

Problem przemocy domowej w praktyce zawodowej pielęgniarek i położnych

The problem of domestic violence in professional practice nurses and midwives

**Pawlowska-Muc Agnieszka Konstancja¹, Lepecka-Klusek Celina², Stadnicka Grażyna³,
Pilewska-Kozak Anna Bogusława², Dobrowolska Beata⁴, Palucka Klaudia¹**

¹ Doktoranta w Katedrze i Klinice Ginekologii i Endokrynologii Ginekologicznej
Wydział Nauk o Zdrowiu Uniwersytet Medyczny w Lublinie, Al. Raclawickie 23

² Katedra i Klinika Ginekologii i Endokrynologii Ginekologicznej Uniwersytet
Medyczny w Lublinie, Al. Raclawickie 23

³ Samodzielna Pracownia Umiejętności Położniczych Uniwersytet Medyczny w Lublinie,
ul. Staszica 4/6

⁴ Katedra Rozwoju Pielęgniarstwa Uniwersytet Medyczny w Lublinie, ul. Staszica 4/6

Adres do korespondencji:

mgr Agnieszka Konstancja Pawlowska-Muc

Doktoranta w Katedrze i Klinice Ginekologii i Endokrynologii Ginekologicznej Wydział Nauk o Zdrowiu Uniwersytet Medyczny w
Lublinie, Al. Raclawickie 23 tel. 607 96 92 42;

e-mail: agmich@vp.pl

Problem przemocy domowej w praktyce zawodowej pielęgniarek i położnych
Streszczenie

Wstęp. Personel medyczny, w tym pielęgniarki i położne, powinny odgrywać znaczącą rolę w rozpoznawaniu zjawiska przemocy, jego form i ofiar.

Cel pracy. Sprawdzenie, czy podczas wykonywania obowiązków zawodowych pielęgniarki i położne mają kontakt z ofiarami przemocy domowej oraz jakie podejmują wówczas działania.

Materiał i metoda. Badaniami objęto 295 pielęgniarek i położnych, uczestniczących w jednej z form kształcenia podyplomowego - szkoleniu specjalizacyjnym lub kursie specjalistycznym w wybranej dziedzinie. Przeprowadzono je w listopadzie i grudniu 2015 roku w Ośrodku Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych w Radomiu i Lublinie. Kryterium włączenia do grupy była zgoda respondentki na udział w nich. W badaniach zastosowano metodę sondażu diagnostycznego, z użyciem kwestionariusza własnej konstrukcji. Zebrany materiał poddano analizie opisowej i statystycznej, z wykorzystaniem oprogramowania komputerowego IBM SPSS Statistics (wersja 21).

Wyniki badań. Większość badanych (241; 81.7%) oświadczyła, że podczas wykonywania pracy zawodowej miała kontakt z ofiarami przemocy domowej, przy czym istotnie częściej tak twierdziły pielęgniarki niż położne ($p < 0.001$). Wśród form, z jakimi spotkały się, była równie często przemoc fizyczna i psychiczna. W dalszej kolejności zaniedbywanie, przemoc ekonomiczna i seksualna. Sprawcami najczęściej byli mężczyźni (mężowie, partnerzy), a ofiarami kobiety. Pielęgniarki i położne podjęły łącznie 232 działania interwencyjne wobec osób krzywdzonych. Dominującym działaniem było powiadomienie policji i ośrodka pomocy społecznej.

Wnioski.

1. Kontakt z ofiarami przemocy domowej ma większość pracujących pielęgniarek i położnych, przy czym niektóre z nich więcej niż jeden raz.
2. Działania interwencyjne pielęgniarek i położnych, wobec osób doświadczających przemocy domowej, polegają głównie na zgłoszeniu problemu policji lub w ośrodku pomocy społecznej.

Słowa kluczowe: przemoc domowa, ofiary przemocy domowej.

The problem of domestic violence in professional practice nurses and midwives

Summary

Introduction. Medical staff, including nurses and midwives, should play a significant role in recognizing violence, its forms and victims.

Aim of the study. Verify that the course of their professional nurses and midwives are in contact with victims of domestic violence and then they take action.

Material and methods. The study included 295 nurses and midwives, participating in one of the forms of postgraduate education - specialist education or specialized course in your chosen field. The research was conducted in November and December 2015 the Center for Postgraduate Education of Nurses and Midwives in Radom and Lublin. The criterion for inclusion in the group of respondents was an agreement to participate in them. The study used diagnostic survey method using a questionnaire of our own design. The collected material was analyzed by descriptive and statistical, using computer software IBM SPSS (version 21).

Research results. Most of the respondents (241; 81.7%) stated that during the execution of work had been in contact with victims of domestic violence, with significantly more so than claimed a nurse midwives ($p < 0.001$). Among the forms of which were met, it was as often physical and mental violence. Further neglect, economic and sexual violence. The perpetrators were most often men (husbands, partners) and the victims women. Nurses and midwives have taken a total of 232 interventions against those abused. The dominant activity was to inform the police and the social welfare center.

Conclusions.

1. Contact with victims of domestic violence have the majority of working nurses and midwives, some of them more than once.
2. Interventions nurses and midwives, to people experiencing domestic violence, rely mainly on the problem is reported to the police or a social welfare center.

Keywords: domestic violence, victims of domestic violence.

Problem przemocy domowej w praktyce zawodowej pielęgniarek i położnych

Wstęp

Zjawisko przemocy domowej jest dość powszechne, jakkolwiek trudne do rzeczywistego oszacowania. Wiele ofiar ujawnia problem dopiero w obliczu bezpośredniego zagrożenia najwyższych wartości, tj. zdrowia i/lub życia [1-3]. Skalę zjawiska w Polsce, chociaż niepełną, prezentują co roku statystyki na stronie internetowej Komendy Głównej Policji [4]. Niepełną, ponieważ uwzględniają one wyłącznie przypadki zgłoszone na policję.

W 2010 roku powołano w wielu polskich gminach Interdyscyplinarne Zespoły ds. Przeciwdziałania Przemocy w Rodzinie. W skład tego Zespołu wchodzi przedstawiciele

policji, ośrodka pomocy społecznej, oświaty, ochrony zdrowia, gminnej komisji rozwiązywania problemów alkoholowych [1,2,5,6]. Przedstawiciele ochrony zdrowia, oprócz pomocy medycznej osobom krzywdzonym, powinni odgrywać znaczącą rolę w profilaktyce, identyfikacji zjawiska, ofiar i form przemocy. Duże możliwości w tej kwestii mają pielęgniarki i położne rodzinne, pracujące bezpośrednio w środowisku domowym z rodziną, jak również w podmiotach leczniczych [3,7]. Jeśli zachodzi potrzeba, zobowiązane są także do podjęcia skutecznej interwencji [1-3,8-9].

Cel pracy

Sprawdzenie, czy podczas wykonywania obowiązków zawodowych pielęgniarki i położne mają kontakt z ofiarami przemocy domowej oraz jakie podejmują wówczas działania.

Materiał i metoda

Badaniami objęto 295 pielęgniarek i położnych, uczestniczących w jednej z form kształcenia podyplomowego, tj. szkoleniu specjalizacyjnym w dziedzinie pielęgniarstwa (zachowawczego, geriatrycznego, operacyjnego, chirurgicznego, neonatologicznego, położniczego) lub kursie specjalistycznym (leczenie ran, resuscytacja krążeniowo-oddechowa). Przeprowadzono je w listopadzie i grudniu 2015 roku, w dwóch Ośrodkach Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych: Radomskim Szpitalu Specjalistycznym im. dr Tytusa Chałubińskiego w Radomiu i Uniwersytecie Medycznym w Lublinie. Na przeprowadzenie badań uzyskano zgodę kierowników szkoleń. Kryterium włączenia do grupy stanowiła zgoda pielęgniarki/ położnej na udział w badaniach.

W badaniach wykorzystano metodę sondażu diagnostycznego. Narzędziem badawczym był autorski kwestionariusz ankiety, który zawierał pytania, dotyczące danych socjodemograficznych (wiek, miejsce zamieszkania, wykształcenie, zawód, staż pracy w zawodzie i środowisko pracy) oraz przedmiotu badań, tj. kontaktu badanych z ofiarami przemocy domowej, osoby ofiary i sprawcy przemocy, źródeł informacji o występowaniu przemocy i jej rodzaju, podjętych przez respondentki działaniach interwencyjnych.

Przed rozpoczęciem badań, respondenci zostali poinformowani o ich celu oraz sposobie wypełniania kwestionariusza. Badania były dobrowolne i anonimowe. Warto dodać, iż żadna respondentka nie odmówiła udziału w nich.

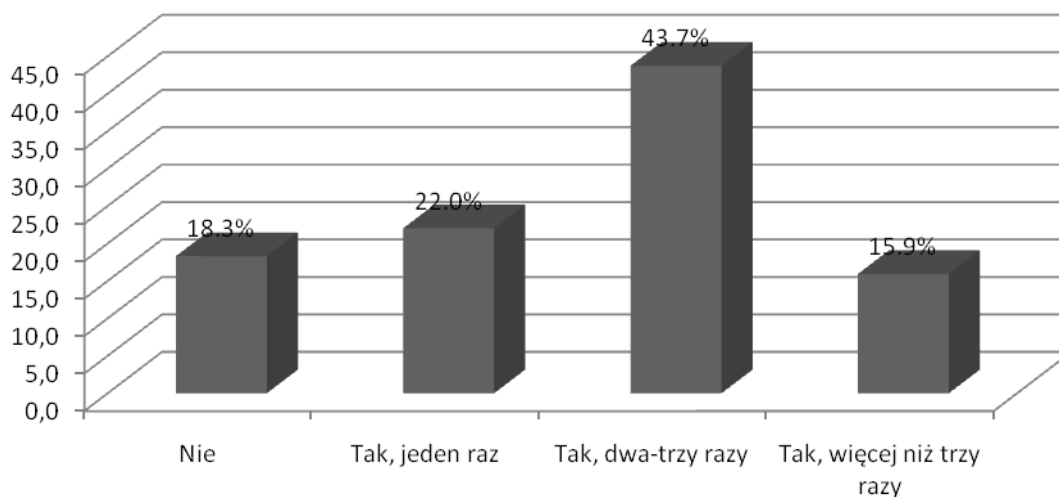
Zebrane rezultaty zostały poddane analizie statystycznej i opisowej. Wartości analizowanych parametrów, mierzonych w skali nominalnej, scharakteryzowano przy pomocy licznosci i odsetka, natomiast w skali ilorazowej przy pomocy średniej arytmetycznej i odchylenia standardowego. Do oceny istnienia różnic, bądź zależności między

analizowanymi parametrami niemierzalnymi, użyto testu χ^2 . W przypadku małych liczości (poniżej 5) w badanych podgrupach stosowano poprawkę Yatesa. W opracowaniu przyjęto poziom istotności $p < 0.05$, wskazujący na istnienie istotnych statystycznie różnic bądź zależności [10]. Bazę danych i analizę statystyczną przeprowadzono w oparciu o oprogramowanie komputerowe IBM SPSS Statistics (wersja 21).

Wyniki badań

W badaniach wzięło udział 295 osób, tym 218 (73.9%) pielęgniarek i 77 (26.1%) położnych. Wiek badanych wahał się w przedziale 23 do 59 lat i wynosił średnio 40.13 ± 8.21 . Ponad połowa badanych (198; 67.1%) zamieszkiwała w mieście, a 97 (32.9%) na wsi. W szpitalu pracowała większość badanych (249; 84.4%), pozostałe w liczbie 46 (15.6%) w poradni, jako pielęgniarka lub położna rodzinna. Gros (272; 92.2%) pracowało w środowisku miejskim, a inne (23; 7.8%) w wiejskim. Udział osób z wykształceniem wyższym magisterskim i licencjackim był zbliżonej wielkości - odpowiednio 126 (42.7%) i 129 (43.7%). Oprócz tego 40 (13.6%) badanych miało wykształcenie średnie. Staż pracy wahał się od 1 do 37 lat (średnio 15.70 ± 9.64).

Na rycinie 1 przedstawiono kontakt badanych pielęgniarek i położnych z ofiarami przemocy domowej podczas wykonywania obowiązków zawodowych.



Ryc. 1. Kontakt z ofiarami przemocy podczas wykonywania obowiązków zawodowych.

Podczas wykonywania obowiązków zawodowych, z ofiarami przemocy domowej spotkała się zdecydowana większość badanych (241; 81.7%), w tym 129 (43.7%) dwa – trzy razy, 65 (22.0%) jeden raz i 47 (15.9%) wiele razy. Pozostałe (54; 18.3%) odpowiedziały, iż nigdy nie doświadczyły tego.

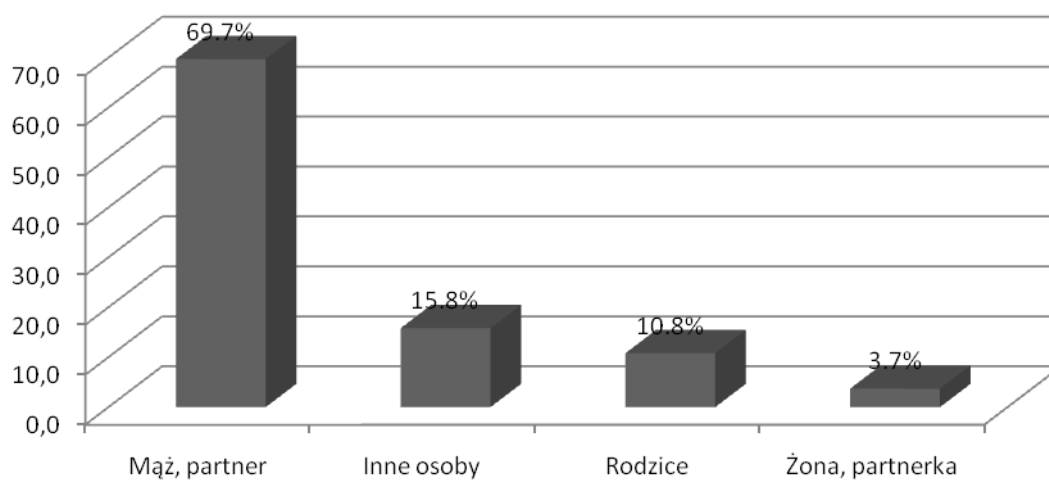
Częstość kontaktu z ofiarami przemocy domowej, w zależności od wykonywanego zawodu, przedstawiono w tabeli nr 1.

Tab 1. Częstość spotykania ofiar przemocy domowej a wykonywany zawód.

Kontakt z ofiarą/ami przemocy	Wykonywany zawód			
	Pielęgniarka n=218; 73.9%		Położna n=77; 26.1%	
	n	%	n	%
Tak – jeden raz n=65; 22.0%	43	19.7	22	28.6
Tak – dwa, trzy razy n=129; 43.7%	106	48.6	23	29.8
Tak – więcej niż trzy razy n=47; 15.9%	39	17.9	8	10.4
Nie – nigdy n=54; 18.3%	30	13.8	24	31.2
Istotność	$\chi^2 = 18.026$; $p < 0.001$			

Podczas wykonywania pracy zawodowej kontakt z ofiarami przemocy domowej istotnie częściej miały pielęgniarki niż położne ($p < 0.001$).

Informacje odnośnie sprawców przemocy, o których respondentki dowiadywały się z różnych źródeł, przedstawiono na wykresie nr 2.



Ryc. 2. Sprawcy przemocy.

Z relacji badanych pielęgniarek i położnych wynika, że sprawcą przemocy domowej najczęściej był mąż, partner (168; 69.7%). W dalszej kolejności wskazano na rodziców (26; 10.8%) lub na żonę, partnerkę (9; 3.7%). W grupie „inne osoby” były: dzieci, rodzeństwo, dalsi krewni (38; 15.8%).

Ofiarami przemocy domowej, z którymi podczas wykonywania obowiązków służbowych badane pielęgniarki i położne spotkały się, to przede wszystkim kobiety (149; 61.8%). W dalszej kolejności dzieci (46; 19.1%), osoby starsze (38; 15.8%), mężczyźni i osoby niepełnosprawne (po 4; 1.7%). Zależność między częstością zgłoszonych ofiar przemocy a wykonywanym przez respondentki zawodem przedstawiono w tabeli nr 2.

Tab. 2. Ofiary przemocy.

Ofiary przemocy	Wykonywany zawód			
	Pielęgniarka n=188; 78.0%		Położna n=53; 22.0%	
	n	%	n	%
Kobiety n=149; 61.8%	115	61.2	34	64.2
Dzieci n=46; 19.1%	28	14.9	18	34.0
Osoby starsze n=38; 15.8%	37	19.7	1	1.9
Mężczyźni n=4; 1.7%	4	2.1	0	0
Osoby niepełnosprawne n=4; 1.7%	4	2.1	0	0
Istotność	$\chi^2=18.493$; p=0.001			

Częstość zgłoszonych ofiar przemocy była istotnie związana z wykonywanym przez respondentki zawodem (p=0.001).

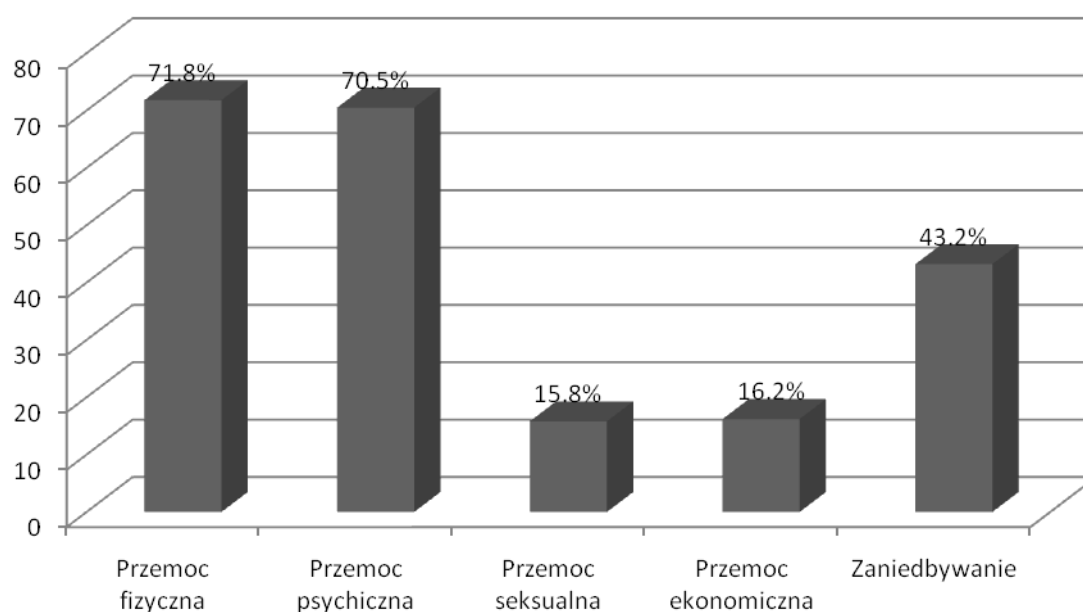
W tabeli 3 przedstawiono źródła uzyskiwania informacji, przez badane pielęgniarki i położne, o ofiarach przemocy.

Tab. 3. Źródła informacji o ofiarach przemocy domowej.

Źródła informacji	N	%
Widoczne oznaki przemocy	109	45.2
Rozmowa z ofiarą	87	36.1
Dokumentacja medyczna	29	12.0
Rozmowa z innymi ludźmi	16	6.6
Ogółem	241	100.0

W trakcie wykonywania obowiązków zawodowych badane najczęściej orientowały się, że mają do czynienia z ofiarą przemocy domowej, na podstawie widocznych oznak na jej ciele (109; 45,2%). Były to: rany, blizny, krwiaki w różnych miejscach ciała, także złamania i zwichnięcia. Inne dowiedziały się o tym podczas rozmowy z ofiarą (87; 36,1%), z analizy dokumentacji medycznej (29; 12%) lub podczas rozmowy z osobami bliskimi ofiarom (16; 6,6%).

Zapytane, z jakimi formami (rodzajami) przemocy spotkały się, badane udzieliły ogółem 557 odpowiedzi. W związku z tym, iż powtarzały się one wielokrotnie zgromadzony materiał uporządkowano, zebrano w grupy i wraz z danymi liczbowymi przedstawiono na wykresie nr 3.



* W odpowiedzi na pytanie, ankietowani wskazywali więcej niż jedną odpowiedź.

Ryc. 3. Formy (rodzaje) przemocy domowej.

Dominującym rodzajem była przemoc fizyczna (173; 71.8%) i psychiczna (170; 70.5%). W dalszej kolejności było zaniedbywanie (137; 43.2%), a następnie przemoc ekonomiczna (39; 16.2%) i seksualna (38; 15.8%).

Działania interwencyjne wobec osoby doświadczającej przemocy podjęło 199 (82.6%) pielęgniarek i położnych, spośród 241 mających z nimi kontakt. Pozostałe w liczbie 42 (17.4%) oświadczyły, że niczego w tej kwestii nie uczyniły. Odnotowały tylko ten fakt w dokumentacji medycznej. Ogółem badane wymieniły 232 rodzaje podjętych interwencji. Uporządkowany i zebrany w grupy materiał przedstawiono, wraz z danymi liczbowymi, w tabeli nr 4.

Tab. 4. Podejmowane działania interwencyjne.

Działania interwencyjne	n	%
Powiadomiła policję	61	26.3
Powiadomiła ośrodek pomocy społecznej	53	22.8
Przeprowadziła rozmowę z ofiarą, namawiając ją do złożenia doniesienia na sprawcę	39	16.8
Powiadomiła swojego bezpośredniego przełożonego	33	14.2
Powiadomiła kuratora, sąd	16	6.9
Skontaktowała się z niebieską linią	12	5.2
Założyła „Niebieską Kartę”	11	4.7
Powiadomiła lekarza rodzinnego	7	3.1
Ogółem	232	100.0

W odpowiedzi na pytanie, ankietowani wskazywali więcej niż jedną odpowiedź.

Dominującym działaniem interwencyjnym pielęgniarek i położnych było powiadomienie policji (61; 26.3%). W dalszej kolejności były: powiadomienie ośrodka pomocy społecznej (53; 22.8%); przeprowadzenie rozmowy z osobą krzywdzoną, namawiając ją do złożenia doniesienia na sprawcę (39; 16.8%); powiadomienie swojego bezpośredniego przełożonego - pielęgniarkę oddziałową, ordynatora oddziału (33; 14.2%); powiadomienie kuratora, sądu (16; 6.9%); skontaktowanie się z niebieską linią (12; 5.2%); założenie „Niebieskiej Karty” (11; 4.7%); powiadomienie lekarza rodzinnego (7; 3.1%).

Dyskusja

Z analizy zebranego materiału wynika, że gros (81.7%) badanych pielęgniarek i położnych, wykonując swoje obowiązki zawodowe, miała przynajmniej jeden raz bezpośredni kontakt z osobą krzywdzoną, a niektóre z nich nawet kilka razy. Dużą częstość spotykania ofiar przemocy domowej, przez przedstawicieli tych zawodów, potwierdziły także doniesienia innych autorów [1,2,7,9,11].

Sprawcami przemocy w analizowanym materiale byli głównie mężczyźni (69.7%), a ofiarami kobiety (61.8%), najczęściej żony, partnerki. Rezultaty te okazały się zgodne z prezentowanymi w piśmiennictwie [12-15]. Warto przy tym zauważyć, iż żadna z respondentek nie wskazała na kobietę ciężarną jako ofiarę. Czy faktycznie nie spotkały się z taką osobą, nie wiadomo. Z przeglądu literatury wynika, iż częstość występowania przemocy domowej wobec ciężarnych waha się (w różnych opracowaniach) od 1 do 25% [12]. Prawdopodobnie respondentki ograniczyły się wyłącznie do określenia płci ofiar. Pomięły natomiast tak ważną kwestię jak stan, w jakim one aktualnie znajdowały się. Forma pytania w kwestionariuszu stwarzała badanym taką możliwość. Mężczyźni także niekiedy doznają przemocy domowej [16-17]. W prezentowanym materiale mieli oni 3.7% ogółu wskazań, przy czym we wszystkich przypadkach sprawcą była żona, partnerka. Niepokój musi budzić fakt, że dość często wskazanymi przez respondentki ofiarami przemocy były dzieci i osoby starsze, czyli istoty najbardziej bezbronne i słabe. Ofiarą przemocy domowej może być zatem każdy członek rodziny, bez względu na zajmowaną w nim pozycję społeczną, płeć i wiek [15].

Źródła informacji o stosowaniu przemocy wobec podopiecznych, badanych pielęgniarek i położnych, okazały się zróżnicowane. Dla blisko połowy z nich (45.2%) były to przede wszystkim widoczne oznaki na ciele ofiary, a dla dalszych 36.1% rozmowa z nią. Rozpoznawaniu przemocy sprzyjał zatem bezpośredni kontakt respondentki z osobą krzywdzoną. Znacznie rzadziej informacje uzyskiwane z innych źródeł. Zdaniem niektórych badaczy dobrze przeprowadzony wywiad, w połączeniu z wnikliwą obserwacją, sprzyja nie tylko identyfikacji problemu, lecz również wczesnemu podjęciu działań prewencyjnych i/lub interwencyjnych [1,2,7,9,15].

Między rodzajem doświadczanej przemocy a zdrowiem ofiary istnieje ścisły związek [18]. Przemoc może jednak występować w formie połączonej, np. fizyczna i psychiczna [14, 19]. Potwierdzają to wyniki badań własnych, w których ponad 70% respondentek równie często wskazywało na obie te formy. Według Światowej Organizacji Zdrowia (Region

Europejski) jedna na cztery kobiety doświadcza przemocy fizycznej i/lub seksualnej [15,20]. W poszczególnych krajach może być jednak inaczej [21-22].

Podjęmowane przez respondentki działania interwencyjne wobec osób doświadczających przemocy domowej były na ogół prawidłowe. Wyjątek stanowiło prowadzenie rozmowy z ofiarą i namawianie jej do złożenia doniesienia na sprawcę. Takie postępowanie mogło być dla ofiary swojego rodzaju wsparciem, a nie działaniem interwencyjnym. W konsekwencji pozostawała ona nadal sama ze swoim problemem. Natomiast fakt, iż chciała o tym rozmawiać z pielęgniarką/położną warto było rozumieć jako oczekiwanie konkretnej pomocy. Ofiara prawdopodobnie obawiała się sama donieść na sprawcę, bliską jej osobę. Być może chciała, aby to uczynili inni. Problem ten wymaga jednak potwierdzenia w dalszych badaniach.

Zastanawiające jest, dlaczego blisko co piąta (17,4%) badana nie podjęła żadnych działań interwencyjnych wobec napotkanej osoby krzywdzonej. Odnosiła tylko ten fakt w dokumentacji medycznej. Czemu miało to służyć, nie wiadomo. Respondentki bowiem nie podały czy, kto i kiedy zapozna się z tą informacją oraz jakie podjęcie wówczas działania. Przyjmowanie przez personel medyczny biernej postawy wobec ofiar przemocy domowej znalazło potwierdzenie w piśmiennictwie. W materiale Kruszewskiej-Nosal połowa ankietowanych pielęgniarek nigdy nie interweniowała w takiej sytuacji [23]. Natomiast w doniesieniu Waksmańskiej i wsp. 42% [24]. Warto przy tym dodać, iż w obu tych przypadkach krzywdzone były dzieci.

Personel medyczny (nie tylko pielęgniarki i położne) ma obowiązek interweniować zawsze, gdy rozpozna lub ma podejrzenie przemocy domowej. Powinien jednak czynić to w sposób bezpieczny, skuteczny i zgodny z prawem [1-3,9,10,15,25]. Z praktyki wynika, że zwykle wzbrania się przed ingerencją w osobiste sprawy swoich podopiecznych. Stąd dobrym rozwiązaniem wydaje się być powiadomienie swojego, bezpośredniego przełożonego, który zgłosi problem do właściwych instytucji.

Przeprowadzone badania pokazały, iż istnieje potrzeba doskonalenia podyplomowego pielęgniarek i położnych z zakresu kiedy i w jakiej formie mogą i powinny udzielać pomocy osobom doświadczającym krzywdzenia. Potrzebę taką dostrzegli także Austin i Rinker [11]. W materiale tych autorów 95% badanych przedstawicieli zawodów medycznych oceniło przemoc domową jako zjawisko powszechne, przy czym ponad połowa z nich przyznała się, że nie potrafi go identyfikować. Zarówno przegląd piśmiennictwa, jak i prezentowane rezultaty, zachęcają do dalszych dociekań.

Wnioski

1. Kontakt z ofiarami przemocy domowej ma większość pracujących pielęgniarek i położnych, przy czym niektóre z nich więcej niż jeden raz.
2. Działania interwencyjne pielęgniarek i położnych, wobec osób doświadczających przemocy domowej, polegają głównie na zgłoszeniu problemu policji lub w ośrodku pomocy społecznej.

Piśmiennictwo:

1. Biskupska M. Przeciwdziałanie przemocy w rodzinie – rola profesjonalistów podstawowej opieki zdrowotnej. *Now Lek.* 2013; 82(3): 246-252.
2. Łepecka-Klusek C, Pawłowska-Muc AK, Stadnicka G, Pilewska-Kozak AB. Przemoc domowa wobec kobiet. *Med Og Nauki Zdr.* 2015; 21(4): 408-413.
3. Łepecka-Klusek C, Pawłowska-Muc AK, Stadnicka G, Pilewska-Kozak AB. Przemoc wobec dziecka. *Probl Piel.* 2015; 23(2): 246-250.
4. Przemoc w rodzinie. <http://statystyka.policja.pl/st/wybrane-statystyki/przemoc-w-rodzinie/50863>, [Przemoc-w-rodzinie.html](http://statystyka.policja.pl/st/wybrane-statystyki/przemoc-w-rodzinie/50863) (dostęp: 2016.04.26).
5. Hartmann P. Postępowanie w przypadku podejrzenia przemocy w rodzinie wobec dziecka. Postępowanie w związku z występowaniem przemocy w rodzinie. Przewodnik dla pracowników ochrony zdrowia. Warszawa: Zielone Drzewo; 2015: 17-25.
6. Piechocki Z. Zespół interdyscyplinarny i grupy robocze. Toruń: Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej; 2012.
7. Mirczak A, Tobiasz-Adamczyk B, Brzyski P, Brzyska M. Rozpoznawanie zjawiska przemocy wobec osób starszych przez pielęgniarki środowiskowe. *Probl Piel.* 2011; 19(2): 202-209.
8. Kulczyńska S, Wrona G. Przewodnik dla pracowników ochrony zdrowia. Warszawa – Kraków: Instytut Łukasiewicza na zlecenie Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych; 2013.
9. Leoniuk K, Nowakowska H, Sobczak K. Zadania pielęgniarki w systemie przeciwdziałania przemocy domowej. *Probl Piel.* 2013; 21(3): 397-402.
10. Stanisław A. Przystępny kurs statystyki z zastosowaniem STATISTICA PL na przykładach z medycyny. Tom 1. Statystyki podstawowe. Kraków: StatSoft; 2006.
11. Austin G, Rinker Jr. Recognition and perception of elder abuse by prehospital and hospital-based care providers. *Arch Gerontol Geriatr.* 2009; 48: 110–115.

12. Makara-Studzińska M, Sulima M, Lewicka M. Przemoc domowa wobec kobiet ciężarnych a potrzeba wsparcia – przegląd literatury. *Hygeia Public Health* 2013; 48(2): 177-180.
13. WHO. Understanding and addressing violence against women. Intimate partner Violence; 2012.
14. Makara-Studzińska M, Madej A. Przemoc wobec kobiet a depresja – przegląd badań. *J Educ Health Sport* 2015; 5(5): 373-388.
15. Łepecka-Klusek C, Pawłowska-Muc AK, Pilewska-Kozak AB, Stadnicka G, Pałucka K. Przemoc domowa. *J Educ Health Sport* 2015; 5(6): 169-182.
16. Cabalski M. Przemoc stosowana przez kobiety. Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls; 2014.
17. Rode D, Rode M, Januszek M. Psychosocial characteristics of men and women as perpetrators of domestic Violence. *Pol Psychol Bull.* 2015; 46(1): 53-64.
18. Juli MR. The presence of depression in women who are victims of violence. The experiences of Anti Violence centers in the region of Calabria. *Psychiatr Danub* 2014; 26(1): 97-102.
19. Diagnoza zjawiska przemocy w rodzinie w województwie podlaskim. Przemoc jako przyczyna dysfunkcji rodzin. Białystok: Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej. Obserwatorium Integracji Społecznej; 2012: 44.
<http://www.ropsbialystok.pl/downloads/Diagnozaprzemocy.pdf>. (dostęp: 2016.04.26).
20. Stop violence against wommen. Geneva: World Health Organization; 2014.
21. Wiciak I, Baranowska M. Wybrane patologie społeczne. Uwarunkowania, przejawy, profilaktyka, Szcztyno: Wyd. WSP; 2011.
22. Coma M, Muñoz J, Postigo P, Ayuso M, Sierra C, Sayrol T. Primary care doctors' and nurses' opinion of elder abuse and neglect. *Gac Sanit.* 2007; 21: 235–241.
23. Kruszewska-Nosal K, Pułtorak M. Częstotliwość podejmowania przez pielęgniarki interwencji w przypadku przemocy wobec dziecka. III Konferencja Naukowa: „Standardy postępowania w zespole dziecka krzywdzonego”. Warszawa 2006: 50–51.
24. Waksmańska W, Łukasik R, Grzywna T. Ocena występowania zjawiska krzywdzenia dzieci w kontekście etyki. *Probl Piel.* 2008; 16 (3): 241–247.
25. Warowny M. Diagnoza i interwencja w przypadku przemocy w rodzinie wyzwaniem dla położnej środowiskowo-rodzinnej. *Położ Nauka Prakt.* 2011; 315: 48–52.