

Rozpoznawanie przemocy wobec dzieci i reagowanie na nią w nauczaniu przyszłych lekarzy

Antonina Doroszevska^a, Anna Kołodziejek^b,
Wojciech Oronowicz-Jaśkowiak^a

^aStudium Komunikacji Medycznej WUM,
^bStudenckie Koło Naukowe Edukacji Medycznej
przy Studium Komunikacji Medycznej WUM

Rozpoznawanie przemocy fizycznej i psychicznej wobec dzieci oraz odpowiednie na nią reagowanie są niezwykle ważnymi umiejętnościami dla pracowników ochrony zdrowia. Celem artykułu było opisanie zarówno związanych z przemocą wobec dzieci treści kształcenia na kierunkach medycznych, jak i przekonań studentów o ich przygotowaniu w zakresie wiedzy i umiejętności reagowania w sytuacji podejrzenia przemocy wobec dzieci. Wyniki przeprowadzonych badań wskazują, że studenci znają zasady rozpoznawania przemocy stosowanej wobec dzieci, jednak nie wiedzą, w jaki sposób postępować w sytuacji podejrzenia przemocy i konieczności zgłoszenia jej odpowiednim organom.

SŁOWA KLUCZOWE:

PRZEMOC WOBEC DZIECI, EDUKACJA MEDYCZNA

Jedną z rekomendacji Fundacji Dajemy Dzieciom Siłę, sformułowaną na podstawie analizy wyników badania dotyczącego wiedzy pracowników ochrony zdrowia na temat krzywdzenia dzieci i sposobów reagowania w sytuacji podejrzenia przemocy wobec dzieci, jest wprowadzenie do programów studiów medycznych zajęć dotyczących tej problematyki oraz umiejętności rozmawiania z pacjentami z takimi doświadczeniami (Makaruk, Włodarczyk, 2019). Celem niniejszego artykułu było

opisanie zarówno związanych z przemocą wobec dzieci treści kształcenia na kierunkach medycznych, jak i przekonań studentów o ich własnym przygotowaniu w zakresie wiedzy i umiejętności reagowania w sytuacji podejrzenia przemocy wobec dzieci.

PRZEMOC WOBEC DZIECI W PROGRAMACH KSZTAŁCENIA NA UCZELNIACH MEDYCZNYCH - PERSPEKTYWA MIĘDZYNARODOWA

Przemoc wobec dzieci występuje na całym świecie. Zarówno w krajach rozwiniętych, jak i rozwijających się dziecko może paść jej ofiarą bez względu na pochodzenie etniczne rodziny, jej sytuację materialną czy poziom wykształcenia (Stoltenborgh, Bakermans-Kranenburg, IJzendoorn, Alink, 2013). Utworzona w 1972 r. przez *World Medical Association* (WMA) i *World Health Organization* (WHO) organizacja *World Federation for Medical Education* (WFME), która współpracuje z lekarzami, edukatorami i pracownikami naukowymi na całym świecie, sformułowała globalne wytyczne dla rozwiązania problemu stosowania przemocy wobec dzieci. Zaktualizowane w 2015 r. standardy pt. *WFME Global Standards for Quality Improvement: Basic Medical Education (BME; Globalne standardy WFME dla poprawy jakości: podstawowa edukacja medyczna)* przedstawiają wspólne stanowisko ekspertów dotyczące minimalnych wymogów i wytycznych odnoszących się do treści nauczania, które powinny spełnić uczelnie w ramach kształcenia zarówno przed-, jak i podyplomowego. Jak zaznaczają autorzy opracowania, w dokumencie znajdują się wskazówki, które jedynie nakreślają ogólne ramy, ale nie są bezwzględny, niemodyfikowalnym programem procedur i tematów zajęć. Każde państwo powinno je uwzględnić, dostosowując do lokalnego kontekstu społeczno-kulturowego i systemu kształcenia (WFME, bd.).

W 2016 r. WHO opublikowała dokument pt. *Global Strategy on Human Resources for Health: Workforce 2030 (Globalna strategia dotycząca zasobów ludzkich w zdrowiu: zatrudnieni 2030)*. Pierwszym wymienionym w nim celem było sprawienie, aby do 2020 r. wszystkie kraje ustanowiły mechanizmy akredytacji dla instytucji kształcących w dziedzinie zdrowia. Intencją autorów było, aby programy akredytacyjne wzorowały się na działających w Stanach Zjednoczonych wytycznych sformułowanych przez *Liaison Committee on Medical Education* (LCME) lub przywołanych wcześniej ogólnoświatowych BME, opracowanych przez WFME (WHO, 2016). Zgodnie z wytycznymi BME i LCME rozpoznawanie przemocy wobec dzieci nie jest bezwzględnie wymaganym elementem procesu kształcenia w obszarze zdrowia. Podane w BME cele edukacji medycznej, które odnosić mogłyby się również do kształcenia na temat przemocy w rodzinie, to m.in.

zapewnienie [...] stosownej odpowiedzialności klinicznej [...] [czyli] działań związanych z promocją zdrowia, zapobieganiem chorobom i opieką nad pacjentem; uwzględnienie wkładu nauk behawioralnych [medycyny społecznej, psychologii medycznej, socjologii medycznej, zdrowia publicznego i medycyny socjalnej] [...]; etyka medyczna [moralne problemy w działalności klinicznej, takie jak wartości, prawa i obowiązki związane z zachowaniem i podejmowaniem decyzji przez lekarza]. (WFME, 2015)

Także amerykański LCME uwzględnia aspekty behawioralny i społeczny. Zgodnie z punktem 7.5 jego wytycznych „osoby odpowiedzialne za kształcenie w uczelni medycznej powinny zapewnić włączenie do programu treści związanych z diagnostyką, zapobieganiem i zgłaszaniem do właściwych organów oraz leczeniem zdrowotnych konsekwencji typowych problemów społecznych [...]” (LCME, 2019). Temat przemocy w rodzinie nie jest w tych wytycznych wymieniony.

W niektórych krajach – np. w opisywanych wcześniej Stanach Zjednoczonych, a także w Hiszpanii – ogólnokrajowe wytyczne wśród elementów programu nauczania nie wyróżniają kwestii związanych z ochroną dzieci przed przemocą (LCME, 2019; Ministerio Español de Educación y Ciencia, 2008; WFME, 2015). Może to wynikać ze zwięzłego, raczej ogólnego charakteru tych standardów, pozostawiającego większą swobodę uczelniom i innym instytucjom działającym w obszarze edukacji medycznej. Budując program nauczania, uczelnie mogą jednak korzystać z wytycznych różnych organizacji. Na przykład w tworzeniu programu z zakresu pediatrii w Stanach Zjednoczonych i w Kanadzie bierze udział *Council on Medical Student Education in Pediatrics* (COMSEP; Christian, 2008).

W Wielkiej Brytanii program nauczania na studiach medycznych opracowuje i nadzoruje *General Medical Council* (GMC) na podstawie *Medical Act* z 1983 r. W przygotowanym przez GMC dokumencie pt. *Outcomes for graduates 2018* określono oczekiwane efekty, które powinni osiągnąć absolwenci kierunków lekarskich. Wśród nich szczegółowo wyróżniono:

- identyfikowanie objawów podmiotowych i przedmiotowych przemocy lub zaniedbania;
- zdolność do chronienia dzieci, młodzieży, dorosłych i osób starszych, używając stosownych systemów współdzielenia informacji, rejestrowania i zgłaszania podejrzeń, zdobywania dowodów, kierowania i działania;
- ocenianie potrzeby wsparcia dla dzieci, młodzieży, dorosłych i osób starszych, będących ofiarami przemocy domowej, seksualnej lub innej (GMC, 2018).

Również we Francji opracowano ogólnokrajowe wytyczne nauczania na studiach medycznych. Studenci drugiego (klinicznego) cyklu studiów kierunku lekarskiego muszą zostać przygotowani do identyfikowania ryzyka niewłaściwego traktowania niemowląt, dzieci i nastolatków lub jego występowania oraz wszczęcia niezbędnych

działań medycznych i administracyjnych mających na celu ochronę matki oraz dziecka (Arrêté du 8 avril 2013 relatif au régime des études en vue du premier et du deuxième cycle des études médicales, 2013).

PRZEMOC WOBEC DZIECI W PROGRAMACH KSZTAŁCENIA NA UCZELNIACH MEDYCZNYCH W POLSCE

W Polsce efekty uczenia się na kierunkach lekarskim, lekarsko-dentystycznym, pielęgniarstwie, położniczym i ratownictwa medycznego są wskazane w Rozporządzeniu Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego (Dz.U. 2019 poz. 1573). W tabeli 1 przedstawiono uwzględniające kwestie związane z przemocą efekty uczenia się dla poszczególnych kierunków.

Tabela 1

Efekty uczenia się odnoszące się do kwestii przemocy

| Kierunek | Efekty uczenia się |
|-----------------------|--|
| Lekarski | <p>Student zna: D.W3. formy przemocy, modele wyjaśniające przemoc w rodzinie i przemoc w wybranych instytucjach, społeczne uwarunkowania różnych form przemocy oraz rolę lekarza w jej rozpoznawaniu.</p> <p>Student potrafi: D.U10. identyfikować czynniki ryzyka wystąpienia przemocy, rozpoznawać przemoc i odpowiednio reagować; G.U7. rozpoznawać podczas badania dziecka zachowania i objawy wskazujące na możliwość wystąpienia przemocy wobec dziecka.</p> |
| Lekarsko-dentystyczny | <p>Student zna: D.W2. formy przemocy, modele wyjaśniające przemoc w rodzinie i przemoc w wybranych instytucjach, społeczne uwarunkowania różnych form przemocy oraz rolę lekarza i lekarza dentystry w jej rozpoznawaniu.</p> <p>Student potrafi: D.U7. identyfikować czynniki ryzyka wystąpienia przemocy, rozpoznawać przemoc i odpowiednio reagować.</p> |
| Położnictwo | <p>Student zna: B.W27. rodzaje działań medycznych i prawnych w przypadku przemocy wobec dziewczynki i kobiet.</p> <p>Student potrafi: B.U27. rozpoznawać środowiska zagrożone problemem przemocy w rodzinie i udzielać ofiarom profesjonalnej pomocy; C.U30. rozpoznawać przemoc domową i inne patologie społeczne oraz dokonywać interwencji w sytuacji kryzysu w rodzinie.</p> |
| Ratownictwo medyczne | <p>Student zna: B.W5. formy przemocy, modele wyjaśniające przemoc w rodzinie i w wybranych instytucjach oraz społeczne uwarunkowania różnych form przemocy.</p> <p>Student potrafi: B.U9. identyfikować czynniki ryzyka wystąpienia przemocy, rozpoznawać przemoc i odpowiednio na nią reagować.</p> |

Jak wynika z tabeli 1, absolwenci wskazanych kierunków powinni dysponować zarówno wiedzą dotyczącą form przemocy, modeli wyjaśniających przemoc oraz społecznych uwarunkowań tego zjawiska, jak i umiejętnościami identyfikowania czynników ryzyka, rozpoznawania przemocy oraz odpowiedniego reagowania na nią w sytuacji podejrzenia w kontakcie z pacjentem. Należy zwrócić uwagę, że zgodnie z Rozporządzeniem Ministra na kierunku pielęgniarstwo nie ma obowiązku realizowania zajęć dotyczących przemocy wobec dzieci.

SAMOCENA PRZYGOTOWANIA W ZAKRESIE ROZPOZNAWANIA I REAGOWANIA NA PRZEMOC WŚRÓD STUDENTÓW VI ROKU KIERUNKU LEKARSKIEGO

Znaczenia procesu kształcenia studentów kierunków medycznych i personelu medycznego nie sposób przecenić m.in. w świetle wyników badań, które wskazują, że pracownicy ochrony zdrowia, którzy w ostatnim czasie uczestniczyli w zajęciach poświęconych problemowi krzywdzenia dzieci, częściej zgłaszali tego typu podejrzenia (Herendeen, Blevins, Anson, Smith, 2014). Chcąc opisać, w jakim zakresie studenci kończący studia czują się przygotowani do odpowiedniego reagowania w sytuacji, w której podejrzewają, że ich pacjent może być ofiarą przemocy, przeprowadziliśmy badanie z użyciem autorskiej ankiety¹. Poszczególne jej twierdzenia konstruowano, opierając się na efektach kształcenia dla kierunku lekarskiego opisanych w Rozporządzeniu Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z dnia 26 lipca 2019 r.

Grupą badaną było 217 studentów VI roku kierunku lekarskiego². Wśród uczestników badania najwięcej osób kształciło się na Warszawskim Uniwersytecie Medycznym ($n = 97$; 43,9%). Pozostali respondenci uczyli się na Gdańskim Uniwersytecie Medycznym ($n = 37$; 16,7%), Uniwersytecie Medycznym w Łodzi ($n = 22$; 9,9%), Uniwersytecie Medycznym im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu ($n = 15$; 6,8%), Śląskim Uniwersytecie Medycznym w Katowicach ($n = 14$; 6,3%), Uniwersytecie Medycznym w Białymstoku ($n = 13$; 5,9%), Uniwersytecie Mikołaja Kopernika – *Collegium Medicum* w Bydgoszczy ($n = 12$; 5,4%), Uniwersytecie Medycznym w Lublinie ($n = 4$; 1,8%), Uniwersytecie Medycznym im. Piastów Śląskich we Wrocławiu ($n = 3$; 1,4%) i *Collegium Medicum* UJ ($n = 3$; 1,4%).

-
- 1 Celem konstrukcji ankiety nie było stworzenie narzędzia psychometrycznego pozwalającego na dalsze prowadzenie badań indywidualnych, tylko weryfikacja hipotez badawczych. W związku z tym nie przeprowadzono opracowania psychometrycznego w postaci określenia trafności, rzetelności, standaryzacji ani normalizacji ankiety.
 - 2 Dwieście siedemnaście osób studiowało na VI roku, 2 osoby studiowały na V roku, 1 osoba studiowała na IV roku i 1 osoba – na III roku.

Badanie przeprowadzono metodą sondażu diagnostycznego. Respondenci wypełniali ankietę internetową zawierającą autorskie pytania odnoszące się do treści związanych z rozpoznawaniem przemocy wobec dzieci.

Zdecydowana większość badanych deklarowała, że nie brała udziału w zajęciach dotyczących przemocy wobec dzieci poza swoją uczelnią ($n = 211$; 95,5%). Jednocześnie ośmiu na 10 badanych ($n = 178$; 80,5%) stwierdziło, że tematy dotyczące form przemocy wobec dzieci, przemocy w rodzinie i w instytucjach oraz roli lekarza w jej rozpoznawaniu były poruszane w czasie zajęć w toku studiów. Pozostałe odpowiedzi wskazywały na to, że ankietowani nie pamiętali, by temat przemocy był poruszany ($n = 20$; 9,0%), a w opinii co dziesiątego respondenta kwestie te w ogóle nie pojawiły się na zajęciach ($n = 21$; 9,5%)³. Osoby, które zadeklarowały, że taki temat był poruszany w trakcie zajęć, poproszono o wskazane, w ramach jakich przedmiotów go omawiano. Wśród trzech najczęściej wskazywanych przedmiotów znalazły się pediatria ($n = 112$; 62,9%), medycyna rodzinna ($n = 90$; 50,6%) i psychologia, socjologia lub komunikacja medyczna ($n = 75$; 42,1%). Dwie trzecie respondentów odpowiedziało przecząco na pytanie o to, czy podczas zajęć mieli bezpośrednią styczność z pacjentami doznającymi przemocy ($n = 143$; 66,8%).

Badanych proszono także o wskazanie, w jakim stopniu potrafią rozpoznawać i reagować na przemoc wobec niepełnoletniego pacjenta. Uzyskane odpowiedzi umieszczano na skali przedziałowej, gdzie 1 oznaczało *zdecydowanie nie umiem*, a 5 – *zdecydowanie umiem*. W tabeli 2 przedstawiono statystyki opisowe dla poszczególnych stwierdzeń, a w tabeli 3 – korelacje między nimi.

Tabela 2

Statystyki opisowe dla stwierdzeń samoopisowych

| Numer stwierdzenia | Stwierdzenie | M | 95% CI | Me | SD |
|--------------------|---|------|-------------|----|------|
| 1. | Czy czujesz, że umiesz rozpoznawać przemoc wobec niepełnoletniego pacjenta? | 3,41 | 3,29 – 3,52 | 4 | 0,87 |
| 2. | Czy czujesz, że umiesz odpowiednio reagować na przemoc wobec niepełnoletniego pacjenta? | 2,98 | 2,83 – 3,12 | 3 | 1,07 |
| 3. | Czy czujesz, że umiesz rozmawiać z niepełnoletnim pacjentem, u którego podejrzewasz doświadczenie przemocy? | 2,75 | 2,61 – 2,88 | 3 | 1,03 |
| 4. | Czy czujesz, że umiesz identyfikować czynniki ryzyka wystąpienia przemocy wobec niepełnoletniego pacjenta? | 3,53 | 3,40 – 3,66 | 4 | 0,99 |

3 Udzielono również dwóch dodatkowych odpowiedzi: „Na zajęciach nie, ale podczas spotkania Koła Pediatrycznego” oraz „Tak, lecz było to jedno seminarium, uważam, że to nie wystarcza”.

Tabela 3

Korelacje Pearsona między stwierdzeniami samoopisowymi

| Numer stwierdzenia | 1. | 2. | 3. | 4. |
|--------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| 1. | nd. | $r = 0,52 (p < 0,01)$ | $r = 0,44 (p < 0,01)$ | $r = 0,54 (p < 0,01)$ |
| 2. | $r = 0,52 (p < 0,01)$ | nd. | $r = 0,52 (p < 0,01)$ | $r = 0,45 (p < 0,01)$ |
| 3. | $r = 0,45 (p < 0,01)$ | $r = 0,52 (p < 0,01)$ | nd. | $r = 0,37 (p < 0,01)$ |
| 4. | $r = 0,54 (p < 0,01)$ | $r = 0,54 (p < 0,01)$ | $r = 0,37 (p < 0,01)$ | nd. |

Okazało się, że badani uważali, że najlepiej potrafią identyfikować czynniki ryzyka wystąpienia przemocy u niepełnoletniego pacjenta. Choć średnia, którą uzyskali ($M = 3,53$), wskazuje, że nie są w pełni przekonani, że potrafiliby je wskazać. Na podstawie analizy uzyskanych wyników można również stwierdzić, że respondenci średnio potrafią rozpoznawać przemoc ($M = 3,41$) oraz że uznają, że lepiej umieją rozpoznawać przemoc, niż na nią reagować (średnia, odpowiednio, 3,41 i 2,98). Warto zwrócić uwagę, że badani najgorzej oceniają swoje przygotowanie do rozmowy z niepełnoletnim pacjentem, u którego podejrzewają przemoc ($M = 2,75$).

Wyniki analizy przedstawione w tabeli 3 wskazują, że umiejętności komunikacyjne są niezależne od pozostałych umiejętności, tj. identyfikowania czynników ryzyka przemocy, rozpoznawania jej oraz właściwego na nią reagowania.

Badani odpowiadali również na pytanie dotyczące określenia czynników sprzyjających przemocy wobec osób małoletnich. Częstości uzyskanych odpowiedzi przedstawiono w tabeli 4.

Tabela 4Częstości odpowiedzi badanych na pytanie o czynniki sprzyjające przemocy wobec małoletnich⁴

| Czynnik | Częstość odpowiedzi | Odsetek odpowiedzi |
|--|---------------------|--------------------|
| nadużywanie/uzależnienie opiekunów od środków psychoaktywnych (alkohol/narkotyki/inne) | 207 | 93,70% |
| brak wsparcia w rodzinie | 191 | 86,40% |
| niepełnosprawność umysłowa dziecka | 179 | 81,00% |
| ubóstwo rodziny | 175 | 79,20% |
| niepełnosprawność fizyczna dziecka | 165 | 74,70% |
| pełnosprawne dziecko chorujące na choroby psychiatryczne | 140 | 63,30% |
| nieheteroseksualna orientacja seksualna dziecka | 125 | 56,60% |

4 Nie uwzględniono odpowiedzi, dla których liczba odpowiedzi wynosiła mniej niż 5.

| Czynnik | Częstość odpowiedzi | Odsetek odpowiedzi |
|---|---------------------|--------------------|
| transseksualizm dziecka | 120 | 54,30% |
| osamotnienie opiekunów | 111 | 50,20% |
| mieszkanie na wsi | 101 | 45,70% |
| bogate życie towarzyskie opiekunów | 85 | 38,50% |
| samotne rodzicielstwo | 76 | 34,40% |
| pełnosprawne dziecko chorujące na przewlekłe choroby somatyczne | 76 | 34,40% |
| pochodzenie etniczne inne niż kaukaskie | 65 | 29,40% |
| wyzwający ubiór dziecka | 33 | 14,90% |
| mieszkanie w dużym mieście | 32 | 14,50% |

Prawie wszyscy (93,7%) badani uznali, że czynnikiem ryzyka wystąpienia przemocy jest używanie substancji psychoaktywnych. W opinii ponad połowy studentów większe ryzyko przemocy pojawia się w sytuacji choroby lub niepełnosprawności dziecka, jego innej niż heteroseksualna orientacji, a także w rodzinach o słabych więziach, nie mających wsparcia społecznego oraz ubogich. Warto też zwrócić uwagę, że prawie co trzeci (29,4%) badany deklaruwał, że czynnikiem ryzyka przemocy może być przynależność rodziców do innej niż kaukaska grupy etnicznej.

Badanych pytano także o objawy, które mogą świadczyć o przemocy wobec dzieci, i stwierdzono, że większość ankietowanych potrafiła wskazać objawy, które mogą sugerować, że dziecko doświadcza przemocy (tab. 5).

Tabela 5

Częstości odpowiedzi uczestników badania na pytanie o objawy mogące świadczyć o doświadczeniu przemocy przez dzieci⁵

| Objawy mogące świadczyć o doświadczeniu przemocy | Liczba odpowiedzi | Odsetek odpowiedzi |
|--|-------------------|--------------------|
| siniaki | 213 | 96,40% |
| moczenie się, zanieczyszczanie się | 206 | 93,20% |
| objawy lękowe | 205 | 92,80% |
| wycofanie społeczne dziecka | 205 | 92,80% |
| złamania kości | 202 | 91,40% |
| regres w rozwoju dziecka | 190 | 86,00% |
| samookaleczanie | 187 | 84,60% |
| próby samobójcze | 187 | 84,60% |
| zaburzenia snu | 186 | 84,20% |
| trudności w nauce | 184 | 83,30% |

5 Nie uwzględniono odpowiedzi, dla których liczba odpowiedzi wynosiła mniej niż 5.

| Objawy mogące świadczyć o doświadczaniu przemocy | Liczba odpowiedzi | Odsetek odpowiedzi |
|---|-------------------|--------------------|
| objawy somatyczne przewlekłego stresu | 180 | 81,40% |
| częste wizyty z niespecyficznymi objawami | 177 | 80,10% |
| PTSD | 168 | 76,00% |
| apatia | 166 | 75,10% |
| obniżenie nastroju | 158 | 71,50% |
| wylew krwi do tęczówki | 152 | 68,80% |
| niska higiena osobista | 135 | 61,10% |
| podejrzenie używania alkoholu lub innych substancji psychoaktywnych | 129 | 58,40% |
| anoreksja | 110 | 49,80% |
| epizody psychotyczne u dziecka | 102 | 46,20% |
| otyłość | 57 | 25,80% |
| żywiotowość, pogodność | 15 | 6,80% |

Badani wskazywali, do jakiego organu należy zgłaszać podejrzenie występowania przemocy w rodzinie udokumentowane w formie procedury „Niebieskiej Karty”. Najczęściej uczestnicy uważali, że podejrzenie powinno być zgłoszone na policję ($n = 105$; 47,5%), co czwarty respondent zgłosiłby taką informację do zespołu w gminie lub mieście ($n = 56$; 25,3%), a $\frac{1}{4}$ ankietowanych nie wiedziało, gdzie należy przekazać informację o podejrzeniu przemocy ($n = 53$; 24,0%)⁶.

Na pytanie dotyczące tego, jakie postępowanie należy wdrożyć przy podejrzeniu doświadczania przemocy przez pacjenta/pacjentkę w wieku 7 lat, zdecydowana większość uczestników badania odpowiedziała, że w takiej sytuacji wypełni „Niebieską Kartę” i dostarczy ją do odpowiednich organów ($n = 185$; 85,1%). Ponadto $\frac{3}{4}$ respondentów ($n = 168$; 76,0%) stwierdziło, że jeśli będą podejrzewali, że istnieje bezpośrednie zagrożenie życia, to zadzwonią po policję, a $\frac{2}{3}$ ankietowanych ($n = 145$; 65,6%) uznało, że w przypadku bezpośredniego zagrożenia dla dziecka skontaktuje się z sądem rodzinnym. Wśród rzadziej wymienianych, ale relatywnie częstych odpowiedzi pojawiała się deklaracja okazania pacjentowi współczucia ($n = 55$; 24,9%), udzielenia wsparcia, polegającego na powiedzeniu, że zasługuje na lepsze traktowanie ($n = 64$; 29,0%) czy zasugerowaniu tego, co by się zrobiło na jego miejscu ($n = 22$; 10%). Biorąc pod uwagę zadania i kompetencje lekarza, należy mieć wątpliwości związane z dwiema ostatnimi deklaracjami badanych. Mówienie pacjentom, że zasługują na lepsze traktowanie, lub próba wczuwania się w ich sytuację i doradzanie, co by się wtedy zrobiło, trudno uznać za stosowanie się do zasad prawidłowej komunikacji z pacjentem oraz profesjonalnej postawy zawodowej.

⁶ Nie uwzględniono odpowiedzi, dla których liczba odpowiedzi wynosiła mniej niż 5.

Prawie co trzeci ($n = 65$; 29,4%) badany deklaruwał, że w każdej sytuacji podejrzenia przemocy wobec niepełnoletniego pacjenta od razu zadzwoniłby na policję⁷.

Respondentów proszono także o wskazanie, które z podanych przez badaczy stwierdzeń są prawdziwe. Częstości odpowiedzi przedstawiono w tabeli 6. Wszyscy badani wiedzieli, że „dziecko doświadczające przemocy może zgłosić się do gabinetu lekarza z objawami somatycznymi”. Warto zwrócić uwagę, że wszyscy lub prawie wszyscy badani słusznie uznali za fałszywe następujące stwierdzenia:

- „przemoc psychiczna wobec dzieci nie ma znacznego wpływu na ich późniejszy rozwój”;
- „uruchomienie procedury „niebieskiej karty” gwarantuje rozpad rodziny”;
- „dobrze sytuowani finansowo rodzice prawie nigdy nie stosują przemocy wobec swoich dzieci”.

Nieznacznie mniej, ale wciąż ponad ośmiu na 10 badanych wiedziało, że nieprawdziwe jest zdanie: „dziecko doświadczające przemocy będzie zawsze bać się i unikać swojego oprawcy”. Trzy czwarte ankietowanych uznało natomiast za fałszywe zdanie, że „stosowanie procedury «Niebieskiej Karty» dotyczy tylko sytuacji, kiedy jesteśmy pewni występowania przemocy w danej rodzinie”.

Warto podkreślić, że badani czuli odpowiedzialność, jaka spoczywa na lekarzu w związku z pomocą dziecku doświadczającemu przemocy. Ponad 90% ankietowanych zgodziło się ze stwierdzeniem, że „wizyta u lekarza może być dla dziecka jedyną szansą na uzyskanie pomocy w sytuacji doświadczania przemocy”.

Uzyskane wyniki wskazują, że badani nie wiedzieli, czy istnieje zależność między poziomem wykształcenia a ryzykiem stosowania przemocy, co więcej 27,7% respondentów uznało, że taka zależność istnieje. Co trzeci badany przyznał, że nie wie, czy „podstawowym zaleceniem lekarskim dla opiekuna dziecka jest zerwać kontakty/odejść od drugiego, stosującego przemoc, opiekuna”. Z takim stwierdzeniem zgodził się co piąty ankietowany. Są to kwestie, które jednoznacznie powinny zostać włączone w program kształcenia. Brak przekonania badanych w omawianych obszarach może rodzić ryzyko dyskryminacji niektórych osób (z niższym wykształceniem) lub prowadzić do braku czujności na objawy zgłaszane przez dziecko bądź u dziecka obserwowane.

7 Nie uwzględniono odpowiedzi, dla których liczba odpowiedzi wynosiła mniej niż 5.

Tabela 6
Częstości odpowiedzi na pytania wiążące się ze stosowaniem przemocy wobec dzieci

| Stwierdzenie | Odpowiedzi Prawda | Odpowiedzi Fałsz | Odpowiedzi Nie wiem |
|---|----------------------|---------------------|------------------------|
| | n, % | | |
| Dziecko doświadczające przemocy może zgłosić się do gabinetu lekarza z objawami somatycznymi. | 220 (100%) | 0 | 0 |
| Przemoc psychiczna wobec dzieci nie ma znacznego wpływu na ich późniejszy rozwój. | 0 | 220 (100%) | 0 |
| Dobrze sytuowani finansowo rodzice prawie nigdy nie stosują przemocy wobec swoich dzieci. | 0 | 213 (96,8%) | 7 (3,2%) |
| Uruchomienie procedury „Niebieskiej Karty” gwarantuje rozpad rodziny. | 0 | 219 (99,5%) | 12 (5,5%) |
| Dziecko doświadczające przemocy będzie zawsze bać się i unikać swojego oprawcy. | 29 (13,2%) | 184 (83,6%) | 8 (3,6%) |
| Stosowanie procedury „Niebieskiej Karty” dotyczy tylko sytuacji, kiedy jesteśmy pewni występowania przemocy w danej rodzinie. | 19 (8,6%) | 165 (75,0%) | 37 (16,8%) |
| Najczęściej przemoc fizyczną wobec niemowląt stosują matki. | 71 (32,3%) | 43 (19,5%) | 107 (48,6%) |
| Najczęściej przemoc fizyczną wobec nastoletnich dzieci stosują matki. | 10 (4,5%) | 108 (49,1%) | 103 (46,8%) |
| Udowodniono zależność między wykształceniem ponadwyższym (doktor, doktor habilitowany, profesor) a niższym ryzykiem stosowania przemocy wobec dzieci. | 61 (27,7%) | 67 (30,5%) | 93 (42,3%) |
| Podstawowym zaleceniem lekarskim dla opiekuna dziecka jest zerwać kontakty z opiekunem stosującym przemoc lub od niego odejść. | 44 (20,0%) | 108 (49,1%) | 68 (30,9%) |
| Wizyta u lekarza może być dla dziecka jedyną szansą na uzyskanie pomocy w sytuacji doświadczania przemocy. | 202 (91,8%) | 13 (5,9%) | 6 (2,7%) |

UMIĘTNOŚCI ROZPOZNAWANIA I REAGOWANIA NA PRZEMOC WOBEC DZIECI - WSKAZÓWKI DOTYCZĄCE KSZTAŁCENIA

Wyniki niniejszego badania prowadzą do wniosków i wskazówek, których uwzględnienie w programie kształcenia pozwoli podnieść umiejętności absolwentów kierunku lekarskiego w zakresie rozpoznawania przemocy, reagowania na nią oraz komunikacji z niepełnoletnimi pacjentami, którzy mogą być jej ofiarami.

W kwestiach związanych z organizacją kształcenia warto podjąć działania zmierzające do tego, by w efektach uczenia się na kierunku pielęgniarstwo znalazły się wiedza i umiejętności związane z rozpoznawaniem i reagowaniem na przemoc. Tematyka reagowania na przemoc wobec dzieci jest obecna w programach innych

kierunków medycznych, a z bliżej nieokreślonych przyczyn nie ma ich w programie nauczania na pielęgniarstwie.

Z punktu widzenia budowania programów kształcenia należy podkreślić, że z deklaracji badanych wynika, że lepiej zostały osiągnięte efekty uczenia się odnoszące się do wiedzy na temat przemocy, niż dające studentom umiejętności reagowania na przemoc. Jednocześnie badani w najmniejszym stopniu uważają, że są przygotowani do rozmowy z małoletnim pacjentem, u którego podejrzewają przemoc. Wyniki te mogą niepokoić, gdyż wiedza nie przekłada się bezpośrednio na zachowania. Należy liczyć się z tym, że w pracy zawodowej kwestie te nie będą w wystarczającym stopniu zabezpieczone, biorąc pod uwagę, że badani mieli świadomość braku umiejętności rozpoznawania i reagowania na przemoc oraz komunikowania się z ofiarą przemocy.

Badani byli także świadomi braków w swojej wiedzy o czynnikach ryzyka przemocy i jej objawach, mieli również poczucie, że nie umieją rozpoznawać przemocy ani rozmawiać z jej ofiarą. Trudno natomiast zweryfikować, w jakim stopniu stwierdzenia te zależą od samooceny uczestników badania, a w jakim – odnoszą się do rzeczywistej wiedzy, ponieważ stawiane pytania odnosiły się tylko do subiektywnej oceny badanych.

W związku z wiedzą studentów VI roku kierunku lekarskiego warto zwrócić uwagę, że prawie co trzeci ankietowany deklarował, że czynnikiem ryzyka wystąpienia przemocy jest pochodzenie etniczne rodziny. Może to świadczyć o braku u badanych kompetencji międzykulturowych i wiązać się z ryzykiem dyskryminacji ze względu na pochodzenie etniczne przez tę grupę przyszłych lekarzy. Co czwarty student nie wiedział, gdzie należy zgłosić wszczęcie procedury „Niebieskiej Karty”. Warto dokładniej przyjrzeć się programom kształcenia, czy w wystarczającym stopniu zapewniają studentom zdobycie wiedzy na temat czynników ryzyka wystąpienia przemocy wobec dzieci oraz procedury „Niebieskiej Karty”.

Wyniki przeprowadzonego przez nas badania wskazują, że umiejętności komunikacyjne są niezależne od pozostałych umiejętności, tj. identyfikowania czynników ryzyka przemocy, jej rozpoznawania oraz właściwego na nią reagowania. To oznacza, że komunikacja z pacjentem w sytuacji podejrzenia przemocy może być przedmiotem nauczania w czasie zajęć, które pozwalają studentom nabyć umiejętności praktyczne (np. z komunikacji medycznej). Na późniejszych latach studiów warto tę umiejętność integrować z umiejętnościami rozpoznawania objawów, które mogą rodzić podejrzenie przemocy.

W związku z zaobserwowanym w badaniu gorszym przygotowaniem w zakresie umiejętności w procesie kształcenia należy położyć większy nacisk na zajęcia, które umożliwią studentom nabywanie umiejętności reagowania na przemoc

i komunikacji z ofiarami przemocy. Można w tym celu wykorzystać powstające w większości uczelni medycznych centra symulacji medycznych, które ułatwiają nabywanie umiejętności. Symulatory dzieci stanowią nieocenione narzędzie do kształtowania umiejętności rozpoznawania objawów przemocy. Centra symulacji są również doskonałą przestrzenią do kształtowania umiejętności komunikacyjnych. W piśmiennictwie opisano korzyści z podnoszenia kompetencji w omawianym zakresie w ramach zajęć w centrach symulacji. W Birmingham przeprowadzono szkolenie dla stażystów i pielęgniarek z wykorzystaniem scenariusza symulacyjnego, którego celem było podniesienie umiejętności rozpoznawania objawów przemocy i reagowania na nią. Okazało się, że 94% uczestników po szkoleniu czuło się pewniej w działaniach mających chronić dzieci przed przemocą (Thomson, Nayak, Plunkett, Kallappa, 2014). Podobne wyniki uzyskali badacze ze Swindon. W przeprowadzonym przez nich szkoleniu, które miało charakter symulacyjny, wzięli udział różni specjaliści, którzy mogą zetknąć się z będącymi ofiarami przemocy dziećmi – pielęgniarki, położne, lekarze, pracownicy socjalni, rejestratorki (Woodman i in., 2019). Uczeni z Bristolu sprawdzili natomiast skuteczność takiej formy uczenia w ramach kształcenia przeddyplomowego. Wprowadzili scenariusz dotyczący przemocy wobec dzieci do zajęć dla studentów IV roku. Wyniki badania przeprowadzonego wśród 118 studentów potwierdziły skuteczność tej formy kształcenia także w czasie studiów medycznych (McAvoy-Yau, Kelly, 2020). Podsumowując, warto, by uczelnie medyczne w Polsce również włączyły do programu zajęć scenariusze symulacyjne dotyczące przemocy wobec dzieci. Należy pamiętać, że zakres tych zajęć powinien studentom umożliwić opanowanie tych umiejętności, a nauczycielom – zweryfikować ich posiadanie.

E-mail autorki: antonina.doroszewska@wum.edu.pl.

BIBLIOGRAFIA

- Arrêté du 8 avril 2013 relatif au régime des études en vue du premier et du deuxième cycle des études médicales (2013).
- Christian, C. W. (2008). Professional education in child abuse and neglect. *Pediatrics*, 122, S13–S17.
- General Medical Council. (2018). *Outcomes for Graduates 2018*. Pobrane z: <https://www.gmc-uk.org/education/standards-guidance-and-curricula/standards-and-outcomes/outcomes-for-graduates>.

- Herendeen, P. A., Blevins, R., Anson, E., Smith, J. (2014). Barriers to and consequences of mandated reporting of child abuse by nurse practitioners. *Journal of Pediatric Health Care*, 28(1), 1–7.
- Liaison Committee on Medical Education (2019). *Functions and Structure of a Medical School*. Pobrane z: <https://lcme.org/publications/>.
- Makaruk, K., Włodarczyk, J. (2019). *Praktyka zgłaszania przez pracowników ochrony zdrowia podejrzeń krzywdzenia dzieci*. Fundacja Dajemy Dzieciom Siłę. Pobrane z: <https://fdds.pl/wp-content/uploads/2020/01/Raport-ochrona-zdrowia.pdf>.
- McAvoy-Yau, A., Kelly, A. (2020). Simulation improves medical students' confidence in recognising paediatric safeguarding issues. *BMJ Simulation & Technology Enhanced Learning*, 6, 114–115.
- Ministerio Español de Educación y Ciencia. (2008). 2674 ORDEN ECI/332/2008, de 13 de febrero, por la que se establecen los requisitos para la verificación de los títulos universitarios oficiales que habiliten para el ejercicio de la profesión de Médico.
- Rozporządzenie Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z dnia 26 lipca 2019 r. w sprawie standardów kształcenia przygotowującego do wykonywania zawodu lekarza, lekarza dentystry, farmaceuty, pielęgniarki, położnej, diagnosty laboratoryjnego, fizjoterapeuty i ratownika medycznego. Dz.U. 2019 poz. 1573.
- Stoltenborgh, M., Bakermans-Kranenburg, M. J., IJzendoorn, M., Alink, L. (2013). Cultural-geographical differences in the occurrence of child physical abuse? A meta-analysis of global prevalence. *International Journal of Psychology*, 48 (2), 81–94.
- Thomson, A., Nayak, P., Plunkett, M., Kallappa, C. (2014). Child protection and safeguarding training – Is simulation training effective? *Archives of Disease in Childhood*, 99, A75.
- Woodman, A., Peacock, P. J., Holman, R. E., Hambidge, J. E., Smith, J., King, J. (2019). Paediatric safeguarding simulation (paSS) training: a novel approach to teaching child protection. *BMJ Simulation and Technology Enhanced Learning*, 5, 55–56.
- World Federation for Medical Education. (2015). *WFME Global Standards for Quality Improvement: Basic Medical Education*. Pobrane z: <https://wfme.org/download/wfme-global-standards-for-quality-improvement-bme/>.
- World Federation for Medical Education. (bd.). *Standards*. Pobrane z: <https://wfme.org/standards/>.
- World Health Organization. (2016). *Global Strategy on Human Resources for Health: Workforce 2030*. Genewa: World Health Organization. Pobrane z: https://www.who.int/hrh/resources/global_strategy_workforce2030_14_print.pdf.

RECOGNIZING AND RESPONDING TO VIOLENCE AGAINST CHILDREN IN TEACHING FUTURE DOCTORS

Recognizing and responding to physical and psychological violence against children are extremely important skills for healthcare professionals. The aim of the article is to describe both the content of medical education related to violence against children and students' beliefs about their preparation in terms of knowledge and skills necessary in cases of suspected violence against children. The results of the research conducted indicate that students know the rules for recognizing violence used against children, but they do not know how to deal with suspected violence and the need to report it to the appropriate authorities.

KEYWORDS

CHILD ABUSE, VIOLENCE AGAINST CHILDREN, MEDICAL EDUCATION

Cytowanie:

Doroszewska, A., Kołodziejek, A., Oronowicz-Jaśkowiak, W. (2020).
Rozpoznawanie przemocy wobec dzieci i reagowanie na nią w nauczaniu przyszłych lekarzy. *Dziecko Krzywdzone. Teoria, badania, praktyka*, 19(1), 28–42.



Artykuł jest dostępny na licencji Creative Commons Uznanie autorstwa–Użycie niekomercyjne–Bez utworów zależnych 3.0 Polska.

MINISTERSTWO
SPRAWIEDLIWOŚCI
www.ms.gov.pl



FUNDUSZ
SPRAWIEDLIWOŚCI

Sfinansowano ze środków – Funduszu Sprawiedliwości, którego dysponentem jest Minister Sprawiedliwości