

# Przemoc i wykorzystywanie seksualne dzieci w praktyce zawodowej ratowników medycznych

Karolina Jabłońska

Zakład Metodologii i Pedagogiki Twórczości Akademii Pedagogiki Specjalnej  
im. Marii Grzegorzewskiej w Warszawie

Ratownicy medyczni to pracownicy ochrony zdrowia stojący na pierwszej linii kontaktu pacjenta z personelem medycznym, na co dzień stykający się z sytuacjami trudnymi, wymagającymi szybkiej interwencji medycznej, często z dala od placówek ochrony zdrowia i przy ograniczonych możliwościach diagnostycznych. Doświadczenia ratowników pracujących w systemie Państwowego Ratownictwa Medycznego obejmują kontakt z dziećmi, co do których zachodzi podejrzenie, że są ofiarami przemocy, w tym krzywdzenia na tle seksualnym. Artykuł stanowi próbę analizy wiedzy i deklarowanych umiejętności ratowników w zakresie rozpoznawania tego rodzaju sytuacji i sposobów reagowania na podejrzenie krzywdzenia dziecka. Na podstawie zebranego materiału badawczego przedstawiono najczęściej wskazywane przez ratowników objawy stosowania przemocy, w tym seksualnej, wobec dziecka i wskazano sposoby postępowania zespołów ratownictwa medycznego w sytuacji powzięcia takiego podejrzenia. Ratownicy medyczni sygnalizują znaczny niedostatek wiedzy w omawianym zakresie, który wywołuje m.in. obawy co do słuszności podejrzeń i w efekcie wysoki odsetek zaniechań ich zgłaszania.

## SŁOWA KLUCZOWE:

KRZYWDZENIE DZIECI, PRZEMOC, PRZEMOC SEKSUALNA, RATOWNIK MEDYCZNY,  
PAŃSTWOWE RATOWNICTWO MEDYCZNE, BADANIE ANKIETOWE

Krzywdzenie dziecka – zarówno na skutek przemocy fizycznej, psychicznej lub seksualnej, jak i zaniedbania – niezaprzeczalnie stanowi cios wymierzony w jego rozwój, poczucie bezpieczeństwa i relację ze światem, niosąc za sobą bolesne konsekwencje, które mogą rzutować na resztę życia dziecka, o ile nie otrzyma ono we właściwym momencie odpowiedniego wsparcia i pomocy ze strony dorosłych, w tym dobrze przygotowanych specjalistów.

Pierwszym i niezbędnym ogniwem w łańcuchu pomocy dziecku doznającemu krzywdy jest rozpoznanie sytuacji krzywdzenia oraz właściwe zareagowanie tak, aby skutecznie uruchomić procedury pomocy dziecku i przeciwdziałania krzywdzie.

Oprócz członków najbliższego otoczenia dziecka do grona osób stanowiących pierwszą linię reagowania należy zaliczyć specjalistów, którzy mają z nim kontakt, m.in. pracowników ochrony zdrowia, w tym lekarzy i pielęgniarki, którzy sprawują nad dzieckiem dość regularną opiekę od jego narodzin (Nitsch-Osuch, 2009), oraz ratowników medycznych, którzy niosą pomoc w sytuacjach nagłych, najczęściej poza placówkami ochrony zdrowia (Johnson, Doecke, Damarell, Grantham, 2018; Weintraub, Lazzara, Fuchs, Wiltsek, 2002).

Od gotowości ratowników oraz ich wiedzy i umiejętności rozpoznawania sygnałów krzywdzenia dziecka oraz właściwego reagowania niejednokrotnie zależy, czy dziecko otrzyma pomoc, a także czy ta pomoc będzie adekwatna i skuteczna.

Szczególną rolę ratowników medycznych w identyfikowaniu dzieci doznających przemocy, w tym przemocy seksualnej, przedstawia w badaniach Brady (2018a), podkreślając, że nagłość sytuacji wymagającej kontaktu rodziny z przedstawicielami medycznych służb ratunkowych umożliwia jej poznanie „bez przygotowania”, czyli bez aranżowania warunków domowych do wizyty profesjonalisty pomagającego rodzinie. Brady zwraca uwagę na dwa ważne aspekty – znajomość sygnałów doznawania przemocy, w tym przemocy seksualnej, przez dziecko u ratowników medycznych oraz ich pewność siebie rozumianą jako wiara czy zaufanie wobec własnej wiedzy i umiejętności rozpoznawania tych sygnałów.

Badania przeprowadzone przez Brady’ego w grupie 276 brytyjskich pracowników EMS (*emergency medical service* – brytyjski odpowiednik polskiego systemu ratownictwa medycznego) wskazują, że zaufanie do swoich zdolności rozpoznawania sygnałów przemawiających za doświadczaniem przez dziecko przemocy fizycznej deklarowało 77,8% respondentów, 2,8% badanych nie było ich pewnych, a 19,2% uczestników nie było „ani pewnych, ani niepewnych” swoich zdolności.

Inaczej rozkładały się wyniki dotyczące zaufania wobec własnych zdolności rozpoznawania sygnałów doświadczania przez dziecko przemocy seksualnej. Poczucie pewności deklarowało 22,8% badanych, w tym 1,8% oceniało je wysoko. Do

niepewności przyznało się natomiast 32,1% badanych, w tym 2,8% uznało, że zdecydowanie nie jest pewne swoich zdolności. Pozostałe 44,9% respondentów wybrało odpowiedź „ani pewny, ani niepewny” (Brady, 2018b).

Poczucie pewności, zaufania wobec własnych zdolności właściwego rozpoznania sygnałów jest jednym z ważnych składników decyzji o zgłaszaniu podjętych przez personel medyczny podejrzeń dotyczących przemocy wobec dziecka. Brak tego poczucia jest jednym z częstych powodów zaniechania przekazania takich podejrzeń do dalszego procedowania (Brady, 2018b; Markenson i in., 2007).

Poszukiwanie przyczyn braku pewności pracowników ochrony zdrowia co do zasadności powzięcia podejrzenia o krzywdzeniu dziecka rodzi pytanie, czy personel medyczny dysponuje wystarczającą wiedzą i umiejętnościami umożliwiającymi rozpoznanie sygnałów krzywdzenia dziecka, szczególnie oznak doświadczania przemocy seksualnej, a także czy potrafi adekwatnie reagować w przypadku powzięcia takiego podejrzenia.

W niniejszym badaniu postanowiono zgłębić ten temat na gruncie polskim. Wzięto w nim pod uwagę ratowników medycznych, grupę zawodową, która stoi na pierwszej linii kontaktu pacjenta z personelem medycznym w sytuacjach trudnych, wymagających nagłej interwencji, niejednokrotnie związanej z nagłym zagrożeniem życia lub zdrowia, zazwyczaj z dala od placówek ochrony zdrowia – w miejscu zamieszkania pacjenta lub w miejscu publicznym (ulica, szkoła, plac zabaw), a więc przy ograniczonych możliwościach diagnostycznych.

Praca ratowników medycznych w zespołach wyjazdowych (zespołach ratownictwa medycznego – ZRM) charakteryzuje się kontaktem z pacjentem najczęściej w jego środowisku domowym i rodzinnym (na ogół w trudnych do przewidzenia warunkach), w obecności członków rodziny (rodziców, rodzeństwa) czy innych mieszkańców lokalu, w którym przebywa dziecko, przy diagnostyce opartej przede wszystkim na wywiadzie i badaniu przedmiotowym oraz w ograniczonym czasie (kilkanaście, kilkadziesiąt minut). Kontakt z dzieckiem jest przy tym zazwyczaj jednorazowy. Obserwacja warunków życia dziecka i jego relacji z innymi domownikami, niezaaranżowanych na potrzeby obecności profesjonalistów świadczących pomoc, z uwagi na nagłość sytuacji, a także charakter wezwania ZRM i współpraca z opiekunami mogą jednak stanowić źródło wielu cennych oraz niedostępnych w innych sytuacjach i dla innych pracowników opieki zdrowotnej informacji o dziecku oraz jego sytuacji (Brady, 2018a; Johnson i in., 2018).

## METODOLOGIA BADAŃ

Badanie zrealizowano przy wykorzystaniu autorskiego kwestionariusza ankiety, przygotowanego na podstawie analizy piśmiennictwa (Czub, 2015; Izdebska, 2010; Kleszczyński, Nabzdyk, 2016; Muram, 2004; Pospiszyl, 1998; Sajkowska, 2004; Wolańczyk, Błachno, Srebnicki, 2008). Kwestionariusz składał się z 36 pytań podstawowych, 24 pytań pogłębiających, gdy respondenci deklarowali osobiste doświadczenia w wybranych obszarach, i metryczki. Pytania podstawowe miały charakter zamknięty i półotwarty, a pytania pogłębiające – zamknięty, półotwarty i otwarty. Wypełnienie kwestionariusza zajmowało 25–40 minut. Badanie zostało przeprowadzone przez internet za pomocą elektronicznej wersji kwestionariusza, udostępnionej w grupach branżowych ratowników medycznych w lutym 2020 r. Uczestników zakwalifikowano do grupy badawczej na podstawie pytań przesiewowych i dwóch kryteriów – pracy w zawodzie ratownika medycznego oraz w systemie Państwowego Ratownictwa Medycznego (PRM). Ponadto do grupy badawczej zakwalifikowano wyłącznie osoby aktualnie pracujące w zawodzie, nie brano pod uwagę studentów ratownictwa medycznego, emerytowanych ratowników medycznych oraz osób pracujących poza systemem PRM, w oddziałach szpitalnych oraz w placówkach niepublicznych.

### **Cel badania**

Celem badania było poznanie przekonań i analiza wiedzy oraz deklarowanych umiejętności rozpoznawania i reagowania ratowników medycznych na sytuacje podejrzenia krzywdzenia dzieci, szczególnie na przypadki wykorzystywania seksualnego.

### **Próba**

W badaniu wzięło udział 80 ratowników medycznych pracujących w systemie PRM na terenie całej Polski (57,5% kobiet i 42,5% mężczyzn). Wśród respondentów 37,5% stanowili kierownicy ZRM, pozostali badani byli członkami załogi zatrudnionymi na stanowisku ratownika (50%) lub kierowcy ratownika (12,5%), przy czym te dane odnoszą się do podstawowego stanowiska pracy, ponieważ 68,75% badanych deklaroowało dodatkowe zatrudnienie na innym stanowisku w ramach systemu PRM. Spośród respondentów 65% pracowało w zawodzie ratownika medycznego nie dłużej niż 10 lat, 22,5% miało staż pracy 10–20 lat, a 1,25 – powyżej 20 lat (9 osób nie udostępniło danych o stażu pracy). Ponadto 45% respondentów pracowało

w jednostkach zlokalizowanych w miastach powyżej 500 tys. mieszkańców, 26,25% – w miastach liczących 100–500 tys. mieszkańców, 26,25% – w miastach do 100 tys. mieszkańców, a 2,5% – na wsi.

## WYNIKI

### Przemoc wobec dziecka

Ogółem zdecydowana większość respondentów (93,75%) uważała, że przemoc w rodzinie jest problemem o charakterze społecznym, a przemoc wobec dziecka jest zjawiskiem częstym (51,25%) lub bardzo częstym (12,5%). Warto jednak zauważyć, że 22,5% respondentów traktuje problem przemocy wobec dziecka jako marginalny, a niemal co siódmy badany nie ma wyrobionej opinii na ten temat (tab. 1).

#### Tabela 1

*Pytanie zamknięte: Czy Twoim zdaniem przemoc wobec dziecka jest w Polsce powszechnym problemem?*

Odpowiedź	%
Tak, jest bardzo częstym problemem	12,5
Tak, występuje często	51,25
Nie, jest rzadkim/marginalnym problemem	22,5
Nie mam zdania	13,75

Respondenci poproszeni o spontaniczne wymienienie znanych im rodzajów przemocy, najczęściej wskazywali przemoc psychiczną (85% uczestników badania). Przemoc fizyczna, którą respondenci opisywali często poprzez wskazanie konkretnych zachowań (np. bicie, kopanie), została wymieniona przez 83,75% badanych. Kolejno respondenci wymieniali także przemoc seksualną (22,5%), ekonomiczną (20%) i zaniedbanie (7,5%).

Czynności, kwalifikowane przez ratowników medycznych jako przejawy przemocy zestawiono w tabeli 2.

Tabela 2

*Pytanie półotwarte: Czynności kwalifikowane jako przemoc wobec dziecka (pytanie wielokrotnego wyboru)*

Przykład zachowania	%
Podniesienie i upuszczenie dziecka z wysokości	98,75
Groźenie śmiercią	98,75
Przewrócenie dziecka	97,5
Przypalanie papierosem	97,5
Rzucanie w dziecko różnymi przedmiotami	96,25
Obrażliwe przezywanie dziecka	96,25
Celowe, przedłużające się trzymanie dziecka w zużytej pieluszcze (mokrej, zanieczyszczonej kałem)	96,25
Uderzenie w tył głowy	95
Groźenie zabiciem (lub skrzywdzeniem) osoby bliskiej dziecku	95
Uderzenie w policzek	93,75
Uderzenie w inną część ciała	93,75
Bicie pasem lub innym przedmiotem (kablem, sznurem)	92,5
Wyzywanie dziecka	92,5
Celowe głodzenie dziecka	92,5
Mocne szczypanie dziecka	88,75
Groźenie porzuceniem	87,5
Popychanie, szturchanie dziecka	86,25
Niszczanie przedmiotów należących do dziecka	86,25
Klaps w pupę	50

Do najbardziej jednoznacznych przejawów przemocy zakwalifikowano podniesienie i upuszczanie dziecka z wysokości oraz groźenie mu śmiercią (98,75%), celowe przewrócenie dziecka i przypalanie go papierosem (97,5%), rzucanie w dziecko różnymi przedmiotami, obraźliwe przezywanie i celowe, przedłużające się trzymanie dziecka w zużytej pieluszcze (96,25%). Najwięcej wątpliwości w zakwalifikowaniu zachowania jako przejawu przemocy respondenci ujawnili przy klapsie w pupę – do zachowań o charakterze przemocy klapsa zaliczyło 50% badanych.

Wśród objawów doświadczania przez dziecko przemocy badani najczęściej wymieniali obecność na jego skórze śladów przypalenia papierosem (98,75% respondentów), uszkodzenia skóry na różnym etapie gojenia (95%) oraz uchylanie się dziecka przed dotykiem osoby dorosłej, m.in. ratownika w trakcie badania (95%). Te i inne symptomy kwalifikowane jako przejawy doświadczania przemocy zostały zestawione w tabeli 3.

**Tabela 3**

*Pytanie półotwarte: Symptomy doświadczania przez dziecko przemocy (pytanie wielokrotnego wyboru)*

Symptom	%
Ślady przypalenia papierosem	98,75
Uszkodzenia skóry na różnym etapie gojenia	95
Uchylenie się dziecka przed dotykiem dorosłego (w tym ratownika medycznego, w trakcie badania)	95
Naderwane małżowiny uszne	92,5
Krwawe wylewy do gałek ocznych	92,5
Obrażenia wewnętrzne	92,5
Siniaki	91,25
Liczne lub duże odparzenia	91,25
Złamania kości	91,25
Obrażenia głowy	88,75
Blizny	83,75
Uszkodzenia nosa	82,5
Oparzenia	82,5
Zadrapania, strupy	76,25
Łyse, pozbawione włosów placki na głowie	76,25

Pojedynczy badani wymieniali także: strach, przygnębienie, izolację, agresję, brak płaczu, mrużenie oczu, unikanie kontaktu wzrokowego lub rozmów na temat przemocy i używanie alkoholu bądź środków odurzających.

Co ważne, 92,5% respondentów uważało, że kontakt z pacjentem w trakcie wezwania mimo swojej specyfiki (czas, warunki działania) umożliwia zauważenie sygnałów mogących stanowić podstawę powzięcia podejrzenia, że dziecko doświadcza przemocy.

Styczność z problematyką powzięcia podejrzenia przemocy wobec dziecka w swojej pracy zawodowej zadeklarowało 66,25% uczestników badania. Większość (50,94%) spośród tych osób miało z tego rodzaju sytuacją do czynienia kilka razy (>3, <10), 11,32% ratowników przypomina sobie więcej niż 10 takich sytuacji, a pozostali uczestniczyli w takich zdarzeniach jeden lub dwa razy.

Najczęściej informacja o podejrzeniu ZRM dotyczącym doświadczania przez dziecko przemocy przekazywana jest personelowi medycznemu (lekarzowi) w szpitalu, do którego ZRM odwozi pacjenta (67,9%), i na policję (50,9%). Jednocześnie, 18,9% respondentów podkreśliło, że mimo podejrzeń ZRM nikomu nie przekazał informacji (tabela 4).

**Tabela 4**

*Pytanie półotwarte: Gdzie przekazywana jest informacja o podejrzeniu krzywdzenia dziecka w przypadku ZRM (pytanie wielokrotnego wyboru, n = 53)*

Kto	%
Personel medyczny (lekarz) w szpitalu, do którego ZRM przekazuje pacjenta	67,9
Policja	50,9
Dyspozytor medyczny	34
Koordynator medyczny	13,2
Opieka społeczna	13,2
Rodzina dziecka	5,7
Pracodawca (dysponent jednostki)	5,7
Prokuratura	1,9
Sąd rodzinny	1,9

Ratownicy medyczni uczestniczący w badaniu są zgodni co do tego, że informacja o podejrzeniu stosowania przemocy wobec dziecka powinna znaleźć się w Karcie Medycznych Czynności Ratunkowych, czyli w dokumentacji dziecka przekazywanej wraz z nim przez ZRM. W badanej grupie 32,5% ratowników zauważa potrzebę rozpoczęcia procedury „Niebieskiej Karty” w takiej sytuacji, ale większość uważa, że jest to obowiązek innych służb i podmiotów udzielających pomocy: policji (76,1%), szpitala, do którego dziecko zostaje przekazane (53,4%), koordynatora medycznego (38,6%) i opieki społecznej (20,5%; odpowiedź na pytanie umożliwiła wskazanie więcej niż jednej instytucji).

Respondenci zapytani o procedury w miejscu ich pracy wspomagające proces decyzyjny i poczucie pewności co do postępowania najczęściej odpowiadali, że ich nie ma (40%) lub nic im o nich nie wiadomo (a zatem ich nie znają; 33,75%). Istnienie określonych procedur w miejscu pracy zgłaszało 26,25% respondentów, przy czym polegają one w zdecydowanej większości na wezwaniu policji na miejsce zdarzenia lub zawiadomieniu dyspozytora medycznego.

Co piąty badany stwierdzał jednoznacznie, że w sytuacji podejrzenia stosowania przemocy wobec swojego małego pacjenta wiedziałby, co zrobić, 11,25% respondentów deklarowało, że nie wiedziałoby, co robić, a 67,5% ratowników nie miało pewności, czy by wiedziało.

## **Przemoc seksualna**

Przemoc seksualna dla 36,25% respondentów stanowi zjawisko występujące często, 30% ocenia, że zdarza się rzadko/marginalnie, natomiast co trzeci badany nie ma zdania na ten temat (tab. 5).



**Tabela 5**

*Pytanie zamknięte: Czy Twoim zdaniem przemoc seksualna wobec dziecka jest w Polsce powszechnym problemem?*

Odpowiedź	%
Tak, jest bardzo częstym problemem	1,25
Tak, występuje często	36,25
Nie, jest rzadkim/marginalnym problemem	30
Nie mam zdania	32,5

Respondenci poproszeni o wskazanie czynności, które ich zdaniem mogą stanowić formę przemocy seksualnej, zaliczają do nich stosunek waginalny, oralny i analny z dzieckiem, a także wsuwanie dziecku przedmiotów w intymne części ciała bez wyraźnego wskazania medycznego (np. oprzyrządowanie medyczne jak cewnik czy termometr). Co czwarty badany wskazuje, że całowanie dziecka w usta i rozmawianie z nim o czynnościach seksualnych również może być uznawane za przejaw przemocy seksualnej. Znikomy procent respondentów postrzega rozmowy z dzieckiem o seksualności i rozwoju seksualnym jako formę przemocy (tab. 6).

**Tabela 6**

*Pytanie półotwarte: Czynności kwalifikowane jako przemoc seksualna wobec dziecka (pytanie wielokrotnego wyboru, n = 78)*

Przykład zachowania	%
Stosunek oralny z dzieckiem	100
Stosunek waginalny z dzieckiem	100
Stosunek analny z dzieckiem	100
Wsuvanie dziecku przedmiotów (cewnika, termometru) w cewkę moczową, odbyt lub pochwę bez wyraźnego wskazania medycznego	100
Pocieranie, dotykanie dziecka w miejscach intymnych (piersi, pośladki, genitalia)	98,72
Nakłanianie lub zmuszanie dziecka do dotykania intymnych części ciała dorosłego (piersi, pośladki, genitalia)	98,72
Pokazywanie dziecku materiałów pornograficznych	93,59
Pokazywanie dziecku organów płciowych i czynności seksualnych	88,46
Całowanie dziecka w usta	26,92
Rozmawianie z dzieckiem o czynnościach seksualnych	26,92
Rozmawianie z dzieckiem o seksualności i rozwoju seksualnym	1,28

Ratownicy medyczni jako oznaki mogące świadczyć o wystąpieniu przemocy seksualnej najczęściej wymieniali urazy lub (niefizjologiczne) krwawienie z dróg rodnych (95%), obtarcia warg sromowych (92,5%), członka lub moszny (91,25%), ból odbytu

(91,25%), jego uraz lub krwawienie (90%). Symptomy kwalifikowane przez badanych jako przejawy przemocy seksualnej zestawiono w tabeli 7.

### Tabela 7

*Pytanie półotwarte: Symptomy doświadczania przez dziecko przemocy seksualnej (pytanie wielokrotnego wyboru)*

Przykład zachowania	%
Urazy lub krwawienie z dróg rodnych	95
Obtarcia warg sromowych	92,5
Obtarcia członka lub moszny	91,25
Ból odbytu	91,25
Urazy lub krwawienie z odbytu	90
Utkwienie przedmiotu w drogach rodnych lub odbycie dziecka	81,25
Podejrzanie ciąży	81,25
Ból podbrzusza	75
Zabrudzanie kałem u dziecka, nietrzymanie kału	71,25
Uskarżanie na ból i pieczenie dróg moczowych	68,75
Wtórne moczenie się	68,75
Choroba weneryczna	65
Krwisty stolec	60
Krwimocz	56,25
Uraz, uszkodzenie jamy ustnej, w tym krwawienie z jamy ustnej	55
Ból brzucha	52,5
Infekcja dróg moczowych	43,75

Oprócz oznak o charakterze somatycznym respondenci zwrócili uwagę na objawy w zachowaniu i samopoczuciu psychicznym, takie jak odczuwane przez dziecko lęk i niepokój (96,25%), myśli samobójcze (95%), podejmowanie prób samobójczych (92,5%), zachowania autoagresywne (90%), znacznie obniżony nastrój (83,75%) i nadpobudliwość (58,75%).

Pojedynczo respondenci wskazywali także, że sygnałem mogą być próby unikania tematów związanych z cielesnością, poczucie wstydu i winy oraz noszenie „nieadekwatnej do wieku” bielizny.

W porównaniu z wcześniej omawianymi przykładami przemocy doświadczania o charakterze przemocy seksualnej wydają się ratownikom medycznym zdecydowanie trudniejsze do identyfikacji. Możliwość zauważenia, że dziecko, będące pacjentem ZRM, doświadcza przemocy na tle seksualnym deklarowało 60% respondentów, natomiast 38,75% badanych uważało, że to niemożliwe (1 osoba nie miała zdania na ten temat). Warto przy tym zaznaczyć, że zaobserwowanie większości spośród wskazanych oznak doświadczania przemocy seksualnej wymagałoby oględzin okolic

genitalnych dziecka, czego ratownicy medyczni na miejscu zdarzenia nie robią, jeśli nie ma ku temu jasných wskazań, np. wynikających z lokalizacji urazu będącego przyczyną wezwania.

Co piąty respondent przyznał, że spotkał się z problematyką podejrzenia przemoc seksualnej doświadczanej przez dziecko, z czego 41% pamiętało 1–2 tego rodzaju sytuacji, 29,4% miało do czynienia z 3–6 takimi sytuacjami, a pozostali deklaruowali więcej niż 10 zdarzeń tego rodzaju.

Respondenci swoje podejrzenia najczęściej zgłaszali lekarzowi lub innej osobie z personelu medycznego w placówce, do której zostało przekazane dziecko (17,65%). Na drugim miejscu znalazły się zawiadomienia złożone na policję oraz do dyspozytora lub koordynatora medycznego (po 11,76%). Co bardzo istotne, prawie połowa (47%) badanych nie powiadomiła nikogo o swoich podejrzeniach.

Osoby, które stwierdziły, że w swojej pracy nie zdarzyło im się jeszcze powziąć podejrzenia, że ich małoletni pacjent doświadcza przemoc seksualnej, miały ocenić, czy uważają, że wiedziałyby, co robić w takiej sytuacji. Nieco ponad 57% respondentów odpowiedziało twierdząco, natomiast prawie 43% uznało, że nie wie, co powinno się zrobić w takiej sytuacji.

Mimo wszystko do najczęściej wskazywanych rozwiązań należało przekazanie dziecka pod opiekę lekarza w szpitalu (55% wskazań) i zgłoszenie problemu koordynatorowi medycznemu, który miałby zdecydować, co dalej (45% wskazań). Zasadność uruchomienia procedury „Niebieskiej Karty” w takiej sytuacji widziała blisko 1/3 respondentów. Zawiadomienie prokuratury zadeklarowało 15% respondentów, a policji jedynie 6,25% badanych (tab. 8).

## Tabela 8

*Pytanie półotwarte: Co należy zrobić w sytuacji podejrzenia przemoc na tle seksualnym wobec dziecka w trakcie wyjazdu ZRM? (pytanie wielokrotnego wyboru)*

Odpowiedź	%
Przekazać dziecko pod opiekę lekarza w szpitalu	55
Zgłosić podejrzenie koordynatorowi medycznemu	45
Uruchomić procedurę Niebieskiej Karty	30
Powiadomić pracodawcę	23,75
Zawiadomić opiekę społeczną	17,5
Zgłosić sprawę do sądu rodzinnego	16,25
Zawiadomić prokuraturę	15
Zawiadomić policję	6,25

Warto podkreślić, że co czwarty badany potwierdził istnienie w miejscu pracy procedur wspomagających proces decyzyjny i postępowanie w sytuacji powzięcia podejrzenia o doświadczaniu przez pacjenta przemocy. Najczęściej należały do nich: zaopatrzenie dziecka na okoliczność odniesionych obrażeń, zabezpieczenie materiału do badań, wezwanie policji i przekazanie dziecka pod opiekę lekarza. Tylko dwie osoby stwierdziły, że procedury te uwzględniają kontakt z psychologiem.

Badanych poproszono także o wskazanie, jakie mogą być przyczyny zaniechania przez ZRM zgłoszeń o podejrzeniu krzywdzenia dziecka. Najczęściej wskazywanym powodem była obawa przed zbyt pochopnymi wnioskami (73,75%), a także obawy przed oskarżeniem o zniesławienie (58,75%) i przed kłopotliwymi konsekwencjami, takimi jak późniejsza konieczność składania zeznań przed sądem czy wezwanie w charakterze świadka (55%). Co więcej, 30% respondentów wyrażało przekonanie, że od zajmowania się tym problemem są inne służby, natomiast 18,75% badanych wskazało, że zniechęcający może być nadmiar „papierkowej roboty”, czyli dokumentów do wypełnienia w związku z takim zgłoszeniem.

Na koniec badanych poproszono o autorefleksję dotyczącą posiadanej wiedzy i umiejętności w zakresie omawianych zagadnień oraz chęci i potrzeb szkoleniowych.

Respondenci swoją wiedzę w zakresie tematyki przemocy oceniali jako przeciętną (5 lub 6 na 10-stopniowej skali), natomiast w zakresie przemocy seksualnej nieco poniżej przeciętnej (dominowały oceny w przedziale 3–5 na 10-stopniowej skali). Ponad połowa (55%) badanych twierdziła, że w trakcie kształcenia zawodowego problematyka pomocy dziecku krzywdzonemu została poruszona, ale w stopniu niewystarczającym, według 35% badanych tematyka ta w ogóle się nie pojawiła, a 10% respondentów uważało, że treści te były uwzględnione w programie kształcenia i przekazane w stopniu wystarczającym.

Analogicznie, dla przemocy seksualnej 39,5% respondentów wskazało, że treści w programie pojawiły się, ale w stopniu niewystarczającym, 52% badanych deklarowała, że problematyka przemocy seksualnej w ogóle nie została poruszona w trakcie kształcenia, a 8,5% badanych uważało, że w jego trakcie otrzymało wystarczającą wiedzę.

Zdecydowana większość (95,5%) respondentów deklarowała chęć udziału w formach doskonalących wiedzę, które dotyczyłyby problematyki przemocy, w tym przemocy seksualnej wobec dzieci, przy czym ponad 50% spośród nich najchętniej wzięłoby udział w formach przeznaczonych dla ratowników medycznych (np. szkolenie, warsztaty, konferencja). Nieco mniejszym zainteresowaniem cieszyły się analogiczne formy przeznaczone dla szerszej rozumianego personelu medycznego. Co piąty badany byłby usatysfakcjonowany spotkaniem edukacyjnym organizowanym

wewnątrz, w miejscu pracy, dostępem do poleconego piśmiennictwa lub uczestnictwem w zajęciach o charakterze otwartym, bez uwzględniania specyfiki pracy ratowników medycznych.

## PODSUMOWANIE

Praktyka zawodowa ratownika medycznego jest nierozzerwalnie związana z kontaktem z dziećmi, które mogą być ofiarami różnego rodzaju przemocy. Badani ratownicy sami przyznają, że zdarzają im się wyjazdy, w czasie których mierzą się z wątpliwościami, czy ich młodzi pacjenci nie doznają krzywdy. Przeprowadzona analiza wskazuje, że ratownicy potrafią rozpoznać i wskazać wiele sygnałów doświadczania przemocy, szczególnie tych, które wiążą się z obrazem somatycznym pacjenta. Niestety, wiele spośród nich to objawy nieswoiste, niewskazujące jednoznacznie na etiologię związaną z przemocą. Specyfika pracy ratowników medycznych, związana z krótkim czasem kontaktu z pacjentem, niepozwalającym zazwyczaj na zbudowanie wystarczająco bezpiecznej relacji, by dziecko miało przestrzeń na podzielenie się swoimi doświadczeniami, z badaniem przedmiotowym nieuwzględniającym zazwyczaj oględzin całego ciała dziecka, a jedynie miejsca urazu lub miejsc powiązanych bezpośrednio ze zgłaszanymi dolegliwościami, z utrudnionymi warunkami badania wynikającymi z prowadzenia działań na miejscu zdarzenia, np. w mieszkaniu, przy ograniczonym dostępie do sprzętu medycznego, w obecności innych, współzamieszkujących osób itp. wzmacna znacząco poczucie niepewności co do zasadności nabrałych podejrzeń i utrudnia ich weryfikowanie. Być może ta niepewność powiązana z obawami dotyczącymi skutków pomyłki sprawia, że prawie 19% przypadków podejrzeń przemocy wobec dziecka powziętych przez ZRM nie zostaje nigdzie zgłoszonych, a w przypadku przemocy seksualnej bez podjęcia działań pozostaje 47% przypadków wzbudzających podejrzenie. Do najczęściej podejmowanych działań należy zaliczyć przekazywanie informacji lekarzowi lub personelowi medycznemu w placówce (szpitalu), do której ZRM przekazuje pacjenta.

Drugą najczęściej wskazywaną instytucją powiadamianą w przypadku podejrzenia przemocy była policja, jednak nie ma w tym względzie analogii w odniesieniu do podejrzeń przemocy na tle seksualnym – w tych sytuacjach respondenci zdecydowanie częściej wskazywali kontakt z koordynatorem medycznym, dyspozytorem, pracodawcą i prokuraturą, a policja znalazła się na ostatnim miejscu spośród wszystkich instytucji.

Wśród przyczyn zaniechania zgłoszenia podejrzeń dotyczących krzywdy dziecka respondenci najczęściej wskazywali obawy przed zbyt pochopnie wyciągniętymi

wnioskami, przed oskarżeniem o zniechęcenie i przed kłopotliwymi konsekwencjami, takimi jak konieczność uczestniczenia w kolejnych procedurach, np. w charakterze świadka w postępowaniu sądowym.

Część ratowników wyrażała także przekonanie, że od zajmowania się tego rodzaju problemami są inne służby niż ZRM, a niecałe 19% respondentów twierdziło, że zniechęcająco może działać mnogość dokumentacji związana ze zgłoszeniem takiego podejrzenia.

Wymienione przyczyny znajdują odzwierciedlenie w innych badaniach dotyczących barier w zgłaszaniu przez personel medyczny podejrzeń stosowania przemocy wobec dziecka. Na przykład w badaniach Fundacji Dajemy Dzieciom Siłę z 2019 r., przeprowadzonych wśród lekarzy (38,74%), pielęgniarek (37,75%), ratowników medycznych (18,77%) i położnych (4,74%), najczęściej wskazywanymi powodami zaniechania zgłoszeń były: niepewność pracowników ochrony zdrowia co do powziętych podejrzeń (zgłosiło ją 43,28% respondentów), obawa personelu medycznego przed reakcją rodziców (31,82%), brak wiary w skuteczność interwencji (28,06%) i obawa przed dodatkowymi problemami (27,47%; Makaruk, Włodarczyk, 2019).

Podobne wnioski płyną także z przywołanych już wcześniej badań Brady'ego (2018b), których uczestnicy odpowiadali na pytanie o powody niezgłaszania podejrzeń krzywdzenia dzieci. Niepewność co do własnych zdolności powzięcia uzasadnionego podejrzenia wskazało 22,8% respondentów, obawę przed nieprawidłowym oskarżeniem – 20,3% respondentów, a chęć uniknięcia konfrontacji – 4,7% badanych. Poczucie, że „to nie moja odpowiedzialność”, deklarowało 1,1% respondentów.

Opinie zebrane w badaniu wskazują również na brak lub niedostateczną znajomość procedur, które ZRM mogłyby wdrażać w sytuacji podejrzenia przemocy, oraz na niedostateczną uwagę poświęcaną problematyce przemocy wobec dzieci w trakcie kształcenia zawodowego. Są to ważne wnioski na drodze planowania poprawy funkcjonowania systemu PRM, zwłaszcza w zakresie przeciwdziałania przemocy wobec dzieci.

Zdecydowana większość ratowników medycznych odczuwa potrzebę poszerzenia wiedzy i doskonalenia umiejętności w postępowaniu z dzieckiem krzywdzonym, przy czym największym zainteresowaniem obdarzone zostały formy kształcenia przeznaczone kierunkowo grupie zawodowej ratowników medycznych tak, aby omawiane treści były dostosowane do specyfiki ich pracy.

Na podstawie danych uzyskanych w niniejszym badaniu zasadny wydaje się wniosek, że jednym z elementów wzmocnienia działań na rzecz poprawy sytuacji dzieci doświadczających przemocy może być przygotowanie oferty edukacyjnej dla ratowników medycznych dotyczącej pomocy, rozpoznawania i adekwatnego reagowania

na podejrzenie krzywdzenia, a przede wszystkim umożliwiającej wzmocnienie poczucia pewności co do własnych kompetencji w tym zakresie wśród ratowników medycznych.

E-mail autorki: [kjablonska@aps.edu.pl](mailto:kjablonska@aps.edu.pl).

## BIBLIOGRAFIA

- Brady, M. (2018a). UK Paramedics confidence in identifying child sexual abuse: a mixed-methods investigation. *Journal of Child Sexual Abuse*, 27(4), 439–458.
- Brady, M. (2018b). *An investigation of the role of paramedics in child protection* (praca doktorska). Swansea: Swansea University.
- Czub, M. (2015). *Zrozumieć dziecko wykorzystywane seksualnie*. Sopot: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Izdebska, A. (2010). Problem wykorzystywania seksualnego dzieci. W: M. Sajkowska (red.), *Dziecko wykorzystywane seksualnie. Diagnoza, interwencja, pomoc psychologiczna* (s. 9–20). Warszawa: Fundacja Dzieci Niczyje.
- Johnson, K. B., Doecke, E., Damarell, R. A., Grantham, H. (2018). Do training programs improve a paramedic's ability to identify and report child abuse and neglect? A systematic review. *Australasian Journal of Paramedicine*, 15(3), 1–8.
- Kleszczyński, J., Nabzdyk, A. (2016). Urazy u dzieci. W: P. Guła, W. Machała (red.), *Postępowanie przedszpitalne w obrażeniach ciała* (s. 323–342). Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
- Makaruk, K., Włodarczyk, J. (2019). *Praktyka zgłaszania przez pracowników ochrony zdrowia podejrzeń krzywdzenia dzieci. Raport z badania*. Warszawa: Fundacja Dajemy Dzieciom Siłę. Pobrane z: [https://fdds.pl/wp-content/uploads/2020/01/Praktyka-zg%C5%82aszania-przez-pracownik%C3%B3w-ochrony-zdrowia-podejrze%C5%84-krzywdzenia-dzieci\\_raport.pdf](https://fdds.pl/wp-content/uploads/2020/01/Praktyka-zg%C5%82aszania-przez-pracownik%C3%B3w-ochrony-zdrowia-podejrze%C5%84-krzywdzenia-dzieci_raport.pdf).
- Muram, D. (2004). Wykorzystywanie seksualne dzieci: ocena, dokumentacja i leczenie. *Dziecko Krzywdzone. Teoria, badania, praktyka*, 3(4), 101–111.
- Markenson, D., Tunik, M., Cooper, A., Olson, L., Cook, L., Matza-Haughton, H., Treiber, M., Brown, W., Dickinson, P., Foltin, G. (2007). A National Assessment of Knowledge, Attitudes, and Confidence of Prehospital Providers in the Assessment and Management of Child Maltreatment. *Pediatrics*, 119(1), 103–108.
- Nitsh-Osuch, A. (2009). Rola lekarzy w rozpoznawaniu i profilaktyce krzywdzenia małych dzieci. *Dziecko Krzywdzone. Teoria, badania, praktyka*, 8(2), 117–125.

- Pospiszył, I. (1998). *Przemoc w rodzinie*. Warszawa: Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne.
- Sajkowska, M. (2004). Wykorzystywanie seksualne dzieci – ustalenia terminologiczne, szacowanie skali zjawiska, oblicza problemu społecznego. W: M. Sajkowska (red.), *Wykorzystywanie seksualne dzieci. Teoria, badania, praktyka* (s. 5–34). Warszawa: Fundacja Dzieci Niczyje.
- Weintraub, B., Lazzara, P., Fuchs, S., Wiltsek, D. L. (2002). Child maltreatment awareness for prehospital providers. *International Journal of Trauma Nursing*, 8(3), 81–83.
- Wolańczyk, T., Błachno, M., Srebnicki, T. (2008). Wybrane zagadnienia psychiatrii i psychologii dziecka. W: A. Radzikowski, A. Banaszkiwicz (red.), *Pediatria. Podręcznik dla studentów pielęgniarstwa* (s. 540–563). Warszawa: MediPage.

## CHILD ABUSE IN THE PROFESSIONAL PRACTICE OF PARAMEDICS

*Paramedics are the medical workers that stand in the front line of contact with patients. Every day they encounter difficult situations, that demand their quick medical intervention, often far away from health care facilities, in situations of limited diagnostic possibilities. Among different experiences of paramedics working in the Emergency Medical Services, there are also contacts with children that have faced abuse, including sexual abuse. The article is an attempt to analyse the knowledge and self-declared skills of paramedics applied in recognizing this type of situation and methods of responding to suspected child abuse. Based on the gathered research material, the symptoms of violence most frequently pointed out by paramedics, including symptoms of sexual abuse towards the child are discussed. Procedures of addressing an arising suspicion are presented as well. Paramedics indicate a significant lack of knowledge in the abovementioned subject, which among others, raises concerns about the validity of their suspicions and, a resulting high percentage of paramedics not reporting further their suspicions.*

### KEYWORDS

CHILD ABUSE, VIOLENCE, SEXUAL ABUSE, PARAMEDIC, EMT, EMERGENCY MEDICAL SERVICE, SURVEY



Cytowanie:

Jabłońska, K. (2020). Przemoc i wykorzystywanie seksualne dzieci w praktyce zawodowej ratowników medycznych. *Dziecko Krzywdzone. Teoria, badania, praktyka*, 19(1), 76–92.



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

MINISTERSTWO  
SPRAWIEDLIWOŚCI

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



FUNDUSZ  
SPRAWIEDLIWOŚCI

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