

# Opiekun dziecka jako sprawca urazu nieprzypadkowego w obrębie uzębienia. Część I. Identyfikacja zjawiska w aspekcie środowiskowym

Child-caregiver as the perpetrator of a non-accidental dental trauma. Part I. Phenomenon identification in the environmental aspect

<sup>1</sup>Studenckie Koło Naukowe, Zakład Stomatologii Dziecięcej, Warszawski Uniwersytet Medyczny  
Opiekun Koła: dr hab. n. med. Anna Turska-Szybka

<sup>2</sup>Wydział Pedagogiki i Psychologii, Instytut Pedagogiki, Uniwersytet Jana Kochanowskiego w Kielcach  
Kierownik Wydziału: dr hab. n. hum. Sławomir Chrost, prof. UJK

<sup>3</sup>Prywatna Praktyka Dentystyczna, Kielce

## SŁOWA KLUCZOWE

uraz nieprzypadkowy, dzieci i młodzież, sprawca krzywdzenia, identyfikacja zjawiska

## STRESZCZENIE

**Wstęp.** Problem występowania urazów nieprzypadkowych analizowany jest od dawna jako problem zdrowia publicznego generujący wysokie koszty społeczne i ekonomiczne.

**Cel pracy.** Celem pracy jest przedstawienie poglądów dotyczących etiologii występowania zjawiska krzywdzenia dzieci i jego identyfikacji w celu podejmowania skutecznych interwencji przerywających zjawisko nieprawidłowego obchodzenia się z dzieckiem.

**Materiał i metody.** Dokonano przeglądu publikacji zamieszczonych w bazie naukowej PubMed. Zastosowano kryterium wyszukiwania następujących słów kluczowych w języku polskim i angielskim: „urazy nieprzypadkowe”, „dzieci i młodzież”, „krzywdzenie dziecka”, „identyfikacja zjawiska”, „profil psychologiczny sprawcy”, „nieprawidłowe obchodzenie się z dzieckiem”, „koszty społeczne i ekonomiczne”, „zdrowie publiczne”.

**Wyniki.** Środowisko medyczne odgrywa istotną rolę w diagnozowaniu urazów nieprzypadkowych. Dla zespołu stomatologicznego, który może mieć do czynienia z obrażeniami spowodowanymi przemocą fizyczną, kluczowym czynnikiem różniącym uraz przypadkowy i nieprzypadkowy jest prawidłowo zebrany wywiad oraz ocena zgodności informacji podawanych przez opiekuna dziecka z obserwowanymi uszkodzeniami pourazowymi w obrębie głowy i szyi. Znając czynniki ryzyka krzywdzenia, które są wielopłaszczyznowe (wynikające ze środowiska, struktury rodziny, sytuacji życiowej rodzica lub bezpośrednio dotyczące osoby dziecka), personel medyczny będzie zobowiązany do podjęcia interwencji zmierzającej do przerwania zjawiska krzywdzenia dziecka.

**Wnioski.** Autorzy prac pochodzących z różnych krajów są zgodni, że mimo wielu publikacji dotyczących występowania zjawiska nieprawidłowego obchodzenia się z dzieckiem istnieje konieczność stałej pracy nad kompetencjami środowiska profesjonalistów funkcjonujących w otoczeniu dziecka – w tym środowiska stomatologicznego, które może i powinno skutecznie reagować na przemoc wobec dzieci.

## KEYWORDS

non-accidental injury, children and youth, perpetrator of abuse, phenomenon identification

## SUMMARY

**Introduction.** The problem of non-accidental injury has long been analyzed as a public health problem generating high social and economic costs.

**Aim.** The aim of the study is to present views on the etiology of occurrence of the phenomenon of child abuse and its identification in order to take effective interventions interrupting the phenomenon of improper handling of a child.

**Material and methods.** The publications in the PubMed scientific database were reviewed by applying the search criteria for the following keywords in Polish and English: “non-accidental injuries”, “children and adolescents”, “child abuse”, “identification of the phenomenon”, “perpetrator’s psychological profile”, “improper handling of the child”, “social and economic costs”, “public health”.

**Results.** Medical community plays an important role in diagnosing non-accidental injuries. For a dental team, that may be dealing with physical violence injuries, correctly taken medical history and compliance of information provided by the child’s caregiver with visible head and neck post-traumatic injuries is the key factor to differentiate the origins of the trauma. By recognising the multifaceted risk factors in regards to child abuse (resulting due to the environment, the structure of the family, the life situation of the parent or directly related to the child), medical team will be required to intervene to stop child abuse.

**Conclusions.** The authors of studies from various countries agree that despite many publications on the occurrence of the phenomenon of improper handling of a child, there is a need to constantly work on the competences of professionals in the child’s environment – including the dental environment, which can and should effectively respond to violence against children.

## WSTĘP

Na przestrzeni wieków zmieniało się podejście do problemu przemocy wobec dziecka. Do niedawna bicie dzieci było akceptowalną formą dyscyplinowania celem osiągnięcia określonego zachowania. Ten sposób karcenia przysługiwał rodzicom i opiekunom jako „środek wychowawczy” stosowany w ramach ich kompetencji rodzicielskich. Badania interdyscyplinarne nad niekorzystnym wpływem na rozwój dziecka różnych form przemocy sprawiły, że każdy rodzaj krzywdzenia jest traktowany obecnie jako głęboka patologia relacji interpersonalnych. Wraz z rozwojem nauk społecznych: psychologii, pedagogiki i socjologii, niewłaściwe obchodzenie się z dzieckiem jest postrzegane jako negatywne zachowanie, naruszające prawa człowieka i dobra osobiste krzywdzonej jednostki, która długotrwale pozostaje w określonym stopniu zależności (1).

Aktywność przemocowa wobec populacji w wieku rozwojowym, skutkująca koniecznością wdrożenia wielosektorowych działań naprawczych, generuje wysokie koszty społeczne i ekonomiczne. Zgodnie z ustawą o świadczeniach finansowanych ze środków publicznych odpowiedzialność za leczenie dzieci i młodzieży solidarnie spoczywa na wszystkich użytkownikach systemu ochrony zdrowia (2). Co do zasady, postępowanie terapeutyczne u dziecka po urazie nieprzypadkowym nie różni się od wdrożonego w sytuacji zdarzenia przypadkowego. Niemniej zdiagnozowanie umyślnego uszkodzenia wymaga wdrożeń formalno-prawnych, chroniących małoletniego przed szkodliwym działaniem opiekuna. Profesjonaliści wszystkich sektorów winni dysponować takim poziomem wiedzy, który pozwoli na skuteczne

reagowanie na niewłaściwe zachowania. Mając na względzie prawnie chronione dobro dziecka, regulowane przez najwyższe akty normatywne międzynarodowe i lokalne (3, 4), niskie umiejętności społeczne agresora winny być niezwłocznie demaskowane, a skutki agresji – natychmiastowe i odległe – skutecznie niwelowane (5).

Inwestycja w poprawę świadomości wiktymologicznej pedagogów, pracowników ochrony zdrowia, policji, pracowników socjalnych, wymiaru sprawiedliwości oraz konieczność poprawy kompetencji społecznych opiekunów powinny skutkować eliminacją kosztów społeczno-ekonomicznych zjawiska krzywdzenia.

## CEL PRACY

Celem pracy jest uzupełnienie wiedzy interdyscyplinarnej umożliwiającej ocenę sytuacji środowiskowej małoletniego w aspekcie wiktymologicznym.

## MATERIAŁ I METODY

Dokonano przeglądu publikacji zamieszczonych w bazie naukowej PubMed. Zastosowano kryterium wyszukiwania następujących słów kluczowych w języku polskim i angielskim: „urazy nieprzypadkowe”, „dzieci i młodzież”, „krzywdzenie dziecka”, „identyfikacja zjawiska”, „profil psychologiczny sprawcy”, „nieprawidłowe obchodzenie się z dzieckiem”, „koszty społeczne i ekonomiczne”, „zdrowie publiczne”. Wyselekcjonowano blisko 800 streszczeń dotyczących zagadnienia. Po dodaniu w różnych konfiguracjach słów kluczowych: „kryminologia”, „wiktymologia”, „profilowanie”, „portret psychologiczny sprawcy”, „osobowość dysocjalna”, „pedagogika rodziny”, „ekosystem człowieka”,

wyselekcjonowano 59 streszczeń związanych z identyfikacją sprawcy krzywdzenia.

## WYNIKI

W wyselekcjonowanym piśmiennictwie poszukiwano informacji dotyczących relacji społecznych sprzyjających realizacji zachowań krzywdzących, występujących w środowisku dziecka.

### Przemoc w aspekcie społecznym

Zjawisko krzywdzenia jest interdyscyplinarnym problemem społecznym. Światowa Organizacja Zdrowia w 1985 roku zdefiniowała krzywdzenie dziecka jako: „każde zamierzone lub niezamierzone działanie osoby dorosłej, społeczności lub państwa, które wywiera negatywny wpływ na zdrowie, rozwój fizyczny i psychospołeczny dziecka”. Prowadzenie szerokiej kampanii informacyjnej, dotyczącej zjawiska szkodliwości zarówno działań, jak i zaniechań dotyczących rozwoju biopsychospołecznego dziecka powinno skutkować podniesieniem świadomości społecznej dotyczącej faktu, że osoby z bliskiego otoczenia mogą być sprawcami urazów nieprzypadkowych (6).

Nieprawidłowe relacje w rodzinie, ukrywane przed otoczeniem, spotykane są we wszystkich środowiskach, niezależnie od wykształcenia, miejsca zamieszkania i statusu socjoekonomicznego (6, 7). Przemoc zagrażająca zdrowiu i życiu podlega analizie i ocenie kryminologicznej, z której wyodrębniono wiktymologię jako naukę analizującą rolę ofiary w genezie przestępstwa. W definicji wiktymologicznej sprecyzowane jest „występowanie nierównowagi sił” pomiędzy ofiarą i agresorem. Ofiara nie jest w stanie przeciwstawić się krzywdzącym działaniom o różnym stopniu intensywności z uwagi na nieporadność lub pozostawanie w określonych relacjach społecznych, w których występuje zależność od agresora (8). Coraz więcej opracowań dotyczących analizy zjawiska wskazuje na szkody zdrowotne występujące u dziecka bezpośrednio po akcie agresji, ale również na skutki odległe, które generują wysokie koszty, nierzadko występujące dożywotnio, poprzez obniżenie jakości życia dziecka oraz ograniczenie potencjału rozwojowego (7). Z uwagi na rozmiar szkód, które powoduje działanie sprawcy, znęcanie się nad osobą niesamodzielną zostało spenalizowane (9).

Osoby małoletnie zajmują w wiktymologii szczególne miejsce. Art. 207 Kodeksu karnego (kk) określa podmiot krzywdzony jako: „osobę najbliższą lub inną osobę pozostającą w stałym lub przemijającym stosunku zależności od sprawcy albo małoletniego lub osobę nieporadną ze względu na stan psychiczny lub fizyczny” (9). Za „osoby nieporadne” uważa się również osoby starsze i niepełnosprawne intelektualnie w stopniu uniemożliwiającym rozeznanie swojej sytuacji, a także osoby chore, tracące sprawność do samoobsługi, mimo świadomości zagrożeń zdrowotnych. Tożsame definicje występują w ustawie o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie (10). Do niewłaściwego obchodzenia

się z osobą niesamodzielną najczęściej dochodzi w jej środowisku: w rodzinie, żłobku, przedszkolu, szkole, instytucjach pomocowych, takich jak: izba dziecka, rodzina zastępcza, ośrodek opiekuńczo-wychowawczy (8).

Mimo intensywnych działań na rzecz poprawy edukacji wiktymologicznej, przykłady niewłaściwego obchodzenia się z dzieckiem komentowane przez media potwierdzają istnienie licznych błędów społecznych w sprawowaniu pieczy nad najmłodszymi. Zdarzenia, których skutkiem jest trwałe kalectwo lub śmierć dziecka, nie powinny być obserwowane przy obecnym poziomie wiedzy. Powszechnie wiadomo również, że dane są niepełne z uwagi na nieujawnianie części zdarzeń zarówno przez ofiarę – z powodu jej nieporadności, jak i przez jej środowisko. Prowadzone od wielu lat badania pedagogiczne i socjologiczne wskazują na „zaraźliwość” krzywdzenia. W wielu z nich dowiedziono, że każdy sprawca przemocy w przeszłości był ofiarą krzywdzenia. Wobec braku właściwych wzorców społecznych kontynuacja zachowań agresywnych jest jedną z najistotniejszych patologii w relacjach interpersonalnych, potwierdzanych w wynikach badań inter- i transdyscyplinarnych (11, 12). W znowelizowanym Kodeksie karnym przewidziano zaostrzenie kar dla sprawców przemocy wobec dzieci, poprzez przemianowanie znęcania się nad dzieckiem – na usiłowanie zabójstwa. Jeśli natomiast skutkiem maltretowania jest śmierć dziecka – sprawcy stawiany jest zarzut zabójstwa (9).

Czułość wiktymologiczna profesjonalistów funkcjonujących w środowisku dziecka skutkująca zdecydowaną reakcją na maltretowanie jest jedyną metodą ochrony małoletniego przed kontynuacją krzywdzenia (13).

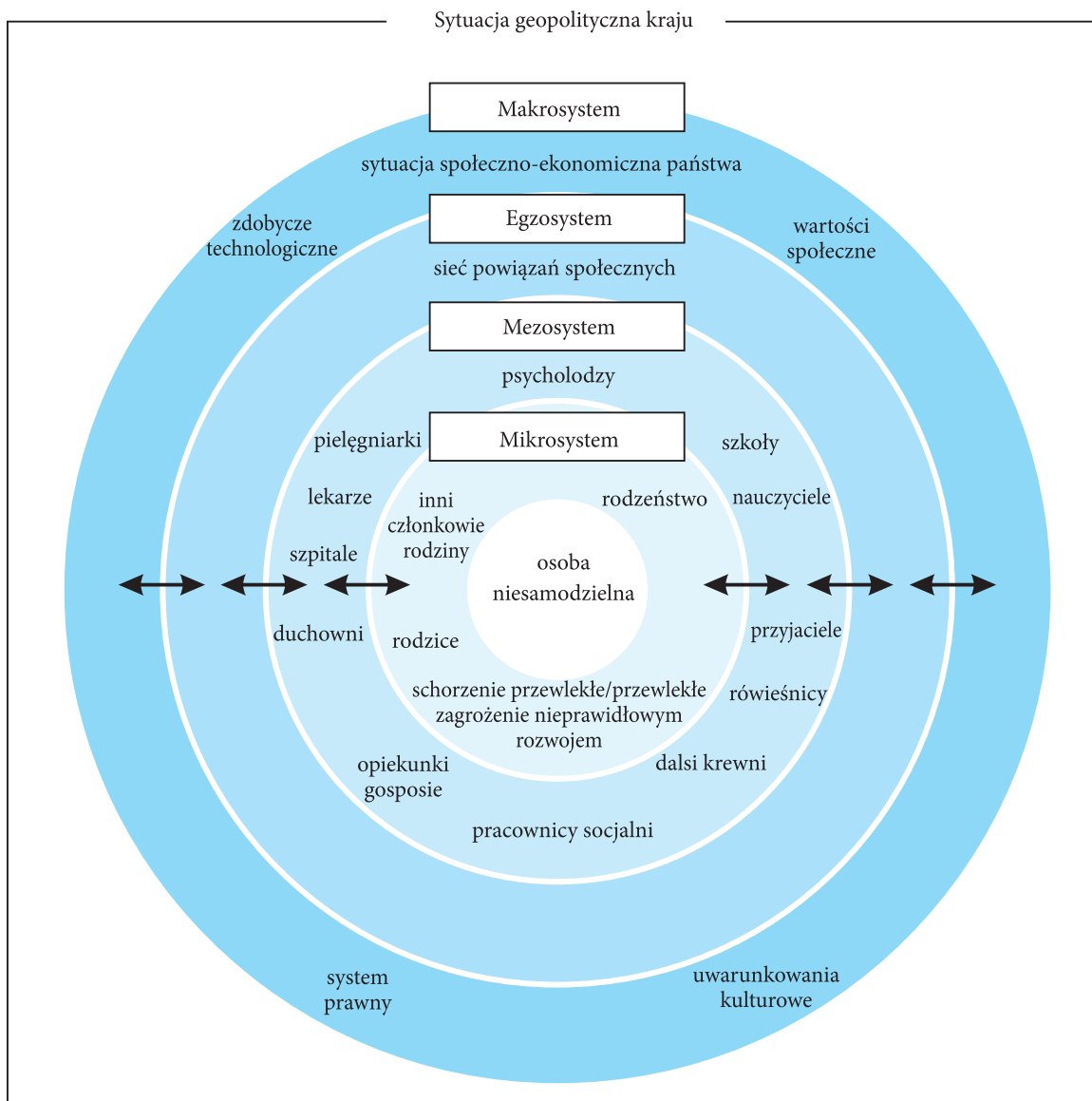
### Ekosystem funkcjonowania dziecka

W bliższym i dalszym otoczeniu dziecka obserwowany jest szereg interakcji interpersonalnych, nieprzerwanie oddziałujących na siebie.

W każdym z podsystemów funkcjonowania dziecka może dochodzić do zamierzonych lub niezamierzonych aktów agresji zarówno poprzez oddziaływanie interpersonalne wyłącznie w podsystemie, jak i „przenikanie się” aktywności krzywdzącej pomiędzy członkami społeczności, funkcjonującymi w innych piętrach ekosystemu dziecka – poprzez „niezwracanie uwagi bądź brak reakcji” modyfikujących niewłaściwe warunki funkcjonowania dziecka, które są dla niego wtórnie krzywdzące – rewiktymizujące. Na rycinie 1 przedstawiono graficznie ekosystem funkcjonowania dziecka.

Dla prawidłowej oceny sytuacji, czy zespół stomatologiczny może mieć lub ma do czynienia z urazem nieprzypadkowym u dziecka, należy nie tylko prawidłowo zebrać wywiad i ocenić uszkodzenia powstałe w wyniku urazu, ale także przeanalizować relacje społeczne w środowisku dziecka pod kątem możliwości występowania i/lub kontynuowania zachowań agresywnych.

Czynniki ryzyka krzywdzenia oceniane są wielopłaszczyznowo. Należy podkreślić, że w publikacjach socjologicznych



Ryc. 1. Złożoność interakcji społecznych w środowisku osoby niesamodzielnej. Opracowanie własne na podstawie (14)

wielokrotnie zwraca się uwagę na fakt „przenikania się” czynników ryzyka krzywdzenia jako wskaźników relacji interpersonalnych w bliższym i dalszym otoczeniu dziecka. Wśród nich wyróżniane są:

- czynniki ryzyka wynikające ze środowiska funkcjonowania dziecka: niski status społeczno-ekonomiczny rodziców (bezrobocie, praca dorywcza, częste zmiany miejsca pracy), niekorzystne warunki mieszkaniowe (brak wygód), przeludnienie, dyskryminacja rasowa/izolacja rodziców, podwyższona tolerancja członków społeczności na zachowania przemocowe,
  - czynniki ryzyka wynikające ze struktury rodziny (samotne rodzicielstwo, rodzic/rodzice nieletni, rodzina adopcyjna lub zastępcza, partner niebędący rodzicem biologicznym), nieuregulowane życie do-
- mowe (częste przeprowadzanie się utrudniające lub uniemożliwiające prawidłową socjalizację dziecka), częste zmiany partnerów, ostracyzm w środowisku dziecka, zachowania agresywne/nieprawidłowe między członkami rodziny (zaburzone relacje rodzice-dziecko-rodzeństwo),
- czynniki ryzyka wynikające z sytuacji życiowej rodzica: ciąża z czynu zabronionego, brak opieki perinatalnej, choroba przewlekła matki/ojca/obojga rodziców, niepełnosprawność umysłowa rodzica/rodziców, niewydolność opiekuńczo-wychowawcza, zaburzenia opiekuńczo-wychowawcze po przyjściu dziecka na świat, uzależnienie rodzica/rodziców od substancji psychoaktywnych (np. alkohol, leki, środki zastępcze, tzw. dopalacze), a także od czynności

(np. praca, gry, media, hazard itp.), niskie kompetencje społeczne rodzica/rodziców (np. niestosowanie się do zaleceń profesjonalistów), analfabetyzm emocjonalny (zaburzone relacje rodzic-dziecko, ostracyzm – rodzic unika kontaktu z dzieckiem, nie reaguje na potrzeby dziecka) lub nadopiekuńczość (wyprzedzanie potrzeb rozwojowych, agresywna eliminacja zjawisk/osób niepożądanych), konflikt z prawem rodzica/rodziców, karalność,

- czynniki ryzyka dotyczące bezpośrednio osoby dziecka: zagrożenie nieprawidłowym rozwojem i/lub odrzucenie z tego powodu (fizyczne, emocjonalne), zaniedbania higieniczne (nieświeża bielizna, brudna/przepełniona odzież, przetłuszczone włosy, pasożyty, zaniedbania higieniczne w jamie ustnej, nieleczone choroby próchnicowe, brak profilaktyki profesjonalnej itp.), brak szczepień ochronnych, objawy niedożywienia, odzież niedostosowana do pogody, przedstawianie dziecka w środowisku jako: trudne w pielęgnacji, wymagające stałej opieki, niespokojne, hałaśliwe, niejadek, absorbujące jako: „nic nie można przy nim zrobić” – w odniesieniu do niemowlęcia i małego dziecka lub jako: „knańbrne, niedostosowane, rozpuszczone, nieposłuszne, zbuntowane” itp. – w odniesieniu do dziecka starszego, zachowa-

nia agresywne dziecka w stosunku do innych (dorośli, dzieci, zwierząt) lub wyładowywanie agresji na przedmiotach – charakterystyczne dla wczesnej fazy przemocy (manifestacja złości, gniewu, bezsilności dziecka wobec działania osób trzecich) lub wycofanie, apatia, bierność dziecka w fazie adaptacji do działań przemocowych (dziecko jest długotrwale poddane działaniom krzywdzącym, zachowanie dziecka wyraża bezradność wobec realizacji działań krzywdzących).

## WNIOSKI

Autorzy prac pochodzący z różnych krajów są zgodni, że mimo wielu publikacji dotyczących występowania zjawiska nieprawidłowego obchodzenia się z dzieckiem istnieje konieczność stałej pracy nad kompetencjami środowiska profesjonalistów funkcjonujących w otoczeniu dziecka – w tym środowiska stomatologicznego, które może i powinno skutecznie reagować na przemoc wobec dzieci. Identyfikacja zjawiska krzywdzenia dziecka jest podstawą wdrożenia czynności interwencyjnych. Interwencja winna być zrealizowana na etapie uprawdopodobnienia występowania zjawiska krzywdzenia, zatem istnieje potrzeba posiadania rzetelnej wiedzy dotyczącej wiktymizacji środowiskowej.

## KONFLIKT INTERESÓW

Brak konfliktu interesów

## ADRES DO KORESPONDENCJI

\*Beata Godowska  
Zakład Stomatologii Dziecięcej  
Uniwersyteckie Centrum Stomatologii  
Warszawski Uniwersytet Medyczny  
ul. Binińskiego 6, 02-097 Warszawa  
tel.: +48 (22) 116-64-24  
godowskab@gmail.com

**nadesłano:**

21.02.2020

**zaakceptowano do druku:**

13.03.2020

## PIŚMIENNICTWO

1. Badura-Madej W, Dobrzańska-Mesterhazy A: Przemoc w rodzinie. Wydawnictwo UJ, Kraków 2000.
2. Ustawa z dnia 23 stycznia 2003 r. o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym. Dz. U. 2003, nr 45, poz. 391 ze zm.
3. Konwencja o Prawach Dziecka przyjęta przez Zgromadzenie Ogólne Narodów Zjednoczonych dnia 20 listopada 1989 r., Dz. U. z 23 grudnia 1991 r., nr 120, poz. 526, Polska ratyfikowała Konwencję 7 lipca 1991 r.
4. Ustawa z dnia 2 kwietnia 1997 r. Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej. Dz. U. 1997, nr 78, poz. 483.
5. Piekarska A: Przemoc w rodzinie. Agresja rodziców wobec dzieci. Przejawy i psychologiczne uwarunkowania. WSiP, Warszawa 1991.
6. Pospiszyl I: Razem przeciw przemocy I. Wydawnictwo Akademickie Żak, Warszawa 1999.
7. Zawadzka B, Orłowska M: Skutki zdrowotne przemocy w rodzinie. Wydawnictwo MOPS, Kielce 2012.
8. Hołyst B: Wiktyologia. Wydawnictwo Prawnicze PWN, Warszawa 2000.
9. Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny Dz. U. z 1997, nr 88, poz. 553 ze zm.
10. Ustawa z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie. Dz. U. nr 180, poz. 1493 ze zm.
11. Miller A: Zniewolone dzieciństwo. Ukryte źródła tyranii. Wydawnictwo Media Rodzina, Warszawa 2007.
12. Sołtysiak T, Nowakowska A: Młode pokolenie, ofiary czy sprawcy przemocy? Wydawnictwo Uniwersytetu Kazimierza Wielkiego, Bydgoszcz 2010.
13. Teutsch-Lipowska A: Wychować, wyleczyć, wyzwolić. Wydawnictwo PARPA, Warszawa 1998.
14. Pilecka W: Przewlekła choroba somatyczna w życiu i rozwoju dziecka. Problemy psychologiczne. Wyd. Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2002: 37.