

RÓŻNE BARWY PRZEMOCY

Praca zbiorowa pod redakcją:
prof. dr hab. n. med. Elżbiety Krajewskiej-Kułak
dr n. med. Krystyny Kowalczyk
lek. Agnieszki Kułak-Bejda
dr n. o zdr. Andrzeja Guzowskiego
prof. dr hab. n. med. Wojciecha Kułaka

Tom II



RÓŻNE BARWY PRZEMOCY

Tom II

Uniwersytet Medyczny w Białymstoku
Wydział Nauk o Zdrowiu

RÓŻNE BARWY PRZEMOCY

Tom II

Praca zbiorowa pod redakcją

Prof. dr hab. n. med. Elżbiety Krajewskiej-Kułak

Dr n. med. Krystyny Kowalczyk

Lek. Agnieszki Kułak-Bejda

Dr n. o zdr. Andrzeja Guzowskiego

Prof. dr hab. n. med. Wojciecha Kułaka

Białystok 2016

Recenzenci monografii

dr hab. prof. UP Adam Sawicki

Instytut Filozofii i Socjologii, Katedra Metafizyki i Ontologii, Uniwersytetu
Pedagogicznego im. KEN w Krakowie

dr hab. Jacek Breczko

Studium Psychologii i Filozofii Człowieka
Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

dr Monika Zińczuk

Wydział Pedagogiki i Psychologii
Uniwersytet w Białymstoku

ISBN Komplet - 978-83-940670-9-0

Tom II - 879-83-945984-3-3

Wydanie I

Białystok 2016

Opracowanie graficzne: Agnieszka Kułak-Bejda

Druk:

„Duchno” Piotr Duchnowski, 15–548 Białystok, Zaścianańska 6

*Życie nasze byłoby piękne, gdybyśmy dostrzegali to, co niweczy nasze dobro.
Najbardziej zaś dobro niweczy przesąd, że może je nam dać przemoc.
Lew Tolstoj*

Przemoc ma niejedno oblicze, nie jedną barwę..... Jest wielowymiarowa. Dotyczy różnych kategorii ofiar: dzieci, kobiet, mężczyzn, ale również osób starszych, niepełnosprawnych, cudzoziemców, zwierząt... Niestety często ukrywana jest w „labiryncie” rodzinnej, środowiskowej, społecznej „zmowy milczenia”.

W świecie zwierzęcym przemoc jest zjawiskiem naturalnym, bo bez jej stosowania zwierzęta mięsożerne byłyby skazane na zagładę. Głodne nie panują nad swoją agresją, ale gdy są już syte - nie są agresywne, ponieważ agresja nie jest dla nich celem samym w sobie, ale sposobem na zaspokojenie głodu i przetrwanie. Człowiek, mimo iż góruje nad zwierzętami nie tylko swoim rozumem oraz umiejętnością opanowywania emocji, ale także tworzeniem i przestrzeganiem norm nakładających zakaz używania przemocy wobec innych, to niestety wielokrotnie stosuje przemoc, agresję wobec słabszych od siebie, a także bliskich sobie osób.

Maxime Chattman, francuski pisarz, stwierdził *„Nasza skłonność do przemocy i umiejętność użycia jej w walce o życie, które pozwoliły nam wspiąć się bardzo szybko na sam szczyt łańcucha pokarmowego, świadczą jednocześnie o poważnej anomalii. Stąd wynika nasza wrodzona zdolność do przemocy. Popycha ona dzieci już od najmłodszych lat do zabawy w wojnę. To atawizm. Nasza siła napędowa, nasze główne źródło energii, które kazało nam zdobywać każdą przestrzeń, jaka pojawiała się przed naszym gatunkiem, i zmuszało do podporządkowywania sobie innych. Rozprzestrzeniały się w sposób niekontrolowany, bez żadnych ograniczeń, ryzykując nasze zasoby, a jeśli to konieczne, wojujemy sami ze sobą, żeby zachować najżyźniejsze terytorium, nawet jeśli ma się to odbyć kosztem milionów ofiar”*.

Historia przemocy, zwłaszcza w rodzinie, sięga swoimi korzeniami już starożytności. "Pater familias", rzymski ojciec rodu, miał prawo decydowania o życiu i śmierci zarówno żony, jak i dzieci. Wystarczy wymienić tu cesarza Nerona, który zlecił zamordowanie swojej matki Agrypiny, żony Oktawii i prawdopodobnie żony Poppei. W kolejnych wiekach sytuacja w rodzinach była niewiele lepsza. Także tak długo, jak dzieje ludzkości, trwa krzywdzenie dzieci. W prehistorii i starożytności umyślne zabijanie dzieci było powszechnie akceptowaną metodą wśród wielu społeczeństw, a dzieci pozbawiano życia poprzez porzucenie, topienie, bicie, okaleczenie ze skutkiem śmiertelnym, uduszenie, wrzucanie do latryn, wrzucanie do palących się dołów, czy też wrzucanie w przepaść. Przemoc wobec osób starszych jest problemem powszechnym, ale rozpoznawana to jedynie „wierzchołek góry lodowej”.

Przemoc to także przejawy dyskryminacji - bezpośredniej (ze względu na pochodzenie rasowe lub etniczne osoba traktowana jest mniej przychylnie niż traktuje się, traktowano lub traktowano by inną osobę w podobnej sytuacji) lub pośredniej (gdy pozornie neutralny przepis, kryterium lub praktyka mogą doprowadzić do szczególnie niekorzystnej sytuacji dla osób danego pochodzenia rasowego lub etnicznego w stosunku do innych osób).

Każda przemoc to przestępstwo i należy z nią walczyć, edukować społeczeństwo, uczulać na to zjawisko pracowników ochrony zdrowia, socjalnych, nauczycieli, policjantów i wszystkich, którym leży na sercu dobro ofiar. Georgia Durante, autorka bestsellerowej książki "W złym towarzystwie", radzi *"Jeśli facet jest chorobliwie zazdrosny, uciekaj. Jeśli miłość okazuje ci mówiąc, jak wielką przykrość mu ciągle sprawiasz, uciekaj. Jeśli non stop cię kontroluje, uciekaj. Jeśli raz podniósł na ciebie rękę, uciekaj"*. Autorka sądzi, że klucz do zmian tkwi w edukacji samych kobiet-ofiar, bo one wciąż zbyt często tak bardzo wstydzą się swojej sytuacji domowej, że odmawiają przyjęcia pomocy z zewnątrz. Podkreśla, że *„ofiary przemocy często tak skutecznie zacierają ślady po swoich oprawcach, że otoczenie reaguje dopiero, gdy dojdzie do tragedii. Tymczasem za każdym razem, kiedy ignorujemy krzyki za ścianą, powinniśmy sobie uświadamiać, że niemal co drugi dzień kobieta w Polsce zostaje zamordowana przez swojego domowego kata”*. Przemoc nie może być tematem tabu.

Z kolei bł. Matka Teresa z Kalkuty stwierdziła, że *„Przemoc kojarzy nam się zawsze z nożem, bombą, pistoletem. Dla mnie jednak przemoc wynika z postawy człowieka. Na przykład mówienie ludziom, że są nic nie warcy, że są leniwi, że są tacy czy inni, uważam za wielką przemoc”*.

W monografii znajdują się rozdziały zawierające podstawy teoretyczne dotyczące przemocy, rozdziały obrazujące wyniki badań własnych w tym aspekcie oraz rozdziały ukazujące dziecięcą wizję problemu namalowana pędzlem lub kredką, uchwyconą okiem obiektywu lub spisane na kartce papieru. Jako autorzy monografii mamy nadzieję, że będzie ona chociaż małą cegiełką, która przyczyni się do zrozumienia problematyki przemocowej i uzmysłowi czytelnikom, że już od najmłodszych lat należy uczyć dzieci tolerancji, otwartości, komunikacji, poszanowania drugiego człowieka oraz odmienności wynikającej z naturalnych różnic pomiędzy ludźmi i mieć świadomość tego, że każdy ma prawo do bycia odmiennym.

*Prof. dr hab. n. med. Elżbieta Krajewskiej-Kulak
Dr n. med. Krystyna Kowalczyk
Dr n. o zdr. Andrzej Guzowski
Lek. Agnieszka Kulak-Bejda
Prof. dr hab. n. med. Wojciech Kulak*

WYKAZ AUTORÓW

dr n. o zdr. Tomasz Iwański

Instytut Pielęgniarstwa, Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa im. rtm. Witolda Pileckiego w Oświęcimiu

dr n. med. Krystyna Klimaszewska

Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

dr n. med. Krystyna Kowalczyk

Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

dr n. o zdr. Dorota Kondzior

Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

dr n. med. Beata Kowalewska

Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

prof. dr hab. n. med. Elżbieta Krajewska-Kulak

Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

dr n. med. Cecylia Regina Łukaszuk

Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

SPIS TREŚCI

Częstość kontaktu pielęgniarek i studentów pielęgniarstwa z ofiarami przemocy w rodzinie - badania własne - Tomasz Iwański, Elżbieta Krajewska-Kułak.....	str. 13-49
Problem przemocy w rodzinie w percepcji pielęgniarek i studentów pielęgniarstwa - badania własne - Tomasz Iwański, Elżbieta Krajewska-Kułak	str. 50-74
Doznawanie ewentualnej przemocy w rodzinie przez pielęgniarki i studentów - badania własne - Tomasz Iwański, Elżbieta Krajewska-Kułak	str. 75-92
Zadania personelu medycznego w walce z przemocą w rodzinie - Cecylia Regina Łukaszuk, Elżbieta Krajewska-Kułak	str. 93-134
Postrzeganie przez badanych roli pielęgniarki w zespole interdyscyplinarnym w zakresie przeciwdziałania przemocy w rodzinie - badania własne - Tomasz Iwański, Elżbieta Krajewska-Kułak	str. 135-153
Standard wdrożenia procedur pielęgniarstwa diagnostyczno-terapeutycznego w przypadku stwierdzenia przemocy w rodzinie - Tomasz Iwański.....	str. 154-166
Procedura standardu „Niebieskiego Misia” do wykorzystania w szpitalach dziecięcych - Tomasz Iwański	str. 167-172
Agresja i przemoc w miejscu pracy w opinii podlaskich pracowników ochrony zdrowia - Krystyna Kowalczuk, Elżbieta Krajewska-Kułak, Krystyna Klimaszewska, Dorota Kondzior, Beata Kowalewska	str. 173-199

Częstość kontaktów pielęgniarek i studentów pielęgniarstwa z ofiarami przemocy w rodzinie - badania własne

Tomasz Iwański¹, Elżbieta Krajewska-Kułak²

1. Instytut Pielęgniarstwa, Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa im. rtm. Witolda Pileckiego w Oświęcimiu
2. Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

Wprowadzenie

Problem przemocy domowej występuje we wszystkich społeczeństwach i kręgach kulturowych, a od wielu lat w Krajach Europy Zachodniej jest traktowane, jako ważny problem społeczny. W tym czasie powstało wiele dokumentów organizacji międzynarodowych, które zalecają Krajom Członkowskim Unii Europejskiej podjęcie zmian prawa i praktyki w celu skuteczniejszego przeciwdziałania przemocy w rodzinie, udzielania pomocy ofiarom przemocy i skuteczniejszych oddziaływań na sprawców przemocy w rodzinie.

W Polsce, przemoc w rodzinie jeszcze do niedawna nie była postrzegana, jako zjawisko stricte patologiczne. Początkowo problem był marginalizowany i przemilczany, gdyż bardzo często rodziny, w których dochodziło do krzywdzenia najbliższych, skrzętnie ukrywały swój problem. Stopniowo jednak zaczęto podejmować różnorodne działania mające na celu łagodzenie skutków społecznych tego zjawiska. Jednakże jego skala, która w pełni zaczyna dopiero docierać do szerokiej społeczności m. in. poprzez media, wymaga szerszego podejścia do tematu przeciwdziałania przemocy w rodzinie i uwzględnienia tej kwestii w polityce społecznej państwa.

Przemoc w rodzinie może przybierać różne formy [1-4] przemocy:

- fizycznej - w postaci czynnej (klapsy, policzkowanie, popychanie, uszczypnięcia, wykręcanie rąk, duszenie, ciosy nożem, bicie, kopanie, szarpanie, katowanie z użyciem wymyślnych narzędzi czy sposobów zadawania ran, usiłowanie lub dokonanie zabójstwa, przypalania i podpalania, wyrzucania przez okno, topienia, polewania substancjami żrącymi i wrzątkiem) lub w postaci biernej (zakazy np.

mówienia, chodzenia, załatwiania potrzeb fizjologicznych, areszt domowy);

- psychicznej - izolacja, ograniczanie snu i pożywienia, narzucanie własnych sądów, wyzywanie, upokarzanie, zastraszanie, zmuszanie do przyglądania się szokującym scenom, brutalne niszczenie elementarnego poczucia bezpieczeństwa. W obrębie przemocy w więzach rodzinnych odnajdujemy wszystkie składowe tzw. „prania mózgu”, zjawiska bardzo często opisywanego w literaturze przedmiotu;
- emocjonalnej - ciągle krytykowanie, poniżanie, obmawianie mające na celu zniekształcenie u ofiary obrazu własnej osoby i podważanie poczucia własnej wartości;
- seksualnej - kontakt seksualny bez zgody partnera, zachowania seksualne wymuszane siłą, w tym pieszczoty. Zmuszanie do oglądania obrazów o treści seksualnej, poniżanie w sytuacjach intymnych;
- ekonomicznej - bezprawne finansowe wykorzystywanie i/lub kontrolowanie środków niezbędnych do utrzymania ekonomicznej niezależności ofiary. Zmuszanie jej do pozostawania w materialnej zależności, ograniczenie dostępu do wspólnych zasobów.

Wyniki badań WYG PSDB dla Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej (2014 r.) w ramach Projektu pn. „*Rodzina polska wolna od Przemocy*” dla Programu Operacyjnego PL 14 „*Przeciwdziałanie przemocy w rodzinie i przemocy ze względu na płeć*”, współfinansowanego ze środków Norweskiego Mechanizmu Finansowego na lata 2009-2014 [5] wykazały istnienie tendencji do wąskiego rozumienia pojęcia „przemocy”, głównie jako przemocy fizycznej (prawie 20% respondentów utożsamia przemoc tylko z widocznymi śladami na ciele ofiary).

Przemoc traktowana była jako coś złego i spotykała się ze społecznym potępieniem [5]. Jednocześnie, występowała tendencja do ograniczania zakresu definicyjnego słowa „przemoc”, np. w kontekście przemocy wobec dzieci - gdy słowo „przemoc” zastępowano słowem „łanie” [5].

Z badania [5] wynika także, po uświadomieniu respondentom istnienia różnych form przemocy, najczęściej wskazywaną formą była przemoc psychiczna, a przejawów przemocy psychicznej oraz seksualnej nie traktowano jako przemoc, dopóki ich tak nie nazwano w badaniu.

Badanie uwidocznilo także wyraźną tendencję do przerzucania winy na ofiarę, ponieważ prawie 24% badanych uważała, że do przemocy by nie dochodziło, gdyby nie prowokacje ze strony partnera, przekładając tym samym odpowiedzialność za jej stosowanie

ze sprawcy na ofiarę, ale jednocześnie, ponad 80% osób nie podzielało opinii, że istnieją okoliczności, które mogą usprawiedliwić przemoc [5].

Przemoc w rodzinie, zarówno wobec dzieci, jak i osób dorosłych, miała miejsce najczęściej w gospodarstwach domowych niewyróżniających się negatywnie sytuacją materialną, ani pozycją społeczno-zawodową jego członków [5].

Sprawcami przemocy w rodzinie były najczęściej osoby najbliższe - rodzice w odniesieniu do dzieci, a małżonkowie i partnerzy, w odniesieniu do dzieci – rodzice

Większość badanych (ok. 3/4) uznała, że pomoc dla ofiar przemocy nie jest wystarczająca, co może sugerować potrzebę zapewnienia pomocy ofiarom przemocy lub brak wiedzy na temat możliwości pomocy [5].

Makara – Studzińska i wsp. wspominają, że przemoc wobec osób starszych jest coraz częściej uznawaną przemocą, klasyfikowaną jako istotny problem społeczny. Biorąc pod uwagę, że liczba osób starszych stale zwiększa się, można wnioskować, iż problem będzie się nasilał.[26]

W związku z powyższym istnieje konieczność określenia roli pracowników ochrony zdrowia, w tym pielęgniarki, jako osoby pierwszego kontaktu z pacjentem, która w razie rozpoznania symptomów świadczących o stosowaniu przemocy będzie mogła podjąć stosowne działania diagnostyczno-terapeutyczne i profilaktyczne.

Cel główny badań

Ustalenie częstości kontaktów badanych z ofiarami przemocy w rodzinie w czasie pracy zawodowej lub studiów.

Material i metoda

Badania przeprowadzono po uzyskaniu zgody R-I- 002/433/2010 Komisji Bioetycznej Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku.

Zasadniczą realizację badania poprzedziło badanie pilotażowe wykonane na losowej próbie N=50 studentów i N=50 zawodowo czynnych pielęgniarek, a konkluzje płynące z badania pilotażowego zostały uwzględnione w ostatecznej wersji kwestionariusza.

W badaniu zasadniczym rozdano 285 ankiet losowo wybranym zawodowo czynnym pielęgniarkom i 285 studentom kierunku pielęgniarstwo. Badaniem ostatecznym objęto 279

zawodowo czynnych pielęgniarek przez 281 studentów studiów pielęgniarskich.

W badaniu wykorzystano autorski kwestionariusz ankietowy złożony części metryczkowej oraz z czterech części zasadniczych: części metryczkowej (5 pytań) oraz części zasadniczej - dotyczących ogólnej wiedzy nt. problemu przemocy w rodzinie - 24 pytania i częstości kontaktu z ofiarami przemocy w rodzinie w czasie pracy zawodowej, studiów - 14 pytań.

Metodologia analizy danych

Przed przystąpieniem do analizy baza danych została sprawdzona pod względem logiczności i kompletności odpowiedzi. W dalszej kolejności, do wykonania obliczeń wykorzystany został pakiet statystyczny SPSS. W badaniu zostały użyte następujące statystyki opisowe:

- Opis tabelaryczny – dane przedstawione są w postaci tabel z uwzględnieniem zależności najistotniejszych dla zbadania hipotez; tabele krzyżowe uwzględniają podstawowe zmienne niezależne, tj. status pielęgniarki lub studenta;
- Do zmierzenia zależności pomiędzy wybranymi zmiennymi wykorzystano test niezależności Chi-Kwadrat (χ^2), będący najodpowiedniejszy z uwagi na jakościowy charakter badanych zmiennych, stosowanym w przypadku badania niezależności cech niemierzalnych (jakościowych) lub w przypadku badania niezależności cechy jakościowej z ilościową.

Zwyczajowo przyjmuje się poziom 0,05 jako krytyczny. Do celów interpretacji poziomu istotności (wartości istotności p) przyjęto zatem ogólnie stosowane reguły:

- jeżeli $p < 0,05$ mówi się o istotności statystycznej;
- jeżeli $p < 0,01$ mówi się o silnej istotności statystycznej;
- jeżeli $p < 0,001$ mówi się o bardzo silnej istotności statystycznej.

Oznacza to, że wartości p mniejszych od 0,05 należy odrzucić hipotezę mówiącą o tym, że istnieje wpływ jednej zmiennej na drugą. Należy stwierdzić zatem, że w obu grupach odpowiedzi na poszczególne pytania różnią się istotnie.

Wyniki

W badanej grupie pielęgniarek/pielęgniarzy zdecydowanie przeważały kobiety – ich

odsetek stanowił 96,06% i osoby powyżej 30 roku życia (67,03%). Większość pielęgniarek była w trakcie podnoszenia swoich kwalifikacji zawodowych (studia, specjalizacja, kurs). Niemal co trzecia osoba z tej grupy posiadała wykształcenie średnie. Z kolei, 12,90% pielęgniarek posiadała wyższe wykształcenie. Pod względem stażu pracy, najwięcej pielęgniarek miało ponad 20. letnie doświadczenie w pracy zawodowej, co czwarta osoba pracowała jako pielęgniarka nie dłużej niż 20 lat. W badanej grupie pielęgniarek czynnych zawodowo przeważały (57,89%) osoby pracujące na izbie przyjęć, szpitalnym oddziale ratunkowym oraz pogotowiu. Większość badanych pielęgniarek nie pracowała w placówce pediatrycznej (79,08%), ani w Domu Opieki Społecznej (95,27%). Wyniki obrazuje Tabela I.

Tabela I. Struktura próby pielęgniarek/pielęgniarzy

		N	%
Płeć	mężczyzna	11	3,94%
	kobieta	268	96,06%
Wiek	do 30 lat	92	32,97%
	powyżej 30 lat	187	67,03%
Wykształcenie	średnie	84	30,11%
	wyższe	36	12,90%
	w trakcie podwyższania kwalifikacji (studia, specjalizacja, kurs)	159	56,99%
Staż pracy	do 5 lat	69	29,49%
	do 20 lat	60	25,64%
	powyżej 20 lat	105	44,87%
Miejsce pracy	IP/SOR/Pogotowie	99	57,89%
	POZ /Środowisko	52	30,41%
	Szkoła	20	11,70%
Placówka pediatryczna	tak	41	20,92%
	nie	155	79,08%
Dom Opieki Społecznej	tak	8	4,73%
	nie	161	95,27%

Podobnie jak w przypadku grupy pielęgniarek czynnych zawodowo, pod względem płci wśród badanych studentów pielęgniarstwa przeważały kobiety, których udział procentowy w badanej grupie wynosił 94,31%. W badanej grupie studentów zdecydowanie przeważały również osoby poniżej 30 roku życia, których było 96,80%. Większość badanych studentów (ponad $\frac{3}{4}$) stanowiły osoby odbywające studia I stopnia. Osoby studiujące na studiach II stopnia stanowiły 22,42% badanych. Najwięcej badanych studentów było w trakcie nauki na pierwszym (34,88%) i na drugim (30,60%) roku studiów licencjackich. Najmniejszą grupę stanowili studenci będący na ostatnim etapie studiów, tj. drugim roku studiów magisterskich.

Większość studentów planowała pracować w przyszłości na izbie przyjęć, szpitalnym oddziale ratunkowym oraz pogotowiu. Takich osób było w badanej grupie 73,46%. Niemal co czwarty student wskazał, iż zamierza pracować w podstawowej opiece zdrowotnej oraz środowisku. Najmniejszy odsetek studentów wiązał swoją pracę ze środowiskiem szkolnym (1,92%). Ponad połowa badanych studentów (55,13%) nie planowała pracować w placówkach pediatrycznych. Odmienniej opinii jest 44,87% badanych. Większość studentów (77,31%) nie chciałoby także pracować w Domu Opieki Społecznej Szczegółowe wyniki zawiera Tabela II.

Tabela II. Struktura próby studentów

		N	%
Płeć	mężczyzna	16	5,69%
	kobieta	265	94,31%
Wiek	do 30 lat	272	96,80%
	powyżej 30 lat	9	3,20%
Rok studiów	I licencjat	98	34,88%
	II licencjat	86	30,60%
	III licencjat	35	12,46%
	I mgr	39	13,88%
	II mgr	23	8,19%
Tryb studiów	I stopnia	218	77,58%
	II stopnia	63	22,42%
Planowane miejsce pracy	IP/SOR/Pogotowie	191	73,46%
	POZ /Środowisko	64	24,62%
	Szkoła	5	1,92%
Placówka pediatryczna	tak	145	55,13%
	nie	118	44,87%
Dom Opieki Społecznej	tak	59	22,69%
	nie	201	77,31%

Zarówno pielęgniarki, jak i studenci z reguły uważali, że zachowania agresywne i stosowanie przemocy najczęściej można zaobserwować na ulicy (odpowiednio 43,73% i 54,45%), w szkole (odpowiednio 46,24% i 50,18%) oraz w grupach rówieśniczych (odpowiednio 44,80% i 40,93%).

Niemal co czwarta pielęgniarka i co piąty student był zdania, iż ww. zachowania najczęściej można zaobserwować w domu.

Znaczący odsetek respondentów w obu grupach twierdził, że agresywne zachowania i stosowanie przemocy można też równie często spotkać w środkach masowego przekazu (odpowiednio: 27,24% pielęgniarek oraz 21,35% studentów).

Najmniej osób w obu grupach wskazało inne sytuacje, a także nie miało zdania na ten

temat (tj. wskazało odpowiedź „trudno powiedzieć”).

Powyższe wyniki świadczą o niewielkich różnicach między pielęgniarkami, a studentami. Wyniki testu niezależności Chi-Kwadrat wskazały na istotne statystycznie różnice we wskazywaniu przez pielęgniarki i studentów ulicy jako miejsca, gdzie najczęściej można zaobserwować zachowania agresywne i stosowanie przemocy ($p < 0,05$). Szczegółowe dane zawiera Tabela III.

Tabela III. Opinie badanych na temat miejsc, w których najczęściej można zaobserwować zachowania agresywne i stosowanie przemocy

		Pielęgniarki		Studenci	
		N	%	N	%
Gdzie Pani/Pana zdaniem najczęściej można zaobserwować zachowania agresywne i stosowanie przemocy?	na ulicy	122	43,73%	153	54,45%
	w domu	68	24,37%	55	19,57%
	w szkole	129	46,24%	141	50,18%
	w grupach rówieśniczych	125	44,80%	115	40,93%
	w środkach masowego przekazu	76	27,24%	60	21,35%
	inne	2	0,72%	5	1,78%
	trudno powiedzieć	11	3,94%	8	2,85%
	Wartość statystyki (χ^2)	Stopnie swobody (df)		Istotność (p)	
Na ulicy	6,438	1		0,011	
W domu	1,882	1		0,170	
W szkole	0,871	1		0,351	
W grupach rówieśniczych	0,860	1		0,354	
W środkach masowego przekazu	2,639	1		0,104	
Inne	1,280	1		0,258	
Trudno powiedzieć	0,513	1		0,474	

Niemal połowa pielęgniarek (48,39%) i niewiele mniej studentów (42,70%) było zdania, iż zjawisko przemocy w rodzinie narasta. Niewielki odsetek ankietowanych z obu grup (odpowiednio: 5,73% pielęgniarek i 6,41% studentów) był odmiennego zdania. Natomiast znacząca liczba zarówno pielęgniarek, jak i studentów nie wyraziła jednoznacznej opinii na ten temat - aż 45,88% pielęgniarek i 50,89% studentów udzieliło odpowiedzi „trudno powiedzieć”. Rozkład odpowiedzi obu grup wskazuje na brak istotnych statystycznie różnic w opinii na temat tego, czy zjawisko przemocy w rodzinie narasta. Potwierdzają to również wyniki testu niezależności Chi-Kwadrat ($p > 0,05$) zawarte w Tabeli IV.

Wśród pielęgniarek najwięcej osób (40,86%) uważało, że zjawisko przemocy w rodzinie może dotyczyć 21-50% rodzin w Polsce. Podobnie w przypadku studentów,

najwięcej osób z tej grupy (48,40%) było zdania, że zjawisko przemocy w rodzinie może dotyczyć 21-50%. Znacząca różnica zauważalna była w grupie osób przekonanych, iż powyższy problem dotyczy od 51 do 80% rodzin (odpowiednio: 7,17% pielęgniarek oraz 4,63% studentów), a także w grupie badanych mających problem z jednoznaczna odpowiedzią (odpowiednio: 12,54% pielęgniarek oraz 4,98% studentów). Istotność tych różnic potwierdzają wyniki testu niezależności Chi-Kwadrat ($p < 0,05$). Szczegóły zawiera Tabela V.

Tabela IV. Opinie badanych na temat ewaluacji zjawiska przemocy w rodzinie

		Pielęgniarki		Studenci	
		N	%	N	%
Czy zjawisko przemocy w rodzinie narasta?	tak	135	48,39%	120	42,70%
	nie	16	5,73%	18	6,41%
	trudno powiedzieć	128	45,88%	143	50,89%
		Wartość statystyki (χ^2)		Stopnie swobody (df)	
		1,823		2	
		Istotność (p)		0,402	
Chi-kwadrat		560			
Liczba przebadanych osób					

Tabela V. Rozkład opinii pielęgniarek i studentów na temat odsetka rodzin w Polsce, których może dotyczyć zjawisko przemocy w rodzinie

		Pielęgniarki		Studenci	
		N	%	N	%
Jakiego odsetka rodzin w Polsce, według Pani/Pana może dotyczyć zjawisko przemocy w rodzinie?	do 20%	107	38,35%	114	40,57%
	21-50%	114	40,86%	136	48,40%
	51-80%	20	7,17%	13	4,63%
	powyżej 81%	3	1,08%	4	1,42%
	trudno powiedzieć	35	12,54%	14	4,98%
		Wartość statystyki (χ^2)		Stopnie swobody (df)	
		12,778		4	
		Istotność (p)		0,012	
Chi-kwadrat		560			
Liczba przebadanych osób					

W opinii większość zarówno pielęgniarek, jak i studentów, zjawiska przemocy w rodzinie nie należy traktować, jako sprawy prywatnej danej rodziny (odpowiednio: 87,10% i 85,05%). Odmiennego zdania było tylko 4,30% pielęgniarek oraz 3,56% studentów. Rozkład odpowiedzi na to pytanie nie wskazuje na znaczące różnice w opinii na temat kwestii prywatność zjawiska przemocy w rodzinie między pielęgniarkami, a studentami, co potwierdzają również wyniki testu niezależności Chi-Kwadrat ($p > 0,05$). Szczegóły zawiera

tabela VI.

Zarówno pielęgniarki, jak i studenci w większości byli zdania, iż przemoc w rodzinie nie zdarza się tylko w określonych środowiskach, czy też dotyczy tylko rodzin patologicznych lub innych kultur (odpowiednio 80,29% i 81,14%). Niewielkie różnice widoczne były również pod względem odsetka osób z obu grup mających odmienne zdanie (odpowiednio: 9,68% i 9,25%), a także osób nie mających zdania na ten temat (odpowiednio: 10,04% i 9,61%). Nie wykazano istotnych statystycznie różnic w opiniach badanych grup na powyższy temat ($p > 0,05$). Szczegóły zawiera tabela VII.

Tabela VI Rozkład opinii pielęgniarek i studentów na temat, czy zjawisko przemocy w rodzinie, to sprawa prywatna tylko tej rodziny

		Pielęgniarki		Studenci	
		N	%	N	%
Czy zjawisko przemocy w rodzinie, to sprawa prywatna tej rodziny?	tak	12	4,30%	10	3,56%
	nie	243	87,10%	239	85,05%
	trudno powiedzieć	24	8,60%	32	11,39%
		Wartość statystyki (χ^2)		Stopnie swobody (df)	
		1,351		2	
		Istotność (p)		0,509	
Liczba przebadanych osób		560			

Tabela VII. Opinie pielęgniarek i studentów dotyczące środowisk, których dotyczy przemoc w rodzinie

		Pielęgniarki		Studenci	
		N	%	N	%
Czy przemoc w rodzinie zdarza się tylko w określonych środowiskach, dotyczy rodzin patologicznych, innych kultur?	tak	27	9,68%	26	9,25%
	nie	224	80,29%	228	81,14%
	trudno powiedzieć	28	10,04%	27	9,61%
		Wartość statystyki (χ^2)		Stopnie swobody (df)	
		0,065		2	
		Istotność (p)		0,968	
Liczba przebadanych osób		560			

W opinii większości pielęgniarek oraz studentów nie istnieją sytuacje, w których przemoc w rodzinie mogłaby być uzasadniona (odpowiednio 84,23% i 82,21%). Przeciwnego zdania było 3,23% pielęgniarek oraz 3,91% studentów. Jednoznacznej opinii na ten temat nie

wyraziło 12,54% pielęgniarek oraz 13,88% studentów. Analiza danych za pomocą testu niezależności Chi-Kwadrat ($p > 0,05$) wskazała jednoznacznie na brak istotnych statystycznie różnic między obiema grupami w opinii na temat studentów sytuacji, gdy przemoc w rodzinie mogłaby być uzasadniona. Szczegóły zawiera Tabela VIII.

Tabela VIII. Postrzeganie przez pielęgniarki i studentów sytuacji, gdy przemoc w rodzinie mogłaby być uzasadniona

		Pielęgniarki		Studenci	
		N	%	N	%
Czy według Pani/ Pana są sytuacje, gdy przemoc w rodzinie jest uzasadniona?	tak	9	3,23%	11	3,91%
	nie	235	84,23%	231	82,21%
	trudno powiedzieć	35	12,54%	39	13,88%
		Wartość statystyki (χ^2)		Stopnie swobody (df)	
Chi-kwadrat		0,443		2	
Liczba przebadanych osób		560			
		Istotność (p)		0,801	

Zdaniem większości pielęgniarek (72,40%) oraz studentów (71,17%) to osoba, która respondenci nazwali „sprawcą” jest odpowiedzialna za przemoc w rodzinie. Winę po stronie zarówno sprawcy, jak i ofiary przypisywała co czwarta pielęgniarka (21,15%) i co czwarty student (21,35%).

Przy użyciu testu niezależności Chi-Kwadrat wykazano, iż opinie na temat odpowiedzialności za przemoc w rodzinie nie różnią się istotnie statystycznie między badanymi pielęgniarkami, a studentami ($p < 0,05$). Szczegółowe dane zawiera Tabela IX.

W opinii większości pielęgniarek (71,68%) oraz studentów (76,51%) każda przemoc w rodzinie jest przestępstwem. Analiza wyników testem niezależności Chi-Kwadrat nie wskazała istotnych statystycznie różnic w opiniach badanych grup ($p > 0,05$). Szczegóły zawiera Tabela X.

Zarówno pielęgniarki (79,93%), jak i studenci (79,22%) byli w większości zdania, iż dziecko można wychować bez bicia. Znacznie mniej ankietowanych z obu grup uważało przeciwnie (odpowiednio: 6,09% i 8,19%). Dane zawiera Tabela XI.

Nie wykazano (Tabela XI) istotnych statystycznie różnic między pielęgniarkami i studentami w opiniach na temat możliwości wychowania dziecka bez bicia ($p > 0,05$).

Tabela IVIII. Rozkład opinii pielęgniarek i studentów na temat osób odpowiedzialnych za przemoc w rodzinie

		Pielęgniarki		Studenci	
		N	%	N	%
Kto według Pani/ Pana jest odpowiedzialny za przemoc w rodzinie?	ofiara	4	1,43%	1	0,36%
	sprawca	202	72,40%	200	71,17%
	ofiara i sprawca	59	21,15%	60	21,35%
	trudno powiedzieć	14	5,02%	20	7,12%
		Wartość statystyki (χ^2)		Stopnie swobody (df)	
		2,870		3	
		Istotność (p)		0,412	
Chi-kwadrat		2,870		3	
Liczba przebadanych osób		560			

Tabela IX Rozkład opinii pielęgniarek i studentów na temat, czy każda przemoc w rodzinie jest przestępstwem

		Pielęgniarki		Studenci	
		N	%	N	%
Czy Pani/Pana zdaniem każda przemoc w rodzinie jest przestępstwem?	tak	200	71,68%	215	76,51%
	nie	36	12,90%	27	9,61%
	trudno powiedzieć	43	15,41%	39	13,88%
		Wartość statystyki (χ^2)		Stopnie swobody (df)	
		2,016		2	
		Istotność (p)		0,365	
Chi-kwadrat		2,016		2	
Liczba przebadanych osób		560			

Tabela X. Przekonania badanych o tym, czy można dziecko wychować bez bicia

		Pielęgniarki		Studenci	
		N	%	N	%
Czy Pani/Pana zdaniem można dziecko wychować bez bicia?	tak	223	79,93%	224	79,72%
	nie	17	6,09%	23	8,19%
	trudno powiedzieć	39	13,98%	34	12,10%
		Wartość statystyki (χ^2)		Stopnie swobody (df)	
		1,238		2	
		Istotność (p)		0,539	
Chi-kwadrat		1,238		2	
Liczba przebadanych osób		560			

W opinii większości zarówno pielęgniarek (87,81%), jak i studentów (87,54%) poniżanie i lekceważenie nie jest mniej ważną formą agresji niż bicie. Poniższe wyniki zawarte w tabeli XII wskazują na brak istotnych statystycznie różnic między opiniami pielęgniarek a studentów na temat tego, czy poniżanie, lekceważenie jest mniej ważną formą

agresji niż bicie ($p > 0,05$).

Tabela XI Rozkład opinii pielęgniarek i studentów w kwestii, czy poniżanie, lekceważenie jest mniej ważną formą agresji niż bicie

		Pielęgniarki		Studenci	
		N	%	N	%
Czy Pani/Pana zdaniem poniżanie, lekceważenie jest mniej ważną formą agresji niż bicie?	tak	13	4,66%	10	3,56%
	nie	245	87,81%	246	87,54%
	trudno powiedzieć	21	7,53%	25	8,90%
		Wartość statystyki (χ^2)		Stopnie swobody (df)	
		0,734		2	
		Istotność (p)		0,693	
Liczba przebadanych osób		560			

Według większości pielęgniarek (83,15%) oraz studentów (87,19%) przemoc w rodzinie może powtarzać się w następnych pokoleniach. Przeciwnego zdania było 4,30% pielęgniarek i 2,14% studentów. Z kolei co ósma pielęgniarka i co dziesiąty student nie miał w tej kwestii zdania. Za pomocą testu niezależności Chi-Kwadrat nie wykazano istotnych statystycznie różnic między opiniami badanych grup na temat możliwości powtórzenia się przemocy w rodzinie w następnych pokoleniach ($p > 0,05$). Szczegóły zawiera Tabela XIII.

Tabela XII Opinie badanych na temat, czy przemoc w rodzinie może powtarzać się w następnych pokoleniach

		Pielęgniarki		Studenci	
		N	%	N	%
Czy Pani/Pana zdaniem przemoc w rodzinie może powtarzać się w następnych pokoleniach?	tak	232	83,15%	245	87,19%
	nie	12	4,30%	6	2,14%
	trudno powiedzieć	35	12,54%	30	10,68%
		Wartość statystyki (χ^2)		Stopnie swobody (df)	
		2,732		2	
		Istotność (p)		0,255	
Liczba przebadanych osób		560			

Analiza uzyskanych wyników wykazała, iż zdania na temat poszczególnych kwestii związanych z przemocą w rodzinie różniły się istotnie statystycznie w niektórych przypadkach, takich jak (Tab. XIV): obrażanie partnera, wyzwiska to normalna rzecz, podczas sporu między małżonkami ($p < 0,01$); wydzielanie pieniędzy i kontrolowanie wszystkich wydatków, to tylko przejaw gospodarności współmałżonka ($p < 0,001$); prawo w

Polsce w niedostateczny stopniu chroni ofiary przemocy w rodzinie ($p < 0,001$); nie ma przemocy domowej bez przyczyny ($p < 0,05$); ofiarom przemocy w rodzinie nie warto pomagać, bo i tak wrócą do sprawcy ($p < 0,05$).

Tabela XIIIIV. Wyniki testu niezależności Chi-kwadrat – istotność różnic w odpowiedziach pielęgniarek i studentów

	Wartość statystyki (χ^2)	Stopnie swobody (df)	Istotność (p)
Obrażanie partnera, wyzwiska to normalna rzecz, podczas sporu między małżonkami	10,995	2	0,004
Wydzielanie pieniędzy i kontrolowanie wszystkich wydatków, to tylko przejaw gospodarności współmałżonka	27,333	2	0,000
Prawo w Polsce w niedostateczny stopniu chroni ofiary przemocy w rodzinie	18,086	2	0,000
W Polsce jest wiele instytucji i stowarzyszeń, gdzie ofiara przemocy w rodzinie może otrzymać pomoc	1,986	2	0,370
Ofiary przemocy w rodzinie akceptują swoją sytuację	2,442	2	0,295
Istnieją okoliczności usprawiedliwiające przemoc w rodzinie	1,186	2	0,553
Nie ma przemocy domowej bez przyczyny	7,997	2	0,018
Rodzice mają prawo bić swoje dzieci	4,668	2	0,097
Ofiarom przemocy w rodzinie nie warto pomagać, bo i tak wrócą do sprawcy	8,728	2	0,013
Przemoc w rodzinie to wyolbrzymiony problem - kłótnie, rękoczynny zdarzają się w każdym domu	1,643	2	0,440
Gwałt w małżeństwie nie istnieje	4,791	2	0,091
Mężczyzna nie jest winny, gdy był pod wpływem alkoholu (narkotyków), w stresie, w depresji – nie był sobą	3,912	2	0,141

Respondenci uważali najczęściej (odpowiednio 76,34% pielęgniarek i 77,58% studentów), iż prawo w Polsce w niedostateczny stopniu chroni ofiary przemocy w rodzinie. Także najczęściej (odpowiednio 95,34% pielęgniarek i 97,86% studentów) nie zgadzali się ze stwierdzeniem, że mężczyzna nie jest sprawcą przemocy, gdy był pod wpływem alkoholu (narkotyków), w stresie, w depresji (Tabela XV).

W opinii większość pielęgniarek i studentów ofiara przemocy w rodzinie może szukać pomocy w policji (odpowiednio 87,10% i 90,75%) oraz poprzez telefon zaufania (odpowiednio: 82,80% i 81,14%). Znaczący odsetek osób z obu grup wskazywał również

innych członków rodziny (odpowiednio: 52,33% pielęgniarek oraz 59,07% studentów), opiekę społeczną (odpowiednio: 48,75% pielęgniarek oraz 54,09% studentów). Jako „inne” pielęgniarki wskazały (osoby znajome, zaufane), a studenci (przyjaciele, znajomi). Zdania na powyższy temat nie były znacząco zróżnicowane ze względu na badaną grupę, o czym świadczą także wyniki analizy testem niezależności Chi-Kwadrat, który nie wskazał w żadnym badanym przypadku na istotne statystycznie różnice (w każdym przypadku wartość p przekracza poziom 0,05). Szczegóły zawiera Tabela XVI.

Zarówno pielęgniarki, jak i studenci w zdecydowanej większości uważali, iż sprawcom domowej przemocy powinna być udzielana pomoc psychologiczna, by nauczyli się żyć bez udzielania przemocy, to jednak różnice w pozostałych możliwych odpowiedziach na pytanie 20. w części I (tj. „nie” i „trudno powiedzieć”) istotnie zróżnicowały opinie obu grup na ten temat. Zgodnie z wynikami testu niezależności Chi-Kwadrat, zachodzą istotne statystycznie różnice między opiniami pielęgniarek a studentów na temat tego, czy sprawcom domowej przemocy powinna być udzielana pomoc psychologiczna, by nauczyli się żyć bez udzielania przemocy ($p < 0,05$). Szczegóły zawiera Tabela XVII.

Według 36,20% pielęgniarek oraz 37,37% studentów przemoc w rodzinie to problem dostrzegany w Polsce. Przeciwnego zdania było 36,56% pielęgniarek i 33,81% studentów. Z kolei, zdania na ten temat nie miało 27,24% pielęgniarek oraz 28,83% studentów. Taki rozkład opinii na ten temat świadczy o niewielkich różnicach między pielęgniarkami i studentami, a o słuszności tego wniosku świadczą wyniki testu niezależności Chi-Kwadrat, wskazujące na brak istotnych statystycznie różnic między obiema grupami. Szczegóły zawiera Tabela XVIII.

Tabela XIV. Rozkład opinii pielęgniarek i studentów opinii na temat różnych kwestii związanych z przemocą w rodzinie

	Zgadzam się				Nie zgadzam się				Trudno powiedzieć			
	Pielęgniarki		Studenci		Pielęgniarki		Studenci		Pielęgniarki		Studenci	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Obrażanie partnera, wyzwiska to normalna rzecz, podczas sporu między małżonkami	13	4,66%	14	4,98%	258	92,47%	240	85,41%	8	2,87%	27	9,61%
Wydzielanie pieniędzy i kontrolowanie wszystkich wydatków, to tylko przejaw gospodarności współmałżonka	15	5,38%	39	13,88%	225	80,65%	171	60,85%	39	13,98%	71	25,27%
Prawo w Polsce w niedostateczny stopniu chroni ofiary przemocy w rodzinie	213	76,34%	218	77,58%	28	10,04%	6	2,14%	38	13,62%	57	20,28%
W Polsce jest wiele instytucji i stowarzyszeń, gdzie ofiara przemocy w rodzinie może otrzymać pomoc	64	22,94%	65	23,13%	97	34,77%	83	29,54%	118	42,29%	133	47,33%
Ofiary przemocy w rodzinie akceptują swoją sytuację	79	28,32%	67	23,84%	91	32,62%	87	30,96%	109	39,07%	127	45,20%
Istnieją okoliczności usprawiedliwiające przemoc w rodzinie	11	3,94%	7	2,49%	243	87,10%	245	87,19%	25	8,96%	29	10,32%
Nie ma przemocy domowej bez przyczyny	42	15,05%	69	24,56%	182	65,23%	161	57,30%	55	19,71%	51	18,15%
Rodzice mają prawo bić swoje dzieci	10	3,58%	10	3,56%	247	88,53%	233	82,92%	22	7,89%	38	13,52%
Ofiarom przemocy w rodzinie nie warto pomagać, bo i tak wrócą do sprawcy	8	2,87%	0	0,00%	246	88,17%	260	92,53%	25	8,96%	21	7,47%
Przemoc w rodzinie to wyolbrzymiony problem - klótnie, rękoczynny zdarzają się w każdym domu	9	3,23%	6	2,14%	250	89,61%	248	88,26%	20	7,17%	27	9,61%
Gwałt w małżeństwie nie istnieje	6	2,15%	10	3,56%	247	88,53%	257	91,46%	26	9,32%	14	4,98%
Mężczyzna nie jest sprawcą przemocy, gdy był pod wpływem alkoholu (narkotyków), w stresie, w depresji – nie był sobą	3	1,08%	3	1,07%	266	95,34%	275	97,86%	10	3,58%	3	1,07%

Tabela XVI. Wiedza pielęgniarek i studentów na temat miejsc, w których ofiara przemocy w rodzinie może szukać pomocy

		Pielęgniarki		Studenci	
		N	%	N	%
Gdzie ofiara przemocy w rodzinie może szukać pomocy?	policja	243	87,10%	255	90,75%
	opieka społeczna	136	48,75%	152	54,09%
	telefon zaufania	231	82,80%	228	81,14%
	organizacje pozarządowe	88	31,54%	89	31,67%
	kurator	77	27,60%	60	21,35%
	sąsiedzi	112	40,14%	99	35,23%
	inni członkowie rodziny	146	52,33%	166	59,07%
	kościół	94	33,69%	104	37,01%
	służba zdrowia	88	31,54%	90	32,03%
	inne	5	1,79%	5	1,78%
	trudno powiedzieć	13	4,66%	8	2,85%
Wartość statystyki (χ²)					
		Stopnie swobody (df)	Istotność (p)		
Policja		1,895	1	0,169	
Opieka społeczna		1,602	1	0,206	
Telefon zaufania		0,260	1	0,610	
Organizacje pozarządowe		0,001	1	0,973	
Kurator		2,956	1	0,086	
Sąsiedzi		1,439	1	0,230	
Inni członkowie rodziny		2,438	1	0,118	
Kościół		0,675	1	0,411	
Służba zdrowia		0,015	1	0,901	
Inne		0,000	1	0,991	
Trudno powiedzieć		1,274	1	0,259	
Policja		1,895	1	0,169	
Opieka społeczna		1,602	1	0,206	

Tabela XVI Rozkład opinii respondentów na temat, czy sprawcom domowej przemocy powinna być udzielana pomoc psychologiczna

		Pielęgniarki		Studenci	
		N	%	N	%
Czy sprawcom domowej przemocy powinna być według Pana(i) udzielana pomoc psychologiczna, by nauczyli się żyć bez udzielania przemocy?	tak	253	90,68%	271	96,44%
	nie	8	2,87%	3	1,07%
	trudno powiedzieć	18	6,45%	7	2,49%
Wartość statystyki (χ²)					
		Stopnie swobody (df)	Istotność (p)		
Chi-kwadrat		7,724	2	0,021	
Liczba przebadanych osób		560			

Tabela XVII Rozkład opinii pielęgniarek i studentów na temat dostrzegania problemu przemocy w rodzinie w Polsce

		Pielęgniarki		Studenci	
		N	%	N	%
Czy Pani/Pana zdaniem przemoc w rodzinie to problem w Polsce dostrzegany?	tak	101	36,20%	105	37,37%
	nie	102	36,56%	95	33,81%
	trudno powiedzieć	76	27,24%	81	28,83%
Wartość statystyki (χ²)					
		Stopnie swobody (df)		Istotność (p)	
Chi-kwadrat		0,478		2	
Liczba przebadanych osób		560			

Pielęgniarki i studenci zapytani o występowanie w ich otoczeniu rodzin, których dotyczy problem przemocy w rodzinie, najczęściej odpowiadali twierdząco (odpowiednio: 43,73% pielęgniarek i 42,70% studentów). Zaprzeczyło takiemu faktowi 31,54% pielęgniarek i 34,52% studentów. Z kolei, zdania na ten temat nie miała niemal co czwarta pielęgniarka (24,73%) i co piąty student (22,78%). Jak wskazują wyniki testu niezależności Chi-Kwadrat nie stwierdzono w tym przypadku istotnych statystycznie różnic między pielęgniarkami, a studentami ($p > 0,05$). Szczegóły obrazuje Tabela XIX.

Tabela XVIII. Rozkład odpowiedzi pielęgniarek i studentów na pytanie: Czy w Pani/Pana otoczeniu są rodziny, których dotyczy problem przemocy w rodzinie?

		Pielęgniarki		Studenci	
		N	%	N	%
Czy w Pani/Pana otoczeniu są rodziny, których dotyczy problem przemocy w rodzinie?	tak	122	43,73%	120	42,70%
	nie	88	31,54%	97	34,52%
	trudno powiedzieć	69	24,73%	64	22,78%
Wartość statystyki (χ²)					
		Stopnie swobody (df)		Istotność (p)	
Chi-kwadrat		0,635		2	
Liczba przebadanych osób		560			

Zdecydowana większość pielęgniarek i studentów uważała, że problem przemocy w rodzinie dotyczy najczęściej kobiet (odpowiednio: 90,68% pielęgniarek i 93,95% studentów) i dzieci (odpowiednio: 87,46% pielęgniarek i 91,81% studentów). Co trzecia pielęgniarka (33,69%) i co trzeci student (34,16%) dostrzegał ten problem również u osób

starszych, zaś co piąta pielęgniarka (21,15%) oraz co piąty student (23,13%) – u osób niepełnosprawnych. Analiza uzyskanych wyników testem niezależności Chi-Kwadrat wskazuje, iż opinie pielęgniarek i studentów na temat osób, których najczęściej dotyczy problem przemocy w rodzinie nie różnią się istotnie statystycznie (w każdym badanym przypadku wartość istotności p nie przekracza 0,05). Szczegóły zawiera Tabela XX.

Tabela XIX. Przekonania pielęgniarek i studentów na temat tego, kogo najczęściej dotyczy problem przemocy w rodzinie

		Pielęgniarki		Studenci	
		N	%	N	%
Kogo Pani/Pana zdaniem najczęściej dotyczy problem przemocy w rodzinie?	dzieci	244	87,46%	258	91,81%
	kobiety	253	90,68%	264	93,95%
	mężczyźni	17	6,09%	20	7,12%
	osoby starsze	94	33,69%	96	34,16%
	niepełnosprawni	59	21,15%	65	23,13%
	trudno powiedzieć	9	3,23%	6	2,14%
	Wartość statystyki (χ^2)	Stopnie swobody (df)		Istotność (p)	
Dzieci	2,866	1		0,090	
Kobiety	2,111	1		0,146	
Mężczyźni	0,238	1		0,626	
Osoby starsze	0,014	1		0,906	
Niepełnosprawni	0,320	1		0,572	
Trudno powiedzieć	0,639	1		0,424	

Ponad połowa pielęgniarek (53,41%), jak i studentów (45,45%) nie zetknęła się ze zjawiskiem przemocy w rodzinie. Nie wykazano istotnych różnic pod tym względem pomiędzy badanymi grupami ($p > 0,05$). Szczegóły zawiera Tabela XXI.

Tabela XX Deklaracja respondentów odnośnie zetknięcia się ze zjawiskiem przemocy w rodzinie

		Pielęgniarki		Studenci	
		N	%	N	%
Czy kiedykolwiek Pani/Pan zetknęliście się ze zjawiskiem przemocy w rodzinie?	tak	130	46,59%	128	45,55%
	nie	149	53,41%	153	54,45%
	Wartość statystyki (χ^2)	Stopnie swobody (df)		Istotność (p)	
Chi-kwadrat	0,061	1		0,804	
Liczba przebadanych osób	560				

Ze zjawiskiem przemocy w rodzinie pielęgniarki ponad trzykrotnie częściej, niż studenci, zetknęły się pracy zawodowej (odpowiednio: 34,11% i 10,57%). Z kolei, większość studentów (69,11%) spotkało się z tym w życiu prywatnym, podczas gdy pielęgniarek takich było 47,29%. Badanie z wykorzystaniem testu Chi-kwadrat wykazało istotność statystyczną w powyższych przypadkach (w tym w przypadku pracy zawodowej zanotowano bardzo silną istotność statystyczną – $p < 0,001$). Szczegóły zawiera Tabela XXII.

Tabela XXI. Deklarowanie przez respondentów miejsca zetknięcia się ze zjawiskiem przemocy w rodzinie

Gdzie zetknęliście się ze zjawiskiem przemocy w rodzinie?		Pielęgniarki		Studenci	
		N	%	N	%
	praca zawodowa	44	34,11%	13	10,57%
	życie prywatne	61	47,29%	85	69,11%
	własne (środowisko rodzinne)	46	35,66%	44	35,77%
	Wartość statystyki (χ^2)	Stopnie swobody (df)		Istotność (p)	
Praca zawodowa	19,018	1		0,000	
Życie prywatne	5,107	1		0,024	
Własne (środowisko rodzinne)	0,071	1		0,789	

Zarówno pielęgniarki, jak i studenci w większości (odpowiednio: 53,97% i 61,86%) rzadko spotykali się ze zjawiskiem przemocy w rodzinie. Niewielki odsetek w obu grupach wskazał, że bardzo często spotyka się z tym zjawiskiem (odpowiednio: 3,17% pielęgniarek i 4,24% studentów). Test niezależności Chi-kwadrat wskazał na brak istotnych statystycznie różnic między pielęgniarkami a studentami pod względem częstotliwości spotykania się ze zjawiskiem przemocy w rodzinie ($p > 0,05$). Szczegóły zawiera Tabela XXIII.

Elementy przemocy podczas realizowania czynności zawodowych obserwowano 37,10% pielęgniarek i 10,09% studentów. Główny powód realizowanych czynności zawodowych upatrywało w nich 9,68% pielęgniarek i 1,83% studentów. Z kolei inne sytuacje wskazywało 16,13% pielęgniarek o 10,09% studentów. W kategorii „inne” pielęgniarki wymieniały (informacja od ofiary, w sąsiedztwie, we własnym domu, rodzinie, u koleżanki), a studenci (w życiu codziennym, podczas wizyty u znajomych, w dalszej rodzinie, w sąsiedztwie, w otoczeniu). Większość studentów (77,98%) oraz 37,10% pielęgniarek nie wyraziło swojej opinii na powyższy temat. Różnice powyższe są znaczące, co potwierdzają wyniki przeprowadzonego testu niezależności Chi-kwadrat ($p < 0,001$) wskazujące na bardzo silną istotność statystyczną. Szczegóły zawiera Tabela XXIV.

Tabela XXIII. Deklaracja respondentów odnośnie częstości spotykania się ze zjawiskiem przemocy w rodzinie

		Pielęgniarki		Studenci	
		N	%	N	%
Jak często spotykacie się Państwo ze zjawiskiem przemocy w rodzinie?	rzadko	68	53,97%	73	61,86%
	często	31	24,60%	23	19,49%
	bardzo często	4	3,17%	5	4,24%
	trudno powiedzieć	23	18,25%	17	14,41%
		Wartość statystyki (χ^2)	Stopnie swobody (df)	Istotność (p)	
Chi-kwadrat		2,114	3	0,549	
Liczba przebadanych osób		244			

Tabela XXII. Rozkład opinii pielęgniarek i studentów dotyczące obserwowania elementów przemocy podczas realizowania czynności zawodowych

		Pielęgniarki		Studenci	
		N	%	N	%
Czy powyższe elementy przemocy były:	zaobserwowane podczas realizowaniu czynności zawodowych	46	37,10%	11	10,09%
	były głównym powodem realizowanych czynności zawodowych	12	9,68%	2	1,83%
	inne	20	16,13%	11	10,09%
	trudno powiedzieć	46	37,10%	85	77,98%
		Wartość statystyki (χ^2)	Stopnie swobody (df)	Istotność (p)	
Chi-kwadrat		42,066	3	0,000	
Liczba przebadanych osób		233			

Niemal połowa pielęgniarek (46,01%) rzadko realizowała swoje czynności zawodowe z powodu przemocy w rodzinie. Podobny odsetek (46,01%) miał problem z jednoznaczna odpowiedzią. Tymczasem co trzeci student rzadko realizował takie czynności zawodowe. Różnice te są znaczące, o czym świadczą wyniki testu niezależności Chi-kwadrat ($p < 0,05$). Szczegóły zawiera Tabela XXV.

Większość pielęgniarek (61,67%) podejmowała działania pomocowe w chwili stwierdzenia przemocy w rodzinie. Nie podejmowało żadnych działań niemal tyle samo studentów (61,97%). Świadczy to jednoznacznie o znaczących różnicach między pielęgniarkami, a studentami, co potwierdza test niezależności CH-kwadrat, który wskazał na bardzo silną istotność statystyczną ($p < 0,001$). Szczegóły zawiera Tabela XXVI

Tabela XXV. Deklaracja częstości realizacji czynności zawodowych z powodu przemocy w rodzinie

		Pielęgniarki		Studenci	
		N	%	N	%
Jak często realizowała/l Pani/Pan czynności zawodowe, z powodu przemocy w rodzinie?	rzadko	75	46,01%	35	32,41%
	często	12	7,36%	4	3,70%
	bardzo często	1	0,61%	3	2,78%
	trudno powiedzieć	75	46,01%	66	61,11%
		Wartość statystyki (χ^2)	Stopnie swobody (df)	Istotność (p)	
Chi-kwadrat		9,342	3	0,025	
Liczba przebadanych osób		271			

Tabela XXIII. Deklaracja podejmowania działań pomocowych w momencie stwierdzenia przemocy w rodzinie

		Pielęgniarki		Studenci	
		N	%	N	%
Czy w chwili stwierdzenia przemocy w rodzinie podejmowała/l Pani/Pan działanie pomocowe?	tak	74	61,67%	43	38,05%
	nie	46	38,33%	70	61,95%
		Wartość statystyki (χ^2)	Stopnie swobody (df)	Istotność (p)	
Chi-kwadrat		12,981	1	0,000	
Liczba przebadanych osób		233			

Pielęgniarki najczęściej podejmowały działania takie jak: powiadomienie policji (50,000%), adnotacja w dokumentacji (43,75%), rozmowa ze zwierzchnikiem (odpowiednio: 26,25% i 8,51%) oraz powiadomienie opieki społecznej (odpowiednio 31,25% i 17,02%). Z kolei, studenci podejmowali głównie takie działania jak: powiadomienie policji (53,19%) i inne (31,91%). W kategorii „inne” pielęgniarki wymieniały (rozmowa z pokrzywdzoną osobą, rozmowa ze sprawcą), a studenci (rozmowa z osobą poszkodowaną, rozmowa z księdzem, psychologiem, zwrócenie uwagi sprawcy, próba nakłonienia do rozmowy z psychologiem). Test niezależności Chi-kwadrat wskazał na istotne statystycznie różnice między pielęgniarkami a studentami w przypadku takich działań jak: adnotacja w dokumentacji ($p < 0,001$), rozmowa ze zwierzchnikiem ($p < 0,001$), powiadomienie policji ($p < 0,04$) i powiadomienie opieki społecznej ($p < 0,01$). Szczegóły zawiera Tabela XXVII.

Zarówno pielęgniarki (74,31%), jak i studenci (78,21%) w większości uważali za

konieczne podejmowanie czynności pomocowych w przypadku stwierdzenia przemocy w rodzinie, podczas pełnienia obowiązków zawodowych. Przeciwnego zdania było 5,14% pielęgniarek oraz 2,50% studentów. Z kolei, co piąta pielęgniarka i co piąty student nie miał zdania na ten temat. Nie wykazano testem niezależności Chi-kwadrat istotnych statystycznie różnic między obiema grupami. Uzyskane wyniki obrazuje Tabela XXVIII.

Tabela XXVII. Deklaracja podejmowanych działań pomocowych w momencie stwierdzenia przemocy w rodzinie

		Pielęgniarki		Studenci	
		N	%	N	%
Jeśli tak, to jakie:	adnotacja w dokumentacji	35	43,75%	6	12,77%
	powiadomienie sądu	7	8,75%	4	8,51%
	rozmowa ze zwierzchnikiem	21	26,25%	4	8,51%
	powiadomienie policji	40	50,00%	25	53,19%
	powiadomienie opieki społecznej	25	31,25%	8	17,02%
	inne	8	10,00%	15	31,91%
		Wartość statystyki (χ^2)	Stopnie swobody (df)	Istotność (p)	
Adnotacja w dokumentacji		22,357	1	0,000	
Powiadomienie sądu		0,857	1	0,355	
Rozmowa ze zwierzchnikiem		12,228	1	0,000	
Powiadomienie policji		4,038	1	0,044	
Powiadomienie opieki społecznej		9,436	1	0,002	
Inne		2,170	1	0,141	

Tabela XXVIII. Rozkład opinii pielęgniarek i studentów na temat konieczności podejmowania czynności pomocowych w przypadku stwierdzenia przemocy w rodzinie, podczas pełnienia obowiązków na stanowisku pracy

		Pielęgniarki		Studenci	
		N	%	N	%
Czy uważa Pani/Pan za konieczne podejmowanie czynności pomocowych w przypadku stwierdzenia przemocy w rodzinie, podczas pełnienia obowiązków na stanowisku pracy?	tak	188	74,31%	219	78,21%
	nie	13	5,14%	7	2,50%
	trudno powiedzieć	52	20,55%	54	19,29%
		Wartość statystyki (χ^2)	Stopnie swobody (df)	Istotność (p)	
Chi-kwadrat		2,838	2	0,242	
Liczba przebadanych osób		533			

Dyskusja

Zadawanie bólu i cierpienia bezbronnym i słabym, za Mossakowska [6] było związane z ludzkością od niepamiętnych czasów, jednakże przyczyny i skutki maltretowania nie były przedmiotem naukowych badań przez całe wieki. Zdaniem autorki [6] dziecko od zawsze było traktowane jako własność rodzica, zaś ojciec miał prawo do jego życia, a nawet zabicia własnego potomstwa. Dopiero w 365. roku cesarz rzymski Walentynian I zniósł prawo ojca do zabijania własnego dziecka, utrzymując jednak prawo do bicia, które przetrwało w większości społeczeństw do czasów współczesnych i dotyczy w większym lub mniejszym stopniu wszystkich grup narodowościowych, kulturowych i religijnych [6].

Zdaniem Durdy [7] świat od wielu lat przygląda się zjawisku przemocy wobec dzieci, kiedyś wyłącznie postrzegane z ciekawością, a obecnie także z troską i z poszukiwaniem źródeł przeciwdziałania temu zjawisku.

W Sprawozdaniu z realizacji Krajowego programu przeciwdziałania przemocy w rodzinie na lata 2014-2020 za okres od 1 stycznia do 31 grudnia 2014 r. [8] wykazano, że spośród badanych osób, 18,6% zadeklarowało bycie bezpośrednim świadkiem przemocy (w badaniu z roku 2010 było to niemal 25% - istotnie statystycznie więcej). Najczęściej respondenci byli świadkami przemocy psychicznej (12,3%), rzadziej przemocy fizycznej (9,2%), ekonomicznej (3,7%), czy seksualnej (0,5% badanych). W roku 2014, ponad 1/3 wszystkich badanych (33,7%) zadeklarowała całkowity brak kontaktu z jakąkolwiek formą przemocy. W roku 2010 odsetek ten był istotnie mniejszy (27,8%), a mężczyźni znacznie rzadziej niż kobiety nie mieli żadnego kontaktu z przemocą w rodzinie (32,5% do 34,7%). Proporcje te w roku 2010 były bardzo podobne lecz kierunek odwrotny – mężczyźni częściej deklarowali brak bezpośrednich doświadczeń z przemocą (30,0% do 25,9%) [8].

Obertyn [9] zwraca uwagę, że 61% badanych przez nią dzieci było świadkami przemocy wobec dzieci, a 12% dziewcząt i 9% chłopców posiadało informacje na temat tego, że ich koledzy doświadczają przemocy fizycznej. Najbardziej „popularną” formą przemocy w rodzinie obserwowaną przez dzieci i młodzież było wyśmiewanie i poniżanie ich kolegów i koleżanki [9].

Kowalczuk [10] w raporcie z badania z 2012 roku przeprowadzonego na grupie na liczącej 1.017 osób dorosłych mieszkańców Polski, wykazała iż respondenci najczęściej doświadczali agresji w domu (9%), bądź na ulicy, poza najbliższą okolicą (9%). Podobna liczba osób (8%) padła ofiarą przemocy nieopodal miejsca zamieszkania. Co dwudziesty ankietowany (5%) został zaatakowany w restauracji, kawiarni lub na dyskotecę, czterech na

stu (4%) spotkało się z przemocą w pracy lub szkole, a trzech na stu (3%) w środkach komunikacji [10].

W Polsce [cyt. za 11] nie ma niestety zbiorczego kompendium zawierającego dane dotyczące przemocy w rodzinie, a określenie skali zjawiska przemocy w rodzinie na poziomie ogólnopolskim, napotyka na trudności wynikające z mnogości instytucji pośrednio i bezpośrednio analizujących przypadki stosowania przemocy w rodzinie. Dodatkowo sama problematyka tego zjawiska, jako kwestia niezwykle delikatna i niezmiernie drażliwa, jest często skrywana przez osoby doświadczające przemocy [cyt. za 11].

Badania Regionalnego Ośrodka Polityki Społecznej w Białymstoku [cyt. za 11] przeprowadzone, w grupie 850 respondentów, po 50 mieszkańców z każdego powiatu województwa podlaskiego, techniką wywiadów telefonicznych wspomaganych komputerowo, ujawniło występowanie różnorodnych opinii na temat zjawiska przemocy w rodzinie w województwie podlaskim. Większość badanych uważała przemoc w rodzinie za zjawisko często spotykane w województwie podlaskim, przy czym była to sytuacja powszechna, w wielu przypadkach nieuświadomiona. Okazało się, że od 8% do 75% rodzin dotkniętych było przemocą domową. Respondenci przyznali, że problem przemocy w rodzinie upowszechnił się i jest sprawą mniej wstydlivą, co wpływa z kolei na wykrywalność zjawiska i mniejsze przyzwolenie społeczne [cyt. za 11].

We wspomnianym już raporcie z badania zrealizowanego w roku 2012 [10] wykazano, iż kobiety dwukrotnie częściej niż mężczyźni, deklarowały, że były ofiarami przemocy w domu. Mężczyźni natomiast znacznie częściej doświadczyli przemocy poza domem. Częściej, niż co czwarty Polak (28%) deklarował, że zna osobiście lub z widzenia kobiety bite przez partnerów, a co trzecia kobieta (32%) - że zna kobiety bite przez mężów. Co dziewiąty respondent żyjący w stałym związku (11%) deklarował, że doświadczył przemocy domowej (5% przyznało, że w ich przypadku takie zdarzenia miały miejsce co najmniej kilka razy) [10].

W obecnym badaniu stwierdzono, że w pracy zawodowej ze zjawiskiem przemocy w rodzinie, stykała się co trzecia pielęgniarka. Badani (w większości studenci 69,11%) mieli także kontakt z przemocą w środowisku prywatnym. Powyższe wpłynęło na fakt, iż w chwili obecnej respondenci prowadzą baczniejszą i bardziej ukierunkowaną na powyższe obserwację swoich podopiecznych.

Termin „*przemoc w rodzinie*” używany jest dla określenia „*działań i zaniechań występujących w bliskich związkach. W węższym znaczeniu ogranicza się do przypadków ataku fizycznego, jeśli ten przybiera formę wykorzystania przewagi fizycznej czy nadużycia*

seksualnego” i są to zachowania takie jak: szturchanie, szczypanie, klucie, kopanie, uderzanie, duszenie, przypalanie, bicie prętem, pchnięcie nożem, oblanie wrzątkiem lub kwasem, podpalenie [cyt. za 12]. Stosowany jest on również dla określenia przemocy psychicznej, która może objawiać się w postaci nawracającego znęcania się słownego, szykanowania, ograniczania i pozbawiania środków materialnych, finansowych i osobistych, kontrolowanie kontaktów z członkami rodziny i przyjaciółmi [cyt. za 12].

W badaniu Bedyńskiej i wsp. [13], przeprowadzonym na próbie 1.000 losowo wybranych respondentów wykazano, iż ponad 50% z nich twierdziło, że nie byli świadkami i nie słyszeli od innych osób o przejawach przemocy fizycznej wobec osób starszych. Formą przemocy, z którą stykali się najczęściej, było „izolowanie, zamykanie” (46,7%), natomiast z „szarpaniem, popychaniem, poszturchiwaniem” zetknęło się 46%, a z „uderzaniem, biciem” – 43,1% [13]. Analizowano także trzy formy przemocy ekonomicznej w rodzinie wobec osób starszych, takie jak: zabieranie i wykorzystywanie ich pieniędzy, zabieranie dóbr materialnych oraz zmuszanie do prac domowych. Z przemocą ekonomiczną wobec osób starszych poza własną rodziną zetknęło się około 50% respondentów, a formą najczęściej relacjonowaną było zabieranie pieniędzy (51,5%), zaś najrzadziej - zmuszanie do prac domowych (46,7%) [13]. Pytano także o formy przemocy psychicznej wobec osób starszych, takie jak: ośmieszanie lub wyzywanie, wytykanie starości i niepełnosprawności fizycznej lub psychicznej oraz zmuszanie do różnych rzeczy stosując pogroźki groźby lub szantaż. Ta ostatnia forma przemocy okazała się najrzadziej obserwowana przez respondentów poza ich środowiskiem rodzinnym (43,7%). Ośmieszanie oraz wytykanie niepełnosprawności obserwowało odpowiednio 48,3% i 48,5% respondentów [13]. Odpowiedzi „nie wiem, trudno powiedzieć” średnio udzieliło 2,47% badanych. Zdecydowana większość utrzymywała, że nigdy nie zetknęła się w swoim otoczeniu z przemocą seksualną wobec osób starszych. Niemniej, bo 22,7% osób przyznało, że zetknęło się z jej przejawami, a 4,4% nic na ten temat nie wiedziało lub nie miało zdania [13].

Kowalczyk [10] wykazała także, że szczególną formą przemocy domowej jest ta zadawana przez dzieci. Tylko nieliczni badani rodzice (2%) przyznali, że byli kiedyś uderzeni przez swoje dorastające lub dorosłe dziecko (16. letnie lub starsze). Blisko jedna piąta badanych żyjących w stałym związku (18%) przyznała, że zdarzają się sytuacje, kiedy współmałżonek używał wyzwisk i obelg, co dziesiąty (10%) doświadczał poniżania i kpin, a co dwunasty (8%) uskarżał się, że współmałżonek ograniczał jego kontakty z rodziną i znajomymi [10]. Pięciu na stu Polaków będących w stałych związkach (5%) przyznało, że czasami partner groził lub szantażował go. Tyle samo bywało szarpanych i popychanych.

Mężczyźni częściej niż kobiety skarżyli się, że doświadczyli wyzwisk i ograniczenia kontaktów z rodziną i znajomymi. Natomiast kobiety nieco częściej twierdziły, że zdarza się, iż ich partnerzy poniżali je i wyśmiewali. Ponad połowa badanych przyznających, że partnerzy użyli wobec nich siły (58%) spotykała się także z innymi formami agresji. Natomiast wśród osób, które nie doświadczyły przemocy fizycznej, co piąta (19%) deklarowała, że była dręczona psychicznie przez partnera [10].

W obecnym badaniu większość respondentów uważała, że w Polsce dominują takie rodzaje przemocy jak - przemoc psychiczna (94,62% pielęgniarek i 97,15% studentów), fizyczna (93,55% pielęgniarek i 96,44% studentów) oraz seksualna (74,91% pielęgniarek i 87,19% studentów).

Wyniki z badania Obertyn [9] wskazały, że w 36% przypadków dzieci doświadczały przemocy ze strony swoich rodziców, w tym ofiarami przemocy było aż 20% chłopców. Zdecydowana większość badanych stwierdziła, że nie doświadcza nigdy kar fizycznych ze strony swoich rodziców, jednakże wśród badanych - 14,63% dziewcząt i 22,5% chłopców, było karanych fizycznie nawet za drobne przewinienia. Z danych uzyskanych w badaniu autorka [9] wyciągnęła wniosek, że chłopcy częściej, niż dziewczęta byli karani fizycznie, a także że jest większe prawdopodobieństwo, iż w wieku dorastania mogą zostać ofiarami przemocy. Badani wskazywali na różne formy, których rodzice używają do ich dyscyplinowania, w tym takie jak: bicie, wyśmiewanie, niszczenie rzeczy, zamykanie w pomieszczeniu, poniżanie, przemoc seksualną oraz szlabany, zakazy korzystania z komórek czy komputera itp. [9].

Waksmańska i wsp. [14] badaniem objęła 36 dziewczynek oraz 24 chłopców w wieku 10–18 lat i wykazała, że najczęstszą formą agresji stosowaną w rodzinie wobec nich było szarpanie (31,6%), a następnie bicie (28,3%), wyzwiska (28,3%), popychanie (13,3%) i policzkowanie (8,3%). Czterech badanych chłopców stwierdziło, że rodzice stosowali wobec nich karę „zamknięcia w odosobnieniu” [14].

Uważa się [15], że zjawisko przemocy w rodzinie jest zawsze wynikiem wielu różnych, nakładających się czynników, które w efekcie doprowadzają do zachowań przemocowych w stosunku do najbliższych – np. finansowych, zawodowych, zdrowotnych, a wskazanie szczegółowej listy przyczyn występowania przemocy w rodzinie dodatkowo komplikuje fakt, że przemoc w rodzinie sama w sobie może mieć zarówno charakter skutku, jak i przyczyny [15].

W opinii Kozak [16] formy przemocy stosowane przez rodziców wobec dzieci są niekiedy niezwykle wyrafinowane i dokładnie ukrywane, co powoduje, że osobom spoza środowiska rodzinnego trudno jest dostrzec nieprawidłowości w relacjach rodziny [16].

Z badania TNS OBOP [17] przeprowadzonego dla Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej w roku 2008, na 3.000-osobowej próbie mieszkańców Polski w wieku 18. i więcej lat wynika, że czterech na stu (4%) sprawców przemocy wobec swoich dzieci dopuściło się krzywdzącego dziecko czynu (przemocy psychicznej, fizycznej, ekonomicznej bądź seksualnej) pod wpływem alkoholu. 19% badanych przyznała, że dopuściła się przemocy wobec swojego dziecka w momencie, gdy miała kłopoty w pracy, a 30%, gdy miało problemy w rodzinie lub życiu osobistym [17].

Badanie przeprowadzone przez Fundację Centrum Praw Kobiet [18] w grupie 131 sędziów pracujących w wydziałach karnych, wykazały że aż 77,1% z nich sądziło, że przemoc wobec kobiet bardzo często jest związana z nadużywaniem alkoholu przez sprawcę.

W obecnym badaniu większość respondentów obserwowała zachowania agresywne i stosowanie przemocy na ulicy, w szkole, w grupach rówieśniczych oraz środkach masowego przekazu. Ów fakt był niewątpliwie związany z pogłębiającymi się różnicami ekonomicznymi oraz jakością socjalno-bytową społeczeństwa. Narastająca frustracja, burzliwość nastrojów, coraz łatwiejszy dostęp do środków psychoaktywnych inicjuje zachowania agresywne, manifestujące się przemocą fizyczną oraz psychiczną. Prawie połowa respondentów uważała także, iż zjawisko przemocy ma charakter narastający i nie jest prywatną sprawą tej rodziny, co zwraca uwagę na postawę poprawnego postrzegania zagrożeń przemocowych oddziałujących na członków rodziny oraz wskazuje istotną społeczną wrażliwość pielęgniarek oraz studentów kierunku pielęgniarstwo. Wspomniana wrażliwość uwidaczniała się również w odpowiedzi dotyczącej funkcjonowania przemocy w określonych środowiskach. Zdecydowana większość respondentów (87,10% pielęgniarek i 85,05% studentów) twierdziła, że przemoc nie dotyczy tylko określonych środowisk, rodzin patologicznych lub innych kultur. Pogląd ten może być pomocny w konfrontacji z pacjentami, pochodzącymi z różnymi grup etnicznych, w których zachowania przemocowe są akceptowane (np. grupy romskie).

Złożoność i wielopoziomowość przyczyn występowania przemocy najlepiej wyjaśniana jest przez ekologiczny model źródeł przemocy autorstwa Bronfenbrennera [19], posługujący się terminem wzorca przemocowego, uwzględniającego komponent społeczny, kulturowy i rodzinny, a w którym stosowanie przemocy traktowane jest jako sposób wywierania wpływu i rozwiązywania konfliktów interpersonalnych.

Istotną rolę w przyczynianiu się do występowania zjawiska przemocy w rodzinie odgrywają także stereotypy dotyczące ról, praw i obowiązków poszczególnych członków rodziny funkcjonujące na poziomie społeczeństwa (np. w mediach), jak i na poziomie samej rodziny, a które przekazywane ich z pokolenia na pokolenie przyczyniają się do utrwalania negatywnych wzorców, mających finał w pojawianiu się przemocy w rodzinie [15].

Z badania zrealizowanego dla Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej z 2011 roku [15] wynika, że zdecydowanie najczęściej, jako czynnik przyczyniający się do rozwoju przemocy w rodzinie, we wszystkich analizowanych grupach, wskazywano nadużywanie alkoholu, w tym przez ponad 90% respondentów, którzy stosowali przemoc w rodzinie. Wśród przyczyn, które osiągnęły co najmniej 60% wskazań, były cztery główne obszary problematyczne: nadużywanie alkoholu i stosowanie innych środków odurzających, problemy związane z sytuacją materialno-zawodową, problemy w relacjach z najbliższymi oraz bycie ofiarą przemocy w rodzinie (obecnie lub w przeszłości). Zarówno ogół respondentów, jak i osoby, które stosowały przemoc w rodzinie, w większości popierały wszystkie objęte badaniem formy przeciwdziałania przemocy w rodzinie [15].

Ogólna analiza wyników badania przeprowadzonego przez Fundację Centrum Praw Kobiet [18] pozwoliła na stwierdzenie, że pięć najczęściej preferowanych przez sędziów przyczyn stosowania przemocy wobec kobiet w rodzinie to: zaburzenia osobowości i/lub zaburzenia emocjonalne, sprawiające, że mężczyzna nie potrafi kontrolować swojej agresji, doznawana przez wielu mężczyzn potrzeba kontroli (władzy) w rodzinie połączona z poczuciem konieczności stosowania przemocy dla zaznaczenia swej władzy, poczucie mężczyzny, że przemoc wobec żony jest tolerowanym, łatwym i bezpiecznym sposobem odreagowania stresu, poczucie mężczyzny, że przemoc fizyczna stanowi najskuteczniejszy sposób realizacji potrzeb i interesów oraz przemoc, której sprawcą był świadkiem lub ofiarą jako dziecko, we własnym domu rodzinnym. Najmniej istotne powody stosowania przemocy wobec kobiet według respondentów to: celowe prowokacyjne zachowania kobiety, która traktuje stosowaną wobec siebie przemoc jako świadectwo miłości i wyznawanie religii bądź systemu przekonań, uznającego podległość kobiety mężczyźnie [18].

Badania Obertyn [9] w grupie 365 dzieci i młodzieży ze szkół podstawowych i gimnazjów w miastach Jaworzno, Kozięgłowy, Pińczycze, Ligota Górna, wykazały, że rozumienie przemocy przez dzieci miało charakter głównie intuicyjny i koncentrowało się na przemocy fizycznej, a obraz ofiary i sprawcy to charakterystyka stereotypowa. Badani koncentrowali się głównie na postrzeganiu ofiary, jako fizycznie i psychicznie słabszej od sprawcy, czyli takiej, która właśnie z tego względu nie potrafi się bronić. Sprawca natomiast

postrzegany był, jako osoba mająca fizyczną przewagę nad ofiarą oraz będąca pod wpływem środków psychoaktywnych: alkoholu, czy narkotyków. Niewielu uczniów zwróciło uwagę na fakt, że sprawca mógł sam w dzieciństwie doświadczać przemocy [9]. Starsi uczniowie dostrzegali już jednak kolejne jej aspekty, komponentę nierównowagi sił i trudności ofiary w obronie siebie oraz przemocy psychicznej. Uczniowie szkół podstawowych pisali najczęściej, że ma ona miejsce wtedy, kiedy dorosły bije, poniża, wyśmiewa, krzyczy lub rówieśnicy np. biją, czy wyłudniają pieniądze. Zwracali także uwagę na fakt, iż przemoc może być związana z porwaniem dziecka lub utożsamiali ją z karą za przewinienia np.: za złe oceny, niewłaściwe zachowanie, brak posłuszeństwa wobec dorosłych. Niektórzy badania twierdzili, że przemoc jest wtedy, gdy dwie osoby się pokłócą, ktoś kogoś nie lubi lub rodzic jest pijany [9]. Uczniowie gimnazjów koncentrowali się na przemocy fizycznej, jednakże zaznaczano już w odpowiedziach, że jest to przemoc, której dziecko doświadcza bez powodu. Respondenci wskazywali również na aspekt nierównowagi sił, jaki występuje w sytuacji przemocy. Podobnie, jak ich młodsi badani zwracali uwagę na przemoc występującą w środowisku rówieśniczym, która jest związana z szantażami, wyłudzeniem pieniędzy, biciem młodszych i podkreślali że dzieje się ona bardzo często pod wpływem używek alkoholu, narkotyków. Zwracali uwagę, że przemoc może dotyczyć wpływu grupy wobec jednej osoby [9].

Dowody z państw uprzemysłowionych [cyt. za 20] wskazują, że 40 - 70% mężczyzn, którzy dopuszczali się przemocy fizycznej wobec swoich partnerek, było również agresywnymi w stosunku do swoich dzieci i że około połowa kobiet będących ofiarami - maltretowała swoje dzieci.

Badania brytyjskiego Ministerstwa Zdrowia [cyt. za 20] wykazały, że około jedno na sześćoro dzieci było surowo karane przez matkę. Pod pojęciem „surowo” rozumiano *„intencję lub możliwość spowodowania obrażeń lub urazów psychicznych, wykorzystywanie narzędzi, powtarzające się lub długotrwałe działania”* [cyt. za 20].

Brytyjska organizacja na rzecz kobiet i równouprawnienia *Women and Equality Unit* [cyt. za 20] stwierdziła, że przemoc wobec kobiet ma najwyższy odsetek powtarzalności przypadków prześladowania spośród wszystkich przestępstw. Obliczono, że kolejny incydent związany z przemocą ma miejsce w 35% gospodarstw domowych w ciągu pięciu tygodni od pierwszego zajścia [cyt. za 20].

Szacuje się [cyt. za 20], że w Wielkiej Brytanii co minutę na policję zgłaszany jest przypadek przemocy domowej i średnio dwie kobiety tygodniowo giną z rąk byłych i obecnych partnerów

W obecnym badaniu respondenci trafnie rozpoznawali czynniki wpływające na rozwój przemocy w rodzinie, jednakże studenci znacznie częściej niż pielęgniarki, wskazywali narkomanię oraz agresywne wzory zachowań, jako czynniki przemocogenne. Jawi się tutaj korzyść wynikająca z umiejętności diagnostyki problemów przemocowych wśród pacjentów pediatrycznych oraz współpracy z ich opiekunami. Wyniki wskazują, iż studenci opowiadający się za pracą w placówkach pediatrycznych posiadali zatem wiedzę, która może ułatwić im różnicowanie wspomnianych czynników wśród potencjalnej docelowej grupy młodych osób nadużywających substancje psychoaktywne oraz jakości sprawowanej opieki nad małoletnimi, w kontekście zachowań agresywnych.

Skutki przemocy domowej, za Dąbkowska [21] są długofalowe i obejmują wiele obszarów. Do medycznych skutków należą: urazy, zagrożenie ciąży, zakażenia, przewlekłe zespoły bólowe; do behawioralnych: korzystanie z pomocy społecznej, nadużywanie alkoholu lub narkotyków, próby samobójcze, a do psychologicznych: niska samoocena, poczucie wstydu, winy, brak nadziei, zaburzenia psychiczne, przy czym jednym z częstszych zaburzeń psychicznych jest zespół stresu pourazowego [21]. Autorka [21] badaniem objęła 55 kobiet, które miały doświadczenia przemocy domowej. Prawie wszystkie w momencie badania były już poza obszarem działania sprawcy przemocy i korzystały z różnych form opieki społecznej. W badanej grupie kobiet, które doświadczały przemocy ze strony partnera, za pomocą kwestionariusza Skali Wpływu Zdarzeń, stwierdzono aż u 82,9%, obecność objawów intruzyjnych oraz i unikających zespołu stresu pourazowego. Połowa kobiet miała ciężkie nasilenie objawów. Do objawów intruzyjnych stwierdzanych u badanych należały: powtarzające się uporczywe i natrętne wspomnienia zdarzenia, obejmujące wyobrażenia, myśli i spostrzeganie, powracające distresujące sny dotyczące zdarzenia, fizyczne bądź psychiczne odczuwanie jak gdyby zdarzenie urazowe powracało, obejmuje poczucie ponownego doświadczenia, iluzje, halucynacje i epizody reminiscencji dysocjacyjnych/obsesyjnych), intensywny distres psychologiczny wskutek ekspozycji na coś, co wewnątrznie lub zewnątrznie symbolizuje lub przypomina jakiś aspekt zdarzenia urazowego, fizjologiczna reaktywność przy ekspozycji na wewnętrzne i zewnętrzne wpływy symbolizujące lub przypominające jakiś aspekt zdarzenia urazowego [21]. Większość kobiet podkreślała szczególnie bolesną przemoc psychologiczną, stałe deprecjonowanie i wyśmiewanie. Jeszcze boleśniej ofiary odczuwały przemoc wobec dzieci. Odczucia te były silniejsze, niż przemoc w stosunku do własnej osoby i podawane jako główny powód odejścia od sprawcy [21].

Obecnie ankietowani zapytani o skutki przemocy domowej rzadko wskazywali na

syndrom wyuczonej bezradności, PTSD (*Post Traumatic Stress Disorder*- Zespół stresu pourazowego) oraz skróconą perspektywę czasową. Tylko 13,26% pielęgniarek oraz 15,30% studentów za skutek przemocy domowej uważało syndrom sztokholmski.

W badaniu zrealizowanym dla Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej z 2011 roku [15] analiza poziomu akceptacji dla różnych form, jakie w rodzinie może przyjmować przemoc w stosunku do partnera/partnerki wykazano, że występuje dużo większe przyzwolenie społeczne na stosowanie przemocy przez kobiety w stosunku do partnerów, niż na stosowanie przemocy przez mężczyzn w stosunku do ich partnerek. Poglądy osób, które stosowały przemoc fizyczną w rodzinie i osób, które stosowały przemoc psychiczną w rodzinie, nie różniły się w tym zakresie znacząco od opinii wyrażanych przez ogół respondentów [15].

W opinii Mielnika [22] do niedawna mówiło się o zjawisku przemocy najczęściej tylko w kontekście kobiety-ofiary i mężczyzny-sprawcy, a problem przemocy domowej ze strony kobiet wobec mężczyzn był pomijany, marginalizowany i uznawany za mniej szkodliwy. W wielu publikacjach [cyt. za 22] poruszających problem przemocy domowej, mężczyzna przedstawiany jest bowiem jako ten silniejszy, bardziej agresywny, a tym samym mniej narażony na przemoc ze strony partnerki. W obrębie kultury Zachodu wciąż także powszechny jest stereotyp silnego mężczyzny i słabej kobiety. Wiele osób wątpi w realność zjawiska przemocy wobec mężczyzn i wielu mężczyzn nie przyznaje się, że doznaje jej ze strony swoich żon, bojąc się ośmieszenia [22].

Waksmańska i wsp. [14] wykazała, że chłopcy częściej niż dziewczynki, skarżyli się na agresję ze strony rodziców. W przypadku szarpania dotyczyło to ponad 60% ankietowanych chłopców, bicia -55%, natomiast wyzwisk - ponad 40%. Aktów przemocy wobec swoich dzieci dopuszczały się zarówno matki, jak i ojcowie, chociaż częściej (31,7%) były to matki (30%). Zaobserwowano, że dziewczęta częściej doznały agresji ze strony matki - 24,9%, niż ze strony ojca - 16,6%. Natomiast ojcowie stosowali przemoc wobec 50% chłopców, a matki - wobec 37,5% [14].

Prawie połowa obecnych respondentów dostrzegała przemoc w rodzinie w swoim środowisku rodzinnym. Według opinii pielęgniarek oraz studentów, ofiarami przemocy w rodzinie są najczęściej: dzieci oraz kobiety. Badani wymieniali również osoby starsze, jak i niepełnosprawne. Z reguły byli także przekonani, że za przemoc w rodzinie odpowiedzialny jest sprawca, ale jednocześnie co czwarty respondent wskazał również ofiarę, jako za współodpowiedzialną przemocy.

Dziewiecki [23] zauważa, że stosowanie kar cielesnych, takich jak: popychanie, szarpanie, pociąganie za ucho, potrząsanie czy bicie, nie jest postrzegane jako postępowanie nieprawidłowe w procesie wychowania dziecka, co więcej, występuje społeczne przyzwolenie dla tego typu zachowań.

W badaniu zrealizowanym dla potrzeb Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej z 2011 roku [15], trzech na dziesięciu (29%) ankietowanych uważało, że są sytuacje, w których konieczne jest zastosowanie wobec dziecka kary fizycznej. Akceptacja stosowania przemocy fizycznej wobec dzieci była większa wśród osób, które stosowały przemoc w rodzinie, a zwłaszcza tych stosujących przemoc fizyczną [15]. 20% ogółu respondentów przyjmowało klótnie, rękoczynny i wyzwiska za normalne zachowania występujące w niemal każdym domu i nie dostrzega w nich znamion anomalii. Osoby, które stosowały przemoc fizyczną w rodzinie, zdecydowanie częściej (21%), niż pozostałe dwie analizowane grupy uważały, że silne zdenerwowanie usprawiedliwia użycie obraźliwych, upokarzających wyzwisk wobec członka rodziny. Zarówno ogół respondentów, jak i same osoby stosujące przemoc w rodzinie, byli zdecydowanie zgodni (liczba wskazań powyżej 90%), że będąc świadkiem przemocy w czyjejs rodzinie należy zareagować. Jednocześnie dopuszczali w pewnych sytuacjach brak reakcji, który usprawiedliwiali np. brakiem wiedzy, na temat kto ma rację, czy też obawą, że sami będą mieli potem kłopoty [15].

Studenci z badania Borkowskiego [24] na pytanie, do kogo zwróciliby się w sytuacji, gdyby stali się ofiarą przemocy, najczęściej wymieniali kolegów (37%), dziekanat (23%) oraz administrację uczelni (11%). Przeszło jedna trzecia studentów akceptowałaby zorganizowanie studenckich form samoobrony (37%), a blisko połowa (46%) widziała konieczność powołania w Akademii Górniczo-Hutniczej rzecznika do spraw przemocy lub lepszej ochrony miasteczka studenckiego [24].

Dzieci z badania Waksmańskiej [14] na pytanie dotyczące zgłaszania przemocy - w 38,3% odpowiadały, że nikomu, 5% - zgłosiło by to drugiemu rodzicowi, a 3,3% - nauczycielowi lub wychowawcy. Tylko jedna osoba zgłosiła by fakt przemocy policji - 1,6% badanych respondentów [14].

Młodzi respondenci z badania Obertyn [9] byli dość dobrze poinformowani o miejscach, gdzie mogą znaleźć pomoc w sytuacji doświadczania przemocy lub bycia świadkiem przemocy. Jako miejsca, gdzie informowali by o przemocy wskazywali policję, pedagogów szkolnych, wychowawców. Jednakże duży odsetek badanych (26% dziewcząt i 20% chłopców) stwierdził, że nie ma wiedzy na temat miejsc pomocy dla dzieci ofiar przemocy w rodzinie. Zdaniem autorki [9] takie liczby mogą niepokoić, zwłaszcza kiedy na

temat przemocy powinno mówić się na lekcjach wychowawczych lub w programach profilaktycznych przeprowadzanych w szkole. Z powyższych badań wynika także, że osobami godnymi zaufania w kwestii przemocowej, są najbliżsi z rodziny (35% dziewcząt i 43% chłopców), koledzy lub koleżanki (22% dziewcząt i 42% chłopców). Preferencje dziewcząt i chłopców różniły się jednak w istotny sposób. Chłopcy byli przekonani, że ofiary przemocy nikomu nie powiedzą o swoich doświadczeniach, bo się boją. Dziewczęta były bardziej skłonne twierdzić, że osoby doświadczające przemocy będą rozmawiać o swoich problemach z zaufanymi. Autorka [9] uważa, iż z dużym prawdopodobieństwem można by twierdzić, że różnice te wynikają z różnic osobowych pomiędzy płciami. Kobiety od małego uczą się bowiem rozmawiać o swoich problemach, mają zaufane koleżanki, przyjaciółki, a młodzi chłopcy, mężczyźni są raczej powściągliwi w mówieniu o swoich problemach, zwłaszcza w tematach, które wskazywałyby na fakt, że są ofiarami przemocy. Drugim równie prawdopodobnym wytłumaczeniem zaistniałych różnic jest fakt, że w stereotypowy sposób wychowujemy dzieci, dziewczynki uczymy mówić o swoich problemach, chronimy je, natomiast chłopcy są uczeni samodzielnego radzenia sobie z problemami. Sporym zaufaniem u badanych cieszył się pedagog szkolny (13% dziewcząt i 17% chłopców) autorki [9].

Obecnie badani w reakcji na pobicie przez kogoś z rodziny, najczęściej zawiadomiliby policję, co sugeruje że pielęgniarki posiadały wiedzę w zakresie wykorzystywania prawnych narzędzi w celu przeciwdziałania przemocy w rodzinie. Podejmowanie czynności interwencyjnych poprzez zawiadamianie instytucji interdyscyplinarnych pozwala bowiem, na sprawne rozwiązywanie problemu zaistniałej przemocy jak i jej późniejszą profilaktykę czy terapię (Niebieska Karta). Z kolei najczęstszą deklarowaną reakcją respondentów na znieważenie słowne byłaby „odpowiedź w ten sam sposób”, a studenci twierdzili dodatkowo, iż w odpowiedzi na pobicie - „oddaliby” ciosy. Analiza odpowiedzi obecnie badanych dotycząca sposobów przeciwdziałania przemocy w rodzinie przez pielęgniarkę wykazała, iż obserwacja podopiecznych z ukierunkowaniem na diagnostykę przemocową jest najczęściej wybieranym rodzajem przeciwdziałania przemocy zarówno przez pielęgniarki jak i studentów. Ponadto obie grupy opowiadały się za edukacją, współpracą ze służbami interwencyjnymi, jak i rozpoznawaniem środowiska. Studenci wykazali większą chęć rozpoznawania zachowań przemocowych i różnicowania ich z sytuacjami nie stanowiącymi przemocy w rodzinie.

W literaturze przedmiotu [25] podkreśla się, iż z przemocą w rodzinie wiąże się dziedziczenie patologicznych zachowań i najczęściej ich powielanie przez następne pokolenia krzywdzonych dzieci.

Waksmańska i wsp. [14] także podkreślają, że dziecko, które nie nauczy się prawidłowych relacji międzyludzkich w rodzinie, będzie przenosiło patologiczne zachowania na życie w społeczeństwie.

W związku z powyższym [cyt. za 25] środowisko medyczne musi być wyczułone na syndromy tej patologii i powinno rozwiązywać problemy jak najwcześniej, by nie doprowadziły do trwałych, niekorzystnych skutków w zdrowiu fizycznym i psychoemocjonalnym pacjentów, nad którymi sprawowana jest opieka. Autorzy [27,28] wskazują na fakt, iż pielęgniarki odgrywają szczególnie znaczącą rolę w obszarze edukacji, informacyjnym oraz emocjonalnym, jak również są ważnym partnerem w interdyscyplinarnej współpracy. Celem wszystkich osób zaangażowanych w działania przeciw przemocy wobec dzieci musi być więc zapobieganie przemocy, a nie tylko kontrola zjawiska, a to wiąże się z tym, że odpowiednio przeszkolone i wyposażone pielęgniarki sprawujące opiekę nad dziećmi i ich rodzinami powinny pomagać rodzinom, zanim dojdzie do przemocy czy zaniedbania [cyt. za 25].

Wnioski

1. Pielęgniarki i studenci dostrzegali w swoim środowisku problem przemocy w rodzinie, często się z nim spotykali oraz uważali, że zjawisko przemocy ma charakter narastający, przemoc jest przestępstwem i nie jest wyłącznie prywatną sprawą rodziny.
2. Zarówno pielęgniarki, jak i studenci w większości byli zdania, iż przemoc w rodzinie nie zdarza się tylko w określonych środowiskach, czy też dotyczy tylko rodzin patologicznych lub innych kultur
3. Badani z obu grup uważali za konieczne podejmowanie czynności pomocowych w przypadku stwierdzenia przemocy w rodzinie, a studenci podjęliby nawet czynności interwencyjne, zwłaszcza w przypadku niechęci zgłoszenia takiego przypadku przez lekarza.

Piśmiennictwo

1. Margolis A.: Zespół Dziecka Maltretowanego - diagnostyka medyczna. Fundacja "Dzieci Niczyje", Warszawa, 1998.

2. Urban E.: Krzywdzenie dzieci. Ocena skali zjawiska i możliwości interwencji. Zdr. Publi., 2002, 112, 382-390.
3. Melibruda J.: Poradniki - Eksperci radzą. Niebieska Linia. [Online] 2006. http://www.niebieskalinia.pl/przewodnik_ustawa/poradnik_-_eksperci_radza/01._Jerzy_Melibruda.pdf, data pobrania: 25.06.2016.
4. Iwański, T.: Przemoc w rodzinie wobec osób starszych i niepełnosprawnych. [w:] Przemoc w rodzinie wobec osób starszych i niepełnosprawnych - poradnik dla pracowników pierwszego kontaktu, Michalska K., Jaszczak-Kuźmińska D. (red.). Parpamedia, Warszawa, 2010, 125-132.
5. Wyniki badań: WYG PSDB dla Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej (2014 r.) w ramach Projektu pn. „Rodzina polska wolna od Przemocy” dla Programu Operacyjnego PL 14 „Przeciwdziałanie przemocy w rodzinie i przemocy ze względu na płeć”, współfinansowanego ze środków Norweskiego Mechanizmu Finansowego na lata 2009-2014, <https://www.mpips.gov.pl/przeciwdzialanie-przemocy-w-rodzynie-nowa/ogolne/diagnoza-zjawiska-przemocy-w-rodzynie-w-polsce/>, data pobrania: 25.06.2016.
6. Mossakowska B.: Społeczno-medyczne aspekty Zespołu Dziecka Maltretowanego. Od Hipokratesa i Platona do współczesności. Materiały Konferencyjne „Przeciw przemocy w rodzinie. Ręce są do przytulania, Warszawa, 2010, 26- 31.
7. Durda R.: Dzieci w relacjach przemocowych – jako ofiary, świadkowie i sprawcy, Materiały Konferencyjne „Przeciw przemocy w rodzinie. Ręce są do przytulania, Warszawa, 2010, 17-25.
8. Sprawozdanie z realizacji Krajowego programu przeciwdziałania przemocy w rodzinie na lata 2014-2020 za okres od 1 stycznia do 31 grudnia 2014 <https://www.mpips.gov.pl/.../Sprawozdanie%20KPPPwR%20-projekt%20z%2016%20lica%202015%20r.pdf>, data pobrania: 25.06.2016.
9. Obertyn B.: Analiza ankiety „przemoc wobec dzieci” w ramach projektu „Chrońmy dzieci przed przemocą”, Fundacja Fundusz Współpracy, 2005, 1-11.
10. Kowalczyk K.: Przemoc i konflikty w domu, Komunikat CBOS - BS/82/.2012, Warszawa, 2012, 6, 1-14.
11. Diagnoza zjawiska przemocy w rodzinie w województwie podlaskim. Przemoc jako przyczyna dysfunkcji rodzin. Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej w Białymstoku. Obserwatorium Integracji Społecznej. <http://www.rops-bialystok.pl/downloads/Diagnozaprzemocy.pdf>, Białystok 2012, 1-147, data pobrania: 25.06.2016.

12. Pospiszyl I.: Przemoc w rodzinie. WSZiP, Warszawa, 1998.
13. Bedyńska S., Brzezicka A., Korzeniowski K., Radkiewicz P., Skarżyńska K.: Przemoc w rodzinie wobec osób starszych i niepełnosprawnych. Część I - Raport z badania ogólnopolskiego. PAN, Warszawa, 2009.
14. Waksmańska W., Grzywna T., Łukasik R.: Analiza zjawiska przemocy w rodzinie na podstawie badania ankietowego przeprowadzonego wśród uczniów, Probl. Pielęg., 2007, 15, 235-240.
15. Diagnoza dotycząca osób stosujących przemoc w rodzinie: komentarz do wyników badań, <http://www.mpips.gov.pl/przemoc-w-rodzinie/diagnoza-zjawiska-przemocy-w-rodzinie-w-polsce/>, MillwardBrown SMG/KRC, 2011, 11, 1-57, data pobrania: 25.06.2016.
16. Kozak E.: Dlaczego rodzice biją? Edukacja i Dialog, 2006, 1, 24–27.
17. Badanie dotyczące zjawiska przemocy w rodzinie wobec dzieci. Opinie ofiar, sprawców i świadków o występowaniu i okolicznościach występowania przemocy w rodzinie wobec dzieci. http://www.mpips.gov.pl/userfiles/File/Przemoc%20w%20rodzinie/dzieci_spol.pdf, Warszawa, 2008, 7, 1-44, data pobrania: 25.06.2016.
18. Nowakowska U., Kępka A., Chańska W.: Przemoc w rodzinie a wymiar sprawiedliwości, Fundacja Centrum Praw Kobiet, Warszawa, 2005,
19. Bronfenbrenner, Urie: La ecologia del desarrollo humano, Paidós, Barcelona, 1987.
20. Kane J.: Program Daphne Przemoc a niepełnosprawność. Bruksela: Komisja Europejska DG ds. Sprawiedliwości, Wolności i Bezpieczeństwa, 2008.
21. Dąbkowska M.: Ocena występowania objawów PTSD za pomocą skali wpływu zdarzeń (IES) w grupie ofiar przemocy domowej, Med. Biol. Sci., 2007, 21/4, 35-39.
22. Mielnik Sł.: Kiedy kobieta bije. Znęcanie się nad mężczyznami Materiały Konferencyjne „Przeciw przemocy w rodzinie. Ręce są do przytulania, Warszawa, 2010, 91-96.
23. Dziewiecki M.: Dojrzała postawa wobec samego siebie. Świat Problemów, 2006, 11, 14–17.
24. Borkowski R.: Agresja i przemoc, Wyd. Abris, Krakow, 2001.
25. Jakiela K., Curyl K.: Udział pielęgniarki w rozpoznawaniu syndromu dziecka maltretowanego, przyjętego na oddział chirurgii Dziecięcej. Pielęg. Chirurg. Angiol., 2011, 3, 125-131.
26. Makara – Studzińska M, Sosnowska K., Psychiatr. Psychol. Klin. 2012, 12, 1, 57-61.

27. Mazurczak K.: Rola pielęgniarki i położnej w ochronie najmłodszych dzieci (w wieku 0-3 lata) przez przemocą. Poło. Nauk. Prakt., 2012, 2, 18, 38-41.
28. Adamowicz S., Mazurczak K.: Rola personelu medycznego w podejmowaniu interwencji w przypadkach krzywdzenia dziecka w świetle obowiązujących przepisów prawa. Poło. Nauk. Prakt., 2012, 3, 19, 18-24.

Problem przemocy w rodzinie w percepcji pielęgniarek i studentów pielęgniarstwa - badania własne

Tomasz Iwański¹, Elżbieta Krajewska-Kułak²

1. Instytut Pielęgniarstwa, Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa im. rtm. Witolda Pileckiego w Oświęcimiu
2. Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

Wprowadzenie do badań

Podgórecki [1], przytacza definicję Lipowskiej-Teutsch, która zjawisko przemocy określa jako „*zespół atakujących, nadzorujących i kontrolujących zachowań, obejmujących przemoc fizyczną, przemoc seksualną i przemoc emocjonalną. Jest to spójna całość, ciąg zachowań o charakterze zamierzonym i instrumentalnym, których celem jest zniewolenie ofiary, wyeliminowanie jej suwerennych myśli i działań, podporządkowanie jej żądaniom i potrzebom sprawcy*” i podkreśla, że „*nie są to zachowania wymykające się spod kontroli, wybuchy emocji, a sprawca często demonstruje złość po to, by ofiarę zastraszyć, jednocześnie z rozmysłem wybierając miejsce i czas ataku tak, aby był jak najszybciej skuteczny powyżej jak najmniej ryzykowny*”.

Inna definicja [cyt. za 2] przez przemoc rozumie „*takie działania, które niezależnie od formy upośledzają ostatecznie moc kogoś, kto jest obiektem. Taki też jest cel przemocy, czyniącej z człowieka istotę bezwolną*”.

Niesiobędzka [3] badaniu poddała 84 uczniów ze szkół średnich z województwa podlaskiego, w tym 53% dziewcząt oraz 47% chłopców i stwierdziła, że chłopcy i dziewczęta różnili się stopniem akceptacji poszczególnych rodzajów przemocy. Najbardziej akceptowanym rodzajem przemocy przez badanych była przemoc fizyczna oraz przemoc seksualna w stosunku do chłopców. Większość z nich miała jednak trudności z jednoznaczną oceną zachowań obciążonych przemocą fizyczną i seksualną wobec chłopców. Pozostałe rodzaje przemocy – psychiczna w stosunku do dziewcząt oraz przemoc fizyczna, psychiczna i seksualna w stosunku do chłopców, nie były przez badanych aprobowane [3]. Zarówno chłopcy, jak i dziewczęta w większym stopniu skłonni byli aprobować bicie, popychanie, policzkowanie partnera, niż partnerki w związku. Podobnie było w przypadku przemocy

seksualnej – wymuszanie kontaktów i pocałunków było w obu grupach bardziej akceptowane w stosunku do partnera, niż do partnerki. Przemoc psychiczna wobec partnerki w postaci wyzywania, kontrolowania zachowania, czy grożenia - była przede wszystkim akceptowana (w umiarkowanym stopniu) przez chłopców. Chłopcy w zbliżonym stopniu skłonni byli akceptować przemoc psychiczną w stosunku do siebie, jak i kierowaną do partnerek. Natomiast dziewczęta w większym stopniu akceptowały przemoc adresowaną do partnerów niż do partnerek [3].

Falkowska [4] przedstawiła wyniki badania zrealizowanego na 954 osobowej reprezentatywnej próbie losowo-adresowej dorosłej ludności Polski, 1.083 z Czech, 1.516 - z Węgier, 1.250 z Rumunii oraz 1.600 z Rosji. Większość ankietowanych w omawianych krajach (od 71% Polaków do 89% Czechów) przyznało, że ich rodziny nie są wolne od różnego rodzaju nieporozumień, sprzeczek i awantur, ale też przedstawiciele tych nacji zgodnie deklarowali, że w ich rodzinach konflikty domowe zdarzają się rzadko. Wyjątek stanowili Rosjanie, wyraźnie rzadziej niż inni oceniający, że sprzeczek i awantury rodzinne występowały u nich tylko incydentalnie. Co drugi Polak (50%) i Rumun (50%), ponad połowa Węgrów (54%), niemal trzy piąte Czechów (58%) oraz co trzeci Rosjanin (34%) oceniali, że awantury w ich rodzinach należą do rzadkości, są raczej incydentami niż codziennością. Jednocześnie przynajmniej parę razy w miesiącu lub częściej w atmosferze „wojny domowej” żyła jedna piąta Polaków (21%), nieco więcej Rumunów (23%), niespełna co trzeci Czech (31%) i Węgier (31%) oraz dwie piąte Rosjan (41%) [4]. We wszystkich omawianych krajach zbliżona liczba badanych (od 2% do 4%) deklarowała życie w atmosferze domowego piekła, niekończących się codziennych awantur. Bardziej zróżnicowane są liczby respondentów deklarujących życie rodzinne w harmonii, bez kłótni i awantur. O pełnej zrozumienia bezkonfliktowej atmosferze najczęściej mówili Polacy (29%), najrzadziej - Czesi (11%). Łącznie prawie trzy piąte Rosjan (57%) znało przynajmniej jedną kobietę bitą przez męża, w tym co trzeci (34%) znał co najmniej kilka takich kobiet. Dla porównania: osobistą znajomość co najmniej jednej kobiety, którą bije mąż, deklarowało 30% Węgrów, 38% Polaków, dwie piąte Czechów (41%) i ponad dwie piąte Rumunów (44%). Co dziesiąty respondent w Polsce (10%) oraz co ósmy Rumun (13%) przyznał, że przynajmniej raz został uderzony przez współmałżonka w czasie domowej awantury. Tylko 2% Polaków i tyle samo Rumunów (2%) stwierdziło, że wielokrotnie byli ofiarami agresji życiowego partnera. W Polsce kobiety (12%) niewiele częściej niż mężczyźni (9%) przyznawały się do tego, że były ofiarami przemocy w rodzinie. Rosjanki ponad dwukrotnie częściej od Polek doznawały przemocy w swoich rodzinach - do tego, że bywały

bite przez mężów, przyznało się 27% Rosjank i 12% Polek. Rosjanki dwukrotnie częściej niż Polki twierdzą też, że wielokrotnie bywały ofiarami swoich agresywnych mężów [4]. Szwajca [17] wskazuje, iż w USA, CPS – child protection service, sieć rządowych agencji ochrony dzieci otrzymuje rocznie około 3,4 miliona zgłoszeń o podejrzeniu krzywdzenia. Rzecznik Praw Dziecka w swoim raporcie wspomina o około 40. tysiącach zgłoszeń Niebieskiej Karty dotyczących przemocy wobec dzieci i osób małoletnich [18].

W związku z powyższymi danymi personel medyczny wydaje się być ważnym ogniwem w działaniach systemowych mających na celu ograniczenie zjawiska przemocy w bliskich relacjach interpersonalnych. Niepodważalny jest bowiem fakt, iż to właśnie pracownicy szpitali i ośrodków zdrowia, opieki środowiskowej oraz innych placówek medycznych niejednokrotnie, podczas świadczenia usług medycznych, jako pierwsi specjaliści mają kontakt z ofiarą.

Cel główny badań

Ustalenie poziomu wiedzy zawodowo czynnych pielęgniarek i studentów kierunku pielęgniarstwo na temat problemu przemocy w rodzinie.

Material i metoda

Badania przeprowadzono po uzyskaniu zgody R-I- 002/433/2010 Komisji Bioetycznej Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku.

Zasadniczą realizację badania poprzedziło badanie pilotażowe wykonane na losowej próbie N=50 studentów i N=50 zawodowo czynnych pielęgniarek, a konkluzje płynące z badania pilotażowego zostały uwzględnione w ostatecznej wersji kwestionariusza.

W badaniu zasadniczym rozdano 285 ankiet losowo wybranym zawodowo czynnym pielęgniarkom i 285 studentom kierunku pielęgniarstwo. Badaniem ostatecznym objęto 279 zawodowo czynnych pielęgniarek oraz 281 studentów studiów pielęgniarstwa.

W badaniu wykorzystano autorski kwestionariusz ankietowy złożony z części metryczkowej oraz z czterech części zasadniczych: części metryczkowej (5 pytań) oraz części zasadniczej - dotyczących samooceny wiedzy nt. problemu przemocy w rodzinie i chęci jej poszerzenia (12 pytań).

Metodologia analizy danych

Przed przystąpieniem do analizy baza danych została sprawdzona pod względem logiczności i kompletności odpowiedzi. W dalszej kolejności, do wykonania obliczeń wykorzystany został pakiet statystyczny SPSS. W badaniu zostały użyte następujące statystyki opisowe:

1. Opis tabelaryczny – dane przedstawione są w postaci tabel z uwzględnieniem zależności najistotniejszych dla zbadania hipotez; tabele krzyżowe uwzględniają podstawowe zmienne niezależne, tj. status pielęgniarki lub studenta;
2. Do zmierzenia zależności pomiędzy wybranymi zmiennymi wykorzystano **test** niezależności Chi-Kwadrat (χ^2), będący najodpowiedniejszy z uwagi na jakościowy charakter badanych zmiennych, stosowanym w przypadku badania niezależności cech niemierzalnych (jakościowych) lub w przypadku badania niezależności cechy jakościowej z ilościową.

Zwyczajowo przyjmuje się poziom 0,05 jako krytyczny. Do celów interpretacji poziomu istotności (wartości istotności p) przyjęto zatem ogólnie stosowane reguły:

- jeżeli $p < 0,05$ mówi się o istotności statystycznej;
- jeżeli $p < 0,01$ mówi się o silnej istotności statystycznej;
- jeżeli $p < 0,001$ mówi się o bardzo silnej istotności statystycznej.

Oznacza to, że wartości p mniejszych od 0,05 należy odrzucić hipotezę mówiącą o tym, że istnieje wpływ jednej zmiennej na drugą. Należy stwierdzić zatem, że w obu grupach odpowiedzi na poszczególne pytania różnią się istotnie.

Wyniki

W badanej grupie pielęgniarek/pielęgniarzy zdecydowanie było 96,01% kobiet i 3,94% mężczyzn, w wieku do 30. lat - 32,97% i powyżej 30. lat - 67,03% badanych. Wśród badanych studentów pielęgniarstwa także przeważały kobiety, których udział procentowy w badanej grupie wynosił 94,31% i osoby do 30. roku życia (96,8%) - w stosunku do 5,69% mężczyzn i 3,2% osób powyżej 30. roku życia. Szczegółowe dane dotyczące grup badanych zawarte są w podrozdziale 1 w części II.

Wśród najczęściej wskazywanych form przemocy w rodzinie zarówno przez pielęgniarki, jak i studentów, znalazły się przemoc fizyczna (odpowiednio: 94,62%

i 97,15%), psychiczna (odpowiednio: 93,55% i 96,44%) i seksualna (odpowiednio: 74,91% i 87,19%). Niewielkie różnice między pielęgniarkami a studentami zanotowano w przypadku wskazywania na ekonomiczną formę przemocy (odpowiednio: 41,22% i 41,28%). Analiza uzyskanych wyników badań z wykorzystaniem testu niezależności Chi-Kwadrat wskazuje na istotność statystyczną różnic między opiniami studentami, a pielęgniarkami w przypadku wskazywania seksualnej formy przemocy ($p < 0,001$), a także braku zdania na ten temat ($p < 0,01$). W pozostałych przypadkach nie zanotowano istotnych różnic między pielęgniarkami a studentami. Szczegóły zawiera Tabela I.

Tabela I. Rozkład opinii badanych odnośnie form, jakie może przyjmować przemoc w rodzinie

		Pielęgniarki		Studenci	
		N	%	N	%
Jakie formy może przyjmować przemoc w rodzinie?	fizyczna	264	94,62%	273	97,15%
	psychiczna	261	93,55%	271	96,44%
	seksualna	209	74,91%	245	87,19%
	ekonomiczna	115	41,22%	116	41,28%
	inna	6	2,15%	1	0,36%
	trudno powiedzieć	7	2,51%	0	0,00%
		Wartość statystyki (χ^2)	Stopnie swobody (df)	Istotność (p)	
Fizyczna		1,773	1	0,183	
Psychiczna		2,467	1	0,116	
Seksualna		13,753	1	0,000	
Ekonomiczna		0,004	1	0,948	
Inna		3,653	1	0,056	
Trudno powiedzieć		7,139	1	0,008	

Wśród najczęściej wymienianych skutków przemocy domowej przez pielęgniarki znajdowały się silne napięcie emocjonalne, lęk, niepokój (78,49%), zaniżona samoocena (70,25%) i u dzieci problemy szkolne, ucieczki, zaburzone zachowania, itd. (70,25%). Większość zarówno pielęgniarek, jak i studentów uważała, iż w Polsce funkcjonuje Ustawa o przeciwdziałaniu przemocy rodzinie - taką opinię wyraziło 67,03% pielęgniarek oraz 63,70% studentów. Przeciwnego zdania był niewielki odsetek osób z każdej z badanych grup - odpowiednio 3,23% pielęgniarek oraz 4,98% studentów. Szczegóły zawiera Tabela II.

Uzyskany rozkład odpowiedzi nie wskazuje na znaczące różnice, co poświadczają wyniki testu niezależności Chi-Kwadrat, wskazujące na brak istotnych statycznie różnic opinii na temat funkcjonowania ww. ustawy w Polsce po między pielęgniarkami,

a studentami ($p > 0,05$). Szczegóły zawiera Tabela III.

Tabela II. Rozkład opinii badanych na temat skutków przemocy domowej

		Pielęgniarki		Studenci	
		N	%	N	%
Do skutków przemocy domowej zalicza się:	silne napięcie emocjonalne, lęk, niepokój	219	78,49%	252	89,68%
	chwiejność emocjonalna	154	55,20%	166	59,07%
	placziwość, chroniczny smutek, depresja, apatia	163	58,42%	210	74,73%
	dekoncentracja	105	37,63%	137	48,75%
	wzmoczona czujność, niezdolność rozluźnienia się	144	51,61%	156	55,52%
	impulsywność, irytacja w przypadku trudności, nie-kontrolowane wybuchy złości	132	47,31%	184	65,48%
	skrócona perspektywa czasowa	39	13,98%	48	17,08%
	zaniżona samoocena	196	70,25%	220	78,29%
	poczucie odrzucenia, osamotnienia	154	55,20%	192	68,33%
	wycofanie, skłonność do izolacji	158	56,63%	163	58,01%
	nieufność, wrogość	161	57,71%	216	76,87%
	nieumiejętność nawiązywania i podtrzymywania kontaktów	125	44,80%	155	55,16%
	syndrom sztokholmski	37	13,26%	43	15,30%
	syndrom wyuczonej bez-radności	58	20,79%	74	26,33%
	zespół stresu pourazowego	95	34,05%	110	39,15%
	u dzieci problemy szkolne, ucieczki, zaburzone zachowania, itd.	196	70,25%	243	86,48%

Tabela I. Wyniki testu niezależności Chi-kwadrat – istotność różnic w odpowiedziach pielęgniarek i studentów

	Wartość statystyki (χ^2)	Stopnie swobody (df)	Istotność (p)
Silne napięcie emocjonalne, lęk, niepokój	13,103	1	0,000
Chwiejność emocjonalna	0,860	1	0,354
Placziwość, chroniczny smutek, depresja, apatia	17,299	1	0,000
Dekoncentracja	7,055	1	0,008
Wzmoczona czujność, niezdolność rozluźnienia się	0,857	1	0,354
Impulsywność, irytacja w przypadku trudności, niekontrolowane wybuchy złości	18,796	1	0,000
Skrócona perspektywa czasowa	1,027	1	0,311
Zaniżona samoocena	4,739	1	0,029
Poczucie odrzucenia, osamotnienia	10,222	1	0,001
Wycofanie, skłonność do izolacji	0,108	1	0,742
Nieufność, wrogość	23,367	1	0,000
Nieumiejętność nawiązywania i podtrzymywania kontaktów	6,007	1	0,014
Syndrom sztokholmski	0,476	1	0,490
Syndrom wyuczonej bezradności	2,390	1	0,122
Zespół stresu pourazowego	1,566	1	0,211
U dzieci problemy szkolne, ucieczki, zaburzone zachowania, itd.	21,761	1	0,000

Większość zarówno pielęgniarek, jak i studentów uważała, iż w Polsce funkcjonuje Ustawa o przeciwdziałaniu przemocy rodzinie - taką opinię wyraziło 67,03% pielęgniarek oraz 63,70% studentów. Przeciwnego zdania był niewielki odsetek osób z każdej z badanych grup - odpowiednio 3,23% pielęgniarek oraz 4,98% studentów. Niemal co trzecia pielęgniarka i co trzeci student nie miał zdania na powyższy temat (odpowiednio: 29,75% i 31,32%). Uzyskany rozkład odpowiedzi nie wskazuje na znaczące różnice, co poświadczają wyniki testu niezależności Chi-Kwadrat, wskazujące na brak istotnych statycznie różnic opinii na temat funkcjonowania ww. ustawy w Polsce po między pielęgniarkami, a studentami ($p > 0,05$). Szczegóły zawiera Tabela IV.

Tabela IV. Rozkład opinii pielęgniarek i studentów na temat funkcjonowania w Polsce Ustawy o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie

		Pielęgniarki		Studenci	
		N	%	N	%
Czy w Polsce funkcjonuje Ustawa o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie?	tak	187	67,03%	179	63,70%
	nie	9	3,23%	14	4,98%
	trudno powiedzieć	83	29,75%	88	31,32%
<hr/>					
		Wartość statystyki (χ^2)	Stopnie swobody (df)	Istotność (p)	
Chi-kwadrat		1,401	2	0,496	
Liczba przebadanych osób		560			

Zarówno pielęgniarki (86,38%), jak i studenci (72,95%) w większości słyszeli o Stowarzyszeniu Na Rzecz Przeciwdziałania Przemocy w Rodzinie „Niebieska Linia”. Różnice w powyższym były znaczące, o czym świadczą również wyniki testu niezależności Chi-Kwadrat ($p > 0,001$), wskazujące na bardzo silną istotność statystyczną. Szczegóły zawiera Tabela V.

W przeciwieństwie do studentów (35,59%), większość pielęgniarek (69,53%) słyszała o formularzu interwencji policyjnej w przypadku domowej przemocy np. „niebieska karta”. W związku w powyższym uzasadnionym jest stwierdzenie, iż wiedza o formularzu interwencji policyjnej w przypadku domowej przemocy np. „Niebieska Karta” znacząco różniła się pomiędzy pielęgniarkami, a studentami, co potwierdzają również wyniki testu Chi-Kwadrat ($p < 0,001$) świadczące o bardzo silnej istotności statycznej. Szczegóły zawiera Tabela VI.

Tabela V. Wiedza badanych na temat Stowarzyszenia Na Rzecz Przeciwdziałania Przemocy w Rodzinie "Niebieska Linia"

		Pielęgniarki		Studenci	
		N	%	N	%
Czy słyszała/ł Pani/Pan o Stowarzyszenie Na Rzecz Przeciwdziałania Przemocy w Rodzinie "Niebieska Linia"?	tak	241	86,38%	205	72,95%
	nie	32	11,47%	73	25,98%
	trudno powiedzieć	6	2,15%	3	1,07%
		Wartość statystyki (χ^2)		Stopnie swobody (df)	
		19,908		2	
		Istotność (p)		0,000	
Chi-kwadrat		19,908		2	
Liczba przebadanych osób		560			

Tabela VI. Deklaracje badanych na temat wiedzy o formularzu interwencji policyjnej w przypadku domowej przemocy np. „Niebieska Karta”?

		Pielęgniarki		Studenci	
		N	%	N	%
Czy słyszał(a) Pan(i) o formularzu interwencji policyjnej w przypadku domowej przemocy np. „niebieska karta”?	tak	194	69,53%	100	35,59%
	nie	78	27,96%	169	60,14%
	trudno powiedzieć	7	2,51%	12	4,27%
		Wartość statystyki (χ^2)		Stopnie swobody (df)	
		64,890		2	
		Istotność (p)		0,000	
Chi-kwadrat		64,890		2	
Liczba przebadanych osób		560			

Zdecydowana większość zarówno pielęgniarek, jak i studentów uważała, iż alkoholizm ma wpływ na rozwój przemocy w rodzinie (odpowiednio: 92,47% i 95,37%). Znacząca rola w tym zakresie była przypisywana też przez obie grupy agresywnym wzorom zachowań (odpowiednio: 74,55% pielęgniarek i 81,49% studentów). Pozostałe czynniki, tj. narkomania oraz warunki socjalne również były wskazywane przez większość pielęgniarek i studentów. W grupie inne pielęgniarki wskazywały (stresujący tryb życia, brak wzajemnego porozumienia, brak pracy, nieumiejętność radzenia sobie z własnymi emocjami), a studenci (stres w pracy, bezrobocie, zbyt duże ambicje rodziców względem dziecka, brak zachowania

jedności, podstawowych zasad, niski poziom wykształcenia rodziców, gry komputerowe, media, wzory z dzieciństwa, charakter oprawcy, zaburzenia psychiczne). Przeprowadzone analizy weryfikujące istotność różnic między opiniami pielęgniarek i studentów na temat czynników wpływających na rozwój przemocy w rodzinie, wskazują na istnienie istotnych statystycznie różnic w przypadku takich czynników jak: narkomania ($p < 0,01$) oraz agresywne wzory zachowań ($p < 0,05$). Szczegóły w Tabeli VII.

Tabela VII. Opinie badanych na temat czynników wpływających na rozwój przemocy w rodzinie

		Pielęgniarki		Studenci	
		N	%	N	%
Co według Pani/ Pana ma wpływ na rozwój przemocy w rodzinie?	alkoholizm	258	92,47%	268	95,37%
	narkomania	158	56,63%	196	69,75%
	warunki socjalne	164	58,78%	185	65,84%
	agresywne wzory zachowań	208	74,55%	229	81,49%
	inne	7	2,51%	15	5,34%
	trudno powiedzieć	6	2,15%	3	1,07%
	Wartość statystyki (χ^2)	Stopnie swobody (df)		Istotność (p)	
Alkoholizm	2,065	1		0,151	
Narkomania	10,363	1		0,001	
Warunki socjalne	2,792	1		0,095	
Agresywne wzory zachowań	3,937	1		0,047	
Inne	2,897	1		0,089	
Trudno powiedzieć	1,112	1		0,292	

Większość zarówno pielęgniarek (68,38%) i studentów (68,10%) stopień poziomu własnej wiedzy na temat zjawiska przemocy w rodzinie, określiła jako średni. Zaś test niezależności Chi-kwadrat wskazał na brak istotnych statystycznie różnic między pielęgniarkami a studentami (Tabela VIII).

Większość pielęgniarek (55,43%) twierdziło, iż tematyka przemocy była poruszana na zajęciach w Uczelni/Studium Medycznym. Odmienna opinie wyraziło większość studentów (54,15%). Analiza uzyskanych wyników testem niezależności Chi-kwadrat wskazała na bardzo silną istotność statystyczną ($p < 0,001$). Szczegóły zawiera Tabela IX.

Tabela II Samoocena poziomu własnej wiedzy na temat zjawiska przemocy w rodzinie przez respondentów

		Pielęgniarki		Studenci	
		N	%	N	%
W jakim stopniu określiliby Państwo poziom własnej wiedzy na temat zjawiska przemocy w rodzinie?	niski	35	12,87%	37	13,26%
	średni	186	68,38%	190	68,10%
	wysoki	23	8,46%	27	9,68%
	trudno powiedzieć	28	10,29%	25	8,96%
		Wartość statystyki (χ^2)		Stopnie swobody (df)	
Chi-kwadrat		0,499		3	
Liczba przebadanych osób		551			
		Istotność (p)		0,919	

Tabela IX. Rozkład odpowiedzi pielęgniarek i studentów na pytanie: Czy tematyka przemocy była poruszana na zajęciach w Uczelni/Studium Medycznym?

		Pielęgniarki		Studenci	
		N	%	N	%
Czy tematyka przemocy była poruszana na zajęciach w Uczelni/Studium Medycznym?	tak, w ramach przedmiotu	148	55,43%	75	27,08%
	nie	77	28,84%	150	54,15%
	trudno powiedzieć	42	15,73%	52	18,77%
		Wartość statystyki (χ^2)		Stopnie swobody (df)	
Chi-kwadrat		48,269		2	
Liczba przebadanych osób		544			
		Istotność (p)		0,000	

Zarówno pielęgniarki, jak i studenci, w większości chcieliby poszerzyć swoją wiedzę z zakresu tematyki przemocy (odpowiednio: 69,80% i 72,48%). Analiza testem Chi-kwadrat nie wskazała na istnienie istotnych statystycznie różnic między obiema grupami w zakresie chęci poszerzania swojej wiedzy na ten temat. Szczegółowe dane zawiera Tabela X.

Zarówno pielęgniarki, jak i studenci w większości nie brali udziału w szkoleniach dotyczących tematyki przemocy (odpowiednio: 77,07% i 86,59%), jednakże odsetek pielęgniarek biorących udział w takich szkoleniach był ponad 2-krotnie większy, niż liczba szkolących się studentów (odpowiednio: 16,54% i 7,61%). Analiza wyników testem Chi-kwadrat wskazała na istnienie istotnej statystycznie różnicy między obiema grupami ($p < 0,01$). Szczegóły zawiera Tabela XI.

Tabela X.III Deklaracja chęci poszerzenia wiedzy z zakresu tematyki przemocy przez badanych

		Pielęgniarki		Studenci	
		N	%	N	%
Czy chciałaby/lby Pani/Pan poszerzyć swoją wiedzę z zakresu tematyki przemocy?	tak	171	69,80%	187	72,48%
	nie	31	12,65%	27	10,47%
	trudno powiedzieć	43	17,55%	44	17,12%
		Wartość statystyki (χ^2)	Stopnie swobody (df)	Istotność (p)	
Chi-kwadrat		0,667	2	0,716	
Liczba przebadanych osób		503			

Tabela XI. Deklaracja uczestnictwa badanych w szkoleniach dotyczących tematyki przemocy

		Pielęgniarki		Studenci	
		N	%	N	%
Czy brała Pani/Pan udział w szkoleniach dotyczących tematyki przemocy?	tak	44	16,54%	21	7,61%
	nie	205	77,07%	239	86,59%
	nie pamiętam	17	6,39%	16	5,80%
		Wartość Statystyki (χ^2)	Stopnie swobody (df)	Istotność (p)	
Chi-kwadrat		10,591	2	0,005	
Liczba przebadanych osób		542			

Tematyka szkoleń w których pielęgniarki deklarujące w nich udział najczęściej dotyczyły tematyki przemocy w formie: elementu kształcenia na studiach/ w szkole (64,64%), w trakcie konferencji (50,00%), samokształcenia ogólnego (43,18%) oraz samokształcenia z czasopism i książek (po 29,55%). Natomiast studenci najczęściej kształcili się w tej tematyce w formie: elementu kształcenia na studiach/ w szkole (76,19%), w trakcie konferencji (38,10%) oraz samokształcenia ogólnego, samokształcenia przy pomocy Internetu oraz TV (po 19,05%). Testem Chi-kwadrat wskazano na istotne statystycznie różnice w przypadku takich form jak: konferencja ($p < 0,01$), element szkolenia w miejscu pracy ($p < 0,05$), samokształcenie ogółem ($p < 0,01$), samokształcenie w postaci czasopisma ($p < 0,01$), książek ($p < 0,01$) i TV ($p < 0,05$). Szczegóły zawiera Tabela XII.

Tabela XII. Rozkład odpowiedzi pielęgniarek i studentów na pytanie: Jeśli tak, to w jakiej formie realizowane były szkolenia dotyczące tematyki przemocy?

		Pielęgniarki		Studenci	
		N	%	N	%
Jeśli tak, to w jakiej formie realizowane były szkolenia dotyczące tematyki przemocy?	konferencja	22	50,00%	8	38,10%
	kurs zawodowy	6	13,64%	3	14,29%
	element szkolenia w miejscu pracy	10	22,73%	3	14,29%
	element kształcenia na studiach/ w szkole (temat zajęć, ćwiczeń)	28	63,64%	16	76,19%
	samokształcenie ogólne	19	43,18%	4	19,05%
	samokształcenie: czasopisma	13	29,55%	2	9,52%
	samokształcenie: książki	13	29,55%	1	4,76%
	samokształcenie: Internet	10	22,73%	4	19,05%
	samokształcenie: TV	12	27,27%	4	19,05%
	samokształcenie: radio	5	11,36%	1	4,76%
	inne kursy	2	4,55%	0	0,00%
Wartość statystyki (χ²)					
	Wartość statystyki (χ²)	Stopnie swobody (df)		Istotność (p)	
Konferencja	7,009	1		0,008	
Kurs zawodowy	1,038	1		0,308	
Element szkolenia w miejscu pracy	3,910	1		0,048	
Element kształcenia na studiach/ w szkole (temat zajęć, ćwiczeń)	3,645	1		0,056	
Samokształcenie: jakie: czasopisma, książki, internet, TV, radio	10,314	1		0,001	
Samokształcenie: czasopisma	8,370	1		0,004	
Samokształcenie: książki	10,638	1		0,001	
Samokształcenie: internet	2,682	1		0,102	
Samokształcenie: TV	4,177	1		0,041	
Samokształcenie: radio	2,725	1		0,099	
Inne kursy	2,022	1		0,155	

Zarówno pielęgniarki, jak i studenci za najlepsze źródła wiedzy na temat problematyki przemocy uważali konferencje naukowe (odpowiednio: 63,97% i 53,31%), kursy zawodowe (odpowiednio: 51,01% i 51,36%), Internet (odpowiednio: 36,84% i 46,30%), TV (odpowiednio: 40,89% i 42,80%), książki (odpowiednio: 27,13% i 33,46%) oraz czasopisma (odpowiednio: 31,58% i 30,35%). Znaczący odsetek obu grup szczególnie cenił również własne doświadczenia (odpowiednio: 20,65% pielęgniarek i 29,18%

studentów). Analiza testem niezależności Chi-kwadrat wskazała na istotne statystycznie różnice w przypadku takich form jak Internet i własne doświadczenia ($p < 0,05$). Szczegółowe dane zawiera Tabela XIII.

Tabela XIII. Preferowane przez respondentów źródła wiedzy na temat problematyki przemocy

		Pielęgniarki		Studenci	
		N	%	N	%
Jakie według Pani/Pana są najlepsze źródła wiedzy na temat problematyki przemocy?	konferencje naukowe	158	63,97%	137	53,31%
	kursy zawodowe	126	51,01%	132	51,36%
	czasopisma	78	31,58%	78	30,35%
	książki	67	27,13%	86	33,46%
	Internet	91	36,84%	119	46,30%
	radio	49	19,84%	36	14,01%
	TV	101	40,89%	110	42,80%
	koleżanki/koledzy	30	12,15%	43	16,73%
	własne doświadczenia	51	20,65%	75	29,18%

	Wartość statystyki (χ^2)	Stopnie swobody (df)	Istotność (p)
Konferencje	3,484	1	0,062
Kursy zawodowe	0,185	1	0,667
Czasopisma	0,003	1	0,958
Książki	3,062	1	0,080
Internet	5,658	1	0,017
Radio	2,455	1	0,117
TV	0,517	1	0,472
Koleżanki/koledzy	2,556	1	0,110
Własne doświadczenia	5,680	1	0,017

Rozkład opinii na temat czy konieczne jest wprowadzenie treści dotyczących zjawiska przemocy w rodzinie w nauczaniu pielęgniarek, jak i wyniki przeprowadzonego testu niezależności Chi-kwadrat wskazują na brak istotnych różnic między pielęgniarkami, a studentami w opiniach na temat konieczności wprowadzenia treści dotyczących zjawiska przemocy w rodzinie w nauczaniu pielęgniarek. Większość pielęgniarek i studentów uważała to za konieczne, zaś niewielki odsetek obu grup (odpowiednio: 6,83% i 6,56%) był przeciwnego zdania. Co piąta pielęgniarka (20,08%) i co piąty student (21,62%) nie wyraził jednoznacznej opinii na ten temat. Szczegóły zawierają Tabele XIV.

Tabela IV. Opinie badanych na temat konieczności wprowadzenia treści dotyczących zjawiska przemocy w rodzinie w nauczaniu pielęgniarek

		Pielęgniarki		Studenci	
		N	%	N	%
Czy uważa Pani/Pan za konieczne wprowadzenie treści dotyczących zjawiska przemocy w rodzinie w nauczaniu pielęgniarek?	tak	179	71,89%	186	71,81%
	nie	17	6,83%	17	6,56%
	trudno powiedzieć	50	20,08%	56	21,62%
		Wartość statystyki (χ^2)	Stopnie swobody (df)	Istotność (p)	
Chi-kwadrat		0,139	2	0,933	
Liczba przebadanych osób		508			

Większość pielęgniarek i studentów uważała (odpowiednio: 69,55% i 72,20%) za konieczne organizowanie szkoleń dotyczących zjawiska przemocy w rodzinie dla pielęgniarek, zaś niewielki procent obu grup (odpowiednio: 8,23% i 8,11%) był przeciwnego zdania. Zarówno rozkład odpowiedzi, jak i wyniki przeprowadzonego testu niezależności Chi-kwadrat wskazują na brak istotnych różnic między pielęgniarkami, a studentami w opiniach na powyższy temat. Szczegóły zawiera Tabela XV.

Tabela V Opinie badanych na temat potrzeby organizowania szkoleń dotyczących zjawiska przemocy w rodzinie

		Pielęgniarki		Studenci	
		N	%	N	%
Czy uważa Pani/Pan za konieczne organizowanie szkoleń dotyczących zjawiska przemocy w rodzinie dla pielęgniarek?	tak	169	69,55%	187	72,20%
	nie	20	8,23%	21	8,11%
	trudno powiedzieć	54	22,22%	51	19,69%
		Wartość statystyki (χ^2)	Stopnie swobody (df)	Istotność (p)	
Chi-kwadrat		0,511	2	0,775	
Liczba przebadanych osób		502			

W opinii większości pielęgniarek i studentów (odpowiednio: 80,65% i 84,38%), szkolenia dotyczące tematyki przemocowej dla pielęgniarek powinny być prowadzone przez psychologa. Ponad połowa pielęgniarek (55,24%) uważała, że przez pedagoga (odpowiednio 44,92% studentów udzieliło takiej odpowiedzi), zaś połowa studentów widziała w tej roli policjanta (odpowiednio 41,94% pielęgniarek udzieliło takiej odpowiedzi). Znaczący odsetek obu grup wskazał również na socjologa (odpowiednio 41,13% pielęgniarek i 35,94% studentów). W kategorii „inna” pielęgniarki wymieniały (pracownik socjalny, osoby wyszkolone pod tym względem, , a studenci (osoby pracujące w opiece społecznej, kurator, „osoba, która miała ten problem”, ofiara). Analiza testem niezależności Chi-kwadrat wskazała na istnienie istotnych statystycznie różnic jedynie w przypadku wskazywania policjanta ($p < 0,05$). Pozostałe dane zawiera Tabela XVI.

Tabela XVI. Opinie pielęgniarek i studentów na temat osób preferowanych do prowadzenia szkolenia dotyczące tematyki przemocowej dla pielęgniarek

		Pielęgniarki		Studenci	
		N	%	N	%
Kto powinien prowadzić szkolenia dotyczące tematyki przemocowej dla pielęgniarek?	policjant	104	41,94%	128	50,00%
	socjolog	102	41,13%	92	35,94%
	pedagog	137	55,24%	115	44,92%
	lekarz	29	11,69%	25	9,77%
	psycholog	200	80,65%	216	84,38%
	lekarz	14	5,65%	17	6,64%
	pielęgniarka	25	10,08%	34	13,28%
	inna osoba	2	0,81%	4	1,56%
	trudno powiedzieć	14	5,65%	10	3,91%
	Wartość statystyki (χ^2)	Stopnie swobody (df)	Istotność (p)		
Policjant	3,951	1	0,047		
Socjolog	0,902	1	0,342		
Pedagog	3,784	1	0,052		
Lekarz	0,360	1	0,548		
Psycholog	1,969	1	0,161		
Lekarz	0,285	1	0,593		
Pielęgniarka	1,464	1	0,226		
Inna osoba	0,654	1	0,419		
Trudno powiedzieć	0,744	1	0,388		

Zarówno wśród pielęgniarek, jak i studentów dominowała opinia, że szkolenia dotyczące tematyki przemocy dla pielęgniarek powinni mieć formę konferencji (odpowiednio: 53,66% i 41,47%), elementu szkolenia w miejscu pracy (odpowiednio: 43,09%

i 47,67%) oraz elementu kształcenia na studiach/ w szkole (odpowiednio: 50,81% i 56,59%), a także kursu zawodowego (odpowiednio: 34,55% i 35,66%). Test Chi-kwadrat wskazał na istotne różnice między obiema grupami w przypadku wskazywania konferencji ($p < 0,05$), gdzie ta różnica w odsetku osób, które wskazały daną odpowiedź była największa. Szczegóły zawiera Tabela XVII.

Tabela VI Preferowane przez badanych formy szkolenia dotyczące tematyki przemocy dla pielęgniarek

		Pielęgniarki		Studenci	
		N	%	N	%
Jaką formę powinny mieć szkolenia dotyczące tematyki przemocy dla pielęgniarek?	konferencja	132	53,66%	107	41,47%
	kurs zawodowy	85	34,55%	92	35,66%
	element szkolenia w miejscu pracy	106	43,09%	123	47,67%
	element kształcenia na studiach/ w szkole (temat zajęć, ćwiczeń)	125	50,81%	146	56,59%
	samokształcenie	54	21,95%	39	15,12%
	samokształcenie: czasopisma	22	8,94%	17	6,59%
	samokształcenie: książki	25	10,16%	18	6,98%
	samokształcenie: internet	22	8,94%	24	9,30%
	trudno powiedzieć	18	7,32%	10	3,91%
	Wartość statystyki (χ^2)	Stopnie swobody (df)	Istotność (p)		
Konferencja	4,879	1	0,027		
Kurs zawodowy	0,335	1	0,563		
Element szkolenia w miejscu pracy	1,935	1	0,164		
Element kształcenia na studiach/ w szkole (temat zajęć, ćwiczeń)	2,869	1	0,090		
Samokształcenie	3,031	1	0,082		
Samokształcenie: czasopisma	0,728	1	0,394		
Samokształcenie: książki	1,289	1	0,256		
Samokształcenie: internet	0,080	1	0,778		
Trudno powiedzieć	2,467	1	0,116		

Ponad połowa studentów (52,53%) oraz 47,96% pielęgniarek nie miało zdania na temat łatwej dostępności literatury fachowej nawiązującej do zjawiska przemocy w rodzinie. Tylko 15,98% pielęgniarek i 14,40% uważało, że literatura ta jest łatwo dostępna, a 36,07% pielęgniarek i 33,07% studentów było przeciwnego zdania. Test Chi-kwadrat nie wskazał na istnienie istotnych statystycznie różnic między obiema grupami w powyższej kwestii ($p > 0,05$). Szczegóły zawiera Tabela XVIII.

Tabela VII Opinie respondentów na temat łatwej dostępności literatury fachowej nawiązującej do zjawiska przemocy w rodzinie

		Pielęgniarki		Studenci			
		N	%	N	%		
Czy uważa Pani/Pan, iż istnieje łatwa dostępność literatury fachowej nawiązującej do zjawiska przemocy w rodzinie?	tak	39	15,98%	37	14,40%		
	nie	88	36,07%	85	33,07%		
	trudno powiedzieć	117	47,95%	135	52,53%		
		Wartość statystyki (χ^2)		Stopnie swobody (df)		Istotność (p)	
Chi-kwadrat		1,054		2		0,590	
Liczba przebadanych osób		501					

Dyskusja

Ogólnopolska diagnoza problemu przemocy wobec dzieci, przeprowadzona w roku 2013 przez Fundację Dzieci Niczyje, w ramach projektu „Zapobieganie i zwalczanie wykorzystywania seksualnego dzieci” przy wsparciu finansowym Programu Prevention and Fight against Crime Komisji Europejskiej – Dyrekcji Generalnej do Spraw Wewnętrznych oraz w ramach projektu „Safe Childhood - preventing child abuse and neglect” finansowanego przez The Velux Foundations, wykazała, że 71% nastolatków w wieku 11-17 lat doświadczyło przynajmniej jednej formy wiktyimizacji [5]. Ponad połowa nastolatków doświadczyła przemocy rówieśniczej, najczęściej w formie przemocy fizycznej (41%) i przemocy psychicznej (28%). 34% nastolatków było ofiarą przemocy ze strony osób dorosłych. Co piąty młody człowiek doświadczył przemocy psychicznej ze strony dorosłych (22%) i niemal tyle samo przemocy fizycznej (21%). 27% nastolatków padło ofiarą przestępstw konwencjonalnych - wandalizmu (21%), rozboju (8%) i napaści przy użyciu niebezpiecznego narzędzia (5%). 18% nastolatków było świadkami przemocy domowej, a 9% młodzieży padło ofiarą co najmniej jednej z form wykorzystywania seksualnego bez kontaktu fizycznego - najczęściej słownego molestowania seksualnego (5,3%) oraz werbowania w internecie do celów seksualnych (5,1%). 6% nastolatków padło ofiarą co najmniej jednej z form wykorzystywania seksualnego z kontaktem fizycznym i tyle samo doświadczyło zaniedbania. Co dziesiąty nastolatek jest „multiofiarą” i doświadczył co najmniej 6 form wiktyimizacji [5].

W opinii objętych badaniem profesjonalistów prowadzących w 2011 roku programy oddziaływań korekcyjno-edukacyjnych dla osób stosujących przemoc w rodzinie, zjawisko przemocy w rodzinie dotyczy 50% polskich rodzin, z czego w 47% z nich pozostaje nieujawnione [6]. Eksperti badania [6] zwracali także uwagę na tzw. białe plamy, np.: trudno wykrywalną przemoc w rodzinie w grupie tzw. „białych kołnierzyków”, czy wśród rodzin „z pozoru przykładowych”, przemoc psychiczną, ekonomiczną, czy seksualną i podkreślali, że przemoc w rodzinie wykracza poza obszary marginesu społecznego.

W opinii Mellibrudy [7] dzieci wzrastające wśród przemocy w domu, doznają jej nie tylko wtedy, gdy są bezpośrednio maltretowane lub zaniedbywane przez rodziców, czy opiekunów, ale także cierpią i są krzywdzone wówczas, gdy są świadkami przemocy dorosłych. Przemoc doznawana w dzieciństwie tworzy bowiem podwaliny pod wszelkiego rodzaju formy przemocy i przynosi najczęściej dotkliwych i długotrwałych szkód [7].

Blisko siedmiu na dziesięciu (69%) respondentów z badania zrealizowanego dla Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej z 2011 roku [8] uważało, że na przestrzeni ostatnich 5. lat przemoc psychiczna w rodzinach zdarzała się częściej, co dokładnie pokrywało się z percepcją skali tego zjawiska przez osoby, które stosowały przemoc w rodzinie. Wiedzę o istnieniu, w ich najbliższym otoczeniu, rodzin w których stosowana była przemoc psychiczna, deklarowało czterech na dziesięciu (43%) dorosłych badanych. Natomiast w grupie osób, które stosowały przemoc w rodzinie, wiedzę taką posiadał blisko co szósty respondent – odpowiednio 59% osób stosujących przemoc fizyczną oraz 57% osób stosujących przemoc psychiczną. Deklarowali także, że obserwowali częstsze występowanie zjawiska przemocy fizycznej - pogląd taki podzielał blisko co drugi (48%) badany. Podobnego zdania były osoby, które stosowały przemoc w rodzinie (45%). Co czwarty (38%) badany znał w swoim najbliższym otoczeniu co najmniej jedną rodzinę, w której taka przemoc występowała. Wśród osób, które stosowały przemoc w rodzinie, odsetek ten był znacznie wyższy i wynosił odpowiednio 55% osób, które stosowały przemoc fizyczną, i 49% osób, które stosowały przemoc psychiczną [8]. Co trzeci (32%) ankietowany uważał jednocześnie, że w ciągu ostatnich 5 lat nasiliło się zjawisko przemocy seksualnej w rodzinach.. Takiego samego zdania był identyczny odsetek osób, które stosowały przemoc fizyczną w rodzinie. Osoby, które stosowały przemoc psychiczną w rodzinie, istotnie rzadziej uważały, że skala zjawiska przemocy seksualnej nasila się, natomiast zdecydowanie częściej, niż ogół respondentów twierdziły, że utrzymuje się ona na tym samym poziomie (42%). Blisko dziewięciu na dziesięciu (87%) badanych twierdziło, że w ich najbliższym otoczeniu nie ma rodzin, w których występowałby problem przemocy seksualnej. Podgląd ten

podzielała również zdecydowana większość osób, które stosowały przemoc w rodzinie – odpowiednio 84% stosujących przemoc fizyczną i 83% stosujących przemoc psychiczną [8].

Badania Regionalnego Ośrodka Polityki Społecznej w Białymstoku [9] wykazały, iż wśród postrzeganych przez respondentów przyczyn stosowania przemocy w rodzinie dominowały wyniesione z domu wzory, uzależnienia, trudna sytuacja finansowa, choroby lub niepełnosprawność oraz kwestie dotyczące: agresywnych wzorców zachowań (sprawcy), wzorów kulturowych (podległości słabszego wobec silniejszego), autorytarnego sposobu wychowania, umiejętności nawiązywania partnerskich, otwartych relacji z ludźmi, umiejętności okazywania uczuć, czy poczucia własnej wartości. Występowały także problemy w efektywnym działaniu służb, które wynikały zdaniem badanych z przedłużających się procedur, oporu ze strony ofiar, które cierpią, ale trudno im się zdobyć na zmianę oraz braku skuteczności w istniejących regulacjach prawnych [9].

Pracownicy Policji, z badania Bedyńskiej i wsp. [10] jako sprawców największej liczby aktów przemocy fizycznej wobec osób starszych w rodzinie wskazywali męskich krewnych – męża (27 przypadków), ojca (16 przypadków), syna lub konkubenta (po 10 przypadków). Podobna tendencja była zauważalna w relacjach pracowników Powiatowych Centrów Pomocy Rodzinie, którzy znali znacznie mniej przypadków przemocy fizycznej, niż pracownicy Policji, ale raportowali największą liczbę przypadków przemocy ze strony męża, ojca, czy konkubenta. Jeśli chodzi o przemoc psychiczną w rodzinie wobec osób starszych, to liczba znanych przypadków sprawozdawanych przez pracowników Policji była podobna do liczby przypadków przemocy fizycznej [10].. Podobnie uwidaczniała się w odpowiedziach policjantów tendencja wskazująca, że największa liczba przypadków to takie, gdzie sprawcami był mąż 16 (31 przypadków), ojciec (8 przypadków), syn (9 przypadków), czy konkubent (9 przypadków). Przemoc fizyczną i psychiczną odróżniał jednak fakt większej liczby przypadków przemocy psychicznej, w których sprawcami były żony (8 przypadków). Dość dużą liczbę przypadków przemocy zanotowali pracownicy Powiatowych Centrów Pomocy Rodzinie - przeciętnie 9 przypadków przemocy ze strony męża, 6 ze strony ojca i 11 ze strony konkubenta. Znacznie rzadziej stykali się z przypadkami przemocy psychicznej ze strony żony osoby starszej [10].

Czynnikami, które zdaniem uczestniczących w badaniu IDEABLOG specjalistów [cyt. za 9] mają wpływ na ujawnianie przemocy w rodzinie, są:

- wiedza i świadomość mieszkańców oraz pracowników służb zajmujących się przemocą w rodzinie na temat przemocy w rodzinie, warunkująca funkcjonowanie wyobrażeń społecznych i stereotypów na temat przemocy w rodzinie i wpływająca na

dostrzeganie i postrzeganie problemu - kształtowanie wrażliwości społecznej oraz umiejętność rozpoznawania sytuacji przemocy w rodzinie.

- posiadanie informacji na temat możliwości i sposobów reagowania na przemoc w rodzinie, znajomość i świadomość roli i obowiązków poszczególnych instytucji realizujących zadania w zakresie przeciwdziałania przemocy w rodzinie – dzięki czemu możliwe jest zgłaszanie przypadków przemocy w rodzinie właściwym instytucjom (w przypadku mieszkańców)
- sprawna współpraca instytucji realizujących zadania przeciwdziałania przemocy w rodzinie (w przypadku pracowników służb i instytucji)
- zaufanie społeczne - więzi i stosunki społeczne funkcjonujące w społeczności, solidarność sąsiedztwa z ofiarą przemocy w rodzinie oraz wsparcie otoczenia dla ofiar przemocy w rodzinie, w tym oczekiwanie od sprawcy przemocy w rodzinie i motywowanie go do zmiany zachowania.
- zaufanie do służb i instytucji pomocowych - niezbędną jest bowiem profesjonalna, kompetentna i adekwatna do sytuacji reakcja pracowników służb i instytucji.
- lokalna oferta i infrastruktura instytucjonalna - dostępność i oferta usług specjalistycznych dla ofiar i sprawców przemocy w rodzinie oraz ich odpowiednia jakość.

Maćkiewicz [11] przeprowadziła w latach 2002–2003, wśród nauczycieli trzech szkół gimnazjalnych, badanie na temat stosowania przez rodziców metod przemocy fizycznej i psychicznej w wychowaniu. Dowiodła w nim, że nauczyciele w swojej pracy zawodowej spotykają uczniów z objawami przemocy zastosowanej wobec nich w domu. Symptomami na podstawie których stwierdzano ten fakt, były ślady pobicia, zaniedbany wygląd, zmęczenie dziecka, agresja w zachowaniu, nerwice. Jednak problem, na który zwraca również uwagę autorka [11] tej pracy, to przede wszystkim niewiedza nauczycieli, komu dziecko powinno zgłosić fakt przemocy domowej, a także przyzwolenie nauczycieli (w 9%) do stosowania przemocy w szkole.

Badanie przeprowadzone w Gimnazjum im. Królowej Jadwigi w Tłuszczu oraz w Zespole Szkół im. K.K. Baczyńskiego w grupie 54 uczniów wykazało, że 52 osoby badane wiedziały czym jest przemoc w rodzinie [12]. Najczęściej wymienianą formą przemocy była przemoc fizyczna i psychiczna (40 osób), 2 osoby wymieniły przemoc seksualną, a 1 osoba - przemoc „elektroniczną”. 13 uczniów nie znało jakiegokolwiek rodzaju przemocy. Ankietowani mieli świadomość kogo należy poinformować o sytuacji zagrożenia,

a instytucjami i osobami, które dzieci i młodzież obdarzały zaufaniem w sytuacji zagrożenia byli dalszy krewny, policja, a także Punkt Pomocy Dziecku i Rodzinie [12].

Badania Regionalnego Ośrodka Polityki Społecznej w Białymstoku [9] wykazały, iż informacje na temat instytucji, które mogą pomóc w sytuacji wystąpienia przemocy, badani najczęściej czerpali z telewizji (34,4%) oraz z prasy lokalnej (30,7%). Znajomość instytucji udzielających wsparcia osobom doznającym przemocy deklarowało jedynie 22% respondentów. Twierdzili także, że osoba doznająca przemocy najczęściej może liczyć na pomoc ze strony rodziny, policji, znajomych i sąsiadów. Jedynie jedna trzecia respondentów słyszała o formularzu interwencji policyjnej w przypadku przemocy domowej „Niebieska Karta” [9].

Obecni respondenci w większości oceniali swoją wiedzę na temat zjawiska przemocy w rodzinie na poziomie średnim. Zgodnie z analizą wcześniejszych odpowiedzi można stwierdzić, iż stopień oceny w niektórych przypadkach był zaniżony. Pielęgniarki i studenci kierunku Pielęgniarstwo wykazywali się w wielu aspektach wysoką wiedzą teoretyczną oraz walorami operacyjnymi, jednakże brak rozwiązań organizacyjnych, uniemożliwiał im realizację deklarowanych działań.

Większość obecnie badanych nie brała udziału w szkoleniach w zakresie tematyki przemocy, ale opowiedziała się za chęcią poszerzania swojej wiedzy w zakresie tematyki przemocy. Wskazywanym źródłem wiedzy na temat powyższej problematyki przemocy była najczęściej konferencja oraz kursy zawodowe. Większość badanych opowiadała się także za wprowadzeniem treści dotyczących zjawiska przemocy w rodzinie w nauczaniu pielęgniarek oraz za organizowaniem szkoleń dotyczących zjawiska przemocy w rodzinie dla pielęgniarek w formie konferencji, kursu zawodowego, elementu szkolenia w miejscu pracy. Specjalistą, który najczęściej był wskazywany jako osoba, która powinna prowadzić takie szkolenia był psycholog, policjant oraz pedagog.

W opinii Rode [13] zagadnienie problemu przemocy w rodzinie od 20 lat jest jednym z głównych zainteresowań nauk społecznych. W latach 70. rozpoznano ogólną naturę skrajnych form agresji wewnątrz rodziny i od tego czasu powstało wiele prac naukowych, w których problem ten został pogłębiony i opracowany pod kątem rozmiaru przemocy, jej form, charakterystyki przemocy w rodzinie, charakterystyki ofiar przemocy, psychospołecznych skutków przemocy. Powyższe zdaniem autorki [13] spowodowało wzrost społecznej świadomości tych kwestii i skłoniło do uznania przemocy rodzinnej za zjawisko powszechne, występujące w społeczeństwach w większości kultur.

W obecnym badaniu zarówno pielęgniarki, jak i studenci, za najlepsze źródła wiedzy

na temat problematyki przemocy uważali konferencje naukowe, kursy zawodowe, Internet, TV, książki oraz czasopisma. Znaczący odsetek obu grup (odpowiednio: 20,65% pielęgniarek i 29,18% studentów) cenił również własne doświadczenia.

Z danych literaturowych wynika [14,15], że członkowie zespołów interdyscyplinarnych mają niedostatki wiedzy z zakresu procedur postępowania z ofiarami przemocy, obowiązujących przepisów prawnych oraz kompetencji/uprawnień członków innych służb i tylko w niewielkim stopniu angażują się w taką działalność, o czym świadczy fakt, iż w 2012 roku przekazali oni najmniejszą liczbę *Niebieskich Kart* (268 na ogólną szacunkową liczbę 26.401). Z danych Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej wynika, [Cyt. za 19], iż lekarze wszystkich specjalności założyli mniej niż 1% *Niebieskich Kart*.

Większość obecnych respondentów posiadała wiedzę o funkcjonowaniu ustawy o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie, jak również zdecydowana większość badanych słyszała o Stowarzyszeniu Na Rzecz Przeciwdziałania Przemocy w Rodzinie „Niebieska Linia” oraz procedurze policyjnej „Niebieska Karta”.

Dzieci i młodzież z Tłuszcza [12] w przeważającej części byli przekonani, że nie istnieją sytuacje, podczas których warto byłoby użyć przemocy w osiągnięciu celu. Mieli też świadomość, że nie warto używać siły, ani krzywdzić innych z uwagi na własne potrzeby. Niewielka część uczniów twierdziła jednak, że w poszczególnych przypadkach warto stosować przemoc wobec drugiej osoby i ta część osób wymaga edukacji w zakresie przemocy w rodzinie, ponieważ jednocześnie istnieje przekonanie że dzieci będące ofiarami przemocy w rodzinie zasłużyły sobie na taką karę [12].

W publikacjach na temat medycznych skutków przemocy, za Leoniuk i wsp. [16], akcentuje się fakt, że specjalistami, którzy często mogą mieć do czynienia z ofiarami przemocy i którzy powinni wykazywać się wiedzą i szczególną wrażliwością na problem agresji w rodzinie, są pielęgniarki i położne środowiskowe, pielęgniarki ratunkowe, szkolne, pediatryczne oraz chirurgiczne.

Znajomość prawnych rozwiązań funkcjonujących w Polsce, umożliwia pielęgniarkom efektywne wykorzystanie narzędzi do walki oraz przeciwdziałania przemocy w rodzinie, w trakcie pełnienia obowiązków zawodowych. W trakcie pełnienia obowiązków zawodowych, pielęgniarki mogą bowiem się spotykać z ofiarami przemocy domowej, trwającej od dłuższego czasu. Pacjenci zaniedbywani, samozaniedbani lub ofiary przemocy psychicznej, świadkowie katastrof, to osoby, których dysfunkcje wynikające z oddziaływania mechanizmów przemocowych wnikają głęboko w styl ich życia. Mając świadomość o możliwości wystąpienia wspomnianych objawów, pielęgniarka trafnie określi potencjalne

problemy opieki i będzie mogła przeciwdziałać eskalacji dysfunkcji.

Wnioski

1. Obie badane grupy posiadały wiedzę dotyczącą funkcjonujących w Polsce rozwiązań legislacyjnych w zakresie przeciwdziałania przemocy w rodzinie, trafnie rozpoznawały czynniki wpływające na rozwój przemocy w rodzinie oraz predysponujące do wystąpienia przemocy w rodzinie, ale nie dostrzegały odległych skutków przemocy w rodzinie.
2. Pielęgniarki i studenci oceniali swoją wiedzę na temat zjawiska przemocy w rodzinie na poziomie średnim i deklarowali chęć jej poszerzania wiedzy w powyższym zakresie.
3. Pielęgniarki oraz studenci byli przekonani, iż istnieje konieczność organizowania dla pielęgniarek kampanii informacyjnych i szkoleń interdyscyplinarnych z zakresu tematyki przemocnej oraz opowiadali się za wprowadzeniem treści dotyczących zjawiska przemocy w rodzinie w nauczaniu pielęgniarek.

Postulat

Należy wdrożyć działania mające na celu zwrócenie większej uwagi, w programach kształcenia studentów kierunku pielęgniarstwo oraz podyplomowym, na tematykę dotyczącą odległych skutków doświadczanej przemocy w rodzinie, oddziaływań korekcyjno-edukacyjnych dla sprawców przemocy w rodzinie, powstawania mechanizmów przemocowych, ich diagnostyki oraz umiejętności sporządzania portretu psychologicznego sprawcy, jak i ofiary.

Piśmiennictwo

1. Podgóredzki A.: Patologia społeczna a przestępczość. Zagadnienie patologii społecznej, Warszawa, 1976.
2. Raport z badania TNS OBOP dla Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej. Badanie dotyczące zjawiska przemocy w rodzinie wobec dzieci. Opinie kuratorów, policjantów, pracowników socjalnych, pracowników służby zdrowia oraz pedagogów szkolnych o występowaniu i okolicznościach występowania przemocy w rodzinie

- wobec dzieci. Warszawa, 2008, http://www.mpips.gov.pl/userfiles/File/Przemoc%20w%20rodzinie/dzieci_prof.pdf, data pobrania 01.07.2016.
3. Niesiobędzka M.: Postawy wobec przemocy w bliskich związkach młodzieży. Dziecko Krzywdzone, 2003, 5, 115-122.
 4. Falkowska M.: Konflikty i przemoc w rodzinie w niektórych krajach Europy środkowej i wschodniej. Komunikat CBOS - BS/61/2002, Warszawa, 2002, 4,1-7.
 5. Włodarczyk J., Makaruk K.: Ogólnopolska diagnoza problemu przemocy wobec dzieci. Wyniki badania. Badanie realizowane w ramach projektu „Zapobieganie i zwalczanie wykorzystywania seksualnego dzieci” przy wsparciu finansowym Programu Prevention and Fight against Crime Komisji Europejskiej – Dyrekcji Generalnej do Spraw Wewnętrznych oraz w ramach projektu „Safe Childhood - preventing child abuse and neglect” finansowanego przez The Velux Foundations, Fundacja Dzieci Niczyje, Warszawa, 2013.
 6. Diagnoza dotycząca osób stosujących przemoc w rodzinie: komentarz do wyników badań, <http://www.mpips.gov.pl/przemoc-w-rodzinie/diagnoza-zjawiska-przemocy-w-rodzinie-w-polsce/>, MillwardBrown SMG/KRC, 2011, 11, 1-45, data pobrania 01.07.2016.
 7. Mellibruda J.: Przemoc domowa, Charaktery, 1997, 9, 17.
 8. Tracz-Dral J.: Uregulowania prawne dotyczące przemocy w rodzinie na tle wybranych rozwiązań legislacyjnych. Opracowanie tematyczne OT-570. Biuro Analiz i Dokumentacji Kancelarii Senatu. Kancelaria Senatu, Warszawa, 2009.
 9. Diagnoza zjawiska przemocy w rodzinie w województwie podlaskim. Przemoc jako przyczyna dysfunkcji rodzin. Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej w Białymstoku. Obserwatorium Integracji Społecznej. <http://www.rops-bialystok.pl/downloads/Diagnozaprzemocy.pdf>, Białystok 2012, 1-147, data pobrania 01.07.2016.
 10. Bedyńska S., Brzezicka A., Korzeniowski K., Radkiewicz P., Skarżyńska K.: Przemoc w rodzinie wobec osób starszych i niepełnosprawnych. Część II - Raport z badania profesjonalistów. PAN, Warszawa, 2009.
 11. Maćkiewicz J.: Przemoc wobec dziecka w rodzinie. Probl. Opiekuńczo-Wychowawcze, 2004, 5,34–38.
 12. Diagnoza na temat świadomości przemocy w rodzinie wśród dzieci i młodzieży zamieszkujących teren gminy Tłuszcz, Ośrodek Pomocy Społecznej Tłuszcz, 2014 r.
 13. Rode D.: Psychologiczne uwarunkowania przemocy w rodzinie. Charakterystyka sprawców, Wyd. Uniwersytetu Śląskiego, Katowice, 2000.

14. Łepecka-Klusek C., Pawłowska-Muc A.K., Stadnicka G. Pilewska-Kozak A.B.: Przemoc domowa wobec kobiet, MONZ, 2015, 21, 4, 408–413.
15. Mazurczak A, Olczyk M, Olszewska A, Płatek M, Sękowska-Kozłowska K, Spurek S. i wsp. W: Trociuk S. (red.). Przeciwdziałanie przemocy wobec kobiet, w tym kobiet starszych i z niepełnosprawnościami. Analiza i zalecenia. Biuro Rzecznika Praw Obywatelskich, Warszawa, 2013.
16. Leoniuk K. Nowakowska H., Sobczak K.: Zadania pielęgniarki w systemie przeciwdziałania przemocy domowej, Probl. Pielęg., 2013, 21, 3, 397–402.
17. Sz wajca K., Psychiatr. Psychol. Klin. 2014, 14 (2): 95-99
18. Jarosz E., Nowak A.,: Dzieci ofiary przemocy w rodzinie. Raport Rzecznika Praw Dziecka. Biuro Rzecznika Praw Dziecka, Warszawa 2012
19. Topolewska M., Niebieska karta: Lekarze niechętnie walczą z przemocą. Gazeta Prawna, 03.06.2014 r. <http://praca.gazetaprawna.pl/artykuly/800963,niebieska-karta-lekarze-niechetnie-walczą-z-przemocą.html> data pobrania: 11.08.2016 r.

Doznanie ewentualnej przemocy w rodzinie przez badane pielęgniarki i studentów - badania własne

Tomasz Iwański¹, Elżbieta Krajewska-Kułak²

1. Instytut Pielęgniarstwa, Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa im. rtm. Witolda Pileckiego w Oświęcimiu
2. Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

Wprowadzenie

W literaturze przedmiotu [1] podkreśla się, iż najczęstsze mity i stereotypy związane ze zjawiskiem przemocy w rodzinie związane są z jej postrzeganiem w kategoriach: „*pierzmy własne brudy we własnym domu*”, „*przemoc zdarza się tylko w rodzinach z marginesu społecznego*”, „*przyczyną przemocy w rodzinie jest alkohol*”, „*przemoc domowa to przede wszystkim przemoc fizyczna*”, „*przemoc domowa dotyczy jedynie kobiet*”, „*trzeba nieść swój krzyż, cokolwiek by się nie działo*”, „*to był jednorazowy incydent, który się nie powtórzy*” lub „*ofiary przemocy w rodzinie akceptują przemoc*”.

W sprawozdaniu z realizacji Krajowego programu przeciwdziałania przemocy w rodzinie na lata 2014-2020 za okres od 1 stycznia do 31 grudnia 2014 roku [2], w roku 2014 aż 24,7% respondentów deklaroowało, że w ciągu swojego życia osobiście doświadczyło co najmniej jednej z czterech form przemocy. 64% doświadczyła jednej formy przemocy, a 28,2% dwóch form przemocy – 28,2%. Kobiety (26,8%) istotnie częściej niż mężczyźni (22,3%) przyznawały się do doświadczenia przemocy. Respondenci najczęściej deklarowali doświadczenie przemocy psychicznej (17,3%), rzadziej fizycznej (15,8%), a najrzadziej seksualnej (1,5%) i ekonomicznej (4,3%). Wszystkie te różnice były istotne statystycznie. W przypadku przemocy psychicznej i seksualnej istotnie częściej jej doświadczenie deklarowały kobiety niż mężczyźni. W przypadku przemocy ekonomicznej i fizycznej nie było istotnych statystycznie różnic między kobietami i mężczyznami [2].

Ofiary przemocy dość często doświadczają zaburzeń snu i odżywiania, napadów lęku, myśli i/lub prób samobójczych, chwiejności emocjonalnej, zaburzeń koncentracji i uwagi, zaostrzeń objawów psychotycznych [3,4,5]. Dwa razy częściej mają problemy alkoholowe [6] i zdarza się, że sięgają (a nawet nadużywają) innych środków psychoaktywnych [4,5].

Sikorska zwraca uwagę, iż osoby krzywdzone w dzieciństwie wykazują tendencje do autodestrukcji, bardziej niż agresji, a przemoc z okresu dzieciństwa jest uznawana za czynnik etiologiczny niektórych zaburzeń psychicznych. [22]

Straus i wsp., za Herzberger [cyt. za 7] stwierdzili, że najczęstszą formą przemocy w rodzinie jest przemoc pomiędzy rodzeństwem i obserwowali więcej przejawów przemocy w rodzinach, w których wychowali się chłopcy, niż w rodzinach, w których byli chłopcy oraz dziewczynki, bądź tylko dziewczynki.

Roscoe i wsp. [cyt. za 7] zbierali dane od uczniów siódmej klasy i ujawnili, że aż 88% chłopców i 94% dziewcząt przyznało, że w ciągu ostatniego roku było ofiarą przemocy ze strony rodzeństwa, a 85% chłopców i 96% dziewcząt stosowało przemoc.

Badania amerykańskie [cyt. za 23] przeprowadzone na kilkusettyśmiej grupie dzieci, które doznały przemocy, wskazały, iż 58,5% dzieci doświadczyło zaniedbania, 18,6% przemocy fizycznej. Ofiary przemocy o charakterze seksualnym stanowiły 9,9% badanej grupy, a 6,5% doświadczyło przemocy psychicznej.

Jaśkiewicz-Obydzińska [cyt. za 7] uważa, iż w relacji rodzinnej, w której dziecko staje się sprawcą przemocy wobec rodziców, najczęściej ofiarami są matki, a ojcowie bywają ofiarami synów w starszym wieku.

W Polsce około 35% kobiet doświadczyło w swoim życiu przemocy, głównie ze strony partnera. Rocznie doznaje jej około 800 tysięcy, co daje ponad 2 tysiące dziennie. Jednakże zawiadomienie o popełnieniu przestępstwa składa tylko około 30% ofiar [5].

W raporcie z badania zrealizowanego w roku 2012, na grupie na liczącej 1.017 osób dorosłych mieszkańców Polski, Kowalczuk [8] wykazała, że mężczyźni niemal równie często jak kobiety podawali, że byli uderzeni przez partnerkę, jednak kobiety częściej przyznały, że były bite wielokrotnie. Również co dziewiąty dorosły (11%) twierdził, że zdarzyło mu się być sprawcą przemocy domowej. Zdecydowana większość (8%) deklarowała, że były to pojedyncze zdarzenia. Kobiety nawet nieco częściej niż mężczyźni przyznały, że podczas kłótni uderzyły partnera (12% wobec 10%). Ponad połowa badanych uderzonych przez partnera (59%) również używała przemocy [8]. Dwie piąte badanych, którzy doświadczyli przemocy ze strony partnera (41%) nigdy nie zareagowało w ten sam sposób. Z drugiej strony wśród badanych, którzy nigdy nie zetknęli się z agresją partnera, tylko pięciu na stu (5%) przyznało, że sami uderzyli kiedyś męża lub żonę. Co ósmy respondent mający dzieci poniżej 20 roku życia (12%) przyznał, że czasem bije lub bił swoje dziecko. Co dziewiąta kobieta (11%) i co dziesiąty mężczyzna (10%) żyjący w stałych związkach doświadcza przemocy fizycznej ze strony swoich partnerów, a co piąty mężczyzna (20%) i co szósta kobieta (16%)

byli przez nich psychicznie dręczeni. Uwzględniając obie formy przemocy można stwierdzić, że równie często doświadczały ich kobiety (21%), jak i mężczyźni (22%) [8].

Cel główny badań

Ustalenie czy zawodowo czynne pielęgniarki i studenci kierunku pielęgniarstwo doznali przemocy w swojej rodzinie.

Badania przeprowadzono po uzyskaniu zgody R-I- 002/433/2010 Komisji Bioetycznej Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku.

Zasadniczą realizację badania poprzedziło badanie pilotażowe wykonane na losowej próbie N=50 studentów i N=50 zawodowo czynnych pielęgniarek, a konkluzje płynące z badania pilotażowego zostały uwzględnione w ostatecznej wersji kwestionariusza.

W badaniu zasadniczym rozdano 285 ankiet losowo wybranym zawodowo czynnym pielęgniarkom i 285 studentom kierunku pielęgniarstwo. Ostateczną oceną objęto 279 zawodowo czynnych pielęgniarek oraz 281 studentów studiów pielęgniarstwa.

W badaniu wykorzystano autorski kwestionariusz ankietowy złożony części metryczkowej oraz części zasadniczej dotyczącej oceny doznania ewentualnej przemocy w rodzinie przez badanego - 7 pytań.

Metodologia analizy danych

Przed przystąpieniem do analizy baza danych została sprawdzona pod względem logiczności i kompletności odpowiedzi. W dalszej kolejności, do wykonania obliczeń wykorzystany został pakiet statystyczny SPSS. W badaniu zostały użyte następujące statystyki opisowe:

1. Opis tabelaryczny – dane przedstawione są w postaci tabel z uwzględnieniem zależności najistotniejszych dla zbadania hipotez; tabele krzyżowe uwzględniają podstawowe zmienne niezależne, tj. status pielęgniarki lub studenta;
2. Do zmierzenia zależności pomiędzy wybranymi zmiennymi wykorzystano test niezależności Chi-Kwadrat (χ^2), będący najodpowiedniejszy z uwagi na jakościowy charakter badanych zmiennych, stosowanym w przypadku badania niezależności cech niemierzalnych (jakościowych) lub w przypadku badania niezależności cechy jakościowej z ilościową.

Zwyczajowo przyjmuje się poziom 0,05 jako krytyczny. Do celów interpretacji poziomu

istotności (wartości istotności p) przyjęto zatem ogólnie stosowane reguły:

- jeżeli $p < 0,05$ mówi się o istotności statystycznej;
- jeżeli $p < 0,01$ mówi się o silnej istotności statystycznej;
- jeżeli $p < 0,001$ mówi się o bardzo silnej istotności statystycznej.

Oznacza to, że wartości p mniejszych od 0,05 należy odrzucić hipotezę mówiącą o tym, że istnieje wpływ jednej zmiennej na drugą. Należy stwierdzić zatem, że w obu grupach odpowiedzi na poszczególne pytania różnią się istotnie.

Wyniki

W badanej grupie pielęgniarek/pielęgniarzy zdecydowanie było 96,01% kobiet i 3,94% mężczyzn, w wieku do 30. lat - 32,97% i powyżej 30. lat - 67,03% badanych. Wśród badanych studentów pielęgniarstwa także przeważały kobiety, których udział procentowy w badanej grupie wynosił 94,31% i osoby do 30. roku życia (96,8%) - w stosunku do 5,69% mężczyzn i 3,2% osób powyżej 30. roku życia. Szczegółowe dane dotyczące grup badanych zawarte są w podrozdziale 1 w części II.

Zarówno pielęgniarki, jak i lekarze w większości deklarowali, iż nie doznali nigdy przemocy w rodzinie. Jednakże co czwarta pielęgniarka (21,86%) i niemal tyle samo studentów (18,86%) wskazało, że doznali takiej przemocy. Problem z udzieleniem jednoznacznej odpowiedzi miało 7,17% pielęgniarek oraz 4,63% studentów. Nie wykazano istotnych statystycznie różnic pomiędzy badanymi grupami w kwestii doznawania kiedykolwiek przemocy w rodzinie ($p > 0,05$). Szczegóły zawiera Tabela I.

Tabela I. Deklaracje pielęgniarek i studentów odnośnie doznawania kiedykolwiek przemocy w rodzinie

		Pielęgniarki		Studenci	
		N	%	N	%
Czy kiedykolwiek Pani/Pan sami doznaliście przemocy w rodzinie?	tak	61	21,86%	53	18,86%
	nie	198	70,97%	215	76,51%
	trudno powiedzieć	20	7,17%	13	4,63%
		Wartość statystyki (χ^2)		Stopnie swobody (df)	
Chi-kwadrat		2,739		2	
Liczba przebadanych osób		560			
		Istotność (p)		0,254	

Zdecydowana większość (94,34%) studentów doświadczyła przemocy, jako dziecko, a pielęgniarek (63,30%) jako osoba dorosła. Test niezależności Chi-kwadrat potwierdził bardzo silną istotność statystyczną tych różnic ($p < 0,001$). Szczegóły zawiera Tabela II.

Tabela II. Deklaracje respondentów, co do okresu w jakim doświadczyli przemocy

		Pielęgniarki		Studenci	
		N	%	N	%
Kiedy Państwo doświadczyliście tej przemocy?	jako dziecko	36	59,02%	50	94,34%
	jako osoba dorosła	38	62,30%	13	24,53%
		Wartość statystyki (χ^2)	Stopnie swobody (df)	Istotność (p)	
Jako dziecko		2,701	1	0,100	
Jako osoba dorosła		13,680	1	0,000	

Najwięcej studentów wskazało doznanie przemocy w postaci wyzwisk (57,14%), bicia (44,44%) oraz szarpania (34,92%). Niemal co trzeci student (30,16%) doświadczył przemocy w postaci wyśmiewania, zaś co czwarty (25,40%) – w postaci popychania. Podobnie wskazywały pielęgniarki. Największy odsetek tej grupy doświadczył przemocy w postaci wyzwisk (58,11%), szarpania (40,54%), a następnie - popychania (35,14%), bicia (32,43%) lub wyśmiewania (29,73%). Szczegóły zawiera Tabela III.

W grupie pielęgniarek najrzadziej doznawaną formą przemocy było ograniczenie pożywienia (4,05%). Wymuszanie (pieniędzy, rzeczy itp.) jako forma przemocy była deklarowana jedynie przez 9,46% pielęgniarek. W kategorii „inne” pielęgniarki wymieniły (psychicznie), a studenci (zamykanie w ciemnych pomieszczeniach). Analiza uzyskanych wyników testem Chi-kwadrat wskazała na brak istotnych różnic w przypadku niemal wszystkich form przemocy ($p > 0,05$). Jedynie w przypadku wymuszania (pieniędzy, rzeczy itp.) zanotowano istotne statystycznie różnice ($p < 0,01$) pomiędzy badanymi grupami. Szczegóły zawiera Tabela IV.

Zarówno pielęgniarki, jak i studenci najczęściej doświadczyli przemocy od taty (odpowiednio: 32,43% i 60,32%), mamy (odpowiednio: 18,92% i 25,40%) oraz brata/siostry (odpowiednio: 14,86% i 30,16%). W kategorii „inne” pielęgniarki wymieniały (rówieśnicy, mąż, konkubent, kuzyn) , a studenci (szwagier, kuzyn, koledzy). Znaczące różnice zanotowano w przypadku odpowiedzi „inne”, którą wskazało 40,54% pielęgniarek i 6,35% studentów ($p < 0,001$). Szczegóły zawiera Tabela V.

Tabela I Formy przemocy doświadczanej przez respondentów

		Pielęgniarki		Studenci	
		N	%	N	%
Jakiej formy przemocy Państwo doświadczaliście?	wyzwiska	43	58,11%	36	57,14%
	popychanie	26	35,14%	16	25,40%
	szarpanie	30	40,54%	22	34,92%
	policzkowanie	9	12,16%	7	11,11%
	bicie	24	32,43%	28	44,44%
	zamykanie w innym pomieszczeniu	4	5,41%	6	9,52%
	ograniczenie pożywienia	3	4,05%	3	4,76%
	wyśmiewanie	22	29,73%	19	30,16%
	niszczenie rzeczy	10	13,51%	8	12,70%
	„zły dotyk”	6	8,11%	4	6,35%
	wymuszanie (pieniędzy, rzeczy itp.)	7	9,46%	0	0,00%
	inne	2	2,70%	2	3,17%
	nie doznałem nigdy żadnego aktu przemocy	1	1,35%	2	3,17%

	Wartość statystyki (χ^2)	Stopnie swobody (df)	Istotność (p)
Wyzwiska	0,782	1	0,377
Popychanie	2,652	1	0,103
Szarpanie	1,420	1	0,233
Policzkowanie	0,272	1	0,602
Bicie	0,308	1	0,579
Zamykanie w innym pomieszczeniu	0,393	1	0,531
Ograniczenie pożywienia	0,000	1	0,993
Wyśmiewanie	0,261	1	0,610
Niszczenie rzeczy	0,245	1	0,621
„Zły dotyk”	0,422	1	0,516
Wymuszanie (pieniędzy, rzeczy itp.)	7,139	1	0,008
Inne	0,000	1	0,994
Nie doznałem nigdy żadnego aktu przemocy	0,328	1	0,567

Tabela II Deklarowane rodzaje przemocy w rodzinie z jakimi spotykali się bezpośrednio badani

Z jakimi rodzajami przemocy w rodzinie się spotkałeś/aś się bezpośrednio?	Dziecko				Dorosły			
	Pielęgniarki		Studenci		Pielęgniarki		Studenci	
	N	%	N	%	N	%	N	%
przemoc fizyczna	70	80,46%	75	76,53%	65	64,36%	37	47,44%
przemoc o charakterze seksualnym	5	5,75%	6	6,12%	15	14,85%	8	10,26%
przemoc psychiczna	49	56,32%	66	67,35%	73	72,28%	58	74,36%
zaniedbanie	34	39,08%	46	46,94%	15	14,85%	15	19,23%
samozaniedbanie	1	1,15%	0	0,00%	19	18,81%	12	15,38%
trudno powiedzieć	4	4,60%	3	3,06%	3	2,97%	4	5,13%
		Wartość statystyki (χ^2)		Stopnie swobody (df)		Istotność (p)		
Przemoc fizyczna		5,767		1		0,016		
Przemoc o charakterze seksualnym		1,200		1		0,273		
Przemoc psychiczna		4,215		1		0,040		
Zaniedbanie		0,497		1		0,481		
Samozaniedbanie		0,619		1		0,431		
Trudno powiedzieć		0,286		1		0,593		
	jako dziecko	Wartość statystyki (χ^2)		Stopnie swobody (df)		Istotność (p)		
Przemoc fizyczna		0,168		1		0,682		
Przemoc o charakterze seksualnym		0,086		1		0,770		
Przemoc psychiczna		3,012		1		0,083		
Zaniedbanie		2,001		1		0,157		
Samozaniedbanie		1,009		1		0,315		
Trudno powiedzieć		0,152		1		0,697		
	jako dorosły	Wartość statystyki (χ^2)		Stopnie swobody (df)		Istotność (p)		
Przemoc fizyczna		9,644		1		0,002		
Przemoc o charakterze seksualnym		2,274		1		0,132		
Przemoc psychiczna		2,384		1		0,123		
Zaniedbanie		0,000		1		0,984		
Samozaniedbanie		1,727		1		0,189		
Trudno powiedzieć		0,138		1		0,711		

Tabela V. Rozkład osób wskazanych przez badanych jako sprawców doświadczanej przemocy

		Pielęgniarki		Studenci	
		N	%	N	%
Od kogo doświadczyliście przemocy?	brat/siostra	11	14,86%	19	30,16%
	tata	24	32,43%	38	60,32%
	mama	14	18,92%	16	25,40%
	dziadek	1	1,35%	1	1,59%
	babcia	0	0,00%	1	1,59%
	inne	30	40,54%	4	6,35%
	Wartość statystyki (χ^2)	Stopnie swobody (df)		Istotność (p)	
Brat/siostra	2,194	1		0,139	
Tata	3,443	1		0,064	
Mama	0,126	1		0,722	
Dziadek	0,000	1		0,996	
Babcia	0,995	1		0,319	
Inne	21,366	1		0,000	

Studenci, częściej niż pielęgniarki wskazywali, że nikomu nie zgłaszali, że doświadczyli przemocy (odpowiednio: 44,44% studentów i 31,08% pielęgniarek), w tym także tacie (odpowiednio: 11,11% i 5,41%), mamie (odpowiednio: 26,98% i 21,62%) oraz innemu członkowi rodziny (odpowiednio: 9,52% i 6,76%). Pielęgniarki natomiast częściej, niż studenci wskazywały, że zgłaszały to rodzeństwu (odpowiednio: 12,16% pielęgniarek i 6,35% studentów), nauczycielowi (odpowiednio: 1,35% i 0,00%), policji (odpowiednio: 22,97% i 12,70%), koleżance/koledze (odpowiednio: 10,81% i 4,76%) oraz innym osobom (odpowiednio: 5,41% i 4,76%). W kategorii „inne” pielęgniarki wymieniały (prokuratura), a studenci (kurator, koleżance po latach). Nie wykazano istnienia istotnej statystycznie różnicy w powyższej kwestii pomiędzy pielęgniarkami a studentami ($p > 0,05$). Szczegóły zawiera Tabela VI.

Zarówno pielęgniarki, jak i studenci najczęściej wskazywali, że zawiadomiliby policję (odpowiednio: 47,30% i 38,10%). Znaczący odsetek obu grup nie miał jednak zdania na ten temat (odpowiednio: 27,03% i 17,46%). Natomiast studenci (28,57%) ponad trzykrotnie częściej, niż pielęgniarki (8,11%) wskazali, że oddaliby cios. %). W kategorii „inne” pielęgniarki wymieniały („poruszenie nieba i ziemi”, powiadomienie pomocy społecznej), a studenci (psycholog rodzinny). Test niezależności Chi-kwadrat potwierdził istotność statystyczną różnicy między pielęgniarkami a studentami jedynie w przypadku deklaracji odpowiedzi przemocą na doznawaną przemoc ($p < 0,05$). Szczegóły zawiera Tabela VII.

Tabela VI. Deklaracje osób, jakim respondenci zgłaszali doświadczanej przez siebie przemocy

		Pielęgniarki		Studenci	
		N	%	N	%
Czy zgłaszane to było komuś?	nikomu	23	31,08%	28	44,44%
	tacie	4	5,41%	7	11,11%
	mamie	16	21,62%	17	26,98%
	rodzeństwu	9	12,16%	4	6,35%
	innemu członkowi rodziny	5	6,76%	6	9,52%
	nauczycielowi	1	1,35%	0	0,00%
	policii	17	22,97%	8	12,70%
	koleżance/koledze	8	10,81%	3	4,76%
	inne	4	5,41%	3	4,76%
		Wartość statystyki (χ^2)	Stopnie swobody (df)	Istotność (p)	
Nikommu		0,501	1	0,479	
Tacie		0,813	1	0,367	
Mamie		0,025	1	0,874	
Rodzeństwu		2,006	1	0,157	
Innemu członkowi rodziny		0,086	1	0,770	
Nauczycielowi		1,009	1	0,315	
Policji		3,459	1	0,063	
Koleżance/koledze		2,355	1	0,125	
Inne		0,152	1	0,697	

Tabela VII. Deklarowana przez badanych reakcja na ewentualne pobicie ich przez kogoś z rodziny

		Pielęgniarki		Studenci	
		N	%	N	%
W jaki sposób by zareagowała/ł Pani/Pan na pobicie Pani/Pana przez kogoś z rodziny (współmałżonka, dorosłego dziecka, wnuka, teścia itp.)?	oddalabym/łbym cios	6	8,11%	18	28,57%
	nic bym nie zrobiła/ł	5	6,76%	6	9,52%
	zawiadomiłabym/łbym policję	35	47,30%	24	38,10%
	inne	3	4,05%	1	1,59%
	trudno powiedzieć	20	27,03%	11	17,46%
		Wartość statystyki (χ^2)	Stopnie swobody (df)	Istotność (p)	
Oddalabym/łbym		6,180	1	0,013	
Nic bym nie zrobiła/ł		0,086	1	0,770	
Zawiadomiłabym/łbym policję		2,381	1	0,123	
Inne		1,022	1	0,312	
Trudno powiedzieć		2,835	1	0,092	

W przypadku znieważenia słownego, zarówno pielęgniarki, jak i studenci najczęściej wskazywali, że odpowiedzialiby w ten sam sposób (odpowiednio: 39,39% i 56,36%). Znaczący odsetek obu grup nie miał zdania na ten temat (odpowiednio: 34,85% i 23,64%). W kategorii „inne” pielęgniarki wymieniały (rozmowa, ograniczenie kontaktów osobistych, tłumaczenie sprawcy, że źle postępuje), a studenci (próba porozumienia, rozmowy ze sprawcą w spokojny sposób). Analiza testem niezależności Chi-Kwadrat nie wskazała w żadnym badanym przypadku na istotne statystycznie różnice (w każdym przypadku wartość p przekracza poziom 0,05). Szczegóły zawiera Tabela VIII.

Większość zarówno pielęgniarek (69,60%), jak i studentów (66,10%) wskazało, że fakt zetknięcia się ze zjawiskiem przemocy w rodzinie wpłynął na ich baczniejszą obserwację podopiecznych, ukierunkowaną na występowanie przemocy w rodzinie. Odmiennego zdania było 4,00% pielęgniarek i 11,02% studentów. Z kolei, co czwarta pielęgniarka (26,40%) i co piąty student (22,88%) nie wyraził jednoznacznej opinii na ten temat. Nie wykazano znaczących różnic w powyższej kwestii między pielęgniarkami, a studentami, co potwierdzają także wyniki testu niezależności Chi-kwadrat ($p > 0,05$). Szczegóły zawiera Tabela IX.

Tabela VIII. Deklaracja reakcji na znieważenie słowne przez kogoś z rodziny

		Pielęgniarki		Studenci	
		N	%	N	%
W jaki sposób by zareagowała/l Pani/Pan na znieważenie słowne Pani/Pana przez kogoś z rodziny (współmałżonka, dorosłego dziecka, wnuka, teścia itp.)?	odpowiedziałbym mu w ten sam sposób	26	39,39%	31	56,36%
	nic bym nie zrobiła/l	4	6,06%	4	7,27%
	zawiadomiłabym/lbym policję	11	16,67%	5	9,09%
	inne	6	9,09%	6	10,91%
	trudno powiedzieć	23	34,85%	13	23,64%
	Wartość statystyki (χ^2)	Stopnie swobody (df)		Istotność (p)	
Odpowiedziałbym mu w ten sam sposób	0,449	1		0,503	
Nic bym nie zrobiła/l	0,000	1		0,992	
Zawiadomiłabym/lbym policję	2,361	1		0,124	
Inne	0,000	1		0,990	
Trudno powiedzieć	3,045	1		0,081	

Tabela IX. Rozkład opinii pielęgniarek i studentów na temat wpływu zetknięcia się ze zjawiskiem przemocy w rodzinie na ich obserwację podopiecznych

		Pielęgniarki		Studenci	
		N	%	N	%
Czy fakt zetknięcia się ze zjawiskiem przemocy w rodzinie wpłynął na Państwa baczniejszą i ukierunkowaną na występowanie przemocy w rodzinie obserwację podopiecznych?	tak	87	69,60%	78	66,10%
	nie	5	4,00%	13	11,02%
	trudno powiedzieć	33	26,40%	27	22,88%
		Wartość statystyki (χ^2)	Stopnie swobody (df)	Istotność (p)	
Chi-kwadrat		4,449	2	0,108	
Liczba przebadanych osób		243			

Dyskusja

Waksmańska i wsp. [9] podkreślają, iż ludzie doświadczają przemocy jawnie oraz dotkliwie we wszystkich kulturach i nacjach, począwszy od drobnych incydentów, poprzez przemoc, która prowadzi do przestępstw, aż do ideologii opierającej się na przemoc. Takie formy przemocy są powszechnie rozpoznawalne, ze względu na łatwe ich ujawnienie wśród społeczeństwa, ale największe „spustoszenie społeczne” wywołuje ukryta przemoc w rodzinie [9].

Z piśmiennictwa [10-14] wynika, że coraz większa liczba kobiet krzywdzonych decyduje się na udział w dyskusjach na temat przemocy i w akcjach przeciwdziałaniu jej, jednakże częściej w ochronie innych, a nie siebie.

Europejskie Lobby Kobiet (EWL) [cyt. za 15] szacuje, że od 20 do 25% kobiet w Europie doznało fizycznej przemocy ze strony partnera - średnio jedna na pięć kobiet, a około 12-15% kobiet funkcjonuje w „związkach z przemocą” po skończeniu 16. roku życia. Z kolei według WHO [cyt. za 15] na terenie Europy przemoc w rodzinie towarzyszy każdego dnia czwórce dzieci poniżej 14. roku życia, ok. 1.300 dzieciom każdego roku.

Według oficjalnych statystyk [cyt. za 16], co roku we Francji ginie blisko 160 kobiet z rąk swoich małżonków, a w każdym tygodniu 3 kobiety są mordowane przez swoich partnerów. Do tej statystyki nie są wliczane te kobiety, które partnerzy zmuszają do popełnienia samobójstwa. Szacuje się, że w latach 2006-2008 we Francji przemocy ze strony

partnerów doznało 330 tysięcy kobiet [cyt. za 16].

Badania Borkowskiego [17] przeprowadzone w populacji 1.000 studentów Akademii Górniczo-Hutniczej wykazały, iż większość respondentów oceniała stan bezpieczeństwa na uczelni jako dobry (26%) lub raczej dobry (56%), jednak 11 % wskazało, że w murach uczelni nie jest bezpiecznie. W przypadku miasteczka studenckiego, połowa udzielających odpowiedzi uznała je za miejsce niebezpieczne (27% – jest raczej źle, 12% – jest źle), a druga połowa, że z bezpieczeństwem jest dobrze (5%) lub raczej dobrze (34%). Co trzeci student był ofiarą przestępstwa, prawie co dziesiąty ofiarą pobicia (8%), napadu rabunkowego (5%) oraz kradzieży (13%). Około 5% wskazało „inne przestępstwa” i również co trzeci (28%) student był naocznym świadkiem przemocy [17].

Litwiewko i Owłasiuk [18] swoimi badaniami objęły 200 studentów Akademii Medycznej w Białymstoku. Podczas badań nie stwierdzono przemocy w rodzinie na wielką skalę. Wśród różnych form przemocy wobec ludzi starszych oraz dzieci najczęściej występowało zaniedbanie. Zdecydowana większość badanych twierdziła, że przemoc w rodzinie nie zależy od stopnia wykształcenia, czy poziomu zamożności. Co piąty badany wskazał na występowanie przemocy w rodzinach patologicznych i ten sam odsetek respondentów stwierdzał, że za przemoc współodpowiedzialne są kobiety. Badania potwierdziły także niski poziom wrażliwości świadków przemocy [18].

Przeprowadzone na całym świecie badania [cyt. za 19] wykazały, że od 40% do 70% kobiet padających ofiarą morderstwa umiera z ręki swego męża lub partnera.

Co czwarty (27%) ankietowany z badania zrealizowanego dla Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej z 2011 roku [20] doświadczył wcześniej przemocy fizycznej ze strony członka swojej rodziny. Zarówno osoby, które stosowały przemoc fizyczną w rodzinie, jak i osoby, które stosowały przemoc psychiczną w rodzinie, istotnie częściej niż ogół respondentów same doświadczyły przemocy fizycznej ze strony członków swojej rodziny – odpowiednio 70% osób, które stosowały przemoc fizyczną, oraz 46% osób, które stosowały przemoc psychiczną. 16% populacji przyznało się do zastosowania kiedykolwiek przemocy fizycznej wobec członka swojej rodziny. Blisko połowa osób (47%), które stosowały przemoc psychiczną w rodzinie, co najmniej raz zastosowała wobec swojej rodziny również przemoc fizyczną. Osoby, które dopuściły się przemocy fizycznej w rodzinie kilkanaście razy lub więcej, stanowiły 6% osób w grupie, która stosowała przemoc fizyczną w rodzinie [20]. 38% dorosłych badanych deklarowało, że zdarzyło im się doświadczyć także przemocy psychicznej ze strony członka rodziny. Istotnie częściej przemocy psychicznej kiedykolwiek doświadczyły osoby, które stosowały przemoc w rodzinie – odpowiednio 79%

osób, które stosowały przemoc psychiczną, oraz 69% osób, które stosowały przemoc fizyczną. Najczęściej doświadczanie przemocy psychicznej nie było zjawiskiem incydentalnym, ale powtarzającym się kilka razy. Osoby stosujące przemoc w rodzinie znacząco częściej spotykały się z większą częstotliwością przemocy psychicznej, niż ogół respondentów. Co czwarty respondent (26%) przyznał się, że zastosował przemoc psychiczną wobec członka swojej rodziny. 69% osób, które stosowały przemoc fizyczną w rodzinie, co najmniej raz zastosowały wobec swojej rodziny również przemoc psychiczną. Osoby, które dopuściły się przemocy psychicznej w rodzinie kilkanaście razy lub więcej, stanowiły 20% osób w grupie, która stosowała przemoc psychiczną. Zarówno przemoc psychiczna, jak i przemoc fizyczna, kierowane były najczęściej wobec współmałżonków osób, które stosowały przemoc w rodzinie [20]. Przemoc seksualna w rodzinie była formą przemocy, do której zarówno doświadczenia, jak i stosowania, przyznał się najmniejszy odsetek społeczeństwa. 5% dorosłych zadeklarowało, że doświadczyło kiedykolwiek formy przemocy seksualnej w rodzinie. Istotnie częściej osobami, które kiedykolwiek doświadczyły przemocy seksualnej w rodzinie, były stosujący przemoc w rodzinie – 7% osób, które stosowały przemoc psychiczną oraz 9% osób, które stosowały przemoc fizyczną. Z kolei 1% społeczeństwa przyznał się do zastosowania kiedykolwiek wobec członka rodziny przemocy seksualnej. Osoby, które stosowały wobec bliskich przemoc fizyczną, znacząco częściej, niż ogół respondentów przyznali się również do stosowania w rodzinie przemocy seksualnej (3%) [20].

Przeprowadzane obecnie badanie wykazało, iż około 20% pielęgniarek oraz studentów doznało przemocy w rodzinie. Studenci w zdecydowanej większości wskazali, że doznali przemocy, głównie fizycznej, jako dziecko, a ponad połowa pielęgniarek, głównie psychicznej, jako osoba dorosła. Respondenci najczęściej doświadczyli: wyzwisk, popychania, bicia, wyśmiewania. Interesującym wynikiem jest istotność w udzielonej przez pielęgniarki odpowiedzi, wskazującej na wymuszanie pieniędzy, rzeczy, jako doświadczoną przez siebie przemoc w życiu dorosłym. Przemocy najczęściej doświadczali ze strony rodzeństwa, ojca lub matki. Analiza uzyskanych wyników pozwala na stwierdzenie, że posiadana wiedza umożliwia pielęgniarkom klasyfikowanie mechanizmów przemocy w ich dorosłym życiu. Jednakże warto zadać pytanie, czy doświadczane poczucie krzywdy wynika z przenoszenia traumy oraz zachowań przemocowych okresu dziecięcego, czy jest też związane z obserwacją zachowań przemocowych we własnym środowisku zawodowym. Wszystkie te czynniki mogą mieć bowiem znaczący wpływ na postrzeganie przemocy, jak i na jej eksponowanie, zgodnie z zasadą spirali tzn. przenoszenia roli ofiary w kata. Z badania

wynika, iż co trzecia pielęgniarka nikomu nie zgłaszała faktu zaistniałej przemocy, natomiast „mama” oraz „policja” to najczęściej wymieniani adresaci takiego zgłoszenia. Uzyskany wynik potwierdza pogląd, że sprawcą przemocy jest najczęściej osoba bliska.

Badania ankietowe przeprowadzone przez WHO [cyt. za 19] ujawniły, że od 10% do 69% kobiet przynajmniej raz w ciągu swojego życia padło ofiarą przemocy fizycznej ze strony swego partnera. Według przeprowadzonych w wybranych krajach pogłębionych studiów tego zagadnienia, odsetek kobiet, które doświadczyły przemocy fizycznej, wahał się między 10% a 34% [cyt. za 19].

Fidelus [21] podkreśla, że rodzina powinna być podstawowym środowiskiem opiekuńczo-wychowawczym i socjalizacyjnym dziecka, dostarczającym mu pozytywnych bodźców emocjonalnych i zapewniających prawidłowy rozwój psychofizyczny. Niestety wielu rodziców nie wypełnia swoich funkcji wychowawczych, a poprzez stosowanie przemocy zarówno fizycznej, jak i psychicznej wobec dzieci przekazuje patologiczne wzorce zachowań [21].

Kowalczuk [8] wykazała, iż około dwie piąte dorosłych Polaków (42%) jest przekonanych, że potrzebna jest zmiana przepisów w celu zapewnienia dzieciom właściwej ochrony przed przemocą w rodzinie. Mniej więcej tyle samo osób (41%) było zdania, że obecnie obowiązujące przepisy prawa w wystarczającym stopniu chronią dzieci, trzeba je tylko lepiej egzekwować. Kobiety znacznie częściej, niż mężczyźni twierdziły, że należałoby uchwalić nowe prawo, żeby zapewnić dzieciom właściwą ochronę (odpowiednio: 48% i 35%). Natomiast więcej mężczyzn (48%) niż kobiet (35%) uważało, że obowiązujące przepisy są wystarczające [8]. W ciągu ostatnich czterech lat wzrosła liczba przeciwników stosowania kar fizycznych wobec dzieci (z 42% do 51%). Tylko co trzeci Polak (34%) uważał, że „*lanie jeszcze nikomu nie zaszkodziło*”. Nie identyfikowało się z tą opinią trzy piąte Polaków (61%). Karanie dzieci klapssem akceptowało 73% respondentów, a jedna czwarta (25%) sprzeciwiała się takiej formie kary cielesnej. O nieszkodliwości klapsa przekonani byli przede wszystkim najstarsi respondenci (46%) i częściej mężczyźni (40%) niż kobiety (29%) [8]. Ponad cztery piąte badanych (84%) całkowicie potępiało przemoc wobec kobiet. Co dziewiąty (11%) uważał natomiast, że czasami zdarzają się sytuacje usprawiedliwiające użycie siły wobec partnerki. Jednak kiedy ofiarą był mąż bądź partner, już tylko połowa ankietowanych (56%) bezwzględnie potępiała takie zachowanie partnerki, a co trzeci (33%) uważał, że w pewnych okolicznościach może być ono usprawiedliwione [8]. Czterech na stu respondentów (4%) zawsze usprawiedliwiłoby żonę lub partnerkę, która uderzyła by w gniewie swojego męża lub partnera. Opinie na ten temat były właściwie

niezależne od płci. Wśród najmłodszych badanych (18–24 lata) silne było zróżnicowanie opinii w zależności od tego, czy ofiarą był mężczyzna (większe przyzwolenie), czy kobieta (silniejszy sprzeciw). Im niższe było wykształcenie badanych, tym częściej byli oni skłonni uznać, że pewne okoliczności usprawiedliwiają użycie przemocy [8].

Zdecydowana większość obecnie badanych uważała, iż nie ma sytuacji/okoliczności, w których można uzasadniać przemoc i opowiadała się za tym, że techniki poniżania, lekceważenia są równie poważnymi formami przemocy jak bicie. W większości twierdzili także, że można wychować dziecko bez bicia oraz poprawnie oceniali mechanizmy przemocy partnerskiej. Byli przekonani, iż rodzice nie mają prawa bić swoich dzieci, jak również, że warto pomagać ofiarom przemocy. Wydaje się, iż znajomość przez ankietowanych wskaźników predysponujących do występowania mechanizmów przemocowych pozwala na dokonywanie klasyfikacji jej objawów oraz profesjonalnego określania etiologii zachowań przemocowych.

Kowalczyk [8] wykazała, że większość ankietowanych (54%) opowiedziała się za potrzebą zmian przepisów zapewniających kobietom właściwą ochronę przed przemocą w rodzinie. Więcej niż co czwarty (28%) badany był zadowolony z obecnie funkcjonującego prawa, a blisko co piąty (18%) nie potrafił ocenić jego skuteczności. O potrzebie zmiany przepisów znacznie częściej były przekonane kobiety (62%), niż mężczyźni (45%) [8].

Eksperti badania IDEABLOG [20] uważali, że obok oddziaływań karnych, w celu umożliwienia poprawy zachowania sprawcy przemocy w rodzinie, niezbędne jest zastosowanie oddziaływań specjalistycznych i programów oddziaływań korekcyjno-edukacyjnych, przy czym im wcześniej zostaną one uruchomione, tym efekty poprawy nastąpią szybciej. Kara zastosowana w odniesieniu do sprawcy przemocy w rodzinie, powinna umożliwiać mu zmianę postępowania i przeciwdziałać jej powtarzaniu [20].

Trzech na czterech (74%) respondentów z badania zrealizowanego dla Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej z 2011 roku [22] uważało, że osoby, które stosują przemoc w rodzinie, powinny być poddane karze pozbawienia wolności. Ta forma walki ze zjawiskiem przemocy w rodzinie uzyskała najmniejsze poparcie zarówno wśród społeczeństwa, jak i wśród osób, które stosowały przemoc w rodzinie. Odnotowano również w tej kwestii największe różnice pomiędzy poziomem poparcia ze strony osób, które stosowały przemoc w rodzinie, a społeczeństwem – odpowiednio 13 punktów procentowych mniej w przypadku osób, które stosowały przemoc fizyczną i 9 punktów procentowych mniej w przypadku osób, które stosowały przemoc psychiczną [22].

W badaniu przeprowadzonym przez Fundację Centrum Praw Kobiet [19] w grupie sędziów pracujących w wydziałach karnych, wykazano że zdecydowana większość badanych (87%) uważała, iż organy ścigania i wymiaru sprawiedliwości powinny współdziałać z organizacjami pozarządowymi w przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie. Zdaniem ponad połowy sędziów (65%) policja powinna częściej dokonywać zatrzymania sprawcy przemoc. Powyższej kwestii nie popierało 7,6% badanych, a aż co czwarty respondent nie potrafił określić swojego stanowiska w tej sprawie. Zdaniem ponad połowy sędziów (56,5%) areszt może być skutecznym środkiem zapobiegawczym w sprawach o znęcanie się nad rodziną [19]. Odmienny pogląd prezentowało 22,9 % badanych, a 20,6% nie potrafiło zająć stanowiska. Ponad połowa ankietowanych (63,4%) uważała także, że sądowy nakaz określonego postępowania dla sprawcy mógłby być skutecznym środkiem zapobiegawczym . Przeciwnego zdania było jedynie 7,6% respondentów. Dość liczna grupa sędziów (aż 29%) nie potrafiła określić swojego stanowiska w tej sprawie, ponad połowa (57%) była zdania, że znęcanie się nad rodziną powinno być ścigane na wniosek pokrzywdzonej, natomiast 41,2%, że przestępstwo to należy ścigać z urzędu. Jedynie niewielki odsetek badanych (1,5%) nie był w stanie zająć stanowiska w tej kwestii [19].

Wnioski

1. Duży odsetek badanych deklarowało doświadczenie przemocy w rodzinie, czego sprawcami byli członkowie ich najbliższej rodziny. Powyższe wpłynęło na baczniejszą i ukierunkowaną obserwację podopiecznych przez badanych.
2. Pielęgniarki i studenci uważali, że polski system prawa nie chroni ofiar przemocy w rodzinie.

Piśmiennictwo

1. Dębski M.: Krzywdzenie dziecka w rodzinie. Społeczne uwarunkowania i próby rozwiązań - na podstawie gdyńskich działań profilaktycznych, MERITUM Bożena Zimmermann, Gdynia, 2011.
1. Sprawozdanie z realizacji Krajowego programu przeciwdziałania przemocy w rodzinie na lata 2014-2020 za okres od 1 stycznia do 31 grudnia 2014 r., <https://www.mpips.gov.pl/.../Sprawozdanie%20KPPPwR%20-projekt%20z%2016%20olica%202015%20r..pdf>, data pobrania: 25.06.2016.

2. Jaworska E, Lorenc E, (red.) Przemoc wobec kobiet w rodzinie. Warszawa: Centrum Praw Kobiet; 2007.
3. Majewska E, Kukowska M. Przemoc wobec kobiet w rodzinie i relacjach intymnych. Podstawowe informacje. Warszawa: Amnesty international. Sekcja Polska 2005.
4. Kulczyńska S, Wrona G. Przewodnik dla pracowników ochrony zdrowia. Warszawa – Kraków: Wydawnictwo Instytut Łukasiewicza na zlecenie Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych; 2013
5. WHO, Department of Reproductive Health and Research, London School of Hygiene and Tropical Medicine, South African Medical Research Council. Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual Violence. World Health Organization 2013
6. Herzberger Sh.: Przemoc domowa. Perspektywa psychologii społecznej. Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, Warszawa, 2002
7. Kowalczyk K.: O dopuszczalności kar cielesnych i prawie chroniącym dzieci przed przemocą, Komunikat CBOS - BS/74/2012, Warszawa, 2012, 5, 1-7.
8. Waksmańska W., Grzywna T., Łukasik R.: Analiza zjawiska przemocy w rodzinie na podstawie badania ankietowego przeprowadzonego wśród uczniów, Probl. Pielęg., 2007, 15, 235-240.
9. Michalska K, Jaszczak-Kuźmińska D. Przemoc w rodzinie. W: Jaszczak-Kuźmińska D, Michalska K. (red.). Przemoc w rodzinie wobec osób starszych i niepełnosprawnych. Poradnik dla pracowników pierwszego kontaktu. Warszawa: Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej; 2010: 7–32.
10. Biskupska M. Przeciwdziałanie przemocy w rodzinie – rola profesjonalistów podstawowej opieki zdrowotnej. Now Lek. 2013; 82(3): 246–252.
11. Leoniuk K, Nowakowska H, Sobczak K. Zadania pielęgniarki w systemie przeciwdziałania przemocy domowej. Probl Pielęg. 2013; 21(3): 397–402.
12. Mazurczak A, Olczyk M, Olszewska A, Płatek M, Sękowska-Kozłowska K, Spurek S. i wsp. W: Trociuk S. (red.). Przeciwdziałanie przemocy wobec kobiet, w tym kobiet starszych i z niepełnosprawnościami. Analiza i zalecenia. Warszawa: Biuro Rzecznika Praw Obywatelskich, 2013
13. Łepecka-Klusek C., Pawłowska-Muc A.K., Stadnicka G. Pilewska-Kozak A.B.: Przemoc domowa wobec kobiet, MONZ, 2015, 21, 4, 408–413.
14. Kane J.: Program Daphne Przemoc a niepełnosprawność. Bruksela : Komisja Europejska DG ds. Sprawiedliwości, Wolności i Bezpieczeństwa, 2008.

15. Tracz-Dral J.: Uregulowania prawne dotyczące przemocy w rodzinie na tle wybranych rozwiązań legislacyjnych. Opracowanie tematyczne OT-583. Biuro Analiz i Dokumentacji Kancelarii Senatu. Kancelaria Senatu, Warszawa, 2009.
16. Borkowski R.: Agresja i przemoc, Wyd. Abris, Krakow, 2001.
17. Litwiejko A., Owłasiuk A.: Problematyka przemocy domowej w opinii studentów Akademii Medycznej w Białymstoku, *Probl. Med. Rodz.*, 2006, 8, 12-16.
18. Nowakowska U., Kępka A., Chańska W.: Przemoc w rodzinie a wymiar sprawiedliwości, Fundacja Centrum Praw Kobiet, Warszawa, 2005,
19. Diagnoza dotycząca osób stosujących przemoc w rodzinie: komentarz do wyników badań, <http://www.mpips.gov.pl/przemoc-w-rodzinie/diagnoza-zjawiska-przemocy-w-rodzinie-w-polsce/>, MillwardBrown SMG/KRC, 2011, 11, 1-45, data pobrania 5.07.2012.
20. Fidelus A.: Ulica — jedyna alternatywa dla młodzieży? *Nowa Szkoła*, 2006, 6, 48–51.
21. Diagnoza dotycząca osób stosujących przemoc w rodzinie: przemoc w rodzinie z perspektywy dorosłej populacji Polski, Raport z badania zrealizowanego dla Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej. <http://www.mpips.gov.pl/przemoc-w-rodzinie/diagnoza-zjawiska-przemocy-w-rodzinie-w-polsce/>, data pobrania 3.01.2012, MillwardBrown SMG/KRC, 2011, 11, 1-57, data pobrania 5.07.2012.
22. Sikorska I., Dziecięca trauma – psychologiczne konsekwencje dla dalszego rozwoju. *Sztuka leczenia*, 2014, nr 3-4, 55-70
23. Otto – Buczkowska E., *Borgis – Nowa Pediatria* 4/2013, 159 - 163

Zadania personelu medycznego w walce z przemocą w rodzinie

Cecylia Regina Łukaszuk, Elżbieta Krajewska-Kułak

Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

Przemoc to upadek rozumu

Margit Sandemo

Wprowadzenie

Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej Elżbieta Bojanowska na posiedzeniu Sejmu nr 13 w dniu 10 marca 2016 [1] stwierdziła, że w roku 2014 w Polsce było 197.989 osób dotkniętych przemocą. Formą poradnictwa zostały objęte 156.082 osoby, w tym z poradnictwem medycznym - 6.328 osób, psychologicznym - 63.953 osoby, prawnym - 41.500 osób, socjalnym - 86.186 osób, zawodowym i rodzinnym - 25.267 osób [1].

W tym okresie w polskich gminach funkcjonowało ponad 2 tys. zespołów interdyscyplinarnych oraz 70 tys. grup roboczych zajmujących się indywidualnymi przypadkami, a w całej Polsce - 905 jednostek, w tym 690 instytucji prowadzonych przez gminy oraz 215 instytucji prowadzonych przez powiaty [1]. Wśród instytucji dominowały punkty konsultacyjne, ośrodki interwencji kryzysowej oraz specjalistyczne ośrodki wsparcia dla ofiar przemocy w rodzinie. Najmniej było ośrodków wsparcia oraz domów dla matek z małoletnimi dziećmi i kobiet w ciąży. Kolejną formą wsparcia były ogólnopolskie i lokalne całodobowe telefony zaufania. W roku 2014 funkcjonowały trzy ogólnopolskie telefony zaufania, a w całym kraju 467 lokalnych telefonów zaufania, z czego 116 całodobowych i 351 funkcjonujących w określonych godzinach [1].

Pracownicy szpitali i ośrodków zdrowia to niejednokrotnie pierwsi specjaliści mający kontakt z ofiarami przemocy podczas świadczenia usług medycznych, a każde wczesne rozpoznanie oraz zgłoszenie przypadków nadużywania siły lub zaniedbań ewidentnie przyczynia się do przyśpieszenia rozwiązywania problemu, chroni zdrowie i ratuje życie.

W opinii Biskupskiej [2] medyczne zespoły interdyscyplinarne, mające na celu przeciwdziałanie przemocy, powinny składać się z lekarza, pielęgniarki, położnej, ratownika medycznego oraz pielęgniarki szkolnej. Taki skład sprzyja postrzeganiu rodziny całościowo,

wielosektorowo, stwarza możliwość rozszerzania wiedzy o problemie przemocy, daje informacje o podstawach prawnych i zwiększa skuteczność walki z nią.

Procedurą szczególną w sytuacjach przemocy w rodzinie jest procedura „Niebieskiej Karty”, która została uregulowana w *Rozporządzeniu Rady Ministrów z dnia 13 września 2011 r. w sprawie procedury „Niebieskie Karty” oraz wzorów formularzy „Niebieska Karta”*, wydanym jako akt wykonawczy na podstawie art. 9d ust. 5 ustawy z dnia 29 lipca 2005 roku o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie.

„Niebieska Karta” jest dokumentem (w formie pisemnej) składającym się z czterech formularzy, oznaczonych kolejno literami A, B, C oraz D, które zawierają szereg pytań otwartych i zamkniętych, zadawanych ofierze przemocy oraz jej sprawcy.

Wzory kart na końcu rozdziału.

Zadania w diagnozie zjawiska

W literaturze przedmiotu w tym zakresie zaleca się [2-7]:

- baczne zwracanie uwagi na przyczynę hospitalizacji, wskazywaną przez pacjenta lub jego najbliższych
- rozpoznawanie środowiska zagrożonego problemem przemocy w rodzinie oraz objawów przemocy wobec ofiary
- w czasie wizyt domowych (tzw. patronaży) uważne obserwowanie, oszacowanie ryzyka wystąpienia zaniedbań bądź przemocy. Niepokojące sygnały mogą dotyczyć środowiska społecznego rodziny (np. bezrobocie, słabe warunki materialne), systemu rodzinnego (np. osamotnieni rodzice, wielodzietność, wcześniejsze interwencje kuratora rodzinnego i przestępczość w rodzinie), rodziców (np. alkoholizm, depresja poporodowa, zbyt młody wiek rodziców)
- poznanie zwyczajów, przyjętego systemu wartości, kultury, a także warunków życia rodziny, aby wcześniej rozpoznać jej potrzeby, otoczyć ją wsparciem (informacyjnym i emocjonalnym) oraz podjąć działania prewencyjne i edukacyjne
- dokładne zebranie ukierunkowanego wywiadu, przede wszystkim w sytuacji, gdy rodzice lub opiekunowie pokrzywdzonego dziecka, ale i dorosłe ofiary, ukrywają prawdziwe pochodzenie urazów

- rozpoznawanie zachowania, zjawisk i sytuacji zaliczanych do kategorii przemocy w rodzinie i różnicowanie z sytuacjami, zachowaniami i zjawiskami nie stanowiącymi przemocy w rodzinie
- pamiętanie, że objawy kliniczne maltretowania fizycznego, jeżeli nie są potwierdzone w wywiadzie jako nieprzypadkowe, bardzo często nie są kojarzone ze skutkami przemocy, a to w rezultacie prowadzi do błędnej diagnozy oraz niepotrzebnych lub nieadekwatnych działań leczniczych
- każdorazowo udzielanie informacji o osobie, wobec której istnieje podejrzenie, że jest dotknięta przemocą w rodzinie, o możliwościach otrzymania pomocy i wsparcia
- udzielanie informacji o prawie do uzyskania bezpłatnego zaświadczenia lekarskiego dotyczącego ustalenia przyczyn i rodzaju uszkodzeń ciała związanych z użyciem przemocy w rodzinie
- pamiętanie, że nie tylko obdukcja lekarska (jest płatna) może stanowić materiał dowodowy w sprawach związanych z uszkodzeniem ciała dokonany przez sprawcę domowej przemocy, ale dowodem może być również zaświadczenie lekarskie (nie jest płatne).

Wzór Zaświadczenia lekarskiego o przyczynach i rodzaju uszkodzeń ciała związanych z użyciem przemocy w rodzinie na końcu rozdziału.

- wypełnianie formularza „Niebieskiej Karty” w przypadku, jeżeli stan zdrowia ofiary przemocy domowej wymaga przewiezienia do innego podmiotu leczniczego. Druk powinien być uzupełniany w jednostce ochrony zdrowia, w obecności poszkodowanego. Gdy potencjalną ofiarą jest dziecko, formularz powinno się wypełnić w obecności jego rodzica, opiekuna prawnego lub innej pełnoletniej osoby bliskiej. Ponadto zaleca się, aby w przypadku dziecka obecny był psycholog. Następnie wypełniony formularz B „Niebieskiej Karty” oddaje się ofierze przemocy bądź jej opiekunowi, zaś formularz A „Niebieskiej Karty” - dyrektorowi jednostki, który powinien, nie później niż w ciągu 7 dni, zawiadomić policję lub prokuraturę lub inne organy
- pamiętanie o indywidualnej dokumentacji pacjenta, która powinna zawierać dokładnie zebrany wywiad, opis badania fizykalnego, z uwzględnieniem nieprawidłowości mogących wynikać z działania osób postronnych, pełną dokumentację fotograficzną urazu, wyniki badań laboratoryjnych oraz konsultacji lekarzy specjalistów, psychologa i lekarza sądowego.

W specjalnie opracowanym Przewodniku dla pracowników ochrony zdrowia [8] podkreśla się, że w celu zdiagnozowania form przemocy można zadać następujące pytania:

- odnośnie przemocy fizycznej
 - *Czy przychodzi Pani/Panu na myśl choć jeden przypadek, kiedy partner/partnerka szarpali Panią lub popychali?*
 - *Czy zdarzyło się kiedyś, że partner/partnerka mocno Panią/Pana schwycili lub nie pozwolili Pani/Panu opuścić pokoju?*
 - *Czy kiedykolwiek partner/partnerka rzucili czymś w Panią/Pana?*
 - *Czy partner/partnerka bili Panią/Pana po głowie, kopali, wykręcali ręce?*
 - *Czy zdarzyło się, że partner/partnerka Panią/Pana dusili?*
- odnośnie przemocy psychicznej
 - *Gdy Pani/Pana partner/partnerka chcieli Panią/Pana obrazić, to jakich wyzwisk używali?*
 - *Czy często ma Pani/Pan poczucie, że niczego nie udało się Pani/Panu zrobić dobrze?*
 - *Czy partner/partnerka kiedykolwiek zabraniali Pan/Panu i spotkania się, czy rozmawiania z określonymi osobami z Pani rodziny?*
 - *Czy naciskali na zerwanie z nimi kontaktów?*
 - *Jeśli dochodzi do kłótni, jak się wtedy zachowuje partner/partnerka?*
 - *Czy partner/partnerka straszy Panią?*
 - *Jakiego rodzaju groźby padają?*
 - *Czy partner/partnerka rzucali kiedyś jawne groźby, że zabije Panią/Pana, dzieci lub siebie?*
- odnośnie przemocy seksualnej
 - *Czy partner/partnerka zmuszają Panią/Pana do współżycia seksualnego?*
 - *Czy zdarzyło się choć raz, że partner/partnerka zawstydził Panią/Pana lub sprawił, że poczuła się Pani/Pan niezręcznie z powodu seksu?*
 - *Czy partner/partnerka mają jakieś sposoby skłaniania Pani/Pana do odbycia stosunku, kiedy nie ma Pani na to ochoty?*
- odnośnie wykorzystywania dzieci do sprawowania kontroli i karania ich matki/ojca:
 - *Czy partner/partnerka w jakiś sposób usiłują wykorzystać dzieci przeciwko Pani/Panu?*
 - *Czy partner/partnerka kiedykolwiek grozili, że zabiorą dzieci lub zrobią im krzywdę, jeśli Pani/Pan go opuści?*
- Odnośnie przemocy ekonomicznej

- *Czy partner/partnerka ograniczają Pani/Pana wydatki?*
- *Czy partner/partner/partnerka zabierają Pani/Panu pieniądze?*
- *Czy partner/partnerka łożą na utrzymanie dzieci?*
- *Czy zaspokajają podstawowe potrzeby rodziny?.*

Autorzy przewodnika [8] zauważyli także, że warto dodatkowo zadać pytania pomoce w oszacowaniu stopnia nasilenia przemocy – zarówno pod względem częstotliwości, jak i intensywności:

- *Czy może Pani/Pan opisać pierwszy incydent, kiedy partner/partnerka uderzyli Panią/Pana lub przestraszył?*
- *Kiedy to miało miejsce?*
- *Czy może Pani/Pan opisać najpoważniejszy akt przemocy, który Panią/Pana zaniepokoił lub najbardziej przestraszył?*
- *Czy może Pani/Pan opisać ostatni incydent?*
- *Jak często dochodzi do stosowania przemocy przez partnera/partnerkę?*
- *Czy którykolwiek z rodzajów przemocy (fizyczna, emocjonalna bądź seksualna) uległ nasileniu?*

Zadawanie rutynowych pytań o problem przemocy w rodzinie ułatwi pracownikom ochrony zdrowia nie tylko postawienie właściwej diagnozy i podjęcie odpowiednich działań medycznych, ale także będzie pomocne w zapobieganiu negatywnym konsekwencjom zdrowotnym (somatycznym, psychicznym), wpłynie na poprawę jakości życia ofiar i ich dzieci oraz na uwrażliwienie rodziny na problem przemocy domowej, potwierdzenie konieczności przeciwdziałania przemocy w rodzinie i uruchomienie interdyscyplinarnego systemu pomocy ofiarom w celu zatrzymania przemocy [8].

Kluczyńska i Wrona [8] zwracają uwagę, że pominięcie w wywiadzie pytań o przemoc, jakiegokolwiek oznaki zniecierpliwienia, czy niedowierzania w trakcie rozmowy mogą sprawić, że poszkodowani nie zdecydują się na ujawnienie swoich problemów, a nawet mogą zrezygnować z szukania pomocy.

Przy podejrzeniu o przemoc w rodzinie warto przy kolejnych wizytach powracać do pytań o nią, aby w ten sposób zachęcić poszkodowanych, którzy z różnych powodów nie ujawnili problemu przemocy, do uczynienia tego przy okazji kolejnej wizyty [8].

W tym kontekście ogromne znaczenie ma właściwe prowadzenie rozmowy i z tym związane umiejętności komunikacyjne. Podczas rozmowy warto więc pamiętać o np. [8]:

- świadomym kierowaniu rozmową

- porządkowaniu chaotycznych wypowiedzi
- zadawaniu pytań precyzujących,
- proszeniu o powrót do tematu
- zachęcaniu do mówienia poprzez wyrażanie zrozumienia dla trudnej sytuacji poszkodowanego
- ustalaniu szczegółów wydarzeń, gdy poszkodowany przedstawiający swój problem posługuje się ogólnikami:
- dawaniu sygnałów dźwiękowych potwierdzających („tak”, „rozumiem”, „aha”, itp.) to, że słucha się z uwagą wypowiedzi poszkodowanych
- powtarzaniu swoimi słowami tego, co powiedział rozmówca, w celu sprawdzenia poprawności zrozumienia przekazywanych informacji
- co jakiś czas podsumowywaniu rozmowy w celu przypomnienia najważniejszych wątków i przejścia do kolejnego etapu
- przystosowaniu tempa mówienia, słownictwa oraz sposobu wyrażania myśli do stylu komunikacji prezentowanego przez poszkodowanego
- zezwalaniu na to, by między poszczególnymi częściami wypowiedzi pojawiały się przerwy, aby poszkodowany mógł przeanalizować to, co powiedział, usłyszał i mógł przygotować się do dalszej wypowiedzi.
- unikaniu w trakcie rozmowy oceniania, doradzania, rozkazywania, moralizowania, grożenia, obrażania, uogólniania, pocieszania, zaprzeczania uczuciom, używania argumentów politycznych, ideologicznych i religijnych, ponagłania i wykorzystywania rozmowy do zaspokajania własnej ciekawości.

Zadania w profilaktyce zjawiska

W literaturze przedmiotu w tym zakresie zaleca się [2,3,5,6,7]:

- prowadzenie edukacji zdrowotnej, w ramach której powinno się realizować wczesną profilaktykę krzywdzenia
- prowadzenie działań profilaktycznych - przekazywanie informacji dotyczących prawidłowej opieki i potrzeb rozwojowych noworodków i małych dzieci, wiadomości dotyczących prawidłowej opieki nad dzieckiem, jego potrzeb zdrowotnych, fizjologicznych i emocjonalnych możliwości uzyskania przez członków rodziny instytucjonalnego, specjalistycznego wsparcia w sytuacji problemów (wsparcie

informacyjne), które będą pomocne w zmniejszeniu liczby zaniedbań zagrażających zdrowiu i życiu wynikających z niewiedzy

- motywowanie do udziału w programach oddziaływań korekcyjno-edukacyjnych
- podczas udzielania pomocy warto przekazać podopiecznym najważniejsze informacje na temat mechanizmów przemocy oraz uświadomić im, że przemoc w rodzinie jest dość powszechnym zjawiskiem
- przeprowadzanie rozmowy pod kątem nadużywania alkoholu, środków odurzających, substancji psychotropowych lub leków oraz skutków zdrowotnych powyższego
- przekazywanie informacji o koniecznych do zrealizowania działaniach w celu zaprzestania stosowania przemocy w rodzinie
- udzielanie wsparcia emocjonalnego w sytuacji stwierdzenia występowania zaniedbania bądź aktów przemocy
- długotrwała przemoc powoduje, że ludzie dźwigają się z tego stanu bardzo wolno, stąd warto budować motywację do szukania specjalistycznej pomocy oraz do nierezygnowania z podjętych działań mających na celu ochronę rodziny.

Kształcenie pracowników ochrony zdrowia w zakresie przeciwdziałania przemocy w rodzinie

Badania, za Łepecka-Klusek [9] wykazują niestety, że członkowie zespołów interdyscyplinarnych mają pewne niedostatki wiedzy z zakresu procedur postępowania z ofiarami przemocy, obowiązujących przepisów prawa oraz kompetencji i uprawnień członków innych służb, co prawdopodobnie przekłada się na fakt angażowania się w niewielkim stopniu w taką działalność.

W opinii Mazurczak i wsp. [10] o powyższym świadczy to, iż w 2012 roku przekazali oni do zespołów interdyscyplinarnych 268 *Niebieskich Kart* (na ogólną szacunkową liczbę 26.401). Na terenie woj. podlaskiego w I półroczu 2015 roku wypełniono ogółem 1.892 formularze „Niebieska Karta – A”, wszczynające procedurę. Wśród przedstawicieli służb i instytucji uprawnionych do wszczęcia procedury „Niebieskie Karty” dominowali policjanci, którzy wypełnili 1.713 formularzy NK-A (90,5% wszystkich formularzy), a następnie pracownicy pomocy społecznej – 143 NK-A (7,6%; OPS – 131, PCPR – 12). Przedstawiciele pozostałych uprawnionych służb i instytucji inicjowali procedurę sporadycznie: pracownicy oświaty – 21 (1,1%), GKRPA – 9 (0,5%), a przedstawiciele ochrony zdrowia tylko 6 (0,3%). Ogółem wszczęto procedurę w 1.731 rodzinach.

Pracownicy ochrony zdrowia powinni [2,3,8,10-17]:

- zawsze wykazywać się profesjonalizmem, powstrzymać się od oskarżeń i oceny opiekunów, skoncentrować się na rzeczowym, dokładnym opisie urazów oraz stale pogłębiać swoją wiedzę w powyższym zakresie
- posiadać lub wykształcić umiejętności komunikacyjne, uważnie słuchać, okazywać zainteresowanie problemami podopiecznych
- ćwiczyć tzw. słuchanie empatyczne
- ćwiczyć porozumiewanie niewerbalne
- pogłębiać umiejętności prowadzenia rozmowy z podopiecznymi, którzy mimo że nie są w grupie zagrożonej występowaniem przemocy, powinni otrzymać informację, że jeśli są sąsiadem osoby doznającej przemocy i słyszą często awantury, nietypowe hałasy, krzyki i płacz dziecka, a osoba krzywdzona ukrywa ślady pobicia, powinni porozmawiać bezpośrednio z tą osobą i powiedzieć jej, że się domyślają co dzieje się u niej w domu - w przypadku wątpliwości, czy dzieje się coś złego, lepiej zgłosić powyższe do stosownych instancji niż pozostać obojętnym.

Posiadanie powyższych cech to podstawowy element procesu pomagania [14].

W sprawozdaniu z realizacji Krajowego programu przeciwdziałania przemocy w rodzinie na lata 2014-2020 za okres od 1 stycznia do 31 grudnia 2014 r. [18] podkreśla się, że Centrum Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych, treści dotyczące zagadnień tematycznych związanych z rozpoznawaniem, zapobieganiem i reagowaniem na przypadki przemocy w rodzinie, jak też pomocy ofiarom przemocy w rodzinie, zostały włączone do nowo opracowywanych programów:

Szkoleń specjalizacyjnych w dziedzinie:

- Pielęgniarstwo opieki długoterminowej,
- Pielęgniarstwo pediatryczne,
- Pielęgniarstwo psychiatryczne,
- Pielęgniarstwo ratunkowe,
- Pielęgniarstwo rodzinne dla pielęgniarek,
- Pielęgniarstwo rodzinne dla położnych,
- Pielęgniarstwo ginekologiczno-położnicze,
- Pielęgniarstwo neonatologiczne,
- Ochrona zdrowia pracujących.

Kursów kwalifikacyjnych w dziedzinie:

- Pielęgniarstwo opieki długoterminowej,
- Pielęgniarstwo pediatryczne,
- Pielęgniarstwo psychiatryczne,
- Pielęgniarstwo ratunkowe,
- Pielęgniarstwo rodzinne dla pielęgniarek,
- Pielęgniarstwo rodzinne dla położnych,
- Pielęgniarstwo środowiska nauczania i wychowania.

W sprawozdaniu [18] podkreśla się także, że również obowiązujące ramowe programy kształcenia podyplomowego zawierają zagadnienia tematyczne dotyczące rozpoznawania i pomocy ofiarom przemocy w rodzinie oraz zadań i obowiązków pielęgniarek i położnych w związku z rozpoznaniem lub podejrzeniem tejże przemocy i realizowane są w ramach szkoleń specjalizacyjnych, kursów kwalifikacyjnych oraz kursów specjalistycznych, tj.:

Szkolenia specjalizacyjne w dziedzinie:

- Pielęgniarstwo rodzinne dla pielęgniarek,
- Pielęgniarstwo rodzinne dla położnych,
- Pielęgniarstwo środowiska nauczania i wychowania,
- Pielęgniarstwo pediatryczne,
- Pielęgniarstwo neurologiczne,
- Pielęgniarstwo opieki długoterminowej,
- Pielęgniarstwo psychiatryczne,
- Pielęgniarstwo ginekologiczne,
- Pielęgniarstwo neonatologiczne,
- Promocja zdrowia i edukacja zdrowotna dla położnych

Kursy kwalifikacyjne w dziedzinie:

- Pielęgniarstwo rodzinne dla pielęgniarek,
- Pielęgniarstwo rodzinne dla położnych,
- Pielęgniarstwo psychiatryczne,
- Pielęgniarstwo pediatryczne dla pielęgniarek,
- Pielęgniarstwo środowiska nauczania i wychowania,
- Pielęgniarstwo neonatologiczne,
- Promocja zdrowia i edukacja zdrowotna dla pielęgniarek,
- Promocja zdrowia i edukacja zdrowotna dla położnych.

Kursy specjalistyczne:

- Przeciwdziałanie przemocy w rodzinie,
- Psychoedukacja osób uzależnionych i ich rodzin,
- Poradnictwo w zakresie przygotowania rodziny do pełnienia funkcji prokreacyjnej.

Łącznie w roku 2014 w kursach kwalifikacyjnych, których program kształcenia zawierał zagadnienia związane z rozpoznawaniem i pomocą ofiarom przemocy w rodzinie brały udział 754 pielęgniarki i położne.

W Centrum Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych opracowano także ramowy program kursu specjalistycznego przeciwdziałanie przemocy w rodzinie, przeznaczony dla pielęgniarek i położnych. Jego celem jest przygotowanie pielęgniarki/położnej do diagnozowania środowisk rodzinnych, w których ma miejsce przemoc bądź zagrożonych przemocą domową, do podejmowania oddziaływań interwencyjnych w razie potrzeby oraz do udzielania wsparcia osobom poszkodowanym. Łączna liczba godzin przeznaczonych na realizację programu kształcenia kursu wynosi 150 godzin dydaktycznych, w tym: 80 godz. zajęć teoretycznych i 70 godz. zajęć praktycznych. Kurs składa się z modułów:

- Rodzina jako podstawowa komórka społeczna - zapoznanie z funkcjonowaniem rodziny w odniesieniu do zachodzących w niej przemian
- Przemoc w rodzinie - zapoznanie z istotą zjawiska przemocy w rodzinie
- Rola pielęgniarki, położnej w diagnozowaniu rodzinnych środowisk przemocy i ich ofiar - przygotowanie do rozpoznawania zjawisk przemocy w rodzinie
- Przeciwdziałanie przemocy w rodzinie - przygotowanie do zapobiegania przemocy w rodzinie oraz udzielania pomocy jej ofiarom i/lub sprawcom.

Problemy przeciwdziałania przemocy w rodzinie są również zawarte w programach specjalizacji lekarskich [18], w szczególności w specjalizacji w dziedzinie medycyny rodzinnej, pediatrii, chirurgii ogólnej, neurochirurgii, psychiatrii, psychiatrii dzieci i młodzieży i neurologii dziecięcej.

Szkolenie specjalizacyjne w nowym systemie specjalizacji lekarskich jest prowadzone od listopada 2014 roku. Szacunkowa liczba lekarzy, którzy potencjalnie mogli zostać objęci szkoleniami odnoszącymi się do problematyki przemocy w rodzinie wynosi 5 275 [18].

W literaturze przedmiotu [8] proponuje się także:

- opracowanie i stosowanie standardowej listy pytań, ułatwiających postawienie

diagnozy

- prowadzenie systematycznych szkoleń z zakresu przeciwdziałania przemocy, w tym analizy objawów i chorób mogących świadczyć o jej występowaniu
- opracowanie dokumentacji medycznej i sposobu jej prowadzenia w przypadku wykrycia przemocy
- sporządzenie wykazu lokalnych placówek, z którymi można i trzeba współpracować
- rozpowszechnianie materiałów informacyjnych o przemocy.

Podsumowanie

Zdaniem Jakubowskiej–Wineckiej [13], personel medyczny zwykle nie zagłębia się w problemy osobiste ofiar i motywuje to niechęcią do ingerowania w prywatne sprawy pacjentek. W konsekwencji, za Durda i wsp. [12] powyższe przyczynia się do ukrywania i pomniejszania rangi problemu przemocy w rodzinie.

W raporcie WHO z 2013 roku [11] zawarto wytyczne w sprawie prowadzenia rozmowy z ofiarą przemocy. Zaleca się, aby osoby zatrudnione w placówkach opieki zdrowotnej były w tej kwestii odpowiednio przeszkolone, powinny mieć możliwość konsultacji, ściśle określone procedury postępowania z ofiarami przemocy oraz zapewniony system świadczeń pomocowych, gdzie można je kierować. W przypadkach przemocy seksualnej szczególnie ważny jest system długofalowego wsparcia.

W literaturze przedmiotu [3,8,11] podkreśla się pilną potrzebę wzmożenia działań zespołów interdyscyplinarnych w zakresie zapobiegania przemocy domowej i niesienia skutecznej pomocy jej ofiarom.

W tym także celu Ministerstwo Sprawiedliwości w partnerstwie z Centralnym Zarządem Służby Więziennej opracowało w 2013 roku *Kartę informacyjną dla osoby skazanej za przemoc w rodzinie*, która w ilości ok. 10.000 sztuk została rozdystrybuowana w jednostkach penitencjarnych na terenie całego kraju i rozwieszona w poczekalniach dla osób odwiedzających osadzonych, w pawilonach mieszkalnych osadzonych, jak również jest wręczana osobiście każdemu skazanemu z art. 207 kk, który opuszcza jednostkę penitencjarną (na koniec kary, w związku z udzieleniem warunkowego przedterminowego zwolnienia lub przerwy w karze). Karta zawiera m.in. dane adresowe miejsc, w których sprawca po opuszczeniu więzienia może znaleźć adekwatną dla siebie pomoc oraz uczestniczyć w skierowanych do sprawców programów korekcyjno-edukacyjnych.

Wzór kart w Aneksie.

Piśmiennictwo

1. Bojanowska E.: Wypowiedź Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej Elżbiety Bojanowskiej na posiedzeniu Sejmu, Posiedzenie nr 13 w dniu 10-03-2016, <http://www.sejm.gov.pl/Sejm8.nsf/wypowiedz.xsp?posiedzenie=13&dzien=2&wyp=166&view=4>, data pobrania 8.07.2016.
2. Biskupska M.: Przeciwdziałanie przemocy w rodzinie – rola profesjonalistów podstawowej opieki zdrowotnej. *Now. Lek.*, 2013, 82, 3, 246–252.
3. Leoniuk K., Nowakowska H., Sobczak K.: Zadania pielęgniarki w systemie przeciwdziałania przemocy domowej. *Probl. Pielęg.*, 2013, 21, 3, 397–402.
4. Izdebska A., Trąbińska-Haduch M., Lewandowska K.: Jak chronić małe dzieci przed krzywdzeniem? Rola pielęgniarki i położnej w zapobieganiu złemu traktowaniu dziecka w rodzinie. Fundacja Dzieci Niczyje, Warszawa 2008.
5. Kornatowska I., Lewandowska K., Kita B.: Program Dobry Rodzic - Dobry Start. Wczesna profilaktyka krzywdzenia dzieci. *Dziecko Krzywdzone*, 2007, 19, 1–9.
6. Jarosz E.: Ochrona dzieci przed krzywdzeniem. Perspektywa globalna i lokalna. Wyd. Uniwersytetu Śląskiego, Katowice 2009.
7. Margolis A.: Zespół dziecka maltretowanego. Diagnostyka medyczna. Fundacja Dzieci Niczyje, Warszawa 1998.
8. Kluczyńska S., Wrona G.: Lekarzu reaguj na przemoc. Przewodnik dla pracowników ochrony zdrowia. Instytut Łukasiewicza na zlecenie Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, Warszawa-Kraków 2013.
9. Łepecka-Klusek C., Pawłowska-Muc A.K., Stadnicka G., Pilewska-Kozak A.B.: Przemoc domowa wobec kobiet. *MONZ*, 2015, 21, 4, 408–413.
10. Mazurczak A., Olczyk M., Olszewska A., Płatek M., Sękowska-Kozłowska K., Spurek S. i wsp. [w:] Przeciwdziałanie przemocy wobec kobiet, w tym kobiet starszych i z niepełnosprawnościami. Analiza i zalecenia. Trociuk S. (red.), Biuro Rzecznika Praw Obywatelskich, Warszawa, 2013.
11. WHO, Department of Reproductive Health and Research, London School of Hygiene and Tropical Medicine, South African Medical Research Council. Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual Violence. World Health Organization 2013.
12. Durda R., Wrona G., Nadażdin D., de Arana S., Piotrowska J.: Polak tłucze żonę? Niech tłucze! Od tradycji Europy wara, <http://wyborcza.pl/magazyn/1,143016>,

- 17297710,Polak_tlucze_zone__Niech_tlucze__Od_tradycji_Europie.html?disableRedirects=true, Gazeta Wyborcza/ wyborcza.pl z dnia 24.01.2015, data pobrania 8.07.2016
13. Jakubowska-Winecka A.: Grzechy zaniechania. Zaburzenia psychosomatyczne u ofiar przemocy domowej. Niebieska Linia, 2005, 3.
 14. Wojdyła Z., Żurawicka D., Zimnowoda M.: Przemoc wobec dzieci [w:] Wybrane aspekty opieki pielęgniarskiej i położniczej w różnych specjalnościach medycyny. Tom 2. Wojtal M. Żurawicka D. (red.). Wydawnictwo Instytut Śląski Sp. z o.o., Opole 2014, 8–17.
 15. Pilszyk A.: Obraz psychopatologiczny sprawcy przemocy w rodzinie. Psychiatr. Pol., 2007, 51, 6, 827–836.
 16. Janiuk E.: Problem przemocy w rodzinie w praktyce położnej [w:] Wybrane aspekty opieki pielęgniarskiej i położniczej w różnych specjalnościach medycyny. Tom 1. Wojtal M, Żurawicka D. (red.). Wyd. Instytut Śląski Sp. z o. o., Opole 2013,42–52.
 17. Warowny M.: Diagnoza i interwencja w przypadku przemocy w rodzinie wyzwaniem dla położnej środowiskowo-rodzinnej. Położ. Nauka Prakt., 2011, 315, 48–52.
 18. Sprawozdanie z realizacji Krajowego programu przeciwdziałania przemocy w rodzinie na lata 2014-2020 za okres od 1 stycznia do 31 grudnia 2014 r., <https://www.mpips.gov.pl/.../Sprawozdanie%20KPPPwR%20-projekt%20z%2016%20Olica%202015%20r..pdf>, data pobrania: 25.06.2016.

NIEBIESKA KARTA – Część A

Miejscowość, dn.....

.....
(pieczęć instytucji)

I. DANE OSOBY DOTKNIĘTEJ PRZEMOCĄ W RODZINIE

1. Imię i nazwisko:
2. Imiona rodziców.....
3. Miejsce stałego zameldowania:
Kod pocztowy:..... Miejscowość:..... Województwo:.....
Ulica:..... Nr domu:..... Numer mieszkania:.....
Nr telefonu
4. Aktualny adres pobytu
Kod pocztowy:..... Miejscowość:..... Województwo:.....
Ulica:..... Nr domu:..... Numer mieszkania:.....
Nr telefonu

II. Problem jaki zgłasza osoba dotknięta przemocą w rodzinie:

.....

.....

.....

III. DANE OSOBY STOSUJĄCEJ PRZEMOC W RODZINIE

1. Imię i nazwisko:
2. Miejsce zamieszkania:
Kod pocztowy:..... Miejscowość:..... Województwo:.....
Ulica:..... Nr domu:..... Numer mieszkania:.....
Nr telefonu
3. Stopień pokrewieństwa ze zgłaszającą/ym.....

IV. Czy osoba stosująca przemoc w rodzinie zachowywała się w następujący sposób:

Formy przemocy w rodzinie	Wobec dorosłych			Wobec dzieci		
	TAK	NIE	wobec kogo*	TAK	NIE	wobec kogo*
Stosowała przemoc fizyczną w tym:						
bicie, kopanie						
szarpanie, popychanie, policzkowanie						

Inne – jakie ?						
Stosowała przemoc psychiczną w tym:						
zastraszanie, grożenie, wyzwiska, przekleństwa						
poniżanie, szydzenie, wyśmiewanie						
wywoływanie poczucia winy, kontrolowanie/zabranianie kontaktów z innymi osobami						
Inne – jakie ?						
Stosowała przemoc seksualną w tym:						
zmuszanie do niechcianych zachowań seksualnych						
poniżające obmacywanie, obłapywanie						
zmuszanie do oglądania filmów pornograficznych						
Inne – jakie ?						
Rodzaj zachowań w tym:						
Niszczzenie rzeczy osobistych						
Demolowanie mieszkania						
Wynoszenie sprzętów domowych i sprzedawanie ich						
Nie dostarczanie środków finansowych na utrzymanie						
Zabieranie środków finansowych						

Pozostawianie bez opieki osoby, która z powodu choroby, niepełnosprawności bądź wieku nie może samodzielnie zaspokoić swoich potrzeb						
Zmuszanie do picia alkoholu						
Zmuszanie do zażywania narkotyków, środków odurzających, leków						
Inne – jakie ?						

* np. wobec żony, męża, partnera, partnerki, matki, ojca, córki, syna

V. Od jak dawna te zachowania mają miejsce?

VI. Czy są świadkowie aktów przemocy w rodzinie ? TAK NIE

Jeśli tak, proszę podać:

1. Imię i nazwisko:

2. Miejsce zamieszkania:

Kod pocztowy:..... Miejscowość:..... Województwo:.....

Ulica:..... Nr domu:..... Numer mieszkania:.....

Nr telefonu

VII. Czy osoba stosująca przemoc w rodzinie nadużywa alkohol?

Tak Nie

IX. Czy nadużywa narkotyków, środków odurzających, leków ?

Tak Nie

X. Czy w związku z aktami przemocy w rodzinie podejmowane były następujące działania:

- powiadomienie i interwencje Policji
- powiadomienie prokuratury
- wszczęcie sprawy sądowej
- przyznanie rodzinie kuratora
- zobowiązanie do leczenia odwykowego
- zobowiązanie do uczestnictwa w oddziaływaniach korekcyjno - edukacyjnych
- prośba o pomoc w innej instytucji (jakiej?).....
- inne - jakie ?.....

Z jakim skutkiem?.....

Kto inicjował podjęcie tych działań?

XI. DANE DOTYCZĄCE RODZINY

Inne osoby pozostające we wspólnym gospodarstwie z osobą stosującą przemoc w rodzinie

Lp	Imię i nazwisko	Stopień pokrewieństwa	Wiek	Czym się zajmuje*
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				

* zawód, miejsce pracy, w przypadku dzieci – rodzaj szkoły

XII. Wstępny plan pomocy

a) Propozycje działań przedstawiciela instytucji:

- podjęcie działań zmierzających do zapewnienia bezpieczeństwa osobie dotkniętej przemocą w rodzinie, w tym:
 - a) interwencja Policji
 - b) udzielenie pomocy medycznej
 - c) innych - jakich?

.....
.....
.....

- udzielenie natychmiastowej interwencji w celu zapewnienia bezpieczeństwa osobie dotkniętej przemocą w rodzinie poprzez podjęcie działań mających na celu umieszczenie jej w placówkach całodobowych w tym:
 - a) specjalistycznym ośrodku wsparcia dla ofiar przemocy w rodzinie
 - b) ośrodku wsparcia
 - c) ośrodku interwencji kryzysowej
 - d) domu dla matek z małoletnimi dziećmi i kobiet w ciąży
 - e) innych – jakich ?

.....
.....
.....

- podjęcie działań zmierzających do udzielenia pomocy dzieciom
- skierowanie sprawy do zespołu interdyscyplinarnego lub grupy roboczej
- nawiązanie współpracy z innymi służbami realizującymi działania na rzecz przeciwdziałania przemocy w rodzinie
- inne – jakie ?

.....
.....
.....
.....

b) Propozycje działań osoby dotkniętej przemocą w rodzinie

.....
.....
.....
.....

c) Ustalenia dotyczące proponowanych działań

.....
.....
.....
.....
.....

d) Wnioski przedstawiciela instytucji kierowane do przewodniczącego zespołu interdyscyplinarnego

.....
.....
.....
.....
.....

czytelny podpis osoby dotkniętej
przemocą w rodzinie

podpis przedstawiciela
instytucji sporządzającego
formularz „Niebieska Karta” –
Część A

.....
Podpis i pieczęć przełożonego

.....
data wpływu formularza Niebieska
Karta” – Część A do przewodniczącego
zespołu interdyscyplinarnego

Załącznik nr 2

NIEBIESKA KARTA – Część B

L.dz.

ZIW -

NOTATKA URZĘDOWA O PRZEMOCY W RODZINIE wypełniana przez Policję

Stopień	Imię i nazwisko funkcjonariusza sporządzającego notatkę	Jednostka Policji
.....

.....

(data, godzina i przyczyna podjętych działań, stopień, imię i nazwisko innego(ych) funkcjonariusza(y) oraz jednostka Policji, okoliczności, miejsce i cel podjętych działań)

<u>POKRZYWDZONY/A I:</u> (ofiara przemocy)	<u>POKRZYWDZONY/A II:</u> (ofiara przemocy)	<u>WSKAZANY/A SPRAWCA:</u>
..... imię i nazwisko	..... imię i nazwisko	..... imię i nazwisko
..... imiona rodziców	..... imiona rodziców	..... imiona rodziców
..... data i miejsce urodzenia	..... data i miejsce urodzenia	..... data i miejsce urodzenia
..... adres zamieszkania	..... adres zamieszkania	..... adres zamieszkania
..... numer telefonu	..... numer telefonu	..... numer telefonu
..... dokument tożsamości	..... dokument tożsamości	..... dokument tożsamości
..... PESEL	..... PESEL	..... PESEL
..... stosunek pokrewieństwa	..... stosunek pokrewieństwa	..... stosunek pokrewieństwa

<u>ŚWIADEK I:</u>	<u>ŚWIADEK II:</u>	<u>ŚWIADEK III:</u>
..... imię i nazwisko	..... imię i nazwisko	..... imię i nazwisko
..... adres zamieszkania	..... adres zamieszkania	..... adres zamieszkania
..... numer telefonu	..... numer telefonu	..... numer telefonu
..... dokument tożsamości	..... dokument tożsamości	..... dokument tożsamości
..... PESEL	..... PESEL	..... PESEL

OPIS ZAISTNIAŁEJ SYTUACJI ZGODNIE Z INFORMACJĄ UCZESTNIKÓW

SPRAWCA DOZNAŁ	TAK	NIE	NIE UST
Uszkodzenie ciała			
- zasinienia			
- zadrapania			
- krwawienia			
- oparzenia			
inne (podać jakie)		

POPZEDNIE

INCYDENTY PRZEMOCY W RODZINIE	TAK	NIE
Przemoc fizyczna		
Przemoc psychiczna		
Przemoc seksualna		
Uszkodzenie ciała		
Zgłoszenie organom ścigania		

ZACHOWANIE SIĘ STRON	POKRZYWDZONY/A/ I		POKRZYWDZONY/A/ II		SPRAWCA	
	TAK	NIE	TAK	NIE	TAK	NIE
Trudność nawiązania kontaktu						
Spokojny/a/						
Placz						
Zastraszony/a/						
Unika rozmów						
Agresywny/a/ wobec pokrzywdzonej/-ego/ /sprawcy/						
Stawia opór Policji						
Posiada broń palną						
Inne zachowania stron (sprawcy/pokrzywdzonego) zwracające uwagę (np. objawy świadczące o pozostawaniu pod wpływem leków, środków odurzających)						

DZIECI BIORĄCE UDZIAŁ W ZDARZENIU (Imię i nazwisko, data i miejsce urodzenia, pokrewieństwo wobec sprawcy, obrażenia fizyczne /np. zasinienia, zadrapania, krwawienia/, stan dziecka /np. spokojne, przestraszone, płacze/, inne własne spostrzeżenia. Jeżeli dziecko przewieziono do szpitala, placówki interwencyjnej, placówki rodzinnej, domu dziecka, inne, oddano pod opiekę osoby spokrewnionej, podać nazwę placówki lub dane personalne osoby i adres)

DZIECI W RODZINIE (ilość, wiek).....

OPIS MIEJSCA ZDARZENIA (np. szkody, zniszczone sprzęty, nieporządek, rozbite szkło, uszkodzone drzwi, brud, ślady krwi, ślady spożywania alkoholu, inne)

INNE INFORMACJE (np. sprawca oddalił się z miejsca zdarzenia, sprawców było więcej niż jeden (kto?), pokrzywdzonych/świadków było więcej (kto?))

DZIAŁANIA PODJĘTE WOBEC POKRZYWDZONEGO/-EJ/, SPRAWCY	POKRZYWDZONY/A/ I		POKRZYWDZONY/A/ II		SPRAWCA	
	TAK	NIE	TAK	NIE	TAK	NIE
Pouczenie						
Środki przymusu bezpośredniego (jakie)						
Badanie na zawartość alkoholu w organizmie (wyniki)						
	(wynik)		(wynik)		(wynik)	
Izba wytrzeźwień						
Policyjne pomieszczenia dla osób zatrzymanych /do wytrzeźwienia/						
Policyjne pomieszczenia dla osób zatrzymanych						
Policyjna izba dziecka						
Udzielono pomocy medycznej numer zespołu pogotowia						
Miejsce przewiezienia (sprawcy/pokrzywdzonego), adres (np. szpital, placówka pomocowa (jaka), rodzina, inne)						

BRAK WARUNKÓW DO WYPEŁNIENIA KARTY NA MIEJSCU ZDARZENIA/INTERWENCJI/:

TAK

NIE

WSTĘPNY PLAN POMOCY

a) Propozycje działań Policjanta:

- podjęcie działań zmierzających do zapewnienia bezpieczeństwa osobie dotkniętej przemocą w rodzinie, w tym:
 - a) interwencja Policji
 - b) udzielenie pomocy medycznej
 - c) innych - jakich?

.....
.....
.....

- udzielenie natychmiastowej interwencji w celu zapewnienia bezpieczeństwa osobie dotkniętej przemocą w rodzinie poprzez podjęcie działań mających na celu umieszczenie jej w placówkach całodobowych w tym:
 - a) specjalistycznym ośrodku wsparcia dla ofiar przemocy w rodzinie
 - b) ośrodku wsparcia
 - c) ośrodku interwencji kryzysowej
 - d) domu dla matek z małoletnimi dziećmi i kobiet w ciąży
 - e) innych – jakich ?

.....
.....
.....

- podjęcie działań zmierzających do udzielenia pomocy dzieciom
- skierowanie sprawy do zespołu interdyscyplinarnego lub grupy roboczej
- nawiązanie współpracy z innymi służbami realizującymi działania na rzecz przeciwdziałania przemocy w rodzinie
- inne – jakie ?

.....
.....
.....
.....

b) Propozycje działań osoby dotkniętej przemocą w rodzinie

.....
.....
.....
.....
.....

c) Ustalenia dotyczące proponowanych działań

.....
.....
.....
.....

.....
d) Wnioski przedstawiciela instytucji kierowane do przewodniczącego zespołu interdyscyplinarnego

.....
.....
.....
.....
.....

podpis policjanta sporządzającego
formularz "Niebieska Karta"
– Część B

.....
czytelny podpis osoby dotkniętej
przemocą w rodzinie

.....
Podpis i pieczęć przełożonego

.....
data wpływu formularza Niebieska
Karta" – Część B do przewodniczącego
zespołu interdyscyplinarnego

NIEBIESKA KARTA – Część C

Członkowie zespołu interdyscyplinarnego/grupy roboczej otrzymali zgłoszenie w ramach procedury „Niebieskie Karty”, że jest Pani/Pan osobą dotkniętą przemocą w rodzinie.

Prosimy zatem o potwierdzenie lub weryfikację danych zawartych we wcześniej wypełnionym formularzu.

I. DANE BEZ ZMIAN

1. Osoby dotkniętej przemocą w rodzinie
2. Osoby stosującej przemoc w rodzinie

II. WERYFIKACJA DANYCH OSOBY DOTKNIĘTEJ PRZEMOCĄ W RODZINIE

1. Imię i nazwisko:
2. Imiona rodziców.....
3. Miejsce stałego zameldowania:
 - Kod pocztowy:..... Miejscowość:..... Województwo:.....
 - Ulica:..... Nr domu:..... Numer mieszkania:.....
 - Nr telefonu
4. Aktualny adres pobytu
 - Kod pocztowy:..... Miejscowość:..... Województwo:.....
 - Ulica:..... Nr domu:..... Numer mieszkania:.....
 - Nr telefonu

III. WERYFIKACJA DANYCH OSOBY STOSUJĄCEJ PRZEMOC W RODZINIE

1. Imię i nazwisko:
2. Miejsce zamieszkania:
 - Kod pocztowy:..... Miejscowość:..... Województwo:.....
 - Ulica:..... Nr domu:..... Numer mieszkania:.....
 - Nr telefonu
3. Stopień pokrewieństwa ze zgłaszającą/ym.....

W związku z wszczęciem procedury „Niebieskie Karty” zadamy Pani/Panu kilka pytań celem wyjaśnienia zaistniałej sytuacji i opracowania indywidualnego planu pomocy.

IV. DIAGNOZA SYTUACJI OSOBY DOTKNIĘTEJ PRZEMOCĄ W RODZINIE

1. Sytuacja rodzinna

.....

.....

.....

.....

.....

.....

w tym sytuacja dzieci:

.....

.....

.....

2. Sytuacja zawodowa

.....
.....
.....
.....
.....
.....

3. Sytuacja ekonomiczna

.....
.....
.....
.....
.....

4. Sytuacja mieszkaniowa

.....
.....
.....
.....
.....

5. Sytuacja zdrowotna

.....
.....
.....
.....
.....

6. Sytuacja dzieci (edukacyjna, wychowawcza, zdrowotna itp.)

.....
.....
.....
.....
.....

V. INDYWIDUALNY PLAN POMOCY DLA OSOBY DOTKNIĘTEJ PRZEMOCĄ W RODZINIE W ZAKRESIE DZIAŁAŃ PRZEDSTAWICIELI:

1. Jednostki organizacyjnej pomocy społecznej

- praca socjalna
- poinformowanie o warunkach korzystania ze świadczeń pieniężnych z pomocy społecznej
- zobowiązanie do skorzystania z pomocy psychologicznej, prawnej oraz w formie poradnictwa rodzinnego
- skierowanie osoby dotkniętej przemocą w rodzinie do placówki dla ofiar przemocy w rodzinie w szczególności do specjalistycznego ośrodka wsparcia dla ofiar przemocy w rodzinie
- skierowanie dzieci do placówki opiekuńczo – wychowawczej wsparcia dziennego (świetlicy, klubu, ogniska wychowawczego)
- powiadomienie sądu wydziału rodzinnego i nieletnich o sytuacji dzieci

- inne, jakie.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

2. Gminnej komisji rozwiązywania problemów alkoholowych

- skierowanie do udziału w grupach wsparcia dla osób współuzależnionych
- poinformowanie o możliwościach prawnych dotyczących skierowania osoby stosującej przemoc w rodzinie na leczenie odwykowe
- skierowanie do udziału w grupie terapeutycznej
- skierowanie do udziału w grupie samopomocowej
- inne, jakie.....
.....
.....
.....

3. Policji

- cykliczne wizyty w środowisku przeprowadzane przez dzielnicowego
- poinformowanie osoby dotkniętej przemocą w rodzinie o przemocy w rodzinie jako przestępstwie i przedstawienie prawnych jej aspektów
- skierowanie do lekarza sądowego w celu przeprowadzenia obdukcji sądowej
- powiadomienie prokuratora o popełnieniu przestępstwa
- wystąpienie do prokuratora z wnioskiem o zastosowanie właściwych środków zapobiegawczych
- inne, jakie.....
.....
.....
.....

4. Oświaty

- objęcie dziecka/dzieci pomocą pedagoga szkolnego
- objęcie dziecka/dzieci pomocą psychologa szkolnego
- udział rodziców w zajęciach psychoedukacyjnych i innych, uczących umiejętności wychowawczych np. Szkoła dla rodziców i wychowawców
- udział dziecka w zajęciach o charakterze wyrównawczym, kompensacyjnym lub profilaktycznym
- pomoc materialna i jej rodzaj – wypoczynek wakacyjny, dożywianie, stypendium szkolne, zasiłek szkolny
- konsultacja w poradni psychologiczno-pedagogicznej, poradni specjalistycznej, skierowanie do pomocy terapeutycznej
- powiadomienie sądu rodzinnego i nieletnich o sytuacji dziecka
- skierowanie dzieci do placówki opiekuńczo – wychowawczej wsparcia dziennego

(światlicy, klubu, ogniska wychowawczego)

- inne, jakie.....
-
-
-

5. Ochrony zdrowia

- skierowanie osoby dotkniętej przemocą w rodzinie na konsultacje medyczne
 - skierowanie osoby dotkniętej przemocą w rodzinie na konsultacje psychiatryczne
 - skierowanie dzieci osoby dotkniętej przemocą w rodzinie na konsultacje medyczne
 - skierowanie dzieci osoby dotkniętej przemocą w rodzinie na konsultacje psychiatryczne
 - skierowanie osoby dotkniętej przemocą w rodzinie do lekarza w celu uzyskania zaświadczenia o ustaleniu przyczyn i rodzaju uszkodzeń ciała związanych z użyciem przemocy w rodzinie
 - inne, jakie.....
-
-
-

6. Kuratora sądowego

- powiadomienie sądu rodzinnego o sytuacji dzieci
 - ustalenie uprzedniej karalności sprawcy przemocy, w tym za przestępstwo podobne
 - w razie uprzedniego skazania sprawcy przemocy ustalenie, czy został wobec niego orzeczony dozór kuratora sądowego, a w takim przypadku powiadomienie właściwego kuratora dla dorosłych o fakcie stosowania przemocy przez podopiecznego
 - w razie uprzedniego skazania sprawcy przemocy na karę pozbawienia wolności z warunkowym jej zawieszeniem, bez dozoru kuratora i dokonania przez niego aktu przemocy w okresie próby, rozważenie wystąpienia do sądu o oddanie sprawcy pod dozór kuratora sądowego oraz nałożenia właściwych obowiązków probacyjnych
 - w razie sprawowania dozoru kuratora dla dorosłych nad sprawcą przemocy niezwłoczny kontakt (wizyta w miejscu zamieszkania) ze sprawcą oraz z pokrzywdzonym i rozważenie wystąpienia do sądu o nałożenia właściwych obowiązków probacyjnych
 - w razie popełnienia przez sprawcę przemocy w rodzinie oddanego pod dozór kuratora sądowego czynu podobnego w okresie próby, rozważenie wystąpienia do sądu z wnioskiem o zarządzenie wykonania kary
 - w razie popełnienia przez sprawcę przemocy w rodzinie oddanego pod dozór kuratora sądowego czynu podobnego w okresie warunkowego zwolnienia, rozważenie wystąpienia do sądu z wnioskiem o odwołanie warunkowego zwolnienia
 - inne, jakie.....
-
-
-

7. Innych podmiotów – specjalistów w dziedzinie przeciwdziałania przemocy w rodzinie

- działania, jakie ?

.....
.....
.....
.....

VI. ZOBOWIĄZANIA OSOBY DOTKNIĘTEJ PRZEMOCĄ W RODZINIE

.....
.....
.....
.....
.....
.....

VII. MONITOROWANIE SYTUACJI OSOBY DOTKNIĘTEJ PRZEMOCĄ W RODZINIE

- raz w tygodniu
- raz w miesiącu
- raz na trzy miesiące
- w innych terminach (jakich?)

.....

VIII. WERYFIKACJA INDYWIDUALNEGO PLANU POMOCY DLA OSOBY DOTKNIĘTEJ PRZEMOCĄ W RODZINIE W ZAKRESIE DZIAŁAŃ PRZEDSTAWICIELI:

1. Jednostki organizacyjnej pomocy społecznej

.....
.....
.....
.....
.....

2. Gminnej komisji rozwiązywania problemów alkoholowych

.....
.....
.....
.....
.....

3. Policji

.....
.....
.....
.....
.....

4. Oświaty

.....
.....
.....
.....
.....

5. Ochrony zdrowia

.....
.....
.....
.....
.....

6. Kuratora sądowego

.....
.....
.....
.....
.....

7. Innych podmiotów – specjalistów w dziedzinie przeciwdziałania przemocy w rodzinie

.....
.....
.....
.....
.....

czytelny podpis osoby dotkniętej
przemocą w rodzinie

podpis przewodniczącego
zespołu interdyscyplinarnego

NIEBIESKA KARTA – Część D

Miejscowość, dn.....

.....
(pieczęć instytucji)

I. DANE OSOBY STOSUJĄCEJ PRZEMOC W RODZINIE

1. Imię i nazwisko:
2. Data i miejsce urodzenia:.....
3. Stan cywilny:.....
1. Miejsce stałego zameldowania:
- Kod pocztowy:..... Miejscowość:..... Województwo:.....
- Ulica:..... Nr domu:..... Numer mieszkania:.....
- Nr telefonu
2. Adres aktualnego pobytu:
- Kod pocztowy:..... Miejscowość:..... Województwo:.....
- Ulica:..... Nr domu:..... Numer mieszkania:.....
- Nr telefonu
6. Miejsce pracy/źródło utrzymania.....

Członkowie zespołu interdyscyplinarnego/grupy roboczej otrzymali zgłoszenie w ramach procedury „Niebieskie Karty”, że stosuje Pan/Pani przemoc w rodzinie.

W związku z tym zadamy Panu/Pani kilka pytań celem wyjaśnienia zaistniałej sytuacji.

II. Czy zdarza się, że zachowuje się Pan/Pani w następujący sposób:

Formy przemocy w rodzinie	Wobec dorosłych			Wobec dzieci		
	TAK	NIE	wobec kogo*	TAK	NIE	wobec kogo*
Stosuje przemoc fizyczną w tym:						
bicie, kopanie						
szarpanie, popychanie, policzkowanie						
Inne – jakie ?						
Stosuje przemoc psychiczną w tym:						
zastraszanie, grożenie, wyzwiska, przekleństwa						

poniżanie, szydzenie, wyśmiewanie						
wywoływanie poczucia winy, kontrolowanie/zabranianie kontaktów z innymi osobami						
Inne – jakie ?						
Stosuje przemoc seksualną w tym:						
zmuszanie do niechcianych zachowań seksualnych						
poniżające obmacywanie, oblapywanie						
zmuszanie do oglądania filmów pornograficznych						
Inne – jakie ?						
Rodzaj zachowań w tym:						
Niszczenie rzeczy osobistych						
Demolowanie mieszkania						
Wynoszenie sprzętów domowych i sprzedawanie ich						
Nie dostarczanie środków finansowych na utrzymanie						
Zabieranie środków finansowych						
Pozostawianie bez opieki osoby, która z powodu choroby, niepełnosprawności bądź wieku nie może samodzielnie zaspokoić swoich potrzeb						
Zmuszanie do picia alkoholu						
Zmuszanie do zażywania narkotyków, środków odurzających, leków						

Inne – jakie ?						
----------------	--	--	--	--	--	--

* np. wobec żony, męża, partnera, partnerki, matki, ojca, córki, syna

III. Od jak dawna te zachowania mają miejsce?

IV. Czy są świadkowie aktów przemocy w rodzinie ? TAK NIE

V. Czy nadużywa Pan/Pani alkoholu?

Tak Nie

VI. Od jak dawna i jak często? Kiedy ostatnio?

.....
.....
.....

VII. Czy nadużywa Pan/Pani narkotyków, środków odurzających, leków ?

Tak Nie

VIII. Od jak dawna i jak często? Kiedy ostatnio?

.....
.....
.....

IX. Czy kiedykolwiek Pan/Pani leczył/leczyła się w placówce odwykowej, kiedy ostatnio i jakiego uzależnienia dotyczyło leczenie (od: alkoholu, narkotyków, leków, środków odurzających)?

X. Czy w związku z tymi zachowaniami miały miejsce:

- powiadomienie i interwencje policji
- powiadomienie prokuratury
- wszczęcie sprawy sądowej
- przyznanie rodzinie kuratora
- zobowiązanie do leczenia odwykowego
- zobowiązanie do uczestnictwa w oddziaływaniach korekcyjno - edukacyjnych
- interwencja i pomoc innej instytucji (jakiej?).....
- inne, jakie.....

XI. Czy miał Pan/Pani inne problemy w związku z nadużywaniem alkoholu, narkotyków, leków, środków odurzających?

- a) konflikty z prawem
- b) wykroczenia w ruchu drogowym
- c) kłopoty w pracy
- d) pobyty w izbie wytrzeźwień
- e) inne, jakie?.....

XII. Jak Pan/Pani ocenia swoją sytuację, czy widzi Pan/Pani w niej coś niepokojącego?

.....
.....
.....
.....

XIII. Proponowane działania wobec osoby stosującej przemoc w rodzinie:

- a) udział w oddziaływaniach korekcyjno – edukacyjnych dla osób stosujących przemoc w rodzinie
- b) dobrowolna wizyta w poradni odwykowej i opracowanie planu leczenia
- c) złożenie dokumentów do sądu w celu uruchomienia procedury zobowiązania do leczenia
- d) zobowiązanie do informowania członków zespołu interdyscyplinarnego/grupy roboczej o podejmowanych działaniach mających na celu zaprzestanie przemocy w rodzinie:
 - raz w tygodniu
 - raz w miesiącu
 - raz na trzy miesiące
 - w innych terminach (jakich?)
- e) inne działania (jakie?)

.....
.....

podpis osoby stosującej
przemoc w rodzinie

podpis przewodniczącego
zespołu interdyscyplinarnego

NIEBIESKA KARTA – Część E

POUCZENIE DLA OSÓB DOTKNIĘTYCH PRZEMOCĄ W RODZINIE

Co to jest przemoc w rodzinie ?

Przemoc w rodzinie to jednorazowe albo powtarzające się umyślne działanie lub zaniechanie naruszające prawa lub dobra osobiste osób najbliższych (małżonek, wstępny, zstępny, rodzeństwo, powinowaty w tej samej linii lub stopniu, osoba pozostająca w stosunku przysposobienia oraz jej małżonek, osoba pozostająca we wspólnym pożyciu), a także innych osób wspólnie zamieszkujących lub gospodarujących, w szczególności narażające te osoby na niebezpieczeństwo utraty życia, zdrowia, naruszające ich godność, nietykalność cielesną, wolność, w tym seksualną, powodujące szkody na ich zdrowiu fizycznym lub psychicznym, a także wywołujące cierpienia i krzywdy moralne u osób dotkniętych przemocą.

Kto może być ofiarą przemocy w rodzinie?

- *współmałżonkowie*
- *partnerzy w związkach nieformalnych*
- *dzieci*
- *osoby starsze*
- *osoby niepełnosprawne*

Najczęstsze formy przemocy w rodzinie to:

Przemoc fizyczna:

- *bicie, popychanie, kopanie, duszenie, bicie przedmiotami, parzenie, policzkowanie.....*

Przemoc psychiczna:

- *wyśmiewanie, szydzenie, lżenie, karanie przez odmowę uczuć, okazywanie braku szacunku, poddawanie stałej krytyce, kontrolowanie i ograniczanie kontaktu z bliskimi....*

Przemoc ekonomiczna:

- *zmuszanie do oddawania uzyskiwanych środków finansowych, uniemożliwienie podjęcia pracy, niezaspakajanie podstawowych potrzeb materialnych....*

Przemoc seksualna:

- *wymuszanie pożycia seksualnego, wymuszanie nieakceptowanych praktyk seksualnych, wymuszanie seksu z osobami trzecimi, demonstrowanie zazdrości...*

PAMIĘTAJ !!!!

Prawo zabrania stosowania przemocy i krzywdzenia swoich bliskich. Jeśli Ty lub ktoś z Twoich bliskich jest ofiarą przemocy ze strony osoby najbliższej, nie wstydź się prosić o pomoc. Prawo stoi po Twojej stronie !

Jeżeli doznajesz takich zachowań powiadom:

- policję 997 lub 112
- prokuraturę

Policja ma obowiązek:

- **zapewnienia bezpieczeństwa** (art.15 ust.1 pkt 3 ustawy o Policji – policjanci wykonując czynności mają prawo zatrzymywania osób stwarzających w sposób oczywisty bezpośrednie zagrożenie życia lub zdrowia ludzkiego, a także mienia).
- **przekazania informacji o interweniujących policjantach** – możesz spytać o stopień, imię i nazwisko oraz numer identyfikacyjny policjantów, a także o nazwę i siedzibę jednostki, w której pracują.
- **wskazania dokumentacji policyjnej** jako dowodów w sprawie przeciwko osobie stosującej przemoc w rodzinie.
- **zgłoszenia interweniujących policjantów jako świadków** w sprawie karnej przeciwko osobie stosującej przemoc w rodzinie.

Polskie prawo ściga sprawców przestępstw przeciwko osobom bliskim za:

- znęcanie się fizyczne lub psychiczne nad osobą najbliższą lub nad inną osobą pozostającą w stałym lub przemijającym stosunku zależności od sprawcy albo nad małoletnim lub osobą nieporadną ze względu na jej stan psychiczny lub fizyczny - art. 207 k.k.,
- pozbawienie człowieka wolności – art. 189 k.k.,
- grożenie innej osobie popełnieniem przestępstwa na jej szkodę lub szkodę osoby najbliższej, jeżeli groźba wzbudza w zagrożonym uzasadnioną obawę, że będzie spełniona – art. 190 k.k. (ścigane na wniosek pokrzywdzonego),
- stosowanie przemocy lub groźby bezprawnej, w celu zmuszenia innej osoby do określonego działania, zaniechania, lub znoszenia określonego stanu – art. 191 k.k.,
- doprowadzenie innej osoby do obcowania płciowego przemocą, groźbą bezprawną lub podstępem (zgwalcenie) oraz doprowadzenie w ten sam sposób innej osoby do poddania się innej czynności seksualnej lub wykonania takiej czynności - art. 197 k.k. (ścigane na wniosek pokrzywdzonego),
/UWAGA! Przestępstwo to popełnia również mąż, gwałcąc własną żonę!/,
- powodowanie ciężkiego uszczerbku na zdrowiu w postaci: pozbawienia człowieka wzroku, słuchu, mowy, zdolności płodzenia bądź innego ciężkiego kalectwa, ciężkiej choroby nieuleczalnej lub długotrwałej, choroby realnie zagrażającej życiu, trwałej choroby psychicznej, całkowitej lub znacznej trwałej niezdolności do pracy w zawodzie lub trwałego, istotnego zespzczenia lub zniekształcenia ciała– art. 156 k.k.,
- powodowanie naruszenia czynności narządu ciała lub rozstroju zdrowia na okres dłuższy niż 7 dni, w wyniku którego pokrzywdzonym jest osoba najbliższa (ścigane na wniosek pokrzywdzonego), jeżeli naruszenie czynności narządu ciała lub rozstrój zdrowia nie trwał dłużej niż 7 dni (ściganie przestępstwa odbywa się z oskarżenia prywatnego) – art.157 k.k.,
- uporczywe uchylanie się od wykonania ciążącego z mocy ustawy lub orzeczenia sądowego obowiązku opieki przez nielożenie na utrzymanie osoby najbliższej lub innej osoby i przez to narażanie jej na niemożność zaspokojenia podstawowych potrzeb życiowych (uchylanie się od obowiązku alimentacyjnego) – art. 209 k.k. (ścigane na wniosek pokrzywdzonego, organu opieki społecznej lub innego właściwego organu),
- kradzież lub kradzież z włamaniem na szkodę osoby najbliższej – art. 278 k.k. i art. 279 k.k. (ścigane na wniosek pokrzywdzonego),

- niszczenie, uszkodzenie cudzej rzeczy lub czynienie jej niezdatną do użytku – art. 288 k.k. (ścigane na wniosek pokrzywdzonego),
- porzucenie wbrew obowiązкови troszczenia się o małoletniego poniżej lat 15 albo o osobę nieporadną ze względu na jej stan psychiczny lub fizyczny – art. 210 k.k.,
- uprowadzenie lub zatrzymanie małoletniego poniżej lat 15 albo osoby nieporadnej ze względu na jej stan psychiczny lub fizyczny, wbrew woli osoby powołanej do opieki lub nadzoru – art. 211 k.k.,
- obcowanie płciowe z małoletnim poniżej lat 15 lub dopuszczenie się wobec takiej osoby innej czynności seksualnej lub doprowadzenie jej do poddania się takim czynnościom albo do ich wykonania – art. 200 k.k.,
- rozpijanie małoletniego, dostarczając mu napoju alkoholowego, ułatwiając jego spożycie, lub nakłaniając go do spożycia takiego napoju – art. 208 k.k.

Masz też prawo do złożenia na Policji lub w Prokuraturze zawiadomienia o popełnieniu przestępstwa przez osobę, która krzywdzi Ciebie lub/i Twoją rodzinę.

Przypominamy jednak, że zgodnie z art. 234 k.k. – podlega karze osoba, która przed organem powołanym do ścigania lub orzekania w sprawie o przestępstwo bądź wykroczenie, fałszywie oskarża inną osobę o popełnienie przestępstwa lub wykroczenia.

PAMIĘTAJ !!!!

Sprawca przemocy wobec bliskich, gdy czuje się bezkarny, nie zmieni się, będzie dalej stosował przemoc, bez względu na składane obietnice, następnym razem może być znacznie gorzej.

Jeżeli jednak zaufasz jego deklaracjom o zmianie zachowania wobec Ciebie/Twojej rodziny i zechcesz się wycofać, pamiętaj, że złożone przez Ciebie dotychczas zeznania nie będą mogły być wykorzystane przez prawne instytucje działające po to, aby Ci pomóc. Dlatego zanim podejmiesz taką decyzję, zastanów się i skonsultuj ją z psychologiem, terapeutą lub inną osobą pomagającą ofiarom przemocy w rodzinie, np. w specjalistycznym ośrodku wsparcia dla ofiar przemocy rodzinie, ośrodku interwencji kryzysowej.

PAMIĘTAJ !!!!

Zahamowanie przemocy w rodzinie jest możliwe - możesz z nią walczyć i uzyskać pomoc dla siebie i swoich bliskich.

Jak to możliwe ?

Zrób dwa kroki:

1. Krok pierwszy - zanotuj przebieg zdarzenia (pamięć bywa zawodna):

Kto Cię skrzywdził? Imię i nazwisko

Kim jest dla Ciebie sprawca przemocy w rodzinie? /mąż, żona, partner, partnerka, ojciec, matka, brat, siostra, syn, córka, inne – podać kto

Kiedy to się stało? data godzina miejsce

Na czym polegała przemoc? /awantura, krzyk, lżenie, bicie, kopanie, rzucanie sprzętami, niszczenie sprzętów, bicie dzieci, groźby pobicia, groźby zabicia, wyrzucanie z domu, inne – podać jakie/

Kto widział, słyszał przebieg zdarzenia?

Kto interweniował? imię i nazwisko policjanta, jego numer służbowy, jednostka

Czy po raz pierwszy Policja interweniuje w Twoim domu w takiej sprawie?

TAK

NIE

Jak często dochodzi do przemocy w Twoim domu? /raz w miesiącu, raz na tydzień, częściej/

Kiedy to się wydarzyło poprzednim razem?

Czy przemoc w rodzinie towarzyszy picie alkoholu?

TAK

NIE

Czy zawsze krzywdzi Cię ten sam sprawca?

TAK

NIE

2. Krok drugi – do kogo możesz zwrócić się o pomoc ?

Czy kiedykolwiek korzystałaś/korzystałeś z pomocy instytucji i organizacji obowiązkanych do udzielania pomocy ?

TAK

NIE

Jeśli : „TAK”, to z pomocy jakich instytucji/organizacji ?

.....
.....

--	--	--	--	--

Możesz zadzwonić również pod numery telefonów: **Ogólnopolskiego Pogotowia dla Ofiar Przemocy w Rodzinie „Niebieska Linia” tel. 0-801-12-00-02 (płatny pierwszy impuls, linia czynna od poniedziałku do soboty w godzinach 10.00 – 22.00, w niedziele i święta w godzinach 8.00 – 16.00), tel. (022) 666 28 50 – dyżur prawny (linia płatna, czynna w poniedziałek i wtorek w godzinach 17.00 – 21.00), Poradnia e-mailowa: niebieskalinia@niebieskalinia.info, Policyjnego Telefonu Zaufania tel.0-800-120 226 (linia bezpłatna, czynna codziennie w godzinach od 13.00 do 21.00, od godz. 21.00 do 13.00 włączony jest automat informujący o godzinach funkcjonowania telefonu).**

WAŻNE

Na skutek wszczęcia procedury „Niebieskie Karty” informacja, dotycząca Twojej sytuacji rodzinnej zostanie przekazana przewodniczącemu zespołu interdyscyplinarnego, który podejmie dalsze działania.

Pamiętaj, że w przypadku poinformowania Cię o zakończeniu procedury „Niebieskie Karty” masz takie same prawa jak wcześniej.

Zawsze możesz wzywać Policję na interwencję, poinformować prokuraturę oraz zwrócić się o pomoc do instytucji/ organizacji realizujących działania na rzecz przeciwdziałania przemocy w rodzinie,

Możesz również poprosić dzielnicowego, aby przyszedł do Twojego domu i udzielił stosownej pomocy i niezbędnych informacji.

WZÓR
Zaświadczenie lekarskie
o przyczynach i rodzaju uszkodzeń ciała
związanych z użyciem przemocy w rodzinie

1. Imię (imiona) i nazwisko oraz data urodzenia osoby badanej

.....

2. Adres zamieszkania osoby badanej

.....

3. Rodzaj, seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość osoby badanej
(jeżeli posiada)

.....

4. Imię, nazwisko i specjalizacja lekarza prowadzącego badanie

.....

5. Imiona i nazwiska innych osób obecnych przy badaniu

.....

.....

.....

6. Pełna nazwa świadczeniodawcy*) wystawiającego zaświadczenie

.....

.....

7. Data i godzina przeprowadzenia badania.....

.....

8. Data i godzina wystawienia zaświadczenia.....

*) Świadczeniodawca oznacza świadczeniodawcę w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027, z późn. zm.).

9. Opinia o stanie zdrowia osoby badanej, będąca wynikiem przeprowadzonego badania, ze szczególnym uwzględnieniem rodzaju stwierdzonych uszkodzeń ciała oraz możliwych przyczyn i czasu ich powstania

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....
czytelny podpis i pieczęć
lekarza

- ▶ PCPR, **Aleksandrów Kujawski**, ul. J. Słowackiego 8, tel. (54) 282 61 54
- ▶ PCPR, **Bełchatów**, ul. Czapliniecka 66, tel. (44) 733 05 45
- ▶ PCPR, **Biała Podlaska**, ul. Brzeska 41, tel. (83) 343 29 82
- ▶ MOPR, **Białystok**, ul. Malmęda 8, tel. (85) 678 31 00
- ▶ PCPR, **Bielsk Podlaski**, ul. 3 Maja 17, tel. (85) 833 26 76
- ▶ PCPR, **Bielsko-Biała**, ul. Piastowska 40, tel. (33) 813 69 30
- ▶ PCPR, **Busko-Zdrój**, ul. A. Mickiewicza 27, tel. (41) 378 84 58
- ▶ PCPR, **Bydgoszcz**, ul. Konarskiego 1-3, tel. (52) 583 54 13
- ▶ CIK, **Bytom**, ul. Tarnogórska 3, tel. (32) 281 30 39
- ▶ OIK, **Częstochowa**, ul. Rejtana 7B, tel. (34) 366 32 31
- ▶ MOPS, **Dąbrowa Górnicza**, ul. Skibińskiego 1, tel. (32) 262 25 28
- ▶ OIK, **Dębica**, ul. Gawrzyłowska 31, tel. (14) 670 33 42
- ▶ MOPS **Elbląg**, ul. Winna 9, tel. (55) 230 60 00
- ▶ PCPR, **Ełk**, ul. Marszałka J. Piłsudskiego 5, tel. (87) 621 15 50
- ▶ MOPS, **Gdynia**, ul. Grabowo 2, tel. (58) 782 01 20
- ▶ OPS-OIK, **Gliwice**, ul. Świętokrzyska 5, tel. (32) 401 01 85
- ▶ PCPR, **Głogów**, ul. Słowiańska 13, tel. (76) 834 10 03
- ▶ GCPRiPS, **Gorzów Wlkp.**, ul. Walczaka 42, tel. (95) 715 13 60
- ▶ PCPR, **Gryfino**, ul. Łużycka 91, tel. (91) 404 55 04
- ▶ PCPR, **Jarosław**, ul. Jana Pawła II 17, tel. (16) 624 62 85
- ▶ OIK, **Jelenia Góra**, ul. Al. Jana Pawła II 7, tel. (75) 643 91 00
- ▶ PCPR, **Kartuzy**, ul. Mściwoja 20, tel. (58) 684 02 19
- ▶ OIK, **Katowice**, ul. Mikołowska 13a, tel. (32) 257 14 82
- ▶ PCPR, **Kędzierzyn-Koźle**, ul. Skarbowa 4, tel. (77) 483 33 23
- ▶ Specjalistyczny Ośrodek Wsparcia dla Ofiar Przemocy w Rodzinie (SOW), **Kielce**, ul. 1-go Maja 196, tel. (41) 368 18 67
- ▶ PCPR, **Kolbuszowa**, ul. 11-go Listopada 10, tel. (17) 744 57 17
- ▶ POIK, **Konstancin Jeziorna**, ul. W. Gąsiorowskiego 4, tel. (23) 757 68 20
- ▶ PCPR, **Koszalin**, ul. Raclawicka, ul. 13, tel. (94) 342 84 55
- ▶ PCPR, **Kraków**, ul. Al. J. Słowackiego 20, tel. (12) 634 42 66 wew. 564
- ▶ PCPR, **Krotoszyn**, ul. Młyńska 2a/1, tel. (62) 722 88 91
- ▶ PCPR, **Kutno**, ul. B. Krzywoustego 11, tel. (24) 355 47 50
- ▶ PCPR, **Legionowo**, ul. W. Sikorskiego 11, tel. (22) 784 83 33
- ▶ PCPR, **Leszno**, ul. Plac T. Kościuszki 4B, tel. (65) 529 68 38
- ▶ PCPR, **Lipno**, ul. A. Mickiewicz 58, tel. (54) 288 66 42
- ▶ PCPR, **Lubin**, ul. Składowa 3, tel. (76) 847 96 91
- ▶ CIK, **Lublin**, ul. Probstowo 6A, tel. (81) 466 55 45
- ▶ PCPR, **Łomża**, ul. Szosa Zambrowska, tel. (86) 215 69 42
- ▶ PCPR, **Łowicz**, ul. Podrzeczna 30, tel. (46) 830 01 77
- ▶ MCZP, **Łódź**, Niciarnia 41, tel. (42) 676 18 18
- ▶ ZOW, **Mława**, ul. J. Słowackiego 18, tel. (23) 654 52 29
- ▶ OIK, **Myślenice**, ul. Kazimierza Wielkiego 5, tel. (12) 271 04 29
- ▶ PCPR, **Nowa Sól**, ul. J. Piłsudskiego 65, tel. (68) 457 43 30
- ▶ PCPS, **Nowy Dwór Mazowiecki**, ul. I. Paderewskiego 6, tel. (22) 765 94 90

- ▶ PCPR, **Nowy Targ**, ul. Szafarska 39, tel. (18) 266 42 07
- ▶ PCPR, **Nysa**, ul. Słowiańska 17, tel. (77) 448 26 10
- ▶ PCPR, **Olsztyn**, ul. Plac Bema 5, tel. (89) 523 28 00
- ▶ MZPiTU, **Olsztyn**, ul. Al. Wojska Polskiego 8, tel. (89) 535 77 78
- ▶ SOW, **Opole**, ul. Małopolska 20A, tel. (77) 455 63 90
- ▶ PCPR, **Piotrków Trybunalski**, ul. Aleja 3 Maja, tel. (44) 732 31 64
- ▶ PCPR, **Połczyn Zdrój**, ul. Koszalińska 21, tel. (94) 366 48 48
- ▶ SPS, **Poznań**, ul. Bydgoska 6/7, tel. (61) 870 57 70
- ▶ SOW, **Piła**, ul. Rydygiera 23, tel. (67) 349 09 69
- ▶ PCPR, **Prudnik**, ul. T. Kościuszki 55, tel. (77) 436 91 25
- ▶ PCPR, **Pruszcz Gdański**, ul. Wojska Polskiego 6, tel. (58) 773 20 85
- ▶ Caritas OIK, **Rudnik nad Sanem**, ul. Rzeszowska 35, tel. (15) 649 21 86
- ▶ MOPS, **Rzeszów**, ul. Skubisza 4, tel. (17) 863 53 89
- ▶ POIK, **Skarżysko-Kamienna**, ul. Plac Floriański 1, tel. (41) 253 00 23
- ▶ MOPR, **Szczecin**, ul. Sikorskiego 3, tel. (91) 485 76 00
- ▶ OIK, **Sucha Beskidzka**, ul. A. Mickiewicza 31, tel. (33) 874 21 01
- ▶ PCPR, **Suwałki**, ul. Świerkowa 60, tel. (87) 565 92 81
- ▶ PCPR, **Środa Wlkp.**, ul. Szkolna 2, tel. (61) 287 06 40
- ▶ SOW, **Świętochłowice**, ul. Zubrzyckiego 36, tel. (32) 345 21 65
- ▶ MOPR, **Świnoujście**, ul. Dąbrowskiego 4, tel. (91) 322 54 60
- ▶ TOIK, **Tarnów**, ul. Szarych Szeregów 1, tel. (14) 655 36 36
- ▶ PCPR, **Tczew**, ul. Wojska Polskiego 6, tel. (58) 530 44 40
- ▶ PCPR, **Tomaszów Mazowiecki**, ul. Św. Antoniego 41, tel. (44) 725 14 60
- ▶ SOWiik, **Wałbrzych**, ul. Ogrodowa 2A, tel. (74) 846 75 58
- ▶ Stowarzyszenie „Niebieska Linia”, **Warszawa**, ul. Żurawia 16/20, tel. (22) 499 37 33
- ▶ MOPR, **Włocławek**, ul. Żytnia 58, tel. (54) 413 50 96
- ▶ WCZ SP ZOZ, **Wrocław**, ul. Wszystkich Świętych 2, tel. (71) 355 29 65
- ▶ PCPR, **Września**, ul. Wojska Polskiego 1, tel. (61) 640 45 50
- ▶ MOPR, **Zabrze**, ul. Wyzwolenia 7, tel. (32) 278 56 70
- ▶ PCPR, **Zielona Góra**, ul. Podgórna 5, tel. (68) 452 75 90
- ▶ OIK, **Zwierzyniec**, ul. Partyzantów 3B, tel. (84) 687 29 58
- ▶ PCPR, **Żary**, ul. Artylerzystów 6, tel. (68) 363 06 80
- ▶ PCPR, **Żnin**, ul. Szpitalna 32, tel. (52) 303 01 69

Pełen wykaz podmiotów realizujących programy oddziaływań korekcyjno-edukacyjnych dostępny jest na stronie internetowej www.ms.gov.pl oraz www.mpips.gov.pl



MINISTERSTWO SPRAWIEDLIWOŚCI
MINISTERSTWO PRACY I POLITYKI SPOŁECZNEJ



MINISTERSTWO SPRAWIEDLIWOŚCI
MINISTERSTWO PRACY I POLITYKI SPOŁECZNEJ

KARTA INFORMACYJNA DLA OSOBY STOSUJĄCEJ PRZEMOC W RODZINIE

Przemoc w rodzinie – to wszystkie jednorazowe lub powtarzające się działania lub zaniechania jakich dopuszczasz się wobec osoby najbliższej, wspólnie zamieszkującej lub gospodarującej, zmuszające ją do zachowań wbrew jej woli, w szczególności narażające ją na niebezpieczeństwo utraty życia, zdrowia, naruszające Jej godność, nietykalność cielesną, wolność, w tym seksualną, powodujące szkody na Jej zdrowiu fizycznym lub psychicznym, a także wywołujące cierpienia i krzywdy moralne.

Przemoc w rodzinie może przybrać różne formy, np.:

- ▶ **przemocy fizycznej** (np. gdy bijesz, popychasz, szarpiesz, kopiesz, dusisz osobę najbliższą),
- ▶ **przemocy psychicznej** (np. gdy obrażasz, wyzywasz, poniżasz w obecności innych osób, pozbawiasz kontaktu z bliskimi, kontrolujesz, ciągle krytykujesz),
- ▶ **przemocy seksualnej** (np. gdy zmuszasz osobę najbliższą do współżycia, do zachowań seksualnych przez nią nie akceptowanych).

Ofiarą przemocy w rodzinie może być np.:

- ▶ dziecko, ▶ współmałżonek, ▶ partner,
- ▶ osoba niepełnosprawna, ▶ osoba starsza.

w partnerstwie:



PAMIĘTAJ!

Nic nie usprawiedliwia aktów przemocy!

- ▶ Czy uderzyłeś osobę najbliższą i mimo obiecania sobie, że to po raz ostatni, sytuacja się powtórzyła?
- ▶ Czy zauważyłeś, że Twoje agresywne zachowanie wzbudza strach w najbliższych, że unikają z Tobą kontaktu?
- ▶ Czy zdarzyło Ci się agresywnie zachowywać wobec bliskich po spożyciu alkoholu, środków odurzających lub substancji psychotropowych oraz niezalecanych przez lekarza leków?

Jeżeli odpowiedziałeś pozytywnie chociaż na jedno z powyższych pytań, przeczytaj koniecznie tę ulotkę!

Stosowanie aktów przemocy wobec osób najbliższych nie tylko naraża Cię na rozpad związku i utratę rodziny, ale również na odpowiedzialność karną.

Za znęcanie się nad osobą najbliższą grozi kara pozbawienia wolności od 3 miesięcy do lat 5.

Nowe przepisy pozwalają Policji, prokuraturze i sądowi na szybką reakcję wobec sprawcy przemocy w rodzinie – **nie licz więc na uniknięcie odpowiedzialności.**

Stosując przemoc wobec osób najbliższych grozi Ci:

- ▶ **interwencja Policji lub zatrzymanie** połączone ze stosowaniem **środków zapobiegawczych**;
- ▶ zastosowanie licznych **zakazów, w tym zbliżania się lub kontaktowania** z osobami pokrzywdzonymi;
- ▶ **nakaz opuszczenia wspólnie zajmowanego mieszkania, bez względu na to czyją jest własnością**, na podstawie decyzji prokuratora lub orzeczenia sądu;
- ▶ **zasądzenie odszkodowania, zadośćuczynienia bądź nawiazki** na rzecz osoby pokrzywdzonej;
- ▶ **ograniczenie bądź nawet pozbawienie władzy rodzicielskiej nad dziećmi i ograniczenie z nimi kontaktów**, jeżeli przemoc była stosowana także wobec nich;
- ▶ w razie uprzedniego skazania na karę z warunkowym zawieszeniem – **natychmiastowe zarządzenie jej wykonania.**

PAMIĘTAJ!

Nie masz prawa stosować przemocy wobec najbliższych!

Przemoc w rodzinie stała się zjawiskiem nieakceptowanym społecznie.

Sprawcą przemocy w rodzinie może być każdy, bez względu na wykształcenie, status społeczny, stan majątkowy itp.

Nigdy nie jest za późno do podjęcia właściwych kroków, aby zmienić swoje zachowanie.

**Zwracając się po pomoc niczym nie ryzykujesz!
Ty i Twoja Rodzina możecie tylko zyskać!**

W sytuacji wszczęcia **procedury „Niebieskie Karty” współpracuj z zespołem interdyscyplinarnym lub grupą roboczą.** Są tam osoby, które chcą pomóc Twojej rodzinie, w tym i Tobie. **Przyjdź na wezwanie i zastosuj się do zaleceń** wypracowanych przez zespół bądź grupę.

Jednym z zaleceń może być Twój udział w **oddziaływaniach korekcyjno-edukacyjnych**, które są realizowane w ramach specjalnych **bezpłatnych programów przeznaczonych dla osób stosujących przemoc w rodzinie.**

Pamiętaj jednak, że w razie rozpoznania uzależnienia, w pierwszej kolejności należy podjąć stosowną terapię.

Uczestnictwo w programach oddziaływań korekcyjno-edukacyjnych będzie wówczas jej uzupełnieniem.

Jeżeli zachowujesz się agresywnie wobec bliskich, a ponadto nadużywasz alkoholu, możesz zwrócić się do:

- ▶ **Infolinii AA: 801 033 242;**
- ▶ **Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych (PARPA), tel.: (22) 250 63 25** gdzie możesz uzyskać informacje o placówkach leczenia odwykowego na Twoim terenie;
- ▶ **Gminnej Komisji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych** w swoim miejscu zamieszkania.

PROGRAM

Program oddziaływań korekcyjno-edukacyjnych

Jeśli chcesz zmienić swoją postawę możesz zgłosić się do programu oddziaływań korekcyjno-edukacyjnych realizowanego przez podmioty działające na Twoim terenie. Twój udział w programie może być dobrowolny (samodzielnie zgłosisz chęć uczestnictwa w nim) bądź obligatoryjny (wynikać z orzeczenia sądu albo z zalecenia zespołu interdyscyplinarnego/grupy roboczej).

Adresaci programu

- ▶ osoby skazane za czyny związane ze stosowaniem przemocy w rodzinie;
- ▶ osoby stosujące przemoc w rodzinie, które uczestniczą w terapii leczenia uzależnienia, w ramach uzupełnienia podstawowej terapii;
- ▶ osoby, które same zgłoszą się do uczestnictwa w programie oddziaływań korekcyjno-edukacyjnych.

Cele programu

- ▶ powstrzymanie osoby stosującej przemoc w rodzinie przed dalszym stosowaniem przemocy;
- ▶ rozwijanie umiejętności w zakresie wychowania dzieci bez używania przemocy w rodzinie;
- ▶ uznanie przez osobę stosującą przemoc w rodzinie swojej odpowiedzialności za stosowanie przemocy;
- ▶ zdobycie i poszerzenie wiedzy na temat mechanizmów powstawania przemocy w rodzinie;
- ▶ zdobycie umiejętności komunikowania się i rozwiązywania konfliktów w rodzinie bez stosowania przemocy;
- ▶ uzyskanie informacji o możliwościach podejmowania działań terapeutycznych.

Podmioty realizujące programy

Programy mogą być realizowane przez podmioty na terenie danego powiatu. Sprawdź podmiot w wykazie na następnej stronie lub zapytaj członków zespołu interdyscyplinarnego/grupy roboczej, pracowników socjalnych, funkcjonariuszy Policji lub kuratorów sądowych.

Postrzeżenie przez badanych roli pielęgniarki w zespole interdyscyplinarnym w zakresie przeciwdziałania przemocy w rodzinie - badania własne

Tomasz Iwański¹, Elżbieta Krajewska-Kułak²

1. Instytut Pielęgniarstwa, Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa im. rtm. Witolda Pileckiego w Oświęcimiu
2. Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

Wprowadzenie

W literaturze przedmiotu [1,2] podaje się, iż początki współczesnych badań dotyczących krzywdzenia nieletnich członków rodziny sięgają roku 1946 roku, w którym John Caffey, amerykański radiolog i pediatra, na łamach American Journal of Roentgenology, opublikowała wyniki badań dotyczące wielokrotnych złamań kości u niemowląt ze współwystępującymi wylewami podczaszkowymi i zwrócił uwagę na ich nieprzypadkowy charakter.

W następnych latach inni lekarze zaczęli dokumentować przypadki celowych urazów u dzieci, a w roku 1962, Henry Kempe, wraz ze współpracownikami, opublikował tekst dotyczący przypadków znęcania się nad nieletnimi i posłużył się pojęciem „syndromu dziecka maltretowanego”[1,2].

Obowiązek zgłaszania przez lekarza przypadków krzywdzenia dziecka wprowadzono po raz pierwszy w Stanach Zjednoczonych w roku 1966 roku, a podobne przepisy obowiązują również w Kanadzie i Nowej Zelandii [1,3]. Natomiast w krajach europejskich, takich jak Holandia, Dania, Niemcy, czy Belgia, rozwinął się system tak zwanego poufnego zgłaszania do odpowiednich biur (Biuro/Centrum Lekarza Zaufania) [1,3].

Przemoc w rodzinie można uważać za problem interdyscyplinarny, wymagający zaangażowania i współdziałania specjalistów z zakresu nauk medycznych, społecznych i prawnych, zarówno w zakresie implikacji teoretycznych, jak i działań praktycznych.

Większość ekspertów z badania IDEABLOG [4] twierdziło, że jednym z najbardziej skutecznych sposobów przeciwdziałania przemocy w rodzinie są programy oddziaływań korekcyjno-edukacyjnych dla osób stosujących przemoc w rodzinie, stanowiąc jeden z elementów realizacji Krajowego Programu Przeciwdziałania Przemocy w Rodzinie, które

mogą prowadzić do rzeczywistej zmiany postaw sprawców przemocy w rodzinie. Programy te to zajęcia edukacyjne, mające za cel ukazanie uczestnikom alternatywnych sposobów myślenia i zachowania oraz umożliwienie im korekty zachowania poprzez nabycie umiejętności i technik radzenia sobie z emocjami i agresją, konstruktywnego rozwiązywania konfliktów i komunikacji [4].

Na terenie Polski, do końca roku 2014 funkcjonowało 35. specjalistycznych ośrodków wsparcia dla ofiar przemocy w rodzinie, prowadzonych przez samorządy powiatowe, a środki finansowe na ich utrzymanie zapewniał budżet państwa [5]. Skorzystało z nich 7.717 osób, czyli średnio 221 osób na jeden ośrodek. W ośrodkach tych było 591 miejsc, w tym 449 miejsc całodobowych, z których skorzystało 2.313 osób [5].

Pabiś i wsp. [6] stwierdzili, że 86% ankietowanych pielęgniarek w swojej pracy zawodowej miało kontakt z dzieckiem maltretowanym, najczęściej w wieku około 3. roku życia. Autorzy [6] podkreślają, iż diagnozowanie jest w tym przypadku bardzo trudne, gdyż rodzice często w zdecydowany sposób zaprzeczają faktom stosowania przemocy wobec swojego dziecka, a odniesione przez nie obrażenia tłumaczą na przykład upadkiem. Natomiast Topczewska – Cabanek i wsp. [11] wykazali, iż 51% personelu pielęgniarskiego wybranego szpitala dziecięcego w Warszawie spotkało się z problemem dziecka krzywdzonego, a 92% badanych potrafiło wymienić wszystkie rodzaje przemocy oraz scharakteryzować objawy mogące świadczyć o krzywdzeniu dzieci.

Cel pracy

Ocena postrzegania przez zawodowo czynne pielęgniarki i studentów Pielęgniarstwa roli pielęgniarki w zespole interdyscyplinarnym w zakresie przeciwdziałania przemocy w rodzinie.

Material i metoda

Badania przeprowadzono po uzyskaniu zgody R-I- 002/433/2010 Komisji Bioetycznej Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku.

Zasadniczą realizację badania poprzedziło badanie pilotażowe wykonane na losowej próbie N=50 studentów i N=50 zawodowo czynnych pielęgniarek, a konkluzje płynące z badania pilotażowego zostały uwzględnione w ostatecznej wersji kwestionariusza.

W badaniu zasadniczym rozdano 285 ankiet losowo wybranym zawodowo czynnym

pielęgniarkom i 285 studentom kierunku pielęgniarstwo. Badaniem ostatecznym objęto 279 zawodowo czynnych pielęgniarek oraz 281 studentów studiów pielęgniarstwa.

W badaniu wykorzystano autorski kwestionariusz ankietowy złożony z części metryczkowej oraz z czterech części zasadniczych: części metryczkowej (5 pytań) oraz części zasadniczej - dotyczących samooceny wiedzy nt. problemu przemocy w rodzinie i chęci jej poszerzenia (12 pytań).

Metodologia analizy danych

Przed przystąpieniem do analizy baza danych została sprawdzona pod względem logiczności i kompletności odpowiedzi. W dalszej kolejności, do wykonania obliczeń wykorzystano został pakiet statystyczny SPSS. W badaniu zostały użyte następujące statystyki opisowe:

1. Opis tabelaryczny – dane przedstawione są w postaci tabel z uwzględnieniem zależności najistotniejszych dla zbadania hipotez; tabele krzyżowe uwzględniają podstawowe zmienne niezależne, tj. status pielęgniarki lub studenta;
2. Do zmierzenia zależności pomiędzy wybranymi zmiennymi wykorzystano **test** niezależności Chi-Kwadrat (χ^2), będący najodpowiedniejszy z uwagi na jakościowy charakter badanych zmiennych, stosowanym w przypadku badania niezależności cech niemierzalnych (jakościowych) lub w przypadku badania niezależności cechy jakościowej z ilościową.

Zwyczajowo przyjmuje się poziom 0,05 jako krytyczny. Do celów interpretacji poziomu istotności (wartości istotności p) przyjęto zatem ogólnie stosowane reguły:

- jeżeli $p < 0,05$ mówi się o istotności statystycznej;
- jeżeli $p < 0,01$ mówi się o silnej istotności statystycznej;
- jeżeli $p < 0,001$ mówi się o bardzo silnej istotności statystycznej.

Oznacza to, że wartości p mniejszych od 0,05 należy odrzucić hipotezę mówiącą o tym, że istnieje wpływ jednej zmiennej na drugą. Należy stwierdzić zatem, że w obu grupach odpowiedzi na poszczególne pytania różnią się istotnie.

Wyniki

W badanej grupie pielęgniarek/pielęgniarzy zdecydowanie było 96,01% kobiet i

3,94% mężczyzn, w wieku do 30. lat - 32,97% i powyżej 30. lat - 67,03% badanych. Wśród badanych studentów pielęgniarstwa także przeważały kobiety, których udział procentowy w badanej grupie wynosił 94,31% i osoby do 30. roku życia (96,8%) - w stosunku do 5,69% mężczyzn i 3,2% osób powyżej 30. roku życia. Szczegółowe dane dotyczące grup badanych zawarte są w podrozdziale 1 w części II.

W opinii zarówno pielęgniarek, jak i studentów, grupę zawodową „pierwszego kontaktu” z przypadkami przemocy w rodzinie powinni stanowić przede wszystkim pedagodzy szkolni (odpowiednio: 55,91% pielęgniarek i 51,96% studentów), policjanci (odpowiednio: 54,48% pielęgniarek i 51,60% studentów) oraz pracownicy socjalni (odpowiednio: 47,31% pielęgniarek i 42,70% studentów). W pielęgniarkach i lekarzach upatrywało taką grupę odpowiednio 15,05% i 10,75% pielęgniarek oraz 16,01% i 15,30% studentów. Najbardziej istotne różnice zanotowano w przypadku wskazywania kuratorów – 21,15% pielęgniarek oraz 12,46% studentów. Istotnie statystycznie różnice stwierdzono testem niezależności Chi-Kwadrat jedynie w przypadku opinii odnoszących się do roli kuratorów ($p < 0,01$). Szczegóły zawiera Tabela I.

Tabela I. Grupa zawodowa preferowana przez respondentów, jako grupa „pierwszego kontaktu” z przypadkami przemocy w rodzinie

	Pielęgniarki		Studenci		
	N	%	N	%	
Kto według Pani/Pana powinien stanowić grupę zawodową „pierwszego kontaktu” z przypadkami przemocy w rodzinie?	pedagodzy szkolni	156	55,91%	146	51,96%
	policjanci	152	54,48%	145	51,60%
	kuratorzy	59	21,15%	35	12,46%
	pracownicy socjalni	132	47,31%	120	42,70%
	pielęgniarki	42	15,05%	45	16,01%
	lekarze	30	10,75%	43	15,30%
	trudno powiedzieć	29	10,39%	35	12,46%
	Wartość statystyki (χ^2)	Stopnie swobody (df)	Istotność (p)		
Pedagodzy szkolni	0,974	1	0,324		
Policjanci	0,466	1	0,495		
Kuratorzy	7,571	1	0,006		
Pracownicy socjalni	1,201	1	0,273		
Pielęgniarki	0,098	1	0,754		
Lekarze	2,556	1	0,110		
Trudno powiedzieć	0,588	1	0,443		

Ponad połowa studentów (51,26%) oraz 44,06% pielęgniarek uważało, że jest miejsce dla pielęgniarki w postępowaniu diagnostyczno-terapeutycznym w przypadku stwierdzenia przemocy w rodzinie. Natomiast co dziesiąta pielęgniarka (11,88%) i co dziesiąty student

(10,11%) uważał, że nie ma miejsca dla pielęgniarki w ww. postępowaniu. Analiza wyników testem Chi-kwadrat nie wskazała na istnienie istotnych statystycznie różnic między obiema grupami pod względem opinii na ten temat (Tabela II).

Ponad połowa studentów (54,35%) było przekonanych, że pielęgniarka może przeciwdziałać przemocy w rodzinie (pielęgniarek, które miały taką samą opinię było 45,80%). Co dziesiąta pielęgniarka (10,69%) i co dziesiąty student (9,42%) był odmiennego zdania. Z kolei, 43,51% pielęgniarek i 36,23% studentów nie miało zdania na ten temat. Analiza danych testem niezależności Chi-kwadrat nie wskazała na istotne statystycznie różnice w tym zakresie między obiema grupami (Tabela III).

Tabela I Rozkład opinii badanych na temat miejsca dla pielęgniarki w postępowaniu diagnostyczno-terapeutycznym w przypadku stwierdzenia przemocy w rodzinie

		Pielęgniarki		Studenci	
		N	%	N	%
Czy uważa Pani/Pan iż jest miejsce dla pielęgniarki w postępowaniu diagnostyczno-terapeutycznym w przypadku stwierdzenia przemocy w rodzinie?	tak	115	44,06%	142	51,26%
	nie	31	11,88%	28	10,11%
	trudno powiedzieć	115	44,06%	107	38,63%
	Wartość statystyki (χ^2)	Stopnie swobody (df)		Istotność (p)	
Chi-kwadrat	2,804	2		0,246	
Liczba przebadanych osób	538				

Tabela II. Opinie badanych na temat możliwości przeciwdziałania przemocy w rodzinie przez pielęgniarki

		Pielęgniarki		Studenci	
		N	%	N	%
Czy uważa Pani/Pan iż pielęgniarka może przeciwdziałać przemocy w rodzinie?	tak	120	45,80%	150	54,35%
	nie	28	10,69%	26	9,42%
	trudno powiedzieć	114	43,51%	100	36,23%
	Wartość statystyki (χ^2)	Stopnie swobody (df)		Istotność (p)	
Chi-kwadrat	3,962	2		0,138	
Liczba przebadanych osób	538				

Większość pielęgniarek i studentów (odpowiednio: 83,40% i 85,07%) uważało, że pielęgniarka, celem przeciwdziałania przemocy w rodzinie, może zastosować baczna obserwację podopiecznych ukierunkowaną na występowanie: uszkodzeń o podejrzanym wyglądzie, licznych i częstych obrażeń, nietypowych wzorów sińców, szczególnych znaków i ran, zachowań (wycofania, depresji, apatii, fobii), oporu względem innych osób, zaburzeń snu i przyjmowania pokarmów, samookaleczeń, objawów psychosomatycznych: bóle głowy, brzucha, zębów). Badani (po 66,42% z obu grup) byli także przekonani o możliwości edukowania ofiar przemocy. Ponad połowa badanych z obu grup wskazała wezwanie służb interwencyjnych (odpowiednio 55,09% pielęgniarek i 58,21% studentów). W kategorii „inne” pielęgniarki jak i studenci nie uszczegółowili wskazanej odpowiedzi. Szczegóły zawiera Tabela IV.

Tabela III. Preferowane przez badanych sposoby przeciwdziałania przemocy w rodzinie do wykorzystania przez pielęgniarkę

		Pielęgniarki		Studenci	
		N	%	N	%
Które sposoby według Pani/Pana może zastosować pielęgniarka aby przeciwdziałać przemocy w rodzinie?	baczna obserwacja podopiecznych ukierunkowana na występowanie: uszkodzeń o podejrzanym wyglądzie, licznych i częstych obrażeń, nietypowych wzorów sińców, szczególnych znaków i ran, zachowań (wycofania, depresji, apatii, fobii), oporu względem innych osób, zaburzeń snu i przyjmowania pokarmów, samookaleczeń, objawów psychosomatycznych: bóle głowy, brzucha, zębów)	221	83,40%	228	85,07%
	edukacja ofiar przemocy	176	66,42%	178	66,42%
	wezwanie służb interwencyjnych	146	55,09%	156	58,21%
	edukacja ofiar przemocy	112	42,26%	133	49,63%
	rozpoznać środowisko zagrożone problemem przemocy w rodzinie oraz objawy przemocy wobec ofiary	95	35,85%	106	39,55%
	rozpoznawać zachowania, zjawiska i sytuacje zaliczane do kategorii przemocy w rodzinie i różnicować z sytuacjami, zachowaniami i zjawiskami nie stanowiącymi przemocy w rodzinie	83	31,32%	108	40,30%
	zebranie informacji o przemocy w rodzinie (instytucjonalne i pozainstytucjonalne)	69	26,04%	92	34,33%
	budowanie lokalnego systemu przeciwdziałania przemocy w rodzinie	41	15,47%	49	18,28%
	inne	1	0,38%	2	0,75%
	trudno powiedzieć	9	3,40%	7	2,61%

Wśród pielęgniarek dominowała opinia, że w postępowaniu diagnostyczno-terapeutycznym w przypadku stwierdzenia przemocy w rodzinie pielęgniarka może wykonywać czynności takie jak: zaopatrzenie ran (72,66%), wsparcie ofiary (72,66%) i opis umiejscowienia ran (61,05%).

Z kolei, wśród studentów najczęściej wskazywanymi czynnościami były: wsparcie ofiary (79,27%), zaopatrzenie ran (71,27%) i opis rodzaju obrażeń (badanie fizykalne) (71,27%).

W kategorii „inne” pielęgniarki jak i studenci nie uszczegółowili wskazanej odpowiedzi. Analiza wyników testem Chi-kwadrat wskazała na istotne statystycznie różnice między obiema grupami w przypadku takich czynności jak: opis sytuacji zaistnienia przemocy w rodzinie ($p < 0,01$), opis rodzaju obrażeń (badanie fizykalne) ($p < 0,01$), opis umiejscowienia ran ($p < 0,05$), opis sposobu zaopatrzenia ran ($p < 0,05$), wsparcie ofiary ($p < 0,05$) oraz pozyskiwanie innych informacji o przemocy w rodzinie (instytucjonalne i pozainstytucjonalne) ($p < 0,05$). Szczegóły zawiera Tabela V.

Tabela V. Rozkład opinii badanych na temat czynności w postępowaniu diagnostyczno-terapeutycznym w przypadku stwierdzenia przemocy w rodzinie, które może wykonać pielęgniarka

	Pielęgniarki		Studenci		
	N	%	N	%	
Które czynności według Pani/Pana, w postępowaniu diagnostyczno-terapeutycznym w przypadku stwierdzenia przemocy w rodzinie, może wykonać pielęgniarka:	opis sytuacji zaistnienia przemocy w rodzinie	155	58,05%	188	68,36%
	opis stanu psychicznego poszkodowanej osoby	154	57,68%	152	55,27%
	opis rodzaju obrażeń (badanie fizykalne)	160	59,93%	196	71,27%
	opis umiejscowienia ran	163	61,05%	192	69,82%
	opis sposobu zaopatrzenia ran	157	58,80%	183	66,55%
	organizacja niezbędnych konsultacji specjalistycznych	59	22,10%	79	28,73%
	pobieranie materiału do czynności dochodzeniowych	81	30,34%	79	28,73%
	zaopatrzenie ran	194	72,66%	196	71,27%
	wsparcie ofiary	194	72,66%	218	79,27%
	zebranie wywiadu i obserwacja ofiar ukierunkowane na występowanie: uszkodzeń o podejrzanym wyglądzie, licznych i częstych obrażeń, nietypowych wzorów sińców, szczególnych znaków i ran, zachowań (wycofania, depresji, apatii, fobii), oporu względem innych osób, zaburzeń snu i przyjmowania pokarmów, samookaleczeń, objawów psychosomatycznych: bóle głowy, brzucha, zębów)	142	53,18%	153	55,64%
pozyskiwanie innych informacji o przemocy w rodzinie (instytucjonalne i pozainstytucjonalne)	60	22,47%	81	29,45%	

	organizacja pomocy socjalnej	71	26,59%	78	28,36%
	powiadomienie policji	130	48,69%	152	55,27%
	wykonanie dokumentacji fotograficznej	44	16,48%	61	22,18%
	zabezpieczenie ubrania pacjenta	82	30,71%	82	29,82%
	opis podjętych działań	74	27,72%	83	30,18%
	inne	2	0,75%	2	0,73%
	trudno powiedzieć	11	4,12%	8	2,91%

	Wartość statystyki (χ^2)	Stopnie swobody (df)	Istotność (p)
Opis sytuacji zaistnienia przemocy w rodzinie	7,596	1	0,006
Opis stanu psychicznego poszkodowanej osoby	0,069	1	0,793
Opis rodzaju obrażeń (badanie fizykalne)	9,300	1	0,002
Opis umiejscowienia ran	5,918	1	0,015
Opis sposobu zaopatrzenia ran	4,599	1	0,032
Organizacja niezbędnych konsultacji specjalistycznych	3,659	1	0,056
Pobieranie materiału do czynności dochodzeniowych	0,058	1	0,810
Zaopatrzenie ran	0,003	1	0,956
Wsparcie ofiary	4,661	1	0,031
Zebranie wywiadu i obserwacja ofiar ukierunkowane na występowanie: uszkodzeń o podejrzanym wyglądzie, licznych i częstych obrażeń, nietypowych wzorów sińców, szczególnych znaków i ran, zachowań (wycofania, depresji, apatii, fobii), oporu względem innych osób, zaburzeń snu i przyjmowania pokarmów, samookaleczeń, objawów psychosomatycznych: bóle głowy, brzucha, zębów)	0,709	1	0,400
Pozyskiwanie innych informacji o przemocy w rodzinie (instytucjonalne i pozainstytucjonalne)	3,982	1	0,046
Organizacja pomocy socjalnej	0,383	1	0,536
Powiadomienie policji	3,148	1	0,076
Wykonanie dokumentacji fotograficznej	3,240	1	0,072
Zabezpieczenie ubrania pacjenta	0,003	1	0,957
Opis podjętych działań	0,630	1	0,427
Inne	0,000	1	0,994
Trudno powiedzieć	0,513	1	0,474

Analiza wyników z zastosowaniem testu niezależności Chi-kwadrat wskazała na istotne statystycznie różnice między pielęgniarkami a studentami w przypadku takich sposobów, jak rozpoznawanie zachowań, zjawisk i sytuacji zaliczanych do kategorii przemocy w rodzinie i różnicowanie z sytuacjami, zachowaniami i zjawiskami nie stanowiącymi przemocy w rodzinie ($p < 0,05$), a także zebranie informacji o przemocy

w rodzinie (instytucjonalne i pozainstytucjonalne) ($p < 0,05$). Szczegóły zawiera Tabela VI.

Tabela VI. Wyniki testu niezależności Chi-kwadrat – istotność różnic w odpowiedziach pielęgniarek i studentów

	Wartość statystyki (χ^2)	Stopnie swobody (df)	Istotność (p)
Baczna obserwacja podopiecznych ukierunkowana na występowanie: uszkodzeń o podejrzanym wyglądzie, licznych i częstych obrażeń, nietypowych wzorów sińców, szczególnych znaków i ran, zachowań (wycofania, depresji, apatii, fobii), oporu względem innych osób, zaburzeń snu i przyjmowania pokarmów, samookaleceń, objawów psychosomatycznych: bóle głowy, brzucha, zębów)	0,327	1	0,567
Edukacja ofiar przemocy	0,004	1	0,949
Wezwanie służb interwencyjnych	0,572	1	0,449
Edukacja ofiar przemocy	2,939	1	0,086
Rozpoznać środowisko zagrożone problemem przemocy w rodzinie oraz objawy przemocy wobec ofiary	0,820	1	0,365
Rozpoznawać zachowania, zjawiska i sytuacje zaliczane do kategorii przemocy w rodzinie i różnicować z sytuacjami, zachowaniami i zjawiskami nie stanowiącymi przemocy w rodzinie	4,699	1	0,030
Zebranie informacji o przemocy w rodzinie (instytucjonalne i pozainstytucjonalne)	4,384	1	0,036
Budowanie lokalnego systemu przeciwdziałania przemocy w rodzinie	0,781	1	0,377
Inne	0,328	1	0,567
Trudno powiedzieć	0,272	1	0,602

Pielęgniarki w przypadku stwierdzenia przemocy w rodzinie najczęściej podjęłyby takie czynności jak: adnotacja w dokumentacji (71,88%), powiadomienie policji (57,29%) oraz rozmowę ze zwierzchnikiem (51,04%). Znaczący odsetek pielęgniarek (42,19%) wskazał także na powiadomienie opieki społecznej. Większość studentów podjęłyby czynności takie jak: powiadomienie policji (62,79%) i powiadomienie opieki społecznej (60,93%). Niemal połowa studentów podjęłyby adnotacji w dokumentacji (47,91%), a 38,14% z nich wskazało na rozmowę ze zwierzchnikiem. W kategorii „inne” pielęgniarki wymieniały (rozmowa z ofiarą, sprawcą), a studenci (rozmowa z ofiarą, sprawcą, próba skierowania osoby pokrzywdzonej do odpowiednich organów). Największe istotne statystyczne różnice pomiędzy badanymi grupami zanotowano w przypadku takich czynności jak: adnotacja

w dokumentacji, powiadomienie sądu, powiadomienie policji ($p < 0,05$) i powiadomienie opieki społecznej ($p < 0,001$). Szczegóły zawiera Tabela VII.

Tabela VII. Deklaracja czynności pomocowych, jakie podjęliby respondenci w przypadku stwierdzenia przemocy w rodzinie

		Pielęgniarki		Studenci	
		N	%	N	%
Jeśli tak to jakie czynności pomocowe podjąłbyś/labyś w przypadku stwierdzenia przemocy w rodzinie jako osoba pełniąca obowiązki na stanowisku pracy?	adnotacja w dokumentacji	138	71,88%	103	47,91%
	powiadomienie sądu	14	7,29%	31	14,42%
	rozmowa ze zwierzchnikiem	98	51,04%	82	38,14%
	powiadomienie policji	110	57,29%	135	62,79%
	powiadomienie opieki społecznej	81	42,19%	131	60,93%
	inne	3	1,56%	4	1,86%
	Wartość statystyki (χ^2)	Stopnie swobody (df)	Istotność (p)		
Adnotacja w dokumentacji	9,368	1	0,002		
Powiadomienie sądu	6,852	1	0,009		
Rozmowa ze zwierzchnikiem	2,268	1	0,132		
Powiadomienie policji	4,223	1	0,040		
Powiadomienie opieki społecznej	18,406	1	0,000		
Inne	0,138	1	0,711		

Większość pielęgniarek i studentów (odpowiednio: 58,37% i 58,21%) uważało, jako osoba prywatna, za konieczne podejmowanie czynności pomocowych w przypadku stwierdzenia przemocy w rodzinie. Co dziesiąta osoba (odpowiednio 9,50% pielęgniarek i 10,71% studentów) była odmiennego zdania. Co trzecia osoba nie miała zdania na ten temat (odpowiednio 32,13% pielęgniarek i 31,07%). Opinie na ten temat nie były zatem znacząco różne między pielęgniarkami, a studentami, co potwierdził test niezależności Chi-kwadrat (brak istotności statystycznej). Szczegóły zawiera Tabela VIII.

Większość pielęgniarek i studentów (odpowiednio: 70,26% i 71,56%), jako osoba prywatna, powiadomiłoby policję w przypadku stwierdzenia przemocy w rodzinie. W kategorii „inne” pielęgniarki wymieniały (powiadomienie rodziny, najbliższych, wsparcie poszkodowanego, pomoc w sprawach administracyjnych, rozmowa ze sprawcą, z ofiarą), a studenci (Powiadomienie księdza, zwrócenie uwagi sprawcy, rozmowa z ofiarą, powiadomienie kuratora) Powiadomienia służb specjalnych podjęłoby się 36,92% pielęgniarek i 46,45% studentów. W tym ostatnim przypadku zanotowano istotność statystyczną ($p < 0,05$). Szczegóły zawiera Tabela IX.

Tabela VIII. Opinia respondentów, jako osób prywatnych, na temat konieczności podejmowania czynności pomocowych w przypadku stwierdzenia przemocy w rodzinie

		Pielęgniarki		Studenci	
		N	%	N	%
Czy uważa Pani/Pan za konieczne podejmowanie czynności pomocowych w przypadku stwierdzenia przemocy w rodzinie, jako osoba prywatna?	tak	129	58,37%	163	58,21%
	nie	21	9,50%	30	10,71%
	trudno powiedzieć	71	32,13%	87	31,07%
		Wartość statystyki (χ^2)		Stopnie swobody (df)	
		0,222		2	
		Istotność (p)		0,895	
Chi-kwadrat		501			
Liczba przebadanych osób					

Tabela IX. Opinie respondentów, jako osób prywatnych na temat rodzaju preferowanych czynności pomocowych w przypadku stwierdzenia przemocy w rodzinie

		Pielęgniarki		Studenci	
		N	%	N	%
Jeśli tak to jakie czynności pomocowe podejmowałibycie Państwo w przypadku stwierdzenia przemocy w rodzinie jako osoba prywatna?	powiadomienie służb socjalnych	72	36,92%	98	46,45%
	powiadomienie policji	137	70,26%	151	71,56%
	powiadomienie sądu	9	4,62%	19	9,00%
	inne	6	3,08%	7	3,32%
	trudno powiedzieć	34	17,44%	24	11,37%
		Wartość statystyki (χ^2)		Stopnie swobody (df)	
Powiadomienie służb socjalnych		5,446		1	
Powiadomienie policji		1,203		1	
Powiadomienie sądu		3,685		1	
Inne		0,072		1	
Trudno powiedzieć		2,004		1	
		Istotność (p)		0,020	
				0,273	
				0,055	
				0,789	
				0,157	

Niemal połowa studentów (49,43%) i 37,71% pielęgniarek, będąc w sytuacji niechęci zgłoszenia przypadku przemocy w rodzinie przez lekarza, poinformowałaby dyrektora placówki o zaistniałym fakcie przemocy wraz z prośbą podjęcia kroków prawnych w sprawie. Szczegóły zawiera Tabela X.

Najwięcej pielęgniarek i studentów będąc świadkiem klapsa i podniesionego głosu rodzica wobec dziecka zwróciłoby im uwagę (odpowiednio: 42,26% i 40,93%). Znaczący odsetek w obu grupach nie potrafił zadeklarować w jaki sposób by postąpił (odpowiednio: 40,17% i 33,10%). W kategorii „inne” pielęgniarki wymieniały (zapytanie o przyczynę,

obserwacja częstotliwości, „lekki klaps to nie przemoc”, „nie podoba mi się to, ale nie miałabym odwagi zwrócić uwagę rodzicowi”, a studenci (zależnie od sytuacji, „jeśli dziecko nie słuchałoby się rodzica, warto podnieść na nie głos”, „klaps to nic złego”, „klaps to nie przemoc”, „zignorowałabym, dzięki temu możemy dobrze wychować dziecko”). Test niezależności Chi-kwadrat nie wskazał na istnienie istotnych statystycznie różnic między pielęgniarkami a studentami ($p > 0,05$). Szczegóły zawiera Tabela XI.

Tabela IV. Kroki jakie podjęliby respondenci w będąc w sytuacji niechęci zgłoszenia przypadku przemocy w rodzinie przez lekarza

		Pielęgniarki		Studenci	
		N	%	N	%
Będąc w sytuacji niechęci zgłoszenia przypadku przemocy w rodzinie przez lekarza, podejmiesz kroki:	poinformowania dyrektora placówki o zaistniałym fakcie przemocy wraz z prośbą podjęcia kroków prawnych w sprawie	89	37,71%	130	49,43%
	podporządkowania się decyzji lekarza	19	8,05%	9	3,42%
	powiadomienie służb socjalnych	71	30,08%	98	37,26%
	inne	9	3,81%	2	0,76%
	trudno powiedzieć	72	30,51%	62	23,57%
	Wartość statystyki (χ^2)	Stopnie swobody (df)		Istotność (p)	
Poinformowania dyrektora placówki o zaistniałym fakcie przemocy wraz z prośbą podjęcia kroków prawnych w sprawie	12,129	1		0,000	
Podporządkowania się decyzji lekarza	3,835	1		0,050	
Powiadomienie służb socjalnych	5,905	1		0,015	
Inne	4,595	1		0,032	
Trudno powiedzieć	1,031	1		0,310	

Tabela VI. Rozkład deklarowanych przez badanych zachowań, w przypadku bycia świadkiem klapsa i podniesionego głosu rodzica wobec dziecka

		Pielęgniarki		Studenci	
		N	%	N	%
Czy będąc świadkiem klapsa i podniesionego głosu rodzica wobec dziecka podjęliby Państwo działanie?	zwrócenie uwagi	101	42,26%	115	40,93%
	zignorowanie, twierdząc, że to nie moja sprawa	34	14,23%	53	18,86%
	inne	8	3,35%	20	7,12%
	trudno powiedzieć	96	40,17%	93	33,10%
	Wartość statystyki (χ^2)	Stopnie swobody (df)		Istotność (p)	
Chi-kwadrat	6,900	3		0,075	
Liczba przebadanych osób	520				

Dyskusja

Leoniuk i wsp. [1] podkreślają, że krzywdzenie fizyczne to najczęstsza forma przemocy w rodzinie, z jaką może spotkać się pielęgniarka w trakcie wykonywania swoich obowiązków zawodowych. Według statystyk Komendy Głównej Policji [11], w 2015 roku odnotowano 17 392 przypadki przemocy domowej wobec osób małoletnich.

Badania Regionalnego Ośrodka Polityki Społecznej w Białymstoku [7] wykazały, iż respondenci podkreślali kluczową rolę pracy zespołowej w zwalczaniu problemu przemocy w rodzinie. Uważali, że nigdy nie może się ona opierać na działaniu jednej instytucji, żaden bowiem pojedynczy specjalista, ani instytucja nie jest w stanie zabezpieczyć wszystkich podstawowych potrzeb rodziny uwikłanej w przemoc. W związku z tym, zdaniem ankietowanych dla podjęcia skutecznych działań pomocowych niezbędne jest kompleksowe podejście do sytuacji, w jakiej znajduje się rodzina dotknięta przemocą, a możliwe jest to jedynie w drodze tworzenia sieci współpracy opartej o działanie lokalnych zespołów interdyscyplinarnych [7].

Należy więc dążyć do profesjonalizacji pomocy społecznej, w tym odświeżenia jej wizerunku, poprzez zwiększenie jej dostępności, skuteczności i fachowości oraz włączania w prewencje zespołów interdyscyplinarnych, w tym pielęgniarek.

W obecnym według większości respondentów, badaniu grupą „pierwszego kontaktu” z ofiarami przemocy rodzinnej, powinni być przedstawiciele takich zawodów, jak: pedagog szkolny, policjant, pracownik socjalny. Na uwagę zasługuje także fakt, iż stwierdzono istotną różnicę pomiędzy pielęgniarkami, a studentami w określeniu roli kuratora - za interwencyjnością kuratora opowiadała się częściej grupa pielęgniarek. Interesujące jest także, iż przez grupę pielęgniarek czynnych zawodowo, zawód lekarza wymieniany był rzadziej, niż pielęgniarki. Odpowiedź ta obrazuje opinię pielęgniarek, co do funkcjonującego schematu postępowania z ofiarą przemocy w rodzinie. Pielęgniarki widziały siebie, wśród innych przedstawicieli pracowników ochrony zdrowia, jako grupę zawodową, która powinna być grupą „pierwszego kontaktu” dla ofiar przemocy w rodzinie.

W literaturze przedmiotu [4] podkreśla się, iż dokładny pomiar skali zjawiska przemocy w rodzinie nie jest możliwy i można jedynie próbować ją oszacować za pomocą dostępnych źródeł informacji, takich jak np.: statystyki Policji (przeprowadzone interwencje, uruchomione procedury „Niebieskie Karty”), statystyki sądowe (orzeczenia sędziów), czy dane zbierane przez podmioty (instytucje i organizacje) udzielające pomocy specjalistycznej

ofiaram przemocy w rodzinie oraz prowadzące oddziaływania wobec sprawców przemocy w rodzinie, a także ogólnopolskie badania populacyjne [4].

W przypadku zetknięcia się z przemocą w rodzinie istotną rolę odgrywa także zakrojona na szeroką skalę profilaktyka zjawiska. W opinii Iwaniec i Szmagalskiego [8] profilaktyka pierwszego stopnia w przypadku przeciwdziałania przemocy w rodzinie powinna polegać na informowaniu oraz edukacji i być ukierunkowana na całą społeczność, poprzez podejmowanie następujących działań:

- organizowanie szerokiej sieci informacyjnej (kampanie, ulotki, informatory, poradniki, broszury, plakaty, foldery itp.) o przejawach i skutkach krzywdzenia oraz o zaniechaniu dzieci, w tym o nieograniczonym zaburzeniu rozwoju;
- tworzenie w sytuacjach kryzysowych sieci instytucji pierwszego kontaktu, które redukują izolację społeczną, np. telefonów zaufania, punktów informacyjnych i konsultacyjnych;
- przystosowanie istniejących instytucji pomocy do pracy nad zwiększeniem kompetencji wychowawczych rodziców i promowaniem przemian poprzez edukację, np. nauczanie rodziców zasad prawidłowego żywienia, czy program „Szkoła Rodziców - świadome i odpowiedzialne rodzicielstwo”, realizowany przez Stowarzyszenie „OPTA”

Profilaktyka drugiego stopnia [8] powinna odnosić się do wczesnego rozpoznania oraz wczesnej interwencji i jest ukierunkowana na grupy wysokiego ryzyka. Metody wczesnego przewidywania i wykrywania zagrożeń krzywdzeniem i zaniechaniem oraz faktycznego ich występowania stanowią punkt wyjścia prewencji. Zalicza się do nich, za Iwaniec [8]: poradnictwo, wizyty domowe pracowników opieki zdrowotnej i społecznej, grupy samopomocy, przydzielenie opiekunki, pomoc w domu itd. oraz opiekę profesjonalistów w klinikach, ośrodkach zdrowia i szpitalach.

Profilaktyka trzeciego stopnia [8], to konieczność interwencji w momencie, kiedy powracające przypadki nadużyć, zaniechań i stosowania przemocy stają się stałym elementem stosunków rodzinnych. Na tym poziomie zapobiega się pogłębieniu zaburzeń w funkcjonowaniu osób i grup ryzyka. Są to najczęściej sytuacje kryzysowe z powtarzającymi się, utrwalonymi zachowaniami [8]. Przed podjęciem odpowiedniej interwencji przeprowadza się diagnozę, czyli rozpoznanie interesującego stanu rzeczy. Następnie terapeuta wybiera odpowiedni wariant postępowania uwzględniający specyfikę psychospołeczną danego przypadku. *„Wybór konkretnej formy oddziaływania terapeutycznego powinien być poprzedzony określeniem realnych celów, które chcemy osiągnąć w danym przypadku,*

i ustaleniem zakresu projektowanych zmian możliwych do przeprowadzenia” [8].

W obecnym badaniu, co drugi respondent uważał, że w przypadku stwierdzenia przemocy w rodzinie, jest miejsce dla pielęgniarki w postępowaniu diagnostyczno – terapeutycznym, a co drugi respondent uważał pielęgniarkę za osobę, która może przeciwdziałać przemocy w rodzinie. Większość pielęgniarek twierdziła, że w powyższym postępowaniu pielęgniarka może wykonywać czynności związane z: zaopatrzeniem ran, wsparciem ofiary, przeprowadzeniem badania fizykalnego oraz opisem umiejscowienia ran i ich opatrzenia. Studenci natomiast wskazali na istotność czynności związanych z opisem sytuacji zaistnienia przemocy w rodzinie, opisem rodzaju obrażeń, opisem sposobu zaopatrzenia ran oraz wsparciem ofiary. Jawi się tutaj zależność umiejętności terapeutycznych pielęgniarek czynnych zawodowo, związana z objęciem opieką ofiarę krzywdzenia w ujęciu stricte medycznym. Studenci poprzez pogląd swojego istotnego postępowania opisowego, zabezpieczają ofiarę przemocy przed wielokrotnym szczegółowym relacjonowaniem okoliczności zdarzenia, chroniąc ją przed regresem traumy. Ponadto dobrze opisane postępowanie diagnostyczno – terapeutyczne wobec ofiary przemocy, jest cennym materiałem dowodowym w ewentualnym procesie postępowania karnego.

We wspomnianym wyżej badaniu TNS OBOP dla Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej [9] wykazano, iż w przypadku przemocy psychicznej w rodzinie wobec dzieci działania podejmowali wszyscy badani kuratorzy. Policjanci, pedagodzy, pracownicy socjalni podejmowali jakieś działania trochę rzadziej (odpowiednio 96%, 95%, 94%). Najrzadziej próby niesienia pomocy dzieciom ofiarom przemocy psychicznej w rodzinie deklarowali pracownicy służby zdrowia (79%). Wszyscy kuratorzy i pracownicy socjalni twierdzili, że podejmowali działania w przypadkach przemocy ekonomicznej w rodzinie wobec dzieci. Nieco rzadziej pomoc ofiarom rodzinnej przemocy ekonomicznej nieśli pedagodzy szkolni (94%) i policjanci (89%). Najrzadziej ofiarom tej formy agresji pomagali pracownicy służby zdrowia (76%) [9]. Wśród przedstawicieli grup zawodowych, którzy spotkali się z przypadkami przemocy seksualnej w rodzinie w stosunku do dzieci, wszyscy policjanci i prawie wszyscy kuratorzy podjęli jakieś działania zapobiegawcze. Trochę rzadziej reagowali pedagodzy szkolni (92%) oraz pracownicy socjalni (88%). Trzy czwarte (75%) pracowników służby zdrowia twierdziło, że zareagowała w takich przypadkach. Pedagodzy szkolni, w związku z różnego rodzaju przypadkami przemocy w rodzinie wobec dzieci, najczęściej podejmowali działania polegające na różnego rodzaju rozmowach, zarówno z samym dzieckiem (ofiara przemocy), jak i rodzicami lub opiekunami dziecka. Kuratorzy, zdecydowanej większości deklarowali, że podjęli szereg działań, takich jak:

współpraca z sądem lub z prokuraturą, z jednostką Policji i rozmowy ze sprawcą przemocy oraz bezpośrednio kontaktowali się z ofiarami przemocy [9].

Jak wskazuje Leoniuk i wsp. [12], obowiązek interwencji w przypadku podejrzenia przemocy domowej spoczywa nie tylko na lekarzach, ale również na pielęgniarkach, położnych i ratownikach medycznych.

W obecnym badaniu stwierdzono, że pielęgniarki rzadko realizowały czynności zawodowe związane z przemocą w rodzinie - jedynie 9,68% badanych pielęgniarek wymieniło ją, jako główną przyczynę podejmowania czynności zawodowych. Większość z nich w chwili stwierdzenia przemocy w rodzinie, podejmowała działanie pomocowe i uważała to za konieczne, ale głównie poprzez adnotację w dokumentacji oraz powiadomienie Policji. Istotność wyniku ukazanego postępowania wskazuje na interdyscyplinarny charakter podejmowanych czynności przez pielęgniarki. Wśród innych odpowiedzi pojawiały się również: rozmowa z osobą pokrzywdzoną. Można wnioskować, iż postępowanie pielęgniarek wykazuje wielopłaszczyznowy charakter oraz jest przemyślane. W reakcji na klaps lub podniesiony głos wobec dziecka, prawie połowa respondentów zwróciłaby uwagę rodzicowi. Stwierdzono istotną różnicę pomiędzy studentami, a pielęgniarkami w kwestii niechęci zgłoszenia przypadku przemocy w rodzinie przez lekarza. Studenci wskazywali częściej od pielęgniarek, potrzebę poinformowania dyrektora placówki o zaistniałym fakcie wraz z prośbą podjęcia kroków prawnych, jak i potrzebę powiadomienia służb socjalnych. Postawa ta pozwala wnioskować, iż studenci posiadali większą świadomość konieczności realizowania postępowania pomocowego wobec ofiary przemocy w rodzinie. Ponadto postawa taka wskazuje, iż traktują siebie, jako równouprawnionego członka zespołu interdyscyplinarnego, którego decyzje wobec postępowania z ofiarą przemocy w rodzinie, wedle ich oceny, są niemniej ważne. Badania przeprowadzone przez Topczewska – Cabanek i wsp. [10] wykazały znaczne zapotrzebowanie na szkolenia dotyczące problemu dziecka krzywdzonego wśród personelu pielęgniarskiego.

Reasumując refleksje związane z analizą literatury przedmiotu, jak również wyniki pracy własnej, można wnioskować, iż pielęgniarka jest dobrze przygotowana do sprawowania interdyscyplinarnej opieki nad ofiarami przemocy w rodzinie. Z uwagi na swoje wieloprofilowe przygotowanie zawodowe może czynnie uczestniczyć w procesie diagnostyczno – terapeutycznym. Poziom posiadanej wiedzy, oraz umiejętności współpracy z innymi specjalistami kierunkuje dla niej miejsce w zespole interdyscyplinarnym o istotnym znaczeniu dla dobra osoby, która doświadczyła przemocy w rodzinie. Nadmienić trzeba, że

postawa studentów, nacechowana imperatywem pomocy ofiarom krzywdzenia, jak i sprawcom przemocy, napawa dużym optymizmem. Wydaje się więc, iż współudział przyszłych adeptów zawodu pielęgniarstwa ze specjalistami instytucji interdyscyplinarnych, usprawni w szerokim zakresie profilaktykę zachowań przemocowych oraz terapię ich skutków.

Pielęgniarki i położne, podobnie jak i inni pracownicy medyczni, powinni pełnić ważną rolę w działaniach profilaktycznych i edukacyjnych związanych ze zjawiskiem przemocy w rodzinie oraz bezzwłocznie i skutecznie reagować na wszelkie zauważone akty przemocy, wzbogacając jednocześnie posiadaną wiedzę w zakresie jej diagnozy i postępowaniu pomocowym.

Podsumowaniem mogą być też słowa Alberta Einsteina: „*Przemoc niekiedy pozwala rozprawić się szybko z jakimiś przeszkodami, ale nie jest zdolna cokolwiek stworzyć*” [13].

Wnioski

1. Pielęgniarki widziały siebie, wśród innych przedstawicieli ochrony zdrowia, jako grupę zawodową „pierwszego kontaktu” z ofiarą przemocy w rodzinie.
2. Zarówno pielęgniarki, jak i studenci uważali, że w przypadku stwierdzenia przemocy w rodzinie, jest miejsce dla pielęgniarki w postępowaniu diagnostyczno – terapeutycznym i przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie.
3. W postępowaniu diagnostyczno – terapeutycznym większość pielęgniarek twierdziła, że może wykonywać czynności związane z: zaopatrzeniem ran, wsparciem ofiary, przeprowadzeniem badania fizykalnego oraz opisem umiejscowienia ran i ich opatrzenia, natomiast studenci preferowali: opis sytuacji zaistnienia przemocy w rodzinie, rodzaju obrażeń, sposobu zaopatrzenia ran i wsparcie ofiary.
4. Większość respondentów uważało, że pielęgniarka, celem przeciwdziałania przemocy w rodzinie, może zastosować przede wszystkim baczność obserwację podopiecznych ukierunkowaną na występowanie: uszkodzeń o podejrzanym wyglądzie, licznych i częstych obrażeń, nietypowych wzorów sińców, szczególnych znaków i ran, zachowań, oporu względem innych osób, zaburzeń snu i przyjmowania pokarmów, samookaleczeń, objawów psychosomatycznych oraz może prowadzić edukację ofiar przemocy.

Postulat

Z uwagi na wieloprofilowe przygotowanie zawodowe pielęgniarek warto podjąć jak najszybciej kroki włączające tę grupę zawodową w czynny proces diagnostyczno – terapeutyczny, profilaktykę przemocy w rodzinie oraz organizowanie kampanii informacyjnych i szkoleń interdyscyplinarnych dla przedstawicieli zawodów sprawujących opiekę nad potencjalnymi ofiarami przemocy w rodzinie.

Piśmiennictwo

1. Leoniuk K. Nowakowska H., Sobczak K.: Zadania pielęgniarki w systemie przeciwdziałania przemocy domowej, *Probl. Pielęg.*, 2013, 21, 3, 397–402.
2. Kempe C., Silverman F., Steele B.F. Droegemueller W., Silver H.K.: The battered child syndrome. *JAMA*, 1962, 181, 17–24.
3. Jarosz E. Ochrona dzieci przed krzywdzeniem. Perspektywa globalna i lokalna. Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego, Katowice 2009.
4. Diagnoza dotycząca osób stosujących przemoc w rodzinie: komentarz do wyników badań, <http://www.mpips.gov.pl/przemoc-w-rodzinie/diagnoza-zjawiska-przemocy-w-rodzinie-w-polsce/>, MillwardBrown SMG/KRC, 2011, 11, 1-45, data pobrania 3.07.2016.
5. Sprawozdanie z realizacji Krajowego programu przeciwdziałania przemocy w rodzinie na lata 2014-2020 za okres od 1 stycznia do 31 grudnia 2014 r, <https://www.mpips.gov.pl/.../Sprawozdanie%20KPPPwR%20-projekt%20z%2016%20olica%202015%20r..pdf>, data pobrania: 25.06.2016.
6. Pabiś M., Ślusarska B., Wrońska I.: Przemoc wobec dzieci w opinii pracujących pielęgniarek. *Pediat. Pol.*, 2006, 81, 498–503.
7. Diagnoza zjawiska przemocy w rodzinie w województwie podlaskim. Przemoc jako przyczyna dysfunkcji rodzin. Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej w Białymstoku. Obserwatorium Integracji Społecznej. <http://www.rops-bialystok.pl/downloads/Diagnozaprzemocy.pdf>, data pobrania 3.01.2013, Białystok 2012, 1-147.
8. Iwaniec D., Szmagałski J. : Zaburzenia rozwojowe dzieci krzywdzonych emocjonalnie. Rozpoznanie i interwencja psychospołeczna w doświadczeniach brytyjskich i polskich”, Wyd. Uniwersytetu Warszawskiego, Warszawa, 2005.

9. Raport z badania TNS OBOP dla Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej. Badanie dotyczące zjawiska przemocy w rodzinie wobec dzieci. Opinie kuratorów, policjantów, pracowników socjalnych, pracowników służby zdrowia oraz pedagogów szkolnych o występowaniu i okolicznościach występowania przemocy w rodzinie wobec dzieci. http://www.mpips.gov.pl/userfiles/File/Przemoc%20w%20rodzinie/dzieci_prof.pdf, data pobrania 3.01.2013, Warszawa, 2008, 7, 1-64.
10. Topczewska – Cabanek A., Nitsch – Osuch A., Szkuta W., Życińska K., Wardyn K.A., Zarzycki S.: Family Medicine & Primary Care Review 2012, 14, 2: 225-227
11. <http://statystyka.policja.pl/st/wybrane-statystyki/przemoc-w-rodzinie/50863,Przemoc-w-rodzinie.html>, data pobrania 11.08.2016
12. Leoniuk K., Nowakowska H., Sobczak K., Problemy Pielęgniarstwa 2013, 21, 3: 397-402
13. <http://cytaty.eu/motyw/przemoc.html>, data pobrania 3.07.2016

Standard wdrożenia procedur pielęgniarskiego postępowania diagnostyczno - terapeutycznego w przypadku stwierdzenia przemocy w rodzinie

Tomasz Iwański

Instytut Pielęgniarstwa, Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa im. rtm. Witolda Pileckiego w Oświęcimiu

Wprowadzenie

Standard wdrożenia procedur pielęgniarskiego postępowania diagnostyczno-terapeutycznego w przypadku stwierdzenia przemocy w rodzinie opracowano zgodnie z zaleceniami Europejskiego Ruchu na Rzecz Zapewnienia Jakości - EuroQuan (*The European Quality Assurance Network*), wg teorii Donabediana [1], oparty na założeniach „Koła Langa” [2].

Składa się on ze standardowego oświadczenia, które określa ogólne założenia prezentowanego standardu. Wyszczególniono również 3 rodzaje kryteriów, dzięki którym pielęgniarki łatwiej mogą edukować pacjentów. Są to kryteria [3,4]:

- struktury (opisujące wszystko to co jest niezbędne do zrealizowania zadań i osiągnięcia zamierzonego celu, a więc zasoby, wiedzę i umiejętności pracowników)
- procesu (określające wszelkie działania, techniki i procedury, które podejmuje się celem uzyskania określonego wyniku, czyli to co należy zrobić aby osiągnąć standard)
- wyniku (mierniki określające rezultat końcowy opieki pielęgniarskiej odnoszącej się do stanu i sytuacji pacjenta)

W konstruowaniu standardu stosowano kolejne fazy:

- opisu: wybór obszaru (temat, podtemat), identyfikację grupy docelowej, formułowanie standardu i kryteriów (struktury, procesu, wyników), wprowadzenie standardu
- pomiaru: sprawdzenie zawartości struktury i kryteriów standardu, konstruowanie narzędzi pomiaru, gromadzenie danych i ocenę rezultatów
- działania: identyfikację obszarów do działań korygujących, opracowywanie planu działania, podjęcie działania, ponowną ocenę rezultatów i weryfikację standardu [5].

Przy budowie standardu uwzględniono założenia określone przez Appelmana [cyt. za 6], tzw. cechy (RUMBA), którymi powinien charakteryzować się każdy standard:

- **Relevant** – trafny,

- **Understable** – zrozumiały,
- **Measurable** – mierzalny,
- **Behavioural** – odnoszący się do zachowań ludzi,
- **Achievable** – osiągalny.

Powyższe przyczyniło się do tego, by opracowany standard był: osiągalny, przestrzegany, pożądany, wymierny, dynamiczny, zrozumiały, precyzyjny, odpowiedzialny i sprawdzalny [1,6, 7].

W opracowaniu standardu wzięto również pod uwagę [1,7]:

- uzyskane wyniki badań prowadzonych w grupie pielęgniarek i studentów pielęgniarstwa,
- uznane teorie pielęgnowania i przyjęte metody pracy pielęgniarek,
- respektowane i ogólnie przyjęte zasady postępowania pielęgniarskiego w określonych stanach,
- przestrzeganie zasad etyki zawodowej,
- ustalone kompetencje pielęgniarek i zakres ich odpowiedzialności.

Piśmiennictwo

1. Kózka M., Paluch H.: Standardy opieki pielęgniarskiej [w:] Wybrane standardy opieki pielęgniarskiej. Kózka M (red.) Inst. Pielęgniarstwa CM UJ, Kraków, 1997, 21-27.
2. Lenartowicz H.: Zarządzanie jakością w pielęgniarstwie. CEM, Warszawa, 1998.
3. Donabedian A.: Evaluating the quality of medical care. brak miejsca : Milbank Memorial FUnd. Quarterl, 1966, 44, 166-203.
4. Ciechaniewicz W.: Standardy w pielęgniarstwie. Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych, Warszawa, 199, 47-55.
5. Krasuska M. E.: Opieka w chorobie nowotworowej, YOKAM, Lublin, 1997.
6. Piątek A.: Standardy opieki w pielęgniarstwie. Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych, Warszawa, 1995, 12-16.
7. Szczepska M.: Tendensje rozwojowe w zakresie standaryzacji i poprawy jakości opieki w pielęgniarstwie. Piel.2000. 1998, 1, 8-20.

STANDARD WDROŻENIA PROCEDUR PIEŁĘGNIARSKIEGO POSTĘPOWANIA DIAGNOSTYCZNO - TERAPEUTYCZNEGO W PRZYPADKU STWIERDZENIA PRZEMOCY W RODZINIE

Miejsce realizacji

- Szpitalne Oddziały Ratunkowe SOR / Izby Przyjęć – podczas udzielania pomocy w trybie interwencyjnym
- Zakłady Opieki Zdrowotnej – podczas udzielanie pomocy w trybie hospitalizacji planowej
- Ośrodki Podstawowej Opieki Zdrowotnej – podczas udzielania pomocy w trybie opieki ambulatoryjnej

Grupa opieki

Pacjenci, którzy doznali przemocy o charakterze fizycznym, psychicznym, seksualnym, zaniedbania.

Wstęp

W praktyce zawodowej coraz częściej można spotkać osoby, które korzystając z pomocy pielęgniarskiej, ujawniają w trakcie diagnostyki, iż są ofiarami przemocy w rodzinie. Pomoc taka realizowana jest zarówno w trybie hospitalizacji planowej, opiece ambulatoryjnej, jak również w trakcie podejmowanych czynności ratunkowo – interwencyjnych. Standaryzowane postępowanie pielęgniarskie wobec tej grupy pacjentów usprawnia ich diagnostykę medyczną, chroni przed regresem traumy, jak również zapobiega popełnianiu potencjalnych błędów medycznych, typizowanych karnie jako błędy organizacyjne. Sukces terapeutyczny jest również związany z aktywną współpracą pielęgniarki z pacjentem i opiekunem. Dużą rolę odgrywa tu na samym początku udział pielęgniarki w procesie przerwania oddziaływania przemocy, poprzez określone postępowanie terapeutyczne, jak również zapewnienie pacjentowi i jego opiekunowi poczucia bezpieczeństwa oraz dostępu do informacji i innych form pomocy.

Przemoc w rodzinie to jednorazowe lub powtarzające się umyślne działanie lub zaniechanie, naruszające prawa lub dobra osób. Postępowanie sprawcy przemocy w rodzinie,

naraża jej członków na:

- niebezpieczeństwo utraty życia,
- niebezpieczeństwo utraty zdrowia,
- naruszenie ich godność,
- naruszenie ich nietykalności cielesnej,
- naruszenie ich wolności (w tym seksualnej)
- powstanie szkody na zdrowiu fizycznym lub psychicznym,
- powstanie cierpienia i krzywd moralnych

Wyróżnia się rodzaje przemocy

1. Przemoc aktywna

- przemoc fizyczna
- przemoc emocjonalna / psychiczną
- przemoc o charakterze seksualnym

2. Przemoc bierna - zaniedbanie

- zaniedbanie / brak opieki medycznej
- przemoc materialna / ekonomiczna
- brak należytej opieki, prostytutka

Przemoc funkcjonująca w płaszczyźnie wewnątrzrodzinnej klasyfikuje się następująco

- przemoc partnerska wzajemna
- przemoc wobec jednego partnera
- przemoc wobec osób starszych
- przemoc wobec niepełnosprawnych członków rodziny
- przemoc wobec dzieci

Objawy wskazujące na oddziaływanie przemocy oraz jej konsekwencje

1. Przemoc fizyczna u dorosłych

- rany brzucha i piersi
- siniaki i pręgi

- skaleczenia i otarcia
- urazy głowy
- uszkodzenia oczu
- złamania
- urazy tępe jamy brzusznej i klatki piersiowej
- syndromy chronicznego bólu
- inwalidztwo
- fibromialgia (zespół bólowy w układzie ruchu o podłożu psychogennym)
- zaburzenia dyspeptyczne
- zespół jelita drażliwego
- obniżenie funkcjonalności fizycznej

2. Przemoc fizyczna u dzieci

- ślady ostro-brzeżne zadawane przedmiotami o ostro zakończonych krawędziach - metalowych, drewnianych
- ślady rąk spowodowane szarpaniem lub gwałtownym ściśnięciem skóry
- ślady dłoni z widoczną fakturą odbitych palców
- ślady zagardlenia z powodu duszenia rękami, sznurem.
- ślady szczypania
- ślady ugryzienia zębami
- odciski przedmiotu, którym uderzane było dziecko
- oparzenie rąk i nóg symetryczne, głębokie
- liczne wylewy i blizny w różnych stadiach gojenia
- łopatki, żeber (efekt potrząśnięcia),
- mostka, wyrostków kolczystych kręgow (ubytki), dystalna część
- obojczyka,
- złamania kości ramiennej, w szczególności u dzieci poniżej 3 roku życia,
- kości palców u niemowlaków, które jeszcze nie chodzą.
- spiralne złamania trzonu kości długich w pierwszym roku życia
- złamania kości czaszki o zróżnicowanym charakterze i etiologii najczęściej u dzieci poniżej 9 miesiąca życia. (kość potyliczna, skroniowe złamania złożone)
- urazy przynasadowe
- urazy nasad

- urazy żeber (patognomiczne dla urazów nieprzypadkowych, przy zespole dziecka potrząsanego, szczególnie występujące u dzieci poniżej 1 roku życia, gdzie nawet masaż serca nie powoduje złamań w obrębie kości żeber).

3. Przemoc o charakterze seksualnym u dorosłych

- urazy okolicy genitalnej
- zaburzenia ginekologiczne
- niepłodność
- zapalenie miednicy
- komplikacje w okresie ciąży / poronienie
- dysfunkcje seksualne
- choroby przenoszone drogą płciową
- zagrożenia związane z ryzykowną aborcją
- niechciana ciąża

4. Przemoc o charakterze seksualnym u dzieci

- urazy zewnętrznych i wewnętrznych narządów płciowych
- krwiaki podskórne, podśluzówkowe
- otarcia, zadrapania
- urazy okolicy odbytu (hemoroidy, pęknięcia odbytu, uraz odbytu, utknięcie ciała obcego)
- urazy w obrębie jamy ustnej
- infekcje wirusowe, bakteryjne, grzybicze, odparazytarne, choroby przenoszone drogą płciową (STD sexually transmitted disease) takie jak: LGV, Cryptosporidia, Lambliosis, HIV, HPV, HSV typ 2, HBV, HCV, Isospora belli, Microsporidia, Gonorrhoea, Syphilis.
- nadmierna erotyzacja dziecka, inicjująca zachowania prowokacyjne i uwodzicielskie wobec rówieśników i/lub osób dorosłych.
- malowanie rysunków z erotycznymi treściami, mające w przypadku dziecka charakter odtwórczy
- podejmowanie zabaw erotycznych
- agresja seksualna wczesna lub nasilona
- nieadekwatne do wieku słownictwo, określające sferę seksualną
- masturbacja, nieadekwatna do fazy rozwoju psychoseksualnego
- regresja emocjonalna objawiająca się ssaniem kciuka

- moczenie nocne
- stosowanie używek - narkotyków, alkoholu
- zaburzenia relacji z rówieśnikami
- prostytuowanie się
- zaburzenia łaknienia (bulimia, anoreksja).

5. Przemoc psychiczna / emocjonalna u dorosłych

- nadużywanie substancji psychoaktywnych
- depresja i niepokój
- zaburzenia jedzenia i snu
- poczucie wstydu i winy
- fobie, zaburzenia paniczne
- brak aktywności fizycznej
- niskie poczucie własnej wartości
- PTSD (Post-Traumatic Stress Disorder)
- zaburzenia psychosomatyczne
- palenie
- zachowania samobójcze i samouszkodzenia
- ryzykowne zachowania seksualne

6. Przemoc psychiczna / emocjonalna u dzieci.

- drżenia, tiki nerwowe
- zaburzenia gastryczne, biegunka
- uporczywe bóle i zawroty głowy,
- bóle żołądkowe, bóle mięśni,
- potliwość,
- nietrzymanie kału i moczu.
- zachowania agresywne i autodestrukcyjne (samookaleczanie, parasamobójstwa, samobójstwa)
- zachowania opozycyjno - buntownicze wobec opiekunów, innych osób dorosłych oraz rówieśników.
- zaburzenia koncentracji
- zaburzenia regulacji uczuć, impulsywność
- niebezpieczne i nietypowe wzorce przywiązania

- zaburzone relacje rówieśnicze (postawa unikająca lub agresywna)
- pogorszenie wyników w nauce
- zaburzenia depresyjne
- objawy psychosomatyczne
- zaburzenia konwersyjne
- PTSD (*Post Traumatic Stress Disorder* - Zespół stresu pourazowego).
- complex PTSD (Złożony zespół stresu pourazowego)

7. Zaniedbanie u dorosłych / osób niepełnosprawnych

- odwodnienie, niedożywienie, zaniedbanie w zakresie higieny osobistej, nie dbanie o czystość łóżka
- nie zgłaszanie lub nie leczenie dysfunkcji zdrowotnych
- niebezpieczne i stwarzające ryzyko warunki mieszkaniowe
- złe warunki sanitarne
- zgłoszenie faktu zaniedbania przez osobę starszą / osobę niepełnosprawną

8. Zaniedbanie w przypadku dziecka

- brak zapewnienia należytej opieki medycznej dziecku.
- brak suplementacji substancji odżywczych oraz budulcowych, odpowiednich do wieku dziecka
- odwodnienie, niedożywienie,
- zaniedbanie w zakresie higieny osobistej
- ubiór dziecka nieadekwatny do pory roku
- odpieluszkowe zapalenie skóry
- ciemieniucha
- łysienie plackowate
- porzucenie dziecka
- zaniedbanie obowiązku szkolnego
- sieroctwo migracyjne
- apatia i zmęczenie dziecka
- labilność emocjonalna dziecka (stany pasywności i wybuchy agresji)

Podstawa prawna

- Ustawa z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. z 2011 nr 174 poz. 1039).
- Ustawa z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie (Dz. U. Nr 180, poz. 1493) z późniejszymi zmianami.
- Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 13 września 2011 r. w sprawie procedury „Niebieskie Karty” oraz wzorów formularzy „Niebieska Karta”. (Dz. U. 2011 nr 209 poz. 1245)
- Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. 2011 nr 112 poz. 654)

Oświadczenie standardowe

1. Pielęgniarskie postępowanie diagnostyczno – terapeutyczne wobec pacjenta, co do którego istnieje podejrzenie, iż doznał przemocy w rodzinie, zapewni mu optymalną jakość uzyskanej pomocy w trakcie realizacji procedury „Niebieski Miś”.
2. Pacjent wraz z opiekunem zostaną właściwie przygotowani do wywiadu oraz badania diagnostycznego.
3. Pacjent wraz z opiekunem zostaną czynnie włączeni w proces terapeutyczny.
4. Pacjent wraz z opiekunem zostaną poinformowani o przysługujących im prawach oraz możliwości uzyskania pomocy interdyscyplinarnej.

Kryteria struktury

1. Pielęgniarki posiadają wiedzę z zakresu różnicowania objawów przemocy w rodzinie
2. Pielęgniarki posiadają umiejętność komunikowania się z ofiarami przemocy w rodzinie.
3. Pielęgniarki posiadają wiedzę w zakresie realizowania procedury „Niebieski Miś”.
4. Ośrodek posiada pomieszczenie, w którym możliwe jest przeprowadzenie postępowania diagnostyczno – terapeutycznego wobec pacjentów, co do których istnieje podejrzenie, iż są ofiarami przemocy w rodzinie.
5. Ośrodek dysponuje drukami formularza „Niebieska Karta”.
6. Ośrodek dysponuje sprzętem do pobierania materiału dla celów dochodzeniowych.

7. Ośrodek posiada techniczną możliwość kontaktu z przedstawicielami instytucji interdyscyplinarnych (Policji, Sądu, Prokuratury, Pomocy Społecznej).

Kryteria procesu

1. Pielęgniarka realizująca procedurę „Niebieski Miś” zapoznaje pacjenta i/lub jego opiekuna co do szczegółów planowanego postępowania. Nawiązuje zrozumiały kontakt oraz otacza pacjenta opieką, zapewniając poczucie bezpieczeństwa oraz intymności.
2. Pielęgniarka gromadzi dane niezbędne do uzupełnienia formularza „Niebieska Karta” oraz mające na celu rozpoznanie problemów pielęgnacyjnych.
3. Pielęgniarka w procesie opieki nad pacjentem, co do którego istnieje podejrzenie iż doznał przemocy w rodzinie:
 - rozpoznaje problemy
 - planuje i realizuje działania
 - aktualizuje plan opieki
 - ocenia bieżącą oraz końcową realizację planu
 - wyciąga wnioski
4. Pielęgniarka odnotowuje w dokumentacji medycznej fakt realizacji procedury „Niebieski Miś”.

PROBLEMY

- 1. Pacjent z bólami brzucha, uwidocznione otarcia i krwiaki na skórze, podejrzenie złamania kończyny.**

Cel: Przerwanie oddziaływania doświadczanej przemocy, zapewnienie poczucia bezpieczeństwa, zaopatrzenie medyczne, zmniejszenie niepokoju, zapewnienie intymności, przygotowanie i przeprowadzenie procedury „Niebieski Miś”, poinformowanie o przysługujących prawach.

Działanie:

- Ulokowanie pacjenta (wraz z opiekunem) w odosobnionym pomieszczeniu, rozmowa z pacjentem oraz opiekunem, ułożenie pacjenta na kozetce, przygotowanie do badania podmiotowego i przedmiotowego.

- Propozycja kontaktu z psychologiem.
- Poinformowanie o konieczności oraz etapach postępowania diagnostyczno – terapeutycznego, wykonanie dokumentacji fotograficznej, zaopatrzenie medyczne.
- Poinformowanie o możliwości uzyskania bezpłatnego zaświadczenia lekarskiego z przeprowadzonego badania.
- Wypełnienie formularza „Niebieska Karta” część A, poinformowanie o przysługujących prawach, przekazanie adresów ośrodków interwencji kryzysowej, przygotowanie do przyjęcia w oddział, przygotowanie wypełnionego formularza „Niebieska Karta” do przekazania Przewodniczącemu Zespołu Interdyscyplinarnego.
- Odnotowanie w dokumentacji medycznej.

2. Pacjent po gwałcie, otarcia okolicy genitalnej, uwidocznione zawężenie emocjonalne, pacjent płaczący, nieufny.

Cel: Przerwanie oddziaływania doświadczanej przemocy, zapewnienie poczucia bezpieczeństwa oraz intymności, zaopatrzenie medyczne, zmniejszenie niepokoju, przygotowanie i przeprowadzenie procedury „Niebieski Miś”, pobranie materiału do celów dochodzeniowych, poinformowanie o przysługujących prawach.

Działanie:

- Ulokowanie pacjenta (wraz z opiekunem) w odosobnionym pomieszczeniu, ułożenie pacjenta na kozetce, rozmowa z pacjentem i opiekunem przygotowująca do badania podmiotowego i przedmiotowego.
- Propozycja kontaktu z psychologiem.
- Poinformowanie o konieczności oraz kolejnych etapach planowanego postępowania diagnostyczno – terapeutycznego.
- Poinformowanie o możliwości uzyskania bezpłatnego zaświadczenia lekarskiego z przeprowadzonego badania.
- Zaopatrzenie medyczne.
- Pobranie materiału do celów dochodzeniowych zgodnie z procedurą.
- Wypełnienie formularza „Niebieska Karta” część A, poinformowanie o przysługujących prawach, przekazanie adresów ośrodków interwencji kryzysowej. Przygotowanie do przyjęcia w oddział. Przygotowanie wypełnionego formularza „Niebieska Karta” do przekazania Przewodniczącemu Zespołu Interdyscyplinarnego.

- Odnotowanie w dokumentacji medycznej.

3. Pacjent zamknięty w sobie, okresowo labilny emocjonalnie (śmiejący się, za chwilę płaczący).

Cel: Przerwanie oddziaływania doświadczanej przemocy, zapewnienie poczucia bezpieczeństwa oraz intymności, zmniejszenie niepokoju, ustabilizowanie stanu emocjonalnego, przygotowanie i przeprowadzenie procedury „Niebieski Miś”, poinformowanie o przysługujących prawach.

Działanie:

- Ulokowanie pacjenta (wraz z opiekunem) w odosobnionym pomieszczeniu, propozycja kontaktu z psychologiem.
- Rozmowa z pacjentem i opiekunem przygotowująca do badania podmiotowego i przedmiotowego.
- Poinformowanie o możliwości oraz kolejnych etapach planowanego postępowania diagnostyczno – terapeutycznego.
- Wypełnienie formularza „Niebieska Karta” część A, poinformowanie o przysługujących prawach, przekazanie adresów ośrodków interwencji kryzysowej.
- Przygotowanie do przyjęcia w oddział.
- Przygotowanie wypełnionego formularza „Niebieska Karta” do przekazania Przewodniczącemu Zespołu Interdyscyplinarnego.
- Odnotowanie w dokumentacji medycznej.

4. Pacjent brudny. Uwidocznione uszkodzenia skórne pochodzenia alergicznego. Ubiór nieadekwatny do pory roku.

Cel: Przerwanie oddziaływania doświadczanej przemocy, zapewnienie poczucia bezpieczeństwa oraz intymności, zmniejszenie niepokoju, poprawa stanu higieny ciała, przygotowanie i przeprowadzenie procedury „Niebieski Miś”, poinformowanie o przysługujących prawach.

Działanie:

- Ulokowanie pacjenta (wraz z opiekunem) w odosobnionym pomieszczeniu.

- Rozmowa z pacjentem i opiekunem przygotowująca do badania podmiotowego i przedmiotowego.
- Poinformowanie o konieczności oraz kolejnych etapach planowanego postępowania diagnostyczno – terapeutycznego.
- Wypełnienie formularza „Niebieska Karta” część A, poinformowanie o przysługujących prawach, przekazanie adresów ośrodków interwencji kryzysowej.
- Przygotowanie do przyjęcia w oddział.
- Przygotowanie wypełnionego formularza „Niebieska Karta” do przekazania Przewodniczącemu Zespołu Interdyscyplinarnego.
- Odnotowanie w dokumentacji medycznej.

Kryteria wyniku

1. Pacjent wraz z opiekunem uzyskali optymalną pomoc w trakcie realizacji procedury „Niebieska Karta”, jak również zostali zaopatrzeni medycznie.
2. Pacjent wraz z opiekunem czują się bezpiecznie, oraz posiadają odpowiedni poziom informacji w zakresie dalszego postępowania.
3. Pacjent wraz z opiekunem akceptują dalsze działanie terapeutyczne oraz rozwiązania organizacyjne dotyczące pomocy interdyscyplinarnej.
4. Pielęgniarka udokumentowała podjęte działania w dokumentacji medycznej oraz przygotowała formularz „Niebieska Karta” celem przekazania Przewodniczącemu Zespołu Interdyscyplinarnego.
5. Pielęgniarka zrealizowała działania zgodnie z planem opieki pielęgniarskiej.

Procedura „Niebieskiego Misia” do wykorzystania w szpitalach dziecięcych

Tomasz Iwański

Instytut Pielęgniarstwa, Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa im. rtm. Witolda Pileckiego w Oświęcimiu

Rozporządzenie Rady Ministrów wprowadzające formularz “Niebieska Karta”, zapoczątkowało, w wymiarze interdyscyplinarnym, proces standaryzacji postępowania z ofiarami przemocy w rodzinie.

Procedowanie, zgodnie z zamysłem ustawodawcy, uwzględnia specyfikę różnych aspektów środowiska zawodowego podmiotów, udzielających świadczeń pomocowych w zakresie powyższej procedury.

W zetknięciu ofiary krzywdzenia z pracownikami ochrony zdrowia wskazane jest, by udzielana pomoc miała charakter algorytmiczny, utrzymujący parametry opieki w optymalnym zakresie.

Z uwagi na różnorodność rozwiązań organizacyjnych w placówkach świadczących usługi medyczne, zarówno w płaszczyźnie administracyjno - prawnej, jak i medycznej, koniecznym jest wprowadzenie standaryzacji postępowania wobec pacjentów, których podejrzewa się, iż są dotknięci przemocą w rodzinie.

Nurt interdyscyplinarności zawarty w ustawie o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie, ujawnia zatem potrzebę współpracy przedstawicieli ochrony zdrowia z innymi wspomnianymi w niej podmiotami.

Racjonalna interpretacja procedury kierunkuje również konieczność ujednoczenia działań diagnostycznych oraz terapeutycznych dla wspomnianej grupy pacjentów, wskazując jednocześnie na ustawowe powinności osób wykonujących zawód medyczny, podejmujących działania pomocowe.

“Niebieski Miś”

W 2006 roku, w Górnośląskim Centrum Zdrowia Dziecka w Katowicach wprowadzono autorską (autor Tomasz Iwański) procedurę postępowania z najmłodszymi

ofiarami krzywdzenia, zwaną "Niebieskim Misiem".

Fundamentem pomysłu utworzenia owej procedury, była przede wszystkim ochrona małego pacjenta, przed kilku, a nawet kilkunastokrotnym relacjonowaniem okoliczności zdarzenia doświadczanej przemocy, w trakcie realizowania procesu diagnostycznego.

Utworzony do tego celu formularz uzupełniający procedowanie, okazał się być pomocnym we wczesnym postępowaniu diagnostycznym. Dzięki modułowej budowie kierował postępowaniem lekarza, pielęgniarki, ratownika medycznego i ułatwiał pozyskiwanie danych do wywiadu, zarówno medycznego, jak i środowiskowego oraz ważnych informacji dotyczące okoliczności zdarzenia.

Obecnie obowiązującym narzędziem, zbudowanym częściowo na merytorycznych rozwiązaniach formularza procedury "Niebieski Miś", jest ogłoszony w rozporządzeniu Rady Ministrów z dnia 13 września 2011 roku, druk formularza "Niebieska Karta".

Procedura "Niebieski Miś" utworzona przy konsultacjach z Wydziałem ds. Przepływów Przeciwno Życiu i Zdrowiu Komendy Miejskiej Policji w Katowicach, Laboratorium Kryminalistycznym Komendy Miejskiej Policji w Katowicach, Miejskim Ośrodkiem Pomocy Społecznej w Katowicach, przyniosła oczekiwane efekty w postaci:

- zmniejszenia ryzyka regresu traumy małego pacjenta, podczas realizacji procesu diagnostycznego,
- skrócenia czasu hospitalizacji dziecka, które doświadczyło przemocy w rodzinie, ze średnio 2 - tygodniowego do 3 - dniowego.
- ograniczenia ilości rozpytywań dziecka przez przedstawicieli podmiotów prawnych (policjanci Komisariatu Policji, oficerowie śledczy Policji, prokurator), na temat okoliczności, w których doszło do doświadczania przemocy,
- efektywnej diagnostyki różnych form przemocy wśród pacjentów szpitala
- usprawnienia ewidencjonowania przypadków pacjentów doświadczających przemocy w rodzinie.

Powyższe walory wynikające z zastosowania procedury "Niebieskiego Misia", kierunkują przypuszczenie, iż usprawnienie postępowania diagnostyczno - terapeutycznego w szpitalach pediatrycznych, z praktycznym wykorzystaniem ujednoliconego formularza „Niebieska Karta”, znacznie przyczyni się do usprawnienia opieki nad ofiarami przemocy w rodzinie.

Standard Niebieski Miś

- 1. Szpital chroni zdrowie i życie dziecka, jak również zabezpiecza jego status prawny, przyjmując każdego pacjenta podejrzanego, iż doświadczył przemocy w rodzinie, na czas obserwacji i/lub w celu uzupełnienia diagnostyki zgodnie z ustawą o zawodzie lekarza z dnia 5.12.1996, rozdz. 5, art. 30 (Dz. U. nr 28 z 26.03.1997r.)*
- 2. W przypadku maltretowania fizycznego, zaniedbania lub molestowania seksualnego (dziecko przyjęte z powyższych powodów w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym / Izbie Przyjęć w wyniku interwencji Zespołów Ratownictwa Medycznego lub Policji), przeprowadza się postępowanie diagnostyczno – terapeutyczne zgodnie z obowiązującym standardem, z równoczesnym telefonicznym powiadomieniem dyżurnego w Komisariacie Policji, właściwym dla miejsca hospitalizacji dziecka. (telefon dyżurnego KP)*
- 3. W przypadku ujawnienia podejrzenia doświadczenia przemocy w rodzinie, podczas hospitalizacji pacjenta przyjętego w trybie planowym, działania proceduralne podejmowane są w oddziale aktualnego pobytu dziecka.*
- 4. W przypadku ujawnienia podejrzenia doświadczenia przemocy w rodzinie u pacjenta leczonego ambulatoryjnie, działania proceduralne podejmowane są w Oddziale Ratunkowym / Izbie Przyjęć placówki, celem hospitalizacji pacjenta zgodnie z p.1 standardu oraz dalszego procedowania.*
- 5. Wypełnienie formularza „Niebieska Karta”, oraz zabezpieczenie materiału dla celów dochodzeniowych wykonują dwie osoby. Upoważnione do przeprowadzenia w/w czynności są osoby, wykonujące zawód medyczny.*
- 6. Osoby, których podpis/pieczętka widnieje na formularzu „Niebieska Karta”, są upoważnione do przekazywania Policji podstawowych informacji o czynnościach diagnostycznych oraz terapeutycznych w pierwszej fazie ich realizowania, u dziecka, objętego procedurą.*
- 7. Formularz „Niebieska Karta” sporządza się w dwóch egzemplarzach, oryginał pozostaje w miejscu badania stanowiąc uzupełnienie dokumentacji medycznej, kopię pozostawia się do dyspozycji policji.*
- 8. W trybie administracyjnym, przekazuje się do właściwego dla placówki przełożonego lub osoby powołanej (Dział Prawny / Dyrekcja) pismo ze zgłoszeniem przypadku podejrzenia doświadczenia przemocy przez dziecko oraz kserokopię formularza „Niebieska Karta” w załączeniu.*

9. *Przekazanie wypełnionego formularza Przewodniczącemu Zespołu Interdyscyplinarnemu właściwemu dla miejsca zamieszkania dziecka, następuje niezwłocznie, lecz nie później niż w terminie 7 dni od wszczęcia procedury. Jednocześnie powiadamia się pisemnie Sąd Rodzinny właściwy dla miejsca zamieszkania dziecka, o fakcie wszczęcia procedury.*
10. *Pacjentowi oraz opiekunowi zapewnia się ochronę dóbr osobistych w szczególności zdrowia, wolności, nazwiska, wizerunku.*

Procedura pobierania materiału do celów dochodzeniowych

1. *Materiał zabezpieczany jest w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym / Izbie przyjęć, podczas wstępnego zaopatrywania pacjentów.*
2. *Zabezpiecza się: ubranie pacjenta, w przepuszczającym powietrze opakowaniu ochronnym (worek papierowy, plachta materiału), bądź pozostawia do dyspozycji technika kryminalistyki po uprzednim jego telefonicznym wezwaniu. (telefon do komisariatu właściwego dla obszaru funkcjonowania szpitala)*
3. *Materiał biologiczny w przypadku chłopców pobiera się z błon śluzowych (jama ustna, odbył), okolic napletka. Zabezpiecza się zeskrobiny spod paznokci. W przypadku trudnych do zabezpieczenia śladów, materiału, wzywa się technika kryminalistyki telefonicznie. (telefon do komisariatu właściwego dla obszaru funkcjonowania szpitala)*
4. *Materiał w przypadku dziewcząt pobiera się z błon śluzowych (jama ustna, wargi sromowe mniejsze, przedsionek pochwy, odbył). Zabezpiecza się zeskrobiny spod paznokci. W przypadku trudnych do zabezpieczenia śladów, materiału, wzywa się technika kryminalistyki telefonicznie. (telefon do komisariatu właściwego dla obszaru funkcjonowania szpitala)*
5. *Wymazy pobierane są suchą wymazówką, nanoszone na szkiełko podstawowe, lub pozostawione na wymazówce z dostępem powietrza (neguje się wykorzystanie wymazówek z żelowym podkładem), lub za pomocą jałowego gazika nasączonego wodą destylowaną lub solą fizjologiczną. Materiał przechowuje się w obniżonej temperaturze.*
6. *Wyczesuje się włosy na głowie i łonowe (jednorazowym grzebieniem do usuwania gnid). Wyczes wraz z grzebieniem przechowuje się w opakowaniu papierowym (koperta, złożona kartka papieru)*
7. *W przypadku obu płci zabezpiecza się krew na skrzep 10 cm³, przechowując w obniżonej temperaturze.*

8. *W przypadku podejrzenia o gwałt bezwzględnie wykonuje się dokumentację fotograficzną całego ciała, włącznie z rejonem okolicy narządów płciowych.*
9. *W przypadku pobicia wykonuje się fotografię uwidocznionych uszkodzeń na ciele.*
10. *Materiał do celów dochodzeniowych u dziewcząt pobiera się podczas konsultacji ginekologicznej lub w miejscu badania. Zabezpieczony materiał pozostawia się w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym / Izbie Przyjęć szpitala realizującego procedurę, w celu przekazania laboratorium kryminalistycznemu.*
11. *Materiał odbiera upoważniony Policjant, przedkładając stosowny protokół odbioru.*

Pismo do Sądu Rodzinnego

(Pieczęć podmiotu)

*(adres Sądu Rejonowego
właściwego dla miejsca
zamieszkania dziecka)*

*(sygnatura osoby i jednostki podmiotu
sporządzającego pismo)*

PILNE

W związku z podejrzeniem oddziaływania przemocy o charakterze seksualnym/fizycznym/ form zaniedbania opiekuńczego wobec dziecka (**imię i nazwisko, data urodzenia, zamieszkały**), proszę o wgląd w sytuację rodzinną oraz podjęcie kroków proceduralnych. Opiekunem prawnym dziecka jest: (**imię i nazwisko, data urodzenia, zamieszkały**)

Opis sytuacji rodzinnej, przypuszczenia dysfunkcji relacji rodzinnych, wnioski wynikające z badań kierunkujące przypuszczenie przemocy, obserwacja zachowania dziecka, opiekunów.

Z uwagi na przedstawione fakty, uzasadniające powyższe podejrzenie, wnoszę jak w sentencji. Jednocześnie nadmieniam, iż wypełniona został formularz „Niebieska Karta”, oraz przesłany Przewodniczącemu Zespołu Interdyscyplinarnego dla miasta *(Adres ośrodka przyjmującego formularz, właściwy dla miejsca zamieszkania dziecka)*. Proszę o pisemne poinformowanie tutejszej placówki o dalszym postępowaniu.

Z poważaniem

Agresja i przemoc w miejscu pracy w opinii podlaskich pracowników ochrony zdrowia

Krystyna Kowalczyk, Elżbieta Krajewska- Kułak, Krystyna Klimaszewska, Dorota Kondzior, Beata Kowalewska

Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

Wprowadzenie

Trwające od wielu lat badania nad mechanizmami agresji ukazują złożoność problemu. Jednocześnie, w miarę rozwoju nauki i technik diagnostycznych, pojawiają się nowe teorie dotyczące tego zagadnienia, bazujące zarówno na wiedzy psychologicznej, jak i na analizie zjawisk biochemicznych [1-6].

Na świecie zjawiskiem przemocy w miejscu pracy, analizując jego źródła i konsekwencje, zaczęto interesować się dopiero kilkanaście lat temu, a w Polsce dopiero w ostatnich latach, [6-10].

Badania przeprowadzone w Europie i Ameryce wskazują, iż agresja w miejscu pracy prowadzi do wielu niekorzystnych zjawisk dotyczących pracownika i organizacji pracy. Niestety, ten problem zagrożeń dla zdrowia personelu medycznego w Polsce nadal jeszcze jest ignorowany, a przecież w efekcie doprowadza między innymi do utraty apetytu, rozkojarzenia, bólu głowy, choroby wrzodowej, problemów w zasypianiu, większej skłonności do nadużywania alkoholu, papierosów bądź środków uspokajających [6-10].

Agresja w miejscu pracy może przybierać różne formy - począwszy od tych najbardziej drastycznych i widocznych, wyrażających się w fizycznym atakowaniu ofiary, a skończywszy na bardzo subtelnym, przez co często niedostrzeganych i bagatelizowanych formach znęcania się psychicznego [1,3,11,12].

Jednym z wielu zagrożeń zawodowych występującym w środowisku pracy, niezależnie od pełnionej funkcji, wykonywanych obowiązków czy statusu zawodowego, jest przemoc psychiczna [13-17]. Zjawisko to nierozzerwalnie związane jest z komunikacją interpersonalną, koniecznością wchodzenia w relacje z innymi ludźmi oraz nawiązywaniem kontaktów. W miejscu pracy może przejawiać się w różnych formach: od stosunkowo łagodnych (krzyk, obrażanie słowne, zastraszanie, grożenie), a skończywszy na atakach

z użyciem siły fizycznej. Sprawcami agresji mogą być zarówno osoby spoza organizacji np. pacjenci ich rodziny, jak i osoby współpracujące ze sobą na różnych szczeblach zależności zawodowej [13-17]. Można o niej dyskutować nie tylko wówczas, gdy agresorami są osoby nie należące do społeczności zawodowej (pacjenci i ich rodziny), ale również w tych przypadkach, gdy ataki ujawniają się w wewnętrznych relacjach pomiędzy pracownikami. Pochodzić one mogą ze strony kadry zarządzającej, współpracowników i podwładnych [13-17].

Zainteresowanie problemem agresji w Polsce wiąże się przede wszystkim ze zmieniającym się spojrzeniem na czynniki warunkujące sprawne funkcjonowanie człowieka w sferze zawodowej [18,19]. W wielu miejscach pracy panują niewłaściwe relacje w zespole terapeutycznym, a utarte stereotypy ról zawodowych bardzo często wyzwalają niewłaściwe relacje [18,19].

Przedstawiciele zawodów medycznych, z jednej strony, są narażeni na codzienny kontakt z drobnoustrojami chorobotwórczymi, promieniowaniem jonizującym, czy te z toksycznymi związkami [10,16,17,19], a z drugiej - stały kontakt z chorobami i ludzkim cierpieniem wywołuje u nich silne napięcie i stres [1,9,10,15,16,17,20]. Lekarze i pielęgniarki stają się także coraz częściej obiektami agresji sfrustrowanych pacjentów, współpracowników i przełożonych [8,9,10,21,22]. Niestety problem zagrożeń dla zdrowia personelu medycznego w Polsce jest jednak ciągle bagatelizowany, a prac oceniających jego zasięg bardzo niewiele [8,9,10,21,22].

Celem badań było oszacowanie źródeł i typu agresji wobec pielęgniarek, położnych oraz lekarzy.

Material i metody badań

Badania przeprowadzono po uzyskaniu zgody R-I-003/136/2005, R-I-003/74/2006, R-I-002/95/2007 Komisji Bioetycznej Akademii Medycznej w Białymstoku.

Populację badanych stanowiło 1.498 osób zatrudnionych w otwartej i zamkniętej opiece zdrowotnej na terenie województwa podlaskiego.

Respondentów podzielono na trzy grupy w zależności od wykonywanego zawodu:

- I grupa - 493 pielęgniarek (32,9 %), w tym 97,6% kobiet i 2,4% mężczyzn
- II grupa - 504 położnych (33,6 %), w tym 99,6% kobiet i 0,4% mężczyzn
- III grupa - 501 lekarzy (33,5%), w tym w tym 56,7% kobiet i 43,3% mężczyzn.

W pracy wykorzystano kwestionariusz do oceny stopnia i rodzaju agresji występującej wobec pracowników ochrony zdrowia w ich miejscu pracy, skonstruowany dla potrzeb niniejszych badań na podstawie „*Kwestionariusza częstości i konsekwencji narażenia pielęgniarek na agresję w miejscu pracy*” opracowanego przez Instytut Medycyny Pracy w Łodzi, za zgodą Instytutu Medycyny Pracy w Łodzi. Narzędzie badawcze zbudowane było z trzech pytań: dwóch zamkniętych i jednego otwartego. Pytania zamknięte dotyczyły skali narażenia na agresję w ciągu ostatniego roku ze strony pacjentów i współpracowników. Odpowiedzi były kodowane za pomocą skali od 1-5. Pytanie otwarte dotyczyło przyczyn występowania agresji w miejscu pracy respondenta.

Do statystycznego opracowania zebranych danych wykorzystano metody opisu i badania współzależności dla cech ilościowych i jakościowych. Wartości liczbowe przedstawiono w postaci średnich z odchyleniem standardowym. Podczas analizy pominięto te formy agresji, (w grupie położnych i pielęgniarek były to: próba uderzenia oraz uderzenie i atak ze strony szefów, lekarzy, innych położnych/pielęgniarek i podwładnych, w grupie lekarzy: próba uderzenia oraz uderzenie i atak ze strony pielęgniarek i podwładnych, szantaż: ze strony szefów, lekarzy, innych pielęgniarek i podwładnych), które występowały na tyle rzadko (mniej niż 20 osób), iż porównywanie częstości ich występowania w grupach nie byłoby wiarygodne ze statystycznego punktu widzenia. W celu przeprowadzenia analizy zależności kontaktów z agresją od charakteru pracy (miejsce, zajmowane stanowisko), warunków pracy i stanu zdrowia konieczne było zastosowanie bardziej złożonych technik statystycznych. Z uwagi na liczbę zmiennych opisujących zjawisko agresji w pracy pielęgniarek niemożliwe jest przedstawienie dokładnych zestawień procentowych dla wszystkich wyodrębnianych podgrup.

W związku z tym w poniższym raporcie statystycznym przyjęto następujące założenia:

- w pierwszej kolejności, za pomocą odpowiednich testów statystycznych (ich opis znajduje się poniżej), badano istotność statystyczną zależności pomiędzy rozważanym czynnikiem a agresją, ponieważ to, że w przebadanej zbiorowości występuje jakaś zależność może być tylko kwestią przypadku (brak istotności statystycznej);
- wyniki przedstawiano w maksymalnie zsyntetyzowanej postaci – często posługując się średnimi, które miały pokazywać intensywność kontaktów z agresją, wśród tych osób, które miały z nimi do czynienia (z odpowiedzi punktowanych od 2 (kilka razy w roku) do 5 (codziennie), tam gdzie było to ważne i możliwe. Przytaczano także szczegółową strukturę procentową kontaktów z pewnymi formami agresji.

Podstawowym testem statystycznym zastosowanym w opracowaniu, był test niezależności chi-kwadrat. W przypadku badania zależności intensywności agresji od zmiennych jakościowych (np. miejsce pracy, oddział) wykorzystano test Kruskala -Wallisa. W testach statystycznych zazwyczaj stawiana jest hipoteza o zerowej wartości rozważanego efektu (np. brak zależności). Na podstawie odpowiednich procedur obliczana jest tzw. statystyka testowa, która jest swego rodzaju miarą nieprawdziwości przyjętej hipotezy o zerowej wartości efektu. Ponieważ wartość statystyki testowej jest trudna do bezpośredniej interpretacji, przyjęło się podawać wyniki testów za pomocą tzw. prawdopodobieństwa testowego (p). Wartość p można w dużym uproszczeniu interpretować jako stopień prawdziwości hipotezy zerowej. W związku z powyższym, niskie wartości p uprawniają do stwierdzenia tzw. istotności statystycznej rozważanego efektu. Przyjęto zatem ogólnie stosowane reguły: jeżeli $p < 0,05$ mówimy o istotności statystycznej (*); jeżeli $p < 0,01$ mówimy o silnej istotności statystycznej (**); jeżeli $p < 0,001$ mówimy o bardzo silnej istotności statystycznej (***). Obliczenia zostały przeprowadzone za pomocą pakietu *Statistica* PL, grafikę opracowano w arkuszu kalkulacyjnym *Excel*.

Wyniki

Rozkład wieku w porównywanych grupach wykazywał duże podobieństwo:

- w I grupie - średnia wieku wynosiła $38 \pm 7,5$ lat, maks. - 57 lat, min. - 20 lat
- w II grupie - średnia wieku wynosiła $39 \pm 6,5$ lat, maks. 56 lat, min. - 20 lat
- w III grupie - średnia wieku wynosiła $39 \pm 9,4$ lat, maks. 70 lat, min. - 23 lata.

W grupie pielęgniarek zdecydowana większość posiadała wykształcenie średnie 61%, wyższe pielęgniarskie miało 10%, a inne wyższe 6%. Podobne wyniki uzyskano w grupie położnych - wykształcenie średnie 67%, wyższe pielęgniarskie miało 7%, a inne wyższe 8%. Wszyscy lekarze mieli wykształcenie wyższe, co wynikało z odmiennego toku kształcenia.

Najmniejszy odsetek badanych lekarzy (20%), pielęgniarek (23%) i położnych (13%) pracował w opiece otwartej oraz w przypadku pielęgniarek (10%) w opiece długoterminowej. Rozkład miejsc pracy pomiędzy oddziałami w opiece zamkniętej był dosyć równomierny i zamykał się w przedziale od 10 - 13%.

Struktura stażu pracy w badanych grupach przedstawiała się następująco:

- w I grupie - średnia wieku wynosiła 15 ± 8 lat, maks. - 35 lat, min. - 0,5 roku
- w II grupie - średnia wieku wynosiła $17 \pm 7,3$ lat, maks. 35 lat, min. - 1 rok

- w III grupie - średnia wieku wynosiła $14 \pm 9,4$ lat, maks. 48 lat, min. - 5 lat.

Zdecydowana większość pielęgniarek pracowała tylko w jednym miejscu (99%), a jedynie 6. osób zatrudnionych było na dwóch etatach. Podstawowym miejscem pracy dwóch trzecich pielęgniarek była opieka zamknięta.

Ankietowane położne pracowały przede wszystkim w opiece zamkniętej (96%) i prawie wyłącznie w jednym miejscu.

Trzech lekarzy, na dziesięciu zatrudnionych, pracowało w dwóch miejscach, przy czym tym drugim miejscem była zawsze opieka otwarta. Częściej na dwóch etatach pracowali lekarze zatrudnieni w opiece zamkniętej.

Większość ankietowanych pielęgniarek (66%) oraz położnych (70%) pracowało na stanowisku pielęgniarki/położnej odcinkowej. Podobna sytuacja dotyczyła zajmowanego stanowiska kierowniczego w obu grupach zawodowych - 13% pielęgniarek i 12% położnych 12%.

W grupie ankietowanych lekarzy 50% pracowało na stanowisku „młodszy lekarz”, a 13% na stanowisku kierowniczym. W przypadku lekarzy wyróżniano także posiadaną specjalizację. Warto nadmienić, iż 88 lekarzy posiadało dwie specjalizacje, 288 jedną, a 125 nie posiadało żadnej specjalizacji.

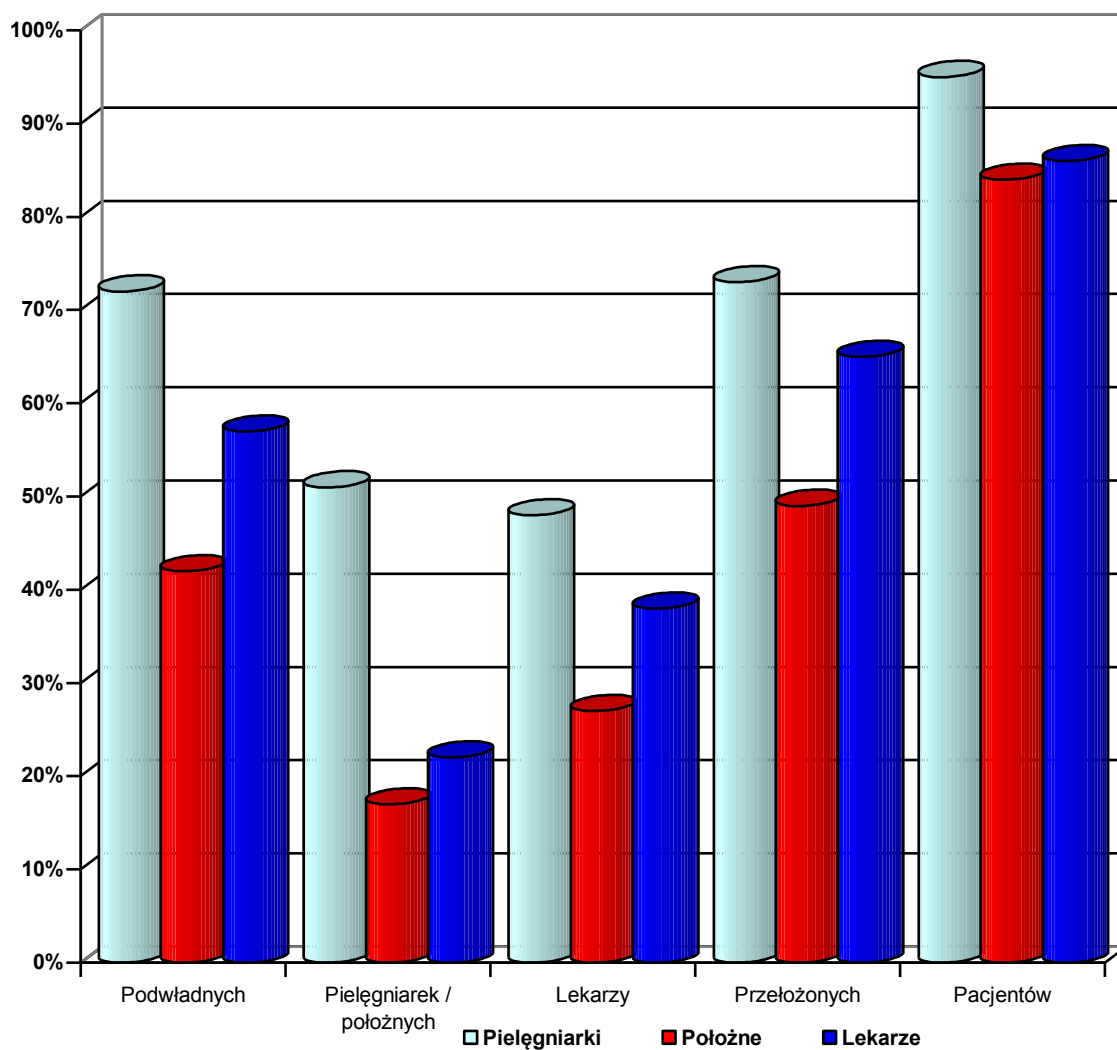
W badaniach wykazano, że kontakt agresją, niezależnie od źródła pochodzenia, wskazało 96% (474 osoby) pielęgniarek, 86% (432 osoby) położnych, 90% (452 osoby) lekarzy. Liczba i odsetek osób z każdej grupy zawodowej, którzy mieli kontakt z daną formą agresji (z jakiegokolwiek strony: pacjenta czy też współpracowników) obrazuje Tabela I. Różnice pomiędzy grupami były istotne statystycznie, a grupą najbardziej narażoną na każdą formę agresji były pielęgniarki (Tab. I, Ryc. 1.). Wykazano, że niezależnie od grupy zawodowej najczęściej zachowania agresywne pochodziły ze strony pacjentów (Tab. I).

Stwierdzono, że najczęstszą formą agresji wobec pracowników medycznych było używanie podniesionego głosu niezależnie od grupy zawodowej, a najmniejszą formą agresji był atak, uderzenie (Tab. 2.) Analiza graficzna dokładnie przedstawia kontakt z daną formą agresji (Ryc. 2).

W celu ułatwienia prowadzenia analizy porównawczej, zestawiono informacje o liczbie osób, odsetku i przeciętnym nasileniu występującej agresji w każdej grupie zawodowej. Dokonano porównanie częstości występowania poszczególnych form agresji (za pomocą testu niezależności chi-kwadrat) i ich nasilenia (za pomocą testu Kruskala-Wallisa). Dokładną analizę przedstawiono w Tabelach III-VII.

Tabela I. Źródła pochodzenia agresji

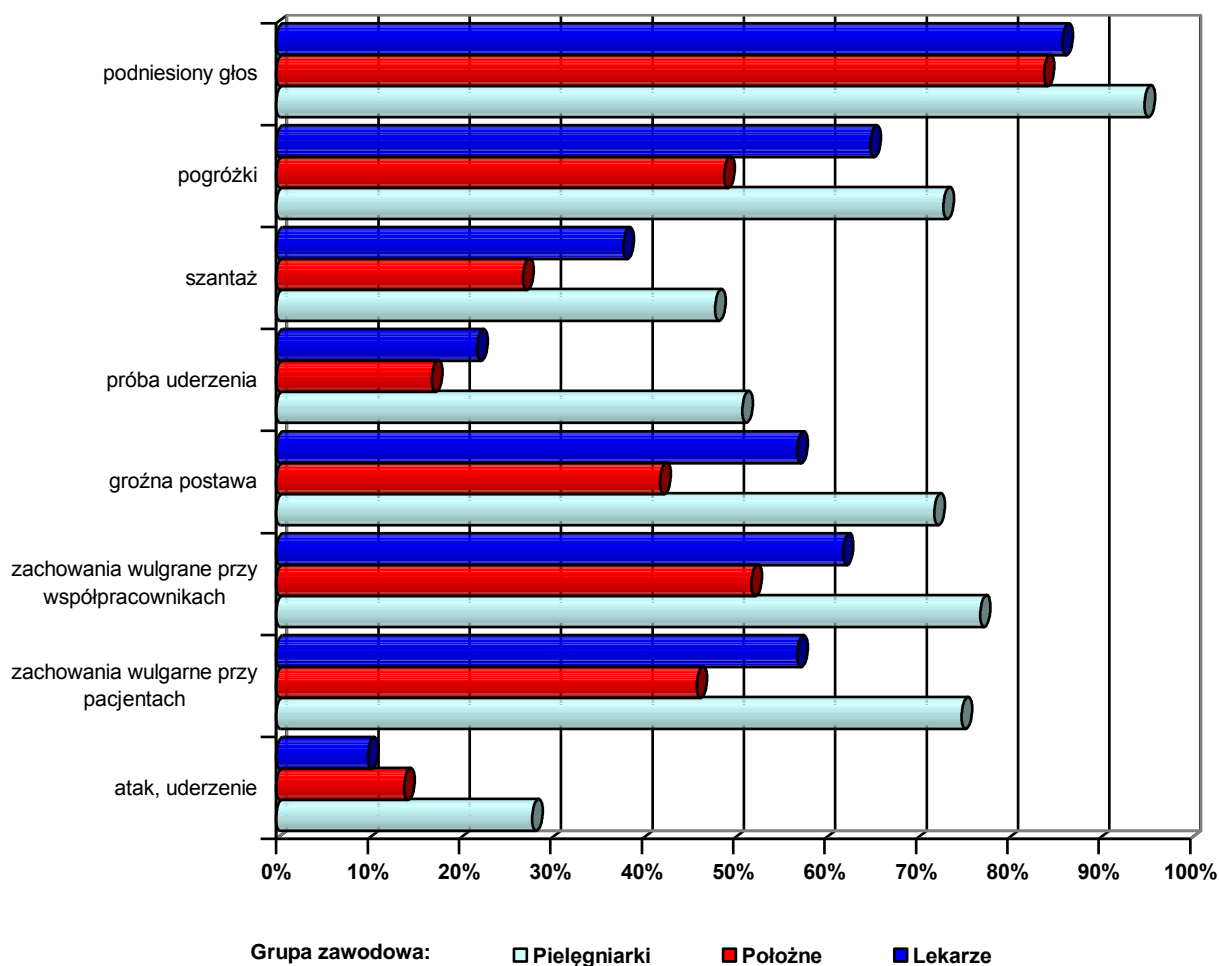
Agresja ze strony...	Pielęgniarki		Położne		Lekarze		<i>p</i> chi-kwadrat
	<i>N</i>	%	<i>N</i>	%	<i>N</i>	%	
Pacjentów	456	92%	372	74%	433	86%	0,0000****
Przełożonych	215	44%	235	47%	179	36%	0,0015**
Lekarzy	268	54%	277	55%	199	40%	0,0000****
Pielęgniarek / położnych	246	50%	216	43%	121	24%	0,0000****
Podwładnych	181	37%	119	24%	86	17%	0,0000****



Rycina 1. Odsetek osób mających kontakt z agresją.

Tabela II. Formy narażenia na agresję

Forma agresji	Pielęgniarki		Położne		Lekarze		<i>p</i> chi-kwadrat
	<i>N</i>	%	<i>N</i>	%	<i>N</i>	%	
Podniesiony głos	468	95%	423	84%	432	86%	0,0000***
Pogróżki	360	73%	248	49%	328	65%	0,0000***
Szantaż	236	48%	138	27%	191	38%	0,0000***
Próba uderzenia	249	51%	88	17%	110	22%	0,0000***
Groźna postawa	357	72%	213	42%	288	57%	0,0000***
Zachowania wulgarne przy współprac.	381	77%	260	52%	313	62%	0,0000***
Zachowania wulgarne przy pacjentach	368	75%	234	46%	288	57%	0,0000***
Atak, uderzenie	139	28%	69	14%	50	10%	0,0000***



Rycina 2. Procent osób mających kontakt z daną formą agresji

Tabela III. Forma występującej agresji ze strony pacjentów

Forma Agresji	Pielęgniarki			Położne			Lekarze			pchi-kwadrat	p _{K-W}
	N	%	\bar{x}	N	%	\bar{x}	N	%	\bar{x}		
1	440	89%	3,31	353	70%	2,65	411	82%	2,92	0,0000***	0,0000***
2	328	67%	2,77	176	35%	2,53	306	61%	2,54	0,0000***	0,0000***
3	197	40%	2,58	88	17%	2,73	168	34%	2,49	0,0000***	0,1691
4	238	48%	2,49	63	13%	2,83	104	21%	2,53	0,0000***	0,0299*
5	326	66%	2,60	153	30%	2,46	255	51%	2,51	0,0000***	0,0053**
6	343	70%	2,90	182	36%	2,47	282	56%	2,57	0,0000***	0,0000***
7	340	69%	2,87	158	31%	2,53	264	53%	2,55	0,0000***	0,0000***
8	129	26%	2,20	45	9%	3,00	45	9%	2,60	0,0000***	0,0000***
1. Podniesiony głos 2. Pogróżki 3. Szantaż 4. Próba uderzenia 5. Groźna postawa 6. Zachowania wulgarne przy współpracownikach 7. Zachowania wulgarne przy pacjentach 8. Atak, uderzenie											

Tabela IV. Forma występującej agresji ze strony przełożonych

Forma Agresji	Pielęgniarki			Położne			Lekarze			pchi-kwadrat	p _{K-W}
	N	%	\bar{x}	N	%	\bar{x}	N	%	\bar{x}		
1	188	38%	2,51	199	39%	2,55	149	30%	2,40	0,0023**	0,3403
2	94	19%	2,50	103	20%	2,65	66	13%	2,59	0,0058**	0,5685
3	48	10%	2,63	63	13%	2,63	40	8%	2,65	0,0565	0,9912
4	5	1%	2,40	20	4%	2,75	4	1%	2,50	0,0003***	0,7880
5	52	11%	2,71	85	17%	2,84	54	11%	2,57	0,0031**	0,6612
6	108	22%	2,65	110	22%	2,80	69	14%	2,67	0,0009***	0,3910
7	90	18%	2,64	100	20%	2,80	46	9%	2,83	0,0000***	0,4843
8	5	1%	3,00	21	4%	2,81	2	0%	3,50	0,0000***	0,5079
1. Podniesiony głos 2. Pogróżki 3. Szantaż 4. Próba uderzenia 5. Groźna postawa 6. Zachowania wulgarne przy współpracownikach 7. Zachowania wulgarne przy pacjentach 8. Atak, uderzenie											

Tabela V. Forma występującej agresji ze strony lekarzy

Forma Agresji	Pielęgniarki			Położne			Lekarze			pchi-kwadrat	p _{K-W}
	N	%	\bar{x}	N	%	\bar{x}	N	%	\bar{x}		
1	254	52%	2,37	244	48%	2,48	173	35%	2,32	0,0000***	0,0675
2	90	18%	2,38	89	18%	2,66	61	12%	2,57	0,0155*	0,1133
3	38	8%	2,61	55	11%	2,71	33	7%	2,70	0,0374*	0,8443
4	7	1%	3,00	23	5%	2,83	9	2%	3,22	0,0030**	0,7799
5	50	10%	2,78	84	17%	2,70	53	11%	2,57	0,0022**	0,6128
6	125	25%	2,45	115	23%	2,65	74	15%	2,45	0,0001***	0,1665
7	113	23%	2,40	99	20%	2,72	53	11%	2,55	0,0000***	0,0633
8	9	2%	2,56	23	5%	2,83	3	1%	2,67	0,0001***	0,7520
1. Podniesiony głos 2. Pogróżki 3. Szantaż 4. Próba uderzenia 5. Groźna postawa 6. Zachowania wulgarne przy współpracownikach 7. Zachowania wulgarne przy pacjentach 8. Atak, uderzenie											

Tabela VI. Forma występującej agresji ze strony pielęgniarek/położnych

Forma Agresji	Pielęgniarki			Położne			Lekarze			pchi-kwadrat	p _{K-W}
	N	%	\bar{x}	N	%	\bar{x}	N	%	\bar{x}		
1	225	46%	2,35	196	39%	2,45	95	19%	2,36	0,0000***	0,6214
2	81	16%	2,43	81	16%	2,79	30	6%	2,83	0,0000***	0,0182*
3	41	8%	2,73	52	10%	2,77	20	4%	2,85	0,0005***	0,9988
4	9	2%	3,33	22	4%	2,77	6	1%	2,50	0,0028**	0,4023
5	40	8%	2,63	52	10%	3,08	42	8%	2,79	0,4111	0,1519
6	111	23%	2,41	82	16%	2,72	48	10%	2,60	0,0000***	0,1761
7	73	15%	2,47	68	13%	2,85	34	7%	2,74	0,0001***	0,0538
8	8	2%	3,25	25	5%	2,96	2	0%	3,00	0,0000***	0,8068
1. Podniesiony głos 2. Pogróżki 3. Szantaż 4. Próba uderzenia 5. Groźna postawa 6. Zachowania wulgarne przy współpracownikach 7. Zachowania wulgarne przy pacjentach 8. Atak, uderzenie											

Tabela VII. Forma występującej agresji ze strony podwładnych

Forma Agresji	Pielęgniarki			Położne			Lekarze			pchi-kwadrat	p _{K-W}
	N	%	\bar{x}	N	%	\bar{x}	N	%	\bar{x}		
1	165	33%	2,53	96	19%	2,45	57	11%	2,21	0,0000***	0,0061**
2	76	15%	2,63	51	10%	2,65	25	5%	2,40	0,0000***	0,1933
3	35	7%	2,71	31	6%	2,87	8	2%	3,00	0,0001***	0,8842
4	16	3%	2,88	20	4%	2,95	4	1%	2,75	0,0049**	0,9221
5	47	10%	2,53	41	8%	3,29	30	6%	2,80	0,1123	0,0019**
6	91	18%	2,68	54	11%	3,06	33	7%	2,52	0,0000***	0,0366*
7	77	16%	2,53	50	10%	3,00	27	5%	2,52	0,0000***	0,0247*
8	9	2%	2,56	22	4%	2,86	4	1%	2,50	0,0006***	0,4860
1. Podniesiony głos 2. Pogróżki 3. Szantaż 4. Próba uderzenia 5. Groźna postawa 6. Zachowania wulgarne przy współpracownikach 7. Zachowania wulgarne przy pacjentach 8. Atak, uderzenie											

Stwierdzono, że zdecydowanie większy odsetek lekarzy padał ofiarą zachowań agresywnych w opiece zamkniętej, niż w otwartej. Jedynymi wyjątkami była agresja ze strony pacjentów w formie podniesionego głosu i pogróżek, na który większa część lekarzy była narażona w opiece otwartej. Wszystkie istotne statystycznie formy agresji zdecydowanie częściej występowały w opiece zamkniętej. Szczegółowe dane przedstawia Tabela VIII.

W przypadku pielęgniarek, zdecydowanie większy odsetek pracujących w zamkniętej, niż w otwartej opiece zdrowotnej, miał do czynienia z agresją ze strony pacjentów. Szczególnie duża dysproporcja miała miejsce w przypadku agresji fizycznej. Podobnie jak pacjenci zachowywali się przełożeni pielęgniarek. Oni również częściej przejawiali agresję w zamkniętej niż otwartej opiece zdrowotnej. Tak wyraźnej różnicy pomiędzy miejscami pracy nie odnotowano ze strony lekarzy i pielęgniarek, aczkolwiek dalej widzimy tu przewagę

zamkniętej opieki zdrowotnej. Odwrotny wynik do pozostałych kategorii otrzymano w przypadku agresji ze strony podwładnych. Tu respondenci częściej wskazywali opiekę otwartą. Szczegółowe wyniki przedstawiono w Tabeli IX.

Tab. VIII. Nasilenie agresji w stosunku do lekarzy w zależności od miejsca pracy

Formy agresji ze strony		Opieka zamknięta		Opieka otwarta		pchi-kwadrat	pK-W
		%	\bar{x}	%	\bar{x}		
Pacjentów	Podniesiony głos	80%	2,96	91%	2,80	0,0069**	0,1567
	Pogróżki	61%	2,59	62%	2,33	0,8591	0,0281*
	Próba uderzenia	24%	2,57	10%	2,10	0,0022**	0,2321
	Atak, uderzenie	11%	2,61	1%	2,00	0,0015**	0,5519
Przełożonych	Podniesiony głos	33%	2,42	17%	2,29	0,0012**	0,3596
	Groźna postawa	12%	2,59	5%	2,40	0,0315*	0,9444
	Wulgaryzmy przy współpracownikach	16%	2,73	6%	2,00	0,0094**	0,0697
	Wulgaryzmy przy pacjentach	11%	2,88	3%	2,00	0,0142*	0,1367
Lekarzy	Podniesiony głos	38%	2,31	20%	2,40	0,0004***	0,6858
	Pogróżki	13%	2,67	9%	2,00	0,2429	0,0402*
	Szantaż	8%	2,74	2%	2,00	0,0344*	0,2607
	Groźna postawa	12%	2,58	5%	2,40	0,0362*	0,8971
	Zachowania wulgarne przy współprac.	17%	2,48	7%	2,14	0,0114*	0,4604
	Zachowania wulgarne przy pacjentach	12%	2,60	5%	2,00	0,0362*	0,1684
Pielęgniarek	Podniesiony głos	22%	2,37	9%	2,22	0,0033**	0,7379
	Groźna postawa	10%	2,80	2%	2,50	0,0086**	0,8708
	Zachowania wulgarne przy współprac.	11%	2,64	4%	2,25	0,0291*	0,6070

Tabela IX. Nasilenie agresji w stosunku do pielęgniarek w zależności od miejsca pracy

Forma agresji ze strony:		Opieka zamknięta		Opieka otwarta		pchi-kwadrat	pK-W
		%	\bar{x}	%	\bar{x}		
Pacjentów	Podniesiony głos	94%	3,39	80%	3,13	0,0000***	0,0128*
	Pogróżki	70%	2,81	60%	2,68	0,0251*	0,2061
	Szantaż	43%	2,56	34%	2,64	0,0371*	0,6021
	Próba uderzenia, ataku	57%	2,48	31%	2,52	0,0000***	0,5206
	Groźna postawa	73%	2,64	52%	2,46	0,0000***	0,0546
	Zachowania wulgarne przy współpracownikach	77%	2,96	55%	2,74	0,0000***	0,0367*
	Zachowania wulgarne przy pacjentach	79%	2,93	49%	2,71	0,0000***	0,0481*
	Atak, uderzenie	33%	2,15	13%	2,48	0,0000***	0,0501
Przełożonych	Podniesiony głos	42%	2,53	30%	2,44	0,0073**	0,3870
	Groźna postawa	10%	2,42	11%	3,21	0,6678	0,0213*
	Zachowania wulgarne przy pacjentach	19%	2,49	16%	3,00	0,3904	0,0240*
Lekarzy	Podniesiony głos	56%	2,36	42%	2,40	0,0023**	0,9469
	Groźna postawa	9%	2,52	13%	3,14	0,2003	0,0360*
	Zachowania wulgarne przy współpracownikach	27%	2,32	22%	2,76	0,2425	0,0165*
	Zachowania wulgarne przy pacjentach	24%	2,16	20%	2,94	0,3328	0,0000***
Pielęgniarek	Podniesiony głos	49%	2,31	39%	2,45	0,0321*	0,2942
	Pogróżki	16%	2,27	18%	2,70	0,5106	0,0354*
	Groźna postawa	7%	2,18	11%	3,17	0,1209	0,0030**
	Zachowania wulgarne przy współpracownikach	24%	2,21	20%	2,91	0,2946	0,0001***
	Zachowania wulgarne przy pacjentach	14%	2,09	17%	3,07	0,3807	0,0000***
Podwładnych	Szantaż	5%	2,50	11%	2,89	0,0081**	0,2728
	Groźna postawa	9%	2,17	10%	3,18	0,7266	0,0010***
	Zachowania wulgarne przy współpracownikach	18%	2,52	19%	3,00	0,9659	0,0267*
	Zachowania wulgarne przy pacjentach	15%	2,31	17%	2,93	0,6154	0,0052**

Większy procent położnych miało do czynienia z podnoszeniem głosu przez lekarzy w lecznictwie zamkniętym niż otwartym. Nie stwierdzono istotnych statystycznie zależności pomiędzy miejscem pracy a narażeniem na agresję ze strony przełożonych, położnych i podwładnych (Tabela X).

Tabela X. Agresja wobec położnych w zależności od miejsca pracy

Forma agresji ze strony pacjentów	Opieka zamknięta		Opieka otwarta		Pchi-kwadrat	pK-W
	%	\bar{x}	%	\bar{x}		
Pogróżki	32%	2,53	51%	2,53	0,0019**	0,9603
Forma agresji ze strony lekarzy	Opieka zamknięta		Opieka otwarta		pchi-kwadrat	pK-W
	%	\bar{x}	%	\bar{x}		
Podniesiony głos	51%	2,49	35%	2,42	0,0098**	0,6152

Odsetek lekarzy, którzy doświadczyli różnych form agresji oraz częstość, z jaką spotykali się lekarze z agresją ze strony pacjentów, ale także i współpracowników, była w bardzo znaczący sposób uzależniona od rodzaju oddziału. Absolutnie pierwsze miejsce i to zarówno pod względem częstości występowania, jak i odsetka lekarzy, którzy mieli styczność z agresją dzierży psychiatria, ale niewiele ustępują jej izby przyjęć. Ciekawie agresja prezentuje się na oddziałach położnictwa i ginekologii. W porównaniu do innych oddziałów niewielki odsetek lekarzy zetknął się tu z agresją, ale za to zanotowano w nim najwyższą po psychiatrii częstość występowania zjawiska (Tab. XI).

W przypadku pielęgniarek wykazano bardzo wyraźny wpływ typu oddziału na występowanie szantażu ze strony przełożonych. Najmniej pielęgniarek padało ofiarami agresji pracując w medycynie rodzinnej. Ciekawie wyglądała sytuacja na oddziałach chirurgicznych, gdzie z podniesionym głosem we wszystkich kategoriach miał kontakt odsetek pielęgniarek podobny, a nawet wyższy niż na innych oddziałach. W przypadku pozostałych form agresji odnotowano bardzo niskie i najniższe wskazania. Można nawet pokusić się o nazwanie tych oddziałów bezpiecznymi, ale bardzo głośnymi. Częstość występowania poszczególnych form agresji, poza wskazanymi izbami przyjęć, różniła się nieznacznie pomiędzy oddziałami, z kilkoma wyjątkami takimi jak: agresja słowna ze strony pacjentów na oddziałach psychiatrii i pediatrii, czy wulgaryzmy na oddziałach psychiatrii i chirurgii (Tab. XII).

Tabela XI. Częstość występowania form agresji w stosunku do lekarzy w zależności od oddziału

Formy agresji ze strony		Oddziały								pK-W
		1	2	3	4	5	6	7	8	
Pacjentów	Podniesiony głos	3,4	2,6	2,9	2,8	2,8	2,8	3,1	2,7	0,0115*
	Pogróżki	3,1	2,3	2,5	2,3	2,3	2,6	2,7	2,3	0,0000***
	Szantaż	3,0	2,5	2,1	2,3	2,2	2,5	2,6	2,3	0,0462*
	Próba uderzenia	3,3	2,5	2,1	2,0	2,4	2,6	3,0	2,1	0,0101*
	Groźna postawa	3,1	2,1	2,3	2,3	2,5	2,6	2,8	2,3	0,0030**
	Zachowania wulgarne przy współpracownikach	3,0	2,3	2,5	2,3	2,5	2,6	2,7	2,3	0,0707
	Zachowania wulgarne przy pacjent.	2,9	2,3	2,4	2,3	2,5	2,6	3,0	2,3	0,0562
	Atak, uderzenie	3,2	2,0	2,3	2,0	2,0	2,7	4,0	2,0	0,0687
Przełożonych	Podniesiony głos	2,8	2,4	2,1	2,2	2,2	2,5	3,2	2,2	0,0151*
	Pogróżki	3,2	2,3	2,0	2,1	2,5	2,3	3,1	2,2	0,0548
	Groźna postawa	3,0	2,4	2,3	2,1	2,4	2,0	3,0	2,4	0,1756
	Zachowania wulgarne przy współpracownikach	3,8	2,3	2,0	2,2	2,4	2,5	3,4	2,0	0,0006***
	Zachowania wulgarne przy pacjent.	4,6	2,7	2,0	2,1	2,5	2,8	3,1	2,0	0,0022**
Innych lekarzy	Podniesiony głos	2,5	2,3	2,1	2,1	2,1	2,1	3,1	2,3	0,0013**
	Pogróżki	3,3	2,2	2,1	2,1	2,4	2,0	3,2	2,0	0,0126*
	Szantaż	3,7	2,0	2,0	2,0	2,4	2,0	2,5	2,0	0,0238*
	Groźne postawy	3,8	2,3	2,0	2,1	2,4	2,0	2,6	2,4	0,0071**
	Zachowania wulgarne przy współprac.	3,5	2,3	2,0	2,1	2,3	2,0	2,8	2,1	0,0042**
	Zachowania wulgarne przy pacjent.	3,7	2,4	2,0	2,1	2,3	2,0	2,8	2,0	0,0242*
Pielęgniarek	Podniesiony głos	2,8	2,5	2,0	2,0	2,1	2,5	2,4	2,2	0,0402*
	Groźna postawa	4,0	2,6	2,0	2,2	2,5	2,0	2,8	2,5	0,0109*
	Zachowania wulgarne przy współpracownikach	4,0	2,5	2,0	2,2	2,3	2,0	2,8	2,2	0,0078**
Podwładnych	Podniesiony głos	2,0	2,5	2,3	2,0	2,3	2,1	2,0	2,0	0,6036
	Groźna postawa	4,0	3,3	2,0	2,2	2,6	2,0	2,0	2,2	0,0752
	Zachowania wulgarne przy współprac.	3,8	2,5	2,0	2,2	2,3	2,0	2,0	2,0	0,0240*
	Zachowania wulgarne przy pacjent.	4,3	2,6	2,0	2,2	2,3	2,0	–	2,0	0,0569

1 – psychiatria,
2 – pediatria,
3 – izby przyjęć,
4 – neurologia,
5 – chirurgia,
6 – interna,
7 – położnictwo i ginekologia,
8 – medycyna rodzinna

Tabela XII. Odsetek pielęgniarek mających styczność z agresją w zależności od typu oddziału

Forma agresji ze strony:		Oddziały								$P_{\text{chi-kwadrat}}$
		1	2	3	4	5	6	7	8	
Pacjentów	Podniesiony głos	98%	92%	89%	98%	98%	87%	96%	75%	0,0000***
	Pogróżki	86%	41%	74%	92%	82%	52%	67%	52%	0,0000***
	Szantaż	59%	12%	47%	82%	45%	25%	40%	25%	0,0000***
	Próba uderzenia, ataku	75%	31%	47%	84%	65%	46%	50%	22%	0,0000***
	Groźna postawa	86%	49%	61%	98%	71%	73%	71%	46%	0,0000***
	Zachowania wulgarne przy współprac.	94%	51%	80%	94%	80%	67%	69%	46%	0,0000***
	Zachowania wulgarne przy pacjentach	94%	61%	76%	94%	86%	62%	71%	41%	0,0000***
	Atak, uderzenie	51%	8%	17%	49%	49%	23%	27%	10%	0,0000***
Przełożonych	Podniesiony głos	33%	51%	26%	65%	31%	37%	37%	35%	0,0006***
	Pogróżki	10%	25%	13%	37%	12%	12%	21%	22%	0,0034**
	Zachowania wulgarne przy współprac.	16%	27%	19%	45%	10%	15%	25%	21%	0,0009***
	Zachowania wulgarne przy pacjentach	16%	14%	19%	37%	12%	10%	21%	18%	0,0139*
Lekarzy	Podniesiony głos	37%	73%	34%	76%	35%	63%	54%	49%	0,0000***
	Pogróżki	4%	25%	9%	37%	6%	10%	19%	28%	0,0000***
	Szantaż	4%	8%	4%	16%	4%	2%	4%	14%	0,0143*
	Zachowania wulgarne przy współprac.	18%	27%	24%	57%	12%	21%	23%	23%	0,0000***
	Zachowania wulgarne przy pacjentach	18%	18%	21%	49%	12%	19%	25%	23%	0,0006***
Pielęgniarek	Podniesiony głos	25%	55%	34%	61%	29%	58%	67%	43%	0,0000***
	Pogróżki	4%	14%	14%	29%	8%	12%	25%	21%	0,0043**
	Szantaż	2%	6%	4%	16%	4%	6%	8%	15%	0,0226*
	Groźna postawa	0%	6%	6%	6%	6%	6%	13%	15%	0,0323*
	Zachowania wulgarne przy współprac.	12%	18%	16%	53%	16%	17%	27%	23%	0,0000***
	Zachowania wulgarne przy pacjentach	6%	6%	14%	33%	14%	4%	15%	20%	0,0002***
Podwładnych	Pogróżki	12%	16%	17%	29%	8%	6%	10%	20%	0,0145*
	Zachowania wulgarne przy współprac.	22%	18%	23%	35%	12%	6%	12%	19%	0,0065**
	Zachowania wulgarne przy pacjentach	16%	10%	19%	31%	12%	4%	10%	19%	0,0058**

1 – psychiatria, 2 – pediatria, 3 – opieka długoterminowa, 4 – izba przyjęć, 5 – neurologia, 6 – chirurgia, 7 – interna, 8 – medycyna rodzinna

Przynajmniej raz z tą formą agresji zetknęła się co czwarta położna na ginekologii i co piąta na patologii ciąży, wobec znikomej częstości występowania tego zjawiska na izbie przyjęć, położnictwie i ginekologii, czy sali porodowej. Znacząco mniejszy był wpływ oddziału w przypadku agresji ze strony pacjentów. Tu nieznacznie mniej narażone były położne pracujące na ginekologii niż na pozostałych oddziałach. Nie wykazano istotnego statystycznie związku między narażeniem na agresję ze strony podwładnych i lekarzy a typem oddziału. Szczegółowe dane zawiera Tabela XIII.

Tabela XIII. Agresja wobec położnych w zależności od oddziału

Forma agresji ze strony:		Oddziały ^{*)}								P _{chi-kwadrat}
		1	2	3	4	5	6	7	8	
Pacjentów	Podniesiony głos	67%	78%	84%	59%	65%	63%	65%	79%	0,0205*
	Szantaż	20%	13%	18%	8%	16%	25%	17%	23%	0,2540
	Zachowania wulgarne przy współpracownikach	38%	44%	27%	33%	27%	38%	35%	45%	0,2400
Przełożonych	Szantaż	7%	2%	6%	20%	25%	11%	11%	18%	0,0006***
	Groźna postawa	13%	5%	13%	26%	17%	24%	22%	15%	0,0355*
Podwładnych	Pogróżki	15%	13%	3%	18%	21%	32%	15%	12%	0,0030**

1 – izba przyjęć,
2 – położnictwo i ginekologia,
3 – sala porodowa,
4 – patologia ciąży,
5 – ginekologia,
6 - blok operacyjny,
7 – noworodki,
8 – medycyna rodzinna

Stanowisko, na którym pracował lekarz wpływało na odsetek osób mających kontakt z wieloma formami agresji. Wraz ze wzrostem szczebla zawodowego rósł stopień narażenia na agresję ze strony pacjentów, a malał ze strony innych lekarzy i przełożonych. Żaden wynik nie był istotny statystycznie dla badania zależności agresji ze strony

pielęgniarek i podwładnych od stanowiska zajmowanego przez lekarza. Wyniki obrazuje Tab. XIV.

Tabela XIV. Nasilenie agresji w stosunku do lekarzy w zależności od zajmowanego stanowiska

Formy agresji ze strony pacjentów		Młodszy lekarz		Starszy lekarz		Stanowisko kierownicze		pchi-kwadrat	pK-W
Pacjentów	Podniesiony głos	76%	3,04	87%	2,91	81%	2,69	0,0221*	0,1256
	Atak, uderzenie	12%	2,43	9%	2,57	2%	5,00	0,0440*	0,1123
Przełożonych	Podniesiony głos	37%	2,58	28%	2,24	23%	2,33	0,0666	0,1387
	Pogróżki	18%	2,68	9%	2,50	14%	2,56	0,0393*	0,6286
	Zachowania wulgarne przy współpracownikach	17%	3,00	13%	2,32	8%	3,00	0,2018	0,0191*
Innych lekarzy	Podniesiony głos	42%	2,46	30%	2,18	36%	2,30	0,0322*	0,1164
	Szantaż	9%	2,73	4%	2,44	13%	2,88	0,0217*	0,3651

Bardziej na agresję narażone były pielęgniarki zatrudnione na stanowiskach kierowniczych i pielęgniarki odcinkowe, a mniej pielęgniarki środowiskowe i zabiegowe. Nie wykazano istotnych statystycznie zależności pomiędzy zajmowanym stanowiskiem, a agresją ze strony przełożonych (Tab. XV).

W przypadku położnych wpływ zajmowanego stanowiska na kontakty z zachowaniami agresywnymi był znikomy. Jedyny wyraźny rezultat uzyskano dla kategorii agresji: „podniesiony głos ze strony pacjentów”. Największy odsetek (81%) stykał się z tą formą wśród położnych środowiskowych, a najmniejszy (45%) wśród położnych zajmujących kierownicze stanowiska.

System pracy nie miał żadnego związku z narażeniem na agresję ze strony przełożonych, innych lekarzy oraz pielęgniarek. Najwyraźniej widać różnicę pomiędzy pracującymi w systemie 8- i 12-godzinnym w przypadku lekarzy, wobec których podjęto próbę uderzenia (jest ich 43% w tej drugiej grupie a tylko 17% w pierwszej). (Tabela XVI).

Tabela XV. Nasilenie agresji w stosunku do pielęgniarek w zależności od stanowiska pracy

Forma agresji ze strony:		Stanowisko ^{*)}								pchi- kwadrat	PK-W
		1		2		3		4			
Pacjentów	Podniesiony głos	91%	3,4	92%	3,4	83%	3,1	73%	2,5	0,0006****	0,0002****
	Pogróżki	71%	2,8	70%	2,8	60%	2,6	40%	2,4	0,0009****	0,2493
	Szantaż	44%	2,4	43%	2,6	32%	2,6	23%	2,3	0,0352*	0,6099
	Próba uderzenia, ataku	44%	2,4	58%	2,4	25%	3,2	15%	2,6	0,0000****	0,0407*
	Groźna postawa	65%	2,8	72%	2,5	48%	2,7	45%	2,3	0,0001****	0,1682
	Zachowania wulgarne przy współprac.	79%	2,8	75%	2,9	58%	2,7	35%	2,5	0,0000****	0,1565
	Wulgaryzmy przy pacjentach	79%	2,8	76%	2,9	52%	2,8	25%	2,5	0,0000****	0,4213
	Atak, uderzenie	18%	2,0	34%	2,1	10%	2,6	5%	3,0	0,0000****	0,1656
Lekarzy	Podniesiony głos	58%	2,3	50%	2,3	63%	2,4	30%	2,5	0,0077**	0,5110
	Zachowania wulgarne przy współprac.	30%	2,4	25%	2,3	25%	2,8	18%	3,1	0,5376	0,0137*
	Zachowania wulgarne przy pacjentach	27%	2,3	23%	2,2	22%	2,8	18%	3,1	0,6969	0,0054**
Pielęgniarek	Pogróżek	18%	2,5	15%	2,2	22%	2,9	15%	2,1	0,6252	0,1432
	Groźna postawa	11%	2,5	6%	2,3	17%	2,7	8%	3,6	0,0338*	0,0958
	Zachowania wulgarne przy pacjentach	15%	2,5	13%	2,2	17%	3,1	20%	2,8	0,6681	0,0131*
Podwładnych	Podniesiony głos	47%	2,2	33%	2,5	27%	2,7	23%	2,8	0,0317*	0,2723
	Szantaż	9%	2,8	5%	2,7	8%	2,6	18%	2,5	0,0347*	0,9908

1 – zajmująca kierownicze stanowisko,

2 – pielęgniarka odcinkowa,

3 – pielęgniarka zabiegowa,

4 – pielęgniarka środowiskowa

Tabela XVI. Nasilenie agresji w stosunku do lekarzy w zależności od systemu pracy

Forma agresji ze strony pacjentów	System pracy				pchi-kwadrat	pK-W
	8-godzinny		12-godzinny			
Podniesiony głos	83%	2,89	78%	3,17	0,3438	0,0467*
Szantaż	31%	2,53	48%	2,38	0,0128*	0,4446
Próba uderzenia	17%	2,54	43%	2,65	0,0000***	0,5991
Zachowania wulgarne przy współpracownikach	55%	2,52	67%	2,92	0,0971	0,0061**
Zachowania wulgarne przy pacjentach	51%	2,52	65%	2,83	0,0522	0,0496*
Atak, uderzenie	8%	2,54	17%	2,89	0,0406*	0,2728

W przypadku pielęgniarek stwierdzono ogromny wpływ systemu pracy na częstość kontaktów ze zjawiskiem agresji, zwłaszcza ze strony pacjentów. Być może jest to jednak zależność pozorna, spowodowana ukrytym oddziaływaniem takich czynników, jak miejsce pracy, stanowisko, czy oddział. Nie wykazano istotnych statystycznie zależności pomiędzy narażeniem na agresje ze strony przełożonych, a systemem pracy (Tab. XVII).

Tabela XVII. Nasilenie agresji wobec pielęgniarek w zależności od systemu pracy

Forma agresji ze strony:		System pracy pielęgniarek				pchi-kwadrat	pK-W
		8-godzinny		12-godzinny			
Pacjentów	Podniesiony głos	82%	3,19	93%	3,38	0,0002***	0,0755
	Pogróżki	56%	2,77	73%	2,78	0,0002***	0,8985
	Szantaż	31%	2,43	45%	2,64	0,0030**	0,1041
	Próba uderzenia, ataku	30%	2,59	58%	2,47	0,0000***	0,4382
	Groźna postawa	54%	2,55	73%	2,61	0,0000***	0,2952
	Zachowania wulgarne przy współpracownikach	59%	2,62	76%	3,02	0,0001***	0,0003***
	Zachowania wulgarne przy pacjentach	54%	2,67	78%	2,95	0,0000***	0,0139*
	Atak, uderzenie	15%	2,28	33%	2,18	0,0000***	0,8017
Lekarzy	Zachowania wulgarne wobec pacjentów	23%	2,69	23%	2,22	0,9116	0,0111*
Pielęgniarek	Szantaż	12%	3,00	7%	2,48	0,0478*	0,1033
	Groźna postawa	14%	2,83	5%	2,35	0,0016**	0,1028
	Zachowania wulgarne przy współpracownikach	24%	2,70	22%	2,26	0,6761	0,0087**
	Zachowania wulgarne przy pacjentach	18%	2,83	13%	2,21	0,1784	0,0007***
Podwładnych	Szantaż	12%	2,70	4%	2,71	0,0022**	0,7264
	Zachowania wulgarne przy pacjentach	16%	2,96	15%	2,29	0,8683	0,0006***

W przypadku położnych system pracy wpływał na częstość i intensywność kontaktów z agresją w niewielkim stopniu, najwyraźniej w kategorii: „podniesiony głos ze strony przełożonych”. Nie wykazano istotnego statystycznie związku pomiędzy systemem pracy, a narażeniem na agresję ze strony lekarzy, położnych i podwładnych (Tab. XVIII).

Tabela XVII. Wpływ systemu pracy na agresję wobec położnych

Forma agresji ze strony		System pracy				pchi-kwadrat	pK-W
		8-godzinny		12-godzinny			
Pacjentów	Próba uderzenia, ataku	10%	3,54	13%	2,64	0,3255	0,0109*
	Zachowania wulgarne w obecności pacjentów	39%	2,52	29%	2,53	0,0387*	0,7543
Przełożonych	Podniesiony głos	29%	2,53	43%	2,57	0,0083**	0,7820
	Zachowania wulgarne w obecności pacjentów	16%	3,25	21%	2,70	0,1626	0,0574

Płeć nie wpływała na narażenie na agresję lekarzy ze strony podwładnych i przełożonych. W pewnym stopniu zaskakujące jest stwierdzenie, że to częściej na zachowania agresywne ze strony pacjentów, lekarzy i pielęgniarek skarżyli się mężczyźni. Szczegółowe wyniki przedstawiono w Tabeli XIX.

Tabela XIX. Nasilenie agresji w stosunku do lekarzy w zależności od płci lekarza

Forma agresji ze strony		Kobieta		Mężczyzna		pchi-kwadrat	PK-W
		%	\bar{x}	%	\bar{x}		
Pacjentów	Pogróżki	57%	2,58	66%	2,50	0,0476*	0,4548
	Próba uderzenia	16%	2,62	27%	2,47	0,0029**	0,3612
	Zachowania wulgarne przy współprac.	51%	2,59	63%	2,54	0,0075**	0,6501
	Zachowania wulgarne przy pacjentach	48%	2,58	60%	2,52	0,0110*	0,8470
Lekarzy	Podniesiony głos	31%	2,48	40%	2,16	0,0294*	0,0017**
	Szantaż	5%	3,13	8%	2,29	0,2485	0,0150*
Pielęgniarek	Podniesiony głos	21%	2,47	17%	2,19	0,3359	0,0144*

Za najczęstszą przyczynę zachowań agresywnych podawano „nagle pogorszenie stanu zdrowia pacjentów”. Stwierdziło tak 15% pielęgniarek i 7% lekarzy. Zbyt mała ilość personelu była przyczyną dla 10% pielęgniarek i 9% lekarzy. W większości przypadków wskazania położnych odbiegały od wskazań pielęgniarek i lekarzy (Tab. XX).

Tabela XX. Przyczyny zachowań agresywnych

Przyczyny agresji wg ankietowanych osób	Pielęgniarki		Położne		Lekarze		Razem	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Nagle pogorszenie stanu zdrowia pacjent	75	15%	8	2%	37	7%	120	8%
Zbyt mała ilość personelu	51	10%	24	5%	45	9%	120	8%
Złe stosunki, zawiść między personelem	42	9%	38	8%	34	7%	114	8%
Stres (zmęczenie)	18	4%	36	7%	46	9%	100	7%
Stres pacjentów	43	9%	14	3%	28	6%	85	6%
Brak wychowania	32	6%	23	5%	25	5%	80	5%
Zła organizacja	25	5%	11	2%	37	7%	73	5%
Poczucie wyższości nad niższym person.	18	4%	23	5%	3	1%	44	3%
nie podano żadnych przyczyn agresji	293	59%	371	74%	287	57%	951	63%

Dyskusja

Już w latach osiemdziesiątych XX wieku eksperci Światowej Organizacji Zdrowia podkreślali, że o zdrowiu człowieka decyduje również jego samopoczucie, w tym samopoczucie w pracy [23].

W roku 1984 Międzynarodowa Organizacja Pracy (*International Labour Organization* – ILO) zdefiniowała zagrożenia psychospołeczne kategorii jako rodzaj interakcji (które potencjalnie niosą szkodę zarówno fizyczną jak i psychiczną oraz społeczną) pomiędzy treścią pracy, organizacją pracy, systemami zarządzania warunkami środowiska a kompetencjami, potrzebami i indywidualnymi właściwościami pracownika. Generalnie można uznać, że zagrożenia psychospołeczne to „stresory zawodowe lub inaczej „źródła stresu w pracy” [24].

Cooper i Marshall [25] wyróżnili sześć kategorii potencjalnych źródeł stresu, zaliczając do nich:

- czynniki związane z wykonywaną pracą, takie jak złe warunki pracy, przeciążenie (ilościowe i jakościowe) pracą, presja czasu, odpowiedzialność za życie.

- czynniki związane z rolami pełnionymi w organizacji - niejednoznaczność roli, konflikt roli, „odpowiedzialność za drugiego człowieka”.
- źródła stresu wynikające z kontaktów społecznych w pracy – z szefem, podwładnymi, współpracownikami, kłopoty z delegowaniem odpowiedzialności
- czynniki związane z rozwojem zawodowym – niepewność pracy (obawa przed redukcją etatów), niezgodność statusu (za wolny lub szybki awans).
- stresory związane ze strukturą i klimatem organizacji - brak udziału (lub niewielki) w podejmowaniu decyzji, brak poczucia przynależności, brak skutecznej konsultacji, niesprawny przepływ informacji, ograniczenie aktywności i polityka etatowa.
- czynniki wynikające z relacji praca – dom.

Z badań przeprowadzonych w Polsce przez CBOS w 2012 roku, w grupie 1017 osób reprezentatywnej próbie losowej dorosłych mieszkańców Polski najczęściej doświadczali agresji w domu (9%) bądź na ulicy poza najbliższą okolicą (9%). Ofiarą przemocy nieopodal miejsca zamieszkania padło 8% badanych. Co dwudziesty ankietowany (5%) został zaatakowany w restauracji, kawiarni lub na dyskotecę, czterech na stu (4%) spotkało się z przemocą w pracy lub szkole, a trzech na stu (3%) w środkach komunikacji [26].

Badania Instytutu Medycyny Pracy im. Prof. i J. Nofera w Łodzi [27] na populacji pielęgniarek oraz pracowników sektora usługowego pozwoliły stwierdzić, iż prawie wszyscy badani doświadczali w ciągu ostatniego roku jakiejś formy agresji, której sprawcą był pacjent/klient, przełożony lub kolega. Najczęstszą formą agresji była agresja werbalna, wyrażająca się w postaci krzyku lub podniesionego głosu. Próbę ataku fizycznego ze strony osób spoza organizacji przeżyło 41,21% osób zatrudnionych w transporcie, 30,35% pielęgniarek. Około 50% przełożonych, a także kolegów stosowało przemoc wobec badanych pielęgniarek oraz pracowników sektora usługowego. Rzadziej pojawiały się ataki ze strony podwładnych w kierunku przełożonych [8,9,10,11,12,13].

Badania Litzke i Schuha [28], dotyczące warunków w miejscu pracy, przeprowadzone wśród pracowników 15. Krajów Unii Europejskiej, wykazały że każdego roku 6. mln pracowników (4% wszystkich pracowników) doznaje w miejscu pracy przemocy fizycznej, 12 mln (8%) ulega mobbingowi, a 3 mln (2%) to ofiary prześladowania seksualnego.

W Polsce niewiele jest badań dotyczących narażenia pracowników ochrony zdrowia na agresję. Najczęściej badania te dotyczą agresji wobec pielęgniarek. W związku z tym, że zawody pielęgniarki i położnej są domeną kobiet, należą do tzw. grupy „*helping professions*”

i pojmowane są w kategoriach pomagania, zaangażowania, poświęcenia można odnieść się do nich jako do jednej wspólnej grupy zawodowej [8-13,28-31]

W szpitalach ogólnych w Australii, z a Robert i wsp. [29], w ciągu pięciu miesięcy odnotowano 68. incydentów agresji ze strony pacjentów. Większość z nich miała miejsce na dyżurach nocnych i popołudniowych, przy ograniczonej liczbie personelu. Strategie podejmowane przez personel w celu uspokojenia agresywnych pacjentów polegały przede wszystkim na stosowaniu farmakoterapii oraz fizycznych ograniczeń [29].

Na podstawie analizy badań własnych przeprowadzonych w grupie pracowników medycznych wynika, iż kontakt z agresją przynajmniej raz w roku, niezależnie od formy i źródła, dotyczył 96% pielęgniarek, 86% położnych i 90% lekarzy. Uzyskane wyniki charakteryzują się najwyższym odsetkiem osób mających styczność z agresją w porównaniu do wyników badań w dostępnej literaturze. Niemniej grupą najbardziej narażoną na agresję w miejscu pracy były pielęgniarki, a analiza statystyczna potwierdziła bardzo silną zależność statystyczną dla wszystkich form agresji ($p\text{-chi-kwadrat}=0.000$).

Według Quine [30] zachowania niepożądane w pracy ze strony pacjentów, jak i współpracowników, powodujące destabilizację zawodową (33%), izolujące ofiarę (27%) i uwłaczające godności osobistej (22%), dotyczą właśnie pielęgniarek.

W Stanach Zjednoczonych około 1 milion (na 110 milionów) amerykańskich pracowników było narażonych na akty przemocy w ciągu każdego roku [30]. Najczęściej występującymi aktami przemocy w środowisku pracy są: zgwałcenia (8%), rabunki (7%), napady (16%). Wskaźnikiem zagrożenia przemocą w środowisku pracy jest fakt, iż 30% ofiar konfrontowało się z uzbrojonymi przestępcami. Badania wykazały, iż 16% przypadków przemocy kończyło się poważnymi urazami fizycznymi, a 10% wymagało leczenia. Napaści nie powodujące zgonów mają miejsce szczególnie pomiędzy pacjentami a personelem pielęgniarskim w instytucjach opieki zdrowotnej [30]. Do innych zawodów, w których przemoc powoduje czasową niezdolność do pracy, należą prywatne służby ochrony, kierowcy oraz sprzedawcy. Prawie dwie trzecie przypadków przemocy zdarza się w takich usługach, jak domy opieki, szpitale, jednostki świadczące opiekę domową, usługi socjalne. Około jedna piąta przypadków wydarza się w sklepach spożywczych, restauracjach i barach [30]. Osoby pracujące w administracji państwowej narażone są w większym stopniu na przemoc aniżeli pracownicy sektora prywatnego. Kobiety pracujące w sektorze państwowym narażone są 8,6 razy częściej na przypadki przemocy, aniżeli kobiety pracujące w sektorze prywatnym. Kobiety pracujące w samorządach narażone są 5,5 razy częściej na napaści aniżeli kobiety pracujące w sektorze prywatnym [30].

Na podstawie przeprowadzonych badań własnych można zauważyć, że akty agresji w miejscu pracy występowały, we wszystkich badanych grupach zawodowych: pielęgniarki (92%), położne (74%), lekarze (86%), najczęściej ze strony pacjentów.

Według badań amerykańskich o ponad połowie krzywd odniesionych w pracy nie była informowana policja [30]. Około 40% respondentów nie zgłaszało przypadków, ponieważ uważali, że są to ich sprawy osobiste lub wydarzenia mało istotne, a 27% informowało przełożonych lub służby ochrony w przedsiębiorstwie, ale również nie zgłaszali przypadków do policji [30].

W Wielkiej Brytanii wykazano, że 0,5% badanych wymagało interwencji medycznej w wyniku napaści fizycznej w miejscu pracy, 11% odniosło lżejsze obrażenia wymagające pierwszej pomocy, 4 do 6% było zagrożonych przez posiadających broń, a 17% grożono słownie [30].

W analizowanym materiale dotyczącym położnych wykazano również, że najwyższy odsetek tej grupy zawodowej spotkał się z agresją ze strony pacjentek, niezależnie od jej formy. Szczegółowa analiza pozwoliła na stwierdzenie, iż około 70% położnych zetknęło się z podniesionym głosem ze strony pacjentek. Niższe wartości zaobserwowano dla pozostałych źródeł agresji, pochodzących ze strony przełożonych (39%) i współpracowników (48%). Atak lub uderzenie dotknęło co dziesiątą położną.

Jankowiak i wsp. [32,33,34] zaobserwowali, że położne miały często kontakt z podniesionym głosem ze strony pacjentek, przy czym częstość ta uzależniona była od formy agresji. Spośród wszystkich respondentek 80% twierdziło, iż pacjentki mówią do nich podniesionym głosem, przy czym dla większości było to zjawisko codzienne lub prawie codzienne. Z szantażem ze strony pacjentek miało do czynienia 75% położnych. Na uwagę zasługuje fakt, że niemal co trzecia położna stykała się z tą formą agresji kilka razy w tygodniu. Podopieczne położnych zachowywały się także wulgarnie wobec nich w obecności współpracowników (15%) oraz przy innych pacjentkach 20%. Pogróżki ze strony pacjentek dotknęło ponad 50% ankietowanych [32,33,34].

W badaniach własnych odsetek lekarzy mający kontakt z agresją ze strony pacjentów uzależniony był od jej formy, podobnie jak w pozostałych grupach respondentów. Zdecydowanie najczęściej w swojej pracy stykali się oni jednak z podniesionym głosem ze strony pacjentów (80% respondentów). Pogróżki dotyczyły 60% ankietowanych, natomiast groźby, wulgaryzmy ze strony pacjentów i przy współpracownikach dotknęły ponad połowę badanych. Uderzenie lub atak spotkały co ósmego lekarza.

Przeprowadzone badanie wykazało, że wskazana jest kontynuacja badań w powyższym zakresie z uwzględnieniem populacji reprezentatywnej.

Wnioski

- Wszyscy ankietowani, bez względu na zawód, przynajmniej raz w roku narażeni byli na akty agresji w miejscu pracy.
- Pielęgniarki były grupą zawodową najbardziej narażoną na agresję w miejscu pracy, niezależnie od źródła i formy agresji.
- Najczystsza formą agresji nie zależnie od grupy zawodowej była agresja werbalna ze strony pacjentów.
- Pielęgniarki i lekarze częściej narażeni byli na akty agresji w zamkniętej opiece zdrowotnej, natomiast położne w otwartej opiece zdrowotnej.
- Wykazano istotny wpływ oddziału na występowanie i nasilenie agresji. Z agresją ze strony pacjentów zetknął się największy odsetek pielęgniarek i lekarzy pracujących na oddziałach psychiatrycznych, izbie przyjęć oraz oddziałach neurologicznych.
- Na występowanie agresji ze strony pacjentów miało wpływ stanowisko pracy. W przypadku pielęgniarek było to: stanowisko kierownicze lub pielęgniarki odcinkowej, w przypadku lekarzy - stanowisko kierownicze, natomiast w przypadku położnych - stanowisko zabiegowej oraz praca w środowisku domowym pacjenta.
- Częściej agresji ze strony pacjentów doświadczali ankietowani pracujący w systemie 12-godzinnym.

Piśmiennictwo

1. Drabek M., Merez D., Mościcka A.: Cechy lęku i wzór zachowania (typu A i B) jako modyfikatory bezpośrednich reakcji na przemoc. *Medycyna Pracy* 2005, 56 (3), 223-234.
2. Hirigoyen M.F.: *Molestowanie w pracy*. Wydawnictwo W drodze. Poznań 2003, 69-76.
3. Hoel H., Sparks K., Cooper C.L.: *The cost of violence/stress at work and the benefits of a violence/stress-free working environment*. ILO, 2001.

4. Jansen G. J., Dassen T. W. N., Groot Jebbink G.: Staff Attitudes towards aggression in health care: a review of the literature. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 2005, 12, 3 – 13.
5. Janssen P. A., Basso M. C., Costazo R. M.: The Prevalence of Domestic Violence Among Obstetric Nurses. *Women's Health Issues*, 1998, 8, 5, 317 – 323.
6. Binczycka –Anholcer M., Skoczylas P.: Zjawiska agresji i agresywności w rodzinie i środowisku wiejskim. Wpływ czynników środowiskowych i kulturowych. *Nowiny Lekarskie*, 2005, 74, 259-262.
7. Kolarzyk E., Niewiadomska I., Lyszczarz J.: Stres w zawodach medycznych [w:] Higiena profilaktyka i organizacja w zawodach medycznych. Marcinkowski J.T.(red.): Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2003, 62-85.
8. Merez D., Mościska A.: Przemoc w placówkach służby zdrowia i sposoby jej przeciwdziałania. Instytut Medycyny Pracy im. J. Nofera, Łódź 2003.
9. Merez D., Mościcka A., Drabek M.: Mobbing w środowisku pracy. Jego konsekwencje, aspekty prawne i sposoby przeciwdziałania. Instytut Medycyny Pracy im. J. Nofera, Łódź, 2005, 1-36
10. Merez D., Waszkowska M.: Informacje na temat zagrożeń psychospołecznych w środowisku społecznym w miejscu pracy. Instytut Medycyny Pracy im. Prof. J.Nofera. pobrano 9.08.2007. [http://rop.sejm.gov.pl/1 old/opracowania pdf./ zagr. p.d. f.](http://rop.sejm.gov.pl/1_old/opracowania/pdf./zagr.p.d.f)
11. Mościcka A., Merez D.: Jak radzić z agresją w miejscu pracy. Oficyna Wydawnicza Instytutu Medycyny Pracy im. Prof. J. Nofera, Łódź, 2002, 5, 7-16.
12. Mościska A., Merez D.: Agresja w miejscu pracy – źródła, formy, grupy ryzyka, konsekwencje. *Medycyna Pracy*, 2003, 54 (4), 361-368.
13. Muraczyńska B.: Stres zawodowy pielęgniarki w pracy z człowiekiem umierającym. *Pielęgniarstwo Polskie*, 1999, 9 - 10, 80-89.
14. Needham I., Abderhalden C., Dassen T., et al.: The perception of aggression by nurses: psychometric scale testing and derivation of a short instrument. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 2004, 11, 36 – 42.
15. Needham I., Abderhalden C., Halfens R. J. G. et al.: The effect of training in aggression management on mental health nurses' perceptions of aggression: a cluster randomized controlled trial. *International Journal of Nurses Studies*, 2005, 42, 649 – 655.

16. Needham I., Abderhalden C., Halfens R.J., et al.: The Impact of Patient Aggression on Carers Scale: instrument derivation and psychometric testing, *Scand. J. Caring. Sci.*, 2005, 19, 296-300.
17. Needham I., Abderhalden Ch., Zeller A. et al.: The Effect of a Training Course on Nursing Students' Attitudes Toward, Perceptions of, and Confidence in Managing Patient Aggression. *Journal of Nursing Education*, 2005, 44, 9, 415- 420.
18. Niekrasz I., Marcinkowski J.T, Klimberg A.: Opinie personelu pracowni endoskopowych o skutkach narażenia zawodowego na glutaraldehyd. *Doniesienie wstępne. Problemy Higieny i Epidemiologii*, 2006, 87, 65-67.
19. Olson L., Anctil C., Fullerton L., et al.: Increasing Emergency Physician Recognition of Domestic Violence. *Annals of Emergency Medicine*, 1996, 27, 741-746.
20. Owen C., Tarantello C., Jones M. et al: Violence and Aggression in Psychiatric Units. *Psychiatric Services*, 1998, 49, 11, 1452-1457.
21. Palmer J.: Victims of the mob. *Des Moines Busines Record*, 2000, 16, 10.
22. Pasikowski T.: *Stres i zdrowie*. Wyd. Fundacji Humaniora, Poznań 2000, 47-57.
23. Health aspects of wellbeing in work places. Report on a WHO Working Group. *EURO Reports and Studies 31*. Prague, 1979.
24. Psychosocial factors at work: Recognition and control. Occupational safety and health series No.56. Report of the Joint ILO/WHO Committee on Occupational Health. Nine session. Geneva, 1984.
25. Cooper C.L, Marshall J.: Źródła stresu w pracy kierowniczej i umysłowej [w:] *Stres w pracy*. Cooper C.L, Payne R. (red). , PWN, Warszawa, 1987., 123-163.
26. Kowalczyk K.: przemoc i konflikty w domu, *CBOS, BS/82/2012*, Warszawa, 2012, 6, 1-14.
27. Drabek M.: Poziom narażenia na stres pochodzenia zawodowego w zakładach pracy im. prof. J. Nofera w Łodzi. Seminarium Okręgowego Inspektoratu Pracy w Łodzi „Stres w pracy” – 15 listopada 2006 r.
28. Litzke S.M., Schuh H.: *Stres, mobbing i wypalenie zawodowe*, GWP, Gdańsk, 2006.
29. Robert G., Raphael B., Lawrence J., et al.: Impact of an education program about domestic violence on nurses and doctors in an Australian emergency department. *Journal of Emergency Nursing*, 1997, 23, 3, 220-227.
30. Quine L.: Workplace bullying in NHS community trust: staff questionnaire survey. *BMJ*, 1999, 23, 228-232.

31. http://www.ciop.pl/CIOPPortalWAR/appmanager/ciop/pl?_nfpb=true&_pageLabel=P30001831335539182278&html_tresc_root_id=22719&html_tresc_id=23101&html_klucz=19558&html_klucz_spis=, data pobrania 11.10.2016
32. Jankowiak B, Kowalczyk K, Krajewska – Kułak E. i wsp.: Narażenie położnych na agresję w miejscu pracy – doniesienie wstępne. *Ann. Acad. Med. Siles.* 2006, 5, 1-5.
33. Jankowiak B., Kowalczyk K., Krajewska – Kułak E. i wsp. Narażenie pielęgniarek na agresję w miejscu pracy. *Ann. Univ. MC-S*, 2006, 2, 458-463.
34. Jankowiak B., Krajewska -Kułak E., Rolka H I i wsp.: Agresja i przemoc w pracy pielęgniarki. *Pielęgniarstwo XXI wieku*, 2005, 3, 153-155.

ISBN Komplet - 978-83-940670-9-0
Tom II - 879-83-945984-3-3