

*Rozpoznanie zjawiska przemocy przez lekarzy jest niewystarczające; szacuje się, że wynosi ono między 10 a 30% przypadków. W badaniach prowadzonych w USA, jedynie około 13% zgłaszających się na oddział ratunkowy zostało zapytanych o przemoc. Tylko około 10% położników i ginekologów deklaroowało prowadzenie badań przesiewowych. Psychiatrzy również rzadko pytają o przemoc, a jeśli do ujawnienia dochodzi, nie uwzględniają jej w planie leczenia.*

# BARIERY W ROZPOZNAWANIU PRZEMOCY DOMOWEJ IDENTYFIKOWANE PRZEZ PRACOWNIKÓW OCHRONY ZDROWIA

Łukasz Wieczorek, Katarzyna Dąbrowska  
Zakład Socjologii i Zdrowia Publicznego  
Instytut Psychiatrii i Neurologii

## Wprowadzenie

Przemoc w rodzinie to poważny problem zdrowia publicznego, który wpływa na życie ludzi na całym świecie. Uznaje się, że zjawisko przemocy domowej było i nadal jest niedoszacowane, ponieważ ofiary często go nie ujawniają, co oznacza, że rzeczywiste liczby osób jej doświadczających mogą być znacznie wyższe (Kirk i współ., 2020). Osoby doświadczające przemocy częściej skarżą się na problemy ze zdrowiem fizycznym i psychicznym i częściej korzystają z opieki zdrowotnej w porównaniu do osób, które nie doznają przemocy (Alhabib i współ., 2010). Pracownicy ochrony zdrowia odgrywają ważną rolę zarówno w rozpoznawaniu przemocy, jak i leczeniu jej skutków (Siltala i współ., 2019). Rozpoznanie zjawiska przemocy przez lekarzy jest niewystarczające; szacuje się, że wynosi ono między 10 a 30% przypadków (Sparrow i współ., 2020). W badaniach prowadzonych w USA, jedynie około 13% zgłaszających się na oddział ratunkowy zostało zapytanych o przemoc. Tylko około 10% położników i ginekologów deklaroowało prowadzenie badań

przesiewowych (Waaen i współ., 2000). Psychiatrzy również rzadko pytają o przemoc, a jeśli do ujawnienia dochodzi, nie uwzględniają jej w planie leczenia (Trevillion i współ., 2012). W brytyjskich badaniach jedynie 15% psychiatrów i pielęgniarek pytało rutynowo o przemoc domową, 8% robiło to sporadycznie, a bli-

sko 40% dopiero po zauważeniu symptomów (Nyame i współ., 2013). Co trzeci pracownik przekazywał pacjentom informacje o pomocy, co piąty kierował do instytucji wsparcia, a 12% pomagało w przygotowaniu planu bezpieczeństwa. Badania pokazują, że w szpitalach kobiety doświadczające przemocy otrzymują jedynie tradycyjne leczenie i zachętę do zgłoszenia sprawy na policję, bez wsparcia psychologicznego (Nascimento i współ., 2014).

Niski odsetek rozpoznawanych przypadków wynika z barier systemowych, pracowniczych i tych związanych z ofiarami.

Barier systemowe to m.in. krótki czas wizyt, ograniczone zasoby kadrowe, przeciążenie pracą, brak ciągłości opieki i protokołów postępowania, a także słaba komunikacja między instytucjami (Waaen

*Barierą w rozpoznawaniu przemocy domowej, szczególnie w placówkach podstawowej opieki zdrowotnej, jest krótki czas wizyty przeznaczony na pacjenta. Lekarze specjaliści także dostrzegają tę barierę. Czas wizyty tak bardzo ogranicza lekarzy, że nawet w sytuacji, gdy podejrzewają, iż pacjent doświadcza przemocy, nie podejmują żadnych kroków. Lekarze obawiają się opóźnień, roszczeń ze strony pacjentów i kierownictwa placówki.*

i współ., 2000; Husso i współ., 2012; Sparrow i współ., 2020). Bariery pozostające po stronie pracowników obejmują brak szkoleń i kompetencji w identyfikacji przemocy, niepewność, brak wiedzy o miejscach wsparcia, obawy przed konfrontacją oraz bagatelizowanie przemocy psychicznej (Read i współ., 2007; Rose i współ., 2011; Henriksen i współ., 2017). Wielu lekarzy uważa przemoc za problem psychologiczny lub społeczny, a nie medyczny, co sprzyja dystansowaniu się od tematu (Waaen i współ., 2000; Husso i współ., 2012). Inną barierą jest obawa o własne bezpieczeństwo (Waaen i współ., 2000). Po stronie ofiar bariery to wstyd, lęk, obawa przed stygmatyzacją, odwetem, utratą dzieci czy statusu społecznego, a także normalizacja przemocy i nadzieja na zmianę partnera (Gadomski i współ., 2001; Taylor i współ., 2013; Nascimento i współ., 2014). Niezgłaszanie przemocy może wynikać też z kultury, np. machizmu, barier językowych czy obawy przed deportacją (Fisher i współ., 2020; Sparrow i współ., 2020).

Celem artykułu jest identyfikacja barier w rozpoznawaniu przemocy domowej przez pracowników ochrony zdrowia – lekarzy pierwszego kontaktu, lekarzy specjalistów oraz terapeutów uzależnień.

## Metodologia

Badanie miało charakter jakościowy. Technika wykorzystaną w badaniu był wywiad semi-strukturyzowany z listą poszukiwanych informacji.

Badania były prowadzone w różnych grupach respondentów. W sumie zrealizowano 60 wywiadów – 30 w placówkach zlokalizowanych w dużym mieście i 30 w placówkach zlokalizowanych w społeczności lokalnej, zdefiniowanej jako miejscowość licząca poniżej 20 tys. mieszkańców.

Zrealizowano badania wśród:

- 20 lekarzy pierwszego kontaktu zatrudnionych w placówkach podstawowej opieki zdrowotnej (POZ),
- 20 lekarzy specjalności psychiatria, ginekologia, pracowników SOR,
- 20 specjalistów psychoterapii uzależnień (STU).

Dobór uczestników do badania był celowy (*purposive sampling*). Respondenci byli rekrutowani w placówkach podstawowej opieki zdrowotnej (POZ), na ostrych dyżurach szpitalnych (SOR), poradniach zdrowia psychicznego (PZP), poradniach ginekologicznych

oraz placówkach leczenia uzależnień zlokalizowanych w dużych miastach liczących powyżej 100 tys. mieszkańców i małych społecznościach lokalnych.

## Wyniki

Zidentyfikowane w badaniu bariery w rozpoznawaniu przemocy domowej można podzielić na trzy grupy. Jedną z nich są bariery związane z organizacją ochrony zdrowia, kolejną są bariery odnoszące się do pracowników zatrudnionych w systemie ochrony zdrowia i ich gotowości do rozpoznawania zjawiska, a trzecią są bariery związane z ofiarami przemocy.

### Bariery związane z organizacją ochrony zdrowia

Barierą w rozpoznawaniu przemocy domowej, szczególnie w placówkach podstawowej opieki zdrowotnej, jest krótki czas wizyty przeznaczony na jednego pacjenta. Lekarze specjaliści również dostrzegają tę barierę. Czas wizyty tak bardzo ogranicza lekarzy, że nawet w sytuacji, gdy podejrzewają, iż pacjent doświadcza przemocy, nie podejmują żadnych kroków. Lekarze obawiają się opóźnień, roszczeń ze strony pacjentów i kierownictwa placówki. Również kolejka oczekujących pacjentów zwiększa presję na lekarzy, aby nie koncentrowali się zbyt długo na jednym przypadku i przestrzegali zasad związanych z czasem wizyty.

POZ: *Myszę, że przede wszystkim to jest kwestia czasu, no bo najczęściej wizyty zajmują no maksymalnie 15 minut w naszym grafiku i tak naprawdę w większości sytuacji nie mamy możliwości gdzieś tam szczerze porozmawiać z pacjentami. Nawet jeżeli byśmy coś podejrzewali, no to jednak tego czasu w warunkach POZ jest naprawdę bardzo mało.* (EG210420232POZMM<sup>1</sup>)

Inną barierą z tego wymiaru jest nadmierna biurokracja, która zajmuje czas i uniemożliwia nawiązanie relacji z pacjentem. Konieczność uzupełnienia dokumentacji podczas krótkiej wizyty sprawia, że czasu na wywiad pozostaje niewiele.

POZ: *Często zajmujemy się tutaj głównie tak zwaną, w cudzysłowie mówiąc, robotą papierkową, zamiast rzeczywiście szczerze z tym pacjentem porozmawiać.* (EG210420232POZMM)

Dla lekarzy i terapeutów barierą w rozpoznawaniu przemocy domowej jest brak wsparcia przełożonych,

które daje pracownikom poczucie, że nie zostają sami z tą sytuacją.

STU: *Czasami brak nawet konstruktywnego wsparcia personelu medycznego po stronie kierownictwa i jakby osób zarządzających danymi placówkami. Być może czasami występuje jakaś presja tego, żeby nie wszystko zgłaszać, a być może nawet na pewne sprawy przymykać oko.* (AŁ22042023STUDM)

Pracownicy medyczni nie mają narzędzi, które pozwoliłyby na identyfikację zjawiska przemocy. W ich ocenie brakuje testów przesiewowych, które mogłyby ułatwić to lekarzom i terapeutom. Również pacjentom mogłoby to ułatwić ujawnienie doświadczenia przemocy, a także pozwoliłoby dowiedzieć się o różnych formach przemocy.

Specjalista: *Nie ma żadnych takich zobiektywizowanych narzędzi, jakichś arkuszy, formularzy, które mogłabym podsunąć pacjentce, tak, żeby być może nawet jej łatwiej byłoby zaznaczyć odpowiedź na konkretne pytania, niż powiedzieć wprost, że jest ofiarą, bo myślę, że to jest też dla nich trudne. I jakby stwierdzenie, że na podstawie zaznaczonych krzyżyków, na przykład, że jest czy też może być Pani ofiarą przemocy. Brakuje czegoś, co byłoby wystarczająco delikatne, a również na tyle silne diagnostycznie, żeby można było przypisać nadużycie jako prawdopodobną przyczynę wystąpienia takich dolegliwości.* (AŁ12022023S)

Zdaniem respondentów w systemie ochrony zdrowia brakuje ciągłości opieki, co utrudnia rozpoznawanie przemocy domowej. Pacjenci przychodzą do lekarzy, którzy są w danej chwili dostępni, a nie do swojego lekarza rodzinnego, który znałby rodzinę i jej sytuację. Nie jest nawiązywana relacja, nie buduje się zaufania, które sprzyja rozpoznawaniu zjawiska. Szwankuje komunikacja między różnymi instytucjami bądź placówkami oraz między pracownikami wewnątrz instytucji, przez co za pacjentem nie podąża informacja o doświadczeniu przemocy.

POZ: *W tym POZ-ecie, gdzie ja pracuję, no przyjmuje też iluś lekarzy, więc często jest tak, że no ktoś widzi tego pacjenta, po czym na przykład tam przychodzi ktoś parę tygodni czy miesiąc później na kontrolę do kogoś innego. Więc też często nie ma takiej ciągłości opieki.* (EG21042023POZMM)

Barierą w rozpoznawaniu przemocy w placówkach ochrony zdrowia jest brak odpowiednich warunków, zapewniających intymność podczas przeprowadzania

wizyty. Na SOR lub oddziałach szpitalnych brakuje wyizolowanych miejsc do rozmowy na tak trudne tematy. Lekarze nie dbają, aby zapewnić odpowiednie warunki, przez co pacjentowi może być trudno mówić o przemoc.

Specjalista: *Jeżeli to jest wizyta w szpitalu na izbie przyjęć, no jest tam więcej na pewno osób, no może wtedy trudniej na przykład sobie rozmawiać na takie tematy. Co innego na przykład w gabinecie, gdy jest się sam na sam z lekarzem. Na takiej izbie przyjęć czy na SOR-ze trudno o intymność, żeby tak sam na sam porozmawiać z pacjentem czy pacjent z lekarzem. W takich sytuacjach nie każdy pacjent chce się przy wszystkich przyznawać do takich sytuacji.* (EG14042023SMM)

Specjalista: *Osobną kwestią jest to, że w oddziale psychiatrycznym, w którym ja pracuję jest jedno pomieszczenie, gdzie można porozmawiać z pacjentem w cztery oczy. I ono zazwyczaj w trakcie dnia jest zajęte na zajęcia ze studentami. W związku z czym my z pacjentami rozmawiamy albo na stołówce, albo na korytarzu, albo przy łóżkach pacjentów. Więc no niestety nie mamy takiej infrastruktury do przeprowadzenia tego typu rozmowy. No bo to się nie powinno odbywać w takich warunkach.* (MK28032023SDM)

## **Bariery związane z pracownikami ochrony zdrowia**

Pracownicy ochrony zdrowia nie mają gotowości do identyfikacji zjawiska przemocy i nie są wystarczająco wyczuleni na symptomy mogące o nim świadczyć. Lekarze rodzinni i specjaliści skupiają się na problemie, z którym przychodzi pacjent, jeśli sam nie wspomina o przemocy domowej, to oni nie zaczynają sami tego tematu.

Specjalista: *Podświadomie niestety lekarze, przynajmniej w naszym kraju, nie chcą widzieć tej przemocy z tego powodu, że dowiedzenie się o tym, że ktoś jest ofiarą przemocy, niesie ze sobą moralny obowiązek zrobienia czegoś z tym, co jest trudne, bo ma się uczucie, że jeżeli wnosimy, że dana osoba jest ofiarą przemocy, to że później ta przemoc może się jeszcze nasilić, zwłaszcza w momencie, kiedy później wraca do tego środowiska rodzinnego. To, że mamy wiele przykładów, kiedy sprawca nie był odizolowany od rodziny, kiedy go pozostawiano w tej rodzinie i działa się naprawdę duże tragedie. Pociąga to też za sobą*



*szereg jakichś działań administracyjno-prawnych, a zaangażowanie w to innych organów samo w sobie generuje problem dla lekarza, pracę, obciążenia psychiczne.* (AL10022023DMS)

Lekarze odczuwają brak kompetencji w różnych obszarach dotyczących reagowania na przemoc, takich jak: rozpoznawanie zjawiska, inicjacja rozmowy na temat przemocy, sposoby postępowania z osobą doświadczającą przemocy i sprawcą, znajomość oferty pomocowej, regulacji i przepisów. Niektórzy pracownicy ochrony zdrowia nie potrafią udzielić wsparcia w sytuacji ujawnienia przemocy, gdyż brakuje im kompetencji psychologicznych i interwencyjnych.

*POZ: Ja jestem młodym lekarzem, pracuję w tej poradni około pięciu lat i ta moja zdolność rozpoznawania, jeżeli to nie są takie ewidentne fizyczne uszkodzenia ciała, no jest raczej taka sobie, bym powiedziała. No już na pewno nie jestem w stanie tutaj w POZ zauważyć, że ktoś stosuje przemoc materialną albo psychiczną, no bo tutaj nie mamy możliwości tego sprawdzić.* (MM-20042023POZDM)

Badani deklarowali również, że nie rozpoznają przemocy, ponieważ nie znają sposobów postępowania, regulacji i przepisów prawa. Niektórzy lekarze nie wiedzą, gdzie pokierować pacjenta, będącego ofiarą przemocy domowej. Brak takiej wiedzy może blokować pracowników ochrony zdrowia przed rozpoznawaniem zjawiska, ponieważ nie znają kolejnych kroków postępowania, instytucji, w których ofiary mogą uzyskać wsparcie. Boją się, że jak już dowiedzą się, że mają do czynienia z osobą doświadczającą przemocy, to nie będą wiedzieli, co mają dalej zrobić, gdzie ją pokierować.

*Specjalista: Nigdy nikt mnie w tym nie przeszkolił, nigdy w życiu nie dostałem żadnej książki na ten temat, nigdy nie miałem zajęć na ten temat na studiach, nigdy nie miałem żadnego kontaktu z kimś, kto by chciał ze mną na ten temat pogadać. Bo nawet nie wiem, do kogo się zgłosić, szczerze mówiąc. Lekarze nie są przeszkoleni i nie umieją udzielać takiej pomocy, nie wiedzą, do kogo nawet zadzwonić.* (IH04042023SMM)

Ignorowanie i bagatelizowanie zjawiska przemocy przez pracowników ochrony zdrowia jest barierą, która utrudnia jej rozpoznawanie i uzyskiwanie pomocy. Zdarza się, że pracownicy medyczni, mimo oczywistych symptomów przemocy bagatelizują jej występowanie. *POZ: Mam z początku tej swojej kariery zawodowej, jeszcze z pracy w szpitalu klinicznym, takie dwie sytuacje,*

*że teraz uważam, że powinno się coś z tym zrobić, tylko wtedy jeszcze nie znalazłam procedur, a moja kierownik specjalizacji, a jednocześnie ordynator oddziału, nie uznała za stosowne, żeby wdrożyć jakiejkolwiek procedury. To znaczy ona wprost pytana, czy coś z tym trzeba zrobić, odpowiedziała, że dajemy sobie spokój.* (MK31032023POZDM)

Jeden z respondentów wspomniał, że barierą w identyfikacji przemocy mogą być osobiste przekonania i poglądy pracowników ochrony zdrowia, co może wpływać na bagatelizowanie przemocy wobec specyficznych grup pacjentów, np. imigrantów, osób o orientacji homoseksualnej.

*STU: Zawsze istnieje takie ryzyko, że można się spotkać z kimś, kto ma jakieś poglądy, przekonania troszkę, bym powiedziała, takie stereotypowe i pewnie wtedy sytuacje związane z przemocą mogą być przeoczane. Na przykład przemoc wobec mężczyzn jest często niedoszacowana, przemoc wobec niektórych grup, które uznaje się za grupy ryzyka pod kątem przemocy, czyli na przykład osoby starsze albo osoby z grupy LGBT+.* (AŁ22042023STUDM)

Niektórzy lekarze POZ i specjaliści postrzegają zjawisko przemocy jako wychodzące poza ich kompetencje. Uważają, że rozpoznawanie tego problemu leży w kompetencjach osób zajmujących się pomocą psychologiczną lub prawną.

*POZ: Jako lekarze rodzinni w POZ-ecie wiele nie możemy zrobić. Jest to bardziej problem psychologiczny i prawny, formalny niż medyczny. Z mojego punktu widzenia oczywiście. W ogóle szpital nie zajmuje się przemocą. W ogóle to jest jakby poza. W mojej opinii to jest tylko działka psychiatrii. Nie spotkałem się, żeby wychodziło to poza inne działy medycyny.* (MK13042023POZMM)

Pracownicy ochrony zdrowia mogą obawiać się o własne bezpieczeństwo, dlatego niechętnie rozpoznają przemoc domową u swoich pacjentów. Szczególnie może być to istotna bariera w małych społecznościach lokalnych, w których osobiste znajomości są częste. *POZ: Jeśli chodzi o małe miasto, to często zna się tych ludzi. Rodzic dziecka, które powiedziało, że „Tata dał mi klapsa”, wie, gdzie ja mieszkam; może wybić mi okna albo przebić opony w samochodzie, jeśli go mam. To są opory związane z tym, że się zna kogoś w tej miejscowości, w której się mieszka.* (MK31032023POZDM)

## Bariery po stronie osób doświadczających przemocy domowej

Trzecim wymiarem barier wyróżnionym na podstawie materiału badawczego są bariery leżące po stronie osób doświadczających przemocy. Wśród nich respondenci wyróżnili brak zaufania do lekarzy i terapeutów. Szczególnie było to istotne w sytuacji incydentalnych spotkań. Przy większej regularności zaufanie jest budowane i łatwiej powiedzieć o przemocy domowej.

POZ: *Nie jestem przekonana, czy każdy chce rozmawiać akurat z lekarzem POZ na takie tematy. Przypuszczam, że zależy to od tego, czy to są nasi stali pacjenci, czy też przypadkowe osoby, które do nas trafiają.* (EG-210420232POZMM)

Osoby doświadczające przemocy nie ujawniają tego zjawiska, ponieważ obawiają się reakcji ze strony przedstawicieli różnych instytucji, w tym pracowników ochrony zdrowia. Mają poczucie, że reakcja profesjonalistów na ujawnienie przemocy domowej może być niewłaściwa i może dostarczać dodatkowego stresu i cierpienia.

Specjalista: *Barierą może być na przykład niewłaściwa reakcja pracowników ochrony zdrowia, czyli na przykład zbagatelizowanie sytuacji. Czy na przykład niejednokrotnie pacjentki, które były w jakiś sposób nadużyte seksualnie, mówiły o tym, że jeszcze większą traumą albo równie trudnym przeżyciem była na przykład rozmowa na komisariacie, kiedy albo nie było komfortu takiej rozmowy, albo nie były traktowane poważnie, albo spotykały się z jakąś inną formą niewłaściwego zachowania.* (AL28012023DMS)

Istotną barierą, która sprawia, że pacjenci nie zgłaszają przemocy, jest obawa przed stygmatyzacją.

STU: *Myszę też, że istnieje stygmatyzacja ofiar przemocy jako takich, które źle wybrały, które właściwie nie powinny zgłaszać jakichś tam zastrzeżeń, jeśli mają za co żyć, no same się prosiły, i tak dalej. Te wszystkie okropne rzeczy, które się niestety ciągle słyszy.* (AL16052023STUDM)

Osobiste znajomości w ramach społeczności lokalnej między osobami doświadczającymi przemocy i pracownikami ochrony zdrowia mogą potęgować strach przed stygmatyzacją i poczucie wstydu. Brak anonimowości może być przeszkodą w zgłoszeniu tej sytuacji w placówce ochrony zdrowia.

Specjalista: *W dużym mieście łatwiej jest im [ofiaram – autorzy] uzyskać anonimową pomoc. W mniejszych miejscowościach sędzę, że to może być bardzo trudne plus tu jesteśmy w większości anonimowi. Myszę, że tutaj jest kwestia tego, że środowisko dowie się o jakimś problemie w rodzinie, więc w małych miejscowościach ta anonimowość jest prawie niemożliwa i to powoduje mniejszą chęć zgłoszenia tego.* (MK17032023MMS)

Inną barierą w rozpoznawaniu przemocy jest chęć ukrycia nadużyć w obawie o odwet, dalsze wykorzystywanie i inne dotkliwe konsekwencje. Strach przed osobą stosującą przemoc sprawia, że osoby doświadczające przemocy starają się to ukrywać i nawet w dość oczywistych sytuacjach zaprzeczają występowaniu przemocy domowej. Doświadczający przemocy ukrywają ją również powodowani obawą o los sprawcy. Nie chcą dopuścić, aby poniósł on negatywne konsekwencje.

Specjalista: *Po pierwsze mogą się bać powiedzmy tej osoby, która jakby używała wobec niej przemocy, mogą być od niej zależne, na przykład finansowo czy w jakiś inny sposób i dlatego mogą się bać zgłaszać taką przemoc. Albo się po prostu nawet wstydzić.* (EG14042023SMM)

Część respondentów zwróciła uwagę na normalizację przemocy przez jej ofiary i postrzeganie przez to pewnych zachowań mających charakter przemocy – odmiennie. Normalizacja przemocy może się przejawiać racjonalizacją zachowań partnera i przekonaniami o powszechności zjawiska. Z kolei niedostrzeganie przejawów przemocy może być związane z brakiem wiedzy, co nią jest.

Specjalista: *Często mają w głowie takie przekonanie, że zdarzyło się, to przecież nic takiego, u każdego jest tak samo. Przecież to normalne, moją matkę też ojciec bił.* (IH04042023SMM)

## Podsumowanie

Z powodu doświadczanych problemów ze zdrowiem somatycznym i psychicznym, osoby doświadczające przemocy domowej są znacznie częściej pacjentami placówek ochrony zdrowia w porównaniu do osób, które jej nie doświadczają (Alhabib i współ., 2010). Jak pokazują badania, przemoc jest często pomijana przez pracowników tych placówek, mimo że kontakt pomiędzy lekarzem/pozostałymi pracownikami ochrony zdrowia a pacjentem to dogodna sytuacja, by reagować na zjawisko występowania przemocy domowej. Pracow-

nicy medyczni cieszą się zaufaniem swoich pacjentów, nawet jeśli jest to wizyta pierwszorazowa (Feder i współ., 2006). Bariery w rozpoznawaniu przemocy domowej zakwalifikowaliśmy do trzech wymiarów – związanych z organizacją ochrony zdrowia, gotowością i kompetencjami pracowników do identyfikacji przemocy oraz mających związek z osobą doświadczającą przemocy. Wśród barier systemowych wskazywano m.in. na krótki czas wizyty, rozbudowaną biurokrację oraz brak ciągłości opieki i komunikacji między instytucjami. W leczeniu uzależnień bariery te były rzadsze – dłuższy czas sesji i stała relacja terapeuty z pacjentem sprzyjały rozmowie o przemoc. Istotną barierą był brak testów przesiewowych, mimo ich udowodnionej skuteczności. Problematyczne okazały się także warunki lokalowe uniemożliwiające intymność oraz brak wsparcia ze strony przełożonych.

Badania wskazują na konieczność wdrażania jasnych procedur postępowania i kierowania pacjentów do specjalistów. Po stronie profesjonalistów dominował brak kompetencji i gotowości do identyfikacji przemocy, co potwierdzają wcześniejsze badania. Lekarze często nie dostrzegają sygnałów, bagatelizują zjawisko bądź uważają je za problem wykraczający poza ich kompetencje. Dodatkowe bariery wiązały się z obawą o własne bezpieczeństwo oraz osobistymi przekonaniami i poglądami, wpływającymi na gotowość do zajmowania się przemocą. Po stronie osób doświadczających przemocy istotne były obawy przed stygmatyzacją, wstyd, strach przed odwetem i utratą dzieci czy statusu społecznego, a także normalizacja i racjonalizacja zjawiska. Nasze badania ujawniły dodatkowo brak wiedzy o rodzajach przemocy, brak zaufania do specjalistów i wpływ osobistych znajomości w społeczności lokalnej. Przeciwdziałanie tym barierom wymaga działań zwiększających świadomość zjawiska, podkreślających jego różnorodność i nietolerancję, a także zachęcania do poszukiwania pomocy.

## Wnioski

Część barier pozostających po stronie profesjonalistów wynika z funkcjonowania systemu ochrony zdrowia, np. brak kompetencji w rozpoznawaniu zjawiska, niechęć do brania odpowiedzialności za jego rozpoznawanie. Wprowadzenie zmian w systemie może ograniczyć występowanie barier po stronie profesjonalistów, np.

wprowadzenie krótkich szkoleń na temat rozpoznawania przemocy domowej. Szkolenia lekarzy mogłyby mieć formę online bez konieczności osobistego stawienia się. Poza tym o przemoc należy mówić na konferencjach dla lekarzy.

Kolejnym sposobem na ograniczenie barier systemowych, a przez to również tych pozostających po stronie profesjonalistów, może być wprowadzenie procedury postępowania uwzględniającej realizację testów przesiewowych. Testy mogłyby być przekazywane rutynowo do uzupełnienia każdemu pacjentowi wraz z dokumentami niezbędnymi do rejestracji. Mogłyby być oceniane przez pielęgniarkę bądź innego pracownika medycznego, a ich wynik przekazywany lekarzowi.

Trudniejsze do przezwyciężenia wydają się bariery pozostające po stronie osób doświadczających przemocy – wstyd, strach przed stygmatyzacją, wtórna stygmatyzacja wynikająca z reakcji pracowników ochrony zdrowia, brak zaufania do lekarzy, obawa ofiar o własne bezpieczeństwo bądź o los sprawcy, brak wiedzy o różnych rodzajach przemocy lub jej normalizacja. Część tego typu barier można by pokonać poprzez prowadzenie różnego rodzaju działań profilaktycznych na poziomie uniwersalnym – kampanii edukacyjnych informujących o różnych rodzajach przemocy, możliwościach wsparcia, miejscach uzyskania pomocy. Tego typu kampanie mogłyby również pomóc w niestygmatyzowaniu osób doświadczających przemocy oraz sprawców, którym trudno jest podjąć jakieś działania w kierunku zmiany swojego zachowania.

*Zadanie współfinansowane ze środków Funduszu Rozwiązywania Problemów Hazardowych, będących w dyspozycji Ministra Zdrowia w ramach konkursu przeprowadzonego przez Krajowe Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom.*

## Przypisy

- <sup>1</sup> Kodowanie wywiadów: XXDDMMYYYYZAA gdzie XX oznacza inicjały ankietera, DDMMYYYY oznacza datę realizacji wywiadu, Z oznacza nazwę grupy respondentów (POZ – lekarz podstawowej opieki zdrowotnej, S – lekarz specjalista, STU – specjalista terapii uzależnień), AA oznacza wielkość miejscowości (DM – duże miasto, MM – społeczność lokalna).

*Bibliografia dostępna w redakcji.*

## Bibliografia

1. Alhabib S., Nur U., Jones R., Domestic violence against women: systematic review of prevalence studies. *J Fam Violence*. 2010;25(4):369-382. doi:10.1007/s10896-009-9298-4.
2. Feder G.S., Hutson M., Ramsay J., Taket A.R., Women exposed to intimate partner violence: expectations and experiences when they encounter health care professionals: a meta-analysis of qualitative studies. *Arch Intern Med*. 2006;166(1):22-37. doi:10.1001/archinte.166.1.22.
3. Fisher C.A., Rudkin N., Withiel T.D., May A., Barson E., Allen B., O'Brien E., Willis K., Assisting patients experiencing family violence: A survey of training levels, perceived knowledge, and confidence of clinical staff in a large metropolitan hospital. *Womens Health (Lond)*. 2020;16:1745506520926051. doi:10.1177/1745506520926051.
4. Gadomski A.M., Wolff D., Tripp M., Lewis C., Short L.M., Changes in health care providers' knowledge, attitudes, beliefs, and behaviors regarding domestic violence, following a multifaceted intervention. *Acad Med*. 2001;76(10):1045-1052. doi:10.1097/00001888-200110000-00015
5. Henriksen L., Garnweidner-Holme L.M., Thorsteinsen K.K., Lukasse M., 'It is a difficult topic' - a qualitative study of midwives' experiences with routine antenatal enquiry for intimate partner violence. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2017;17(1):165. doi:10.1186/s12884-017-1352-2..
6. Husso M., Virkki T., Notko M., Holma J., Laitila A., Mäntysaari M., Making sense of domestic violence intervention in professional health care. *Health Soc Care Community*. 2012;20(4):347-355. doi:10.1111/j.1365-2524.2011.01034.x.
7. Kirk L., Bezzant K., What barriers prevent health professionals screening women for domestic abuse? A literature review. *British J Nurs*. 2020;29(13):754-760. doi:10.12968/bjon.2020.29.13.754.
8. Nascimento Ede F., Ribeiro A.P., Souza E.R., Perceptions and practices of Angolan health care professionals concerning intimate partner violence against women. *Cadernos de saude publica*. 2014;30(6):1229-1238. doi:10.1590/0102-311X00103613.
9. Nyame S., Howard L.M., Feder G., Trevillion K., A survey of mental health professionals' knowledge, attitudes and preparedness to respond to domestic violence. *J Mental Health*. 2013;22(6):536-543. doi:10.3109/09638237.2013.841871.
10. Read J., Hammersley P., Rudegeair T., Why, when and how to ask about childhood abuse. *Adv Psychiatr Treat*. 2007;13(2):101-110. doi:10.1192/apt.bp.106.002840
11. Rose D., Trevillion K., Woodall A., Morgan C., Feder G., Howard L., Barriers and facilitators of disclosures of domestic violence by mental health service users: qualitative study. *British J Psychiatry*. 2011;198(3):189-194. doi:10.1192/bjp.bp.109.072389.
12. Siltala H.P., Holma J.M., Hallman M., Family violence and mental health in a sample of Finnish health care professionals: the mediating role of perceived sleep quality. *Scand J Caring Sci*. 2019;33(1):231-243. doi:10.1111/scs.12629.
13. Sparrow K., Alves-Costa F., Alves A. et al., The experience of health and welfare workers in identifying and responding to domestic abuse among military personnel in the UK. *BMC Health Serv Res*. 2020;20(1):947. doi:10.1186/s12913-020-05672-x.

14. Taylor J., Bradbury-Jones C., Kroll T., Duncan F., Health professionals' beliefs about domestic abuse and the issue of disclosure: a critical incident technique study. *Health Soc Care Community*. 2013;21(5):489-499. doi:10.1111/hsc.12037.
15. Trevillion K., Howard L.M., Morgan C., Feder G., Woodall A., Rose D., The response of mental health services to domestic violence: a qualitative study of service users' and professionals' experiences. *J Am Psychiatr Nurses Assoc*. 2012;18(6):326-336. doi:10.1177/1078390312459747.
16. Waalen J., Goodwin M.M., Spitz A.M., Petersen R., Saltzman L.E., Screening for intimate partner violence by health care providers. Barriers and interventions. *Am J Prev Med*. 2000;19(4):230-237. doi:10.1016/s0749-3797(00)00229-4.