

ALINA TROJANOWSKA

## Rola pielęgniarki w profilaktyce zaniedbywania i wykorzystywania dzieci

## The role of a nurse in prevention of child abuse syndrome

### Streszczenie

Zjawisko krzywdzenia dzieci stanowi istotny problem interdyscyplinarny wymagający zintensyfikowanych działań prewencyjnych. Istotne jest nie tylko wykrywanie krzywdzenia dziecka, ale też zapobieganie przemocy. Zapobieganie wykorzystywaniu i zaniedbywaniu oszczędza dziecku bólu i cierpienia zarówno fizycznego, jak i psychicznego. Celem pracy jest przedstawienie roli pielęgniarki w zapobieganiu zespołowi dziecka krzywdzonego. Pielęgniarka pediatryczna, kontaktująca się wielokrotnie z dzieckiem i jego rodzicami powinna być w swej działalności profilaktycznej nastawiona również na wykrywanie objawów, na podstawie których można podejrzewać krzywdzenie dziecka. Poradnictwo profilaktyczne oraz działania na rzecz wzmocnienia rodziny stanowią integralny element opieki pielęgniarskiej i odgrywają istotną rolę w zapobieganiu przemocy i zaniedbywaniu dzieci.

### Abstract

The phenomenon of child abuse is a significant interdisciplinary problem requiring intense preventive measures. It is essential not only to detect child abuse but prevent the violence. Prevention of abuse and neglect protects the child from pain and suffering, both physical and emotional. The main objective of the study is presenting the role of a nurse in prevention of child abuse syndrome. Paediatric nurse, having numerous contacts with a child and its parents, should be focused in her prophylactic activities on detecting symptoms on the basis of which child abuse can be suspected. Prophylactic counseling and activities concerned with family strengthening are an integral element of nursing care and play an important role in preventing child abuse and neglect.

**Słowa kluczowe:** pielęgniarka, prewencja, zespół dziecka krzywdzonego.

**Key words:** nurse, prevention, child abuse.

Zjawisko krzywdzenia dzieci („nowa epidemia”) jest problemem społecznym istniejącym na całym świecie, również w Polsce [1,2]. Zapobieganie wykorzystywaniu i zaniedbywaniu oszczędza dziecku bólu i cierpienia zarówno fizycznego, jak i psychicznego [1]. Kolejnym powodem prowadzenia profilaktyki przemocy jest olbrzymia zachorowalność i znaczące współczynniki zgonów. W badaniach udokumentowano liczne następstwa maltretowania dzieci: somatyczne, intelektualne, behawioralne, społeczne i emocjonalne [3]. Uszkodzenie mózgu, problemy z nauką, agresja, przestępczość wśród młodzieży i dorosłych, depresja i trudności w sprawowaniu opieki rodzicielskiej to potencjalne problemy długofalowe [3]. W prewencji pierwotnej (ogólnej) działania nakierowane są na całą populację (wszystkie dzieci objęte podstawową opieką pediatryczną). Interwencje wtórne (swoiste) skupiają się na grupach wysokiego ryzyka (nastoletnie matki, osoby o niskich dochodach) [1]. Rola pielęgniarki pediatrycznej we wczesnym wykrywaniu przypadków krzywdzenia, niesieniu mu pomocy i profilaktyce jest bardzo ważna ze względu na możliwość częstego kontaktu z dzieckiem i jego rodzicami [4].

Głównym celem pracy jest ukazanie roli pielęgniarki w zapobieganiu zespołowi dziecka krzywdzonego. Zagadnieniem dodatkowym pracy jest przedstawienie terminologii i epidemiologii zjawiska. Założono także przypomnienie najważniejszych czynników ryzyka i ochrony przed wykorzystywaniem i zaniedbywaniem dzieci.

## RYS HISTORYCZNY I TERMINOLOGIA

Przemoc wobec dzieci od dawna jest zjawiskiem powszechnym [2,5]. W źródłach historycznych dotyczących dziejów ludzkości, a także w literaturze pięknej można znaleźć opisy traktowania dzieci jako niewolników, sprzedawania ich i zatrudniania do ciężkich prac. Jednak dopiero w XX w. takie postawy rodzicielskie uznano za patologiczne. W starożytności (do IV w.n.e.) dzieciobójstwo nie było niczym niezwykłym. Grecy i Rzymianie uśmiercali kalekie noworodki. Od V do XII w. n.e. w Europie niechciane i niepełnosprawne dzieci porzucano i umieszczano w domach opieki dla sierot i podrzutków. Od XIV do XVII w. stosunki między rodzicami a dzieckiem nacechowane były obojętnością. Dziecko nie zaznało życzliwego zainteresowania i zaspokojenia dziecięcej potrzeby bezpieczeństwa. Okres od XVII do XIX w. nazywany był okresem „czarnej pedagogiki”. Za niezastąpione środki wychowawcze uważano wówczas podporządkowanie, bezwarunkowe posłuszeństwo, przymus i przemoc. Wychowanie XX w. zorientowane jest na dziecko, podkreśla społeczną równość dzieci i dorosłych oraz prawo dziecka do życia w środowisku wolnym od przemocy [2,5]. W badaniach nad rozwojem zjawiska maltretowania dzieci istotną rolę odegrali lekarze. W 1888 roku radiolodzy amerykańscy oraz brytyjscy (West, Snedecor, Knapp) przedstawili w literaturze medycznej opisy złamań kości u niemowląt uznawanych za następstwo przemocy fizycznej [2,5]. W 1946 roku Caffey, amerykański pediatra i radiolog opisał „dziwne uszkodzenia” układu kostno-stawowego i ośrodkowego układu nerwowego u niemowląt przez ich potrząsanie ze złością przez osobę

doroślą [2,5,6]. W 1961 roku Kempe amerykański pediatra po raz pierwszy użył określenia „zespołu dziecka bitego” (battered child syndrome – BCS) i podał jego medyczną definicję, określając jako „stan kliniczny u małego dziecka, które doznało poważnego fizycznego obrażenia zadanego przez rodziców lub opiekunów, prowadzącego często do trwałych uszkodzeń ciała lub śmierci” [2,5]. Uważano wówczas, że zespół ten dotyczy wyłącznie najmłodszych dzieci, a analizy ograniczono do urazów fizycznych. Od 1962 roku zespół dziecka bitego uznano za jednostkę chorobową, a w 1967 roku wprowadzono w USA obowiązek zgłaszania takich przypadków władzom stanowym. Zaczęto rozpoznawać zespół bitego dziecka. Znęcanie się nad dziećmi uznano za problem społeczny. W 1970 roku Stone zwrócił uwagę na oparzenia, jako formę maltretowania dzieci i podał kryteria, które mogą być pomocne przy podejrzeniu użycia przemocy wobec dziecka i oparzenia nie będącego skutkiem przypadku [2,5]. W 1974 roku Caffey użył określenia „zespołu dziecka potrząsanego” (shaken baby/infant syndrome), opisując zmiany w obrębie mózgu będące następstwem gwałtownego potrząsania niemowlęciem, prowadzące do opóźnienia rozwoju umysłowego, deficytów zakresie narządu wzroku, słuchu czy nawet padaczki. Zespół ten powstaje w wyniku stosowania przemocy wobec niemowląt poniżej 6. miesiąca życia i wywołuje krwiaki podtwardówkowe, wylewy do siatkówki oka, uszkodzenia mózgu, złamania żeber, kości długich i uszkodzenia narządów miękkich [2,5-8]. Określenie „zespołu dziecka bitego” zawężyło problematykę tylko do maltretowań fizycznych, tymczasem dziecko bywa też dyskryminowane psychicznie i moralnie. W 1979 roku Finkelhor poruszył problem seksualnego wykorzystywania dzieci, a w 1980 roku Gabarino zwrócił uwagę na skutki emocjonalnego maltretowania dzieci [1,3,9,10]. Od lat 80. w piśmiennictwie anglojęzycznym spotyka się pojęcie „child abuse” (dziecko nadużywane), uwzględniające różnorodność form krzywdzenia dziecka. W języku polskim używa się określeń: krzywdzenie, maltretowanie dzieci, znęcanie się nad dzieckiem, przemoc wobec dziecka [2,11]. W tym okresie krzywdzenie dzieci zaczęło być dostrzegane jako problem zdrowotny i pedagogiczny. Definicję zespołu dziecka maltretowanego ustalono w 1985 roku na posiedzeniu WHO. Według niej „za krzywdzenie dziecka uważa się każde zamierzone lub niezamierzone działanie osoby dorosłej czy społeczności, które ma szkodliwy wpływ na zdrowie, rozwój fizyczny i psychospołeczny dziecka” [1,2,11-13]. Na istotę krzywdzenia dzieci składają się: używanie przemocy fizycznej wobec dziecka, maltretowanie psychiczne (emocjonalne), wykorzystywanie seksualne (molestowanie), zaniedbywanie potrzeb dziecka, krzywdzenie instytucjonalne. Te zróżnicowane formy krzywdzenia mogą często występować łącznie. Maltretowanie fizyczne może przybierać różnorodne formy przemocy (bicie, kopanie, oparzenia, potrząsanie, duszenie). Przemoc fizyczna powoduje różne obrażenia ciała (złamania, oparzenia, stłuczenie tkanek miękkich, uszkodzenie mózgu aż do śmierci włącznie). Ślady po uderzeniach są w różnych stadiach gojenia i zdradzają przedmioty, którymi posługiwał się maltretujący. Następstwem przemocy fizycznej są często trwałe uszkodzenia ciała. Pojawia się niewyjaśniona

absencja dziecka w szkole. Dziecko nosi ubrania zakrywające całe ciało, nawet w upalne dni i niechętnie rozbiera się na lekcjach wychowania fizycznego. Ma niską samoocenę, wyraża lęk przed dorosłymi (zasłania twarz przy niezamierzonych gestach dorosłego) i boi się powrotu do domu [2,14,15]. Maltretowanie psychiczne ma bardzo wiele postaci i jest trudne do udowodnienia. Jest to znieważanie dziecka poprzez agresję słowną (wyzwiska, groźby, zastraszanie, poniżanie), nadmierne wymagania nieadekwatne do jego wieku i poziomu rozwoju, emocjonalne odrzucenie. Wśród objawów obserwuje się: zaburzenia mowy, snu, moczenie nocne, poczucie winy, nerwice. Poważnym problemem są zaburzenia psychosomatyczne, takie jak bóle brzucha, głowy, napady duszności. Dzieci takie są nieprzystosowane społecznie. Wiele z nich popada w narkomanię, alkoholizm, konflikty z prawem. Często występują u nich stany depresyjne i próby samobójcze [10,14,15]. Zjawiskiem równie trudnym do wykrycia, gdyż zwykle mającym miejsce w kręgu rodziny, jest krzywdzenie seksualne. Przestępstwa seksualne w stosunku do dzieci ujawniają się w różnych formach. Seksualne wykorzystanie dziecka obejmuje nie tylko sam akt fizycznego gwałtu lub zmuszanie do prostytucji, ale również ekshibicjonizm czy obsceniczne rozmowy z dzieckiem. Molestowanie seksualne obejmuje także kazirodztwo i wykorzystywanie do celów pornografii. Dziecko prezentuje symptomy takie jak: otarcia naskórka i świąd w okolicy narządów płciowych, infekcje układu moczowo-płciowego, dyskomfort podczas chodzenia i siedzenia. Zwraca uwagę nieadekwatny poziom wiedzy dziecka o seksie, używanie obscenicznych słów, zabawa w seks z lalkami, rysunki o tematyce seksualnej. Niektóre z nich zachowują się uwodzicielsko. Nierzadkie są przypadki chorób przenoszonych drogą płciową, zajścia w ciążę, prostytucji [9,12,14,15]. Zaniedbywanie to niezaspokajanie podstawowych potrzeb fizycznych i emocjonalnych dziecka, obejmujące odpowiednie odżywianie, schronienie, ubranie, higienę, opiekę zdrowotną i kształcenie. Zaniedbywane dzieci chodzą głodne, niekiedy odwodnione, z różnego stopnia niedożywieniem i niedoborem wzrostu. Proszą o jedzenie lub je kradną. Mają na sobie brudną, stale noszoną odzież, nieodpowiednią do pogody i rozmiarów ciała. Obserwuje się owrzodzenia skóry, wszawicę, zakażenie pasożytami, próchnicę zębów. Dowodem zaniedbywania jest też brak realizacji szczepień ochronnych czy zaniechanie leczenia dziecka w przypadku chorób przewlekłych. Lekceważenie obowiązku szkolnego przez rodziców to przejaw zaniechań intelektualnych [4,11,16]. Krzywdzenie instytucjonalne ma miejsce w placówkach służby zdrowia, domach dziecka, internatach, szkołach. W zakładach opieki zdrowotnej przejawia się ograniczeniem czasu pobytu rodziców przy dziecku lub zakazem odwiedzin, nieinformowaniem chorego dziecka o jego stanie zdrowia, brakiem przygotowania psychicznego dziecka do bolesnych zabiegów i operacji, nieumiejętnością komunikowania się z dzieckiem, nieznaną jego potrzebami rozwojowymi [11]. Również formą krzywdzenia dziecka, choć nie wynikającą z wcześniej podanej definicji, jest przemoc rówieśnicza, czyli krzywdzenie dzieci przez dzieci. Może to być prześladowanie fizyczne (popychanie, poszturchywanie, bicie, kopanie, niszczenie przedmiotów należących do ofiary) lub psychiczne

(przezwiska, wykluczenie z grupy, ignorowanie). Dziecko będące ofiarą jest zastraszone. W ekstremalnych sytuacjach dzieci prześladowane przez rówieśników podejmują próby samobójcze [4,11]. Specyficzną formą maltretowania dzieci poniżej 6. roku życia jest opisywany od 1977 roku zespół Münchausena, w którym objawy choroby są wymyślane lub prowokowane przez rodziców, narażając dziecko na trwające latami leczenie, nierzadko szkodliwe prowadzące do ciężkiego stanu, a nawet zgonu [17,18,19].

## EPIDEMIOLOGIA

Krzywdzenie może dotyczyć każdego okresu rozwojowego, jednak 1/3 dzieci hospitalizowanych z powodu nieprzypadkowych urazów to niemowlęta i dzieci poniżej 3. roku życia [2]. Statystyki ujawniają, że na 1000 dzieci w wieku do 4. lat jedno jest maltretowane, z czego 1 na 10 kończy się śmiercią dziecka [18]. W badaniach stwierdzono, że co 4. dziewczynka i co 10. chłopiec byli ofiarami wykorzystywania seksualnego w dzieciństwie [3,9]. Sprawcami są wbrew opinii częściej matki niż ojcowie. Około 80% sprawców mieszka razem z dzieckiem. Z reguły jedno jest agresorem, drugie przyjmuje rolę bierną, akceptującą. W 2/3 przypadków przemoc związana jest z alkoholem. Ocena częstości zjawiska jest trudna. Prawdopodobnie dotyczy od 1 do 3% populacji w wieku rozwojowym, przy czym najczęstszą formą jest zaniebdywanie [11]. Według danych Richmana 54% spośród dzieci krzywdzonych jest zaniebdywanych, 22% maltretowanych fizycznie, 8% wykorzystywanych seksualnie, 4% krzywdzonych psychicznie i 12% krzywdzonych za pomocą innych form [13]. Dane statystyczne odnoszą się tylko do przypadków zgłoszonych. W Polsce brak jest rzetelnej oceny skali zjawiska. Badania prowadzone przez Sajkowską wśród 123 tys. uczniów szkół warszawskich ujawniły 1000 ciężko bitych dzieci, 2000 krzywdzonych emocjonalnie, 4000 zaniebdywanych i 101 wykorzystywanych seksualnie [14]. Przypadki krzywdzenia dzieci są rzadko rozpoznawane przez lekarzy, ponieważ nie są oni przygotowani do ich rozpoznawania mimo, że Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych uwzględniła taką jednostkę [2,11,14,15,20]. Zespoły dziecka maltretowanego jako skutek przemocy fizycznej diagnozują najczęściej chirurdzy dziecięcy. Natomiast objawy zaniebdywania, krzywdzenia emocjonalnego i seksualnego pozostają często niezauważone [3,9,10]. Od 1991 roku w Polsce rozpoczęto rejestrowanie liczby dzieci hospitalizowanych z zespołem dziecka maltretowanego. W dalszym ciągu nie są jednak rejestrowane przypadki dzieci, którym udzielono pomocy ambulatoryjnej.

## ETIOLOGIA, ROZPOZNANIE, LECZENIE I PROFILAKTYKA

Według aktualnych poglądów przemocy wobec dziecka nie da się wytłumaczyć działaniem pojedynczego czynnika [1]. Uważa się, że odpowiedzialne są liczne, wzajemnie na siebie oddziałujące czynniki ryzyka i brak czynników o działaniu ochronnym. Dzieci z rodzin, w których stosu-

wana jest przemoc domowa są narażone na bycie świadkiem przemocy wobec innych i często same stają się jej ofiarami podczas próby chronienia matki. Wieloletnie badania problemu pozwoliły na ustalenie czynników ryzyka krzywdzenia dziecka [2,4,12,13,15]. Wyodrębniono czynniki ryzyka ze strony dziecka, takie jak: wady rozwojowe i choroby przewlekłe, niepełnosprawność, nadpobudliwość, „dziecko niechciane”. Czynniki ryzyka ze strony rodziców to: depresja, choroby psychiczne, alkoholizm, narkomania, młody wiek matki, niski poziom wykształcenia, niedojrzałość emocjonalna, impulsywność, brak wsparcia ze strony ojca dziecka, bycie ofiarą przemocy w dzieciństwie, bezrobocie, rozpad rodziny, konkubinat, pobyt w więzieniu. Czynniki ryzyka ze strony rodziny przedstawiane w piśmiennictwie to: ubóstwo, złe warunki mieszkaniowe, wielodzietność, brak wsparcia. Do czynników ryzyka ze strony otoczenia należą: ubóstwo, przestępczość, przemoc, nadużywanie narkotyków, izolacja społeczna, brak wsparcia. Czynniki ryzyka należy rozpatrywać w połączeniu z czynnikami o działaniu ochronnym, które mogą równoważyć ryzyko [1]. Do czynników tzw. ochronnych zalicza się ze strony dziecka: dziecko zdrowe, inteligentne, sympatyczne. Ze strony rodzica będzie to: rodzic opiekuńczy, inteligentny, odpowiedzialny, mający doświadczenie w sprawowaniu opieki rodzicielskiej, skupiony na dziecku, potrafiący sprawnie podejmować decyzje, dobrze zorganizowany, wierzący. Czynniki ochronne ze strony rodziny to: odpowiednie zasoby finansowe, dobre wsparcie, zaangażowanie obojga rodziców, rozszerzone wsparcie rodzinne. Ze strony otoczenia ochrony wpływ na dziecko ma: bezpieczna okolica, zaplecze pozwalające na uzyskanie wsparcia, dostęp do opieki zdrowotnej. Rozpoznanie nadużycia wobec dziecka jest trudne, ponieważ fakt zaistnienia przemocy jest ukrywany nie tylko przez opiekunów, ale i przez samo dziecko, które boi się lub wstydzi o tym powiedzieć. Przyczyną tego jest również brak znajomości problemu wśród lekarzy i pielęgniarek oraz ich niewiara, że rodzice mogą spowodować uraz dziecka. Ponadto lekarze wykazują niechęć do występowania na drogę prawną czy działania społeczne. Do czynników sugerujących przemoc należą min. wielokrotne hospitalizacje dziecka z różnych przyczyn [6,8,14-16,20]. Rozpoznanie krzywdzenia powinno się opierać na obserwacji zachowań dziecka, które wykazuje tendencję do izolowania się od otoczenia, unika kontaktu z osobami obcymi lub przejawia nadmierne przywiązanie do personelu, ucieka od rodziców, boi się powrotu do domu, okazuje brak zainteresowania zabawkami, nie okazuje żadnych emocji podczas badań diagnostycznych albo okazuje nadmierną agresję, zachowania niszczycielskie, płaczliwość, krzyk [2]. Wywiad uzyskany od rodziców często nie odpowiada klinicznemu następstwu urazu (skutki urazu są nieadekwatne do podawanych przez nich okoliczności urazu, rodzaj urazu jest sprzeczny z etapem rozwojowym dziecka). Obserwuje się także opóźnione szukanie przez nich pomocy lekarskiej. Zmiany najczęściej stwierdzane w badaniu fizykalnym dotyczą powłok skórnych i mają charakter uszkodzeń naskórka, wybroczyn, obrzęków, odmrożeń, oparzeń, wylewów krwawych, zlokalizowanych głównie w obrębie głowy, pośladków, okolicy łędźwiowej, kończyn, narządów płciowych zewnętrznych. Zmiany w zakresie układu kostnego ujawniane często dopiero w badaniach radiologicznych

wskazują na powstałe w różnym czasie liczne złamania w obrębie trzonów kości długich, żeber, czaszki, kręgow, współistniejące z uszkodzeniem przynasad. Objawy neurologiczne nie są specyficzne. Nadmierna senność, brak łaknienia, wymioty, zwłaszcza u niemowląt mogą sugerować zespół dziecka potrząsnego. W przebiegu maltretowania opisywane są urazy narządów wewnętrznych o wysokiej śmiertelności: uszkodzenia wątroby, śledziony, trzustki, perforacje przełyku, dwunastnicy, pęknięcie aorty brzusznej. W zespole nagłej śmierci niemowlęcia (SIDS) maltretowaniu przypisuje się 0,6-2% nagłych zgonów dzieci w tej grupie wiekowej [6,18]. Badania laboratoryjne wykonuje się celem określenia, czy u dziecka nie ma zaburzeń hematologicznych predysponujących do krwawień wewnętrznych. W każdym przypadku podejrzenia zespołu maltretowanego dziecka konieczne jest badanie USG, a często tomografia komputerowa. Szczególną uwagę zwraca się na czaszkę, jamę brzuszną i kościec. W piśmiennictwie z ostatnich lat autorzy zwracają uwagę na psychiczne skutki krzywdzenia dziecka, a także odległe następstwa przemocy [1,3]. Zaburzenia psychiczne obserwowane w okresie dzieciństwa ujawniają się w postaci zachowań agresywnych, reakcji lękowo-depresyjnych, zaburzeń snu i łaknienia, moczenia mimowolnego, zaburzenia kontaktów społecznych. Odległe następstwa nadużycia dziecka to przede wszystkim: zaburzenia depresyjne, tendencje samobójcze, skłonność do uzależnień, zaburzenia osobowości, zaburzenia psychosomatyczne, zaburzenia odżywiania [2,3]. Leczenie zespołu dziecka krzywdzonego jest jedną z trudniejszych dziedzin terapii [11,15]. Obejmuje nie tylko leczenie stanu somatycznego dziecka, ale przede wszystkim interdyscyplinarne postępowanie zespołowe mające na celu zapobieganie kolejnym skutkom przemocy. Stosowane są różne metody psychoterapeutyczne obejmujące całą rodzinę. Ogólne zasady leczenia to:

- Hospitalizacja dziecka ze względu stwierdzone objawy kliniczne i odizolowanie dziecka od rodziców.
- Terapia dziecka i jego rodziny.
- Zapewnienie dziecku kuratora.
- Zapewnienie dziecku bezpiecznego powrotu do domu lub przekazanie go do rodziny zastępczej.
- Kontynuacja terapii po powrocie dziecka do domu przez okres kilku lat.

## **ROLA PIELĘGNIARKI W PREWENCJI ZESPOŁU DZIECKA KRZYWDZONEGO**

Istotne jest nie tylko wykrywanie krzywdzenia dziecka, ale też zapobieganie przemocy [1]. W prewencji przemocy ważną rolę odgrywa wzmocnienie rodziny i poprawa opieki nad dziećmi. Skuteczne interwencje powinny wykraczać poza wąski cel zapobiegania. Olds i Kitzman stwierdzili, że wizyty domowe pielęgniarek prowadziły nie tylko do zmniejszenia częstości znęcania się nad dziećmi, ale także do poprawy nawyków zdrowotnych matek w okresie przedporodowym, zmniejszenia liczby powikłań okołoporodowych, stosowania bardziej konstruktywnych form dyscypliny oraz zwiększenia odstępu między kolejnymi ciążami i rzadszych problemów z prawem [1]. Strategie prewencyjne można budować opierając się na dobrych relacjach z ro-



dzinami i zdobyciu ich zaufania. W identyfikacji problemu pomocne jest okazywanie zainteresowania, taktowne wypytywanie, uważne słuchanie i pilna obserwacja. Pielęgniarka prowadząc badania przesiewowe wszystkich rodzin podczas wizyt u pediatry za pomocą krótkiego kwestionariusza (wypełnianego w poczekalni) lub wywiadu, może zidentyfikować osoby zagrożone, tzn. ustalić, czy istnieje wysokie ryzyko wystąpienia problemu lub czy problem już występuje (depresja, alkoholizm, narkomania, niedobór pożywienia) [1]. Innym sposobem jest prowadzenie badań przesiewowych przez pielęgniarkę o charakterze psychospołecznym, z uwzględnieniem rozwoju dzieci, zachowania i wyników w nauce. Oprócz pytań skierowanych do rodziców, cenne informacje może uzyskać bezpośrednio od dzieci i młodzieży. Przydatne informacje może także zdobyć obserwując rodziców. Jeśli badanie ujawni czynnik ryzyka, konieczna jest dalsza ocena. W całościowej ocenie sytuacji istotne jest również zbadanie czynników ochronnych. Pobieżna ocena przeprowadzona przez pielęgniarkę może prowadzić do ustalenia czy jest potrzebna natychmiastowa interwencja. W niektórych przypadkach pielęgniarka może podjąć działania edukacyjne dotyczące rozwoju dziecka, ochrony przed wypadkami, przebiegu chorób i doradcze, takie jak pomaganie rodzicom w radzeniu sobie z trudnym zachowaniem dziecka lub ułatwienie kontaktu z innymi ośrodkami. Ważne jest także wsparcie i poradnictwo dotyczące wychowania dzieci. Należy zachęcać rodziny do korzystania z nieformalnych źródeł wsparcia (rodziny, przyjaciół) oraz uwzględnić potrzebę konkretnych świadczeń (pomoc medyczna, socjalna) [1,21-23]. Konieczne jest także prowadzenie przez pielęgniarki, jako osoby profesjonalnie do tego przygotowane, szeroko pojętej edukacji społeczeństwa na temat wczesnego rozpoznawania objawów i różnych form krzywdzenia oraz czynników ryzyka i ochrony dziecka. Pilną potrzebą staje się, więc opracowanie programów profilaktyki obejmujących szerzenie wiedzy w tym zakresie na kursach, szkoleniach i w mediach.

## PODSUMOWANIE

Zjawisko krzywdzenia dzieci stanowi istotny problem interdyscyplinarny wymagający zintensyfikowanych działań prewencyjnych. Pielęgniarka pediatryczna, kontaktująca się wielokrotnie z dzieckiem i jego rodzicami powinna być w swej działalności profilaktycznej nastawiona również na wykrywanie objawów, na podstawie których można podejrzewać krzywdzenie dziecka. Poradnictwo profilaktyczne oraz działania na rzecz wzmocnienia rodziny stanowią integralny element opieki pielęgniarskiej i odgrywają istotną rolę w zapobieganiu przemoc i zaniedbywaniu dzieci.

## PIŚMIENNICTWO

1. Dubowitz H. Zapobieganie zaniedbywaniu i wykorzystywaniu dzieci: rola pediatry. *Pediatra po Dyplomie*. 2004;8(4):33-8.
2. Kądziała-Olech H. Dziecko maltretowane. *Terapia*. 1999;6:56-8.
3. Wexler B. Physical and sexual abuse during childhood and development of psychiatric illness during adulthood. *J Nerv Ment Disor*. 1997;18(8):522-4.
4. Kram M. Zespół dziecka krzywdzonego. *Piel Pol*. 2003;10:18-23.
5. Mossakowska B. Społeczno-medyczne aspekty zespołu dziecka krzywdzonego. *Przegl Ped*. 1998;28(3):181-4.
6. Bonnier C. Outcome and prognosis whiplash shaken infant syndrome. Late consequences after a symptom-free interval. *Dev Med Child Neurol*. 1995;37(11):943-56.
7. Mikołajczyk W. Zespół dziecka potrząsanego. *Nowa Pediatra*. 2000;18(1):12-5.
8. Altman R. Abusive head injury as a cause of apparent life-threatening events infancy. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2003;157:1011-5.
9. Glaser D, Frosh S. Dziecko seksualnie wykorzystywane. Warszawa: PZWL; 1995.
10. Thompson A. Childhood emotional abuse. *Br J Psychiatry*. 1997;168(2):143-8.
11. Krawczyński M. Przemoc wobec dziecka. Dziecko krzywdzone. Definicja i interpretacja zjawiska. Aspekty prawno-organizacyjne i psychologiczne. *Ped Pol*. 1998;21(5):29-36.
12. Krugman R. Child abuse and neglect. *Am J Dis Child*. 1993;147(5):517.
13. Cicchetti D, Toth S. Child maltreatment. *Annu Rev Clin Psychol*. 2005;1:409-38.
14. Oblacińska A. Wykrywanie objawów krzywdzenia (maltretowania) dziecka. *Lek Rodz*. 1999;4(7-8):82-6.
15. Dyga-Konarska M. Rozpoznawanie i postępowanie w przypadku dziecka krzywdzonego. *Standardy Medyczne*. 2000;4(7):56-9.
16. Raynor P, Rudolf M. What do we know about children who fail to thrive? *Child Care Health Dev*. 1996;22(4):241-50.
17. Meadow R. What is and what is not „Münchhausen syndrome per proxy”? *Arch Dis Child*. 1995;72:534-8.
18. Reece R. Fatal child abuse and sudden infant death syndrome. *Pediatrics*. 1993;91:423-9.
19. Anderson J. Munchausen syndrome by proxy. *Br J Hosp Med*. 1996;56(1):43-5.
20. Richman H. From a radiologist's judgment to public policy on child abuse and neglect: what have we wrought? *Pediatr Radiol*. 2000;30:219-28.
21. Izdebska A, Lewandowska K. Znaczenie profilaktyki krzywdzenia małych dzieci. *Dziecko krzywdzone. Teoria. Badania. Profilaktyka*. 2009;1:27.
22. Nitsch-Osuch A. Rola lekarzy w rozpoznawaniu i profilaktyce krzywdzenia małych dzieci. *Dziecko krzywdzone*. 2009;2:27.
23. Jarosz E. Międzynarodowe standardy przeciwdziałania krzywdzeniu dzieci. Warszawa: Wyd. Akad. Zak; 2008.

### Informacje o Autorach

Dr n. med. ALINA TROJANOWSKA – adiunkt, Katedra i Zakład Pielęgniarstwa Pediatrycznego, Wydział Pielęgniarstwa i Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Lublinie.

### Adres do korespondencji

20-093 Lublin ul. Chodźki 2  
tel. (081) 71-85-375  
e-mail: trojanowska-a@wp.pl