

Katarzyna Leoniuk¹, Halina Nowakowska², Krzysztof Sobczak¹

¹Zakład Socjologii Medycyny i Patologii Społecznej, Wydział Nauk o Zdrowiu, Gdański Uniwersytet Medyczny

²Zakład Zarządzania w Pielęgniarstwie, Wydział Nauk o Zdrowiu, Gdański Uniwersytet Medyczny

Zadania pielęgniarki w systemie przeciwdziałania przemocy domowej

Action and intervention plan for nurses in the system of domestic violence prevention

STRESZCZENIE

Przemoc domowa jest przykładem problemu interdyscyplinarnego, angażującego specjalistów z zakresu nauk społecznych, nauk prawnych oraz nauk medycznych. Owa interdyscyplinarność dotyczy zarówno refleksji teoretycznej, jak i działań praktycznych mających na celu przeciwdziałanie zjawisku przemocy w rodzinie. Powszechne jest przekonanie o konieczności budowy systemowych rozwiązań zapewniających przepływ informacji i współdziałanie przedstawicieli różnych instytucji: policji, pomocy społecznej, oświaty i ochrony zdrowia, które zwiększą skuteczność działań profilaktyczno-naprawczych. W artykule omówiono zadania stojące przed personelem medycznym, zwłaszcza przed pielęgniarkami i położnymi środowiskowymi, chirurgicznymi, pediatrycznymi oraz ratunkowymi, gdyż to właśnie one najczęściej spotykają się w swojej pracy z ofiarami przemocy domowej. Wśród potencjalnych działań podejmowanych przez pielęgniarki można wymienić profilaktykę przemocy, interwencję i opiekę oraz wsparcie informacyjne i emocjonalne ofiar. Ponadto artykuł zawiera założenia i cele nowelizacji Ustawy o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie z 2010 roku oraz opis barier utrudniających funkcjonowanie systemu wsparcia rodzin dotkniętych przemocą.

Problemy Pielęgniarstwa 2013; 21 (3): 397–402

Słowa kluczowe: zadania pielęgniarki, przemoc w rodzinie, system przeciwdziałania przemocy domowej

ABSTRACT

Domestic violence is a complex and cross-disciplinary issue that engages experts from the field of social sciences, legal education and medical sciences. This cross-disciplinary character of domestic violence is present both in the theoretical discourse on the issue as well as on the level of practical actions that should be undertaken in order to prevent violence in families. It is commonly known that we need to develop a complex preventive system enabling a quick and continuous information flow and a cooperation of representatives from various institutions such as police, social welfare institutions, educational institutions, medical care institutions. This complex preventive system should heighten the effectiveness of preventive and remedial actions. The text presents a special action and intervention plan developed for medical staff, especially for nurses, caregivers, surgical nurses, paediatric nurse, emergency-care nurse, because it is these nurses that most often encounter victims of domestic violence. We can divide the potential actions that can be undertaken by nurses into violence prevention, intervention, medical care, emotional and informational support given to the victims of violence. Furthermore, the text presents aims and objectives of the amendment of Domestic Violence Prevention Act from the year 2010. The text describes also the issue of barriers that hinder the functioning of the support system for the families experiencing violence.

Nursing Topics 2013; 21 (3): 397–402

Key words: action plan for nurses, domestic violence, system of domestic violence prevention

Wstęp

Terminy „przemoc w rodzinie” oraz „przemoc domowa” dotyczą tych sytuacji, w których ofiarę i

sprawcę łączą (lub łączyły w przeszłości) formalne i nieformalne relacje osobiste. Akty przemocy to intencjonalne i przemyślane działania, skutkujące

wyrządzeniem krzywdy innej osobie, na przykład dzieciom, współmałżonkom, partnerom seksualnym, rodzicom [1]. Biorąc pod uwagę rodzinę nuklearną (dwupokoleniową), można więc wyróżnić dwa podstawowe rodzaje przemocy. Pierwszy z nich to przemoc w stosunku do dzieci przyjmująca formę agresji fizycznej (bicie, kopanie, przypalenie papierosem itd.), drugi przyjmuje formę agresji psychicznej — dotyczy znęcania się psychicznego (np. agresja werbalna, poniżanie, upokarzanie, wymuszanie lojalności) i wykorzystywania seksualnego (np. stosunki seksualne, masturbacja przy dziecku, tworzenie pornografii dziecięcej). Drugi typ przemocy w rodzinie stanowią akty agresji małżeńskiej, w tym przypadku ofiarą może być zarówno kobieta, jak i mężczyzna. Amerykański badacz przemocy domowej M. Johnson wyróżnia cztery podstawowe formy przemocy małżeńskiej. Są to: przemoc zwyczajna w parze (incydentalna, będąca konsekwencją ostrej kłótni między partnerami), terroryzm intymny (polegająca na stałym stosowaniu przemocy fizycznej bądź psychicznej służącej kontrolowaniu partnera), przemoc w odpowiedzi na przemoc (rodzaj samoobrony) oraz wzajemna kontrola za pomocą przemocy (gdy oboje partnerzy są zarówno ofiarą, jak i sprawcą) [2].

Poza agresją fizyczną i psychiczną, mniej jednoznacznym, a więc też trudniejszym do diagnozy, przykładem przemocy w rodzinie jest powstrzymywanie się od działań, czyli zaniechanie bądź zaniechanie obowiązków wynikających z realizacji przypisanych ról społecznych (np. rodzicielskich). Od lat 80. XX wieku w literaturze przedmiotu za jeden z istotnych rodzajów przemocy uważa się niezaspokajanie potrzeb zdrowotnych dziecka, objawiające się między innymi nieszukaniem bądź opóźnieniem uzyskania pomocy medycznej w przypadku poważnego urazu czy choroby oraz zaniechania w leczeniu i rehabilitacji. Innymi przykładami zaniechań nieobojętnych dla zdrowia są działania związane z niezaspokajaniem tych potrzeb, które gwarantują prawidłowy rozwój fizyczny i emocjonalny dziecka oraz przyzwoleniem dorosłych na zachowania antyzdrowotne dzieci, takie jak palenie papierosów, picie alkoholu, czy przyjmowanie narkotyków. Szczególnym rodzajem przemocy są tak zwane zaniechania prenatalne, czyli nieprzypadkowe zachowania kobiet w ciąży zagrażające życiu bądź rozwojowi płodu. [3]

W 2010 roku przeprowadzono w Polsce nowelizację Ustawy o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie. Zgodnie z jej zapisami jednym z naczynych celów działań wspierających rodzinę jest interdyscyplinarne zaangażowanie różnych podmiotów (instytucji, służb, osób) w diagnostykę, interwencję i profilaktykę zjawiska przemocy. Ustawa jest jednym wspólnym aktem prawnym określającym cele i zadania wszystkich

podmiotów zaangażowanych w działania prewencyjno-naprawcze, a więc dotyczy policji, pomocy społecznej, pracowników oświaty i ochrony zdrowia. Zadaniem ustawy jest tworzenie spójnych, systemowych rozwiązań, które mają gwarantować większą skuteczność podejmowanych interwencji [4]. Należy podkreślić, iż ustawodawca akcentuje rolę nie tylko lekarzy, ale również pielęgniarek, położnych, higienistek szkolnych oraz ratowników medycznych w identyfikacji zjawiska i podejmowaniu wczesnych interwencji służących rozwojowi działań wspierających członków rodziny. Tym samym nowelizacja prawa nałożyła nowe obowiązki i procedury obowiązujące personel medyczny, który w praktyce zawodowej powinien być uwrażliwiony na oznaki ewentualnych zaniedbań. W takim kontekście rola zawodowo-społeczna pielęgniarek i położnych, szczególnie tych, które pracują bezpośrednio w środowisku społecznym, wydaje się niezwykle istotna. Należy podkreślić, iż rola personelu medycznego w systemie przeciwdziałania przemocy w rodzinie to obok świadczeń medycznych, mających na celu przywrócenie zdrowia ofiarom przemocy domowej, istotne zadania o charakterze profilaktyczno-prewencyjnym.

Personel medyczny wobec przemocy w rodzinie

Społeczny i naukowy dyskurs dotyczący problematyki przemocy w bliskich relacjach interpersonalnych akcentował istotną rolę personelu medycznego w badaniu i opisie owego zjawiska. Pierwotnie zagadnieniem szczególnie eksponowanym była przemoc fizyczna w stosunku do dzieci. Początki współczesnych badań dotyczących krzywdzenia nieletnich członków rodziny sięgają 1946 roku, kiedy to amerykański radiolog i pediatra John Caffey opublikował na łamach „American Journal of Roentgenology” wyniki badań dotyczące wielokrotnych złamań kości u niemowląt ze współwystępującymi wylewami podczerwymi, zwracając uwagę na nieprzypadkowy charakter owych urazów [3]. Za J. Caffeyem inni lekarze zaczęli zwracać uwagę i dokumentować przypadki celowych urazów u dzieci. Jednym z nich był Henry Kempe, który wraz ze współpracownikami w 1962 roku opublikował tekst mówiący o przypadkach znęcania się nad nieletnimi, w opisie posługując się pojęciem syndromu dziecka maltretowanego [5]. Z czasem zjawisko znęcania się nad dziećmi osiągnęło status ważnego problemu naukowo-medycznego, czego odzwierciedleniem jest wpisanie terminów: „zespół dziecka krzywdzonego”, „syndrom dziecka potrząsanego” oraz „zastępczy zespół Munchausena” do Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 (ICD, *International Statistical Classification of Diseases*

and Related Health Problems) (pozycja T-74) oraz nałożenie na personel medyczny obowiązku zgłaszania przypadków znęcania się nad dziećmi w rodzinie do odpowiednich służb [6]. Po raz pierwszy obowiązek zgłaszania przez lekarza przypadków krzywdzenia dziecka wprowadzono w Stanach Zjednoczonych w 1966 roku. Podobne przepisy obowiązują również w Kanadzie i Nowej Zelandii, natomiast w krajach europejskich, takich jak Holandia, Dania, Niemcy czy Belgia, rozwinął się system tak zwanego poufnego zgłaszania do odpowiednich biur (tzw. Biuro/Centrum Lekarza Zaufania) [3].

W publikacjach na temat medycznych skutków przemocy akcentuje się fakt, że specjalistami, którzy częściej mogą mieć do czynienia z ofiarami przemocy, a więc powinni wykazywać się wiedzą i szczególną wrażliwością na problem agresji w rodzinie, są pielęgniarki i położne środowiskowe, pielęgniarki ratunkowe, szkolne, pediatryczne oraz chirurgiczne. Krzywdzenie fizyczne wydaje się najczęstszą formą przemocy w rodzinie, z jaką może spotkać się pielęgniarka w trakcie wykonywania obowiązków zawodowych. Jeżeli pominię się ekstremalne przypadki, to najwięcej trudności diagnostycznych przysporzyć mogą nie tyle identyfikacja objawów, co jednoznaczne zweryfikowanie przyczyn ich występowania. Jednym ze źródeł wątpliwości odnośnie nieprzypadkowości urazów jest niespójność między wywiadem a obrazem klinicznym przypadku. Personel medyczny, w tym pielęgniarki, powinien zwracać szczególną uwagę na podawaną przez pacjenta bądź jego najbliższych przyczynę hospitalizacji. Wywiad odgrywa szczególną rolę w diagnozie problemu przemocy, zwłaszcza w sytuacji, w której rodzice bądź opiekunowie pokrzywdzonego dziecka lub dorosłe ofiary z różnych powodów ukrywają prawdziwe pochodzenie urazów. W tym miejscu warto zaznaczyć, że objawy kliniczne maltretowania fizycznego bez potwierdzenia ich nieprzypadkowości w wywiadzie są często niekojarzone ze skutkami przemocy, co w rezultacie może prowadzić do błędnej diagnozy i niepotrzebnych lub nieadekwatnych działań leczniczych.

Obok diagnozy problemu przemocy w rodzinie warto podkreślić wagę działań personelu medycznego na rzecz profilaktyki zjawiska. Przykładowo rola pielęgniarki i położnej środowiskowej jest określana jako jeden z najbardziej skutecznych środków prewencyjnych ułatwiających wczesną identyfikację rodzin, w których istnieje ryzyko przemocy domowej. Innym ważnym zadaniem pielęgniarki jest edukacja zdrowotna, w ramach której można realizować wczesną profilaktykę krzywdzenia dziecka. Szczególną możliwość oszacowania ryzyka wystąpienia zaniedbań bądź przemocy i prowadzenia działań profilaktycznych stanowią wizyty domowe (tzw. patronaże) realizowane w ramach świadczeń gwarantowanych przez

położne i pielęgniarki środowiskowe w rodzinie po urodzeniu dziecka. Możliwość skorzystania z wiedzy i doświadczenia położnej środowiskowej w pierwszych tygodniach po porodzie, a przez następne miesiące ze wsparcia pielęgniarki dla wielu rodziców może być jedyną możliwością poszerzenia kompetencji opiekuńczych. W trakcie wizyt domowych personel medyczny powinien zwrócić szczególną uwagę na czynniki ryzyka przemocy domowej. Niepokojące sygnały mogą być związane ze środowiskiem społecznym rodziny (np. złe warunki materialne, bezrobocie), systemem rodzinnym (np. samotni rodzice, rodziny wielodzietne, kurator rodzinny, przestępczość w rodzinie), mogą również leżeć po stronie rodziców (np. alkoholizm, depresja poporodowa, młodociani rodzice) albo po stronie dziecka (np. zaburzenia rozwojowe, trudne, płacziwe, niespokojne dziecko) [7]. Dzięki wywiadowi i obserwacji rodziny w środowisku domowym personel medyczny zyskuje niepowtarzalną okazję do diagnozy przemocy lub podjęcia działań prewencyjnych. Edukacja wydaje się jednym z naczelných działań profilaktycznych, zwłaszcza że, jak dowodzą badania, jedną z przyczyn zaniedbywania obowiązków rodzicielskich jest właśnie niski poziom wiedzy dotyczącej biologicznych i emocjonalnych potrzeb dziecka [8]. Wizyta domowa stanowi okazję do przekazania informacji dotyczących prawidłowej opieki i potrzeb rozwojowych noworodków i małych dzieci, jak również daje możliwości uzyskania przez członków rodziny instytucjonalnego, specjalistycznego wsparcia w sytuacji problemów (wsparcie informacyjne). Nie bez znaczenia w sytuacji wystąpienia zaniedbania bądź aktów przemocy może okazać się również wsparcie emocjonalne, jakiego personel medyczny może udzielić w trakcie wizyty domowej. Należy bowiem pamiętać o stosunkowo wysokim szacunku i zaufaniu społecznym wobec pielęgniarek w Polsce, na co wskazują badania dotyczące poważeń zawodów [9].

Obowiązki i postawy personelu medycznego wobec rozpoznawania i interwencji w przypadku oznak przemocy w rodzinie

Na podstawie obowiązujących procedur wynikających z realizacji Ustawy o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie można wyróżnić następujące obowiązki pielęgniarki, w przypadku podejrzenia przemocy domowej:

Pielęgniarka lub inni przedstawiciel sektora zdrowotnego (lekarze, położne bądź ratownicy medyczni) każdorazowo powinni udzielić informacji osobie, wobec której istnieje podejrzenie, że jest dotknięta przemocą w rodzinie, o możliwościach otrzymania pomocy i wsparcia.

Personel medyczny powinien udzielić informacji o prawie do uzyskania bezpłatnego zaświadczenia lekarskiego o ustaleniu przyczyn i rodzaju uszkodzeń ciała związanych z użyciem przemocy w rodzinie.

Jeżeli stan zdrowia ofiary przemocy domowej wymaga przewiezienia do podmiotu leczniczego, pielęgniarka lub inny przedstawiciel systemu ochrony zdrowia wypełnia formularz Niebieskiej Karty — A. Druk jest uzupełniany w jednostce ochrony zdrowia, w obecności poszkodowanego. Jeżeli potencjalną ofiarą jest dziecko, formularz należy wypełnić w obecności jego rodzica, opiekuna prawnego bądź innej pełnoletniej osoby bliskiej. Ponadto zaleca się, aby w przypadku gdy problem dotyczy dziecka, w trakcie wypełniania formularza, jeżeli istnieje taka możliwość, obecny był psycholog. Na zakończenie interwencji przekazuje się wypełniony formularz Niebieskiej Karty — B ofierze przemocy bądź jej opiekunowi, zaś formularz Niebieskiej Karty — A — dyrektorowi jednostki, który niezwłocznie, nie później niż w ciągu 7 dni, zawiadamia policję lub prokuraturę oraz przewodniczącego gminnego zespołu interdyscyplinarnego.

Pielęgniarka może zostać oddelegowana do pracy w zespole interdyscyplinarnym przeciwdziałającym przemocy w rodzinie, powoływanym przez wójta, burmistrza lub prezydenta miasta. W skład zespołów, obok przedstawicieli profesji medycznych, wchodzi pracownicy pomocy społecznej, komisji rozwiązywania problemów alkoholowych, policji, oświaty oraz kuratorzy sądowi [10].

Znowelizowana Ustawa o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie nakłada na personel medyczny, w tym na pielęgniarki, obowiązek, a nie powinność zgłaszania przypadków przemoc domowej poprzez procedurę Niebieskiej Karty. Procedura wszczynana jest w przypadku „powzięcia, w toku prowadzonych czynności służbowych bądź zawodowych, podejrzenia stosowania przemocy wobec członków rodziny lub w wyniku zgłoszenia dokonanego przez członka rodziny lub przez osobę będącą świadkiem przemocy” [11]. Ponadto Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 października 2010 roku [12] i Rady Ministrów z dnia 13 września 2011 roku [13] określają wzory druków i formularzy, które wypełniają przedstawiciele zawodów medycznych (formularz Niebieskiej Karty może być wypełniony przez pielęgniarkę, zaś wzór zaświadczeń o przyczynach i rodzaju uszkodzeń ciała wypełnia lekarz).

Zmiany prawa w zakresie przeciwdziałania przemocy domowej wydają się działaniem koniecznym, służącym zwiększeniu i ujednoczeniu działań personelu medycznego, w ramach interdyscyplinarnych rozwiązań na rzecz rodziny. Istotności zmian dowodzą badania przeprowadzone przez instytut TNS OBOP w 2007 roku wśród grup zawodowych określonych jako grupa „pierwszego kontaktu” z potencjalnymi ofiarami przemocy w rodzinie, w których respondentami byli między innymi przedstawiciele personelu me-

dycznego: pielęgniarki środowiskowe, lekarze interniści, pediatrzy i pracownicy oddziałów ratunkowych. Uzyskane wyniki sugerują, iż na tle przedstawicieli innych profesji (policjantów, pracowników społecznych oraz pedagogów szkolnych) przedstawiciele służby zdrowia zdecydowanie rzadziej reagują na przejawy agresji, z którymi spotykają się podczas wypełniania obowiązków zawodowych. Za powód niepodjęcia formalnych kroków — zgłoszenia odpowiednim służbom przypadku przemocy domowej — badani najczęściej podawali niechęć pacjenta do przyjęcia pomocy oraz objęcie rodziny pomocą innych instytucji (pomocy społecznej, policji, kurateli sądowej), które ze względu na cele i kwalifikację pracowników wydają się bardziej kompetentne w działaniach wspierających. Ponadto pracownicy służby zdrowia należeli do tej grupy respondentów, którzy najczęściej zgłaszali brak odpowiedniej wiedzy, narzędzi i doświadczenia w kontaktach z ofiarami i rodzinami dotkniętymi problemem przemocy. Autorzy raportu podkreślają, iż problem nadużywania siły nie jest obojętny personelowi medycznemu, zwłaszcza że większość badanych pielęgniarek i lekarzy (79%) miała kontakt z takimi przypadkami w trakcie wykonywania obowiązków zawodowych [14]. W świetle niniejszych wyników wydaje się, iż ujednoczenie i uproszczenie procedur jest pierwszym krokiem umożliwiającym większe zaangażowanie personelu medycznego w diagnozę problemu przemocy w rodzinie. Kolejnym krokiem powinna być powszechna edukacja dotycząca zarówno samego zjawiska przemocy, jak i związanych z nim obowiązujących procedur. Należy przy tym zauważyć, że niechęć do ujawniania przypadków przemocy domowej jest dość powszechnym zjawiskiem i nie dotyczy tylko pracowników służby zdrowia [3]. Jeżeli jednak ograniczyć się do personelu medycznego, który wykazuje nieco „ambiwalentny” stosunek do zajmowania się w granicach swych obowiązków przemocą domową, to wydaje się, iż bariery w realizacji zapisów Ustawy o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie można podzielić na dwie podstawowe grupy:

Bariery systemowe:

- nieznamość procedur i standardów postępowania;
- brak szeroko zakrojonej akcji edukacyjnej kierowanej do personelu medycznego w momencie wprowadzenia nowelizacji ustawy;
- brak pieniędzy na szkolenia, ale i na wynagrodzenia dla członków gminnych zespołów interdyscyplinarnych, których istnienie przewiduje ustawodawca;
- brak działań interdyscyplinarnych — znikomy kontakt między służbami zajmującymi się problemem przemocy w rodzinie.

Barriere indywidualne:

- niedostateczna wiedza personelu medycznego na temat zjawiska przemocy w rodzinie (obowiązek uwzględnienia tej problematyki w programach kształcenia na kierunkach medycznych został wprowadzony stosunkowo niedawno);
- percepcja zjawisk związanych z rodziną, postrzeganie życia rodzinnego jako prywatnej sprawy jej członków, zaś złożenie zawiadomienia jako donosu, a nie obowiązku służbowego;
- lęk przed błędną oceną sytuacji rodzinnej pacjenta;
- lęk przed konsekwencjami złożenia zawiadomienia ze strony sprawcy, ale i z negatywną reakcją pozostałych członków personelu;
- błędne interpretowanie tajemnicy zawodowej;
- wzory wykonywania zawodu pielęgniarki — zgłoszenie problemu należy do lekarza;
- brak zainteresowania problemem, relacje w rodzinie nie są obiektem zainteresowań pracowników ochrony zdrowia, ale pedagogów, psychologów czy pracowników socjalnych i to oni powinni podejmować inicjatywę w zakresie przeciwdziałania przemocy;
- brak wiary w skuteczność systemu wsparcia, a tym samym w rozwiązanie problemu.

Poza barierami systemowymi i indywidualnymi warto również zwrócić uwagę na specyfikę samego zjawiska przemocy domowej. O ile w przypadku przemocy fizycznej konsekwencje są łatwiejsze do dostrzeżenia i oszacowania, zwłaszcza dla doświadczonych pielęgniarek, o tyle takie zjawiska jak przemoc psychiczna czy zaniedbanie mogą nastroić trudności. Jak wspomniano, jedną z dostępnych metod służących pokonaniu wymienionych powyżej barier jest powszechna edukacja personelu medycznego dotycząca medycznych, społecznych i psychologicznych aspektów zjawiska przemocy oraz obowiązujących procedur. Treści dotyczące objawów (uwzględniające wygląd i zachowanie pacjenta), epidemiologii zjawiska, skutków i specyfiki zachowań destrukcyjnych powinny być przekazywane już na poziomie podstawowego kształcenia zawodowego, a następnie poszerzane o wiedzę szczegółową dopasowaną do specjalizacji i miejsca pracy. Zasadne wydają się również działania mające na celu zwiększenie współpracy między różnymi specjalistami, tak aby mogli oni realnie współtworzyć uzupełniające się, systemowe rozwiązania problemu przemocy domowej.

Podsumowanie

Wobec przedstawionej specyfiki i złożoności zjawiska przemocy w rodzinie warto jeszcze raz podkreślić rolę, jaką bez wątpienia odgrywa personel medyczny w systemowym rozwiązaniu problemu. Poza oczywi-

stymi efektami działań na rzecz ofiary przemocy — leczenia i opieki — istotne znaczenie ma rzetelne gromadzenie dokumentacji medycznej, która może okazać się istotnym, a niejednokrotnie wręcz podstawowym dowodem aktów przemocy. Dlatego też tak istotne jest należyte przeprowadzenie wywiadu oraz zachowanie wyników badań (np. zdjęć rentgenowskich, zdjęć urazów). Szczególną czujność należy zachować w przypadku, gdy potencjalną ofiarą jest dziecko. Personel medyczny powinien wykazać się profesjonalizmem, a więc powstrzymać się od oskarżeń czy oceny opiekunów, a skoncentrować się na rzeczowym, dokładnym opisie urazów oraz zapewnieniu dziecku bezpieczeństwa i spokoju potrzebnego do powrotu do zdrowia, z jednoczesnym poszanowaniem więzi dziecko–rodzic. Wczesne rozpoznanie i zgłoszenie odpowiednim służbom przypadków nadużywania siły bądź zaniedbań może przyczynić się do rozwiązania problemu, co niejednokrotnie chroni zdrowie, a niekiedy może uratować życie pacjenta. Na koniec warto jeszcze raz podkreślić, że obowiązek interwencji w sytuacji podejrzenia przemocy domowej nie spoczywa tylko na lekarzu, ale również na pielęgniarkach, położnych i ratownikach medycznych. Ważnym zadaniem stojącym przed pielęgniarkami są więc edukacja i wsparcie informacyjne, a w niektórych przypadkach również wsparcie emocjonalne, jakiego mogą udzielić członkom rodziny. Jednym z celów działań edukacyjnych może być przekazywanie rodzicom wiadomości dotyczących prawidłowej opieki nad dzieckiem, jego potrzeb zdrowotnych, fizjologicznych i emocjonalnych, co powinno wpłynąć na zmniejszenie liczby zaniedbań zagrażających zdrowiu i życiu dziecka wynikających z niewiedzy. Natomiast przykładem wsparcia informacyjnego może być przekazanie przez pielęgniarkę informacji na temat praw, jakie przysługują osobie dotkniętej przemocą domową, oraz możliwości i miejsca uzyskania wsparcia i pomocy. Tym samym personel medyczny staje się ważnym ogniwem systemowych działań mających na celu ograniczenie zjawiska przemocy w bliskich relacjach interpersonalnych. Warto bowiem pamiętać, iż to właśnie pracownicy szpitali i ośrodków zdrowia niejednokrotnie jako pierwsi specjaliści mają kontakt z ofiarą podczas świadczenia usług medycznych.

Piśmiennictwo

1. Szlendak T. Socjologia rodziny. Ewolucja, historia, zróżnicowanie. PWN, Warszawa 2010.
2. Johnson M., Ferraro K. Research on domestic violence in the 1990s: making distinctions. *Journal of Marriage and Family* 2000; 62: 948–963.
3. Jarosz E. Ochrona dzieci przed krzywdzeniem. Perspektywa globalna i lokalna. Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego, Katowice 2009.
4. Dz.U. z 2010 r., Nr 125, poz. 842.

5. Kempe C., Silverman F., Steele B.F., Droegemueller W., Silver H.K. The battered child syndrome. *JAMA* 1962; 181: 17–24.
6. Margolis A. Zespół dziecka maltretowanego. Diagnostyka medyczna. Fundacja Dzieci Niczyje, Warszawa 1998.
7. 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.
8. Kornatowska I., Lewandowska K., Kita B. Program Dobry Rodzic — Dobry Start. Wczesna profilaktyka krzywdzenia dzieci. *Dziecko Krzywdzone* 2007; 19: 1–9.
9. Feliksiak M. Prestiż zawodów. Raport z badań. CBOS, Warszawa 2009.
10. <http://www.niebieskalinia.info/arttykul.php?id=1023> (dostęp 13.06.2012).
11. Dz.U. z 2010 r., Nr 125, poz. 842, art.9d, p.5.
12. Dz.U. z 2010 r., Nr 201, poz. 1334.
13. Dz.U. z 2010r., Nr. 209, poz. 1245.
14. Wyniki badań TNS OBOB dla Ministra Pracy i Polityki Społecznej: Polacy wobec zjawisk przemocy w rodzinie oraz opinie ofiar, sprawców i świadków o występowaniu i okolicznościach występowania przemocy w rodzinie. Warszawa 2007.