

Opiekun dziecka jako sprawca urazu nieprzypadkowego. Część II. Badanie podmiotowe i przedmiotowe w ujęciu wiktymologicznym

Child-caregiver as the perpetrator of a non-accidental trauma. Part II. Interview and clinical examination in victimological terms

¹Wydział Pedagogiki i Psychologii, Instytut Pedagogiki, Uniwersytet Jana Kochanowskiego w Kielcach

Kierownik Wydziału: dr hab. n. hum. Sławomir Chrost, prof. UJK

²Prywatna Praktyka Dentystyczna, Kielce

³Studenckie Koło Naukowe, Zakład Stomatologii Dziecięcej, Warszawski Uniwersytet Medyczny

Opiekun Koła: dr hab. n. med. Anna Turska-Szybka

SŁOWA KLUCZOWE

uraz nieprzypadkowy, dzieci i młodzież,
sprawca krzywdzenia, badanie
podmiotowe i przedmiotowe

STRESZCZENIE

Wstęp. Uszkodzenia pourazowe znajdują się wśród istotnych problemów stomatologii wieku rozwojowego, z jakimi rodzice w trybie pilnym zgłaszają się z dziećmi do gabinetu stomatologicznego.

Cel pracy. Celem pracy jest wskazanie na konieczność zachowania czujności wiktymologicznej zespołu stomatologicznego w ocenie urazów zębów mlecznych i stałych w aspekcie różnicowania urazów przypadkowych i nieprzypadkowych.

Materiał i metody. Dokonano przeglądu publikacji zamieszczonych w bazie naukowej PubMed. Zastosowano kryterium wyszukiwania następujących słów kluczowych w języku polskim i angielskim: „uraz nieprzypadkowy”, „dzieci i młodzież”, „sprawca krzywdzenia”, „badanie podmiotowe i przedmiotowe”.

Wyniki. Wywiad i badanie kliniczne należą do podstawowych narzędzi diagnostycznych umożliwiających prawidłowe rozpoznanie, które skutkuje wdrożeniem właściwego postępowania terapeutycznego u dziecka po urazie. Zbieranie wywiadu jest też okazją do zaobserwowania niepokojącego zachowania dziecka, które może świadczyć o krzywdzeniu. Niezależnie od informacji podanych przez opiekuna dziecka badanie przedmiotowe jest badaniem weryfikującym zgodność wywiadu ze stwierdzonymi uszkodzeniami pourazowymi, powstającymi w prostym mechanizmie fizycznym – im większa energia, tym większa destrukcja narządów i układów. Badanie przedmiotowe dostarczy odpowiednich informacji weryfikujących kompletność wywiadu z badaniem przedmiotowym, które dzięki rzetelnej wiedzy wiktymologicznej stomatologa skutkują postawieniem prawidłowej diagnozy, wdrożeniem właściwego leczenia oraz podjęciem działań interwencyjnych przerywających krzywdzenie dziecka.

Wnioski. Uprawdopodobnienie występowania urazu nieprzypadkowego u dziecka zobowiązuje specjalistów sektora medycznego do podjęcia zdecydowanych działań chroniących dziecko przed skutkami przemocy fizycznej, w szczególności w czasach pandemii COVID-19, w której małoletni zmuszeni sytuacją zewnętrzną spędzają więcej czasu ze sprawcami nadużyć. Edukacja wiktymologiczna stomatologów i odpowiednia reakcja na krzywdzenie dziecka pozwolą na skuteczną interwencję dotyczącą zarówno procesu terapeutycznego, jak i działań zapobiegających dalszemu krzywdzeniu.

KEYWORDS

non-accidental injury, children and youth, perpetrator of abuse, subjective and clinical examination

SUMMARY

Introduction. Post-traumatic injuries are significant problems of paedodontic dentistry that parents with children urgently report to dental practice.

Aim. The aim of the study is to indicate the necessity of maintaining the victimological awareness of the dental team in assessing injuries of deciduous and permanent teeth in terms of differentiating accidental and non-accidental injuries.

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 injury”, “children and youth”, “perpetrator of abuse”, “phenomenon identification”, “interview and clinical examination”.

Results. Interview and clinical examination are among the basic diagnostic tools for correct diagnosis, which results in the implementation of proper therapeutic management in a child after an injury. This also an opportunity to observe disturbing behavior of children that may indicate abuse. Regardless of the provided information, the subject examination is verifying the compliance of an interview with post-traumatic injuries arising in a simple physical mechanism – the greater the energy, the greater destruction. This will provide relevant information that verifies the compliance of the interview with the clinical examination, thanks to the reliable victimological knowledge of the dentist, results in the correct diagnosis, implementation of appropriate treatment, and child abuse intervention.

Conclusions. The likelihood of a child’s non-accidental injury requires medical professionals to take decisive action to protect the child from the effects of physical violence in particular during the COVID-19 pandemic, in which minors forced by the external situation spend more time with perpetrators of abuse, they are more exposed to harm. Victimology education and an appropriate response to child abuse will allow for effective intervention regarding both the therapeutic process and measures to prevent further harm to children.

WSTĘP

Pourazowe uszkodzenia zębów stanowią jeden z istotniejszych problemów stomatologii wieku rozwojowego. Są drugą przyczyną zgłaszalności do poradni stomatologicznej jako przypadek nagły (1). W kraju pierwszą przyczyną zgłaszalności do gabinetu stomatologicznego do chwili obecnej pozostają schorzenia tkanek twardych zębów oraz powikłania choroby próchnicowej (2).

U dzieci i młodzieży może dochodzić do powstania urazu poprzez działanie osoby trzeciej. Jeśli rodzice odkryją takie zdarzenie, niezwłocznie podejmują działania interwencyjne zmierzające do wykrycia i ukarania sprawcy. Często krzywda dziecka znajduje finał na sali sądowej (3).

Jednak w sytuacji, kiedy sprawcami obrażeń są rodzice/opiekunowie, lekarz powinien mieć świadomość, że podczas rutynowych czynności zmierzających do zdiagnozowania dziecka może spotkać się z próbami ukrywania okoliczności umożliwiających ustalenie prawdziwego przebiegu zdarzenia, co wywiera istotny wpływ na przebieg postępowania terapeutycznego. Rodzice mogą również utrudniać przebieg leczenia, zarówno stosując czy kontynuując przemoc fizyczną, jak również biernie oddziałując na zdrowie dziecka, np. poprzez niestosowanie się do ordynacji lekarskiej, nierealizowanie wizyt kontrolnych, lekceważenie przyjmowania zleconych leków (4, 5).

Rozpoznanie urazu nieprzypadkowego stanowi jeden z elementów diagnostyki różnicowej.

CEL PRACY

Celem pracy jest wskazanie na konieczność zachowania czujności wiktymologicznej zespołu stomatologicznego w ocenie urazów zębów mlecznych i stałych w aspekcie różnicowania urazów przypadkowych i nieprzypadkowych.

MATERIAŁ I METODY

Dokonano przeglądu publikacji zamieszczonych w bazie naukowej PubMed. Zastosowano kryterium wyszukiwania następujących słów kluczowych w języku polskim i angielskim: „uraz nieprzypadkowy”, „dzieci i młodzież”, „sprawca krzywdzenia”, „badanie podmiotowe i przedmiotowe”.

WYNIKI

W wyselekcjonowanym piśmiennictwie poszukiwano informacji dotyczących właściwego przeprowadzenia badania podmiotowego oraz przedmiotowego w aspekcie podejrzenia zjawiska krzywdzenia dziecka.

Badanie podmiotowe po urazie – wywiad

Wywiad jest badaniem podmiotowym. Polega na rozmowie lekarza z rodzicami dziecka, na podstawie której dokonuje on wstępnej oceny stanu zdrowia dziecka oraz warunków jego funkcjonowania. Wywiad obejmuje: dane dziecka, dolegliwości podawane przez opiekuna, czas ich trwania, występowanie innych niepokojących objawów, dotychczas podjęte leczenie w związku z bieżącym problemem zdrowotnym, a także

przeszłość chorobową pacjenta, przyjmowane leki, skuteczność dotychczasowego leczenia, wywiad epidemiologiczny, działania profilaktyczne i sposób żywienia.

Wywiad dotyczący samego urazu ma kluczowe znaczenie w wyborze metody terapeutycznej, odgrywa również rolę w postępowaniu odszkodowawczym i orzecznictwym. Istotne są następujące informacje: data, godzina, miejsce zdarzenia, zjawiska zdrowotne towarzyszące urazowi, wśród których istotne są: utrata przytomności, występowanie wymiotów, występowanie krwawienia wraz z określeniem okolicy i czasu jego trwania, kontakt ran/obrażeń dziecka z materiałem zakaźnym (np. ziemią, śliną zwierzęcia, ekstremamentami itp.), występowanie zaburzeń w obrębie narządów zmysłów (wzroku, słuchu, węchu, smaku), zmiany zachowania (np. podsypianie, nieborność ruchowa), odnotowanie dorosłych/wiarygodnych świadków zdarzenia oraz informacji, pod czyją opieką było dziecko w czasie, kiedy doszło do urazu (6).

Informacje o stanie zdrowia dziecka przekazuje jego opiekun, który jest źródłem informacji pośrednich w przypadku dziecka małego. Informacje bezpośrednie dotyczące okoliczności urazu lekarz może uzyskać od dziecka starszego, które posiada określone rozeznanie co do przyczyn powstania obrażeń. Często jednak nie chce ono ich podać z obawy przed reakcją agresora, który towarzyszy mu jako przedstawiciel ustawowy w placówkach ochrony zdrowia (7).

Podczas zbierania wywiadu lekarz dentysta ma również czas na obserwację zachowania pacjenta, co może być czynnikiem różnicującym okoliczności powstania urazu (8-12).

Odrębnych, szczegółowych adnotacji należy dokonać, jeśli toczy się postępowanie wyjaśniające/dochodzeniowo-śledcze w sprawie urazu nieprzypadkowego u małoletniego, w tym również odnotowanie, czy w chwili urazu dziecko i/lub opiekun byli/nie byli pod wpływem środków psychotropowych. Należy pamiętać, że nieletni może przypadkiem przyjąć środki zastępcze (np. dopalacze) lub celowo je zażyć, np. z ciekawości. Należy brać również pod uwagę, że środki psychotropowe zostały podane małoletniemu w sposób przestępczy, np. dolane/dosypane do żywności (6).

Postępowanie medyczne w takich okolicznościach musi być szczególnie drobiazgowo z uwagi na fakt, że lekarz/lekarz dentysta staje się świadkiem w sprawie o przestępstwo, co może rodzić dla niego skutki prawne (13).

Badanie przedmiotowe po urazie – badanie kliniczne

Niezależnie od tego, jakie informacje zostaną lekarzowi podane – prawdziwe czy fałszywe, badanie przedmiotowe powinno różnicować, czy zespół stomatologiczny ma do czynienia z urazem przypadkowym czy nieprzypadkowym. Każdy przymus fizyczny jest przymusem bezwzględny, bowiem wymusza określone zachowanie ofiary (14). Bicie dziecka w określonym celu: zastraszenia, zdominowania, jest patologią, na którą trzeba odpowiednio reagować celem jej eliminacji.

Badania nad zjawiskiem krzywdzenia dziecka prowadzone interdyscyplinarnie potwierdzają, że szczególnej czujności wymaga ocena stanu zdrowia dzieci małych i niepełnosprawnych (15). Celem badania przedmiotowego (fizykalnego) jest wykrycie nieprawidłowości narządowych towarzyszących schorzeniu/przyczynie zgłoszenia do gabinetu stomatologicznego. Obejmuje badanie zewnątrz- i wewnątrzustne, z wykorzystaniem wszystkich metod oceny stanu pacjenta w chwili przyjęcia, tj. poprzez oglądanie, badanie palpacyjne, pomiary antropometryczne oraz badanie z wykorzystaniem instrumentarium stomatologicznego. Lekarz powinien ocenić stan ogólny dziecka – wygląd i zachowanie oraz poziom odżywienia, rozwój psychoruchowy, budowę i proporcje ciała, a także ocenić wyniki badań dodatkowych – jeśli takie zostaną przedstawione. Badanie po urazie zębów mlecznych i stałych jest oparte na zasadzie racjonalności, wymaga prawidłowego myślenia i wnioskowania. Należy zachować zasadę komplementarności uzyskanych danych. Oznacza to, że określony zbiór danych pochodzących z wywiadu zebranego od opiekuna i badania przedmiotowego, któremu poddane jest dziecko, stanowi integralną całość, pozwalającą na wnioskowanie o stanie zdrowia pacjenta.

Dokonując oceny, należy unikać rutyny, zwłaszcza przy ocenie stanu zdrowia populacji w wieku rozwojowym, stanowiącej grupę ryzyka krzywdzenia. W przypadku urazów nieprzypadkowych występuje niezgodność obrażeń stwierdzonych podczas badania fizykalnego z informacjami pochodzącymi z wywiadu – podawanymi przez opiekuna.

W zaistniałej sytuacji wywołanej pandemią COVID-19 brano pod uwagę możliwość udzielania e-porad stomatologicznych również w przypadku urazu zębów. Oceny urazu i możliwości zdalnej pomocy powinien dokonywać bardzo doświadczony lekarz. Podczas zdalnej konsultacji występuje prawdopodobieństwo maskowania innych śladów urazu nieprzypadkowego (poza obrębem uzębienia), np. poprzez stosowanie ogólnodostępnych kosmetyków maskujących.

Znaczenie badania kontrolnego/badań kontrolnych

Zgodnie z obowiązującymi regulacjami prawnymi pacjent i/lub jego przedstawiciel ustawowy biorą czynny udział w procesie terapeutycznym. Na podstawie przystępnie podanej informacji podejmują decyzję o zakresie interwencji profesjonalnej. Informacja dotyczy: stanu zdrowia, rozpoznania, proponowanych oraz możliwych metod diagnostycznych i leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, wyników leczenia oraz rokowania (7). Informowanie pacjenta o stanie zdrowia dziecka po urazie przed podjęciem czynności leczniczych obliuguje również do podania zakresu czynności finansowanych ze środków publicznych oraz z polis NW/NNW. Poprzez wyrażenie zgody na wdrożenie czynności leczniczych przedstawiciele ustawowi wyrażają zgodę na ryzyko związane z czynnościami, które będą realizowane u dziecka, tym samym przejmują odpowiedzialność za przebieg procesu terapeutycznego (opiekunowie współuczestniczą w jego przebiegu).

Badanie kontrolne po urazie za każdym razem obejmuje badanie podmiotowe i przedmiotowe: wywiad w kierunku występowania patologii uszkodzonego obszaru, w tym doznania subiektywne pacjenta dotyczące uszkodzonego obszaru oraz narządów zmysłów, ocenę parametrów rozwoju fizycznego, ocenę wieku zębowego, ocenę stanu emocjonalnego, ocenę higieny jamy ustnej, badanie żywotności miazgi uszkodzonych zębów – ocenę reakcji miazgi na bodźce termiczne lub elektryczne, ocenę translucencji, ocenę kolorymetryczną uszkodzonego(-ych) zęba(-ów), ocenę twardych tkanek zęba(-ów) oraz ocenę jakości odbudowy kosmetycznej uszkodzonych zębów, badanie palpacyjne uszkodzonego obszaru, badanie ruchomości uszkodzonych zębów, badanie przyzębia w okolicy uszkodzonych zębów, ocenę gojenia uszkodzeń tkanek miękkich jamy ustnej, ocenę gojenia uszkodzonych powłok skóry, badanie stosunków zwarciovych, badanie stawów skroniowo-żuchwowych, badanie palpacyjne napięcia mięśni żwaczowych, badanie toru swobodnego ruchu żuchwy, ocenę przebiegu rehabilitacji układu stomatognatycznego.

W przypadku odtworzenia twardych tkanek zęba przy pomocy własnych tkanek należy dokonać oceny rehydratacji. W przypadku uszkodzeń młodych zębów stałych z niezakończonym rozwojem oceniany jest stopień apeksyfikacji. Ocena procesu wgajania zęba(-ów) w struktury okalające dokonywana jest w przypadku replantacji całkowicie zwichniętego(-ych) zęba(-ów). Ocena bazy kostnej i podłoża protetycznego przeprowadzana jest w przypadku utraty zębów mlecznych lub stałych.

Badania kontrolne po urazie zębów są przeprowadzane w określonych sekwencjach czasowych, co umożliwia obserwację procesu gojenia i rehabilitacji uszkodzonego obszaru, ale również daje możliwość interwencji w przypadku kontynuowania zachowań niewłaściwych.

Po zdiagnozowaniu u dziecka urazu nieprzypadkowego rodzic najczęściej zmienia placówkę leczniczą bądź nie realizuje ordynacji lekarskiej, co wywiera niekorzystny wpływ na przebieg procesu terapeutycznego (4, 16, 17).

Niepokojące objawy

Głowa i szyja stanowią strategiczny obszar organizmu człowieka, obrażenia tej okolicy zawsze traktowane są poważnie z uwagi na realne zagrożenie dla zdrowia i życia.

Rozległość i charakter obrażeń oceniane są wzrokowo – w przypadku stosowania przemocy fizycznej możliwe jest określenie narzędzia, którym zadawano ciosy (np. odwzorowany ślad klamry paska lub buta, ślad po oparzeniu żelazkiem, blizny po oparzeniach papierosem, ślad po uderzeniu kijem baseballowym, linijką, skakanką itp.), które jednoznacznie wskazują na celowe działanie. Identyfikacja występowania obrażeń może być utrudniona z powodu ograniczonego zakresu pola oceny stomatologicznej (zawsze do oceny dostępne są głowa, szyja, dłonie). Ocena może być ograniczona poprzez zakrywający ubiór, np. golf, długie rękawy i nogawki przy wysokiej temperaturze otoczenia.

Odzież dziecka niedostosowana do pory roku powinna wzmożyć czujność wiktymologiczną lekarza dentysty. Dzięki posiadaniu odpowiedniej wiedzy wiktymologicznej, pomimo ograniczenia pola oceny, na podstawie badania podmiotowego i przedmiotowego możliwe jest wykrycie urazu nieprzypadkowego.

Sygnaty alarmowe pochodzące z wywiadu, na które lekarz powinien zwrócić szczególną uwagę, są następujące: zwłoka w zgłoszeniu do lekarza, której rodzic nie jest w stanie racjonalnie uzasadnić, niespójny wywiad pochodzący od rodzica lub różnice w wywiadzie dotyczącym zdarzenia zebrany od rodziców, z których jeden lub obydwój mogą być sprawcami urazu nieprzypadkowego, niespójny wywiad zebrany od innych członków rodziny, podawanie nieprawdopodobnych mechanizmów urazu, brak zgody na pełne badanie bądź agresywne wzbranianie się przed np. konsultacją z bardziej doświadczonym profesjonalistą i/lub wykonaniem badań dodatkowych, powtarzające się urazy w wywiadzie, pozostawianie dziecka bez należytej opieki, brak dokumentacji medycznej, brak realizacji zaleceń lekarskich, leczenie z daleka od miejsca zamieszkania, częste zmiany lekarzy/poradni/szpitali (18).

Szczególną czujność wiktymologiczną należy zachować w przypadku ujawnienia u dziecka obrażeń niemożliwych do powstania w danym wieku, takich jak linijne ślady oparzeń, które przez pediatrów zwane są „rękawiczkowymi” lub „skarpetkowymi” (z uwagi na mechanizm ich powstania, poprzez zanurzenie kończyny w gorącym płynie), ujawnienie śladów po urazach niepodawanych w wywiadzie, uszkodzenia w nietypowych miejscach, np. na grzbiecie stopy lub podszewkach, wewnętrznej części ud, wewnętrznej części przedramion, w tzw. trójkącie bezpiecznym, wyznaczonym przez płatek ucha, ramię i szyję. W tym obszarze nie dochodzi do urazów przypadkowych (19). Zatem naderwane ucho, ślady na szyi po podduszaniu, ślady po szarpaniu za ramiona wskazują na celowe działanie.

Na rycinie 1 przedstawiono obszar „trójkąta bezpiecznego”.

Na rycinie 2 widoczne jest różnicowanie urazu przypadkowego i nieprzypadkowego u 10-miesięcznego dziecka.

Rycina 3 pokazuje poziom fizjologicznego funkcjonowania raczkującego 10-miesięcznego niemowlęcia.

Dowodów na fizyczne krzywdzenie dziecka mogą dostarczać również badania dodatkowe wykonane w trakcie innej diagnostyki, np. badania rtg złezonego z innej przyczyny, a ujawniającego np. samowyleczone złamania (18).

Zespół stomatologiczny powinien również ocenić zachowanie dziecka, które winno być adekwatne do jego wieku. Zaniepokojenie powinny wzbudzać: lęk przed powrotem do domu, nadmierna agresywność lub nadmierna apatia, brak zachowań społecznych lub nieodpowiednie zachowania społeczne, obniżona samoocena, zaburzenia pamięci i koncentracji uwagi, zachowania destrukcyjne lub autodestrukcyjne, dolegliwości psychosomatyczne, nadmierne podporządkowanie się poleceniom dorosłych,



Ryc. 1. Graficzne przedstawienie obszaru, w którym nie dochodzi do urazu przypadkowego



Ryc. 2. Obrażenia u 10-miesięcznego dziecka po urazie
Opis przypadku: Przy przyjęciu dziecka matka podała, że uległo ono urazowi podczas raczkowania: „Podwinęła się rączka i dziecko upadło na buzię na panele. Poleciała krew, ale dziecko zachowywało się normalnie”. Decyzję o konsultacji stomatologicznej opiekunowie podjęli po 10 godzinach od zdarzenia, gdy zarejestrowali stale sączącą się krew z uszkodzonej okolicy. Występuje niezgodność pomiędzy zakresem obrażeń rejestrowanych u dziecka a podawaną przyczyną ich powstania.

Komentarz: gdyby rodzice podali w wywiadzie, że dziecko wypadło z wózka (istotne jest ustalenie, czy z tzw. parasolki czy z wózka spacerowego, różniących się wysokością, z jakiej spadło dziecko) lub spadło z przewijaka – ze znacznej wysokości (ok. 80 cm) uraz mógłby powstać w sposób przypadkowy. Nieprawdopodobne jest powstanie tak znacznych obrażeń na skutek przypadkowego uderzenia ustami o podłogę z wysokości ok. 20 cm, na których funkcjonuje raczkujące niemowlę.

Ostateczna przyczyna urazu: kopnięcie raczkującego niemowlęcia przez konkubenta matki zirytowanego zachowaniem dziecka.

depresja i stany lękowe, tiki, zaburzenia mowy, lęk przed bliskością (dotknięciem, przytuleniem), przy wykonaniu ruchu w kierunku twarzy dziecko odruchowo zasłania się przed spodziewanym ciosem lub wykonuje unik celem zejścia z linii ataku (chowa głowę w ramionach, gwałtownie odsuwa się) (18).



Ryc. 3. Wizualizacja odległości, na której funkcjonuje raczkujące niemowlę: odległość jamy ustnej od nawierzchni, z którą dziecko może mieć kontakt podczas urazu, nie przekracza 22-23 cm

WNIOSKI

Uprawdopodobnienie występowania urazu nieprzypadkowego u dziecka zobowiązuje profesjonalistów sektora medycznego do podjęcia zdecydowanych działań chroniących dziecko przed skutkami przemocy fizycznej – natychmiastowymi i odległymi. Pandemia COVID-19 wskazała, że przemoc domowa pozostaje wstydlivym problemem społecznym. Tytuły w mediach nie pozostawiają wątpliwości, że na całym świecie odnotowano wzrost aktów agresji, np.: „Koronawirus. Gdy dom staje się więzieniem bez wyjścia, w ludziach budzą się agresja i sadyzm” (20), „Koronawirus a przemoc. Domowi kaci mają raj...” (21), „Dzieci opowiadają o samotności i pojawiającej się w domach agresji” (22), „Przemoc domowa w czasie pandemii koronawirusa. Dane są alarmujące, Rzecznik Praw Obywatelskich stworzył «Plan awaryjny»” (23) i wiele innych.

Nadal powszechne jest niedowierzanie, że osoby ustawowo zobowiązane do sprawowania właściwej pieczy nad dzieckiem mogą stanowić dla niego zagrożenie. Niewystarczająca świadomość wiktymologiczna lub niechęć do interweniowania w wewnętrzne sprawy rodziny sprawiają, że pozostawanie w toksycznych warunkach/niepodjęcie interwencji przerywającej nieprawidłowe postępowanie z dzieckiem stanowi źródło długotrwałego cierpienia.

W podobnym położeniu znajdują się inne osoby o słabszej pozycji środowiskowej: kobiety, osoby niepełnosprawne, osoby starsze. W przypadku krzywdzenia nieletnich interwencja jest podejmowana z urzędu, w przypadku osób dorosłych – na wniosek osoby pokrzywdzonej.

KONFLIKT INTERESÓW

Brak konfliktu interesów

ADRES DO KORESPONDENCJI

*Joanna Zemlik
Gabinet Stomatologii Dziecięcej
ul. Prosta 37, 25-371 Kielce
tel.: +48 602-683-639
zemlik@kielce.com.pl

nadesłano:

21.04.2020

zaakceptowano do druku:

12.05.2020

PIŚMIENNICTWO

1. Andreasen JO, Andreasen FM: Pourazowe uszkodzenia zębów. Wydawnictwo Elsevier Urban & Partner, Wrocław 2005.
2. Olczak-Kowalczyk D, Szczepańska J, Kaczmarek U: Współczesna stomatologia wieku rozwojowego. Med. Wydawnictwo Tour Press International, Otwock 2017.
3. Okłota M, Niemcunowicz-Janica A, Załuski J, Ptaszyńska-Sarosiek I: Urazy nieprzypadkowe u dzieci. Opis przypadku. Arch Med Sąd Krym 2009; LIX: 255-258.
4. Mossakowska B: Zespół maltretowanego dziecka – z doświadczeń lekarza. [W:] Bińczycka J (red.): Prawa dziecka, deklaracje i rzeczywistość. Oficyna Wydawnicza „Impuls”, Kraków 1993.
5. Mossakowska B: Społeczno-medyczne aspekty Zespołu Dziecka Maltretowanego. Od Hipokratesa i Platona do współczesności. Konferencja Rzecznika Praw Obywatelskich: Przeciw przemocy domowej. Ręce są do przytulania. Warszawa 22 lutego 2010 r. Biuletyn RPO 2010, 3: 43-48.
6. Wziątek A, Zemlik J, Kabała-Wziątek P: Urazy zębów mlecznych i stałych – na co zwrócić szczególną uwagę podczas badania pacjenta. Pol Stom Dziec 2018; 3: 6-13.
7. Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Dz. U. 2009, nr 52, poz. 417 ze zm.
8. Avery KT: The responsibility of the dental profession in the prevention of child abuse. J Okla Dent Assoc 1980; 7: 9-11.
9. Becker DB, Needleman HL, Kotelchuck M: Child abuse and dentistry: orofacial trauma and its recognition by dentists. J Am Dent Assoc 1978; 97: 24-28.
10. Benesis K: Child abuse: what dentists should know. Northwest Dent 1977; 56: 260-263.
11. Hazelwood AI: Child abuse: the dentist's role. NY State Dent J 1970; 36: 289-291.
12. Kershon H, Marsh E: Child abuse and the dentist. Ont Dent 1977; 54: 11-12.
13. Idzikowski R: Instytucja świadka w procesie karnym. Centrum Szkolenia Policji, Legionowo 2017.
14. Staszak A: Przemoc, szczególnie udręczenie i szczególnie okrucieństwo jako znamię czynu zabronionego. Prok Prawo 2008; 12: 32-48.
15. Nitsch-Osuch A: Rola lekarzy w rozpoznawaniu i profilaktyce krzywdzenia małych dzieci. Dziecko Krzywdzone. Teoria, Badania, Praktyka 2009; 2(27): 1-9.
16. Mossakowska B: O zespole maltretowanego dziecka. Problemy Chirurgii Dziecięcej PZWL, Warszawa 1994; XXI: 100-119.
17. Mossakowska B: Medical observations on child abuse. Child Abuse & Neglect. Pergamon USA, Child Abuse Negl 1996; 20: 141-143.
18. Hartman P, Jackowska T: Dziecko pobite. Postępowanie w przypadku używania przemocy fizycznej w krzywdzeniu dzieci. Post N Med 2017; XXX(09): 504-508.
19. Harris J, Sidebotham P, Welbury R: Child protection and the dental team. An introduction to safeguarding children in dental practice. Department of Health UK, 2009.
20. <https://www.gazetaprawna.pl/artykuly/145722,koronawirus-przemoc-domowa-agresja.html>.
21. <https://beskidzka24.pl/koronawirus-a-przemoc-domowi-kaci-maja-raj/>.
22. <https://www.wysokieobcasy.pl/akcje-specjalne/7,174350,25904094>.
23. <https://plus.gloswielpolski.pl/przemoc-domowa-w-czasie-pandemii-koronawirusa-dane-sa-alarmujace>.