

ANETA NITSCH-OSUCH

Katedra i Zakład Medycyny Rodzinnej, Warszawski Uniwersytet Medyczny

Rola lekarzy w rozpoznawaniu i profilaktyce krzywdzenia małych dzieci

W artykule przedstawiono rolę lekarzy w rozpoznawaniu i profilaktyce krzywdzenia dzieci. Lekarz, niezależnie od tego, czy jest pediatr, chirurgiem, ginekologiem, czy lekarzem rodzinnym, musi znać epidemiologię zjawiska krzywdzenia dzieci, formy krzywdzenia oraz objawy krzywdzenia. Lekarz musi wiedzieć o obowiązujących normach prawnych, np. nakładających na niego obowiązki z zgłoszenia faktu krzywdzenia dziecka, czy też o możliwościach niedochowania tajemnicy lekarskiej w uzasadnionych przypadkach. Funkcjonujące w Polsce wizyty domowe stwarzają doskonałą okazję do oceny sytuacji rodziny – nie tylko zdrowotnej, ale także społecznej i ekonomicznej, umożliwiając dokonanie oceny kompetencji rodzicielskich – dlatego też stwarzają unikalną okazję do zidentyfikowania rodzin zagrożonych wystąpieniem różnych form przemocy wobec dzieci, spośród których najczęstsze wydaje się być zaniedbywanie. Lekarz musi znać organizacje lub instytucje zajmujące się pomocą rodzinom już dotkniętym problemem przemocy, jak i takim, w których taki problem może się pojawić.

dzieckokrzywdzone.pl

Wprowadzenie

Przemoc w rodzinie stanowi istotny problem społeczny, wobec którego nikt nie może pozostać obojętny – przede wszystkim przedstawiciele zawodów sprawujących opiekę nad rodziną – w tym lekarze, głównie pediatrzy i rodzinnicy.

Sporządzenie dokładnych i wiarygodnych zestawień dotyczących maltretowania dziecka jest prawie niemożliwe, a wynika to z wielu przyczyn, m.in. z niejednoznaczności definicji zjawiska oraz niepełnych

danych, czego przyczyną jest zarówno brak rejestrów, jak i niezgłaszanie przypadków krzywdzenia dzieci.

Od 1991 r. Zakład Statystyki Medycznej Państwowego Zakładu Higieny prowadzi statystykę dzieci hospitalizowanych z rozpoznaniem dziecka maltretowanego. Jednak lekarze zbyt rzadko stawiają rozpoznanie sklasyfikowane jako T74, dlatego też polskie statystyki odbiegają od europejskich i amerykańskich. Prawie wszystkie przypadki sklasyfikowane są według jednostki

klinicznej, bez wnikania w przyczyn urazu. Tylko u wiadomienie lekarzom rangi stawiania pogł bionych rozpozna mo e

przyczyni si do zmiany tej sytuacji i wypełnienia niew tpliwej luki epidemiologicznej.

Mi dzynarodowa klasyfikacja chorób i problemów zdrowotnych ICD-10 wyró nia nast puj ce rodzaje krzywdzenia dziecka jako jednostki chorobowe:

T74	– zespoły maltretowania,
T74.0	– zaniedbanie i porzucenie,
T74.1	– nadu ycie fizyczne,
T74.2	– nadu ycie seksualne,
T74.3	– nadu ycie psychiczne,
T74.8	– inne zespoły maltretowania (np. wszystkie nadu ycia),
T74.9	– zespół maltretowania nieokre loney (skutek: nadu ycia dorosłego lub nadu ycia dziecka bli ej nieokre lone).

Definicje krzywdzenia dzieci formułowane w latach 60. dotycz jedynie urazów fizycznych do wiadcanych przez małe dzieci, ale w miar upływu lat i bada problemu stało si oczywiste, e krzywdzenie dziecka jest zjawiskiem zło onym i mo e przybiera ró ne formy, takie jak: krzywdzenie fizyczne, wykorzystywanie seksualne, krzywdzenie emocjonalne i zaniedbywanie.

Rzadkie postaci zespołu dziecka maltretowanego to: zespół dziecka potrz sane-

go, zespół Munchausena *per procura* (Margolis 1998). Z praktyki wynika, e łagodne postaci zespołu Munchausena *by proxy* zdarzy si mog w codziennej pracy ambulatoryjnej – jak inaczej wytłumaczy np. wymuszanie przez matk wykonywania u dziecka kolejnych bada diagnostycznych – mniej lub bardziej inwazyjnych? Ju takie zachowanie rodziców powinno zaniepokoi lekarza i skłoni do lepszego przyjrzenia si rodzinie.

Medyczna diagnoza zespołu dziecka maltretowanego

Krzywdzenie fizyczne jest najcz sts form przemocy wobec dziecka, z któr mo e zetkn si ka dy lekarz. Rozpoznanie – z wyj tkiem przypadków ekstremalnych – jest niezwykle trudne. Trudno ta nie polega na stwierdzeniu objawów, lecz ustaleniu, czy uraz miał charakter przypadkowy czy nieprzypadkowy.

Ka dy lekarz musi umie postawi diagnoz zespołu dziecka maltretowanego. Na medyczn diagnoz zespołu dziecka maltretowanego składaj si nast puj ce elementy (Margolis 1998):

1) wiek dziecka – dziecko mo e by ofiar przemocy w ka dym wieku, ale 1/3 przypadków hospitalizowanych to dzieci w wieku poni ej 3. roku ycia, z czego połow stanowi dzieci poni ej roku ycia;

2) wywiad – nale y zwróci uwag na okoliczno ci nasuwaj ce podejrzenie maltretowania fizycznego w sytuacji, gdy stwierdzamy:

– niewspółmierno pomi dzy motywem konsultacji i obrazem klinicznym;

– rozbie no mi dzy wyja nieniami podanymi przez rodziców i objawami;

– długi odst p czasu mi dzy pocz tkiem zaburze a zgłoszeniem si do lekarza;

3) badanie kliniczne, w tym wygl d i zachowanie dziecka (ludy urazów, stare urazy niezgłoszone lekarzowi, apatia lub

agresywno dziecka, objawy psychosomatyczne u starszych dzieci: polifagia, polidypsja lub anoreksja, wymioty, moczenie nocne, zaburzenia snu, zaburzenia zachowania);

Lekarz musi pami ta , e w ka dym przypadku, gdy obraz kliniczny urazu nie odpowiada podanemu wywiadowi, nale y podejrzewa zespól dziecka maltretowanego.

4) ocena rozwoju psychoruchowego dziecka – jest to szczególnie istotny element, pozwalaj cy m.in. stwierdzi , czy dziecko bylo w stanie spowodowa doznany uraz;

5) badanie radiologiczne – badanie układu kostno-stawowego powinno by przeprowadzone u wszystkich dzieci poni ej 2. roku ycia z objawami maltretowania fizycznego i u niemowl t poni ej roku ycia z objawami zaniedbania (*Ko ci podaj histori , któr ej małe dziecko nie umie, a rodzice nie chc opowiedzie .*); przy podejrzeniu urazu nieprzypadkowego u dziecka poni ej 2. roku ycia konieczne jest – obok badania rentgenowskiego ko ca – badanie dna oka;

6) badania dodatkowe (np. układu krzepni cia);

7) badanie rodze stwa dziecka – wyst powanie urazów (oparze) u pozostałych dzieci w rodzinie;

8) znajomo czynników ryzyka – znajomo czynników ryzyka krzywdzenia dziecka (tabela 2) jest niezwykle pomocna w stawianiu rozpoznania, jak i w profilaktyce zjawiska krzywdzenia dzieci. Czynniki ryzyka zachowa przemocowych wobec dzieci mo na podzieli na zwi zane z dzieckiem, z rodzicami oraz ze rodowiskiem (Browne, Hamilton-Giachritsis 2007).

Tabela 1. Objawy krzywdzenia fizycznego dziecka (przykłady)

Uraz	Cechy patognomiczne dla urazów nieprzypadkowych
Zmiany na skórze i błonach luzowych	Topografia: po ladki, tułów, zmiany symetryczne, skojarzenie ró nych urazów Ró ny „wiek” zmian (si ce i wylewy ró nego koloru, rany wie e i blizny), oparzenia
Złamania	Topografia: ko potyliczna, dystalna cz obojczyka, łopatk, ebra, kr gi, spiralne złamanie trzonu ko ci ko czyn dolnych w pierwszym roku ycia
Urazy głowy	krwiaki nad- i podoponowe
Oparzenia	Symetryczne, ostre kraw dzie (typu „r kawiczek” lub skarpetek”), ludy starych oparze

Warto zaznaczy , e w codziennej praktyce nierzadko spotykamy si z dzie mi, które z racji swego stanu zdrowia nale do grupy ryzyka. S to na przykład dzieci przedwcze nie urodzone – obarczone wieloma problemami zdrowotnymi, cz sto ja-

trogennymi, przebywaj ce tu po narodzinach przez wiele tygodni, cz sto miesi cy w szpitalu, wymagaj ce szczególnej opieki, wielu konsultacji lekarskich, rehabilitacji.

Inn grup dzieci nale cych do grupy ryzyka s dzieci z wadami rozwojowymi, czy

Tabela 2. Czynniki ryzyka krzywdzenia dziecka

Rodzaj czynników ryzyka	Przykłady
Czynniki związane z dzieckiem	Dziecko z pierwszego małżeństwa nieakceptowane przez nowego małżamka Rozczarowanie związane z płcią dziecka Dziecko urodzone po śmierci poprzedniego dziecka Wada rozwojowa, dziecko upośledzone fizycznie lub psychicznie Wczesne niactwo Dzieci bliźniacze Dziecko przez długi czas pozostające w oddaleniu od rodziny Zachowanie się dziecka: agresywność, nieposłuszeństwo, odmowa jedzenia, zaburzenie snu, moczenie
Czynniki związane z rodzicami	Matka samotna, matka małoletnia Trudne dzieciństwo rodziców, rozpad rodziny, pobyt w dzieciństwie w placówce opiekuńczej Doświadczenie przemocy w dzieciństwie Upośledzenie rozwoju umysłowego Choroby psychiczne Alkoholizm, narkomania Ciężka niechciana, ciężka z problemami zdrowotnymi, trudny poród
Czynniki związane z środowiskiem	Isolacja społeczna, trudne warunki bytowe, materialne

te szeroko pojętymi zaburzeniami rozwoju psychomotorycznego. Najnowsze badania dowodzą, że współczynnik krzywdzenia tych dzieci wynosi 3,7 w porównaniu z grupą kontrolną, z najwyższym zagrożeniem ze strony członków rodziny (Piekarska 2007).

Znajomość czynników ryzyka krzywdzenia dziecka pomaga lekarzowi zidentyfikować rodziny zagrożone tym problemem, postawić właściwe rozpoznanie i/lub wdrożyć odpowiednie procedury profilaktyczne.

Zaniedbanie

Na rodzicach i osobach opiekujących się dzieckiem spoczywa odpowiedzialność za zapewnienie dziecku pożywienia, ubrania, odpowiednich warunków mieszkaniowych, ochrony, opieki medycznej i nadzoru. Niezapewnienie dziecku pożywienia, ubrania i dachu nad głową, prowadzi do zagrożenia zdrowia i życia, uznaje się za zaniedbanie wówczas, gdy nie wynika ono z braku zasobów finansowych. O zaniedbaniu mówimy także, gdy rodzic nie korzysta z opieki medycznej, co pociąga za sobą

ryzyko śmierci, zeszpecenia, zranienia lub upośledzenia dziecka.

Do fizycznych objawów zaniedbania należą widoczne niedożywienie, brak higieny osobistej, noszenie podartych i brudnych ubrań, niestosownych do pory roku i temperatury otoczenia, brak okularów, potrzeba leczenia stomatologicznego.

Behawioralne wskaźniki zaniedbania dziecka to takie jego zachowania, jak: kradzieże, ebranie, gromadzenie wyłącznie ci, czyste nieobecności w szkole, opóźnienia

w nauce (Margolis 1998; Mellibruda i in. 1998).

Zaniechanie jest t form krzywdzenia dziecka, któr lekarz pracuj cy w ambulatorium czy szpitalu mo e najłatwiej i najcz ciej zauwa y . Nie wolno tego problemu przeoczy – by mo e wczesna interwencja na tym etapie, zorganizowanie pomocy dla tej konkretnej rodziny zaniechaj cej dziecko zapobiegnie pó niejszym tragediom. Lekarz powinny niepokoi dzieci, które nie zgłaszaj si na zalecone wizyty kontrolne (np. po chorobie), badania profilaktyczne, szczepienia ochronne – takim dzieciom nale y po wi ci wej czasu i ustali , co jest przyczyn zaistniałego stanu rzeczy.

W tym miejscu warto te wspomnie o zaniechaniu prenatalnym – definiowanym jako stan, w którym kobieta w ci y rozmylnie lub przez zaniechanie odnosi si do swego dziecka w sposób niezgodny z ł cz c je relacji i bez odpowiedniej troski. Sytuacja ta obejmuje takie zachowania, jak: palenie papierosów, picie alkoholu, za ywanie narkotyków, nadu ywanie leków, my li aborcyjne, unikanie kontrolnych wizyt lekarskich, niewykonywanie bada skринingowych (Wójcik 2007).

Stwierdzenie zaniechania prenatalnego stanowi czynnik ryzyka zaniechania noworodka, a pó niej niemowl cia i małego dziecka – dlatego tak wa ne jest dokładne zebranie przez lekarza/piel gniark wywiadu dotycz ce go przebiegu ci y.

Rola lekarza w profilaktyce krzywdzenia małych dzieci

Pracownicy ochrony zdrowia cz sto koncentruj si głównie na medycznej diagnozie urazów dziecka, zbyt mało uwagi po wi cają c rozpoznaniu krzywdzenia dziecka i profilaktyce tego tragicznego zjawiska. Dlaczego tak si dzieje?

Niew tpliwie lekarz rozpoznaje te choroby, o których wie i je pami ta. Z tego powodu jest tak wa ne wprowadzenie problematyki krzywdzenia dzieci do obowi zkowych programów studiów oraz specjalizacji lekarskich. Ka dy lekarz maj cy kontakt z dzie mi (pediatra, lekarz rodzinny, chirurg, ginekolog) powinien wiedzie o istnieniu rozpoznania T74 (zespół dziecka maltretowanego) i u ywa go zamiast innych diagnoz, cz ciowo opisuj cych stan dziecka (np. uraz głowy, złamanie ko czyny górnej). Lekarz musi

zna epidemiologi zjawiska, wiedzie np., e 50%–60% złama nieprzypadkowych dotyczy dzieci poni ej pierwszego roku ycia, 64% urazów głowy u niemowl t ma charakter nieprzypadkowy, 4%–9% dzieci hospitalizowanych z powodu oparze to ofiary krzywdzenia (Margolis 1998).

W zakresie działa profilaktycznych szczególnie wa ne jest, by lekarz znał czynniki ryzyka krzywdzenia małych dzieci, a w przypadku stwierdzenia co najmniej trzech – umiał podj decyzje co do dalszej opieki nad dzieckiem, np. zalecenie wizyt piel gniarki rodowiskowej, zorganizowanie pomocy opieki społecznej, psychologicznej. By działa efektywnie, lekarz musi wiedzie , do kogo mo e zwróci si z pro b o pomoc, musi zna nazwy instytucji pomocowych i ich adresy.

Wizyty domowe

W tym miejscu wielu oponentów wyrazi w tpliwó , sk d lekarz ma na to wszystko mie czas? Wydaje si jednak, e maksyma

„chcie znaczy móc” pozwoli rozwia tego typu w tpliwó ci. Lekarz sprawuj cy opiek nad dzieckiem obserwuje je nie tylko

w czasie wizyt w gabinecie, chociaż i wówczas może dostrzec niepokojące sygnały, wskazujące np. na zaniedbywanie dziecka – brak badań bilansowych, badań kontrolnych po chorobie, zaległo ci w realizacji programu szczepień ochronnych.

Lekarz ma także obowiązek odwiedzenia noworodka w domu – do 4 tygodni po wypisaniu ze szpitala (położna do 7 dni). Ta pierwsza wizyta w domu nowo narodzonego dziecka to doskonała okazja, by poznać bliżej rodzinę, jej stan nie tylko zdrowotny, ale także problemy psychologiczne, społeczne, ekonomiczne. To w czasie pierwszej wizyty można ocenić stan zaangażowania poszczególnych członków rodziny w opiekę nad dzieckiem, ocenić umiejętność pielęgnowania i żywienia dziecka.

W naszym kraju, jednym z ostatnich w Unii Europejskiej, funkcjonują jeszcze tzw. wizyty domowe u chorych dzieci – również w czasie ich odbywania można zwrócić uwagę na funkcjonowanie dziecka w rodzinie i zidentyfikować potencjalne czynniki ryzyka zachowań przemocowych. Programy wizyt domowych (w różnych krajach realizowane przez pielęgniarki, rodowiskowe, pracowników socjalnych, wolontariuszy) zostały zidentyfikowane jako jeden z najbardziej efektywnych środków prewencyjnych: zmniejszają ryzyko krzywdzenia dziecka, ograniczają aktualne tego

typu patologie poprzez np. dostarczenie informacji, wsparcie emocjonalne, pomoc wychowawczą, pomoc organizacyjną.

W Polsce wizyty domowe u nowo narodzonych dzieci obejmują wszystkie rodziny – jest to więc element prewencji pierwotnej. Lekarz wraz z pielęgniarką może i powinien uczestniczyć w edukacji rodziców – poprawa kompetencji rodzicielskich zmniejsza bowiem ryzyko zachowań przemocy i zaniedbywania.

W czasie wizyty domowej w rodzinie noworodka można także zauważyć symptomy depresji poporodowej, a cierpi na nią 1 na 1000 kobiet. Depresja poporodowa może wyrażać się w zaburzeniach relacji dziecko-matka, które mogą polegać na odrzuceniu dziecka lub okazywaniu obsesyjnej wrogości – kobiety reagują wówczas na potrzeby niemowlęcia poirytowaniem, krzykiem i złością, czemu mogą towarzyszyć agresywne wypowiedzi lub zachowania (np. potransformacja dziecka).

Chociaż zgromadzone dane naukowe nie wskazują na uniwersalną skuteczność programu wizyt domowych (najwięcej korzyści przynoszą one w rodzinach z problemami), jednak rodzice uczestniczący w takich programach ujawniają: mniejszą liczbę aktów krzywdzenia i zaniedbywania dzieci, lepszy stan zdrowia niemowlęcia i matki, bardziej pozytywne i przyjemne relacje rodzic-dziecko.

Trudno ci w nawiązaniu kontaktu z rodzicami

Cz sto lekarze mają obiekcje, że wykazują zbyt wielkie zainteresowanie stanem rodziny – poza aspektami zdrowotnymi – zostaną posądzeni o wtrącanie się w nie swoje sprawy. Bywa i tak, że rodzice uprzedzenia, np. przed wizytą w rodzinach dotkniętych problemem uza-

le nie. Lekarze cz sto uzywają w rozmowach z rodzicami slangu medycznego, przyjmują postawy oceniające, krytyczne – wszystko to może utrudniać kontakt z i tak już zestresowanymi rodzicami. Należy więc dążyć do poprawy umiejętności kontaktów interpersonalnych.

Czy profesjonaliści medyczni dostrzegają problem krzywdzenia dzieci?

Jesienią 2001 r. na terenie gminy Warszawa Włochy przeprowadzono badanie, którego celem było poznanie postaw pracowników różnych instytucji i służb społecznych wobec zjawisk określanych terminem „krzywdzenie dzieci” (Niko-

demska 2002). Badaniem objęte zostały cztery grupy zawodowe (łącznie 156 osób), w tym pracownicy służby zdrowia, pracownicy socjalni, policjanci oraz strażnicy miejscy i nauczyciele gimnazjów z terenu gminy.

Procedury postępowania pracowników ochrony zdrowia w sytuacji podejrzenia, że dziecko jest krzywdzone

Przedstawiciele służby zdrowia obowiązują przepisy (art. 304 k.p.k., art. 572 k.p.c. i art. 12 Ustawy o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie) dotyczące podejmowania interwencji. Nakładają się tu zatem dwa obowiązki – leczenia i zabezpieczenia przed krzywdzeniem, które w sytuacji krzywdzenia dziecka się uzupełniają.

Przepisy dotyczące zachowania tajemnicy zawodowej nie wykluczają podjęcia interwencji. Ustawa o zawodzie lekarza w art. 40 definiuje tajemnicę zawodową lekarza, jednak w § 2 określa możliwość odejścia od niej. Szczególnie należy zwrócić uwagę na pkt. 3 i 4. Lekarz może odstąpić od zachowania tajemnicy w sytuacji, gdy jej zachowanie może stanowić niebezpieczeństwo dla życia lub zdrowia pacjenta lub innych osób. Analogiczne przepisy dotyczące tajemnicy zawodowej znajdują się w Ustawie o zawodach pielęgniarki i położnej.

Procedura

1. W sytuacji stwierdzenia w czasie badania ambulatoryjnego lub szpitalnego krzywdzenia dziecka lekarz/pielęgniarka umieszcza w dokumentacji wewnętrznej (historii zdrowia i choroby) wpis o rodzaju, objawach zaobserwowanej przemocy oraz informacje uzyskane od dziecka i rodzica/opiekuna.

2. Lekarz/pielęgniarka przekazuje uzyskane informacje właściwemu przełożonemu (kierownik przychodni, ordynator/oddziałowa).

3. Przełożony składa zawiadomienie o podejrzeniu przestępstwa do prokuratury lub wniosek o wgląd w sytuację rodziny do Sądu Rodzinnego i Nieletnich.

4. W sytuacji bezpośredniego zagrożenia życia i zdrowia dziecka lekarz/pielęgniarka wzywa policję.

5. Lekarz może podjąć decyzję o zatrzymaniu dziecka w szpitalu, jeżeli uważa, że powrót do domu narazi dziecko na krzywdzenie. W przypadku podjęcia takiej decyzji ma obowiązek niezwłocznie powiadomić Sąd Rodzinny i Nieletnich właściwy dla położenia szpitala wraz z opisem sytuacji i przyczyn podjęcia działań.

ródło: (FDN 2008).

Respondenci audytoryjnie odpowiadali na 118 pytań. Z ankiety wynikało, że 6% pracowników ochrony zdrowia w swojej pracy ze-

tknęło się z problemem krzywdzenia fizycznego dziecka, 26% zna przypadki zaniedbywania dziecka, 11% zna przypadki krzywdzenia

emocjonalnego, 11% zna przypadki wykorzystywania seksualnego (Nikodemka 2002).

Ciekawe wyniki uzyskano także, badając opinie i postrzeganie problemu dziecka krzywdzonego przez studentów medycyny Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego. Według studentów problem przemocy w rodzinie jest częstym zjawiskiem; ostatnio coraz częściej nagłaśnianym w mediach.

Przed zajęciami prowadzonymi w Fundacji Dzieci Niczyje większość studentów nie miała możliwości omawiania tych zagadnień podczas studiów medycznych. Duży odsetek studentów (75%) nie wiedział, jak prawidłowo podejść do interwencji prawnej w przypadku podejrzenia przemocy lub zaniedbywania dziecka. Cieszy fakt, że ponad 80% badanych wyraziło chęć uczestniczenia w szkoleniu na temat interwencji prawnej na rzecz dziecka krzywdzonego, ale smuci, że tylko 10% osób

nie było tym zainteresowanych (Topczewska-Cabaneł 2008).

Natomiast zadziwia fakt, że aż 25% studentów po zdiagnozowaniu przez lekarza „zespołu dziecka krzywdzonego” uznało, że tajemnica lekarska powinna nadal obowiązywać, a jest to prawnie jedno z niewielu wskazań do zwolnienia z tego obowiązku, by przeciwdziałać przemocy.

Niedostateczna wiedza studentów, a podobnie także lekarzy w zakresie przemocy w rodzinie oraz podejmowania interwencji w przypadku stwierdzenia lub podejrzenia krzywdzenia dzieci może mieć znaczące następstwa, nie wykluczając możliwości zgonu małego pacjenta na skutek przemocy.

Wyniki ankiety potwierdzają konieczność omawiania ze studentami problematyki związanej z przemocą w rodzinie w programie nauczania medycyny rodzinnej (Topczewska-Cabaneł 2008).

Czy pracownicy ochrony zdrowia pomagają krzywdzonym dzieciom?

20% ankietowanych pracowników różnych instytucji i służb społecznych przyznało, że lekarze pomagają, ale nie było wśród nich pracowników pomocy społecznej i straży miejskiej. 25% pracowników ośrodków pomocy społecznej określa postawę lekarzy jako bierną (Nikodemka 2002).

Wyniki te przedstawiają pracownikom medycznych w niekorzystnym świetle i należy dołożyć wszelkich starań, by ta niekorzystna sytuacja zmieniła się. Najważniejsza jest edukacja lekarzy i pielęgniarek zarówno przed-, jak i podyplomowa.

By zapobiegać krzywdzeniu dzieci, lekarz powinien:

- 1) mieć wiedzę o epidemiologii, rodzajach przemocy i jej objawach;
- 2) znać i identyfikować czynniki ryzyka wystąpienia przemocy wobec dziecka;
- 3) obserwować dziecko i jego relacje z opiekunami w czasie wizyt w placówkach ochrony zdrowia;
- 4) realizować wizyty domowe, w czasie których można ocenić sytuację socjalną i ekonomiczną rodziny, a także kompetencje rodzicielskie;
- 5) znać organizacje, które pomagają w sytuacjach, gdy taka pomoc jest wskazana lub niezbędna.

The article presents the role of physicians in diagnosis and prevention of child maltreatment. The physician: pediatrician, general practitioner, surgeon or gynecologist must know epidemiology of the problem of child maltreatment, its forms and symptoms. The physician must know current legal norm, including necessity of reporting in a case of a diagnosis of child maltreatment. Home visits which are still present in our country provide an excellent occasion to identify not only health problems of a family but also psychological and social problems and create an opportunity to identify risk factors of maltreatment. The physician must also be aware of organizations and institutions which support help for families with the problem of domestic violence.

Literatura

- Banasiak-Parzych B. (2007), *Wczesna profilaktyka krzywdzenia dziecka a okoloporodowe zaburzenia emocjonalne i afektywne matki*, „Dziecko krzywdzone” nr 2(19), s. 72–83.
- Browne K.D., Hamilton-Giachritsis C.E. (2007), *Zapobieganie krzywdzeniu i zaniedbywaniu dzieci – podejście oparte na ocenie poziomu ryzyka*, „Dziecko Krzywdzone” nr 2(19), s. 28–39.
- FDN (2008), *Krzywdzenie dzieci, broszura dla profesjonalistów*, Warszawa.
- Mellibruda J., Durda R., Sasal D. (1998), *O przemocy domowej – poradnik dla lekarza pediatry*, Warszawa: Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych.
- Margolis A. (1998), *Zespół dziecka maltretowanego – diagnostyka medyczna*, Warszawa: Fundacja Dzieci Niczyje.
- Nikodemka S. (2002), *W słu bę dzieciom. Przemoc wobec dzieci – opinie i postawy słu b i instytucji społecznych*, „Niebieska Linia” nr 2, s. 19–24.
- Olds D.L., Henderson C., Eckenrode J., Kitzman H., Cole R., Telbaum R. (2007), *Wizyty domowe piel gniarek przed narodzinami dziecka i w okresie niemowl ctwa: najnowsze badania*, „Dziecko Krzywdzone” nr 2(19), s. 89–118.
- Piekarska A. (2004), *Child abuse and neglect*, w: W. Drewery, L. Bird (red.), *Human development in Aotearoa; a journey through life*, New Zealand: McGraw Hill, s. 157–159.
- Piekarska A. (2007), *Krzywdzenie dziecka z zaburzeniami rozwojowymi. Przegląd zagadnień teoretyczno-badawczych oraz zastosowanie taksonomii krzywdzenia dziecka*, „Dziecko Krzywdzone” nr 2(19), s. 63–71.
- Topczewska-Cabanek A., Nitsch-Osuch A., Kornatowska I., Lewandowska K., Sajkowska M., Zmarzlik M., Wardyn K. (2008), *Wiedza i opinie studentów na temat problemu przemocy w rodzinie – badanie ankietowe*, „Family Medicine & Primary Care Review”, vol. 10(3), s. 722–725.
- Wójcik W. (2007), *Wczesna diagnoza i interwencja wobec zachowań świadczących o zaniedbaniu prenatalnym*, „Dziecko Krzywdzone” nr 2(19), s. 119–129.

O AUTORZE

ANETA NITSCH-OSUCH jest adiunktem w Katedrze i Zakładzie Medycyny Rodzinnej Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, specjalistą pediatrą i epidemiologiem; propagatorką problematyki związanej z przemocą wobec dzieci w środowisku profesjonalistów medycznych, inicjatorką wprowadzenia zajęć dydaktycznych dotyczących przemocy w rodzinie do programów nauczania przed- i podyplomowego.