАШТИТИ ДЕЦЕ ОД ЗЛОСТАВЉАЊА И ЗАНЕМАРИВАЊА	101
1. ЗАШТО ЈЕ САРАДЊА МЕЂУ СИСТЕМИМА НЕОПХОДНА	101
2. ЗАШТО СЕ СВАКА СУМЊА НА ЗЛОСТАВЉАЊЕ И ЗАНЕМАРИВАЊЕ МОРА ПРИЈАВИТИ ЦЕНТРУ ЗА СОЦИЈАЛНИ РАД	101
▶ X. ПРЕВЕНЦИЈА ЗЛОСТАВЉАЊА И ЗАНЕМАРИВАЊА ДЕЦЕ И МЛАДИХ	105
1. ПРИМАРНА ПРЕВЕНЦИЈА	106
2. СЕКУНДАРНА ПРЕВЕНЦИЈА	108
3. ТЕРЦИЈАРНА ПРЕВЕНЦИЈА	108
4. СТРАТЕГИЈЕ ЗА ПРЕВЕНЦИЈУ ЗЛОСТАВЉАЊА И ЗАНЕМАРИВАЊА ДЕЦЕ	109
5. ШТА ЗДРАВСТВЕНИ РАДНИЦИ ТРЕБА ДА РАДЕ ПО ПИТАЊУ ПРЕВЕНЦИЈЕ	110
5.1. Подршка родитељима	110
5.2. Заступање деце	111

XI. ПРОЦЕС ЗАШТИТЕ ДЕЦЕ И МЛАДИХ ОД ЗЛОСТАВЉАЊА И ЗАНЕМАРИВАЊА И ИНТЕРВЕНЦИЈЕ 115

1. ЗДРАВСТВЕНИ РАДНИЦИ У ПРОЦЕСУ ЗАШТИТЕ ДЕТЕТА 115
2. ПРЕПОЗНАВАЊЕ ЗЛОСТАВЉАЊА И ЗАНЕМАРИВАЊА 115
 - 2.1. Препознавање повреде или промене у понашању детета 116
 - 2.2. Поверавање 116
3. ПРИЈАВЉИВАЊЕ ЗЛОСТАВЉАЊА И ЗАНЕМАРИВАЊА 117
4. ПРИЈАВЉИВАЊЕ СУМЊЕ ЦЕНТРУ ЗА СОЦИЈАЛНИ РАД 120
5. ПРИЈАВЉИВАЊЕ ЈАВНОМ ТУЖИЛАШТВУ, ОДНОСНО ОРГАНУ УНУТРАШЊИХ ПОСЛОВА 121
6. ПРОЦЕНА РИЗИКА И СТАЊА ДЕТЕТА 122
7. ПЛАНИРАЊЕ УСЛУГА И МЕРА 122
8. ПРАЋЕЊЕ И ЕВАЛУАЦИЈА ДЕТЕТА 123

XII. КОРАЦИ У ПОСТУПАЊУ ЗДРАВСТВЕНИХ РАДНИКА И САРАДНИКА КАДА ПОСТОЈИ СУМЊА НА ЗЛОСТАВЉАЊЕ И/ИЛИ ЗАНЕМАРИВАЊЕ ДЕТЕТА 126

1. МЕДИЦИНСКО ЗБРИЊАВАЊЕ ПОВРЕДА/БОЛЕСТИ ДЕТЕТА 126
2. ДОКУМЕНТОВАЊЕ СТАЊА ДЕТЕТА 128
3. КОНСУЛТАЦИЈА СА СТРУЧНИМ ТИМОМ УСТАНОВЕ ЕДУКОВАНИМ ЗА РАД НА ЗАШТИТИ ДЕЦЕ ОД ЗЛОСТАВЉАЊА И ЗАНЕМАРИВАЊА 129
4. ПРИЈАВА НАДЛЕЖНОМ ЦЕНТРУ ЗА СОЦИЈАЛНИ РАД 130

XIII. ПРОЦЕНА РИЗИКА У СЛУЧАЈЕВИМА ЗЛОСТАВЉАЊА И ЗАНЕМАРИВАЊА ДЕЦЕ 132

1. ОСНОВНЕ КАРАКТЕРИСТИКЕ И СТРУКТУРА МАТРИЦЕ РИЗИКА 132
2. МЕТОДОЛОГИЈА УПОТРЕБЕ МАТРИЦЕ РИЗИКА 135

XIV. КАКО СА ДЕЦОМ РАЗГОВАРАТИ О ЗЛОСТАВЉАЊУ И ЗАНЕМАРИВАЊУ 138

1. ОСНОВНИ ПРИНЦИПИ ВОЂЕЊА РАЗГОВОРА СА ЗЛОСТАВЉАНОМ ДЕЦОМ 139
2. СТРУКТУРА ИНТЕРВЈУА 140
 - 2.1. Почетна фаза 140
 - 2.2. Фаза фокусирана на злостављање 140
 - 2.3. Завршна фаза интервјуа 141
3. УСПОСТАВЉАЊЕ ОДНОСА 142
4. ПРЕПОРУЧЕНЕ ТЕХНИКЕ ЗА ОЛАКШАВАЊЕ КОМУНИКАЦИЈЕ И ПОТПОМАГАЊЕ ПОВЕРАВАЊА ТАЈНЕ О ЗЛОСТАВЉАЊУ 148

4.1. Прављење листе ствари које дете воли и које не воли	148
4.2. Решавање проблема	148
4.3. Разматрање приватности код сексуално злостављане деце	149
5. ПИТАЊА КОЈА СЕ КОРИСТЕ У ИСПИТИВАЊУ ДЕЦЕ КОД СУМЊЕ НА ЗЛОСТАВЉАЊЕ	150
6. ЗАВРШАВАЊЕ ИСПИТИВАЊА	154

XV. КАКО РАЗГОВАРАТИ СА РОДИТЕЉИМА О ЗЛОСТАВЉАЊУ И ЗАНЕМАРИВАЊУ

1. ПРЕДУСЛОВИ ЗА БАВЉЕЊЕ РОДИТЕЉИМА ИЗ ПОРОДИЦА У КОЈИМА СЕ ЈАВЉА ЗЛОСТАВЉАЊЕ И ЗАНЕМАРИВАЊЕ ДЕЦЕ	156
2. ПОРИЦАЊЕ И РАЗОТКРИВАЊЕ	159
3. ПРЕПОРУКЕ ЗА РАЗГОВОР СА РОДИТЕЉИМА	162
4. ПИТАЊА ЗА РАСВЕТЉАВАЊЕ ЗЛОСТАВЉАЊА	165
5. ПИТАЊА УСМЕРЕНА КА ПРОМЕНИ	166
6. АСПЕКТИ ДИНАМИКЕ ЗЛОСТАВЉАЊА И ЗАНЕМАРИВАЊА РЕЛЕВАНТНИ ЗА ИНТЕРВЕНЦИЈЕ	167
7. ТУМАЧЕЊЕ ПОНАШАЊА ДЕТЕТА	167
8. НЕДОСТАК ЗНАЊА И ВЕШТИНА	168
9. ИНТЕРВЕНЦИЈЕ ЗА ПОРОДИЦУ СА ЗЛОСТАВЉАЊЕМ И ЗАНЕМАРИВАЊЕМ	169

ПРИЛОЗИ

ПРИЛОГ 1. АЛГОРИТАМ ПОСТУПАКА СА ЗЛОСТАВЉАНИМ ИЛИ ЗАНЕМАРЕНИМ ДЕТЕТОМ	172
----------------------------------------------------------------------------------	-----

ПРИЛОГ 2. ЗАКОНИ И ПРАВИЛНИЦИ	173
--------------------------------------	-----

ПРИЛОГ 3. МЕЂУНАРОДНА КЛАСИФИКАЦИЈА БОЛЕСТИ, 10. РЕВИЗИЈА	180
----------------------------------------------------------------------	-----

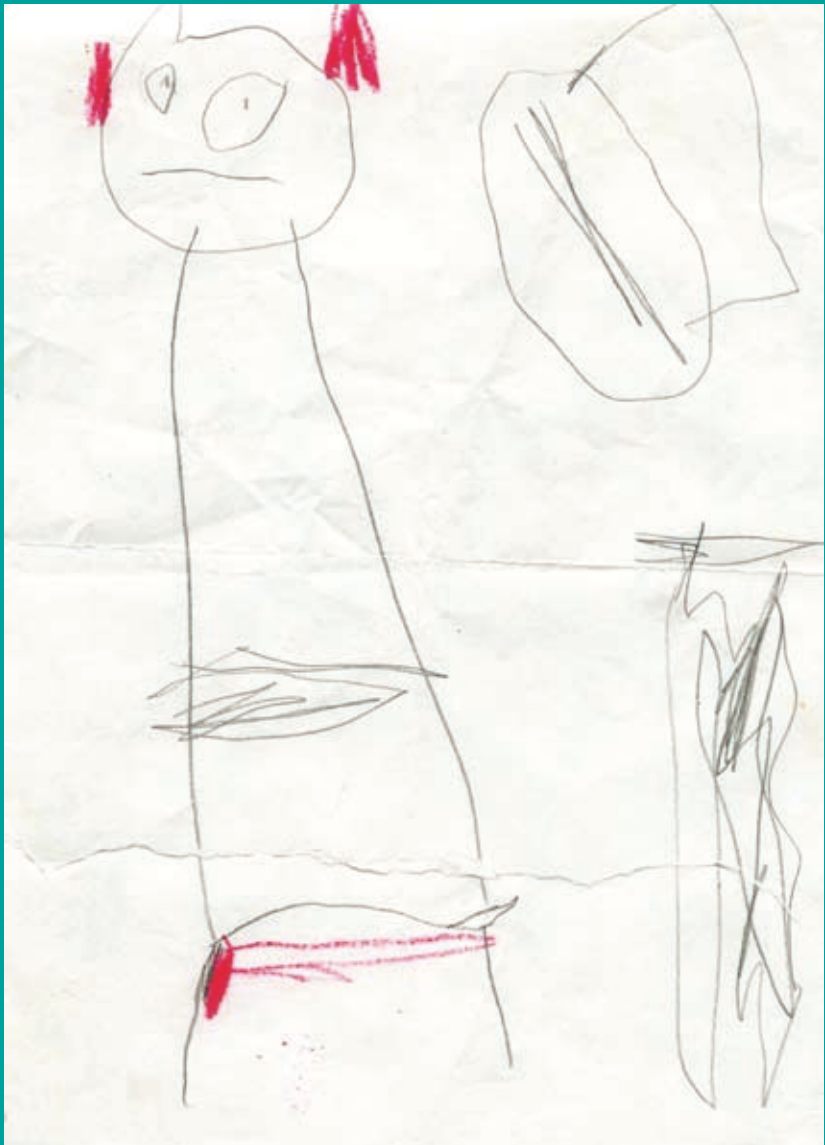
ПРИЛОГ 4. МАТРИЦА ЗА БРЗУ ПРОЦЕНУ РИЗИКА ЗА ЗЛОСТАВЉАЊЕ И ЗАНЕМАРИВАЊЕ	182
-----------------------------------------------------------------------------------	-----

ПРИЛОГ 5. МАТРИЦА ФАКТОРА РИЗИКА	189
-----------------------------------------	-----

ПРИЛОГ 6. РАДНА ВЕРЗИЈА ФОРМУЛАРА ЗА РЕГИСТРАЦИЈУ ЗЛОСТАВЉАЊА И ЗАНЕМАРИВАЊА	197
-----------------------------------------------------------------------------------------	-----

ПРИЛОГ 7. ПОСЕБНИ ПРОТОКОЛ СИСТЕМА ЗДРАВСТВЕНЕ ЗАШТИТЕ ЗА ЗАШТИТУ ДЕЦЕ ОД ЗЛОСТАВЉАЊА И ЗАНЕМАРИВАЊА	200
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----

ЛИТЕРАТУРА	223
-------------------	-----



ПРИРУЧНИК ЗА ПРИМЕНУ ПОСЕБНОГ ПРОТОКОЛА СИСТЕМА ЗДРАВСТВЕНЕ ЗАШТИТЕ ЗА ЗАШТИТУ ДЕЦЕ ОД ЗЛОСТАВЉАЊА И ЗАНЕМАРИВАЊА (рецензија)

Здравствени радници и сарадници одувек су се бавили злостављаном и занемареном децом, али често поремећаје њиховог физичког и психичког здравља нису препознавали као последицу изложености неадекватним поступањима родитеља/старатеља. Улога трауме у детињству означава се као круцијална за развој многих менталних поремећаја. Показано је да злоупотреба и занемаривање деце представљају етиолошки фактор код око 60% граничних личности, као и да су многи насилни адолесценти на неки начин били злоупотребљени као деца. Стручњаци Института за ментално здравље су још премного година, уз подршку хуманитарних организација, покренули програме за ублажавање последица траума изазваних кризом и стресорима у нашој земљи. Пре неколико година пионирски су се посветили заштити деце и породица од насиља и злостављања свих врста, у посебном одсеку Института. Њихов рад довео је до значајних публикација, међу којима је и „Приручник за примену Посебног протокола система здравствене заштите за заштиту деце од злостављања и занемаривања“. Тај протокол представља најбољи пример добре праксе, који би требало пратити и у другим областима заштите менталног здравља.

Улога здравственог система у заштити деце је стварање окружења у коме сви преузимају одговорност како би се обезбедила средина у којој је свако дете заштићено од злостављања и занемаривања. Министарство здравља Републике Србије је, у априлу 2009. године, усвојило „Посебни протокол система здравствене заштите за заштиту деце од злостављања и занемаривања“, у којем се јасно дефинишу улоге и одговорности здравствених радника, као и механизми сарадње установа и институција из различитих сектора у превенцији и заштити деце од злостављања.

„Приручник за примену Посебног протокола система здравствене заштите за заштиту деце од злостављања и занемаривања“ даје теоријски и практични оквир за унапређење клиничке праксе здравственог система у домену заштите деце од сваке врсте злоупотребе.

У теоријском аспекту, Приручник прецизно дефинише појавне облике злостављања и занемаривања, последице по развој детета и факторе ризика, дајући поуздане смернице за препознавање злостављања и занемаривања у свакодневном раду са децом и њиховим родитељима/старатељима, чиме доприноси повећању сензибилности и компетенција здравствених радника и сарадника.

Посебну вредност Приручнику дају смернице за непосредан рад у случајевима постављања сумње на злостављање и занемаривање. Рад у овој области, која представља веома осетљиво подручје и за децу и за њихове родитеље/старатеље и за стручњаке, биће знатно плодотворнији, јер Приручник даје препоруке како разговарати са децом о искуствима која су за њих непријатна и како кроз разговоре са родитељима иницирати позитивне промене у поступању према детету. Кроз велико искуство аутора Приручника издвајају се најчешће препреке у раду на заштити деце од злостављања и занемаривања и дају препоруке за њихово превазилажење.

Значајан допринос Приручника представљају јасно дефинисани кораци у поступању, посебно у случајевима високог ризика, исцрпно изложена организација рада стручног тима у оквиру установа и смернице за сарадњу тимова са другим службама у заједници. Кроз прецизно дефинисане процедуре Приручник ће допринети унапређењу делотворности не само здравственог система већ и интерсекторске мреже у заштити деце од злостављања и занемаривања.

Приручник даје подстицај за још два значајна подручја у домену заштите деце. Прво подручје тиче се често занемарених превентивних интервенција у чијој реализацији примарна здравствена заштита има неоспорно најзначајнију улогу. Друго подручје се односи на успостављање јединственог система регистровања случајева злоупотребе деце, што је Приручник иницирао. Овај јединствени систем је неопходан како за даље

праћење појаве и предузимање превентивних мера, тако и за истраживања ове сложене и још увек недовољно истражене области.

„Дете је отац човеков“, написао је Вилијам Вордсворт, велики енглески песник XVIII века, и тако постао претходник Фројдове психоаналитичке теорије. Зато је примарна превенција усмерена на децу један од наших примарних задатака. Надам се да ће резултати одличног рада наших колега из тима за заштиту деце од злостављања и занемаривања омогућити увођење других превентивних стратегија, на пример здравог родитељства (за садашње и будуће родитеље). Здраво родитељство и ране интервенције могу имати одлучујућу улогу у развоју здравих личности и у суочавању са тешкоћама за време магичких година детињства. У најбољем интересу деце и у циљу остваривања бриге и заштите коју она заслужују, Приручник ће помоћи да здравствени радници и сарадници у својој средини створе услове да свако дете расте безбедно, поносно и срећно.

Проф. др Душица Лечић Тошевски

ПРИРУЧНИК ЗА ПРИМЕНУ ПОСЕБНОГ ПРОТОКОЛА СИСТЕМА ЗДРАВСТВЕНЕ ЗАШТИТЕ ЗА ЗАШТИТУ ДЕЦЕ ОД ЗЛОСТАВЉАЊА И ЗАНЕМАРИВАЊА (рецензија)

Монографија „Приручник за примену Посебног протокола система здравствене заштите за заштиту деце од злостављања и занемаривања“ представља изузетно значајан допринос унапређењу превенције и заштите деце од злостављања и занемаривања у нашој средини. Настао је из потребе да се стручњацима који раде непосредно са децом и младима у систему здравствене заштите обезбеде неопходне информације и упутства за спровођење Посебног протокола система здравствене заштите који је донело Министарство здравља Републике Србије у априлу 2009. године. Аутори приручника су истакнути стручњаци са вишегодишњим искуством у раду на спречавању и заштити деце од злостављања, чланови Посебне радне групе за примену Посебног протокола коју је именovalo Министарство здравља, и то три дечја психијатра, два дечја психолога, педијатар, дечији хирург, гинеколог-специјалиста за децу и омладину, стручњак из области судске медицине и социјални радник.

Приручник је намењен, првенствено, стручњацима који раде у систему здравствене заштите (лекарима, медицинским сестрама, психолозима, социјалним радницима, дефектолозима, педагозима), а циљ му је да помогне да ови стручњаци лакше препознају ризике од злостављања и занемаривања деце и да им се пружи јасна упутства за спровођење поступака за спречавање и заштиту деце у ситуацијама када постоји сумња да је неко дете изложено злостављању и/или занемаривању.

Рукопис Приручника има 169 страна и обухвата 15 тематских целина које се могу разврстати у три групе. У прву групу спадају поглавља „Предговор“, „Увод“, „Физичко злостављање“, „Емоционално

злостављање“, „Сексуално злостављање“, „Занемаривање деце“ и „Експлоатација деце“. Ова поглавља пружају здравственим радницима шири оквир за разумевање појаве злостављања и занемаривања и у њима су врло детаљно и ефикасно приказани сви облици злостављања и занемаривање детета. На крају сваке тематске целине налази се језгровито и врло јасно упутство за здравствене раднике како да препознају ризике и знаке који буде сумњу на злостављање и занемаривање детета.

У следећих шест поглавља детаљно је приказана процедура заштите детета у систему здравствене заштите, онако како је дефинисана Посебним протоколом. Обухваћени су сви аспекти процеса заштите, што се види и из наслова тих поглавља: „Улога стручног тима у здравственим установама“, „Мрежа у заједници и међусекторска сарадња у заштити деце од злостављања и занемаривања“, „Превенција злостављања и занемаривања деце и младих“, „Процес заштите деце и младих од злостављања и занемаривања и интервенције“, „Кораци у поступању здравствених радника и сарадника када постоји сумња на злостављање и/или занемаривање детета“. Истичемо изразиту јасноћу приказивања сложене процедуре заштите детета и улоге свих релевантних актера у том процесу, што ће засигурно у великој мери допринети успешнијем спровођењу заштите деце у нашој средини.

Најзад, трећу групу чине поглавља која се односе на процену ризика у случајевима злостављања и занемаривања деце, а садрже конкретна упутства за примену Матрице за процену ризика. Посебну вредност представљају поглавља која се односе на начин вођења разговора са злостављаном и занемареном децом и са њиховим родитељима, која су плод дугогодишњих искустава аутора стечених у непосредном раду са злостављаном и занемареном децом. Овакав текст је до сада недостајао у нашој стручној литератури.

Врло користан део Приручника су и прилози који садрже алгоритам поступка са злостављаним и/или занемареним дететом и Матрицу за процену ризика (у скраћеној и широј верзији), као и најважније одредбе Кривичног законика и Породичног закона које се односе на заштиту деце од насиља.

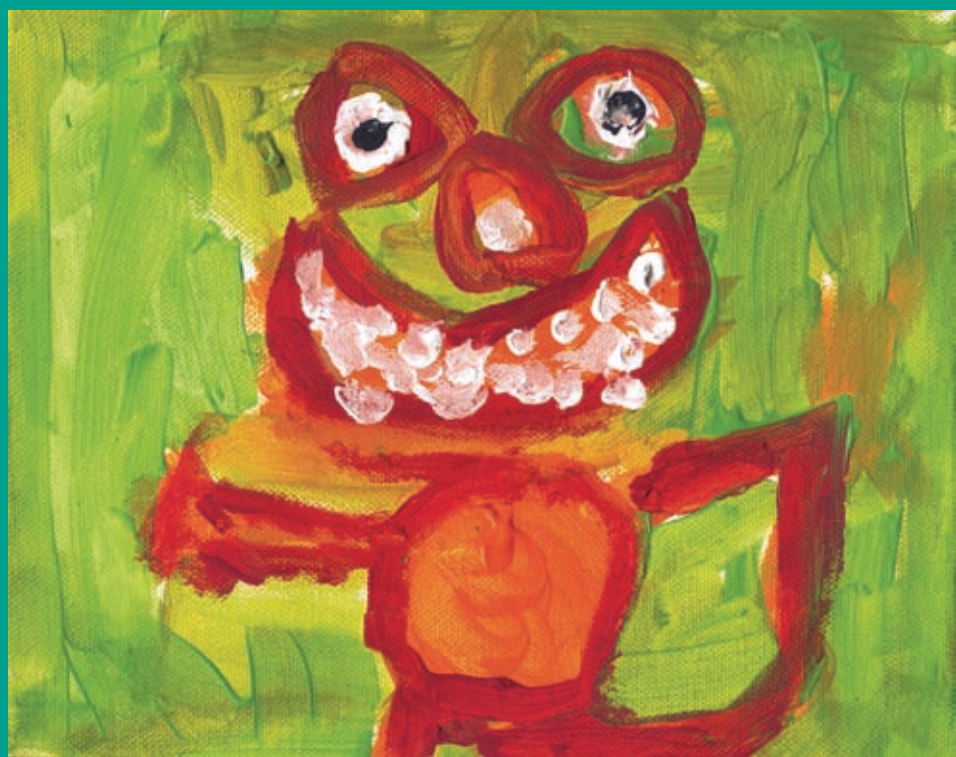
Истичем да је сложена материја која се у приручнику обрађује написана јасним језиком и стилем, што додатно увећава њену дидактичку вредност.

Закључак

„Приручник за примену Посебног протокола система здравствене заштите за заштиту деце од злостављања и занемаривања“ представља значајан допринос унапређењу превенције и заштите деце од злостављања и занемаривања у нашој средини. Имајући у виду процес реформе система здравствене заштите који је код нас у току, а који ставља тежиште на заштиту људских права, укључујући право сваког детета да буде заштићено од свих облика злостављања и занемаривања, може се рећи да је овај приручник оригинални подухват који долази у прави час.

Сматрам да ће приручник бити користан свим стручњацима који раде са децом и младима, а првенствено стручњацима у систему здравствене заштите. Приручник је базиран на савременим сазнањима и на дугогодишњем личном искуству аутора у области заштите детета од злостављања и занемаривања и пружа обиље практичних информација и упутстава за рад са децом. Писан је јасним стилем, са пуно смисла за дидактику, па сматрам да ће наићи на добар пријем у стручним круговима и топло га препоручујем за штампу.

Проф. др Вероника Ишпановић Радојковић



I. ПРЕДГОВОР

Приручник који је пред вама садржи приказе основних карактеристика и симптома код деце, удружених са злостављањем и занемаривањем, који се могу опсервирати у свакодневном раду здравствених радника и сарадника. Када се буде користио у рутинској пракси, приручник би требало да подсети сваког од њих да размишљају о могућности да стање детета може бити у вези и са неадекватним поступањем према њему. Приручник није осмишљен ни као самосталан ни као једини инструмент процене и не подразумева дефинитивне дијагностичке категорије или тестове. Он се, пре свега, бави питањима заштите деце од злостављања и занемаривања у оквиру здравственог система.

Коме је приручник намењен

Приручник је намењен свим здравственим радницима и сарадницима:

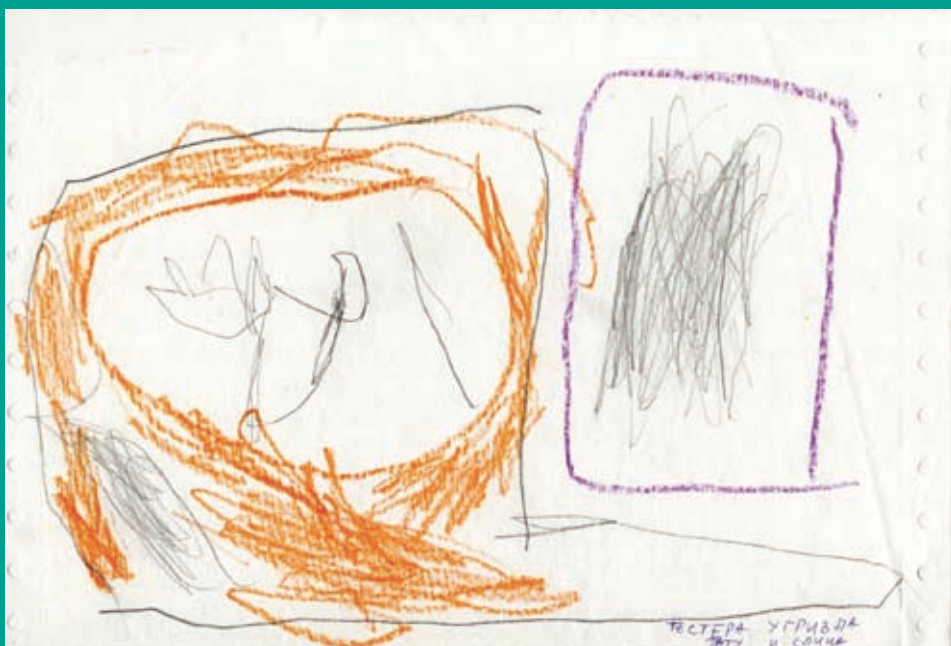
- лекарима опште медицине, педијатрима у примарној заштити и осталим сарадницима у службама за децу и омладину,
- професионалним групама које су у свакодневном контакту са децом и младима (установама за збрињавање деце са сметњама у развоју, дневним центрима и колективима и сл.),
- стручњацима који се сусрећу са децом и/или њиховим старатељима, а у чијим рутинским прегледима сагледавање механизма повреде, односно стања родитеља, може да укаже на висок ризик по дете,
- запосленима у сектору јавног здравља, Министарству здравља и другим службама одговорним за организацију система.

Ко је саставио приручник

Приручник су написали чланови Посебне радне групе за примену Посебног протокола система здравствене заштите за заштиту деце од злостављања и занемаривања, коју је именовало Министарство здравља Републике Србије. Чланови радне групе су:

- три дечија психијатра,
- два дечија психолога,
- педијатар,
- дечији хирург,
- гинеколог, специјалиста за децу и омладину,
- стручњак из области судске медицине и
- социјални радник.

Сви учесници у писању Приручника одабрани су на основу њихове дугогодишње праксе у раду на питањима злостављања и занемаривања деце и младих.



II. УВОД

1. УВОДНЕ НАПОМЕНЕ

Општа дефиниција злостављања и занемаривања коју је усвојила Светска здравствена организација (СЗО) гласи: „Злоупотреба и злостављање детета обухватају све облике физичког и/или емоционалног злостављања, сексуалну злоупотребу, занемаривање или немаран поступак, као и комерцијалну и другу експлоатацију, који доводе до стварног или потенцијалног нарушавања здравља детета, његовог преживљавања, развоја или достојанства, у оквиру односа који укључује одговорност, поверење или моћ.“

На основу доступних података Светске здравствене организације сматра се да је двадесет и петоро од 1000 деце злостављано или занемаривано и да тај број сваке године расте. За Србију се не могу дати тачни подаци јер и даље није успостављен свеобухватан систем евидентирања и праћења ове појаве. Не постоји јединствен систем за праћење параметара злостављања, већ сваки сектор за себе посматра и прати појаву насиља над децом, што отежава процес евидентирања. Ипак, подаци министарства унутрашњих послова, просвете и социјалне заштите указују на то да је појава присутна те да са све бољом евиденцијом постаје и све видљивија.

Према подацима Стручног тима за заштиту деце од злостављања и занемаривања Института за здравствену заштиту мајке и детета, у периоду од 2000. до 2008. године, у овој установи су лечена 204 детета под сумњом да су била злостављана. Према подацима Кабинета за заштиту деце од злостављања и занемаривања Института за ментално здравље у Београду, у периоду од 2000. до 2010. године регистровано је 546 случајева тешких облика злостављања и занемаривања. Према подацима центара за социјални рад у Републици Србији, број злостављане и занемариване деце се из годину у годину знатно повећава, дакле, показује узлазни тренд. Такав тренд не доказује да је број деце жртава насиља већи него раније, него указује на развијање свести о проблему, да се

насиљу над децом посвећује већа пажња и да заправо расте број пријављених случајева злостављања и занемаривања. На тај начин насиље престаје да буде „приватна ствар“ и „породична тајна“.

Подаци из иностранства, посебно из средина у којима се релативно прецизно региструју случајеви злостављања, указују на то да и тамо побољшање и унапређење система регистравања води ка значајном повећању броја случајева злостављања деце који се прате.

Доношењем Националног плана акције за децу 2004. године, којим је дефинисана политика државе према деци до 2015. године, као и унапређењем законодавства, у значајној мери је унапређена национална политика у области заштите деце и то кроз следеће документе:

- Национални Миленијумски циљеви развоја у Републици Србији,
- Национална стратегија за превенцију и заштиту деце од насиља,
- Општи протокол за заштиту деце од злостављања и занемаривања,
- посебни протоколи за заштиту деце од злостављања и занемаривања, и то у социјалној заштити, образовно-васпитним установама, полицији, судству и здравству.

Међутим, и даље остају отворени проблеми као што су низак ниво свести јавности о присутности насиља, толеранција на различите облике насиља и недовољна едукација јавности како да се суочи с насиљем над децом. Не постоје системске мере за сензибилизацију опште и стручне јавности у погледу превенције. Усвојене стратегије, чини се, остају празно слово на папиру, јер су недовољно операционализоване. Недовољно развијен информациони систем за прикупљање података не успева да објективно прикаже размере појаве. Са постојећим посебним протоколима нису упознати сви они којима су ти протоколи намењени, па су неопходне и обука и континуирана супервизија и подршка по питању интервенција у раду са злостављаном и занемареном децом. Неопходна је боља мултисекторска сарадња, уз неизбежну координацију, јер и даље не постоји обједињена методологија за анализу и процену утицаја политика, стратегија и законских прописа.

Улога здравственог система у заштити деце јесте да обезбеди да свако, од здравствених радника и сарадника, преко корисника, деце и родитеља, до државних органа, преузме део одговорности како би се створило окружење у коме је свако дете заштићено од злостављања и занемаривања. Посебним протоколом система здравствене заштите за заштиту деце од злостављања и занемаривања јасно се дефинишу улоге и одговорности здравствених радника и сарадника те механизми сарадње установа и институција у различитим секторима.

Ово су основне улоге здравственог система у процесу заштите деце и младих од злостављања и занемаривања:

- **откривање злостављања и занемаривања**
 - путем препознавања знакова повреде на детету или у понашању детета и породице,
 - путем поверавања, директног или индиректног,
- **консултације и процена ризика од злостављања и занемаривања,**
- **пријављивање злостављања и занемаривања,**
- **документовање злостављања и занемаривања,**
- **друге улоге** здравствених радника у процесу заштите (терапија, судска вештачења, рад с другим службама и сл.).

2. ИСТОРИЈАТ

У историји цивилизације дете се, све до половине XX века, посматрало као субјект чијим се животом располаже (до VI века пре нове ере), као субјект чији се рад експлоатише (до XIII века, па и данас у неким деловима света), а тек од XVIII века налазе се историјски трагови који указују да је родитељ/старатељ тај који треба да задовољи потребе детета и помогне му да се развије у зрелу, одговорну и вољену особу.

Са појавом Конвенције о правима детета, коју су до сада ратификовале 192 државе у свету, права детета се дефинишу на

принципима основних људских права и од држава се захтева да предузимају све законске, административне и друге мере како би се деца заштитила од свих облика насиља, злостављања, занемаривања или немарног поступања. Србија је Конвенцију ратификовала 1990. године.

У нашој историји лоше поступање према детету препознаје се у чувеном опису „данка у крви“ у време турске окупације. Први домаћи научни радови о злостављању деце објављени су у Српском архиву 1912. („О силовању деце“) и 1919. године („Смрт услед злостављања или из природних узрока?“). Аутор оба рада је био др Едуард Михел. У својим радовима др Михел препознаје велику одговорност лекара при утврђивању силовања, указујући на могуће лекарске грешке, уз констатацију да лекар „сме казати само што је у стању и доказати“.

Од осамдесетих година XX века појављују се савремена истраживања о феномену злостављања и занемаривања и у нашој средини, развија се институционална заштита у виду СОС телефона, саветовалишта, центара за помоћ и подршку. Крај претходног и почетак новог миленијума у нашој средини обележава појава стручних и научних саопштења о насиљу над децом. Започиње процес едукације стручњака који су у свакодневном контакту са децом, публикују се протоколи и приручници.

3. ЕТИОЛОГИЈА ЗЛОСТАВЉАЊА И ЗАНЕМАРИВАЊА

Основни етиолошки модел злостављања и занемаривања заснива се на разумевању вишефакторске условљености ове појаве и подразумева четири групе фактора који су у динамичкој спрези („еколошки модел злостављања“):

- родитељски фактори (самохрани родитељи, млади родитељи, родитељи који су и сами били жртве злостављања у детињству, зависници од психоактивних супстанци, родитељи ниског образовног нивоа и др.),
- социокултурни фактори (ниски приходи, незапосленост, социјална изолација, висока стопа криминалитета),
- средински фактори (породица, институције, школа),
- фактори везани за само дете (нежељено дете, превремено рођено дете, дете ометено у развоју и др.).

У новије време присутан је и пробабилистички модел злостављања који подразумева математичку вероватноћу злостављања деце у зависности од различитих фактора – неометаног приступа детету, бројности старатеља, старости детета, мотивације за злостављање (снага мреже социјалне подршке, тешкоће детета, ментално здравље – способност емпатије родитеља, родитељске вештине) и тенденције избегавања злочина.

4. ПОСЛЕДИЦЕ

Последице злостављања и занемаривања код деце могу се одразити на физичко и психичко здравље те на социјално функционисање. Најопасније физичке последице злостављања свакако су смрт детета или трајни физички хендикеп. Поред ових најтежих последица, јављају се и различити соматски поремећаји, заразне болести, малолетничка трудноћа и многи други поремећаји. Проблеми менталног здравља су разноврсни и различитог су степена, од когнитивних проблема (интелектуална инхибиција, развојне дисхармоније, проблеми са концентрацијом), преко психолошких проблема у функционисању (депресивност, страх, стрепња, самодеструктивност, суицидалност), до проблема у функционисању у одраслом добу као одложених последица злостављања и занемаривања (гранични поремећај личности, депресија, болести зависности). Проблеми социјалног функционисања огледају се у чешћем јављању криминогеног понашања и трансгенерацијском преношењу образаца насилничког понашања.

Истраживања показују да је брижљива и стимулативна средина у прве три године живота детета важан фактор у развоју мозга деце, па деца која су на најранијем узрасту претрпела злостављање могу имати неодговарајући мождани развој и пратеће последице.

5. ОСНОВНИ ПРИНЦИПИ И ЦИЉЕВИ ПРИРУЧНИКА

Посебни протокол система здравствене заштите почива на истим принципима као и Општи протокол и Национални план акције за децу:

- право детета на живот, опстанак и развој,
- недискриминација,
- најбољи интерес детета (интерес детета је примаран у односу на интерес родитеља или старатеља, установе или заједнице у ситуацијама када се ови интереси разликују од интереса детета),
- партиципација (учешће детета у доношењу одлука које се односе на њега, а у складу с узрастом и развојним способностима; деца треба да буду питана, да добију одговарајуће информације и мора им се омогућити да изразе своје жеље, ставове и мишљење о свим питањима која их се тичу).

5.1. Основни принципи и циљеви Посебног протокола

Систем заштите детета подразумева

- да је основно право сваког детета његова заштита од сваког вида насиља,
- да насиље на децом има негативне последице по здравље и развој детета,
- да су последице насиља над децом тежак терет за породицу и друштво.

Основни принципи заштите детета подразумевају

- заштиту детета од даљег злостављања,
- рехабилитацију детета у случају злостављања,
- неопходност поштовања принципа најбољег интереса детета,
- помоћ родитељима у развијању и унапређењу вештина родитељства,
- партиципацију (учешће детета у доношењу одлука које се односе на њега).

5.2. Законодавни оквир у Републици Србији

У Републици Србији, правне норме које се односе на заштиту деце у кривичном, породичном, прекршајном и радном законодавству, и то у области социјалне заштите, образовања и васпитања, здравства, полиције и правосуђа, усклађене су са међународним стандардима и са домаћим законодавством.

Законодавни оквир за заштиту деце од злостављања и занемаривања чине *Устав Републике Србије, Породични закон, Кривични законик, Закон о основама система образовања и васпитања, Закон о малолетним учиниоцима кривичних дела и кривичноправној заштити малолетних лица, Закон о социјалној заштити* и други закони и подзаконски акти.

Национална политика према деци је дефинисана у следећим документима:

- **Национални план акције за децу** (усвојила га је Влада Републике Србије 2004. године, у њему се дефинише општа политика, а један од специфичних циљева јесте успостављање ефикасне, оперативне, мултисекторске мреже за заштиту деце од злостављања и занемаривања),
- **Општи протокол за заштиту деце од злостављања и занемаривања** (усвојила га је Влада Републике Србије августа 2005. године и њиме су дефинисани основни принципи и смернице за заштиту деце од злостављања и занемаривања; циљ доношења Општег протокола је успостављање ефикасне, оперативне, мултисекторске мреже за заштиту деце од злостављања, занемаривања, искоришћавања и насиља; њиме је дефинисана улога центара за социјални рад као координатора службе у заједници за заштиту деце од свих видова злоупотреба),
- **Национална стратегија за превенцију и заштиту деце од насиља** (усвојила ју је Влада Републике Србије 2007. године, а главни циљ ове стратегије јесте да сва деца у Републици Србији одрастају у безбедном окружењу, заштићена од сваке врсте насиља, у коме се поштују личност и достојанство детета, уважавају његове потребе и развојне могућности и омогућава му се да развија толеранцију и користи ненасилне видове комуникације).

Посебни протоколи

Након објављивања Општег протокола показала се потреба за прецизнијим дефинисањем поступака за заштиту детета у оквиру различитих система. Зато су донети посебни протоколи којима се утврђују поступци међусекторске сарадње у заштити деце од злостављања и занемаривања, а уређују се и интерни поступци унутар система (социјална заштита, полиција, просвета, здравство и правосуђе), као и поступци унутар појединачних установа ових система. До сада је објављено пет посебних протокола.

Посебни протокол система здравствене заштите је

- правно обавезујући документ за све здравствене раднике и сараднике на свим нивоима здравствене заштите.

Према Протоколу,

- сваки лекар је дужан да збрине и пријави сумњу на злостављање и занемаривање стручном тиму здравствене установе,
- свака здравствена установа је дужна да у свом саставу формира стручни тим за заштиту деце од злостављања и занемаривања.

Општи циљ Посебног протокола и приручника који га прати јесте заштита деце од свих облика злостављања, занемаривања и искоришћавања у систему здравствене заштите. Сваки здравствени радник и сарадник треба увек да води рачуна о заштити деце од свих облика насиља и лошег поступања. У складу са принципом најбољег интереса детета, поступци у процесу заштите деце су дефинисани и основном улогом здравствене делатности – бригом о детету и негом детета.

Ово су **специфични циљеви протокола и приручника** који га прати:

- информисање запослених у здравственој заштити о поступку у случају сумње да је дете жртва злостављања или занемаривања или да то може постати,
- успостављање ефикасне процедуре збрињавања детета (откривање злостављања и занемаривања, дијагностика, третман, документација и евиденција) у случају сумње на злостављање и занемаривање,
- дефинисање поступака заштите детета од даљег злостављања и занемаривања,
- успостављање обједињеног система евиденције случајева злостављања и занемаривања,
- унапређење добробити деце кроз спречавање злостављања и занемаривања,
- рехабилитација злостављане и занемариване деце.

5.3. Смернице добре клиничке праксе за рад на заштити деце од злостављања и занемаривања

Постоје два основна принципа у контексту дијагностиковања злостављања и занемаривања. Први се односи на **разматрање злостављања и занемаривања** као могућег објашњења узрока здравственог проблема, а други на **процедуру поступања** у случајевима постављања сумње (пријава надлежним органима – центру за социјални рад, тужилаштву и полицији).

Приликом разматрања могуће сумње на злостављање препоручује се поштовање следећих правила.

ПРАВИЛО 1 – Слушај и посматрај

Идентификација злостављања и занемаривања подразумева повезивање свих доступних информација у једну, што потпунију целину. Све информације треба критички посматрати и користити у сагледавању могућих здравствених последица по дете које злоставља и занемарује одрасла особа. Информације које стижу до здравственог радника потичу из више извора и обухватају

- анамнестичке податке,
- извештавање о злостављању и занемаривању (од стране детета или друге особе)
- податке о изгледу детета,

- податке о понашању детета и физичким знаковима,
- податке о симптомима,
- резултате допунских испитивања,
- податке о интеракцији између родитеља, старатеља и детета.

Уколико је здравствени радник или сарадник забринут око информација које је добио у раду са дететом, он мора да затражи помоћ од стручног тима у својој установи или у локалном центру за социјални рад. Уколико здравственог радника брину питања везана за поверљивост, јер му је дете дало информацију у поверењу, он мора да сагледа могуће последица разоткривања детета и да са дететом детаљно поразговара о потреби за даљим поступањем и о неопходности заштите.

ПРАВИЛО 2 – Тражи објашњење

За сваку повреду, симптом или знак мора се тражити објашњење од детета, родитеља или старатеља о томе како је повреда настала. Уколико здравствени радник или сарадник добије недвосмислене податке од детета, чак и када они нису довољно прецизни, треба посумњати на злостављање. У том моменту важно је рећи детету да ће о тим подацима бити обавештен стручни тим, а да је сврха тога спречавање даљег злостављања. Посебно су деликатне ситуације када се евидентира или посумња на злостављање или занемаривање особа са сметњама у развоју.

ПРАВИЛО 3 – Забележи

Бележење у здравствени картон има суштински значај за разматрање или постављање сумње на злостављање. Неопходно је

- тачно убележити шта је опсервирано, односно речима детета или родитеља описати када се и шта десило,
- документовати оно што је по мишљењу лекара забрињавајуће и што указује на евентуално злостављање.

ПРАВИЛО 4 – Размотри, постави сумњу или искључи злостављање

Разматрају се основне карактеристике које су у протоколу описане уз сваку врсту злостављања, заједно са анализом анамнестичких података, опсервацијом детета, родитеља или старатеља, односно њихових међусобних интеракција. Након тога постоји неколико опција за даље разматрање:

- дискусија са искуснијим колегом, педијатром, дечјим психијатром, психијатром за адолесценте или са било којим стручњаком у области заштите деце и младих,
- прикупљање колатералних података од других институција које су можда биле у контакту с породицом,
- обезбеђивање континуитета контакта са дететом ради даље процене.

Сумња се поставља онда када постоји довољно показатеља да се злостављање десило.

Злостављање се искључује онда када је утврђено да је актуелно здравствено стање последица логичног узрока, нпр. случајне повреде.

ПРАВИЛО 5 – Напиши извештај

Све спроведене поступке треба детаљно описати у здравственој документацији.

5.4. Препреке у препознавању злостављања и занемаривања

За ефикасно спровођење принципа и корака дефинисаних Посебним протоколом за заштиту деце од злостављања и занемаривања у систему здравствене заштите важно је разумевање препрека које могу ометати здравствене раднике и сараднике у раду са злостављаном и занемареном децом.

У литератури су описане бројне препреке које ометају здравствене раднике и сараднике да препознају и региструју злостављање и занемаривање, а оне се генерално могу поделити на препреке које су последица професионалних и личних искустава везаних за злостављање и занемаривање и препреке које настају због недостатка едукације о овој области. Као основне препреке се наводе

- забринутост да се, ако се анализирају психосоцијални фактори или испитује злостављање, заправо не ради свој лекарски посао, тј. третман болести,
- страховање здравствених радника да ће изгубити или нарушити добре односе са родитељима или пружаоцима неге уколико почну да испитују потенцијално злостављање,
- нелагодност око исказивања потенцијалног неповерења у родитеље, страх да ће се неко случајно неправедно оптужити или окривити за своје лоше поступке,
- дилеме око повреде начела чувања лекарске тајне или начела поверљивости,
- проблеми у разумевању узрока злостављања, поготово уколико се не види јасна намера родитеља или старатеља да нанесе повреду детету,
- проблеми око тога како саопштити да постоји сумња да је настало стање последица лошег поступања према детету и да је неопходно допунско испитивање,
- несигурност у погледу изношења свог професионалног става и забринутост око састављања извештаја и описа стања детета,
- губитак контроле и немогућност заштите детета, као и сумња у исправност сопствених одлука у вези са заштитом,
- осећај превеликог терета у раду на заштити деце, осећај безнадежности, оптуживање институција, државе и друштва у целини за њихову неспособност у бризи за дете,
- питање личне безбедности,
- страх од жалби и судских процеса,
- страх од тражења помоћи од колега, слаба тимска кохезија међу здравственим радницима и сарадницима.

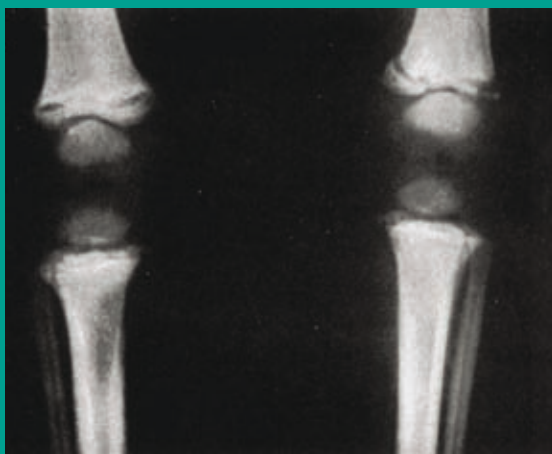


III. ФИЗИЧКО ЗЛОСТАВЉАЊЕ И ЗАНЕМАРИВАЊЕ

Физичко злостављање детета дефинише се као оно које доводи до стварног или потенцијалног физичког повређивања услед неке интеракције или одсуства интеракције, а што потпада под разуман оквир надзора од стране родитеља или особе која је на положају на коме има одговорност за дете, моћ над дететом или ужива његово поверење. Инциденти физичког злостављања могу бити једнократни или понављани.

1. ИСТОРИЈАТ

Огист Тардије (Auguste Tardieu) је први лекар који је изучавао и описао облике злостављања деце, као и лоше услове у којима су деца радила у рудницима и фабрикама у XIX веку. Своја истраживања је објавио у књизи „Речник хигијене и здравља“ (*Dictionnaire d'hygiene et de salubrité*) 1862. године.



Џон Кафи (John Caffey) је 1946. године описао повреде дугих костију, хронични субдурални хематом и повреде коже различите старости и повезао их са намерним наношењем. Синдром је назвао својим именом.

Рад у коме је др К. Х. Кемп (С. Henry Kempe) први пут употребио израз „синдром претученог детета“ објављен је 1962. године у часопису „Журнал Америчке медицинске асоцијације“ (JAMA). Уз то, др Кемп је значајно допринео да се први пут у једном америчком закону дефинише физичко злостављање, такође 1962. године. На тај начин лекари су обавезани да пријављују сумњу на злостављање приликом обраде повреда код деце. Др Кемп је два пута номинован за Нобелову награду, први пут због рада на вакцини против малих богиња, а други пут због препознавања, превенције и третмана злостављаног детета.

The pioneers of pediatric medicine

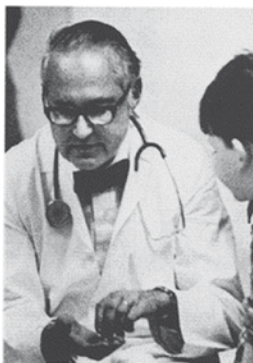
Eur J Pediatr (1992) 151:637

European Journal of
Pediatrics
© Springer-Verlag 1992

C. Henry Kempe (1922–1984)

C. Henry Kempe was born in Breslau, where his childhood was spent. This time passed under the shadow of the emerging and then later established Nazi regime – until the family left Germany in 1937. While his parents took refuge in South America, the son of the family went on to California with the aid of refugee support organizations. Starting in 1942, Kempe was able to attend the University of California School of Medicine; he took American citizenship and graduated from medical school in 1945. There followed an internship in paediatrics at California University Hospital, two years' military service during which he worked as Assistant Virologist at the Research and Graduate School in Washington, D.C., a period as Assistant Resident in the Department of Paediatrics at Yale University, and his return to the University of California School of Medicine. There Kempe became Assistant Professor of Paediatrics and Lecturer in Social Welfare. In 1956 he was called to Denver to become Professor and Chairman of the Department of Paediatrics at the University of Colorado School of Medicine. For the next 17 years – that is to say until 1973 – he worked as Chairman and led the department through a brilliant period of development, both from the clinical aspect and over a wide scientific spectrum. He subsequently went on working as Professor in the Departments of Paediatrics and Microbiology.

Henry Kempe first gained international recognition with his work on the prevention and treatment of smallpox, which was still widespread at the time. His work in the sector of child abuse and neglect, which he started in 1958, then also met with great acclaim. People had known really that this tragic chapter was there in the ongoing history of mankind, but no-one had yet dared to open it up, and much remained concealed by disbelief and repression; in general, people were unwilling to take a clear look at the facts that were emerging and providing evermore massive evidence and to take the steps indicated by this. Kempe worked tirelessly to this end for a good two decades, to the benefit of the countless children affected and of their families. It was he who coined the expressive name "battered child syndrome" in 1962; together with his staff he described and delineated the characteristic findings, made suggestions as to how carers might approach the families concerned, and elaborated detailed recommendations about how to approach the children themselves and, finally, about early recognition and prevention of such injuries.



He became President of the International Society for the Prevention of Child Abuse and Editor in Chief of the corresponding international journal. He was the founder and the director of the National Center for the Treatment and Prevention of Child Abuse and Child Neglect (a part of the Health Sciences Center of the University of Colorado) in Denver, and there he conducted comprehensive and purposeful studies and also training courses for men and women concerned with the problem. He was an excellent teacher and trainer, both in the lecture room and as the author of numerous books and articles. Internationally respected as clinician, researcher and trainer, this man who in the course of his tireless work on behalf of the world's children had already received many honours from different parts of the world, received the Howland Award in 1980; he always retained his unassuming way and his sense of humour.

H.-R. Wiedemann, Kiel

Злостављање је по дефиницији свака повреда детета, са смртним исходом или без њега, коју намерно, незадесно, нанесе родитељ или старатељ. У савременој литератури то се назива NAI повреда (*Non Accidental Injury* – повреда која није настала случајно). Најчешће се ради о поновном наношењу повреда. У даљем тексту ћемо користити израз „NAI повреда“.

2. КО СУ ЗЛОСТАВЉАЧИ, А КО ЖРТВЕ

Деци повреду могу да нанесу они који су у њиховој близини, особе од поверења, најчешће родитељ или старатељ. Насиље унутар куће чини око 75% од укупног броја случајева. Седамдесетих година XX века постојао је стереотип самохране мајке која живи у лошим социоекономским условима. Временом се испоставило да је феномен злостављања присутан у свим срединама, без обзира на ниво образовања, социоекономски статус или националну припадност.

Око 75% физички злостављане деце је млађе од три године. Процентуално су нешто више заступљена превремено рођена и прворођена деца, као и дечаци у односу на девојчице. Повређивању су нарочито изложена усвојена деца, затим хронично болесна деца или деца са сметњама у развоју (нпр. деца са церебралном парализом, Дауновим синдромом, аутизмом, мишићним дистрофијама, слабовида или слепа деца и деца оштећеног слуха). У породицама у којима је мајка физички злостављана, злостављању је такође изложено између 20 и 100% деце.



3. ИНЦИДЕНЦИЈА И ЗНАЧАЈ

- Подаци британског Националног савета за превенцију показују да 7% деце доживи озбиљно повређивање физичким злостављањем и да сваке недеље у Великој Британији једно дете буде смртно повређено.
- Слични подаци налазе се и у америчким и холандским радовима – 7–9% деце је физички злостављано, у Америци је свако десето дете млађе од 5 година које је затражило медицинску помоћ претрпело NAI повреду.
- NAI повреда је или главни или други по реду узрочник смртности деце, а сигурно је главни узрок смртности код деце млађе од 5 година.
- Тридесет процената деце доживи поновно повређивање, а могућност смртог повређивања износи 5%, јер је интензитет при поновном злостављању израженији.
- Што је дете млађе, интензитет повреде је већи, а према томе и смртност деце. Код деце млађе од 3 године, а поготову у току прве године, честе су повреде главе и унутрашњих паренхиматозних органа (код ових повреда прогноза је по правилу лошија, а смртност већа).

У већини радова потенцира се једна премиса:

Број злостављане деце код које се постави дијагноза знатно је мањи од стварног броја злостављане деце.

4. ОБЛИЦИ ФИЗИЧКОГ ЗЛОСТАВЉАЊА

Главни узрочници NAI повреда су физичко злостављање (око 25% случајева) и занемаривање (50% случајева). Инциденција иде и до 10% у односу на све повреде, поготову код млађе деце. Облици физичког злостављања могу се сврстати у следеће категорије:

- повреде коже и видљивих слузокожа,
- повреде главе и ЦНС-а,
- повреде коштаног-зглобног система,
- повреде трбуха и паренхиматозних органа,
- Минхаузенов синдром by proxy (MSBP), тј. намерно изазивање симптома болести код детета од стране родитеља, старатеља или друге одрасле особе која је одговорна за дете (у даљем тексту користиће се акроним MSBP).

4.1. Повреде коже и видљивих слузокожа

Највидљивији знаци NAI повреда јесу повреде коже и видљивих слузокожа, па их зато треба детаљно потражити. Дете се мора потпуно скинути и преглед се мора обавити према правилима. Проблем настаје када треба да проценимо је ли повреда коже настала случајно или није.

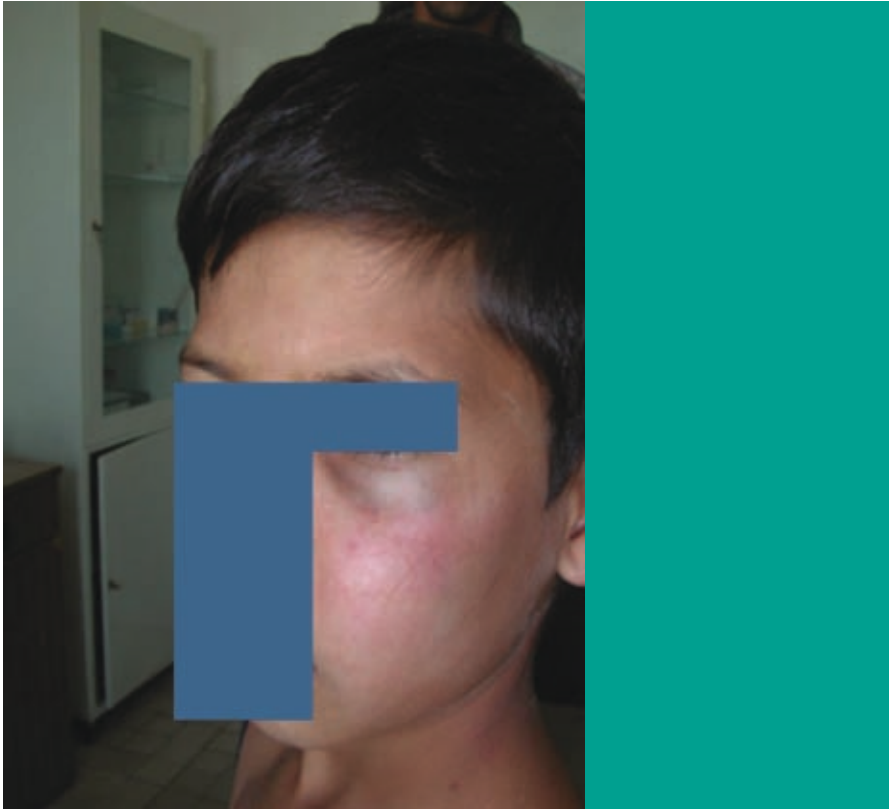
Повреде на кожи могу бити: петехијална крвављења, модрице и ожиљци, термичке и хемијске повреде, уједне ране, повреде слузокожа уста.

- **Петехијална крвављења** (ситна тачкаста црвенкаста крвављења у кожи) могу указивати на покушај гушења и протресања код синдрома протресеног детета (Shaken Baby Syndrome – SBS).



- **Модрице**, које су честе код деце, поготову код малог детета које тек проходава, јављају се на местима коштаних проминенција. Карактеристична места су потколенице, натколенице и подлактице. Свака модрица има своју еволуцију која се манифестује променом боје и према томе се може одредити време настанка. Боја се према данима мења од црвене преко љубичасте до плаве, потом прелази у зелену, па у жуту и на крају бива браонкасте боје.

Модрице које обликом подсећају на шаку, каиш, отиске прстију, као и симетричне и вишеструке модрице указују на NAI повреде. За NAI повреде су веома специфичне модрице настале на нетипичним местима. Такве су модрице на лицу, модрице око ока и ува, модрице на врату и на врху рамена, на унутрашњој страни надлактице и натколенице.



- **Опекотине** оцртавају облик предмета којим је нанета повреда, а најчешће су то цигарета или усијани метал. Уколико се нађу опекотине на дорзуму стопала или шаке, као и на натколеницама, оне по правилу представљају NAI повреде.

Када се дете случајно повреди врелом течношћу, оно рефлексно покушава да се помери од узрочника. Повреде остављају по кожи разливане опаротине нејасног руба. Уколико се опаротина намерно нанесе, дејство топлоте је дуготрајније. Код такве врсте опаротина јасна је граница повређеног и здравог дела коже. Механизам настанка је потапање делова тела у врелу воду, а типична места су шаке, стопала и глутеална регија.

- **Повреде хладноћом** су често повезане са занемаривањем.
- **Уједне ране** могу да се јаве у два облика. Први тип представљају изоловани трагови зуба по кожи који указују само на ујед. Други тип су трагови зуба са придруженом модрицом насталом сисањем коже. Овај механизам указује на компоненту сексуалног злостављања.
- **Повреда френулума горње усне** може настати случајно, али и као последица гушења детета шаком.



Диференцијално-дијагностички треба мислити и на случајно настале повреде, као и на болести са измењеним коагулационим статусом (тромбоцитопеније, хемофилије).

4.2. Повреде главе и ЦНС-а

Повреде главе су главни узрок смрти деце: 40–50% свих злостављаних пацијената има повреде главе, а око 80% смртних исхода услед NAI повреда настаје због повреде главе.

NAI повреде су интензивније у односу на акцидентне повреде главе, поготову код деце млађе од 3 године, која на пријему у болницу имају нижи Глазгов кома скор, захтевају дуже лечење у јединици интензивне неге и имају већу смртност.

Окидач за настанак повреде представља плач детета. Око 6% родитеља деце млађе од 6 месеци потврдило је да је гушило, ударало или протресло своје дете због плача.

Поведа може да буде нанета ударцем неким предметом о главу детета или ударцем главе детета о неки предмет. Повреде настале протресањем детета описане су као *синдром протресеног детета*. Дејство директне трауме је удружено са повредама поглавине, преломима лобање и епидуралним или субдуралним крвављењем.



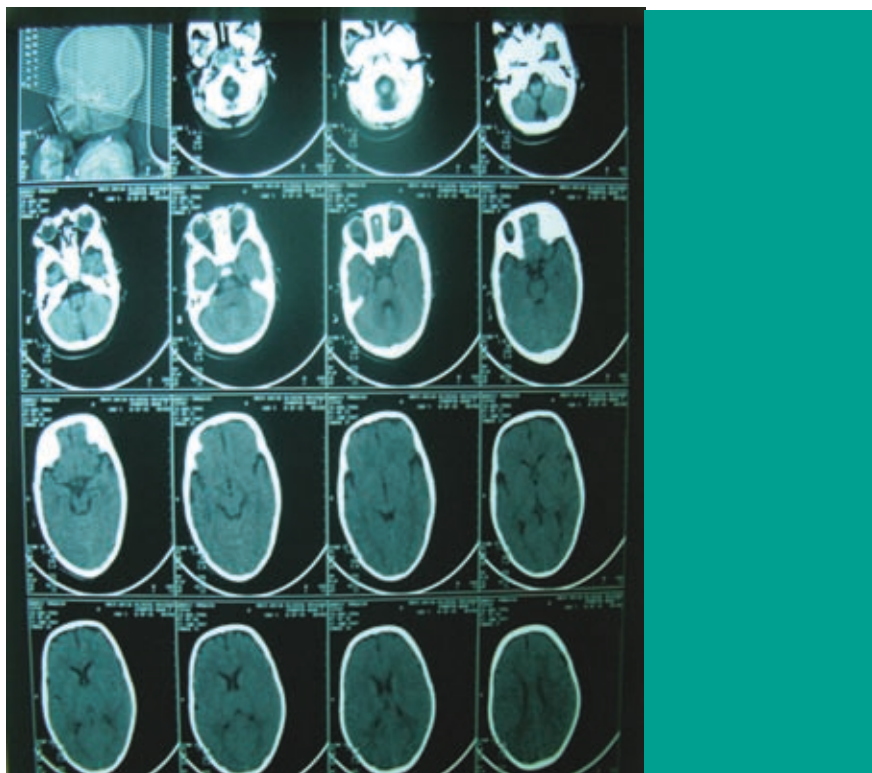


Насупрот томе, синдром протресеног детета подразумева повреде настале протресањем детета (Shaken Baby Syndrome – SBS) и обухвата тријаду следећих знакова: ретинална хеморагија, субдурално и/или субарахноидно крвављење и непостојање спољашњих знакова повреде (или су ти знаци минорни). Акцелерација/децелерација са ротационим покретима при протресању представља механизам настанка овог синдрома. Код малог детета су величина и тежина главе у односу на тело знатно већи него код старије деце и одраслих, па приликом протресања глава чини замајац који доводи до озбиљних повреда. Повреда примарно настаје на нивоу церебро-медуларног прелаза у пределу центара за дисање, па при протресању детета долази до привремене хипоксије и едема мозга. После иницијалне хеморагије и едема, ремети се хематоенцефална баријера и проток јона на ћелијском нивоу, те се промене погоршавају, едем мозга такође, што доводи до зачараног круга и до даљег оштећења можданих ћелија.

Клинички знаци могу бити од умерених до тешких и понекад их није лако препознати, поготову што су спољашње повреде минималне. Треба тражити отиске прстију по грудном кошу, који би могли указати на стисак при протресању детета. Знаци летаргије или иритабилности, смањење уноса хране, сметње са дисањем или апнее, губитак свести и некомуникативност јесу знаци који треба да пробуде сумњу. Треба мислити на ретиналну хеморагију.

Увек када се сумња на повреду главе и ЦНС-а нужна је RTG и СТ евалуација.



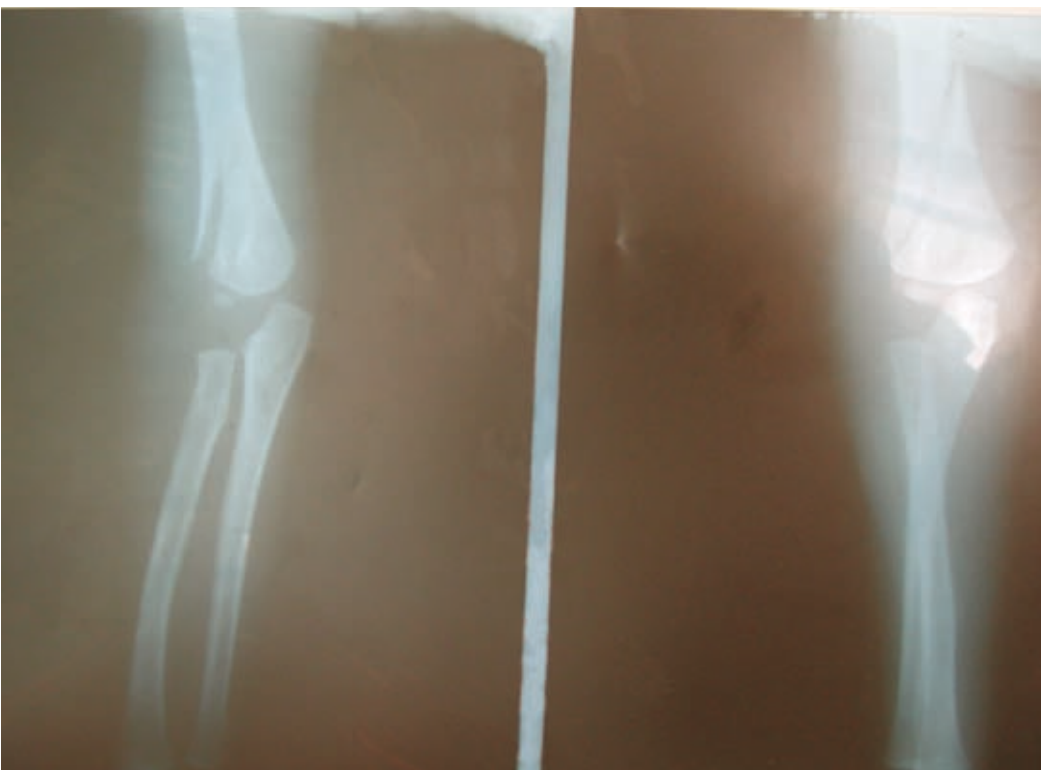


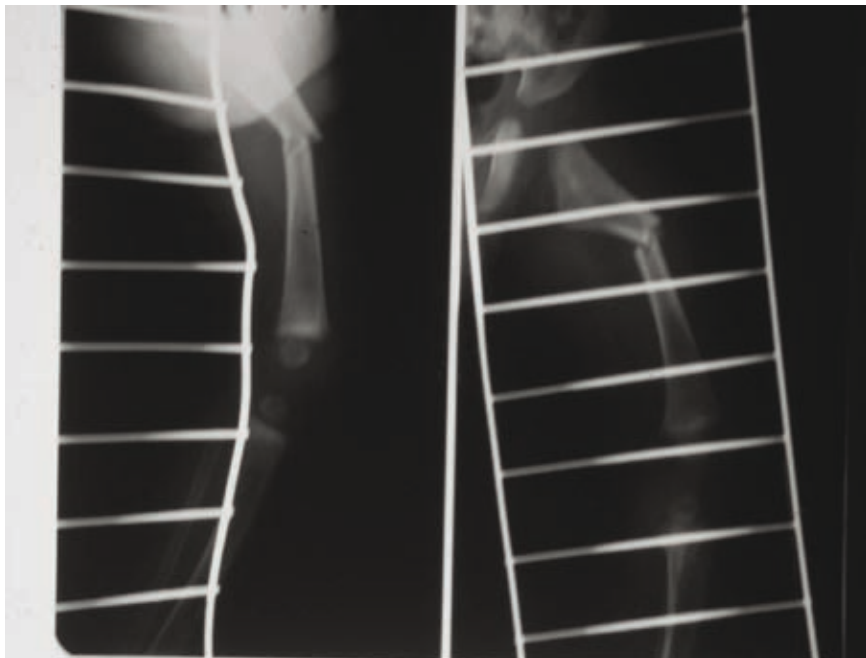
4.3. Повреде коштано-зглобног система

Повреде коштано-зглобног система су чест налаз NAI повреда, било као једини знак било удружене са другим повредама. Учесталост NAI повреда је велика, а једино је пад чешћи узрочник прелома у дечјем узрасту. Што је дете млађе, већа је вероватноћа да је прелом настао као последица NAI повреде. Од укупног броја деце хоспитализоване због прелома, код 12% прелом је последица NAI повреде, а чак 25% прелома насталих у првој години живота представљају резултат злостављања.

Још је Џон Кафи 1946. године навео да вишеструки преломи различитог времена настанка указују на NAI повреде. Одређени преломи су чести код NAI повреда, па и то треба имати на уму. Статистички је најзначајнији прелом ребара, а посебно задњег ребарног дела. Прелом ребара код детета млађег од три године у

95% случајева је знак NAI повреде, а код трећине деце прелом је био једина повреда. Преломи кичменог стуба или грудне кости, за чији је настанак потребно дејство велике силе, такође указују на злостављање. Спирални прелом хумеруса, попречни прелом фемура, метафизни преломи и субпериостни хематоми представљају повреде веома специфичне за NAI, јер механизам повређивања не одговара уобичајеним активностима детета.





Такође, сваки прелом код малог детета које не пузи или не хода буди сумњу на злостављање.

У сваком случају треба мислити и на болести и стања код којих су преломи чест знак, као што су *osteogenesis imperfecta*, рахитис, инфантилна кортикална хиперостоза (Кејфијева болест), скорбут, хипервитаминоза витамина А и абнормалности у метаболизму бабра.

Међу малигним болестима, до нетипичних прелома могу довести леукемије и метастазе тумора, често неуробластома.

4.4. Повреде трбуха и паренхиматозних органа

Механизам настанка повреда трбуха је најчешће ударац песницом у трбух. Због релативне слабости мишића трбушног зида, сила дејства се преноси на паренхиматозне органе и доводи до њиховог повређивања. Врло су честе повреде грудног коша, преломи ребара и кључне кости, као и контузије плућа. Модрице по кожи могу, али не морају да буду пратећи знак повреда трбуха.

Најчешће се дешавају повреде јетре и слезине, у преко 50% случајева, а у мањем проценту панкреаса, бубрега или надбубрежне жлезде. У односу на случајно настале повреде трбуха, код NAI повреда постоји статистички значајно већи проценат повреда шупљих трбушних органа, па и до 50% свих повреда трбуха настаје услед њих. Статистички је веома значајан већи проценат оперисаних пацијената који су имали повреду трбуха (45%) од оних без повреде трбуха (6%). Стопа смртности код ових повреда се креће чак и до 50% хоспитализоване деце.

4.5. Минхаузенoв синдром by proxy (MSBP)

MSBP представља посебан облик злостављања детета, који је први пут описан седамдесетих година прошлог века. Име овог синдрома потиче од барона Минхаузена који је у XVIII веку, по повратку из руско-турског рата, причао невероватне, измишљене приче, које су биле плод његове маште. По његовом имену, енглески лекар Ашер је назвао стање у психијатрији у коме пацијент измишља своју болест (Минхаузенoв синдром). Та болест се разликује од синдрома MSBP, код кога симптоме болести измишља друга особа (што означава израз „by proxy“). За њега је карактеристично да се манипулација изводи индиректно, посредно, преко детета. По дефиницији овај синдром подразумева да родитељ или старатељ намерно увећава постојеће симптоме болести код свог детета или их изазива. Оваквим поступцима су најчешће изложена предшколска деца. Описани су различити начини манипулације: преувеличавање или измишљање симптома, додавање крви у урин или столицу који се шаљу на испитивање, давање различитих лекова, све до интравенских покушаја да се дете инфицира.

За постојање „лажних“ болести најчешће је одговоран родитељ (у преко 90% случајева злостављач је мајка) или неко други ко је веома близак детету (блиски рођак, особа која чува дете или медицинска сестра). Приказујући болест детета и свесно манипулишући чињеницама, родитељи/старатељи проузрокују различите дијагностичке процедуре, терапију непотребним лековима, а понекад и непотребне хируршке интервенције над дететом.

Измишљање симптома болести често доводи до бројних непотребних анализа или чак агресивних медицинских процедура

(нпр. лажна анамнеза типична за апендицитис и захтев да се проблем реши оперативно иако нема клиничких и лабораторијских показатеља болести, што може да доведе до хируршке интервенције). Понекад одговорна особа може да изазове праве симптоме код детета (описан је случај када је мајка својом саливом заразила инфузиони раствор који је дете примало, што је довело до сепсе). Типично је да сви наводни симптоми нестају када се дете одвоји од одговорне особе.

Најчешћи разлог за ову врсту злостављања јесте остваривање финансијске добити за различите потребе одрасле особе (осигурање, социјална помоћ, куповина новог стана и друго), али узрок може бити и поремећај личности родитеља који на овај начин обезбеђује континуирану пажњу лекара. Обично се тегобе и симптоми детета мењају, а дете се сваки пут одводи у другу болницу. Сви испољени симптоми се не могу објаснити једном болести. Исход овог поремећаја може бити и фаталан за дете. Дијагноза није једноставна и захтева добро познавање проблема.

Оног тренутка када се препозна овај синдром, дете се мора уклонити из родитељске средине, а случај треба пријавити по протоколу.

5. АНАМНЕЗА

„Добро узета анамнеза је пола дијагнозе“ – ову реченицу су лекари свих специјалности чули безброј пута. Добро узета анамнеза је веома значајна и код деце са NAI повредама. Због специфичног настанка повреде, специфични су и начини како се долази до података.

Најпре се намеће питање – да ли постоје патогномични анамнестички подаци или клинички знаци? Одговор је једноставан – НЕ; патогномични не, али **високоспецифичних** података и знакова има. Они треба да буду водиља при прегледу детета код кога се поставља сумња да је злостављано.

Анамнезу треба узети од детета ако је адекватног узраста, а уколико се процени да ће то бити корисно, анамнезу треба узети без присуства родитеља или старатеља, који су најчешћи злостављачи.

Уколико је дете мало, а постоји сумња на злостављање, интервју треба обавити са сваким од родитеља насамо. Понекад је неопходно да се у узимање анамнезе укључе и пратиоци.

Имајући у виду да се већина повреда наноси с намером и да је унапред смишљена, треба очекивати неистине, полуистине и измењен став родитеља према озбиљности повреда детета.

6. ТИПИЧНИ ПОДАЦИ

- Пролонгирано време од повреде до доласка у здравствену установу. (Злостављач покушава да процени да ли је дете озбиљно повређено и да ли мора да га доведе на преглед, јер се излаже ризику да буде откривен.)
- Поновно повређивање, а дете је примарно лечено у другој установи. Променом установе се смањује ризик да се открије механизам повређивања.
- Неадекватно објашњење механизма повређивања, било у односу на узраст детета било у односу на облик и степен повреде.
- Када се анамнеза узима независно од сваког родитеља јављају се веома различита објашњења механизма настанка повреде.

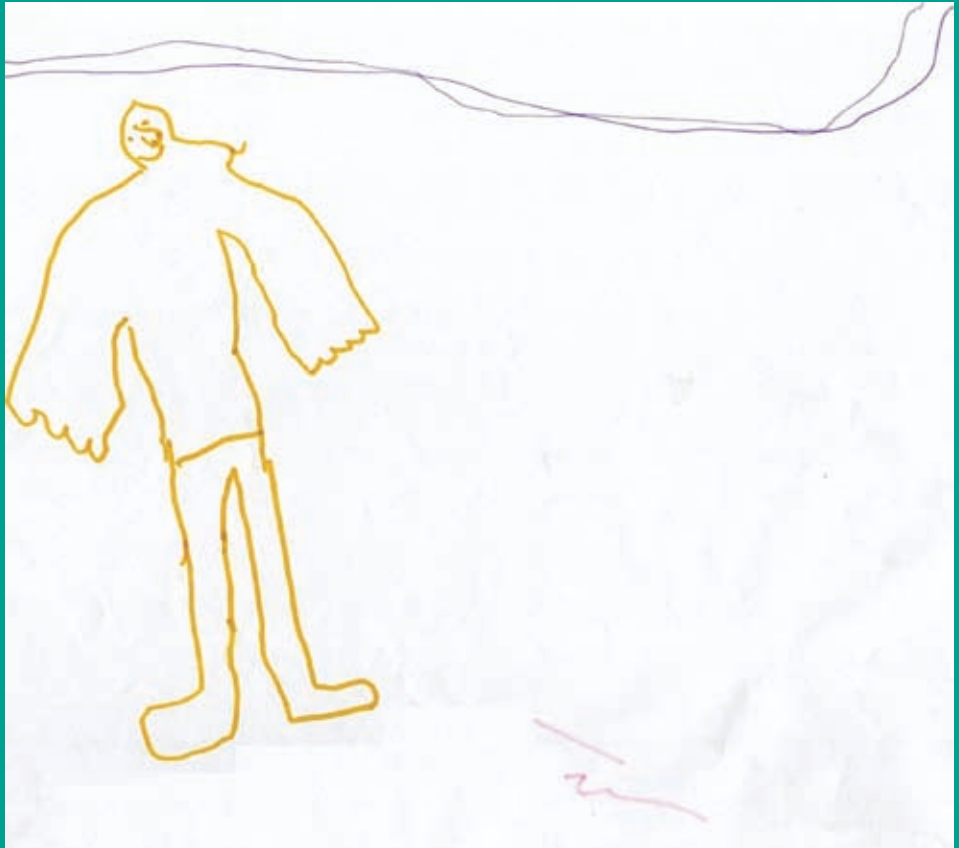
7. КЛИНИЧКИ ПРЕГЛЕД

1. Приликом прегледа дете треба скинути у потпуности, па пажљиво прегледати кожу и видљиве слузокоже тражећи типичне знаке. Треба планирати лабораторијски преглед крви и мокраће.
2. Прегледом поглавине и палпацијом костију лобање процењујемо да ли постоји повреда главе. Пацијента са сумњом треба послати на RTG краниограм.

3. У случају сумње на синдром протресеног детета треба планирати преглед очног лекара и СТ ендокранијума.
4. У случају да се при палпацији екстремитета и грудног коша постави сумња на прелом, пацијента треба упутити на RTG преглед одређене регије.
5. Уколико прегледом трбуха поставимо сумњу на повреду паренхиматозних или шупљих органа трбуха, треба урадити ЕНО преглед трбуха и RTG у стојећем ставу. Ултразвуком можемо да визуализујемо повреду паренхиматозних органа, а RTG-ом да потврдимо руптуру желуца и црева кроз присуство слободног гаса у трбуху.
6. Прегледом спољашњих гениталија тражимо високоспецифичне знаке сексуалног злостављања.
7. Необично је важно да се у историји болести подробно документује од кога је добијен који податак.
8. Такође, треба нотирати и реакције родитеља.

Клиничким прегледом и допунским анализама треба нотирати постојање или непостојање високоспецифичних знакова.

Сваку сумњиву промену на кожи или RTG документовати и НАЧИНИТИ ФОТОГРАФИЈУ!



IV. ЕМОЦИОНАЛНО ЗЛОСТАВЉАЊЕ

Емоционално (психолошко) злостављање је суптилно, скривено. Ближње можемо повредити речју, гестом или поступком који могу да заболе исто као и ударац („Језик нема речи, али кости ломи“, „Уби га прејака реч“). Дете може бити емоционално злостављано у сваком домену комуникације и функционисања (одрасли – вршњаци, породица – школа). Емоционално злостављање које се одиграва унутар породичног система свакако је најзначајније (по последицама) и када се говори о емоционалном злостављању деце, најчешће се мисли управо на њега.

Емоционално злостављање обухвата понављане поступке који наносе штету детету; то је атак одраслих на дечји развој односа према самој себи и другима. Дефиниција емоционалног злостављања Светске здравствене организације (WHO, 1999) наводи да оно обухвата „...неуспех у омогућавању развојно одговарајућег, подржавајућег окружења које укључује расположивост примарне фигуре за везивање у том смислу да дете може развити, у пуном обиму, стабилне емоционалне и социјалне компетенције у складу са својим личним потенцијалима, а у контексту друштва у коме одраста.

Овде су укључени поступци који нарушавају или имају висок потенцијал да наруше дечје физичко здравље, физички, ментални, духовни, морални или социјални развој. Ови поступци би морали бити у вези са контролом родитеља или особа које су у односу одговорности, поверења или моћи...“

Емоционални развој детета обухвата развој способности детета да воли друге, да ствара блиске односе са њима, да има добру слику о себи и да се добро слаже са другима у свакодневном животу. Дете учи широк распон осећања и учи како и када да их изрази. Дете ово учи, пре свега, од најближих у породици, а то су родитељи (неговатељи). Код емоционалног злостављања, дисфункционалност породичног система се очитује као дисфункционалност (малфункционалност) родитељског система. Основне родитељске улоге у оквиру породичног система су нега и контрола (види схему бр. 1).



Схема бр. 1

Управо због тога што је основ у емоционалном злостављању деце дисфункционалност родитељског система, оно је дефинисано преко 8 типова родитељског (неговатељског) понашања:

Одбацивање – дете се не примећује (као да не постоји) или се стално одгурује што даље, чини се све да се осећа безвредним, неприхваћеним и слично.

Деградација/обезвређивање – дете се стално критикује, стигматизира, понижава, ускраћује му се достојанство, чини се све да се осећа инфериорним.

Терорисање – дете се терорише вербално, клеветањем, застрашивањем, престрављивањем, обесхрабривањем.

Изолација – дете се изолира од нормалних социјалних искустава (не дозвољавају му се контакти у породици, не дозвољава му се дружење са вршњацима, држи се дуже време у ограниченом простору без социјалних контаката) и чини се све да се оно осећа усамљеним у свету.

„Кварење“ – дете се „квари“ навођењем на различите форме антисоцијалног (и социјално неприхватљивог) и деструктивног понашања, што га чини неспособним за нормална социјална искуства (интересе и потребе).

Експлоатација – дете постоји да се искористи; деца се користе да задовоље потребе својих неговатеља.

Ускраћивање есенцијалне стимулације, емоционалне размене или расположивости – дете је ускраћено у љубави, сензитивној нези, његов интелектуални и емоционални развој се гуши, дете се, уопштено говорећи, игнорише или занемарује.

Непоуздано и неконзистентно родитељство – постоје контрадикторни и амбивалентни захтеви од детета, родитељска подршка или нега су непоуздани и нестални, детету се ускраћује осећај породичне стабилности.

1. ПРЕПОЗНАВАЊЕ ЕМОЦИОНАЛНОГ ЗЛОСТАВЉАЊА

Два елемента су битна за препознавање (и дијагностиковање) присуства емоционалног злостављања деце у породици. То су а) специфични **квалитет образаца родитељског понашања** према детету (дисфункционални образци родитељског понашања) и б) **временска одредница** (репетитивност, односно присуство оваквог родитељског понашања у дужем периоду).

2. ПОКАЗАТЕЉИ ЕМОЦИОНАЛНОГ (ПСИХОЛОШКОГ) ЗЛОСТАВЉАЊА

Физички показатељи емоционалног злостављања:

- заостајање у развоју,
- неоргански застој раста,
- енуреза/енкопреза,
- поремећаји навика (лупање главом, уједање),
- поремећаји спавања и главобоље.

Бихевиорални показатељи емоционалног злостављања:

- неубичајене емоционалне реакције, као што су фобије, хипохондрија, опсесивност,
- екстреми у понашању (драматично, преинтензивно или бизарно понашање),
- анксиозност (страх од физичког контакта или хиперактивности),

- непримерено „стармало“ или инфантилно понашање,
- изненадне промене у школском успеху или изгледу детета,
- депресија, покушаји самоубиства,
- изјава детета или сведока злостављања детета,
- напуштање детета.

Емоционално злостављана деца нису увек и физички злостављана деца.
Физички злостављана деца су обично и емоционално злостављана.

3. ПОСЛЕДИЦЕ ЕМОЦИОНАЛНОГ ЗЛОСТАВЉАЊА

3.1. Ране последице

Емоционална трпња

Свако негативно искуство у детињству (свака врста злостављања), у зависности од тежине, дужине трајања, узраста детета и околности под којима се одвија (породична и социјална подршка, спољни стресори), изазива емоционалну патњу (трпњу) детета.

Физичко и сексуално злостављање у детињству остављају ране на души, а понекад и трајне ожиљке. Ударац каишем изазива телесни бол, али повређује и душу и доводи до тога да дете пати.

Ово су показатељи (спољне манифестације) емоционалне трпње:

- „залеђени опрез“,
- уплашеност од додира,
- повлачење и избегавање контаката,
- страхови и страховања,
- жалбе на телесне сметње,
- неспособност концентрације,

- проблеми у контроли понашања са агресивношћу,
- лоши контакти са вршњацима,
- делинквентно понашање,
- промискуитетно понашање,
- слаб успех у школи.

Емоционална трпња је својеврстан „неми сведок“ емоционалног злостављања. Не постоје строго диференцирани специфични знаци психичке/емоционалне патње за поједине врсте злостављања, али је емоционална трпња увек присутна (и при физичком и при сексуалном злостављању).

3.2. Касне последице

Емоционално злостављање повређује и оштеђује дете у развојном смислу (продукује маладаптивна одступања у интраперсоналним и интерперсоналним карактеристикама, успорава и ремети развој и функционисање и води ка изолацији и агресији). Суштински поремећаји јављају су у областима

- везивања,
- социјалних компетенција,
- понашања,
- когнитивних способности и решавања проблема,
- академских постигнућа.

3.3. Показатељи позних последица емоционалног злостављања

На психолошком плану:

- осећање кривице,
- ниско самопоштовање,
- емоционална нестабилност,
- снижење емоционалних капацитета,
- неспособност за развој самосталности,
- неспособност да се има поверења у људе.

На плану понашања:

- некомпетентност и/или нижа постигнућа,
- крађе,
- депресија,
- аутистично понашање,

- злоупотреба супстанци,
- проституција,
- осамљивање (које понекад води ка суициду),
- агресија (која понекад води ка хомициду),
- тенденција да се други злостављају.

Процена ризика – фактори ризика за емоционално занемаривање/
злостављање

ПОВЕЋАН РИЗИК ОД ЗЛОСТАВЉАЊА



+ криза заоштрена (обична или озбиљна)

СИГНАЛИ



**ЗАНЕМАРИВАЊЕ
ЗЛОСТАВЉАЊЕ**

Схема бр. 2

4. ДИЈАГНОСТИЧКА ПРОЦЕНА

Управо због његове суптилне природе, емоционално злостављање је тешко дијагностиковати као самосталну врсту злостављања. Битни елементи у процесу квалификације порекла присутних знакова (физичких, бихевиоралних) који су последица злостављања јесу:

- Опредна интерпретација знакова и симптома
Шта личи на емоционалне злостављање, а није? Препоручује се да се одговори на два питања; најпре на прво наглас – „Шта је узрок ових симптома/знакова?“, а затим на друго у себи – „Ови симптоми/знаци нису компатибилни са испричаном причом и дечјим развојем?“ За интерпретацију је неопходно знање о нормалном развоју деце.
- Знак/симптом треба ставити у контекст.
Испитујемо да ли је промена понашања изненадна; узимамо податке о променама у породици (болест, конфликти, насиље).

5. ПРИНЦИПИ РАДА У СЛУЧАЈЕВИМА ЕМОЦИОНАЛНОГ ЗЛОСТАВЉАЊА

У раду на случајевима емоционалног злостављања треба усвојити два принципа:

- принцип *два пута мери, једном сеци* – не реаговати импулсивно (услед потребе да се дете заштити);
- принцип консултација тј. тимског рада (са колегама из свог система и из других система).

6. ИНТЕРВЕНЦИЈЕ

Ургентне:

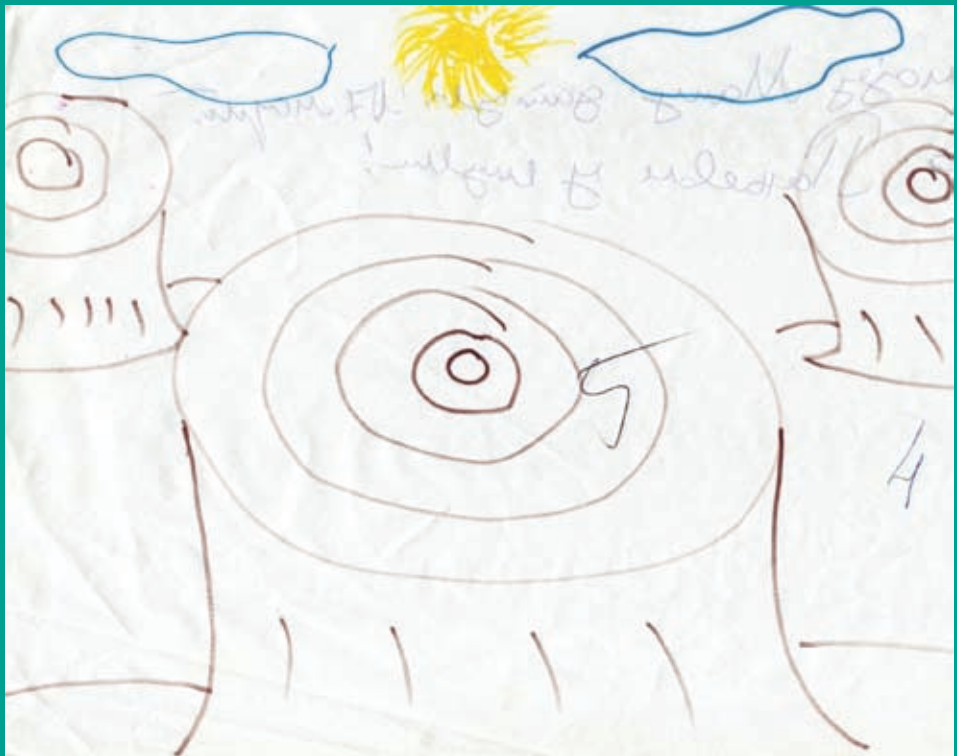
- интервенције код (преко, уз помоћ) ЦСР, МУП-а, породице.

Одложене („на дуге стазе“):

- праћење фактора ризика у породицама под ризиком (повремене састанци, у одређеним временским интерва-

лима, на којима се испитује шта се дешава у породици, како живе чланови породице и слично);

- континуирано праћење здравственог стања деце (колико су често болесна, од чега су болесна, колико се често повређују, у којим ситуацијама, процена заинтересованости родитеља за здравље деце и уопште за децу, као и њиховог ангажмана око деце);
- групно или индивидуално (са једном породицом);
- рад психолога са породицом у кризи (подршка, саветодавни рад у вези с организацијом свакодневног живота и решавањем текућих проблема, индивидуални рад са дететом под ризиком).



V. СЕКСУАЛНО ЗЛОСТАВЉАЊЕ

После векова ћутања, током којих је општи став према женама, деци и сексуалности био репресиван, јачање улоге жена и већа отвореност друштва према питањима сексуалности у другој половини двадесетог века допринели су да почне да се говори о сексуалном злостављању. У исто време, средства јавног информисања почињу неумерено и непримерено да оглашавају случајеве сумње на сексуално злостављање, са сензационалистичким и деструктивним насловима, уз пуну идентификацију детета и починитеља злочина, а да то претходно није било судски доказано. Отуда се може закључити да још увек не постоји рационалан приступ проблему сексуалног злостављања деце.

Истраживања показују да неки облик сексуалног насиља сваке године доживи око 1% деце, а до 18. године живота 12–25% девојчица и 8–10% дечака. Нижа учесталост сексуалног злостављања дечака у поређењу са девојчицама свакако показује да су они ређе жртве, али и да можда више прикривају своје трпљење. Злостављачи могу, али не морају да буду чланови породице. Чешће су то мушке одрасле особе, док су адолесценти злостављачи у мање од 20% пријављених случајева.

Као изабрани лекари, педијатри су особе у које деца и млади имају поверење. Зато они могу релативно рано да уоче телесне и психичке промене код својих пацијената и да од њих добију релевантне податке који побуђују сумњу на сексуално злостављање. Отуда едукација педијатара за рано препознавање тог насилног чина и спровођење одговарајућег дијагностичког и терапијског поступка током последњих деценија добија све више на значају.

1. ДЕФИНИЦИЈА И ВРСТЕ СЕКСУАЛНОГ ЗЛОСТАВЉАЊА

Сексуалним злостављањем се сматра укључивање детета у сваку сексуалну активност коју оно не схвата у потпуности, са којом није сагласно, за коју није развојно дорасло и са којом није у стању да се сагласи, односно ону сексуалну активност којом се крше

закони или социјалне норме. Под тим подразумевамо активност између детета и одрасле особе или детета и другог детета које је по хронолошком узрасту или развојном стадијуму старије, а који су са злостављаним дететом изградили однос поверења или моћи. Циљ активности је да се задовоље потребе злостављача; то подразумева и навођење или присиљавање детета на било коју врсту незаконите сексуалне активности и искоришћавање детета у сврху проституције или порнографије. Посебно треба нагласити да се све више уочава опасност да потенцијални злостављачи преко интернета дођу у контакт са децом која на тај начин постају жртве сексуалног злостављања.

Сексуално злостављање детета може да буде

- *бесконтактно* – приказивање обнаженог тела злостављача или посматрање обнаженог детета, принуда на гледање порнографије;
- *непенетративно* – додиривање или миловање тела и спољашњих гениталија, орално-генитална, генитално-генитална или генитално-анална стимулација,
- *пенетративно* – продирање (прстом, пенисом или неким предметом) у вагину или анус детета.

2. КАРАКТЕРИСТИКЕ СЕКСУАЛНОГ ЗЛОСТАВЉАЊА ДЕЦЕ

Ово су обележја сексуалног злостављања деце:

- Веома се ретко примењују физичка сила и насиље над дететом. Злостављач обично тежи да задобије поверење детета и тако прикрије злочин.
- Злостављач је по правилу особа блиска детету. То може да буде родитељ, очух/маћеха, особа која чува дете, рођак, комшија, васпитач, учитељ, тренер или неко други.
- Злостављање често траје дуго, недељама, месецима и годинама.
- Сексуално злостављање деце се обично понавља, а временом постаје све агресивније. Злостављач са дететом постепено развија сексуалну везу и обликује његово сексуално понашање.
- Инцест / сексуално насиље у породици чини приближно трећину од укупног броја случајева сексуалног злостављања деце.

Запажено је да девојчице чешће злостављају чланови породице, а дечачке стране особе. Повећан ризик да постану жртве сексуалног злостављања постоји код деце која живе са једним родитељем, или са мајком и очухом, у дисхармоничним породицама, у породицама у којима један или оба родитеља болују од менталне болести, алкохолизма или наркоманије, код деце смештене у установу друштвене бриге о деци, код деце која су усвојена, која имају физички или ментални хендикеп и код деце која су изолована.

3. СИМПТОМИ И ПОКАЗАТЕЉИ

У већини случајева деца после првог акта, због претњи починитеља, не обзнањују сексуално злостављање. Тако се временом развија **синдром акомодације детета на сексуално злостављање**. У почетку се дете осећа заробљеним и беспомоћним, јер је присиљено да крије чињеницу да је сексуално злостављано. Истовремено постоји и страх да му се неће веровати да је злостављано, што води до одлагања поверавања, трпљења злостављања и развоја прилагођеног понашања. Постоји и опасност да дете доживи неадекватну реакцију породице и професионалаца када коначно скупи храброст и пријави злостављање, а то додатно појачава његову патњу и као исход често има повлачење исказа и поновно затварање детета. Повреде услед сексуалног злостављања могу да буду телесне, емоционалне и интелектуалне природе. Отуда не треба доносити превремене закључке, посебно ако исказ детета и физикални налаз на то не указују.

Једино што је карактеристично за сексуално злостављање јесте **сексуализовано понашање детета**, које није усклађено са његовим узрастом и развојним стадијумом, на пример:

- искључива преокупираност сексом у разговору или игри,
- сексуализација у односима са другима,
- непотребно избегавање одраслих мушких особа,
- компулзивна мастурбација,
- одбојност према телесној блискости.

Код злостављане мале деце може да се уочи неприлично сексуално понашање које често обухвата и изражену сексуалну агресивност, попут понављања присилне радње којом се имитира

fellatio, убацивања предмета у анус и покушаја да се са другом децом истог узраста оствари сексуални однос.

Ипак, мада је прекомерна мастурбација један од показатеља сексуалног злостављања, њу могу узроковати и други проблеми, попут емоционалне напетости због превисоких родитељских очекивања, присуствовање сукобима у породици, развод родитеља, стресни породични догађаји, али и емоционално занемаривање, злостављање или ментална ретардација. Такође, треба имати у виду да телесно истраживање током сексуалних дечјих игара чини саставни део нормалног сексуалног развоја. Отуда би забрањивање деци да се тако понашају ограничило нормалну и здраву заинтересованост.

Физички показатељи сексуалног злостављања деце могу бити

- необјашњена генитална повреда,
- рекурентни вулвовагинитис,
- исцедак из вагине код девојчица,
- исцедак из уретре код дечака,
- запрљаност ануса фецесом код деце старијег узраста,
- тегобе у пределу ануса (фисуре, бол, крварење),
- бол при уринирању,
- инфекције уринарног система,
- полно преносиве инфекције (ако је искључена перинатална трансмисија),
- трудноћа (ако је девојчица млађа од 14 година),
- присуство сперме (ако је девојчица млађа од 14 година).

Емоционално-бихевиорални показатељи сексуалног злостављања деце могу бити

- регресија у понашању или стадијуму психосоцијалног развоја,
- акутни трауматски одговор, попут претеране зависности или раздражљивости код мале деце,
- поремећаји спавања,
- ноћно умокравање,
- поремећај исхране (од губитка апетита до менталне анорексије),
- проблеми у школи (неадаптирано понашање),
- проблеми у социјализацији (поремећаји понашања),

- депресија,
- осећање мање вредности,
- непримерено сексуализовано понашање и компулзивна мастурбација у детињству и препубертетском периоду,
- злоупотреба психоактивних супстанци,
- изјава детета.

3.1. Промене у гениталном и аналном подручју

При прегледу гениталног и аналног подручја код деце се ретко уочавају јасни знаци сексуалног злостављања зато што се та врста насиља обично врши тако да не доводи до телесних оштећења. Међутим, нормалан физикални налаз не искључује могућност сексуалног злостављања и у већини случајева се на основу клиничког прегледа не може ни потврдити ни искључити сумња на сексуално злостављање. Наиме, неке форме сексуалног злостављања, попут орогениталног контакта, не доводе до физичког повређивања, док код других, као што су пенетрација у анус или постављање пениса између стидних усана, повреде нису обавезне. Обим физичких повреда зависи од интензитета примењене силе. За разлику од тешких озледа које настају при примени јаке силе, код сексуално злостављане деце оштећења су много мања, па их је тешко протумачити.

За добијање јасне представе о природи евентуалних промена у гениталном и аналном подручју дете треба поставити у правилан положај. То подразумева да се поред прегледа детета у класичном гинеколошком положају, када дете лежи на леђима, а ноге су у флексији и абдукцији, обави и преглед у тзв. колено-лакатном положају, при коме је дете ослоњено на лактове и колена. То је посебно важно када постоји сумња да је дошло до оштећења химена. Постављањем детета у колено-лакатни положај химен ће се под утицајем силе гравитације много боље визуализовати, што ће омогућити да се направи разлика између расцепа и његових физиолошких неравнина.

Ово су **промене које побуђују сумњу на сексуално злостављање:**

- акутне абразије, лацерације или модрице на стидним уснама, перихименалном ткиву, пенису, скротуму и перинеуму;
- хименални урези/расцепи који захватају више од 50% ширине хименалног обода;

- ожиљци или свежи расцепи у навикуларној јами који не захватају химен (ненамерна повреда мора бити анамнестички искључена);
- гениталне брадавице (шиљати кондиломи) код деце старије од 2 године;
- значајна дилатација ануса или ожиљци на анусу.

Ово су **промене које представљају сигуран доказ злостављања или сексуалног односа:**

- присуство сперме или семене течности у или на телу детета;
- доказана инфекција бактеријом *Neisseria gonorrhoeae* (позитиван налаз у култури) или серолошка потврда стеченог сифилиса (када је перинатална трансмисија искључена);
- намерна, тупим објектом нанета продорна повреда вагиналног или аналног отвора;
- трудноћа (ако је девојчица млађа од 14 година).

Следеће промене нису специфичне за сексуално злостављање: неравнине слободне ивице химена, хименални урези у горњој половини хименалног прстена, вулвовагинитис, адхезије малих стидних усана, неспецифичне улцерације вулве, дерматозе (lichen sclerosus), пролапс уретре и ненамерна повреда спољашњих гениталија или аналног подручја.

4. ЗДРАВСТВЕНЕ ПОСЛЕДИЦЕ

Последице сексуалног злостављања деце су многоструке и озбиљне по здравље, сазревање и функционисање жртве у различитим аспектима живота, а често су дугорочне.

Ране последице:

- енуреза,
- енкопреза,
- поремећаји спавања,
- проблеми у понашању,
- депресија,
- непримерена сексуализација,
- самоизолација,
- потешкоће у учењу.

Касне последице:

- гастроинтестинални поремећаји (синдром иритабилног колоне, диспепсија неулцерозне природе и хронични абдоминални бол),
- гинеколошки поремећаји (неспецифични знаци – хронични бол у малој карлици, дисменореја и поремећаји менструационог циклуса),
- депресија,
- анксиозност,
- симптоми посттрауматског стресног поремећаја,
- промискуитет или неадекватно сексуално понашање,
- ниско самопоуздање,
- социјална самоизолованост,
- слабљење когнитивних способности,
- преокупираност телесним изгледом,
- злоупотреба психоактивних супстанци.

5. ДИЈАГНОСТИЧКИ ПОСТУПАК

Клиничка процена код сумње да је дете жртва сексуалног злостављања захтева мултидисциплинарни, холистички приступ. Треба посебно нагласити да здрави развој детета намеће потребу пажљивог разматрања његових телесних, емоционалних, социјалних и когнитивно-интелектуалних потреба. Отуда је неопходно да се обави медицинска, психолошка и социјална процена детета, као и да се правовремено укључи правосудни систем.

Подаци о здравственом стању, претходним обољењима, а посебно о повредама и тегобама неразјашњеног порекла, као и о околностима под којима је извршено сексуално злостављање помоћи ће у процени врсте и обима потребних дијагностичких процедура. Добијене податке треба документовати, јер могу да буду предмет судско-медицинског вештачења. Током разговора се морају избегавати изливи емоција и сугестивна питања. Када год је могуће, разговор са дететом треба обавити без присуства родитеља, како би се ублажили њихов утицај и растројеност детета. Таква комуникација може да буде веома тешка са децом млађег узраста.

5.1. Физикални преглед

Време и обим физикалног прегледа зависи од природе тегоба детета, могућности локалне средине, потребе за судско-медицинским вештачењем те од стручности и начина рада здравствених радника којима је дете поверено. Детету треба објаснити како ће се преглед обавити и за то од њега треба добити сагласност. Одлука о времену када ће се обавити физикални преглед првенствено зависи од дужине временског интервала који је протекао од последњег контакта детета са особом за коју се сумња да је починила злостављање. По правилу,

- ако је од последњег контакта прошло више од 72 сата и дете је без тегоба, преглед је потребан, али није ургентан;
- ако је од догађаја који је основ за сумњу на сексуално злостављање протекло мање од 72 сата, преглед треба одмах обавити, поготово ако дете има тегобе (болове, крварење, појачан генитални секрет или исцедак из уретре). Тада је оправдано и узимање брисева за судско-медицинско вештачење, узорака косе и пљувачке, одеће и постељине и узорака крви. Ипак, судско-медицинско вештачење из брисева са тела тешко може доказати сексуално злостављање код деце препубертетског узраста ако је од чина злостављања прошло више од 24 сата.

Преглед треба да у што мањој мери додатно физички и емоционално узнемири злостављано дете, односно треба избећи секундарну трауматизацију. Зато прегледу претходи детаљно и узрасту прилагођено разјашњење дијагностичких поступака. Пожељно је да прегледу присуствује и одрасла особа у коју дете има поверење, а која ни на који начин није повезана са насилним чином.

Код детета се обавља детаљан педијатријски преглед, а уочене промене које могу да укажу на неки облик злостављања, занемаривања или самоповређивања треба документовати. Посебна пажња се усмерава на подручја тела која могу да буду укључена у чин сексуалног злостављања – уста, дојке, спољашњи полни органи, перинеално подручје, задњица и анус.

Код девојчица инспекција обухвата унутрашњу страну бутина, велике и мале стидне усне, клиторис, уретру, периуретрално ткиво, химен, навикуларну јаму, задњу комисуру стидних усана, перинеум и перианално подручје.

Код дечака је потребно да се искључи присуство модрица, ожиљака и угриза на бутинама, пенису, скротуму, перинеуму и у перианалном подручју.

За бољу визуализацију се препоручују инструменти који увећавају или осветљавају генитално и анално подручје, попут рефлектора, лупа и колпоскопа. У препубертетском узрасту не треба покушавати дигитални преглед вагине или коришћење спекулума (када се сумња на присуство страног тела), осим ако дете није у анестезији, док се дигитални преглед ректума сматра непотребним.

5.2. Лабораторијска дијагностика

Потреба за испитивањем присуства полно преносивих инфекција код детета зависи од карактеристика злостављања. Ове инфекције се детектују код приближно 5% сексуално злостављане деце. Ако се процени да је испитивање потребно, а постоје дијагностичке могућности, пожељно је да обухвате следеће полно преносиве инфекције: гонореја, сифилис, хламидијска генитална инфекција и трихомонијаза. У дијагностици треба применити тестове са највећом специфичношћу и сензитивношћу. Тестирање на инфекцију вирусом хумане имунодефицијенције (ХИВ), на хепатитис Б и Ц и на сифилис зависи од присутних тегоба, постојања других полно преносивих инфекција, жеља пацијента/родитеља и од мишљења лекара. Гениталне брадавице, чији је узрок хумани папилома вирус (ХПВ), не захтевају извођење лабораторијских тестова. Ако постоји промена на полним органима или у аналном подручју која побуђује сумњу на инфекцију херпес симплекс вирусом (ХСВ), то треба испитати вирусолошким тестовима и треба разјаснити о ком се типу ХСВ ради.

Када је сексуално злостављана девојчица у постменархалном узрасту, одговарајућим поступцима треба искључити трудноћу.

6. ЛЕЧЕЊЕ

Код све деце која су била сексуално злостављана треба, на основу свестраног сагледавања телесних и менталних оштећења, сачинити даљи план лечења и подршке, како детета тако и његових родитеља. Врста и дужина лечења се прилагођавају индивидуалним потребама жртве, са посебно помним надзором деце која показују склоност ка самоповређивању и суициду.

Код девојчица постменархалног узраста треба размотрити потребу за применом ургентне контрацепције ако је од чина прошло мање од 72 сата, а постоји ризик за настанак трудноће. Лечење је потребно и када се утврди постојање полно преносиве инфекције, уз каснију лабораторијску проверу успешности примењене терапије.

Дијагностичко-терапијски протокол при сумњи на сексуално злостављање деце и младих је сложен и захтева предузимање низа специфичних процедура кроз холистички приступ. Ако се пажња поклања искључиво физикалном прегледу и тражењу доказа за злостављање, занемарују се стварне потребе детета и не уочава се његова патња, растројеност и нарушена представа о себи. Зато су у дијагностичком и терапијском приступу, поред знања и умећа лекара, потребни стрпљење, ангажованост и разумевање природе проблема, како би се спречило да жртва остане заробљена у својој адаптацији на сексуално злостављање.



VI. ЗАНЕМАРИВАЊЕ ДЕЦЕ

1. ДЕФИНИЦИЈА И ГЛАВНЕ КАРАКТЕРИСТИКЕ

Занемаривање је најчешћи облик насиља над децом, како су показале многе студије у Енглеској, САД, Аустралији и Канади. Око 40–60% деце код које је доказано да су жртве насиља било је истовремено и занемарено. Број занемарене деце је вероватно и већи него што се региструје, јер се велики број случајева не пријављује. Занемаривање може бити једини облик насиља или удружен са физичким и сексуалним злостављањем.

Занемаривање се може дефинисати као хроничан неуспех родитеља или старатеља да обезбеди детету основне услове неопходне за његов нормалан раст и развој, као што су храна, одећа, место становања, медицинска и стоматолошка нега и заштита те подстицање и надзор едукативног, емоционалног и социјалног развоја. Већина аутора сматра да о занемаривању не можемо говорити у условима сиромаштва, када родитељи и поред најбоље жеље не могу да обезбеде детету услове за нормално одрастање. С друге стране, занемаривање деце се чешће јавља у породицама у којима су месечна примања мања. Због тога је тешко разграничити ова два проблема.

Поставити дијагнозу занемаривања није лако, неопходан је тимски рад, добро познавање симптома, знакова, као и карактеристика породице у којој се овај проблем јавља. У случају сумње, потребно је обавестити надлежни стручни тим.

2. ТИПОВИ ЗАНЕМАРИВАЊА

Познато је више видова занемаривања:

- физичко,
- едукативно,
- емоционално и
- медицинско.

2.1. Физичко занемаривање

Физичко занемаривање је најчешће. Оно се односи на ситуације када родитељи или старатељи не обезбеђују детету основне услове за живот (храну, одећу или место становања), а проблем није последица недостатка финансијских средстава. Необезбеђивање основних потреба може код детета довести до поремећаја раста и развоја и до настанка бројних акутних и хроничних болести.

Код малог детета физичко занемаривање се може препознати у лошем хигијенско-дијететском режиму. Слабо напредовање и заостајање у развоју су показатељи занемаривања који се релативно лако потврђују мерењем детета. Неадекватна, прљави одећа и присуство промена на кожи, оједа или скабијеса такође указују на занемаривање.

Код старије деце знаци занемаривања су нешто другачији. Асоцијално понашање, изостанци из школе, изостанак са редовних медицинских и стоматолошких прегледа или третмана те честе емоционалне кризе и кризе у понашању према другима указују на то да је дете можда занемарено.

Деца која трпе овај вид занемаривања, посебно „тинејџери“, често напуштају родитељску кућу. Она не контролишу своје социјалне поступке и не осећају се безбедним јер су им ускраћене основне физичке и емоционалне потребе.

Физичко занемаривање може озбиљно да наруши дететов развој, да успори напредовање у телесној маси, да доведе до малнутриције, озбиљних болести и повећане могућности за физичко повређивање (посекотине, модрице, опекотине и друго). Недовољна брига за дете у кући, посебно ако је у питању одојче или дете малог узраста повећава могућност контакта са бројним токсичним супстанцама које се налазе у домаћинству (лекови, детерџенти и друге супстанце), због чега су ова деца подложна акциденталним тровањима која могу озбиљно да угрозе живот детета.

Од свих облика занемаривања, физичко занемаривање се најлакше препознаје.

2.2. Едукативно занемаривање

Занемаривање едукације детета подразумева да родитељ или старатељ онемогућава детету да оствари законом прописано

право на обавезно школовање. Родитељ или старатељ не одводи дете редовно у школу или му не обезбеђује услове за похађање специјалне школе (код деце са сметњама у развоју). У том случају деци не само да недостаје образовање већ се ремети и њихово емоционално и социјално функционисање, јер нису у контакту са децом истог узраста. Ова деца су склона насилничком понашању и другим различитим поремећајима понашања.

2.3. Емоционално/психолошко занемаривање

Емоционално занемаривање обухвата оне ситуације када родитељи адекватно брину о дететовим физичким потребама, али не препознају његова осећања и потребе, не обраћају му се, ретко га грле, не бодре га и не подржавају. Овакви родитељи живе у кући *пored* детета, а не *са* дететом. Ова деца не добијају адекватну емоционалну стимулацију (емоционална размена која омогућава формирање добрих објектних односа) од својих родитеља (примарних неговатеља).

Емоционално/психолошко занемаривање углавном је последица девијантног понашања родитеља или старатеља. Ова деца су стално омаловажавана, јер родитељи не препознају њихове емоционалне и психолошке потребе за одрастањем и у суштини се ради о питању адекватног/неадекватног родитељства. Оно може бити намерно или ненамерно, а често је последица тога што су сами родитељи у детињству били занемарени.

Ово су поступци родитеља или старатеља који доводе до емоционалног занемаривања детета:

- игнорисање природне потребе детета за стимулацијом и подршком,
- вербално злостављање које подразумева називање детета погрдним именима или примену претње,
- изолација детета и спречавање социјалних контаката са осталом децом и одраслим особама,
- претња детету екстремном казном и подстицање страхова из раног детињства,
- охрабривање деструктивности, антисоцијалног и девијантног понашања детета.

Овакви поступци код одојчади и мање деце доводе до тога да она не напредују у физичком и менталном развоју. Код старије

деце овакво понашање родитеља такође повећава ризик да ће доћи до употребе дроге и алкохола, до појаве деструктивног понашања, а понекад подстиче и самоубилачки нагон.

Ово су показатељи емоционалног занемаривања:

- успорен психофизички развој,
- емоционална затупљеност, незаинтересованост, повлачење,
- неадекватни обрасци везивања,
- „несрећан“ изглед,
- несигурност у комуникацији,
- хиперкинетско понашање,
- психосоматски поремећаји,
- покушаји самоубиства,
- делинквентно понашање,
- злоупотреба алкохола и супстанци.

Ипак, треба напоменути да не постоје специфични показатељи емоционалног занемаривања. Посебно су границе између емоционалног занемаривања и емоционалног злостављања дифузне и међусобно се преплићу. Због тога се емоционално занемаривање на суду најтеже доказује и обично се утврђује тек када се докажу други облици занемаривања и злостављања.

2.4. Медицинско занемаривање

Овај облик занемаривања настаје када се детету ускраћује законом прописана медицинска заштита. Родитељ или старатељ не одводи дете на редовне контроле праћења раста и развоја, на законом предвиђене вакцинације, а може се десити и да одбија да одведе дете лекару у ситуацијама када је оно акутно болесно. Деца која имају недовољно препознатљив поремећај здравља, као што је поремећај исхране и последично ненапредовање у телесној маси, што се може једноставно кориговати ако се на време открије, могу да имају трајне и веома озбиљне последице.

Понекад родитељи одбијају могућност да се примене терапијски поступци у лечењу детета. Услед ове врсте занемаривања хронични болесници могу да имају компликације опасне по живот, као што су последице хипергликемије због одбијања инсулинске терапије код деце са дијабетесом типа 1 или слепило због одбијања операције конгениталне катаракте. Разлог за овакво понашање

родитеља може бити религиозне природе или ирационални страх од медицинских интервенција.

Потпуно супротно понашање родитеља у погледу медицинских процедура код деце описано је раније у оквиру Минхаузеновог синдрома by proxy (MSBP).

3. ФАКТОРИ РИЗИКА ОД ЗАНЕМАРИВАЊА КОЈИ СЕ ПОВЕЗУЈУ СА РОДИТЕЉЕМ ИЛИ СТАРАТЕЉЕМ

Бројни фактори ризика се везују са већом учесталošћу занемаривања.

Низак социоекономски статус је, према неким ауторима из САД, у највишем степену корелације са занемаривањем. У овим породицама се иначе мала финансијска средства не троше за остваривање основних потреба породице, већ се користе у друге сврхе (за куповину средстава за опуштање, алкохола, па чак и дроге). Код деце у овим групама становништва постоји већи ризик од различитих типова занемаривања и злостављања.

Мајке које занемарују дете чешће имају **већи број деце** него мајке код којих овај проблем не постоји. Према неким ауторима, број деце млађе од шест година представља најбољи предиктор занемаривања, па ако деце има више, расте и вероватноћа да у породици дође до занемаривања. Ако у истом животном простору бораве више од четири члана породице, такође се повећава вероватноћа да ће се јавити овај проблем. Исто тако, доказано је да су породице већине деце која су умрла од последица занемаривања имале у просеку 4,9 чланова домаћинства.

Могућност занемаривања повећава се у породицама у којима веза између супружника није озакоњена, а посебно ако дете расте **само са једним родитељем. Мајке које су у детињству биле жртве злостављања** (физичког, сексуалног) **или занемаривања, а након тога су живеље у хранитељским породицама** чешће су злостављачи своје деце. Исто тако, жене које су жртве партнерског насиља чешће занемарују своју децу. На овај начин очеви индиректно утичу на занемаривање своје деце. **Млађе мајке** (млађе од 17 година), **усамљене, депресивне и апатичне мајке** и мајке са **нижим коефицијентом интелигенције** такође чешће занемарују

своје дете. Ако у породицама постоји **девијантни начин понашања** (алкохол, дрога) или **криминал**, већа је вероватноћа да ће деца бити занемарена.

4. ФАКТОРИ РИЗИКА ОД ЗАНЕМАРИВАЊА КОЈИ СЕ ПОВЕЗУЈУ СА ДЕТЕТОМ

Узраст детета је у тесној вези са ризиком од занемаривања. Беспомоћност и вулнерабилност одојчади и мале деце ставља их на врх листе ризика од занемаривања. Ова деца се много чешће занемарују него физички злостављају. Око 95% деце која су умрла због последица занемаривања било је у узрасту испод 4 године. Када је у питању занемаривање, **не постоји разлика између полова** (као у случају злостављања, где се дечаци чешће злостављају физички, а девојнице сексуално). Ипак, чини се да мушка деца чешће умиру од последица занемаривања. Постоје чврсти докази да су деца са посебним потребама (непокретна деца, ментално ретардирана деца, деца са хроничним болестима) чешће жртве и физичког злостављања и занемаривања. Сматра се да чак 10–25% ове деце има оваква искуства, у поређењу са 1,5% друге деце.

5. ПРЕПОЗНАВАЊЕ СИМПТОМА ЗАНЕМАРИВАЊА

Када дете нема обезбеђено место становања, живи на отвореном простору или у лошим условима, оно може имати промрзLINE, хипотермију, рецидивне инфекције горњих дисајних путева или пнеумоније. Ако је деци у дојеначком узрасту ускраћена правилна исхрана, она заостају у расту и развоју, развијају знаке рахитиса и дефицита других витамина. Већа деца показују повећан апетит у школи, понекад је присутна дијареја због лоше исхране, могу се јавити знаци малнутриције, поремећаји пажње и концентрације, а тургор коже може бити смањен. Ако се деци ускрати хигијена, могу се јавити алопеција, инфекције коже и ноктију, непријатан мирис који се шири око детета, а одећа ове деце је трошна и неуредна.

Ово су индикатори непостојања емоционалне и едукативне подршке:

- губитак самопоштовања,
- анксиозност,
- поремећај понашања, посебно у присуству родитеља,
- скраћивање периода спавања,
- неадекватни емоционални одговори,
- спорији развој или губитак говора,
- одбијање разговора када је присутан родитељ или старатељ (који је одговоран за занемаривање).

Свакако да присуство појединачних симптома и знакова не подразумева обавезно да је дете занемарено, али ако педијатар примети неке од ових облика понашања код детета треба да помисли и на овај проблем.

Код школског детета на занемаривање треба помислити када дете често одсуствује из школе, краде храну или новац, не иде на систематске прегледе, има лоше зубе, нередовно се вакцинише, не одржава хигијену, нема одговарајућу и чисту одећу, долази у школу много пре почетка првих часова, одлази кући много после завршетка наставе, нема самопоштовања, показује застој у когнитивном и емоционалном развоју, не понаша се уобичајено, слабо учи, не дружи се са осталом децом и сл.

Родитељи ове деце понашају се специфично. Не показују интересовање за своје дете, негирају да дете има проблеме или да постоји проблем у породици, подржавају учитеље да физички кажњавају дете, понашају се насилно или су често у алкохолисаном стању. Понекад показују претерану забринутост за дете само на речима, а та забринутост није у складу са њиховим стварним поступцима. Родитељ и дете се ретко гледају у очи, међу њима влада нетрпељивост, а дете одбија да проводи време са родитељем.



VII. ЕКСПЛОАТАЦИЈА ДЕТЕТА

1. ДЕФИНИЦИЈА

Експлоатација деце, према дефиницији Светске здравствене организације, односи се на коришћење детета за рад или за друге активности у корист других особа, а што нарушава дететово физичко или ментално здравље, образовање, морални или социјално-емоционални развој.

Појава експлоатације деце није везана за новију историју. Неки облици експлоатације деце се дуго одржавају, посебно у неким срединама, на пример дечији рад, склапање малолетничких бракова због економске добити породице и сл. Одржавање облика експлоатације деце као форме насиља над децом везано је како за вишеструке узроке и сложеност појаве, тако и за реаговање окружења. Евидентан је висок ниво толеранције јавности и инертност институција према неким облицима експлоатације детета (на пример, прошња) и њихово правдање културолошким специфичностима или уверењима раширеним у заједници (на пример, став да деца треба кроз рад да дају свој допринос када је породица сиромашна). Професионалци не треба да губе из вида да сви аргументи којима се правда било који облик експлоатације детета не уважавају добробит детета и најбољи интерес детета као водећи принцип у процени да ли је нека активност у коју је дете укључено прихватљива или не.

У савременом друштву велику забринутост изазива

- појава нових облика и нових метода који омогућавају експлоатацију детета,
- све већа учесталост и раширеност појаве у свим земљама света,
- транснационални карактер неких облика експлоатације детета, који подразумева постојање организованих криминалних група и мрежа.

Фактори који доприносе одржавању, порасту и појави нових облика експлоатације деце везани су за

- економски развој,
- развој туризма,
- развој нових информационих технологија,
- оружане сукобе,
- сиромаштво.

2. ПОЈАВНИ ОБЛИЦИ ЕКСПЛОАТАЦИЈЕ ДЕТЕТА

Експлоатација детета обухвата

- злоупотребу детета у трговини децом, дечјој проституцији и дечјој порнографији,
- злоупотребу дечјег рада,
- коришћење деце за вршење кривичних дела,
- злоупотребу деце за производњу, коришћење и дистрибуцију наркотика и психотропних супстанци,
- принудну или обавезну регрутацију и принудну или обавезну обуку деце за учешће у оружаним сукобима,
- злоупотребу приликом усвајања,
- злоупотребу у медицинске или научне сврхе, кроз укључивање деце у експерименте који могу бити штетни за њихов развој, и злоупотребу у трговини органима,
- социјалну експлоатацију деце, која обухвата све форме злоупотребе деце у медијима, у рекламне сврхе, у кампањама политичких партија и сл.

Више међународних докумената детаљније дефинише облике експлоатације детета са фокусом на обавези држава потписница да предузму све мере за заштиту деце и искорењивање свих облика експлоатације. Правни оквир битан за заштиту деце од експлоатације, поред Конвенције о правима детета, чине:

- Хашка конвенција о заштити деце и сарадњи у области међународног усвојења (1993);
- Конвенција 138 Међународне организације рада о минималним годинама старости за заснивање радног односа (1973);
- Конвенција 182 Међународне организације рада о најтежим облицима дечјег рада (2000);
- Факултативни протокол уз Конвенцију о правима детета о продаји деце, дечјој проституцији и дечјој порнографији (2000);

- Факултативни протокол уз Конвенцију о правима детета о учешћу деце у оружаним сукобима.

Међународна организација рада је најактивније укључена у заштиту деце од искоришћавања кроз рад. Она је спровела и спроводиле акције за елиминисање дечјег рада, дефинисање услова под којима се могу ангажовати малолетне особе, побољшање услова за рад запослених и омогућавање образовања и професионалног оспособљавања деце и младих. Конвенцијом 138 узраст од 15 година је усвојен као минимална старосна граница за заснивање радног односа, уз обавезну процену способности и процену да ли и у којој мери послови угрожавају дете. Државе потписнице су се обавезале да у својим законским документима наведу списак послова у којима деца и малолетне особе не могу учествовати због ризика по њихову безбедност и здравље. Конвенцијом 182 Међународне организације рада из 2000. године, коју је наша земља ратификовала 2003. године, као најтежи облици дечјег рада забрањују се

- сви облици ропства или обичаја сличних ропству, као што су продаја деце и трговина децом, дужничко ропство, регрутовање деце за принудни или обавезан рад или учешће у оружаном сукобу,
- злоупотреба деце за проституцију, производњу порнографије или за порнографске представе,
- злоупотреба деце за незаконите делатности, нарочито за производњу и промет психоактивних супстанци.

Факултативни протокол уз Конвенцију о правима детета о продаји деце, дечјој проституцији и дечјој порнографији проширује мере неопходне за заштиту деце од ових видова експлоатације, с обзиром на евидентан пораст случајева изложености деце овој врсти злоупотребе и на уочене показатеље према којима је трговина људским бићима, па и трговина децом, постала један од најпрофитабилнијих облика међународног организованог криминала, уз трговину оружјем и трговину наркотицима. Трговина децом је најчешће повезана са дечјом проституцијом и порнографијом, али и са експлоатацијом деце кроз рад, учешће у оружаним сукобима и усвојење.

У нашој земљи, Закон о раду дефинише послове које ни под којим условима не може обављати малолетна особа, као и услове рада за особе старије од 15 година. Као послови за које се не може ангажовати малолетна особа издвојени су

- послови који подразумевају нарочито тежак физички рад, рад под земљом, под водом и на великој висини,
- послови који подразумевају изложеност штетном зрачењу, отровним и канцерогеним материјама или материјама које могу довести до наследних оштећења, као и послови који носе ризик по здравље због излагања хладноћи, топлоти, буци или вибрацијама,
- послови који могу штетно утицати на здравље или носе повећан ризик за здравље малолетне особе с обзиром на психофизичке способности особе, а по процени надлежног здравственог органа.

Други облици експлоатације детета, нпр. продаја деце, дечја проституција и порнографија, санкционисани су Кривичним законом и Породичним законом.

У пракси, одрасла особа може експлоатисати дете на више начина. Све појавне облике експлоатације повезују два елемента:

- да их прати насиље над дететом (најчешће су удружене различите врсте насиља – физичко, емоционално, сексуално) и
- да постоји индиректна или директна економска добит друге особе од искоришћавања детета.

3. ПОСЛЕДИЦЕ ЕКСПЛОАТАЦИЈЕ ДЕЦЕ

Неспорно је да су последице експлоатације деце увек штетне по дечји развој, али степен оштећења које дете претрпи повезан је са врстом и степеном насиља коме је дете било изложено, са трајањем злоупотребе и са узрастом детета и његовим индивидуалним карактеристикама. Поред акција усмерених на заштиту од експлоатације, важан сегмент представљају и акције усмерене на спречавање правне и социјалне стигматизације деце жртава експлоатације, посебно жртава трговине децом, дечје проституције и порнографије као најдрастичнијих облика експлоатације деце.

4. ЕКСПЛОАТАЦИЈА ДЕЦЕ У НАШОЈ ЗЕМЉИ

Истраживање Центра за права детета и Министарства за рад и социјалну политику о дечјем раду и ставовима о дечјем раду, које је спроведено 2005. године, показало је да не постоје поуздани подаци о раширености најтежих облика дечјег рада у нашој средини. Непостојање података везује се за непостојање јединственог система евиденције и праћења случајева експлоатације деце кроз дечји рад. Случајеве злоупотребе дечјег рада у виду прошње, продаје деце, подвођења, дечје проституције и порнографије региструју и прате различите институције система (центри за социјални рад, полиција, тужилаштва) или невладиног сектора, али без централне евиденције. Према подацима МУП-а, у периоду од 2000. до 2004. године регистрована су 294 случаја трговине људима, од чега се 11% односи на малолетне особе, 244 случаја сексуалне злоупотребе над малолетницима млађим од 14 година, 3 случаја дечје порнографије те 23 случаја посредовања у проституцији девојчица млађих од 18 година.

Резултати поменутог истраживања указали су на то да највећи проценат деце смештене у сеоске хранитељске породице редовно обавља не само кућне послове већ и пољопривредне радове, од којих неки представљају тешке и најтеже послове. Код деце у хранитељским породицама и ромске деца постоји, према налазима истраживања, повећани ризик да буду експлоатисана кроз рад. Ово истраживање указује на забрињавајућу прихваћеност става да је укључивање деце у рад у циљу помоћи породици када је сиромашна сасвим оправдано и на смањену сензитивност јавности на социјално мање видљиве облике експлоатације деце кроз дечји рад у домаћинству.

Јасно је да сваки рад детета у оквиру породице није експлоатација и злоупотреба детета. По дефиницији, дечји рад представља експлоатацију онда када је, по активности или околностима у којима се одвија, психички, социјално и морално опасан и штетан по дете и може угрозити његов развој и када постоји економска корист за другу особу. Штетност по дете и економска корист понекад су јасно видљиви, али могу бити скривени, тешко препознатљиви и ухватљиви, па и приказани као активности које су добре за дете и у његовом су интересу. Случајеви медијске злоупотребе деце за постизање сензације, у склопу политичких

кампања, кампања модних кућа и рекламних агенција или случајеви експлоатације талентоване деце у спорту, уметности или другим областима неретко пролазе без реаговања и стручне и шире јавности. Професионалци који се баве децом и младима требало би да буду сензитивни и на мање драстичне облике експлоатације деце, који су штетни по дете уколико онемогућавају или ограничавају друга права детета (на пример право на образовање, право на дружење са вршњацима, право на игру и слободно време) и далекосежно могу неповољно утицати на даљи развој и живот детета.



VIII. УЛОГА СТРУЧНОГ ТИМА У ЗДРАВСТВЕНИМ УСТАНОВАМА

Посебни протокол система здравствене заштите за заштиту деце од злостављања и занемаривања обавезује здравствене установе да формирају стручни тим за заштиту деце од злостављања и занемаривања.

1. ЗАШТО ЈЕ НЕОПХОДНО ФОРМИРАЊЕ СТРУЧНОГ ТИМА

- Препознавање знакова и показатеља злостављања и занемаривања је понекад изузетно сложено, јер не постоје увек специфични знаци и симптоми на основу којих се са потпуном сигурношћу може утврдити присуство злостављања и занемаривања. Утемељенија процена се може добити тек на основу сагледавања тих показатеља у склопу свих постојећих чињеница и целокупне ситуације детета и његове породице.
- Процена нивоа ризика на основу које се планирају интервенције је изузетно осетљива, јер не постоје потпуно објективни параметри као водичи у процени. Искуства су показала да се ни стручњаци понекад не слажу у потпуности у процени нивоа ризика.
- Осетљивост стручњака према деци утиче на то да се у процену уплићу и емоционални фактори.
- Рад са злостављаном и занемареном децом појачава осећај одговорности код сваког здравственог радника, који лако може упасти у замку сопственог доживљаја да само од њега зависи добробит детета, па му подела одговорности са другим колегама пружа неопходну подршку.
- Сусрет са понекад веома тешким садржајима и трпњом деце жртава злостављања и занемаривања може довести до посредне трауматизације стручњака, а стручни тим представља важан извор подршке за превенцију и превазилажење секундарне трауматизације и „синдрома сагоревања“.

- Рад са породицама у којима се дешава злостављање и занемаривање је понекад изузетно мукотрпан, па је подршка колега у одржавању ентузијазма и истрајности у бављењу заштитом деце изузетно значајна.
- Процес заштите деце понекад је спор, из различитих разлога, због чега се стручњаци могу осећати лоше, јер нису успели да заштите дете, а у неким ситуацијама се може јавити и осећање беспомоћности, па су подела осећања са колегама и заједничко сагледавање да ли се и шта још може урадити за дете изузетно важни.

2. УЛОГА СТРУЧНОГ ТИМА

Основна улога стручног тима је **стручна подршка** лекару или другом здравственом раднику и сараднику који је препознао показатеље злостављања и занемаривања у **процени нивоа ризика за дете и планирању даљих интервенција**. Стручни тим заједно са здравственим радником или сарадником сагледава све елементе који су значајни за процену ризика по безбедност детета користећи Матрицу за процену ризика и на основу тога доноси одлуку о даљим корацима заштите. Препоручује се да се при првој процени користи скраћена верзија Матрице за брзу процену високог ризика, посебно ако је здравствени радник који је поставио сумњу већ добио информације које указују на висок ризик.

У зависности од исхода процене нивоа ризика по дете, стручни тим заједно са здравственим радником или сарадником који је пријавио сумњу доноси одлуку о даљим интервенцијама. У Прилогу б налази се предлог формулара за регистрацију злостављања и занемаривања у оквиру здравствене установе (радна верзија коју свака установа може да сачини у складу са својим потребама), односно радна верзија обрасца процене стручног тима.

3. ОДЛУКЕ СТРУЧНОГ ТИМА

3.1. Неодложна пријава полицији и центру за социјални рад

Ако су живот и здравље детета непосредно угрожени или постоји основана сумња да ће бити непосредно и тешко угрожени

непредузимањем хитних мера заштите, стручни тим је обавезан да случај **одмах по сазнању** пријави и полицији и центру за социјални рад. И према Општем протоколу и према Посебном протоколу следеће околности захтевају **неодложну** пријаву центру и полицији:

- ако се уочи присуство повреде код детета услед физичког или сексуалног злостављања, без обзира на то да ли је повреду нанео родитељ, старатељ, вршњак или нека друга особа, или ако је поступак могао изазвати тешку повреду детета (на пример, дете је сурово кажњавано, мучено или је могло бити повређено оружјем);
- ако постоји сумња да родитељ, старатељ или друга особа својим поступцима могу нанети тешку повреду детету или озбиљно угрозити здравље детета (на пример, тиме што не дају своју сагласност, не желе или нису у стању да прихвате да је детету потребан хитан медицински третман који здравствено стање детета захтева);
- ако се сумња да постоји ризик да дете задобије повреде или оштећења од родитеља који је измењеног психичког стања или агресиван услед психотичног стања или друге тешке менталне болести, злоупотребе дроге и алкохола или поремећаја личности;
- у ситуацији када је дете млађе од 6 година остављано без надзора или када у окружењу детета постоје опасности које непосредно угрожавају живот или здравље детета;
- ако се сумња да постоји ризик да ће родитељи или друге особе изложити дете одмазди или уцени због пријављивања или истраге злостављања.

У случајевима сумње на горе наведене околности **консултације** у оквиру здравствене установе се спроводе **по хитном поступку**. Полиција и центар се обавештавају **одмах по постављању сумње**, телефонским позивом. Препоручује се да се у здравственој установи **на видном месту истакне број телефона најближе полицијске станице и број телефона мобилне екипе центра за социјални рад**.

У околностима када постоји непосредна опасност по живот и здравље детета, **здравствена установа има обавезу да заштити дете** и да не дозволи да злостављач или особа која прикрива

злостављача преузму дете до доласка полиције или представника центра за социјални рад. По доласку полиције и представника центра доноси се хитан план мера за обезбеђивање сигурности детета. Уколико је здравствена установа удаљена од надлежног центра за социјални рад или надлежни центар нема мобилни тим за интервенције, дете треба да остане у здравственој установи **све док надлежни центар за социјални рад не предузме мере којима ће се осигурати безбедност детета.**

Када здравствено стање детета захтева хитно медицинско збрињавање, а родитељи нису сагласни или немају увид у угроженост здравља детета и не прихватају савет лекара, здравствени радник има обавезу да задржи дете у здравственој установи, а стручни тим има обавезу да хитно обавести центар за социјални рад. Као орган старатељства, центар може родитељима делимично ограничити родитељско право и поставити привременог старатеља за потребе лечења детета.

Потреба за неодложном пријавом центру може бити неопходна у првој фази по откривању случаја злостављања или занемаривања, али и у свакој другој фази рада са дететом и породицом у току процеса заштите.

Стручни тим има обавезу да одмах по збрињавању детета у ситуацији непосредне угрожености достави Центру за социјални рад све значајне податке које здравствена установа има о детету. Подаци које треба да садржи пријава исти су као и они у редовној пријави, уколико здравствена установа њима располаже. Оно што одваја допис који прати неодложну пријаву од редовне пријаве није садржај, већ хитност у поступању.

У случају неодложне пријаве прикупљање информација нипошто не сме да одложи поступак покретања заштите. Безбедност детета је приоритет.

3.2. Редовна пријава центру за социјални рад

Редовна пријава центру за социјални рад се подноси писмено или усмено, укључујући и разговор телефоном (усмену пријаву треба да прати писмена пријава у року од 48 сати). Она треба да садржи следеће информације:

- **основне податке о детету** – име и презиме детета, датум рођења, адресу тренутног пребивалишта детета;
- **основне податке о родитељима или старатељима детета** – име и презиме, адресу тренутног пребивалишта, телефон за контакт. Овде је важно имати у виду да родитељи обично при отварању картона детета у здравственој установи дају адресу из здравствене књижице на којој су пријављени, а која се понекад не поклапа са стварним боравиштем, што центру за социјални рад отежава успостављање контакта и због чега се саветује да се упише и актуелна адреса на којој дете тренутно живи;
- **кратак опис догађаја или околности због којих постоји забринутост за дете**, укључујући показатеље злостављања и занемаривања;
- **процену о којој врсти злостављања или занемаривања** се ради на основу препознатих показатеља;
- **податке о починиоцу** (да ли је то отац, мајка, оба родитеља, други члан породице или нека друга особа из окружења детета);
- **податке од кога су добијена сазнања о злостављању или занемаривању**, када и на који начин се дошло до сазнања о догађајима или околностима који изазивају забринутост за дете, да ли је то саопштило само дете или нека друга особа или је здравствени радник односно сарадник поставио сумњу током прегледа и разговора са дететом на основу показатеља;
- **ранија сазнања о показатељима** злостављања и занемаривања детета или другог детета у породици;
- **карактеристике детета значајне за процену нивоа ризика** са којима стручни тим располаже (на пример, заостајање у развоју, поремећај у понашању, хронична болест детета или друге здравствене тегобе и оштећења који умањују ниво самозаштите детета);

- **податке о породици детета** (са ким дете живи, да ли у породици има још деце која су под ризиком, да ли родитељи живе заједно или су разведени, да ли у породици неки члан болује од тешке или озбиљније хроничне болести, да ли је породица недавно имала неки губитак, да ли се ради о избегличкој породици и сл.), уколико стручни тим располаже таквим подацима;
- **карактеристике родитеља или старатеља значајне за процену нивоа ризика** (на пример, подаци о озбиљнијим здравственим проблемима родитеља, смањеним интелектуалним капацитетима, сумња или подаци о породичном насиљу, алкохолизму, психијатријској болести, асоцијалном понашању) или друга сазнања значајна за процену ризика;
- **запажања здравственог радника или сарадника из опсервације** односа родитеља према детету током прегледа, разговора са родитељем или у чекаоници, запажања из ранијих контаката са родитељем;
- **закључак тимске консултације о врсти злостављања и процени ризика** за дете, као и препоруке које интервенције треба пружити детету и породици, уколико стручни тим има такве препоруке;
- **информације о интервенцијама** које здравствена установа планира да пружи детету или породици.

Стручни тим неће увек располагати свим наведеним информацијама. Важно је још једном напоменути да у случају сумње на високи ризик стручни тим неће трагати за додатним информацијама како би употпунио пријаву сумње, јер би то продужило време излагања детета опасности. Важно је да пријава сумње центру садржи **податке значајне за процену ризика који су доступни стручном тиму**. Дужност и обавеза центра за социјални рад је да размотри прихватљивост и основаност сумње, успостави контакт са дететом и породицом и прикупи податке који недостају, а који су потребни за процену ризика и за израду плана мера за заштиту детета.

Када показатељи и сазнања о злостављању и занемаривању нису довољни да се постави сумња, али постоје елементи који указују на могућност да дете трпи штету, стручни тим ће се консултовати са

другим службама за које се претпоставља да имају сазнања о детету (образовно-васпитне установе, центар за социјални рад, СОС службе и сл.) како би се прикупили додатни подаци о детету и породици.

ВАЖНО! Стручни тим или здравствени радник и сарадник не пријављују центру само доказано злостављање или занемаривање, већ и СУМЊУ на злостављање и занемаривање.

3.3. Одлагање пријављивања

Стручни тим здравствене установе може донети одлуку и да се пријава сумње центру за социјални рад одложи. Пријава се може одложити **искључиво ако су испуњена сва три следећа услова:**

- на основу сагледавања свих околности стручни тим је проценио да је ризик од злостављања и занемаривања **низак;**
- породица детета **прихвата сарадњу** и спремна је да мења однос према детету, а тимска процена је да породица има капацитете за промену у правцу боље заштите детета;
- установа **има капацитете** да детету и породици пружи интервенције потребне за решавање проблема злостављања и занемаривања.

Одлагање пријаве захтева

- рад са родитељима на промени неадекватних поступања према детету,
- сарадњу са другим специјализованим стручњацима који могу пружити потребан третман родитељима индивидуално или породици,
- активно праћење случаја и поновну процену ризика за дете у редовним временским интервалима.

3.4. Поступање када сумња није потврђена

Стручни тим може проценити да сазнања и показатељи у

понашању детета не указују на злостављање и занемаривање. У тим околностима стручни тим треба да направи план превентивних мера за дете који обухвата контролни преглед детета, преглед друге деце у породици, посету патронажне службе породици и консултације са другим службама које могу имати податке о детету (предшколска установа, школа). Здравствени радник има обавезу да активно прати дете и поново се консултује са стручним тимом ако добије нова сазнања или препозна показатеље који могу указивати на злостављање и занемаривање.

У склопу процене ризика, **стручни тим доноси план интервенција** које се детету и породици могу пружити у оквиру установе и интервенција у којима треба да учествују друге службе у оквиру здравственог система. Стручни тим прати спровођење плана интервенција у оквиру здравствене установе.

Стручни тим здравствене установе такође **сарађује са другим службама које учествују у процесу заштите детета** (друге здравствене установе, центар за социјални рад, образовне институције, полиција, тужилаштво, суд, невладине организације и друге службе у локалној заједници).

Сем консултативне улоге за здравствене раднике и сараднике у случајевима злостављања и занемаривања, стручни тим има и следеће задатке:

1. Израда плана за примену Посебног протокола за заштиту деце од злостављања и занемаривања у установи.

План треба да садржи

- јасно дефинисане поступке у установи у случају препознавања случајева злостављања и занемаривања или ризика по дете,
- начин сарадње са локалним службама за заштиту деце (стручни тим треба да има податке са именима особа и бројевима телефона центра за социјални рад, полиције, школе и других служби у локалној заједници укључених у бригу о деци и заштиту деце),
- план едукације чланова колектива,
- план превентивних активности за заштиту деце од злостављања и занемаривања,
- план „кризне комуникације“,
- процедуру евидентирања случајева злостављања и занемаривања у оквиру установе.

2. **Едукација свих чланова колектива** који су укључени у здравствену заштиту за примену Посебног протокола.
3. **Превентивни рад** у локалној заједници.
4. **Евидентирање** случајева злостављања и занемаривања у посебном регистру у установи.
5. Подношење **годишњег извештаја** о раду колективу своје установе, надлежном центру за социјални рад, односно локалној заједници.
6. Подношење годишњег извештаја Институту за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут“ (према МКБ 10).
7. Подношење **шестомесечног извештаја и сарадња са Посебном радном групом** за заштиту деце од злостављања и занемаривања.

Важно је још једном напоменути значај подршке стручног тима здравственим радницима и сарадницима не само у стручном аспектима бављења злостављањем и занемаривањем деце него и у превенцији посредне трауматизације и истрајавању у раду са децом и породицама.

4. СТРУКТУРА СТРУЧНОГ ТИМА

Структура стручног тима зависи од специфичности установе и локалне заједнице. Оптимални тим у примарној здравственој заштити требало би да чине директор, начелник педијатрије, одговорна сестра педијатрије, одговорна сестра службе за хитну помоћ, одговорна сестра патронажне службе, психолог и социјални радник установе. Координатор рада тима би требало да буде социјални радник. Ако се не може формирати оптимални тим, у установи се формира минимални тим који чине педијатар и медицинска сестра.

У здравственим установама секундарног и терцијарног нивоа здравствене заштите, у зависности од делатности установе, радом стручног тима треба да руководи педијатар, дечји психијатар или дечји хирург. У зависности од кадровске структуре здравствене установе, у стручни тим треба укључити и лекаре других специјалности (гинекологе, дечје хирурге, психијатре итд.).

ВАЖНО! Здравствени радник и сарадник **не процењује сам** ризик за дете и **не доноси сам одлуку** о пријави сумње на злостављање и занемаривање.

5. ОРГАНИЗАЦИЈА РАДА СТРУЧНОГ ТИМА

Пошто заштита деце од злостављања и занемаривања није основна делатност здравствене установе, стручни тим треба, у циљу ефикасности функционисања, да одреди време и простор за свој рад. Сви чланови колектива треба да знају **ко су чланови стручног тима, ког дана, у које време и у којој просторији** могу приказати случајеве у којима су поставили сумњу на злостављање и занемаривање. У хитним случајевима потребне консултације ће се обавити са тренутно доступним члановима тима, а случај ће се приказати на првом редовном састанку тима, када ће се и донети план даљих интервенција.

Посебни протокол предвиђа обавезу стручног тима да има посебан **регистар за евиденцију случајева злостављања и занемаривања** у оквиру установе и **Формулар за регистрацију** којим се случајеви пријављују стручном тиму. У циљу ефикаснијег рада на заштити од злостављања и занемаривања у оквиру здравствене установе, Формулар за регистрацију случајева треба да буде **доступан** сваком члану колектива. Стручни тим треба да одреди **место где се налази формулар** и да са тим упозна све чланове колектива. Здравствени радник који је посумњао на злостављање и занемаривање треба да попуни формулар и да размотри случај са стручним тимом. Ако здравствени радник или сарадник није могао сам да попуни формулар за регистрацију, то ће се урадити на састанку стручног тима. Стручни тим треба да води **записник** о разматраним случајевима на састанку тима како би се евидентирале одлуке о интервенцијама за сваки случај и задужењима чланова тима. На сваком састанку се прати реализација одлука и задужења за претходно разматране случајеве.

6. УЛОГА ЗДРАВСТВЕНИХ РАДНИКА И САРАДНИКА У ДАЉОЈ ЗАШТИТИ ДЕТЕТА

И Општи протокол и Посебни протокол предвиђају обавезу здравственог радника и сарадника који је поставио сумњу на злостављање и занемаривање да активно учествује у свим корацима у процесу заштите детета. Ова обавеза се заснива на праву детета да расте и да се развија у безбедном и подржавајућем окружењу, као и на обавези сваког појединца, организације, система и државе да допринесу стварању таквог окружења. Учешће здравственог радника и сарадника у даљој заштити детета дефинисано је и специфичностима професионалног места у систему здравствене заштите, али за сваког здравственог радника и сарадника на свим нивоима здравствене заштите ова обавеза подразумева

- сарадњу са центром за социјални рад и другим службама које учествују у процесу заштите детета,
- активно праћење стања и ситуације детета и пружање подршке,
- активно праћење поступања родитеља према детету и пружање подршке родитељима, посебно тзв. „злостављајућем родитељу“, у настојању да се злостављање и занемаривање окончају.

Здравствени радник или сарадник треба, на позив центра, да учествује на конференцији случаја на којој се разматра ситуација детета и доноси план о потребним мерама заштите детета и услугама које је потребно обезбедити за дете и за родитеље како би се решио проблем злостављања и занемаривања. Уколико је здравствени радник дошао до нових информација пратећи дете и породицу, које указују на повећан ризик за дете или које могу допринети расветљавању ситуације злостављања и занемаривања, о томе треба да обавести центар.

По потреби, здравствени радник и сарадник треба да **учествује**

- **у сложеној процени**, када се на конференцији случаја донесе одлука да случај захтева продубљенију процену и укључивање више стручњака из различитих система (здравствени систем, образовни, правни, полиција) и
- **у специјализованој процени** ради свеобухватног и продубљеног сагледавања стања и потреба детета и планирања дугорочних мера заштите.

У сложеној и специјализованој процени најчешће учествују здравствени радници и сарадници секундарног и терцијарног нивоа заштите. У зависности од врсте злостављања и занемаривања и оштећења које је дете претрпело, у ову врсту процене могу се укључити дечји гинеколог, дечји хирург, педијатар, дечји психијатар, психолог специјалиста итд. Специјализована процена се најчешће тражи од служби за ментално здравље и односи се на

- процену присуства поремећаја менталног здравље код детета или родитеља,
- процену потребе за психолошким или психијатријским третманом детета или родитеља,
- процену последица злостављања и/или занемаривања на ментално здравље детета и његов развој,
- процену капацитета родитеља за одговорно родитељство.

Здравствени радник и сарадник је обавезан да на захтев тужилаштва учествује у процесу испитивања и доказивања злостављања и занемаривања као сведок или кроз **поступак вештачења**.

7. ПОСЕБНА РАДНА ГРУПА ЗА ЗАШТИТУ ДЕЦЕ ОД ЗЛОСТАВЉАЊА И ЗАНЕМАРИВАЊА

Посебна радна група за заштиту деце од злостављања и занемаривања представља групу стручњака у оквиру Републичке стручне комисије за унапређење здравља жена, деце, школске деце и омладине. Чланове Посебне радне групе именује министар здравља Републике Србије.

Основни задатак Посебне радне групе је праћење примене Посебног протокола у здравственом систему. У циљу ефикасније практичне примене Посебног протокола, Посебна радна група припрема и реализује едукативне програме за побољшање компетенција чланова стручних тимова при здравственим установама, оцењује и унапређује пратећу документацију за практичну примену Посебног протокола и предлаже друге мере за ефикаснију примену Посебног протокола.

Посебна радна група сарађује са системом социјалне заштите који је координатор у мултисекторском систему заштите

деце од злостављања и занемаривања. Посебна радна група такође разматра достављене извештаје стручних тимова здравствених установа и Института за јавно здравље Србије и на основу анализе извештаја предлаже мере за побољшање квалитета заштите деце од злостављања и занемаривања. О свом раду она подноси годишњи извештај Министарству здравља.



IX. МРЕЖА У ЗАЈЕДНИЦИ И МЕЂУСЕКТОРСКА САРАДЊА У ЗАШТИТИ ДЕЦЕ ОД ЗЛОСТАВЉАЊА И ЗАНЕМАРИВАЊА

1. ЗАШТО ЈЕ САРАДЊА МЕЂУ СИСТЕМИМА НЕОПХОДНА

- Вишеструки узроци појаве злостављања и занемаривања захтевају интердисциплинарни и интерсекторски приступ.
- Решавање проблема злостављања и занемаривања захтева широк спектар интервенција.
- Ефикасност интервенција повезана је са квалитетом сарадње између појединаца и система.

Предуслови за успешну сарадњу између система су:

- заједничко поимање и јединствен став, односно исти референтни оквир у односу на појаву злостављања и занемаривања деце;
- јасно дефинисани кораци у поступању и јасно дефинисане улоге појединих учесника у процесу заштите;
- познавање улоге и задатака других актера у заједници;
- проток информација, односно размена информација и консултације унутар система и између система, праћене писаним документима и повратним информацијама;
- међусобна подршка појединаца и система;
- поверење између појединаца и система.

2. ЗАШТО СЕ СВАКА СУМЊА НА ЗЛОСТАВЉАЊЕ И ЗАНЕМАРИВАЊЕ МОРА ПРИЈАВИТИ ЦЕНТРУ ЗА СОЦИЈАЛНИ РАД

Из улоге центра као органа старатељства, коме је држава поверила надзор над родитељством, произилази улога **носиоца и координатора процеса заштите деце** од злостављања и

занемаривања. Интервенције центра за социјални рад подразумевају **правно утемељене и за родитеље обавезујуће мере**. Већина родитеља који злостављају и занемарују своју децу изузетно је осетљива на процењивање својих родитељских компетенција, што може лоше утицати на њихову спремност за сарадњу. Истраживања указују и на присуство неповерења у социјалним односима код родитеља који злостављају и занемарују децу. Са неким родитељима није могуће остварити сарадњу каква је потребна за рад на промени неадекватних образаца родитељства, већ су неопходне правно обавезујуће мере државе, чије је спровођење у надлежности центра за социјални рад.

Пријемна процена сумњи на злостављање и занемаривање у центру за социјални рад обухвата **проверу претходне регистрације** породице по било ком основу, па и по основу ранијих пријава злостављања, занемаривања, породичног насиља итд. Евиденција свих случајева у центру **спречава да родитељи избегну мере тако што ће променити здравствену установу**.

Важно је напоменути да циљ интервенција центра није кажњавање родитеља, већ **јачање позитивних снага породице** кроз пружање стручне саветодавне, материјалне, правне и друге подршке и помоћи детету и родитељима, кад год је то могуће.

Мере заштите детета у оквиру породице усмерене на промену неадекватних поступања родитеља центар спроводи кроз превентивни и корективни надзор и оне обухватају

- упозорење родитељима на недостатке и пружање помоћи у отклањању пропуста и недостатака у родитељству и
- упућивање родитеља да користе услуге других институција, рецимо саветовалишта за брак и породицу.

Поред законских овлашћења за **хитне интервенције збрињавања детета ван породице** без сагласности родитеља, у случајевима неодложне интервенције, центар има овлашћења, на основу Породичног закона, да покрене поступак **привремене старатељске заштите детета**, који подразумева ограничење вршења родитељског права и постављање привременог старатеља до коначне одлуке о вршењу, односно лишењу родитељског права, коју доноси суд. За заштиту деце од злостављања и занемаривања у оквиру здравственог система посебно је важна интервенција центра која постављањем **привременог старатеља ограничава**

родитељска права у домену медицинског збрињавања детета у случајевима када родитељи из различитих разлога не прихватају спровођење за дете **неопходног лечења**.

Поред сарадње са центром за социјални рад као координатором процеса заштите деце, здравствени радници и сарадници имају обавезу да сарађују и са другим актерима у заједници који су укључени у систем друштвене бриге о деци и процес заштите. Већ је поменута сарадња са полицијом, тужилаштвом и судом. Школе, предшколске установе и организације цивилног друштва подједнако су важан сегмент мреже сарадника здравственог система у заштити деце од сваке врсте злоупотребе. И Општи протокол и Протокол система здравствене заштите сагледавају заштиту деце од злостављања и занемаривања **као процес** који захтева **интегрисан међусекторски приступ у свим фазама заштите** и сарадњу између система у циљу подизања квалитета и ефикасности интервенција и обезбеђивања међусобне подршке.



Х. ПРЕВЕНЦИЈА ЗЛОСТАВЉАЊА И ЗАНЕМАРИВАЊА ДЕЦЕ И МЛАДИХ

Велике и брзе социоекономске промене у многим земљама праћене су бројним факторима који могу штетно утицати на здравље. Развој друштва у транзицији, која пролазе кроз социјалне и економске изазове, треба да подразумева и рад на здравственој превенцији. Превенција злостављања и занемаривања подразумева скуп мера, поступака и активности који има за циљ стварање сигурног и подстицајног окружења за децу и младе.

Успешни превентивни програми подразумевају интервенције на свим нивоима друштва. Међутим, и даље није прецизно дефинисано ко треба да буде носилац превенције злостављања; разлог за то су недовољан број публикованих доказа који би потврдили успешност примењених програма и недовољно чврсти докази о утицају исхода превентивних програма на појаву злостављања.

Превентивне активности допринеће да се деца и млади осећају заштићено и сигурно у свом окружењу, да се развијају у задовољне и одговорне личности, да науче да контролишу своје понашање на конструктиван начин, да контролишу сопствена осећања, да науче да штите своја права и да поштују права других и њихову различитост. Превентивне активности ће допринети и да одрасли преузму одговорност за стварање подстицајног окружења за живот и рад деце и младих тако што ће кроз превентивне активности развијати здраву комуникацију и здраве односе с другима, поштовање и својих и туђих права, уз уважавање различитости. Кроз превентивне програме они ће стећи практична знања и вештине неопходне за конструктивно решавање кризних ситуација унутар породица или институција где деца бораве.

Кроз превентивне програме омогућавају се:

- благовремено уочавање потенцијалног злостављања и занемаривања и отклањање познатих ризика за развој ових појава,

- припрема и спровођење адекватних активности у смислу реаговања уколико се злостављање односно занемаривања региструје,
- свеобухватне интервенције са децом, младима и породицама (од помоћи жртвама и тзв. незлостављајућим родитељима до рада са злостављачима),
- заштита права и смањење додатне патње свих актера укључених у процес злостављања и занемаривања.

У оквиру здравствене службе, здравствени радници и сарадници имају обавезу да у своје годишње планове унесу активности везане за заштиту деце од злостављања и занемаривања, као и да указују на штетност злостављања и важност ненасилне комуникације. Ове активности спроводе се свакодневно, у директном клиничком раду са пацијентима, у саветовалиштима за труднице, брачним саветовалиштима, школама за родитељство, одсецима за лечење болести зависности и сл. Сем тога, здравствене службе имају битну улогу и у сензибилизацији шире јавности и стручњака из других области за препознавање злостављања деце.

Примарна, секундарна и терцијарна превенција делови су једне целине (сва три нивоа су у међусобној интеракцији, а не вештачки фрагменти) и остварују се кроз примарну, секундарну и терцијарну заштиту.

1. ПРИМАРНА ПРЕВЕНЦИЈА

Примарна превенција се односи на све активности које ће спречити појаву злостављања или занемаривања деце и младих.

Примарна превенција подразумева рад на превенцији насиља у породици и друштву. Спроводи се кроз повећање доступности и квалитета услуга здравствених служби које раде са децом и родитељима, али и кроз низ глобалних друштвених мера – иницијативе за измене и допуне законске регулативе која се односи на насиље над децом, едукацију стручне и шире јавности о штетности насиља и ненасилној комуникацији, формирање превентивних програма за заштиту деце на нивоу здравствених установа (нпр. учење социјалних и асертивних вештина, рад са децом и родитељима на побољшању интеракције). Примарном превенцијом постиже се подизање свести путем медијских порука

да је злостављање деце одговорност сваког одраслог и проблем читаве заједнице. Неопходна је едукација родитеља и старатеља о здравом развоју деце и младих, као и о последицама сваког облика насиља на децом (и краткорочним и дугорочним).

Стратегија примарне превенције обухвата

- промену свести људи о „вредности“ деце,
- развијање економске стабилности и независности породица,
- указивање да је физичко кажњавање неадекватна дисциплинска мера и да представља насиље над децом,
- побољшање доступности здравствених служби за децу и родитеље,
- унапређење сарадње између здравствених установа и других релевантних сектора,
- смањење стопе зависности одраслих од дрога и алкохола,
- превенцију рађања нежељене деце.

Активности на породичном нивоу подразумевају помоћ родитељима у задовољавању основних потреба, рану дијагностику проблема зависности од алкохола и дрога, едукацију родитеља о понашању деце, дисциплиновању, безбедности и развоју.

Примарна превенција може се поделити на општу, селективну и индиковану превенцију.

Општа превенција односи се на интервенције усмерене ка општој јавности или целој популацији – сви корисници здравственог система морају бити обавештени о препознавању, карактеристикама, последицама и могућностима примене мера како би се спречили злостављање и занемаривање деце.

Селективне превентивне интервенције усмерене су на појединце или групе код којих је ризик од развоја менталних проблема или проблема у понашању знатно већи од просека за популацију којој припадају, а на основу постојања биолошких, психолошких или социјалних фактора ризика или одсуства заштитних фактора. Ризичне групе чине деца и млади са развојним сметњама, маргинализовани, социјално депривирани, етничке мањине и, уопште, деца са психофизиолошким сметњама, односно породице са биопсихосоцијалним проблемима.

Индикована превенција усмерена је ка особама под високим ризиком, тј. онима који имају минималне, али уочљиве знаке или симптоме менталних поремећаја или биолошке маркере који не задовољавају дијагностичке критеријуме за поремећај, али означавају предиспозицију за менталне проблеме и проблеме понашања. Због тога у установама које се баве заштитом и третманом деце са проблемима менталног здравља спровођење мера и поступака раног откривања злостављања и занемаривања деце има суштински значај, и у дијагностици и у третману.

2. СЕКУНДАРНА ПРЕВЕНЦИЈА

Ова група активности односи се на откривање и регистровање деце и породица код којих постоји повећани ризик од појаве насиља у породици и злостављања/занемаривања. Ове породице се најчешће препознају током кућних посета патронажних сестара и редовних контролних и систематских прегледа деце. Под посебним ризиком су породице са проблемима насиља, злоупотребе психоактивних супстанци, социјално и егзистенцијално угрожене породице. Секундарна превенција се односи, на пример, на оснивање група подршке за вулнерабилну децу, односно вулнерабилне одрасле особе у домовима здравља, здравственим станицама и сл.

3. ТЕРЦИЈАРНА ПРЕВЕНЦИЈА

У терцијарну превенцију убрајају се активности које спроводе здравствени радници и сарадници када је већ уочено насиље у породици. Она обухвата рад са злостављаном и занемареном децом, рад са тзв. „нелзостављајућим родитељем“ и рад са „злостављачем“ како би се спречило поновно злостављање те умањиле последице и настала штета. С обзиром на комплексност, терцијарна превенција би требало да буде мултидисциплинарна и у њој би требало да учествују и стручњаци из других система. Изузетно је важно да се у организоване здравствене службе укључе постојећи програми, јер је то једини начин за дугорочно планирање смањења појаве злостављања и занемаривања деце и младих.

Идентификација група под високим ризиком требало би да буде важан циљ превентивне медицине, као и примена адекватних стратегија на ове групе у свим развојним стадијумима, што може обухватити рану негу пре порођаја, здрав почетак живота, висококвалитетно родитељство, негу деце ментално болесних родитеља или родитеља зависника, промоцију менталног здравља у школама, подизање породичне кохезије (у блиској сарадњи са стручњацима за ментално здравље и породичним лекарима), превенцију на радном месту, едукацију о животним вештинама, превенцију у старачком добу итд.

4. СТРАТЕГИЈЕ ЗА ПРЕВЕНЦИЈУ ЗЛОСТАВЉАЊА И ЗАНЕМАРИВАЊА ДЕЦЕ

- Дијагностиковање трудноћа код младих и неударних мајки и анализа утицаја трудноће на садашњи и будући живот мајки.
- Испитивање потенцијалних стресора будућих родитеља:
 - постојање подршке на нивоу шире породице и друштва,
 - финансијска ситуација,
 - брачни статус,
 - ниво едукације,
 - број деце.
- Идентификовање породица у којима се јављају проблеми
 - злоупотребе супстанци,
 - насиља у породици,
 - менталног здравља.
- Омогућавање новим родитељима
 - боље доступности центара за социјални рад,
 - здравствених кућних посета у дужем временском року,
 - континуираног рада у оквиру саветовалишта за родитеље.
- Едукација родитеља о
 - развојним задацима деце, узрасно одговарајућој бризи о деци и супервизији понашања,

- проблемима дојења и исхране,
- безбедности деце у кућним условима.
- Указивање на штетност физичког кажњавања.
- Омогућавање
 - доступности здравствених служби путем викенд дежурстава односно касних поподневних термина за запослене родитеље,
 - боље организације здравствене заштите за угрожене друштвене слојеве,
 - боље информисаности о службама за заштиту деце (медијско оглашавање телефона, адреса и презентација служби за заштиту деце).
- Едукација родитеља о здравственим потребама и њих и деце.
- Подржавање универзалне здравствене заштите деце.
- Унапређење квалитета здравствене заштите деце.
- Поспешивање друштвене бриге о родитељима.
- Развој нових служби (центра за заштиту деце од злостављања и занемаривања) с посебним освртом на третман болести зависности и других проблема менталног здравља.

5. ШТА ЗДРАВСТВЕНИ РАДНИЦИ ТРЕБА ДА РАДЕ ПО ПИТАЊУ ПРЕВЕНЦИЈЕ

5.1. Подршка родитељима

- Превенција злостављања подразумева пре свега помоћ и подршку родитељима. Подршка подразумева а) обезбеђивање вештина, знања и средстава кроз сарадњу са социјалним службама, патронажним службама, финансијским саветницима, психолозима, б) упућивање на локалне центре здравствене заштите и повезивање с њима те в) подршку и помоћ у третману болести зависности. Мада изгледа захтевно, здравствени радник је дужан да буде обавештен о локалним изворима финансија, јер је сиромаштво један од основних ризика за развој злостављања и занемаривања. Корисно је имати код себе спискове адреса и телефона таквих служби, установа и директно упућивати чланове породица на њих.

- Организовање група за подршку родитељима и разговор на тему превенције злостављања. Одговарајуће теме на тим групним дискусијама могле би да се односе на питања безбедности, исхране, неге, дисциплиновања деце и генерално едукацију о развоју деце. Групе би требало организовати према узрасту детета (нпр. групе родитеља с бебама, малом децом и сл.).
- На контролним прегледима код деце без очигледних соматских знакова болести треба одвојити време за дискусију о психосоцијалним чиниоцима и за препоруке родитељима.
- Испитивање фактора ризика током регуларних посета лекару.
- Обезбеђивање чешћих посета за породице и децу под ризиком.
- Подстицање активнијег учествовања очева у здравственој заштити деце.
- Омогућавање родитељима да изнесу своје проблеме, осим актуелног проблема који имају са здрављем детета.

5.2. Заступање деце

Јасно је да здравствени радници не могу самостално да решавају сва питања у области злостављања и занемаривања деце. Многе ствари се морају променити на интернационалном, националном, државном и локалном нивоу да би се спровела успешна превенција злостављања. Истраживања јасно показују да земље са највишим стандардом и најбоље развијеним системом социјалне заштите имају најниже стопе тешких облика злостављања деце. Задатак здравствених радника је да помогну у извођењу програма превенције употребе психоактивних супстанци, да промовишу отварање више сигурних кућа и локација за збрињавање социјално најугроженијих лица, да обезбеде и олакшају доступност служби за ментално здравље, да развијају програме који унапређују родитељске вештине и др.

Искуства из света нам показују да рани превентивни програми могу помоћи да се заустави или смањи учесталост злостављања и занемаривања. Таква искуства говоре да најуспешнији приступ у превенцији насиља подразумева:

- подизање свести и знања деце, младих и њихових родитеља/старатеља о злостављању и занемаривању деце и младих;

- извођење програма који обухватају све потенцијалне актере злостављања и занемаривања, укључујући и едукацију стручњака о препознавању фактора ризика;
- програме који обухватају децу и младе (партиципација деце), и као креаторе и као извршиоце програма;
- програме који се повезују са свим осталим програмима у институцијама у којима деца бораве како би функционисали у складу с већ развијеним активностима у тим институцијама (школа, предшколске установе, полиција, тужилаштво);
- одрживост програма која подразумева пуну подршку локалне заједнице.

Превентивне активности обухватају:

- стално стручно усавршавање свих запослених у здравственом сектору у области злостављања и занемаривања деце и младих;
- развијање програма помоћи деци, младима и родитељима који ће допринети раном идентификовању проблема, потенцијалних проблема у понашању и других ризика који утичу на појаву злостављања и занемаривања (превенција злоупотребе психоактивних супстанци итд.);
- сарадњу са локалном заједницом како би се ангажовали сви стручни и институционални капацитети за превенцију злостављања и занемаривања деце и младих (саветовања, форуми родитеља);
- покретање иницијатива у локалној заједници за доследно спровођење закона и обавеза како би се смањили негативни утицаји и ризици у окружењу.

Ово су карактеристике успешних програма у превенцији злостављања и занемаривања:

- јачање породичних и друштвених веза и међусобне подршке;
- рад с родитељима као главним актерима у развоју и подизању детета;
- стварање могућности да се родитељи оспособљавају у вештинама родитељства;
- поштовање интегритета породице;
- помагање родитељима да обезбеде оптимални развој и себи и својој деци;

- обезбеђивање услова унутар друштвеног система за стварање места где деца и њихови родитељи могу квалитетно да проводе заједничко време;
- побољшање координације и интеграције система неопходних породицама;
- подизање друштвене свести о значају родитељства као вештине;
- омогућавање двадесетчетворочасовног дежурства за потребе хитних интервенција на нивоу породица.



XI. ПРОЦЕС ЗАШТИТЕ ДЕЦЕ И МЛАДИХ ОД ЗЛОСТАВЉАЊА И ЗАНЕМАРИВАЊА И ИНТЕРВЕНЦИЈЕ

1. ЗДРАВСТВЕНИ РАДНИЦИ У ПРОЦЕСУ ЗАШТИТЕ ДЕТЕТА

Сваки лекар дужан је да збрине дете и пријави сумњу на злостављање и занемаривање детета. Сумња се пријављује стручном тиму здравствене установе, полицији и надлежном центру за социјални рад. Непријављивање случајева злостављања и занемаривања повлачи кривичну одговорност и професионалну одговорност (пред одговарајућим органом Лекарске коморе Србије).

У систему здравствене заштите веома је важно да се поштују јасно дефинисани кораци у процесу заштите детета:

- препознавање случајева злостављања и/или занемаривања деце;
- пријављивање стручном тиму, односно надлежном органу / стручној служби;
- процена ризика, стања и потреба детета и породице;
- планирање услуга и мера за заштиту детета.

2. ПРЕПОЗНАВАЊЕ ЗЛОСТАВЉАЊА И ЗАНЕМАРИВАЊА

Посебан значај за заштиту деце има препознавање злостављања и занемаривања, које суштински представља иницијални корак у овом процесу. С обзиром на то да од препознавања злостављања и занемаривања и његове благовремености зависе даљи ток и исход заштите детета, препознавање се оправдано може сматрати најосетљивијим делом процеса заштите деце.

Здравствени систем је тако постављен да омогућава здравственим радницима и сарадницима да дођу у контакт готово са свом децом. Отуда је, када је у питању препознавање случајева злостављања и занемаривања деце, најважнија улога примарне здравствене заштите. С друге стране, и сама деца очекују да ће им

здравствени радници пружити помоћ, па и помоћ када су жртве злостављања и занемаривања.

Препознавање злостављања и занемаривања може се одвијати на два начина:

- препознавањем повреде или промене у понашању детета и
- поверавањем.

2.1. Препознавање повреде или промене у понашању детета

Сваки контакт детета са здравственом службом, без обзира на то којим је разлозима мотивисан (нпр. контролни преглед, систематски преглед, имунизација и др.), треба искористити и за уочавање евентуалних знакова повреда или промена у понашању који могу бити последица злостављања и/или занемаривања детета. Ово је истраживачки посао који подразумева прикупљање и повезивање медицинских чињеница у логичку целину.

Закључивање о томе да су неке повреде последица злостављања првенствено се заснива на неконзистентности између установљених повреда и саопштених (хетеро)анамнестичких података.

Осим јасно видљивих повреда на телу детета, здравствени радници и/или сарадници могу уочити и промене у понашању детета (необично регресивно или стармало понашање, изненадне промене у дотадашњем дететовом функционисању, необичне или непримерене информације којима дете располаже и сл.) које могу упућивати на сумњу да је дете изложено злостављању и/или занемаривању.

2.2. Поверавање

Поверавање може бити директно, када се поверава само дете, или индиректно, када се информације о злостављању и занемаривању добију од других особа које сумњају да је дете злостављано.

Поверавање треба схватити озбиљно и треба пажљиво, без прекидања, саслушати дете или особу која износи сумњу. Током разговора треба их умирити и ставити им до знања да ће дете добити заштиту. **Изабрана особа** је кључна особа у фази откривања и зато је веома значајно да она буде сензитивна за сигнале и потребе детета, да уме да пружи детету континуирану подршку, сигурност

и охрабрење, а да се истовремено активно ангажује у покретању процеса заштите детета, тј. у пријављивању сумње надлежним службама, односно центру за социјални рад, а по потреби и полицији и јавном тужилаштву.

Без обзира на начин на који је постављена сумња да је дете жртва злостављања и занемаривања, даљи кораци подразумевају процену стања и ризика, као и потреба дететове породице, односно средине у којој живи дете, а на основу тако добијене целовите слике о детету, о његовом стању и о породици/средини у којој живи планирају се даље услуге, посебно медицинске, којима је циљ задовољења потреба детета и средине.

3. ПРИЈАВЉИВАЊЕ ЗЛОСТАВЉАЊА И ЗАНЕМАРИВАЊА

Обавеза пријављивања злостављања и занемаривања деце темељи се на

- **законским одредбама**
 - Породични закон (Службени гласник РС, број 18/05),
 - Законик о кривичном поступку (Службени лист СРЈ, бр. 70/01, 68/02 и Службени гласник РС, број 58/04),
- **подзаконским прописима**
 - Општи протокол за заштиту деце од злостављања и занемаривања,
 - Посебни протокол система здравствене заштите за заштиту деце од злостављања и занемаривања,
- **етичким нормама лекарске професије**
 - Кодекс професионалне етике ЛКС.

У случају сумње на злостављање и занемаривање детета, као вида кршења зајамчених права детета, право је и дужност свих здравствених установа да обавесте јавног тужиоца или орган старатељства (чл. 263, став 3. Породичног закона). Ако је пак очигледно да су услед злостављања/занемаривања у опасност доведени живот или здравље детета, односно да постоје елементи кривичног дела за које се гони по службеној дужности, нужно је поднети пријаву јавном тужиоцу, односно органу унутрашњих послова (чл. 223, став 1. Законика о кривичном поступку). Поменути и остали важни закони и прописи у вези с поступањем у случају злостављања и занемаривања наводе се у Прилогу 2.

Чињеница да је лекар пријавио сумњу на злостављање и занемаривање подразумева одавање професионалне тајне. Наиме, подносећи пријаву лекар је дужан да да одговарајуће образложење на којим се то медицинским чињеницама заснива сумња да је дете жртва злостављања/занемаривања. Нема сумње у то да етички стандарди и законске норме налажу лекару обавезу да чува професионалну тајну. Такође, право је пацијента да очекује да ће његов лекар поштовати поверљивост свих информација личне и медицинске природе. Међутим, у ситуацији када постоји сумња на злостављање/занемаривање, ради добробити пацијента (детета), а у ширем контексту посматрано и ради добробити породице пацијента и друштва у целини, лекар је ослобођен чувања професионалне тајне у мери у којој је то нужно ради пријављивања сумње на злостављање/занемаривање детета (Кодекс Лекарске коморе Србије, чл. 20).

Штавише, лекар је етички обавезан да поведе посебну бригу о деци, што поред осталог подразумева и његову обавезу да упозори надлежне институције уколико опази злоупотребу и мучење детета од његове породице или стараоца (чл. 46. Етичког кодекса).

Без обзира на то ком органу се пријављује сумња на злостављање/занемаривање (центру за социјални рад, јавном тужилаштву или органу унутрашњих послова), пријава треба да садржи све податке о детету и породици који су у том моменту познати стручњаку, односно служби која подноси пријаву, као и разлоге за сумњу на злостављање/занемаривање детета (видети опширније у поглављу *Улога стручног тима у здравственим установама*). Поред тога, здравствени радници и сарадници дужни су да учине све што је у њиховој моћи како би се сачували трагови кривичног дела, предмети на којима је или помоћу којих је учињено кривично дело и други докази.

Када се донесе одлука о томе да се центру за социјални рад пријави сумња на злостављање/занемаривање, препоручује се да се о томе обавести родитељ/старатељ детета. Том приликом треба водити у разговор у коме лекар/ сарадник исказује забринутост за стање детета и износи своју сумњу да је дете жртва злостављања/занемаривања. Током овог разговора лекар треба да настоји да прикупи што више значајних информација.

Обавештавање родитеља/старатеља о одлуци да се случај пријави није обавезно, те може изостати увек када се процени да би

се након овог разговора могао повећати ризик по дете (нпр. поновно повређивање и сл.), односно угрозио даљи поступак заштите детета (нпр. измештање детета на непознату локацију, прекид контакта са здравственом службом и сл.). Уколико се сумња у злостављање/ занемаривање које подлеже обавезном пријављивању јавном тужилаштву или органу унутрашњих послова, о томе није нужно претходно обавестити родитеља или старатеља.

У пракси, ступањем на снагу Посебног протокола и формирањем стручних тимова здравствених организација, сваки здравствени радник и сарадник дужан је да о својој сумњи да је неко дете злостављано/занемарено извести стручни тим. Стога је неопходно да у здравственој организацији постоји претходно утврђен начин писане комуникације између лекара, других здравствених радника и сарадника и стручног тима. Лекар, односно други здравствени радник који је известио стручни тим дужан је да са члановима тима сарађује и пружи им све информације и објашњења. С друге стране, руководилац стручног тима дужан је да здравственом раднику или сараднику који је иницирао активност стручног тима за конкретни случај пружи повратну информацију о одлукама стручног тима.

Здравствени радник или сарадник може самостално, без претходног консултовања са стручним тимом, поднети пријаву о сумњи на злостављање/занемаривање детета када је

- очигледно да је дете жртва злостављања/занемаривања које представља кривично дело које се гони по службеној дужности (тешке телесне повреде, тешко нарушавање здравља, сексуално злостављање),
- свако даље одлагање пријављивања повезано са високим ризиком од поновљеног злостављања,
- детету неопходна хитна заштита коју не може да пружи здравствена организација.

У овим ситуацијама, због потребе хитног реаговања, врсте злостављања/занемаривања и настале последице, по правилу се обавештава орган унутрашњих послова. Такође, здравствени радник или сарадник који је поступио на овај начин обавестиће накнадно стручни тим здравствене организације о учињеном. То ће омогућити стручном тиму да евидентира случај из своје надлежности ради евентуалног укључивања у пружање услуга

заштите детета и праћења случаја. Поред тога, стручни тим ће за сваки конкретни случај оценити да ли је директно подношење пријаве било оправдано у складу са овим упутством.

4. ПРИЈАВЉИВАЊЕ СУМЊЕ ЦЕНТРУ ЗА СОЦИЈАЛНИ РАД

У случају сумње на злостављање/занемаривање детета пријаву центру за социјални рад подноси

- здравствени радник или сарадник као појединац или
- здравствена организација.

Тежња је да се свака сумња на злостављање/занемаривање од појединца усмери ка стручном тиму здравствене организације. Пријава по правилу треба да буде писана и да садржи све елементе значајне за њено разматрање и даље поступање. У случајевима када је неопходно хитно поступање или када из других разлога није могуће сачинити писану пријаву, сумња на злостављање/занемаривање може се поднети усмено – непосредно или телефоном. У случају када се пријава подноси усмено, треба настојати да се у року не дужем од 48 сати сачини и достави одговарајућа писана пријава.

У медицинску документацију, у складу са нивоом здравствене заштите који иницира пријаву сумње на злостављање/занемаривање, мора се унети податак о томе коме је, када и са којим образложењем поднета пријава. Копију писане пријаве треба задржати у документацији здравствене организације из које је пријава упућена. Постоји могућност да здравствена организација одложи пријаву сумње на злостављање/занемаривање центру за социјални рад уколико су чланови стручног тима адекватно едуковани у области злостављања и занемаривања, о чему је већ раније у овом приручнику било речи. Уколико се здравствена организација, тј. њен стручни тим одлуче за одлагање пријаве сумње на злостављање/занемаривање центру за социјални рад, то значи да они тимски на себе преузимају даље активности у циљу заштите детета. У том смислу неопходно је да стручни тим здравствене организације сачини план заштите и да предвиди које су услуге неопходне детету и/или породици.

Сви здравствени радници, а не само чланови стручног тима, професионално и етички су обавезни да пружају своје услуге у складу са сачињеним планом заштите. Према околно-

стима случаја, истовремено са доношењем одлуке о одлагању пријаве стручни тим ће донети и одлуку о динамици којом ће се ова одлука преиспитивати. Пошто доношењем одлуке о одлагању пријаве центру за социјални рад стручни тим здравствене организације привремено преузима централну улогу у заштити детета, а тиме и одговорност за исход овог поступка и добробит детета, све одлуке, план заштите, периодична евалуација одлуке и сви други предузети кораци морају се адекватно документовати.

Уколико из неког разлога у здравственој организацији не постоји стручни тим или он не функционише на прави начин, обавезу пријављивања сумње на злостављање/занемаривање има сваки здравствени радник или сарадник, као појединац који је дошао до сазнања о потенцијалном злостављању/занемаривању.

Сви стручњаци и након пријаве сумње на злостављање и занемаривање треба активно да помажу надлежним органима и службама (центру за социјални рад, органу унутрашњих послова, тужилаштву) у даљем процесу заштите детета. Они треба да се одазову на позив центра и да се припреме да учествују на састанку на коме ће се разматрати ситуација детета и доносити одлуке о мерама заштите и услугама које ће се пружити детету и породици. Они би, такође, требало да буду спремни да учествују и у спровођењу плана заштите, односно пружању услуга које буду договорене.

Стручњаци могу имати веома значајну улогу у процесу психолошког опоравка детета и прекидању циклуса насиља. Због тога је важно да се почетни контакт остварен са дететом и породицом у кризној ситуацији не прекида ни након пријаве сумње центру, већ да се одржава и негује.

5. ПРИЈАВЉИВАЊЕ ЈАВНОМ ТУЖИЛАШТВУ, ОДНОСНО ОРГАНУ УНУТРАШЊИХ ПОСЛОВА

Ако у радњи или пропуштању да се изврше радње којим су доведени у опасност живот или здравље детета постоје елементи кривичног дела за које се гони по службеној дужности, свако ко о томе има сазнања, без обзира на то да ли је реч о грађанину или стручњаку у установи или другој организацији, треба да пријави кривично дело (према одредби члана 223, став 1. Законика о кривичном поступку).

Сви државни органи, органи територијалне аутономије или органи локалне самоуправе, јавна предузећа и установе дужни су да пријаве кривична дела за која се гони по службеној дужности, о којима су обавештени или за њих сазнају на други начин. При томе ће навести доказе који су им познати и предузеће мере да би се сачували трагови кривичног дела, предмети на којима је или помоћу којих је учињено кривично дело и други докази.

6. ПРОЦЕНА РИЗИКА И СТАЊА ДЕТЕТА

Процена ризика везана за процес заштите детета од злостављања и занемаривања представља структурисан процес прикупљања података о детету, породици и његовом окружењу, који треба да омогући спречавање, сузбијање даљег злостављања и занемаривања, планирање сигурности детета и остваривање услова за опоравак, односно неометан развој и живот детета у даљој будућности.

Процена стања детета је везана за уобичајени медицински поступак, педијатријски преглед и анамнезу, потребне дијагностичке поступке, предложену терапију и /или упућивање у медицинске установе ради њиховог обављања у смислу уобичајеног здравственог збрињавања.

У активностима заштите деце од злостављања и занемаривања, као и од насиља у породици и непосредној животной заједници, неопходна је **процена ризика од злостављања и занемаривања**, како актуелног, тако и потенцијалног. Од почетне сумње, преко поступака отварања случаја, па до интервенција заштите, превенције, терапије и рехабилитације, сваки стручњак и служба ангажовани у мрежи за заштиту деце стално процењују ризик, пошто је то један од битних фактора за планирање, спровођење и евалуацију интервенција у случајевима злостављања и занемаривања деце. Процена ризика се обавља помоћу Матрице за процену ризика за злостављање/занемаривање.

7. ПЛАНИРАЊЕ УСЛУГА И МЕРА

Здравствени радници, као и учитељи, наставници и сви други који остварују близак контакт са дететом и породицом и добро их

познају, могу бити „**особа од поверења**“ коју су дете или нека друга особа одабрали да би јој саопштили своје страхове, тајне или сумње о злостављању.

У случају потребе они се могу **консултовати са другим службама** за које се претпоставља да имају сазнања о детету и породици (образовне установе или друге здравствене установе, центар за социјални рад, СОС служба и сл.). Циљ ових консултација јесте да се прикупе додатни подаци о детету и породици, да се заједнички процени ризик од злостављања/занемаривања детета и да се постигне договор о мерама заштите детета које ће се предузети.

8. ПРАЋЕЊЕ И ЕВАЛУАЦИЈА ДЕТЕТА

Како план заштите детета од злостављања и занемаривања треба да садржи и праћење дететовог општег здравственог стања, тока развоја и специфичних повреда/оштећења у вези са типом, трајањем, интензитетом и учесталашћу злостављања и/или занемаривања, то је неопходно учешће здравственог радника или сарадника и у самој евалуацији случаја. Посебно је драгоцено да надлежни здравствени радник или сарадник својим редовним, а периодичним извештајима информише ЦСР, односно институцију или организацију која је преузела вођење случаја, о здравственим аспектима битним за случај злостављања /занемаривања детета.

Евалуација из перспективе здравственог радника или сарадника обухвата здравствене услуге пружене детету (неопходна испитивања, прегледе, терапију и праћење детета) и евентуалне услуге пружене породици, нпр. саветовање, процена и преглед друге деце у породици, усмеравање на третман других чланова породице, здравствено просвећивање и периодично сагледавање како се дете опоравља (или улази у погоршање), како напредује у развоју (или стагнира, односно регредира), како се његово стање одражава на функционисање у школи, предшколској установи или породици (одн. у хранитељској породици, ако је у њу измештено) и сл.

Рокови за евалуацију су директно везани за узраст детета (код млађе деце треба да буду краћи, то јест виђања треба да буду чешћа), тип и тежину повреде услед злостављања. Код занемаривања треба узети у обзир који степен испада функције и/или застоја у развоју

оно проузрокује те како се злостављање/занемаривање које је дете доживело одражава на његово понашање. Процена ризика од понављања или новог злостављања/занемаривања детета посебно је важна у случајевима када је уз помоћ Матрице за процену ризика од злостављања и занемаривања био утврђен висок ризик да ће се то догодити.

Здравствени радници и сарадници су кључни стручњаци у поновној процени и евалуацији степена јачања виталности детета, односно неизоставни су здравствено праћење и терапија када је виталност детета угрожена, смањена, када је развој у застоју или када постоји регресија.

У случајевима када је ризик умерен и низак, када тип, интензитет и учесталост занемаривања и злостављања нису у категорији високоризичних за то дете, здравствена евалуација се може обављати у складу са општим планом заштите у договореним роковима од 3 до 6 месеци после обављене почетне процене, а током праћења детета.

Темељни принцип јесте да се у сваком случају злоупотребе детета, када постоји евиденција у анамнези детета, а по захтеву социјалне службе, дечје установе, агенције за хранитељство, школе или друге организације која се тим дететом бави, може обавити и хитан, ванредни преглед ради евалуације стања тог детета.



XII. КОРАЦИ У ПОСТУПАЊУ ЗДРАВСТВЕНИХ РАДНИКА И САРАДНИКА КАДА ПОСТОЈИ СУМЊА НА ЗЛОСТАВЉАЊЕ И/ИЛИ ЗАНЕМАРИВАЊЕ ДЕТЕТА

После препознавања индикатора злостављања и/или занемаривања или добијања информација које указују на могућност да се ради о злостављању и/или занемаривању, сваки здравствени радник и сарадник има обавезу да поштује процедуру о поступању предвиђену Посебним протоколом система здравствене заштите. Процедура поступања почива на основним принципима здравствене делатности и на најбољем интересу детета као водећем принципу заштите. У Прилогу 1 даје се алгоритам поступања у случају злостављања/занемаривања деце, који је преузет из Посебног протокола.

Поступци су обавезујући и исти за све нивое здравствене заштите.

1. ЗДРАВСТВЕНО ЗБРИЊАВАЊЕ ПОВРЕДА/БОЛЕСТИ ДЕТЕТА

Први корак у случајевима злостављања и занемаривања логично следи из основне улоге здравственог радника и сарадника – да детету пружи неопходну здравствену помоћ коју захтева његово актуелно здравствено стање. Сумња да је стање детета последица злостављања или занемаривања не мења ништа у

погледу здравственог збрињавања као приоритета у поступању. Предузимање одређених здравствених интервенција заснива се на стандардима добре клиничке праксе који важе за ту област здравства.

ВАЖНО! Медицинско збрињавање обухвата психолошку подршку детету као неизоставни сегмент пружања свих медицинских интервенција и на свим нивоима здравствене заштите.

Овакав приступ произилази

- из поверења и на поверењу заснованог очекивања детета да добије подршку и помоћ здравственог радника и сарадника и
- из последица изостанка подршке и помоћи за даљи опоравак детета и процес заштите.

У пракси се понекад психолошка подршка детету везује за секундарни и терцијарни ниво заштите, најчешће за службе менталног здравља на које се дете упућује. Међутим, сваки здравствени радник и сарадник и на примарном нивоу здравствене заштите треба да буде компетентан да детету пружи подршку и информације о томе шта ће се даље дешавати у процесу заштите.

Познато је да посебан значај за опоравак детета и процес заштите има реакција особе којој се дете прво повери или која прва отвори причу о злостављању или занемаривању, а у здравственом систему то је најчешће здравствени радник или сарадник примарне здравствене заштите.

Специјалистичке службе секундарног и терцијарног нивоа укључују се када су потребни сложенија процена нивоа трауматизованости или третман последица злостављања и занемаривања. У Прилогу 3 дају се категорије Међународне класификације болести (МКБ 10) којима се најбоље означавају проблеми у вези са злостављањем/занемаривањем.

2. ДОКУМЕНТОВАЊЕ СТАЊА ДЕТЕТА

За процес заштите деце од злостављања и занемаривања изузетан значај има исцрпно документовање стања детета. Документовање повреда и стања физичког и психичког здравља детета представља део стандардне здравствене процедуре. Здравствени радници и сарадник примењују дијагностичке процедуре специфичне за своју специјализовану област, употпуњујући их подацима који повреду или стање детета доводе у везу са злостављањем и/или занемаривањем.

Документовање подразумева прецизно бележење у здравствени картон детета свих података који могу бити значајни за расветљавање сумње на злостављање и занемаривање. Ти подаци се односе на следеће чињенице:

- идентитет детета и идентитет и сродство пратиоца детета;
- детаљан опис повреде или детаљан налаз физичког и психичког стања детета;
- на основу чега је постављена сумња да се ради о злостављању и/или занемаривању – да ли је то поверило само дете, или је друга особа саопштила своја сазнања, или се на злостављање и/или занемаривање посумњало током прегледа детета;
- идентитет и сродство са дететом особе која је изнела податке да је дете било изложено неадекватним поступањима, уколико дете није само изнело информације;
- добијене информације о наводном починиоцу;
- опис поступака којима је дете било изложено, према исказу детета или особе у пратњи детета. Препорука је да се за опис користе речи детета или особе у пратњи детета, по потреби и директним навођењем употребљених реченица и речи, које илуструју неадекватно поступање;
- опсервација здравственог радника или сарадника;

- дијагностичка процена лекара, која поред основне дијагнозе стања детета према МКБ 10 садржи и дијагнозу T74, која се односи на синдром злостављања и занемаривања, и дијагнозу Z61, која се односи на проблеме везане за негативне животне догађаје у детињству.

Налаз лекара при прегледу детета је значајан а) за процену нивоа ризика за дете, б) за процену потреба детета у смислу даљих интервенција других здравствених стручњака, в) за планирање мера заштите и г) као документ који се може користити у судском процесу заштите детета. Овакав начин документовања не представља доказ у поступку доказивања злостављања и занемаривања пред судом, као што је то налаз вештака у процесу вештачења које се спроводи по посебним процедурама, али представља важан извор информација за решавање проблема злоупотребе детета.

3. КОНСУЛТАЦИЈА СА СТРУЧНИМ ТИМОМ УСТАНОВЕ ЕДУКОВАНИМ ЗА РАД НА ЗАШТИТИ ДЕЦЕ ОД ЗЛОСТАВЉАЊА И ЗАНЕМАРИВАЊА

Консултација са стручним тимом или едукованим колегом је неопходна због сложености и специфичности појаве злоупотребе деце, али она не треба да одлаже предузимање мера за медицинско збрињавање повреда или стања детета, поготово у ситуацијама када су индиковане хитне интервенције. У мањим здравственим организацијама треба се консултовати са стручним тимом на нивоу установе, социјалним радником установе или у локалној заједници, а прве консултације се могу обавити и са едукованим колегом у оквиру установе.

У зависности од процене ризика и процене потреба детета и породице доноси се план које се интервенције детету и породици могу пружити у оквиру установе, а за које је потребно укључити друге здравствене службе или друге институције система.

4. ПРИЈАВА НАДЛЕЖНОМ ЦЕНТРУ ЗА СОЦИЈАЛНИ РАД

Обавештавање центра за социјални рад као органа старатељства и координатора процеса заштите деце од злостављања и занемаривања и даља сарадња са стручном службом

центра представљају битан део улоге здравствене делатности у интерсекторском и интердисциплинарном систему заштите деце. Већ је више пута истакнуто да сваки појединац у здравственој делатности има професионалну обавезу да активно учествује у свим фазама процеса заштите деце од сваке врсте злоупотребе. Временски оквир за обавештавање центра зависи од нивоа ризика, о чему се исцрпније говори у делу овог приручника који се односи на улогу и задатке стручног тима.

ДРВО
ДЕЧАК
БАЏИО 5
ЧИТОЈИ
ДА УБИДЕ
ПТИЦУ

ВИШЕ ВОДИ
ДА УБИДЕ
ПТИЦУ НЕДО
ДА ДЕБА



XIII. ПРОЦЕНА РИЗИКА У СЛУЧАЈЕВИМА ЗЛОСТАВЉАЊА И ЗАНЕМАРИВАЊА ДЕЦЕ

У свакодневној пракси лекара, педијатра, хирурга, лекара опште праксе, неуролога, психијатра догађа се да треба **брзо да процени постојање високог ризика** од понављања или настављања злостављања и да предузме одговарајуће хитне мере за заштиту детета. Стога се препоручује да се користе критеријуми високог ризика који се заснивају на критеријумима Матрице фактора ризика.

Матрица за процену ризика у случајевима злостављања и занемаривања деце је инструмент развијен кроз клиничку праксу, истраживања и рад са породицама у Одељењу за децу и породицу у држави Вашингтон (САД). Овај инструмент је за примену у нашој средини прилагодио тим стручњака Одсека за заштиту од злостављања и занемаривања Института за ментално здравље у Београду, у сарадњи са Програмом за заштиту деце Регионалног дечјег медицинског центра у Сијетлу, Вашингтон (САД), уз посебну подршку гђе Џил Кол (Jill Cole) и гђе Керол Мејсон (Carol Mason). Коришћењем овог инструмента могу се идентификовати и организовати подаци неопходни за процену актуелног ризика од злостављања и занемаривања деце. У Прилогу 4 и 5 дају се Матрице за процену ризика (кратка и шира верзија).

1. ОСНОВНЕ КАРАКТЕРИСТИКЕ И СТРУКТУРА МАТРИЦЕ РИЗИКА

Матрица ризика (у даљем тексту: Матрица) представља модел процене у којем се, током опсервације и полуструктурисаног интервјуа, а на основу консензуса процењивача, утврђује да ли постоји актуелни и/или потенцијални ризик од злостављања/занемаривања детета. Њоме су обухваћени индикатори следећих облика злоупотребе и занемаривања:

- занемаривање – напуштање деце, физичко и медицинско занемаривање емоционално запостављање, смрт због занемарености,
- психолошко/емоционално злостављање,
- физичко злостављање/злоупотреба,
- искоришћавање деце и младих (несексуално),
- сексуална злоупотреба и искоришћавање.

Ови индикатори чине следеће излазне категорије Матрице за процену ризика:

НД = **напуштање детета од стране родитеља,**

ЕЗ = **емоционално злостављање** (психолошко малтретирање),

ФЗ = **физичка злоупотреба детета,**

ИС = **искоришћавање**, несексуална експлоатација детета,

ФН = **физичко занемаривање,**

СЗ = **сексуално злостављање,**

МЗ = **медицинско занемаривање,**

СИ = **сексуално искоришћавање.**

Кроз Матрицу за процену ризика процењује се **седам категорија ризика:**

- **КД** – карактеристике детета,
- **ТЗЗ** – тежина злостављања/занемаривања,
- **ХРО** – хроничитет,
- **Р/С** – одлике родитеља/старатеља,
- **ОРД** – однос родитеља/старатеља са дететом,
- **СЕФ** – социјално-економски фактори,
- **ПРИ** – приступ родитеља/старатеља детету и одговорност за дете.

Ових седам скупова варијабли покривају основне димензије сваког случаја који се процењује: дете; средину – одлике родитеља / старатеља / пружаоца неге, њихове међусобне односе, однос према том детету и другој деци, интеракцију са широм средином у смислу социјално-економске ситуације породице и специфичне факторе за саму злоупотребу; тип и тежину злостављања/занемаривања; временску димензију злостављања/занемаривања – да ли је актуелно, у току, односно да ли постоји као образац понашања, колико

траје и колико је учестало, да ли осумњичени учинилац има приступ детету и колико или га нема.

Свака категорија садржи факторе ризика, појединачне показатеље да је дете у једној породици или средини било или да је и сада злоупотребљавано/занемаривано.

Код сваког показатеља фактори ризика се појединачно утврђују и процењују у два корака:

1. да ли **има** или **нема** ризика;
2. ако **има**, процењује се **степен ризика** – **висок, умерен** или **низак ризик**.

Процена ризика се односи на **актуелну ситуацију детета**, а њоме се сагледава ризик да се злостављање/ занемаривање настави или понови.

Ризик је могуће је проценити као:

- висок ризик (5)
- умерен ризик (3)
- низак ризик (1)
- без ризика (0) – „породична снага“, ослонац.

Непостојање ризика од злостављања се одређује као **породична снага**, а она може бити **ослонац** за службе и стручњаке који врше интервенцију за дете и/или за саму породицу.

Како Матрица не представља мерни инструмент, већ метод процене, веома су важни искуство процењивача, консултације са колегама и консензус који се постиже на основу консултација.

На основу Матрице доноси се **збирна процена** која се односи на **актуелну ситуацију**. **Не постоји финални бројчани скор за индивидуални случај**. То значи да присуство мањег броја (понекад и само једног) фактора ризика који су процењени као „висок ризик“ има већу вредност (и налаже хитност интервенције) него већи број фактора ризика који су процењени као „низак ризик“. **Висок ризик** значи да се интервенција мора обавити хитно, доследно, а по потреби и принудно, као интрузивна, по сили закона.

Процена ризика се односи првенствено на децу узраста од 0 (новорођене бебе) до 18 година, а истраживања су потврдила да је најпрецизнија код деце узраста од 5 до 12 година. Матрица се највише примењује за процену злостављања и занемаривања деце у породичној средини. За институционалне потребе се користи други, модификовани облик матрице за процену ризика.

Матрица ризика не служи само као инструмент процене, већ се на основу ње формира предлог **плана интервенције, праћења и евалуације случаја**. На тај начин она омогућава ревизију случајева и олакшава ефикасно оцењивање успешности интервенције.

2. МЕТОДОЛОГИЈА УПОТРЕБЕ МАТРИЦЕ РИЗИКА

Матрица се користи у индивидуалном раду стручњака свих профила из области социјалног рада, здравства, школства, правосуђа, полиције и других, а такође и у тимској процени.

Процена фактора ризика по Матрици обавља се применом **интервјуа за процену ризика:**

- са особом која пријављује случај злостављања/ занемаривања;
- са дететом (путем интервјуа прилагођеног узрасту детета);
- са тзв. „незлостављајућим родитељем“ / старатељем / пружаоцем неге;
- на основу прикупљених података у средини / локалној заједници (школа, дом и друго);
- на основу постојеће евиденције и документације о претходним пријавама сумње на злостављање/ занемаривање;
- на основу претходне пријаве и испитивања због насиља у породици.

На основу резултата добијених по Матрици, сваки појединачни случај можемо проценити као случај под високим, умереним или ниским ризиком за актуелно и/или даље злостављање/занемаривање.

Осим фактора ризика, процењивачи морају узети у обзир и **протективне факторе** из породице, проширене породице и заједнице, јер се њиховим присуством и ангажовањем смањује ризик за децу.

Матрица за процену ризика има вишеструку намену у процесу заштите детета од злостављања и занемаривања. Она представља инструмент и водич за прикупљање података на основу којег се процењују индикатори за злостављање и занемаривање деце у породицама са насиљем, планирају интервенције (заштита, превенција, третман и терапија) за дете и породицу, као и друге правне мере, а служи и за ефикасно праћење случаја. Њену велику предност представља комуникабилност, тј. применљивост у оквиру различитих служби и мултидисциплинарних тимова, а могу је примењивати и други појединци и организације који се баве превенцијом и интервенцијама за децу и породице са злостављањем и занемаривањем и насиљем у породици.

Матрица за процену ризика је уведена кроз едукацију различитих система (социјалне заштите, здравства, просвете, дечје заштите, полиције, правосуђа и других), а кроз практичан рад је постала **заједничко средство за рад** у свим тим системима у мрежи, што олакшава међусобну комуникацију, сарадњу и драгоцену размену информација у раду на случајевима.

Објективизација препознавања и процене ризика од злостављања и занемаривања чини реалнијом интервенцију у породици и локалној заједници у којој постоји насиље. Обучавање стручњака за коришћење овог инструмента те његова компетентна примена у раду и у међусобној комуникацији појединаца и тимова могу повећати ентузијазам и мотивацију за рад у области заштите од злостављања и занемаривања деце и младих у породици и локалној заједници са насиљем. Практична обука за употребу Матрице се одвија кроз специјализоване семинаре, током којих се систематски усвајају **вештине и знања**

- примене интервјуа за Матрицу за процену ризика,
- организовања прикупљања колатералних података,
- формирања приказа случаја и плана интервенције,
- вођења случаја (case management),
- организовања мултидисциплинарних тимова и мулти-професионалне мреже,
- организовања конференције случаја,
- евалуације интервенције и праћење (follow up).



XIV. КАКО СА ДЕЦОМ РАЗГОВАРАТИ О ЗЛОСТАВЉАЊУ И ЗАНЕМАРИВАЊУ

Током прегледа детета, док се лекар труди да професионално утврди и документује опште физичко стање и могуће повреде детета за које постоји сумња да је злостављано или занемарено, никако се не сме занемарити психолошки аспект контакта са дететом. Како су деца са искуством злостављања посебно вулнерабилна, често неповерљива и затворена према другима, неопходна је посебна сензибилност и умешност у остваривању контакта са њима.

Генерално, треба покушати да се од детета добије што више детаља о могућем злостављању. Најбоље би било да се прикупе подаци о томе **када** је злостављање почело, **да ли је престало** и **колико се пута** (приближно) дешавало. Осим тога, пожељно је сазнати **где** се злостављање дешавало, **да ли је још неко био присутан**, како је злостављач успео да приволи дете те да ли је и како **заstraшивао** дете да не прича о ономе шта се десило.

Увек треба имати на уму да испитивање овакве врсте за дете представља стресну и потенцијално ретрауматизујућу ситуацију. То значи да разговор о злостављању може поново да покрене низ непријатних сећања праћених узнемирујућим осећањима, попут оних које је доживело у време када се траума дешавала. Када је дете које је доживело трауму у стању „узбуне“ (због тога што мисли или говори о трауматском догађају), оно је у том тренутку мање способно да се концентрише и да мисли, може бити напето и обраћа више пажње на невербалне знаке, као што су тон гласа, став тела или израз лица. Када трауматизовано дете осећа да нема контролу над ситуацијом, оно може доживети велики страх, па ће се, ако му пружимо бар делић контроле над ситуацијом или над активношћу коју обавља са одраслом особом, осећати много сигурније, пријатније и биће у стању да мисли и осећа на зрелији и ефикаснији начин.

Злостављана деца се разликују по узрасту, полу, националности, пореклу, по самом искуству злостављања, по свом односу са окривљеним, по реакцији на злостављање и по реакцији њему блиских особа. Због тога је неопходно да стручњаци који испитују ову децу овладају низом разноврсних приступа како би могли да буду флексибилни.

Поред фактора везаних за само дете, неминовно су присутни и фактори везани за личност и искуство оних који испитују дете. Пре свега, за већину људи злостављање деце, а посебно сексуално злостављање, налази се на врху листе најтежих могућих догађаја. Остати професионалан у раду са злостављаном децом значи да стручњак уме да се избори са сопственим осећањима туге, гађења, мучнине, запрепашћења, страха. Такође се мора контролисати сопствена потреба да будемо свемоћни спасиоци, савршено добри на супрот „потпуно лоших“ родитеља злостављача. Понекад то значи и изборити се са болним осећањима које сусрет са злостављањем буди ако смо и сами преживели лоша искуства у детињству.

1. ОСНОВНИ ПРИНЦИПИ ВОЂЕЊА РАЗГОВОРА СА ЗЛОСТАВЉАНОМ ДЕЦОМ

У литератури се среће низ принципа који могу послужити као корисне смернице за стручњаке који процењују децу због сумње на злостављање.

- Испитивачи морају узети у обзир индивидуалне разлике међу децом. Треба да буду осетљиви на дечије реакције у ситуацији интервјуа и да прате ритам сваког детета.
- Циљ је да се од детета добију информације, а не да дете потврди информације које испитивач већ има, односно да подржи оно што испитивач претпоставља да се догодило.
- Испитивач треба да покуша да од детета добије спонтану причу, па због тога треба што је могуће више да користи питања отвореног типа.

Пример: „Шта се дешавало кад си био сам са очухом?“ (питање отвореног типа)
уместо „Да ли те је очух тукао када сте били сами?“ (питање затвореног типа).

Ако испитивач мора да користи више питања затвореног типа, онда ће морати и да има мање поверења у добијене информације.

- После питања затвореног типа треба да следи питање више отвореног типа.

Пример: *„Да ли је твој тата особа која ти је радила ружне ствари?“* Ако дете потврди, треба рећи: *„Испричај ми све чега се сећаш да је тата радио.“*

- Испитивач мора да се чува од селективног тражења објашњења за исказ о злостављању, што значи да треба да размотри и алтернативне хипотезе, тј. разлоге због којих је дете можда дало изјаву о злостављању, јер се у пракси релативно често сусрећемо и са лажним пријављивањем злостављања.

2. СТРУКТУРА ИНТЕРВЈУА

2.1. Почетна фаза

Почетна фаза обухвата процену дететовог општег функционисања, утврђивање његовог нивоа развоја и успостављање односа. Неки аутори предлажу да се постављају питања отвореног типа о породици, школи, слободном времену како би се дете мотивисало да на питања испитивача одговара у облику приче. Током ове фазе треба покушати да се процени способност детета да прави разлику између истине и лажи, као и колико је подложно сугестији. Такође, добро је упознати дете са правилима интервјуа дајући му оваква и слична упутства:

- *„Поставићу ти много питања.“*
- *„Испричај ми само оно што се стварно догодило.“*
- *„Ако ти поставим питање на које не знаш да одговориш, само реци – не знам.“*
- *„Ако не разумеш питање, кажи ми и ја ћу покушати да те питам на бољи начин.“*

2.2. Фаза фокусирана на злостављање

Ова фаза обично почиње испитивањем отвореног типа о могућем злостављању. Са почетне на ову фазу може се прећи на

више начина, на пример постављањем следећег питања: „Чуо сам да ти се можда нешто десило. Испричај ми о томе најбоље што умеш.“

Без обзира на то да ли му је дете поверило да је злостављано помоћу питања отвореног типа, испитивач ће можда морати да постави специфичнија питања. Ако дете није описало злостављање, испитивач ће га директније питати о могућем злостављању. Ако је већ открило да је злостављано, вероватно ће бити неопходно да се поставе додатна питања како би се прикупиле информације о детаљима.

2.3. Завршна фаза интервјуа

Ова фаза састоји се од понављања претходне изјаве детета, упознавања детета са тиме шта ће се даље дешавати и помагања детету да поново успостави равнотежу. Пожељно је и захвалити му се што је пристало на разговор.

Препоручена структура интервјуа прегледно је приказана у Табели 1.

Табела 1: СТРУКТУРА ИНТЕРВЈУА

1.	Почетна фаза	<ul style="list-style-type: none"> • Испитивач објашњава своју улогу • Испитивач успоставља однос • Испитивач објашњава правила • Испитивач процењује опште функционисање и ниво развоја детета
2.	Фаза фокусирана на злостављање	<ul style="list-style-type: none"> • Испитивање отвореног типа • Наставак испитивања у вези са откривањем злостављања • Специфична питања
3.	Завршна фаза	<ul style="list-style-type: none"> • Испитивач понавља исказ користећи дететове речи • Испитивач објашњава шта ће се следеће десити • Испитивач умирује дете ако је потребно

3. УСПОСТАВЉАЊЕ ОДНОСА

Циљ интервјуа је да се створи могућност за разговор и прикупљање информација, уз минималну реактивацију трауме код детета.

Када се први пут сретне дете које је можда било злостављано, изузетно је важно да се успостави одређен степен поверења и комуникације. Деца којом су одрасли константно манипулисали нису спремна да верују осталим одраслим људима. Да би се обавило ефикасно испитивање, испитивач мора да задобије поверење детета и да успостави однос неопходан за добру комуникацију

Треба имати на уму факторе који доносе тешкоће у комуникацији са злостављаним дететом. У овом тексту биће описани они најучесталији, које морамо познавати и разумети.

Страх

Деца жртве често се боје да разговарају са одраслима, јер streпе да их они неће слушати и да им неће веровати. Својом величином, годинама или полом лекар их може подсетити на починиоца. Како је највероватније да је злостављач претио детету, оно тежи томе да сачува тајну како злостављач, ако је то њему блиска особа, на пример не би отишао у затвор и како оно само не би изгубило његову љубав.

Речник

Многа деца, нарочито мала, немају довољно развијен речник да би верно пренела шта им се дешавало. Ово је поготово случај код сексуално злостављане деце, па се испитивач може осетити непријатно и збуњено када дете користи типичне дечије називе за полне органе или колоквијалне, вулгарне изразе, непримерене узрасту. Стога је пожељно да свој речник на неки начин прилагоди речнику детета како би комуникација могла несметано да се одвија.

Стид и непријатност

Како су деца обично научила да се о сексуалним стварима не говори јавно, биће им потребно време да схвате да испитивач дозвољава и подржава да се о томе разговара. Она такође осећају страх од тога да ће их вршњаци исмевати ако сазнају њихову тајну.

Испитивач треба да уочи и уважи оваква осећања, посебно ако је детету непријатно да именује и на себи показује сексуалне органе и активности; од помоћи може бити ако се то обави уз помоћ цртежа или лутака.

Осим сексуалног, и друге врсте злостављања и занемаривања често буде слична непријатна осећања, поготово код нешто старије деце која увиђају да се њихови родитељи и њихов живот разликују од других. Стид и нелагодност због различитости од других, потреба да се сакрију трагови, на пример у случају изложености физичком кажњавању, снажно осећање кривице и погрешно веровање да су нечим заслужила оно што им се дешава – све су то чести пратиоци свакодневног функционисања злостављане или занемарене деце.

Развојни ниво

Деца имају слабије капацитете да дуже задрже пажњу у разговору о једној теми. Поред тога, њихов специфичан начин мишљења и доживљавања ствари чини неопходним да добро познајемо дечији развој, шта она разумеју, како доживљавају свет око себе и како интерпретирају наша питања. Посебно је важно да разумемо зашто већина деце не говори никоме о злостављању које им се дешава, већ понекад веома дуго ћутке и усамљена трпе своју тужну судбину.

Зашто деца крију тајну о злостављању?

- Боје се да им нико неће веровати.
- Боје се да не упадну у невољу, верују да су она сама крива или да су нечим изазвала злостављање.
- Боје се претњи које им је злостављач упутио (распад породице, одлазак оца у затвор, губитак љубави, освета злостављача и сл.).
- Иако им се не свиђа само злостављање, злостављача воле (ако је блиска особа).
- Не знају како да испричају шта им се дешава.
- Не знају коме да кажу.
- Нису осетила да је дошао прави тренутак и прилика да некоме кажу.
- Не желе да испадну тужибабе.
- Боје се да ће их другови одбацити и исмевати.
- Не знају да батине не морају да буду уобичајена ствар.
- Не знају да је сексуална активност нешто што је погрешно или лоше, мисле да је то уобичајено.
- Боје се да ће други сматрати да су хомосексуалци (ако је сексуални злостављач особа истог пола).
- Непријатно им је да говоре о сексуалним активностима са особама од ауторитета (старија деца).
- Научила су да добра деца не говоре о полним органима и сексуалним активностима.

Важно је најпре умањити анксиозност коју дете може да има због тога што се „налази у невољи“. Да би се то учинило, испитивач треба да почне са јасном поруком о томе ко је он (уколико га дете први пут среће) и због чега га испитује. Испитивач треба да буде прецизан и да користи речи које дете може да разуме. Он треба да се увери да је дете схватило да није у невољи. Детету треба рећи, што је пажљивије могуће, да испитивач са њим разговара јер је забринут за њега или да је неко други забринут за њега. Треба да помогне детету да разуме да је разговор са децом нешто што стално чини. На пример: *„Разговарам пуно са децом. Прошле недеље сам баш разговарала са неким из твоје школе.“* Треба помоћи детету да разуме да су и друга деца имала исте проблеме и исте страхове. Оваква идентификација са другом децом помаже му да се осећа мање усамљено и да доживи испитивача као некога ко може да помогне.

Овај разговор којим треба да се успостави однос је врло важан за дете. То је тренутак у коме оно треба да донесе одлуку о томе да ли је испитивач одрасла особа која је стварно заинтересована и хоће да слуша. Треба покушати да се не осети да испитивач жури или да је у временском шкрипцу.

Испитивач треба да се увери да дете разуме да ће он информације које добије од детета у току интервјуа морати да подели са другима, али само са онима који их морају знати како би помогли да се проблем реши. Уверавање о поверљивости и разговор о границама ове поверљивости су пресудни да би се остварио однос са дететом. **Никада не треба лагати дете о томе шта може да очекује.** Испитивач треба да му пружи довољно информација, тако да дете може да се осећа као сарадник, али количина информација не треба да буде превелика како га не би непотребно оптерећивали.

Зашто деца на крају ипак повере неком да су била злостављана?

- Злостављање ескалира.
- Дете је добило информације о злостављању и схватило да оно што му се догађа није у реду и да треба то да пријави.
- Жеља да се подели тајна са најбољим другом, који онда пријављује злостављање.
- Примећује да се злостављање дешава и млађем брату или сестри и жели да их заштити.
- Дете које је постало тинејџер, у складу са нормалним развојним потребама, одупире се тежњи родитеља злостављача да претерано контролише његов живот.
- Дете је упознало неку брижну одраслу особу којој верује и осећа да може да јој се повери.
- Дете има неки здравствени проблем везан за злостављање (бол у екстремитетима, мучнину, отежано мокрење и сл.).

Испитивач треба да покуша да охрабри дете да каже нешто о себи. Може га питати за његова интересовања или о другим темама о којима би се дете могло осећати сигурно да говори. Када дете подели нешто са испитивачем, овај треба да му покаже поштовање и интересовање, тако што ће са њим поделити нешто од својих интересовања или питати дете да му каже још нешто о томе.

Током ових уводних размена циљ испитивача је да покаже детету да је он одрасла особа којој дете може веровати и која хоће да слуша!

Испитивач треба да буде стрпљив и да искрено одговара на сва дететова питања. Он мора обратити пажњу на своје држање. Са мањим дететом испитивач треба да се спусти до нивоа његових очију тако што ће седети или клечати. Никада не треба водити интервју преко стола. Ако испитивач седне преблизу, дете се може уплашити. Ако седне предалеко, то може оставити утисак незаинтересованости, удаљености или неприступачности. Дете ће брижљиво слушати глас испитивача и речи које овај бира, али ће пратити и говор његовог тела и израз његовог лица. Исто тако треба да поступа и испитивач; поред тога што пажљиво слуша, он мора да посматра кретње његовог тела (на пример, контакт очима, прекрштене руке, прекрштене ноге, стегнута или опуштена рамена).

Питања која испитивач треба да постави себи:

- Да ли заиста знам како да разговарам са децом?
- Да ли користим речи које одговарају дететовом узрасту и способности разумевања?
- Да ли заиста слушам дететове одговоре?
- Да ли му дајем могућност да ми поставља питања и да ли дете има довољно времена да одговори на моја питања?
- Да ли ми се може веровати?

4. ПРЕПОРУЧЕНЕ ТЕХНИКЕ ЗА ОЛАКШАВАЊЕ КОМУНИКАЦИЈЕ И ПОТПОМАГАЊЕ ПОВЕРАВАЊА ТАЈНЕ О ЗЛОСТАВЉАЊУ

4.1. Прављење листе ствари које дете воли и које не воли

Може се почети тражећи од детета да напише листу људи са којима живи, а онда треба разјаснити дететов однос са сваком од тих особа (на пример мајка, очух, сестра, мамин момак, деда). Ако је дете мало, листу исписује (или још боље црта чланове породице) испитивач. Када је листа написана, он ће замолити дете да му каже шта највише, а шта најмање воли у вези са тиме што живи са сваким од њих. На пример:

- „Шта највише волиш у вези тога што живиш са татом?“
- „Шта најмање волиш у вези тога што живиш са татом?“

Дете ће можда пружити увод у проблем злостављања истичући нешто што му је непријатно у вези са неком од особа са списка. Ако се то деси, испитивач треба да га прати, тражећи да му дете објасни или опише ово осећање. Ако има разлога да се верује да је починилац неко изван породице, на пример комшија, ова листа треба да буде модификована у складу са тиме.

Чак и ако дете у овом тренутку не каже ништа о злостављању, информације добијене овом активношћу биће корисне током истраживања. Можда ће дете касније поверити испитивачу да једна од ових особа заиста јесте била злостављач, али ће такође желети да га увери да је та особа у ствари у реду и да га воли. Ова листа помаже испитивачу да разуме и подржи и дететова позитивна осећања према злостављачу. Позитивне ствари које дете наведе на листи могу такође бити корисне за препознавање како је злостављач добио и задржао наклоност детета.

4.2. Решавање проблема

Ако се наведеном активношћу не добију никакве информације о злостављању, испитивач може покушати са моделом „решавања проблема“. Он прво треба да подсети дете да му је посао да помаже деци и породицама који имају проблема. Затим треба да пита дете да ли постоји неки проблем у коме би могао да му помогне. Ако не наведе ништа, треба да га пита коју врсту проблема већ само

уме добро да решава. Може му навести неки пример, рецимо, „Шта ако ти се испрљају ципеле?“, „Шта ако паднеш са бицикла и повредиш се?“, „Како да безбедно пређеш прометну улицу?“

Испитивач затим може питати дете да опише нешто већи проблем, у чијем решавању му може затребати помоћ пријатеља или члана породице (на пример, „Твој нас је побегао од куће...“). На крају, треба да замоли дете да наведе неки проблем за чије решавање му је потребна помоћ некога изван породице (на пример, „Када сломиш руку...“). **Важно је уверити дете да свако има проблема и да сваком понекад треба помоћ других људи.** Испитивач сада треба да понови да је његов посао да помаже деци ако имају проблеме и да би желео да помогне у било ком проблему који дете има, а затим да поново пита дете да ли има проблема у чијем решавању би испитивач могао да му помогне. На овом месту ће многа деца почети да се отварају.

Пример

Дете: „Понекад имам проблема са татом.“ На то треба реаговати овако или слично: „Шта у вези са твојим татом?“ Дете: „Он ради неке ствари...“

4.3. Разматрање приватности код сексуално злостављане деце

Како разговор о сексуалном злостављању најчешће представља проблем и деци и стручњацима, разматрање појма приватности често помаже када дете за које се сумња да је можда сексуално злостављано остане ћутљиво. Испитивач мора бити веома пажљив како не би сугерисао или наговештавао детету да се десило нешто неприкладно или противзаконито, јер би се то касније, на суду, могло протумачити као усмеравање интервјуа. Приватност може бити крупна реч за многу децу и може имати много различитих интерпретација, у зависности од правила у породици детета. Детету треба објаснити да **приватност** значи да неко има могућност да буде сам када то жели, а затим га треба питати да ли постоје тренуци када оно жели да има приватност. У којим просторијама код куће може да има приватност? Шта жели да ради у приватности? Овај разговор треба наставити питањем о свакој особи која живи у његовој кући. Треба питати дете како свака од тих особа реагује на његову жељу за приватношћу. Ово често отвара врата разговору о сексуалном злостављању.

5. ПИТАЊА КОЈА СЕ КОРИСТЕ У ИСПИТИВАЊУ ДЕЦЕ КОД СУМЊЕ НА ЗЛОСТАВЉАЊЕ

Током интервјуа са дететом за које постоји сумња да је злостављано важно је водити рачуна о томе на који начин се постављају питања. Дечији когнитивни стилови и начини емоционалног реаговања су специфични, а начин постављања питања може битно да утиче на одговоре које ће дете дати. Додатну тежину овој теми даје чињеница да лекар који је открио злостављање касније може постати сведок у судском поступку, током кога исказ детета може да се посматра као мање валидан уколико су му питања постављана на неадекватан начин. Типови питања се могу посматрати као континуум који креће од највише отвореног типа до најмање отвореног.

Што је више питања отвореног типа, више се може
имати поверења у дететов одговор!

Прикладност неког типа питања зависи у великој мери од контекста у коме се оно поставља у току интервјуа, нарочито од тога какав су исказ и типови питања претходили. Сходно томе, практично сва питања са континуума могу наћи своје место у испитивању. Као смернице могу послужити доле наведени примери питања поређани по степену пожељности.

Најпожељнија питања

Врста питања	Дефиниција	Примери
Опште питање	Питање отвореног типа; не подразумева да је дете доживело злостављање	<i>Како могу да ти помогнем?</i> <i>Како се осећаш данас?</i> <i>Могу ли у нечему да ти помогнем?</i>
Питање које позива на одговор	Питање отвореног типа; претпоставља да је дете доживело злостављање	<i>Чуо сам да ти се нешто десило. Испричај ми све чега се сећаш у вези с тим.</i> <i>Чуо сам да те нешто мучи.</i> <i>Чуо сам да се бака брине за тебе.</i>

Пожељна питања

Врста питања	Дефиниција	Примери
Фокусирано питање	Фокусира дете на одређену тему, место, особу, околности злостављања, делове тела, али се уздржава од давања информација о теми	<i>Причај ми о твом тати. (Шта ти се свиђа код њега? Шта ти се не свиђа?)</i> <i>Причај ми о пенисима. (Ко их има? Чему служе? Јеси ли некада видела неки? Чији?)</i>
Стратегије праћења	Стратегије које подстичу наставак приче	
1. Сигнали подстицања приче	Гестови или искази испитивача који имају циљ да подстакну наставак приче	<i>Да.</i> <i>Ух!</i> <i>Још нешто?</i> <i>А затим?</i>
2. Специфична питања	Даље испитивање чији је циљ да се добију детаљи	<i>Да ли се сећаш где се то десило?</i> <i>Шта си имао на себи? Да ли је нешто одеће било скинуто?</i> <i>Да ли је нешто потекло из пениса?</i>

Мање пожељна питања

Врста питања	Дефиниција	Примери
Питања вишеструког избора	Питања која дају детету неколико алтернативних одговора између којих треба да направи избор	<i>Да ли те је истукао једанпут, два пута или више пута? Да ли се то дешавало дању, ноћу или и дању и ноћу?</i>
Питања на основу других извора информација	Питања која се ослањају на информације које нису добијене у интервјуу са дететом, већ из неког другог извора	<i>Сећаш ли се ичега у вези са камером? Да ли је тата рекао нешто о томе да ли смеш или не смеш да кажеш некоме о томе?</i>
Директна питања	Директно испитивање да ли је особа учинила одређену радњу	<i>Да ли је ујак повредио твоју пишу? Да те је тата ударио каишем по гузи?</i>
Поновљена питања	Постављење истог питања два или више пута	<i>Да ли се нешто десило са твојом пишом? Сећаш ли се да ли се нешто десило са твојом пишом?</i>

Најмање пожељна питања

Врста питања	Дефиниција	Пример
1. Питања која наводе	Изјава за коју се тражи да је дете потврди	<i>Зар није тачно да је твој брат ставио свој пенис у твоја уста? Мама те је ударила, зар не?</i>
2. Обмањујућа питања	Питање које претпоставља нетачан податак, а за који се од детета имплицитно или експлицитно тражи да га потврди	<i>Које је боје била васпитачицина марама? (кад она није имала мараму) Покажи ми где те је доктор додирнуо. (кад он није додиривао дете)</i>
Принуда	Коришћење неприкладних начина да се дете наведе на сарадњу или добије информација	<i>Ако ми кажеш шта је твој тата урадио, можемо да идемо на сладолед. Немој да кажеш мом шефу да сам се играо. (и даје детету слаткише)</i>

Препоручује се да се током разговора не користе наредбе; реченице треба формулисати тако да се дете пита о томе да ли се **сећа**, **зна** или **хоће** да исприча нешто о догађају. Иако овакав став доводи испитивача у ризик да можда неће добити потребне информације, њиме се избегава карактеристика захтевности која детету преноси да мора да пружи информацију, знало је или не. Поред тога, када се поставља питање уместо да се наређује, елиминише се елемент принуде. У сваком случају, постављање питања уместо захтевања такође пружа детету „излаз“ из разговора о тешким темама.

Осим тога, испитивачи треба брижљиво да прате све информације које дете пружа. Често се дешава да се прате само оне информације које потврђују оно за шта испитивач мисли да се десило. Ово може резултирати некомплетним или неисправним прикупљањем информација, али може и изазвати осећање код детета да га нисмо разумели.

6. ЗАВРШАВАЊЕ ИСПИТИВАЊА

Сусрет са дететом треба завршити на такав начин да се што више ублажи напетост детета и да оно оде са осећањем да је добро одлучило што се упустило у разговор о злостављању које му се десило. Испитивач то постиже овако:

- **захваљује се** детету што је разговарало са њим;
- понавља да **дете није криво** за оно што му се догађало и да је кривац увек одрасла особа;
- објашњава детету **шта ће се следеће десити**, у најскоријој будућности (разговор о томе шта ће бити много касније не треба иницирати осим ако то само дете не учини);
- пита дете да ли има неких дилема и да ли жели да постави испитивачу неко питање;
- даје детету до знања да ће остати у контакту с њим (детету треба објаснити да ће му испитивач бити на располагању за разговор ако буде имало брига које би желело да подели са неким);
- ако планира да настави испитивање, испитивач треба да каже детету да ће ускоро имати прилику да поразговарају још мало;
- упућује дете на особу којој ће се обратити ако буде желело да још са разговара са испитивачем (испитивач треба да назначи ту особу јасно, и то именом и односом са дететом, на пример, „Твоја учитељица, Весна, зна како да ме нађе“.



XV. КАКО РАЗГОВАРАТИ СА РОДИТЕЉИМА О ЗЛОСТАВЉАЊУ И ЗАНЕМАРИВАЊУ

Подршка и помоћ родитељима као обавезан део процеса заштите деце од злостављања и занемаривања заснивају се на праву детета на породични живот, као најприроднијем и најпожељнијем оквиру за његов раст и развој, и обавези државе да обезбеди услове да породична средина буде што безбеднија и подстицајна за што оптималнији психосоцијални развој детета. Више међународних докумената и докумената које је усвојила наша држава уважава помоћ родитељима у родитељству као значајан сегмент бриге о деци.

Процес заштите деце од злостављања и занемаривања подразумева план за унапређење благостања детета, али и процену потреба породице за подршком и помоћи. Овакав приступ омогућује идентификацију, не само околности које су повезане са злоупотребом и области у којима је потребна промена већ и постојећих протективних фактора. Првенствена усмереност на истраживање фактора ризика и краткорочно спасавање детета понекад су изузетно важни и једино могући, али нису увек у најбољем интересу детета. Интервенције усмерене на подршку и помоћ породици да промени неадекватне обрасце родитељског поступања и побољша функционисање у целини, када год је то могуће, дугорочно доводе до најбољих исхода по децу и породицу.

1. ПРЕДУСЛОВИ ЗА БАВЉЕЊЕ РОДИТЕЉИМА ИЗ ПОРОДИЦА У КОЈИМА СЕ ЈАВЉА ЗЛОСТАВЉАЊЕ И ЗАНЕМАРИВАЊЕ ДЕЦЕ

Поред прихватања чињенице да злостављање и занемаривање деце постоји и када га не видимо и поседовања знања за препознавање ризика и показатеља, као неопходних предуслова за бављење злостављањем и занемаривањем, за рад са породицама са злостављањем и занемаривањем такође је неопходно:

- разумевање динамике и комплексности интеракције родитељ – дете и фактора који утичу на родитељство;
- преиспитивање сопствених ставова, уверења и искустава у односу на родитељство и насиље у свакој форми испољавања;
- разумевање процеса разоткривања и порицања.

Зашто је ово важно?

- Већина родитеља који злостављају или занемарују своју децу процењују своје поступке према детету као неадекватне и желели би да другачије одгајају своју децу. Многи од њих нису у стању да то ураде због проблема са којима се суочавају, због своје прошлости или актуелних доживљавања. Ако у свом приступу стручњак показује **разумевање за њихове тешкоће и поштовање**, већа је вероватноћа да ће се са родитељима остварити однос који води ка заједничком разумевању и прихватању подршке и помоћи коју стручњаци желе да им пруже.
- Још увек опстају и одржавају се дуго неговани и друштвено подржавани **митови** о породици, материнству, очинству и родитељству као извору највеће радости. Ови митови утичу на професионалце при процени родитељских поступања, али и на родитеље кроз утицај на субјективни доживљај родитељства.
- Биолошки заснована афилијативна осећања изражена кроз потребу да се заштити све што је мало и беспомоћно косе се са појавом злостављања и занемаривања деце, што може довести до тога да се затварају очи пред појавом злостављања и занемаривања, да се ове појаве минимизирају или, пак, до потребе да се дете спасава, а родитељи осуђују.

Смисао бављења заштитом деце од злостављања и занемаривања јесте решавање проблема злостављања и занемаривања, а не окривљавање, осуђивање или патологизација поступака родитеља.

- У јавности, па и међу професионалцима који се баве децом, још увек је раширено уверење да се деца злостављају и занемарују у породицама које су нижег образовног, економског и социјалног статуса, са више проблема у свакодневном функционисању. Студије указују да се **злостављање и занемаривање деце јавља у свим социјалним срединама**, али да је **мање социјално видљиво у породицама које припадају вишим социјалним круговима**, које имају већу друштвену моћ. Професионалци који се баве децом и њиховим породицама морају, дакле, имати у виду да постоје породице које ничим неприхватљивим не скрећу пажњу околине на себе (већ напротив, делују као модел социјално пожељне породице), а у којима су деца изложена некој врсти по њих штетних поступања.
- Тешкоће да се прихвати да се неки родитељи могу понашати непријатељски и бити у стању да повреду на различите начине своје дете вероватно доприносе одржавању раширеног **веровања да су родитељи који злостављају или занемарују децу на неки начин измењени, да је њихова измењеност социјално видљива и да се изражава и у другим улогама и односима**, а не само у оквиру породице и односа са дететом. И едуковани професионалци нису имуни на ову врсту уверења, па се и од њих може чути: „Он не личи на злостављача.“ Матрица за процену ризика од злостављања и занемаривања деце издваја **одређене карактеристике родитеља**, као што су алкохолизам, психијатријска болест и сл., које **повећавају могућност** да дође до злостављања и занемаривања детета, али **студије нису указале на то да постоји специфичан профил родитеља који злостављају и занемарују своју децу**. Као што се злостављање и занемаривање дешава у свим социјалним срединама и свим друштвима, тако и родитеља који злостављају и занемарују децу има у свим друштвеним слојевима.
- **Непрепознати лични ставови стручњака** могу ометати рад са оваквим породицама, и приликом процене злостављања и занемаривања и у интервенцијама. Може се десити да стручњаци не виде злостављање и занемаривање, да

нормализују неприхватљива понашања или пренаглашавају ризике. Преиспитивање става стручњака у односу на родитеља злостављача или родитеља који занемарује дете треба да покаже **спремност или неспремност стручњака да родитеља прихвати као особу са проблемом**. Неспремност да се родитељ прихвати као особа са проблемом носи са собом ризик од осуђивања и квалификовања, што затвара пут промени. Стручњаци могу лако улетети у замку спасавања детета и однос конкуренције са родитељима, што гледано из перспективе детета није у његовом најбољем интересу и може представљати понављање образаца из породице, у том смислу да су личне потребе одраслог примарније од потреба детета, овај пут личне потребе стручњака да се покаже као бољи родитељ.

- Рад са породицама у којима постоји забринутост за сигурност и благостање детета није нимало лак, напротив, изузетно је захтеван и тежак и за професионалце, а у неким околностима може постати готово немогућ. Сусрет са неадекватним поступањима која угрожавају дете код стручњака покреће **различите емоционалне реакције**. Ово нису клијенти који ће „наградити“ професионалца тако што ће прихватити помоћ и позитивне промене које додатно мотивишу помагаче. Неки од стручњака имају лична искуства са злостављањем од стране родитеља или других њима значајних особа и теже ће контролисати сопствена психолошка стања у раду са породицама са злостављањем и занемаривањем или партнерским насиљем.

2. ПОРИЦАЊЕ И РАЗОТКРИВАЊЕ

Злостављање, попут породичног насиља, може дуже времена остати неприметно и за најближу околину и може се одвијати а да нико ништа не предузима. **Препреке за откривање тичу се и детета, и починиоца, и тзв. „нелостављајућег родитеља“, чланова породице, и социјалног окружења**. На пример, „нелостављајући родитељ“ може имати осећање стида и кривице што није у стању да заштити дете. Важно је нагласити да велика препрека за тражење и прихватање помоћи може бити и **реакција околине у виду ћутања**

и неверице. Стручњаци здравственог система не би смели никада да реагују нереаговањем и неверицом.

Нереаговање представља саучествовање у одржавању злостављања и занемаривања.

Порицање је **и индивидуална и породична реакција** заштите од болне реалности. Порицање и минимизирање породици помаже да задржи привидан осећај реда и нормалности у свом животу, привидан осећај контроле над својим животом, коју злостављач угрожава. Родитеља злостављача порицање штити од преузимања одговорности за своје поступке и суочавања са сопственим недостацима. Признавање злостављања отежава функционисање у свакодневном животу. Понекад признавање подразумева додатно насиље, бес, неверовање, економску несигурност, распад породице, измештање детета, па и затвор. Због тога порицање каткад делује као сигурније решење.

У сусрету са порицањем стручњак заузима став подржавања, разуме и прихвата зашто породица има потребу да каже да се злостављање није догодило, да није тако лоше као што изгледа. У исто време, стручњак **подржава веровање да се злостављање догодило и верује детету,** помажући породици да истражи позитивне емоционалне и психолошке последице признавања проблема и да истражи негативне последице (страхове, губитке итд.) које могу пратити промену насталу признавањем проблема.

Порицање злостављања и занемаривања може се јавити и као реакција породице на разоткривање. За стручњаке је важно да разумеју **функцију порицања** и да помогну породици у разрешењу порицања. Порицање, минимизирање, преуоквиравање у смислу налажења и истицања добрих поступака злостављача је процес који прати злостављање, а може се појавити и као реакција на разоткривање злостављања.

Постављање сумње на злостављање и занемаривање је **процес разоткривања**, који представља **кризу за дете** жртву злостављања, **за породицу** у којој се то дешава, али и **за стручњака** који треба први да разговара са породицом.

У случајевима злостављања и занемаривања **стручњак не остаје неутралан**, као што не остаје неутралан ни када се ради о суициду или хомициду. Он **треба јасно да пренесе поруку сваком члану породице да је злостављање неприхватљиво**. Ако искључимо питања везана за поверљивост о којима је већ било речи, разоткривање стручњаку не доноси само **појачани осећај одговорности** везан за процену нивоа ризика по дете, већ се тај осећај везује и за процену како ће родитељи, и онај који злоставља и онај који не злоставља дете, реаговати на разоткривање и колико њихова реакција може угрожавати дете. Криза стручњака подразумева и **емоционалну реакцију на откривање**, која може бити појачана повезивањем са личним искуствима или искуствима њему блиских особа. Препоручује се да стручњак потражи **подршку за себе кроз консултације са колегама или стручним тимом установе**. Уколико се не осећа довољно сигурно, из ма ког разлога, за самосталан разговор са родитељима и поред припреме и подршке колега, препоручује се да тај разговор обави заједно са колегом или да се разговор обави уз присуство стручног тима.

Разоткривање ће покренути широк спектар мисли и осећања родитеља. За стручњаке је важно да не пренебрегну чињеницу да је разоткривање злостављања и занемаривања стресно и за родитеље. Стручњаци то често занемарују, јер је фокус интервенције на детету. Потребно је имати у виду да већина мисли и осећања родитеља која прате процес разоткривања нису у интересу добробити детета и зато стручњаци морају о томе да разговарају са родитељима тако да ови осете став прихватања, а не критиковања. Такође је важно узети у обзир да се мисли и осећања родитеља мењају током суочавања са проблемом те да рано оспоравање може успорити или онемогућити успостављање односа сарадње.

Посебно су специфични процеси разоткривања везани за сексуално злостављање у оквиру породице, јер их прате висок ниво стреса и често интензивно порицање, што захтева помоћ стручњака, за које је сексуално злостављање деце такође „тешка тема“.

Наравно, неки родитељи већ имају увид да је то како реагују на одређена понашања детета неприхватљиво и то су најчешће родитељи предшколске деце. Они уочавају своју беспомоћност и недостатак вештина, уочавају и свој проблем са контролом емоционалног одговора на понашање детета и спремни су да раде на подизању својих родитељских компетенција и вештина. Стручњаци се ређе сусрећу са оваквим породицама, а много чешће са породицама у којима треба радити на мотивацији за сарадњу и промену. Породице спремне на сарадњу, у којима пласиране интервенције видљиво доводе до успостављања квалитетнијих релација, на добробит детета, представљају и за стручњаке значајан позитиван фидбек. Такве породице потпомажу одржавање ентузијазма и истрајавање у раду на заштити деце, упркос свој захтевности и мукотрпности тог рада.

3. ПРЕПОРУКЕ ЗА РАЗГОВОР СА РОДИТЕЉИМА

Општи протокол промовише интервенције на заштити деце од злостављања и занемаривања које подразумевају партиципацију детета и породице у доношењу одлука, избору и евалуацији третмана. У складу са тим се препоручује да **стручњак који је поставио сумњу** на злостављање и занемаривање и проценио да ниво ризика захтева информисање надлежног центра за социјални рад **поразговара са родитељима о разлозима своје забринутости за дете и упозна родитеље са својом обавезом да о томе обавести центар**. Овај разговор је изузетно значајан за успостављање сарадње са родитељима и примену интервенција усмерених на помоћ детету и породици. **Пре разговора са породицом стручњак треба да процени да ли тај разговор може на било који начин угрозити безбедност детета**. Ако постоји сумња да ће родитељ извршити притисак на дете да не говори о својој изложености неадекватним поступањима или сумња да би родитељ могао постати још више физички или емоционално насилан према детету или на други начин штетити детету, овакав разговор не треба обављати све док се не обезбеди сигурност детета.

Први корак у раду са породицама са злостављањем и занемаривањем представља **успостављање терапијског контекста у коме се родитељи осећају безбедно**. Уважавање родитељског

стреса представља неопходан чинилац става прихватања који треба да заузме стручњак, а такав став ствара однос поверења као предуслов за делотворност интервенција усмерених на јачање родитељске компетенције и изградњу одговорног родитељства.

- Пожељно је да стручњак започне разговор **исказујући своју забринутост за дете** и наводећи симптоме због којих је посумњао на злостављање (дакле, да је посумњао на основу симптома, а не на основу онога што је дете испричало). Ово је посебно важно у разговору са злостављачем у случајевима породичног насиља, када нису успостављене стратегије безбедности за мајку и дете.
- Када искаже забринутост за дете, стручњак треба да покаже своју **заинтересованост за родитеље и њихове тешкоће** и изрази **спремност да им помогне** у решавању тих тешкоћа.
- Уз поруку да је злостављање неприхватљиво и да он има обавезу да о томе обавести центар за социјални рад, стручњак породици преноси и поруку да схвата како је **злостављање само један аспект њиховог породичног искуства и да верује да постоје и други, позитивни аспекти њиховог родитељства.**
- **Позитивно конотирање родитељских намера**, такође, доприноси успостављању доброг терапијског односа са родитељима. Стручњак на тај начин родитељима преноси поруку да верује да свом детету желе све најбоље, али да њихова реакција није начин да то и остваре. Наглашавање позитивних аспеката њиховог родитељства и позитивних аспеката детета као потврде њихове родитељске компетенције посебно је важно у случајевима када су неадекватна родитељска поступања према детету повезана са негативном проценом себе као родитеља и смањеним доживљајем задовољства у родитељској улози.
- Важно је показати **заинтересованост и за осећања родитеља**. Широко опсег емоција прати разоткривање злостављања и занемаривања. Стручњак треба да охрабри и помогне истраживање и изражавање осећања родитеља, посебно оних која не представљају подршку за дете, као што су неверовање, бес према детету, туга, потреба за осветом починитељу и сл.

- Са родитељима треба разговарати шта обично претходи њиховом реаговању, какво понашање детета или које речи подигну тензију у односу. Стручњак треба да **саслуша и прихвати без просуђивања** како родитељи виде проблем. Када саслуша како родитељи описују понашање детета које је претходило њиховој реакцији, треба да пита родитеље како они то разумеју, шта мисле зашто се дете тако понашало, зашто је баш то рекло или урадило, које значење они томе дају. Ако стручњак процени да тумачење родитеља није повезано или је мало повезано са дететом, не треба га негирати. Тумачење родитеља треба прихватити без конфронтирања, а затим треба понудити родитељу друга могућа, узрасно примеренија објашњења. Родитељи су углавном склони да за понашање детета дају иста објашњења без обзира на контекст дешавања.
- Важан сегмент разговора са родитељима тиче се **надзора и дисциплиновања деце**, на које стратегије се родитељи ослањају, које су се стратегије показале ефикасне, а које не, шта раде када не могу да реше неки проблем са дететом, како излазе на крај са стресом. Ово је важно зато што клиничка искуства показују да већина родитеља нема увид у то како њихово понашање утиче на дете, а посебно како њихова емоционална стања утичу на дете. На пример, родитељи који стално користе критику као стратегију за усмеравање детета не размишљају како њихово незадовољство утиче на дете. Родитељи се углавном ослањају на речи и не узимају у обзир да је као одговор на понашање детета кључно њихово емоционално стање, а не оно што су рекли. Предшколско дете може бити толико преплављено стрепњом и страхом због беса родитеља да неће бити у стању да чује шта родитељ говори.
- За професионалце је посебно осетљив и захтеван разговор са родитељима у случајевима сексуалног злостављања деце, а нарочито када је злостављач члан породице. Већ је напоменуто да је **разоткривање сексуалног злостављања праћено високим дистресом** родитеља, и оног који злоставља и оног који не злоставља дете. „Незлостављајући родитељ“, најчешће мајка, често не добија подршку стручњака.

Окружење, па и стручњаци су склони да мајке жртава инцеста сматрају индиректно одговорнима. Неверовање детету и порицање незлостављајућег родитеља, понекад снажно изражени, вероватно доприносе оваквом ставу стручњака.

„Незлостављајућег родитеља“ окружење, па и стручњаци, и у другим случајевима злостављања често сматрају одговорним за неадекватну заштиту детета. Увек треба имати у виду да од подршке том родитељу дете има корист. „Незлостављајући родитељ“ треба да обезбеди сигурно окружење за дете, не само у смислу прекида злостављања већ и у смислу опоравка од трауматских искустава. На опоравак детета, поред осталог, утиче и понашање тог родитеља након разоткривања и у даљем процесу заштите.

Наравно, са неким родитељима се веома тешко успоставља однос сарадње и поверења. Посебно су у погледу успостављања односа поверења и сарадње захтевне породице са занемаривањем деце, којима је и за мале промене потребна континуирана подршка и помоћ, али не само кроз психолошку подршку, већ и кроз неки вид конкретне помоћи. Породице са занемаривањем су често социјално изоловане и пасивне, неспремне да траже и прихвате било који вид социјалне подршке. Неке родитеље тек позивање на здравље детета може подстаћи да одустану од правдања својих поступака и оптуживања детета да је испровоцирало да буде злостављано, да је то и заслужио. Има родитеља које ни здравствени ризик по дете не може померити са упоришта са којег бране своју позицију и право да злоупотребе своју моћ. У таквим ситуацијама стручњак ће бити директивнији и јасно исказати став да је његова професионална и људска обавеза да заштити дете и обавести орган старатељства како би се предузеле даље мере заштите.

4. ПИТАЊА ЗА РАСВЕТЉАВАЊЕ ЗЛОСТАВЉАЊА

Приступ који исказује заинтересованост стручњака за тешкоће родитеља може се остварити преко питања:

- „Која Вас понашања Вашег детета највише брину?“
- „Шта помислите када се дете тако понаша?“
- „Како се Ви осећате када се Ваше дете тако понаша?“

Неки родитељи ће говорити шта раде, али не и како се осећају, па им треба додатна помоћ стручњака да би говорили о осећањима,

на пример кроз набрајање осећања која се појављују код већине родитеља у сличној ситуацији.

- *„Неки родитељи се тада много наљуте, неки се растуже, неки се осећају беспомоћно. Како се Ви осећате у тој ситуацији са дететом?“*
- *„Шта тада обично урадите?“*
- *„Како Ваше дете на то реагује?“*
- *„Како се Ваше дете тада осећа?“*
- *„Сигурно је да Ви желите све најбоље свом детету. У овој ситуацији Ви желите да га научите да се тако не понаша. Начин на који то радите дете доживљава другачије и очито да то може бити извор неспоразума између Вас и детета. Шта можете да урадите другачије како бисте детету рекли да његово понашање није прихватљиво?“*

Циљ истраживања мисли и осећања родитеља јесте помоћ родитељима да разумеју како значење које дају понашању детета утиче на њихова осећања, а потом на њихову реакцију и како њихове поступке доживљава дете.

5. ПИТАЊА УСМЕРЕНА КА ПРОМЕНИ

Корисно је са родитељима истражити једну конкретну ситуацију када је дете испољило понашање на које је родитељ неадекватно реаговао. После описа понашања родитеља треба питати:

- *„Како Ви разумете зашто се Ваше дете тако понашало?“*
- *„Шта би још могло да објасни понашање детета, сигурно постоји још неко објашњење?“*
- *„Деца у том узрасту...“*

Циљ је оспорити тумачења да је „дете криво“, да „тражи батине“, да „не поштује родитеља“, да „ради у инат“ и слична тумачења која правдају родитељску реакцију и замењивати их узрасно примереним објашњењима.

Корисно је разговарати са родитељима и о њиховим искуствима из детињства и из неких актуелних ситуација.

- *„Како сте се Ви као дете понашали у таквој ситуацији?“*
- *„Како су Ваши родитељи реаговали?“*
- *„Како сте се Ви тада осећали?“*

- „Како је то утицало на Ваше понашање?“
- „Шта сада мислите о реаговању својих родитеља?“
- „Како то искуство можете да искористите у односу са својим дететом?“
- „Како се Ви осећате када Вас неко критикује, када Вас омаловажава, када говори лоше о Вама? Како то утиче на Ваше понашање?“

Циљеви су развијање емпатије за дете и едукација родитеља о утицају њихових конкретних поступака и емоционалних стања на дете, што је основ за промену неадекватних поступања и за усвајање нових приступа у односу са дететом.

6. АСПЕКТИ ДИНАМИКЕ ЗЛОСТАВЉАЊА И ЗАНЕМАРИВАЊА РЕЛЕВАНТНИ ЗА ИНТЕРВЕНЦИЈЕ

Бројни теоријски приступи и истраживања су се бавили интеракцијом родитељ – дете и етиологијом поремећаја у овој релацији исказаних кроз злостављање и занемаривање детета, при чему су се у фокус, у зависности од теоријске оријентације, стављали различити фактори који у својој динамичној и сложеној узајамности доприносе појави злостављања и занемаривања. Сматрамо да је важно скренути пажњу на тумачење понашања детета и недостатак знања и вештина као факторе који имају значаја за злостављање и занемаривање, а на које се интервенцијама може утицати.

7. ТУМАЧЕЊЕ ПОНАШАЊА ДЕТЕТА

Интеракцију родитељ – дете можемо посматрати као процес у коме родитељ понашању детета приписује одређено значење. Приписивање значења понашању детета је нормативан процес и гради однос родитељ – дете, али носи и ризик погрешног тумачења сигнала детета. Родитељ понашању детета може дати разна значења, на пример „Плаче у инат мени“ (у ситуацији када дете само тражи утеху) или „Намерно хоће да ме излуди“, „Не поштује ме као родитеља“, „Незахвално је“ итд. Значење које родитељ даје понашању детета покреће и емоционални одговор родитеља, који обликује његову реакцију на понашање детета. Истраживања

указују на то да родитељи злостављачи приписују непријатељске намере понашању детета. Погрешно тумачење понашања детета у комбинацији са лошом контролом импулса код родитеља може бити окидач злостављачких поступака према детету.

У свакодневном живљењу са дететом родитељи су усмерени на то да реше актуелну ситуацију и не размишљају како ће њихово понашање дугорочно утицати на дете. Међутим, они су истовремено врло склони да понашање детета повежу са понашањем у будућности, па бурно реаговање трогодишњака на осујећење родитељ може видети као да ће бити страшних проблема у понашању у узрасту од 15 година и као губитак моћи у родитељској улози. Емоционални одговор на такву визију себе и детета у будућности може довести до примене неприхватљивих мера у спровођењу надзора над дететом.

Родитељи могу понашање детета повезати са својим искуством из неког другог односа. Мајке незадовољне партнерским односом бурно реагују када у понашању детета препознају понашање партнера и могу због тога злостављати дете.

8. НЕДОСТАТАК ЗНАЊА И ВЕШТИНА

Већина родитеља предшколске деце, која су по узрасту у високом ризику да буду изложена злостављању и занемаривању, не препознаје разлике у мишљењу деце и одраслих нити разлике у доживљавању и изражавању емоција код деце и код одраслих. Непознавање нормативног дечјег реаговања може као исход имати погрешно тумачење понашања детета. Опозиционо понашање детета може се протумачити као непоштовање, а родитељи су изузетно осетљиви на доживљај да их дете не уважава. Доживљај неуважавања у комбинацији са ниским самопоштовањем родитеља може покренути злостављачко понашање родитеља. Непознавање дечјег развоја повезано је и са узрасно нереалним очекивањима од детета.

Са неким нормативним реакцијама детета родитељи не успевају да изађу на крај, јер им недостају и знања и вештине. Када стратегије које родитељ примењује не дају очекиване резултате, родитељ се може осетити беспомоћним. Осећај беспомоћности може резултирати применом неадекватних поступака према детету. Родитеље треба упознати како деца уче контролу понашања и

емоција и оспособити их да помогну деци у учењу те контроле. У дисциплиновању деце родитељи се ослањају на сопствена искуства из примарне породице користећи репликативни или корективни сценарио, на породична и културна уверења о стратегијама контроле и надзора над децом, не узимајући у обзир особитости свог детета. Ставови и уверења се тешко мењају, али обука родитеља за примену техника позитивне дисциплине које ће исходити смањивањем тешкоћа у дисциплиновању детета може довести до промена у реаговању родитеља. Едукација родитеља о карактеристикама дечјег развоја и очекиваним понашањима за одређени узраст представља важну интервенцију за промену неадекватних поступања према детету.

9. ИНТЕРВЕНЦИЈЕ ЗА ПОРОДИЦУ СА ЗЛОСТАВЉАЊЕМ И ЗАНЕМАРИВАЊЕМ

На основу процене слабости и снага породице у сваком појединачном случају планирају се интервенције фокусиране на области за које се уочава да доприносе појави злостављања и занемаривања. У породицама у којима је злостављање повезано са недостатком родитељских вештина, рад са родитељима усмериће се на обуку родитеља како да решавају одређене проблеме са децом, на пример, дечије изливе беса или опозиционо понашање. Са родитељима који емоционално злостављају или занемарују своју децу фокус ће бити на развијању емпатије за дете и повећању сензитивности за психолошке потребе детета, али и на стратегијама за контролу сопственог емоционалног стања. Породице у којима је злоупотреба детета у функцији разрешења конфликта из партнерског односа усмераваће се на брачну или породичну терапију. Неким родитељима ће бити потребан индивидуални психијатријски третман или лечење од болести зависности. Неке интервенције потребне породицама са злостављањем или занемаривањем деце могу се спроводити на нивоу примарне здравствене заштите, на пример, едукација родитеља о карактеристикама дечјег развоја за родитеље код којих је непознавање нормативног у дечјем развоју повезано са њиховим неадекватним поступањем у односу са дететом (како деца испољавају емоције, како уче прихватљиве начине

испољавања емоција итд.). Родитељи који физички злостављају своју децу могу се едуковати како да примењују дисциплину засновану на позитивном поткрепљивању пожељних образаца понашања. Здравствене институције на нивоу терцијарне здравствене заштите пружаће породицама специјализоване услуге из своје надлежности. Заједнички циљ свих интервенција јесте да се родитељи оспособе за одговорно родитељство и да се успостави што квалитетнија емоционална веза између родитеља и детета.



ПРИЛОГ 1. РЕДОСЛЕД ПОСТУПАКА СА ЗЛОСТАВЉАНИМ ИЛИ ЗАНЕМАРЕНИМ ДЕТЕТОМ



ПРИЛОГ 2. ЗАКОНИ И ПРАВИЛНИЦИ

Кривични законик Републике Србије (*Службени гласник РС*, бр. 85/2005 од 6. 10. 2005. године, 88/2005 и 107/2005)

Неовлашћено откривање тајне

Члан 141.

(1) Адвокат, лекар или друго лице које неовлашћено открије тајну коју је сазнало у вршењу свог позива, казниће се новчаном казном или затвором до једне године.

(2) Неће се казнити за дело из става 1. овог члана ко открије тајну у општем интересу или интересу другог лица, који је претежнији од интереса чувања тајне.

Силовање

Члан 178.

(1) Ко принуди другог на обљубу или са њом изједначен чин употребом силе или претњом да ће непосредно напасти на живот или тело тог или њему блиског лица, казниће се затвором од две до десет година.

(3) Ако је ... дело извршено ... према малолетнику ..., учинилац ће се казнити затвором од три до петнаест година.

(4) Ако је ... дело учињено према детету, учинилац ће се казнити затвором од пет до осамнаест година.

Обљуба над немоћним лицем

Члан 179.

(1) Ко над другим изврши обљубу или са њом изједначен чин искористивши душевно обољење, заостали душевни развој, другу душевну поремећеност, немоћ или какво друго стање тог лица услед којег оно није способно за отпор, казниће се затвором од једне до десет година.

(2) Ако је ... дело ... учињено према малолетнику ..., учинилац ће се казнити затвором од две до дванаест година.

(3) Ако је ... дело учињено према детету, учинилац ће се казнити затвором од пет до осамнаест година.

Обљуба са дететом

Члан 180.

(1) Ко изврши обљубу или са њом изједначен чин са дететом, казниће се затвором од једне до десет година.

(2) Ако је услед дела из става 1. овог члана наступила тешка телесна повреда детета према којем је дело извршено или је дело извршено од стране више лица или је дело имало за последицу трудноћу, учинилац ће се казнити затвором од две до дванаест година.

(4) Неће се казнити за дело из става 1. овог члана учинилац, ако између њега и детета не постоји значајнија разлика у њиховој душевној и телесној зрелости.

Приказивање порнографског материјала и искоришћавање деце за порнографију

Члан 185.

(2) Ко искористи дете за производњу слика, аудио-визуелних или других предмета порнографске садржине или за порнографску представу, казниће се затвором од шест месеци до пет година.

Запуштање и злостављање малолетног лица

Члан 193.

(1) Родитељ, усвојилац, старалац или друго лице које grubим занемаривањем своје дужности збрињавања и васпитавања запустити малолетно лице о којем је дужно да се стара, казниће се затвором до три године.

(2) Родитељ, усвојилац, старалац или друго лице које злоставља малолетно лице или га принуђава на претеран рад или рад који не одговара узрасту малолетног лица или на просјачење или га из користољубља наводи на вршење других радњи које су штетне за његов развој, казниће се затвором од три месеца до пет година.

Насиље у породици

Члан 194.

(1) Ко применом насиља, претњом да ће напасти на живот или тело, дрским или безобзирним понашањем угрожава спокојство, телесни интегритет или душевно стање члана своје породице, казниће се новчаном казном или затвором до једне године.

(2) Ако је при извршењу дела из става 1. овог члана коришћено оружје, опасно оруђе или друго средство подобно да тело тешко повреди или здравље тешко наруши, учинилац ће се казнити затвором од три месеца до три године.

(3) Ако је услед дела која су учињена према малолетном лицу наступила тешка телесна повреда или тешко нарушавање здравља или су учињена према малолетном лицу, учинилац ће се казнити затвором од једне до осам година.

Родоскрвњење

Члан 197.

Пунолетно лице које изврши обљубу или са њом изједначен полни чин са малолетним сродником по крви у правој линији или са малолетним братом, односно сестром, казниће се затвором до три године.

Породични закон (*Службени гласник РС*, бр. 18/2005)

Дете

Члан 6.

(1) Свако је дужан да се руководи најбољим интересом детета у свим активностима које се тичу детета.

(2) Држава има обавезу да предузима све потребне мере за заштиту детета од занемаривања, од физичког, сексуалног и емоционалног злостављања те од сваке врсте експлоатације.

(3) Држава има обавезу да поштује, штити и унапређује права детета.

(4) Дете рођено ван брака има једнака права као дете рођено у браку.

(5) Усвојено дете има једнака права према усвојитељима као дете према родитељима.

(6) Држава је дужна да детету без родитељског старања обезбеди заштиту у породичној средини увек када је то могуће.

Насиље у породици

Члан 10.

(1) Забрањено је насиље у породици.

(2) Свако има, у складу са законом, право на заштиту од насиља у породици.

Насиље у породици

Члан 197.

(1) Насиље у породици, у смислу овог закона, јесте понашање којим један члан породице угрожава телесни интегритет, душевно здравље или спокојство другог члана породице.

(2) Насиљем у породици, у смислу става 1. овог члана, сматра се нарочито:

1. наношење или покушај наношења телесне повреде;
2. изазивање страха претњом убиства или наношења телесне повреде члану породице или њему блиском лицу;
3. присиљавање на сексуални однос;
4. навођење на сексуални однос или сексуални однос са лицем које није навршило 14. годину живота или немоћним лицем;
5. ограничавање слободе кретања или комуницирања са трећим лицима;
6. вређање, као и свако друго дрско, безобзирно и злонамерно понашање.

(3) Члановима породице у смислу става 1. овог члана сматрају се:

1. супружници или бивши супружници;
2. деца, родитељи и остали крвни сродници, те лица у тазбинском или адоптивном сродству, односно лица која везује хранитељство;
3. лица која живе или су живела у истом породичном домаћинству;

4. ванбрачни партнери или бивши ванбрачни партнери;
5. лица која су међусобно била или су још увек у емотивној или сексуалној вези, односно која имају заједничко дете или је дете на путу да буде рођено, иако никада нису живела у истом породичном домаћинству.

Члан 263.

- (1) Тужбу за заштиту права детета могу поднети: дете, родитељи детета, јавни тужилац и орган старатељства.
- (2) Тужба за заштиту права детета може се поднети у погледу свих права која су детету призната овим законом а нису заштићена неким другим поступком.
- (3) Право и дужност да обавесте јавног тужиоца или орган старатељства о разлозима за заштиту права детета имају све дечје, здравствене и образовне установе или установе социјалне заштите, правосудни и други државни органи, удружења и грађани.

Породични закон (*Службени гласник РС*, бр. 18/2005 од 24. 2. 2005. г.)

Дете Члан 6.

- (1) Свако је дужан да се руководи најбољим интересом детета у свим активностима које се тичу детета.
- (2) Држава има обавезу да предузима све потребне мере за **заштиту детета од занемаривања, од физичког, сексуалног и емоционалног злостављања те од сваке врсте експлоатације.**

Потпуно лишење родитељског права Члан 81.

- (2) Родитељ злоупотребљава права из садржине родитељског права:
 1. ако физички, сексуално или емоционално злоставља дете;
 2. ако изабљује дете силећи га на претерани рад, или на рад који

угрожава морал, здравље или образовање детета, односно на рад који је забрањен законом;

(3) Родитељ грубо занемарује дужности из садржине родитељског права:

1. ако је напустио дете;
2. ако се уопште не стара о детету са којим живи;

Тужба за заштиту права детета **Члан 263.**

(3) **Право и дужност** да обавесте јавног тужиоца или орган старатељства о разлозима за заштиту права детета имају све дечје, **здравствене** и образовне **установе** или установе социјалне заштите, правосудни и други државни органи, удружења и грађани.

Кодекс професионалне етике Лекарске коморе Србије (на основу члана 7, став 1, тачка 1 и члана 30, став 1. Закона о коморама здравствених радника, *Службени гласник РС*, број 107/05, усвојила Скупштина Лекарске коморе Србије на седници од 28. 9. 2006. г.)

Посебна брига о деци **Члан 46.**

Лекар прегледа дете у оквиру његове уже околине.

Лекар се истрајно заузима за здраву околину деце и посвећује им посебну бригу, нарочито ако су физички или психички болесна или заостала. Уколико опази злоупотребу, мучење, недостатке или погрешно васпитање детета од стране његове породице или стараоца, упозориће надлежне институције и према својим могућностима учинити све за заштиту детета.

Лекар неће пристати на ускраћивање неопходног лечења или на отпуштање малолетног болесника под старатељством, и поред тога што то захтевају родитељи или старалац, ако би по његовој оцени

отпуштањем било теже угрожено здравље болесника или здравље других. О отпуста одлучује ординирајући лекар.

У складу са ставом 1. овог члана лекар педијатар, лекар друге специјалности или опште праксе прегледају мало, предшколско и школско дете у присуству родитеља, родбине, старатеља, васпитача или школског наставника.

У случају болесне деце лекар предузима све мере допунских испитивања и лечења.

У случају хоспитализације лекар се активно интересује за свог пацијента и прати стање хоспитализованог болесника.

Посебну бригу посвећује физички и психички хендикепираној деци, било да су хоспитализована у специјалним установама, или да се ради о деци у сопственим породицама.

Уколико региструје насилно понашање и озбиљне педагошке грешке, обавестиће о томе институције надлежне за заштиту ове деце и контролисати предузете мере. При томе је дужан да штити приватност ове деце.

ПРИЛОГ 3. МЕЂУНАРОДНА КЛАСИФИКАЦИЈА БОЛЕСТИ, 10. РЕВИЗИЈА

T74 SYNDROMA MALTRACTIONIS (СИНДРОМ ЛОШЕГ ПОСТУПАЊА)

- T 74.0 Neglegentia sive derelictio (Запостављеност или одбаченост)
- T 74.1 Abusus physicus (Физичка злоупотреба)
- T 74.2 Abusus sexualis (Сексуална злоупотреба)
- T 74.3 Abusus psychotogenicus (Психолошка злоупотреба)
- T 74.8 Syndromae maltractionis aliae (Други синдроми лошег поступања) Formaemixtae
- T 74.9 Syndroma maltractionis, non specificata (Синдром лошег поступања, неозначен)
 - Effectus abusus adutti NOS
 - Effectus abusus pueri NOS

Z61 ПРОБЛЕМИ СА НЕГАТИВНИМ ЖИВОТНИМ ДОЖИВЉАЈИМА У ДЕТИЊСТВУ

- Z 61.0 Недостатак љубави у детињству
- Z 61.1 Одвајање од куће у детињству
- Z 61.2 Измењени породични односи у детињству
- Z 61.3 Догађаји који изазивају губитак самопоуздања у детињству
- Z 61.4 Проблеми повезани са наводном сексуалном злоупотребом детета од стране особе која је у групи за пружање примарне подршке
- Z 61.5 Проблеми повезани са наводном сексуалном злоупотребом детета од стране особе која је изван групе за пружање примарне подршке
- Z 61.6 Проблеми повезани са наводном физичком злоупотребом детета
- Z 61.7 Лично искуство везано за страховање у детињству
- Z 61.8 Други негативни животни догађаји у детињству
- Z 61.9 Негативни животни догађај у детињству, неозначен

Z62 ПРОБЛЕМИ ВАСПИТАЊА

- Z 62.0 Неодговарајући родитељски надзор и контрола
- Z 62.1. Претерана родитељска заштита
- Z 62.2 Васпитање у институцији
- Z 62.3 Непријатељство према детету или окривљавање детета
- Z 62.4 Емотивно запостављање детета
- Z 62.5 Други проблеми повезани са запостављањем у васпитању
- Z 62.6 Неодговарајући притисак родитеља и друга ненормална својства васпитања
- Z 62.8 Други означени проблеми везани за васпитање
- Z 62.9 Проблем повезан са васпитањем, неозначен

ПРИЛОГ 4. МАТРИЦА ЗА БРЗУ ПРОЦЕНУ РИЗИКА ЗА ЗЛОСТАВЉАЊЕ И ЗАНеМАРИВАЊЕ

МАТРИЦА ЗА БРЗУ ПРОЦЕНУ РИЗИКА ЗА ЗЛОСТАВЉАЊЕ/ ЗАНеМАРИВАЊЕ

БРЗА ПРОЦЕНА ВИСОКОГ РИЗИКА

Матрица за процену ризика је инструмент развијен кроз клиничку праксу, истраживања и рад са породицама. Овај инструмент је начин да се идентификују и организују информације неопходне за предикцију злостављања и занемаривања деце. Кроз матрицу се сагледавају **категорија ризика**:

КД: карактеристике детета

ТЗЗ: тежина злостављања/занемаривања

ХРО: хроничитет

Р/С: одлике родитеља/старатеља

ОРД: однос родитеља/старатеља са дететом

СЕФ: социјално-економски фактори

ПРИ: приступачност детета родитељу/старатељу и одговорност за дете

Процена се односи на **актуелну** ситуацију детета, а њоме се сагледава **ризик** да се злостављање/занемаривање **настави** или **понови**. Ризик је могуће оценити као

- висок ризик (5)
- умерен ризик (3)
- низак ризик (1)
- без ризика (0)

На основу података из Матрице доноси се закључак о типу злостављања и занемаривања:

АБ (abandonment) = **напуштање детета од стране родитеља**

ЕЗ = **емоционално злостављање** (психолошко малтретирање)

ФЗ = **физичка злоупотреба детета**

ИС = **искоришћавање**, несексуална експлоатација детета

ФН (physical neglect) = **физичко занемаривање**

СЗ = **сексуално злостављање**

МН (medical neglect) = **медицинско занемаривање**

СИ = **сексуално искоришћавање**

У условима ограничених могућности заштите пажња се првенствено усмерава на децу под високим ризиком.

Присуство фактора високог ризика захтева хитно предузимање непосредне заштите деце. Децом под ниским ризиком и њиховим породицама се баве превентивне службе.

Процењивачи морају узети у обзир и протективне факторе из породице, проширене породице и заједнице, јер се њиховим присуством и ангажовањем смањује ризик за децу.

КД – КАРАКТЕРИСТИКЕ ДЕТЕТА

Следеће карактеристике детета оцењују се као висок ризик:

1. **Узраст**

Новорођенчад, бебе и мала деца до пет година су под високим ризиком (мала деца не умеју да говоре нити да се сама заштите).

2. **Психосоцијални развој**

Деца са тешким менталним, социјалним или развојним заостајањем, као и деца са тешким психијатријским поремећајима.

3. **Поремећено понашање**

Деца са јако измењеним/поремећеним понашањем.

4. **Самозаштита**

Деца која не могу, не знају или не умеју да се заштите или их начин заштите излаже још већим ризицима (беже од куће, скитају и сл.).

- 5. Страх од родитеља/старатеља или повратка кући**
Деца се изузетно плаше својих родитеља, старатеља или средине у којој живе (а да за то нема других разлога).

ТЗЗ – ТЕЖИНА ЗЛОСТАВЉАЊА/ЗАНЕМАРИВАЊА

Следећи поступци и радње оцењују се као висок ризик:

- 6. Опасни поступци**
Поступци којима се дете доводи у ризик оштећења или губитка телесне функције.
- 7. Степен повреде**
Повреде нанете детету захтевају медицинско лечење.
- 8. Степен емоционалног повређивања**
Дете је изложено вређању, потцењивању, застрашивању, терорисању у јако израженој мери или су његове потребе за стимулацијом, подршком одраслих потпуно занемарене.
- 9. Адекватност медицинске/стоматолошке неге**
Детету није пружен медицински третман за критична стања или за стања која могу да угрожавају живот.
- 10. Задовољење основних потреба**
Незадовољавање основних потреба детета за храном, одећом, обућом и безбедним боравиштем доводи до ризика за бол, повреду или смрт детета.
- 11. Надзор**
Недостатак надзора доводи дете у опасност да се повреди или је, пак, превише крут, ригидан у погледу кажњавања (физички, одузимањем хране, затварањем у мрачни простор и сл.).
- 12. Физичке опасности / опасни предмети у кући**
Излажу дете ризику од озбиљних повреда које могу захтевати лечење.

13. Сексуално злостављање или експлоатација

Одрасли увлачи, мами дете на сексуално понашање или га сексуално искоришћава (додиривање, показивање, порнографског материјала и сл.).

14. Експлоатација/искоришћавање

Одрасли ангажује дете у ризичним, опасним и неприкладним активностима, ради своје користи.

 **ХРО – ХРОНИЦИТЕТ**

15. Злостављање/занемаривање детета **које је у току** или се **понавља** оцењује се као висок ризик. Процењује се сваки родитељ/старатељ.

Отац:

Мајка:

Други одрасли / чланови породице:

 **Р/С – КАРАКТЕРИСТИКЕ РОДИТЕЉА / СТАРАТЕЉА / ПРУЖАОЦА НЕГЕ**

Следеће карактеристике родитеља/старатеља носе висок ризик:

16. Виктимизација друге деце

Постоји озбиљан доказ злостављања/занемаривања друге деце.

17. Оштећеност – ментална, физичка, емоционална

Емоционалне, менталне и/или физичке способности родитеља су тешко оштећене.

18. Девијантно сексуално узбуђење/надражај

Одраслог дете сексуално узбуђује и побуђује на сексуални контакт с децом и/или уз присуство, учешће деце.

19. Злоупотреба супстанција

Родитељ/старатељ је измењеног понашања и/или зависан од психоактивних супстанци (алкохол, таблете, дроге).

20. Насиље у породици

Постоје подаци о појединачним или поновљеним инцидентима насиља (тешке свађе и туче) који резултују озбиљним повредама неког од чланова породице.

21. Злостављање/занемаривање у анамнези родитеља

Постоји податак о озбиљном злостављању/занемаривању родитеља/старатеља у његовом детињству.

22. Вештине и знања родитељства

Постоје крупни недостаци у родитељским вештинама и знањима и родитељ није способен да их научи и њима овлада.

23. Одгој и прихватање детета

Родитељ / пружалац неге изразито одбацује дете и/или му не пружа потребну стимулацију.

24. Препознавање проблема

Нема разумевања проблема или постоји потпуно порицање и одбијање родитеља / пружаоца неге да преузме одговорност за злостављање/занемаривање. Ризик је висок ако родитељ / пружалац неге не верује детету које је разоткрило злостављање.

25. Заштита од стране родитеља/старатеља

Родитељ/старатељ или члан породице који није злостављач не може да заштити дете од злостављача.

26. Сарадња са службама

Породица, а посебно родитељ и/или други одрасли не прихватају или одбијају сарадњу са службама које интервенишу са децом (ЦСР, здравствена служба, школа, предшколска установа и др.).

ОРД – ОДНОС И СТАВ РОДИТЕЉА / СТАРАТЕЉА / ПРУЖАОЦА НЕГЕ

Следећи тип односа родитеља/старатеља према детету носи висок ризик:

27. Реакција на понашање детета

Родитељ / пружалац неге упорно и поновљено насилно/неприкладно реагује на понашање детета.

28. Емоционално везивање и осећајна приврженост

Очигледно недостаје осећајна везаност и приврженост родитеља / пружаоца неге за дете (претерана суровост, изразита хладноћа, апатичност родитеља, неосновано велики страх и несигурност код родитеља).

29. Улога детета у породици

Дете има неадекватну улогу у породици, према свом узрасту, полу, могућностима, што озбиљно угрожава или спречава његов нормалан развој.

30. Притисак родитеља/старатеља на дете да порекне злостављање и/или повуче пријаву

Родитељ / пружалац неге врши директан притисак на дете, прети и уцењује га да повуче пријаву или да пориче злостављање или подстиче друге да врше такав притисак (другог родитеља/старатеља, одраслог или децу у породици).

31. Личне границе

Иако су личне границе детета обично јасне, редовно се крше, укључујући и физичко повређивање.

32. Одговор „злостављајућег родитеља“ / старатеља на злостављање

Родитељ, старатељ или други одрасли члан породице не верује у разоткривање злоупотребе, љути се на дете, подржава починиоца злостављања.

СЕФ – СОЦИЈАЛНИ И ЕКОНОМСКИ ФАКТОРИ

Присуство следећих фактора код родитеља, у породици носи висок ризик:

33. Стрес

Породица и родитељи/старатељи преживели су значајне животне догађаје, промене (губитак, избеглиштво, миграције, тешка болест, развод).

34. Запосленост

Родитељ / пружалац неге је незапослен и без перспективе да добије посао.

35. Социјална подршка

Нема подршке шире породице и пријатеља или је породица потпуно социјално изолована.

36. Економски ресурси

Породичне материјалне могућности су недовољне за одгајање детета.

ПРИ – ПРИСТУП ПОЧИНИОЦА ДЕТЕТУ И ОДГОВОРНОСТ ЗА ДЕТЕ

37. Приступ детету и одговорност

„Осумњичени“ починилац има **неограничен приступ** детету и/или је **једини родитељ одговоран за дете**, односно **законити старатељ**.

ПРИЛОГ 5. МАТРИЦА ФАКТОРА РИЗИКА – ШИРА ВЕРЗИЈА МАТРИЦА ФАКТОРА РИЗИКА

ФАКТОР РИЗИКА	ПОРОДИЧНЕ СНАГЕ	НИЗАК (1)	УМЕРЕН (3)	ВИСОК (5)
КД – КАРАКТЕРИСТИКЕ ДЕТЕТА				
1. Узраст		12–17	6–11	0–5
2. Физички, ментални или социјални развој	Без физичког, менталног, друштвеног или развојног застоја	Блажи физички, ментални, социјални или развојни застој	Значајан физички, ментални, социјални или развојни застој	Дубок физички, ментални, социјални или развојни застој
3. Понашање	Понашање детета одговара нормалном за тај узраст	Дете манифестује мање проблеме у понашању	Поремећеност у понашању детета	Озбиљна поремећеност у понашању детета
4. Самозаштита	Дете жели и уме да се заштити	Дете показује доследну способност да се заштити	Дете повремено показује способност да се заштити	Дете није у стању да себе заштити
5. Страх од пружаоца неге или кућне средине	Дете се удобно осећа са пружаоцем неге и/или у кућној средини	Дете показује знаке мање сумњичавости или забринутости у погледу пружаоца неге и/или кућне средине	Дете показује знаке стрепње и/или неудобности у погледу пружаоца неге или кућне средине	Дете је изузетно заплашено у погледу пружаоца неге или кућне средине

ТЗЗ – ТЕЖИНА ЗЛОУПОТРЕБЕ/ЗАНЕМАРИВАЊА				
6. Опасни поступци и радње	Родитељи се брину и старају да осигурају безбедност детета и избегну озлеђивање детета	Поступци који излажу дете ризику да му се нанесе мањи бол или озледа	Поступци који излажу дете ризику од задобијања већег бола или озледе средњег обима	Поступци који излажу дете ризику од оштећења или губитка телесне функције
7. Обим физичке повреде или озлеђења	Није потребно лечење због озледе или медицинског проблема	Површинска озледа, није потребна лекарска интервенција	Значајна озледа, изгледа да не захтева лекарску интервенцију	Већа озледа која захтева медицинско лечење
8. Обим емоционалне повреде или озлеђења које манифестује дете	Нормално понашање и социјално функционисање детета	Мања узнемиреност или оштећење у функционисању везано за злоупотребу/ занемаривање	Проблеми понашања у вези са злоупотребом/ занемаривањем који ометају друштвене односе или функцију	Велики емоционални или поремећај понашања у вези са злоупотребом/ занемаривањем
9. Адекватност медицинске неге и неге зуба	Доследно спровођење рутинске контроле и неге у кризама	Пропуст у обезбеђивању рутинске медицинске, зубне или пренаталне неге	Пропуст у обезбеђењу одговарајуће медицинске неге у случају озледе или болести које обично изискују лечење	Пропуст у обезбеђењу лечења у случају критичног стања или стања које угрожава живот
10. Обезбеђење основних потреба	Потребе у храни, одећи, смештају и хигијени адекватно подмирене	Пропуст у подмиривању основних потреба излаже дете ризику од мањег узнемирења/ неудобности	Пропуст у подмиривању основних потреба излаже дете ризику од кумулативног оштећења	Пропуст у подмиривању основних потреба излаже дете ризику од значајног бола, озледе или оштећења

ПРИРУЧНИК ЗА ПРИМЕНУ ПОСЕБНОГ ПРОТОКОЛА СИСТЕМА ЗДРАВСТВЕНЕ ЗАШТИТЕ
ЗА ЗАШТИТУ ДЕЦЕ ОД ЗЛОСТАВЉАЊА И ЗАНЕМАРИВАЊА

11. Адекватност надзора	Надзор задовољава нормалне стандарде одговарајуће за узраст детета	Одсуство надзора излаже дете ризику од појаве мањих непријатности или незгода	Одсуство надзора излаже дете ризику од кумулативног оштећења	Одсуство надзора излаже дете ризику од непосредног оштећења
12. Физичке опасности или опасни предмети у кући или животnoj средини	Животни услови су безбедни	Услови у кући излажу дете ризику од настанка мањих обољења или површинских озледа	Услови у кући излажу дете ризику од оштећења које може бити веће, али вероватно не би изискивало лечење	Опасности у кућној средини излажу дете ризику од озбиљних оштећења која ће вероватно изискивати лечење
13. Сексуална злоупотреба и/или експлоатација	Одрасли има несексуализован однос са дететом и стално га штити од сексуалне злоупотребе или експлоатације	Пружалац неге чини сексуално сугестивне примедбе или флертује са дететом без јасних предлога или физичког контакта	Одрасли чини сексуалне предлоге или наводи дете на учешће у одржавању неге или улепшавању	Одрасли се упушта у сексуални контакт са дететом или сексуално експлоатише дете
14. Експлоатација/ несексуална	Одрасли има неексплоататорски однос са дететом и не користи дете на било који начин у циљу личне користи	Одрасли повремено користи дете како би добио смештај или услуге од којих ће обоје имати користи	Одрасли зависи од детета у одржавању куће и помоћ у илегалним активностима за добијање новца	Одрасли ангажује дете за избегавање опасних активности ради издржавања или доношења користи одраслом

ХРО – ХРОНИЦИТЕТ

15. Учесталост злоупотребе/ занемаривања	Са дететом се поступа на одговарајући начин и није било инцидената са злоупотребом или занемаривањем у прошлости	Иzolовани инцидент злоупотребе или занемаривања	Повремени инциденти злоупотребе или занемаривања	Понављани или постојећи образац злоупотребе или занемаривања
------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------	--------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------

КР – КАРАКТЕРИСТИКЕ РОДИТЕЉА / ПРУЖАОЦА НЕГЕ

16. Виктимизација друге деце од стране родитеља/ пружаоца неге	Пружалац неге је позитиван и прикладно се понаша са децом	Докази о мањој злоупотреби или занемаривању друге деце	Докази о умереној злоупотреби или занемаривању друге деце	Докази о тежој злоупотреби или занемаривању друге деце
17. Ментални, физички или емоционални недостаци родитељка / пружаоца неге	Пружалац неге је физички, ментално и емоционално у стању да буде родитељ детету	Физички, ментални или емоционални недостатак омета у блажој мери родитељску способност	Физички, ментални или емоционални недостатак значајно омета способност родитељства	Због физичког, менталног или емоционалног недостатка способности родитељства веома неадекватна
18. Девијантно сексуално побуђивање	Деца не побуђују сексуално одраслог	Одраслог сексуално побуђују деца и то га мотивише на сексуални контакт са децом (на свим нивоима ризика)		
19. Злоупотреба супстанци од стране пружаоца неге	Родитељ не ужива алкохол или супстанце; родитељ не продаје супстанце	Анамнестички податак о злоупотреби супстанци, али ово сада не представља проблем	Смањење ефикасности због супстанци или зависности	Знатна неспособност због злоупотребе супстанци или зависности

ПРИРУЧНИК ЗА ПРИМЕНУ ПОСЕБНОГ ПРОТОКОЛА СИСТЕМА ЗДРАВСТВЕНЕ ЗАШТИТЕ
ЗА ЗАШТИТУ ДЕЦЕ ОД ЗЛОСТАВЉАЊА И ЗАНЕМАРИВАЊА

<p>20. Податак о насиљу у кући и насилном понашању</p>	<p>Пружаоци неге решавају конфликте на неагресиван начин</p>	<p>Иzolовани случај насилног понашања које није довело до озледе</p>	<p>Спорадични инциденти насилног понашања које доводи или би могло довести до мање озледе</p>	<p>Иzolован инцидент или понављани инциденти насилног понашања који су довели или би могли довести до веће озледе</p>
<p>21. Податак о злоупотреби или занемаривању родитеља у детињству</p>	<p>Пружалац неге је одрастао у здравој, незлоупотребљујућој средини</p>	<p>Повремени инциденти злоупотребе или занемаривања у детињству</p>	<p>Понављани инциденти злоупотребе или занемаривања у детињству</p>	<p>Податак о хроничном и/или тешком злоупотребавању или занемаривању у детињству</p>
<p>22. Родитељство – вештине и знање</p>	<p>Пружалац неге ствара окружење прикладно за дете</p>	<p>Пружалац неге има нереална очекивања од детета и/или празнине у родитељским вештинама</p>	<p>Значајне празнине у знању или вештинама које ометају ефикасно родитељство</p>	<p>Озбиљни недостаци у знању и вештинама родитељства или неприкладни захтеви и очекивања од детета</p>
<p>23. Одгој и прихватање</p>	<p>Пружалац неге отворено прихвата дете, активно се бави дететом и обезбеђује одговарајућу и адекватну стимулацију</p>	<p>Пружалац неге недоследно изражава прихватање детета и пружа недоследну стимулацију и интеракцију</p>	<p>Пружалац неге не показује осећања и прихватање, али не одбацује дете отворено и није непријатељски настројен</p>	<p>Пружалац неге изражено одбацује дете, без пружања осећања, пажње или стимулације</p>

24. Увиђање проблема	Пружалац неге отворено признаје проблем и његову тежину и спреман је да преузме одговорност	Пружалац неге увиђа постојање проблема и спреман је да преузме извесну одговорност	Пружалац неге има само површан увид у проблем, али не успева да прихвати одговорност за властито понашање	Пружалац неге не разуме или потпуно пориче проблем и одбија да прихвати ма какву одговорност
25. Заштита детета од стране незлоупотребљавајућег пружаоца неге	Пружалац неге је спреман и у стању да заштити дете од опасних особа и ситуација	Пружалац неге је спреман, али повремено није у стању да заштити дете	Заштита детета коју обезбеђује пружалац неге је недоследна и непоуздана	Пружалац неге одбија или није у стању да заштити дете
26. Сарадња са службама	Пружалац неге је пријемчив за интервенцију социјалног радника	Пружалац неге прихвата интервенцију и повремено је кооперативан	Пружалац неге прихвата интервенцију, али није кооперативан	Пружалац неге има изузетно непријатељски став према контакту са службама и њеним бављењем породицом

ОРД – ОДНОС И СТАВ РОДИТЕЉА / ПРУЖАОЦА НЕГЕ

27. Реакција на понашање или лоше понашање детета	Пружалац неге прикладно реагује на понашање детета	Пружалац неге неодговарајуће реагује на понашање детета	Пружалац неге реагује на понашање детета љутњом, фрустрацијом или беспомоћношћу	Пружалац неге упорно насилно реагује на понашање детета
28. Приврженост и везивање	Учвршћена веза родитељ – дете	Приметна мања неслагања или недоследност у односу родитељ – дете	Знаци анксиозног или поремећеног везивања (или одсуство везивања) у односу родитељ – дете	Очигледан недостатак везе између детета и родитеља

ПРИРУЧНИК ЗА ПРИМЕНУ ПОСЕБНОГ ПРОТОКОЛА СИСТЕМА ЗДРАВСТВЕНЕ ЗАШТИТЕ
ЗА ЗАШТИТУ ДЕЦЕ ОД ЗЛОСТАВЉАЊА И ЗАНЕМАРИВАЊА

29. Улога детета у породици	Улоге и одговорности у породици су додељене на одговарајући начин	Детету се даје неодговарајући задатак без неких тренутно приметних последица	Улога детета у породици штетно делује на нормалан развој	Улога детета у породици озбиљно ограничава или спречава нормалан развој
30. На дете се врши притисак да порекне злоупотребу	Пружалац неге подржава и штити дете од било каквог притиска да порекне злоупотребу	Пружалац неге подржава и штити дете од спољних притисака да порекне или повуче изјаву о злоупотреби	Пружалац неге индиректно врши притисак на дете да порекне или повуче изјаву и дозвољава другима да врше директан притисак на дете	Пружалац неге директно врши притисак на дете да пориче или повуче изјаву и тражи или подстиче друге да то чине
31. Питања личних граница	Личне границе су јасне и поштују се	Личне границе су обично јасне и поштују се, повремено се крше	Личне границе су обично јасне, али редовно долази до њиховог нефизичког повређивања	Иако су личне границе обично јасне, редовно долази до кршења, укључујући и физичко повређивање
32. Родитељски одговор на злоупотребу	Пружалац неге верује у оно што је откривено, показује забринутост и подржава дете и жели да пружи заштиту	Пружалац неге ће размотрити могућност да је дошло до злоупотребе, показује подршку и забринутост за дете и изражава жељу да га заштити	Пружалац неге не верује у откриће, али показује забринутост за дете и спремност да га заштити	Пружалац неге не верује у откриће, љути се на дете и подржава починиоца

СЕФ – СОЦИЈАЛНИ И ЕКОНОМСКИ ФАКТОРИ

33. Стрес који осећа родитељ / пружалац неге	Пружалац неге нема значајнијих животних стресова	Пружалац неге доживљава мање стресове	Пружалац неге доживљава значајније стресове или животне промене	Пружалац неге доживљава бројне и/или озбиљне стресове или животне промене
34. Стање запослености родитеља / пружаоца неге	Пружалац неге има запослење које одговара нивоу обуке и личних очекивања или је незапослен по властитом избору	Пружалац неге није адекватно запослен или је незапослен, али очекује запослење	Пружалац неге је незапослен, али поседује вештине које се траже и потенцијално се може запослити	Пружалац неге је незапослен, без изгледа да се запосли
35. Социјална подршка коју прима родитељ / пружалац неге	Чести супортивни контакти са пријатељима или рођацима и одговарајуће коришћење средстава заједнице	Повремен контакт са супортивним особама, мање коришћење расположивих средстава заједнице	Спорадичан супортивни контакт, недовољно коришћење средстава заједнице	Пружалац неге је географски или емоционално изолован уз непостојање или некоришћење средстава заједнице
36. Материјална средства пружаоца неге	Породица располаже средствима за подмиривање основних потреба	Средства породице су обично адекватна за задовољавање основних потреба	Породична средства су неадекватна за задовољавање основних потреба	Породична средства су веома неадекватна за задовољавање основних потреба

ПРИ – ПРИСТУП ДЕТЕТУ ПОЧИНИОЦА ЗЛОУПОТРЕБЕ

37. Приступ детету и одговорност за дете коју има починилац злоупотребе	Приступ починиоца детету је ограничен, планиран и структурисан да обезбеђује безбедност и добробит детета	Приступ починиоца детету је под надзором и обично контролисан или ограничен	Ограничен приступ под надзором или примарна одговорност за негу детета	Неограничен приступ детету или потпуна одговорност за бригу о детету
-------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------

ПРИЛОГ 6. РАДНА ВЕРЗИЈА ФОРМУЛАРА ЗА РЕГИСТРАЦИЈУ ЗЛОСТАВЉАЊА И ЗАНЕМАРИВАЊА

Формулар за регистрацију злостављања и занемаривања
у оквиру здравствене установе (радна верзија)

Матични број здравствене установе	Деловодни број	Бр. здравственог картона/ протокола
Име, презиме детета, име оца/мајке		
ЈМБГ		
Адреса становања, контакт телефон		
Породични статус детета (са ким дете живи):	a) са оба родитеља b) са мајком c) са оцем d) у породици сродника e) у хранитељској породици f) у установи g) друго _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Брачно стање родитеља:	брак/ванбрачна заједница не живе у заједници разведени, развод у току, родитељи непознати и сл.	
• У чијој пратњи дете долази на преглед:		
• Ко је присуствовао прегледу детета:	a) лекар b) мед. сестра c) родитељ d) друга особа (навести ко) _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Од кога су добијени подаци о злостављању/занемаривању детета:		
a) од детета b) од родитеља c) од пратиоца детета (навести сродство са дететом)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	

Кратак опис проблема на основу кога је постављена сумња на злостављање и занемаривање – дати прецизно објашњење података који би требало да се упишу у овом делу обрасца (место, оружје/оруже, трагови на гардероби итд.).	
• Дијагноза детета (према МКБ 10):	
• Врста злостављања:	
<ul style="list-style-type: none"> a) физичко <input type="checkbox"/> b) емоционално <input type="checkbox"/> c) сексуално <input type="checkbox"/> d) занемаривање <input type="checkbox"/> e) експлоатација <input type="checkbox"/> 	
Наводни починилац (навести могуће злостављаче):	
<ul style="list-style-type: none"> a) отац <input type="checkbox"/> b) мајка <input type="checkbox"/> c) деда/баба <input type="checkbox"/> d) брат/сестра <input type="checkbox"/> e) хранитељ <input type="checkbox"/> f) хранитељка <input type="checkbox"/> g) учитељ/васпитач <input type="checkbox"/> h) друга особа (навести сродство са дететом) <input type="checkbox"/> 	
• Да ли постоје раније регистроване и/или доказане сумње о ЗЗ	<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕ
• Подаци о спроведеном медицинском третману:	
• План даљих интервенција:	
• Пратећа документација (навести шта):	
Време и датум актуелног прегледа	Потпис здравственог радника/сарадника

Процена стручног тима	
• Сумња на врсту злоупотребе детета:	
• 1. Злостављање	
а) физичко	<input type="checkbox"/>
б) емоционално	<input type="checkbox"/>
в) сексуално	<input type="checkbox"/>
2. Занемаривање	
а) физичко	<input type="checkbox"/>
б) емоционално	<input type="checkbox"/>
в) медицинско	<input type="checkbox"/>
г) едукативно	<input type="checkbox"/>
3. Експлоатација	
- Процена ризика: <input type="checkbox"/> висок ризик, <input type="checkbox"/> средњи ризик, <input type="checkbox"/> низак ризик,	
- Сумња на злостављање и занемаривање већ пријављена центру за социјални рад:	
<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> не	
- Покренута кривична пријава:	
<input type="checkbox"/> да _____ (навести ко је поднео пријаву)	
<input type="checkbox"/> не	
- План интервенција за дете и породицу у оквиру здравствене установе: _____	
- План сарадње са другим службама (здравствене установе, центар за социјални рад, полиција, суд итд.): _____ _____	
Датум обраде случаја	Потпис чланова стручног тима

ПРИЛОГ 7. ПОСЕБНИ ПРОТОКОЛ СИСТЕМА ЗДРАВСТВЕНЕ ЗАШТИТЕ ЗА ЗАШТИТУ ДЕЦЕ ОД ЗЛОСТАВЉАЊА И ЗАНЕМАРИВАЊА

(који је Влада Србије усвојила 2009. године)

Увод

Злостављање деце представља један од глобалних проблема у области јавног здравља данас. Према проценама Светске здравствене организације, у свету око 40 милиона деце млађе од 14 година захтева медицинску и друштвену негу због злостављања и занемаривања. Злостављана деца пате од великог броја физичких, емоционалних и развојних проблема који угрожавају њихово здравље, њихову способност да уче и продуктивност у каснијем животу. Сви поступци којима се угрожавају или нарушавају физички, психички и морални интегритет личности детета представљају повреду права детета садржаних у Конвенцији о правима детета. Посебно је значајан члан 19. Конвенције, који захтева заштиту деце од свих облика физичког или менталног насиља. Овај члан утврђује следеће:

1. Државе чланице ће предузети све одговарајуће законске, административне, социјалне и образовне мере за заштиту детета од свих облика физичког или менталног насиља, повређивања или злостављања, занемаривања или немарног поступања, малтретирања или експлоатације,
2. Заштитне мере треба, према потреби, да обухвате ефикасне програме спречавања злостављања или, када се злостављање већ догоди, ефикасне програме подршке детету и породици, као и адекватан поступак са злостављачем.

Доношењем Закона о ратификацији Конвенције Уједињених нација о правима детета (Службени лист СФРЈ – Међународни уговори, број 15/90, и Службени лист СРЈ – Међународни уговори, број 4/96 и 2/97) држава се обавезала да предузме мере за спречавање и заштиту деце од свих облика насиља у породици, институцијама и широј друштвеној средини.

Влада Републике Србије усвојила је, у фебруару 2004. године, Национални план акције за децу којим је дефинисана политика државе према деци за период до 2015. године. Један од приоритета Националног плана акције јесте успостављање свеобухватног система за заштиту деце

од злостављања и занемаривања, који ће обезбеђивати заштиту деце у складу са начелима Конвенције о правима детета и уз поштовање принципа најбољег интереса детета. Као специфичан циљ је истакнуто успостављање ефикасне, оперативне мултиресорске мреже за заштиту деце од злостављања, занемаривања, искоришћавања и насиља, као и подизање нивоа свести и знања стручњака, лаика и саме деце о питањима која се тичу права деце на заштиту од свих облика злостављања, занемаривања, искоришћавања и насиља.

Влада Републике Србије је 2005. године усвојила Општи протокол за заштиту деце од злостављања и занемаривања. Општи протокол се односи на сву децу, без дискриминације, односно без обзира на породични статус, етничко порекло и све друге социјалне или индивидуалне карактеристике детета (боју, расу, пол, језик, вероисповест, националност, менталне, физичке или друге специфичности детета) и његове породице.

У складу са одредбама Општег протокола, предвиђено је да министарства у чијој су надлежности послови породичноправне и социјалне заштите, правосуђа, унутрашњих послова, здравља и образовања израде посебне протоколе поступања којим ће се детаљније разрадити интерни поступци унутар сваког појединачног система и унутар појединачних установа у ситуацијама када постоји сумња да је неко дете доживело или је под ризиком да доживи злостављање и занемаривање.

Посебни протокол система здравствене заштите за заштиту деце од злостављања и занемаривања намењен је здравственим радницима и здравственим сарадницима непосредно ангажованим у здравственој заштити деце, на свим нивоима, у јавном, приватном и невладином сектору.

Основни принципи и циљеви

Посебни протокол почива на истим принципима као и Општи протокол и Национални план акције за децу:

- право детета на живот, опстанак и развој,
- недискриминација,
- најбољи интерес детета,
- партиципација (учешће детета у доношењу одлука које се тичу детета, а у складу са узрастом и развојним способностима детета).

Најбољи интерес детета подразумева да је интерес детета примаран у односу на интерес родитеља или старатеља, установе или заједнице у ситуацијама када се ови интереси разликују од интереса детета.

Партиципација детета обезбеђује се тако што деца треба да буду питана, да добију адекватне информације и могућности да изразе своје жеље, ставове и мишљење о свим питањима која их се тичу, у свим фазама процеса заштите и на начин који одговара њиховом узрасту и способностима разумевања ситуације.

Општи циљ Посебног протокола је заштита деце од свих облика злостављања, занемаривања и искоришћавања у систему здравствене заштите.

Посебни протокол се односи на сву децу која долазе у контакт са здравственом службом, односно са здравственим радницима и здравственим сарадницима, без обзира на пол, узраст, породични статус, етничко порекло и све друге социјалне или индивидуалне карактеристике детета и његове породице (боја коже, језик, вероисповест, националност итд.).

У специфичне циљеве Посебног протокола спадају:

- информисање запослених у установама здравствене заштите о поступку у случају сумње да је дете жртва злостављања и занемаривања или да то може постати;
- успостављање ефикасне процедуре збрињавања детета (откривање, дијагностика, третман, документација и евиденција) у случајевима сумње на злостављање и занемаривање;
- дефинисање поступака заштите детета од даљег злостављања и занемаривања;
- успостављање јединственог система евиденције о случајевима злостављања и занемаривања деце;
- унапређење добробити деце кроз спречавање злостављања и занемаривања;
- рехабилитација злостављане и занемариване деце.

Сврха Посебног протокола је да здравственим радницима и здравственим сарадницима пружи смернице како да поступају у случајевима злостављања и занемаривања деце и младих користећи основне смернице Општег протокола за заштиту деце од злостављања и занемаривања. Посебни протокол је фокусиран на специфичне поступке и мере које спроводе здравствени радници и здравствени сарадници.

Дефиниције и показатељи злостављања и занемаривања деце

Под злостављањем детета подразумевају се сви облици физичког и/или емоционалног злостављања, сексуалног злостављања, занемаривања или немарног поступања, комерцијалне или друге експлоатације, из којих произлази стварно или потенцијално угрожавање живота, здравља, развоја или достојанства детета у оквиру односа који укључује одговорност, поверење или моћ.

Термини *злостављање* и *занемаривање*, који се могу обухватити и заједничким термином *злоупотреба*, користе се за описивање разноврсних облика насиља над децом. Сматра се да злостављање представља активни чин, док је занемаривање пропуст у пружању адекватне неге детету. Злостављачи могу бити лица која трајно или повремено брину о детету (родитељи, старатељи и др.), деца или млади (такозвано „вршњачко насиље“) или свако лице које има одговорност за дете, моћ у односу на дете или поверење детета (на пример васпитач, наставник, тренер и сл.).

Последице злостављања могу бити фаталне – према процени Светске здравствене организације, током 2000. године скоро 60.000 деце млађе од 15 година умрло је због злостављања. Злостављање са нефаталним исходом много је чешће. Подаци прикупљени у здравственом систему о злостављању и занемаривању деце не одсликавају реално стање, што се јасно уочава када се ти подаци упореде са одговарајућим подацима из других сектора.

Врсте злостављања и занемаривања

Злостављање (злоупотреба) детета може условно да се подели на специфичне подврсте злостављања:

- физичко злостављање,
- сексуалну злоупотребу,
- емоционално злостављање и злоупотребу,
- занемаривање и експлоатацију.

Треба имати на уму да су могуће и комбинације ових врста злостављања детета.

Физичко злостављање

Физичко злостављање детета дефинише се као дело које проузрокује физичку повреду или потенцијално може да повреди дете. Важно је да се направи разлика између злостављања и ненамерне (случајне или задесне) озледе, односно физичких знакова и симптома који подражавају намерно озлеђивање али су, у ствари, последица или су потпомогнути органским стањима од којих дете пати. Насилни акти могу бити једнократни или више пута понављани. Најчешћи узрок физичког злостављања када то чине одрасли јесте телесно кажњавање као дисциплинска мера у „васпитавању“ детета. Телесно кажњавање је веома опасно по децу, не само као значајан узрок морбидитета и морталитета деце већ и као значајан фактор у подстицању насилног понашања и у развоју других поремећаја понашања детета у каснијем животу. Поред тога, и *вршњачко насиље* може да доведе до различитих физичких повреда.

Примери физичког злостављања су ударање, шутирање, дрмусање (углавном код одојчади), стезање врата, бацање, тровање, паљење, посипање врућом водом или излагање детета деловању вреле паре, везивање детета, напад оружјем и сл. У физичко злостављање спада и намерно изазивање симптома болести код детета од стране родитеља, старатеља или друге одрасле особе која је одговорна за дете (тзв. Минхаузенoв синдром *by proxy*).

Показатељи

Повреде се могу испољити као спољашње повреде (повреде коже), унутрашње повреде (повреде меких ткива и унутрашњих органа) и као преломи костију. Манифестују се у облику крвних подлива, огуљотина, убоина, опекотина итд. На физичко злостављање треба посумњати када механизам настанка повреде (онако како га је описао родитељ односно особа која је довела дете на преглед) не одговара самој повреди, код честих, поновљених повреда, када постоје вишеструке повреде у различитим стадијумима зарастања или повреде које не одговарају узрасту детета одн. његовом развојном нивоу и сл.

Физичко злостављање може довести и до поремећаја у понашању и емоционалних тешкоћа и поремећаја емоција код детета, што може да се манифестује на различите начине (дете је тужно, често плаче, неповезано говори, бежи од куће, испољава разне страхове, појава енурезе и енкомпрезе, тикова, муцања и др.).

Сексуално злостављање

Сексуално злостављање детета је свака сексуална активност у коју се дете укључује, а коју оно не схвата у потпуности, са којом није сагласно, за коју није развојно дорасло и није у стању да се са њом сагласи, односно она сексуална активност којом се крше закони или социјалне норме.

Сексуалном злоупотребом детета сматра се и:

- навођење или приморавање детета на учешће у сексуалним активностима, било контактним (нпр. сексуални однос, сексуално додиривање и сл.) било неконтактним (нпр. излагање погледу, егзибиционизам и сл.), без пристанка детета (или чак уз његов пристанак ако је млађе од 14 година) или уз примену силе или претњу силом без обзира на узраст детета,
- експлоататорско коришћење детета за проституцију или друге незаконите сексуалне радње.

Разликује се неколико облика сексуалног злостављања:

- бесконтактно (неморално излагање, показивање порнографских слика и сл.),
- непенетративни контакт (додиривање, мастурбација и сл.),
- пенетративни контакт (било да је остварен прстима одн. коришћењем предмета било да је у питању потпун сексуални однос).

Истраживање сопственог тела које одговара узрасту детета (посебно код адолесцената) не представља сексуалну злоупотребу.

Показатељи

Деца могу да дођу на преглед због неког физичког проблема или промена у понашању, а да се током испитивања испостави да је узрок томе сексуално злостављање. На сексуално злостављање могу да укажу повреде гениталија, перигениталног предела и чмара, сексуално преносива обољења, трудноћа, необјашњив бол у стомаку, хроничне или повратне инфекције уринарног тракта.

Физички знаци не морају да постоје, посебно код непенетративног злостављања, али готово увек постоје стид, узнемиреност, осећај кривице. У честе поремећаје понашања спадају повученост, емоционална тупост, ћудљивост, узнемиреност, потиштеност, самодеструктивност, губитак апетита, страх, покушаји самоубиства и/ или вербализација суицидалних намера и друго.

Емоционално злостављање

Емоционална злоупотреба представља однос примарног пружаоца / примарних пружалаца неге према детету којим се детету наноси стварна штета, односно који може потенцијално бити штетан по дете. Ово обухвата развојно неприкладне, недовољне или недоследне односе са дететом и излагање детета збуњујућим или трауматским догађајима и околностима (нпр. породичном насиљу), употребу детета за испуњавање психолошких потреба пружаоца неге, активно „поткупљивање“ детета, као и пропуштање да се унапређује дететова социјална адаптација (укључујући изолацију). Емоционално злостављање се може препознати и у вршњачким односима и у односима са одраслима из институција у којима деца бораве и раде.

Емоционална злоупотреба обухвата пропуштање да се обезбеди развојно прикладна, подржавајућа средина, укључујући и доступност примарних пружалаца неге, како би дете могло развити стабилне емоционалне и социјалне способности које одговарају његовом личном потенцијалу. Емоционална злоупотреба обухвата и поступке којима се дете омаловажава, оцрњује, окривљује без разлога, којима се детету прети, којима се дете застрашује, којима се ограничава кретање детета, којима се врши дискриминација, којима се дете исмејава, као и упражњавање других облика нефизичког, непријатељског или одбацујућег поступања.

Показатељи

Специфични показатељи емоционалног злостављања су: заостајање у развоју, неоргански застој раста, енуреза/енкомпреза, поремећаји навика (ударање главом, уједање), поремећај спавања, неуобичајене емоционалне реакције као што су фобије, хипохондрија, опсесивност, плашљивост (страх од физичког контакта или хипервигилност), непримерено стармало или инфантилно понашање.

Емоционално злостављање може да се манифестује неспецифичним клиничким знацима (ноћно мокрење, главобоље, мука, абдоминални бол и сл.) или поремећајем у понашању (застој у менталном и емоционалном развоју, екстремна повученост или агресивност, депресија, лоши односи са вршњацима и др.).

Занемаривање

Занемаривање представља пропуст пружаоца неге (родитеља или старатеља) да у склопу ресурса којима располаже обезбеди

оптималне услове (здравствене, образовне, животне, нутритивне итд.) за физички, ментални, духовни, морални или друштвени развој детета. Ово обухвата и пропусте у правилном надзирању детета и у заштити детета од повређивања.

Родитељи, старатељи и други могу да занемаре дете на много различитих начина, од ускраћивања оброка, преко недовођења детета на контролни преглед или на редовну вакцинацију, ненадгледања детета, неодговарајућег одевања детета, до неуписивања детета у школу. Немар треба раздвајати од сиромаштва, када родитељи и поред најбоље воље нису у стању да детету пруже све што му је потребно (мада ове границе нису увек јасне).

Показатељи

Занемаривање може да се испољи кроз физичке знаке (честе нелечене инфекције, застој у расту и развоју и сл.) или кроз поремећаје у понашању (депресија, делинквентно понашање, самодеструктивно понашање, потреба за сталном пажњом и др.).

Физички показатељи занемаривања могу бити: стална глад и потхрањеност, хигијенска запуштеност, неодговарајуће облачење, сталан замор или одсуство пажње, неадекватан смештај, одсуство стандардне педијатријске неге (нередовне вакцинације, недавање терапије), акцидентална повређивања (падови, гутање разних супстанци, недавање терапије), стално одсуство надзора, напуштање.

Бихевиорални показатељи занемаривања могу бити: кашњење развоја говора, заостајање развоја перцептивних и моторних способности, неодговарајуће тражење наклоности, неодговарајуће афективно реаговање, апатија, подозривост, омаловажавање себе, спорадично или ретко похађање школе, преузимање одговорности и бриге у име одраслих, прошња или крађа.

Експлоатација

Комерцијална експлоатација или друге врсте експлоатације детета односе се на коришћење детета за рад или у остале сврхе, а у корист других особа. Експлоатација обухвата рад деце, проституцију деце, киднаповање деце, продају деце, коришћење деце у индустрији порнографије и др.

Показатељи

Експлоатација деце има за последицу нарушавање физичког или менталног здравља детета, његовог образовања те моралног, социјалног и емоционалног развоја. У зависности од врсте експлоатације, она се може манифестовати клиничким знацима сексуалног злостављања, умором, физичким повредама или променама у понашању, заостајањем у образовним постигнућима и др.

Дефиниције злостављања и занемаривања детета садржане у посебном и општем протоколу у складу су са дефиницијама усвојеним на Консултацији о спречавању злоупотребе деце у Светској здравственој организацији у Женеви, 1999. године, које је прихватило и Међународно удружење за превенцију злоупотребе и занемаривања деце (ISPCAN) у документу „Интерсекторски приступ злостављању деце“ (2003).

Процес заштите детета

У процесу заштите деце од злостављања и занемаривања учествују здравствени радници и здравствени сарадници на свим нивоима здравствене заштите. Уз њих, у овом процесу важну улогу имају установе и појединци из система социјалне заштите (као координатори процеса заштите), образовања, полиције, правосуђа и др. Њихове улоге прецизно су дефинисане општим и посебним протоколима о заштити деце у свакој од наведених области.

Здравствени радници су често међу првима којима се дете или његови ближни обраћају за помоћ у ситуацијама када је дете повређено, када испољава тешкоће у понашању и контроли емоција, односно када је породица у кризи. Због тога су они у јединственој позицији да ефикасно и благовремено уоче ризик или открију злостављање и занемаривање детета те да покрену процес пружања помоћи који ће заштитити дете и омогућити му опоравак и несметани даљи развој.

Сваки лекар је дужан да збрине дете и пријави сумњу на злостављање и занемаривање детета. Злостављање и занемаривање детета се пријављује стручном тиму здравствене установе¹, полицији и надлежном центру за социјални рад. Непријављивање случајева злостављања и занемаривања повлачи кривичну одговорност и професионалну одговорност (пред одговарајућим органом лекарске коморе).

¹ У мањим здравственим установама у којима не постоје услови за формирање стручног тима, у случају да лекар и сестра процене да не могу сами да збрину и заштите дете, дете се шаље на виши ниво здравствене заштите, односно у најближу установу у којој овај стручни тим постоји, а која организационо припада матичној здравственој установи.

Због сложености овог проблема, а по угледу на друге секторе (сектор социјалне заштите, образовања, полиције итд.), важну улогу у заштити деце имају новоформирани стручни тимови за заштиту деце од злостављања.

Стручни тим за заштиту деце од злостављања

Свака здравствена установа дужна је да у свом саставу формира стручни тим за заштиту деце од злостављања и занемаривања.

Основни задаци стручног тима

Основна улога стручног тима је да на адекватан начин збрине злостављано или занемарено дете у оквиру система здравствене заштите. Стручни тим пружа стручну помоћ лекару који је посумњао на злостављање, поставља дијагнозу, прати и спроводи поступак за заштиту деце од злостављања и занемаривања унутар установе у складу са посебним и општим протоколом, пријављује злостављање и занемаривање и по пријављивању успоставља сарадњу и комуникацију са надлежним центрима за социјални рад и полицијом (ради координације активности и рада на конкретним случајевима). Остали задаци стручног тима су:

- Израда плана за примену *Посебног протокола за заштиту деце од злостављања и занемаривања* у установи. Минимални садржај плана чине јасан опис поступка у установи са дететом које је под ризиком или идентификовано као жртва насиља (према националним препорукама), дефинисање детаља сарадње са центром за социјални рад, полицијом, образовно-васпитним установама и другим службама у локалној заједници (контакти, бројеви телефона), израда плана превенције, плана едукације колектива и процедуре евиденције случајева злостављања и занемаривања, као и израда плана „кризне комуникације“.
- Превентивни рад.
- Едукација свих чланова колектива који учествују у здравственој заштити за примену Посебног протокола.
- Евиденција случајева злостављања и занемаривања у посебном регистру у установи.
- Подношење годишњег извештаја о раду свом колективу, као и надлежном центру за социјални рад, односно локалној заједници.
- Подношење годишњег извештаја (МКБ 10) Институту за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут“.
- Сарадња са Посебном радном групом за заштиту деце од

злостављања и занемаривања те подношење шестомесечног извештаја тој комисији.

Структура стручног тима

Стручни тим се формира на основу специфичности средине и установе. Када није могуће образовати оптимални тим, формирају се минимални тимови који се састоје од педијатра и сестре. Оптимални тим се састоји од директора, начелника педијатрије и одговорне сестре педијатрије, службе за хитну помоћ, одговорне патронажне сестре, психолога те социјалног радника који руководи радом групе у установама примарне здравствене заштите. У здравственим организацијама секундарног и терцијарног нивоа стручним тимом по правилу руководи педијатар, дечји психијатар или дечји хирург. Тамо где постоје кадровски услови у групу треба укључити и лекаре других специјалности (дечје хирурге, психијатре, гинекологе итд.).

Здравствене установе су дужне да, у року од три месеца по објављивању Посебног протокола, формирају стручне групе за заштиту деце од злостављања и занемаривања и да о томе обавесте Министарство здравља – Сектор за организацију здравствене службе и здравствену инспекцију.

Посебна радна група за заштиту деце од злостављања и занемаривања

У оквиру Републичке стручне комисије за унапређење здравља жена, деце, школске деце и омладине формираће се Посебна радна група за заштиту деце од злостављања и занемаривања.

Основни задаци Посебне радне групе за заштиту деце од злостављања и занемаривања:

- праћење реализације Посебног протокола система здравствене заштите за заштиту деце од злостављања и занемаривања, а по потреби предлагање одговарајућих мера, најмање два пута годишње,
- сарадња са системом социјалне заштите који има улогу координатора у мултиресорском систему заштите деце од злостављања и занемаривања,

- осмишљавање и реализација едукативних програма за чланове стручних тимова за заштиту деце од злостављања и занемаривања,
- разматрање извештаја стручних тимова за заштиту деце од злостављања и занемаривања и Института за јавно здравље Србије, а по потреби предлагање мере за унапређење заштите деце,
- оцењивање практичне примене одредби Посебног протокола и пратеће документације уз Посебни протокол те предлагање измена и других мера усмерених на побољшање квалитета заштите деце,
- подношење годишњег извештаја о раду министру здравља.

Структура Посебне радне групе за заштиту деце од злостављања и занемаривања

Посебна радна група за заштиту деце од злостављања и занемаривања има девет чланова. Чланови радне групе су признати стручњаци у одговарајућој области и то:

- специјалиста педијатар (руководилац посебне радне групе),
- специјалиста судске медицине,
- специјалиста дечје психијатрије,
- клинички психолог,
- специјалиста педијатар,
- специјалиста дечје хирургије,
- специјалиста гинекологије и акушерства (едукован за дечју и адолесцентску гинекологију),
- специјалиста социјалне медицине,
- представник министарства здравља,
- правник, представник министарства надлежног за рад и социјална питања.

Чланове Посебне радне групе за заштиту деце од злостављања и занемаривања Републичке стручне комисије у року од три месеца по објављивању Посебног протокола именује министар здравља на период од пет година. Мандат чланова Републичке стручне комисије за заштиту деце од злостављања и занемаривања може се поновити.

Председник Посебне радне групе је истовремено и члан Републичке стручне комисије за заштиту мајке и детета.

Посебна радна група за заштиту деце од злостављања и занемаривања дужна је да, у року од 6 месеци по конституисању, донесе Пословник о раду.

Едукација здравствених радника и здравствених сарадника за примену Посебног протокола

Едукација здравствених радника и здравствених сарадника за примену Посебног протокола треба да омогући запосленим здравственим радницима и здравственим сарадницима да разумеју процес заштите детета од злостављања и занемаривања и да адекватно поступају у том процесу у установама здравствене заштите.

Предвиђена је континуирана едукација према следећим нивоима:

- Основна едукација треба да обухвати запослене у здравственим установама како би они стекли минимум знања и вештина које су неопходне за превенцију, препознавање, процену и реаговање на злостављање и занемаривање деце и како би били упознати са редоследом поступка садржаним у општем и посебном протоколу.
- Виши ниво едукације треба да обухвати стручњаке одн. стручне тимове који се непосредно баве децом у здравственој установи и треба да им обезбеди детаљно познавање поступака за заштиту детета, између осталог препознавање, откривање и пријављивање злостављања и занемаривања, осигурање безбедности детета, спремност на специфичне интервенције и рад на превенцији злостављања и занемаривања.
- Специјализована едукација треба да обухвати одређени број стручњака у здравству који ће стећи специјализована знања и вештине потребне за клинички судскомедицински преглед, форензички интервју те психотерапијски третман детета и породице.

У току прве године по објављивању овог протокола едукацијом ће бити обухваћени сви чланови стручних тимова из свих здравствених организација на територији Републике Србије.

Континуирану едукацију обављаће Институт за судску медицину Медицинског факултета у Београду, преко Центра за континуирану медицинску едукацију Медицинског факултета Универзитета у Београду.

Превенција злостављања и занемаривања деце

Насиље над децом није породична или појединачна ствар, то је друштвено зло које треба спречити.

Непостојање ваљаних података о обиму и последицама злостављања и занемаривања деце успорава доношење одговарајућих

превентивних мера. Нажалост, данас се већина превентивних мера фокусира на жртве и починиоце, без конкретних акција које се баве коренима самог проблема.

Примарна превенција

Примарна превенција подразумева рад на превенцији насиља у породици и у друштву. Поред општих мера које друштво предузима у циљу смањења сиромаштва, повећања доступности и квалитета услуга служби које се старају о деци те едукације родитеља и заједнице, веома су важне конкретне активности које здравствена служба може да спроведе у сарадњи са другим секторима:

- иницијатива или подршка иницијативи за допуну законске регулативе везане за насиље над децом (посебно закон против телесног кажњавања деце),
- едукација јавности о штетности насиља, о ненасилној комуникацији, о општем протоколу и посебним протоколима за заштиту деце од злостављања, постојећим законским актима о насиљу у породици и другим врстама насиља,
- едукација родитеља о правима деце, правилној нези и стимулацији дечјег развоја,
- успостављање сарадње са релевантним институцијама у циљу едукације деце о ненасилној комуникацији, конструктивном решавању сукоба, самооснаживању за пријављивање насиља,
- организовање округлих столова, форума и изложби о заштити деце од злостављања,
- јачање капацитета невладиног сектора и удружења родитеља у борби против насиља,
- развој превентивних програма за заштиту деце од злостављања на нивоу здравствене установе, образовно-васпитних установа и локалне заједнице,
- спремност да се делује у случају појаве злостављања (то подразумева едуковано особље, јасну поделу улога и одговорности унутар здравствене установе, дефинисану сарадњу са центром за социјални рад, полицијом, образовно-васпитним установама и другим релевантним институцијама).

Сваки контакт са децом и породицом треба искористити за едукацију и промоцију ненасилне комуникације. Посебна улога у превенцији насиља припада постојећим саветовалиштима (саветовалишта за труднице, школе за родитељство, здравствено-едукативни центри, саветовалишта за младе,

развојна саветовалишта) која имају обавезу да у своје годишње планове активности унесу превенцију злостављања деце.

Секундарна превенција

Секундарна превенција подразумева откривање деце и породица код којих постоји повећан ризик од појаве насиља и рад са њима. Контролне и систематске прегледе, посете патронажних сестара и све друге контакте деце и породица са здравственом службом треба искористити за идентификацију деце и породица под ризиком. Најбољи резултати у раду са идентификованим високоризичним групама постижу се приликом кућних посета, кроз разговор и саветовање.

Терцијарна превенција

Терцијарна превенција обухвата рад са злостављаном и занемареном децом и рад са злостављачима како би се спречило поновно злостављање и умањиле последице злостављања и занемаривања. Циљ је, ако је то икако могуће, сачувати породицу и спречити смештање злостављане деце у институције или у алтернативне видове ванпородичне неге. У спровођењу ове интервенције обавезно учествује мултидисциплинарни стручни тим.

Откривање, регистрација и пријављивање злостављања и занемаривања деце

У систему здравствене заштите веома је важно поштовање јасно дефинисаних корака процеса заштите детета:

- 1) препознавање случајева злостављања и/или занемаривања,
- 2) пријављивање надлежном органу / надлежној служби,
- 3) процена ризика, стања и потреба детета и породице,
- 4) планирање услуга и мера за заштиту детета.

1) Препознавање злостављања и занемаривања детета

То је први, најважнији корак у заштити детета, као и најосетљивији део процеса од кога, у великој мери, зависи његов даљи ток и исход по здравље детета. Улога здравствених радника у том смислу је немерљиво значајна, не само због тога што готово сва деца долазе у додир са здравственим радницима већ и због очекивања саме деце да ће им

здравствени радници притећи у помоћ. Најважнију улогу у откривању злостављања и занемаривања имају здравствени радници који се налазе у примарној здравственој заштити: педијатри (контролни, систематски и други прегледи), педијатријске сестре и патронажне сестре (током кућних посета, неге новорођеног детета, разговора са породицом).

Злостављање и занемаривање детета открива се на два начина:

а) Препознавањем повреде или промене у понашању детета (види претходно поглавље).

Препознавање злостављања детета је истраживачки посао који се састоји од сакупљања елемената доказа у једну логичку целину. Како већина клиничких знакова и симптома није специфична за злостављање детета, када се јави сумња да постоји злостављање детета треба активно и систематски приступити анамнези и физичком прегледу детета. Сваки контакт детета са здравственом службом, било да је повод контролни преглед, систематски преглед, имунизација или нешто друго, треба искористити и за уочавање евентуалних знакова повреда или промена у понашању.

б) Поверавањем, које може бити директно (када се поверава само дете) или индиректно (када се информације добију од других особа које сумњају да је дете злостављано). Поверавање детета треба схватити озбиљно и треба пажљиво, без прекидања, саслушати дете. Током разговора дете треба умирити и ставити му до знања да ће добити заштиту.

Поступак када се јави сумња да постоји злостављање или занемаривање

Чим се јави сумња да постоји злостављање или занемаривање треба:

1. **Предузети медицинско збрињавање повреда/болести детета.**
2. **Документовати стање детета**, што подразумева прецизно бележење података о идентитету детета, пратилаца и наводног починиоца те о повредама и поремећајима понашања у одговарајуће обрасце који су дати у прилогу. Ако постоји могућност, повреде детета треба фотографисати.

У вођењу документације користити X ревизију Међународне класификације болести (МКБ-10) која, поред категорије T74 која се односи на синдром злостављања, издваја и посебну категорију Z 61 која се односи на проблеме са негативним животним догађајима у детињству.

3. **Консултовати се са стручним тимом** који је обучен за рад на заштити од злостављања и занемаривања. Међутим, овај процес консултација не би смео да успори или одложи хитно збрињавање повреда и болести детета уколико је такав поступак индикован.
4. **Проценити ризик** од злостављања и занемаривања детета заједно са стручним тимом који је обучен за рад на заштити од злостављања и занемаривања.
5. **Обавестити социјалног радника** дома здравља и консултовати се са социјалним радником из референтног односно најближег центра за социјални рад или са другим службама за које се претпоставља да имају сазнања о детету и породици (образовно-васпитне установе, друге здравствене установе, центар за социјални рад, СОС служба и слично). Циљ ових консултација јесте да се прикупе додатни подаци о детету и породици, који могу бити корисни за процену ризика и прављење плана заштите детета.

Ови поступци су исти без обзира на ниво здравствене заштите (поступак је исти и у примарној, и у секундарној, и у терцијарној здравственој заштити).

2) Пријављивање надлежном органу / надлежној служби

Право је и дужност (законска и етичка) свих здравствених радника да пријаве сумњу на злостављање и занемаривање детета (члан 253. Закона о кривичном поступку – сви државни органи, органи територијалне аутономије или органи локалне самоуправе, јавна предузећа и установе дужни су да пријаве кривична дела за која се гони по службеној дужности, о којима су обавештени или за њих сазнају на други начин; члан 332. Кривичног законика Републике Србије, којим је предвиђено санкционисање непријављивање кривичног дела и учиниоца; члан 263. став 3. Породичног закона, којим је предвиђено да право и дужност да обавесте јавног тужиоца или орган старатељства о разлозима за заштиту права детета имају све дечје, здравствене и образовне установе или установе социјалне заштите, правосудни и други државни органи, удружења и грађани).

Осим пријаве, здравствени радник је дужан да сачува доказе о учињеном кривичном делу.

Након откривања злостављања/занемаривања, консултација и процене ризика могу да уследе следеће акције:

а) Неодложна пријава полицији и центру за социјални рад у случају када су живот и здравље детета непосредно угрожени или се верује да ће непредузимањем хитних мера заштите живот и здравље детета бити непосредно и тешко угрожени. Неодложна пријава се врши када је:

- уочено присуство повреда код детета услед физичког или сексуалног злостављања, без обзира на то ко је те повреде нанео (родитељ/старатељ, вршњак итд.),
- постављена сумња да родитељ/старатељ и друге особе својим чињењем могу да узрокују тешке повреде детета,
- дете у ризику од повреде или оштећења од стране родитеља/старатеља који је у психотичном стању или је агресиван услед тешке менталне болести, поремећаја личности, употребе дроге или алкохола,
- дете млађе од 6 година остављено без надзора или када у окружењу детета постоје опасне околности које непосредно угрожавају живот или здравље детета,
- када постоји основана сумња да ће дете претрпети одмазду или уцену од стране родитеља/старатеља или других особа односно да ће родитељ/старатељ побећи са дететом и свој бес и нелагодност изазван пријављивањем и истрагом усмерити према детету.

Деца чије су здравље и живот угрожени не смеју да се оставе особи на коју се сумња да је злостављач или да прикрива злостављача док не дође надлежни орган (полиција односно представник центра за социјални рад). За то време дете треба да остане у здравственој установи.

Пријава се подноси центру за социјални рад и полицији, одмах по постављању сумње на горе наведене индикације. Пријава полицији се обавља позивом на број 92 или директним позивањем надлежне полицијске станице. По доласку полиције односно социјалног радника доноси се, поштујући најбољи интерес детета, одлука о привременом смештају, при чему се води рачуна о томе да се обезбеди најбоља нега док комисија не донесе коначно решење.

б) Редовна пријава надлежном центру за социјални рад. Наш правни систем предвиђа дужност државних органа, установа и грађана да пријаве центру за социјални рад, као органу старатељства, сваки случај злостављања и занемаривања детета (члан 268. став 3. Породичног закона).

Према Конвенцији о правима детета, „принцип најбољег интереса детета“ има предност над обавезом чувања професионалне тајне. У складу с тим, када здравствени радници и сарадници који раде са децом и одраслим особама током рада дођу до података о постојању злостављања и занемаривања детета, они имају обавезу да пријаве сумњу на злостављање и занемаривање.

Пожељно је да стручњак пре подношења пријаве центру за социјални рад поразговара са породицом детета о својој забринутости за дете, да затражи потребне информације од родитеља и да их обавести да ће случај пријавити центру за социјални рад. Међутим, овај поступак треба спроводити само у случајевима када такав разговор неће повећати ризик од повреде код детета.

Пријаве се могу поднети писмено или усмено, укључујући и разговор телефоном (усмену пријаву треба да прати писмена пријава у року од 48 сати). Пријава треба да садржи све податке о детету и породици који су у том моменту познати стручњаку односно служби која врши пријаву, као и разлоге за сумњу на злостављање/ занемаривање детета.

Свака здравствена установа мора да има телефонски број надлежне социјалне установе. Здравствена установа обавезна је да прецизније дефинише сарадњу са локалним надлежним центром за социјални рад, што укључује договор о сарадњи, састанцима, формирању стручних тимова. Овај договор мора да покрије све могуће локалне специфичности како би служба могла да реагује по потреби, било када у току 24 сата.

Испуњавање обавезе обавештавања полиције и центара за социјални рад, а у посебним случајевима и образовно-васпитне установе, веома је важан корак у заштити деце од злостављања. Информације које полиција, центри за социјални рад и образовно-васпитне установе поседују могу бити пресудне у расветљавању случајева злостављања деце.

в) Одлагање пријављивања односно одлука да се сумња не пријави одмах центру за социјални рад може се донети уколико тим стручњака на нивоу установе закључи, након заједничког разматрања података, да је ризик од злостављања/занемаривања детета низак или да установа има капацитета да се бави проблемом детета и породице.

Битно је, међутим, да се сви случајеви који нису пријављени центру за социјални рад активно прате, региструју унутар здравствених установа и да се ризик од злостављања/занемаривања поново процењује односно да се одлука преиспитује у редовним временским интервалима.

3) Процена ризика, стања и потреба детета и породице

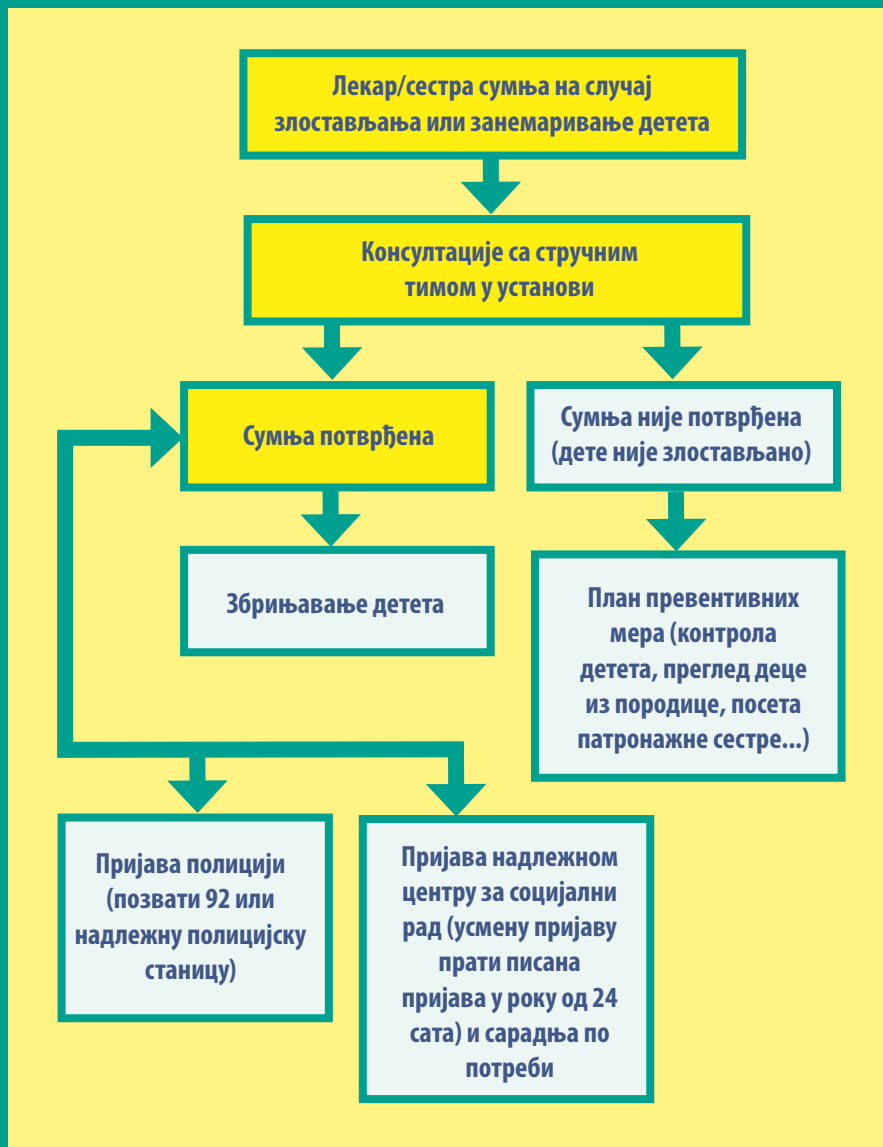
Центар за социјални рад је надлежан да сваку пријаву размотри и да процени стање и потребе детета и саме породице. Тај посао се обавља тимски, а у тиму обавезно треба да буде стручно медицинско лице, посебно обучено за овакве ситуације. Лекар односно здравствени радник који је пријавио случај има обавезу да сарађује са тимом. Детаљи процене и начин доношења одлука специфични су за сваки појединачни случај и детаљније су изнети у Општем протоколу за заштиту деце од злостављања и занемаривања.

4) Планирање услуга и мера за заштиту детета

Израду плана заштите детета координира надлежни Центар за социјални рад. Здравствени радник или сарадник који је пријавио злостављање треба активно да помаже надлежним службама (центар за социјални рад, полиција, тужилаштво) у даљем процесу испитивања и доказивања. Он треба да се одазове на позив центра за социјални рад и да се припреми да учествује на састанку/панелу на којем ће се разматрати ситуација детета и доносити одлука о мерама заштите и услугама које ће се пружити детету и породици. Он мора бити спреман да учествује и у спровођењу плана заштите, односно пружању услуга које буду договорене, укључујући ту и сарадњу са локалном заједницом односно образовно-васпитном установом.

Здравствени радник и сарадник може имати врло значајну терапијску улогу у процесу психолошког опоравка детета и прекидању циклуса насиља. Због тога је важно да се у кризној ситуацији оствари добар почетни контакт са дететом и породицом односно ненасилним родитељем те да се контакт не прекида него да се негује.

РЕДОСЛЕД ПОСТУПАКА СА ЗЛОСТАВЉАНИМ ИЛИ ЗАНЕМАРЕНИМ ДЕТЕТОМ



Извод из законских одредби

ПОРОДИЧНИ ЗАКОН: Одредбом члана 263, став 3. Породичног закона (Службени гласник Републике Србије, бр. 18/05) прописано је право и дужност свих дечјих, здравствених и образовних установа или установа социјалне заштите, правосудних и других државних органа, удружења и грађана да обавесте јавног тужиоца или орган старатељства о разлозима за заштиту права детета.

ЗАКОНИК О КРИВИЧНОМ ПОСТУПКУ: Законик о кривичном поступку (Службени гласник Републике Србије, бр. 46/06, 49/07) у члану 253. говори да су сви државни органи, органи територијалне аутономије или органи локалне самоуправе, јавна предузећа и установе дужни да пријаве кривична дела за која се гони по службеној дужности, о којима су обавештени или за њих сазнају на други начин.

Дужност из става 1 овог члана имају и сва физичка и правна лица која на основу закона поседују одређена јавна овлашћења или се професионално баве заштитом и обезбеђењем људи и имовине, лечењем и здравственом заштитом људи односно пословима чувања, васпитања или образовања малолетних лица, ако су за кривично дело сазнала у вези са својом делатношћу.

КРИВИЧНИ ЗАКОНИК: У члану 332. Кривичног законика Републике Србије, у поднаслову *Непријављивање кривичног дела и учиниоца*, предвиђено је:

- (1) Ко зна да је неко лице учинило кривично дело за које се по закону може изрећи затвор од тридесет до четрдесет година или зна само да је такво дело учињено па то не пријави пре него што су дело, односно учинилац откривени, казниће се затвором до две године.
- (2) Казном из става 1 овог члана казниће се и службено или одговорно лице које свесно пропусти да пријави кривично дело за које је сазнало у вршењу своје дужности, ако се за то дело по закону може изрећи пет година затвора или тежа казна.

(3) Службено или одговорно лице које свесно пропусти да пријави кривично дело свог подређеног које је он учинио при вршењу своје службене, војне или радне обавезе, ако се за то дело по закону може изрећи затвор од тридесет до четрдесет година, казниће се затвором од шест месеци до пет година.

(4) За непријављивање кривичног дела или учиниоца из ст. 1 и 2 овог члана неће се казнити лице којем је учинилац брачни друг или са којим живи у трајној ванбрачној заједници, сродник по крви у правој линији, брат или сестра, усвојилац или усвојеник, као и брачни друг неког од наведених лица, односно лице које са неким од њих живи у трајној ванбрачној заједници, као и бранилац, лекар или верски исповедник учиниоца.

ЛИТЕРАТУРА

- Adamo MA, Drazin D, Smith C, Waldman JB. Comparison of accidental and nonaccidental traumatic brain injuries in infants and toddlers: demographics, neurosurgical interventions and outcomes. *J Neurosurg Pediatrics*. 2009; 4
- Altimier L MSN, RN. Shaken Baby Syndrome. *Journal of Perinat Neonat Nurs*. 2008; 22(1):68–76.
- American Academy of Pediatrics. Sexually transmitted diseases. In: Pickering LK, ed. *Red Book: 2003 Report of the Committee on Infectious Diseases*. 26th ed. Elk Grove Village, IL: American Academy of Pediatrics; 2003. p. 157–167.
- Appel AE, Holden GW. The Co-Occurrence of Spouse and Physical Child Abuse: A Review and Appraisal. *Journal of Family Psychology*. 1998;12(4):578–599.
- Bamber MA, Sibert JR. Diagnosing physical child abuse: the way forward. *Postgrad Med J*. 2000 Dec;76(902):743–9.
- Barsness KA, Cha E-S, Bensard DD, Calkins CM, Partrick DA, Karrer FM, Strain JD. The positive predictive value of rib fractures as an indicator of nonaccidental trauma in children. *J Trauma*. 2003;54:1107–1110.
- Bloom SL. The Neglect of Neglect Part 1. *Psychotherapy Review* 2000;2:208–10.
- Briere J, Berliner L, Bulkley JA, Jenny C, Reid T, editor. *The APSAC Handbook on Child Maltreatment*. Thousand Oaks CA: SAGE; 1996
- Bromfield L, Higgins D. Chronic and isolated maltreatment in a child protection sample. *Family Matter*. 2005;70:38–45.
- Browne K, Davies C, Stratton P. *Early Prediction and Prevention of Child Abuse*. New York: WILEY; 1988.
- Буљан Фландер Г, Коцијан Херцигоња Д. Злостављање и занемаривање деце. Загреб: Марко М д.о.о.; 2003
- Видојевић О. Процена ризика за занемаривање и злостављање деце коришћењем матрице ризика. У: Срња Ј. ур. Од групе до тима. Београд: Жарко Албуљ; 2001. 184–195.
- Вучковић Шаховић Н., Експлоатација деце са посебним освртом на Факултативни протокол уз Конвенцију о правима детета о продају деце, дечјој проституцији и порнографији, Београд, Центар за права детета, 2006
- Washington Risk Assessment Matrix. Children's Administration. Olympia, WA: Department of Social and Health Services, 1987.
- Watson J. Child neglect. In: Watson J, editor. *Child neglect, Literature review*. NSW Australia Ashfield: DoCs. Centre for Parenting & Research; 2005.
- Wattenbarger M, Frick S. Non-Accidental Trauma (NAT) in Pediatric Patients. [Internet]. Available from: http://www.ota.org/res_slide/P02_Abuse.
- World Health Organization. Report of the Consultation on Child Abuse prevention. Geneva: WHO; 1999; 29–31 March 1999. Document number WHO/HSC/PVI/99.1. Available from: http://whqlibdoc.who.int/hq/1999/WHO_HSC_PVI_99.1.pdf.
- World Health Organization. Violence prevention. The evidence. Promoting gender equality to prevent violence against women. Geneva: WHO; 2006. p. 16
- Galvin HK, Newton AW, Vandeven AM. Update on Munchausen syndrome by proxy. *Curr Opin Pediatr*. 2005;17:252–7.

- Garbarino J. A Preliminary Study of Some Ecological Correlates of Child Abuse: The Impact of Socioeconomic Stress on Mothers. *Child Development*. 1976; 47(1):178-185.
- Gerber P, Coffman K. Nonaccidental head trauma in infants. *Childs Nerv Syst*. 2007; 23:499-507.
- Guidelines for medico-legal care of victims of sexual violence. Geneva:World Health Organization, 2003.
- Dal F, Lampo A, Amy JJ. Sexual abuse. In: Amy JJ, ed. *Paediatric and Adolescent Gynaecology (European Practice in Gynaecology and Obstetrics)*. Amsterdam: Elsevier; 2003. p. 228-235.
- Davis SL, Glaser D, Kossof R. Children's sexual play and behavior in pre-school settings: staff's perceptions, reports, and responses. *Child Abuse Neglect*. 2000;24:1329-43.
- Dunn MG, Tarter RE, Mezzich AC, Vanyukov M, Kirisci L, Kirillova G. Origins and consequences of child neglect in substance abuse families. *Clinical Psychology Review*. 2002; 22:1063-90.
- Éthier LS, Couture G, Lacharité C. Risk factors associated with the chronicity of high potential for child abuse and neglect. *Journal of Family Violence*. 2004;19:13-24
- Жегарац Н, Мијановић Љ, Обретковић М, Пејаковић Љ, Симовић И, Стевановић И. Заштита детета од злостављања – Приручник за центре за социјални рад и друге службе у локалној заједници. Београд: Центар за права детета; 2004.
- Iwaniec D. *The Emotionally Abused and Neglected Child*. New York: WILEY; 1995
- International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems. Geneva:World Health Organization, 1992.
- Ишпановић Радојковић В, Игњатовић В, Вујовић, Стевановић И, Срна Ј, Жегарац Н. Приручник за примену Општег протокола за заштиту деце од злостављања и занемаривања. Београд: Центар за права детета; 2006.
- Ишпановић Радојковић В. (ур.) Приручник за примену Општег протокола за заштиту деце од злостављања и занемаривања. Београд: Центар за права детета, УНИЦЕФ; 2006.
- Ишпановић Радојковић В. Породично насиље. У: Бабић М, ур. Скрининг у медицини. Београд: Југословенска фондација против рака; 2001.
- Keenan HT, Runyan DK, Marshall SW, Nocera MA, Merten DF, Sinal SH. A population-based study of inflicted traumatic brain injury in young children. *JAMA*. 2003;290:621-626.
- Kellog N. The evaluation of sexual abuse in children. *Pediatrics*. 2005;116:506-12.
- Kempe CH, Silverman FN, Steele BF, Droegemueller W, Silver HK. The Battered-Child Syndrome *JAMA*. 1962;181(1):17-24
- Labbe J. Ambroise Tardieu: the man and his work on child maltreatment a century before Kempe. *Child Abuse Negl*. 2005; 29(4):311-324.
- Лакић А. Емоционално занемаривање и злостављање деце. У: Заштита деце од занемаривања и злостављања. Зборник радова са научно-стручног скупа. Београд: Министарство за бригу о породици Републике Србије; 1998. 34-7.
- Лакић А. Емоционално занемаривање и злостављање деце. У: Милосављевић М. ур. Заштита деце од злостављања и занемаривања. Београд: Службени гласник; 1998. 34-7.
- Лакић А. Злостављање деце: Трансгенерацијска трансмисија насиља у породици. Зборник радова са саветовања Примарне функције породице и поремећаји у понашању младих. Београд; 1996. 234-39.

- Лакић А. Место и улога здравственог система у заштити деце од злостављања. У: Срна Ј, ур. Од групе до тима – мултидисциплинарни приступ проблему занемаривања и злостављања деце. Београд: Центар за брак и породицу & ИП Жарко Албуљ; 2002. 162–67.
- Лакић А. Модели друштвене заштите деце од злостављања. У: Срна Ј, ур. Од групе до тима – мултидисциплинарни приступ проблему занемаривања и злостављања деце. Београд: Центар за брак и породицу & ИП Жарко Албуљ; 2002.75–80.
- Лакић А. Неуобичајене форме злостављања деце – Munchausen syndrome by proxy. У: Срна Ј, ур. Од групе до тима – мултидисциплинарни приступ проблему занемаривања и злостављања деце. Београд: Центар за брак и породицу & ИП Жарко Албуљ; 2002.168–71.
- Лакић А. Поремећени односи у породици и њихов утицај на партнерске односе. У: Васпитање младих за хумане односе међу људима и планирање породице. Приручник за наставнике. Београд: Министарство просвете и Министарство за бригу о породици Републике Србије. ИП Службени гласник; 1999. 123–27.
- Лакић А. Рано откривање и препознавање знакова злостављања деце. У: Срна Ј, ур. Од групе до тима – мултидисциплинарни приступ проблему занемаривања и злостављања деце. Београд: Центар за брак и породицу & ИП Жарко Албуљ; 2002. 81–8.
- Лакић А. Савремене теорије о злостављању деце. У: Срна Ј, ур. Од групе до тима – мултидисциплинарни приступ проблему занемаривања и злостављања деце. Београд: Центар за брак и породицу & ИП Жарко Албуљ; 2002. 63–9.
- Лакић А. Сва лица bullying-а. У: Ђурчић В, ур. Адолесценција – Деструктивност и аутодеструктивност младих. Београд: ИП Жарко Албуљ; 2009. 59–64
- Лакић А. Судскопсихијатријски аспект занемаривања и злостављања деце. У: Срна Ј, ур. Од групе до тима – мултидисциплинарни приступ проблему занемаривања и злостављања деце. Београд: Центар за брак и породицу & ИП Жарко Албуљ; 2002. 287–96.
- Leventhal JM, Martin KD, Asnes AG. Incidence of fractures attributable to abuse in young hospitalized children: results from analysis of a United States database. *Pediatrics*. 2008;122:599–604.
- Lecić-Tosevski D. Prevention and mental health promotion: a need for international collaboration. *Psychiatriki*. 2005;15:6–9.
- Lecić-Tosevski D, Christodoulou GN, Herrman H, Hosman C, Jenkins R, Newton J, et al. WPA Consensus Statement on Psychiatric Prevention. *Dynamische Psychiatrie*. 2003;26:307–15.
- Macdonald C, Lambie I, Simmonds L. *Counselling for Sexual Abuse*. Oxford:Oxford Univ. Press; 1995.
- Mennen FE, Kim K, Sang J, Tricket PK. Child neglect: definition and identification of youth's experiences in official reports of maltreatment. *Child Abuse Negl*. 2010;34:647–58.
- Митковић М. Злостављање у детињству и адолесценцији као фактор ризик за повећану склоност одрасле особе ка злостављању деце. Београд: Управа за родну равноправност, Министарство рада и социјалне политике Републике Србије; 2010.
- Михел Е. О силовању деце. *Срп Ар Целок Лек*. 1912;5:157–170.
- Михел Е. Смрт услед злостављања или из природних узрока? *Срп Ар Целок Лек*. 1919;1:2–12.
- МОР-К-138, Службени лист СФРЈ – Међународни уговори, број 14/82.

ПРИРУЧНИК ЗА ПРИМЕНУ ПОСЕБНОГ ПРОТОКОЛА СИСТЕМА ЗДРАВСТВЕНЕ ЗАШТИТЕ ЗА ЗАШТИТУ ДЕЦЕ ОД ЗЛОСТАВЉАЊА И ЗАНЕМАРИВАЊА

- МОР-К-182, Службени лист СРЈ – Међународни уговори, број 2/03.
- National Collaborating Centre for Women's and Children's Health. When to suspect child maltreatment. London: RCOG Press at the Royal College of Obstetricians and Gynaecologists; 2009. p. 146
- Newman E, Christopher SR, Berry JO. Developmental Disabilities, Trauma Exposure, and Post-Traumatic Stress Disorder. *Trauma Violence Abuse*. 2000;1:154.
- Општи протокол за заштиту деце од злостављања и занемаривања. Београд: Министарство за социјалну заштиту; 2005.
- Општи протокол за заштиту деце од злостављања и занемаривања. Београд: Република Србија. Влада: Министарство рада, запошљавања и социјалне политике; 2005.
- Pederson W, Skrandal A. Alcohol and sexual victimization: a longitudinal study of Norwegian girls. *Addiction*. 1996;91:565–81.
- Пејовић Милованчевић М, Ишпановић Радојковић В, Видојевић О, Калањ Д, Марунић В, Радосављевић Ј. Модел заштите деце од злостављања и занемаривања. *Психијатрија данас*. 2002;34(1–2):117–32.
- Пејовић Милованчевић М, Минчић Т, Тењовић Л, Ишпановић В, Калањ Д, Радосављевић Ј. Последица злостављања и занемаривања адолесцената у породицама. *Психијатрија данас*. 2002;34(3–4):237–51.
- Полазни оквир националне стратегије против насиља. Београд: Министарство рада, запошљавања и социјалне политике; 2006.
- Посебни протокол система здравствене заштите за заштиту деце од злостављања и занемаривања. Београд: Министарство здравља; 2009.
- Посебни протокол система здравствене заштите за заштиту деце од злостављања и занемаривања. Београд: Министарство здравља Републике Србије; 2009.
- Преглед реализације националног плана акције (НПА) за децу у периоду 2004 – јун 2009. године. Београд: 2009.
- Preventing child maltreatment: A guide to taking action and generating evidence. Geneva: World Health Organization, 2006.
- Радосављевић Кирћански Ј, Пејовић Милованчевић М, Минчић Т, Калањ Д, Стојановић С, Лакићевић С. Улога здравственог система у процесу заштите деце од злостављања и занемаривања. *Психијатрија данас*. 2009;41(1–2): 115–129.
- Roaten JB, Partrick DA, Bensard DD, Hendrickson RJ, Vertrees T, Sirotnak AP, et al. Visceral injuries in nonaccidental trauma: spectrum of injury and outcomes. *The American Journal of Surgery*. 190; 2005: 827–830.
- Roaten JB, Partrick DA, Nydama TL, Bensard DD, Hendrickson RJ, Sirotnak AP, et al. Nonaccidental trauma is a major cause of morbidity and mortality among patients at a regional level 1 pediatric trauma center. *Journal of Pediatric Surgery*. 2006; 41:2013–2015.
- Симић С, Шарановић-Радић Д, Алемпијевић Ђ, Петровић О. Посебни протокол система здравствене заштите за заштиту деце од злостављања и занемаривања. Београд: Министарство здравља Републике Србије; 2009.
- Срња Ј. Од групе до тима: Мултидисциплинарно усавршавање стручњака у систему заштите деце од злостављања и занемаривања. Београд: Центар за брак и породицу; 2001.
- Stirling J. Beyond Munchausen syndrome by proxy: identification and treatment of child abuse in a medical setting. *Pediatrics*. 2007;119:1026–30.

- Straus MA, Kantor GK. Definition and measurement of neglectful behaviour: some principles and guidelines. *Child Abuse Negl.* 2005;29:19–29.
- Summit RS. The child sexual abuse accommodation syndrome. *Child Abuse Neglect.* 1983;7:177–93.
- Trickett PK, Mennen FE, Kim K, Sang J. Emotional abuse in a sample of multiply maltreated, urban young adolescents: issues of definition and identification. *Child Abuse Negl.* 2009;33:27–35.
- U.S. Department of Health and Human Services, Administration on Children, Youth and Families. *Child Maltreatment 2003.* Washington, DC:U.S. Government Printing Office, 2005.
- Finkelhor D. Current information on the scope and nature of child sexual abuse. *Future Child.* 1994; 4:31–53.
- Fisher GC, Mitchell. Is Munchausen syndrome by proxy really syndrome. *Arch Dis Child.* 1995; 72:530–4.
- Flaherty EG, Stirling J. The Pediatrician's Role in Child Maltreatment Prevention. *Pediatrics.* 2010;126:833–841.
- Ford EG, Andrassy RJ. Pediatric trauma initial assessment and management. W.B. Saunders Co;1994. p. 41–92.
- Hart SN, Brassard MR, Karlson HC. Psychological Maltreatment. In: Briere J, Berliner L, Bulkley JA, Jenny C, Reid T. ed. *The APSAC Handbook on Child Maltreatment.* California:SAGE Publications Inc. Thousand Oaks; 1996. p. 72–90
- Hobbs CJ, Bilo RAC. Nonaccidental trauma: clinical aspects and epidemiology of child abuse. *Pediatr Radiol.* 2009;39:457–460
- Caffey J. Multiple fractures in the long bones of infants suffering from chronic subdural haematoma. *AJR.* 1946;56:163–173.
- Care MM. Imaging in suspected child abuse: What to expect and what to order. *Pediatric Annals* 2002;31(10):651–9.
- Carter Y, Bannon M. *The Role of Primary Care in the Protection of Children from Abuse and Neglect.* London: Royal College of General Practitioners; 2005.
- Case ME. Abusive head injuries in infants and young children. *Legal Medicine.* 2007; 9: 83–7.
- Центар за права детета. Неостваривање права детета у Србији – гледано из угла детета и одраслих. Београд, Центар за права детета; 2008.
- Child Abuse [Internet]. From *Citizendium, the Citizens' Compendium.* Available from: <http://en.citizendium.org/>
- Cole J. Protocol on the child abuse and neglect. Federal Child Protection Program. Children Hospital, Seattle:WA USA, PSW Seattle; 1997
- Cooper A, Floyd T, Barlow B, et al. Major blunt abdominal trauma due to child abuse. *J Trauma.* 1988; 28:1483–7.
- Чоловић Р. Истакнути српски лекари и професори. Београд: Медицински факултет Универзитета у Београду; 2009.

CIP

