

Zgony dzieci a krzywdzenie dzieci

Projekt badawczy dotyczący klasyfikacji przyczyn zgonu w opiece szpitalnej

Opisany w artykule projekt badawczy miał na celu wyodrębnienie różnic pomiędzy zgonami dzieci przypisywanymi krzywdzeniu i zgonami, które nie są do tej kategorii zaliczane, a także opisanie sposobów i zakresu uwzględniania krzywdzenia jako potencjalnej przyczyny śmierci w przypadku zgonu dziecka. Podsumowując wnioski z badań autorzy formułują zalecenia, mające na celu ulepszenie procesu dochodzeniowego w przypadku śmierci dziecka.

Wprowadzenie

W Wielkiej Brytanii każdego roku umiera ponad 6 000 dzieci. Najczęściej rozpoznawane przyczyny śmierci różnią się w poszczególnych grupach wiekowych. Według danych z 1999 r., w Anglii i Walii najczęściej stwierdzane przyczyny zgonu w populacji dzieci od 1. do 15. roku życia to: urazy i zatrucia (24%), choroby nowotworowe (20%), choroby układu nerwowego i narządów zmysłów (13%). W przypadku niemowląt poniżej 1. roku życia (wyluczając zgony w okresie neonatalnym) w klasyfikacji przyczyn zgonu dominują stany niedokładnie określone (23%), wady rozwojowe wrodzone (20%), choroby układu oddechowego (11%) oraz choroby zakaźne i pasożytnicze.

Niektóre zgony można uznać za przewidywane, inne za niespodziewane. W obydwu kategoriach znajdują się przypadki, którym można było zapobiec, choć nie ma zgody co do tego, w jaki sposób. Dla przykładu: niezależnie od tego, czy mamy do czynienia ze zgonem niespodziewanym czy przewidy-

wanym, prawdopodobieństwo śmierci jest większe w przypadku dzieci ubogich, pochodzących z pewnych mniejszościowych grup etnicznych czy zamieszkujących określone regiony. Ubóstwo i środowisko życia to zaledwie dwa z wielu czynników, które mogą przyczynić się do śmierci dziecka, choć mechanizm takiego oddziaływania nie jest do końca jasny, skoro większość dzieci żyjących w podobnych warunkach nie umiera. Zjawiska i trendy dotyczące śmiertelności dzieci wskazują, że niektórym zgonom można by zapobiec: gdyby na przykład wskaźnik zgonów z powodu wypadków w grupie dzieci z niższych klas społecznych był taki sam jak w populacji dzieci reprezentujących środowiska zamożniejsze.

Nasza obecna wiedza dotycząca śmiertelności wśród dzieci opiera się przede wszystkim na tzw. migawkowym podejściu do danych epidemiologicznych (tzw. *snapshot*). Ten rodzaj analizy zapewnia szeroki przegląd różnych przyczyn zgonu, pozwala też na ocenę głównych tendencji i tren-

dów. Musimy sobie jednak zdawać sprawę, że u podstaw statystyki leżą określone praktyki decyzyjne i obowiązujące procedury. Ostatecznie podana przyczyna zgonu to wynik **procesu**, na który składa się obserwacja i rozpoznanie zewnętrznych i wewnętrznych oznak fizycznych, analiza informacji ujawnionych przez zaangażowane osoby, a następnie przyporządkowanie tak uzyskanych danych do jednej z dostępnych kategorii. Przyczyna zgonu to nie gotowa etykieta, ale wynik uwarunkowanego społecznie procesu. Zasadnicze pytanie stanowiące przedmiot niniejszego badania dotyczy właśnie sposobów wyjaśniania i określania **przyczyn śmierci dziecka**.

W niektórych przypadkach stosunkowo łatwo określić przyczynę zgonu. Chodzi tu na przykład o sytuacje, gdy dziecko od dawna cierpi na chorobę przewlekłą i jego śmierć jest spodziewanym następstwem takiej choroby. Jeśli przyczyna zgonu nie pozostawia wątpliwości, a dziecko znajdowało się pod opieką lekarza, lekarz taki może zaświadczyć o przyczynie śmierci. Nawet jednak w takich — zdawałoby się — jednoznacznych okolicznościach mogą pojawić się niejasności. W głównej części raportu odnosimy się do sytuacji dzieci niepełnosprawnych umierających w szpitalu: choć śmierć była w ich przypadku przewidywanym następstwem choroby, zdarza się, że umierają niespodziewanie, a przyczyna zgonu budzi wątpliwości. W przypadku takich pacjentów zgon można przypisać niepełnosprawności czy chorobie, mimo braku jasno określonej przyczyny. Kolejna sytuacja, gdy określenie przyczyny

śmierci zdaje się nie pozostawiać wątpliwości, to śmierć w wypadku. Analizując zebrane dane natknęliśmy się między innymi na przypadek dwójki dzieci, które zginęły w pożarze powstałym w wyniku pozostawienia w plastikowej wanience palących się świec. Rozważano tu możliwość zaniedbania, ostatecznie jednak zgony dzieci zaklasyfikowano jako efekt wypadku. Jednym z zagadnień, które wyłoniły się w toku badania był sposób wyjaśniania wątpliwości dotyczących przyczyny zgonu, sposób dochodzenia do pewności w tej kwestii, podejmowania decyzji o uznaniu przyczyn za naturalne bądź nie-naturalne oraz określenie akceptowanej społecznie definicji śmierci „wypadkowej”.

Jeśli mamy do czynienia ze zgonem niespodziewanym lub niewyjaśnionym, prawo nakłada obowiązek skierowania danego przypadku do lekarza medycyny sądowej. Większość zgonów, z którymi zetknęliśmy się analizując dane z dokumentacji medycznej to właśnie przypadki odsyłane do lekarza sądowego, wiele z nich można by określić jako zgony nagłe czy niespodziewane.

Kryteria pozwalające uznać zgon za niewyjaśniony czy niespodziewany także w pewnym zakresie pozostają niedookreślone, a kwalifikacji takiej dokonuje się indywidualnie w każdym przypadku. Istnieje lista kryteriów, które stanowią podstawę odesłania sprawy do rozpatrzenia przez lekarza sądowego, ale — tak w przypadku określenia przyczyny zgonu, jak i ustalenia przynależności do takiej kategorii — ostateczne rozpoznanie jest wynikiem pewnego procesu. Niektóre wyjaśnienia są akceptowalne, inne nie.

Informacje dotyczące związku pomiędzy zgonem dziecka a krzywdzeniem

Statystyki śmiertelności zawierają niewiele informacji o możliwym związku pomiędzy krzywdzeniem a zgonem dziecka; nie pokazują też w jaki sposób podejmuje się decyzję

o przyporządkowaniu danego przypadku do określonej kategorii. Pediatrzy i inni profesjonaliści badający problem krzywdzenia dzieci w wielu krajach świata gładzą się co do

dwóch kwestii. Po pierwsze: statystyki dotyczące krzywdzenia dziecka jako przyczyny śmierci są zaniżone, a pewne powiązania pomiędzy krzywdzeniem a śmiertelnością nie są uwzględniane w oficjalnym raportowaniu. Po drugie: istnieją liczne czynniki niesprzy-

jające podniesieniu świadomości dotyczącej związku pomiędzy krzywdzeniem a śmiercią dzieci, utrudniające oficjalne dostrzeżenie tego problemu i wprowadzenie właściwej rejestracji przypadków. Te dwa obszary wymagają dalszych badań.

Cele

W ramach niniejszego badania przyświecały nam następujące cele:

- wyodrębnienie różnic pomiędzy zgonami dzieci przypisywanymi krzywdzeniu

i zgonami, które nie są do tej kategorii zaliczane,

- opisanie sposobów i zakresu uwzględniania krzywdzenia jako potencjalnej przyczyny śmierci w przypadku zgonu dziecka.

Metody

W badaniu wykorzystano różnorodne metody mające na celu zebranie danych o charakterze jakościowym i ilościowym, odnoszące się do założonych celów analizy. Przed rozpoczęciem prac w terenie dokonano przeglądu literatury i istniejących badań dotyczących problematyki możliwych do uniknięcia zgonów dzieci. W lipcu 2000 r., na losowo dobranej próbie lekarzy pediatrów, przeprowadzono ogólnokrajowe badanie kwestionariuszowe dotyczące procesów informacyjnych w przypadkach niespodziewanych zgonów dzieci. W okresie od listo-

pada 2000 r. do lutego 2001 r. zrealizowano program obserwacji nieuczestniczącej na oddziale pomocy doraźnej; z kolei w okresie od marca 2001 r. do sierpnia 2001 r. przeprowadzono dogłębne wywiady z 28 pracownikami oddziałów pediatrii i pomocy doraźnej dwóch placówek szpitalnych. W rozmowach skupiano się na doświadczeniach personelu dotyczących zgonów dzieci. Zebrane dane pochodzą też z analizy dokumentacji medycznej dotyczącej śmierci dzieci na oddziale pomocy doraźnej jednego ze szpitali w okresie 1998–2000.

Kwestie etyczne

Projekt został przeanalizowany i zaakceptowany przez Komisję Etyczną Wydziału Nauk o Zdrowiu University of Central Lancashire. Zwrócono się też do lokalnych Komisji ds. Etyki Badań Naukowych przy dwóch jednostkach NHS (państwowej służby zdro-

wia) na północy Anglii z prośbą o zgodę na przeprowadzenie obserwacji i wywiadów na oddziałach pomocy doraźnej. Jeden ze szpitali wyraził stosowną zgodę, w drugim zezwolono jedynie na wywiady z personelem oddziału pediatrii¹.

¹ Wzbogaciło to nasze badania o dodatkową informację: część dzieci trafia do szpitali za pośrednictwem izby przyjęć/oddziału pomocy doraźnej, część z kolei trafia bezpośrednio na pediatrię lub jest tam odsyłana przez personel izby przyjęć.

Wyniki

Dane zebrane w toku badania — uzyskane w drodze obserwacji, wywiadów, przeglądu literatury i badania ankietowego — wskazują, że brak jest stosownych systemów służących gromadzeniu informacji ułatwiających lepsze uwidocznienie zależności pomiędzy krzywdzeniem a zgonami dzieci. Zgony dzieci z powodu krzywdzenia stają się przedmiotem dochodzenia pod warunkiem, że zostaną jako takie zaklasyfikowane. Badanie wykazało, że uznanie przypadku za krzywdzenie ma miejsce tylko wówczas, gdy dostępne są niezbita dowody, takie jak jednoznaczne oznaki urazu i przyznanie do winy rodzica lub opiekuna. Natknęliśmy się na przypadki, w których podejrzewano krzywdzenie, ale ze względu na brak dowodów potwierdzających taką tezę „ponad wszelką wątpliwość” przyczyna zgonu po-

zostawała ostatecznie nieokreślona. Wyniki analizy skłaniają do kilku smutnych konkluzji, a mianowicie:

- ze śmierci dzieci w niewielkim tylko stopniu wyciąga się wnioski, zarówno w kontekście służby zdrowia, jak i poza nią,
- zgony dzieci nie są w sposób systematyczny analizowane celem wykluczenia (bądź potwierdzenia), że ich przyczyną było krzywdzenie,
- dzieci, których życie — w sytuacji zagrożenia — uda się uratować, pod względem informacyjnym (dokumentacja, dalsze dochodzenie) nie odróżniają się od dzieci, które nigdy nie znalazły się w okolicznościach zagrażających życiu,
- w rutynowym postępowaniu wywiad socjalny nie jest traktowany na równi z danymi medycznymi.

Podsumowanie przeglądu publikacji

Przegląd aktualnych publikacji dostarczył znacznej ilości danych dotyczących różnego rodzaju zgonów dzieci. Analiza wykazała jednak także, że zasadnicze cele niniejszego badania były przedmiotem bardzo niewielu wcześniejszych projektów badawczych. Najnowsze publikacje skupia-

ją się na zależności pomiędzy krzywdzeniem a zgonami dzieci z punktu widzenia: a) ich związku z poszczególnymi zmiennymi, b) błędnej klasyfikacji przyczyny zgonu, c) rozróżnienia pomiędzy zabójstwem a krzywdzeniem oraz d) potrzeby lepszej informacji.

Powiązania z poszczególnymi zmiennymi

Wypadkowa śmierć dziecka wiąże się z obecnością podobnych czynników, które towarzyszą często krzywdzeniu, są to m.in.: ubóstwo, napięcia w rodzinie, brak opieki, złe warunki mieszkaniowe. Z kolei w przypadku zabójstw dzieci stwierdza się obecność: zaburzeń psychicznych u rodziców, chaotycznego lub przemocowego

środowiska domowego, przemocy wobec współmałżonka, problemów finansowych i mieszkaniowych. Zespół śmierci łóżeczkowej (SIDS, *Sudden Infant Death Syndrome*) koreluje z ubóstwem, stąd też niektóre dzieci zagrożone krzywdzeniem będą też narażone na ryzyko zgonu z innych powodów, np. w wyniku wypadku czy SIDS.

Błędna klasyfikacja przyczyny zgonu

Niektórzy badacze wskazują, że rozpoznanie zespołu śmierci łóżeczkowej może maskować przypadki zgonów, będących w rzeczywistości wynikiem celowego krzywdzenia dziecka (Creighton 1999; Hobby, Wynne 1996; Hobbs i wsp. 1995; Southall i wsp. 1997). Inni autorzy sugerują, że SIDS może być wykorzystywany

jako etykiетка, która pozwala uniknąć zadawania niewygodnych pytań dotyczących okoliczności śmierci dziecka w sytuacji, gdy podejrzewane jest krzywdzenie (Meadow 1999; Nam i wsp. 1989). Mniej wiadomo o niewłaściwej klasyfikacji zgonów wypadkowych czy innych przyczyn śmierci.

Rozróżnienie pomiędzy zabójstwem a krzywdzeniem

Źródła nie definiują jednoznacznie charakterystycznych cech zgonu w następstwie krzywdzenia. W swym przeglądzie literatury przedmiotu Hagell (1998) podsumowuje, że „na podstawie obecnego stanu wiedzy

nie potrafimy podać rozstrzygających różnic pomiędzy zabójstwem a krzywdzeniem (...) obydwie sytuacje są skomplikowane i do pewnego stopnia przynajmniej nakładają się na siebie”.

Udoskonalenie procesu zbierania informacji o przyczynie zgonu

W wielu opracowaniach pojawiają się sugestie wskazujące na konieczność prowadzenia stosownego dochodzenia, oględzin miejsca zgonu, analizy informacji o okolicznościach śmierci oraz zebrania wywiadu klinicznego i/lub socjalnego (Berry i wsp. 2000; Meadow 1999; Ruder, Duncan 1999; Willinger i wsp. 1991). Są to zalecenia akceptowane przez najważniejsze organizacje zajmujące się problematyką SIDS, w tym SIDS Network w USA czy Foundation for the Study of Infant Deaths (FSID) w Wielkiej Brytanii. Informacje tego rodzaju nie są obecnie standardowo gromadzone we wszystkich przypadkach śmierci dzieci, a jedynie w niektórych przypadkach rozpatrywanych przez lekarza medycyny sądowej i będących przedmiotem dochodzenia sądowego lub analizowanych w toku procedury SCR (*Serious Case Review*) prowadzonej przez ACPC (rejonowa komisja ds. ochrony dziecka).

Podsumowując: literatura przedmiotu wskazuje, że zgony dzieci w wyniku krzywdzenia mogą się po części nakładać z innymi rodzajami zgonów, choć charakter tego wzajemnego przenikania nie jest do końca jasny, nie wyróżniono też cech charakterystycznych zgonu z powodu krzywdzenia. Źródła są też stosunkowo zgodne w kwestii konieczności skutecznego gromadzenia informacji o zgonach dzieci.

Niniejsze badanie skupiło się więc na zupełnie nowym obszarze, jakim jest analiza procesów decyzyjnych realizowanych w placówkach służby zdrowia w odniesieniu do zgonów dzieci z powodu krzywdzenia. Dzięki analizie czynności związanych z gromadzeniem informacji, badanie wskazuje też możliwe sposoby ulepszenia procedur, co pozwoliłoby lepiej zrozumieć problematykę zgonów wśród dzieci i skuteczniej im zapobiegać.

Podsumowanie wniosków opartych na danych zebranych w ramach badania

Różnice pomiędzy zgonem dziecka uznawanym za związany z krzywdzeniem a zgonem dziecka zaklasyfikowanym do innej kategorii

Zgonu dziecka nie uznaje się za wynik krzywdzenia ani nie rozważa w kontekście krzywdzenia w sytuacjach niebudzących wątpliwości. Są to:

- zgony możliwe do przewidzenia, gdy na przykład dziecko podłączone jest do aparatury podtrzymującej życie lub cierpi na zagrażającą życiu chorobę;
- zgony dzieci cierpiących na choroby przewlekłe lub długotrwale niepełnosprawnych. Śmierć może być w takich przypadkach nieoczekiwana lub niewyjaśniona, ale w praktyce jest ostatecznie wiązana z historią choroby dziecka;
- zgony możliwe do wyjaśnienia w kontekście publicznym, na przykład wypadki komunikacyjne lub upadki w miejscach publicznych;
- zgony do których dochodzi w środowisku domowym i tłumaczone jako wypadek, jeśli przedstawione zostanie jednoznaczne wyjaśnienie okoliczności pozostające w zgodzie z urazami i objawami stwierdzonymi u dziecka.

Każda z tych kategorii może obejmować zgony będące w rzeczywistości wy-

nikiem krzywdzenia, w szczególności możemy tu mieć do czynienia ze sfabrykowaną lub fikcyjną chorobą, zaniedbaniem lub dzieciobójstwem. Ojciec może na przykład celowo rozbić samochód, w którym znajdują się jego dzieci. Jeśli wszyscy pasażerowie zginą, trudno odróżnić taką sytuację od wypadku komunikacyjnego. Ofiarami krzywdzenia mogą też być dzieci niepełnosprawne — krzywdzenie w tej sytuacji trudno wykazać, ponieważ rodzice wypracowują dobre relacje z personelem medycznym, a personelu nie dziwi zły stan zdrowia dziecka.

Wiele wypadków przeanalizowanych w ramach badania potencjalnie mogło mieć związek z zaniedbaniami. Przykładem może być śmierć przez zadzierzgnięcie w przypadku trzylatka, który w środku dnia bawił się na łóżku piętrowym. Oboje rodzice byli wówczas w domu, mimo tego śmierć dziecka zauważono dopiero po dłuższym czasie. Kolejny przykład to historia dwójki dzieci, które zginęły w pożarze. Źródłem ognia były świece zapalone w plastikowej wanience, po tym jak w domu odcięto elektryczność.

W jakim stopniu krzywdzenie brane jest pod uwagę w przypadku zgonu dziecka

W ramach obserwacji prowadzonych w Szpitalu A przeanalizowano w jakim zakresie krzywdzenie rozważane jest jako potencjalna przyczyna w przypadkach śmierci dziecka. Niektóre z poczynionych obserwacji mogą się odnosić do wielu szpitali, inne ograniczają się do analizowanej placówki. Dla przykładu: nie wszystkie szpitale na izbach przyjęć/oddziałach pomocy doraźnej zatrudniają wyspecjalizowa-

ne pielęgniarki zajmujące się zdrowiem dziecka i opieką na dzieckiem (tzw. *Health Visitors*) i nie wszystkie placówki dysponują protokołem zbierania informacji w przypadkach zgonu dziecka, jak miało to miejsce w Szpitalu A. We wszystkich placówkach szpitalnych obowiązuje jednak określona hierarchia, a personel interpretuje objawy i oznaki, opierając się w swoich działaniach na podobnych mechanizmach.

Wyniki obserwacji ograniczone w swym zasięgu do Szpitala A (izba przyjęć/oddział pomocy doraźnej):

- W przypadku zgonu dziecka Szpital A korzysta z usług wyspecjalizowanej pielęgniarki przeszkolonej w opiece na dzieckiem i tematyce zdrowia dziecka (*Health Visitor*). Do obowiązków takiej pielęgniarki należy w szczególności odnotowywanie wszystkich przypadków śmierci dziecka i omawianie ich w czasie rutynowych spotkań dotyczących ochrony dzieci — w spotkaniach takich w Szpitalu A biorą udział pediatry i przełożona pielęgniarka (ochrona dziecka).
- W ramach izby przyjęć/oddziału pomocy doraźnej funkcjonuje protokół informacyjny, realizowany w każdym przypadku zgonu dziecka. Stworzono go po części po to, aby członkowie personelu, którzy podejrzewają, że mogą mieć do czynienia z krzywdzeniem dziecka albo są przeświadczeni, że „coś jest nie tak”, mieli możliwość wyrażenia i zapisania tych podejrzeń.
- Zanim jeszcze kwestia krzywdzenia zostanie wzięta pod rozwagę, personel interpretuje dostrzeżone oznaki i objawy, co może prowadzić do rozbieżności i sytuacji spornych. Interpretacja taka nie opiera się wyłącznie na zastanych dowodach fizycznych, lecz uwzględnia też kontekst związany z opisem zdarzeń przedstawionym przez rodziców. Odbiegające od normy elementy takich opisów są podstawą do uznania danego przypadku za bardziej niepokojący w ocenie personelu.
- Źródłem podejrzeń bywa też zachowanie rodziców. Oczekiwania związane ze sposobem zachowania matki lub ojca pozostają w wyraźnym związku ze stereotypami dotyczącymi płci i klasy społecznej.
- Powodem do podejrzeń bywa też niemożność wyjaśnienia zdarzeń.
- W sytuacjach, gdy pierwotnie nie ma podejrzeń o krzywdzenie, wątpliwości mogą się pojawić w następstwie sekcji zwłok. Dla przykładu: sześciomiesięczna dziewczynka zmarła w wyniku zatrzymania oddechu. Choć brak było jednoznacznego wyjaśnienia przyczyny zgonu, po sekcji uwzględniono możliwość krzywdzenia, ponieważ autopsja ujawniła obecność wybroczyn pod skórą głowy.
- Podejrzewania dotyczące krzywdzenia były częściej podnoszone pod wpływem i w obecności specjalistów — na przykład pediatrów — którzy wyrażali duże zainteresowanie problemem krzywdzenia i stale poddawali tę kwestię pod rozwagę. Takie podejście było często określane przez resztę personelu jako „nadgorliwość” — doszukiwanie się krzywdzenia, a nie tylko wzięcie pod uwagę takiej możliwości.
- Fakt uwzględnienia krzywdzenia zależał często od tego, czy członkowie personelu byli zgodni w swojej ocenie sytuacji. Pracownicy nie zawsze tak samo postrzegają przypadki potencjalnego krzywdzenia, przez co wiele spraw, które mogły obejmować niewłaściwe traktowanie dziecka nie zostało skierowanych do dalszego rozpatrzenia.

Podsumowanie ustaleń dotyczących procedur informacyjnych

Poniższy fragment odnosi się do ogółu danych zebranych w toku obserwacji, wywiadów i ogólnokrajowego badania ankietowego. W analizowanych szpitalach nie

istniał system rutynowego i usystematyzowanego gromadzenia relewantnych informacji odnoszących się do krzywdzenia i zbieranych w przypadku zgonu dziecka,

niezależnie od okoliczności takiej śmierci. Poniższe wnioski dotyczą procedur informacyjnych realizowanych w następstwie śmierci dziecka. Ustalenia te poddano analizie pod kątem ich roli w rozpoznaniu krzywdzenia; wskazano też potencjalne

słabe punkty procesu diagnostycznego wynikające z braku uporządkowanego protokołu zbierania informacji. Wiele aspektów gromadzenia informacji nie sprzyja usystematyzowanemu rozpatrywaniu problemu krzywdzenia.

Rycina 1. Poszczególne aspekty zbierania informacji wpływające na rozpoznanie zgonów dzieci związanych z krzywdzeniem.

Ustalenie	Rola w procesie rozpoznania zgonu związanego z krzywdzeniem
Zbieranie wywiadu ma kluczową wartość, jeśli chodzi o uzyskanie pełnego wyjaśnienia sytuacji, ale jakość takiego wywiadu może być niska (po części w związku z brakiem czasu)	Zebranie szerokiego i szczegółowego wywiadu socjalnego jest niezbędnym warunkiem rozpoznania zgonu związanego z krzywdzeniem.
Konieczna jest interpretacja dowodów fizycznych oraz materiału dowodowego związanego z sytuacją socjalną i okolicznościami zdarzenia.	Warunkiem rozpoznania jest rutynowe uwzględnianie krzywdzenia jako potencjalnej przyczyny zgonu, nawet w sytuacjach, gdy jest to mało prawdopodobne.
Treść uzyskiwanych relacji i opisów jest wynikiem negocjacji i dialogu. W grę wchodzi tu jednak kwestia pozycji w hierarchii: niektóre relacje mogą bowiem przeważać nad innymi, jeśli zostaną tak określone przez osoby stojące wyżej w hierarchii.	Wątpliwości dotyczące ewentualnego krzywdzenia bywają odrzucane na podstawie hierarchicznych argumentów opartych na wiedzy lub doświadczeniu. Zauważono np., że niektórzy konsultanci rzadziej niż inni podchodzili poważnie do podejrzeń krzywdzenia.
Członkowie personelu starają się dopasować przedstawioną im relację do materiału dowodowego, którym dysponują.	Rodzice i opiekunowie mogą fabrykować swoje relacje, dopasowując je do materiału dowodowego i maskując tym samym krzywdzenie.
Personel częściej bierze pod uwagę krzywdzenie, jeśli wiadomo o wcześniejszych incydentach tego rodzaju.	W przypadku niemowląt informacje o wcześniejszych incydentach mogą być niedostępne lub incydenty takie nie zostały odnotowane. Niektóre przypadki krzywdzenia mogą być pierwszymi zdarzeniami tego rodzaju.
Brak dostępu do tłumaczy oznacza, że niektórzy pacjenci nie mają możliwości przedstawienia wyjaśnień. Rodzic mówiący po angielsku może też narzuć swoją wersję wydarzeń, ignorując relację rodzica nie znającego języka.	Rozpoznanie przypadków krzywdzenia w znacznym stopniu opiera się na relacjach werbalnych, stąd też jest duże prawdopodobieństwo przeoczenia takiej sytuacji w rodzinach, dla których angielski nie jest językiem ojczystym.
Źródłem specjalistycznej wiedzy medycznej dotyczącej zdrowia dzieci są pediatrzy i lekarze patolodzy dziecięcy, nie zawsze jednak na oddziale jest do nich dostęp.	Jeśli brak specjalistycznej wiedzy medycznej dotyczącej krzywdzenia, część przypadków może zostać przeoczona.
Przypadki zgonów dzieci rozpatrywane są indywidualnie, inaczej w każdej sytuacji; często brak jest ciągłości jeśli chodzi o zaangażowany personel.	Nie monitoruje się zgonów związanych z krzywdzeniem.
Śmierć dziecka jest wydarzeniem trudnym i obciążającym personel, wielu pracowników czuje potrzebę wsparcia emocjonalnego.	Emocje związane ze śmiercią dziecka mogą budzić współczucie dla rodziców, personel stara się oszczędzić im dalszych cierpień, które mogłyby wynikać z rozpoznania krzywdzenia.

Ustalenie	Rola w procesie rozpoznania zgonu związanego z krzywdzeniem
Pracownicy zgodnie twierdzą, że na wszystkich poziomach kształcenia medycznego i pielęgniarstwa konieczne są kursy uczące radzenia sobie ze śmiercią, w tym śmiercią dziecka. Niektórzy przedstawiciele personelu mówią o presji związanej z koniecznością realizacji założeń organizacyjnych danej placówki — na przykład skrócenie czasu oczekiwania na pogotowie ratunkowe — co postrzegane jest jako ważniejsze niż dbałość o pracownika.	Poprawa kształcenia może się przekładać na skuteczniejsze rozpoznawanie zgonów z powodu krzywdzenia i lepsze radzenie sobie w takich sytuacjach.
Personel medyczny w coraz większym stopniu pracuje w atmosferze obaw związanych z odpowiedzialnością prawną. Pracownicy niechętnie formułują więc jednoznaczne oceny wskazujące na krzywdzenie — nawet w sytuacji, gdy uznają takie podejrzania za prawdopodobne. Wolą przekazać relewantne informacje innym uczestnikom procesu (np. opieka społeczna, biuro lekarza sądowego), w nadziei, że zostaną wyciągnięte podobne wnioski.	Niechęć do rozpoznawania przypadków krzywdzenia na podstawie oceny prawdopodobieństwa sprawia, że konieczne jest dysponowanie niezbitymi dowodami, co w sprawach o krzywdzenie rzadko jest możliwe.

Gromadzenie informacji to proces rozciągający w czasie

Proces ten zaczyna się w chwili pierwszego kontaktu z ratownikiem medycznym lub personelem pielęgniarstwa. Dostępne informacje zmieniają się w czasie. Wynika to z następujących przyczyn:

- w początkowym okresie po zdarzeniu dostępne źródła informacji są ograniczone, ma to też związek ze zdenerwowaniem rodziców i ich dostępnością;
- rodzice/opiekunowie modyfikują swoje wyjaśnienia opisujące okoliczności, które doprowadziły do hospitalizacji;
- koordynacja procesów informacyjnych; w szczególności chodzi tu o sytuacje, gdy na początkowym etapie poczynione zostaną pewne obserwacje, ale nie zostaną one formalnie zapisane do momentu, gdy podobne uwagi zgłoszą inni członkowie personelu.

Standardowo zbierane informacje gromadzone są w różnych celach. Są to m.in.:

- identyfikacja dziecka w systemie archiwizacji danych (imię i nazwisko, data urodzenia i adres),
- decyzja o wymaganej interwencji terapeutycznej (okoliczności prowadzące do urazu, choroby lub zgonu, dokumentacja medyczna, historia choroby dziecka i wywiad rodzinny),
- informacja dla innych zaangażowanych jednostek/profesjonalistów i uzyskanie informacji zwrotnych o ewentualnych powodach do obaw (dane kontaktowe rodziców, lekarza pierwszego kontaktu, pielęgniarek wyspecjalizowanych w zdrowiu dziecka, szkoły i pielęgniarki szkolnej, opieki społecznej),
- zapewnienie opieki/pomocy dziecku i jego rodzinie.

Sposoby zapisu i archiwizacji informacji różnią się w poszczególnych szpitalach

W ramach izby przyjęć i oddziału pomocy doraźnej Szpitala A dane są najpierw zapisywane w karcie przyjęcia pacjenta do izby przyjęć (tzw. *casualty card*). W przypadku śmierci dziecka, informacje trafiają następnie do specjalnego systemu określonego mianem „zielonych folderów”. System ten jest rozwiązaniem swoistym dla Szpitala A, został stworzony przez jednego z tamtejszych konsultantów, który miał wątpliwości co do jakości danych dostępnych po śmierci dziecka. Wypełnienie folderu wymaga od pracownika sprawdzenia, czy uzyskano potrzebne informacje

i czy poinformowano odpowiednie osoby, pracownik ma też odnotować wszelkie dodatkowe spostrzeżenia (w tym podejrzenia dotyczące przyczyny zgonu lub uwagi na temat rodziców) i przekazać standardowe informacje rodzicom. W Szpitalu B, w ramach tamtejszego oddziału pediatricznego, dla każdego przyjętego dziecka wypełniano multidyscyplinarny formularz oceny, a karta pacjenta zawierała szczegółowe obserwacje, opis podjętych interwencji i wszelkie inne relewantne detale. Nie istniał natomiast odrębny system archiwizacji informacji po śmierci dziecka.

Zaobserwowano dwa podstawowe rozróżnienia pomiędzy poszczególnymi typami informacji, które mogą mieć związek z udoskonaleniem procesu zbierania danych w kontekście zgonu dziecka:

- **Informacja medyczna a informacja socjalna.** Dane medyczne dotyczą postawionego rozpoznania, podjętych interwencji klinicznych i historii choroby. Informacje socjalne odnoszą się na ogół do kontaktów z opieką społeczną, opisują sytuację pomiędzy rodzicami, zawód rodzica, miejsce zamieszkania rodziny, mowią o rodzeństwie i bliskich krewnych. Od czasu do czasu wspomina się też o opiece nad dzieckiem, ale brak systematycznego podejścia do informacji o opiece nad dzieckiem i relacji pomiędzy dzieckiem a opiekunem przed zdarzeniem.
- **Informacje gromadzone przed i po śmierci dziecka.** W Szpitalu A „zielone foldery” wypełniano tylko w sytuacji zgonu dziecka. W Szpitalu B nie stosowano podobnego systemu. W obydwu placówkach zapisy dotyczące dzieci, które przeżyły zagrażające życiu incydenty (sytuacje nie zakończone zgonem) znajdowały się w karcie przyjęcia pacjen-

ta od izby przyjęć i były raczej skrótowe. Okoliczności, które doprowadziły do niebezpiecznego zdarzenia mogły tu być jednak bardzo podobne do tych, które w przypadku innych dzieci zakończyły się śmiercią. W niektórych sytuacjach — gdy np. dziecko poddawane jest resuscytacji — różnica pomiędzy dzieckiem, które przetrwa i tym, które umiera ogranicza się tylko do wyniku interwencji medycznej. Jeśli do zgonu dziecka dochodzi w nieoczekiwanych lub niewyjaśnionych okolicznościach, na ogół wykonywana jest sekcja zwłok. Brak jednak analogicznego dochodzenia w sytuacji, gdy dziecko przeżyje bezpośrednie zagrożenie życia. Stąd też informacje dotyczące dzieci, które przetrwały takie zagrożenie mogą pozostać niedostrzeżone, w szczególności odnosi się to do danych określających kontekst społeczny zdarzenia i okoliczności prowadzących do niebezpiecznego incydentu.

Proces zbierania informacji jest niejednorodny

Jakość zgromadzonej informacji zależy od umiejętności i doświadczenia personelu. Członkowie personelu w ramach procesu zbierania danych przyjmują różne role i zbierają informacje odpowiadające danej roli. Proces zbierania informacji jest wieloetapowy: trwa od pierwszego kontaktu z ratownikiem medycznym, przez rejestrację, przyjęcie na oddział, resuscytację, przeniesienie na

oddział intensywnej opieki lub oddział neonatologiczny i przeniesienie do innego szpitala, przez ocenę patologiczną, aż po zaangażowanie lekarza sądowego i policji. Pytani pracownicy szpitala w większości sugerowali, że omawianie zakończonego przypadku byłoby okazją do nauki, wyciągania wniosków i zwrócenia uwagi na informacje wcześniej niedostrzeżone.

Kluczowe informacje dotyczące tła zdarzeń bywają niedostrzegane

Sposób zapisu i przechowywania informacji nie ułatwia odnajdywania relevantnych treści. Dla przykładu: zapewne nie zwrócono by uwagi na zgon lub zagro-

żenie życia rodzeństwa albo wcześniejszą wizytę na urazówce, jeśli miała miejsce w innym rejonie albo więcej niż dwa lata temu.

Nie wszystkie informacje zostają odnotowane

Uzyskane dane mogą być przekazywane innym osobom, odnotowane (ustnie lub na piśmie) do wykorzystania w przyszłości albo zapisane w dokumentacji. Nie wszystkie informacje są przez personel zapisywane; zdarza się, że pracownicy przekazują tylko pewne informacje dalej, jeśli uzna-

ją je za ważne. Tworzy to możliwość utraty danych, ponieważ pracownicy zmieniają stanowiska, pracują na różnych zmianach i w różnych miejscach. Gromadzenie informacji to proces zespołowy, nie ma więc pojedynczej osoby, która byłaby za niego odpowiedzialna.

Podsumowanie ustaleń z ogólnokrajowego badania kwestionariuszowego przeprowadzonego wśród lekarzy pediatrów

- Zdaniem 45% respondentów proces gromadzenia informacji dotyczących zgonów dzieci nie wymaga modyfikacji, 31% uznało istniejący system za niewystarczający. Oznacza to, że praktyka postępowania jest różna w różnych placówkach, a zbieranie informacji o zgonach dzieci nie jest zestandaryzowane.
- Większość ankietowanych uznała, że przedstawiciele zawodów medycznych mają do odegrania istotną rolę w zbiera-

niu szerokiej gamy informacji, w tym danych dotyczących relacji w rodzinie, stanu zdrowia rodzeństwa, psychicznego/fizycznego stanu rodziców/opiekunów czy jakości opieki i nadzoru nad dzieckiem. Opinia taka odnosiła się do sytuacji zgonów związanych z krzywdzeniem, zgonów w wyniku wypadku lub samokrzywdzenia. Tylko niewielka grupa respondentów była zdania, że zbieranie tego typu informacji nie należy do

obowiązków pracowników medycznych. Kwestionariusz nie pozwalał określić zakresu zbieranych informacji, ich jakości czy szczegółowości. Możliwe, że wymienione kwestie podlegają analizie, ale — jak wykazały obserwacje i wywiady — zapewne w ograniczonym zakresie.

- Czynniki, które najczęściej wzbudzają podejrzenia lekarzy w kontekście zgonu dziecka to w pierwszej kolejności nielogiczne wyjaśnienia rodziców/opiekunów (80% ankietowanych wymienia ten element na pierwszym, drugim lub trzecim miejscu). Kolejne pozycje zajmują nietypowe zasinienia (62% wymienia ten czynnik jako pierwszy, drugi lub trzeci) i śmierć innego dziecka w tej samej rodzinie (46%). Świadomość faktu, że dane dziecko znajduje się w Rejestrze Ochrony Dzieci (*Child Protection Register*) i znajomość wcześniejszej historii medycznej dziecka zostały ocenione jako ważne przez około jedną trzecią ankietowanych.
- Zdecydowana większość respondentów (79%) za najważniejszy rodzaj interwencji pozwalającej zapobiegać zgonom dzieci uznała wsparcie dla dzieci i opiekunów z grup wysokiego ryzyka. Niewiele mniejsza grupa (75%) opowiedziała się

za zintensyfikowaniem ścisłego monitorowania dzieci z grup ryzyka. Zdaniem 61% respondentów priorytetem powinno być lepsze szkolenie przedstawicieli zawodów medycznych. Gromadzenie informacji uznawano za mniej istotne, podobna liczba respondentów (38%) poparła pomysł udoskonalenia procesów zbierania danych o zgonach dzieci w ogóle, jak i ideę ulepszenia gromadzenia informacji o zgonach budzących podejrzenia (35%).

- 89% pediatrów stwierdziło, że opieka społeczna powinna odgrywać główną rolę w pracy z rodzinami z grup ryzyka, kolejne miejsce zajęła służba zdrowia, a następane — placówki edukacyjne. Mniej niż jedna czwarta badanych uznała, że policja powinna być zaangażowana w monitoring grup ryzyka. Wielu lekarzy podkreślało, że monitorowanie powinno się opierać na współpracy multidyscyplinarnej, pod przewodnictwem opieki społecznej. Nieliczni respondenci odpowiedzialność za monitorowanie przypisywali innym jednostkom, m.in.: lekarzom rodzinnym, niezależnym instytucjom, zaufanym krewnym czy wyodrębnionym do tego celu jednostkom policji.

Zalecenia

Brak jest zbiorowych wysiłków, mających na celu ulepszenie w przyszłości możliwych strategii zapobiegania zgonom dzieci. Zakłada się, że cytowane na wstępie statystyki zebrane przez ONS (brytyjski główny urząd statystyczny) stanowią wystarczające dane epidemiologiczne. Niniejsza analiza wskazuje, że każda kategoria przyczyn zgonu kryje w sobie szeroką gamę możliwych historii o życiu i o śmierci. Historie te pokazują, że prowadząc działania profilaktyczne nie wystarczy opierać się na gotowych założeniach dotyczących zawartości danej kategorii. Dla przykładu — kategoria „wypadki”: nie wystarczy

przyjąć, że określona liczba dzieci ginie w wypadkach i opierając się na tej statystyce skupić się na prewencji wypadków w ogóle. „Wypadek” mógł być w danej sytuacji, w przypadku konkretnego dziecka, kategorią „najbardziej pasującą” w określonych okolicznościach. Nie oznacza to jednak, że jest to kategoria najdokładniej odzwierciedlająca istotę problemu, a więc ta, na której należy się skupić w działaniach prewencyjnych. Osoby biorące udział w klasyfikowaniu przyczyn zgonu uważają, że przyporządkowana etykieta najlepiej opisuje stan rzeczy, ale nie możemy mieć co do tego pewności. Nie istnieje bowiem proces

analizowania i monitorowania zgonów dzieci, a co za tym idzie — zakres możliwości dochodzeniowych jest ograniczony. Spostrzeżenia i uwagi zawarte w niniejszym raporcie wskazują, że wiele można by się dowiedzieć bardziej dogłębnie analizując każdy przypadek śmierci dziecka, niezależnie od okoliczności zgonu. Aby ulepszyć proces dochodzeniowy, sugerujemy następujące działania:

- Przyjąć bardziej wszechstronne podejście do zbierania informacji, np. takie jak opisano w dokumencie *Framework for the Assessment of Children in Need and their Families* (DoH i wsp. 2000).
- Rozszerzyć zakres zbieranych informacji, uwzględniając dane z okresu przed śmiercią dziecka, aby dowiedzieć się jak najwięcej o życiu dziecka. Gromadzić informacje w drodze wywiadów lub wykorzystując autopsję werbalną, wykorzystując rozszerzony model pracy z rodziną, stosowany przez pracowników społecznych.
- Udoskonalić zapis wszystkich informacji uzyskiwanych od chwili przyjęcia dziecka do szpitala, po zgon, przeżycie lub przeniesienie pacjenta na inny oddział. Rozważyć możliwość wykorzystania do tego celu dyktafonów lub kamer wideo.
- Gromadzić więcej informacji o dzieciach, które doświadczają (niezakończonych zgonem) sytuacji zagrażających życiu.
- Zwiększyć dostępność tłumaczy współpracujących z personelem szpitalnym i rodzinami w sytuacji zagrożenia życia dziecka lub jego śmierci.
- Poprawić koordynację procesów informacyjnych, aby ujednocilić zbieranie danych. W szpitalach należy wyznaczyć pracownika pełniącego rolę łącznika pomiędzy personelem szpitala w przypadku śmierci dziecka.
- Zapewnić rodzinie stały dostęp do aktualnych informacji, łączność z personelem, szczerą i otwartą komunikację.
- We wszystkich szpitalach wdrożyć protokołów postępowania w przypadku śmierci dziecka, taki jak system „zielonych folderów” wykorzystywany w Szpitalu A.
- Zapewnić personelowi większe możliwości wymiany informacji i śledzenia rozwoju wypadków w sprawie konkretnego pacjenta; określić potrzeby personelu związane ze wsparciem i szkoleniami.
- Poprawić wymianę informacji i integrację współpracy multidyscyplinarnej pomiędzy szpitalem a lokalnymi ośrodkami opieki zdrowotnej i opieki społecznej.
- Rozszerzyć istniejące obecnie procedury monitorowania przypadków zgonów dzieci, aby przyjęte podejście było bardziej wszechstronne; można udoskonalić amerykański model monitorowania śmiertelności i dopasować go do potrzeb brytyjskich. W szczególności należy położyć większy nacisk na wywiad socjalny, relacje z osobami bliskimi dziecka i stosowane przez nich metody wychowawcze. Przykłady takich wymaganych informacji zawarto w dokumencie *Framework for the Assessment of Children in Need and their Families* (DoH i wsp. 2000).
- Poddawanie przeglądowi i analizie tylko spraw, w których brano pod uwagę krzywdzenie dziecka — jak proponowano w ramach Victoria Climbié Inquiry (Laming 2003) — może doprowadzić do przeoczenia pewnej liczby zgonów związanych z krzywdzeniem. Uwzględnienie danej sprawy w przeglądzie wymagałoby bowiem zaklasyfikowania jej *a priori* jako przypadku krzywdzenia, a taka klasyfikacja może nie pojawić się bez dokładniejszego przeglądu.
- Rozważyć zwiększenie roli lekarza medycyny sądowej — zgodnie z zaleceniami *Review of Coroners* (Luce 2003) — i zastanowić się, czy instytucja lekarza sądowego nie jest właściwym miejscem dla procesu przeglądu i analizy przypadków.
- Poszerzyć proces przeglądu i analizy przypadków, aby objąć nim także sytuacje, w których dziecko otarło się o śmierć. Wymagałoby to stworzenia oddzielnego protokołu.

- W związku z trudnościami w uzyskiwaniu niezbitych dowodów świadczących o krzywdzeniu, stworzyć silniej wspierający system postępowania z dziećmi i rodzeństwem dzieci określanych przez personel jako „przypadki niepewne”.
- Zapewnić dodatkowe wsparcie dzieciom i rodzinom w następujących okolicznościach: dziecko, które znalazło się w sytuacji zagrożenia życia z powodów określanych jako „wypadkowe”, z powodu **możliwego** lub potwierdzonego krzywdzenia albo samokrzywdzenia; liczne hospitalizacje dziecka, w których przyczyna urazu/choroby pozostaje niejasna; dzieci z tych samych rodzin co dziecko często hospitalizowane; dzieci z rodzin, w których doszło do zgonu innego dziecka. Niemowlęta poniżej 1. roku życia należy uznawać za szczególnie zagrożone, w związku z tym, że ta grupa wiekowa dominuje w statystykach zgonów dzieci. Zwiększonej uwagi wymagają też dzieci niepełnosprawne, często hospitalizowane z przyczyn niezwiązanych bezpośrednio z niepełnosprawnością.
- Zwiększyć ilość szkoleń przeznaczonych dla przedstawicieli zawodów medycznych i pracowników opieki społecznej, dotyczących problematyki śmierci dziecka. Samo szkolenie nie rozwiąże jednak problemów

z wykrywalnością, muszą mu towarzyszyć zsynchronizowane działania zmniejszające nieufność pomiędzy poszczególnymi instytucjami i identyfikujące przeszkody utrudniające postępowanie w sprawach związanych z krzywdzeniem.

Analizując powyższe zalecenia nie należy zapominać, że oddziały szpitalne cierpią zazwyczaj na niedobory personelu, są niedofinansowane, a ich pracownicy nie mogą poświęcać zbyt wiele czasu na dogłębną analizę każdego przypadku zgonu dziecka. Część opisanych rozwiązań wymaga dostępu do znacznych zasobów; inne ograniczają się do zmiany stosowanej praktyki nie pociągając za sobą dodatkowych nakładów. Wdrożenie rutynowego i bardziej usystematyzowanego schematu gromadzenia informacji o zgonach dzieci i o sytuacjach zagrożenia życia dzieci wiązałoby się z niewielkimi kosztami, przy założeniu współpracy ze strony personelu szpitali.

Badania zostały sfinansowane przez NSPCC. Przedruk za zgodą NSPCC i Autorów, ze strony: www.nspcc.org.uk. Tytuł oryginału: *The relationship between child death and child-maltreatment. A research study on the attribution of cause of death in hospital settings*, maj 2004 r.

Za tłumaczenie odpowiada tłumacz: Anna Czajkowska-Błaziak

The described research project focused on identifying the differences between child deaths that are attributed to child maltreatment and those that are not. It additionally reported on the method and extent to which child maltreatment is a consideration when a child dies. In summary of their findings, the authors offer some recommendations aimed at improving the enquiry process in the cases of child death.

Literatura

Berry J., Allibone E., Mckeever P., Moore P., Wright C., Fleming P. (2000), *The pathology study: the contribution of ancillary pathology tests to the investigation of unexpected infant death*, w: Fleming P., Blair P., Bacon C., Berry J. (red.), *Sudden unexpected deaths in infancy: the confidential enquiry for still births and deaths in infancy (CESDI). Sudden unexpected deaths in infancy (SUDI). Studies 1993–1996*, London: TSO.

- Creighton S.J. (1999), *Childhood Deaths Reported to Coroners: An Investigation of the Contribution of Abuse & Neglect*, unpublished draft report.
- Department of Health (DOH 2000), Department for Education and Employment (DfEE) and the Home Office, *Framework for the Assessment of Children in Need and their Families*, London: TSO.
- Hagell A. (1998), *Dangerous care: reviewing the risks to children from their carers*, London: Policy Studies Institute.
- Hobbs C.J., Wynne J.M., Gelletlie R. (1995), *Leeds inquiry into infant deaths: the importance of abuse and neglect in sudden infant death*, *Child Abuse Review*, 4, s. 329–339.
- Hobbs C.J., Wynne J.M. (1996), *Child abuse and sudden infant death*, *Child Abuse Review*, 5, s. 155–169.
- Laming A.D. (2003), *The Victoria Climbié Inquiry*, London: TSO.
- Luce T. (2003), *Death certification and investigation in England, Wales and Northern Ireland the Report of a Fundamental Review 2003*, London: TSO.
- Meadow R. (1999), *Unnatural sudden infant death*, *Archives of Disease In Childhood*, 80, s. 7–14.
- Nam C.B., Eberstein I.W., Deeb L.C. (1989), *Sudden Infant Death Syndrome as a socially determined cause of death*, *Social Biology*, 36:1/2, s. 1–8.
- Reder P., Duncan S. (1999), *Lost Innocents: A Follow-Up Study of Fatal Child Abuse*, London: Routledge.
- Southall D.P., Plunkett M.C.B., Banks M.W., Falkov A.F., Samuels M.P. (1997), *Covert video recordings of life-threatening child abuse: Lessons for child protection*, *Pediatrics*, 100:5, s. 735–760.
- Willinger M., Stanley James L., Catz C. (1991), *Defining the Infant Death Syndrome (SIDS): Deliverations of an expert panel convened by the National Institute of Child Health & Human Development*, *Fetal & Pediatric Pathology*, 11, s. 677–684.

O AUTORACH

CORINNE MAY-CHAHAL jest profesorem stosowanych nauk społecznych na Uniwersytecie Lancaster. Ma ponad 30-letnie doświadczenie w prowadzeniu badań i działań edukacyjnych w dziedzinie ochrony dzieci. Jej zainteresowania badawcze koncentrują się wokół zjawiska odporności (*resilience*) w karierze przestępczej oraz tworzenia narzędzi opartych na zasadach etycznych, wspierających organy ścigania w kontrolowaniu społeczności internetowych w celu skutecznej ochrony dzieci. Koordynowała kilka europejskich projektów dotyczących ochrony dzieci oraz doradzała jako ekspert WHO i Europejskiemu Komitetowi Ekonomiczno-Społecznemu. Jest autorką wielu artykułów i książek, m.in.: *Safeguarding Children and Young People* (ze Stellą Coleman), *Child Sexual Abuse in Europe* (z Marią Herczog) oraz *Making a Case in Child Protection*.

STEPHEN HICKS jest wykładowcą na Wydziale Pracy Socjalnej, Psychologii i Zdrowia Publicznego Uniwersytetu w Salford. Prowadzi zajęcia z zakresu pracy socjalnej, a także studia doktoranckie oraz program DProf w Kolegium Zdrowia i Opieki Socjalnej. Jest współredaktorem publikacji *Lesbian and Gay Fostering and Adoption* (1999), a wkrótce ukaże się jego książka *Lesbian, Gay, and Uueer Parenting: A Sociological Account* nakładem wydawnictwa Palgrave Macmillan.

JO CUNNINGHAM jest wicedziekanem Wydziału Pracy Socjalnej Uniwersytetu Central Lancashire. Od 13 lat kieruje na tej uczelni kształceniem studentów w dziedzinie pracy socjalnej. Jej zainteresowania badawcze obejmują wypadki i zabójstwa dzieci oraz znaczenie polityki azylowej dla dzieci i rodzin. Jest także autorką podręcznika akademickiego na temat roli podejścia socjologicznego do praktyki pracy socjalnej.