

**ИНСТИТУТ ЗА ЈАВНО
ЗДРАВЉЕ СРБИЈЕ**

„Др Милан Јовановић Батут”



**АНАЛИЗА РАДА
СТРУЧНИХ ТИМОВА
ЗА ЗАШТИТУ ДЕЦЕ
ОД ЗЛОСТАВЉАЊА И
ЗАНЕМАРИВАЊА У
ЗДРАВСТВЕНИМ
УСТАНОВАМА
РЕПУБЛИКЕ СРБИЈЕ
У 2014. ГОДИНИ**

Београд, 2015. године



**ИНСТИТУТ ЗА ЈАВНО ЗДРАВЉЕ СРБИЈЕ
„ДР МИЛАН ЈОВАНОВИЋ БАТУТ”**

**АНАЛИЗА
РАДА СТРУЧНИХ ТИМОВА ЗА ЗАШТИТУ ДЕЦЕ ОД
ЗЛОСТАВЉАЊА И ЗАНЕМАРИВАЊА У ЗДРАВСТВЕНИМ
УСТАНОВАМА РЕПУБЛИКЕ СРБИЈЕ У 2014. ГОДИНИ**

2015.

Издавач

Институт за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут”

Др Суботића, 5, Београд

www.batut.org.rs

Главни и одговорни уредник

Доц. др sc. med. Драган Илић, директор

Уредник

Др Мирјана Живковић Шуловић

Аутор

Др Мирјана Живковић Шуловић, специјалиста социјалне медицине

Припрема и обрада података

Ведран Мартиновић, дипл. инж. информационих система и технологија

Борислав Срдић, дипл. инж. информатике

Наташа Зрнић, дипл. инж. просторног планирања

Лектура и коректура

Мр Тамара Груден, специјалиста књижевне публицистике

ISBN 978-86-7358-068-5

САДРЖАЈ

1.0.	Увод	1
2.0.	Метод	3
3.0.	Преглед извештаја стручних тимова здравствених установа достављених у писаном формату	4
4.0.	Анализа пријава преко web оријентисане апликације	7
4.1.	Извештаји о укупном броју деце по полу.....	8
4.2.	Извештаји о укупном броју деце по узрасту	8
4.3.	Извештај о укупном броју деце по установи	9
4.4.	Извештај о укупном броју деце по округу	11
4.5.	Извештај о укупном броју пријава по установи	12
4.6.	Извештај о злостављању деце по полу и узрасту	13
4.7.	Извештај о злостављању деце по полу, узрасту и типу	14
4.7.1.	Физичко злостављање	16
4.7.2.	Сексуално злостављање	17
4.7.3.	Емоционално злостављање	19
4.7.4.	Сведок породичном насиљу	20
4.8.	Извештај о занемаривању деце по полу и узрасту	21
4.9.	Извештај о занемаривању деце по полу, узрасту и типу	20
4.9.1.	Физичко занемаривање	24
4.9.2.	Едукативно занемаривање	25
4.9.3.	Емоционално/психолошко занемаривање	26
4.9.4.	Медицинско занемаривање	28
4.10.	Извештај о злостављању и занемаривању деце по полу и узрасту	29
4.11.	Извештај о експлоатацији/врсти експлоатације деце	30
4.12.	Извештај о месту злостављања	31
4.13.	Извештај о процењеном ризику	32
4.14.	Извештај о плану интервенције	34
4.15.	Извештај о предузетим мерама	35
4.16.	Извештај о основној дијагнози	36
4.17.	Извештај о обавезној дијагнози	37
4.18.	Извештај о починиоцима и типу злостављања и занемаривања	38
5.0.	Закључци	44
6.0.	Предлог мера	46
7.0.	Литература	48

1. 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 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.

Влада Републике Србије усвојила је 2009. године Посебни протокол система здравствене заштите за заштиту деце од злостављања и занемаривања. Посебни протокол је намењен здравственим радницима и здравственим сарадницима непосредно ангажованим у здравственој заштити деце, на свим нивоима, у јавном, приватном и невладином сектору.

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

У специфичне циљеве Посебног протокола спадају:

- 1) информисање запослених у установама здравствене заштите о поступку у случају сумње да је дете жртва злостављања и занемаривања или да то може постати;
- 2) успостављање ефикасне процедуре збрињавања детета (откривање, дијагностика, третман, документација и евиденција) у случајевима сумње на злостављање и занемаривање;
- 3) дефинисање поступака заштите детета од даљег злостављања и занемаривања;
- 4) успостављање јединственог система евиденције о случајевима злостављања и занемаривања деце;
- 5) унапређење добробити деце кроз спречавање злостављања и занемаривања;
- б) 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 [1].

2. МЕТОД

У складу са Посебним протоколом система здравствене заштите, министар здравља је 2010. године образовао Посебну радну групу за спровођење Посебног протокола система здравствене заштите за заштиту деце од злостављања и занемаривања. У складу са задацима, ова радна група је од 2011. до 2014. године сачинила Приручник за примену посебног протокола система здравствене заштите за заштиту деце од злостављања и занемаривања (2012. и допуњено издање 2013.), акредитовала курсеве (КМЕ) за неколико нивоа обуке за здравствене раднике и сараднике, сарађивала са релевантним партнерима, била укључена у неколико различитих пројеката, а све у циљу имплементације Посебног протокола, као и успостављања јединственог система евиденције о случајевима злостављања и занемаривања деце.

У току 2013. године у сарадњи са UNICEF-ом, Посебна радна група, Институт за ментално здравље и Институт за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут” су пилотирали пројекат успостављања одрживог система извештавања о заштити деце од злостављања и занемаривања у оквиру система здравствене заштите (у 13 одабраних здравствених установа) са циљем повећања ефикасности заштите деце од злостављања и занемаривања у здравственом систему и успостављања добре основе за међусекторску сарадњу у домену праћења и извештавања ове појаве.

За овакав одржив систем циљ је да се креира адекватан алат – софтвер за упис и складиштење, заштиту, проверу валидности и укрштање података који се уносе на најнижем нивоу – здравственој установи, а проверавају и укрштају администратори софтвера. Подаци се уписују преко WEB оријентисане апликације и смештају на централну базу података из које се креирају извештаји на националном нивоу.

Заштита података, као веома битан сегмент овог пројекта, обезбеђује сигурност и поузданост у протоку информација као и рада на систему. Посебна пажња је усмерена на заштиту личних података.

Током 2014. године настављен је пројекат током којег је укључено још 55 здравствених установа у јединствени WEB оријентисан начин пријаве регистрованих сумњи на злостављање и занемаривање. Такође, са првобитних 6, креирано је укупно 19 врста извештаја за национални ниво.

Предмет ове анализе су WEB оријентисане пријаве из здравствених установа, али и приказ броја пријава из извештаја стручних тимова које нису укључене у овај начин извештавања.

3. ПРЕГЛЕД ИЗВЕШТАЈА СТРУЧНИХ ТИМОВА ЗДРАВСТВЕНИХ УСТАНОВА ДОСТАВЉЕНИХ У ПИСАНОМ ФОРМАТУ

У складу са Посебним протоколом, стручни тим здравствене установе годишњи извештај о раду доставља Институту за јавно здравље Србије. Протокол није дефинисао рокове за доставу, као ни садржај и форму овог извештаја. Предмет овог прегледа су извештаји који су достављени до 31. маја 2015. године.

У Институт за јавно здравље Србије укупно је у писаној форми достављено 70 извештаја из установа из Плана мреже и један извештај из приватне праксе. У табели 1 су приказане здравствене установе које имају регистроване пријаве у електронској бази података, а које су доставиле и писане извештаје у складу са Посебним протоколом, укупно 14 здравствених установа. Упоредним прегледом констатовано је да код неких установа не постоји подударност у броју пријава у електронској бази и извештају достављеном у писаном формату.

Табела 1. Број пријава у здравственим установама које су доставиле извештаје и у писаном и у електронском формату, Србија, 2014.

ЗДРАВСТВЕНА УСТАНОВА	БРОЈ ПРИЈАВА
ДЗ Вршац	32
ДЗ Рума	2
ДЗ Шабац	23
ДЗ Лозница	1
ЗЦ Ужице – ОЈ ДЗ Нова Варош	2
ЗЦ Ужице – ОЈ ДЗ Ужице	1
ЗЦ Ужице – ОЈ ДЗ Бајина Башта	3
ДЗ Горњи Милановац	2
ДЗ Крушевац	18
КЦ Ниш – Клиника за заштиту менталног здравља	144
ДЗ Пирот	18
ДЗ Лазаревац	13
ДЗ Гроцка	8
Универзитетска дечја клиника	6

У табели 2 су приказане здравствене установе које су известиле да нису имале регистроване случајеве сумње на злостављање и занемаривање у 2014. години. Од пристиглих 70 извештаја, у 20 није било пријава сумње на злостављање и занемаривање.

Табела 2. Здравствене установе без регистрованих случајева сумње на злостављање и занемаривање, Србија, 2014.

ЗДРАВСТВЕНА УСТАНОВА	БРОЈ ПРИЈАВА
ДЗ Сечањ	0
ДЗ Ковачица	0
ДЗ Коцељева	0
ДЗ Ваљево	0
ДЗ Љиг	0
ДЗ Мионица	0
ДЗ Мало Црниће	0
ДЗ Пожаревац	0
ОБ Мајданпек	0
ЗЦ Ужице-Ој ДЗ Чајетина	0
ЗЦ Ужице-Ој ДЗ Косјерић	0
ЗЦ Ужице-Ој ДЗ Пожега	0
ОБ Прибој	0
ОБ Ужице	0
ДЗ Димитровград	0
ДЗ Бела Паланка	0
ДЗ Бабушница	0
ДЗ Медвеђа	0
ДЗ Нови Београд	0
КБЦ Земун	0

У табели 3 су приказане здравствене установе виших нивоа које су доставиле извештај за 2014. годину. У 16 здравствених установа регистровано је 205 пријава сумње на злостављање и занемаривање. У четири установе није било пријава током 2014. године.

Табела 3. Број пријава у здравственим установама секундарног и терцијарног нивоа здравствене заштите, Србија, 2014.

ЗДРАВСТВЕНА УСТАНОВА	БРОЈ ПРИЈАВА
ОБ Зрењанин	6
ОБ Кикинда	1
ОБ Вршац	6
ОБ Смедеревска Паланка	5
ЗЦ Неготин	9
ОБ Мајданпек	0
ОБ Прибој	0
ОБ Ужице	0
КЦ Ниш – Клиника за заштиту менталног здравља	144
ОБ Прокупље	14
ЗЦ Врање	2
Универзитетска дечја клиника	6
КБЦ „Звездара”	2
Клиника за неурологују и психијатрију за децу и омладину	8
Клиника за психијатријске болести „Др Лаза Лазаревић”	2
КБЦ „Земун”	0

У табели 4 су приказани домови здравља који су доставили писане извештаје.

Табела 4. Број пријава у домовима здравља, Србија, 2014.

ЗДРАВСТВЕНА УСТАНОВА	БРОЈ ПРИЈАВА
ДЗ Нова Црња	2
ДЗ Житиште	1
ДЗ Сечањ	0
ДЗ Нови Бечеј	1
ДЗ Зрењанин	5
ДЗ Кикинда	10
ДЗ Сента	6
ДЗ Ковачица	0
ДЗ Вршац	32
ДЗ Пландиште	4
ДЗ Рума	2
ДЗ Шабац	23
ДЗ Коцељева	0
ДЗ Лозница	1
ДЗ Осечина	2
ДЗ Ваљево	0
ДЗ Љиг	0
ДЗ Мионица	0
ДЗ Смедеревска Паланка	6
ДЗ Велика Плана	4
ДЗ Мало Црниће	0
ДЗ Пожаревац	0
ДЗ Параћин	17
ДЗ Ћуприја	3
ДЗ Соко Бања	3
ДЗ Прибој	1
ЗЦ Ужице – ОЈ ДЗ Нова Варош	2
ЗЦ Ужице – ОЈ ДЗ Ариље	4
ЗЦ Ужице – ОЈ ДЗ Ужице	1
ЗЦ Ужице – ОЈ ДЗ Чајетина	0
ЗЦ Ужице – ОЈ ДЗ Косјерић	0
ЗЦ Ужице – ОЈ ДЗ Пожега	0
ЗЦ Ужице – ОЈ ДЗ Бајина Башта	3
ДЗ Горњи Милановац	2
ДЗ Ћићевац	8
ДЗ Крушевац	18
ДЗ Варварин	8
ДЗ Гацин Хан	9
ДЗ Прокупље	8
ДЗ Блаце	1
ДЗ Димитровград	0
ДЗ Бела Паланка	0
ДЗ Пирот	18
ДЗ Бабушница	0
ДЗ Медвеђа	0
ДЗ Власотинце	1
ДЗ Владичин Хан	2
ДЗ Бујановац	1
ДЗ Стари Град	26
ДЗ Лазаревац	13
ДЗ Вождовац	19
ДЗ Гроцка	8
ДЗ Нови Београд	0
ДЗ Сопот	2

У 54 дома здравља укупно је пријављено 275 сумњи на злостављање и занемаривање. У 16 домова здравља који су доставили извештај није било регистрованих пријава.

Из достављених извештаја здравствених установа није могуће урадити било какву анализу о полу и узрасту деце, месту злостављања, типу злостављања и занемаривања, процењеном ризику за дете и предузетим мерама од стране стручног тима.

У 70 извештаја достављених у писаном формату, током 2014. године, регистровано је укупно 480 пријава сумње на злостављање и занемаривање.

4. АНАЛИЗА ПРИЈАВА ПРЕКО WEB ОРИЈЕНТИСАНЕ АПЛИКАЦИЈЕ

У току два пројекта (2013–2014) у сарадњи са партнерима, Посебном радном групом Министарства здравља, Институтом за ментално здравље и UNICEF-ом, у Институту за јавно здравље Србије је развијена WEB оријентисана апликација за унос пријава сумње на злостављање и занемаривање које је обрадио стручни тим за заштиту деце од злостављања и занемаривања. У току 2013/2014. године одржано је више радионица практичне обуке за приступ апликацији, унос и измену података, претрагу регистрованих пријава и креирање различитих извештаја за ниво установе. У току ових радионица, као и накнадно, по захтеву здравствених установа, укупно је креирано 90 корисничких налога за здравствене установе, као и више шифара (по захтеву установе) за приступ апликацији.

За потребе извештавања и анализе регистрованих пријава на националном нивоу, могуће је креирање укупно 19 различитих извештаја, за које је увек могуће изабрати жељени временски период и обухват здравствених установа.

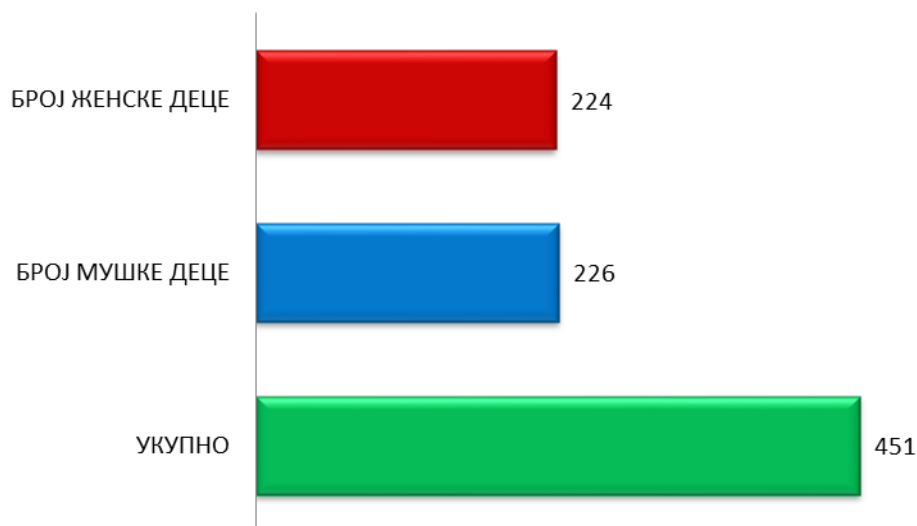
Предмет анализе су извештаји креирани за све установе које су извршиле унос података за период 1.1–31.12.2014. године.

Рачунарски програм је пројектован за две врсте извештаја. Једна врста се односи на регистровање детета по јединственом обележју (ЈМБГ) и приказује дете само једном, без обзира колико пута у току године је било предмет процене ризика од стране стручног тима и у колико здравствених установа (пол, узраст, установа и округ). Друга врста извештаја прати сваку епизоду пријаве сумње и сва обележја те епизоде (установу, пол и узраст детета, врсту злостављања/занемаривања, експлоатацију, дијагнозе, место злостављања/занемаривања, злостављаче, процену ризика и предузете мере).

4.1. Извештаји о укупном броју деце по полу

У графикону 1 је приказан укупан број пријављене деце у 37 здравствених установа у 2014. години. Укупно је регистровано 451 дете, односно 224 девојчице и 226 дечака. Постоји и 1 дете које није имало ЈМБГ код кога је пол недефинисан.

Графикон 1. Укупан број деце по полу, Србија, 2014.



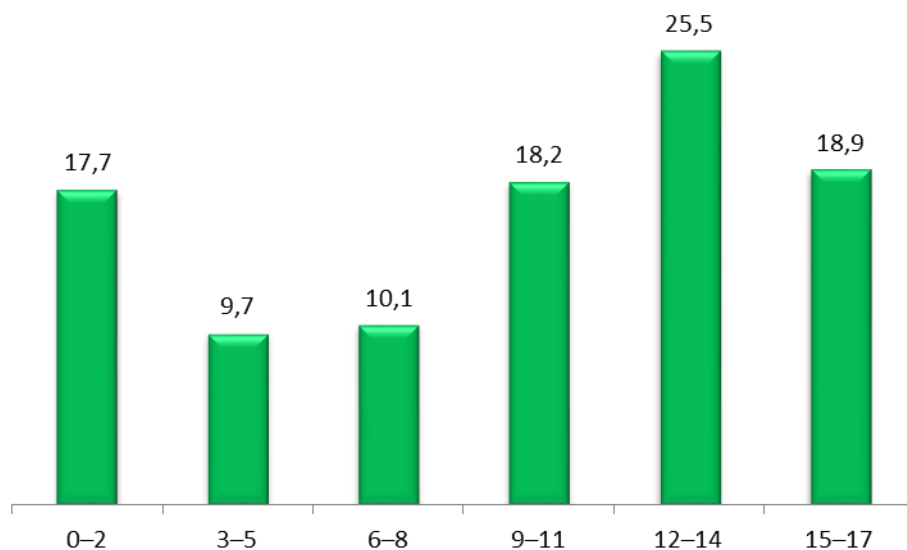
4.2. Извештаји о укупном броју деце по узрасту

У табели 5 је приказан регистрован број деце по старосним групама, а у графикону 2 је приказано процентуално учешће. Свако четврто дете које је било изложено злостављању и/или занемаривању припада добној групи 12–14 година. Свако десето дете изложено злостављању и/или занемаривању припада добним групама 3–5 и 6–8 година.

Табела 5. Укупан број деце по старости, Србија, 2014.

УЗРАСТ	БРОЈ ДЕЦЕ
0–2	77
3–5	42
6–8	44
9–11	79
12–14	111
15–17	82
УКУПНО	435

Графикон 2. Дистрибуција (%) деце по узрасту, Србија, 2014.



4.3. Извештај о укупном броју деце по установи

Креирањем овог извештаја бележи се јединствена регистрација по ЈМБГ-у без понављања у приказивању, односно дете је регистровано само једном, без обзира колико пута је у току задатог периода било регистровано у здравственом систему, унутар једне или више установа. У табели 6 је приказан број деце са регистрованом сумњом на злостављање и/или занемаривање у 2014. години.

Током 2014. године из 37 здравствених установа које су извршиле унос података у јединствену базу, укупно је регистровано 451 дете, односно 25 деце је више пута пријављено унутар једне или више установа. Овај извештај омогућава праћење ефикасности система заштите деце од злостављања и занемаривања, како самог здравственог система, тако и система социјалне заштите.

Од 37 здравствених установа, у 7 је забележена разлика у броју деце и броју сумњи (обавезна је пријава сваког случаја сумње на злостављање и занемаривање): ДЗ Вршац, ДЗ Зајечар, ДЗ Књажевац, ДЗ Горњи Милановац, ДЗ Крушевац, КЦ Ниш – Клиника за заштиту менталног здравља и неуропсихијатрију развојног доба, ДЗ Младеновац и Институт за заштиту мајке и детета „Др Војкан Чупић”.

Табела 6. Укупан број деце која су била изложена злостављању и занемаривању по установи, Србија, 2014.

ЗДРАВСТВЕНА УСТАНОВА	БРОЈ ДЕЦЕ
ДЗ Вршац	31
Институт за заштиту деце и омладине Војводине	10
КЦ Нови Сад – Институт за психијатрију	8
ДЗ Шид	3
ДЗ Рума	1
ДЗ Сремска Митровица	34
ДЗ Шабац	14
ДЗ Лозница	1
ДЗ Аранђеловац	3
ДЗ Крагујевац	1
ДЗ Јагодина	1
ДЗ Бор	1
ДЗ Зајечар	12
ДЗ Књажевац	4
ДЗ Бајина Башта	3
ДЗ Нова Варош	1
ДЗ Пријеполје	7
ДЗ Ужице	2
ДЗ Чачак	1
ДЗ Ивањица	1
ДЗ Горњи Милановац	1
ДЗ Крушевац	18
КЦ Ниш – Клиника за заштиту менталног здравља и неуропсихијатрију развојног доба	64
КЦ Ниш – Клиника за дечју хирургију и ортопедију	33
ДЗ Куршумлија	6
ДЗ Пирот	1
ДЗ „Др Ђорђе Ковачевић Лазаревац”	8
ДЗ Гроцка	9
ДЗ Младеновац	50
ДЗ Обреновац	9
ДЗ Раковица	2
ДЗ Врачар	5
ДЗ Земун	2
ДЗ Звездара	1
Институт за ментално здравље	52
Институт за здравствену заштиту за мајку и дете „Др Вукан Чупић”	49
Универзитетска дечја клиника	6
УКУПНО	451

4.4. Извештај о укупном броју деце по округу

Овим извештајем приказан је укупан број деце за које су здравствени радници и/или сарадници извршили пријаву сумње на злостављање и занемаривање по окрузима (табела 7). У оквиру првог пројекта предложени су и национални индикатори који прате стопу деце изложену злостављању и занемаривању, по полу, типу злостављања/занемаривања, старости детета, округу и општини. Сврха предложених индикатора је да се на основу њихових вредности предузимају превентивне и друге мере заштите деце у одређеним срединама.

Деца су регистрована према месту пребивалишта (општина/округ), а не према седишту здравствене установе у којој је стручни тим регистровао сумњу на злостављање и/или занемаривање.

Табела 7. Укупан број деце која су била изложена злостављању и занемаривању по округу, Србија, 2014.

ОКРУГ	БРОЈ ДЕЦЕ
Београдски	167
Јужнобанатски	38
Јужнобачки	15
Севернобачки	1
Средњебанатски	3
Сремски	37
Златиборски	15
Колубарски	1
Мачвански	15
Моравички	4
Поморавски	2
Расински	21
Рашки	2
Шумадијски	4
Борски	5
Браничевски	2
Зајечарски	20
Јабланички	6
Нишавски	65
Пиротски	1
Подунавски	5
Пчињски	11
Топлички	9
Косово и Метохија	1
УКУПНО	451

4.5. Извештај о укупном броју пријава по установи

У табели 8 приказан је број пријава сумњи по установама. Од свих установа које су прошле обуку за коришћење апликације и добиле кориснички налог, само је 37 здравствених установа извршило унос у базу за 2014. годину.

Табела 8. Број пријава по установи, Србија, 2014.

ЗДРАВСТВЕНА УСТАНОВА	БРОЈ ПРИЈАВА
ДЗ Вршац	32
Институт за заштиту деце и омладине Војводине	10
КЦ Нови Сад – Институт за психијатрију	8
ДЗ Шид	3
ДЗ Рума	1
ДЗ Сремска Митровица	34
ДЗ Шабац	14
ДЗ Лозница	1
ДЗ Аранђеловац	3
ДЗ Крагујевац	1
ДЗ Јагодина	1
ДЗ Бор	1
ДЗ Зајечар	16
ДЗ Књажевац	5
ДЗ Бајина Башта	3
ДЗ Нова Варош	1
ДЗ Пријеполје	7
ДЗ Ужице	2
ДЗ Чачак	1
ДЗ Ивањица	1
ДЗ Горњи Милановац	2
ДЗ Крушевац	23
КЦ Ниш – Клиника за заштиту менталног здравља и неуропсихијатрију развојног доба	70
КЦ Ниш – Клиника за дечју хирургију и ортопедију	33
ДЗ Куршумлија	6
ДЗ Пирот	1
ДЗ „Др Ђорђе Ковачевић Лазаревац”	8
ДЗ Гроцка	9
ДЗ Младеновац	52
ДЗ Обреновац	9
ДЗ Раковица	2
ДЗ Врачар	5
ДЗ Земун	2
ДЗ Звездара	1
Институт за ментално здравље	52
Институт за здравствену заштиту за мајку и дете „Др Вукан Чупић”	50
Универзитетска дечја клиника	6
УКУПНО	476

У овим установама је укупно регистровано 476 пријава сумње на злостављање и/или занемаривање.

У овом извештају је приказан пријављен број случајева у свакој установи. Овај извештај омогућава регистрацију истог детета уколико је у току године било више пута регистровано злостављање/занемаривање, као и регистрацију једне „епизоде” злостављања уколико је дете било у више здравствених установа у складу са процењеним ризиком и предузетим мерама. Циљ је да здравствени радници пријаве стручном тиму своје установе сваку сумњу на злостављање и занемаривање, и да стручни тим предузме мере заштите у складу са процењеним ризиком. На овај начин се обезбеђује да свако дете добије адекватан третман, како у здравственој установи, тако и од професионалаца ангажованих из других ресора (социјална заштита, образовање, полиција и правосуђе).

4.6. Извештај о злостављању деце по полу и узрасту

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.) [1].

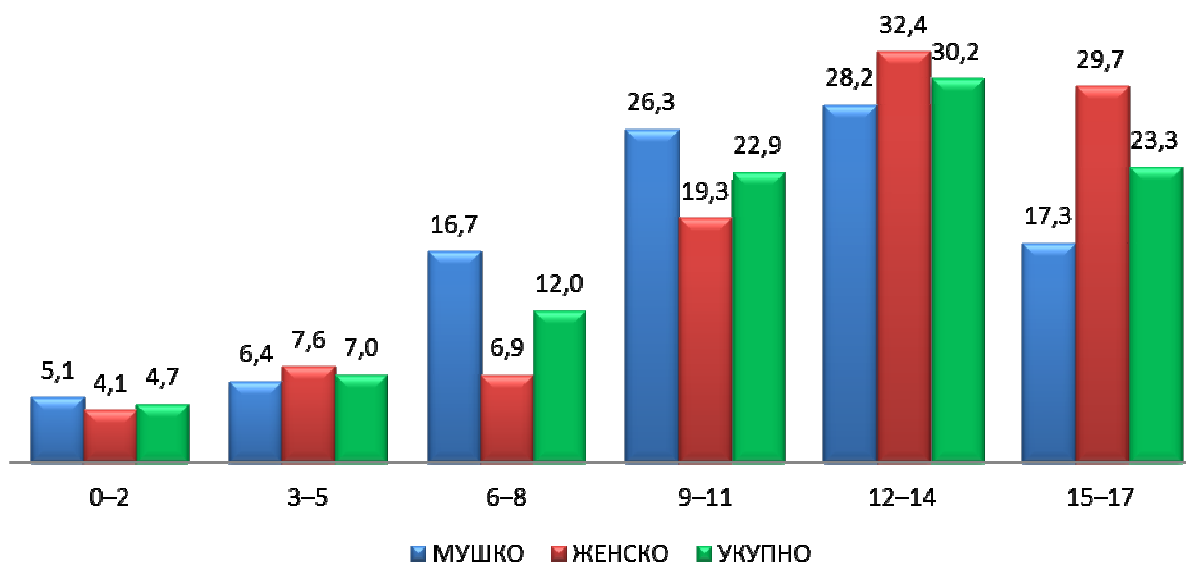
Укупно је пријављена 301 сумња на злостављање (табела 9). Од тога је било 156 дечака (51,8%) и 145 девојчица (48,2%). Укупно, свако треће злостављано дете је у добној групи 12–14 година (30%).

У графикону 3 су приказане разлике у дистрибуцији злостављане деце по полу и узрасту. И дечаци и девојчице су најчешће злостављани у узрасту 12–14 година (свако треће дете), а најређе у узрасту 0–2 године, свако двадесето дете (4,7%). Дечаци су чешће злостављани у односу на девојчице у узрасту 6–8 и 9–11 година, док су девојчице чешће од дечака биле изложене злостављању у узрасту 15–17 година.

Табела 9. Број пријава о злостављању по полу и узрасту, Србија, 2014.

УЗРАСТ	МУШКО		ЖЕНСКО		УКУПНО	
	Број	%	Број	%	Број	%
0–2	8	5,1	6	4,1	14	4,7
3–5	10	6,4	11	7,6	21	7,0
6–8	26	16,7	10	6,9	36	12,0
9–11	41	26,3	28	19,3	69	22,9
12–14	44	28,2	47	32,4	91	30,2
15–17	27	17,3	43	29,7	70	23,3
УКУПНО	156	100	145	100	301	100

Графикон 3. Дистрибуција (%) пријава за злостављање по полу и узрасту, Србија, 2014



4.7. Извештај о злостављању деце по полу, узрасту и типу

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. У табели 10 је приказан апсолутан број регистрованих врста злостављања. Са обзиром да је

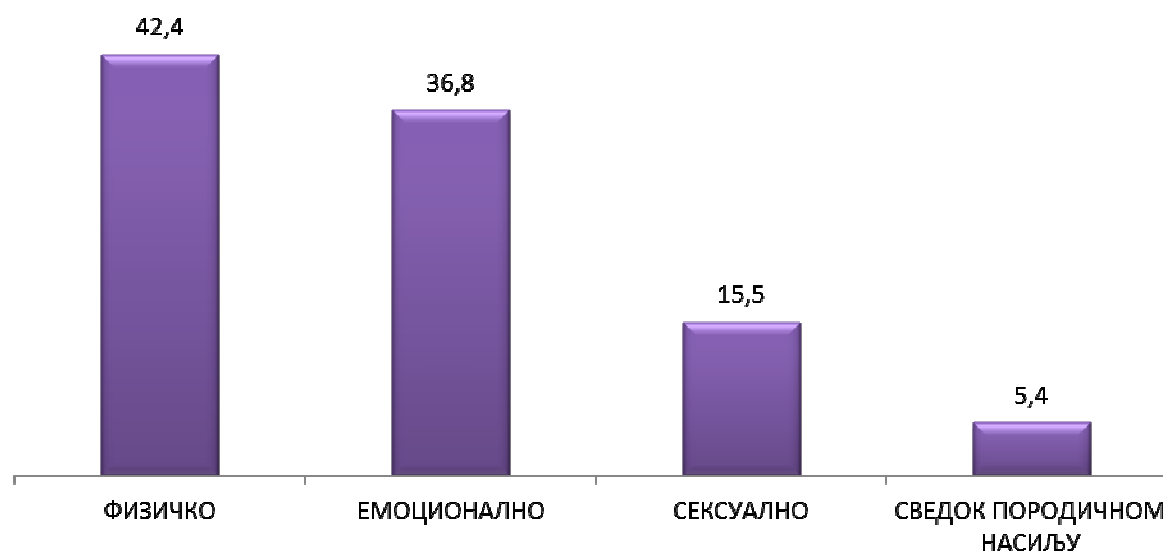
укупно регистрована 301 пријава, очигледно је да су деца изложена вишеструким и/или различитим типовима злостављања.

Табела 10. Број пријава о злостављању по типу, Србија, 2014.

УКУПНО	ФИЗИЧКО	ЕМОЦИОНАЛНО	СЕКСУАЛНО	СВЕДОК ПОРОДИЧНОМ НАСИЉУ
446	189	164	69	24

По типу, деца су најчешће била изложена физичком злостављању (графикон 4). Од укупно 301 пријаве за злостављање, две трећине деце је трпело физичко злостављање (62,8%), више од половине емоционално злостављање (54,5%), једна четвртина сексуално злостављање (22,9%) и свако тринаесто дете је било сведок породичном насиљу.

Графикон 4. Дистрибуција (%) пријава за злостављање по типу, Србија, 2014



Табела 11. Број пријава о злостављању по типу, полу и узрасту, Србија, 2014.

УЗРАСТ	ФИЗИЧКО		ЕМОЦИОНАЛНО		СЕКСУАЛНО		СВЕДОК ПОРОДИЧНОМ НАСИЉУ	
	МУШКО	ЖЕНСКО	МУШКО	ЖЕНСКО	МУШКО	ЖЕНСКО	МУШКО	ЖЕНСКО
0–2	7	1	2	4	0	2	0	0
3–5	5	3	4	2	4	7	0	0
6–8	18	5	17	4	3	5	3	0
9–11	29	15	21	16	6	8	2	4
12–14	35	21	25	22	2	19	3	4
15–17	22	28	23	24	0	13	1	7
УКУПНО	116	73	92	72	15	54	9	15

У табели 11 је приказан апсолутан број пријава злостављања деце по типу злостављања, полу и узрасту.

4.7.1. 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 доводе 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. *Munchausen syndrome by proxy*).

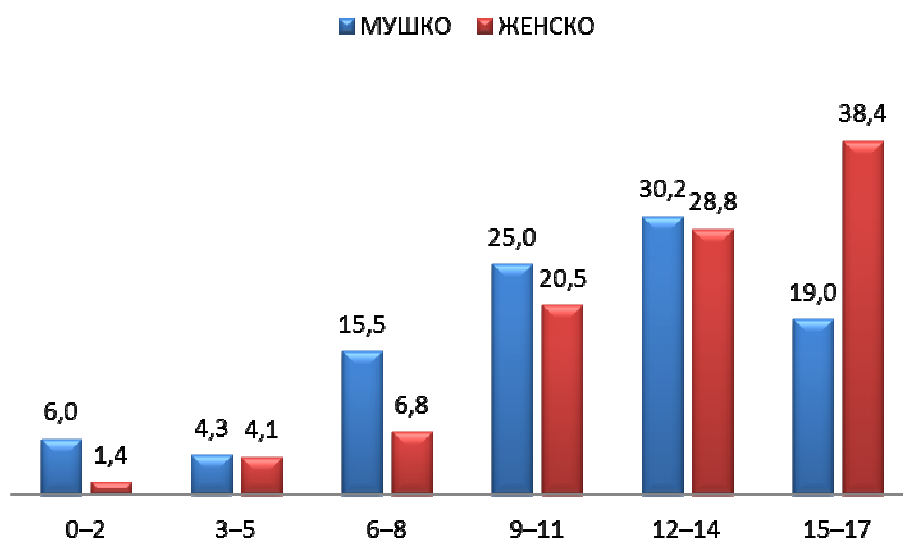
Показатељи

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, убодина, 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 односно 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.) [1].

Графикон 5. Дистрибуција (%) пријава за физичко злостављање по полу и узрасту, Србија, 2014.



У графикону 5 су приказане разлике учесталости физичког злостављања у односу на пол и старост деце. Дечаци су најчешће били изложени физичком насиљу у узрасту 12–14 (30%), а девојчице у узрасту 15–17 година (38%).

4.7.2. 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).

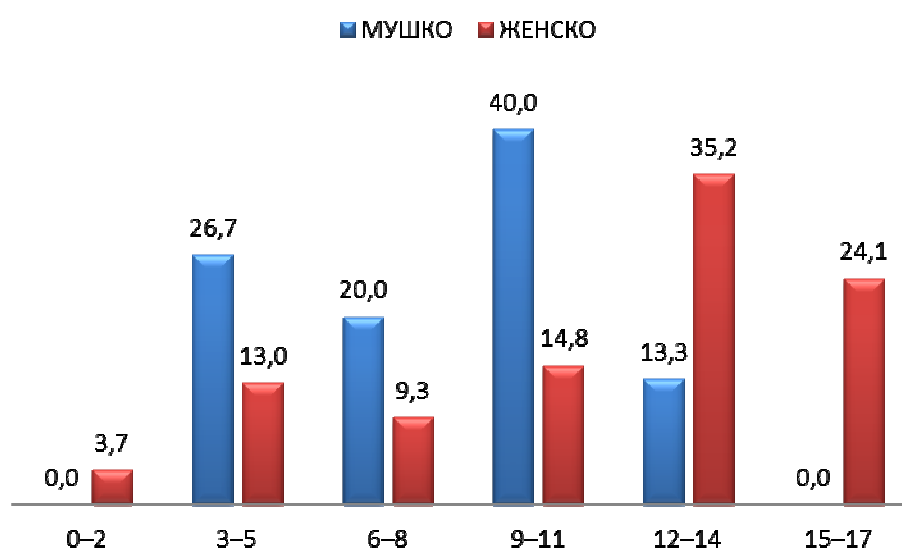
Истраживање сопственог тела које одговара узрасту детета (посебно код адолесцената) не представља сексуалну злоупотребу.

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, ђудљивост, узнемиреност, потиштеност, самодеструктивност, губитак апетита, страх, покушаји самоубиства и/или вербализација суицидалних намера и друго [1].

Графикон 6. Дистрибуција (%) пријава за сексуално злостављање по полу и узрасту, Србија, 2014.



У графикону 6 су приказане разлике учесталости сексуалног злостављања у односу на пол и старост деце. Дечаци су најчешће били изложени сексуалном насиљу у узрасту 9–11 (40%), а девојчице у узрасту 12–14 година (35%). У 2014. години није

пријављена ниједна сумња на сексуално злостављање дечака у старосним групама 0–2 и 15–17 година.

4.7.3. 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 обухвата 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.

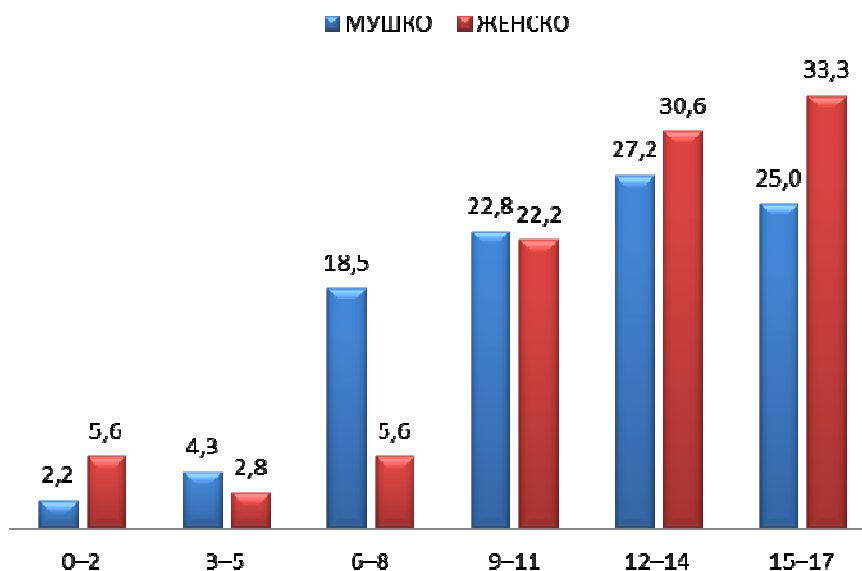
Емоционална злоупотреба обухвата пропуштање да се обезбеди развојно прикладна, подржавајућа средина, укључујући и доступност примарних пружалаца неге, како би дете могло развити стабилне емоционалне и социјалне способности које одговарају његовом личном потенцијалу. Емоционална злоупотреба обухвата и 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, неуобичајне емоционалне реакције као 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.) [1].

Графикон 7. Дистрибуција (%) пријава за емоционално злостављање по полу и узрасту, Србија, 2014.



У графикону 7 су приказане разлике учесталости емоционалног злостављања у односу на пол и старост деце. Дечаци су најчешће били изложени емоционалном насиљу у узрасту 12–14 (27%), а девојчице у узрасту 15–17 година (33%).

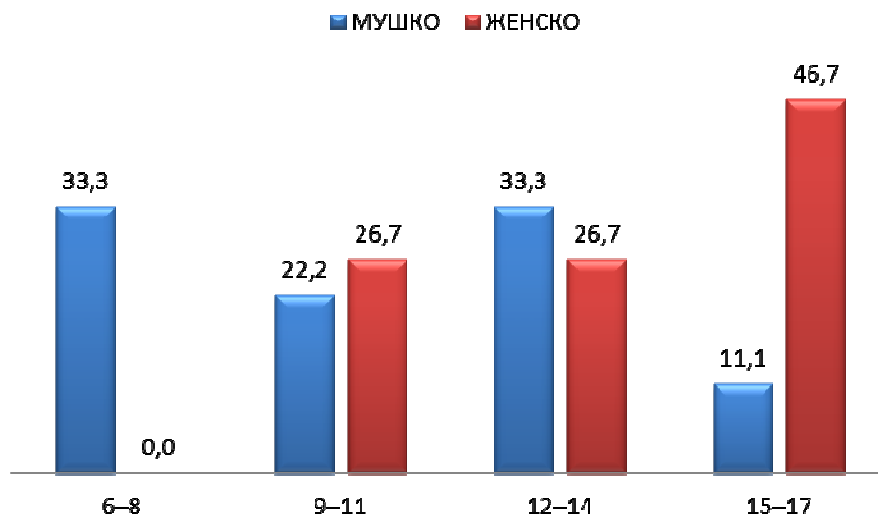
4.7.4. Сведок породичном насиљу

У складу са најновијим препорукама UNICEF–а и СЗО, у праћење је укључена, као посебна врста злостављања, категорија *сведок породичном насиљу*.

Током 2014. године од 301 пријављене сумње на злостављање, у 24 случаја је дете било и сведок породичном насиљу. Иако је ова категорија злостављања по типу заступљена са 5% у односу на друге регистроване врсте насиља, заправо је свако 12. дете (8%) било сведок породичном насиљу.

У графикону 8 су приказане разлике учесталости ове категорије злостављања у односу на пол и старост деце. Дечаци су најчешће били изложени насиљу у породици у узрасту 6–8 и 12–14 (33%), а девојчице у узрасту 15–17 година (47%). Иако је ово прва анализа регистрованих пријава стручних тимова, мало је вероватно да деца оба пола у узрасту до 5 година (дечаци), односно 8 година (девојчице) нису била сведоци насиљу у породици. Вероватније је да деца старија од 6 година више емотивно пате када присуствују оваквим догађајима и лакше вербализују стручном тиму и ову врсту изложености непријатним догађајима.

Графикон 8. Дистрибуција (%) пријава за изложеност породичном насиљу по полу и узрасту, Србија, 2014.



4.8. Извештај о занемаривању деце по полу и узрасту

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) [1].

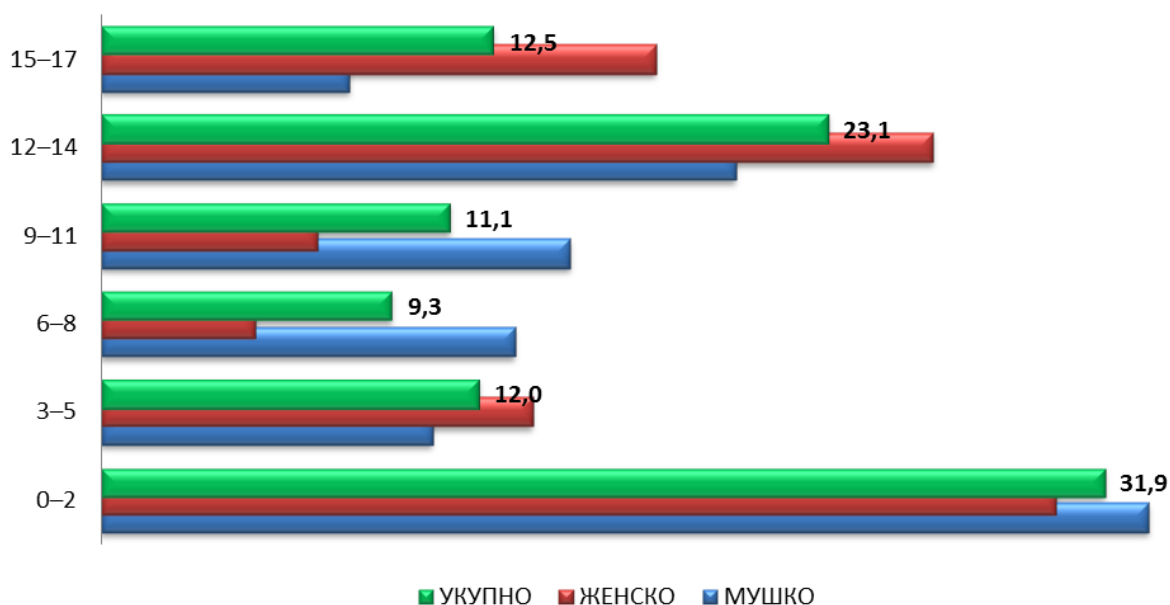
Укупно је пријављено 216 сумњи на занемаривање (табела 12). Од тога је било 114 дечака (52,8%) и 102 девојчице (47,2%). Укупно, свако треће занемарено дете је у добној групи 0–2 године (32%).

У графикону 9 су приказане разлике у дистрибуцији занемарене деце по полу и узрасту. И дечаци и девојчице су најчешће занемарени у узрасту 0–2 године (свако треће дете) и у узрасту 12–14 година, сваки пети дечак и свака четврта девојчица. Дечаци су чешће занемарени у односу на девојчице у узрасту 6–8 и 9–11 година, док су девојчице чешће од дечака биле изложене занемаривању у узрасту 15–17 година.

Табела 12. Број пријава о занемаривању по полу и узрасту, Србија, 2014.

УЗРАСТ	МУШКО		ЖЕНСКО		УКУПНО	
	Број	%	Број	%	Број	%
0–2	38	33,3	31	30,4	69	31,9
3–5	12	10,5	14	13,7	26	12,0
6–8	15	13,2	5	4,9	20	9,3
9–11	17	14,9	7	6,9	24	11,1
12–14	23	20,2	27	26,5	50	23,1
15–17	9	7,9	18	17,6	27	12,5
УКУПНО	114	100	102	100	216	100

Графикон 9. Дистрибуција (%) пријава за занемаривање по полу и старости, Србија, 2014.



4.9. Извештај о занемаривању деце по полу, узрасту и типу

Познато је више видова занемаривања:

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

Треба имати на уму да су могуће и комбинације ових врста занемаривања детета. У табели 13 је проказан апсолутан број регистрованих врста занемаривања. Са обзиром да је укупно регистровано 216 пријава, очигледно је да су иста деца изложена вишеструким и/или различитим типовима занемаривања.

Табела 13. Број пријава о занемаривању по типу, Србија, 2014.

УКУПНО	ФИЗИЧКО	ЕМОЦИОНАЛНО	МЕДИЦИНСКО	ЕДУКАТИВНО
353	83	100	112	58

По типу, деца су најчешће била изложена медицинском занемаривању (графикон 10). Од укупно 216 пријава за занемаривање, више од половине деце је трпело медицинско занемаривање (51,8%), 46,3% емоционално занемаривање, две четвртине физичко (38,4%) и једна четвртина едукативно занемаривање (26,9%).

Графикон 10. Дистрибуција (%) пријава за занемаривање по типу, Србија, 2014.



У табели 14 је приказан апсолутан број пријава занемаривања деце по типу занемаривања, полу и узрасту.

Табела 14. Број пријава о занемаривању по полу, узрасту и типу, Србија, 2014.

УЗРАСТ	ФИЗИЧКО		ЕМОЦИОНАЛНО		МЕДИЦИНСКО		ЕДУКАТИВНО	
	МУШКО	ЖЕНСКО	МУШКО	ЖЕНСКО	МУШКО	ЖЕНСКО	МУШКО	ЖЕНСКО
0–2	8	10	5	2	30	24	1	1
3–5	7	7	5	3	7	6	1	5
6–8	10	1	13	0	7	3	6	2
9–11	6	4	12	5	4	1	3	4
12–14	12	11	17	20	10	7	10	13
15–17	2	5	7	11	4	9	4	8
УКУПНО	45	38	59	41	62	50	25	33

4.9.1. Физичко занемаривање

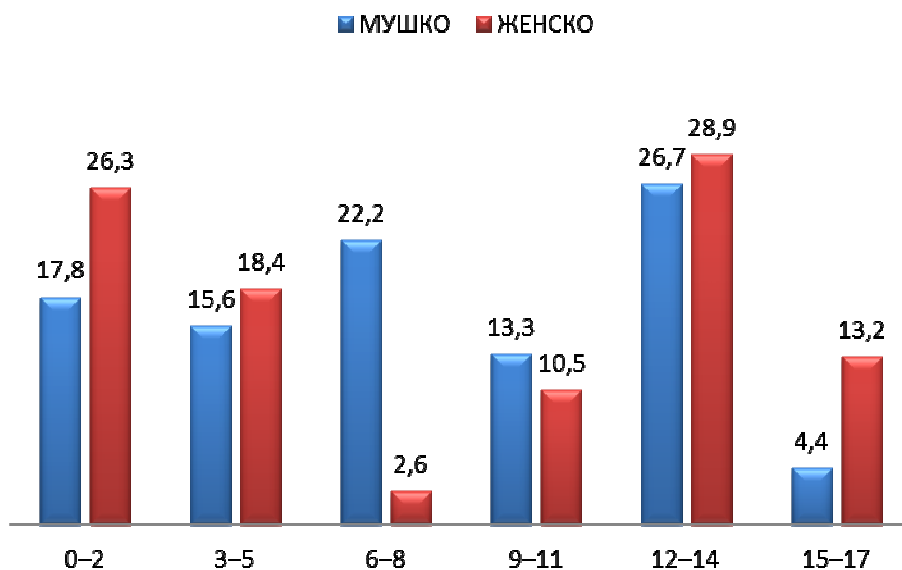
Физичко занемаривање се односи на ситуације када родитељи или старатељи не обезбеђују детету основне услове за живот (храну, одећу или место становања), а проблем није последица недостатка финансијских средстава. Необезбеђивање основних потреба може код детета довести до поремећаја раста и развоја и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

Показатељи

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, прљава 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 [2].

У графикону 11 су приказане разлике учесталости физичког занемаривања у односу на пол и старост деце. Нешто више дечака (54%) је изложено физичком занемаривању у односу на девојчице (46%). Деца оба пола су најчешће била изложена физичком занемаривању у узрасту 12–14. Девојчице су биле чешће изложене физичком занемаривању у односу на дечаке у узрасту 0–2 и 15–17 година.

Графикон 11. Дистрибуција (%) пријава за физичко занемаривање по полу и узрасту, Србија, 2014.

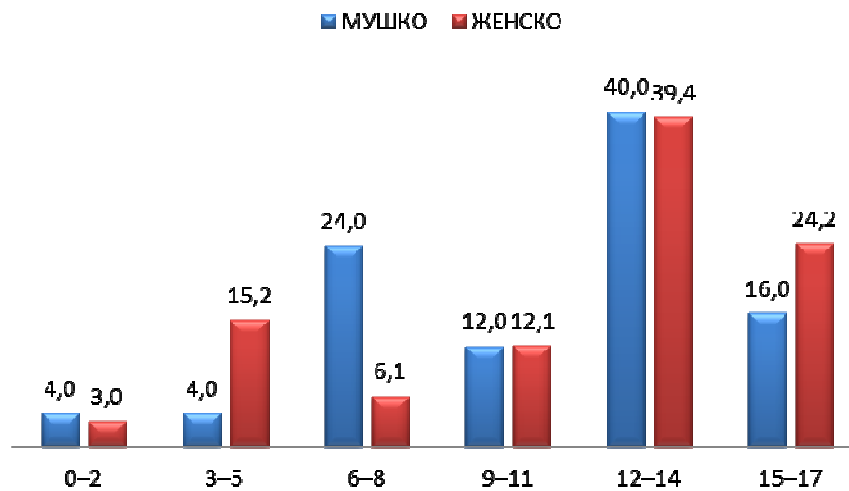


4.9.2. Едукативно занемаривање

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].

У графикону 12 су приказане разлике учесталости едукативног занемаривања у односу на пол и старост деце. Девојчице (57%) су чешће биле изложене едукативном занемаривању у односу на дечаке (43%). Деца оба пола су најчешће била изложена едукативном занемаривању у узрасту 12–14 година. Девојчице су биле чешће изложене едукативном занемаривању у односу на дечаке у узрасту 3–5 и 15–17 година.

Графикон 12. Дистрибуција (%) пријава за едукативно занемаривање по полу и узрасту, Србија, 2014.



4.9.3. 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 „поред 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).

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.

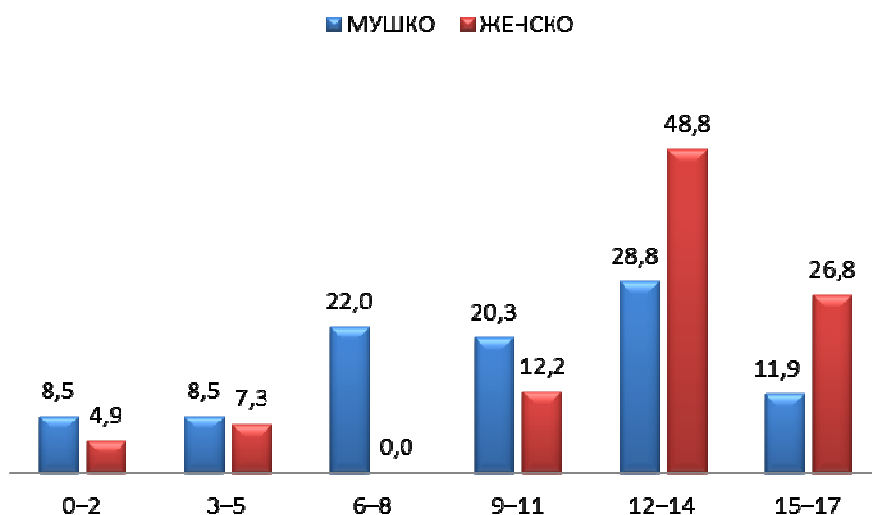
Овакви поступци код одојчади и мање деце доводе до тога да она не напредују у физичком и менталном развоју. Код старије деце овакво понашање родитеља такође повећава ризик да ће доћи до употребе дроге и алкохола, до појаве деструктивног понашања, а понекада подстиче и самоубилачки нагон.

Показатељи

- успорен психофизички развој,
- емоционална затупљеност, незаинтересованост, повлачење,
- неадекватни обрасци везивања,
- „несрећан” изглед,
- несигурност у комуникацији,
- хиперкинетско понашање,
- психосоматски поремећаји,
- покушаји самоубиства,
- деликвентно 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 [2].

Графикон 13. Дистрибуција (%) пријава за емоционално занемаривање по полу и узрасту, Србија, 2014.



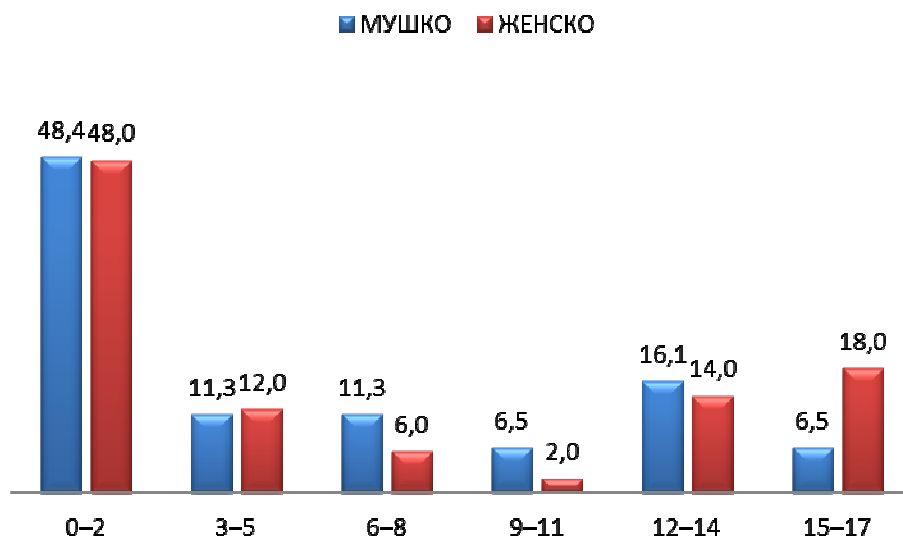
У графикону 13 су приказане разлике учесталости емоционалног занемаривања у односу на пол и старост деце. Дечаци (59%) су чешће били изложени емоционалном занемаривању у односу на девојчице (41%). Деца оба пола су најчешће била изложена емоционалном занемаривању у узрасту 12–14 година. Дечаци су били чешће изложени емоционалном занемаривању у односу на девојчице у узрасту 0–11 година.

4.9.4. 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.

Понекада 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 [2].

Графикон 14. Дистрибуција (%) пријава за медицинско занемаривање по полу и узрасту, Србија, 2014.



У графикону 14 су приказане разлике учесталости медицинског занемаривања у односу на пол и старост деце. Дечаци (55%) су чешће били изложени медицинском занемаривању у односу на девојчице (45%). Деца оба пола су најчешће била изложена медицинском занемаривању у узрасту 0–2 године (48%).

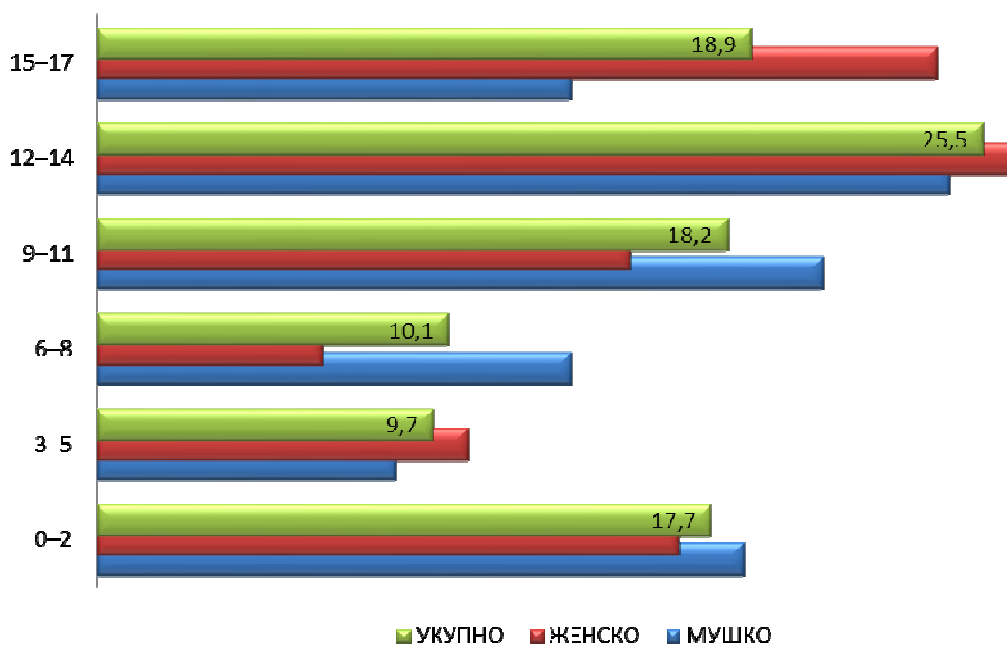
4.10. Извештај о злостављању и занемаривању деце по полу и узрасту

Извештај приказан у табели 15 приказује укупан број пријава сумњи и на злостављање и занемаривање по полу и узрасту. Укупно, деца оба пола су била подједнако изложена злостављању и занемаривању. И девојчице и дечаци су најчешће трпели злоупотребу у узрасној групи 12–14 година. У односу на девојчице, дечаци су чешће изложени злоупотреби у млађим узрастним групама (графикон 15).

Табела 15. Број пријава о злостављању и занемаривању по полу и узрасту, Србија, 2014.

УЗРАСТ	МУШКО	ЖЕНСКО	УКУПНО
0–2	41	36	77
3–5	19	23	42
6–8	30	14	44
9–11	46	33	79
12–14	54	57	111
15–17	30	52	82
УКУПНО	220	215	435

Графикон 15. Дистрибуција (%) пријава за злостављање и занемаривање по полу и узрасту, Србија, 2014.



4.11. Извештај о експлоатацији/врсти експлоатације деце

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 [2].

Од укупно 438 пријава из здравствених установа регистроване су укупно 22 сумње на експлоатацију, и то 9 случајева несексуалне и 13 случајева сексуалне експлоатације (табеле 16 и 17). Од укупног броја пријава, свако двадесето дете је било изложено некој врсти експлоатације (5%) (графикон 16).

Табела 16. Број пријава о експлоатацији по типу, Србија, 2014.

УКУПНО	НЕ СЕКСУАЛНО	СЕКСУАЛНО	НЕМА ЕКСПЛОАТАЦИЈЕ
438	9	13	416

Графикон 16. Дистрибуција (%) пријава за експлоатацију, Србија, 2014.

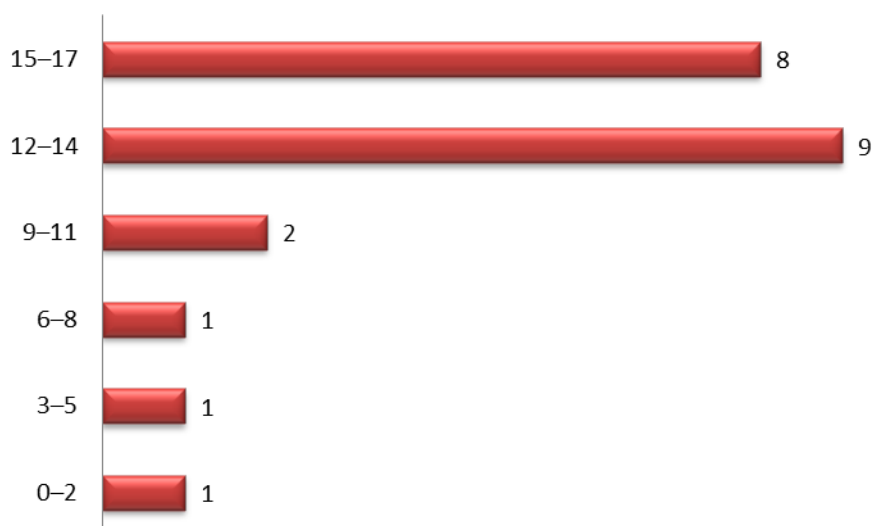


Табела 17. Број пријава о злостављању и занемаривању по полу и узрасту, Србија, 2014.

УЗРАСТ	НЕ СЕКСУАЛНО	СЕКСУАЛНО	УКУПНО
0–2	1	0	1
3–5	1	0	1
6–8	1	0	1
9–11	1	1	2
12–14	2	7	9
15–17	3	5	8
УКУПНО	9	13	22

У графикаону 17 је приказан укупан број пријава сумњи на експлатацију по добним групама. Деца старија од 12 година су чешће била злоупотребљена у сврху експлоатације.

Графикон 17. Број пријава о експлоатацији по узрасту, Србија, 2014.



4.12. Извештај о месту злостављања

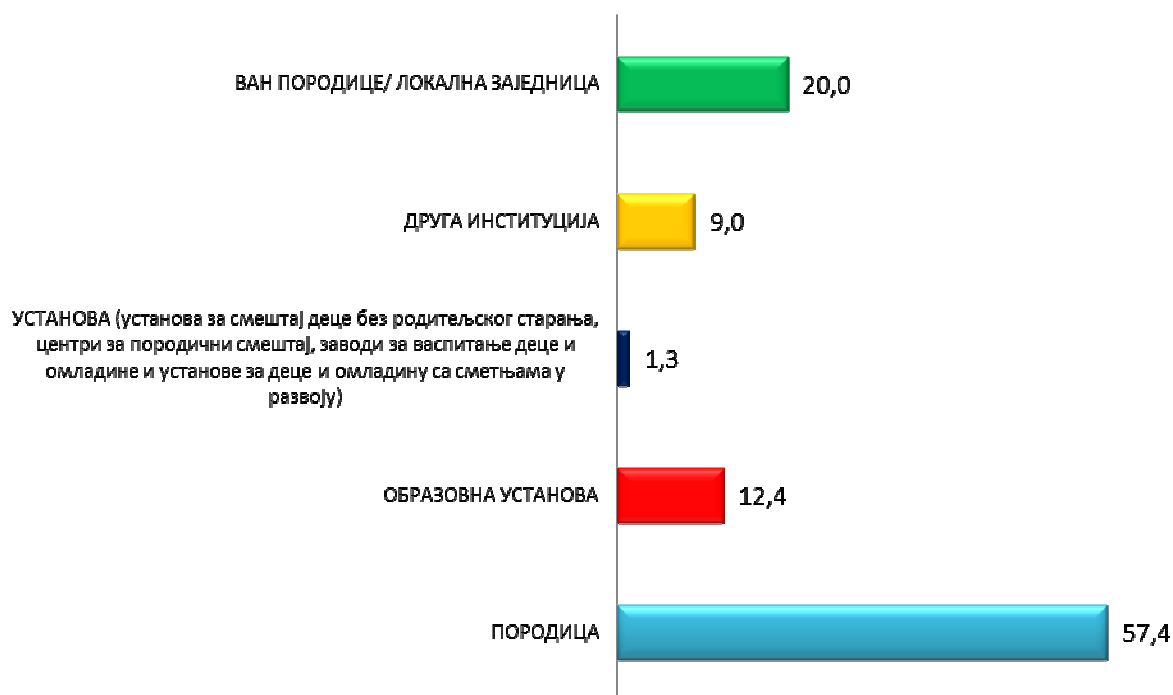
У циљу планирања и предузимања превентивних мера прикупљају се и подаци о месту на коме су деца била изложена злоупотреби. У табели 18 је приказан апсолутни број, а у графикаону 18 процентуално учешће најчешћих места злостављања.

Деца су различите видове злоупотребе најчешће трпела у породичном окружењу (57%), једна петина у локалној заједници и свако осмо дете је било изложено злостављању у образовној установи.

Табела 18. Број пријава о месту злоупотребе, Србија, 2014.

МЕСТО ЗЛОУПОТРЕБЕ	БРОЈ
Породица	273
Образовна установа	59
Установа (установа за смештај деце без родитељског старања, центри за породични смештај, заводи за васпитање деце и омладине и установе за деце и омладину са сметњама у развоју)	6
Друга институција	43
Ван породице/ локална заједница	95
УКУПНО	476

Графикон 18. Дистрибуција (%) пријава о месту злоупотребе, Србија, 2014.



4.13. Извештај о процењеном ризику

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.

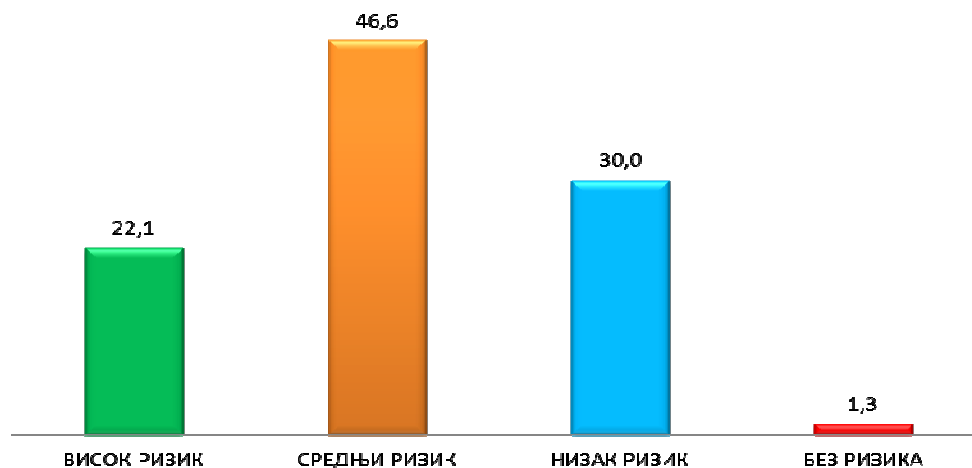
У активностима заштите деце од злостављања и занемаривања, као и од насиља у породици и непосредној животној заједници, неопходна је процена ризика од злостављања и занемаривања, како актуелног, тако и потенцијалног. Од почетне сумње, преко поступака отварања случаја, па до интервенција заштите, превенције, терапије и рехабилитације, сваки стручњак и служба ангажовани у мрежи за заштиту деце стално процењују ризик, јер је то један од битних фактора за планирање, спровођење и евалуацију интервенција у случајевима злостављања и занемаривања деце [2].

Табела 19. Број процењених степена ризика, Србија, 2014.

СТЕПЕН РИЗИКА	БРОЈ
Висок ризик	105
Средњи ризик	222
Низак ризик	143
Без ризика	6
УКУПНО	476

У табели 19 је приказан апсолутан број, а у графикону 19 фреквенција процењених степена ризика. Свако пето дете је са високим степеном ризика од злостављања и занемаривања (22%), а најчешће је процењен средњи ризик (47%). Сумња није била потврђена током конзилијарне процене стручних тимова код 1% деце.

Графикон 19. Дистрибуција (%) пријава о степену процене ризика, Србија, 2014.



4.14. Извештај о плану интервенције

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. Здравствени радник или сарадник који је поступио на овај начин обавештава накнадно стручни тим здравствене организације о учињеном.

Ово омогућава стручни тим да евидентира случај из своје надлежности ради евентуалног укључивања у пружање услуга заштите детета и праћења случаја. Поред тога, стручни тим за сваки конкретни случај оцењује да ли је директно подношење пријаве било оправдано у складу са овим упутством [2].

Осим описане неодложне пријаве полицији и центру за социјални рад, стручни тим може извршити редовну пријаву надлежном центру за социјални рад или одложити пријављивање уколико процени да је ризик од злостављања и занемаривања низак или да установа има капацитета да се бави проблемом детета и породице.

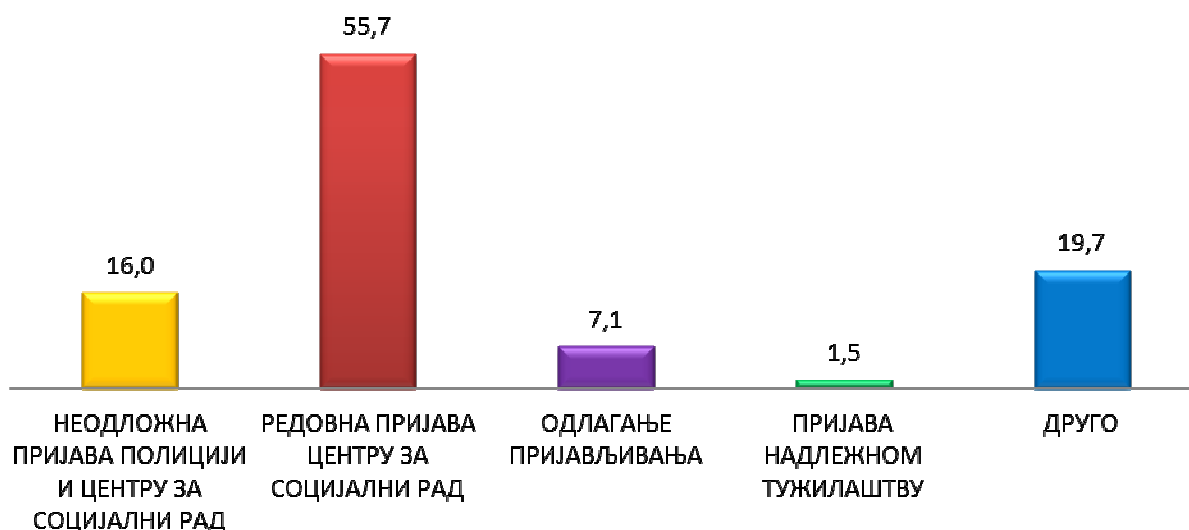
Табела 20. Број планираних интервенција по врсти, Србија, 2014.

ПЛАН ИНТЕРВЕНЦИЈЕ	БРОЈ
Неодложна пријава полицији и центру за социјални рад	76
Редовна пријава центру за социјални рад	265
Одлагање пријављивања	34
Пријава надлежном тужилаштву	7
Друго	94
УКУПНО	476

У табели 20 је приказан апсолутан број, а у графикону 20 фреквенција планираних интервенција стручних тимова. Најчешће је вршена редовна пријава надлежном центру за

социјални рад, а сваки шести случај је имао неодложну пријаву. Занимљиво је да је чак једна петина пријављених случајева имала неку другу интервенцију која није предвиђена протоколом. Ово захтева посебно истраживање о начинима интервенције који нису предвиђени протоколом, као и код којих случајева злоупотреба се то дешава.

Графикон 20. Дистрибуција (%) планираних интервенција по врсти, Србија, 2014.



4.15. Извештај о предузетим мерама

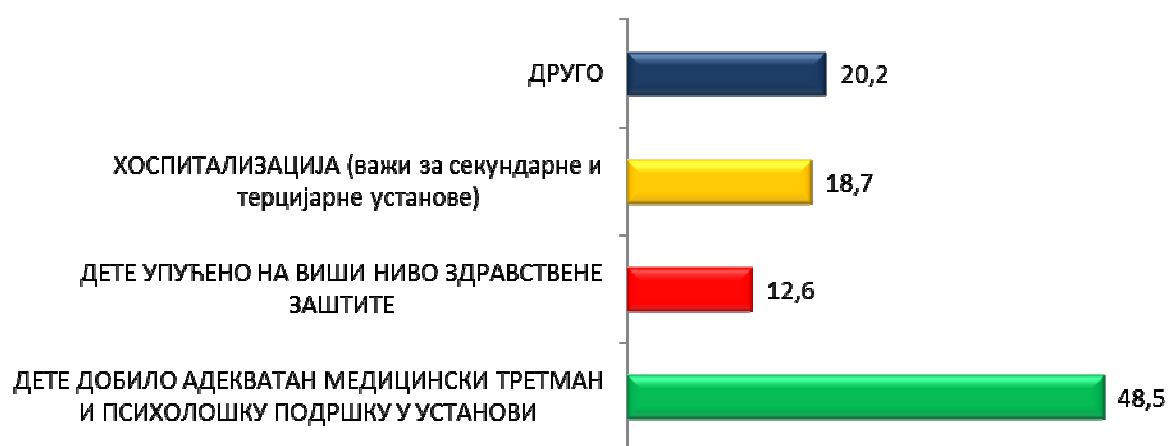
Израду плана заштите детета координира надлежни Центар за социјални рад. Здравствени радник или сарадник који је пријавио злостављање треба активно да помаже надлежним службама (центар за социјални рад, полиција, тужилаштво) у даљем процесу испитивања и доказивања. Он треба да се одазове на позив центра 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.

Табела 21. Број предузетих мера по врсти, Србија, 2014.

ПРЕДУЗЕТЕ МЕРЕ	БРОЈ
Дете добило адекватан медицински третман и психолошку подршку у установи	231
Дете упућено на виши ниво здравствене заштите	60
Хоспитализација (важи за секундарне и терцијарне установе)	89
Друго	96
УКУПНО	476

Графикон 21. Дистрибуција (%) предузетих мера по врсти, Србија, 2014.



У табели 21 је приказан апсолутан број, а у графикону 21 фреквенција предузетих мера стручних тимова. У половини случајева је дете у самој установи добило адекватан медицински третман и психолошку подршку, у 12,6% случајева је дете упућено на виши ниво здравствене заштите, а 18,7% деце је хоспитализовано због природе повреде. Као и код планираних интервенција једна петина пријављених случајева имала је неку другу меру која није предвиђена протоколом, односно предложеним упитником.

4.16. Извештај о основној дијагнози

У оквиру предложеног обрасца пријаве сумње на злостављање/занемаривање постоји и евиденција основне медицинске дијагнозе. Она представља или директну последицу злостављања/занемаривања због које је указана здравствена заштита детету, али може бити и дијагноза због које је дете доведено на преглед, а здравствени радник је

приликом посете приметио показатеље (симптоме и знаке) који су побудили сумњу на злостављање/занемаривање.

Поље основне дијагнозе није обавезно поље у пријави. Од укупно 326 пријава као основна дијагноза у 46,6% случајева су регистроване дијагнозе из IXX групе – Повреде, тровања и последице спољних фактора (S00-T98) и 31,6% из V групе – Душевни поремећаји и поремећаји понашања (F00-F99). Све остале медицинске дијагнозе/групе болести су заступљене са преосталом једном петином учешћа (табела 22).

Табела 22. Број пријава основне дијагнозе по МКБ групама обољења, Србија, 2014.

МКБ ГРУПА	МКБ ШИФРА	МКБ НАЗИВ	БРОЈ
I	A00-B00	Заразне и паразитарне болести	4
III	D50-D89	Болести крви и крвних органа и поремећаји имунитета	1
IV	E00-E90	Болести жлезда са унутрашњим лучењем, исхрана и метаболизам	4
V	F00-F99	Душевни поремећаји и поремећаји понашања	103
VI	G00-G93	Болести нервног система	2
IX	I00-I99	Болести система крвотока	2
X	J00-J99	Болести система за дисање	2
XI	K00-K93	Болести система за варење	1
XII	L00-L99	Болести коже и поткожног ткива	3
IVX	N00-N99	Болести мокраћно-полног система	3
XV	O00-O96	Трудноћа, рађање, бабиње	1
XVIII	R00-R99	Симптоми, знаци и патолошки клинички и лабораторијски налази	11
IXX	S00-T98	Повреде, тровања и последице спољних фактора	152
XX	V01-Y98	Спољашњи узроци оболевања и умирања	8
XXI	Z00-Z99	Фактори који утичу на здравствено стање и контакт са здравственом службом	29

4.17. Извештај о обавезној дијагнози

Међународна класификација болести (X ревизија) је предвидела шифрирање синдрома који су последица злоупотребе деце. Стручни тим здравствене установе на основу свеобухватне процене одређује једну дијагнозу – МКБ шифру.

Ово је обавезно поље у пријави сумње и свака забележена епизода се дијагностикује. Од укупно 476 пријава, свако пето дете је запостављено или одбачено (T74.0), свако шесто дете је трпело физичку злоупотребу (T74.1), а свако седмо је имало недостатак љубави у детињству (Z61.0).

Апсолутни број пријава, као и процентуално учешће свих дијагноза је приказано у табели 23.

Табела 23. Број пријава обавезне дијагнозе по МКБ шифри обољења, Србија, 2014.

МКБ ШИФРА	МКБ НАЗИВ ДИЈАГНОЗА	БРОЈ ДЕЦЕ	%
T74.0	Запостављеност или одбаченост	108	22,7
T74.1	Физичка злоупотреба	78	16,4
T74.2	Сексуална злоупотреба	30	6,3
T74.3	Психолошка злоупотреба	24	5,0
T74.8	Други синдроми лошег поступања	35	7,4
T74.9	Синдром лошег поступања, неозначен	12	2,5
Z61.0	Недостатак љубави у детињству	70	14,7
Z61.1	Одвајање од куће у детињству	2	0,4
Z61.2	Измењени породични односи у детињству	14	2,9
Z61.3	Догађаји који изазивају губитак самопоуздања у детињству	2	0,4
Z61.4	Проблеми повезани са наводном сексуалном злоупотребом детета од стране особе која је у групи за пружање примарне подршке	11	2,3
Z61.5	Проблеми повезани са наводном сексуалном злоупотребом детета од стране особе која је изван групе за пружање примарне подршке	10	2,1
Z61.6	Проблеми повезани са наводном физичком злоупотребом детета	8	1,7
Z61.7	Лично искуство везано за страховање у детињству	4	0,8
Z61.8	Други негативни животни догађаји у детињству	2	0,4
Z61.9	Негативни животни догађај у детињству, неозначен	6	1,3
Z62.0	Неодговарајући родитељски надзор и контрола	44	9,2
Z62.3	Непријатељство према детету или окривљавање детета	8	1,7
Z62.4	Емотивно запостављање детета	5	1,1
Z62.6	Неодговарајући притисак родитеља и друга ненормална својства васпитања	1	0,2
Z62.8	Други означени проблеми везани за васпитање	2	0,4
УКУПНО		476	100,0

4.18. Извештај о починиоцима и типу злостављања и занемаривања

Здравствени радници су у обавези да обавесте стручни тим и о могућем починиоцу злоупотребе детета, наравно уколико имају такво сазнање или сумњу. Ово је неопходно, пре свега, да би се избегао даљи контакт детета са починиоцем, вршење „освете” над дететом и обезбеђење сигурне средине за дете.

У табелама 24 до 27 приказане су пријаве сумњи о починиоцима злостављања и занемаривања у апсолутном броју, као и њихова учесталост по врсти злостављања и занемаривања.

Табела 24. Број пријава починилаца по типу злостављања, Србија, 2014.

ПОЧИНИЛАЦ	ЗЛОСТАВЉАЊЕ			
	ФИЗИЧКО	ЕМОЦИОНАЛНО	СЕКСУАЛНО	СВЕДОК ПОРОДИЧНОМ НАСИЉУ
Отац	62	70	13	19
Мајка	21	36	0	20
Деда	5	1	5	1
Баба	1	2	2	1
Брат	8	5	1	2
Сестра	3	2	0	2
Крвни сродник	3	1	4	1
Мамин партнер	2	3	4	1
Очева партнерка	2	1	1	0
Старатељ	0	0	0	0
Старатељка	0	1	0	0
Хранитељ	1	1	0	0
Хранитељка	0	0	0	0
Просветни радник	1	4	1	0
Одрасла особа која се стара о детету	2	1	1	0
Позната особа	27	25	23	0
Непозната особа	9	6	5	0
Вршњак	76	50	10	0
Неко други	5	2	6	0

Укупно, најчешће је био пријављен отац као злостављач (у 164 пријаве), а затим вршњак (136 пријава). По учесталости и врсти злостављања, за физичко злостављање најчешће је именован вршњак (76 пријава), за емоционално злостављање отац (70 пријава), за сексуално злостављање позната особа (23 пријаве), а мајка за породично насиље (20 пријава).

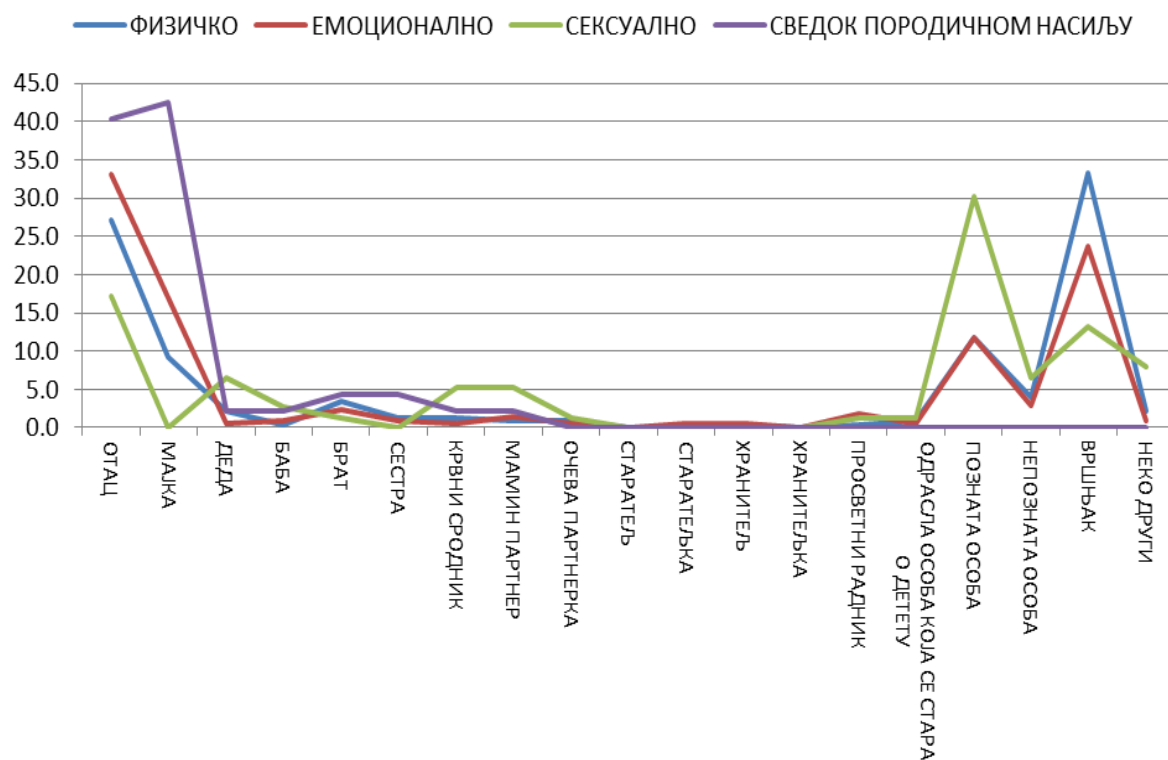
У графикону 22 је приказана учесталост починиоца злостављања по врсти злостављања. За све врсте злостављања најчешћи починиоци регистровани од стране

стручних тимова у здравственим установама су родитељи (отац и мајка), вршњаци и неко из окружења детета (позната особа).

Табела 25. Дистрибуција (%) починилаца по типу злостављања, Србија, 2014.

ПОЧИНИЛАЦ	ЗЛОСТАВЉАЊЕ			
	ФИЗИЧКО	ЕМОЦИОНАЛНО	СЕКСУАЛНО	СВЕДОК ПОРОДИЧНОМ НАСИЉУ
Отац	27,2	33,2	17,1	40,4
Мајка	9,2	17,1	0,0	42,6
Деда	2,2	0,5	6,6	2,1
Баба	0,4	0,9	2,6	2,1
Брат	3,5	2,4	1,3	4,3
Сестра	1,3	0,9	0,0	4,3
Крвни сродник	1,3	0,5	5,3	2,1
Мамин партнер	0,9	1,4	5,3	2,1
Очева партнерка	0,9	0,5	1,3	0,0
Старатељ	0,0	0,0	0,0	0,0
Старатељка	0,0	0,5	0,0	0,0
Хранитељ	0,4	0,5	0,0	0,0
Хранитељка	0,0	0,0	0,0	0,0
Просветни радник	0,4	1,9	1,3	0,0
Одрасла особа која се стара о детету	0,9	0,5	1,3	0,0
Позната особа	11,8	11,8	30,3	0,0
Непозната особа	3,9	2,8	6,6	0,0
Вршњак	33,3	23,7	13,2	0,0
Неко други	2,2	0,0	7,9	0,0

Графикон 22. Дистрибуција (%) починиоца злостављања по врсти злостављања, Србија, 2014.



Укупно, најчеће је била пријављена мајка као особа која занемарује дете (286 пријава), а затим отац (218 пријава). По учесталости и врсти занемаривања, за физичко, медицинско и едукативно занемаривање најчешће је именована мајка, а за емоционално отац (табела 27 и графикон 23).

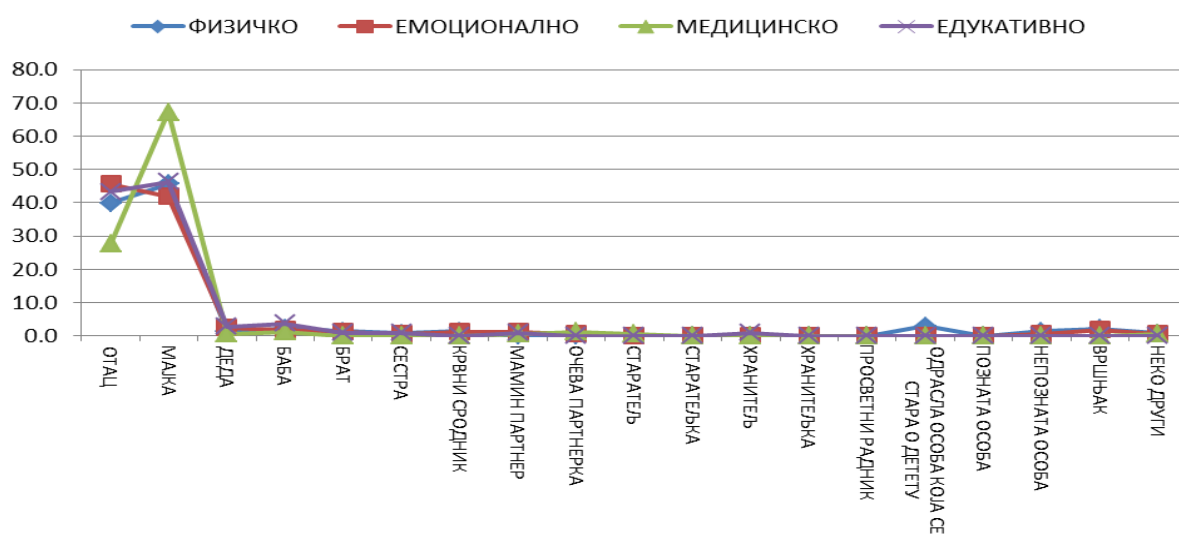
Табела 26. Број пријава починилаца по типу занемаривања, Србија, 2014.

ПОЧИНИЛАЦ	ЗАНЕМАРИВАЊЕ			
	ФИЗИЧКО	ЕМОЦИОНАЛНО	МЕДИЦИНСКО	ЕДУКАТИВНО
Отац	55	73	44	46
Мајка	63	67	107	49
Деда	2	4	1	3
Баба	3	3	2	4
Брат	2	2	0	1
Сестра	1	1	0	1
Крвни сродник	2	2	0	0
Мамин партнер	0	2	1	1
Очева партнерка	0	1	2	0
Старатељ	0	0	1	0
Старатељка	0	0	0	0
Хранитељ	0	0	0	1
Хранитељка	0	0	0	0
Просветни радник	0	0	0	0
Одрасла особа која се стара о детету	4	0	0	0
Позната особа	0	0	0	0
Непозната особа	2	1	0	0
Вршњак	3	3	0	0
Неко други	1	1	1	0

Табела 27. Дистрибуција (%) починилаца по типу по типу занемаривања, Србија, 2014.

ПОЧИНИЛАЦ	ЗАНЕМАРИВАЊЕ			
	ФИЗИЧКО	ЕМОЦИОНАЛНО	МЕДИЦИНСКО	ЕДУКАТИВНО
Отац	39,9	45,6	27,7	43,4
Мајка	45,7	41,9	67,3	46,2
Деда	1,4	2,5	0,6	2,8
Баба	2,2	1,9	1,3	3,8
Брат	1,4	1,3	0,0	0,9
Сестра	0,7	0,6	0,0	0,9
Крвни сродник	1,4	1,3	0,0	0,0
Мамин партнер	0,0	1,3	0,6	0,9
Очева партнерка	0,0	0,6	1,3	0,0
Старатељ	0,0	0,0	0,6	0,0
Старатељка	0,0	0,0	0,0	0,0
Хранитељ	0,0	0,0	0,0	0,9
Хранитељка	0,0	0,0	0,0	0,0
Просветни радник	0,0	0,0	0,0	0,0
Одрасла особа која се стара о детету	2,9	0,0	0,0	0,0
Позната особа	0,0	0,0	0,0	0,0
Непозната особа	1,4	0,6	0,0	0,0
Вршњак	2,2	1,9	0,0	0,0
Неко други	0,7	0,6	0,6	0,0

Графикон 23. Дистрибуција (%) починиоца занемаривања по врсти занемаривања, Србија, 2014.



5.0. ЗАКЉУЧЦИ

- 1) У писаној форми Институту је извештаје доставило 70 здравствених установа. Регистровано је укупно 480 пријава сумње на злостављање и занемаривање. Ови извештаји не могу бити основ за анализу која би пратила квалитет рада стручних тимова.
- 2) Преко апликације извештавало је 37 здравствених установа. Предмет анализе су пријаве унете преко апликације.
- 3) Укупно је регистровано 451 дете, односно 224 девојчице и 226 дечака.
- 4) У 37 установа је укупно регистровано 476 пријава сумње на злостављање и/или занемаривање. Укупно 25 деце је више пута пријављено унутар једне или више установа.
- 5) Свако четврто дете које је било изложено злостављању и/или занемаривању припада добној групи 12–14 година.
- 6) Укупно је пријављена 301 сумња на злостављање. Од тога је било 51,8% дечака и 48,2% девојчица. Свако треће злостављано дете је у добној групи 12–14 година (30%).
- 7) По типу, две трећине деце је трпело физичко злостављање (62,8%), више од половине емоционално злостављање (54,5%), једна четвртина сексуално злостављање (22,9%) и свако тринаесто дете је било сведок породичном насиљу.
- 8) Дечаци су најчешће били изложени сексуалном насиљу у узрасту 9–11 (40%), а девојчице у узрасту 12–14 година (35%).
- 9) Дечаци су најчешће били изложени емоционалном насиљу у узрасту 12–14 (27%), а девојчице у узрасту 15–17 година (33%).
- 10) Укупно је пријављено 216 сумњи на занемаривање. Од тога је било 52,8% дечака и 47,2% девојчица. Свако треће занемарено дете је у добној групи 0–2 године (32%).
- 11) Од укупно 216 пријава за занемаривање, више од половине деце је трпело медицинско занемаривање (51,8%), 46,3% емоционално занемаривање, две четвртине физичко (38,4%) и једна четвртина едукативно занемаривање (26,9%).
- 12) Нешто више дечака (54%) је изложено физичком занемаривању у односу на девојчице (46%). Деца оба пола су најчешће била изложена физичком занемаривању у узрасту 12–14.
- 13) Девојчице (57%) су чешће биле изложене едукативном занемаривању у односу на дечаке (43%). Деца оба пола су најчешће била изложена едукативном занемаривању у узрасту 12–14 година.

- 14) Дечаци (59%) су чешће били изложени емоционалном занемаривању у односу на девојчице (41%). Деца оба пола су најчешће била изложена емоционалном занемаривању у узрасту 12–14 година.
- 15) Дечаци (55%) су чешће били изложени медицинском занемаривању у односу на девојчице (45%). Деца оба пола су најчешће била изложена медицинском занемаривању у узрасту 0–2 године (48%).
- 16) Од укупно 438 пријава из здравствених установа регистроване су укупно 22 сумње на експлоатацију, и то 9 случајева несексуалне и 13 случајева сексуалне експлоатације. Од укупног броја пријава, свако двадесето дете је било изложено некој врсти експлоатације (5%). Деца старија од 12 година су чешће била злоупотребљена у сврху експлоатације.
- 17) Деца су различите видове злоупотребе најчешће трпела у породичном окружењу (57%), једна петина у локалној заједници, а свако осмо дете је било изложено злостављању у образовној установи.
- 18) Свако пето дете је са високим степеном ризика од злостављања и занемаривања (22%), а најчешће је процењен средњи ризик (47%). Сумња није била потврђена током конзилијарне процене стручних тимова код 1% деце.
- 19) Најчешће је вршена редовна пријава надлежном центру за социјални рад, а сваки шести случај је имао неодложну пријаву.
- 20) У половини случајева дете је у самој установи добило адекватан медицински третман и психолошку подршку, у 12,6% случајева дете је упућено на виши ниво здравствене заштите, а 18,7% деце је хоспитализовано због природе повреде.
- 21) Од укупно 326 пријава као основна дијагноза у 46,6% случајева су регистроване дијагнозе из IXX групе – Повреде, тровања и последице спољних фактора (S00-T98) и 31,6% из V групе – Душевни поремећаји и поремећаји понашања (F00-F99).
- 22) Од укупно 476 пријава, свако пето дете је запостављено или одбачено (T74.0), свако шесто дете је трпело физичку злоупотребу (T74.1), а свако седмо је имало недостатак љубави у детињству (Z61.0).
- 23) Укупно, најчешће је био пријављен отац као злостављач (у 164 пријаве), а затим вршњак (136 пријава). По учесталости и врсти злостављања, за физичко злостављање најчешће је именован вршњак (76 пријава), за емоционално злостављање отац (70 пријава), за сексуално злостављање позната особа (23 пријаве), а мајка за породично насиље (20 пријава).

24) Укупно, најчешће је била пријављена мајка као особа која занемарује дете (286 пријава), а затим отац (218 пријава). По учесталости и врсти занемаривања, за физичко, медицинско и едукативно занемаривање најчешће је именована мајка, а за емоционално отац.

6.0. ПРЕДЛОГ МЕРА

- 1) Неопходно је подсећати здравствене установе да су у обавези да формирају стручне тимове за заштиту деце од злостављања и занемаривања. Инспекција Министарства здравља и надзорници у току редовне провере квалитета стручног рада би требало да провере рад и документацију стручних тимова. Такође, ово би требао бити и стандард за акредитацију и/или један од показатеља квалитета рада здравствене установе.
- 2) Наставити са сталном едукацијом чланова стручних тимова, али и свих других здравствених радника који непосредно учествују у пружању здравствене заштите деце и омладине до 18 година, о препознавању знакова и симптома злостављања и занемаривања, као и о начинима поступања у случају сумње на злостављање и занемаривање.
- 3) Наставити са укључивањем здравствених усана у извештавање путем апликације.
- 4) Дефинисати рокове за извештавање, сачинити Упутство за извештавање о раду стручних тимова.
- 5) Потребно је учинити реизбор Посебне радне групе за примену Посебног протокола за заштиту деце од злостављања и занемаривања (истекао мандат).
- 6) Неопходна је ревизија постојећег Протокола за заштиту деце од злостављања и занемаривања у систему здравствене заштите.
- 7) Потребно је усвојити нову здравствену услугу у номенклатури здравствених усана (свих нивоа), како за непосредно збрињавање детета које је било изложено злостављању/занемаривању, тако и за конзилијарни рад стручног тима.
- 8) У свим срединама периодично организовати састанке свих актера који учествују у заштити деце од злоупотребе (социјална заштита, полиција, образовање – предшколско, основно и средње, здравствене установе – дом здравља, хитна помоћ, дечје и опште болнице, правосуђе и невладин сектор) у циљу размене информација, дефинисања проблема и могућих решења у специфичној локалној средини/заједници.
- 9) Усвојити валидну медицинску документацију за вођење случајева злоупотребе деце, протоколе стручних тимова и пријава случаја.

10) Применити јавноздравствени приступ у превенцији злостављања и занемаривања деце. Јавноздравствени приступ разликује универзалне, селективне и индиковане интервенције за унапређење здравља и превенцију поремећаја. У оквиру постојећих програма посебно је сачинити и тематске целине које се односе на превенцију злостављања и занемаривања:

- **Универзална превенција** – спроводи се као део редовних активности у примарној здравственој заштити:

- програми за неговање здравих стилова живота младих и штетности дувана, алкохола и других супстанци;
- саветодавни рад за планирање породице, укључујући информисање о физичким, социјалним, когнитивним и емоционалним потребама детета пре него што се млади одлуче на родитељство;
- брига о трудници са циљем побољшања исхода трудноће;
- школе родитељства које омогућавају да нови родитељи сазнају о потребама новорођенчета, да негују здраве стилове живота пре и након рођења детета, да стимулишу комуникацију и играју се са дететом, упражњавају праксу позитивне дисциплине и слично;
- пренатална и постнатална здравствена заштита мајке и детета;
- кућне посете трудници и породици са новорођенчетом и малим дететом.

Развијање ових вештина је битно за спречавање злостављања и занемаривања.

- **Селективна превенција** – мере су веома ефикасне, али ови програми се не спроводе за сада рутински, иако су предвиђени Националним програмом за здравствену заштиту жена, деце и омладине (2009):

- скрининг вулнерабилне деце и породица у групама (самохране или малолетне мајке, породице са душевним или тешким, хроничним болесником, са злоупотребом алкохола или супстанци, изразито сиромашне породице и сл.) који почињу већ у перинаталном периоду и настављају се редовно током детињства;
- редовне кућне посете вулнерабилним породицама и породицама са идентификованим ризиком за злостављање и/или занемаривање;
- рана идентификација процене деце код које се сумња на злостављање и занемаривање (заједно са социјалним и другим службама);
- групе за подршку и терапијски програми за вулнерабилну децу и одрасле;
- програми за модификацију понашања особа склоних насиљу и слично.

- Индикована превенција – мере које је здравствени радник дужан да предузме када има сазнање или сумњу да је дете доживело злостављање и/или занемаривање и одређене су Посебним протоколом за заштиту деце од злостављања и занемаривања у систему здравствене заштите [3].

7.0. ЛИТЕРАТУРА

1. Министарство здравља Републике Србије: Посебни протокол система здравствене заштите за заштиту деце од злостављања и занемаривања; Министратсво здравља Републике Србије, Београд, 2009.
2. Ђорђе Алемпијевић, Оливер Видојевић, Марко Видосављевић, Маја Ђорђевић, Душанка Калањ, Анета Лакић, Теодора Минчић, Милица Пејовић Милованчевић, Јелена Радосављев Кирћански и Катарина Седлецки: Приручник за примену Посебног протокола система здравствене заштите за заштиту деце од злостављања и занемаривања; Институт за ментално здравље, Београд, 2012.
3. Вероника Ишпановић-Радојковић, Тања Игњатовић, Александра Калезић Вигњевић, Ивана Стевановић, Јелена Срна, Ранка Вујовић и Невенка Жегарац: Заштита деце од злостављања и занемаривања – Примена Општег протокола; Центар за права детета, Београд, 2011.