

lek. dent. Anna Maria Pantelewicz

**Stomatologiczne i psychologiczne wskaźniki  
doświadczania przemocy domowej przez dzieci i młodzież**

**Rozprawa na stopień doktora nauk medycznych i nauk o zdrowiu  
w dyscyplinie nauki medyczne**

**Promotor: prof. dr hab. n. med. Dorota Olczak-Kowalczyk**

**Promotor pomocniczy: dr n. o zdr. Tomasz Krasuski**

**Zakład Stomatologii Dziecięcej Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego**



**Obrona rozprawy doktorskiej przed Radą Dyscyplin Nauk Medycznych  
Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego**

Warszawa 2021

Podpis promotora

**KIEROWNIK**  
**Zakładu Stomatologii Dziecięcej**  
prof. dr hab. n. med. Dorota Olczak-Kowalczyk

Podpis promotora  
pomocniczego

Podpis autora

*Pantelewicz Anna*

## Streszczenie

### Stomatologiczne i psychologiczne wskaźniki doświadczania przemocy domowej przez dzieci i młodzież

Wstęp: Według ogólnopolskiej diagnozy przemocy wobec dzieci, co trzeci nastolatek (34%) jest ofiarą przemocy, co piąty młody człowiek doświadcza przemocy psychicznej ze strony dorosłych (22%), prawie tyle samo doświadcza przemocy fizycznej (21%). Jednym z problemów wskazanych w raporcie Fundacji Dajemy Dzieciom Siłę (daw. Fundacja Dzieci Niczyje) jest małe zaangażowanie pracowników ochrony zdrowia w raportowanie podejrzeń przypadków krzywdzenia dzieci i w stosowanie procedury Niebieskiej Karty. W przypadku dzieci (zwłaszcza małych – do 6 r.ż., nieobjętych opieką placówek oświatowych) aktywność służby zdrowia w rozpoznawaniu przemocy domowej i zaniedbywania dzieci może być niezwykle istotna. W przypadku rozpoznawania śladów przemocy domowej w gabinecie stomatologicznym, ważna jest umiejętność całościowego spojrzenia na małego pacjenta.

Cel badania: Celem pracy jest określenie głównych stomatologicznych i psychologicznych wskaźników występowania przemocy domowej (przemoc fizyczna, psychiczna, seksualna i zaniedbanie), które pozwoliłyby determinować wcześniejsze udzielenie pomocy poszkodowanym, a także rozpoznanie oznak przemocy domowej wobec dzieci w gabinecie stomatologicznym.

Materiały i metody: Badanie zostało przeprowadzone w latach 2017-2019. Do grupy badanej zakwalifikowano dzieci i młodzież pozostającą pod opieką Ośrodków Pomocy Społecznej/ Centrów Wspierania Rodzin „Rodzinna Warszawa” oraz Pogotowiu Opiekuńczych na terenie m.st. Warszawy (dobór próby celowy, nielosowy). Grupę kontrolną stanowili pacjenci Zakładu Stomatologii Dziecięcej Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, pochodzący z rodzin normatywnych (kwalifikacja na podstawie wywiadu; dobór próby celowy, nielosowy). Kryteriami włączenia były: wiek do 18 roku życia; uzębienie mleczne, mieszane, stałe; pisemna zgoda rodzica, opiekuna lub pacjenta powyżej 16 r.ż. na udział w badaniu; brak chorób ogólnych i przewlekłego przyjmowania leków mogących zaburzać obraz kliniczny. Badanie polegało na przeprowadzeniu wywiadu środowiskowego i lekarskiego, obserwacji zachowania dziecka, analizie dokumentacji podopiecznych ośrodków pomocy społecznej lub ośrodków wsparcia rodziny oraz na badaniu klinicznym. Podczas badania obecny był psycholog oraz rodzice lub opiekunowie dziecka. Badanie kliniczne przeprowadzane było w gabinecie stomatologicznym przez jednego lekarza przy użyciu podstawowego zestawu

diagnostycznego w świetle lampy bezcieniowej. Badanie kliniczne obejmowało ocenę stanu higieny jamy ustnej (wskaźniki OHI-S, API, PI, GI), poziom, intensywność i stopień zaawansowania choroby próchnicowej przy zastosowaniu klasyfikacji ICDAS II oraz wskaźników PUW/puw zarówno w odniesieniu do zębów jak i powierzchni. Oceniano również konsekwencję nieleczonych ubytków próchnicowych za pomocą wskaźnika PUFA, obecność urazowych uszkodzeń zębów z zastosowaniem klasyfikacji Andreasena, występowanie parafunkcji oraz niepróchnicowych ubytków tkanek twardych. Powierzchnie okluzyjne oceniano wizualnie i klasyfikowano za pomocą uproszczonego wskaźnika starcia zębów (TWI). Zachowanie dziecka w gabinecie oceniano w oparciu o kwestionariusz opracowany na potrzeby badania na podstawie badania pilotażowego przeprowadzonego w 2016 roku. Kwestionariusz został przygotowany przez wykwalifikowanego psychologa; dotyczy zachowania dziecka w gabinecie, jego stosunku do lekarza oraz relacji z rodzicami (opiekunami). Dane zostały uporządkowane i pogrupowane zgodnie z celami badania oraz poddane analizie przy użyciu programu statystycznego STATISTICA. Opiekunowie prawni wszystkich dzieci, biorących udział w badaniu, podpisali formularz zgody na udział w badaniu. Projekt został zaakceptowany przez Komisję Etyczną Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego (nr. KB/14/2017).

Wyniki: Badaniem objęto łącznie 782 pacjentów obojga płci, w tym 404 osoby pochodzące z rodzin dysfunkcyjnych (średnia wieku  $11,4 \pm 3,7$ ) oraz 378 z rodzin normatywnych (grupa kontrolna, śr. wieku  $8,53 \pm 3,92$ ). Początkowo chęć udziału w badaniu zgłosiło 496 rodzin (dot. dzieci z rodzin dysfunkcyjnych). Osiemdziesięcioro troje rodziców lub opiekunów (16,73%) odmówiło podpisania formularza zgody na badanie, a dziewięcioro dzieci (1,81%) odmówiło udziału w badaniu jamy ustnej, pomimo podpisanej zgody, a w konsekwencji również zostało wykluczonych z badania. Wykazano istotną korelację pomiędzy przemocą fizyczną, przemocą psychiczną i zaniedbaniem a wskaźnikiem puwz/puwp oraz PUWZ/PUWP, wskaźnikiem PUFA, wskaźnikami GI i OHI-S, wskaźnikiem TWI dla zębów mlecznych, obecnością parafunkcji, obecnością ran i pęknięć na wargach, zmianami obserwowanym w przedsionku jamy ustnej i błonie śluzowej policzków, zmianami i stanami zapalnymi języka. Nie wykazano silnej korelacji między urazami zębów, wskaźnikiem TWI dla zębów stałych, a jakimkolwiek z uwzględnionych w badaniu rodzajów przemocy. Istnieje istotna korelacja pomiędzy doświadczaniem przemocy fizycznej, emocjonalnej, zaniedbywania a niskim i średnim statusem socjoekonomicznym, nadużywaniem alkoholu i narkotyków. Wykształcenie podstawowe jest dodatnio skorelowane z doświadczaniem przemocy fizycznej i zaniedbaniem. Wszystkie wyniki uzyskane z części psychologicznej badania były istotne

statystycznie ( $p < 0,05$ ). Zaobserwowano specyficzne zachowania charakteryzujące grupę dzieci doświadczających przemocy – obniżona samoocena (35% vs 3%), nadmierna pewność siebie (21% vs 7%), poczucie bezradności, obojętności (22% vs 1%), poczucie winy (15% vs 0%), nadmierna odpowiedzialność (18% vs 2%), obniżony nastrój (31% vs 5%), agresja lub zachowania regresywne jako reakcja na stres (14% vs 0%, 15% vs 3%), nadpobudliwość psychoruchowa (16% vs 3%). Oprócz zmian w zachowaniu, odnotowano objawy bulimii i anoreksji (30% vs 7%), samookaleczenia (4,2% vs 0%), brak podstawowej higieny (31,9% vs 0%), niedopasowane ubranie – za duże, za małe, nieodpowiednie do pory roku lub płci (25,7% vs 0%).

Wnioski: Zaniedbanie stomatologiczne, nasilone starcie zębów oraz zaniedbania higieniczne stanowią składową Zespołu Dziecka Maltretowanego. Objawy przemocy domowej i zaniedbywania dzieci mogą być wykryte przez lekarza stomatologa poprzez wnikliwie zebrany wywiad rodzinny, środowiskowy i lekarski, staranne badanie zewnątrz- i wewnątrzustne oraz obserwację zachowania dziecka. Niezbędne wydaje się przeprowadzenie działań edukacyjnych odnośnie procedury Niebieskiej Karty, regionalnych systemów i metod zgłaszania podejrzanych przypadków przemocy domowej oraz dalsze prowadzenie badań w tym zakresie.