

# Pracownicy ochrony zdrowia wobec zgłaszania podejrzeń krzywdzenia dzieci – podejmowane działania, bariery, dobre praktyki

Katarzyna Makaruk, Joanna Włodarczyk

Fundacja Dajemy Dzieciom Siłę

*Pracownicy ochrony zdrowia w Polsce mają możliwość rozpoznania krzywdzenia dziecka i obowiązek zgłaszania swoich podejrzeń. Niniejszy artykuł przedstawia wyniki badania przeprowadzonego wśród pracujących w Polsce lekarzy, pielęgniarek, ratowników medycznych i położnych. Pierwszym etapem badania były wywiady indywidualne (N = 14), a drugim – była ankieta internetowa (N = 506). Wyniki wskazują na podejmowane działania personelu medycznego w przypadku podejrzenia krzywdzenia dzieci, a także bariery i dobre praktyki w zgłaszaniu takich podejrzeń.*

## SŁOWA KLUCZOWE:

KRZYWDZENIE DZIECI, PRACOWNICY OCHRONY ZDROWIA, INTERWENCJA, BARIERY, DOBRE PRAKTYKI

**P**racownicy ochrony zdrowia mają wyjątkową możliwość ochrony dzieci, szczególnie małych (do 3, a nawet 6 lat), przed krzywdzeniem i dbania o ich dobrobyt, ponieważ jako przedstawiciele jednej z nielicznych służb publicznych mają z nimi regularny kontakt. Często jednak napotykają oni wiele wyzwań i barier w zgłaszaniu swoich podejrzeń krzywdzenia dziecka w rodzinie. Niniejszy artykuł przedstawia zarówno bariery w zgłaszaniu podejrzenia krzywdzenia dziecka, jak i dobre praktyki jego zgłaszania..

Pracownicy ochrony zdrowia mogą odgrywać znaczącą rolę w ochronie dzieci przed krzywdzeniem dzięki częstemu kontaktowi z rodzinami z dziećmi podczas ich

wizyt w przychodni lub pobytu w szpitalu. W trakcie wykonywania czynności zawodowych mają oni możliwość sprawdzenia ogólnego stanu fizycznego dziecka, dostrzeżenia wczesnych zaniedbań związanych z nieprawidłowościami w obszarze higieny lub realizacji zaleceń specjalistycznych, a także nieprawidłowej relacji rodzica z dzieckiem. Relacjom rodzinnym w domach noworodków może przyjrzeć się położna w czasie wizyt patronażowych (Mazurczak, Szredzińska, 2016). W przypadku starszych dzieci ważną funkcję w rozpoznaniu krzywdzenia mogą pełnić pielęgniarki szkolne i lekarze podstawowej opieki zdrowotnej, świadczący profilaktyczną opiekę zdrowotną nad uczniami (Oblacińska, Ostrenga, 2003; Oblacińska, Woynarowska, 2002).

Według obowiązujących w Polsce przepisów pracownicy ochrony zdrowia mają obowiązek powiadomienia policji lub prokuratury o przestępstwach popełnionych na szkodę dziecka (art. 304 Kodeksu postępowania karnego [Dz.U. 1997 Nr 89 poz. 555]) oraz wydziału rodzinnego i nieletnich sądu rejonowego – w sytuacji zagrożenia dobra dziecka (art. 572 Kodeksu postępowania cywilnego [Dz.U. 1964 Nr 43 poz. 296]). Zgodnie z obowiązującą ustawą o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie (Dz.U. 2005 Nr 180 poz. 1493) pracownicy ochrony zdrowia – obok przedstawicieli innych podmiotów, takich jak jednostki organizacyjne pomocy społecznej, gminne komisje rozwiązywania problemów alkoholowych, policja oraz oświata – w związku z uzasadnionym podejrzeniem zaistnienia przemocy w rodzinie są także zobowiązani do realizacji procedury „Niebieskiej Karty”. Uprawnionymi do tego osobami wykonującymi zawód medyczny są lekarze, pielęgniarki, położne i ratownicy medyczni. Według danych Ministerstwa Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej (MRPiPS) w 2018 r. udział przedstawicieli ochrony zdrowia w wypełnianiu formularzy „Niebieska Karta-A” wyniósł jednak zaledwie 0,67% (MRPiPS, 2019).

Według statystyk Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego – Państwowego Zakładu Higieny w 2017 r. odnotowano 64 przypadki zespołu dziecka maltretowanego (T74; Szredzińska, Podlewska, Włodarczyk, 2019). Dane te są z pewnością niedoszacowane i nie odzwierciedlają rzeczywistości. Przypadki krzywdzenia dzieci są rzadko rozpoznawane przez lekarzy, którzy podczas oceny stanu somatycznego nie biorą pod uwagę tego, że wiele objawów może wynikać z doświadczania przez dziecko przemocy (Pawłowski, Goniewicz, Goniewicz, Lasota, 2018). Statystyki pochodzące z badań realizowanych wśród dzieci i młodzieży wskazują na znacznie większą skalę zjawiska. Według diagnozy przeprowadzonej przez Fundację Dajemy Dzieciom Siłę w 2018 r. (Włodarczyk, Makaruk, Michalski, Sajkowska, 2018) przemocy fizycznej ze strony bliskich dorosłych doświadczyło 33% badanych nastolatków, z czego 41% w wyniku tej sytuacji następnego dnia skarżyło się na ból, siniaki, skaleczenie lub złamanie. Przemocy psychicznej, której sprawcami byli znajomi dorośli, doświadczyło

20%, a zaniedbania fizycznego 6% – nastolatków. Siedem procent badanych zostało w swoim życiu wykorzystanych seksualnie, a 20% miało inne obciążające doświadczenia seksualne. Trzydzieści procent badanych było świadkami przemocy między rodzicami/opiekunami lub w stosunku do innego dziecka w rodzinie.

W badaniu przeprowadzonym przez Państwową Agencję Rozwiązywania Problemów Alkoholowych wśród osób pracujących w grupach roboczych wykazano, że przedstawiciele ochrony zdrowia, podobnie jak policji, przejawiają postawy mniej sprzyjające zajmowaniu się zjawiskiem przemocy w rodzinie niż pracownicy pozostałych podmiotów, takich jak oświata, pomoc społeczna, gminna komisja rozwiązywania problemów alkoholowych i sądy (Łukowska, 2013). Z analiz wynika także, że kompetencje pracowników ochrony zdrowia w zakresie wiedzy prawnej i psychologicznej są niższe od kompetencji przedstawicieli pozostałych podmiotów.

Wyniki badania zrealizowanego w 2016 r. w Polsce wśród pielęgniarek i położnych (Makaruk, 2016) pokazały, że nieco ponad połowa (53,6%) badanych przyznała, że w pracy nigdy nie zetknęła się z przypadkiem krzywdzenia dzieci. W sytuacji podejrzenia lub bycia świadkiem krzywdzenia dziecka ich działania były bardzo różnicowane i wybiórcze. Niepodjęcie interwencji w sytuacji zetknięcia się z krzywdzeniem dziecka wynikało z tego, że respondenci nie widzieli takiej konieczności (24,4%), nie wiedzieli, jak zareagować (14,5%), brakowało im wiary w skuteczność jakichkolwiek interwencji (13%), byli przekonani o tym, że do tego powołane są inne służby (11,5%), lub nie mieli czasu czy możliwości (7,6%).

Z badań jakościowych zrealizowanych wśród pielęgniarek wynika, że czynnikiem powstrzymującym je przed zgłoszeniem przypadków krzywdzenia mogą być niepewność i strach przed konsekwencjami (Skarsaune, Bondas, 2016), a także obawa przed fałszywym oskarżeniem oraz wyrządzeniem komuś krzywdy (Eisbach, Driessnack, 2010). Z kolei w badaniach przeprowadzonych wśród amerykańskich pediatrów stwierdzono, że na decyzję o podjęciu działania może wpływać brak wiedzy o tym, jakie procedury obowiązują w placówce, i złe doświadczenia we współpracy z innymi instytucjami zaangażowanymi w ochronę dzieci przed krzywdzeniem (Gunn, Hickson, Cooper, 2005).

Badania amerykańskich pracowników oddziałów ratunkowych (Tiyyagura, Gawel, Koziel, Asnes, Bechtel, 2015) wskazały także na innego rodzaju bariery w rozpoznawaniu krzywdzenia i podejmowaniu interwencji, takie jak potrzeba wiary w to, co mówi opiekun dziecka, brak umiejętności rozpoznawania symptomów krzywdzenia, brak regularnego kontaktu z rodziną pacjenta, brak informacji zwrotnej na temat zgłoszenia podejrzeń krzywdzenia i negatywne konsekwencje podjęcia interwencji, takie jak składanie zeznań w sądzie. Tym, co powstrzymuje ratowników medycznych

przed zgłoszeniem krzywdzenia (Lynne, Gifford, Evans, Rosch, 2015), może być przeświadczenie, że zajmie się tym ktoś inny, brak wiedzy, co należy zgłosić, i brak pewności, czy doszło do krzywdzenia.

Badania zrealizowane wśród holenderskich pracowników ochrony zdrowia (Konijnendijk, Boere-Boonekamp, Haasnoot-Smallegange, Need, 2014) wykazały, że czynniki ułatwiające stosowanie procedur interwencji to znajomość treści procedur, sprzyjające środowisko pracy i dobra współpraca między instytucjami, natomiast czynniki utrudniające ich stosowanie to brak chęci współpracy ze strony opiekunów dziecka, brak wiary w skuteczność swoich działań i słaba współpraca między instytucjami.

Z kolei kanadyjskie badanie pediatrów wskazało na dużą wagę edukacji pracowników ochrony zdrowia w obszarze krzywdzenia dzieci. Okazało się, że 92% badanych zgłosiło potrzebę wprowadzenia szerszego programu edukacyjnego w zakresie ochrony dzieci. Lekarze, którzy otrzymali formalne wykształcenie w zakresie krzywdzenia dzieci, częściej zgłaszają swoje podejrzenia niż ci, którzy nie przeszli żadnego formalnego szkolenia (Pietrantonio, Wright, Gibson, Alldred, Jacobson, Niec, 2013).

Celem niniejszego artykułu była analiza barier w zgłaszaniu podejrzeń krzywdzenia dzieci przez pracowników ochrony zdrowia i wskazanie dobrych praktyk w tym obszarze.

Główne pytania badawcze, na które odpowiadano w artykule, to:

1. Jakie bariery w zgłaszaniu podejrzeń krzywdzenia dzieci dostrzegają pracownicy ochrony zdrowia?
2. Czy dostrzegane bariery różnią się w zależności od wykonywanego zawodu i miejsca pracy?
3. Na jakie dobre praktyki w zakresie rozpoznawania i zgłaszania przypadków podejrzeń krzywdzenia dzieci wskazują pracownicy ochrony zdrowia?

## METODOLOGIA

Badanie składało się z dwóch części – jakościowej i ilościowej. Indywidualne wywiady pogłębione przeprowadzono we wrześniu i październiku 2019 r. z 14 pracownikami ochrony zdrowia: dwiema położnymi, pięcioma pielęgniarkami oraz siedmioma lekarzami różnych specjalizacji, pracującymi z dziećmi w placówkach publicznych i niepublicznych różnego szczebla, w czterech miastach: Warszawie, Gdańsku, Białymstoku i Głogowie. Średnia długość trwania wywiadu wynosiła ok. 30 minut.

Wytyczne wywiadu jakościowego (Załącznik 1) zawierały pytania o: przypadki krzywdzenia dzieci, z którymi zetknęli się w swojej pracy zawodowej; sposoby reagowania w sytuacji podejrzenia, że dziecko jest krzywdzone; bariery w podejmowaniu

interwencji; rozwiązania, które mogłyby zachęcić pracowników ochrony zdrowia do podejmowania interwencji oraz potrzeby szkoleniowe z zakresu problemu krzywdzenia dzieci. Wywiady zostały nagrane na dyktafon, a następnie spisane. Dane z wywiadów zakodowano i poddano analizie. W artykule umieszczono cytaty respondentów, które mają za cel zilustrowanie wyników badań.

Badanie ilościowe zostało zrealizowane metodą CATI na zlecenie Fundacji Dajemy Dzieciom Siłę przez firmę ARC Rynek i Opinia w listopadzie i grudniu 2019 r.

W badaniu wzięło udział 506 pracowników ochrony zdrowia, którzy pracują z dziećmi, w tym: lekarze/lekarzki (38,74%), pielęgniarki/pielęgniarze (37,75%), ratownicy medyczni / ratowniczk medyczne (18,77%) oraz położne/położni (4,74%; tab. 1). Do celu analizy danych połączono grupę pielęgniarek/pielęgniarzy oraz położnych. Kobiety stanowiły 67,80% respondentów, a mężczyźni – 32,20%. Wśród respondentów było 20,16% osób pracujących nie dłużej niż 10 lat, 18,97% osób pracujących 11–20 lat, natomiast przeważały osoby z ponad 20-letnim stażem pracy (60,87%). Respondenci byli pracownikami różnego rodzaju placówek (tab. 2), wyłącznie publicznych (43,70%), wyłącznie niepublicznych (25,30%) lub jednocześnie publicznych i niepublicznych (31,00%), a także zlokalizowanych na wsiach (8,89%) i w miastach różnej wielkości (91,11%).

**Tabela 1**

*Respondenci według grupy zawodowej*

	<i>n</i>	<i>%</i>
Lekarz/lekarzka	196	38,74
Pielęgniarka/pielęgniarsz/położna/położny	215	42,49
Ratownik medyczny / ratowniczk medyczna	95	18,77

**Tabela 2**

*Respondenci według rodzaju placówek, w których pracują*

	<i>n</i>	<i>%</i>
Placówki publiczne	221	43,70
Placówki niepubliczne	128	25,30
Placówki publiczne i niepubliczne	157	31,00

Na podstawie przeprowadzonych wywiadów jakościowych powstał kwestionariusz do badania ilościowego (Załącznik 2). Składał się z pytań zamkniętych i półotwartych, które dotyczyły: kontaktu pracowników ochrony zdrowia z dziećmi, które doświadczyły krzywdzenia; podejmowania w takich sytuacjach interwencji; funkcjonowania w placówkach procedur interwencyjnych w sytuacji podejrzenia krzywdzenia

dziecka; barier w zgłaszaniu przez pracowników ochrony zdrowia swoich podejrzeń, edukacji na temat symptomów krzywdzenia dzieci oraz postaw i wiedzy o problemie krzywdzenia.

Do analizy danych wykorzystano program SPSS Statistics 25. Oznaczono różnice istotne statystycznie na poziomie  $p < 0,05$ .

## WYNIKI

### Podejrzenie krzywdzenia dzieci i podjęte działania

Większość (73,52%) badanych pracowników ochrony zdrowia doświadczyła sytuacji, w której podejrzewała, że ich pacjent doświadczył krzywdzenia. Dwie trzecie (64,03%) badanych deklarowała, że podejrzewała, że dotyczyły zaniedbania, prawie połowa (46,44%) – przemocy emocjonalnej, 37,75% – przemocy fizycznej i 17,19% – wykorzystywania seksualnego. Podejrzewała co do przemocy fizycznej mieli istotnie częściej pracownicy placówek publicznych niż pozostali respondenci. Symptomy zaniedbania istotnie częściej dostrzegali ratownicy medyczni niż lekarze i pielęgniarki oraz pracownicy placówek publicznych niż niepublicznych. Z przypadkami podejrzewała wykorzystywania seksualnego częściej natomiast spotykali się lekarze i ratownicy medyczni niż pielęgniarki i położne.

### Tabela 3

#### *Podejrzewała różnych form krzywdzenia w podziale na wykonywany zawód*

*Czy kiedykolwiek podejrzewała(a) Pan(i), że dziecko, z którym ma Pan(i) kontakt w pracy, może doświadczać w domu: ...?*

	Lekarz/lekarka (n = 196)	Pielęgniarka/pielęgniark/ położna/położny (n = 215)	Ratownik medyczny / / ratowniczk medyczna (n = 95)	Ogółem (N = 506)
Zaniedbanie*	58,16% <sub>a</sub>	63,72% <sub>a</sub>	76,84% <sub>b</sub>	64,03%
Przemoc emocjonalna	43,88%	45,58%	53,68%	46,44%
Przemoc fizyczna	38,78%	33,02%	46,32%	37,75%
Wykorzystywanie seksualne*	25,51% <sub>a</sub>	8,37% <sub>b</sub>	20,00% <sub>a</sub>	17,19%
Jakakolwiek forma krzywdzenia	69,90%	72,56%	83,16%	73,52%

\*Każdą litera w indeksie dolnym oznacza podzbiór kategorii, których proporcje kolumny nie różnią się znacząco od siebie na poziomie  $p < 0,05$ .

**Tabela 4****Podjeżenia różnych form krzywdzenia w podziale na rodzaj placówki, w której pracuje respondent**

Czy kiedykolwiek podejrzewał(a) Pan(i), że dziecko, z którym ma Pan(i) kontakt w pracy, może doświadczać w domu: ...?

	Placówki publiczne (n = 221)	Placówki niepubliczne (n = 128)	Placówki publiczne i niepubliczne (n = 157)	Ogółem (N = 506)
Zaniedbanie*	70,59% <sub>a</sub>	56,25% <sub>b</sub>	61,15% <sub>a,b</sub>	64,03%
Przemoc emocjonalna	52,49%	42,19%	41,40%	46,44%
Przemoc fizyczna*	45,25% <sub>a</sub>	28,13% <sub>b</sub>	35,03% <sub>b</sub>	37,75%
Wykorzystywanie seksualne	19,46%	12,50%	17,83%	17,19%
Jakakolwiek forma krzywdzenia	77,83%	70,31%	70,06%	73,52%

\*Każdą litera w indeksie dolnym oznacza podzbiór kategorii, których proporcje kolumny nie różnią się znacząco od siebie na poziomie  $p < 0,05$ .

Zdecydowana większość (91,40%) badanych twierdziła, że w sytuacji podejrzenia krzywdzenia dziecka zostały podjęte jakieś działania. Ponad połowa (53,49%) respondentów deklarowała, że w takim przypadku zawiadamiana była pomoc społeczna, a 37,90% badanych twierdziło, że powiadamiana była policja. Dużo mniej badanych wskazywało na składanie wniosku do sądu o wgląd w sytuację rodzinną (16,67%) lub zakładanie „Niebieskiej Karty” (14,78%), natomiast co czwarty (25,54%) respondent odpowiedział, że sprawa została zgłoszona gdzieś indziej. Po dopytaniu okazało się, że była to rozmowa z rodzicami dziecka lub przekazanie sprawy do psychologa/pedagoga, szkoły, osobom oddelegowanym w danej instytucji do tego typu spraw bądź przełożonemu.

**Bariery w zgłaszaniu podejrzeń krzywdzenia**

Badanych pracowników ochrony zdrowia poproszono o wskazanie największych barier w zgłaszaniu podejrzeń krzywdzenia dzieci. Najczęściej pojawiającą się odpowiedzią był brak pewności co do swoich podejrzeń (43,28%). Kolejnymi czynnikami wpływającymi na decyzję o raportowaniu takich przypadków okazały się obawa przed reakcją rodziców dziecka (31,82%), brak wiary w skuteczność interwencji (28,06%), obawa przed dodatkowymi problemami (27,47%), brak wiedzy o tym, co należy zrobić (24,11%), trudności organizacyjne (24,11%) oraz brak czasu i możliwości (19,96%).

**Tabela 5**

*Bariery zniechęcające pracowników ochrony zdrowia do zgłaszania podejrzeń krzywdzenia w podziale na wykonywany zawód*

Co, Pana(-i) zdaniem, może zniechęcać pracowników ochrony zdrowia do zgłaszania podejrzenia krzywdzenia dziecka?

	Lekarz/lekarka (n = 196)	Pielęgniarka/ pielęgniarz/ położna/położny (n = 215)	Ratownik medyczny / ratowniczką medyczna (n = 95)	Ogółem (N = 506)
Brak pewności co do swoich podejrzeń*	52,04% <sub>a</sub>	42,33% <sub>b</sub>	27,37% <sub>c</sub>	43,28%
Obawa przed reakcją rodziców*	32,14% <sub>a</sub>	40,00% <sub>a</sub>	12,63% <sub>b</sub>	31,82%
Brak wiary w skuteczność interwencji	28,57%	26,51%	30,53%	28,06%
Obawa przed dodatkowymi problemami	29,08%	27,44%	24,21%	27,47%
Brak wiedzy na temat tego, co należy zrobić	29,08% <sub>a</sub>	22,79% <sub>a,b</sub>	17,89% <sub>b</sub>	24,31%
Trudności organizacyjne*	29,08% <sub>a</sub>	17,21% <sub>b</sub>	29,47% <sub>a</sub>	24,11%
Brak czasu i możliwości*	28,06% <sub>a</sub>	10,70% <sub>b</sub>	24,21% <sub>a</sub>	19,96%

\*Każda litera w indeksie dolnym oznacza podzbiór kategorii, których proporcje kolumny nie różnią się znacząco od siebie na poziomie  $p < 0,05$ .

**Tabela 6**

*Bariery zniechęcające pracowników ochrony zdrowia do zgłaszania podejrzeń krzywdzenia w podziale na rodzaj placówki, w której pracuje respondent*

Co, Pana(i) zdaniem, może zniechęcać pracowników ochrony zdrowia do zgłaszania podejrzenia krzywdzenia dziecka?

	Placówki publiczne (n = 221)	Placówki niepubliczne (n = 128)	Placówki publiczne i niepubliczne (n = 157)	Ogółem (N = 506)
Brak pewności co do swoich podejrzeń	40,72%	49,22%	42,04%	43,28%
Obawa przed reakcją rodziców*	27,60% <sub>a</sub>	44,53% <sub>b</sub>	27,39% <sub>a</sub>	31,82%
Brak wiary w skuteczność interwencji	27,15%	31,25%	26,75%	28,06%
Obawa przed dodatkowymi problemami	25,34%	28,91%	29,30%	27,47%
Brak wiedzy na temat tego, co należy zrobić*	19,46% <sub>a</sub>	31,25% <sub>b</sub>	25,48% <sub>a,b</sub>	24,31%
Trudności organizacyjne	21,27%	24,22%	28,03%	24,11%
Brak czasu i możliwości	19,91%	25,00%	15,92%	19,96%

\*Każda litera w indeksie dolnym oznacza podzbiór kategorii, których proporcje kolumny nie różnią się znacząco od siebie na poziomie  $p < 0,05$ .



## Brak pewności co do podejrzeń

Z wypowiedzi respondentów biorących udział w wywiadach wynika, że wątpliwość co do swoich podejrzeń prowadzi do strachu przed niestusznym oskarżeniem i skrzywdzeniem niewinnych osób, szczególnie w przypadku, gdy nie ma się zupełnej pewności, że doszło do krzywdzenia. Respondenci wyrażali swoje obawy w następujący sposób:

Dlatego, że to są takie sytuacje, które miały miejsce w mojej praktyce i nie były jednoznaczne. To np. był jeden ślad gdzieś na skórze, więc przy braku 100% pewności, nie chcę włączać takiej grubej procedury, żeby wzywać właśnie policję czy prokuraturę.

lekarz

Bardzo łatwo jest kogoś skrzywdzić, bo czasami... naprawdę, takie dziecko, które chociażby ma te obrażenia ciała... sama jestem matką, więc wiem, jak to wygląda, że jednego dnia ma rozbitą głowę, bo upadło, a następnego dnia ma podbite oko, bo doniczkę na siebie ściągnęło.

pielęgniarka

Prawie co trzeci (31,8%) respondent badania ilościowego przyznał, że nigdy nie był – lub nie pamięta, żeby był – uczony o symptomach krzywdzenia dzieci. Najbardziej tego typu edukację odbyły osoby pracujące wyłącznie w placówkach niepublicznych (58,6%). Grupa zawodowa nie różnicowała respondentów pod względem udziału w zajęciach na temat symptomów krzywdzenia.

## Tabela 7

*Edukacja na temat symptomów krzywdzenia dzieci w podziale na rodzaj placówki, w której pracuje respondent*

*Czy kiedykolwiek był(a) Pan(i) edukowany(a) na temat symptomów krzywdzenia dzieci?*

	Placówki publiczne (n = 221)	Placówki niepubliczne (n = 128)	Placówki publiczne i niepubliczne (n = 157)	Ogółem (N = 506)
Tak	72,4% <sub>a</sub>	58,6% <sub>b</sub>	70,1% <sub>a</sub>	68,2%
Nie	24,4% <sub>a</sub>	40,6% <sub>b</sub>	26,8% <sub>a</sub>	29,2%
Trudno powiedzieć	3,2% <sub>a</sub>	0,8% <sub>a</sub>	3,2% <sub>a</sub>	2,6%

\*Każda litera w indeksie dolnym oznacza podzbiór kategorii, których proporcje kolumny nie różnią się znacząco od siebie na poziomie  $p < 0,05$ .

**Tabela 8**

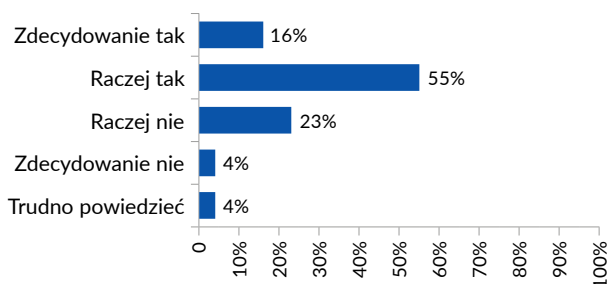
*Edukacja na temat symptomów krzywdzenia dzieci w podziale na wykonywany zawód*

*Czy kiedykolwiek był(a) Pan(i) edukowany(-a) na temat symptomów krzywdzenia dzieci?*

Czy kiedykolwiek był(a) Pan(i) edukowany(-a) na temat symptomów krzywdzenia dzieci?	Lekarz/lekarka (n = 196)	Pielęgniarka/ pielęgniarz/położna/ położny (n = 215)	Ratownik medyczny / ratownicza medyczna (n = 95)	Ogółem (N = 506)
Tak	62,8%	69,3%	76,8%	68,2%
Nie	34,2%	27,9%	22,1%	29,2%
Trudno powiedzieć	3,1%	2,8%	1,1%	2,6%

Spośród badanych pracowników ochrony zdrowia pracujących z dziećmi 26,1% oceniało swoją wiedzę na temat symptomów krzywdzenia jako niewystarczającą (rys. 1). W tym przypadku nie ma istotnych różnic między respondentami ani ze względu na rodzaj placówki, w której pracują, ani na wykonywany zawód.

*Czy uważa Pan(i), że ma wystarczającą wiedzę na temat symptomów krzywdzenia dzieci?*



**Rysunek 1.** Ocena swojej wiedzy na temat symptomów krzywdzenia dzieci.

**Tabela 9**

*Ocena swojej wiedzy na temat symptomów krzywdzenia dzieci na rodzaj placówki, w której pracuje respondent*

*Czy uważa Pan(i), że ma wystarczającą wiedzę na temat symptomów krzywdzenia dzieci?*

	Placówki publiczne (n = 221)	Placówki niepubliczne (n = 128)	Placówki publiczne i niepubliczne (n = 157)	Ogółem (N = 506)
Niewystarczająca	27,1%	27,3%	23,6%	26,1%
Wystarczająca	68,8%	68,0%	73,9%	70,2%
Trudno powiedzieć	4,1%	4,7%	2,5%	3,8%

**Tabela 10***Ocena swojej wiedzy na temat symptomów krzywdzenia dzieci na wykonywany zawód*

Czy uważa Pan(i), że ma wystarczającą wiedzę na temat symptomów krzywdzenia dzieci?

	Lekarz/lekarka (n = 196)	Pielęgniarka/ pielęgniarz/położna/ położny (n = 215)	Ratownik medyczny / ratownicza medyczna (n = 95)	Ogółem (N = 506)
Niewystarczająca	25,5%	25,1%	29,5%	26,1%
Wystarczająca	71,4%	68,8%	70,5%	70,2%
Trudno powiedzieć	3,1%	6,0%	0,0%	3,8%

Badani podkreślali również, że ograniczone możliwości zaobserwowania czegoś podejrzanego wynikają z krótkiego kontaktu z pacjentem, szczególnie podczas wizyty w przychodni, i skupiania się w rozmowie na kwestiach medycznych.

Te dzieci przebywają u nas dosyć krótko, bo to są trzy dni. Czasem też nie mamy pełnego obrazu tego, co się dzieje.

pielęgniarka

No, bo co my możemy zobaczyć na takiej piętnastominutowej wizycie? To jest jakiś uraz fizyczny, czyli jeżeli widzimy coś takiego niepokojącego, no to, to zawsze coś robimy. Ale to, to naprawdę trudno jest te rzeczy tak zdiagnozować.

lekarz

Lekarze istotnie częściej niż pozostali respondenci deklarowali, że brak pewności co do podejrzeń może zniechęcać pracowników ochrony zdrowia do zgłaszania przypadków krzywdzenia dzieci. Przy czym wskazanie to było istotnie rzadsze w grupie ratowników medycznych niż pielęgniarek i położnych (tab. 5).

**Obawa przed reakcjami rodziców i innymi problemami**

Tym, co hamuje pracowników ochrony zdrowia w zgłaszaniu podejrzeń, jest także strach przed reakcjami zarówno rodziców, jak i przełożonych, a nawet przed konsekwencjami prawnymi. Badani boją się, że zostaną podani do sądu o zniestawienie. Szczególnie w przypadku lekarzy pracujących w niepublicznych przychodniach, gdzie sposób zatrudnienia (B2B) sprawia, że sami ponoszą wszelką odpowiedzialność prawną, a instytucja nie włącza się w procedury tego typu.

Tak mi się wydaje, że pracodawca mógłby spojrzeć tak, że to też jest dla niego problematyczne, że więcej dokumentacji.

pielęgniarka

Rodzina potem może to wykorzystać przeciwko mnie i oskarżyć mnie o złamanie tajemnicy lekarskiej. Więc lekarz jest w sytuacji takiej, że z jednej strony ma obowiązek i to jeszcze pod karą z Kodeksu karnego w tej chwili, a z drugiej strony, jeżeli cokolwiek powie na temat wizyty, tego, co było na wizycie, to pacjent może go oskarżyć i wygrać taki proces. [...] Żyjemy w czasach, kiedy, no, tylko różni ludzie czekają na to, żeby lekarz popełnił błąd, żeby go oskubać.

lekarz

Ludzie nie chcą sobie robić problemów, na tej zasadzie, że nie chcą mieć później do czynienia z tymi rodzicami i chodzić po sądach.

lekarz

Niektórzy mają też wątpliwości związane z przepisami dotyczącymi ochrony danych osobowych oraz tajemnicą lekarską dotyczące tego, czy jako pracownicy ochrony zdrowia mają prawo do przekazywania takich informacji współpracownikom lub innym służbom.

Ja się ostatnio zaczęłam zastanawiać, że w momencie, kiedy jest RODO, to co ja mogę w ogóle na tej „Niebieskiej Karcie” wpisać. Przecież jeszcze tajemnica lekarska. Ja nie wiem, czy „Niebieska Karta” jest dokumentem, w którym ja mogę złamać tajemnicę lekarską.

lekarka

Pojawia się też niepewność co do tego, jak postąpić w sytuacji, kiedy w domu stosowana jest przemoc w stosunku do matki dziecka, a ona odmawia zgłoszenia tej sprawy.

My jesteśmy zobligowani zawsze interweniować, gdy przemoc skierowana jest wobec dziecka, ale jeśli mama mówi „tylko nikomu nie zgłaszaj”, to jest trudne, bo ona sama musi złożyć zawiadomienie.

pielęgniarka

Badania ilościowe wskazały na to, że obawa przed reakcją rodziców dziecka to problem istotnie częściej dostrzegany przez pracowników placówek niepublicznych niż osoby pracujące w placówkach publicznych oraz przez pielęgniarki, położne i lekarzy niż ratowników medycznych. Odpowiedź „obawa przed dodatkowymi problemami” nie różnicowała natomiast respondentów ani pod względem zawodu, ani miejsca pracy (tab. 5 i 6).

## Brak wiedzy na temat tego, co należy zrobić

Kolejna bariera związana jest z brakiem wiedzy na temat tego, co należy zrobić w sytuacji podejrzenia, że dziecko jest krzywdzone. Niektórzy respondenci łączą to z brakiem odpowiedniej edukacji i procedur opisujących działania w sytuacji podejrzenia dziecka.

Czy myśmy mieli jakiś... taki [temat] na studiach [...]? Nie, nie było. I my same też... po prostu szukamy takich informacji w internecie.

lekarka

To jest coś, czego zresztą często nie robimy, mianowicie powtarzanie pewnych szkoleń co jakiś czas, żeby o pewnych rzeczach przypomnieć, tak. [...] I tu mogę mieć pewną wątpliwość. Opieramy się na naszym doświadczeniu, wyczuleniu i tak dalej, ale wiedza jest czymś, co jest nie do przecenienia.

lekarz

Chociaż większość (60,67%) ankietowanych przyznała, że w ich miejscu pracy ustalono odpowiednie procedury interwencyjne, to zdarza się, że personel medyczny zapoznaje się z nimi tylko w sposób pobieżny, nie mając możliwości utrwalenia wiedzy na temat przyjętych rozwiązań.

To też umyka. Tak jak mamy odnawiane procedury, to tego tyle jest, że ja muszę tę procedurę przeczytać, podpisać, potem są robione aneksy, procedura po procedurze, coś jest zmieniane, ale tak naprawdę to ta sama procedura. Jakby coś było, co jest odnawialne cały czas, to też kwestia jakichś szkoleń w szpitalu. Żeby pracownik raz do roku wysłuchał jakiegoś wykładu. To jest kwestia 10–15 minut, zebrać kilka grup pracowników czasowo i powiedzieć im, że są takie możliwości, jeśli coś widzimy, żeby zadzwonić tu i tu.

pielęgniarka

Osoby pracujące w niepublicznych placówkach tłumaczyły, że w tego rodzaju miejscach nie wprowadza się ogólnych procedur interwencyjnych, a decyzja podjęcia działania spoczywa na pracownikach, a nie na całej placówce.

Tu, w takiej przychodni jak ta [prywatnej], każdy z nas, lekarzy, pracuje na własne konto i bierze sam odpowiedzialność za wszystkie swoje czyny, za wszystkie swoje błędy. Czyli przychodnia... Ja tak sobie myślę, to jest tak, że oni jakby nie mają potrzeby ani interesu stwarzania procedur i ustalania jakichś ram, dlatego, że oni nie biorą współudziału w odpowiedzialności za nasze rzeczy.

lekarz

Nie ma [procedur], jest to zostawione każdemu lekarzowi, własnej decyzji.

lekarz

Wypowiedzi te znajdują odzwierciedlenie w liczbach. Osoby pracujące wyłącznie w placówkach niepublicznych istotnie częściej niż zatrudnione wyłącznie w placówkach publicznych twierdzą, że powodem niepodjęcia interwencji może być brak wiedzy o możliwościach działania. Widoczna była również różnica w deklaracjach dotyczących funkcjonowania procedur interwencyjnych ze względu na rodzaj placówki, w której pracuje respondent. Osoby zatrudnione w placówkach publicznych istotnie częściej niż pracujące wyłącznie w placówkach niepublicznych twierdziły, że w ich miejscu pracy istnieje taki dokument (tab. 11).

**Tabela 11**

*Procedura interwencji w sytuacji podejrzenia krzywdzenia dziecka w podziale na rodzaj placówki, w której pracuje respondent*

*Czy w Pana(i) miejscu pracy jest ustalona procedura, co należy robić w przypadku podejrzenia krzywdzenia dziecka?*

	Placówki publiczne (n = 221)	Placówki niepubliczne (n = 128)	Placówki publiczne i niepubliczne (n = 157)	Ogółem (N = 506)
Tak	66,52% <sub>a</sub>	43,75% <sub>b</sub>	66,24% <sub>a</sub>	60,67%
Nie	23,98% <sub>a</sub>	46,09% <sub>b</sub>	21,66% <sub>a</sub>	28,85%
Trudno powiedzieć	9,50% <sub>a</sub>	10,16% <sub>a</sub>	12,10% <sub>a</sub>	10,47%

\*Każda litera w indeksie dolnym oznacza podzbiór kategorii, których proporcje kolumny nie różnią się znacząco od siebie na poziomie  $p < 0,05$ .

### **Brak czasu i możliwości i inne trudności organizacyjne**

Brak czasu i możliwości oraz różnego rodzaju trudności organizacyjne to kolejne przeszkody w zgłaszaniu podejrzeń krzywdzenia dzieci przez personel medyczny. Badani wskazywali na zbyt małą liczbę pracowników, co prowadzi do przepracowania, przygniecenia biurokracją, czasami nawet do wypalenia zawodowego. Respondenci opisują tę sytuację w następujący sposób:

Wiem, że nie ma ludzi do pracy. W naszych, bynajmniej, tutaj... To jest horror, to, co się dzieje w tej chwili. I zdaję sobie sprawę, że to nie będzie tak działało. Pięknie jest to na papierze rozpisane, ale to jest tylko na papierze. [...] Pewnych rzeczy się po prostu fizycznie nie da zrobić. Jedna osoba nie załatwi całego miasta. Nie ma szans. Ten rejon i tak jest tak duży tutaj, ta gmina, że my naprawdę jeździmy, ile kilometrów robimy dziennie.

położna

Nawet widzę w szpitalu, że jest niechęć, bo tak: trzeba wypełnić. Trzeba pisać, ba!, trzeba się skonfrontować czasem z rodzicem i zapytać go, dlaczego, co i tak dalej. Ludzie nie chcą, czy to jest pielęgniarka, czy lekarz. [...] To trochę jest powiedziałbym tak... trochę jest to podobne do sytuacji, gdzie, chociaż to jest inna sytuacja i może to jest złe porównanie, ale gdyby patrzeć na ludzi jako całość, nie na służbę zdrowia, to człowiek leżący na ulicy, a większość ludzi obchodzi go, bo nie chce, bo się boi, bo może uważa, że to jest pijany. Mniejsza, kilka osób się rzuci do pomocy, do jakiejś tam, do udzielania powiedzmy pierwszej pomocy, reszta gapiów, ludzie się patrzą, ale to jest taka psychologia tłumu, tak?

lekarz

Olbrzymia biurokracja, która w tej chwili gniecie służbę zdrowia, to jest cała masa związana w ogóle z jednostką i leczeniem pacjentów. Są tony papieru, jeszcze dołożenie „Niebieskiej Karty”, chodzenie i tak dalej.

lekarz

To jest głębszy temat, kwestii finansowej, braku mobilizacji do pracy. Patrząc na to wszystko, ile my zarabiamy, nie możemy pracować w jednej pracy, żeby mieć godziwe zarobki, ale lekarze tak samo, są zmęczeni.

pielęgniarka

Jak pielęgniarki, lekarze pracują 10, 15, 20 lat, to czasami tej wrażliwości brakuje, czasami jest znieczulenie, czasami wypalenie, niestety się to obserwuje.

pielęgniarka

Sama procedura „Niebieskiej Karty” jest przez niektórych oceniana jako trudna, niezrozumiała i przez to zniechęcająca. Mało wygodne dla lekarzy są także konsekwencje jej rozpoczęcia – muszą stawić się osobiście na przesłuchanie w miejscu zamieszkania dziecka, które to miejsce czasami znajduje się daleko od miejsca pracy lekarza. Trudności te ilustrują poniższe wypowiedzi badanych:

Ta karta jest chyba zbyt skomplikowana. Tam jest tak dużo punktów, które należy wypełnić i które do końca nawet nie są czytelne, bo czasami nawet tych przypadków nie można by sklasyfikować. Wydaje mi się, że ta procedura powinna być bardzo prosta, na... na zgłaszanie. Myślę, że niektórych odstrasza właśnie tych kilka stron do wypełnienia, gdzie należy szczegółowo niektóre opisać sytuacje.

pielęgniarka

Bez względu na to, gdzie to się dzieje, w jakim miasteczku, mieście i tak dalej, to nasz lekarz, który to zgłasza, musi tam jeździć na wezwanie, na przesłuchania. [...] Najlepiej by było, żeby można było, żeby ktoś do nas przyjechał na ten wywiad.

Prościej, prościej do nas przyjechać na ten wywiad. Ale, no, oni też muszą wiedzieć, muszą mieć na dojazd. Pamiętam jak dzisiaj koleżankę, młodą rezydentkę, która to zgłosiła gdzieś. Ani środka lokomocji nie ma, nie będzie jechała swoim samochodem.

lekarz

Lekarze i ratownicy medyczni istotnie częściej niż pielęgniarki i położne jako przyczynę niezgłaszania podejrzeń krzywdzenia dzieci wskazywali brak czasu i możliwości oraz trudności organizacyjne (tab. 5). Rodzaj placówki, w której pracuje respondent, nie różnicował tych wskazań.

### **Brak wiary w skuteczność interwencji**

Z wypowiedzi osób, które zakładały „Niebieską Kartę”, wynika, że nie dostają one informacji zwrotnej, co się w danej sprawie wydarzyło i czy ich działanie przyniosło jakiś skutek. Brak takiej informacji bywa również zniechęcający i może odbierać wiarę w skuteczność podjętej interwencji.

Niefektywność tych wszystkich działań, że ja tu zaczynam coś robić, wielkie halo, procedura rusza, a potem wszystko rozbija się, bo albo czas jest tak długi tego postępowania, różnych akcji, które mogą dziecku pomóc, że dziecko nadal jest krzywdzone tak naprawdę i widać, że nie ma jak pomóc. I dwa, że kompletny brak informacji zwrotnej.

lekarz

Uważam, że jeżeli się oczekuje, że będziemy wypełniać taki druk i robimy to nie na zasadzie jakiejś urzędowej rutyny, tylko robimy takie rzeczy z troski o dziecko, tak? To psychologicznie rzecz biorąc, powinniśmy mieć informację zwrotną, tak, czy to na coś się przydało, czy nie przydało.

lekarz

### **Przekonanie o tym, że inne służby są powołane do podejmowania interwencji**

Niezgłaszanie przypadków krzywdzenia może także wynikać z przekonania, że podejmowanie interwencji należy nie do pracowników ochrony zdrowia, ale do innych instytucji. Spośród respondentów 28,06% zgodziło się ze stwierdzeniem, że pracownicy ochrony zdrowia rzadko zgłaszają podejrzenia krzywdzenia dzieci, ponieważ są do tego powołane inne służby. Opinia na ten temat nie różnicowała respondentów ani pod względem wykonywanego zawodu, ani miejsca pracy. Również wśród respondentów badania jakościowego pojawiły się wypowiedzi, że zgłaszanie podejrzenia nie jest ich obowiązkiem, ale zadaniem innych służb lub instytucji.



Trochę uznają, że to nie jest ich sprawa, że to sprawa, nie wiem, może wychowawców albo jakiś innych instytucji.

pielęgniarka

Dodatkowo współpraca z innymi służbami i instytucjami bywa nieprzyjemna oraz zniechęcająca. O takim doświadczeniu opowiedziała jedna z respondentek:

Służby traktują mnie bardziej jako osobę winną i podejrzaną niż jako osobę, która bierze udział w całym procesie. [...] Policjant, który mnie przesłuchiwał, no, nie była to komfortowa dla mnie rozmowa, zresztą wyraził w trakcie tej rozmowy, sam tak z siebie, że może ona taka jest dojrzała mocno i że może dlatego takie relacje są. [...] My powinniśmy być traktowani jako partnerzy w tym procesie, a nie jako potencjalne osoby do oskarżenia.

lekarka

### **Dobro dziecka**

Kolejnym czynnikiem, który pojawił się w wypowiedziach osób biorących udział w wywiadach jakościowych, jest dobro dziecka. Podjęcie decyzji o tym, co jest właściwe dla dziecka w konkretnej, nie zawsze jednoznacznej sytuacji, np. w przypadku dzieci śmiertelnie chorych, może być dla pracowników ochrony zdrowia bardzo trudne.

– Bo dzieci w takich sytuacjach trudnych, mamy dziecko w agonii, w stanie terminalnym, zostały jej 2-3 miesiące życia. Choruje na glejaka. Matka jest przemocowa i my to wiemy, ale ona jest tak przywiązana do matki i tak sobie nie wyobraża tego, żeby nie być z matką, że człowiek się zastanawia co robić. Czy spowodować to, żeby dziecko znalazło się w ośrodku stacjonarnym, czy monitorować jakoś, spróbować, żeby została w tym domu. To są tak potwornie trudne sytuacje, że ja nie potrafię tego opisać, bo dzieci, niestety, nawet jak jest przemoc w domu, to ci rodzice są dla nich bardzo ważni.

– To dzieci, które bardzo potrzebują opieki?

– Tak, poza tym dzieci często przyjmują taką postawę, że tych oprawców tłumaczą i nie chcą się rozstawać z rodzicami. A w sytuacji, gdy dziecko ma umrzeć szybko? Odbierać matkę, ojca? Szczerze mówiąc, to zawsze są bardzo trudne decyzje i staramy się wnikać w sytuację rodziny. [...] Tak, ja już mówiłam, sama to miałam. To są tak skrajne emocje i nieprzewidywalne sytuacje, że jest ciężko.

pielęgniarka

## Dobre praktyki

Na podstawie danych z wywiadów jakościowych ustalono dobre praktyki, czyli rozwiązania, które według pracowników ochrony zdrowia funkcjonują w niektórych instytucjach i dzięki którym możliwe jest odpowiednie reagowanie na podejrzenie krzywdzenia dziecka.

## Szkolenia

Badani wspominają, że w okresie wprowadzania w Polsce procedury „Niebieskiej Karty”, takie szkolenia pojawiały się na konferencjach medycznych i że było to dobre rozwiązanie, które powinno być regularnie powtarzane. Potrzeba systematycznych szkoleń była podkreślana przez wielu rozmówców. O ile – ich zdaniem – ważne jest, żeby temat krzywdzenia dzieci był obecny na studiach medycznych, o tyle to jednak nie wystarczy. Konieczne jest szkolenie pracujących już osób, szczególnie tych z długim stażem zawodowym, żeby umożliwić im odświeżenie i zaktualizowanie wiedzy na ten temat. Szkolenia powinny dotyczyć sposobów rozpoznawania krzywdzenia i reagowania na nie, ale także umiejętności rozmawiania z pacjentami i ich rodzicami.

Na pewno myślę, że jakieś cykliczne przypomnienie, jakiś kurs zorganizowany dla szpitala, w którym pracownicy muszą go odbyć.

lekarz

Wydaje mi się, że ponieważ każdy lekarz musi regularnie jeździć na konferencje medyczne, uczestniczyć w nich, żeby tam zbierać punkty edukacyjne. Więc w ramach takich konferencji, jakby się pojawiały takie wykłady, przybliżające ten temat właśnie, jak postępować, gdzie zgłaszać, do kogo.

lekarz

## Procedury

Według badanych jednym z najważniejszych elementów zarówno profilaktyki, jak i odpowiedniej interwencji w przypadku podejrzenia krzywdzenia dzieci jest posiadanie przez instytucję określonej procedury działania oraz jej znajomość wśród pracowników.

Jest procedura dziecka krzywdzonego, co należy robić. Czy podejrzeń, gdzie należy zgłaszać. Tak, są standardy postępowania.

lekarz

W niektórych instytucjach, szczególnie na oddziałach pediatrycznych, jest wyodrębniona specjalna komórka lub specjalne wyznaczone osoby – np. pracownik

socjalny – które są odpowiedzialne za wprowadzenie procedury w życie po zgłoszeniu ze strony pracownika ochrony zdrowia.

Mieliśmy taką sytuację, że zostało do szpitala przyjęte dziecko, które w czasie diagnostyki właśnie się okazało, że ma jakieś dziwne złamania. To było niemowlę, gdzieś w okolicach żebra chyba to dziecko miało potamane. Wtedy tam zostały włączone takie panie – to duży szpital, więc tam była taka komórka, takie coś w rodzaju takiej pomocy społecznej, takie, takie panie, które, no tam, no zostały powiadomione, zostały, rozpoczęły jakąś procedurę, został zawiadomiony ośrodek pomocy społecznej z miejsca, z którego to dziecko pochodziło.

lekarz

Mamy pracownika socjalnego na terenie szpitala, który jest pod telefonem i również możemy zgłosić – jeżeli pacjent przebywa w szpitalu – możemy taką sytuację zgłosić i pracownik ma obowiązek zbadać środowisko i ewentualnie poczynić właściwe kroki.

pielęgniarka

Taka procedura zachodzi, że wysyłam naszą panią pielęgniarkę środowiskową i zawiadamiam opiekę społeczną.

lekarz

### **Konsultacje wewnętrzne**

Jako dobrą praktykę w swoich miejscach pracy badani wskazują na konsultacje wewnętrzne – omawianie i współpraca w zespole, obserwacje dziecka i rodziców oraz wymianę informacji między pielęgniarkami i lekarzami na temat niepokojących sytuacji. Szczególnie istotne są tutaj obserwacje pielęgniarek na oddziale, na którym leży dziecko, ponieważ to one spędzają z nim dużo więcej czasu niż lekarze prowadzący.

My obserwujemy takich rodziców. Jeśli trafia do nas dziecko z jakimiś takimi krwawkami, tak nie do końca wiadomo, o co chodzi z tym obrazem takim w tomografii, rezonansie, to wtedy mówimy sobie w naszym zespole pielęgniarskim o takim podejrzeniu. Zazwyczaj wtedy albo układamy to dziecko blisko naszej dyżurki, żeby po prostu fizycznie, ale też trochę jakby fizycznie widzieć, chociaż mamy też monitoring na salach, więc wtedy włączamy też czasem po prostu duży podgląd na tę salę. [...] Takie mamy poczucie, że jesteśmy tam i widzimy to wszystko – i zaglądamy tam – i te wszystkie nasze obserwacje notujemy też w dokumentacji pielęgniarskiej.

pielęgniarka

Najpierw dyskutujemy ze sobą. Rozmawiamy z tymi bardziej doświadczonymi osobami.

lekarz

Mamy bardzo dobry zespół taki interdyscyplinarny, czyli właśnie lekarze i pielęgniarki, i nasz ordynator, i nasza oddziałowa, w sumie, po prostu, cudowni ludzie. W takich sytuacjach bardzo mocno współpracujemy, więc wspólnie zastanawiamy się w takich sytuacjach.

pielęgniarka

Więc najpierw jest to wewnętrznie, w naszym gronie rozmowa i każdy własne obserwacje, i własne sugestie może tutaj przedstawić. Jeżeli odbywa się to na dyżurze, to oczywiście lekarz dyżurny czy lekarz prowadzący, czy lekarz naczelny musi podjąć decyzję.

pielęgniarka

### **Konsultacje z psychologiem lub psychiatrą**

Oprócz konsultacji w zespole, szczególnie w przypadku poważniejszych wątpliwości, dobrą praktyką jest konsultacja z psychologiem lub psychiatrą. Nie we wszystkich instytucjach jest taka możliwość, jednak tam, gdzie są one dostępne, jest to bardzo pozytywnie odbierane przez pracowników ochrony zdrowia.

Pani doktor, doktor nauk humanistycznych, psychologicznych, jest na naszym etacie i ma co robić, ma co robić. Ma dobre efekty, bo ma świetny kontakt z rodzicami, z pacjentami. Te dzieciaki się otwierają przed nią. A poza tym ona ma swoje metody, ma swoje metody, żeby się rozeznać. My idziemy do niej mówimy: słuchaj, nam się to nie podoba, czy tamto, weź zwróć na to uwagę.

lekarz

Był psycholog... Obecnie go nie mamy, jest tylko taki dla dorosłych, a dla dzieci nie ma, ale był przez jakiś czas psycholog. I wiem, że jak się zdarzy jakaś taka większa sytuacja, to mimo wszystko jest sprowadzany ten psycholog od dorosłych i przychodzi również do dzieci.

pielęgniarka

### **Dodatkowe badania**

W przypadku wątpliwości dotyczących przyczyn obrażeń u dziecka, szczególnie jeśli nie zgadzają się one z wersją wydarzeń przedstawianą przez rodzica, można też przeprowadzić dodatkowe badania. Jako przykład jedna z badanych pielęgniarek przedstawiła dodatkowe badanie okulistyczne, które pozwala stwierdzić, czy występowały także wcześniejsze urazy.

Wywiad rodzica wskazywał, że ono spadło z łóżka, ale dla nas było to jednak trochę podejrzane. Toteż lekarze u nas na oddziale stosują takie trochę dodatkowe badanie. Zamawiamy wtedy po prostu konsultację okulisty, który bada dno oka, i na dnie oka jest wypisane wszystko, naprawdę, jak okulista spojrzy tymi swoimi przyrządami

w oczy dziecka, to tam jest zapisane, tam widać jakieś wylewy, ja tam się dokładnie nie znam na tym badaniu, ale, ale tam są po prostu takie ślady, które świadczą o tym, że jakieś takie, no, już wcześniej urazy były. Czyli są albo świeże jakieś wylewy, albo już starsze, są w stanie w każdym razie tym badaniem dna oka zdiagnozować taki problem, który się toczy w rodzinie.

pielęgniarka

### **Interwencja w przypadku podejrzenia depresji poporodowej**

Szczególną sytuacją ryzyka jest depresja poporodowa. Badane położne wskazywały na dobrze funkcjonujące rozwiązania, takie jak odpowiednia edukacja w szkole rodzenia, system wizyt patronażowych po porodzie czy badanie młodych mam *Edynburską skalą depresji poporodowej*. Badane podkreślały jednocześnie jednak, że chociaż system jest dobrze zaprojektowany, to coraz częściej brakuje pracowników, którzy mogliby te założenia w pełni realizować.

O spadku hormonów. Tak, bo tam tematy są przerabiane różne. Ale miałyśmy wcześniej też na szkole rodzenia spotkania z panią psycholog, która przychodziła tutaj i z nimi rozmawiała właśnie o tym, o tych stanach takich...

położna

Teraz dostałyśmy takie specjalne, tak, takie ankiety, które wypełniają na pierwszej wizycie i później my sprawdzamy sobie skalę. To jest ta skala Edynburga, tak. I sprawdzamy sobie później tutaj, jak to wygląda.

położna

No, ja miałam akurat taką jedną panią, którą skierowałam do psychiatry. Na pierwszej wizycie, generalnie, mnie przywitała i była, tak jakby, taka obojętna, tak? W sensie, bardziej rozmawiał ze mną mąż, czyli ojciec dziecka, niż mama. No, ale to myślałam, że to jest po prostu tak po porodzie, bo był ciężki poród i tak dalej. Na drugiej, jak już byłam, to ona kompletnie, w ogóle... tak jakby jej nie było. W ogóle nie uczestniczyła w rozmowie, nie interesowało jej w ogóle dziecko. Ja rozmawiałam cały czas z mężem. [...] I ona tylko mówiła, ja bym tylko na okrągło spała, ja jestem zmęczona... ja bym tylko na okrągło spała. No i wtedy pomyślałam, że tutaj chyba jest taki problem, że trzeba będzie panią skierować do psychiatry. Z mężem później porozmawiałam jeszcze chwilę i on mówi, że sam widzi, że coś się dzieje. Że w ogóle w nocy nie wstaje do dziecka, dziecko płacze – wstaje on. [...] Wyszła z tego, bo teraz się spotykamy, bo to dziecko ma już 4 latka, więc no... Pomogło to jej wtedy, tak? Ta pomoc, jak poszła do tego lekarza, dostała leki, to od razu było inaczej. Akurat pozytywnie wszystko skończyło.

położna

## DYSKUSJA

W Polsce brakuje badań na temat zaangażowania personelu medycznego w ochronę dzieci przed krzywdzeniem. Tymczasem pracownicy ochrony zdrowia wskazują na wiele barier, które mogą utrudniać podejmowanie interwencji w sytuacji podejrzenia krzywdzenia dziecka.

Uzyskane w niniejszym badaniu wyniki są spójne z obserwacjami z innych badań realizowanych wśród personelu medycznego (Eisbach, Driessnack, 2010; Gunn in., 2005; Lines, Hutton, Grant, 2017; Lynne i in., 2015; Visscher, van Stel, 2017). Trudności, które wskazują polscy respondenci, w znacznym stopniu pokrywają się ze zgłaszanymi przez respondentów z placówek medycznych z innych krajów.

Jak dowodzą inne badania, znaczącą rolę w decyzji o zgłoszeniu krzywdzenia odgrywa edukacja. W analizie 60 badań (Lines i in., 2017) na temat doświadczeń pielęgniarek w ochronie dzieci przed krzywdzeniem wykazano, że badane często uważają, że brakuje im wiedzy i umiejętności, żeby podjąć interwencję. Z badań wynika także, że pracownicy ochrony zdrowia, którzy w ostatnim czasie uczestniczyli w zajęciach poświęconych problemowi krzywdzenia dzieci, mieli większą pewność swoich umiejętności interwencyjnych i częściej zgłaszali przypadki tego typu (Ferrara i in., 2017; Foster, Olson-Dorff, Reiland, Budzak-Garza, 2017; Herendeen, Blevins, Anson, Smith, 2014; Johnson, Doecke, Damarell, Grantham, 2018). Ponadto badania zrealizowane wśród polskich pielęgniarek i położnych (Makaruk, 2016) wskazują na to, że grupa ta jest zainteresowana poszerzeniem swojej wiedzy na temat możliwości interwencji w przypadku krzywdzenia dzieci. Ponad połowa badanych wyraziła chęć udziału w szkoleniu na ten temat.

Inną często wymienianą barierą w podjęciu interwencji jest strach przed reakcją rodziców. Badani wskazywali, że zgłaszają przypadki podejrzenia krzywdzenia dziecka po zebraniu dodatkowych informacji i konsultacji z innymi pracownikami ochrony zdrowia. Takie działanie jest częstą praktyką personelu medycznego także w innych krajach. Również podobne są potrzeby pracowników ochrony zdrowia w zakresie wsparcia, takie jak praca w zespołach interdyscyplinarnych, dostępność szybkich konsultacji z ekspertami czy zapewnienie wsparcia emocjonalnego (Cowley i in., 2018; Nouman, Alfandari, Enosh, Dolev, Daskal-Weichhendler, 2020). Elementy te były wskazywane przez pracowników ochrony zdrowia jako przykłady dobrych praktyk.

Najmocniejszą stroną niniejszego badania jest podjęcie tematu zgłaszania podejrzeń krzywdzenia dzieci przez pracowników ochrony zdrowia w Polsce. Jest to jedno z nielicznych do tej pory badań na ten temat. Dlatego też połączenie metod

jakościowych i ilościowych pozwoliło na eksplorację i wyznaczenie obszarów do przeprowadzenia pogłębionych badań.

Ograniczenia badawcze dotyczą przede wszystkim metodologii. Próba nie była reprezentatywna, co uniemożliwia wnioskowanie na całą populację pracowników ochrony zdrowia w Polsce. Dodatkowo grupy pielęgniarek/pielęgniarzy i położnych zostały ze sobą połączone ze względu na małą liczbę położnych w próbie. Także kwestionariusz badawczy miał pewne ograniczenia. Jego konstrukcja nie pozwala na uzyskanie informacji o tym, w jakich przypadkach krzywdzenia podejmowana była interwencja i jakiego była rodzaju.

Jak wszystkie badania deklaratywne, niniejsze badanie bazuje na deklaracjach respondentów. Nie możemy też odnieść odpowiedzi respondentów na temat np. posiadanej wiedzy czy funkcjonowania procedur interwencji do faktycznej sytuacji.

## WNIOSKI

Najczęściej wskazywaną barierą w zgłaszaniu przypadków krzywdzenia był brak pewności co do swoich podejrzeń. Może to wskazywać na niewystarczającą wiedzę i umiejętności umożliwiające identyfikację przypadków. Należy więc rozpowszechniać wśród personelu medycznego wiedzę na temat rozpoznawania objawów krzywdzenia dzieci. Program studiów medycznych (w tym pielęgniarstwa i ratownictwa medycznego) oprócz informacji o typowych objawach krzywdzenia powinien zawierać także informacje o jego objawach nieswoistych, które łatwo przeoczyć. Potrzebne są również regularne szkolenia dla pracowników medycznych oraz wystąpienia na konferencjach medycznych dotyczące tematu krzywdzenia dzieci i procedur interwencji w sytuacji krzywdzenia,

Warto zauważyć, że wyniki badania wskazują na różnice w postrzeganiu barier w zgłaszaniu przypadków krzywdzenia w zależności od wykonywanego zawodu. Na brak pewności co do swoich podejrzeń najczęściej wskazywali lekarze. Z kolei obawa przed reakcją rodziców towarzyszy częściej pielęgniarkom i lekarzom niż ratownikom medycznym. Z tego względu warto wprowadzić szkolenia z zakresu prowadzenia rozmów z rodzicami na temat podejrzeń krzywdzenia dziecka. Należy szczególnie zadbać o odpowiednią edukację personelu zatrudnionego wyłącznie w placówkach niepublicznych, ponieważ jego przedstawiciele znacznie częściej niż pozostałe osoby wskazywały na bariery, takie jak obawa przed reakcją rodziców czy brak wiedzy o tym, co należy zrobić. Pracownicy niepublicznych placówek byli także rzadziej od innych respondentów edukowani na temat symptomów krzywdzenia dzieci.

Mając na uwadze, że pracownicy ochrony zdrowia jako jedną z przeszkód w zgłaszaniu podejrzeń krzywdzenia dzieci wskazali złe doświadczenia w kontakcie z innymi służbami – np. ośrodkiem opieki społecznej, policją czy zespołami interdyscyplinarnymi – należy zadbać o to, aby programy szkoleniowe były zintegrowane z interwencją opartą na współpracy zarówno w zespole medycznym, jak i z innymi służbami (Turner i in., 2015). Ważne jest, aby udrożnić przepływ informacji zarówno wewnątrz placówki, jak i z zewnętrznymi służbami oraz dostarczać informacje zwrotne osobom, które dokonały zgłoszenia w przypadku krzywdzenia dziecka.

W każdej placówce, także niepublicznej, powinny funkcjonować konkretne procedury, do których mogą się odwołać jej pracownicy i które dokładnie określają, jakie działania należy podjąć. Respondenci w czasie wywiadów jakościowych przywoływali inne protokoły postępowania medycznych, które mogłyby być wzorem do opracowania takiej procedury w placówkach, w których jej jeszcze nie ma. Przykładem takiego dostosowania istniejącej procedury do problematyki krzywdzenia dzieci jest protokół SPIKES do przekazywania złych wiadomości. Pierwotnie opracowano go do stosowania w onkologii, ale został zaproponowany jako sposób rozmowy z opiekunami dziecka w przypadku podejrzenia krzywdzenia. SPIKES to akronim następujących strategii:

- *Setting* – oprawa, miejsce rozmowy,
- *Perception* – postrzeganie sytuacji przez rodzinę,
- *Invitation* – zaproszenie do zapoznania się z informacjami,
- *Knowledge* – odpowiednie przekazania wiedzy/informacji,
- *Emotion* – emocje,
- *Strategy and Summary* – strategia i podsumowanie (Pietrantonio i in., 2013).

Należałoby także rozważyć analizę funkcjonujących w Polsce procedur kontaktu z pacjentami i ich rodzinami oraz możliwość ich adaptacji do sytuacji podejrzenia krzywdzenia dziecka.

E-maile autorek: [katarzyna.makaruk@fdds.pl](mailto:katarzyna.makaruk@fdds.pl), [joanna.wlodarczyk@fdds.pl](mailto:joanna.wlodarczyk@fdds.pl).

## BIBLIOGRAFIA

- Butchart, A., Harvey, A. (2006). *Preventing child maltreatment: a guide to taking action and generating evidence*. Genewa: World Health Organization.
- Cowley, L. E., Maguire, S., Farewell, D. M., Quinn-Scoggins, H. D., Flynn, M. O., Kemp, A. M. (2018). Factors influencing child protection professionals'



- decision-making and multidisciplinary collaboration in suspected abusive head trauma cases: A qualitative study. *Child Abuse & Neglect*, 82, 178–191. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2018.06.009>.
- Eisbach, S. S., Driessnack, M. (2010). Am I sure I want to go down this road? Hesitations in the reporting of child maltreatment by nurses. *Journal for Specialists in Pediatric Nursing*, 15(4), 317–323.
- Ferrara, P., Gatto, A., Manganelli, N. P., Ianniello, F., Amodeo, M. E., Amato, M. i in. (2017). The impact of an educational program on recognition, treatment and report of child abuse. *Italian Journal of Pediatrics*, 43, 72. <https://dx.doi.org/10.1186%2Fs13052-017-0389-1>.
- Foster, R. H., Olson-Dorff, D., Reiland, H. M., Budzak-Garza, A. (2017). Commitment, confidence, and concerns: Assessing health care professionals' child maltreatment reporting attitudes. *Child Abuse & Neglect*, 67, 54–63.
- Gunn, V. L., Hickson, G. B., Cooper, W. O. (2005). Factors affecting pediatricians' reporting of suspected child maltreatment. *Ambulatory Pediatrics*, 5(2), 96–101.
- 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.
- Johnson, K. B., Doecke, E., Damarell, R. A., Grantham, H. (2018). Do training programs improve a paramedic's ability to identify and report child abuse and neglect? A systematic review. *Australasian Journal of Paramedicine*, 15(3), 576. <https://doi.org/10.33151/ajp.15.3.576>.
- Konijnendijk, A. A., Boere-Boonekamp, M. M., Haasnoot-Smallegange, R. M., Need, A. (2014). A qualitative exploration of factors that facilitate and impede adherence to child abuse prevention guidelines in Dutch preventive child health care. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 20(4), 417–424.
- Lines, L. E., Hutton, A. E., Grant, J. (2017). Integrative review: Nurses' roles and experiences in keeping children safe. *Journal of Advanced Nursing*, 73(2), 302–322.
- Lynne, E. G., Gifford, E. J., Evans, K. E., Rosch, J. B. (2015). Barriers to reporting child maltreatment: do emergency medical services professionals fully understand their role as mandatory reporters? *North Carolina Medical Journal*, 76(1), 13–18.
- Łukowska, K. (2013). *Grupa robocza jako narzędzie pracy w obszarze przeciwdziałania przemocy – postawy, kompetencje i oczekiwania*. Pobrane z: [https://www.parpa.pl/images/file/Przemoc\\_grupy\\_robocze.pdf](https://www.parpa.pl/images/file/Przemoc_grupy_robocze.pdf).
- Makaruk, K. (2016). Ochrona małych dzieci przed krzywdzeniem zapewniana przez pielęgniarki i położne. *Dziecko Krzywdzone. Teoria, badania, praktyka*, 15(3), 130–145.

- Mazurczak, K., Szredzińska, R. (2016). *Lokalny System Profilaktyki Krzywdzenia Małych Dzieci – podręcznik dla realizatorów*. Warszawa: Fundacja Dzieci Niczyje.
- MRPiPS. (2019). *Sprawozdanie z realizacji Krajowego Programu Przeciwdziałania Przemocy w Rodzinie na lata 2014-2020 za okres od 1 stycznia do 31 grudnia 2018 r.* Warszawa.
- Nouman, H., Alfandari, R., Enosh, G., Dolev, L., Daskal-Weichhendler, H. (2020). Mandatory reporting between legal requirements and personal interpretations: Community healthcare professionals' reporting of child maltreatment. *Child Abuse & Neglect*, 101, 104261. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2019.104261>.
- Oblacińska, A., Woynarowska, B. (2002). *Profilaktyczne badania lekarskie i inne zadania lekarza w opiece zdrowotnej nad uczniami: poradnik dla lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej*. Warszawa: Instytut Matki i Dziecka – Zakład Medycyny Szkolnej.
- Oblacińska, A., Ostrenga, W. (2003). *Standardy i metodyka pracy pielęgniarki i higienistki szkolnej: poradnik dla pielęgniarek i higienistek szkolnych pracujących w szkołach różnych typów*. Warszawa: Instytut Matki i Dziecka – Zakład Medycyny Szkolnej.
- Pawłowski, W., Goniewicz, K., Goniewicz, M., Lasota, D. (2018). Child abuse: will the doctor report? *Journal of Education, Health and Sport*, 8(7), 47–55.
- Pietrantonio, A. M., Wright, E., Gibson, K. N., Alldred, T., Jacobson, D., Niec, A. (2013). Mandatory reporting of child abuse and neglect: crafting a positive process for health professionals and caregivers. *Child Abuse & Neglect*, 37(2–3), 102–109. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2012.12.007>.
- Skarsaune, K., Bondas, T. (2016). Neglected nursing responsibility when suspecting child abuse. *Journal of Clinical Nursing*, 4(1), 24–32.
- Szredzińska, R., Podlewska, J., Włodarczyk, J. (2019). *Analiza polskiego systemu ochrony dzieci przed krzywdzeniem*. Warszawa: Fundacja Dajemy Dzieciom Siłę.
- Tiyyagura, G., Gawel, M., Koziel, J. R., Asnes, A., Bechtel, K. (2015). Barriers and facilitators to detecting child abuse and neglect in general emergency departments. *Annals of Emergency Medicine*, 66(5), 447–454.
- Turner, W., Hester, M., Broad, J., Szilassy, E., Feder, G., Drinkwater, J., Firth, A., Stanley, N. (2015). Interventions to improve the response of professionals to children exposed to domestic violence and abuse: a systematic review. *Child Abuse Review*. <https://doi.org/10.1002/car.2385>.
- Ustawa z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie (Dz.U. 2005 Nr 180 poz. 1493).
- Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks postępowania karnego (Dz.U. 1997 Nr 89 poz. 555).

Ustawa z dnia 17 listopada 1964 r. – Kodeks postępowania cywilnego (Dz.U. 1964 Nr 43 poz. 296).

Visscher, S. J. A., van Stel, H. F. (2017). Practice variation amongst preventive child healthcare professionals in the prevention of child maltreatment in the Netherlands: Qualitative and quantitative data. *Data in Brief*, 15, 665–686. <https://doi.org/10.1016/j.dib.2017.09.061>.

Włodarczyk, J., Makaruk, K., Michalski, P., Sajkowska, M. (2018). *Ogólnopolska diagnoza skali i uwarunkowań krzywdzenia dzieci. Raport z badań*. Warszawa: Fundacja Dajemy Dzieciom Siłę.

## HEALTH CARE WORKERS IN REPORTING SUSPECTED CHILD MALTREATMENT: ACTIONS TAKEN, BARRIERS, GOOD PRACTICES

*Health care workers in Poland have the opportunity to recognize child maltreatment and the obligation to report their suspicions. This article presents the results of a study conducted among doctors, nurses, paramedics and midwives working in Poland. The first stage of the study involves individual interviews (N = 14), while the second one – an online survey (N = 506). The results indicate the actions taken by medical personnel in the event of suspected child maltreatment, as well as barriers and good practices in reporting such suspicions.*

### KEYWORDS:

CHILD MALTREATMENT, HEALTH CARE WORKERS, INTERVENTION, BARRIERS, GOOD PRACTICES

### Cytowanie:

Makaruk, K., Włodarczyk, J. (2020). Pracownicy ochrony zdrowia wobec zgłoszenia podejrzeń krzywdzenia dzieci – podejmowane działania, bariery, dobre praktyki. *Dziecko Krzywdzone. Teoria, badania, praktyka*, 19(1), 43–75.



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

MINISTERSTWO  
SPRAWIEDLIWOŚCI  
[www.ms.gov.pl](http://www.ms.gov.pl)



FUNDUSZ  
SPRAWIEDLIWOŚCI

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

## ZAŁĄCZNIK 1. WYTYCZNE DO WYWIADU JAKOŚCIOWEGO

Jak długo pracuje Pan(i) w zawodzie? W jakiego rodzaju instytucjach Pan(i) pracował(a)?

Czy w swojej pracy ma Pan(i) kontakt z dziećmi? W jakim wieku? W jakich sytuacjach? Jak często?

Czy kiedykolwiek podejrzewał(a) Pan(i), że dziecko, z którym na Pan(i) kontakt może być krzywdzone/być ofiara przemocy? Co na to wskazywało? Jak Pan(i) zareagował(a) na tę sytuację? Co Pan(i) myślał(a)? Czy wiedział(a) Pan(i), co powinien(-na) Pan(i) zrobić? Co się dalej wydarzyło?

A może słyszał(a) Pan(i) o takim przypadku w środowisku/swojej pracy? Proszę o nim opowiedzieć?

Co Pana(i) zdaniem powstrzymuje pracowników ochrony zdrowia przed zgłaszaniem swoich obaw i podejrzeń? Co pomaga?

Czy otrzymuje Pan(i) wsparcie przełożonych bądź współpracowników w związku ze zgłaszaniem podejrzenia występowania krzywdzenia dziecka i później w dalszych etapach? Jeżeli tak, to jakie to jest wsparcie?

Jak można wesprzeć pracowników ochrony zdrowia, żeby chętniej zgłaszali swoje podejrzenia krzywdzenia dziecka? Kto (jako funkcja) z pracowników ochrony zdrowia powinien przede wszystkim zgłaszać takie przypadki? Czy Pana(i) zdaniem są potrzebne zmiany systemowe?

Czy spotkał(a) się Pan(i) ze zniechęcaniem ze strony przełożonych do zgłaszania podejrzeń co do sytuacji domowej pacjenta? Czy spotkał(a) się Pan(i) z jakimiś nieprzyjemnościami związanymi ze zgłoszeniem swoich podejrzeń? Czy taka sytuacja miała miejsce w Pana(i) otoczeniu?

Czy kiedykolwiek miał(a) Pan(i) styczność z „Niebieską Kartą”? Czy ta procedura jest dla Pana(i) zrozumiała? Czy kiedykolwiek zakładał(a) Pan(i) „Niebieską Kartę”? Czy podejmuje Pan(i) czynności w tej procedurze, jeżeli podejrzewa Pan(i), że w rodzinie pacjenta dochodzi do przemocy domowej? Dlaczego tak/nie?

Jakie emocje towarzyszą Panu(-i) w perspektywie brania udziału w procedurze „Niebieskiej Karty”?

Czy wie Pan(i), czym są zespoły interdyscyplinarne? Czy brał(a) Pan(i) kiedykolwiek udział w spotkaniu takiego zespołu albo został(a) Pan(i) zaproszony(a) do udziału? Dlaczego/Dlaczego nie?

Czy jest coś, co, Pana(i) zdaniem, pomogłoby pracownikom ochrony zdrowia w wypełnianiu „Niebieskich Kart” i uczestniczeniu w działaniach zespołów interdyscyplinarnych?

Co jeszcze chciałby(-aby) Pan(i) dodać do naszej rozmowy? Czy o coś nie zapytałam, co jest ważne w tym kontekście?

## ZAŁĄCZNIK 2. KWESTIONARIUSZ BADANIA ILOŚCIOWEGO

S1. Proszę powiedzieć do której grupy zawodowej się Pan/Pani kwalifikuje

1. Lekarz/lekarka
2. Pielęgniarka/pielęgniarz
3. Położna/położny
4. Żadne z powyższych -> zakończ wywiad

S2. Jaki jest P. staż pracy w tym zawodzie? Proszę podać w latach. .... lat

S3. Czy w swojej praktyce lekarskiej/pielęgniarskiej pracuje Pan(i) z dziećmi?

1. Tak
2. Częściowo (w niektórych sytuacjach, na niektórych stanowiskach)
3. Nie (w ogóle) -> zakończ wywiad

M4. Proszę wskazać w jakich rodzajach placówek/miejsc Pan(i) pracuje

1. Przychodnia POZ
2. Szpital – na oddziale
3. Szpital – na SOR
4. Pogotowie / Służby ratunkowe
5. Żadne z powyższych -> zakończ wywiad

1. Czy kiedykolwiek podejrzewał(a) Pan(i), że dziecko, z którym ma Pan(i) kontakt w pracy, może doświadczać w domu: *wielokrotny wybór*

- a) Przemocy fizycznej: np. bicia, kopania, przypalania (tak/nie)
- b) Przemocy emocjonalnej: np. wyzywania, obrażania (tak/nie)
- c) Wykorzystania seksualnego: np. kontaktów seksualnych przed 15 r.ż., zmuszania do oglądania czyichś miejsc intymnych, zmuszania do oglądania pornografii (tak/nie)
- d) Zaniedbania: np. braku odpowiedniego ubrania, braku opieki w przypadku choroby, braku zainteresowania ze strony rodziców/opiekunów (tak/nie)

Jeżeli P1 = a, b,c lub d

2. Proszę wskazać jakiego rodzaju działania zostały podjęte: *wielokrotny wybór*

- a) Została założona „Niebieska Karta”
- b) Złożono wnioski do sądu o wgląd w sytuację rodzinną
- c) Zawiadomiono policję

- d) Zawiadomiono pomoc społeczną
  - e) Zawiadomiono prokuraturę
  - f) Zgłoszono gdzieś indziej, gdzie?
  - g) Nie zostało nigdzie zgłoszone
3. *Jeżeli 2a: Przez kogo została założona „Niebieska Karta”? wielokrotny wybór*
- a) Przeze mnie
  - b) Przez (innego) lekarza
  - c) Przez (inną) pielęgniarkę
  - d) Przez pracownika socjalnego
  - e) Przez przedstawiciela innej instytucji
  - f) Kogoś innego, kogo?
4. *Co, Pana(-i) zdaniem, może zniechęcać pracowników ochrony zdrowia do zgłaszania podejrzenia krzywdzenia dziecka? wielokrotny wybór*
- a) Brak wiedzy na temat tego, co należy zrobić
  - b) Obawa przez reakcją rodziców
  - c) Brak czasu i możliwości
  - d) Brak pewności co do swoich podejrzeń
  - e) Obawa przed dodatkowymi problemami
  - f) Brak wiary w skuteczność interwencji
  - g) Trudności organizacyjne
  - h) Inne, jakie?
5. *Czy w Pana(-i) miejscu pracy jest ustalona procedura, co należy robić w przypadku podejrzenia krzywdzenia dziecka?*
- a) Tak
  - b) Nie
  - c) Nie wiem/ Trudno powiedzieć
6. *Czy kiedykolwiek był(-a) Pan(i) edukowany(-a) (np. na studiach lub na szkoleniach w pracy / podczas konferencji) na temat symptomów krzywdzenia dzieci?*
- a) Tak
  - b) Nie
  - c) Trudno powiedzieć

7. Jeżeli 6a: Gdzie to było? Jakie tematy były poruszane?

8. Czy uważa Pan(i), że ma wystarczającą wiedzę na temat na temat symptomów krzywdzenia dzieci?

- a) Zdecydowanie tak
- b) Raczej tak
- c) Raczej nie
- d) Zdecydowanie nie
- e) Trudno powiedzieć

9. Czy zgadza się Pan(i) czy nie zgadza z następującymi stwierdzeniami?

	Zdecydowanie tak	Raczej tak	Raczej nie	Zdecydowanie nie	Trudno powiedzieć
Kary fizyczne są w niektórych sytuacjach najbardziej skuteczną metodą wychowawczą.					
Zmiana zachowania dziecka w obecności rodzica (np. płacz, apatia) może wskazywać na przemoc w rodzinie.					
Pracownicy ochrony zdrowia rzadko zgłaszają podejrzenia krzywdzenia dzieci, bo od tego są inne służby.					

## Metryczka

M1. Płeć

1. Mężczyzna
2. Kobieta

M2. Województwo, gdzie pracuje respondent

- 1.
2. – pobierz gotową listę

M3. Wielkość miejscowości, gdzie pracuje respondent

1. Wieś
2. Miasto do 100 tys. mieszkańców
3. Miasto 100–500 tys. mieszkańców
4. Miasto powyżej 500 tys. mieszkańców



M5. Czy pracuje Pan(i) w placówkach publicznych, niepublicznych czy zarówno publicznych, jak i niepublicznych? *multi*

1. Publiczne
2. Niepubliczne