

Katarzyna Makaruk

Ochrona małych dzieci przed krzywdzeniem zapewniana przez pielęgniarki i położne

Dziecko Krzywdzone : teoria, badania, praktyka 15/3, 130-145

2016

Artykuł został opracowany do udostępnienia w internecie przez Muzeum Historii Polski w ramach prac podejmowanych na rzecz zapewnienia otwartego, powszechnego i trwałego dostępu do polskiego dorobku naukowego i kulturalnego. Artykuł jest umieszczony w kolekcji cyfrowej bazhum.muzhp.pl, gromadzącej zawartość polskich czasopism humanistycznych i społecznych.

Tekst jest udostępniony do wykorzystania w ramach dozwolonego użytku.

Ochrona małych dzieci przed krzywdzeniem zapewniana przez pielęgniarki i położne

Katarzyna Makaruk

Fundacja Dajemy Dzieciom Siłę

Pielęgniarki i położne mogą odgrywać znaczącą rolę w ochronie małych dzieci przed krzywdzeniem. Artykuł prezentuje wyniki badania ilościowego zrealizowanego przez Fundację Dajemy Dzieciom Siłę (wtedy Fundacja Dzieci Niczyje) w próbie 338 pielęgniarek oraz położnych pracujących z rodzinami małych dzieci. Mimo że większość badanych uważa, że należy reagować, gdy dziecko doświadcza krzywdzenia ze strony swojego opiekuna, to znacząca część z nich podejmuje interwencję tylko w określonych przypadkach, a połowa twierdzi, że nie była nigdy świadkiem takiej sytuacji. Co więcej, interwencja ogranicza się często do rozmowy z opiekunem dziecka. Wyniki badań wskazują na to, że pielęgniarki i położne potrzebują wsparcia edukacyjnego na temat ochrony dzieci przed krzywdzeniem.

SŁOWA KLUCZOWE:

MAŁE DZIECI, PIELĘGNIARKI I POŁOŻNE, OCHRONA DZIECI PRZED KRZYWDZENIEM

Wstęp

Według Światowej Organizacji Zdrowia (1999) krzywdzenie dzieci definiuje się jako: „wszelkie formy złego traktowania w sferze fizycznej i/lub emocjonalnej, wykorzystywania seksualnego, zaniedbywania albo wykorzystywania komercyjnego, skutkujące rzeczywistym lub potencjalnym uszczerbkiem na zdrowiu dziecka, zagrożeniem jego życia lub rozwoju albo naruszeniem jego godności w kontekście relacji opartej na odpowiedzialności, zaufaniu lub władzy.”

Małe dzieci spędzają czas głównie w gronie najbliższej rodziny i w związku z tym przypadki ich krzywdzenia są rzadko zauważane przez osoby spoza najbliższego otoczenia, które mogłyby monitorować ich bezpieczeństwo czy jakość otrzymywanej opieki. Ponadto małe dzieci ze względu na ograniczone możliwości komunikacyjne nie są w stanie poinformować innych o swoich doświadczeniach i szukać pomocy (Butchart, Harvey, 2006; Izdebska, Lewandowska, 2012). Badania sugerują, że około 90% przypadków krzywdzenia dzieci nigdy nie zostaje odnotowanych (za: Sethi i in., 2013).

Delikatna konstrukcja fizyczna najmłodszych dzieci oraz ich uzależnienie od opiekuna sprawiają, że są one szczególnie narażone na krzywdzenie (Izdebska, Lewandowska, 2009; UNICEF, 2003). Jak wynika z danych Departamentu Zdrowia i Opieki Społecznej Stanów Zjednoczonych (2016) w 2014 r. ponad co czwarty odnotowany przypadek krzywdzenia dzieci dotyczył dzieci poniżej 3 r.ż. Ze względu na wspomnianą już zależność najmłodszych od dorosłych i ograniczone interakcje poza domem niemowlęta oraz małe dzieci najczęściej są krzywdzone przez swoich opiekunów i członków rodziny (Boudreaux, Lord, 2005).

Jest wiele czynników, które zwiększają prawdopodobieństwo tego, że dziecko doświadczy nieintencjonalnego lub intencjonalnego krzywdzenia. Mogą być one związane ze środowiskiem społecznym, funkcjonowaniem rodziny, rodzicem/opiekunem dziecka lub samym dzieckiem (Butchart, Harvey, 2006; Izdebska, Lewandowska, 2012). Identyfikacja określonych czynników ryzyka wskazuje na potrzebę podjęcia odpowiednich działań. Pielęgniarki i położne mogą odgrywać znaczącą rolę w ochronie małych dzieci przed krzywdzeniem z uwagi na to, że mają one kontakt z dziećmi podczas wizyt w przychodni lub pobytu w szpitalu. Szczególną okazję do zdobycia wiedzy o rodzinie dziecka oraz udzielenia jej potrzebnego wsparcia dają wizyty domowe. W trakcie takiego spotkania pielęgniarka może ocenić, czy w danej rodzinie występują określone czynniki ryzyka. Podjęcie właściwych działań interwencyjnych i profilaktycznych jest możliwe dzięki odpowiednim narzędziom do określenia czynników ryzyka (Grietens, Geeraert, Hellinckx, 2004). Przykładem takiego narzędzia jest *Ankieta rodzic i dziecko* umożliwiająca identyfikację czynników zagrażających prawidłowemu rozwojowi dziecka. Jest ona wykorzystywana przez służby (w tym ochronę zdrowia) tworzące Lokalny System Profilaktyki Krzywdzenia Małych Dzieci na terenie Warszawy. W sytuacji, gdy na podstawie wypełnionej ankiety zdiagnozowana zostaje przemoc wobec dziecka, zostają podjęte odpowiednie działania (Mazurczak, Szredzińska, 2016).

W przypadku rozpoznania przez pielęgniarkę czy położną czynników krzywdzenia dziecka powinna ona udzielić rodzinie stosownej pomocy, przekazać jej informacje na temat dostępnej oferty wsparcia, a jeśli to konieczne powiadomić pomoc społeczną (Izdebska, Trąbińska-Haduch, Lewandowska, 2008). Zgodnie z polskim

prawem¹ na pracownikach ochrony zdrowia spoczywa również obowiązek powiadomienia odpowiednich organów o przestępstwach popełnionych na szkodę dziecka, w szczególności o przemocy w rodzinie (policja i prokuratura) oraz zagrożeniu dobra dziecka (sąd rodzinny i nieletnich). Pracownicy ochrony zdrowia zobowiązani są także do interwencji w przypadku uzasadnionego podejrzenia występowania przemocy w rodzinie w oparciu na procedurze „Niebieskie Karty” (NK; Podlewska, 2013). Jak jednak wynika z ustaleń Najwyższej Izby Kontroli, procedury NK wszczynane przez przedstawicieli ochrony zdrowia należą do rzadkości. Kontrola wykazała, że w 2012 r. w badanych jednostkach zaledwie 0,3% wszystkich kart założonych zostało przez przedstawicieli ochrony zdrowia (Najwyższa Izba Kontroli, 2013).

Badania przeprowadzone w 2007 r. ujawniły, że w Polsce pracownicy ochrony zdrowia wyraźnie rzadziej niż przedstawiciele innych instytucji reagują na przypadki przemocy w rodzinie, usprawiedliwiając się głównie brakiem dowodów, niechęcią pacjenta do pomocy oraz tym, że rodzina została objęta pomocą innych instytucji (TNS OBOP, 2007). Australijskie badania (Piltz, Wachtel 2009) pokazały, że dodatkową barierą w zgłaszaniu przez pielęgniarki przypadków krzywdzenia dzieci może być brak edukacji i doświadczenia, negatywna opinia o służbach, do których zgłaszane są przypadki, oraz obawa przed konsekwencjami zgłoszenia.

Niniejsze badanie miało na celu określenie postaw pielęgniarek oraz położnych wobec problemu krzywdzenia małych dzieci w Polsce, poznanie ich doświadczeń dotyczących problemu krzywdzenia małych dzieci i podejmowania interwencji oraz określenie potrzeb szkoleniowych pielęgniarek i położnych związanych z przeciwdziałaniem problemowi krzywdzenia małych dzieci.

Metodologia

Próba

Badanie wśród pielęgniarek i położnych² zostało zrealizowane przez Fundację Dajemy Dzieciom Siłę (wtedy Fundacja Dzieci Niczyje) od marca do maja 2016 r. w grupie pielęgniarek oraz położnych pracujących zarówno w szpitalach, jak i zakładach opieki

1 Kodeks postępowania karnego (Dz.U. z 1997 r. Nr 89 poz. 555 ze zm.); Kodeks postępowania cywilnego (Dz.U. 1964 Nr 43 poz. 296), Ustawa z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie (Dz.U. z 2005 r. Nr 180 poz. 1493)

2 W badaniu wzięło udział 3 pielęgniarzy, jednak zdecydowaną większość respondentów stanowiły pielęgniarki.

zdrowotnej. Łącznie w badaniu wzięło udział 338 osób. Spośród nich 270 pracowało jako pielęgniarz/pielęgniarka, 61 – jako położnik/położna, a 16 – wykonywało oba zawody.

Tabela 1. Respondenci w podziale na wykonywany zawód i miejsce pracy

	Pielęgniarz/pielęgniarka	Położna/położnik
Szpital	140	45
ZOZ	130	32
Razem	270	77

Ponad połowę próby stanowili respondenci powyżej 45 r.ż. (56,9%). Co czwarta osoba biorąca udział w badaniu była w wieku 36–45 lat. Najmniej liczną grupę (18,2%) stanowiły osoby w wieku 18–35 lat.

Tabela 2. Wiek respondentów

Wiek	n	%
18–25 lat	20	5,9
26–35 lat	42	12,4
36–45 lat	84	24,9
46–55 lat	133	39,4
56 i więcej	59	17,5
Razem	338	100

Struktura wieku respondentów w dużej mierze odzwierciedla strukturę wieku populacji pielęgniarek i położnych (tab. 3). Według danych Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych (2015) w 2014 r. średnia wieku pielęgniarek i położnych wynosiła 47 lat, co świadczy o tym, że jest to starzejąca się grupa zawodowa. W 2015 r. ponad 60% osób wykonujących te zawody miało ukończone 45 lat (tab. 3).

Tabela 3. Odsetek osób wykonujących zawód pielęgniarki/pielęgniara oraz położnej/położnego w podziale na wiek

Wiek w latach	Pielęgniarki/pielęgniarz	Położne/położni
21-25	1,5%	3,2%
26-35	7,4%	11,3%
36-45	27,4%	23,8%
46-55	33,8%	34,6%
56 i więcej	29,9%	27,1%
Razem	100%	100%

Źródło: Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych (2015).

Wiek respondentów przełożył się na ich staż pracy. W przypadku 2/3 personelu pielęgniarskiego i położniczego biorącego udział w badaniu staż pracy wyniósł ponad 20 lat.

Kwestionariusz

Kwestionariusz badawczy został przygotowany zarówno w wersji elektronicznej, jak i papierowej. Link do internetowej wersji kwestionariusza został rozestany do instytucji i organizacji zrzeszających pielęgniarki i położne oraz do 16 urzędów marszałkowskich z prośbą o rozpowszechnienie zaproszenia o badaniu w szpitalach i ośrodkach zdrowia znajdujących się na terenie województw. Kwestionariusz w wersji papierowej rozdystrybuowano w wybranych ośrodkach zdrowia w Warszawie.

Pytania kwestionariusza omówione w artykule dotyczyły:

- postaw wobec stosowania przemocy fizycznej oraz psychicznej w stosunku do dzieci;
- opinii na temat konieczności interwencji osób obcych w przypadku: karcenia dziecka klapssem, bicia dziecka w twarz, bicia pasem lub innym przedmiotem, wulgarnego odzywania się do dziecka, wykorzystywania seksualnego dziecka, zaniedbania dziecka;
- opinii na temat konieczności interwencji pielęgniarki/położnej w przypadku: nieodpowiedniego stroju dziecka, śladów urazu fizycznego na ciele, niewykonania wszystkich szczepień zaleconych przez lekarza, zaniedbania higieny dziecka, niedokarmienia dziecka, niestosowania się rodzica do zaleceń pielęgniarki/lekarza,

niewłaściwego zwracania się rodzica do dziecka lub złego traktowania dziecka, trudnej sytuacji (życiowej lub finansowej) rodzica, nieporadnego rodzicielstwa, uzależnienia rodzica od substancji odurzających, przemocy między dorosłymi w rodzinie, braku właściwej więzi rodziców z dzieckiem;

- podejmowania interwencji w sytuacjach krzywdzenia dzieci oraz przyczyn braku ewentualnych interwencji w przypadku: przemocy psychicznej w stosunku do dziecka, przemocy fizycznej w stosunku do dziecka, braku reakcji rodziców na płacz dziecka lub unikania kontaktu z dzieckiem, kłótni między rodzicami, przemocy fizycznej między rodzicami, nadużywania alkoholu przez rodziców;
- potrzeb szkoleniowych z zakresu problemu krzywdzenia dzieci.

Wyniki badań

Przyzwolenie na stosowanie przemocy wobec dzieci

Zdaniem większości (79,6%) badanych pielęgniarek/pielęgniarzy i położnych bicie dziecka za karę to metoda wychowawcza, która nigdy nie powinna być stosowana. Co ósmy respondent (13,3%) uważa, że są sytuacje, w których karanie cielesne jest usprawiedliwione, a 1,8% badanych – że może być stosowane, jeśli będzie skuteczne.

Tabela 5. Przyzwolenie na stosowanie kar fizycznych wobec dzieci

Bicie dziecka „za karę” jest metodą wychowawczą, która:	%
może być stosowana, jeśli rodzic uzna, że będzie to skuteczne	1,8%
nie powinna być stosowana, ale są sytuacje, w których jest to usprawiedliwione	13,3%
nigdy nie powinna być stosowana	79,6%
nie wiem / trudno powiedzieć	5,0%

Przemoc psychiczna w stosunku do dziecka ma więcej przeciwników niż przemoc fizyczna. Karcenie dzieci z użyciem takich słów, jak np. „kretyn”, „głupek” czy „gówniarz” to zachowanie nieakceptowalne dla zdecydowanej większości (93,5%) respondentów. Tylko co 20 badany (4,7%) uważa, że używanie obraźliwych słów może być w pewnych sytuacjach usprawiedliwione.

Tabela 6. Przyzwolenie na karcenia dzieci z użyciem obraźliwych słów

Czy Pana(-i) zdaniem słowne karcenie dzieci z użyciem takich słów, jak np. „kretyn”, „głupek”, „gówniarz”, „gówniara”:	%
może być stosowane, jeśli rodzi uzna, że będzie to skuteczne	0,3%
nie powinno być stosowane, ale są sytuacje, w których jest to usprawiedliwione	4,7%
nigdy nie powinno być stosowane	93,5%
nie wiem / trudno powiedzieć	1,5%

Warto zaznaczyć, że odsetki przeciwników stosowania kar cielesnych oraz karcenia przy użyciu raniących słów są znacząco wyższe wśród pielęgniarek i położnych niż wśród dorosłych Polaków (odpowiednio: 79,6% vs 47% i 93,5% vs 77%; FDN, 2012; Makaruk, 2013).

Opinie na temat konieczności interwencji w sytuacjach zagrażających dzieciom

Badani zostali poproszeni o określenie, w których z wymienionych sześciu sytuacji krzywdzenia dzieci osoba obca powinna podjąć interwencję. Niemal wszyscy uważają, że należy reagować, gdy dziecko jest wykorzystywane seksualnie przez członka rodziny (98,8%), bite pasem lub innym przedmiotem (98,0%), uderzone w twarz (98,5%), zaniedbane (98%) oraz wtedy, gdy rodzic wulgarnie odzywa się do dziecka (96,7%). Najbardziej kontrowersyjna okazała się sytuacja, kiedy dziecko jest karczone klapssem. Chociaż za potrzebą interwencji w takiej sytuacji opowiedziała się większość (69,7%) badanych, to tylko połowa z nich była o niej zdecydowana przekonana (tab. 7). Ponadto co piąty respondent był przeciwny podjęciu jakiegokolwiek działania.

Tabela 7. Opinie na temat konieczności interwencji osób obcych w sytuacjach krzywdzenia dzieci

<i>Czy Pana(-i) zdaniem osoby obce, spoza rodziny, powinny interweniować, gdy widzą, że:</i>	Zdecydowanie tak	Raczej tak	Raczej nie	Zdecydowanie nie	Trudno powiedzieć
dziecko jest wykorzystywane seksualnie przez członka rodziny	97,9%	0,9%	0,0%	1,2%	0,0%
dziecko jest bite pasem lub innym przedmiotem przez rodzica	94,1%	3,9%	0,3%	1,5%	0,3%
dziecko jest uderzone w twarz przez rodzica/opiekuna	87,8%	10,7%	0,0%	0,9%	0,6%
dziecko jest zaniedbane (niedożywione, brak dbałości o higienę osobistą itp.)	86,1%	11,9%	0,3%	1,2%	0,6%
rodzic wulgarnie odzywa się do dziecka	81,3%	15,4%	0,9%	0,9%	1,5%
dziecko jest karczone kłapsem	36,6%	33,0%	17,3%	2,7%	10,4%

Badani zostali zapytani również o to, w jakich sytuacjach zagrażających dziecku powinna interweniować pielęgniarka/położna. Większość respondentów widziała potrzebę podjęcia działań we wszystkich przedstawionych sytuacjach. Wyróżnić należy te, w przypadku których prawie wszyscy respondenci (ponad 90%) dostrzegali zdecydowaną konieczność interwencji, czyli wtedy, gdy: rodzice dziecka są uzależnieni od substancji odurzających (97,0%), dziecko ma urazy fizyczne na ciele (93,8%) oraz gdy dziecko jest głodne/wychudzone (92,6%). Badani byli relatywnie najmniej przekonani o potrzebie interwencji w sytuacji, gdy dziecko jest nieodpowiednio ubrane (38% zdecydowanych zwolenników interwencji).

Tabela 8. Opinie na temat konieczności interwencji pielęgniarek i położnych w sytuacjach krzywdzenia dzieci

<i>Czy Pana(i) zdaniem pielęgniarka/ położna powinna interweniować, gdy:</i>	Zdecydowanie tak	Raczej tak	Raczej nie	Zdecydowanie nie	Trudno powiedzieć
rodzice są uzależnieni od substancji odurzających	97,0%	2,4%	-	0,3%	0,3%
dziecko ma urazy fizyczne na ciele	93,8%	5,0%	-	0,3%	0,9%
dziecko jest głodne/wychudzone	92,6%	6,6%	0,3%	0,3%	0,3%
w rodzinie występuje przemoc między dorosłymi	82,1%	13,4%	1,8%	0,6%	2,1%
higiena dziecka jest zaniedbana	72,3%	26,5%	-	0,3%	0,9%
rodzic niewłaściwie zwraca się do dziecka, źle je traktuje	71,5%	24,3%	1,5%	0,6%	2,1%
rodzice są nieporadni w kwestiach opiekuńczo-wychowawczych	63,1%	30,0%	3,0%	0,6%	3,3%
rodzic lub opiekun dziecka nie stosuje się do zaleceń pielęgniarki/lekarza	62,4%	33,1%	2,1%	0,3%	2,1%
dziecko nie ma wykonanych wszystkich szczepień	57,6%	33,5%	5,0%	1,5%	2,4%
rodzina jest w trudnej sytuacji (życiowej, finansowej)	52,5%	36,4%	3,6%	0,9%	6,6%
rodzice nie potrafią nawiązać więzi z dzieckiem	51,9%	40,9%	2,1%	0,9%	4,2%
dziecko jest nieodpowiednio ubrane	38,0%	45,8%	7,8%	0,9%	7,5%

Interwencje podejmowane przez pielęgniarki i położne w sytuacjach krzywdzenia dzieci

Respondenci zostali zapytani także o to, z którymi spośród sześciu badanych sytuacji zagrażających dobru dzieci zetknęli się w pracy zawodowej i czy podejmowali wtedy interwencje.

Wśród badanych pielęgniarek i położnych nieco ponad połowa (53,6%) twierdzi, że nigdy nie zetknęła się z żadną z sześciu badanych form krzywdzenia dzieci. Ci, którzy w praktyce zawodowej spotkali się z krzywdzeniem dzieci, najczęściej byli świadkami przemocy psychicznej (krzyk, mówienie podniesionym głosem; 37,6%), rzadziej innych jego form. Z przemocą fizyczną w stosunku do dziecka spotkało się 14,5% badanych, 11,8% – z brakiem reakcji rodziców na płacz dziecka lub unikaniem kontaktu z dzieckiem, po 11,2% – z kłótnią między rodzicami oraz nadużywaniem alkoholu przez rodzica, a 4,1% – z przemocą fizyczną między rodzicami dziecka.

Reakcje pielęgniarek i położnych w przypadkach krzywdzenia dzieci są bardzo zróżnicowane i zależą od jego formy. Chociaż większość świadków takich sytuacji twierdzi, że podejmuje interwencje, to ich znaczna część przyznaje, że robi to wybiórczo (tab. 9). Wyjątek może stanowić przemoc fizyczna między rodzicami dziecka. Zdecydowana większość badanych, którzy spotkali się z tą formą krzywdzenia, deklaruje, że każdorazowo podejmowała stosowne działania. Trzeba jednak zaznaczyć, że świadkami przemocy fizycznej między rodzicami małych dzieci było zaledwie 4,1% badanych, więc takie interwencje należą raczej do sporadycznych.

Tabela 9. Podejmowanie interwencji w sytuacjach krzywdzenia dzieci

	Podejmowanie interwencji			
	tak	tak, ale tylko w niektórych sytuacjach	nie	trudno powiedzieć
Przemoc psychiczna w stosunku do dziecka (n = 127)	40	62	22	3
Przemoc fizyczna w stosunku do dziecka (n = 49)	21	16	11	1
Brak reakcji na płacz dziecka lub unikanie kontaktu z dzieckiem (n = 40)	20	13	6	1
Kłótnie między rodzicami (n = 38)	13	16	8	1
Nadużywanie alkoholu przez rodzica (n = 38)	20	9	7	2
Przemocy fizyczna między rodzicami (n = 14)	11	2	1	-

Najczęstszą reakcją pielęgniarek i położnych w przypadku wszystkich form krzywdzenia była rozmowa z rodzicem. Na tego rodzaju interwencję zdecydowały się przeważnie osoby, które były świadkami sytuacji, w której dochodziło do przemocy psychicznej lub fizycznej w stosunku do dziecka, rodzice/opiekunowie nie reagowali na płacz dziecka lub unikali z nim kontaktu czy dochodziło między nimi do kłótni. W przypadkach, gdy rodzic nadużywał alkoholu lub między rodzicami dochodziło do przemocy fizycznej aktywność pielęgniarek i położnych była bardziej zróżnicowana.

Tylko nieliczni badani uznali za konieczne poinformowanie o zaistniałych sytuacjach swojego przełożonego oraz opieki społecznej. Można zauważyć jednak, że opieka społeczna była zawiadamiana przez pracowników ochrony zdrowia relatywnie częściej w przypadku nadużywania alkoholu przez rodzica (9/29) oraz w przypadku przemocy fizycznej między rodzicami (5/13). Policja natomiast była zawiadamiana sporadycznie. Tylko jedna spośród badanych osób przyznała, że zdecydowała się na procedurę „Niebieskiej Karty” i że miało to miejsce w sytuacji przemocy fizycznej między rodzicami dziecka.

Tabela 10. Rodzaj podejmowanej interwencji

	Rozmowa z rodzicem	Poinformowanie rodzica o ofercie wsparcia dla rodzin małych dzieci	Poinformowanie przełożonego	Poinformowanie opieki społecznej	Zawiadomienie policji	Inne
Przemoc psychiczna w stosunku do dziecka (n = 102)	95	16	10	12	1	1
Przemoc fizyczna w stosunku do dziecka (n = 37)	32	9	3	2	-	1
Brak reakcji na płacz dziecka lub unikanie kontaktu z dzieckiem (n = 33)	31	6	5	3	-	2
Kłótnie między rodzicami (n = 29)	22	5	3	-	2	-
Nadużywanie alkoholu przez rodzica (n = 29)	13	8	6	9	3	1
Przemocy fizyczna między rodzicami (n = 13)	7	5	3	5	2	1

Brak interwencji w sytuacji zetknięcia się przynajmniej z jedną z badanych form krzywdzenia wynikał najczęściej z tego, że respondenci nie widzieli takiej konieczności (24,4%). Inne powody wymieniane przez świadków krzywdzenia to brak wiedzy jak zareagować (14,5%), brak wiary w skuteczność jakichkolwiek interwencji (13%), przekonanie o tym, że powołane są do tego inne służby (11,5%) oraz brak czasu i możliwości (7,6%). Warto zaznaczyć, że co dziesiąta osoba nie umiała wytłumaczyć braku interwencji, a aż co trzecia twierdziła, że nie podjęła żadnego działania z innych przyczyn, które jednak nie zostały ujawnione.

Tabela 11. Przyczyny braku interwencji w sytuacjach krzywdzenia dzieci, n = 131

<i>Czy w sytuacjach, gdy nie podejmował(a) Pan(i) interwencji najczęściej wynikało to z tego, że:</i>	<i>%</i>
nie widziałem(-am) konieczności	24,4%
nie wiedziałem(-am), jak zareagować	14,5%
nie wierzyłem(-am) w skuteczność jakichkolwiek interwencji	13,0%
uważałem(-am), że powołane są do tego inne służby	11,5%
nie miałem(-am) czasu i możliwości	7,6%
trudno powiedzieć	9,9%
z innego powodu	33,6%

Potrzeby szkoleniowe pielęgniarek i położnych

Respondentom przedstawiono siedem tematów szkoleń dla profesjonalistów pracujących z małymi dziećmi i poproszono o wskazanie tych, którymi byliby zainteresowani. Okazało się, że największą popularnością cieszył się temat dotyczący prowadzenia rozmów z rodzicami (65,1%). Ponad połowa (59,5%) pielęgniarek i położnych byłaby zainteresowana zdobyciem wiedzy na temat możliwości interwencji w przypadku krzywdzenia dzieci. Prawie co druga badana osoba chciałaby dowiedzieć się, jak wspierać rodziców małych dzieci (49,1%) oraz jak nauczyć się identyfikować symptomy krzywdzenia (47,9%). Nieco mniej, bo 43,2%, wyraziło chęć odbycia szkolenia na temat profilaktyki krzywdzenia małych dzieci i współpracy interdyscyplinarnej, 37,6% – na temat prawnych aspektów ochrony dzieci przed krzywdzeniem, a 27,5% – na temat czynników ryzyka krzywdzenia małych dzieci.

Tabela 12. Potrzeby szkoleniowe pielęgniarek i położnych z zakresu ochrony dzieci przed krzywdzeniem

	%
Jak rozmawiać z rodzicami	65,1%
Podjęcie interwencji w przypadku krzywdzenia dzieci	59,5%
Jak wspierać rodziców małych dzieci	49,1%
Identyfikacja symptomów krzywdzenia małych dzieci	47,9%
Profilaktyka krzywdzenia małych dzieci – współpraca interdyscyplinarna	43,2%
Prawne aspekty ochrony dzieci przed krzywdzeniem	37,6%
Czynniki ryzyka krzywdzenia małych dzieci	27,5%

Wnioski

Większość pielęgniarek i położnych to zwolenniczki podejmowania interwencji, gdy dziecko doświadcza krzywdzenia, niezależnie od jego formy. Badani są szczególnie przekonani o potrzebie działania w sytuacji, gdy dziecko jest wykorzystywane seksualnie lub jest ofiarą przemocy fizycznej. Sprzeciwiają się karceniu dzieci za pomocą raniących słów oraz biciu za karę. Co ciekawe, wyzywanie dziecka spotkało się z większą dezaprobatą niż stosowanie wobec niego przemocy fizycznej. Należy podkreślić, że stosunek badanych do karcenia dzieci kłapsem nie jest już tak radykalny, jak do innych form krzywdzenia.

Chociaż większość badanych opowiedziała się także za potrzebą interwencji pracowników ochrony zdrowia w sytuacji, gdy dziecko narażone jest na krzywdzenie ze strony swojego opiekuna, to niepokoi jednak to, że znacząca ich część decyduje się na podjęcie działania tylko w określonych przypadkach. Co więcej, interwencja ogranicza się często do rozmowy z opiekunem dziecka. Dodatkowo, deklaracje pielęgniarek i położnych wskazują na to, że potrzebują one wsparcia edukacyjnego na temat podejmowania interwencji w sytuacjach krzywdzenia dzieci oraz wspierania rodzin z małymi dziećmi.

Zastanawia również to, że mniej niż połowa badanych przyznaje, iż miała styczność z sytuacjami krzywdzenia dzieci, co może świadczyć o braku umiejętności

identyfikacji objawów krzywdzenia małych dzieci. Warto zadbać o przeszkolenie pracowników ochrony zdrowia w tym zakresie, szczególnie, że jest tym zainteresowana blisko połowa badanych.

Pielęgniarki i położne dostrzegają także wyraźną potrzebę wzmocnienia swoich kompetencji w innych obszarach. Szczególnie ważna jest dla nich umiejętność prowadzenia rozmów z rodzicami małych dzieci, a także wiedza na temat sposobów ich wspierania. Wynika to zapewne z najczęściej podejmowanej formy pomocy w sytuacjach krzywdzenia dzieci, jaką jest rozmowa z opiekunem.

E-mail autorki: katarzyna.makaruk@fdds.pl.

Bibliografia

- Boudreaux, M. C., Lord, W. D. (2005). Combating child homicide: preventive policing for the new millennium. *Journal of Interpersonal Violence*, 20(4), 380–387.
- Butchart, A., Harvey, A. (2006). *Preventing child maltreatment: a guide to taking action and generating evidence*. Genewa: World Health Organization.
- Fundacja Dzieci Niczyje (2010). *Jak chronić małe dzieci przed krzywdzeniem*.
- Fundacja Dzieci Niczyje (2012). Niepublikowany raport z badań realizowanych na potrzeby kampanii społecznej „Słowa ranią na całe życie”.
- Grietens, H., Geeraert, L., Hellinckx, W. (2004). A scale for home visiting nurses to identify risks of physical abuse and neglect among mothers with newborn infants. *Child Abuse Negl*, 28(3), 321–37.
- Izdebska, A., Lewandowska, K. (2009). Znaczenie profilaktyki krzywdzenia małych dzieci. *Dziecko Krzywdzone. Teoria, badania, praktyka*, 8(2), 6–11.
- Izdebska, A., Lewandowska, K. (2012). *Czynniki ryzyka krzywdzenia małych dzieci: kiedy rodzina potrzebuje szczególnej uwagi i wsparcia*. Warszawa: Fundacja Dzieci Niczyje.
- Izdebska, A., Trąbińska-Haduch, M., Lewandowska, K. (2008). *Jak chronić małe dzieci przed krzywdzeniem. Rola pielęgniarek i położnych w zapobieganiu złemu traktowaniu dziecka w rodzinie*.
- Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych (2015). *Raport Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych. Zabezpieczenie społeczeństwa polskiego w świadczenia pielęgniarek i położnych*.
- Najwyższa Izba Kontroli (2013). *Przeciwdziałanie przemocy w rodzinie przez administrację publiczną*.

- Makaruk, K. (2013). Postawy Polaków wobec kar fizycznych a ich stosowanie w praktyce rodzicielskiej. *Dziecko Krzywdzone. Teoria, badania, praktyka*, 12(4), 40–53.
- Mazurczak, K., Szredzińska, R. (2016). *Lokalny System Profilaktyki Krzywdzenia Małych Dzieci – podręcznik dla realizatorów*. Warszawa: Fundacja Dzieci Niczyje.
- Piltz, A., Wachtel, T. (2009). Barriers that inhibit nurses reporting suspected cases of child abuse and neglect. *Australian Journal of Advanced Nursing* 26(3), 93–100.
- Podlewska, J. (2013). *Uwaga dziecko! Realizacja procedury „Niebieskie Karty” w sytuacji przemocy w rodzinie wobec dziecka. Poradnik dla członków zespołów interdyscyplinarnych i grup roboczych*. Warszawa: Fundacja Dzieci Niczyje.
- Sethi, D., Bellis, M., Hughes, K., Gilbert, R., Mitis, F., Galea, G. (2013). *European report on preventing child maltreatment*. WHO.
- TNS OBOP (2007). *Potrzeby szkoleniowe grup zawodowych „pierwszego kontaktu” z przypadkami przemocy w rodzinie. Wyniki badań TNS OBOP dla Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej*.
- U.S. Department of Health & Human Services, Administration for Children and Families, Administration on Children, Youth and Families, Children’s Bureau (2016). *Child maltreatment 2014*.
- UNICEF (2003). *Innocenti Report Card No. 5: A League Table of Child Maltreatment Deaths in Rich Nations*. Florencja: UNICEF Innocenti Research Centre.
- World Health Organization (1999). *Report of the Consultation on Child Abuse*.

Protection of small children from abuse provided by nurses and midwives

Nurses and midwives can play a significant role in protecting small children from abuse. The article presents the results of quantitative research conducted by the Empowering Children Foundation (then the Nobody’s Children Foundation) on a sample of 338 nurses and midwives working with families with small children. Despite the fact that the majority of respondents believe that reaction is needed when a child is abused by his caregiver, a significant part of them take intervention only in specific cases, and half of them say that has never witnessed such a situation. Moreover, intervention is often limited to a conversation with the child’s guardian. The results show that nurses and midwives need educational support on the protection children from abuse.

KEYWORDS:

SMALL CHILDREN, NURSES AND MIDWIVES, CHILD PROTECTION FROM ABUSE

Cytowanie:

Makaruk, K. (2016). Ochrona małych dzieci przed krzywdzeniem zapewniana przez pielęgniarki i położne. *Dziecko Krzywdzone. Teoria, badania, praktyka*, 15(3).



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