

were not hospitalized: A follow - up survey. Neurosurgery, 1984, 14, 315. - 4. Denny - Brown D., Russel W. R.: Experimental cerebral concussion. Brain, 1941, 64. - 5. Gennarelli T. A. : Mechanisms and pathophysiology of cerebral concussion. J. Head Trauma Rehab. 1986, 1, 23. - 6. Gennarelli T. A.: Head injury in man and experimental animals - clinical aspects. Acta Neurochir., 1983. 32 (suppl.). - 7. Głowacki J.: Urazy układu nerwowego, [w:] Bidziński J. (red.), Neurochirurgia, PZWL, Warszawa, 1981. - 8. Głowacki J., Marek Z.: Urazy czaszki i mózgu, Krakowskie Wyd. Med. 2000. - 9. Jakliński A., Marek Z.: Medycyna sądowa dla prawników, Zakamycze, Kraków 1996. -10. Kobiela J. S , Marek Z., Szymusik A.: Orzecznictwo w sprawach pourazowych, Zdrowie Psychiczne 1970, 1-2, 131-139.

11. Marek Z., Baran E., Głowacki J.: Wstrząśnienie mózgu w opiniowaniu sądowo-lekarskim. Arch. Med. Sąd. Krym. 1994, 44, 325-331. - 12. Marek Z Baran E.: W sprawie błędów w postępowaniu lekarskim w urazach czaszkowo-mózgowych u chorych pozostających pod działaniem alkoholu, Przegl. Lek. 1973 30, 692-700. - 13. Marek Z., Szymusik A.: Urazy głowy i mózgu w orzecznictwie sądowo-lekarskim i psychiatrycznym. PZWL, Warszawa, 1975 r. - 14. Ommaya A. K., Gennarelli T. A.: Cerebral concussion and traumatic unconsciousness, correlation of experimental and clinical observation on blunt head injuries. Brain, 1974, 97, 633. - 15. Thibault L. E., Gennarelli T. A.: Biomechanics and craniocerebral trauma. In Becker D. P. (ed.) Central Nervous System Trauma Research Status Report. 1985 Bethesda, Md., NJH, 1985, 379. - 16. Tyson G. W.: Head Injury Management for Providers of Emergency Care. Williams. Wilkins, 1987. - 17. Weaver J. P. Ward J. D.: Closed head Injury in Appuzo M L. J. (ed.), Brain Surgery, Churchill Livingstone, 1993. - 18. Ząbek M.: Urazy czaszkowo-mózgowe PZWL, Warszawa, 1994.

Adres pierwszego autora:
Katedra i Zakład Medycyny Sądowej AM
ul. M. Skłodowskiej-Curie 9
85-094 Bydgoszcz

**Elżbieta Bloch-Bogusławska, Małgorzata Pufal, Joanna Pufal,
Ewa Wolska**

Przemoc wobec dzieci w środowisku rodzinnym na podstawie materiałów Katedry i Zakładu Medycyny Sądowej AM w Bydgoszczy

**Domestic violence towards children in the material of the
Department of Forensic Medicine of the Medical Academy in
Bydgoszcz**

Z Katedry i Zakładu Medycyny Sądowej AM w Bydgoszczy

Kierownik: prof. dr hab. K. Śliwka

Celem pracy była próba prześledzenia zjawiska przemocy w rodzinie wobec dzieci w oparciu o dokumentację zgromadzoną w Katedrze i Zakładzie Medycyny Sądowej AM w Bydgoszczy. Analizie poddano dokumentację lekarską obejmującą okres od 1995 do 2000 r. Materiał źródłowy stanowiły protokoły badań sądowo-lekarskich oraz opinie sądowo-lekarskie opracowane na podstawie akt sprawy. Uwzględniono różne formy maltretowania: fizyczne, psychiczne i moralne oraz zaniedbania i zaniechania opieki. Sprawcami maltretowania byli najczęściej ojcowie. Ofiarami byli najczęściej chłopcy powyżej 10 roku życia. Uszkodzenia ciała dotyczyły w pierwszej kolejności kończyn dolnych oraz głowy, w dalszej kolejności pozostałych części ciała, tj. kończyn górnych, tułowia, szyi.

The aim of the paper was to analyze the phenomenon of domestic violence towards children. The paper was based on the results of forensic and medical investigations carried out at the Department of Forensic Medicine in The Medical Academy in Bydgoszcz between the year 1995 and 2000. Various, i.e. physical, psychological and moral forms of maltreatment were considered. The perpetrators were more often childrens fathers and victims were more often boys over 10. Injuries were found most often in the lower extremities and the heads and rarely in the upper extremities, the trunk and the neck.

Słowa kluczowe: przemoc, rodzina, dzieci

Key words: violence, domestic, children

WSTĘP

Jedną z najbardziej podstawowych i ważnych relacji społecznych jest stosunek istniejący między rodzicami a dzieckiem. Stosunek ten nie zawsze jest prawidłowy. Niektórzy rodzice nie dbają o swoje dzieci, nie zapewniają im wystarczającej opieki, miłości i troski (7). W psychologii przyjęto, że przez przemoc rozumie się wszystkie intencjonalne (a więc podejmowane nieprzypadkowo, celowo) zachowania, które naruszają wolność osobistą jednostki, przyczyniają się do jej fizycznej albo psychicznej szkody. Zjawiska przemocy wobec dzieci nie można utożsamiać wyłącznie z biciem bądź z fizycznym maltretowaniem. Jest to bowiem znacznie szersze pojęcie.

Możemy wyróżnić cztery kategorie złego traktowania dzieci przez rodziców lub opiekunów: krzywdzenie fizyczne, krzywdzenie psychiczne, zaniedbywanie oraz wykorzystywanie seksualne (3, 4). Według dostępnych danych literaturowych najczęstsze - około 70% przypadków - jest maltretowanie fizyczne, w 25% występuje wykorzystywanie seksualne, a w 5% nieprawidłowy rozwój dziecka wywołany jest niedożywieniem i zaniedbaniem (4, 5).

Przemoc fizyczna bywa często kojarzona z rodzinami patologicznymi, z marginesem społecznym, ale z badań przeprowadzonych w Polsce w latach dziewięćdziesiątych wynika, że różne formy przemocy fizycznej zdarzają się właściwie we wszystkich środowiskach. Ponad 80% polskich rodziców stosuje klapsy i bicie ręką, niemal połowa bije pasem, kablem lub innymi przedmiotami, w co trzeciej rodzinie dzieci są szarpane, potrząsane, ciągnięte za ucho. Ponad 40% rodziców przyznało się do surowych „metod karania” - porządne lania. Może to prowadzić do poważnych obrażeń fizycznych a nawet zgonu (2).

Przemoc fizyczną znacznie łatwiej wykryć niż pozostałe formy krzywdzenia, ponieważ pozostawia zewnętrzne oznaki działania siły, widoczne uszkodzenia. Do oznak, które mogą sugerować stosowanie przemocy wobec dziecka zaliczamy m.in.: okaleczenia niewyjaśnionego pochodzenia i lokalizacji, wskazującej na działanie urazu czynnego, obrażenia w różnych stadiach gojenia, oparzenia, zwłaszcza te, które odzwierciedlają kształt przedmiotu, którym zostały zadane (np. żelazko, papieros) oraz zachowanie dziecka, które jest nadpobudliwe, agresywne albo uległe, zamknięte w sobie, niekomunikatywne.

Przemoc psychiczna może przybrać formę straszenia i grożenia (np. wyrzuceniem z domu), posługiwania się krzykiem, wyszydzania, wykpiwania, upokarzania i poniżania, obdarzania niewybrednymi epitetami lub wypowiedaną spokojnym tonem miażdżącą krytyką. Emocjonalne skutki znęcania się mogą być groźniejsze niż fizyczny atak. Ofiary przemocy cierpią na różnego rodzaju zaburzenia natury psychologicznej: popadają w depresję, niepokój, niekontrolowane wybuchy płaczu, śmiechu, agresji, niezrozumiałe zmiany decyzji, niepewność, nieuzasadnione reakcje lękowe, ciągłe poczucie zagrożenia (7).

Trzecią formą przemocy wobec dzieci jest zaniedbywanie. Najczęściej polega ono na niezapewnieniu lub uniemożliwieniu zaspokojenia potrzeb dziecka, które przecież nie jest w stanie samo zdobyć wszystkiego, co jest mu potrzebne do prawidłowego rozwoju. Jakże często w środkach masowego przekazu podawane są informacje o 4-5 letnich dzieciach spędzających całe dni poza domem,

ubrane np. w tenisówki w czasie zimy, narażone nie tylko na chorobę, ale i na nieszczęśliwe wypadki różnego rodzaju.

Najbardziej rozpoznawaną formą maltretowania dzieci jest wykorzystywanie seksualne. Obejmuje ono napastowanie, stosunek pciowy i gwałt. Dzieci rzadko ujawniają podobne fakty, gdyż wykorzystujący najczęściej wymusza na dziecku zachowanie tajemnicy. Szczególna rola przypada tu zatem lekarzom i nauczycielom, którzy mając podejrzenie, iż doszło do gwałtu powinni umiejętnie doprowadzić do uzyskania takich informacji. Dane lekarskie mogące budzić podejrzenie seksualnego wykorzystywania to powtarzające się infekcje i urazy okolic narządów moczowo-pciowych i odbytu, moczenie nocne.

CEL PRACY

Celem pracy była próba prześledzenia zjawiska przemocy w rodzinie wobec dzieci w oparciu o wyniki badań sądowo-lekarskich, prowadzonych w Katedrze i Zakładzie Medycyny Sądowej AM w Bydgoszczy i porównanie uzyskanych wyników z danymi literaturowymi.

MATERIAŁ I METODY

Analizie poddano dokumentację lekarską obejmującą okres 1995 r. - 2000 r. Materiał źródłowy stanowiły protokoły badań sądowo-lekarskich oraz opinie sądowo-lekarskie, opracowane na podstawie akt sprawy, dotyczące stosowania różnych form przemocy.

Tabela I. Analiza dokumentacji lekarskiej z lat 1995-2000 roku.

Table I. Analysis of medical documentation concerning the years 1995-2000.

Rok/year		m c y	C D	o	so o)	o o o	o o CN
Ogólna liczba zanotowanych przypadków/the general number of analyzed cases		845	772	1004	1223	1264	531
Liczba przypadków przemocy wobec dzieci/ the number of domestic violence victim cases		5	4	16	18	9	4
Płeć pokrzywdzonych/ .sex of victims	męska/male żeńska/female	3 2	3 1	10 6	10 8	4 5	2 2
Wiek/ age	0-10 lat 0-10 year old	3	1	1	7	2	1
	10-18 lat 10-18 year old	2	3	15	11	7	3
Stosunek pokrewieństwa sprawców do ofiar/ perpetrator-victim relationship	ojciec/father	5	2	10	15	7	4
	matka/mother			1		1	
	rodzice/parents			2	1		
	opiekunowie/ foster-parents		2	3	2	1	

Ogółem prześlędzono 5639 spraw, wśród których 1,06% dotyczyło przemocy w rodzinie wobec nieletnich.

Podkreślić jednak należy, że nie wszystkie tego typu przypadki są opiniowane w Zakładzie Medycyny Sądowej. Tak więc bezwzględna liczba tego typu spraw jest z pewnością większa.

WYNIKI I OMÓWIENIE

Z przeanalizowanych danych wynika, że w ciągu 6 lat wzrosła liczba dzieci pokrzywdzonych w rodzinie. Odsetek dzieci doświadczających przemocy w 1995 roku stanowił około 0,59% ogólnej liczby badanych a w 2000 roku około 0,75%.

Tabela II. Rodzaj stwierdzanych obrażeń u ofiar przemocy.

Table II. The type of injuries found during examination of victims.

Rodzaj przypadków Kind of cases	liczba przypadków the number of cases	%
Z obrażeniami With injuries	49	87,5
Lokalizacja obrażeń: localisation of injuries:		
- kończyny dolne lower extremities	17	30,4
- kończyny górne upper extremities	11	19,6
- głowa head	14	25
- szyja neck	4	7,1
- tułów trunk	3	5,4
Bez obrażeń ciała lack of injuries	4	7,1
Zgonu Deaths	1	1,8
Molestowania seksualnego Sexual abuse	2	3,6
Razem Total	56	100,0

Sprawcami maltretowania byli najczęściej ojcowie. Wśród pokrzywdzonych zdecydowaną większość stanowili chłopcy powyżej 10 roku życia.

Zdecydowaną większość obrażeń stanowiły zasinienia i otarcia naskórka.

Obrażenia ciała dotyczyły w pierwszej kolejności pośladków i kończyn dolnych (około 30% przypadków) oraz głowy (25%). W dalszej kolejności pozostałych części ciała, tj. kończyn górnych, tułowia, szyi. W przeciągu przeanalizowanych 6 lat zanotowano 1 przypadek zgonu. Dotyczył on 4-letniej dziewczynki uduszonej przez ojca poduszką. Molestowanie seksualne stanowiło około 3,6% wszystkich zanotowanych przypadków.

DYSKUSJA

Tendencja wzrostowa w liczbie przypadków stosowania przemocy wobec dzieci obserwowana w analizowanym przez nas materiale pokrywa się z charakterem tego zjawiska w innych krajach (1, 6).

W analizowanym materiale nie odnotowaliśmy przypadków zespołu „potrząsanego dziecka”. Przypadki te wg Pollanena stanowią przyczynę większości urazów głowy, często o charakterze śmiertelnym (6).

Przewagę liczebną chłopców wśród ofiar przemocy odnotował również Schmidt (9) W odróżnieniu jednak od wyników jego badań, gdzie sprawcami przemocy wobec dzieci były matki, w analizowanych przez nas przypadkach sprawcami przemocy byli głównie ojcowie.

Niewielka liczba przypadków śmiertelnych w naszym materiale może napaść optymizmem, zwłaszcza w konfrontacji z danymi z ośrodków w Anglii i Walii, gdzie dzieci poniżej 1 roku życia są 4 razy bardziej zagrożone zabójstwem, niż dzieci starsze lub ogół populacji (1). W latach 1985-1994 Schmidt odnotował 25 przypadków zabójstw dzieci w Kolonii (9). Znacząco mała liczba przypadków śmiertelnych w naszym materiale wynikać może z jednej strony z krótszego przedziału czasu poddanego analizie oraz różnic w wielkości i gęstości zaludnienia regionu. Określenie pełniejszego obrazu zjawiska przemocy wobec dzieci w naszym kraju wymagałoby zestawienia danych nie tylko z ośrodków sądowo - lekarskich, ale i wszystkich jednostek medycznych takich jak poradnie i szpitale, działających w obrębie naszego regionu.

W zwalczeniu tej patologii społecznej ogromną rolę do spełnienia mają nie tylko służby społeczne (8). ale każdy obywatel, nauczyciel a zwłaszcza lekarz. Udzielenie pomocy dzieciom - ofiarom przemocy w rodzinie - należy traktować w kategoriach obowiązku (5). Ważne, aby w każdym przypadku hospitalizacji zwracać uwagę na to, czy pacjent nie ma cech zespołu dziecka bitego. Do ważnych zadań lekarza badającego dziecko należy nie tylko ocena stanu klinicznego związanego z rozpoznawanym schorzeniem, ale również dokładna rejestracja zmian pourazowych na powłokach skórnych poprzez opisanie ich lokalizacji, wielkości, wyglądu w tym kształtu i barwy. Nawracające infekcje i urazy narządów moczowo-płciowych i odbytu winny również budzić niepokój lekarza, są to bowiem często następstwa wykorzystywania seksualnego dzieci. Z danych opracowanych przez Johnson (3) wynika, że takie informacje w historiach chorób pojawiają się niezwykle rzadko. Niepokoi to tym bardziej, że zgodnie z art. 304 Kodeksu Postępowania Karnego, w oparciu o Ustawę o Zawodzie Lekarza oraz Kodeks Etyki Lekarskiej, na każdym, kto dowiedział się

o popełnieniu przestępstwa, np. znęcania się nad nieletnim, ciąży społeczny obowiązek zawiadomienia prokuratora lub Policji.

WNIOSKI

1. Zjawisko przemocy wobec dzieci w rodzinie wykazuje tendencje wzrostowe;
2. Najczęstszą formą przemocy jest przemoc fizyczna. Doznane obrażenia mają charakter powierzchowny i zlokalizowane są głównie w obszarze pośladków i kończyn dolnych;
3. Wśród pokrzywdzonych dominują chłopcy.

PIŚMIENNICTWO

1. Creighton S.J.: Child abuse trends in England and Wales 1988-1990. And an overview from 1973-1990. NSPCC, London, 1992. -2. Hilfer C. i wsp.: Massive chylous ascites and transected pancreas secondary to child abuse: successful non - surgical management. *Pediatr. Radiol.* 1995, 25, 117-119. -3. Johnson C.F.: Physicians and medical neglect: variables that affect reporting. *Child Abuse and Neglect.* 1993, 17 (5), 605-612. -4. Margolis A.: Zespół dziecka maltretowanego. Diagnostyka medyczna. Fundacja Dzieci Niczyje, W-wa, 1998. -5. Mossakowska B.: Społeczno-medyczne aspekty zespołu dziecka krzywdzonego. *Przegl. Pediatr.*, 1998, 28, 3, 181 - 184. -6. Pollanen M.S. i wsp.: Fatal child abuse - maltreatment syndrome. A retrospective study in Ontario, Canada, 1990 - 1995. *Forensic Science International* 2002, 126, 101-104. -7. Popielarska M. i wsp.: Psychologiczne aspekty zespołu dziecka maltretowanego w rodzinie. *Ped. Pol.* 1983, 63, 4, 236-241. -8. Sasal H.D.: Niebieskie karty. Przewodnik do procedury interwencji Policji wobec przemocy w rodzinie. PARPA, Warszawa, 1999. 9. Schmidt P. i wsp.: Child homicide in Cologne (1985-94). *Forensic Sci. Int.* 1996, 79, 131-144

Adres pierwszego autora:
Katedra i Zakład Medycyny Sądowej AM
ul. M. Skłodowskiej-Curie 9
85-094 Bydgoszcz

Stefan Raszeja

Regulacje systemu oceny etycznej badań naukowo-klinicznych w związku z przystąpieniem Polski do Unii Europejskiej

Regulations of the ethical evaluation system of scientific and clinical research in connection with Poland joining the European Union

Z Katedry i Zakładu Medycyny Sądowej AM w Gdańsku
Kierownik: dr hab. Z. Szczerkowska - profesor AM

Na podstawie analizy dyrektyw Rady Unii Europejskiej autor podjął dyskusję na temat procedur postępowania Komisji Bioetycznej przy ocenie etycznej badań biomedycznych lub prób klinicznych. W szczególności krytycznie odniósł się do pomijania roli komisji terenowych w przypadku badań wielośrodkowych. Podkreślił też konieczność szerszego niż dotąd i bardziej zrozumiałego informowania osób badanych o istocie badania i przewidywanym ryzyku.

The author has discussed the procedures of the Bioethical Commission of a biomedical research assessment and clinical trials based on analysis of the directives of the European Commission. Particularly criticized was the omission of the role of local committees in the case of the multi-center studies. Also underlined was a necessity to inform the examined persons, in a wider and more understandable fashion, about an essence of the examination and the expected level of risk.

Słowa kluczowe: etyka badań naukowych, komisja bioetyczna, dyrektywy Unii Europejskiej.

Key words: ethic of scientific research, bioethical commission, directives of the European Commission.

W dniach 26-27 marca 2004 r. w Warszawie odbyła się Konferencja pt. "Komisje bioetyczne - regulacje etyczne i prawne w kontekście przystąpienia Polski do Unii Europejskiej". Głównym organizatorem (przy współpracy WHO) było Centrum Zdrowia Dziecka. Program obejmował zarówno problematykę działalności Komisji Bioetycznych, jak i zalecenia międzynarodowe w zakresie „Dobrej Praktyki Badań Klinicznych” oraz aspekty prawne i normy etyczne obowiązujące w zakresie