

**UNIVERSITATEA „BABEȘ-BOLYAI”
CLUJ-NAPOCA
FACULTATEA DE SOCIOLOGIE ȘI ASISTENȚĂ SOCIALĂ
ȘCOALA DOCTORALĂ DE SOCIOLOGIE**

Recunoașterea și raportarea cazurilor de copii abuzați și neglijați

REZUMATUL TEZEI DE DOCTORAT

**Conducători de doctorat:
Prof. Dr. Roth Maria
Prof. Dr. Miu Nicolae**

**Student-doctorand:
Podea Adriana (căsătorită Fărcaș)**

Cuprins:

Lista de tabele	4
Lista de figuri.....	7
INTRODUCERE.....	10
CAPITOLUL1. ABUZUL ASUPRA COPIILOR ȘI RECUNOAȘTEREA LUI. DEFINIȚII,CONCEPTE, TEORII.....	15
1.1. Abuzul și neglijarea copiilor - probleme sociale complexe.....	15
1.2. Teorii și abordări relevante în recunoașterea situațiilor specifice protecției copiilor...21	
1.2.1. Teoria ecologică a sistemelor.....	21
1.2.2. Teoria complexității.....	22
1.2.3. Modele de evaluare a riscului și de luare a deciziilor.....	24
CAPITOLUL 2. CADRUL LEGISLATIV ȘI ABORDĂRI ÎN PROTECȚIA COPILULUI.....	35
2.1. Repere internaționale în managementului de caz în protecția copilului.....	35
2.2. Dezvoltarea protecției copilului în Anglia.....	36
2.3 Evoluția protecției copilului în România.....	39
2.4. Compararea sistemelor de protecție a copilului din Romania și din Anglia.....	42
2.5. Supervizarea ca metoda de abordare a cazurilor de rele tratamente.....	49
CAPITOLUL 3. DIFERENȚE DINTRE CERINȚE ȘI PRACTICI: EȘECURI ALE PROTECȚIEI COPILULUI.....	56
3.1. Eșecul în protecția copilului. Gestionarea riscului și abuzul fatal.....	56
3.2. Amploarea abuzului fatal și circumstanțele acestuia.....	63
CAPITOLUL 4. CERCETAREA FENOMENULUI RECUNOAȘTERII ȘI RAPORTĂRII SITUAȚIILOR CAN	76
4.1. Recunoașterea și raportarea cazurilor de copii abuzați sau neglijăți	77
4.2. Indicatorii abuzului și recunoașterea acestora de către profesioniștii care lucrează cu copiii.....	80
4.2.1. Dificultăți și factori ce influențează raportarea CAN de către personalul medical.....	82

4.2.2. Dificultăți și factori ce influențează raportarea CAN de către personalul educațional.....	86
4.3. Metodologia cercetării	90
4.4. Lotul de participanți și instrumentele folosite.....	92
4.5. Rezultatele cercetării cantitative.....	103
4.5.1. Analiza ipotezelor de cercetare.....	117
4.5.2. Discuții.....	141
4.6. Rezultatele cercetării calitative.....	145
4.6.1. Dificultăți pentru educatori și învățători în recunoașterea situațiilor de CAN.....	145
4.6.2. Cunoștințele personalul medical legate de recunoașterea și raportarea CAN.....	153
CAPITOLUL 5. CONCLUZII, LIMITE ȘI RECOMANDĂRI.....	164
5.1. Concluzii	164
5.2. Limite și recomandări.....	168
Bibliografie.....	171
Anexa 1.....	182

Cuvinte cheie: abuz și neglijare, indicatorii abuzului, raportarea copiilor abuzați și neglijați

Abuzul și neglijarea copiilor este una dintre cele mai discutate teme de cercetare din domeniul sistemelor de protecție și bunăstare a copiilor. În această lucrare abordez tematica abuzului și neglijării copiilor dintr-o perspectivă mai puțin analizată în spațiul românesc, dar des cercetată în alte spații, și anume, problematica recunoașterii și raportării cazurilor de copii abuzați și neglijați (CAN) de către profesioniștii care prin lege sunt obligați să sesizeze autoritățile competente, atunci când au suspiciuni că un copil este abuzat sau neglijat.

Valoarea abordării acestei teme prin prisma primului pas care trebuie făcut pentru ca acei copii care se află în situații de risc să aibă acces la servicii de specialitate, respectiv raportarea cazurilor de CAN, este subliniată prin faptul că responsabilitatea protecției copiilor este responsabilitatea tuturor, abuzul și neglijarea copiilor fiind o problemă socială complexă (Giovanoni, 1989) care afectează întreaga societate și care poate fi diminuată doar printr-un răspuns timpuriu al societății la cazurile suspecte de abuz.

Abordez așadar ideea responsabilității protecției copilului, pornind în această lucrare o discuție ancorată în două subiecte aflate la poli opuși, justificată datorită faptului că lipsa acțiunii la un pol poate duce la efecte dezastruoase în cadrul celui de-al doilea.

La primul pol se află un subiect abordat detaliat pe parcursul demersului cercetării, și anume etapa premergătoare intrării cazurilor de protecție a copiilor în atenția serviciilor sociale – etapa recunoașterii și raportării cazurilor de copii abuzați și neglijați. Această etapă este cercetată din punctul de vedere al obligativității legale a profesioniștilor care intră în contact cu copiii, de a sesiza autorităților cazurile de CAN. La celălalt pol se află tema legată de eșecurile în protecția copiilor, eșecuri care conduc la decesul acestora. Relația dintre cele două subiecte este subliniată prin faptul că uciderea prin abuz se întâmplă mai des în acele familii în care există un istoric de alte incidente de abuz, rata mortalității copiilor fiind cu 50% mai mare în rândul grupului copiilor maltratați decât în rândul grupului de control (Johnson-Reid, Chance and Drake, 2007).

Cazurile de abuz semnalate sau raportate este un concept cheie care face legătura între cei doi poli, deoarece indică legătura dintre fenomenul raportării abuzului și abuzul fatal. În sprijinul acestei legături vine studiul lui Brandon (2009) în care se subliniază că pentru jumătate din copiii care au murit din cauza abuzului, relele tratamente nu au fost făcute cunoscute serviciilor sociale. World Health Organisation atrage atenția asupra

legăturii dintre cele două subiecte aflate la poli opuși, subliniind că, în cazul copiilor care au suferit un abuz la un moment dat, există probabilitatea ridicată ca ei să fie victime ale abuzului fatal și că detectarea timpurie a cazurilor de abuz poate ajuta la scăderea numărului copiilor care sunt victime ale abuzului fatal (WHO, 2006).

În Capitolul 1, pentru a introduce demersul de cercetare și pentru a sublinia importanța temei de cercetare, abordez conceptul abuzului și neglijării copiilor prin prisma definiției problemelor sociale, subliniind cu ajutorul cadrului teoretic general al problemelor sociale (conform Rubington & Weinberg, 1989) felul în care societatea poate fi atât martor silențios la evenimentele de rele tratamente cât și factor determinant în sesizarea cazurilor de CAN specialiștilor care pot interveni în sensul protejării copiilor. Problemele sociale se definesc în general prin prisma existenței legilor care intervin pentru a pedepsi pe cei care generează aceste probleme. Abuzul asupra copiilor, fiind o problemă delicată, în definirea căreia intră în conflict valorile tradiționale cu cele legate de drepturile copiilor, necesită mai mult decât prezența unor legi care permit acțiunea autorităților în cazurile de abuz. Acțiunea, în aceste cazuri, necesită o reacție la nivel general, o asumare de responsabilitate la nivel de societate, acest lucru însemnând faptul că abuzul asupra copiilor nu este doar responsabilitatea autorităților ci este responsabilitatea celor care sunt martori ai abuzului.

Fiind un concept construit social, relele tratamente asupra copiilor nu se definesc cu ușurință deoarece conceptul este influențat de schimbările sociale, politice, legislative care au loc în fiecare teritoriu (Vallance, 2011). Definițiile aprobate la nivelul fiecărui stat în parte diferă de la un stat la altul. Ceea ce au în comun aceste definiții este faptul că ele pornesc de la ceea ce este acceptat la nivel de societate ca fiind standardul unui mediu sigur pentru copil, în care acesta poate să crească și să se dezvolte ca un membru pe deplin funcțional al societății (Bond and Webb, 2011). În sens larg, relele tratamente asupra copiilor sunt definite drept comportamentul criminal care include abuzul fizic, sexual, emoțional și/sau psihologic și neglijarea (Pierce, 2011). O anumă definiție captează atenția pentru acest demers de cercetare deoarece autorul pune accent pe faptul că aprecierea maltratării stă în ochii profesionistului, acesta poate fi cel care lucrează cazul, sau mai mult, acel profesionist care sesizează cazul sau care are posibilitatea de a recunoaște un caz de abuz, profesionist a cărui judecată profesională asupra diferențelor dintre bune tratamente și rele tratamente este esențială pentru ca o decizie de raportare a cazului să fie luată în mod corect și la timpul oportun. Această abordare a relelor tratamente este influențată de mai multe variabile, precum: "limita morală între bune tratamente și rele

tratamente, durata actului de maltratare, contextul socio-cultural", și nu în ultimul rând "obiectivele profesioniștilor" (Ionescu, 2001, pg.14). Contextul profesional al protecției copiilor poate fi un context care poate acționa ca o problemă adiacentă problemei abuzului asupra copiilor (în cazul în care dezvoltarea sistemului de protecție a copiilor nu este conformă cu realitatea prezentată de acea problemă socială, în spațiul respectiv) sau dimpotrivă, poate funcționa ca și o soluție la problema abuzului asupra copiilor (în cazul în care permite un bun management al problemei, pornind de la managementul fiecărui caz în parte). Cu toate că aderarea la drepturile universale ale omului și a copilului ar putea fi un indiciu al faptului că abuzul trebuie privit și tratat uniform la nivelul fiecărei țări care a aderat la aceste convenții, legislația în ceea ce privește managementul de caz în protecția copilului diferă de la un stat la altul. Abordările cazurilor de abuz depind însă în toate statele de raportarea acestora la serviciile specializate. Prin urmare, definițiile abuzului și indicatorii acestuia sunt conceptele care trebuie cunoscute de către comunitatea întreagă pentru ca aceasta să își respecte responsabilitatea de a proteja copiii, alături de serviciile specializate.

Tot în primul capitol al lucrării sunt descrise teoriile și conceptele care stau la baza analizei fenomenului raportării cazurilor de abuz și neglijare. Teoria complexității și teoria ecologică, alese ca fiind fundamentale pentru analiza recunoașterii și raportării cazurilor de abuz și neglijare, se referă la o multitudine de relații și conexiuni care odată evaluate pot influența procesul decizional referitor la raportarea unui caz de abuz și pot ajuta la planificarea gestionării cazului. Procesul abordării unui caz de abuz și a managementului acestuia nu este unul linear, datorită faptului că dinamica circumstanțelor vieții copilului nu este previzibilă; prin urmare planurile de protecție trebuie revizuite și modificate în conformitate cu dinamica cazului. Nu în ultimul rând, teoria complexității atrage atenția asupra faptului că evaluarea detaliată a relațiilor simple între copil și cei din jurul său poate genera informații despre complexitatea cazului. Teoria ecologică sprijină abordarea interinstituțională și subliniază rolul și importanța implicării profesioniștilor din diferite domenii în abordarea cazurilor de rele tratamente. Strâns legat de procesul supervizării sunt discutate evaluarea riscului, luarea deciziilor și colaborarea interinstituțională în relație cu procesul de raportare a cazurilor de abuz și neglijare. Analiza riscului ajută la evaluarea pericolelor la care sunt expuși copiii (Cradcock, 2004) iar acest lucru implică o judecată profesională considerabilă (Darlington et al., 2010). Judecata profesională începe în momentul în care un profesionist are suspiciuni legate de semnele abuzului. Este important de menționat în legătură cu abilitățile de a judeca profesional un caz, faptul că accesul la

informație ajută la evaluarea riscului pe când lipsa acesteia determină lipsa cunoștinței despre complexitatea cazului (Darlington et al., 2010). Din aceste motive, colaborarea interinstituțională oferă avantaje cruciale deoarece ajută la o abordare holistică, la răspunsuri proactive și foarte importante, contribuie la nivele scăzute de anxietate în rândul profesioniștilor în ceea ce privește abordarea cazurilor de CAN (Darlington et al., 2010). Evaluarea complexă a riscului la care este expus un copil necesită recunoașterea interacțiunii dintre mai mulți factori în ceea ce privește copilul, părintele și familia și mediul social largit. De exemplu, existența și accesul la servicii de sprijin familial poate influența decizia în cântărirea riscului. Atunci când nu există însă o colaborare armonioasă interinstituțională acest acces este restricționat. Într-o altă ordine de idei, riscul este dificil de evaluat și de prezis pentru că pe de o parte indicatorii abuzului sunt la rândul lor imprecizi (de exemplu în cazul neglijării există subiectivism în definiție), pe de altă parte lipsa unei bune colaborări între instituții și profesioniști limitează accesul la informații. Din aceste motive procesul de evaluare și investigare a riscului este un proces social, care este influențat de subiectivitate și erori (Darlington et al., 2010). De aceea, colaborarea interinstituțională în vederea evaluării riscului este devine un element cheie în protecția copiilor. Aceasta ajută la identificarea riscului, la identificarea cazurilor de abuz și neglijare și la raportarea lor, la managementul riscului și la luarea deciziilor pentru a progresa cazul înspre interesul suprem al copilului. Vorbim prin urmare, în cadrul abordării cazurilor de copii abuzați și neglijăți, despre un proces complex în care interacționează mai multe componente care contribuie atât individual cât și prin interacțiunea lor la un bun mers al intervenției. Profesioniștii se pot ajuta de o serie de concepte care la rândul lor ajută la o mai bună abordare și gestionare a cazurilor de copii abuzați. Această gestionare nu este posibilă însă dacă nu se raportează cazurile de CAN.

În Capitolul 2 al lucrării abordez problematica cadrului legislativ în protecția copilului și realizez o comparație între practicile asociate abordării cazurilor de copii abuzați și neglijăți în România și Anglia. Deasemenea aduc din nou în discuție procesul supervizării. Este subliniată dezvoltarea protecției copilului în Anglia, pornind de la faptul că rama legislativă recentă este pliată pe ceea ce s-a gasit a fi mai puțin funcțional în practică și că dezvoltarea principiilor legislative sunt ancorate în realitatea găsită în practică, așa cum subliniază The Children Act 1989, care a reprezentat o reforma legislativă în urma unui caz de abuz fatal unde s-au investigat erori în practică. În ceea ce privește evoluția protecției copilului în România există o evoluție legislativă în acest domeniu, însă reformele legislative nu pornesc de la investigații ale cazurilor unde s-a

stabilit lipsa bunelor practici în protecția copilului. Analiza comparativă a abordării cazurilor de copii abuzați și neglijați în România și Anglia este de valoare, luând în considerare faptul că există principii legislative asemănătoare între sistemul de protecție a copilului din Anglia și cel din România și mai mult, pentru că autorii care au analizat și sistemul românesc alături de alte sisteme recomandă adoptarea procedurii de lucru *Framework for the assessment of children in need and their families* și în țara noastră (Leveille și Chamberland, 2010). Această analiză subliniază diferențele majore care se remarcă în abordarea protecției copiilor în cele două sisteme alese pentru comparare. Diferențele sunt legate de denumirile folosite în ceea ce privește instrumentele de lucru, timpul de acțiune în cadrul evaluării și a implementării intervenției și totodată și în ceea ce privește denumirile celor care lucrează cu cazul, fie direct fie indirect. Standardele managementului de caz descrise în OUG 288/2006 se regăsesc în metodologia sistemului englez, cu diferențe în ceea ce privește timpul de acțiune și de organizare a întâlnirilor și cu diferențe în sublinierea abordării și colaborării interinstituționale în soluționarea cazurilor de copii abuzați și neglijați. Existența unor proceduri clare de lucru care să insiste pe responsabilitatea tuturor profesioniștilor implicați în dezvoltarea copiilor de a conlucra în interesul major al acestora ar fi de real folos în sistemul românesc pentru a dezvolta principiile de lucru prezente în OUG 288/2007 și în Legea 272/2004 completată cu Legea 257/2013.

Conceptul supervizării în protecția copilului este analizat în detaliu deoarece în ceea ce privește abordarea cazurilor de rele tratamente, responsabilitatea supervizării revine ambilor participanți la procesul de supervizare - supervizorul e responsabil să se asigure că supervizatul și desfășoară munca în spiritul bunelor practici și că interesele beneficiarilor sunt respectate și promovate iar supervizatul e responsabil să împărtășească informații cu supervizorul pentru a se asigura că are parte de un proces decizional ancorat în realitatea cazului și în cadrul procedurilor de lucru. Conform studiului din anul 2007 condus de Goldbeck, Laib-Koehnemund și Fegert, studiu care examinează efectele a două modele de evaluare a riscului, supervizarea este o abordare eficientă în abordarea cazurilor de protecție a copilului deoarece practicienii pot fi copleșiți în procesul de raportare și gestionare a cazurilor de rele tratamente (Goldbeck et al 2007). Astfel, luarea de decizii în ceea ce privește raportarea abuzului poate fi influențată de factori sugestivi cum ar fi severitatea sau perceperea severității actului abuziv suspectat. Pentru a reduce asemenea influențe subiective se propune practica bazată pe evidente și luarea de decizii ancorată în dovezi, fiind nevoie de un sistem sau revizie a cazurilor (Goldbeck et al., 2007).

Supervizarea devine astfel un instrument de abordare a cazurilor de rele tratamente, atât în cadrul serviciilor de protecție a copilului cât și în cadrul serviciilor universale, unde pot exista suspiciuni legate de un posibil caz de abuz sau neglijare care trebuie adus în atenția serviciului de protecție.

În Capitolul 3 al tezei abordez tematica eșecurilor în protecția copilului, pornind de la ideea că, principiile legislative în Anglia se bazează pe analiza unor cazuri în care aceste eșecuri au culminat cu un sfârșit tragic pentru copil și de la studiile de specialitate care indică faptul că acei copii care au suferit un episod de abuz sunt mai expuși abuzului fatal decât copiii care nu au suferit nici o formă de abuz. Analiza cazurilor de abuz fatal prezente în rapoartele sistemului englez, deși indică circumstanțe diferite, subliniază puncte comune considerabile care se regăsesc în felul în care lucrurile au fost gestionate în fiecare caz, sau mai bine spus, în felul în care autoritățile nu au răspuns prompt la dreptul copiilor de a fi protejați. Acestea se referă la: lipsa colaborării interinstituționale, lipsa de experiență și abilități în rândul asistenților sociali, lipsa supervizării la și erori ce țin de organizarea serviciilor (House of Commons Health Committee, 2003).

În România, deși există cazuri de abuz fatal, prezentate la nivel de senzațional în mass-media, lipsesc investigațiile amanunțite în procedurile aplicate de profesioniștii implicați în cazurile grave din România, sau dacă aceste investigații există, lipsește publicarea lor. Acest lucru este important deoarece investigațiile și studiile de cazuri sunt repere în analiza realității românești, nu numai în ceea ce privește problema socială a abuzului cât și în ceea ce privește aplicarea în practică a metodologiei de management a cazului.

Studiile care susțin ideea potrivit căreia acolo unde există abuz este mai posibil să existe și o victimă a abuzului fatal, fac legătura între fenomenul raportării abuzului și abuzul fatal. În sprijinul acestei legături vine studiul lui Brandon (2009) în care se subliniază că pentru jumătate din copiii care au murit din cauza abuzului, relele tratamente nu au fost făcute cunoscute serviciilor sociale. WHO (2006) sprijină aceste concluzii subliniind că în cazul copiilor care au suferit un abuz la un moment dat, există probabilitatea ridicată ca ei să fie victime ale abuzului fatal, că acei copii cu vârste de până la 5 ani (printre care se numără copiii care nu pot raporta singuri abuzul) sunt cei mai expuși la abuzuri severe și la moarte (ca urmare a abuzurilor repetate), că detectarea timpurie a cazurilor de abuz și intervenția timpurie pot ajuta la minimalizarea posibilelor viitoare episoade de abuz și implicit poate ajuta la scăderea numărului copiilor care sunt victime ale abuzului fatal.

Analiza studiilor asupra fenomenului abuzului fatal atrage atenția asupra lucrurilor

prioritare ce trebuie luate în considerare în cercetarea acestui fenomen și a abuzului în general. Prima prioritate este legată de riscurile ridicate pentru copiii mai mici de a fi expuși abuzului fatal în familie, riscul crescând invers proporțional cu scăderea vârstei copilului. Nu sunt de neglijat nici factorii ce țin de părintele abuzator, riscul fiind mai ridicat acolo unde părintele abuzator are probleme de sănătate mentală. Acest factor de risc atrage atenția asupra faptului că în cazurile de abuz fatal, în care părintele abuzator este cunoscut autorităților din sănătate mentală, riscul asupra copilului poate fi prevenit dacă se fac sesizări la protecția copilului despre existența riscului în acea familie. În al treilea rând, abuzului fatal este asociat cu episoade trecute de violență sau abuz. Acest factor poate constitui un prilej de prevenție în acele cazuri semnalate de abuz care sunt expuse riscului de abuz fatal. Dificultățile reale legate de această premisă pornesc de la acele cazuri în care există un episod de abuz, dar care rămân neraportate serviciilor specializate de protecție a copilului.

Majoritatea studiilor pe tema abuzului fatal subliniază că există atât dificultăți în a aprecia just acest fenomen, cât și dificultăți în ceea ce privește raportarea lui, dificultăți ce țin de profesioniștii cărora le vine greu să creadă că un părinte ar putea fi capabil de abuz fatal prin rele tratamente. Se subliniază faptul că în cazurile de abuz fatal, există erori ale sistemului, ce țin de documentarea rănilor nonaccidentale și raportarea lor la agențiile de protecție a copilului. Chiar și în cazurile raportate există dificultăți în aprecierea justă a riscului la care este expus copilul datorită faptului că profesioniștii se concentrează pe situația prezentă, lăsând la o parte informația din trecutul familiei care ar putea indica nivelul de risc la care este expus copilul. Dificultățile ce țin de valoarea ratei mortalității prin abuz fatal, conform recomandărilor cercetătorilor, pot fi cel mai ușor îndepărtate prin înființarea acelor echipe multidisciplinare care revizuiesc cazurile de abuz fatal. De asemenea, se apreciază că autopsiile în aceste cazuri pot dezvălui mai mult despre cauza morții copiilor și prin urmare valoarea reală a acestui fenomen, din punct de vedere statistic, poate fi atinsă prin autopsii obligatorii. Cifrele alarmante prezentate în analiza datelor disponibile la WHO și Institutul de Medicină Legală Cluj-Napoca (cu precizările de rigoare că nu sunt poate cele mai apropiate de realitate datorită dificultăților de apreciere a abuzului în general și a abuzului fatal în special) atrag atenția asupra necesității prevenției acestui fenomen. Recomandările studiilor indică faptul că un răspuns timpuriu la factorii de risc identificați pot duce la scăderea ratei abuzului fatal.

Răspunsul timpuriu se referă la răspunsul sistemului de protecție a copilului la sesizările primite și nu numai; acest răspuns timpuriu pornește dinainte ca sesizarea să fie

făcută, din momentul în care un profesionist are suspiciunea că un copil este expus relelor tratamente.

Capitolul 4 al lucrării se concentrează pe cercetarea fenomenului recunoașterii cazurilor de copii abuzați și neglijați, fiind unul dintre domeniile care pot aduce recomandări cu privire la îmbunătățirea răspunsului societății la abuzul împotriva copiilor. Îmbunătățirea acestui răspuns contribuie la facilitarea accesului copiilor la servicii de protecție și prin aceasta, la diminuarea riscului de a ajunge printre acele cazuri de abuz fatal. Subliniez importanța etapei obligatorii de sesizare a copiilor abuzați și neglijați pentru profesioniștii care intră în contact cu copiii. Pornind de la rezultatele studiilor internaționale în acest domeniu, concluzia este aceea că fără o bună cunoaștere a semnelor abuzului și neglijării, fără asumarea responsabilității de a proteja copiii și fără respectarea obligativității legale de raportare a cazurilor suspectate, pentru mulți dintre copii, șansa de a avea acces la servicii de specialitate este nulă. Pentru acești copii, riscul de a ajunge victime ale sistemului de protecție sau exemple de eșecuri în domeniul protecției copilului este mai mare. Recunoașterea abuzului este primul pas înspre a avea o imagine realistă asupra incidenței cazurilor de copii abuzați și neglijați și nu în ultimul rând, primul pas în a respecta dreptul copiilor la protecție. Pentru a pune în discuție raportarea abuzului spre serviciile specializate în gestionarea acestor cazuri sunt importanți indicatorii abuzului pe de o parte, dar și la abilitatea profesionistului de a analiza acești indicatori în relație cu factorii de risc pe care îi poate recunoaște în familia copilului. Tabelul indicatorilor abuzului bazat pe studiile internaționale care au abordat această temă este un instrument util pentru această discuție:

Tabelul 1. Indicatorii fizici și comportamentali ai abuzului și neglijării
(după Gregg, 1968, Cates, 1995; Hinson & Fossey; 2000, Lau et al, 2009)

Indicatori fizici	Indicatori comportamentali
ABUZ EMOTIONAL ȘI NEGLIJARE	
<p>Înălțimea și greutatea sub nivelul vârstei Îmbrăcăminte nepotrivită pentru anotimp/vreme Igiena precară Mirosul neplăcut Copil lăsat nesupravegheat sau abandonat Lipsa unui adăpost sigur și igienic Nevoi medicale care nu sunt acoperite Întârzieri în dezvoltare Obiceiuri neobișnuite sau schimbarea obiceiurilor Răni neexplicate Lipsa supervizării adecvate Dependența de droguri neonatală Subnutriție Vânătași Oboseala continuă și constantă Înfățișare apatică</p>	<p>Cerșit, furat de mâncare Agresivitate Lipsa de la școală Foame cronică Fuge de acasă Copilul spune că nimeni nu îl îngrijește Schimbare bruscă în comportament – comportamente extreme (comportament neastâmpărat depresie) Copilul are o stare neobișnuită de neliniște atunci când un alt copil este supărat Abuz de alcool sau droguri. Delicvența Supradependent de adulți Comportament depresiv sau pasiv Dovezi că se implică în activități periculoase și/sau nesupravegheate Copilul nu se dezvoltă normal, este retardat, dovezi de interacțiune nepotrivită între părinte și copil</p>
ABUZ FIZIC	
<p>Răni frecvente – tăieturi, vânătăi, arsuri Copilul poartă haine cu mâneca lungă pe timp călduros Durere în ciuda lipsei rănilor vizibile Incapacitatea de a duce la bun sfârșit sarcini ce implică abilități motorii fine datorită durerilor în degete, mâini Dificultăți în a merge sau a sta în șezut Răni sau fracturi neexplicate, arsuri, răni de diferite forme și vârste care apar mai des după o absență de la școală Mușcături Induced illness¹ Rana care nu e consistentă cu explicația sau cu stadiul de dezvoltare al copilului Rană dificil de explicat pentru un copil de vârstă mică Examene radiologice ce indica fracturi la nivelul scheletului, incidente anterioare Aspectul pielii (rani, arsuri, roșeața, murdărie, igiena precară, dovezi de neglijare a nevoilor la nivelul aspectului pielii, mușcături, vânătăi ce indica apucarea copilului, urme de curea, echimoze, hematoame) Aspectul sistemului osos – umflături, dificultăți în a merge și a sta jos, deformări ale oaselor, aspectul capului – indicii ale unor răni la nivelul craniului sau la nivel intercranian, aspectul ochilor Aspectul urechii – timpane sparte, aspectul feței – răni vânătăi, rupturi ale mandibulei sângerări nazale, aspectul gurii – rani, rupturi, lipsa dinților, semne la nivelul abdomenului – hamatoame sau indicii ale unor răni interne</p>	<p>Lipsa de la școală Refuzul de a se schimba pentru orele de educare fizică Copilul găsește motive să mai rămână la școală și să nu plece acasă, frica de a merge acasă Frica de adulți sau precaut în fata adulților Copilul se plânge frecvent ca părinții se comporta dur cu el Copilul are o stare neobișnuită de neliniște atunci când un alt copil este supărat Frica de părinți Abuz de alcool sau droguri Delicvența Deși rănit, pretinde că nu simte durerea Nu vrea să discute despre rană pe care o are Anxietate socială Agresivitate Depresie Tendințe suicidale Tendința de a fugi Autoinvinuire Ascunderea rănilor</p> <p>- istoria familiei – alte evenimente de abuz sau neglijare documentat - actori stresori – stres economic, sarcini multiple, lipsa tatălui, adicții - factori speciali – practici parentale ce folosesc pedeapsa fizică, așteptări nerealiste de la copil</p>

¹ Induced illness este o formă rară de abuz a copiilor. Se întâmplă atunci când persoana care îngrijește copilul se prefacă ca acesta ar suferi de o boală sau induce simptomele unei boli copilului. (conform NSH, National Health Services, UK, www.nsh.co.uk)

Aspectul pieptului – semne ale unor coaste rupte, aspectul sistemului nervos central – semne ale unor paralizii neuronale rezultate în urma loviturilor la nivelul craniului	
ABUZ SEXUAL	
Incontinența urinară sau fecală Lenjerie pătată sau cu pete de sânge Boli venerice Durere, vânătăi, sau mâncărime în zona anală și genitală Sângerare sau secreție a organelor genitale Dificultăți în a merge sau în a sta jos Sarcina la adolescente Simptomatologie somatică, se plânge de durere fără avea o cauză evidentă pentru aceasta Infecții urinare repetate Răni orale	Frici excesive, legare excesivă de persoane Precaut în fața altor adulți Cunoștințe neobișnuite, avansate sau sofisticate despre comportamentul sexual/comportament sexual neobișnuit Schimbări rapide de comportamente extreme Lipsa de la școală Copilul găsește motive să stea la școală și să nu meargă acasă Abuz de alcool sau droguri. Delicventa Retragere, comportament infantil Refuza să se schimbe la orele de sport Raportează că este abuzat sexual de către cei care îl îngrijesc Sustragere subită de la sarcinile școlare Depresie. Manifestări artistice în cadrul școlii (desen, poezie, povești) care au conținut sau teme sexuale neobișnuite Comportment seducător, Descrieri explicite Promiscuitate, prostituție Nu vrea să fie lăsat singur sau cu anumiți adulți Probleme cu somnul Se comportă ca un adult

Această culegere de indicatori a servit drept bază pentru pentru realizarea chestionarului folosit în cercetare dar și pentru interpretarea răspunsurilor participanților la cercetare, alături de alte studii relevante pentru tema de cercetare. Profesioniștii care au fost incluși în lotul de cercetare sunt reprezentați de personalul medical și educațional, profesioniști care conform legii sunt obligați să sesizeze cazurile de copii abuzați și neglijați. Conform literaturii studiate, printre factorii care influențează procesul de sesizare a cazurilor de copii abuzați și neglijați în cazul personalului medical și educațional în se numără următorii:

În cazul personalului medical:

1. Pregătirea, trainingul și experiența profesionistului, abilitățile acestuia în munca cu copiii abuzați (Terao et al. 2001; Ward, Bennett, Plint, King, Jabbour, Gaboury, 2004; Belcher, Berg, & Inui, 1988; Fox, Mazimanian, & Putnam, 1989 -apud Socolar and Reives, 2002; Socolar and Reives, 2002).
2. Atitudinea medicului față de caz (Terao et al. 2001). Această atitudine se referă la faptul că, deși profesioniștii declară că au suspectat cazuri de abuz, ei aleg să nu le raporteze (Van Haeringen, 1998).
3. Nivelul de siguranță pe care profesionistul îl are față de identificarea și raportarea

cazurilor de abuz și neglijare este un alt factor ce influențează decizia de a raporta. Personalul medical admite în procente ridicate că e dificil și foarte dificil să recunoască indicatorii abuzului (Escobar, 1995; Tilden et al 1994, apud Terao et al. 2001; Paavilainen et al. 2002). Medicii au cunoștințe restrânse în ceea ce privește abuzul sexual (Ladson, Johnson, & Doty, 1987; Lentsch & Johnson, 2000; Socolar, 1996 apud Socolar and Reives, 2002) și personalul medical este predispus să raporteze mai mult cazurile de abuz fizic (Saulsbury & Hayden, 1986 apud Socolar and Reives) în detrimentul celor de abuz sexual, emoțional sau neglijare.

4. Percepția profesionistului vis-a-vis de serviciile sociale, neîncrederea sau încrederea în intervenția acestora și experiențele anterioare pe care profesionistul le-a avut în legătură cu situații de abuz raportate sau neraportate (Levi& Crowel 2011, Van Haeringen, 1998, Lagerberg, 2001, Flaherty et al 2002, Gunn et al 2005, Vulliamy & Sullivan, 2000; Zellman 1990 apud Socolar and Reives, 2002)
5. Incertitudinea diagnosticului, lipsa informației evidențiale influențează deciziile de a raporta sau nu un caz de CAN (Theodore &Runyan 2006; Zellman 1990 apud Socolar and Reives 2002).
6. Caracteristicile persoanei suspecte că ar fi comis un abuz, gradul de seriozitate a cazului, dovezile suficiente pentru raportare, date despre abuzuri anterioare, vârsta mică a copilului suspectat că ar fi victima unui abuz, tipul abuzului- abuzul fizic sau pericolul eminent influențează decizia de a raporta) (Terao et al., 2001).
7. Teama medicilor ca raportarea cazului duce la stricarea relației cu părinții, teama de procesele din tribunal (Vulliamy & Sullivan, 2000), timpul necesar evaluării unui caz de CAN (Flaherty et al., 2004).

În cazul personalului educațional:

8. Genul persoanei care suspectează cazul (Kenny, 2001; O'Toole et al., 1999), Statutul parental (O'Toole et al., 1999), anii de experiență (Kenny, 2001; O'Toole et al., 1999), Contextul în care se predă (Beck, Ogloff, & Corbishley, 1994; O'Toole et al.,1999)
9. Accesul la training pe tematica protecției copilului (Zellman & Bell, 1990).
10. În mod interesant profesorii mai educați nu prezic detectarea și raportarea abuzului și a neglijării (O'Toole et al., 1999) însă dorința profesorilor de a respecta obligațiile legale de raportare au o influență mare asupra detectării și raportării abuzului (Walsh et al., 2008).
11. Nivelul de siguranță al profesionistului cu privire la cazul observat are impact

asupra deciziei de a raporta (Crenshaw et al., 1995; Kenny, 2001)

12. Experiențele trecute în a detecta și raporta cazurile sunt asociate cu detectarea și raportarea în prezent (O'Toole et al., 1999).
13. Cercetarile indică faptul că directorii de școli sunt cei care raportează mai degrabă cazurile de CAN (Zellman, 1990).
14. Profesioniștii aleg să nu raporteze și din cauza lipsei încrederii în serviciile sociale (Rodriguez, 2002). Alte studii subliniază legătura dificilă pe care o au școlile cu serviciile sociale tocmai datorită faptului că școlile sunt obligate prin lege să raporteze. Această obligație a profesiorilor rezultă în raportarea a foarte multe cazuri suspecte de abuz, cazuri care ajung de multe ori să fie ignorate de către serviciile specializate în investigarea abuzului (Zellman, 1990).

Având în vedere faptul că educatorii și învățătorii sunt persoanele care intră în contact zilnic cu copii, și că toți copii începând cu 3 ani sunt în contact cu aceste persoane, ar fi de așteptat că o proporție mare din sesizările făcute la serviciul public de protecție a copilului să vină din partea școlilor sau a grădinițelor. Cu toate acestea între anii 2008-2010, dintr-un număr total de 1949 de sesizări trimise la Serviciul Public de Asistență Socială din Cluj-Napoca, doar 12 sunt sesizări venite de la școli, nici o sesizare nu este primită de la grădinițe (SPAS, Registrul de intrări pe 2008-2010). Există așadar dileme legate de recunoașterea indicatorilor abuzului pe de o parte, însă există și dileme legate de unde anume trebuie raportată această suspiciune de abuz odată ce indicatorii au fost recunoscuți. În ceea ce privește situația raportării cazurilor de abuz și neglijare de către personalul medical, menționez că în perioada 2008-2010, dintr-un total de 1949 de sesizări trimise la Serviciul Public de Asistență Socială din Cluj-Napoca, 144 au fost trimise de către spitale, restul sesizărilor provenind de la primării, persoane fizice, fundații, DGASPC, poliție, tribunal, școli și autosesizări (conform registrului de sesizări din cadrul SPAS Cluj-Napoca în perioada 2008-2010).

Cercetarea propusă urmărește să exploreze cunoștințele personalului din sistemul educațional și cel de sănătate cu privire la indicatorii abuzului fizic, emoțional, sexual și ai neglijării și atitudinile acestora față de raportarea cazurilor suspecte de abuz și neglijare. Abordarea temei este complexă, combinând analize calitative și cantitative. Obiectivele urmărite sunt următoarele:

1. Măsurarea și determinarea nivelului general de cunoștințe referitoare la copiii abuzați și neglijăți, precum și a cunoștințelor subiecților referitoare la diferitele forme de abuz, în funcție de indicatorii fizici și/sau comportamentali recunoscuți de

către aceștia.

2. Stabilirea corelațiilor între cunoștințele subiecților referitoare la diferite tipuri de abuz și neglijare și nivelul lor general de cunoștințe referitoare la CAN.
3. Stabilirea corelațiilor între cunoștințele subiecților referitoare la CAN și anumite caracteristici socio-profesionale ale acestora și legate de modul lor de abordare a cazurilor de CAN.
4. Stabilirea valorii predictive a caracteristicilor socio-profesionale ale subiecților și a celor legate de modul lor de abordare a cazurilor de CAN asupra cunoștințelor acestora referitoare la CAN.
5. Stabilirea valorii predictive caracteristicilor socio-profesionale ale subiecților asupra modului lor de abordare a cazurilor de CAN.
6. Analiza calitativ-comparativă a răspunsurilor oferite de personalul medical calificat, care are o anumită experiență de muncă și studenții care se pregătesc pentru profesii în domeniul medical.
7. Explorarea calitativă a cunoștințelor educatorilor și învățătorilor cu privire la indicatorii abuzului fizic, emoțional, sexual și al neglijării.

Pentru a atinge obiectivele propuse am formulat 3 Ipoteze de cercetare pentru analiza cantitativă și o întrebare de cercetare pentru analiza calitativă. Acestea sunt:

Ipoteza 1: *Cunoștințele profesioniștilor legate de indicatorii CAN specifici diferitelor forme de abuz sunt pozitiv corelate cu nivelul general de cunoștințe referitoare la indicatorii CAN.*

Ipoteza 2: *Cunoștințele subiecților referitoare la CAN corelează cu anumite caracteristici socio-profesionale și legate de modul lor de abordare a cazurilor de CAN ale acestora.*

Ipoteza 3: *Există diferențe semnificative în ceea ce privește modul în care subiecții abordează cazurile de CAN în funcție de ocupația, experiența profesională și studiile acestora.*

Întrebarea de cercetare care a condus la analiza calitativă a răspunsurilor este: *Care este nivelul de cunoștințe al profesioniștilor legate de indicatorii CAN în comparație cu indicatorii CAN recunoscuși de literatura de specialitate și care este riscul cazurilor suspecte de a rămâne neraportate?*

Lotul de cercetare este format din 165 de profesioniști care lucrează în sistemul de sănătate sau învățământ, cu ocupații, studii și experiențe profesionale diferite. Partea cantitativă a cercetării a inclus pe toți cei 165 de participanți care au fost de acord să răspundă la întrebările din chestionar. Partea calitativă a lucrării se bazează pe interpretarea

calitativă a răspunsurilor obținute de la 2 două subloturi care fac parte din cei 165 de subiecți. Un număr total de 82 de respondenți au fost incluși în primul grup al cercetării calitative ce urmărește explorarea cunoștințelor personalului medical legate de CAN, iar pentru a analiza cunoștințele personalului educațional în ceea ce privește cunoștințele lor referitoare la CAN au fost incluse în cel de-al doilea grup de cercetare cinci unități de învățământ preșcolar și școlar. Restul de 31 de subiecți ai cercetării sunt profesioniști care au completat chestionarul în varianta on-line. Eșantionarea a fost arbitrară și aleatorie, bazându-se pe accesul la unitățile unde a fost aplicat chestionarul și pe dorința profesioniștilor de a completa on-line chestionarul.

Chestionarul a fost preferat ca instrument pentru acest studiu din mai multe motive: primul a fost acela de a asigura anonimitatea participanților și pentru a încuraja prin păstrarea anonimității oferirea de răspunsuri sincere la întrebările legate de alegerea raportării abuzului. Acest chestionar a permis o evaluare calitativă și cantitativă a recunoașterii și raportării cazurilor de CAN în rândul profesioniștilor, întrebările despre semnele abuzului fiind deschise. Instrumentul cuprinde 17 itemi, atât cu răspunsuri libere (unde subiecții au completat datele solicitate) cât și cu variante de răspuns predefinite (dintre care subiecții au ales, prin bifare, o variantă).

După colectarea datelor, a urmat introducerea acestora în S.P.S.S. (Statistical Package for the Social Sciences), respectiv, codarea lor. Variabilele analizate sunt următoarele:

- ♣ Variabilele etichetă socio-profesionale Ocupația, Experiența profesională, Studiile, Participarea la training-uri CAN facilitate de locul de muncă, Participarea la training-uri CAN în afara locului de muncă.
- ♣ Siguranța recunoașterii semnelor CAN
- ♣ Suspiciunea existenței cazurilor de CAN
- ♣ Frecvența suspiciunilor cazurilor de CAN
- ♣ Discuțiile referitoare la cazurile de CAN
- ♣ Raportarea cazurilor de CAN
- ♣ Existența unor proceduri clare de raportare a cazurilor de CAN la locul de muncă
- ♣ Existența unor cazuri suspectate de CAN și neraportate
- ♣ Motivele neraportării cazurilor suspectate de CAN
- ♣ Nivelul de cunoștințe referitoare la CAN

Pentru verificarea ipotezelor au fost utilizate corelațiile bivariate Pearson precum și Testele T pentru eșantioane independente. Pentru prelucrarea calitativă a răspunsurilor s-a

utilizat modelul propus de Goldman (2010) după modelul lui Hinson & Fossey (2000).

Lotul general de participanți este format din personal medical (58%) și personal educațional (48%), distribuția participanților în funcție de ocupație fiind următoarea:

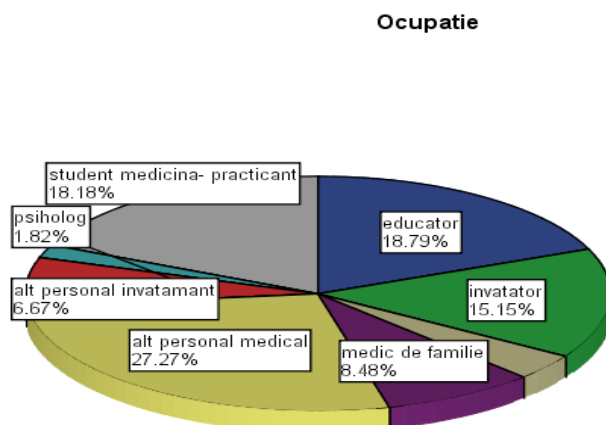


Figura 1. Distribuția subiecților în funcție de ocupație

Participanții la studiu sunt în aproape grupuri egale personal medical și personal din sistemul educațional, mai mult de jumătate au experiență de muncă mai mare de 5 ani, majoritatea nu au participat la traininguri pe tematica abuzului și neglijării copiilor și tot majoritar participanții au pregătire superioară de studii. În ceea ce privește distribuția subiecților din punctul de vedere al cunoștințelor legate de indicatorii comportamentali și fizici ai CAN, observăm din Tabelul 2 faptul că 30% dintre participanți nu recunosc nici un semn al abuzului asexual subliniind astfel că posibilele cazuri de abuz sexual pot trece neobservate pentru 30% dintre cei chestionați. Dacă analizăm procentajele de răspunsuri care se referă atât la indicatori fizici cât și la indicatori comportamentali, pentru toate categoriile de abuz, observăm că abuzul fizic și neglijarea au procente mai ridicate ceea ce poate indica faptul că aceste cazuri sunt cele mai ușor de recunoscut de către participanți. Abuzul sexual este mai ușor observabil pentru acei participanți care cunosc indicatorii AS, dacă acel copil abuzat prezintă indicatori comportamentali (50% recunosc indicatori comportamentali ai abuzului sexual) iar abuzul emoțional poate trece neobservat dacă acel copil abuzat prezintă doar indicatori fizici despre care participanții la studiu nu demonstrează că au cunoștințe, cu excepția unuia singur, care numește indicatori fizici ai AE.

Tabelul 2. Distribuția subiecților în funcție de cunoștințele lor referitoare la abuzul fizic, abuzul sexual, abuzul emoțional și neglijare

RĂSPUNS	ABUZ FIZIC (AF)		ABUZ SEXUAL (AS)		ABUZ EMOȚIONAL (AE)		NEGLIJARE (N)	
	Frecv.	%	Frecv.	%	Frecv.	%	Frecv.	%
Nu știu	15	9%	49	30%	24	14,5%	27	16,5%
Indicatori fizici	52	31,5%	12	7%	0	0%	32	19,5%
Indicatori comportamentali	23	14%	82	50%	140	85%	36	22%
Indicatori fizici & indicatori comportamentali	75	45,5%	22	13%	1	0,5%	70	42%
Total	165	100%	165	100%	165	100%	165	100%

Nivelul general de cunoștințe legate de CAN este reprezentat în figura de mai jos:

Nivelul cunoștințelor CAN

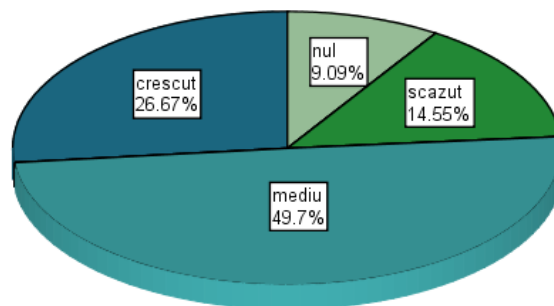


Figura 2. Distribuția subiecților în funcție de nivelul general de cunoștințe referitoare la CAN

Distribuțiile subiecților referitoare la discutarea și raportarea cazurilor suspectate de CAN în funcție de nivelul general de cunoștințe referitoare la CAN (scăzut, mediu și crescut) subliniază faptul că odată cu creșterea nivelului general de cunoștințe cu privire la

CAN cresc și procentele profesioniștilor care discută cazurile suspectate cu DGASPC și SPAS, că acei profesioniști cu nivel scăzut de cunoștințe mai degrabă discută suspiciunile avute cu colegii iar cei cu un nivel mediu și crescut de cunoștințe au discuții cu asistentul social. Analiza între aceste 3 subgrupuri, legată de raportarea cazurilor suspectate reflectă faptul că odată cu creșterea nivelului de cunoștințe CAN crește și frecvența raportării cazurilor suspectate la DGASPC/SPAS și că acei profesioniști cu un nivel mai scăzut de cunoștințe aleg să raporteze la superiorul ierarhic cazurile suspectate, pe când cei care au un nivel mediu și crescut de cunoștințe raportează cazurile la DGASPC și SPAS.

În vederea verificării veridicității primei ipoteze am utilizat corelațiile bivariate Pearson pentru a determina existența unor relații pozitive sau negative semnificative statistic, între nivelul general de cunoștințe ale subiecților referitoare la CAN și cunoștințele acestora referitoare la cele 4 tipuri de abuz și neglijare, respectiv: abuz fizic, abuz sexual, abuz emoțional și neglijare. Am observat că nivelul general de cunoștințe ale subiecților referitoare la CAN corelează pozitiv înalt semnificativ cu fiecare dintre cunoștințele acestora referitoare la cele 4 tipuri de abuz și neglijare, respectiv: abuzul fizic, abuzul sexual, abuzul emoțional și neglijarea și astfel prima ipoteză a fost confirmată.

În ceea ce privește a doua ipoteză de cercerare, pentru a determina existența unor relații pozitive sau negative semnificative statistic între cunoștințele subiecților referitoare la CAN și anumite caracteristici socio-profesionale și legate de modul lor de abordare a cazurilor de CAN (respectiv: experiența profesională, studiile, participarea la training-uri CAN facilitate de instituția de lucru, participarea la training-uri CAN în afara locului de muncă, siguranța recunoașterii semnelor CAN, suspiciunea existenței cazurilor de CAN, existența unor proceduri clare de raportare a cazurilor de CAN la locul de muncă și neraportarea cazurilor de CAN), am utilizat corelațiile bivariate Pearson. În funcție de cele 8 caracteristici socio-profesionale ale subiecților și legate de modul lor de abordare a cazurilor de CAN, am împărțit ipoteza generală în 8 ipoteze operaționale pentru o cât mai relevantă prelucrare a datelor. Am observat în urma testelor că nivelul experienței profesionale a subiecților corelează înalt semnificativ cu cunoștințele acestora referitoare la un tip de abuz și neglijare, respectiv: abuzul fizic. Prin urmare, cu cât experiența profesională a subiecților este mai mare, cu atât nivelul lor de cunoștințe referitoare la abuzul fizic este mai scăzut. În ceea ce privește corelațiile între experiența profesională și celelalte categorii de abuz cât și nivelul general de cunoștințe cu privire la indicatorii CAN, nu se relevă relații semnificative din punct de vedere statistic. Prin urmare, profesioniștii cu experiența avansată de muncă nu au un nivel mai ridicat de cunoștințe cu privire la

indicatorii CAN, mai mult, experiența profesională a subiecților corelează negativ înalt semnificativ cu cunoștințele acestora referitoare abuzul fizic. S-a utilizat de asemenea testul t pentru eșantioane independente, pentru a măsura existența unor diferențe semnificative în ceea ce privește cunoștințele subiecților referitoare la CAN între subiecții cu o experiență profesională de sub 5 ani și cei cu o experiență de peste 5 ani. Rezultatele indică faptul că nivelul de cunoștințe ale subiecților cu experiență profesională de sub 5 ani și celor cu experiență profesională de peste 5 ani diferă semnificativ în cazul unui tip de abuz și neglijare (abuzul fizic). Media persoanelor cu o experiență în muncă de sub 5 ani este semnificativ mai mare, prin urmare, persoanele cu o experiență profesională de sub 5 ani au un nivel mai avansat de cunoștințe referitoare la abuzul fizic comparativ cu persoanele cu o experiență profesională de peste 5 ani.

Utilizând corelațiile bivariate Pearson, am corelat nivelul studiilor finalizate de către subiecți cu punctajele obținute de către aceștia la fiecare dintre cele 4 tipuri de abuz și neglijare (abuz fizic, abuz sexual, abuz emoțional și neglijare), precum și cu scorul total ce reflectă cunoștințele lor generale referitoare la CAN. Nivelul studiilor finalizate de către subiecți corelează semnificativ cu cunoștințele acestora referitoare la un tip de abuz și neglijare, respectiv: abuzul sexual. Subiecții cu un nivel superior de studii recunosc mai multe tipuri de indicatori ai abuzului sexual. S-a utilizat testul t pentru eșantioane independente, pentru a măsura existența unor diferențe semnificative în ceea ce privește cunoștințele subiecților referitoare la CAN între subiecții cu un nivel de studii mediu și cei cu un nivel de studii superior și am constatat că există diferențe semnificative de cunoștințe între cele 2 subgrupuri, persoanele cu studii medii și cele cu studii superioare, în cazul abuzului sexual. În medie, persoanele cu studii superioare (universitare și postuniversitare) recunosc mai multe tipuri de indicatori ai abuzului sexual comparativ cu persoanele cu studii medii. Având în vedere că nivelul de cunoștințe ale subiecților cu un nivel de studii mediu și al celor cu un nivel de studii superior diferă semnificativ în cazul abuzului sexual doar, putem confirma parțial a doua ipoteză operațională de cercetare. De asemenea, având în vedere că media profesioniștilor cu un nivel de studii superior este semnificativ mai mare, putem afirma că profesioniștii cu studii superioare au un nivel mai avansat de cunoștințe referitoare la abuzul sexual comparativ cu profesioniștii cu studii medii.

În continuare, am pornit de la premisa că profesioniștii care au acces la training pe tematica CAN au cunoștințe mai avansate cu privire la indicatorii abuzului și prin urmare pot recunoaște cazurile de CAN mai ușor. Utilizând corelațiile bivariate Pearson am

constatat că participarea subiecților la training-uri CAN facilitate de instituția în care lucrează corelează înalt semnificativ cu cunoștințele acestora referitoare la un tip de abuz și neglijare, respectiv: neglijarea. Am utilizat testul t pentru eșantioane independente, pentru a măsura existența unor diferențe semnificative în ceea ce privește cunoștințele subiecților referitoare la CAN între subiecții care nu au participat la training-uri CAN facilitate de instituția în care lucrează și cei care au participat. Testele aplicate indică deasemenea că există o relație pozitivă înalt semnificativă între participarea subiecților la training-uri CAN în afara locului de muncă și cunoștințele acestora referitoare la abuzul fizic, emoțional, neglijare. Pentru a verifica dacă cunoștințele subiecților referitoare la CAN diferă semnificativ în funcție de participarea lor la training-uri CAN în afara locului de muncă s-a utilizat testul t pentru eșantioane independente, pentru a măsura existența unor diferențe semnificative în ceea ce privește cunoștințele subiecților referitoare la CAN între subiecții care nu au participat la training-uri CAN în afara locului de muncă și cei care au participat. Comparațiile efectuate sunt redată concluz că nivelul de cunoștințe ale subiecților care au participat la training-uri CAN în afara locului de muncă și celor care nu au participat diferă semnificativ atât în cazul nivelului general de cunoștințe referitoare la CAN, cât și în cazul tuturor celor 4 tipuri tip de abuz și neglijare (abuz fizic, abuz sexual, abuz emoțional și neglijare).

Pentru a verifica dacă profesioniștii care sunt mai siguri de abilitățile lor de a recunoaște indicatorii CAN au cunoștințe mai avansate cu privire la fiecare dintre categoriile de abuz și neglijare, iar nivelul lor general de cunoștințe cu privire la indicatorii CAN este mai ridicat. am corelat siguranța cu care subiecții recunosc semnele abuzului și ale neglijării cu punctajele obținute de către aceștia la fiecare dintre cele 4 tipuri de abuz și neglijare (abuz fizic, abuz sexual, abuz emoțional și neglijare), precum și cu scorul total ce reflectă cunoștințele lor generale referitoare la CAN.

Tabelul 3. Corelarea siguranței de recunoaștere a semnelor CAN cu cunoștințele referitoare la CAN

	Coeficientul de corelație (r)	Pragul de semnificație (p) 2-tailed
Cunoștințe abuz fizic	.137	.082
Cunoștințe abuz sexual	.190*	.016
Cunoștințe abuz emoțional	.246**	.002
Cunoștințe neglijare	.225**	.004
Cunoștințe generale referitoare la CAN	.248**	.001

Legendă:

* = r este semnificativ, având $p < .05$ (probabilitatea de a obține această corelație e mai mică de 0,05);

** =r este foarte semnificativ, având $p < .01$ (probabilitatea de a obține această corelație e mai mică de 0,01)

Am observat că siguranța subiecților cu privire la abilitățile lor de a recunoaște semnele CAN corelează semnificativ atât cu cunoștințele generale ale acestora referitoare la CAN, cât și cu cunoștințele referitoare la 3 tipuri de abuz și neglijare, respectiv: abuz sexual, abuz emoțional și neglijare. Siguranța declarată nu corelează cu nivelul cunoștințelor cu privire la abuzul fizic. Cu cât profesioniștii sunt mai siguri de abilitățile lor de a recunoaște CAN cu atât nivelul lor general de cunoștințe referitoare la CAN este mai avansat. Am utilizat în continuare testul t pentru eșantioane independente, pentru a măsura existența unor diferențe semnificative în ceea ce privește cunoștințele subiecților referitoare la CAN între subiecții care sunt nesiguri (nesiguri și foarte nesiguri) de abilitățile lor de a recunoaște semnele CAN și cei care sunt siguri (siguri și foarte siguri) în aceasta privință. Am constatat că nivelul de cunoștințe ale subiecților care sunt siguri că pot recunoaște semnele CAN și celor care nu sunt siguri, diferă semnificativ atât în cazul nivelului general de cunoștințe referitoare la CAN, cât și în cazul a 2 tipuri de abuz și neglijare (abuz sexual și abuz emoțional). Media persoanelor care au certitudinea recunoașterii semnelor CAN este semnificativ mai mare, prin urmare, persoanele care sunt sigure că pot recunoaște semnele CAN au un nivel mai avansat de cunoștințe generale referitoare la CAN și specifice referitoare la abuzul sexual și emoțional comparativ cu persoanele care nu sunt sigure în această privință.

Pentru a verifica dacă profesioniștii care demonstrează cunoștințe avansate cu privire la CAN recunosc mai ușor cazurile de CAN posibile am corelat suspiciunile subiecților referitoare la existența unor situații de CAN la locul lor de muncă cu punctajele obținute de către aceștia la fiecare dintre cele 4 tipuri de abuz și neglijare (abuz fizic, abuz sexual, abuz emoțional și neglijare), precum și cu scorul total ce reflectă cunoștințele lor generale referitoare la CAN este prezentată mai jos.

Tabelul 4. Corelarea existenței unor situații de CAN la locul de muncă cu cunoștințele referitoare la CAN

	Coeficientul de corelație (r)	Pragul de semnificație (p) 2-tailed
Cunoștințe abuz fizic	.165*	.035
Cunoștințe abuz sexual	.257**	.001
Cunoștințe abuz emoțional	.113	.151
Cunoștințe neglijare	.310**	.000
Cunoștințe generale referitoare la CAN	.288**	.000

Legendă:

* = r este semnificativ, având $p < .05$ (probabilitatea de a obține această corelație e mai mică de 0,05);

** = r este foarte semnificativ, având $p < .01$ (probabilitatea de a obține această corelație e mai mică de 0,01)

Am observat că existența unor situații de CAN suspectate de subiecți corelează semnificativ atât cu cunoștințele generale ale acestora referitoare la CAN, cât și cu cunoștințele referitoare la 3 tipuri de abuz și neglijare, respectiv: abuz fizic, abuz sexual și neglijare, mai puțin cu cunoștințele referitoare la abuzul emoțional. Având în vedere însă că indicatorii abuzului emoțional sunt asemănători cu cei ai neglijării, fiind tratați și discutați împreună în studiile de specialitate (Vezi Tabelul 1) putem afirma că subiecții care declară că în munca lor au existat situații în care au suspectat că un copil este victima unui abuz sau a neglijării recunosc mai multe tipuri de indicatori pentru toate tipurile de abuz.

Am folosit în continuare testul t pentru eșantioane independente, pentru a măsura existența diferențelor semnificative în ceea ce privește cunoștințele subiecților referitoare la CAN, între subiecții care nu suspectează existența unor situații de CAN la locul de muncă și cei care suspectează aceste situații.

Tabelul 5. Compararea cunoștințelor referitoare la CAN ale subgrupurilor în funcție de existența unor situații de CAN suspectate de subiecți

	t	Sig. 2-tailed	Media	
			Nu (N=72)	Da (N=91)
Cunoștințe abuz fizic	2,13	.035	1,25	1,46
Cunoștințe abuz sexual	3,37	.001	0,65	0,98
Cunoștințe abuz emoțional	1,42	.159	0,82	0,90
Cunoștințe neglijare	4,14	.000	1,03	1,47
CUNOȘTINȚE GENERALE REFERITOARE LA CAN	4,27	.000	1,64	2,20

Legendă: t = valoarea lui t; sig. (2-tailed) = nivelul de semnificație de 5% al lui t (intervalul de încredere este de 95%)

Am observat că există diferențe semnificative de cunoștințe între cele 2 subgrupuri, persoanele care suspectează existența unor situații de CAN la locul de muncă și cele care nu suspectează acest lucru, atât în ceea ce privește dimensiunea generală „Nivelul general de cunoștințe referitoare la CAN”, cât și în cazul a 3 tipuri de abuz: abuzul fizic, abuzul sexual și neglijarea. Putem afirma că persoanele care suspectează existența unor situații de CAN la locul de muncă au un nivel mai avansat de cunoștințe generale referitoare la CAN și specifice referitoare la abuzul fizic, sexual și neglijare comparativ cu persoanele care nu suspectează aceste situații.

Demersul de cercetare continuă verificarea afirmației: Profesioniștii care au un nivel de cunoștințe CAN avansat nu întâmpină situații în care au suspectat CAN și au ales să nu raporteze cazurile respective din cadrul celei de-a doua ipoteze de cercetare.

Corelațiile bivariate Pearson indică faptul că existența unor situații suspectate de CAN și neraportate de către subiecți nu corelează semnificativ cu nici una dintre dimensiunile analizate. Testul t folosit verifică dacă cunoștințele subiecților referitoare la CAN diferă semnificativ în funcție de existența unor situații suspectate de CAN și neraportate de către aceștia. S-a măsurat existența unor diferențe semnificative în ceea ce privește cunoștințele subiecților referitoare la CAN între subiecții care declară că nu au existat situații suspectate și neraportate de CAN și cei care declară că asemenea situații au existat. Analizând datele rezultate în urma testului t, concluzia este că nu există diferențe semnificative în ceea ce privește cunoștințele referitoare la CAN între cele 2 subgrupuri, subiecții care declară că nu au existat situații suspectate și neraportate de CAN și cei care declară că asemenea situații au existat.

Ultima analiză din cadrul celei de-a doua ipoteze de cercetare verifică dacă cunoștințele subiecților referitoare la CAN diferă semnificativ în funcție de existența unor procedee clare cu privire la raportarea cazurilor suspecte de CAN la locul lor de muncă, prin utilizarea testului t pentru eșantioane independente. În urma analizei datelor am constatat că există diferențe semnificative de cunoștințe între cele 2 subgrupuri, persoanele care declară că există proceduri de raportare a cazurilor de CAN și cele care declară că aceste proceduri lipsesc, în cazul abuzului sexual. Profesioniștii care declară că au proceduri clare de raportare a cazurilor suspectate de CAN au un nivel mai avansat de cunoștințe referitoare la abuzul sexual comparativ cu persoanele care declară că nu există astfel de proceduri.

A treia ipoteză de cercetare, *există diferențe semnificative în ceea ce privește modul în care subiecții abordează cazurile de CAN în funcție de ocupația, experiența profesională și studiile acestora*, se referă la următorii itemi care definesc modul de abordare al subiecților referitor la cazurile de CAN: siguranța recunoașterii cazurilor de CAN, suspiciunea existenței cazurilor de CAN la locul de muncă, frecvența suspectării cazurilor de CAN la locul de muncă, existența unor situații suspectate de CAN și neraportate. Am ales trei criterii (ocupația, experiența profesională și studiile) în funcție de care ar putea varia modul de abordare al subiecților referitor la cazurile de CAN și astfel am obținut trei analize.

Pentru a măsura existența unor diferențe semnificative în ceea ce privește modul în care subiecții abordează cazurile de CAN s-a utilizat testul t pentru eșantioane independente. Am constatat că nu există diferențe semnificative în ceea ce privește modul de abordare a cazurilor de CAN între cele 2 subgrupuri formate după ocupație (personalul

medical și cel angajat în învățământ). Testele aplicate relevă însă faptul că persoanele cu o experiență profesională de sub 5 ani afirmă că au suspectat existența unor situații de CAN la locul de muncă mult mai frecvent comparativ cu persoanele cu o experiență profesională de peste 5 ani și în medie, mult mai multe persoane cu o experiență profesională de peste 5 ani afirmă că au suspectat existența unor situații de CAN la locul de muncă comparativ cu persoanele cu o experiență profesională de sub 5 ani. Am constatat în continuare că nu există diferențe semnificative în ceea ce privește modul de abordare a cazurilor de CAN între cele 2 subgrupuri formate după nivelul studiilor (persoane cu studii medii și persoane cu studii superioare).

Cercetarea continuă cu două studii calitative care propun, potrivit modelelor de analiză folosite în studiile similare din literatura de specialitate, analiza nivelului cunoștințelor legate de abuz și raportarea lui, în cazul personalului educațional și a celui medical.

Primul studiu se referă la răspunsurile oferite de educatorii și profesorii din câteva instituții de învățământ din Cluj. Acest studiu oferă câteva răspunsuri pentru întrebarea de cercetare propusă, explorând cunoștințele educatorilor și învățătorilor din 5 unități de învățământ școlar și preșcolar cu privire la indicatorii abuzului fizic, emoțional, sexual și al neglijării. Concluziile studiului de se bazează pe următoarele categorii de date: accesul profesioniștilor la training pe tematica protecției copilului, cunoștințele profesioniștilor legate de indicatorii abuzului, siguranța profesioniștilor legată de recunoașterea semnelor abuzului, raportarea cazurilor de abuz. Totodată, s-a analizat calitativ și relația dintre aceste categorii de informații obținute. În cazul realizării tabelului indicatorilor CAN recunoscuți de profesioniștii chestionați s-a realizat o comparare a acestuia cu Tabelul 1. S-a notat în paranteză frecvența raăspunsurilor primite.

Tabelul 6. Tabloul indicatorilor CAN recunoscuți de către educatorii și învățători

Indicatori fizici	Indicatori comportamentali
ABUZ EMOȚIONAL ȘI NEGLIJARE	
<ul style="list-style-type: none"> - îngrijirea fizică aspectul fizic neîngrijit, igiena precară, haine murdare, miros (35) - vine fără rechizite, fără mâncare (11) - lipsa adăpostului (2) 	<ul style="list-style-type: none"> - plâng când li se face observație cu ton ridicat, plângeră repede, emotivitate crescută (25) - separat de grup, retras (11) - lipsa de încredere, neliniște sufletească (5) - agresivitate (5) - stare de teamă, frica (5) - agresiv (7) - refuză activități, izolarea de grup sau de părinți (3) - depresie, anxietate, agitat - (4)

	<ul style="list-style-type: none"> - tulburări de comp (4) - timid - (3) - Imagine de sine scăzută (3) - relaționare deficitară (2) - nesigur (2) - atașament puternic față de o persoană (2) - irascibil (2) - limbaj neadecvat (2) - lipsa colaborării cu școala, neimplicare în educația copilului din partea părinților, refuzul remedierii problemelor comunicate în scris sau telefonic (9) - absentism, întârzieri (9) - teme nefăcute (9) - lipsa de afecțiune/nevoia de afecțiune (5) - nepăsarea, dezinteresul părinților (3)
ABUZ FIZIC	
- lovituri vânătăi tăieturi zgârieturi semen pe corp (30)	<ul style="list-style-type: none"> - se sperie ușor, reținere când e în mediu în care se discută pe ton ridicat, când te apropii de el, frica de a fi lovit (12) -Violența, comportament violent, reacții violente - (11) - autoizolare, retras (6) - tulburări de comportament (3) - caută atenție (3) - depresie tendințe de suicid (3) - ascunde părțile vătămate (3) - nu comunica cu cei din jur, nu se joacă - -3 - starea emoțională (3) - anxietate (3) - teama (2) - reacția copilului (2) - emotiv (plânge repede) (2) - timid și rezervat speriat în situații în care e alături de persoane de sex opus (2) - evitarea răspunsurilor, nu comunică (2)
ABUZ SEXUAL	
- apatie (2)	<ul style="list-style-type: none"> - închidere în sine, retras, nu participa la activități (9) - reticent la atingeri (4) - se sperie când te apropii de el (3) - frica, spaima (3) - coșmaruri (3) - stima de sine scăzută (2) - țipete fără temei din senin (2) - necomunicativ (2) - comportamente deviante/evitante în relație cu sexul opus (2) - tulburări de comportament sexual prostituție, negarea sexualității (2)

Răspunsurile profesioniștilor denotă faptul că fiecare dintre aceștia au transpus indicatorii CAN prin experiența proprie de a fi martor la indicatorii respectivi. Deși mulți dintre indicatorii menționați pot într-adevăr indica un posibil abuz, faptul că în mod majoritar lipsește formularea exactă a unui posibil indicator al abuzului denotă lipsa trainingului de specialitate în domeniu. Cu toate acestea, profesioniștii remarcă indicatorii

care pot fi semnale de alarmă pentru copii, atunci când sunt văzute în clasă sau în pauză. În ceea ce privește siguranța profesioniștilor legată de recunoașterea semnelor abuzului și raportarea CAN, dintre cei 35 de respondenți siguri că pot recunoaște semnele abuzului, 18 (aproximativ 50%) declară că au fost situații în care au suspectat că un copil ar fi fost abuzat. Dintre aceștia 8 doar unul spune că nu a discutat mai departe suspiciunile, ceilalți 7 declară că au discutat suspiciunile lor fie cu directorul, ceilalți angajați, psihologul școlii, părinții copilului, spunând că raportarea cazurilor a fost făcută *conducerii școlii sau psihologului școlii*. Dintre cei 7 respondenți care spun că au suspectat abuzul și că sunt siguri că pot recunoaște semnele abuzului doar 3 declară că s-a făcut raportarea la Protecția Copilului de către direcțiune. Cates subliniază o situație ipotetică cum un profesor care suspectează abuzul poate raporta acest lucru directorului iar acesta din urmă nu trimite sesizarea mai departe (Cates 1995). Același autor subliniază că abuzul suspectat nu se raportează părinților, intervenind aici elemente ce țin de creșterea riscului pentru copil (PACER (1989), CYFD (1992), and WCI (1988), după Cates 1995). Cinsprezece dintre respondenții noștri menționează ca au discutat cu *părinții* despre suspiciunile lor legate de un posibil abuz iar 8 declară că *au raportat cazul familiei copilului sau părinților*. Acest lucru subliniază creșterea riscului pentru acei copii suspectați că ar fi abuzați în familie. Dintre cei 8 respondenți siguri că pot recunoaște abuzul și care au avut suspiciuni legate de un copil cum că ar fi abuzat, 4 declară că au fost situații în care au suspectat abuzul și au ales să nu îl raporteze. Menționăm aici faptul că în concepția majorității respondenților raportarea constă în sesizarea cazului direcțiunii școlii sau grădiniței. Motivele pentru neraportare în cazul a doi dintre acești profesioniști sunt: *siguranța proprie că poate face ceva să rezolve situația prin discuții cu părinții și copilul sau teama că asistenții sociali nu se implică* l-ar putea determina să nu raporteze cazul. Alți doi profesioniști nu oferă nici un răspuns. Din totalul respondenților, 28 declară că au fost situații în care au suspectat un abuz. Dintre aceștia doar 3 spun că raportarea lor a fost trimisă la serviciile specializate, fără să o trimită ei înșiși, ci bazându-se pe direcțiune pentru a trimite raportarea. Restul de 25 declară că au discutat suspiciunile cu colegii, părinții, directorul său psihologul școlii, mediatorul școlar și că au raportat cazurile tot acestor persoane. Un total de 8 profesioniști declară că au fost situații în care nu au raportat un caz suspectat motivele fiind diverse: *părinții sunt necooperanți, nu aveam cu cine discuta cazul, siguranță proprie, observarea unei îmbunătățiri în comportamentul copilului*. 3 respondenți care declară că au ales să nu raporteze unele cazuri, nu oferă răspuns legat de motivația raportării.

Desigur că raportarea abuzului poate fi înțeleasă diferit de către persoane diferite. Întrebarea deschisă a vizat în mod expres un răspuns liber însă se constată că majoritatea profesioniștilor înțeleg că procedura de raportare a abuzului implică discuția cu directorul și psihologul și raportarea cazurilor la aceștia. Se pune în lumina aici procesul supervizării și este benefic pentru binele copiilor că suspiciunile sunt discutate la nivel de instituție; rămâne însă sub semnul întrebării dacă acel caz este trimis spre serviciile specializate pentru o evaluare amănunțită a riscurilor, din moment ce pentru majoritatea respondenților raportarea se face la direcțiunea unității. Rămân alte semne de întrebare legate de acele cazuri care nu sunt raportate cu bună știință pentru că profesioniștii au o siguranță proprie legată de faptul că nu este oportună raportarea sau întrebări legate de acele cazuri de CAN care pot trece neobservate din cauza lipsei informației cu privire la posibili indicatori CAN, la unii dintre profesioniști.

Concluziile acestui prim studiu calitativ subliniază diversitatea răspunsurilor primite și faptul că mulți dintre indicatorii abuzului nu au fost regăsiți la mai mulți respondenți, susținând ideea potrivit căreia abuzul înseamnă lucruri diferite pentru oameni diferiți și că în interpretarea indicatorilor abuzului intervine experiența personală. În ceea ce privește abilitatea recunoașterii abuzului și a tipurilor de abuz se remarcă faptul că în cazul abuzului sexual au fost cele mai multe non răspunsuri și cei mai puțini indicatori recunoscuți de către profesioniști.

Faptul că există răspunsuri referitoare la motivele pentru neraportarea cazurilor suspectate subliniază riscul neaccesării serviciilor de protecție de către acei copii care pot fi abuzați sau neglijați dar trecuți cu vederea în prima etapă a evaluării riscului ce permite intrarea cazului în procesul de management de caz.

În al doilea studiu calitativ al lucrării sunt explorate cu ajutorul chestionarului, atitudinile legate de recunoașterea și raportarea copiilor abuzați și neglijați. Sunt analizate răspunsurile referitoare la următoarele variabile: accesul profesioniștilor la training pe tematica protecției copilului, cunoștințele profesioniștilor legate de indicatorii abuzului, siguranța profesioniștilor legată de recunoașterea semnelor abuzului și raportarea cazurilor de abuz.

Prin această analiză studiul contribuie la răspunsul întrebării de cercetare. Au răspuns solicitării de profesioniști care lucrează în trei spitale din Cluj-Napoca și Brașov și 30 de studenții la medicină care își desfășoară practica în spitalele din Cluj și care au contact cu pacienți copii. S-a urmărit o analiză comparatorie a răspunsurilor între grupul personalului calificat și studenți.

În ceea ce privește răspunsurile primite cu privire la indicatorii abuzului fizic, doar în cazuri izolate indicatorii enumerați sunt însoțiți de explicații de specialitate. Acest lucru confirmă în mare măsură lipsa trainingului în domeniul protecției copilului. O comparare a tabelului răspunsurilor obținute de la cele două grupuri de respondenți cu cel realizat în urma review-ului de studii (vezi Tabelul 1) indică faptul că personalul medical chestionat recunoaște mai degrabă semnele vizibile la un control medical ca fiind indicatori ai abuzului fizic, decât alte semne, care țin de comportament, sau care sunt semne fizice diferite de vânătăi, hematoame, echimoze, etc. Observația generală este aceea că predomină limbajul de specialitate medical și semnele ușor de observat într-un mediu medical, în detrimentul altor semne, care la rândul lor pot indica o situație de abuz fizic.

Răspunsurile personalului medical cu privire la abuzul sexual subliniază faptul că în cazul numirii acestor indicatori, în comparație cu indicatorii abuzului fizic, sunt mai mulți respondenți care nu reușesc să identifice nici un indicator al abuzului sexual. Mai mult, în cazul grupului personalului calificat, un procentaj ridicat se referă doar la semnele fizice lăsate de agresiunea sexuală, menționându-se de mai multe ori că “abuzul sexual este greu de confirmat în lipsa unui consult ginecologic”. Răspunsurile oferite de studenți subliniază lipsa informațiilor legate de indicatorii abuzului sexual și faptul că ei nu se concentrează pe confirmarea medicală a agresiunii sexuale, în răspunsurile lor predominând referirea la indicatorii comportamentali ai acestei forme de abuz.

În ceea ce privește cunoștințele despre indicatorii fizici și cei comportamentali ai abuzului emoțional și ai neglijării, 50 % dintre cei calificați au cunoștințe despre ambele tipuri de indicatori. La 43% dintre răspunsurile acestui grup se regăsesc cunoștințe despre doar un tip de indicatori, predominând cei comportamentali, restul nu răspund. Studenții fac referire la ambele tipuri de indicatori ai abuzului emoțional și ai neglijării în proporție de 53%, 33% se referă doar la un tip de indicator iar 13% nu oferă nici un răspuns.

Analiza realizată subliniază faptul că un nivel ridicat de siguranță în ceea ce privește recunoașterea cazurilor de CAN nu coincide cu un nivel ridicat de cunoștințe necesare pentru identificarea acestor cazuri în realitate. Personalul calificat, foarte rar declară că au fost cazuri în care au suspectat copii abuzați și neglijați și au ales să nu le raporteze, cu toate că, mai mult de jumătate din ei consideră ca a raporta înseamnă să raportezi cazurile în cadrul unității și nu la serviciile specializate. Un număr mare totuși demonstrează că au cunoștințe legate de procedura legală de raportare. Respondenții din grupul de personal calificat care au participat la acest studiu au dovedit per total că au cunoștințe vaste cu privire la posibilitățile indicatorii ai CAN. Diversitatea răspunsurilor

primite și faptul că mulți dintre indicatorii abuzului nu au fost regăsiți la mai mult de 2 sau 3 respondenți, susține ideea potrivit căreia abuzul înseamnă lucruri diferite pentru oameni diferiți și că în interpretarea indicatorilor abuzului intervine experiența personală și chiar profesională, dacă analizăm diferențele între cele două grupuri. Nu au fost diferențe foarte mari de răspunsuri în ceea ce privește calitatea informațiilor cu privire la semnele diferitelor categorii de CAN, cu toate că, în cazul abuzului sexual au fost cazuri în care nu s-a listat nici un indicator și multe cazuri în care s-a vorbit de unul sau maxim 2 indicatori, mizându-se pe faptul că un examen medical de specialitate este singurul care poate confirma acest tip de abuz.

Tablourile creionate în urma răspunsurilor primite sugerează că personalul medical pare mai pregătit să suspecteze cazuri de abuz sexual și fizic atunci când acestea le trec pragul unității medicale și că poate sunt mai puțin alerti la semnele comportamentale ale copiilor abuzați fizic și sexual. Tabloul semnelor abuzului emoțional și ai neglijării creionat de respondenți este unul foarte complex. Se remarcă faptul că tablourile de indicatori ale personalului calificat sunt mai bogate de cat cele creionate de studenți și acest lucru se atribuie probabil lipsei de experiență de muncă în cazul studenților. Studenții demonstrează ca sunt mai centrați pe indicatorii comportamentali ai diferitelor forme de abuz. Chiar dacă respondenții au reușit să creioneze împreună un tablou foarte vast al indicatorilor abuzului, compararea acestora cu indicatorii subliniați în literatura de specialitate denotă lipsa trainingului de specialitate în domeniu.

În Capitolul 5, ultimul capitol al lucrării, prezint succint concluziile cercetării, limitele demersului de cercetare și aduc câteva recomandări.

Concluziile finale la care am ajuns în urma testării ipotezelor și analizei calitative a răspunsurilor sunt următoarele:

1. Acei profesioniști care au un nivel general de cunoștințe referitoare la indicatorii abuzului și neglijării pot distinge mai multe categorii de indicatori pentru fiecare din formele abuzului.
2. Profesioniștii cu o experiență profesională de sub 5 ani au un nivel mai avansat de cunoștințe referitoare la abuzul fizic comparativ cu persoanele cu o experiență profesională de peste 5 ani.
3. Profesioniștii cu studii superioare au un nivel mai avansat de cunoștințe referitoare la abuzul sexual comparativ cu persoanele cu studii medii.
4. Profesioniștii care au participat la training-uri CAN au un nivel mai avansat de cunoștințe referitoare la indicatorii abuzului și neglijării.

5. Profesioniștii care sunt siguri că pot recunoaște semnele CAN au un nivel mai avansat de cunoștințe generale referitoare la CAN și specifice referitoare la abuzul sexual și emoțional comparativ cu persoanele care nu sunt sigure în această privință.
6. Profesioniștii care suspectează existența unor situații de CAN la locul de muncă au un nivel mai avansat de cunoștințe generale referitoare la CAN și specifice referitoare la abuzul fizic, sexual și neglijare comparativ cu persoanele care nu suspectează aceste situații.
7. Profesioniștii care declară că au proceduri clare de raportare a cazurilor suspectate de CAN la locul de muncă au un nivel mai avansat de cunoștințe referitoare la abuzul sexual comparativ cu persoanele care declară că nu există astfel de proceduri.
8. Deși nu există diferențe semnificative în ceea ce privește modul de abordare a cazurilor de CAN între personalul medical și cel angajat în învățământ și nu există diferențe semnificative în ceea ce privește modul de abordare a cazurilor de CAN între persoanele cu studii medii și persoanele cu studii superioare, diferențele sunt vizibile atunci când comparăm profesioniștii în funcție de experiența lor în muncă. Astfel, profesioniștii cu o experiență profesională de sub 5 ani suspectează existența unor situații de CAN la locul de muncă mult mai frecvent comparativ cu profesioniștii cu o experiență profesională de peste 5 ani și în medie mult mai mulți profesioniști cu o experiență profesională de peste 5 ani afirmă că au suspectat existența unor situații de CAN la locul de muncă comparativ cu persoanele cu o experiență profesională de sub 5 ani.
9. Diversitatea răspunsurilor primite și faptul că mulți dintre indicatorii abuzului nu au fost regăsiți la mai mulți respondenți, susține ideea potrivit căreia abuzul înseamnă lucruri diferite pentru oameni diferiți și că în interpretarea indicatorilor abuzului intervine experiența personală.
10. Cu toate că profesioniștii identifică situațiile în care își pun semne de întrebare referitoare la bunăstarea copiilor cu care lucrează, faptul că suspiciunile lor rămân discutate/raportate la nivel de unitate, pune în pericol accesul la o investigație specializată și implicit accesul la servicii.
11. Răspunsurile primite subliniază nevoia de training în domeniul recunoașterii și raportării cazurilor de CAN.
12. Faptul că există răspunsuri referitoare la motivele pentru neraportarea cazurilor

suspectate subliniază riscul neaccesării serviciilor de protecție de către acei copii care pot fi abuzați sau neglijați dar trecuți cu vederea în prima etapă a evaluării riscului ce permite intrarea cazului în procesul de management de caz.

13. Analiza răspunsurilor date de personalul medical subliniază faptul că un nivel ridicat de siguranță în ceea ce privește recunoașterea cazurilor de CAN nu coincide cu un nivel ridicat de cunoștințe necesare pentru identificarea acestor cazuri în realitate.

În ceea ce privește limitele acestei lucrări, cercetarea este umbrată de faptul că rezultatele se bazează pe răspunsurile unui număr mic profesioniști și de faptul că instrumentul folosit nu permite clarificarea unor răspunsuri sau explorarea anumitor teme de răspuns. Cu toate acestea chestionarul a permis aflarea câtorva răspunsuri legată de această temă și poate fi un punct de plecare înspre o cercetare exploratorie care să vizeze problematica luării unei decizii de a raporta sau nu o situație cu potențial de abuz.

Printre direcțiile de continuare a cercetărilor pe această temă menționez, în primul rând, efectuarea unor investigații mai amănunțite pe un lot mai extins, care să includă subiecți din cât mai multe localități, atât din mediul urban, cât și din rural și care să includă și alte profesii. De asemenea, ar fi interesant de analizat dacă nivelul cunoștințelor generale și specifice referitoare la CAN, precum și modul de abordare a cazurilor de CAN diferă semnificativ și în funcție de alte criterii, precum genul, vârsta sau propriile experiențe legate de abuz și neglijare în copilărie. Aprofundarea analizei calitative printr-un studiu care să urmărească analiza procesului de luare a deciziei de a raporta un caz de abuz suspectat, în rândul profesioniștilor din sistemul educațional și medical ar putea aduce completări valoroase acestei lucrări.

Printre recomandările bazate pe cercetare dar și pe literatura studiată se numără:

1. Pregătirea profesioniștilor obligați prin lege să raporteze cazurile de copii abuzați și neglijați în ceea ce privește indicatorii abuzului și neglijării.
2. Înființarea unor proceduri clare de raportare conforme cu legislația în vigoare, proceduri care să fie comune pentru toți profesioniștii care intră în contact cu copii.
3. Utilizarea un formular interdisciplinar de raportare a cazurilor de copii abuzați și neglijați, care să cuprindă lista indicatorilor abuzului și neglijării.
4. Clarificarea în legislație a consecințelor legate de neindeplinirea obligațiilor profesioniștilor de a raporta cazurile de CAN.

Valoarea cercetării este ancorată în faptul că în România nu există studii legate de această temă și de faptul că rezultatele ipotezelor propuse ating unele concluzii ale altor

studii de aceeași factură. Valoarea cercetării e determinată și de faptul că deschide numeroasele posibilități de continuare a studiilor pe tema protecției copiilor împotriva fenomenelor de abuz și neglijare prin raportarea cazurilor de CAN.

Bibliografie:²

1. Asociația Linia Verde pentru Protecția Copilului, Telefonul Copilului 0800.8.200.200., (2006). Raportul anual 2006. Disponibil la: <http://www.telefonulcopilului.ro>. Accesat în Octombrie 2012.
2. Autoritatea Națională pentru Protecția Drepturilor Copilului, (2007). *Raport de activitate pe anul 2007*. Disponibil la: http://www.copii.ro/Files/raport%20de%20activitate%20anpdc%202007_20091281115703.pdf. Accesat în August 2012.
3. Barker, J., (2005). *Child Protection Supervision Policy*. NSH, City and Hackney Teaching Primary Care Trust, Policy Ref. No QS003A.
4. Beck, K. A., Ogloff, J. R. P. and Corbishley, A. (1994). Knowledge, compliance, and attitudes of teachers toward mandatory child abuse reporting in British Columbia. *Canadian Journal of Education* 19(1): 15–29.
5. Bolton A. & Lennings C., (2010). Clinical opinions of structured risk assessments for forensic child protection: The development of a clinically relevant device. *Children and Youth Services Review CYSR-01328; No of Pages 11*.
6. Bond, P.G., and Webb. J.R., (2011). *Child Abuse, Neglect, and Maltreatment*. Encyclopedia of Victimology and Crime Prevention. 2010. SAGE Publications.
7. Bourdeaux, M.C., Lord, W.D., Jarvis, J.P., (2001). Behavioral Perspectives on Child Homicide : The Role of Access, Vulnerability, and Routine Activities Theory. *Trauma Violence Abuse* 2: 56
8. Brandon, M. (2009). Child fatality or serious injury through maltreatment: Making sense of outcomes. *Children and Youth Services Review* 31:1107–1112
9. Briggs, C. M., & Cutright, P. (1994). Structural and cultural determinants of child homicide: A crossnational analysis. *Violence and Victims*, 9, 3-16.
10. Briggs, F. & Hawkins, R. (1997) *Child protection: a guide for teachers and child care professionals*. St Leonards, NSW, Allen & Unwin.
11. Bronfenbrenner, U. (1979). *The Ecology of Human Development: Experiments by Nature and Design*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
12. Brookman, F. & Nolan, J., (2006). The Dark Figure of Infanticide in England and Wales: Complexities of Diagnosis. *Journal of Interpersonal Violence* 21: 869
13. Buckley, H., and McGarry, K., (2011). Child protection in primary schools: a contradiction in terms or a potential opportunity?. *Irish Educational Studies*, 30:

² Surse bibliografice folosite pentru întreaga teză

14. Byrne, D., (2001). *The Complexity Theory and The Social Sciences- An introduction*. Routledge, NY.
15. Case Management Society of America, (2010). *Standards of Practice in Case Management*. Disponibil la: <http://www.cmsa.org>. Accesat în Noiembrie 2012.
16. Cates, Dennis L., Markell, Marc A. and Bettenhausen, S., (1995). At Risk for Abuse: A Teacher's Guide for Recognizing and Reporting Child Neglect and Abuse. *Preventing School Failure: Alternative Education for Children and Youth*, 39: 2, pp.6 – 9
17. Chan, L.J., (2011). Evaluating the Risk of Child Abuse: The Child Abuse Risk Assessment Scale (CARAS). *Journal of Interpersonal Violence* XX(X) 1–23
18. Charbonneau, C., (1988). *Problématique et hypothèses d'une recherche, in Fondements et étapes de la recherche scientifique en psychologie*. Edited by Robert, M., Edisem, 3rd ed., pp- 59–77.
19. Chen, W., Glasser, S., Benbenishty, R., Davidson-Arad, B., Tzur, S., Lerner-Geva, L., (2010). The contribution of a hospital child protection team in determining suspected child abuse and neglect: Analysis of referrals of children aged 0–9. *Children and Youth Services Review*, Volume 32, Issue 12:1664-1669
20. Chon, D., (2010) "Child Abuse, Neglect, and Maltreatment: Statutory Responses." *Encyclopedia of Victimology and Crime Prevention*. SAGE Publications. 29 Mar. 2011.
21. Codul Penal al României republicat în Monitorul Oficial nr. 65 din 16 aprilie 1997
22. Cradock, G., 2004, Risk, Morality, and Child Protection: Risk Calculation as Guides to Practice, *Science Technology Human Values* 29: 314
23. Cramer, D., Howitt, D. (2010). *Introducere in SPSS pentru psihologie*. Versiunea 16 și versiunile anterioare, Polirom.
24. Crenshaw, W. B., Crenshaw, L. M. and Lichtenberg, J. W. (1995) 'When educators confront child abuse: An analysis of the decision to report'. *Child Abuse & Neglect* 19(9): 1095–1113.
25. Crenshaw, W. B., Crenshaw, L. M., & Lichtenberg, J. W. (1995). When educators confront child abuse: An analysis of the decision to report. *Child Abuse & Neglect*, 19(9), 1095–1113.
26. D'Cruz, H., (2004). The Social Construction of Child Maltreatment: The Role of Medical Practitioners. *Journal of Social Work* 4: 99.

27. Damashek, A., & Bonner, B.L. (2010) *Factors related to sibling removal after a child maltreatment fatality*. *Child Abuse & Neglect*. doi:10.1016/j.chiabu.2009.12.006
28. Darlington, Y., Healy, K., Feeney J. A., (2010). Approaches to assessment and intervention across four types of child and family welfare services. *Children and Youth Services Review* 32, pp.356–364.
29. DH, (2000). *Framework for the Assessment of Children in Need and their Families*.
30. Flaherty, E.G., Jones, R., Sege, R., and The Child Abuse Recognition Experience Study Research Group, (2004). Telling their stories: primary care practitioners' experience evaluating and reporting injuries caused by child abuse. *Child Abuse & Neglect*. Volume 28, Issue 9:939-945.
31. Flaherty, E.G., Sege, R., Price, L.L., Kaufer, C., Norton, D.P., O'Connor, K.G., (2006). Pediatrician Characteristics Associated With Child Abuse Identification and Reporting: Results From a National Survey of Pediatricians. *Child Maltreatment* 11: 361.
32. Fordham University (2006). *An International Perspective on the Mental Health Needs of Children and Adolescents in Care, Conference of the Graduate School of Social Service & The Children & Families Institute for Research*, September 2006
33. Foreman, T., Bernet, W. (2000). A Misunderstanding Regarding the Duty to Report Suspected Abuse. *Child Maltreatment* 5: 190.
34. Fundația Jakabffy Elemér, Asociația Media Index, 1999-2006. Recensământ 2002. Disponibil la: <http://recensamant.referinte.transindex.ro/?pg=3&id=819>. Accesat în Noiembrie 2011
35. Gartner, R. (1991). Family structure, welfare spending, and child homicide in developed democracies. *Journal of Marriage and Family*, 53, 231-240.
36. Giovannoni, J. (1989). Definitional issues in child maltreatment. In D. Cicchetti & V. Carlson (Ed.), *Child Maltreatment: Theory and research on the causes and consequences of child abuse and neglect* (pp. 3–37). New York 7 Cambridge University Press.
37. Goergen, M., Mallin, C., Mitleton-Kelly, E., Al-Hawamdeh, Hse-Yu, C. (2010). *Corporate Governance and Complex Theory*. MPG Groups Book, UK
38. Goldbeck L, Laib-Koehnemund A, Fegert J.M, (2007). A randomized controlled trial of consensus-based child abuse case management. *Child Abuse & Neglect* 31, 919–933.
39. Goldman, J.D.G.,(2010). Australian undergraduate primary school student-teachers'

- responses to child sexual abuse and its mandatory reporting. *Pastoral Care in Education*, 28:4, pp.283-294.
40. Gregg, G.S., (1968). Physician, Child-Abuse Reporting Laws, and Injured Child: Psychosocial Anatomy of Childhood Trauma. *Clinical Pediatrics* 7: 720
 41. Gunn, V.L., Hickson, G.B., Cooper, W.O., (2005). Factors Affecting Pediatricians' Reporting of Suspected Child Maltreatment. *Ambulatory Pediatrics*. Volume 5, Issue 2: pp.96-101.
 42. Hawtin, A., and Wyse, D., (1998). Child protection, The Teachers' Role. *Education* 3-13, Routledge, 26: 3, pp.15 -22.
 43. Hicks, R.A., Gaughan, D.C., (1995). Understanding fatal child abuse. *Child abuse and Neglect* 19(7) 855-863.
 44. Hinson, J. and Fossey, R. (2000) 'Child Abuse: What Teachers in the '90s Know, Think, and Do. *Journal of Education for Students Placed at Risk (JESPAR)*, 5: 3, pp. 251 – 266
 45. HM Government, (2010). Working Together to Safeguard Children - A guide to inter-agency working to safeguard and promote the welfare of children. Department for Children, Schools and Families. Disponibil la <http://www.education.gov.uk>. Accesat în Iulie 2011
 46. HM Government, (2006). *What to do if you're worried a child is being abused. Every Child Matters. Change for Children*. Disponibil la <https://www.gov.uk/government> Accesat în Iulie 2012
 47. HM Government, (2004). *Every Child Matters: Change for Children*
 48. House of Commons Health Committee, (2013). *The Victoria Climbié Inquiry Report, Sixth Report of Session 2002-2003*. Published on 25 June 2003 by Authority of the House of Commons, London: The Stationery Office Limited
 49. LCC, (2013). Lincolnshire Safeguarding Children Board Procedures Manual. Disponibil la: <http://lincolnshirechildcare.proceduresonline.com>. Accesat în Iulie 2011.
 50. Hunnicutt, G., and LaFree, G., (2008). Reassessing the Structural Covariates of Cross- National Infant Homicide Victimization, *Homicide Studies* 12: 46
 51. Ionescu, Ș., coordonator (2001). *Copilul Maltratat. Evaluaie, prevenire, intervenție*. București
 52. Istrati, C. M. (2009). Infant Mortality from Child Protection Perspective. *Copiii de azi sunt părinții de mâine*. 29-40

53. Jonson-Reid, M., Chance T., and Drake, B., (2007). Risk of Death Among Children Reported for Nonfatal Maltreatment, *Child Maltreatment*, 2007 12: 86
54. Kaiser, Kathleen and Berry, Susan(1988) 'Child Abuse: Definitions, Reporting, Stereotypes; A Survey of Butte County, California Residents', *Early Child Development and Care*, 31: 1, 59 — 74
55. Kaufman Kantor, G., Little, L., (2003). Defining the Boundaries of Child Neglect : When Does Domestic Violence Equate With Parental Failure to Protect? *Journal of Interpersonal Violence* 18: 338
56. Kempe, H.C., (1971). Paediatric Implications of the „Battered Baby Syndrome”. *Archives of Diseases in Childhood*, pp.46-28
57. Kenny, M. (2001). Child abuse reporting: Teachers’ perceived deterrents. *Child Abuse & Neglect* 25(1): 81–92
58. Klevens, J., Leeb, R.T., (2010). Child maltreatment fatalities in children under 5: Findings from the National Violence Death Reporting System, *Child Abuse & Neglect* 34, pp. 262–266
59. Lagerberg, D., (2001). A descriptive survey of Swedish child health nurses’ awareness of abuse and neglect. I. Characteristics of the nurses. *Child Abuse & Neglect*. Volume 25, Issue 12, December, 1583-1601
60. Lau, Keneth J., Krase, K, Morse, R. H, (2009), *Mandated Reporting of Child Abuse and Neglect, A Practical Guide for Social Workers*, Springer Publishing Company, LLC
61. Lazenbatt, A., (2010). Safeguarding children and public health: Midwives' responsibilities. *Perspectives in Public Health* 130: 118
62. Legea 272/2004 privind protecția și promovarea drepturilor copilului, Monitorul Oficial, Partea I nr. 557 din 23 iunie 2004
63. Legea nr. 257 din 26 septembrie 2013 pentru modificarea și completarea Legii nr. 272/2004 privind protecția și promovarea drepturilor copilului. Monitorul oficial nr. 607 din 30 septembrie 2013
64. Lentsch, K. A., & Johnson, C. F. (2000). Do physicians have adequate knowledge of child sexual abuse? The results of two surveys of practicing physicians, 1986 and 1996. *Child Maltreatment*, 5, 72-78.
65. Léveillé, S., Chamberland, C., (2010). Toward a general model for child welfare and protection services: A meta-evaluation of international experiences regarding the adoption of the Framework for the Assessment of Children in Need and Their

- Families (FACNF). *Children and Youth Services Review*. doi:10.1016/j.childyouth.2010.03.009
66. Levi, B.H., Brown, G., Erb, C., (2006). Reasonable suspicion: A pilot study of pediatric residents. *Child Abuse & Neglect*. Volume 30, Issue 4: 345-356.
 67. Levi, B.H., Crowell, K., (2011). Child Abuse Experts Disagree About the Threshold for Mandated Reporting. *Clinical Pediatrics* 50: 321.
 68. Lightfoot, E. B. & LaLiberte, T.L., (2006), Approaches to Child Protection Case Management for Cases Involving People with Disabilities, *Child Abuse & Neglect* 30, (2006) pp.381–391.
 69. Lincolnshire County Council (LCC). (2011). *Adult Social Care Supervision Policy*, disponibil la <http://www.lincolnshire.gov.uk/residents/adult-social-care/asc-manual/policies/supervision-policy/>. Accesat în Februarie 2012.
 70. Lincolnshire County Council, (2011). *Appraisal and Supervision Policy. Employment Manual*. Disponibil la: www.lincolnshire.gov.uk/jobs/manuals. Accesat în Februarie 2012
 71. Mathews, B. & Kenny, C.M., (2008), Mandatory Reporting Legislation in the United States, Canada, and Australia: A Cross-Jurisdictional, *Child Maltreatment*, 13:50- 63.
 72. Mayers, J.E.B., (2010). *The APSAC Handbook of Child Maltreatment*, J.D. Sage Publications, Inc.
 73. McIntyre, T. (1990). The teacher's role in cases of suspected child abuse. *Education and Urban Society*, 22, 300–306.
 74. Munro, Eileen (2005). *A systems approach to investigating child abuse deaths*. [online]. London: LSE Research Online. Available at: <http://eprints.lse.ac.uk/2666>. Accesat în Iunie 2011
 75. Negoită, M., (2010). A Model in the Desert: Modernization, Advanced Liberalism, and Child Protection Reform in Postcommunist Romania. *Politics Society* 2010 38: 95
 76. Noble, C., and Irwin, J., (2009), Social Work Supervision An Exploration of the Current Challenges în a Rapidly Changing Social, Economic and Political Environment. *Journal of Social Work*, 9: 345.
 77. NSH Swindon, (2010) *Child Protection Supervision Policy for Integrated Children Services*. Disponibil la: <http://www.swindonpct.nhs.uk/Library/Publications/>. Accesat în Martie 2011.

78. NSH, (2005). Child protection supervision policy. *City and Hackney Teaching Primary Care Trust*
79. NSPCC Inform, (2011). NSPCC Fact Sheet. An introduction to Child Protection legislation in UK. Disponibil la: <http://www.nspcc.org.uk/Inform/research>. Accesat în Ianuarie 2012.
80. Office for National Statistics, (2004). *Key Statistics for Urban Areas in England and Wales*. Disponibil la: <http://www.ons.gov.uk/ons/guide-method/census/census-2001/data-and-products/data-and-product-catalogue/reports/key-statistics-for-urban-areas-in-england-and-wales/index.html>. Accesat in Iunie 2011.
81. Ordinul nr. 288 din 06 Iulie 2006 pentru aprobarea Standardelor minime obligatorii privind managementul de caz în domeniul protecției drepturilor copilului. Disponibil la <http://sas.mmssf.ro/>. Accesat în Iulie 2012.
82. Ordonanța de Urgență nr. 26/1997 privind protecția copilului aflat în dificultate, republicată în Monitorul Oficial nr. 276/24 iulie 1998. Disponibil la <http://sas.mmssf.ro/>. Accesat în Iulie 2012.
83. O’Toole, R., Webster, S. W., O’Toole, A. W. and Lucal, B. (1999) ‘Teachers’ recognition and reporting of child abuse: A factorial survey’. *Child Abuse & Neglect* 23(11):1083–101.
84. Paavilainen, E., Merikanto, J., Åstedt-Kurki, P., Laippala, P., Tammentie, T., Paunonen-Ilmonen, M., (2002). Identification of child maltreatment while caring for them in a university hospital. *International Journal of Nursing Studies*. Volume 39, Issue 3:287-294.
85. Parton, N., (2006). Every Child Matters: The shift to prevention whilst strengthening protection in children’s services in England. *Children and Youth Services Review* 28: 976–992.
86. Payne, M. (1996). *What is Professional Social Work?*. Birmingham: Venture.
87. Phare Ro. (2002) “Copiii mai întâi” Drepturile Omului în Protecția Copilului. Ghid de Bună Practică.
88. Pierce, M.B., (2011). *Safety Planning for Abused Children*. Encyclopedia of Victimology and Crime Prevention. 2010. SAGE Publications. 29 Mar. 2011
89. Pollack, D., (2009). Child Fatality Review Teams and The role of Social Workers, *International Social Work* 52; 247, Sage Publications.
90. Reynaert, D., Bouverne-de-Bie, M., and Vandeveld, S., (2009). A Review of Children's Rights Literature Since the Adoption of the United Nations Convention

- on the Rights of the Child. *Childhood* 2009 16: 518 .
91. Rodriguez, C.M, (2002). Professionals' Attitudes and Accuracy on Child Abuse Reporting Decisions in New Zealand. *Journal of Interpersonal Violence*, March 2002; vol. 17, 3: pp. 320-342.
 92. Rodriguez, S.F., Smithey, M., (1999). Infant and Adult Homicide : Incompatibility of Predictive Models, *Homicide Studies*, Sage Publications, 1999 3: 170.
 93. Roth, M., (2005). *Copii și femei victime ale violenței*. Presa Universitară Clujeană, Cluj- Napoca.
 94. Rubington, E., Weinberg, M.S. (2003) “The Study of Social Problems: seven perspectives”, Oxford University Press.
 95. Rudan, I., Chan, K.Y., Zhang, J.S.F., Theodoratou, E., Feng, X.L., Salomon, J.A., Lawn, J.E Cousens, S, Black, R.E., Guo Y., , Campbell, H., on behalf of WHO/UNICEF’s Child Health Epidemiology Reference Group (CHERG), (2010) Causes of deaths in children younger than 5 years in China in 2008. *The Lancet* - Vol. 375, Issue 9720, pp.1083-1089.
 96. Ryan, S., Wiles, D., Cash, S., Siebert, C., (2005), Risk assessments: Empirically supported or values driven? *Children and Youth Services Review* 27, 213– 225.
 97. Saulsbury, F. T., & Hayden, G. F. (1986). Child abuse reporting by physicians. *Southern Medical Journal*, 79, 585-587.
 98. Seham A. Gad El-Hak MD, Mahmoud A.M. Ali, Hend M.H. Abo El-Atta, (2009). Child deaths from family violence in Dakahlia and Damiatta Governorates, Egypt. *Journal of Forensic and Legal Medicine* 16 :388–391
 99. Socolar. R. R.S And Reives, P. (2002). Factors That Facilitate or Impede Physicians who Perform Evaluations for Child Maltreatment. *Child Maltreatment* 7:377
 100. Stadler, H.A (1998). Balancing Ethical Responsibilities: Reporting Child Abuse and Neglect. *The Counseling Psychologist* 17: 102
 101. Steven, I. & Cox, P., (2010) Complexity Theory: Developing New Understandings of Child Protection in Field Settings and in Residential Child Care, *British Journal of Social Work*, 38/7: 320-1336
 102. Stevens, I. and Hassett, P., (2005) Applying Complexity Theory to Risk in Child Protection. *Childhood* 14:128
 103. Stowman, S.A., Donohue, B., (2005). Assessing child neglect: A review of standardized measures. *Aggression and Violent Behavior* 10: 491–512
 104. Suet Lin Hung, Shui Lai Ng and Kwok Kin Fung, (2010), Functions of social

- work supervision în Shenzhen: Insights from the cross-border supervision model. *International Social Work*, 53: 366
105. Sundell K., Vinnerljung, B., Löfholm C.A., Humlesjo E., (2007). Child protection in Stockholm: A local cohort study on childhood prevalence of investigations and service delivery. *Children and Youth Services Review* 29:180–192
106. Sunderland, R., (2002). Child Abuse: recognizing the injuries. *Trauma* 4:11
107. Terao, S.Y, Borrego J.Jr, Urquiza, A.J (2001). A Reporting and Response Model for Culture and Child Maltreatment. *Child Maltreatment* 6:158
108. The Children Act (1999). disponibil la <http://www.legislation.gov.uk/>. Accesat în Septembrie 2011.
109. The Lord Laming, (2009). *The Protection of Children in England - a Progress Report*. House of Commons, The Stationary Office, London
110. The Scottish Government, (2008). *Positive Behaviour in the Early Years: Perceptions of Staff, Service Providers and Parents in Managing and Promoting Positive Behaviour in Early Years and Early Primary Settings, Part 4*. Disponibil la <http://www.scotland.gov.uk/Publications/2008/09/12112952/4>. Accesat în Martie 2013.
111. Theodore, A. D., Runyan, D.K. (2006). A survey of pediatricians' attitudes and experiences with court in cases of child maltreatment. *Child Abuse & Neglect* 30 1353–1363
112. Truman, T. L., Truman, Ayoub, C.C., (2002). Considering Suffocatory Abuse and Munchausen by Proxy in the Evaluation of Children Experiencing Apparent Life-Threatening Events and Sudden Infant Death Syndrome. *Child Maltreatment* 7: 138
113. Tsui, M. (2005) *Social Work Supervision: Contexts and Concepts*. Thousand Oaks, CA: SAGE.
114. Tsui, M.S., (2005). Functions of social work supervision in Hong Kong *International Social Work* 2005 48: 485 Tsui, M.S., (2008), Adventures in Researching the Features of Social Work Supervision în Hong Kong. *Qualitative Social Work* 7: 349.
115. UNICEF, (2004). *Protecția copilului – manualul pentru parlamentari nr 7, 2004*. Uniunea Interparlamentară
116. United States Department of Health Human Services (USDHHS), Administration on children, youth, and families (2009). *Child Maltreatment 2007*. US Government Printing Office: Washington, DC.

117. United States Government Accountability Office, (2011). CHILD MALTREATMENT. Strengthening National Data on Child Fatalities Could Aid in Prevention. Disponibil la <http://www.childdeathreview.org/Reports/>. Accesat în Iunie 2012
118. Vallance, D. (2011). *Child Abuse*. Encyclopedia of Motherhood. 2010. SAGE Publications.
119. Van Haeringen, A.R., Dadds, M., Armstrong, K.L, (1998). The child abuse lottery —Will the doctor suspect and report? Physician attitudes towards and reporting of suspected child abuse and neglect. *Child Abuse & Neglect*. Volume 22, Issue 3:159-169.
120. Vulliamy, A.P., Sullivan, R.,(2000). Reporting child abuse: pediatricians' experiences with the child protection system. *Child Abuse & Neglect*, Volume 24, Issue 11: 1461-1470.
121. Walsh, K, Bridgstock, R. Farrell, A. Rassafiani, M. Schweitzer R., (2008). Case, teacher and school characteristics influencing teachers' detection and reporting of child physical abuse and neglect: Results from an Australian survey. *Child Abuse & Neglect* 32 (2008) pp. 983–993
122. Ward, M.G.K., Bennett, S., Plint, A.C., King, W.J., Jabbour, M., Gaboury, I., (2004). Child protection: a neglected area of pediatric residency training. *Child Abuse & Neglect*. Volume 28, Issue 10:1113-1122
123. Weil, M. Karls, M.G. and associates, (1985). *Case management in human service practice*. Jossey-Bass Publishers, San Francisco
124. Wilczynski, A. (1994). The incidence of child homicide: How accurate are the official statistics?. *Journal of Clinical Forensic Medicine*, 1, 61-66.
125. Wilczynski, A. (1997). *Child homicide*. London: Greenwich Medical Media
126. WHO & ISPCAN, (2006). Preventing Child Maltreatment. A guide to taking action and generating evidence. Disponibil la: <http://whqlibdoc.who.int/publications/> Accesat Decembrie, 2012.
127. Zeira, A., Canali, C., Vecchiato, T., Jergeby, U., Thoburn, T., & Neve, E. (2007). Evidence based social work practice with children and families: A cross national perspective. *European Journal of Social Work*, 11(1), 57–72.
128. Zellman, G. L. (1990). Child abuse reporting and failure to report among mandated reporters. *Journal of Interpersonal Violence*, 5, 3-22
129. Zellman, G.L., and R.M. Bell. 1990. *The role of professional background, case*

characteristics, and protective agency response in mandated child abuse reporting.

Santa Monica, CA: Rand