

## UDZIAŁ PIELĘGNIARKI W ROZPOZNAWANIU SYNDROMU DZIECKA MALTRETOWANEGO, PRZYJĘTEGO NA ODDZIAŁ CHIRURGII DZIECIĘCEJ



### Participation of nurses in the diagnosis of abused child syndrome, admitted to the pediatric surgery department

Karolina Jakieta<sup>1</sup>, Katarzyna Curył<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Klinika Intensywnej Terapii i Anestezjologii, SPSK1 we Wrocławiu  
<sup>2</sup>24. Wojskowy Szpital Kliniczny z Polikliniką we Wrocławiu

Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne 2011; 3: 125-131

Adres do korespondencji:

Karolina Jakieta, Klinika Intensywnej Terapii i Anestezjologii, SPSK1 we Wrocławiu, ul. Chałubińskiego 1, 50-368 Wrocław, tel. 510 080 630, e-mail: karolina.rudek@gmail.com

#### Streszczenie

Bez wątplenia problem dziecka maltretowanego pogłębia się, a wiele dzieci dorasta w warunkach, które fizycznie i psychicznie okaleczają je na całe życie. Krzywdzenie dzieci staje się problemem zdrowia publicznego, dlatego też rozwijanie umiejętności rozpoznawania tego zjawiska jest niezwykle ważne.

Pielęgniarki pracujące na oddziale chirurgii dziecięcej powinny znać objawy widoczne w badaniu podmiotowym i przedmiotowym dziecka oraz posiadać umiejętności szukania dowodów na stosowanie wszystkich form przemocy. Najważniejsze są jednak wrażliwość, wyczulenie i osobista odpowiedzialność. Dopiero wtedy szansa na przerwanie procesu krzywdzenia dziecka wzrasta.

#### Summary

Without a doubt, a problem child abused growing. This leads to the fact that many children growing up in conditions that physically and mentally disabling them for life. Child abuse is a public health problem, which need to develop skills to recognize the phenomenon of child abuse is extremely important.

Nurses working in a department of pediatric surgery, must necessarily be familiar with the symptoms apparent in the subjective and objective examination of the child, and have the ability to search for evidence of all forms of violence. But most important is to develop sensitivity, awareness and personal responsibility. Only then the chance of breaking-up of child abuse increases.

#### Wstęp

Dziecko, jako najwyższe dobro rodziny, podstawowej komórki społecznej i ludzkości, powinno być szanowane i jak najlepiej wychowywane poprzez dawanie dobrego przykładu, z zastosowaniem systemu nagród czy ponoszenia konsekwencji, a nie dotkliwe karami i krzywdzenie. Syndrom dziecka maltretowanego nie jest zjawiskiem nowym, nowy jest jedynie termin określający problem istniejący od tysięcy lat. Po raz pierwszy krzywdzenie dzieci na szeroką skalę zostało dostrzeżone w Stanach Zjednoczonych w latach 60. ubiegłego wieku. Od tego czasu potwierdzono je wielokrotnie w różnych częściach świata, w których podjęto systematyczne badania tego zjawiska. Pomimo postępu w dziedzinie ochrony praw

dziecka, do maltretowania dzieci nadal dochodzi we wszystkich kręgach kulturowych [1–5].

Maltretowanie może być przyczyną zaburzeń rozwoju psychoruchowego dzieci, ponieważ powoduje zahamowanie rozwoju fizycznego, zaburzenia sfery emocjonalnej oraz trudności w funkcjonowaniu społecznym [4, 6].

Wszystkie osoby zawodowo związane z dziećmi i młodzieżą mają obowiązek chronić je przed przemocą i interweniować w takiej sytuacji. Pielęgniarka chirurgiczna jest osobą, która jako jedna z pierwszych może zaobserwować objawy sugerujące stosowanie przemocy wobec dziecka i podjąć w tym zakresie działania zapewniające ofiarom przemocy specjalistyczną pomoc. W tym celu konieczna jest umiejętność zdiagnozowania przez pielęgniarkę zjawiska przemocy wobec dzieci i jej symptomów [7].

## Cel pracy

Celem niniejszej pracy jest podkreślenie roli oraz znaczenia całościowej opieki pielęgniarskiej nad dzieckiem maltretowanym.

Definicja medyczna „zespół dziecka bitego” (*battered child syndrome*) została wprowadzona przez Henry’ego Kempego podczas dorocznego kongresu Amerykańskiej Akademii Pediatrii w 1961 r. Określa ona, że „jest to stan kliniczny u małego dziecka, które doznało poważnego fizycznego obrażenia zadanego przez rodziców lub opiekunów, prowadzącego często do trwałych uszkodzeń ciała lub śmierci. Zespół ten powinien być brany pod uwagę u każdego dziecka wykazującego obecność złamań kości, krwaka podtwardówkowego, zaburzonego rozwoju, obrzęku tkanek miękkich, krwaków powłok skórnych, a także u każdego dziecka, które nagle umiera lub gdy istnieje rozbieżność między rodzajem i stopniem uszkodzenia a podanym mechanizmem urazu”. Wprowadzenie tej definicji stało się punktem wyjścia dla badań naukowych [7, 8].

## Przemoc fizyczna (fizyczne maltretowanie)

Fizyczne maltretowanie dziecka, czyli wszelka agresja fizyczna wobec dziecka, to zadawanie ran, takich jak: stłuczenia, poparzenia, pręgi, cięcia, złamania kości spowodowane np. kopaniem. Dziecko może być również poszturchiwane czy popychane. Przemoc fizyczna jest nierozdzielnie związana z maltretowaniem psychicznym, jednakże maltretowanie psychiczne nie musi towarzyszyć przemocy fizycznej [7, 9, 10].

## Przemoc psychiczna (emocjonalne maltretowanie)

Psychiczne maltretowanie dziecka może występować w postaci agresji słownej, poniżania, ośmieszania, uwłaczania godności dziecka, zbyt wygórowanych wymagań bez uwzględniania możliwości rozwojowych, emocjonalnego odrzucenia dziecka, projekcji własnych potrzeb i wyobrażeń na niedojrzałą, rozwijającą się osobowość dziecka, a w konsekwencji zmuszanie go do realizacji potrzeb osoby dorosłej. Przejawami przemocy psychicznej są również różne formy nadopiekuńczości. Wszystkie rodzaje maltretowania dziecka zawierają elementy przemocy psychicznej. Kategorie te stosuje się wówczas, gdy przemoc emocjonalna jest główną lub jedyną formą nadużyć [9–11].

## Przemoc seksualna (seksualne wykorzystywanie)

Wszystkie przejawy wykorzystywania seksualnego dzieci są traktowane jako przestępstwo. Formy wykorzy-

stywania seksualnego dzieci podzielono na aktywne oraz bierne i jednocześnie uznano ich dysfunkcyjne znaczenie w rozwoju dzieci. Wykorzystywanie seksualne obejmuje kazirodztwo, gwałt, uwiedzenie, wykorzystywanie do celów prostytucji i pornografii. Najczęściej jest to ekspozycja dziecka na patologiczną stymulację seksualną oraz siłowy kontakt między ofiarą a sprawcą. Przemoc seksualna jest najrzadziej rozpoznawaną formą maltretowania – dzieci rzadko ujawniają podobne fakty, gdyż wykorzystujący najczęściej wymusza na dziecku zachowanie tajemnicy. Wykorzystywanie seksualne jest jedną z najbardziej brutalnych form przemocy wobec dziecka [9, 12, 13].

## Zaniedbywanie

Zaniedbywanie to zaniechanie obowiązku dbania o dziecko. Warunki, które tworzą zaniedbanie, są różnicowane i obejmują: zaniedbywanie potrzeb fizycznych, lekceważenie potrzeb zdrowotnych, niewłaściwe nadzorowanie, zaniedbywanie potrzeb intelektualnych, lekceważenie potrzeb psychicznych dziecka. Niewywiązywanie się z obowiązków wychowawczych przez rodziców czy ograniczony kontakt z dziećmi powoduje u tych ostatnich niedosyt w ich potrzebach rodzinnych. Wywołana w ten sposób frustracja może być w konsekwencji przyczyną agresji [10, 14].

## Udział pielęgniarki w podstawowych badaniach diagnostycznych i przygotowaniu dziecka do badań w trakcie pobytu na oddziale chirurgii dziecięcej

Szczególną rolę w identyfikacji problemu, jakim jest maltretowanie dzieci, przypisuje się pielęgniarkom zawodowo sprawującym opiekę nad dziećmi na oddziałach chirurgicznych. Rozpoznanie syndromu dziecka maltretowanego wymaga zarówno doświadczenia klinicznego, jak i wiedzy teoretycznej. Z wyjątkiem przypadków ekstremalnych, stwierdzenie maltretowania okazuje się często bardzo trudne. Ponadto zadanie pielęgniarki nie jest łatwe, ponieważ nie polega ono na wykryciu obrażeń, ale na ustaleniu, czy uraz jest przypadkowy czy też spowodowany umyślnym krzywdzeniem dziecka. Bardzo ważne jest stworzenie atmosfery, która pozwoli na uzyskanie prawdziwych danych, dokonanie dokładnej analizy sytuacji oraz przeprowadzenie rozpoznania różnicowego [9] (tab. 1).

## Badanie podmiotowe – wywiad

Bardzo duże znaczenie w rozpoznawaniu zespołu dziecka maltretowanego ma prawidłowo i dokładnie zebrany wywiad. W odróżnieniu od osoby dorosłej, która

**Tabela 1.** Kryteria różnicujące obrażenia ciała charakterystyczne dla zespołu dziecka bitego i nieszczęśliwych wypadków [12]

	Zespół dziecka maltretowanego	Wypadek
<b>Okoliczności zdarzenia</b>	na ogół niejasne lub sprzeczne informacje podawane przez rodziców dziecka	zazwyczaj dokładnie znane
<b>Szukanie pomocy lekarskiej</b>	zazwyczaj opóźnione lub niepodejmowane w ogóle; często obrażenia ujawnione w czasie przypadkowego badania lekarskiego	natychmiastowe
<b>Lokalizacja obrażeń ciała</b>	różne okolice ciała; obrażenia w obszarze niewystających części ciała, na które nie mogą działać urazy bierne	różne okolice ciała; obrażenia w obrębie wystających części ciała
<b>Rodzaje obrażeń ciała</b>	współistnienie zmian pourazowych o różnych cechach morfologicznych, w różnych stadiach gojenia	zazwyczaj jednorodne
<b>Obecność charakterystycznych obrażeń ciała</b>	cechy szarpania za włosy, obrażenia małżowin usznych, uszkodzenia błony bębenkowej w następstwie barotraumy, cechy duszenia, zmiany oparzeniowe od działania papierosów czy kuchenek elektrycznych	nieobecne

sama odpowiada na pytania zadawane w trakcie wywiadu, informacje o zdrowiu dziecka mają charakter pośredni, gdyż przekazuje je opiekun, a nie bezpośrednio osoba badana, czyli dziecko. Jedynie w sytuacjach, gdy kontakt jest możliwy ze względu na wiek dziecka lub stan psychiczny, wywiad przeprowadza się bez udziału opiekunów dziecka. Pielęgniarka podczas wywiadu powinna obserwować rodziców lub opiekunów dziecka, relacje pomiędzy nimi oraz zwracać uwagę na zachowania, wyraz twarzy i postawę dziecka. Należy pamiętać, że wywiad zebrany od rodziców, którzy najprawdopodobniej maltretują swoje dziecko, na ogół niewiele wnosi [8, 10, 15].

W trakcie przeprowadzania wywiadu pielęgniarka powinna zyskać informacje o aktualnym stanie zdrowia, przeszłości dziecka i innych członków rodziny, o przebytych chorobach i wypadkach oraz wcześniejszych pobytach w szpitalach i ich przyczynach. Informacje takie zawsze powinny być weryfikowane. Warto także zapytać o szczepienia ochronne i wyniki bilansów rozwoju [16].

Bardzo istotne są relacje pomiędzy rodzicami a dzieckiem maltretowanym oraz samymi rodzicami. Najczęstsze z nich to brak zaufania dziecka do rodziców. Pielęgniarka w trakcie przeprowadzania wywiadu może zauważyć smutny, cierpiący wyraz twarzy dziecka i zaniedbany wygląd. Dziecko może być ubrane nieodpowiednio do pory roku, niedożywione, mogą występować zmiany na skórze twarzy i odkrytych częściach ciała. Jednakże nie jest to regułą, wygląd dziecka może być mylący: dziecko krzywdzone bywa czyste i zadbane [7, 17].

Podczas zbierania wywiadu konieczne jest przestrzeganie następujących zasad:

- należy zyskać zaufanie dziecka i rodziców oraz zapewnić dziecko o bezpieczeństwie,

- wywiad należy zebrać w sposób spokojny, akceptowany przez dziecko – tak, aby nie czuło się zdenerwowane,
- dziecko należy zachęcić do rozmowy, by podało odpowiedzi bez pytań kierunkujących,
- konieczne jest poinformowanie dziecka, że podanie faktów jest właściwe,
- w przypadku podejrzenia o stosowanie przemocy seksualnej przed rozmową o częściach ciała należy zapytać dziecko lub rodziców, jakimi terminami określa narządy płciowe i odbył,
- jeśli sprawcą jest jeden z członków rodziny lub osoba bliska rodzinie, należy się spodziewać, że rodzice nie będą dowierzać, że doszło do molestowania. W momencie, gdy dziecko zorientuje się, że rodzina nie udziela potrzebnego mu wsparcia, zazwyczaj zmienia swoje zeznania [10].

Jeżeli pielęgniarka przeprowadza wywiad z dzieckiem, u którego podejrzewa wystąpienie zespołu dziecka maltretowanego, musi pamiętać, że mogą się ujawnić mechanizmy obronne: agresja (bezpośrednia lub przemieszczona), zamknięcie się w sobie, zachowania cyniczne i brawurowe [10].

Podejrzenie maltretowania dziecka mogą nasuwać pewne okoliczności, o których pielęgniarka dowiaduje się z wywiadu przeprowadzanego z rodzicem lub prawnym opiekunem dziecka:

- wywiad zebrany od rodzica lub opiekuna jest rozbieżny z ciężkością lub mechanizmem powstawania urazu,
- osoba udzielająca wywiadu zmienia przebieg zdarzeń, szukając wiarygodnego wyjaśnienia,
- występuje niewspółmierność między powodem zgłoszenia się na konsultację a obrazem klinicznym,
- minął długi czas między podanym zdarzeniem a zgłoszeniem się do lekarza,

- rozwój psychoruchowy dziecka jest nieadekwatny do wieku dziecka,
- występuje rozbieżność między poziomem rozwoju psychoruchowego dziecka a wersją wypadków przedstawioną przez rodziców,
- szybka poprawa stanu zdrowia dziecka w szpitalu, a pogorszenie się w domu,
- opuszczenie szpitala przez rodzica przed rozmową z lekarzem [10, 15, 18].

Podczas rozmowy pielęgniarka powinna zaobserwować pewne charakterystyczne zachowania świadczące o występowaniu syndromu dziecka maltretowanego lub uzyskać o nich informacje, należą do nich:

- dziecko pytane o pochodzenie urazu podaje nieprawidłowe wyjaśnienia i niechętnie odpowiada, skąd się wzięły,
- chodzi w ubraniach zakrywających całe ciało, nawet przy wysokich temperaturach,
- niechętnie wraca do domu lub często opuszcza zajęcia w szkole,
- u dziecka występują zaburzenia zachowania związane z trudnością kontrolowania emocji i rozwiązywania sytuacji społecznych,
- ma obniżoną zdolność do radości z życia,
- swoimi zachowaniami wykazuje pseudodojrzałość,
- dziecko nie ma poczucia własnej wartości,
- postawa bierności i zależności dziecka,
- u dziecka można zaobserwować zaburzenia nerwicowe i nerwicę, nadpobudliwość ruchową,
- zaburzenia sfery intelektualnej,
- niewykształcenie nawyków czystości.

Ponadto u dzieci molestowanych seksualnie obserwowane są swoiste dla tego syndromu zachowania:

- strach na widok konkretnej osoby, np. przed rodzicem danej płci,
- histeryczny płacz podczas rozbierania, zmiany bielizny,
- erotyzacja dziecka,
- dziecko między 6. a 12. rokiem życia może wspomnieć, że ma jakąś tajemnicę, i posiadać pieniądze nie wiadomego pochodzenia; niektóre z nastolatków mogą się zachowywać uwodzicielsko,
- dzieci mogą przejawiać zachowania regresywne (np. ssanie palca czy smoczka) [2, 3, 5, 19].

**Tabela 2.** Kolor podbiegnięć krwawych zależnie od czasu jego powstania

Kolor zmiany	Przybliżony czas powstania zmiany (dni)
czerwony do niebieskiego	0–5
zielony	6–7
żółty	8–10
brązowy	11–14
ustąpienie zmiany	15–28

## Badanie przedmiotowe – całościowa obserwacja dziecka

Do zadań pielęgniarki chirurgicznej należy przygotowanie dziecka maltretowanego do badania. Pielęgniarka powinna wyjaśnić cel badania i poinformować o jego przebiegu. Podczas badania fizykalnego istotne jest okazywanie dziecku akceptacji oraz dalsza ocena stanu emocjonalnego i zachowań dziecka. Wskazane jest także uczestnictwo pielęgniarki w przeprowadzonym przez lekarza badaniu. Powinna ona zwrócić uwagę na wszelkie obrażenia oraz odchylenia od normy, tak aby móc zaplanować odpowiednią opiekę nad dzieckiem. Podczas badania widoczne są nie tylko obrażenia ciała dziecka, czasem w postaci trwałego kalectwa, lecz także cały szereg następstw ujawniających się we wszystkich sferach funkcjonowania dziecka [16, 20, 21].

Badanie fizykalne dziecka ujawnia bezpośrednio oraz – w przypadku długotrwałego maltretowania – odległe następstwa krzywdzenia dziecka, do których zalicza się:

- uszkodzenia skóry i obrażenia w postaci śladów uderzeń; należy zwrócić uwagę na liczne zmiany, lokalizacje i czas powstania, siniaki pojedyncze, np. po uderzeniu w twarz, i mnogie, np. obustronne siniaki podoczołowe, wylewy na skórze w okolicy łędźwiowej, pośladkach, udach, podudziach i brzuchu,
- siniaki w okolicy krocza, wewnętrznych powierzchni ud i pośladków, mogące świadczyć o maltretowaniu seksualnym,
- wylewy i sińce – różny wiek tych zmian jest bardzo istotny dla rozpoznania, ocenia się go na ogół na podstawie zabarwienia (tab. 2.),
- ślady zaciśnięcia prącia, które mogą być wynikiem kary za nietrzymanie moczu,
- nadżerki na podniebieniu i wylewy do wargi górnej, uszkodzenia wędzidełka wargi są następstwem wmuśzania jedzenia,
- ślady oparzeń, łącznie z oparzeniami od papierosów i żelazka oraz oparzeń będących rezultatem zanurzenia we wrzącej wodzie – są to oparzenia symetryczne rąk i nóg, tzw. rękawice i skarpety,
- ślady szczypania, ugryzień przez człowieka, wiązania, duszenia,
- wybite zęby, krwawiące dziąsła, naderwane uszy,
- widoczne złamania kości,
- zaniknięcie przegrody nosa, tzw. nos boksera,
- łysienie plackowate, które często może być wynikiem stresu związanego ze skojarzeniem różnych urazów; utrata włosów może być także spowodowana ciągnięciem dzieci za włosy przez rodziców lub trichotillomanią (nałóg wrywania włosów),
- urazy wtórne: zmiany zapalne skóry na pośladkach, ropne zapalenie skóry, wtórne infekcje, odmrożenia, zmiany pasożytnicze, ukąszenia (pluskwy, wszy), świerzb,
- objawy ciasnoty wewnątrzczaszkowej wywołanej przez krwiaki podtwardówkowe, nadtwardówkowe, podpajęczynówkowe; u niemowlęcia najczęściej występują

w okolicy czołowej lub skroniowo-ciemieniowej; rozlany obrzęk mózgu i jego objawy, wylewy krwawe do siatkówki,

- zniesienie reakcji na ból,
- kalectwo fizyczne w wyniku doznawania ciągłych urazów, nieorganiczny opóźniony rozwój fizyczny, upośledzenie wzrostu (zmniejszone wydzielanie hormonu wzrostu) bez cech niedożywienia, opóźniony rozwój psychoruchowy, upośledzenie umysłowe różnego stopnia, zaburzenia wzroku czy słuchu,
- objawy somatoruchowe w postaci jąkania, tików, drgawek, mimowolne ruchy mięśni – szczególnie twarzy, kołysanie się dziecka,
- zaburzenia mowy wynikające z napięcia nerwowego,
- nietrzymanie stolca i moczu bez przyczyn medycznych,
- urazy zewnętrznych narządów płciowych, urazy okołodobytnicze, odbytu, pochwy, przerwanie błony dziewiczej, krwawienie z narządów rodnych i odbytu, bolesność przy oddawaniu stolca, bóle miednicy, dziwny sposób chodzenia czy siadania, ciąża, zaburzenia odżywiania (anoreksja, bulimia), otyłość – znamienne dla przemocy seksualnej.

Ustalenie rozpoznania bardzo ułatwia znajomość narzędzi, którymi zadawane są urazy, i śladów, jakie one zostawiają. Trzeba również ocenić, czy wiek i rozwój dziecka pozwalają na wysunięcie hipotezy samouszkodzenia [2, 3, 7, 9, 17].

## Badania dodatkowe

Do badań dodatkowych zalicza się m.in.: badanie radiologiczne przeglądowe, tomografię komputerową, rezonans magnetyczny, elektroencefalografię, ultrasonografię, badania laboratoryjne (badania krwi, posiewy, badania toksykologiczne), badanie ginekologiczne.

Do zadań pielęgniarki przy wykonywaniu badań diagnostycznych oraz pobieraniu materiału należy:

- rzeczowe wyjaśnienie dziecku i/lub jego rodzicom celowości i konieczności badania,
- przeprowadzenie instruktażu odnośnie do zachowań właściwych i pomocnych w czasie badania,
- dopilnowanie (jeżeli jest taka konieczność), by dziecko w dniu badania było na czczo lub spożyło tylko lekkie śniadanie,
- pouczenie dziecka i/lub jego opiekunów o prawidłowym sposobie pobierania materiału i o konsekwencjach nieprzestrzegania zasad w przypadkach, gdy materiał pobierają rodzice lub dziecko,
- zapewnienie dziecka i jego opiekunów, że badanie będzie przebiegało pod nadzorem lekarza i pielęgniarki,
- emocjonalne wsparcie i umożliwienie rozładowania napięcia psychicznego,
- zachęcenie dziecka i jego rodziców do współpracy,
- w trakcie badania pielęgniarka powinna pamiętać o łagodzeniu lęku, który może wystąpić u dziecka, oraz kontrolowaniu podstawowych parametrów życiowych.

Przygotowanie dziecka powinno być adekwatne do jego wieku rozwojowego oraz postawy rodziców [20].

Wszystkie spostrzeżenia dotyczące badań podmiotowych i przedmiotowych oraz wyniki badań dodatkowych powinny być rzetelnie udokumentowane, a zewnętrzne obrażenia sfotografowane lub sfilmowane. Wywiad należy dokładnie opisać w dokumentacji dziecka, a informacje uzyskane od dziecka należy ująć w cudzysłowach [10, 22].

## Działania terapeutyczne pielęgniarki na oddziale chirurgii dziecięcej

Terapia zespołu dziecka maltretowanego jest trudna i nie polega jedynie na leczeniu stanu somatycznego dziecka, ale przede wszystkim na zespołowym postępowaniu, mającym na celu zapobieganie kolejnym skutkom przemocy oraz przywrócenie jednostce wiary we własne siły, tak aby była zdolna do samodzielnego radzenia sobie w przyszłości [19, 23].

Działania terapeutyczne pielęgniarki rozpoczynają się w chwili zetknięcia z problemem dziecka maltretowanego. Pielęgniarka powinna pamiętać, że jej zadaniem jest ochrona dziecka przed krzywdzeniem, a nie prowadzenie w tej sprawie dochodzenia. Zaleca się, by przy jakimkolwiek podejrzeniu nadużycia przedyskutować w zespole, który obejmuje opiekę nad dzieckiem i rodziną, wszelkie wątpliwości dotyczące maltretowania dziecka i wspólnie podjąć decyzję co do dalszego postępowania. Osobami, które powinny być poinformowane o zaistniałej sytuacji, są: pracownik socjalny, pedagog szkolny, pielęgniarka środowiskowa, ewentualnie sędzia rodzinny i organizacje ochrony praw dziecka. Konieczna jest natychmiastowa rozmowa z opiekunami dziecka przy pełnej świadomości, że podane przez nich wyjaśnienia mogą być nieprawdziwe. Uzyskane informacje pozwalają na podjęcie wspólnie zdecydowanych działań [17, 23].

W Polsce można zatrzymać dziecko w szpitalu wbrew woli rodziców po uzyskaniu od prokuratora czasowego zawieszenia praw rodzicielskich. W takim przypadku należy powiadomić na piśmie Wydział Rodzinny i Nieletnich Sądu Rejonowego. Do zgłoszenia należy dołączyć raport lekarski, podać wszystkie posiadane informacje w sprawie dziecka i jego sytuacji oraz, jeśli to możliwe, oświadczenie osoby, która przyprowadziła dziecko lub zasygnalizowała, że jest w niebezpieczeństwie. Warto sprawdzić i przekazać sędziemu informacje, czy istnieje możliwość umieszczenia dziecka w rodzinie spokrewnionej. W przypadku drastycznego znęcania się nad dzieckiem, gdy trzeba jak najszybciej odizolować sprawcę i jednocześnie posiada się ewidentne dane niewymagające sprawdzenia, dobrze jest powiadomić także pisemnie prokuraturę rejonową. W przypadkach wymagających natychmiastowej interwencji prokurator ma do dyspozycji policję i może odizolować sprawcę. Prokurator może uży-

skąć w sądzie rodzinnym postanowienie o natychmiastowym umieszczeniu dziecka w pogotowiu opiekuńczym. Najszybciej działa zespół ds. nieletnich najbliższej komendy rejonowej policji lub patrol interwencyjny policji. Jeśli maltretowanie dziecka zostanie rozpoznane w przychodni rejonowej, należy działać jak najszybciej, kierując się takimi samymi zasadami jak przy przyjęciu dziecka na oddział. Jeżeli znalezienie rozwiązania sytuacji dziecka i rodziny jest szczególnie trudne, pielęgniarka powinna pamiętać, że istnieje możliwość umieszczenia dziecka w specjalistycznych placówkach konsultacyjno-interwencyjnych, zajmujących się diagnostyką i terapią dzieci krzywdzonych. Współpracują one z wymiarem sprawiedliwości, co przyczynia się do bardziej efektywnego i mniej obciążającego dziecko trybu prowadzenia sprawy. Jeśli nie ma takiego ośrodka, można zwrócić się do Centrum Dziecka i Rodziny Fundacji Dzieci Niczyje w Warszawie [20, 23].

Terapia dziecka oraz jego rodziny trwa nawet do kilku lat po powrocie dziecka do domu. Dlatego w przypadku, gdy potrzebna jest długofalowa specjalistyczna pomoc całej rodzinie, można nawiązać kontakt z takimi instytucjami, jak: Centrum Pomocy Rodzinie, Punkt Konsultacyjny dla Ofiar Przemocy w Rodzinie, terenowe Komitety Ochrony Praw Dziecka i Towarzystwa Przyjaciół Dzieci. W razie wątpliwości istnieje możliwość zasięgnięcia informacji poprzez ogólnopolską „Niebieską Linie” [24].

Działania terapeutyczne pielęgniarki polegają również na podawaniu środków farmakologicznych na zlecenie lekarza.

### **Działania opiekuńcze pielęgniarki na oddziale chirurgii dziecięcej**

W sytuacji gdy zespół dziecka maltretowanego został rozpoznany na podstawie wnikliwych badań, okresowo – do czasu formalnych ustaleń – miejscem pobytu dziecka jest szpital. Dotyczy to szczególnie, ale nie tylko, dzieci do lat 2, których umieszczenie poza rodziną po wypisaniu ze szpitala stanowi wskazanie życiowe. Osoby profesjonalnie zajmujące się dziećmi maltretowanymi ponoszą zbiorową odpowiedzialność za znalezienie dziecku bezpiecznego miejsca pobytu [17].

Pielęgniarka opiekująca się dzieckiem w szpitalu oraz poza szpitalem powinna zwrócić uwagę na zaspokojenie potrzeb niezbędnych do jego rozwoju psychicznego, społecznego i emocjonalnego. W związku z tym konieczne jest zapewnienie bezpieczeństwa, stworzenie właściwych warunków do wypoczynku i snu, zabawy i nauki. Dziecko powinno mieć dobrze zorganizowany czas wolny, aby nie myślało o traumatycznych przeżyciach z przeszłości. Istotne jest proponowanie dziecku pewnych kreatywnych działań, różnych form aktywności, dzięki czemu uświadomi sobie ono wpływ własnych działań na oto-

czenie. Z dzieckiem należy stale rozmawiać, okazywać zainteresowanie i postarać się wzbudzić w nim poczucie własnej wartości. Należy zachęcać dziecko do mówienia o swoich uczuciach i obawach oraz dodawać mu odwagi w trakcie zapoznawania rodziny zastępczej, jeśli dojdzie do takiej sytuacji [10, 20, 23].

### **Interwencja prawna**

Znajomość podstaw prawnych określających prawa dziecka i obowiązki opiekunów oraz instytucji sprawujących nad nimi opiekę jest konieczna, aby ustalać i określać zachodzące uchybienia, zaniedbania i bardziej dramatyczne patologie w środowisku dziecka.

Ochronę dziecka i rodziny w prawie krajowym ustalają zapisy w licznych aktach prawnych. Najważniejsze zawarte są w Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej z 1997 r. [9].

W prawie międzynarodowym są to:

- Konwencja o Prawach Dziecka, która została ratyfikowana przez Polskę 7 czerwca 1991 r., przez co Polska zobowiązała się respektować i gwarantować prawa cywilne, społeczne, kulturalne i polityczne dla każdego dziecka bez jakichkolwiek dyskryminacji,
- Europejska Konwencja Praw Człowieka z 1950 r. i utworzony na mocy tej konwencji Europejski Trybunał Praw Człowieka z siedzibą w Strasburgu,
- Europejska Karta Społeczna z 1961 r., którą Polska ratyfikowała w 1997 r.; jest to dokument zawierający postanowienia o środkach ekonomicznych, społecznych i prawnych, podejmowanych na rzecz poprawy bytu rodzinnego [9, 21, 25].

### **Podsumowanie**

Z przemocą w rodzinie wiąże się dziedziczenie patologicznych zachowań i najczęściej ich powielanie przez następne pokolenia krzywdzonych dzieci. Środowisko medyczne musi być wyczulone na syndromy tej patologii i rozwiązywać problemy jak najwcześniej, by nie doprowadziły do trwałych, niekorzystnych skutków w zdrowiu fizycznym i psychoemocjonalnym pacjentów, nad którymi sprawowana jest opieka. W związku z tym celem wszystkich osób zaangażowanych w działania przeciw przemocą wobec dzieci musi być zapobieganie przemocą, a nie tylko kontrola zjawiska. To oznacza, że odpowiednio przeszkolone i wyposażone pielęgniarki sprawujące opiekę nad dziećmi i ich rodzinami powinny pomagać rodzinom, zanim dojdzie do przemocy czy zaniedbania. Należy pamiętać, że nawet ci rodzice, którzy doznali przemocy, będąc dziećmi, mogą pełnić swoje role prawidłowo, jeśli umiejętnie udzieli się im pomocy [11].

## Piśmiennictwo

1. Mroczek B, Romańska A, Karakiewicz B i wsp. Kompetencje wybranych grup zawodowych w zakresie wczesnej profilaktyki przemocy wobec dziecka. *Fam Med Prim Care Rev* 2006; 8: 701-707.
2. Drabnik-Danis E, Pokorna-Kałwa D. Dziecko maltretowane – co musi wiedzieć lekarz pierwszego kontaktu, aby nie przeoczyć i właściwie zareagować w zetknięciu z tym problemem. *Fam Med Prim Care Rev* 2005; 7: 497-502.
3. Urban E. Krzywdzenie dzieci. Ocena skali zjawiska i możliwości interwencji. *Zdr Publ* 2002; 112: 382-390.
4. Trendak W, Kocur J, Rasmus A. Psychiczne i somatyczne następstwa maltretowania dzieci- opis dwóch przypadków. *Post Psych Neurol* 2002; 11: 61-64.
5. Goldman R, Scott S. *Psychiatria dzieci i młodzieży*. Urban & Partner, Wrocław 2000.
6. [www.dzieckokrzywdzone.pl](http://www.dzieckokrzywdzone.pl) 10.06.2010.
7. Pabiś M, Ślusarska B, Wrońska I. Przemoc wobec dzieci w opinii pracujących pielęgniarek. *Ped Pol* 2006; 81: 498-504.
8. Kwiatkowski S. Uszkodzenie układu nerwowego w zespole dziecka maltretowanego. *Bioet Zesz Ped* 2006; 3: 17-34.
9. Steciwko A, Pirogowicz I. Dziecko i jego środowisko. *Prawa dziecka krzywdzonego*. CONTINUO, Wrocław 2005.
10. Barczykowska E, Ślusarz R, Szewczyk M. *Pielęgniarstwo w pediatrii*. Borgis, Warszawa 2006.
11. Browne K, Herbert M. *Zapobieganie przemocy w rodzinie*. PARPA, Warszawa 1999.
12. Bloch-Bogusławska E, Wolska E, Duży J. Zespół bitego dziecka. *Arch Med Sąd Krym* 2007; LIV: 155-161.
13. Makara-Studzińska M, Możyłowska J. Wykorzystywanie dzieci i jego konsekwencje. *Zdr Publ* 2006; 116: 278-283.
14. Binczycka-Anholcer M. Agresja i przemoc a zdrowie psychiczne: streszczenia prac z IV Międzynarodowej Konferencji Naukowej, Poznań-Kiekrz, 23–25 września. Wydawnictwo Uczelniane AM, Poznań 2003.
15. Ziotecka B. Rozpoznanie przez stomatologa-lekarza pierwszego kontaktu zespołu dziecka maltretowanego. *Dent Forum* 2005; 33: 81-84.
16. Kubicka K, Kawalec W. *Pediatria*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2004.
17. Margolis A. Zespół dziecka maltretowanego – diagnostyka medyczna. *Fundacja Dzieci Niczyje*, Warszawa 2000.
18. Borowska A, Galińska A, Korzon M. Zespół Munchausen by Proxy. *Prz Ped* 2005; 35: 33-36.
19. Namysłowska J. *Psychiatria dzieci i młodzieży*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2004.
20. Muscari EM. *Pediatria i pielęgniarstwo pediatryczne*. Czelej, Lublin 2005.
21. Tuszkiewicz-Misztal E, Czajka K. Aspekty etyczno-prawne relacji lekarz – dziecko krzywdzone. *Stand Med* 2004; 12: 1331-1334.
22. Szczepaniak L. Próba pomocy dziecku pokrzywdzonemu przez dorosłych – aspekt etyczno-pastoralny. *Bioet Zesz Ped* 2006; 3: 53-73.
23. Wolańczyk T, Komander J. *Zaburzenia emocjonalne i behawioralne u dzieci*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2005.
24. Kram M. Zespół dziecka krzywdzonego. *Piel Pol* 2003; 10: 18-19, 23.
25. Stańdo-Kawecka B. Przemoc wobec dzieci a prawo karne. *Bioet Zesz Ped* 2006; 3: 41-51.