

Wybrane problemy zdrowotne w populacji wieku rozwojowego. Część I. Znaczenie interdyscyplinarnych działań medycznych oraz paramedycznych wobec problemu krzywdzenia dzieci młodzieży

Some health problems in children and adolescents. Part I. The importance of medical and multidisciplinary activities of paramedical against abuse problem children and adolescents

Anna Bednarek

Katedra i Zakład Pielęgniarstwa
Pediatrycznego Uniwersytetu Medycznego w Lublinie

AUTOR DO KORESPONDENCJI:

Anna Bednarek
Katedra i Zakład Pielęgniarstwa Pediatrycznego
Wydziału Pielęgniarstwa i Nauk o Zdrowiu
UM w Lublinie
Dziecięcy Szpital Kliniczny im. prof. A. Gębali w Lublinie
ul. Chodźki 2
20-093 Lublin
tel. 718-53-75
e-mail: bednarekanna@o2.pl

STRESZCZENIE

WYBRANE PROBLEMY ZDROWOTNE W POPULACJI WIEKU ROZWOJOWEGO . CZĘŚĆ I. ZNACZENIE INTERDYSCYPLINARNYCH DZIAŁAŃ MEDYCZNYCH ORAZ PARAMEDYCZNYCH WOBEC PROBLEMU KRZYWDZENIA DZIECI MŁODZIEŻY

Wstęp. Krzywdzenie dzieci jest złożonym i szczególnie drastycznym problemem społecznym współczesnej cywilizacji. Manifestuje się różnymi formami przemocy, które zawsze stwarzają warunki istotnego ryzyka dla zdrowia, rozwoju i bezpieczeństwa dzieci.

Cel pracy. Przybliżenie niektórych aspektów zjawiska krzywdzenia w populacji wieku rozwojowego oraz znaczenia interdyscyplinarnych działań różnych specjalistów w rozwiązywaniu złożonych problemów zdrowotnych i społecznych dzieci doświadczających przemocy na podstawie literatury źródłowej i spostrzeżeń badań własnych w tym zakresie.

Materiał i metodyka. Systematyczny przegląd piśmiennictwa medycznego w aspekcie specyficznych problemów dzieci krzywdzonych.

Wyniki. Uznanie zjawiska krzywdzenia za zespół chorobowy obciąża pracowników służby zdrowia, a także innych specjalistów, w tym przede wszystkim pracowników socjalnych, którzy w swojej pracy mają do czynienia ze środowiskiem rodzinnym, do szczegółowego śledzenia faktów i obserwacji dzieci w kierunku diagnozy zjawiska krzywdzenia, w sytuacji podejrzenia urazu niewypadkowego lub różnych dolegliwości psychosomatycznych.

Wnioski. Zauważanie i właściwe reagowanie na różne formy krzywdzenia dzieci może niewątpliwie ograniczyć negatywne dla ich zdrowia oraz rozwoju skutki przemocy. Niezwykle ważne jest także tworzenie zespołów interdyscyplinarnych, specjalnie przygotowanych do szybkiej diagnozy zjawiska krzywdzenia, jak również skutecznej interwencji osobom poszkodowanym.

Słowa kluczowe: krzywdzenie dzieci i młodzieży, interdyscyplinarne działania

ABSTRACT

SOME HEALTH PROBLEMS IN CHILDREN AND ADOLESCENTS. PART I. THE IMPORTANCE OF MEDICAL AND MULTIDISCIPLINARY ACTIVITIES OF PARAMEDICAL AGAINST ABUSE PROBLEM CHILDREN AND ADOLESCENTS

Introduction. Child abuse is a complex and extremely drastic social problem of modern civilization. This problem is manifested by various forms of violence, which always pose a significant risk to health condition, proper development and safety of children.

Aim. Presentation of certain aspects of child abuse and importance of interdisciplinary activities of various professionals in solving complex health and social problems of abused children on the basis of medical literature and own research results in this field.

Materials and methods. A systematic review of medical literature in the context of the specific problems of abused children

Results. Acknowledging maltreatment as a disease obliges health professionals and other professionals, including mainly social workers who deal in their work with family environment, to monitor in detail the facts and to watch children's behavior in order to diagnose the problem of child abuse, in case of suspected trauma unrelated to accident or psychosomatic ailments.

Conclusion. Spotting and appropriately responding to various forms of child abuse can certainly reduce negative effects of violence on child's health and proper development. It is also very important to create multidisciplinary teams that are specially prepared for making a quick diagnosis of abuse problem, as well as for effective interventions offered to the victims.

Key words: child abuse, interdisciplinary activities

WSTĘP

Przemoc wobec dzieci i młodzieży stanowi istotny problem społeczny w populacji wieku rozwojowego. Zjawisko to dotyczy dzieci na całym świecie i występuje niezależnie od społeczno-ekonomicznych standardów rozwoju oraz dobrobytu poszczególnych rodzin i społeczeństw [1].

Krzywdzenie dzieci było znane we wszystkich epokach historycznych, natomiast jego przejawy oraz społeczna aprobatą tego problemu wykazywały znaczne różnicowanie na przestrzeni wieków [2]. Do XVIII wieku nie rozumiano odrębności i specyfiki dzieciństwa oraz uważano, że dziecko jest bezwzględna własnością rodziców, co w zasadniczy sposób determinowało kwestie jego wychowania i opieki [3].

Ważny przełom w poglądach i świadomości społeczeństw europejskich odnośnie problemu krzywdzenia nastąpił po I wojnie światowej z chwilą ogłoszenia w Deklaracji Genewskiej pierwszego Kodeksu Praw Dziecka, na mocy którego zyskały one nowego sprzymierzeńca i obrońcę w prawie międzynarodowym [4, 5].

Powolne przemiany w sposobie myślenia wywarły znaczący wpływ na poglądy dotyczące przemocy wobec dzieci. W 1961 roku C. H. Kempe, przewodniczący Amerykańskiej Akademii Pediatrii po raz pierwszy podał definicję „zespołu dziecka bitego”, w której zwrócił uwagę na medyczne i społeczne skutki przemocy fizycznej wobec najmłodszych dzieci [6]. W latach 70-tych XX wieku określenie „syndrom bitego dziecka” zaczęto zastępować pojęciem dziecko maltretowane (ang. child abuse). W języku polskim używa się następującej terminologii na zobrazowanie tego zespołu: krzywdzenie, maltretowanie, znęcanie się nad dzieckiem, przemoc wobec dziecka. W tym okresie krzywdzenie dzieci zaczęło być postrzegane jako problem nie tylko zdrowotny, ale również pedagogiczno-psychologiczny [7].

Prewencja przemocy wśród dzieci i młodzieży oraz jej wykrywanie, staje się ważnym, nowym wyzwaniem dla służby zdrowia oraz współpracującej z nią licznej profesji pracowników paramedycznych, a w szczególności pracowników socjalnych znajdujących środowisko egzystencji dziecka i jego rodziców.

CEL PRACY

Przybliżenie niektórych aspektów zjawiska krzywdzenia w populacji wieku rozwojowego oraz znaczenia interdyscyplinarnych działań różnych profesjonalistów, w tym pielęgniarek i pracowników socjalnych, w rozwiązywaniu złożonych problemów zdrowotnych, a także społecznych występujących u dzieci doświadczających przemocy, na podstawie literatury źródłowej i spostrzeżeń badań własnych.

MATERIAŁ I METODYKA

Systematyczny przegląd piśmiennictwa medycznego w aspekcie specyficznych problemów dzieci krzywdzonych stanowił podstawowe źródło do rozważań w niniejszej pracy.

WYNIKI

Z zaproponowanej i ogólnie przyjętej przez D. G. Gilla definicji wynika, że „krzywdzenie dzieci to każda działalność lub bezczynność jednostki, instytucji lub społeczeństwa jako całości i każdy rezultat takiego działania lub bezczynności, który deprywuje różne prawa i swobody dzieci i/lub zakłóca ich optymalny rozwój” [4]. Jednocześnie autor zwraca uwagę, że na istotę krzywdzenia dzieci składają się następujące kategorie maltretowania, tj. przemoc fizyczna i emocjonalna, nadużycie seksualne oraz zaniechanie obowiązku dbania o dziecko. Te różnicowane formy krzywdzenia mogą występować łącznie. W zdecydowanej większości sprawcami przemocy są przede wszystkim, sprawni psychicznie oraz biologicznie, rodzice dziecka. Często problem ten ma miejsce w rodzinach zrekonstruowanych, tj. w takich, w których występuje ojczym lub macocha [8].

Ocena danych statystycznych zjawiska przemocy wśród dzieci i młodzieży w Polsce prowadzona jest od niedawna i dotyczy wyłącznie przypadków zgłaszanych w placówkach medycznych, wychowawczych oraz organom porządku publicznego, dlatego trudno jest dokładnie określić rzeczywiste rozmiary tego problemu. Najczęściej przyjmuje się, że około 1-3% populacji w wieku rozwojowym doświadcza różnych form krzywdzenia [9].

Według danych szacunkowych badaczy tego zagadnienia zjawisko to nasila się z roku na rok. Potwierdziły to również wyniki opracowań własnych. Wiarygodne źródło monitorowania tego problemu w Polsce stanowią także informacje zarejestrowane w procedurze interwencyjnej „Niebieskiej Karty”. Została ona zaprojektowana wspólnie przez Komendę Główną Policji oraz Państwową Agencję Rozwiązywania Problemów Alkoholowych. Od 2004 roku na podstawie Ustawy o Pomocy Społecznej procedura ta jest obowiązkowa również dla pracowników socjalnych. Pozwala ona systematycznie kontrolować rozmiar krzywdzenia oraz zachowanie sprawców przemocy. Według danych z tych kart w 2005 roku w Polsce zarejestrowano 37 tys. incydentów przemocy wobec dzieci do 13. roku życia i 17,8 tys. u dzieci powyżej 13. roku życia. Przy czym najwięcej hospitalizowanych z powodu krzywdzenia stanowią dzieci poniżej 3. roku życia [10].

Przemoc fizyczna wobec dzieci może być jednorazowym aktem, ale najczęściej powtarza się wielokrotnie, poprzez różnego rodzaju działania, których skutkiem jest

uszkodzenie ciała lub ryzyko takiego uszkodzenia [11]. Przejawem takiej formy przemocy wobec dziecka jest również jego potrząsanie (tzw. „zespół dziecka potrząsanego”, z ang. shaken baby syndrom) najczęściej prowadzące do śmiertelnych wylewów krwi do centralnego układu nerwowego oraz siatkówki oka, a także jego bicie, duszenie i parzenie [12]. Na ciele dziecka doświadczającego przemocy widoczne są siniaki, złamania, ślady uderzeń i charakterystyczne znamiona oparzeń, tzw. oparzenia „skarpetkowe” lub „rękawiczkowe” (symetryczne oparzenia stóp i rączek dziecka).

Starsze dzieci swoim zachowaniem zdradzają symptomy stosowanej wobec nich przemocy fizycznej dorosłych [13]. Przede wszystkim nie udzielają wiarygodnych informacji na pytania dotyczące okoliczności powstania urazu, przejawiają niechęć do udziału w lekcjach wychowania fizycznego, ich zachowanie cechuje nadmierna impulsywność wręcz agresja lub odwrotnie - apatia. Często dzieci te obawiają się powrotów do domu ze szkoły. Pozytywne mierniki antropometryczne dotyczące masy ciała i wzrostu wykazują znaczne odchylenia od normy [14].

Ze zjawiskiem przemocy fizycznej najczęściej powiązane jest wykorzystanie seksualne dzieci przez dorosłych rozumiane jako czyn lubieżny wobec dziecka, który może przyjmować formę seksualnego kontaktu fizycznego lub wyrażać się różnymi dewiacyjnymi aktami przemocy werbalnej i pozawerbalnej, np. ekspozycjami anatomii narządów płciowych oraz czynności seksualnych [15].

Specyficzną formę krzywdzenia dzieci (fizycznego i psychicznego) stanowi tzw. Zespół Münchausena per procura, który polega na poddawaniu dziecka różnym badaniom lekarskim i zabiegom medycznym, trwającym niejednokrotnie latami, z powodu wymyślanych lub prowokowanych przez rodziców symptomów choroby u dziecka. W 85% przypadków sprawcą takich wymaganych problemów zdrowotnych u własnego dziecka, prowadzących do jego destrukcji fizycznej i psychicznej jest matka związana z zawodem medycznym [16]. Również przypadki nagłego zgonu niemowlęcia zarejestrowane jako niewyjaśnione, najczęściej mają związek z pozostawieniem dziecka bez opieki w nocy lub z jego potrząśnięciem, albo innymi przejawami maltretowania fizycznego [17].

Formą przemocy wobec dziecka jest także jego zaniedbywanie lub porzucenie, które wyraża się niedostateczną opieką lub jej brakiem w zakresie realizacji potrzeb biologicznych i psychicznych (odżywiania, ubrania, zapewnienia warunków do snu, wypoczynku, zabawy i nauki, opieki zdrowotnej, zaspokojenia potrzeb uczuciowych, ochrony przed zagrożeniami zdrowotnymi) [18].

Wszystkim wymienionym w literaturze przedmiotu zjawiskom krzywdzenia dzieci zawsze towarzyszy przymoc emocjonalna określana również psychiczną. Ujawnia się ona w takich zachowaniach ze strony rodziców lub opiekunów jak poniżanie, ublizanie i wyzywanie dziecka w każdej sytuacji, braku pochwał oraz izolowaniu go od rówieśników [19]. U dzieci dotkniętych problemem krzywdzenia emocjonalnego najczęściej dochodzi do ujawniania się różnych dolegliwości psychosomatycznych, tj. czynnościowych bólów brzucha, głowy, napadów dusz-

ności, kołatania serca, alergicznopodobnych zmian na skórze. Dzieci te osiągają gorsze wyniki w nauce, są mało twórcze i niedostosowane społecznie. Sięgają po środki psychoaktywne, przejawiają stany depresyjne oraz myśli i zachowania samobójcze, często wchodzą w konflikt z prawem [16, 19].

W literaturze przedmiotu wymienia się zarówno czynniki ryzyka, jak i chroniące dzieci przed przemocą i zaniebdaniem. Do czynników ryzyka pochodzących od dziecka zalicza się jego niepełnosprawność oraz trudny charakter i zachowanie. Ze strony rodziców kryteria ryzyka stanowią przede wszystkim ich braki osobowościowe i intelektualne oraz nadużywanie środków psychoaktywnych i alkoholu. Natomiast ze strony rodziny i otoczenia istotnymi czynnikami ryzyka krzywdzenia są ubóstwo, wielodzietność, samotne rodzicielstwo, bycie ofiarą przemocy w dzieciństwie i obecnie, przewlekły stres, niewłaściwe odżywianie, brak wsparcia oraz izolacja społeczna [3, 20].

Wśród czynników chroniących przed przemocą wymienia się ze strony dziecka głównie jego zdrowie somatyczne i psychiczne, a ze strony rodziców inteligencję, brak deficytów emocjonalnych, sprawność działania, wiarę w Boga, zaangażowanie obojga rodziców w opiekę i wychowanie dziecka oraz odpowiednie zasoby finansowe rodziców. Ze strony rodziny i otoczenia takie kryteria stanowią wsparcie rodzinne i sąsiedzkie, dostęp do opieki zdrowotnej oraz bezpieczne otoczenie w środowisku zamieszkania [21].

W obliczu stale narastającej liczby maltretowanych dzieci niezbędna jest szczególna czujność tych wszystkich profesjonalistów, którzy jako pierwsi mogą mieć kontakt z dzieckiem krzywdzonym. Wśród nich szczególna rola przypada pielęgniarkom pediatrycznym, które ze względu na charakter wykonywanych zadań zawodowych mają bezpośredni i stały kontakt z dzieckiem. Współpraca z rodzicami, szczególnie podczas hospitalizacji dziecka, powinna być zawsze okazją do zwrócenia uwagi na ich postawy rodzicielskie w kontekście ewentualnego zagrożenia przemocą. Pielęgniarki nawiązują kontakt z rodzicami już w momencie przyjmowania dziecka do szpitala, zbierają istotne informacje od rodziców o zwyczajach dziecka, o jego sposobach sygnalizowania potrzeb i wymagań. Szczególnie trudna dla pielęgniarki jest współpraca z rodzicami, o których wiadomo, że to oni doprowadzili do zaniebdania lub jawnego krzywdzenia dziecka. Trudno nieraz ukryć personelowi niechęć, czy negatywny stosunek do takich rodziców.

W grupie profesjonalistów są także pracownicy socjalni mający z racji swojego zawodu często bezpośredni kontakt z dysfunkcyjnym środowiskiem rodzinnym krzywdzonego dziecka. Ważne jest, aby potrafili oni rozpoznać symptomy przemocy i podjąć odpowiednie działania interwencyjne zapewniające bezpieczeństwo, szczególnie najmłodszym dzieciom, które nie potrafią samodzielnie obronić się przed krzywdzeniem ze strony dorosłych [20].

Zainteresowanie zjawiskiem krzywdzenia wielu instytucji i wybranych środowisk spowodowało m. in. wdrażanie różnych programów oraz zróżnicowanych form pomocy dla osób krzywdzonych i członków ich rodzin. Podstawowym celem takich programów jest przede wszystkim

zmniejszenie rozmiarów zjawiska przemocy w rodzinie, zwiększenie dostępności pomocy dla ofiar maltretowania oraz zmiana postaw społecznych wobec zjawiska krzywdzenia w rodzinie [22].

W systemie pomocy dziecku krzywdzonemu i jego rodzinie istotne znaczenie mają wyodrębnione w placówkach medycznych jednostki takiej interwencji powołane do rozwiązywania kompleksowych problemów zdrowotnych i socjalnych osób krzywdzonych [23].

W Dziecięcym Szpitalu Klinicznym w Lublinie, placówce leczniczo-opiekuńczej świadczącej usługi medyczne o najwyższym, III stopniu referencyjności, jako pierwszy i zarazem jedyny w polskich szpitalach pediatrycznych funkcjonuje Ośrodek Pomocy Rodzinie (OPR) z samodzielnym pracownikiem socjalnym. Jego zadaniem jest przede wszystkim diagnoza złożonych problemów socjalno-prawnych dzieci krzywdzonych i ich rodzin oraz wdrażanie skutecznych procedur interwencyjnych.

Od 2006 roku prowadzony jest ścisły rejestr wszystkich przypadków krzywdzenia wśród tych dzieci, które są hospitalizowane, często tylko z powodu skutków przemocy. W roku 2006 takich przypadków zarejestrowano 29, natomiast w 2007 już 44, a w latach 2008 i 2009 po 52. Najczęstszą formę krzywdzenia stanowiło zaniedbanie opiekuńcze (56,2%) i porzucenie dziecka (23,3%) [24].

Każdy przypadek maltretowania zanotowany przez pracownika medycznego w DSK w Lublinie podlega szczegółowej procedurze diagnostycznej zgodnie z opracowaną przez pracownika socjalnego – asystenta OPR własną procedurą interwencyjną, której celem jest zastosowanie określonego postępowania w różnych przypadkach krzywdzenia dziecka lub jego rodziny.

Postępowanie pracownika socjalnego OPR zgodnie z procedurą własną oznacza przede wszystkim uporządkowanie informacji na temat formy krzywdzenia dziecka, zebranie niezbędnych danych dotyczących sytuacji demograficznej i bytowej dziecka oraz jego rodziny, następnie opracowanie diagnozy zaistniałej sytuacji, oraz przygotowanie planu interwencji z uwzględnieniem potrzeb wszystkich członków rodziny w oparciu o kompetencje w tym zakresie różnych instytucji.

W wyniku rozpoznania przez pracownika medycznego sytuacji krzywdzenia dziecka podczas jego przyjęcia do szpitala lub w trakcie hospitalizacji, pilnie zawiadamiany jest pracownik socjalny OPR w DSK w Lublinie, a w przypadku stwierdzenia bezpośredniego zagrożenia życia i zdrowia dziecka również natychmiast wzywana jest policja (zawsze w razie stwierdzenia nadużycia seksualnego lub przemocy fizycznej). W sytuacji, kiedy interwencja nie musi być natychmiastowa pracownik socjalny OPR zawiadamia pisemnie organ właściwy do rozpoznania sytuacji osoby nieletniej, tj. Wydział Rodzinny i Nieletnich Sądu Rejonowego w miejscu zamieszkania dziecka, którego postępowanie ma dotyczyć.

Powiadomienie Sądu przez pracownika socjalnego nie wymaga żadnej szczególnej formy pisma procesowego, powołania świadków zdarzenia, czy gromadzenia dowodów ujawniających krzywdzenie dziecka. W piśmie asystent Ośrodka zwraca się do Sądu Rodzinnego o wgląd w sytuację rodzinną dziecka, podając dane personalne

jego rodziców oraz fakty, które są niepokojące i wskazują na krzywdzenie. Jednocześnie występuje do pracownika socjalnego w miejscu zamieszkania dziecka hospitalizowanego z prośbą o przeprowadzenie wywiadu środowiskowego.

Sąd Rodzinny w odpowiedzi na pismo pracownika socjalnego OPR przeprowadza osobisty wywiad w miejscu zamieszkania dziecka, a następnie wydaje zarządzenie tymczasowo rozstrzygające sytuację rodzinno-prawną krzywdzonego dziecka. Następnie Sąd Rodzinny prowadzi dalsze postępowanie wyjaśniające, które ostatecznie rozstrzyga prawne i rodzinne aspekty dziecka poszkodowanego. Asystent OPR otrzymuje od Sądu Rodzinnego powyższą decyzję na piśmie i podejmuje działania zmierzające do jej wykonania. Pracownikowi socjalnemu przypada ważny udział w rozwiązywaniu złożonych problemów często zawiłej sytuacji rodzinnej i prawnej pokrzywdzonego dziecka.

Kompetencje pracowników socjalnych w większości szpitali pediatrycznych w Wielkiej Brytanii, Niemczech czy Francji są znacznie szersze niż w Polsce [25]. Większość tamtejszych szpitali zatrudnia pracownika socjalnego jako integralnego członka zespołu oddziału, którego obowiązki i uprawnienia obejmują m. in.

- zapewnienie bezpośredniej pomocy socjalnej chorym dzieciom i ich rodzinom,
- uczestniczenie w lekarskich i pielęgnacyjnych programach szkolenia,
- informowanie zespołu terapeutyczno-opiekuńczego oddziału o implikacji problemów społecznych oraz emocjonalnych dzieci i ich rodziców,
- ułatwianie odwiedzin dzieci przez ich rodziców w szpitalu i zdobywanie funduszy na pokrycie kosztów podróży do szpitala,
- koordynowanie opieki poszpitalnej dla dzieci, które wymagają różnych form pomocy,
- identyfikowanie gotowości rodziców do walki z trudnościami rodzącymi się w przypadku długotrwałej choroby lub niepełnosprawności ich dziecka,
- informowanie rodziców o należnych im świadczeniach socjalnych,
- emocjonalne wsparcie rodziców opiekujących się dzieckiem w terminalnym okresie choroby,
- pomaganie innym członkom zespołu terapeutycznego w sytuacjach stresowych, które występują w codziennej pracy na oddziale [26, 27].

Systematyczne prace nad nowelizacją ustawą o pomocy społecznej w Polsce (ostatnia aktualizacja w marcu 2010 roku), m.in. zwiększają kompetencje prawne pracownika socjalnego w zakresie możliwości reagowania w stosunku do różnych niepożądanych zachowań społecznych skierowanych do dzieci i młodzieży. Tylko przemyślany charakter wprowadzanych zmian może okazać się ważnym etapem w rozwiązywaniu złożonych problemów zjawiska przemocy, szczególnie wobec dzieci.

PODSUMOWANIE

Zwiększanie ilości pracowników poszczególnych służb oraz instytucji posiadających wiedzę i kompetencje w za-

kresie udzielania skutecznej pomocy ofiarom krzywdzenia, a w szczególności dotyczy to pracowników socjalnych, stanowi istotny element zintegrowanego działania razem z pracownikami służby zdrowia, psychologami i pedagogami w kierunku wdrażania specyficznych procedur monitorowania i interwencji tak ważnych problemów życia społecznego jak przeciwdziałanie różnym formom krzywdzenia w populacji wieku rozwojowego.

PIŚMIENNICTWO

1. Dera N.: Agresja i przemoc wobec dzieci. Polskie Towarzystwo Higieny Psychicznej, Oddział Wielkopolski. Poznań 2004, s.69-72.
2. Bartholdson Ö.: Kary fizyczne w dzieciństwie – perspektywa kulturowa. Dziecko krzywdzone, 2003; 3:20-29.
3. Glaser D.: Podstawy teoretyczne i pojęciowe dotyczące krzywdzenia psychicznego i zaniechania emocjonalnego dzieci. Dziecko Krzywdzone, 2003; 4:7-23.
4. Margolis A.: Zespół dziecka maltretowanego – diagnostyka medyczna. Fundacja Dzieci Niczyje, Warszawa 1998.
5. Krug EG., Dahlberg LL.: (eds): World report on violence and health. WHO, Geneva 2002.
6. Kempe CH., Silverman FN., et al.: The battered child syndrome. Journal of the American Medical Association, 1962; 181(1):17-24.
7. Caffey J.: The whiplash shaken infant syndrome. Pediatrics, 1974; 54:396-402.
8. Krawczyński M.: Przemoc wobec dziecka. Dziecko krzywdzone. Definicja i interpretacja zjawiska. Aspekty prawno-organizacyjne i psychologiczne. Pediatría Polska, 1998; 21, 5:29-36.
9. Maćkowiak J.: Przemoc wobec dziecka w rodzinie. Problemy opiekuńczo-wychowawcze, 2004; 5:34-38.
10. Mossakowska B.: Społeczno-medyczne aspekty zespołu dziecka krzywdzonego. Przegląd Pediatryczny, 1998; (28), 3:181-184.
11. Bonnier C. et al.: Outcome and prognosis of whiplash shaken infant syndrome. Late consequences after a symptom-free interval. Development Medicine Children Neurology 1995; Nov, 37/11:943-956.
12. Widom C.S.: Child Abuse and Neglect, in: Handbook of Youth and Justice, ed. S.O. White. Plenum, New York 2001.
13. Piekarska A.: Przemoc, kary cielesne i krzywdzenie dzieci. Dziecko Krzywdzone, 2003; 3:9-17.
14. Skórzyńska H., Rudnicka - Drożak E.: Krzywdzenie dzieci przez dorosłych. Ocena skali zjawiska i umiejętności rozpoznawania go przez nauczycieli. Zdrowie Publiczne, 2002;98, 2:15-28.
15. Skrypulec V. i współ.: Nadużycie seksualne wobec nieletnich-współpraca lekarza i psychologa. Ginekologia Praktyczna 2005; 84, 4:53-57.
16. Iwaniec D., Szmagański J. (red.): Zaburzenia rozwojowe dzieci krzywdzonych emocjonalnie. Wyd. Uniwersytetu Warszawskiego, Warszawa 2002.
17. Mikołajczyk W.: Zespół dziecka potrząsnanego. Nowa Pediatría, 2000; (18), 1:12-15.
18. Łojkowska M.: Dziecko krzywdzone. Poradnik prawny. Fundacja Mederi, Warszawa 2005.
19. Herman J.L.: Przemoc. Uraz psychiczny i powrót do równowagi. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2003.
20. Szymańczak M.: Pojęcie krzywdzenia dzieci. Niebieska Linia, 1999;1:3-6.
21. Browne K. D., Hamilton-Giachritsis C.E.: Zapobieganie krzywdzeniu i zaniechaniu dzieci – podejście oparte na ocenie poziomu ryzyka. Dziecko Krzywdzone, 2007;2(19):28-39.
22. Złota A.: Poradnik prawny dla służby zdrowia. Jak pomóc dziecku krzywdzonemu. Fundacja Mederi, Warszawa 2005.
23. Sasal H. D.: Niebieskie Karty. Przewodnik do procedury interwencji wobec przemocy w rodzinie. Wyd. Edukacyjne PARPA, Warszawa 2005.
24. Bednarek A., Kubik M.: Zasady wczesnej interwencji oraz występowanie zespołu dziecka krzywdzonego w Dziecięcym szpitalu Klinicznym w Lublinie w latach 2006-2007. [w] Domżał-Drzewicka R.(red.): Uzależnienia a rodzina - wybrane zagadnienia. Wyd. Makmed, Lublin 2008, s.269-274.
25. Ramiro L., et al.: The Philippines World SAFE Study (Final report). Manila, International Clinical Epidemiology Network, 2000.
26. June J.: Inna strona pediatrii. Poradnik codziennej opieki nad chorymi dziećmi. Wyd. PZWL, Warszawa 1987.
27. O'Hagan K.: Emotional and psychological Abuse of Children. Open University Press, Buckingham 1993.

Praca przyjęta do druku: 11.01.2011 r.

Praca zaakceptowana do druku: 28.01.2011 r.