

# Badanie charakterystyki Centrów Pomocy Dzieciom w Stanach Zjednoczonych – czy wzorcowe modele odpowiadają tym stosowanym w szerszej praktyce?

James Leslie Herbert<sup>a</sup>, Wendy Walsh<sup>b</sup>, Leah Bromfield<sup>a</sup>

*a Australian Centre for Child Protection,  
University of South Australia, Australia;*

*b Crimes Against Children Research Center,  
University of New Hampshire, Stany Zjednoczone*

*Centra Pomocy Dzieciom (Child Advocacy Center – CAC) kładą nacisk na osiągnięcie skutecznej współpracy między specjalistami uczestniczącymi w badaniu przypadków poważnego krzywdzenia, aby poprawić wyniki pracy wszystkich zaangażowanych instytucji i zminimalizować stres, dezorientację oraz niepewność doświadczane przez dzieci i rodziny. W badaniu analizowano charakterystykę CAC i to, czy modele stosowane w praktyce odpowiadają dominującemu modelowi przedstawianemu w piśmiennictwie badawczym. W 2016 r. dyrektorzy amerykańskich CAC, którzy znajdują się na liście mailingowej National Children's Alliance (NCA; N = 361), wypełnili internetową ankietę. Niektóre podstawowe cechy okazały się wspólne dla wszystkich CAC, jednak zebrane dane sugerują, że istnieją różne typy CAC, wyodrębnione na podstawie cech nieujętych w zasadach NCA, ale bez wątplenia mających wpływ na jakość świadczonych usług. Na podstawie analizy skupień badacze proponują klasyfikację CAC odzwierciedlającą ich rozwój i stopień zintegrowania: (a) podstawowe usługi CAC (przesłuchania i interdyscyplinarna ocena przypadków), (b) CAC jako agregator usług zewnętrznych, (c) scentralizowane CAC zapewniające pełną obsługę. Potrzebne są dalsze badania, aby wyjaśnić, w jaki sposób wymienione warianty mogą wpływać na praktykę i rezultaty działania CAC. Jest to szczególnie ważne w obliczu tego, że duża część CAC nie odpowiada modelowi „wszystko pod jednym dachem” (centrum oferującego pełen zakres usług), który najczęściej bywa przedmiotem badań dostępnych w piśmiennictwie. To z kolei*

ogranicza możliwość uogólniania wyników tych badań na wszystkie CAC. W niniejszym artykule zaproponowano dalsze badania podyktowane potrzebą lepszego zrozumienia, w jaki sposób poszczególne komponenty CAC wpływają na rezultaty ich działalności w życiu dzieci i rodzin dotkniętych krzywdzeniem.

#### SŁOWA KLUCZOWE:

CENTRA POMOCY DZIECIOM, WYKORZYSTYWANIE SEKSUALNE DZIECI

## Ogólnokrajowe badanie Centrów Pomocy Dzieciom w Stanach Zjednoczonych

Zarzut wykorzystywania seksualnego dziecka wymaga reakcji wielu podmiotów reprezentujących różne dyscypliny, w tym instytucji ustawowych, takich jak policja czy służby ochrony dzieci. Aby zapewnić spójność działań w reakcji na krzywdzenie, w wielu miejscach powstały zespoły interdyscyplinarne (ZI) – grupy profesjonalistów różnych specjalności pracujących w różnych instytucjach, a także struktury zapewniające ramy wspólnego prowadzenia przypadków i wymianę informacji (np. spotkania zespołu w celu omówienia konkretnych przypadków). Najbardziej znanym typem ZI, zwłaszcza w Stanach Zjednoczonych, jest Centrum Pomocy Dzieciom (*Child Advocacy Center* – CAC). To podejście kładzie nacisk na lokalną współpracę pracowników różnych instytucji, praktyki przyjazne dzieciom, a także wsparcie dziecka i rodziny w celu usprawnienia działań dochodzeniowych, terapii, zarządzania przypadkami oraz ścigania przestępstwa wykorzystywania seksualnego dzieci. Od czasu uruchomienia pierwszego CAC w 1985 r. w Stanach Zjednoczonych powstało 795 takich placówek, które należą do *National Children's Alliance* (NCA) – krajowego stowarzyszenia i organu akredytującego CAC (NCA, 2016a). Podobny model współpracy przyjęto również w Europie (Rasmusson, 2011), Kanadzie (Department of Justice Canada, 2013) i Australii (Herbert i Bromfield, 2017b).

Centra Pomocy Dzieciom mają na celu poprawienie sytuacji dzieci i rodzin, zwłaszcza w zakresie traumy oraz dobrostanu w różnych dziedzinach życia (np. Hubel i in., 2014), ale także podniesienie jakości przesłuchań, działań dochodzeniowych i ścigania sprawców wykorzystywania seksualnego dzieci (Cross i in., 2007; Walsh i in., 2007, 2008). Synteza dotychczasowych badań (Bromfield, 2016, 2017a; Elmquist i in., 2015) przyniosła wiarygodne dane przemawiające za poprawą skuteczności procedur karnych w porównaniu z tradycyjną praktyką,

ale ujawniła luki w dowodach empirycznych świadczących o poprawie dobrostanu dzieci i rodzin.

Chociaż CAC uzyskują akredytację na podstawie zbioru standardów (NCA, 2017), istnieją pewne różnice i warianty nieuwzględnione w tych standardach, które mogą wpływać na skuteczność CAC. Szybki rozwój i ekspansja CAC w połączeniu z filozofią ruchu CAC, zgodnie z którą ów model można adaptować do potrzeb różnych społeczności (Walshi in., 2003), sprawiły, że poszczególne centra istotnie się różnią pod względem swej charakterystyki (np. Jackson, 2004).

## Dotychczasowe badania charakterystyki CAC

Dotychczasowe badania pozwoliły określić stopień zróżnicowania CAC w Stanach Zjednoczonych. Najbardziej kompleksowe, ogólnokrajowe badania przeprowadzili jakiś czas temu Jackson (2004) oraz Kolbo i Strong (1997). Od tamtej pory badacze przyglądali się konkretnym zagadnieniom, takim jak znajomość praktyk opartych na wynikach badań naukowych (Wherry i in., 2015) lub spostrzegane zalety i trudności praktyki międzyinstytucjonalnej (Newman i Dannenfelser, 2005; Newman i in., 2005), brakuje aktualnych danych dotyczących wpływu zróżnicowania cech CAC (bądź jego braku) na poprawę skuteczności tych placówek.

W jednym z pierwszych badań dotyczących tego zagadnienia Kolbo i Strong (1997) przeprowadzili wśród przedstawicieli 50 amerykańskich stanów ankietę na temat charakterystyki modelu ZI w praktyce w badaniu oraz prowadzeniu przypadków krzywdzenia i zaniedbywania dzieci w danym stanie. Okazało się, że w poszczególnych stanach ZI mają odmienne cechy, cele i uprawnienia. Były to m.in. różnice pod względem dyscyplin reprezentowanych w ZI, tego, czy zespół spotykał się w celu prowadzenia dochodzenia, planowania terapii czy planowania konsultacji, a także czy miał umocowanie w obowiązującym ustawodawstwie.

Jackson (2004) przeprowadziła najbardziej kompleksowe z dotychczasowych badań CAC w Stanach Zjednoczonych i ustaliła, że chociaż wszystkie z nich charakteryzują się pewnymi podstawowymi cechami (np. w skład ZI wchodzi przedstawiciele policji, służb ochrony dzieci i prokuratury), w ramach wytycznych dotyczących akredytacji CAC można zauważyć znaczną zmienność cech. Na przykład w ok. 48% badanych CAC pracowali specjaliści w dziedzinie wspierania ofiar, a w 51% – na miejscu dostępni byli psychologowie lub psychiatry. Chociaż żadne z tych usług nie są ujęte w standardach NCA, takie różnice mogą skutkować zróżnicowaną dostępnością tych ważnych form pomocy.

Newman i Dannenfesler (2005) oraz Newman i in. (2005) przeanalizowali wyniki ogólnokrajowego badania ankietowego, przeprowadzonego wśród pracowników służb ochrony dzieci i organów ścigania, którzy korzystają z usług CAC, prowadząc dochodzenia w sprawach krzywdzenia dzieci. W analizie tych wyników – przede wszystkim ilościowych – wykazano, że w opinii respondentów CAC ułatwiają współpracę poprzez koordynowanie i częstą komunikację między instytucjami, spotkania zespołów interdyscyplinarnych, szkolenia oraz wzajemne wsparcie (Newman i in., 2005). Uczestnicy wskazali szkolenia interdyscyplinarne, wspólną lokalizację, dostępność przeszkolonych osób przesłuchujących oraz komunikację, relacje i pracę zespołową między instytucjami jako najważniejsze czynniki ułatwiające współpracę (Newman i Dannenfesler, 2005).

Wherry i in. (2015) przeprowadzili ogólnokrajowe badanie praktyk CAC w zakresie kierowania na terapię, znajomości praktyk opartych na dowodach empirycznych oraz priorytetowych potrzeb szkoleniowych. Wykazali w nim, że bardzo niewielka część CAC (30%) oferuje na miejscu pomoc psychologiczną i psychiatryczną świadczoną przez specjalistów będących członkami personelu CAC. To oznacza, że placówki te w dużej mierze polegają na usługach świadczonych poza centrum i na zewnętrznych świadczeniodawcach. To odkrycie nasunęło obawy, czy społeczności są zdolne reagować na traumę u dzieci z zastosowaniem opartych na dowodach metod diagnozy i terapii. Podobnie Thackeray i in. (2010) wykazali, że tylko 29% CAC z całych Stanów Zjednoczonych przeprowadza uniwersalną ocenę opiekunów pod względem przemocy domowej. To pokazuje, że między modelami CAC mogą istnieć różnice, które wpływają na poziom i jakość świadczonych przez nie usług.

Reasumując, autorzy dotychczasowych badań analizowali ogólną charakterystykę CAC (Jackson, 2004), badali spostrzegane zalety CAC, ich trudności i aspekty wymagające poprawy w całych Stanach Zjednoczonych (Newman i Dannenfesler, 2005; Newman i in., 2005), bądź też przyglądali się aktualnej wiedzy i praktykom związanym z pomocą psychologiczną i psychiatryczną świadczoną w CAC (Wherry i in., 2015). Zważywszy na gwałtowny rozwój i ekspansję CAC w ostatnich latach (NCA, 2016a), konieczne wydaje się zaktualizowanie szerokiego zakresu informacji na ich temat zgromadzonych przez Jackson (2004). Potrzebne są również badania dotyczące tego, jakie warianty (odmiany) wywierają korzystny wpływ na działania CAC (Jackson, 2012).

Niniejsze badanie analizuje zmienność charakterystyki CAC w ogólnokrajowej próbie amerykańskiej. Jego autorzy postanowili skupić się na pewnej podgrupie cech, które uznali za najistotniejsze dla jakości praktyki w kontekście usług świadczonych

we współpracy międzyinstytucjonalnej. Wyboru tych cech dokonano na podstawie opisanych w dalszej części pracy badań dotyczących CAC, a także ideowych i teoretycznych podstaw tego modelu, które zakładają nie tylko usprawnienie działania wymiaru sprawiedliwości, lecz także – przede wszystkim – holistyczną odpowiedź na krzywdzenie, obejmującą świadczenie usług w większym stopniu skoncentrowanych na dziecku i rodzinie oraz skupienie się na potrzebach dzieci w zakresie pomocy psychologicznej. W szerokim ujęciu cechy te wiązały się z charakterystyką ZI, oceną przypadków, zarządzaniem oraz systemami monitorowania przypadków i weryfikacji praktyki.

## Znaczenie wariantów strukturalnych dla współpracy międzyinstytucjonalnej w CAC

Niniejsze badanie miało na celu przeanalizowanie kluczowych aspektów CAC, które teoretycznie lub praktycznie wiążą się z jakością współpracy międzyinstytucjonalnej w CAC (tab. 1). Co prawda badacze już wcześniej przyglądali się typom czynników, które wydają się związane z lepszą współpracą między instytucjami (np. Newman i Dannenfelsler, 2005), jednak brakuje badań, które demonstrowałyby wpływ konkretnych czynników na skuteczność CAC (np. na lepszą ochronę dzieci). W niniejszym badaniu uwzględniono częstość występowania tych czynników ze względu na ich prawdopodobny związek ze skutecznością CAC.

**Tabela 1**

### Zróźnicowanie charakterystyki CAC

Cecha	Wpływ na współpracę międzyinstytucjonalną	Dostępne badania
Udział pracowników/institucji w spotkaniach ZI omawiającego przypadki: – Policja, służby ochrony dzieci, prokuratura, służby medyczne, psychologowie/psychiatry, wsparcie ofiar, personel CAC oraz – Inni pracownicy/institucje: sąd ds. nieletnich, interwencji kryzysowi dla ofiar gwałtu, konsultanci ds. przemocy domowej i inni.	Udział w analizie przypadków jest głównym procesem ułatwiającym komunikację i współpracę między pracownikami i instytucjami. Wspólna analiza przypadków pozwala dzielić się informacjami i planować pracę z danym przypadkiem.	Newman i Dannenfelsler (2005), Newman i in., (2005)
Wspólna lokalizacja pracowników/institucji w CAC: – Policja, służby ochrony dzieci, prokuratura, służby medyczne, psychologowie/psychiatry, wsparcie ofiar, personel CAC oraz – Inni pracownicy/institucje: sąd ds. nieletnich, interwencji kryzysowi dla ofiar gwałtu, konsultanci ds. przemocy domowej i inni.	Wspólna lokalizacja sprzyja budowaniu łączności między członkami zespołu i ułatwia proces współpracy nad konkretnymi przypadkami.	Green i in., (2008), Newman i Dannenfelsler (2005), Tye i Precey (1999)

Cecha	Wpływ na współpracę międzyinstytucjonalną	Dostępne badania
Usługi świadczone na miejscu w CAC: (a) przesłuchania, (b) wsparcie ofiar, (c) pomoc psychologiczna/psychiatryczna, (d) pomoc medyczna / badania medyczne, (e) interwencja kryzysowa dla ofiar gwałtu, (f) wsparcie ofiar przemocy domowej, (g) inne usługi.	Świadczenie większej liczby usług na miejscu potencjalnie zwiększa spójność działań ustawowych i działań służb w reakcji na poszczególne przypadki, a także ułatwia proces kierowania ( <i>referral</i> ) i monitorowanie przypadków.	Edinburgh i in., (2008), Humphreys (2005), Newman i Dannenfelser (2005)
Dodatkowi (pozaustawowi) pracownicy zatrudnieni w CAC: (a) specjalista w dziedzinie przesłuchiwanie dzieci, (b) specjalista w dziedzinie wsparcia ofiar, (c) psychologowie/psychiatrzy, (d) pomoc medyczna / badania medyczne, (e) interwencji kryzysowi dla ofiar gwałtu, (f) konsultanci ds. przemocy domowej, (g) inni.	Większa liczba dodatkowych pracowników zatrudnionych w CAC może pomóc w łatwiejszym monitorowaniu, czy usługi rzeczywiście są świadczone, oraz zapewnia lepszą kontrolę nad ich jakością.	Powell i Wright (2012)
Wspólne szkolenia i programy rozwoju zawodowego w zakresie pracy interdyscyplinarnej.	Zwiększają wiedzę i rozumienie procesów, pomagają budować dobre relacje i zaufanie między pracownikami różnych instytucji.	Bertram (2008), Darlington i Feeney (2008), Haas i in., (2011), Lalayants (2013), Newman i in., (2005), Stanley i in., (2011); Szilassy i in., (2013)
Częstość wspólnego omawiania przypadków.	Częstsza wspólna analiza przypadków zapewnia większe możliwości omawiania i współpracy nad przypadkami, a także budowania dobrych relacji i zaufania w zespole.	Jackson (2012)
Spisane porozumienie międzyinstytucjonalne.	Spisane porozumienie o współpracy pomaga jasno określić role i obowiązki oraz przeciwdziała konfliktom między instytucjami.	Bertram (2008), Darlington i Feeney (2008), Ells (2000), Newman i in., (2005)
Ustawodawstwo wspierające współpracę i przepływ informacji w CAC.	Ustawodawstwo może legitymizować współpracę między pracownikami i umożliwiać przepływ informacji między instytucjami oraz organami ustawowymi i pozaustawowymi.	Ruggieri (2011)
Międzyinstytucjonalny zespół sterujący złożony z wysokich rangą przedstawicieli instytucji partnerskich.	Legitymizuje współpracę międzyinstytucjonalną w instytucjach partnerskich i stanowi forum rozwiązywania konfliktów i problemów w uzgodnionej praktyce.	Barton i Welbourne (2005), Lalayants (2013)
Częstość spotkań służących rozwiązywaniu konfliktów międzyinstytucjonalnych.	Częstsze spotkania służące rozwiązywaniu konfliktów pozwalają szybciej usunąć wszelkie trudności.	Ells (2000)
Międzyinstytucjonalne systemy monitorowania przypadków.	Wspólny system przechowywania danych umożliwia szybsze i łatwiejsze przekazywanie informacji o przypadkach oraz pozwala na lepszy nadzór międzyinstytucjonalny nad przypadkami.	Bertram (2008), Gragg i in., (2006), Howell i in., (2004)
Wspólna ocena skuteczności działań (np. OMS – system oceny wyników) i ewaluacja praktyki.	Określa cel współpracy i mierzy skuteczność działań wszystkich instytucji, aby skupić całą zespół wokół celów międzyinstytucjonalnych.	Bertram (2008), Ells (2000), Fargason i in., (1994)
Regularne kontakty nieformalne / relacje osobiste między pracownikami.	Mogą pomóc w zbudowaniu dobrych relacji i zaufania między pracownikami różnych instytucji.	Smith (2011)
Rola koordynatora ZI (pracownik, który organizuje i koordynuje spotkania i przesłuchania/wywiady z udziałem innych instytucji).	Może poprawić jakość współpracy poprzez zmniejszenie obciążenia pracowników w związku ze współpracą.	Lalayants (2008)

Centrum Pomocy Dzieciom – jako rodzaj ZI – gromadzi przedstawicieli różnych dyscyplin oraz instytucji w celu omawiania, planowania i realizowania działań w odpowiedzi na krzywdzenie dzieci, z uwzględnieniem wielowymiarowego wpływu krzywdzenia oraz potrzeb dzieci i rodzin. Według standardów NCA w skład ZI w CAC powinni wchodzić przedstawiciele następujących instytucji i dyscyplin: policji, ustawowych służb ochrony dzieci, prokuratury, opieki zdrowotnej, wsparcia ofiar oraz personelu CAC (NCA, 2017). W CAC często pracują również przedstawiciele innych służb i instytucji, takich jak służby przeciwdziałania przemocy domowej i problemom alkoholowym/narkotykowym, a także inne specjalności medyczne (Whitcomb i Cross, 2017). Zgromadzenie przedstawicieli różnych dyscyplin i instytucji zaangażowanych w reagowanie na krzywdzenie dzieci, aby wspólnie uczestniczyli w analizie przypadków, przesłuchaniach oraz innych formach przekazywania informacji, stanowi nieodłączny element modeli ZI (Newman i Dannenfesler, 2005; Newman i in., 2005).

W większości modeli ZI współpraca między pracownikami różnych instytucji wykracza poza uczestnictwo w spotkaniach poświęconych analizie przypadków. Uważa się, że wspólna lokalizacja sprzyja budowaniu łączności i relacji zawodowych między członkami zespołu, a jednocześnie ułatwia konsultowanie i analizę przypadków oraz inne formalne elementy programu (Green i in., 2008; Newman i Dannenfesler, 2005). Poza usprawnieniem współpracy między przedstawicielami różnych instytucji wspólna lokalizacja może być pomocna w integrowaniu poszczególnych elementów odpowiedzi na krzywdzenie, co skutkuje autentycznym podejściem zespołowym związanym z wyższym poziomem współpracy (Tye i Precey, 1999). Świadczenie większej liczby usług na miejscu, w CAC, wspiera współpracę w ZI poprzez uproszczenie procesu kierowania dzieci i rodzin do odpowiednich służb oraz specjalistów (Edinburgh i in., 2008; Humphreys, 1995) i może sprzyjać częstszym kontaktom między pracownikami zaangażowanymi w pracę z danym przypadkiem (Newman i Dannenfesler, 2005). Również to, która instytucja zatrudnia pracowników pozaustawowych, może wpływać na jakość współpracy – większe i zasobniejsze CAC częściej zatrudniają własnych pracowników świadczących usługi fakultatywne (pozaustawowe), podczas gdy inne mogą w większym stopniu polegać na kontrahentach lub usługach świadczonych przez instytucje partnerskie (np. instytucje opieki zdrowotnej przeprowadzające badania dzieci w szpitalach pediatrycznych). Tam, gdzie większa liczba pracowników jest zatrudniona w samym CAC, mają oni częstszy kontakt z innymi członkami zespołu, a co za tym idzie – dodatkowe okazje do budowania zaufania i dobrych relacji niezbędnych w skutecznym zespole (np. Powell i Wright, 2012). Świadczenie usług w strukturze organizacyjnej CAC może również

ułatwiać monitorowanie przypadków oraz kontrolę jakości praktyki (Wherry i in., 2015), co może być trudne i stanowić źródło konfliktów z zewnętrznymi usługodawcami. Działania na rzecz zbudowania zespołu międzyinstytucjonalnego mogą przybrać formę wspólnych szkoleń i programów rozwoju zawodowego (Darlington i Feeney, 2008; Haas i in., 2011; Lalayants, 2013; Stanley i in., 2011; Szilassy i in., 2013). Innym sposobem jest zapewnienie pracownikom nieformalnych okazji do budowania relacji osobistych lub zawodowych (Smith, 2011).

Wspólna analiza przypadków jest ważnym elementem współpracy w CAC. Podczas takich spotkań podejmowane są decyzje dotyczące tego, jaki rodzaj reakcji jest potrzebny i jak najlepiej skoordynować podjęte działania (Jones i in., 2005). Częstsze spotkania poświęcone analizie przypadków stwarzają dodatkowe możliwości budowania dobrych relacji oraz zaufania między pracownikami (Jackson, 2012) przy okazji omawiania przypadków i oceny podjętych działań. Częstość takich spotkań może wpływać na to, jaki poziom współpracy międzyinstytucjonalnej jest możliwy. Powołanie koordynatorów ZI, którzy są odpowiedzialni za organizowanie spotkań zespołu i odciążają jego członków z zadań administracyjnych, może również poprawiać współpracę (Lalayants, 2008).

Kontrola zarządcza nad modelem może wpływać na jakość współpracy w sytuacji, gdy role nie są jasno określone albo brakuje skutecznego przywództwa bądź właściwego udziału poszczególnych instytucji w procesie nadzoru nad działaniem modelu (Lalayants, 2013). Formalne, spisane porozumienie między instytucjami stanowi ważną podstawę działalności CAC, gdyż pomaga jasno zdefiniować proces współpracy oraz określić role i zadania (Ells, 2000; Newman i in., 2005). W niektórych amerykańskich stanach procesy zachodzące w CAC – zwłaszcza kwestie związane z wymianą informacji – są nawet uregulowane w ustawodawstwie stanowym (Ruggieri, 2011).

Regularne omawianie i weryfikacja przyjętego modelu współpracy przez międzyinstytucjonalny zespół sterujący stanowi okazję do przyjrzenia się, jak działa ten model z perspektywy poszczególnych organizacji, oraz wprowadzenia koniecznych zmian, aby usprawnić współpracę (Barton i Welbourne, 2005; Lalayants, 2013). Istnienie procedur pomocnych w rozwiązywaniu konfliktów między organizacjami – jeśli się pojawią – oraz regularne spotkania służące temu celowi również poprawiają współpracę poprzez rozpoznawanie i rozwiązywanie problemów (Ells, 2000). Oparte na współpracy podejścia do krzywdzenia, takie jak CAC, wymagają istnienia forów, na których zaangażowane instytucje mogą omawiać i oceniać przyjęty model oraz rozwiązywać bieżące trudności.



Systemy monitorowania przypadków mogą usprawniać współpracę, gdyż umożliwiają wymianę informacji na temat danego przypadku poprzez scentralizowaną bazę danych i pozwalają wszystkim zaangażowanym instytucjom na bieżąco śledzić podjęte działania (Gragg in., 2006; Howell in., 2004). Monitorowanie przypadków, będące jednym ze standardów przyjętych przez NCA (2017), upraszcza cały proces i pozwala pracownikom na bieżąco śledzić postęp działań podejmowanych przez pozostałych członków zespołu. Z tą kwestią wiąże się zastosowanie wspólnej oceny skuteczności działań lub systemu danych ewaluacyjnych, zapewniającego obiektywne informacje na temat skuteczności działania centrum, co może również poprawiać współpracę poprzez identyfikację, pomiar i dostarczanie wszystkim zaangażowanym podmiotom informacji zwrotnych na temat pożądanych wyników (Lalayants, 2013). Wspólny pomiar i ewaluacja skuteczności działań definiuje efektywność CAC z uwzględnieniem wszystkich instytucji zamiast oceniać skuteczność każdej z nich z osobna (Bertram, 2008; Ells, 2000; Fargason in., 1994).

## **Niniejsze badanie**

W żadnym ze znanych nam badań nie analizowano, w jakim stopniu główne cechy CAC, takie jak wspólna lokalizacja, to, czy usługi są świadczone przez personel centrum czy przez instytucje partnerskie, a także to, czy centrum stosuje system monitorowania przypadków, różnią się w zależności od struktury i typu CAC. Niniejsze badanie miało na celu nie tylko przyjrzenie się charakterystyce CAC w Stanach Zjednoczonych, lecz także identyfikację potencjalnych ich typów na podstawie stopnia zintegrowania świadczonych usług. Zrozumienie różnic między typami świadczenia usług przez CAC pozwoli na bardziej świadome interpretowanie dostępnego piśmiennictwa badawczego dotyczącego CAC, zwłaszcza danych dotyczących tych aspektów ich funkcjonowania, które wpływają na skuteczność.

## **Metodologia**

### **Badana próba**

Wszystkie akredytowane CAC lub będące w trakcie akredytacji oraz centra niezrzeszone w całym Stanach Zjednoczonych (ich liczba wyniosła 796) otrzymały e-mail z zaproszeniem do udziału w ankiecie internetowej. Ankietę wypełniło 361 dyrektorów CAC.

Dyrektorzy CAC, którzy wzięli udział w badaniu, pracowali w obszarze przeciwdziałania krzywdzeniu dzieci średnio od 15 lat ( $SD = 9$ ), a w swoim CAC – średnio od 8 lat ( $SD = 6$ ). Największy odsetek respondentów w przeszłości zajmował się pracą socjalną (36%), a wielu innych miało doświadczenie w zarządzaniu organizacjami *not-for-profit* (18%), w dziedzinie ochrony zdrowia psychicznego (15%), w policji (5%), w prokuraturze lub sektorze prawnym (5%) oraz w medycynie (4%). Niektórzy dyrektorzy zaznaczyli, że wywodzą się z innych dyscyplin (17%), takich jak edukacja, dziennikarstwo, zdrowie publiczne i usługi finansowe.

Większość CAC w badanej próbie działała od ponad 10 lat, przy czym średnia wynosiła 14 lat ( $SD = 7$ ), co odpowiada okresowi masowej ekspansji CAC w latach 90. XX wieku (Chandler, 2006). Większość CAC działała 11–19 lat (37%) lub >20 lat (27%). Badane centra były rozmieszczone w całych Stanach Zjednoczonych, przy czym największy ich odsetek mieścił się na południu (30%) i środkowym zachodzie (28%) kraju. Duża część CAC działała w rejonach wiejskich (45%). Większość placówek w badanej próbie należała do kategorii 501(c)3 (52%), co oznacza, że były to samodzielne podmioty *not-for-profit* (organizacje społeczne). Pewna część badanych CAC istniała jako program w ramach większej organizacji 501(c)3 (24%). Mniejszą grupę stanowiły CAC prowadzone przez rząd (14%) lub działające w strukturach szpitali (9%).

Dyrektorzy podawali informacje na temat zarówno liczby dzieci przyjmowanych rocznie w CAC, jak i liczebności personelu pracującego w centrum w pełnym wymiarze godzin. Centra przyjmowały średnio 487 dzieci rocznie ( $SD = 560$ ), ale ponad połowa CAC pomagała stosunkowo niewielkiej liczbie dzieci ze swojej społeczności (<300 rocznie; 52%). Centra pomocy dzieciom zatrudniały średnio 9 pełnoetatowych pracowników ( $SD = 13$ ). Podobnie jak w wypadku liczby dzieci duża część CAC miała stosunkowo niewielu pracowników (<4; 51%), podczas gdy dużo mniejsza ich grupa zatrudniała bardzo liczny personel (>12 osób; 18%).

Respondenci na ogół zaznaczyli, że ich centra są finansowane z różnych źródeł. Najczęściej utrzymywały się one dzięki połączeniu stałego finansowania przez władze stanowe/lokalne (76%), fundraisingu/zbiórek (74%), dobroczynności/darowizn (69%) oraz środków federalnych dysponowanych przez władze stanowe (60%). Mniejsza liczba centrów otrzymywała środki federalne z Departamentu Sprawiedliwości na mocy ustawy o ofiarach przestępstw (30%), była finansowana jako część departamentu samorządowego/rządowego (17%) albo otrzymywała środki na rozpoczęcie działalności (8%). Część centrów wskazała inne źródła finansowania (21%), m.in. opłaty za świadczone usługi oraz przychody ze szkoleń i usług wsparcia technicznego.

## Ankieta dla dyrektorów CAC

Badacze opracowali ankietę dotyczącą odmian modelu CAC skoncentrowaną na różnicach pod względem cech związanych ze współpracą między przedstawicielami różnych instytucji<sup>1</sup>. Cechy te wyodrębniono na podstawie przeglądu piśmiennictwa badawczego poświęconego charakterystyce skutecznych zespołów interdyscyplinarnych. Niektóre dodatkowe cechy zidentyfikowano podczas badań pilotażowych z udziałem dyrektorów CAC i dyrektora zarządzającego NCA.

Pozycje dotyczące cech ZI w CAC początkowo zaczerpnięto z prac Jackson (2004) oraz Kolbo i Strong (1997). Były wśród nich pytania o to, którzy pracownicy uczestniczą w spotkaniach poświęconych omawianiu przypadków, jak często odbywają się takie spotkania, którzy pracownicy są ulokowani na miejscu (w CAC), czy w CAC działa wspólny system monitorowania przypadków, czy spisano porozumienie międzyinstytucjonalne, jak często odbywają się spotkania służące ocenie procesów i rozwiązywaniu konfliktów, czy istnieje stosowne ustawodawstwo stanowe oraz czy prowadzone są wspólne szkolenia i programy rozwoju zawodowego z udziałem wszystkich instytucji reprezentowanych w zespole.

Informacje zwrotne od dyrektorów uczestniczących w badaniu pilotażowym wskazywały, że warto również zapytać o to, czy usługi są świadczone na miejscu czy poza centrum oraz czy role pozaustawowe są pełnione przez personel CAC, kontrahentów czy pracowników instytucji partnerskich. Ważne wydaje się rozróżnienie między wspólną lokalizacją a świadczeniem usług na miejscu – niektórzy pracownicy mogą przychodzić do CAC tylko po to, by uczestniczyć w spotkaniach ZI i świadczyć swoje usługi na rzecz klientów, w odróżnieniu od osób, które pracują w centrum w pełnym wymiarze godzin i są częścią zintegrowanego zespołu. Pozostałe sugestie dotyczyły dodania pytań o to, jakie fora są wykorzystywane do rozwiązywania konfliktów (np. zarząd/rada CAC, zespół sterujący), jak często są one zwoływane, czy pracownicy mają ze sobą regularne nieformalne kontakty poza zaplanowanymi spotkaniami oraz czy w centrum funkcjonują procesy wspólnej ewaluacji i pomiaru skuteczności działań, przede wszystkim OMS – narzędzie do oceny wyników, zarządzane przez NCA.

---

1 Ankieta można otrzymać na życzenie od głównego autora.

## Procedura

W okresie od 26 stycznia do 22 marca 2016 r. trzy e-maile z zaproszeniem do udziału w badaniu, zawierające linki do ankiety internetowej, rozesłano do 796 dyrektorów CAC w całych Stanach Zjednoczonych przez dyrektora wykonawczego NCA. Na liście wysyłkowej znalazły się akredytowane CAC, centra w trakcie akredytacji (CAC, w których właśnie wdrażano wytyczne akredytacyjne NCA) oraz centra niezrzeszone. W zaproszeniu przedstawiono również opis badania oraz podkreślono jego dobrowolny i anonimowy charakter. Ankiety przeprowadzono na platformie badawczej Qualtrics. Jej wypełnienie zajmowało średnio 21 min.

Łącznie otrzymano 375 wypełnionych ankiet (poziom realizacji próby wyniósł 47%), jednak procedura czyszczenia danych ujawniła pewną liczbę duplikatów, zwłaszcza w sytuacjach, gdy ankieta najpierw została wypełniona częściowo, a następnie wypełniona w całości za drugim podejściem. Po ich usunięciu próba liczyła ostatecznie  $N=361$  respondentów, a poziom realizacji próby (odsetek zweryfikowanych odpowiedzi) wyniósł 45%. Spośród tych odpowiedzi 50 ankiet okazało się niekompletnych, co oznacza, że wskaźnik rezygnacji w trakcie badania (*dropout*) był równy 14%. Ponieważ w większości wypadków wypełnianie ankiety przerwano pod koniec, te odpowiedzi uwzględniono w analizie. Współczynnik realizacji próby w niniejszym badaniu odpowiadał wartościom uzyskanym w podobnych internetowych badaniach ankietowych, które przeprowadzili Wherry i in. (2015; 36%) oraz Whitcomb i Cross (2017)<sup>2</sup>. W innych podobnych badaniach uzyskano wyższy poziom realizacji próby dzięki zaproszeniom telefonicznym kierowanym do dyrektorów CAC (Thackeray i in., 2010; 86%) lub poprzez przeprowadzenie wywiadów telefonicznych w próbie warstwowej (Jackson, 2004; 82%).

Badacze pragnęli uzyskać reprezentatywne dane populacyjne dotyczące charakterystyki CAC w Stanach Zjednoczonych. Badana próba okazała się zgodna z informacjami pochodzącymi ze spisu CAC przeprowadzonego w 2016 r. przez NCA (2016c), dotyczącymi statusu CAC w procesie akredytacji ( $X^2(1)=0,74$ ,  $p=0,390$ ) oraz struktury CAC ( $X^2(2)=0,61$ ,  $p=0,736$ ), różniła się natomiast od danych spisowych pod względem stopnia zurbanizowania ( $X^2(2)=6,70$ ,  $p<0,05$ ) i lokalizacji (regionu;  $X^2(3)=24,47$ ,  $p<0,001$ ), a mianowicie zawierała nieproporcjonalnie małą liczbę CAC z południa Stanów Zjednoczonych i z obszarów wiejskich.

2 Whitcomb i Cross (2017) uzyskali próbę liczącą 200 dyrektorów w czasie, gdy w Stanach Zjednoczonych działało 777 CAC (zgodnie z raportem rocznym NCA z 2014 r.), tak więc rzeczywisty poziom realizacji próby w tym badaniu wyniósł 39%.

Respondenci mogli wziąć udział w loterii, aby wygrać jeden z pięciu 50-dolarowych bonów do sklepu Amazon.com. W tym celu należało podać swój adres e-mail – odrębnie od ankiety, aby zachować anonimowość. Badanie zostało zaaprobowane przez komisje etyczne uniwersytetów reprezentowanych przez autorów.

## Analiza

Wyniki ankiety wprowadzono do programu SPSS 23.0, aby poddać je analizie. Polegało to przede wszystkim na wprowadzeniu opisowych danych statystycznych dotyczących cech CAC, o które zapytano dyrektorów. Obserwacje różnic we wszystkich kategoriach skłoniły badaczy do przeprowadzenia analizy skupień w celu wyodrębnienia typów CAC. Dane pochodzące z ankiet przekształcono w pięć zmiennych na skali interwałowej: liczba instytucji, które regularnie uczestniczą w spotkaniach ZI (0–11; wszystkich 11 typów instytucji/pracowników – zob. tab. 2), liczba instytucji zlokalizowanych w CAC (0–11), liczba usług świadczonych na miejscu (0–7; wszystkie typy usług – zob. tab. 3), liczba usług świadczonych przez członków personelu CAC (0–7), oraz liczba komponentów zarządczych (0–3; system monitorowania przypadków [baza danych], zespół sterujący, pomiar skuteczności działań). Wystandaryzowane wartości tych zmiennych poddano analizie skupień metodą k-średnich, przeprowadzonej w programie SPSS 23.0 (Trivedi i in., 2017). Ponieważ brakuje jasnych wytycznych dotyczących sposobu przeprowadzania analizy skupień, proces ten przedstawiono zgodnie z wytycznymi, które Clatworthy i in. (2005) uznali za typowe dla badań z dziedziny psychologii zdrowia.

Przeprowadzono analizę ANOVA przy użyciu testu Tukeya (testu rozsądnej istotnej różnicy, HSD), aby zbadać różnice między klastrami pod względem zmiennych uwzględnionych w analizie skupień. Analizę różnic między klastrami pod względem zmiennych nieujętych w analizie skupień przeprowadzono przy użyciu testów Kruskalla-Wallisa (z porównaniem *post hoc* przy użyciu testu U Manna-Whitneya; Tabachnick i Fidell, 2013).

**Tabela 2**

*Członkowie ZI oraz ich wspólna lokalizacja (N = 361)*

	Pracują w jednym miejscu <sup>a,b</sup> (%)	Rutynowo uczestniczą w spotkaniach ZI poświęconych analizie przypadków <sup>c</sup> (%)
Specjalista ds. przesłuchań	71	95
Asystent / wsparcie ofiary lub świadka	70	95
Psycholog/psychiatra	50	90
Pracownik opieki zdrowotnej	34	79
Policja	18	96
Służby ochrony dzieci	18	98
Prokurator	14	94
Konsultant kryzysowy dla ofiar gwałtu	12	30
Konsultant ds. przemocy domowej	12	25
Inne instytucje	8	26
Sąd dla nieletnich	1	35

<sup>a</sup> Uwaga: 7% respondentów zaznaczyło brak wspólnej lokalizacji instytucji w ich CAC.

<sup>b</sup> Brak odpowiedzi 12 respondentów.

<sup>c</sup> Brak odpowiedzi 15 respondentów.

## Wyniki

Wyniki badania ankietowego przedstawiono w dwóch częściach: cechy ZI i CAC oraz analiza skupień – typy CAC.

**Tabela 3**

*Institucje świadczące usługi i dostępność usług (n = 349)*

	Usługa świadczona tylko na miejscu (%)	Usługa świadczona tylko poza CAC (%)	Usługa świadczona na miejscu i poza CAC (%)	Usługa nieświadczona w ramach CAC (%)	Członek personelu CAC (%)	Kontrahent (%)	Institucja partnerska (%)	Usługa nieświadczona w ramach CAC (%)
Przesłuchania	90	1	9	< 1	80	6	36	< 1
Asystent/wsparcie ofiary/ świadka/	76	7	16	1	78	2	38	1
Pomoc psychologiczna/ psychiatryczna	45	36	13	5	38	18	56	5
Pomoc kryzysowa dla ofiar gwałtu	17	35	5	43	13	2	45	42
Usługi dla ofiar przemocy domowej	11	37	4	48	9	2	46	45
Usługi/badania medyczne	43	43	9	5	20	22	60	5
Inne (np. profilaktyka, edukacja, kontakty zewnętrzne)	26	10	5	59	28	3	11	62

## Cechy zespołu interdyscyplinarnego

### **Wspólna lokalizacja w CAC oraz kategorie pracowników regularnie uczestniczących w spotkaniach ZI**

Respondentów zapytano, którzy członkowie zespołu interdyscyplinarnego pracują w jednym miejscu, w siedzibie CAC. Co zaskakujące, nieliczne centra zatrudniały na miejscu przedstawicieli policji (18%), służb ochrony dzieci (18%) i prokuratorów (14%), chociaż te grupy uczestniczyły w spotkaniach ZI poświęconych analizie przypadków w niemal wszystkich badanych CAC. Dyrektorzy większości centrów zaznaczyli wspólną lokalizację specjalisty w dziedzinie przestępstw sądowych i osoby odpowiedzialnej za wsparcie ofiar w siedzibie CAC (zob. tab. 2). W mniejszej liczbie centrów na miejscu pracowali na stałe psychologowie i psychiatry (50%), a w jeszcze mniejszej – pracownicy medyczni (34%). Największy odsetek centrów zadeklarował wspólną lokalizację 2–3 instytucji (43%), na kolejnych miejscach znalazły się CAC deklarujące wspólną lokalizację 4–5 instytucji (20%), tylko jednej instytucji (16%) lub sześciu i więcej instytucji (14%). W 7% centrów nie zlokalizowano ani jednej instytucji.

Zgodnie z przewidywaniami główne kategorie profesjonalistów związanych z modelem CAC (policjanci, przedstawiciele służb ochrony dzieci, osoby przestępujące, prokuratorzy i pracownicy medyczni) regularnie uczestniczy w spotkaniach zespołu interdyscyplinarnego w większości centrów (zob. tab. 2). W znacznej części centrów w pracach ZI uczestniczyli reprezentanci sądu dla nieletnich (35%), konsultanci kryzysowi dla ofiar gwałtu (31%) oraz konsultanci do spraw przemocy domowej (25%). Dyrektorzy CAC wymienili jeszcze inne grupy pracowników, którzy regularnie uczestniczą w pracach ZI (26%), takie jak osoby odpowiedzialne za kontakty z rdzennymi plemionami, specjaliści w leczeniu uzależnień, przedstawiciele szkół, kuratorzy, przedstawiciele schronisk dla dzieci, pracownicy Federalnego Biura Śledczego, przedstawiciele procesowi, przedstawiciele służb odpowiedzialnych za rodzinną pieczę zastępczą, specjaliści w dziedzinie zdrowia publicznego i opiekunowie sądowi dzieci krzywdzonych (*Court Appointed Special Advisor – CASA*).

W większości CAC spotkania poświęcone omawianiu przypadków odbywają się raz w miesiącu (64%), w mniejszej liczbie centrów są one organizowane co dwa tygodnie (22%) lub co tydzień (12%). Niewielka część respondentów zaznaczyła, że w zarządzanym przez nich centrum spotkania te odbywają się rzadziej niż raz w miesiącu albo są organizowane w zależności od potrzeb (3%).



## **Miejsce świadczenia usług**

Niezależnie od kwestii wspólnej lokalizacji instytucji w CAC respondentów zapytano, jakie usługi są świadczone na miejscu (zob. tab. 3). W praktyce oznacza to, że w niektórych wypadkach usługi są świadczone na miejscu, ale dana instytucja/pracownicy nie pracują na stałe w CAC. Większość centrów w badanej próbie świadczyło podstawowe usługi na miejscu (przesłuchania i wsparcie dla ofiar). Prawie wszystkie prowadziły przesłuchania sądowe na miejscu (90%) lub zapewniały przesłuchania w samym centrum i poza nim (9%). Podobnie większość CAC zapewniała usługi wsparcia na miejscu (76%) lub w samym centrum i poza nim (16%), podczas gdy tylko 7% zapewniała takie wsparcie wyłącznie poza CAC, a 1% w ogóle nie świadczył takich usług. Jeśli chodzi o miejsce świadczenia usług pomocy psychologicznej, badana próba była bardziej zróżnicowana – usługi te były świadczone tylko na miejscu (45%), na miejscu i poza CAC (13%) lub wyłącznie poza CAC (36%). Podobnie było w wypadku usług medycznych – ok. połowy CAC świadczyło je na miejscu (45%) lub zarówno na miejscu, jak i poza CAC (9%), a 43% świadczyło te usługi wyłącznie poza CAC.

Dyrektorów zapytano również o to, jaką część usług oferowanych przez ich centrum, świadczą członkowie personelu CAC (zob. tab. 3). Jeśli chodzi o przesłuchania dzieci, w większości wypadków zajmowali się tym członkowie personelu CAC (80%), chociaż niektóre centra korzystały również z usług instytucji partnerskich (36%). Duża liczba respondentów zaznaczyła, że ich centrum zatrudnia specjalistów w dziedzinie wsparcia ofiar, ale większość usług i badań medycznych była wykonywana przez instytucje partnerskie (60%). Usługi świadczone przez kontrahentów były najczęstsze w wypadku pomocy psychologicznej/psychiatrycznej (18%) oraz usług medycznych (22%). Podobnie większość usług z zakresu pomocy kryzysowej dla ofiar gwałtu i wsparcia ofiar przemocy domowej oraz innych usług oferowanych w CAC była świadczona przez personel instytucji partnerskich.

## **Fora służące rozwiązywaniu konfliktów między instytucjami**

Według deklaracji dyrektorów CAC do rozwiązywania konfliktów najczęściej wykorzystywano procesy nieformalne, a mianowicie nieformalne rozmowy między pracownikami (67%). Również spotkania poświęcone omawianiu przypadków często wykorzystywano do rozwiązywania konfliktów – jako jeden z punktów omawianych podczas regularnie organizowanych spotkań (54%) lub na odrębnym spotkaniu skoncentrowanym na trudnościach (51%). Centra pomocy dzieciom korzystały również

z zespołów sterujących i komitetów doradczych (40%) oraz rad CAC (21%), aby radzić sobie z napotykanymi trudnościami. Niektórzy dyrektorzy wykorzystywali w tym celu inne fora (19%), takie jak profesjonalne komitety doradcze, zebrania szefów działów ZI, doroczne ankiety, pełnoetatowi pracownicy odpowiedzialni za relacje z partnerami, spotkania służące usprawnianiu procesów, komitety proceduralne oraz komitety nadzorujące i komitety do spraw polityki. Większość dyrektorów zadeklarowała, że fora służące rozwiązywaniu konfliktów między instytucjami zwoływano stosunkowo rzadko, rzadziej niż raz na miesiąc albo w zależności od potrzeb (70%).

### ***Cechy strukturalne wspierające współpracę***

Centra pomocy dzieciom mogą się odznaczać kilkoma cechami wspierającymi współpracę międzyinstytucjonalną. Tylko 35% respondentów zaznaczyło, że zarządzane przez nich CAC używa wspólnego systemu monitorowania przypadków / przechowywania danych, pomocnego w śledzeniu postępów w interdyscyplinarnej pracy z poszczególnymi przypadkami. W większości CAC działał jednak międzyinstytucjonalny zespół sterujący (60%), istniało ustawodawstwo stanowe wspierające współpracę międzyinstytucjonalną (64%) oraz stosowano wspólny pomiar skuteczności działań bądź wspólną ewaluację praktyki (70%). Większość CAC miała również spisane porozumienie międzyinstytucjonalne dotyczące procesów i praktyk (97%) oraz koordynatora ZI lub osobę pełniącą tę funkcję (91%). W większości centrów istniały regularne nieformalne kontakty i relacje osobiste między członkami ZI (97%), a także organizowano wspólne szkolenia i programy rozwoju zawodowego wspierające współpracę międzyinstytucjonalną (91%).

### **Analiza skupień**

Badacze przeprowadzili analizę skupień, aby wyodrębnić jednorodne podgrupy w badanej próbie. Wystandardyzowane dane pochodzące od 342 respondentów, którzy odpowiedzieli na wszystkie pytania dotyczące badanych zmiennych, poddano analizie skupień metodą k-średnich w programie SPSS. Wybrano rozwiązanie z trzema skupieniami (klastrami) na podstawie badania algorytmu aglomeracji oraz dendrogramu uzyskanego w wyniku wstępnej hierarchicznej analizy skupień przy użyciu metody Warda i kwadratu odległości euklidesowej. Ponieważ analiza skupień metodą k-średnich jest wrażliwa na wartości odstające, zastosowano wykres pudełkowy odległości przypadków od centrum skupień, aby zidentyfikować 6 przypadków, które wyłączono z ostatecznej analizy.

Tabela 4

## Porównanie typologii CAC

	F	Test Tukeya ( $p=0,01$ )	Klaster 1 (n=152) Podstawowe CAC	Klaster 2 (n=104) Agregator	Klaster 3 (n=80) Pełna obsługa
Liczba instytucji regularnie uczestniczących w ZI (0-11)	15,89*	1 < 3 2 < 3	Z = -0,065 M = 7,22 SD = 1,55	Z = -0,262 M = 6,92 SD = 1,19	Z = 0,492 M = 8,05 SD = 1,27
Liczba instytucji zlokalizowanych pod jednym dachem (0-11)	76,09*	1 < 2 1 < 3	Z = -0,624 M = 1,76 SD = 1,18	Z = 0,436 M = 3,70 SD = 1,53	Z = 0,469 M = 3,76 SD = 1,77
Liczba usług świadczonych na miejscu (0-7)	189,80*	1 < 2 2 < 3 1 < 3	Z = -0,701 M = 2,74 SD = 0,924	Z = 0,218 M = 3,98 SD = 0,812	Z = 1,0674 M = 5,13 SD = 0,973
Liczba usług świadczonych przez personel CAC (0-7)	201,63*	1 < 2 2 < 3 1 < 3	Z = -0,672 M = 1,30 SD = 0,88	Z = 0,137 M = 2,84 SD = 0,84	Z = 1,156 M = 4,24 SD = 1,04
Liczba komponentów zarządczych (0-3)	54,76*	1 < 2 3 < 2	Z = -0,382 M = 1,30 SD = 0,62	Z = 0,727 M = 2,30 SD = 0,62	Z = -0,231 M = 1,44 SD = 0,86

\*  $p \leq 0,01$ .

Klaster pierwszy ( $n = 152$ , 44%) – podstawowe CAC – charakteryzował się niskimi wartościami wszystkich zmiennych i różnił się istotnie od obu pozostałych klastrów pod względem liczby instytucji zlokalizowanych pod jednym dachem, liczby usług świadczonych na miejscu oraz liczby usług świadczonych przez członków personelu CAC. Ponadto różnił się od klastra trzeciego pod względem liczby instytucji regularnie uczestniczących w spotkaniach ZI, a od klastra drugiego – pod względem liczby komponentów zarządczych. Klaster drugi ( $n = 104$ , 30%) – CAC jako agregator usług – charakteryzował się umiarkowanymi wartościami większości zmiennych w porównaniu z pozostałymi klastrami, z wyjątkiem mniejszej liczby instytucji regularnie uczestniczącymi w spotkaniach ZI oraz większej liczby komponentów zarządczych. Klaster trzeci ( $n = 80$ , 23%) – CAC zapewniające pełną obsługę (*full-service*) – uzyskał wysokie wartości wszystkich zmiennych i różnił się istotnie od pozostałych klastrów pod względem liczby instytucji regularnie uczestniczących w pracach ZI, liczby usług świadczonych na miejscu i liczby usług świadczonych przez członków personelu CAC, a także od klastra pierwszego pod względem liczby wspólnie zlokalizowanych instytucji oraz od klastra drugiego pod względem liczby komponentów zarządczych.

Analiza wariancji (ANOVA) każdej ze zmiennych uwzględnionych w analizie danych wykazała istotne różnice między trzema klastrami pod względem: liczby instytucji

regularnie uczestniczących w spotkaniach ZI,  $F(2,333) = 15,89, p \leq 0,01$ ; liczby instytucji zlokalizowanych pod jednym dachem,  $F(2,333) = 76,09, p \leq 0,01$ ; liczby usług świadczonych na miejscu,  $F(2,333) = 189,80, p \leq 0,01$ ; liczby usług świadczonych przez członków personelu CAC,  $F(2,333) = 201,63, p \leq 0,01$ , oraz liczby komponentów zarządczych,  $F(2,333) = 54,76, p \leq 0,01$ . Zastosowano analizę *post hoc* (test Tukeya), aby porównać klastry pod względem zmiennych ujętych w analizie skupień (tab. 4).

## Różnice między klastrami

Klastry porównano również pod względem kilku zmiennych nieuwzględnionych w analizie skupień, takich jak liczba lat działalności, liczba dzieci przyjmowanych w ciągu roku, liczba pracowników i typ rejonu działania (tab. 5). Test Kruskala-Wallisa wykazał istotne różnice między klastrami pod względem liczby lat działalności ( $X^2(2) = 13,57, p < 0,01$ ) przy czym analiza *post hoc* przeprowadzona przy użyciu testu U Manna-Whitneya ujawniła istotne różnice między klastrem pierwszym a drugim ( $U = 5893,500, p < 0,01$ ), ale brak różnic między klastrem drugim i trzecim ( $U = 3883,000, p = 0,439$ ) oraz pierwszym i trzecim ( $U = 4895,500, p = 0,015$ ). Klastry różniły się istotnie pod względem liczby dzieci przyjmowanych w ciągu roku ( $X^2(2) = 23,23, p < 0,01$ ), przy czym istotne różnice stwierdzono między klastrem pierwszym a drugim ( $U = 4685,00, p < 0,01$ ) i pierwszym a trzecim ( $U = 4517,00, p < 0,01$ ), ale nie między klastrem drugim a trzecim ( $U = 3393,00, p = 0,192$ ).

Jeśli chodzi o liczbę pełnoetatowych pracowników, klastry istotnie się różniły ( $X^2(2) = 42,94, p < 0,01$ ), przy czym istotne różnice wystąpiły między klastrem pierwszym a drugim ( $U = 4051,500, p < 0,01$ ) i pierwszym a trzecim ( $U = 3744, p < 0,01$ ), ale nie stwierdzono istotnej różnicy między klastrem drugim a trzecim ( $U = 3501,000, p = 0,286$ ). Klastry nie były istotnie zróżnicowane pod względem typu rejonu działania ( $X^2(2) = 11,30, p = 0,23$ ).

Chociaż cechy te zostały uwzględnione w analizie skupień wśród zmiennych interwałowych (np. liczba instytucji zlokalizowanych w jednym miejscu), klastry porównano pod względem tego, czy pomoc psychologiczna/psychiatryczna, usługi medyczne, przesłuchania oraz usługi wsparcia ofiar były zlokalizowane pod jednym dachem, świadczone na miejscu i świadczone przez członków personelu CAC (tab. 5). Wszystkie porównania wykazały istotne różnice między klastrami. Wyjątek stanowiły przesłuchania, które we wszystkich klastrach prawie zawsze były przeprowadzane na miejscu. We wszystkich innych porównaniach klastr pierwszy uzyskał istotnie niższe wyniki niż klastr drugi, a w większości porównań różnił się istotnie od klastra trzeciego. Klastr trzeci różnił się od klastra drugiego pod względem częstości

świadczenia usług medycznych przez członków personelu CAC, a różnice w zakresie usług medycznych świadczonych na miejscu i pracowników medycznych pracujących we wspólnej lokalizacji (w CAC) były bliskie progu istotności.

Tabela 5

Porównanie typów CAC pod względem cech (n = 336)

Cechy	$\chi^2$	Porównanie <i>post hoc</i> (U Manna-Whitneya)	Klaster 1 (n = 152) Podstawowe CAC	Klaster 2 (n = 104) Agregator	Klaster 3 (n = 80) Pełna obsługa
Liczba lat działalności	$\chi^2(2) = 13,57$ , $p < 0,01^{**}$	1 < 2	Mediana = 12 Przedział: 1-31	Mediana = 16 Przedział: 1-30	Mediana = 15 Przedział: 1-35
Liczba dzieci przyjmowanych rocznie	$\chi^2(2) = 23,23$ , $p < 0,01^{**}$	1 < 2 1 < 3	Mediana = 250 Przedział: 21-1800	Mediana = 376 Przedział: 0-300	Mediana = 325 Przedział: 30-3000
Liczba pełnoetatowych pracowników	$\chi^2(2) = 42,94$ , $p < 0,01^{**}$	1 < 2 1 < 3	Mediana = 3 Przedział: 0-70	Mediana = 6 Przedział: 0-94	Mediana = 5 Przedział: 1-83
Typ rejonu działalności	$\chi^2(2) = 11,30$ , $p < 0,01^*$		Miejski = 21% Podmiejski = 26% Wiejski = 53%	Miejski = 36% Podmiejski = 30% Wiejski = 34%	Miejski = 25% Podmiejski = 27% Wiejski = 46%
<i>Usługi psychologiczne/ psychiatryczne</i>					
Na miejscu	$\chi^2(2) = 99,01$ , $p < 0,01^*$	1 < 2, 1 < 3	29%	85%	80%
Wspólna lokalizacja	$\chi^2(2) = 84,90$ , $p < 0,01^*$	1 < 2, 1 < 3	23%	79%	64%
Świadczone przez personel CAC	$\chi^2(2) = 82,78$ , $p < 0,01^*$	1 < 2, 1 < 3	12%	60%	61%
<i>Usługi medyczne</i>					
Na miejscu	$\chi^2(2) = 46,14$ , $p < 0,01^*$	1 < 2, 1 < 3	33%	61%	76%
Wspólna lokalizacja	$\chi^2(2) = 39,52$ , $p < 0,01^*$	1 < 2	17%	41%	56%
Świadczone przez personel CAC	$\chi^2(2) = 31,01$ , $p < 0,01^*$	1 < 3, 2 < 3	10%	18%	41%
<i>Przesłuchania dzieci</i>					
Na miejscu	$\chi^2(2) = 1,03$ , $p = 0,59$	1 < 2, 1 < 3	99%	99%	100%
Wspólna lokalizacja	$\chi^2(2) = 25,55$ , $p < 0,01^*$	1 < 2	59%	88%	74%
Świadczone przez personel CAC	$\chi^2(2) = 13,56$ , $p < 0,01^*$		72%	89%	86%
<i>Wsparcie ofiar</i>					
Na miejscu	$\chi^2(2) = 13,18$ , $p < 0,01^*$	1 < 2, 1 < 3	87%	97%	98%
Wspólna lokalizacja	$\chi^2(2) = 50,96$ , $p < 0,01^*$	1 < 2, 1 < 3	50%	88%	84%
Świadczone przez personel CAC	$\chi^2(2) = 35,91$ , $p < 0,01^*$	1 < 2, 1 < 3	64%	90%	91%

\*  $p \leq 0,01$ .

## Dyskusja

Centra Pomocy Dzieciom różnią się na kilka sposobów, które mogą mieć istotne znaczenie dla ich zdolności do efektywnego pomagania dzieciom i rodzinom. Chociaż wpływ obecności lub nieobecności tych różnic na skuteczność CAC nie jest jeszcze znany, niniejsze badanie pozwala określić stopień, w jakim CAC działające w Stanach Zjednoczonych różnią się od modelowych CAC opisanych w piśmiennictwie badawczym dotyczącym tego podejścia (np. CAC w Dallas i National CAC w Huntsville w stanie Alabama). Nasuwa to ważne pytania dotyczące zmienności w podejściu CAC, a także tego, czy można się spodziewać, że różne warianty tego modelu będą wywierać taki sam wpływ na uzyskiwane wyniki jak opisywane w piśmiennictwie centra zapewniające pełną obsługę.

Otrzymane rezultaty wydają się wskazywać na istnienie co najmniej trzech typów CAC. Pierwszym z nich są podstawowe CAC, które świadczą elementarne usługi (przesłuchania dzieci i wsparcie dla ofiar) oraz zapewniają strukturę i miejsce podstawowym instytucjom (takim jak policja, służby ochrony dzieci, prokuratura), aby ich przedstawiciele mogli się spotykać oraz współpracować przy konkretnych przypadkach. Typ drugi to CAC będące agregatorem usług. Centra z tej grupy włączyły do swoich działań wiele spośród oczekiwanych usług, ale mają mniej instytucji partnerskich, a ich usługi rzadziej są świadczone na miejscu i przez członków ich personelu – w porównaniu z modelem *full-service*. Te centra częściej kierują dzieci i rodziny do innych usługodawców. Typ trzeci to scentralizowane CAC zapewniające pełną obsługę – na zasadzie „wszystko pod jednym dachem” – dzieciom i rodzinom dotkniętym krzywdzeniem. Te centra dysponują licznymi instytucjami partnerskimi, a ich usługi są świadczone na miejscu na ogół przez członków ich personelu. Co interesujące, CAC służące jako agregatory usług korzystały średnio z większej liczby komponentów zarządczych (takich jak systemy monitorowania przypadków, zespół sterujący czy wspólna ocena skuteczności działań). Warto również zwrócić uwagę, że ten typ CAC nie różnił się istotnie od CAC typu *full-service* pod względem zmiennych nieujętych w analizie skupień, z wyjątkiem integracji usług medycznych w centrum. Ponadto CAC będące agregatorami usług i centra zapewniające pełną obsługę nie różniły się pod względem liczby lat działalności, wielkości ani typu rejonu, w którym działają, z czego można wnioskować, że typ *full-service* nie obejmuje wyłącznie dużych miejskich centrów, które działają od wielu lat. Potrzebne są dalsze badania, abyśmy mogli lepiej zrozumieć zarówno wpływ tych wariantów na skuteczność CAC, jak i przyczyny, z jakich centra pomocy dzieciom w praktyce rozwijają się w różny sposób.

Otrzymane wyniki wskazują, że chociaż CAC różnią się między sobą, to jednak ich podstawowe usługi (przesłuchania dzieci oraz wsparcie ofiar) oraz pewne narzędzia wspierające współpracę międzyinstytucjonalną są niemal uniwersalne. Między badanymi CAC zaobserwowano wyraźne różnice pod względem tego, czy usługi są świadczone na miejscu i czy są świadczone przez członków ich personelu. Chociaż tych danych Jackson (2004) nie można bezpośrednio porównywać z wynikami niniejszego badania, ustaliła ona, że w 48% zrzeszonych CAC specjalista w dziedzinie wsparcia ofiar był ich pracownikiem, a nie jakiejś innej instytucji. Odsetek uzyskany w niniejszym badaniu (78%) wskazuje, że od czasu badania Jackson (2004) nastąpił wzrost poziomu świadczenia usług wsparcia ofiar przez członków personelu CAC, co może sugerować, że niezależne wsparcie ofiar stało się bardziej cenione. Podobnie w niniejszym badaniu otrzymano nieco wyższe odsetki usług psychologicznych/psychiatrycznych (58%) i medycznych (52%) świadczonych na miejscu – w CAC – w porównaniu z danymi uzyskanymi przez Jackson (2004): odpowiednio, 51% akredytowanych CAC (27% centrów niezrzeszonych) i 53% akredytowanych CAC (29% centrów niezrzeszonych).

Prawie wszystkie badane CAC odznaczały się pewną liczbą cech sprzyjających współpracy, takich jak wspólne szkolenia i programy rozwoju zawodowego, nieformalne kontakty / relacje osobiste, koordynator zespołu interdyscyplinarnego oraz spisane porozumienie międzyinstytucjonalne. Stosowanie wspólnych systemów monitorowania przypadków / przechowywania danych, międzyinstytucjonalnych zespołów sterujących oraz wspólnego pomiaru i ewaluacji skuteczności działań odznaczało się dużo większą zmiennością. Brak tych komponentów zarządczych sugeruje, że niektóre CAC cechują się ograniczonymi możliwościami skutecznej weryfikacji swoich praktyk oraz omawiania i wprowadzania zmian w poszczególnych instytucjach. Co zaskakujące, tylko niewielka część badanych centrów stosowała wspólne systemy monitorowania przypadków / przechowywania danych (35%). Co interesujące, w badaniu Jackson (2004) aż 67% CAC deklarowało stosowanie skomputeryzowanego systemu monitorowania przypadków; różnica ta może wynikać z użycia słowa „wspólny”. Prawdopodobnie duża część centrów gromadzi dane osobno w poszczególnych instytucjach partnerskich, a nie we wspólnym systemie. Wreszcie, dyrektorzy większości centrów zaznaczyli, że istnieje ustawodawstwo stanowe wspierające współpracę w CAC.

Centra Pomocy Dzieciom mogą się rozwijać w różny sposób w zależności od kilku czynników. Centra muszą współpracować z ustawowymi służbami i instytucjami, które różnią się pod względem zakresu uprawnień, skali zapotrzebowania na usługi, poziomu zasobów i pozytywnego nastawienia do podejścia CAC oraz

motywacji do zaangażowania się w działalność centrum. Szczególnie ważne wydają się powody utworzenia CAC – czy władzom zależy przede wszystkim na poprawieniu jakości przesłuchań i praktyk dochodzeniowych czy też traktują CAC jako sposób zapewnienia lepszego wsparcia dzieciom i rodzinom, które wchodzą w interakcję z wymiarem sprawiedliwości i systemem ochrony dzieci. Centra Pomocy Dzieciom mogą przybierać różne formy, aby lepiej służyć wyznaczonym celom. Potencjalne napięcia związane z udziałem psychologów/psychiatrów w procesie przesłuchiwania dzieci w procedurach prawnych, udzielaniem wsparcia równoległe z tymi procedurami oraz świadczeniem usług terapeutycznych, były omawiane w piśmiennictwie (Cross i in., 2012; Goldstein, 2012). Przedstawione badanie sugeruje, że CAC służą przede wszystkim usprawnieniu przesłuchań i czynności dochodzeniowych, o czym świadczy to, że podstawowe działania niemal wszystkich CAC wiążą się z przesłuchiowaniem dzieci i procesem dochodzeniowym.

Należy zwrócić uwagę na pewne ograniczenia niniejszego badania. Po pierwsze respondenci udzielali informacji na temat prowadzonych przez siebie centrów – informacji, które mogły być niezgodne z prawdą i których badacze nie byli w stanie zweryfikować. Po drugie w ankiecie brakowało jasnych wskazówek dla respondentów odpowiedzialnych za więcej niż jedno CAC. Część zduplikowanych odpowiedzi, które zostały wykluczone z analiz, mogły stanowić informacje na temat dodatkowych centrów zarządzanych przez danego respondenta. Po trzecie w badaniu nie zastosowano żadnej z metod doboru próby, które mogłyby zapewnić bardziej reprezentatywną próbę. W porównaniu z danymi na temat populacji CAC opublikowanymi przez NCA (2016b) badana próba istotnie się różniła pod względem lokalizacji (regionu) i stopnia zurbanizowania, a mianowicie zawierała nieproporcjonalnie małą liczbę CAC z południa Stanów Zjednoczonych i z obszarów wiejskich. We wcześniejszych badaniach nie dokonywano tego rodzaju porównań między badaną próbą a znaną charakterystyką populacji CAC. Wreszcie, stopień, w jakim pozyskane informacje odzwierciedlają rzeczywistą sytuację badanych centrów pomocy dzieciom, jest uzależniony od punktu widzenia i wiedzy ich dyrektorów. Być może zgromadzone informacje byłyby trafniejsze, gdyby w badaniu wzięli również udział inni pracownicy CAC.

## Implikacje

Implikacje dla praktyki/polityki:

- Chociaż ruch CAC obejmuje centra w rozmaitych kontekstach i o różnych specjalizacjach (np. przyszpitalne CAC), warto przyjrzeć się niektórym z tych różnic



w porównaniu z modelem typu *full-service*, który dominuje w piśmiennictwie badawczym.

- Określenie jasnego celu i uzasadnienia powstania poszczególnych CAC oraz innych typów ZI, ze świadomością, że dostępne dane badawcze odnoszą się przede wszystkim do dużych, wzorcowych centrów, będących poza zasięgiem niektórych społeczności.
- Monitorowanie konkretnych wyników oraz osadzenie badań w ramach praktyki, aby zapewnić zgodność działań CAC z zamierzonymi wynikami.

Implikacje badawcze:

- Pilnie są potrzebne badania dotyczące wpływu poszczególnych cech CAC na ich wyniki, a także względnej skuteczności różnych typów CAC. Wielka różnorodność CAC w Stanach Zjednoczonych zapewnia możliwość zrozumienia wpływu obecności i braku poszczególnych komponentów.
- Potrzebne są również badania dotyczące tego, dlaczego poszczególne CAC przybierają taką, a nie inną formę, co pozwoli lepiej wpływać na wdrażanie efektywnych komponentów w praktyce.
- Potrzebny jest także rozwój teorii, abyśmy mogli zacząć badać i wyjaśniać, w jaki sposób różne czynniki/elementy modelu CAC przyczyniają się do poprawy wyników w porównaniu z tradycyjną praktyką. Jest to szczególnie ważne dla wspierania rozwoju i finansowania rozwiązań, które będą teoretycznie i empirycznie dopasowane do zamierzonego celu konkretnego CAC (np. czy powinno ono oferować jedynie przesłuchiwanie dzieci i wsparcie w trakcie przesłuchań, tylko koordynować usługi czy raczej świadczyć usługi na miejscu).

Omówione w tym artykule różnice między typami CAC obrazują dobrze zbadane rozróżnienie na poziomie praktyki tych ośrodków – oraz innych typów ZI – w zakresie stopnia integracji i zasobów przeznaczanych na wspólną odpowiedź na krzywdzenie. Chociaż istotą działania CAC wydaje się usprawnienie współpracy między pracownikami różnych instytucji i poprawienie jakości przesłuchań w procedurach prawnych (Walsh i in., 2003), to stopień, w jakim centra mogą zapewnić swoim klientom pełną obsługę, co teoretycznie może minimalizować niektóre spośród innych trudności doświadczanych przez dzieci i rodziny dotknięte przemocą, będzie się różnić w zależności od sposobu realizacji tego modelu. Zapewnienie kompleksowych, niezależnych usług wsparcia ofiar oraz szybkiej i przystępnej cenowo pomocy terapeutycznej, a także zbudowanie w pełni zintegrowanego ZI pod jednym dachem nie będzie osiągalne dla wszystkich społeczności – zwłaszcza jeśli zajmują się niewielką

liczbą przypadków. Chociaż w ruchu CAC podkreśla się możliwość adaptowania tego modelu, aby dostosować go do realiów danej społeczności, nadal nie wiemy, które jego elementy mają istotne znaczenie dla poprawy uzyskiwanych wyników. Pewne problemy wynikają z tego, że piśmiennictwo koncentruje się na dużych centrach, które oferują klientom pełen zakres usług, w których instytucje partnerskie są zlokalizowane pod jednym dachem i które zatrudniają na miejscu wyspecjalizowany personel i świadczą specjalistyczne usługi – zwłaszcza, kiedy weźmie się pod uwagę, że tylko w niewielkiej części CAC pod jednym dachem pracują na stałe policjanci, służby ochrony dzieci i prokuratorzy. Obecność wykwalifikowanych członków personelu CAC, zatrudnionych w roli terapeutów, lekarzy (diagnostów) oraz w innych specjalistycznych rolach, jest kolejną cechą odróżniającą duże CAC typu *full-service* od mniejszych centrów, które częściej kierują dzieci i rodziny do zewnętrznych placówek. Chociaż CAC wydają się dążyć do modelu *full-service* (np. National CAC, CAC w Dallas) lub przynajmniej modelu CAC jako agregatora usług, brakuje danych empirycznych dotyczących tego, które komponenty są istotne dla współpracy i wyników osiągniętych w różnych sferach. Ten stan rzeczy wynika po części z tego, że komponenty pełnego modelu zostały ustalone przez komisję / panel ekspertów na podstawie doświadczenia, a nie na podstawie wyników badań. Ponieważ piśmiennictwo badawcze koncentruje się głównie na dużych CAC zapewniających pełną obsługę, nie wiemy, które komponenty są niezbędne (jako minimum) do osiągnięcia pożądaných wyników ani czy te komponenty różnią się w zależności od tego, czy chodzi o usprawnienie wymiaru sprawiedliwości czy o poprawę w sferze zdrowia psychicznego.

W wypadku społeczności, które nie mogą wdrożyć pełnej wersji modelu CAC, nasuwają się ważne pytania dotyczące tego, jakich wyników można się spodziewać po centrum zawierającym tylko część komponentów tego modelu.

W niniejszym badaniu ujawniono potrzebę prowadzenia dalszych badań dotyczących różnych typów CAC oraz ich skuteczności w pomaganiu dzieciom i rodzinom, a jednocześnie otworzyło nowe możliwości przed badaczami i osobami odpowiedzialnymi za ewaluację modelu CAC. Chociaż masowa ekspansja CAC ograniczyła możliwości znalezienia próby porównawczej – reprezentującej nieinterdyscyplinarną odpowiedź na krzywdzenie – w badaniach CAC (Wherry, 2015), badacze mogą porównywać różne typy CAC (np. podstawowe CAC, CAC jako agregator usług i CAC zapewniające pełną obsługę) pod względem wyników osiągniętych w dziedzinie wymiaru sprawiedliwości i świadczenia usług. Mamy nadzieję, że zaproponowana w tym artykule typologia CAC okaże się pomocna w przyszłych badaniach porównawczych.

Ponadto badania dotyczące tego, dlaczego CAC ukształtowały się w określony sposób oraz dlaczego uwzględniono w nich jedne komponenty, a inne nie, będą miały istotne znaczenie dla wysiłków na rzecz poprawy efektywności procesów i praktyk w ZI. Ważne jest m.in. zrozumienie, czy przyjęcie określonych praktyk i procesów wynika z przekonania zaangażowanych podmiotów o korzystnym wpływie tych cech na ich pracę, a także w jaki sposób inne czynniki – takie jak zakres uprawnień, zapotrzebowanie na usługi w społeczności, poziom zasobów i pozytywne nastawienie do podejścia CAC oraz motywacja do zaangażowania się w działalność centrum – mogą w interakcji skutkować powstaniem określonych typów CAC. Zrozumienie zmienności w procesie rozwoju CAC może być pomocne we wspieraniu tych elementów omawianego modelu, które są najskuteczniejsze w poprawie sytuacji dzieci i ich rodzin.

## Podziękowania

Podoktoranckie stypendium badawcze dr. Jamesa Herberta zostało ufundowane przez *Parkerville Children and Youth Care Inc.*, organizację *not-for-profit* z Australii Zachodniej. Jego wynagrodzenie na tym stanowisku jest finansowane na mocy umowy między *Australian Center for Child Protection* i *Parkerville Children and Youth Care Inc.*, zapewniając niezależność naukową oraz zewnętrzną kontrolę zarządczą nad prowadzonymi badaniami.

E-mail autora: [james.herbert@unisa.edu.au](mailto:james.herbert@unisa.edu.au) (J. L. Herbert).

Przedruk za zgodą wydawcy, tłumaczenie redakcyjne, niekonsultowane z wydawcą. Artykuł pierwotnie ukazał się w: *Child Abuse & Neglect*, 76, 583–595. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2017.09.030>.

© 2017 Elsevier Ltd. Wszystkie prawa zastrzeżone.

Tłumaczenie: Agnieszka Nowak-Młynikowska.

## Bibliografia

- Barton, A., Welbourne, P. (2005). Context and its significance identifying 'what works' in child protection. *Child Abuse Review*, 14(3), 177–194.
- Bertram, R. M. (2008). Establishing a basis for multi-system collaboration: Systemic team development. *Journal of Sociology and Social Welfare*, 35(4), 9–27.
- Chandler, N. (2006). Children's advocacy centers: Making a difference one child at a time. *Hamline Journal of Public Law & Policy*, 28(1), 315–339.
- Clatworthy, J., Buick, D., Hankins, M., Weinman, J., Horne, R. (2005). The use and reporting of cluster analysis in health psychology: A review. *British Journal of Health Psychology*, 10, 329–358.
- Cross, T. P., Jones, L. M., Walsh, W. A., Simone, M., Kolko, D. (2007). Child forensic interviewing in Children's Advocacy Centers: Empirical data on a practice model. *Child Abuse & Neglect*, 31(10), 1031–1052. <http://dx.doi.org/10.1016/j.chiabu.2007.04.007>
- Cross, T. P., Fine, J. E., Jones, L. M., Walsh, W. A. (2012). Mental health professionals in children's advocacy centers: Is there role conflict? *Journal of Child Sexual Abuse: Research, Treatment, & Offenders*, 21(1), 91–108. <http://dx.doi.org/10.1080/10538712.2012.642466>
- Darlington, Y., Feeney, J. A. (2008). Collaboration between mental health and child protection services: Professionals' perceptions of best practice. *Children and Youth Services Review*, 30(2), 187–198. <http://dx.doi.org/10.1016/j.childyouth.2007.09.005>
- Department of Justice Canada. (2013). *Children's Advocacy Centres Next Steps Meeting*. [http://cac-cae.ca/wp-content/uploads/fr\\_-DOJ\\_NSM-Research-Update\\_April-11+12\\_-S.McDonald-Eng-Version.pdf](http://cac-cae.ca/wp-content/uploads/fr_-DOJ_NSM-Research-Update_April-11+12_-S.McDonald-Eng-Version.pdf)
- Edinburgh, L., Saewyc, E., Levitt, C. (2008). Caring for young adolescent sexual abuse victims in a hospital-based children's advocacy center. *Child Abuse & Neglect*, 32(12), 1119–1126.
- Ells, M. (2000). *Forming a Multidisciplinary Team to Investigate Child Abuse*. [http://www.ncjrs.org/html/ojdp/portable\\_guides/forming/contents.html](http://www.ncjrs.org/html/ojdp/portable_guides/forming/contents.html)
- Elmqvist, J. A., Shorey, R. C., Febres, J., Zapor, H., Klostermann, K., Schratte, A., Stuart, G. L. (2015). A review of Children's Advocacy Centers' (CACs) response to cases of child maltreatment in the United States. *Aggression and Violent Behavior*, 25(Part A), 26–34. <http://dx.doi.org/10.1016/j.avb.2015.07.002>

- Fargason, C. A., Jr., Barnes, D., Schneider, D., Galloway, B. W. (1994). Enhancing multi-agency collaboration in the management of child sexual abuse. *Child Abuse & Neglect*, 18(10), 859–869.
- Goldstein, S. L. (2012). Comment on Cross, Fine, Jones, and Walsh (2012): We are now on the same page. *Journal of Child Sexual Abuse*, 21(2), 240–243. <http://dx.doi.org/10.1080/10538712.2012.661696>
- Gragg, F., Cronin, R., Schultz, D. (2006). *Processing and Outcomes of Child Abuse and Neglect Cases in Three Sites*. <https://www.ojp.gov/pdffiles1/ojjdp/grants/210274.pdf>
- Green, B. L., Rockhill, A., Burrus, S. (2008). The role of interagency collaboration for substance-abusing families involved with child welfare. *Child Welfare*, 87(1), 29–61.
- Haas, S. M., Bauer-Leffler, S., Turley, E. (2011). Evaluation of cross-disciplinary training on the co-occurrence of domestic violence and child victimization: Overcoming barriers to collaboration. *Journal of Health and Human Services Administration*, 34(3), 352–386.
- Herbert, J. L., Bromfield, L. (2016). Evidence for the efficacy of the Child Advocacy Center model: A systematic review. *Trauma Violence & Abuse*, 17(3), 341–357. <http://dx.doi.org/10.1177/1524838015585319>
- Herbert, J. L., Bromfield, L. (2017a). Better together? A review of evidence for multi-disciplinary teams responding to physical and sexual child abuse. *Trauma, Violence, & Abuse*, 20(2):214–228. <http://dx.doi.org/10.1177/1524838017697268>
- Herbert, J. L., Bromfield, L. (2017b). *Multiagency Investigation & Support Team Pilot: Evaluation Report*. University of South Australia. <http://dx.doi.org/10.4226/78/5976de366dceb>
- Howell, J. C., Kelly, M. R., Palmer, J., Mangum, R. L. (2004). Integrating child welfare, juvenile justice, and other agencies in a continuum of services. *Child Welfare*, 83(2), 143–156.
- Hubel, G. S., Campbell, C., West, T., Friedenber, S., Schreier, A., Flood, M. F., et al. (2014). Child advocacy center based group treatment for child sexual abuse. *Journal of Child Sexual Abuse*, 23(3), 304–325.
- Humphreys, C. (1995). Whatever happened on the way to counselling? Hurdles in the interagency environment. *Child Abuse & Neglect*, 19(7), 801–809. [https://doi.org/10.1016/0145-2134\(95\)00045-a](https://doi.org/10.1016/0145-2134(95)00045-a)
- Jackson, S. L. (2004). A USA national survey of program service provided by child advocacy centers. *Child Abuse & Neglect*, 28(4), 411–421.

- Jackson, S. L. (2012). Results from the Virginia multidisciplinary team knowledge and functioning survey: The importance of differentiating by groups affiliated with a child advocacy center. *Children and Youth Services Review*, 34(7), 1243–1250. <http://dx.doi.org/10.1016/j.childyouth.2012.02.015>
- Jones, L. M., Cross, T. P., Walsh, W. A., Simone, M. (2005). Criminal investigations of child abuse: The research behind best practices. *Trauma Violence & Abuse*, 6(3), 254–268.
- Kolbo, J. R., Strong, E. (1997). Multidisciplinary team approaches to the investigation and resolution of child abuse and neglect: A national survey. *Child Maltreatment*, 2(1), 61–72. <http://dx.doi.org/10.1177/1077559597002001007>
- Lalayants, M. (2008). Bridging disciplines in child protection: Guidelines for successful collaboration. *International Journal of Interdisciplinary Social Sciences*, 2(5), 147–155.
- Lalayants, M. (2013). Multidisciplinary collaboration in child protective clinical consultations: Perceptions of best practices. *Journal of Public Child Welfare*, 7(3), 253–274. <http://dx.doi.org/10.1080/15548732.2013.798245>
- National Children's Alliance (2016a). *Annual Report 2015*. <http://www.nationalchildrensalliance.org/sites/default/files/downloads/2015-NCAAnnual-Report.pdf>
- National Children's Alliance (2016b). *Healing, Justice, & Trust: A National Report on Outcomes for Children's Advocacy Centers*. <http://www.nationalchildrensalliance.org/sites/default/files/downloads/OMS-National-Report-2016.pdf>
- National Children's Alliance (2016c). *Snapshot 2017: Advocacy, Efficacy, and Funding in CACs*. <http://www.nationalchildrensalliance.org/sites/default/files/downloads/Snapshot-2017-12p-Report.pdf>
- National Children's Alliance. (2017). *Standards for Accredited Members*. <http://www.nationalchildrensalliance.org/sites/default/files/downloads/NCA-Standards-for-Accredited-Members-2017.pdf>
- Newman, B. S., Dannenfelser, P. L. (2005). Children's protective services and law enforcement: Fostering partnerships in investigations of child abuse. *Journal of Child Sexual Abuse*, 14(2), 97–111.
- Newman, B. S., Dannenfelser, P. L., Pendleton, D. (2005). Child abuse investigations: Reasons for using child advocacy centers and suggestions for improvement. *Child & Adolescent Social Work Journal*, 22(2), 165–181. <http://dx.doi.org/10.1007/s10560-005-3416-9>
- Powell, M. B., Wright, R. (2012). Professional's perceptions of a new model of sexual assault investigation adopted by Victorian Police. *Current Issues in Criminal Justice*, 23(3), 333–352. <http://dx.doi.org/10.1080/10345329.2012.12035928>

- Rasmusson, B. (2011). Children's advocacy centers (Barnahus) in Sweden. *Child Indicators Research*, 4(2), 301–321.
- Ruggieri, C. L. (2011). *Child Advocacy Centers and Child Sexual Abuse in Nevada* [praca magisterska, 1494058 M.A., Las Vegas, Ann Arbor: University of Nevada] ProQuest Central; ProQuest Dissertations & Theses Global; ProQuest Social Sciences Premium Collection database.
- Smith, T. M. (2011). *Case Studies of Multidisciplinary Child Abuse Case Review Teams and Their Leaders in Children's Advocacy Centers in Pennsylvania* [rozprawa doktorska, 3453625 Ph.D., Ann Arbor: Indiana University of Pennsylvania]. ProQuest Dissertations & Theses Global database.
- Stanley, N., Miller, P., Foster, H. R., Thomson, G. (2011). Children's experiences of domestic violence: Developing an integrated response from police and child protection services. *Journal of Interpersonal Violence*, 26(12), 2372–2391. <http://dx.doi.org/10.1177/0886260510383030>
- Szilassy, E., Carpenter, J., Patsios, D., Hackett, S. (2013). Outcomes of short course interprofessional training in domestic violence and child protection. *Violence Against Women*, 19(11), 1370.
- Tabachnick, B. G., Fidell, L. S. (2013). *Using Multivariate Statistics* (wyd. 6). Pearson Education.
- Thackeray, J. D., Scribano, P. V., Rhoda, D. (2010). Domestic violence assessments in the child advocacy center. *Child Abuse & Neglect*, 34, 172–182.
- Trivedi, S. K., Dey, S., Kumar, A., Panda, T. K. (2017). *Handbook of Research on Advanced Data Mining Techniques and Applications for Business Intelligence*. IGI Global.
- Tye, C., Precey, G. (1999). Building bridges: The interface between adult mental health and child protection. *Child Abuse Review*, 8(3), 164–171.
- Walsh, W. A., Jones, L., Cross, T. P. (2003). Children's advocacy centers: One philosophy, many models. *American Professional Society on the Abuse of Children*, 15, 3–7.
- Walsh, W. A., Cross, T. P., Jones, L., Simone, M., Kolko, D. (2007). Which sexual abuse victims receive a forensic medical examination? The impact of children's advocacy centers. *Child Abuse & Neglect*, 31(10), 1053–1068.
- Walsh, W. A., Lippert, T., Cross, T. P., Maurice, D. M., Davison, K. (2008). How long to prosecute child sexual abuse for a community using a children's advocacy center and comparison communities? *Child Maltreatment*, 13(1), 3–13.
- Wherry, J., Huey, C. C., Medford, E. A. (2015). A national survey of Child Advocacy Center directors regarding knowledge of assessment, treatment referral, and training needs in physical and sexual abuse. *Journal of Child Sexual Abuse*, 24, 280–299.

Wherry, J. (31 maja – 3 czerwca 2015). *CAC Research: Improving Care and Proving Outcomes in Your CAC* [referat]. The National Children's Alliance Leadership Conference, Waszyngton, Stany Zjednoczone.

Whitcomb, D., Cross, T. P. (2017). *Current practice in Children's Advocacy Centers: Results of an online survey of CAC directors* [maszynopis w przygotowaniu].

## **A national survey of characteristics of child advocacy centers in the United States – do the flagship models match those in broader practice?**

*Child Advocacy Centers (CAC) emphasize developing effective cross-agency collaborations between workers involved in serious abuse investigations to foster improvements in agency outcomes, and to minimize distress, confusion and uncertainty for children and families. This study examined the characteristics of CACs, whether models in practice match the predominant model presented in the research literature. Directors of CACs in the United States that were members of the National Children's Alliance (NCA) mailing list (n = 361) completed an online survey in 2016. While some core characteristics were ubiquitous across CACs, the data suggests that different types of CACs exist defined by characteristics that are not prescribed under NCA principles, but which are arguably relevant to the quality of the response. From the results of a cluster analysis, the researchers propose a typology of CACs that reflects the development and integration of centers: (a) core CAC services (i.e. interviewing & cross-agency case review); (b) an aggregator of external services, and (c) a more centralized full-service CAC. Further research is needed to understand how these variations may impact practice and outcomes; this is particularly important considering many CACs do not match the full-service models most commonly examined in the research literature, which limits the degree to which these findings apply to CACs generally. This article proposes further research framed by the need to better understand how different parts of the response impact on outcomes for children and families affected by abuse.*

### KEYWORDS

CHILDREN'S ADVOCACY CENTERS, CHILD SEXUAL ABUSE



**Cytowanie:**

Herbert, J. L., Walsh, W., Bromfield, L. (2023). Badanie charakterystyki centrów pomocy dzieciom w Stanach Zjednoczonych – czy wzorcowe modele odpowiadają tym stosowanym w szerszej praktyce? *Dziecko Krzywdzone. Teoria, badania, praktyka*, 22(1), 159–191.



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