

Przemoc wobec dzieci — aspekty etyczno-prawne

Violence against children — legal and ethical aspects

STRESZCZENIE

Zjawisko stosowania przemocy wobec dzieci jest bardzo poważnym problemem zdrowia publicznego na całym świecie. Media prawie codzienne informują o przypadkach agresji wobec dzieci, których konsekwencje często prowadzą do ich kalectwa lub śmierci. W Polsce przypadki stosowania przemocy wobec dzieci są rzadko rozpoznawane przez lekarzy. W diagnozowaniu niektórych dolegliwości somatycznych dziecka bardzo często lekarze nie biorą pod uwagę faktu, że wiele objawów może być następstwem stosowania wobec niego przemocy. W pracy przedstawiono objawy i scharakteryzowano 4 formy krzywdzenia dzieci: przemoc fizyczną, krzywdzenie psychiczne, wykorzystywanie seksualne oraz zaniedbywanie. Omówiono prawne aspekty regulujące obowiązek zgłaszania przypadków przemocy wobec dzieci przez lekarzy. Zaprezentowano aspekty praktyczne, które mogą pomóc lekarzom w postępowaniu w przypadku powzięcia podejrzenia o popełnieniu ściganego z urzędu przestępstwa z użyciem przemocy w rodzinie. Zaangażowanie lekarzy i ich wola działania w kierunku pomocy społecznej i prawnej odgrywają bardzo istotną rolę w stosunku do dziecka krzywdzonego. Informowanie o przemocy wobec dziecka i pomoc, nie tylko o charakterze medycznym, jest przede wszystkim moralnym i zawodowym obowiązkiem lekarza, pochodzącym głównie z troski o zdrowie pacjenta.

Forum Medycyny Rodzinnej 2011, tom 5, nr 5, 437–444

słowa kluczowe: przemoc w rodzinie, dziecko krzywdzone, lekarze, prawo

ABSTRACT

The phenomenon of child abuse is a very important public health problem worldwide. Almost every day media reports cases of aggression against children, which often lead to consequences of their disability or death. In Poland, physicians rarely recognize cases of violence against children. In the diagnosis of certain somatic symptoms of the child very often doctors do not pay attention into the fact that many of the symptoms may be the consequence of violence against children. The research presents the symptoms and characterized four forms of child abuse: physical violence, psychological harm, sexu-

Mariusz Goniewicz,
Krzysztof Goniewicz

Pracownia Ratownictwa Medycznego,
Uniwersytet Medyczny w Lublinie

Adres do korespondencji:

ppłk dr n. med. Mariusz Goniewicz
Pracownia Ratownictwa Medycznego,
Uniwersytet Medyczny w Lublinie
ul. Chodźki 6, 20–093 Lublin
tel.: (81) 718 75 10
e-mail: mariusz.goniewicz@gmail.com

Copyright © 2011 Via Medica
ISSN 1897–3590

al abuse and neglect. Discusses the legal aspects governing the obligation to report cases of child abuse by doctors. Presents practical aspects, that may help doctors in dealing with suspicion of the commission prosecuted ex officio on cases of domestic violence. The involvement of physicians and their will to work towards social and legal assistance play an important role in relation to child abuse. Information on violence against children and support not only for medical application is primarily moral and professional duty of the doctor, coming mainly out of concern for the health of the patient.

Forum Medycyny Rodzinnej 2011, vol 5, no 5, 437–444

key words: domestic violence, child abuse, doctors, law

WSTĘP

Zjawisko stosowania przemocy wobec dzieci jest bardzo poważnym problemem zdrowia publicznego na całym świecie. W Polsce prawie codzienne media informują o przypadkach agresji wobec dzieci, których konsekwencje często prowadzą do ich kalectwa lub śmierci. Każdego roku na oddziały chirurgii dziecięcej z powodu przemocy fizycznej przyjmowanych jest około 500 dzieci do lat 15, z czego kilkanaście przypadków dotyczy krzywdzenia dzieci ze skutkiem śmiertelnym [1–3]. Z danych Komendy Głównej Policji wynika, że w latach 2005–2010 doszło do 19 2464 — zarejestrowanych według procedury „Niebieskiej Karty” — przypadków użycia przemocy wobec dzieci do lat 13 oraz 93 504 przypadków użycia przemocy wobec nieletnich w wieku 13–18 lat [4]. Stwierdzono, że przemoc wobec dzieci występuje nie tylko w rodzinach patologicznych, ale również w uważanych za „normalne”. Szacuje się, że zjawisko przemocy dotyczy około 30% rodzin z miast i 40% rodzin z terenów wiejskich. Aż 65% przypadków to przemoc w następstwie spożywania alkoholu [1, 4, 5]. Jednak oficjalne statystyki nie obrazują całości problemu krzywdzenia dzieci, a jedynie zaznaczają jego występowanie. Nadal bowiem pozostaje wiele niezarejestrowanych przypadków, w których dochodzi do mniej lub bardziej groźnego uszkodzenia ciała dziecka. Istnieje także ogromna, bezmieni-

na rzesza ofiar innych form przemocy pozbawiona szans na pomoc i ochronę [1, 6, 7]. Głównym zadaniem lekarza jest ochrona zdrowia dziecka i udzielenie mu pomocy medycznej. Ważną umiejętnością lekarza mającego pierwszy kontakt z poszkodowanym dzieckiem (lekarze rodzinni, ratunkowi) powinno być także rozpoznanie sygnałów świadczących o występowaniu zespołu dziecka krzywdzonego. Odpowiednie badania podmiotowe i przedmiotowe umożliwią rozpoznanie form przemocy wobec dziecka. W przypadku stwierdzenia takiej konieczności obowiązkiem lekarza jest powiadomienie pomocy społecznej, policji, gminnej komisji rozwiązywania problemów alkoholowych. Ponadto w przypadku stwierdzenia lub podejrzenia podczas badania popełnienia przestępstwa obowiązkiem lekarza jest powiadomienie organów ścigania [8–10].

PRZEMOC WOBEC DZIECI — FORMY ORAZ OBJAWY

Pierwsze publikacje medyczne i raporty lekarzy sądowych informujące o przemocy wobec dzieci ukazały się w Europie pod koniec XIX wieku. Jednak prawdziwy przełom w opisywaniu i diagnozowaniu tego zjawiska nastąpił w 1961 roku po pierwszej na świecie konferencji poświęconej zagadnieniu przemocy wobec dzieci oraz opublikowaniu przez Kempego i Silvermanna wyników swoich badań nad skutkami fizycznej przemocy

wobec dziecka. W pracy tej opisywano przypadki maltretowania dzieci i po raz pierwszy w literaturze medycznej nazwano oraz zdefiniowano syndrom dziecka maltretowanego (*the battered child syndrom*). Efektem tych wydarzeń było uznanie krzywdzenia dzieci za problem medyczny i społeczny, a także intensywny rozwój badań nad syndromem dziecka maltretowanego. Początkowo określeniem tym obejmowano tylko zachowania o charakterze przemocy fizycznej wobec dziecka, na przykład nadużywanie kar cielesnych. Wiele wyników następnych badań potwierdziło, że krzywdzenie dzieci jest zjawiskiem złożonym i przybiera różne postacie [5, 11–13].

Obecnie wyróżnia się 4 formy krzywdzenia dzieci: przemoc fizyczną, krzywdzenie psychiczne, wykorzystywanie seksualne oraz zaniedbywanie [1, 5, 6, 11–16].

Przemoc fizyczna to różnego rodzaju zachowania wobec dziecka powodujące u niego nieprzypadkowe obrażenia ciała i choroby. Zalicza się do nich między innymi: bicie, kopanie, szarpanie, potrząsanie (dotyczy głównie niemowląt, powoduje nieodwracalne uszkodzenia mózgu), przypalanie (np. papierosem) zadawanie ran (oparzenia, rany cięte, kłute), wykręcanie kończyn, rozmyślne głodzenie, krępowanie. Następstwa takich zachowań wywołują u dziecka ból fizyczny bez względu na ilość i rozległość pozostawionych śladów lub ich całkowity brak [5, 13–15, 17]. Skrajną formą przemocy fizycznej jest zabicie dziecka (dzieciobójstwo, zabójstwo) [11].

Krzywdzenie psychiczne (przemoc emocjonalna) polega na rozmyślnym niszczeniu lub obniżaniu możliwości prawidłowego rozwoju dziecka. Do kategorii tego typu zachowań zalicza się między innymi wyzwiska, naśmiewanie się, emocjonalne odrzucenie, nadmierne wymagania, nieliczenie się z możliwościami psychofizycznymi, krzyki, obelgi, straszenie, izolowanie, groźby, szantaż. Krzywdzenie psychiczne nie zostawia

śladów fizycznych, ale wyrządza szkody w psychice dziecka, które utrudniają jego funkcjonowanie w późniejszym życiu, na przykład zaburzenia osobowości, niskie poczucie własnej wartości, stany nerwicowe i lekowe [1, 15].

Wykorzystywanie seksualne polega na przymuszaniu dziecka do aktywności seksualnej, która nie jest adekwatna do jego stopnia rozwoju oraz narusza normy prawne i społeczne [15]. Jego intencją jest seksualne zaspokojenie osoby dorosłej. Wyróżnia się 3 formy seksualnego wykorzystywania dzieci przez dorosłych: akty pozbawione fizycznego kontaktu (ekshibicjonizm, podglądactwo, fetysyzm, obsceniczne telefony oraz eksponowanie ciała dziecka osobom dorosłym w celu zaspokojenia ich seksualnych pragnień), czyny skoncentrowane wyłącznie na fizycznym kontakcie osoby dorosłej z dzieckiem (petting, praktyki masturbacyjne), akty noszące znamiona gwałtu (zmuszanie dziecka do stosunków seksualnych). Do objawów wykorzystywania seksualnego dziecka należą: otarcia naskórka, bolesność narządów płciowych i odbytu, opuchlizna w okolicach genitaliów, ból podczas oddawania moczu, ból podczas chodzenia i siadania, nadmierne zainteresowanie się seksualnością, nietypowe dla dziecka zachowania seksualne, pseudodojrzałość, uwodzące zachowanie wobec dorosłych, odgrywanie przemocy seksualnej na lalkach i zabawkach, sekrety (np. dziecko twierdzi, że ma jakąś tajemnicę, jednak z nieznanых przyczyn nie może jej wyjawic), niepokojące opowieści o znajomym dorosłym, lęk przed określoną osobą, miejscem, sytuacją, moczenie nocne, ssanie palca i inne zachowania, z których już dziecko wyrosło (np. nerwowość, złość, płacz bez konkretnego powodu lub całkowite milczenie) [15, 18–20].

Zaniedbywanie to niezaspokajanie podstawowych potrzeb dziecka: fizycznych (np. właściwe odżywianie, ubieranie, schronienie, higiena, opieka medyczna, edukacja)



Obecnie wyróżnia się 4 formy krzywdzenia dzieci: przemoc fizyczną, krzywdzenie psychiczne, wykorzystywanie seksualne oraz zaniedbywanie

i psychicznych (np. poczucie bezpieczeństwa, miłość rodzicielska, codzienna właściwa opieka i troska) [17, 20]. Zaniedbywanie powoduje lub może powodować uszczerbek na zdrowiu, a także zaburzenia rozwoju psychicznego, moralnego lub społecznego dziecka [21]. Przyczyną niezapewnienia odpowiednich warunków do rozwoju dziecka w sferze zdrowotnej, edukacyjnej i emocjonalnej najczęściej jest ubóstwo rodzin, choroby alkoholowe i psychiczne. Widocznym przejawem zaniedbania jest zbyt mała waga i niski wzrost dziecka w stosunku do normy, brudna bielizna i niechlujna odzież, często niedostosowana do pory roku, niezaopatrzone obrażenia, na przykład otarcia na skórkę, rany, a także zmęczenie i apatia dziecka [5, 15, 20, 21].

Objawami stosowania przemocy wobec dzieci są między innymi moczenie i zanieczyszczanie się dziecka, tiki nerwowe (widoczne przede wszystkim na twarzy), mimowolne ruchy różnych rodzajów mięśni, dolegliwości psychosomatyczne (ból brzucha, głowy, nudności), częste kłamstwa, nieadekwatne do sytuacji reakcje, zaburzenia mowy (np. jąkanie), nieustannie szukanie uwagi i uczuć dorosłych osób, nadmiernie do nich „łgnięcie”, bierność, wycofywanie oraz brak poczucia pewności siebie, częste nieposłuszne zachowanie, lęk przed niepowodzeniem, porażką [16, 22]. U dzieci krzywdzonych fizycznie stwierdza się zaburzone stosunki interpersonalne. Dzieci takie są bardziej agresywne, częściej również wykazują objawy depresji [5, 22]. Konsekwencje doznanej w dzieciństwie przemocy ujawniają się w różnym wieku, a ich symptomatologia jest bardzo różnorodna, między innymi depresja, lęk, myśli samobójcze, stres pourazowy, agresja, impulsywność, skłonności przestępcze, nadmierna aktywność lub uzależnienia [23].

Dzieci będące ofiarami przemocy bardzo rzadko zwracają się o pomoc do dorosłych. Swoje problemy ukrywają z poczucia lęku,

wstydu oraz bezradności. W przypadku wykorzystywania seksualnego są tak sfrustrowane, że przerwanie ich milczenia często jest niezmiernie trudne. Dlatego tak ważna jest szczególna ostrożność, wnikliwość i dokładna obserwacja dziecka podczas badania lekarskiego [21]. Do charakterystycznych objawów, które podczas badania lekarskiego wzbudzają uzasadniony niepokój i mogą być podstawą do stwierdzenia zjawiska przemocy, zalicza się różnego rodzaju uszkodzenia dotyczące prawie wszystkich okolic ciała dziecka [13, 15, 16].

Na skórze mogą występować między innymi blizny, siniaki (kolor niebieski w pierwszych dniach, a zielono-żółty po około 7–10 dobach po zdarzeniu), duże krwiaki w okolicy skóry głowy (będące następstwem szarpania dziecka za włosy), oparzenia symetryczne typu „rękawiczki” czy „skarpetki” (powstałe w wyniku umyślnego zanurzenia dziecka w gorącej wodzie), oparzenia o charakterystycznym kształcie od przypalania papierosem, urządzeniami elektrycznymi itp. [22, 24]. „Zmiany na plecach, pośladkach, łydkach, symetryczne, często o geometrycznych kształtach nasuwają zawsze podejrzenie urazów nieprzypadkowych, czasem noszą nawet kontur przedmiotu, którym zostały zadane” [15].

W układzie kostnym mogą występować złamania nieprzypadkowe. Do charakterystycznych cech nasuwających podejrzenie złamań nieprzypadkowych zalicza się: złamania obustronne, na różnych poziomach, w „różnym wieku” (tzn. świeże, w trakcie zrastania, zrosnięte), które są nieadekwatne do urazu; złamania trzonów kręgow, mostka, tylnych żeber (nie łamią się nigdy podczas resuscytacji); złamania kości czaszki (80% złamań u dzieci poniżej 1. roku życia to urazy nieprzypadkowe); obojczyka (powyżej 11. dnia życia); kości palców w części dystalnej; kości piszczelowej i udowej u niemowląt; kości ramiennej u dzieci poniżej 3. roku życia [13, 15, 22, 24].



Konsekwencje doznanej w dzieciństwie przemocy ujawniają się w różnym wieku, a ich symptomatologia jest bardzo różnorodna

W obrębie jamy brzusznej obrażenia nieprzypadkowe dotyczą przede wszystkim jelit. Prowadzą one do perforacji i objawów ostrego brzucha. Należy pamiętać, że u dzieci obrażenia przypadkowe odnoszą się głównie do śledziony i trzustki [13, 15, 24].

U dzieci krzywdzonych charakterystyczne uszkodzenia głowy to złamania kości czaszki oraz obrażenia, które powstają przy zadziałaniu energii kinetycznej (typowe dla szczególnej postaci dziecka maltretowanego, czyli zespołu dziecka potrząsanego, np. stłuczenie mózgu, krwiaki podtwardówkowe) [15, 17].

PRAWNE ASPEKTY ZGŁASZANIA PRZYPADKÓW PRZEMOCY WOBEC DZIECI

Obecnie zgłaszanie przypadków przemocy wobec dzieci i podjęcia pozamedycznych działań związanych z tym problemem pozostaje w głównej mierze obowiązkiem moralnym i zawodowym każdego lekarza, wpływającym głównie z troski o dobro pacjenta. Lekarz powinien mieć świadomość, że w Polsce funkcjonuje system wsparcia dla ofiar przemocy w postaci Ogólnopolskiego Pogotowia dla Ofiar Przemocy w Rodzinie „Niebieska linia”, policyjnej „Niebieskiej Karty”, interdyscyplinarnego gminnego systemu przeciwdziałania przemocy w rodzinie (do jego utworzenia gmina zobligowana jest ustawą z dnia 10.06.2010 roku o zmianie ustawy o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie oraz niektórych innych ustaw), a także wiele aktów prawnych, które są postawą do podejmowania przez niego działań zmierzających do zawiadomienia organów ścigania w przypadku stwierdzenia przemocy w rodzinie [5, 7, 8, 13, 15].

Jednym z najważniejszych aktów prawnych dotyczących obowiązku zawiadomienia organów ścigania w przypadku stwierdzenia przemocy w rodzinie jest ustawa z dnia 29 lipca 2005 roku o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie oraz ustawa z dnia 10 czerwca 2010 roku o zmianie ustawy o prze-

ciwdziałaniu przemocy w rodzinie oraz niektórych innych ustaw (zmiany weszły w życie z dniem 1 sierpnia 2010 r.) [25, 26]. W znowelizowanej ustawie zwrot „przemoc wobec członków rodziny” zastąpiono pojęciem „przemoc w rodzinie”. Art. 2 pkt. 2 ustawy definiuje przemoc w rodzinie jako „jednorazowe albo powtarzające się umyślne działania lub zaniechanie naruszające prawa lub dobra osobiste osoby najbliższej w rozumieniu art. 115 §11 Kodeksu karnego, a także innej osoby wspólnie zamieszkującej lub gospodarującej, w szczególności narażające te osoby na niebezpieczeństwo utraty życia, zdrowia, naruszające ich godność, nietykalność cielesną, wolność, w tym seksualną, powodujące szkody na ich zdrowiu fizycznym lub psychicznym, a także wywołujące cierpienia i krzywdy moralne u osób dotkniętych przemocą” [25]. Poszerzono grono osób, które powinny zawiadomić policję lub prokuratora w przypadku podejrzenia przestępstwa z użyciem przemocy w rodzinie. Art. 12 ustawy stanowi, że konieczność ta ciąży na osobach, które powezmą takie podejrzenie w związku z wykonywaniem swoich obowiązków służbowych lub zawodowych. Wynika z tego, że każdy lekarz bez względu na formę, w jakiej wykonuje swój zawód — także w ramach indywidualnej czy grupowej praktyki lekarskiej, jak również pracujący w zakładzie opieki zdrowotnej na podstawie stosunku pracy albo umowy cywilnoprawnej — jest zobligowany do takiego działania. Art. 12 ustawy mówi, że obowiązek zawiadamiania organów ścigania dotyczy przypadków podejrzenia popełnienia przestępstwa ściganego z urzędu [26, 27]. Ściganie z urzędu polega na tym, że policja i prokurator prowadzą postępowanie niezależnie od woli i zgody osoby pokrzywdzonej. Wycofanie skargi lub odmowa zeznań nie jest podstawą do umorzenia postępowania, jeśli istnieje uzasadnione przypuszczenie, że popełniono przestępstwo. Ściganie z urzędu dotyczy w szczególności czynów skierowa-



Należy podkreślić, że w zmodyfikowanym art. 12 ustawy stanowczo sformułowano obowiązek zawiadomiania organów ścigania w przypadku powzięciu podejrzenia o popełnieniu ściganego z urzędu przestępstwa z użyciem przemocy w rodzinie

nych przeciwko życiu lub zdrowiu (np. ciężki uszczerbek na zdrowiu — art. 156 k.k., zmuszanie do określonego zachowania — art. 191 k.k., znęcanie się — art. 207 k.k.) [27, 28]. Natomiast w przypadku pewnych kategorii czynów zabronionych ustawodawca pozostawił decyzję o ściganiu w rękach pokrzywdzonego. Ściganie na wniosek polega na tym, że bez wniosku osoby pokrzywdzonej postępowanie w sprawie nie może być wszczęte. Na wniosek pokrzywdzonego ścigane są przestępstwa przeciwko godności i nietykalności cielesnej — art. 217 k.k., niektóre przestępstwa przeciwko wolności seksualnej (np. zgwałcenie — art. 197 k.k.), a także pewne czyny polegające na przemocach psychicznej (np. stosowanie groźby bezprawnej — art. 190 k.k.) [27, 28]. Lekarze nie są zobowiązani do zawiadomiania organów ścigania o takich czynach zabronionych. Bez wniosku o ściganie uprawnionej osoby, prokuratura nie mogłaby wszcząć postępowania. Należy podkreślić, że w zmodyfikowanym art. 12 ustawy stanowczo sformułowano obowiązek zawiadomiania organów ścigania w przypadku powzięciu podejrzenia o popełnieniu ściganego z urzędu przestępstwa z użyciem przemocy w rodzinie [27]. Brzmi on „osoby [...] niezwłocznie zawiadamiają o tym Policję lub prokuratora” [26]. Obowiązek ten ma charakter społeczny, a nie prawny, czyli niedopełnienie go nie wiąże się z żadnymi sankcjami karnymi. Jednak brak reakcji na ujawnioną krzywdę dziecka zazwyczaj spotyka się z potępieniem opinii publicznej, może spowodować wyłącznie negatywną ocenę i odpowiedzialność zawodową [7, 8, 15, 27].

Kolejnymi aktami prawnymi nakładającymi na lekarzy obowiązek zawiadomienia właściwych organów o stosowaniu przemocy wobec dzieci są ustawa z dnia 17 listopada 1974 roku kodeks postępowania cywilnego oraz ustawa z dnia 6 czerwca 1997 roku kodeks postępowania karnego. Art. 572 §1 k.p.c. stanowi: „Każdy komu znane jest zda-

zenie uzasadniające wszczęcie postępowania z urzędu, obowiązany jest zawiadomić o nim sąd opiekuńczy” [29]. W sytuacji powzięcia choćby podejrzenia, że dziecku dzieje się krzywda trzeba złożyć do sądu opiekuńczego wniosek o wgląd w sytuację rodzinną dziecka. Wniosek taki jest łatwy do wypełnienia oraz zwolniony od opłat sądowych. Należy w nim podać podstawowe dane personalne rodziny i miejsce zamieszkania oraz wpisać fakty, które wzbudzają podejrzenie stosowania przemocy wobec dziecka. W ustawie nie jest sprecyzowany termin, w jakim należy wniosek składać, jednak wydaje się oczywiste zgłaszanie faktu bezpośrednio po jego stwierdzeniu. Obowiązek zawiadomiania sądu dotyczy między innymi zdarzenia polegającego na krzywdzeniu dziecka, którego skutkiem może być ograniczenie lub pozbawienie władzy rodzicielskiej lub odebranie dziecka pozostającego pod władzą rodzicielską [7, 8, 11].

Art. 304 §1 k.p.k. nakłada na lekarzy społeczny obowiązek zawiadomienia prokuratora lub policji o przestępstwie. „Każdy dowiedziawszy się o popełnieniu przestępstwa ściganego z urzędu ma społeczny obowiązek zawiadomić o tym prokuratora lub Policję” [30].

Przy zgłaszaniu faktu maltretowania dziecka lekarz powinien odrzucić fałszywy pogląd, że żaden normalny rodzic nie chce skrzywdzić swojego dziecka; że dzieci najczęściej podczas zabawy łatwo nabawiają się siniaków lub upadają i łamią sobie kości oraz że dziecko skrzywdzone będzie wołało o pomoc. Lekarz nie powinien także obawiać się, że zgłoszenie na policję faktu ujawnienia przemocy potraktowane będzie jako donos, za który można odpowiadać przed sądem, jak za pomówienie.

Rzecznik Praw Dziecka, stojąc na stanowisku, że lekarz jest w takiej sytuacji pierwszym obrońcą dziecka, w swoim apelu do Prezesa Naczelnej Izby Lekarskiej zwrócił się z postulatem o „podjęcie działań dyscy-

plinujących i uświadamiających lekarzy o nałożonym na nich społecznym i moralnym obowiązku zgłaszania właściwym służbom przypadków mających znamiona przemocy wobec dziecka”. Rzecznik podkreślił, że wczesne rozpoznanie i równoczesne zgłoszenie do właściwych organów ścigania warunkuje w wielu przypadkach uratowanie dziecka, dlatego, jego zdaniem, rola lekarza jest w takich sytuacjach podstawowa i nieodzowna [31].

Podczas podejmowania decyzji o zgłoszeniu stosowania przemocy wobec dzieci problemem lekarza staje się kwestia zachowania tajemnicy lekarskiej. Jednak w przypadku stwierdzenia lub choćby podejrzenia, że dziecko jest ofiarą przemocy lekarz jest zwolniony z obowiązku zachowania tajemnicy lekarskiej i zobligowany do ujawnienia tego faktu na mocy art. 40 ustawy z 5 grudnia 1996 roku o zawodzie lekarza i lekarza dentystry, między innymi wówczas, gdy „zachowanie tajemnicy może stanowić niebezpieczeństwo dla życia lub zdrowia pacjenta lub innych osób” [27, 32]. Podobne zapisy znajdują się w kodeksie etyki lekarskiej. Z treści art. 25 kodeksu wynika, że zwolnienie z zachowania tajemnicy lekarskiej może nastąpić, gdy pacjent wyrazi na to zgodę lub jeśli zachowanie tajemnicy w sposób istotny zagraża zdrowiu bądź życiu pacjenta lub innych osób oraz jeśli zobowiązują do tego przepisy prawa (np. kodeks postępowania cywilnego, kodeks postępowania karnego, ustawa o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie). Natomiast art. 27. kodeksu etyki lekarskiej stanowi, że „lekarz ma prawo do ujawnienia zauważonych faktów zagrożenia zdrowia lub życia w wyniku łamania praw człowieka” [33].

PODSUMOWANIE

W Polsce przypadki stosowania przemocy wobec dzieci są rzadko rozpoznawane przez lekarzy. W diagnozowaniu niektórych dolegliwości somatycznych dziecka bardzo często lekarze nie biorą pod uwagę faktu, że wiele objawów może być następstwem stosowania wobec niego przemocy. W patogenezie oraz leczeniu wielu dolegliwości i schorzeń, a także zaburzeń rozwoju dziecka wpływ przemocy często jest niesłusznie pomijany. W takiej sytuacji niezbędne jest uwrażliwienie lekarzy, a zwłaszcza lekarzy rodzinnych, ratunkowych i pediatrów, na problemy pokrzywdzonego dziecka, a także edukacja i rozszerzanie wiedzy w zakresie identyfikacji tego typu zjawisk. Ważne jest także zaangażowanie lekarzy i ich chęć działania w kierunku społecznym i prawnym poprzez niesienie pomocy rodzinie i dziecku [15]. Ponadto lekarz ma prawny i społeczny obowiązek zawiadomienia o przemocy wobec dziecka, którą podejrzewa lub stwierdził przy wykonywaniu swoich obowiązków służbowych lub zawodowych. Istotne jest także, aby lekarz przed podjęciem decyzji o zawiadomieniu o przemocy wobec dziecka pamiętał o wyjątkach wskazanych w ustawie o zawodach lekarza i lekarza dentystry, które dopuszczają możliwość odstąpienia od obowiązku zachowania tajemnicy lekarskiej. Na stałe w świadomość lekarza powinny wpisać się zasady nagłaśniania problemu dziecka krzywdzonego oraz reagowania na najmniejsze nawet objawy stosowania wobec niego przemocy. W celu zwiększenia ochrony lekarzy podejmujących działania w przypadku stosowania przemocy wobec dzieci powinni oni otrzymywać instytucjonalne wsparcie i pomoc ze strony wymiaru sprawiedliwości [23].



W przypadku stwierdzenia lub choćby podejrzenia, że dziecko jest ofiarą przemocy lekarz jest zwolniony z obowiązku zachowania tajemnicy lekarskiej i zobligowany do ujawnienia tego faktu

PIŚMIENNICTWO

- Nikodemski S. Przemoc wobec dzieci — przegląd badań. *Niebieska linia* 2000; 9: 13S–15S.
- Kühn G. Przypadki krzywdzenia dzieci ze skutkiem śmiertelnym. *Dziecko krzywdzone* 2010; 3 (32): 7S–23S.
- Bloch-Bogusławski E., Wolska E., Paradowska A. Zgony dzieci w wieku noworodkowym ze szczególnym uwzględnieniem dzieciobójstwa w materiałach Zakładu Medycyny Sądowej w Bydgoszczy w latach 1992–2006. *Arch. Med. Sąd. Krym.* 2008; LVII: 145S–149S.
- Komenda Główna Policji. Wybrane statystyki. Przemoc w rodzinie. www.policja.pl
- Sajkowska M., Szymańczak J. Dzieci — ofiary przemocy. W: Szymańczak J. (red.). *Dzieci z grup ryzyka*. Studia BAS 2009, Wydawnictwo Sejmowe Kancelarii Sejmu, Warszawa 2009; 1 (17): 159S–188S.
- Brańpiel J. Zagadnienia przemocy wobec dziecka w rodzinie. W: Kawula S., Brańpiel J., Janke A. (red.). *Pedagogika rodziny. Obszary i panorama problematyki*. Wydawnictwo Adam Marszałek, Toruń 2002: 120.
- Ogólnopolskie Pogotowie dla Ofiar Przemocy w Rodzinie „Niebieska linia”. www.niebieskalinia.pl
- Brzozowska M. Obowiązek zgłaszania przypadków przemocy wobec dzieci. *Gazeta Lekarska*, 2009; 4 (220): 26S–31S.
- Mellibruda J., Sasal H.D. O przemocy domowej — poradnik dla lekarza pediatrii. Wyd. Edukacyjne PARPA. Warszawa 1998.
- Sasal H.D. Przewodnik do procedury interwencji wobec przemocy w rodzinie. Wyd. Edukacyjne PARPA. Warszawa 2006.
- Szymańczak J. Przemoc wobec dzieci. Biuro Studiów i Ekspertyz Kancelarii Sejmu. Warszawa 1995.
- Pospiszyl I. Przemoc w rodzinie. Wydawnictwo Szkolne i Pedagogiczne. Warszawa 1998.
- Jarosz E. Ochrona dzieci przed krzywdzeniem. Perspektywa globalna i lokalna. Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego. Katowice 2009.
- Brańpiel J. Przemoc wobec dziecka — zmiana w ocenie zjawiska. W: Theiss W., Winiarski M. (red.). *Pedagogika społeczna. Tradycja i współczesne konteksty*. Wyd. Pedagogium, Warszawa 2007: 245.
- Wojaczyńska-Stanek K. Lekarz ma obowiązek prawny zgłoszenia faktu maltretowania dziecka. *Puls Medycyny* 2003; 19 (68): 30S–31S.
- Kendall-Tackett K. The health effects of childhood abuse: four pathways by which abuse can influence health. *Child Abuse Negl.* 2002; 6/7: 715S–730S.
- Glaser D. Krzywdzenie i zaniedbywanie dzieci a funkcjonowanie mózgu. *Przegląd badań. Dziecko Krzywdzone* 2006; 14: 6S–26S.
- Izdebska A. Konsekwencje przemocy seksualnej wobec dzieci. *Dziecko krzywdzone* 2009; 4 (29): 37S–55S.
- Brzozowska A. Zaburzenia psychiczne u ofiar wykorzystywania seksualnego — prezentacja ujawnionych w trakcie hospitalizacji w oddziale psychiatrii wieku rozwojowego wybranych przypadków nadużyć seksualnych wobec dzieci. *Dziecko Krzywdzone* 2006; 14: 119S–125S.
- Szymańczak J. Przemoc w rodzinie. Zarys problematyki. Kancelaria Sejmu. Biuro Studiów i Ekspertyz. Raport nr 181. Warszawa 2000.
- Światowa Organizacja Zdrowia. Report of the Consultation on Child Abuse Prevention. Genewa 1999.
- Teicher M. Niezabliźnione rany. *Neurobiologia przemocy*. *Świat Nauki* 2002; 5: 62S–69S.
- Tuszkiewicz-Misztal E., Czajka K. Lekarz — dziecko krzywdzone. *Aspekty etyczno-prawne. Dziecko krzywdzone* 2003; 5: 50S–52S.
- Skórzyńska H., Chmiel-Perzyńska I., Perzyński A. Ocena umiejętności rozpoznawania przez lekarzy syndromu dziecka maltretowanego. *Ann. UMCS Sect. D.* 2000; LV, 53: 357S–363S.
- Ustawa z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie (Dz.U. nr 180, poz. 1493, z 2009 r., nr 206, poz. 1589 oraz z 2010 r., nr 28, poz. 146).
- Ustawa z dnia 10 czerwca 2010 r. o zmianie ustawy o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie oraz niektórych innych ustaw (Dz.U., nr 125, poz. 842).
- Kubiak R. Lekarski obowiązek zawiadomienia organów ścigania o przemocy domowej — nowelizacja ustawy o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie. Prawo.mp.pl
- Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny. (Dz.U. nr 88, poz. 553, z późn. zm).
- Ustawa z dnia 17 listopada 1974 r. Kodeks postępowania cywilnego. (Dz.U. nr 43, poz. 296, z późn. zm).
- Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks postępowania karnego. (Dz.U. nr 89, poz. 555).
- List Rzecznika praw dziecka do Prezesa Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 14.01.2000 roku. www.bil.org.pl
- Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry. (Dz.U. z 2008 r. nr 136, poz. 857).
- Kodeks Etyki Lekarskiej. www.nil.org.pl