

М. Л. Аряєв

Одеський національний медичний університет МОЗ України, 65082 Одеса

## СИНДРОМ ЖОРСТОКОГО ПОВОДЖЕННЯ З ДИТИНОЮ В НЕОНАТОЛОГІЇ ТА ПЕДІАТРІЇ: БІОЕТИЧНІ ПРОБЛЕМИ ТА ПСИХОНЕВРОЛОГІЧНІ НАСЛІДКИ

Наведено дані з епідеміології та особливостей проявів синдрому жорстокого поводження з дитиною. Виявлено, що в Одеському регіоні 65,6 % опитаних у дитинстві зазнавали жорстокого поводження. Встановлено недостатній рівень знань населення про проблему жорстокого поводження з дітьми (тільки 13 % опитаних). Найпоширенішими формами жорстокого поводження були емоційне насильство — 30,0 % (95 % ДІ 26,4-33,5, особливо серед дівчинок) і фізичне насильство — 21,3 % (95 % ДІ 17,8-24,1, особливо серед хлопчиків). Значна частина респондентів вважає прийнятним використання як покарання дітей різних варіантів фізичного (27,6 %, 95 % ДІ 25,2-30,7) або агресивного психоемоційного (21,4 %, 95 % ДІ 18,5-23,5) впливу. Більшість учнів середніх шкіл мають незадовільний рівень поінформованості про суть проблеми шкільного булінга — 85,6 % (95 % ДІ 83,2-88,7 %), хоча 86,3 % (95 % ДІ 83,2-88,7) опитаних безпосередньо або побічно зіштовхувалися із цим явищем як жертва, агресор, спостерігач або захисник жертви. У дівчинок переважною формою є вербальний булінг (72,0 %, 95 % ДІ 67,2-76,8), тоді як у хлопчиків — фізичний булінг (21,6 %, 95 % ДІ 8,2-31,4). За даними ретроспективного аналізу медичної документації та патологоанатомічних протоколів дітей із черепно-мозковими травмами, встановлено недостатню виявляємість синдрому трясіння немовляти в неонатальному періоді. Обговорені біоетичні проблеми синдрому жорстокого поводження з дитиною світоглядного та аплікативного характеру.

**Ключові слова:** новонароджені, діти, синдром жорстокого поводження, синдром трясіння немовляти, психологічна жорстокість, шкільний булінг, психоневрологічні наслідки, біоетичні проблеми.

Актуальність проблеми жорстокого поводження з дітьми визначається високою поширеністю, різноманітністю клінічних проявів, труднощами запобігання, виявлення, високою ймовірністю ускладнень і летальних результатів. Суспільство визнає проблему насильства, жорстокого поводження і зневаги до потреб дітей як одну з найгостріших і актуальніших проблем сучасного світу. Це пов'язано з тим, що насильство відносно дітей або зневага їх основними потребами спричиняють негативний вплив на розвиток, здоров'я і життя дитини, порушують його соціалізацію, породжують бездоглядність і правопорушення неповнолітніх [9-11, 17, 27, 30, 34].

Пріоритет наукового формулювання проблеми належить С. Н. Кетре [29], який на підставі аналізу 749 випадків ввів поняття “Синдром побитої дитини”, детально описав типові ознаки невідповідних тілесних ушкоджень і представив педіатрич-

ні, психіатричні, рентгенологічні і юридичні аспекти проблеми. Він вперше навів зведені статистичні дані про розповсюдження насильства (зокрема, сексуального, психологічного) над дітьми і нехтування основними потребами дитини. Вивчення “синдрому побитої дитини” і публікація його результатів сприяли виходу проблеми жорстокого поводження з дітьми за рамки медицини і юриспруденції та потребували суспільного втручання.

Ідеологічною основою комплексної протидії насильству є “Загальна декларація прав людини” Генеральної Асамблеї ООН (1948), “Декларація прав дитини” Генеральної Асамблеї ООН (1959), Декларація “Про протидію фактам жорстокого поводження з дітьми” Всесвітньої медичної асамблеї (1984). У 1989 р. прийнята Конвенція ООН “Про права дитини”, що стала “Великою хартією вільності для дітей” або “Світовою Конституцією прав дитини”.

Принципові положення Конвенції є основою для розробки норм сімейного, кримінального і цивільного кодексів деяких держав — членів ООН.

В Україні права неповнолітніх захищаються Конституцією і окремими статтями сімейного, цивільного, кримінального і кримінально-процесуального кодексів та є об'єктом піклування з боку Міністерства у справах сім'ї, молоді та спорту, МВС, МОН, МОЗ, НАМН України. Провідними нормативно-правовими документами щодо жорстокого поводження з дітьми і попередження насильства в сім'ї є такі: Закон України “Про попередження насильства в сім'ї” [6], Закон України “Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо вдосконалення законодавства стосовно протидії насильству в сім'ї”, Закон України “Про охорону дитинства”, Закон України “Про органи і служби у справах неповнолітніх та спеціальні установи для неповнолітніх”, Закон України “Про соціальну роботу з дітьми та молоддю”, Постанова Кабінету Міністрів України від 26.04.2003 № 616 “Про затвердження Порядку розгляду заяв та повідомлень про вчинення насильства в сім'ї або реальну його загрозу”, Наказ Державного комітету України у справах сім'ї та молоді, МВС України, МОН України, МОЗ України від 16.01.2004 № 5/34/24/11 “Про затвердження Порядку розгляду звернень та повідомлень з приводу жорстокого поводження з дітьми або реальної загрози його вчинення”.

Незважаючи на те, що проблема стала очевидною, до певного часу існувала неясність в критеріях і термінології жорстокого поводження з дітьми, що призвело до суб'єктивної оцінки і в деяких випадках ускладнювало своєчасне виявлення насильства. Неоднозначно інтерпретувався навіть сам термін “*child abuse*”. У сучасному розумінні англійське слово *abuse* точніше переводити як зловживання (“вживання в зло”). У цьому значенні воно охоплює всі можливі форми протиправних посягань відносно дитини і використовується в епідеміологічних дослідженнях. [7, 13, 18, 35, 38].

ВООЗ було сформульоване таке визначення жорстокого поводження з дітьми: “Жорстоке або погане поводження з дитиною — це всі форми фізичного та/або емоційного поганого поводження, сексуальне насильство, відсутність турботи, зневага, торгівля або інші форми експлуатації, що здатні призвести або призводять до фактичної шкоди для здоров'я дитини, її виживання, розвитку або гідності в контексті відносин відповідальності, довіри або влади” [2].

У США синдром жорстокого поводження з дитиною і занедбаність визначають як будь-яку дію або бездіяльність батьків, або опікунів, яка призво-

дить до смерті, спричиняє серйозну фізичну чи емоційну шкоду, являє собою сексуальне насильство або експлуатацію, або дію чи бездіяльність, що несе неминучий ризик серйозної шкоди. Інакше кажучи, жорстоке поводження з дітьми є дією чи бездіяльністю, що перешкоджають досягненню дитиною її фізичного або психологічного потенціалу [16, 25, 28].

З погляду біоетики, синдром жорстокого поводження розглядається в контексті порушення прав дитини та положень документів ООН, Ради Європи та інших регіональних організацій, що підтримують розвиток концепції прав людини [3-5].

Жорстоке поводження і зневага до дитини має поширеніший характер, ніж прийнято вважати. Аналіз наукової літератури свідчить про відсутність уніфікованої методики виявлення та моніторингу випадків жорстокого поводження з дітьми. Саме цим пояснюються істотні розбіжності в епідеміології насильства в різних регіонах планети. За даними ВООЗ, приблизно 20 % жінок і 5-10 % чоловіків у дитинстві піддавалися сексуальному насильству. Серед дітей 25-50 % повідомляють про те, що зазнали фізичне насильство. У США в 2011 р. у зв'язку з підозрою на синдром жорстокого поводження в органи захисту дітей було подано 3,4 млн звернень, 8,4 % з яких — від медичного персоналу. Частота діагностованого синдрому жорстокого поводження з дитиною становила 9,1 випадків на 1000 дітей, причому 78 % з них постраждали від занедбаності. Летальність становила 2,1 на 100 тис. дітей [33, 43].

За даними ОМУ ГУ МВС України в Одеській області та служби у справах дітей, сім'ї та молоді Одеської міської ради, за перший квартал 2015 р. виявлено та поставлено на облік 228 неблагополучних сімей, з яких у 103 сім'ях здійснювалося насильство над дітьми. Винесено 189 офіційних попереджень про неприпустимість вчинення насильства, 99 офіційних попереджень про неприпустимість вчинення інтимної поведінки, складено 90 протоколів адміністративного покарання за статтею 173 “Вчинення насильства над дітьми в сім'ях”. Показник жорстокого поводження з дітьми перевищив минулорічний на 32 %.

У міжнародній класифікації хвороб (X перегляд) виділено окремий розділ “Синдром жорстокого поводження” (Т74), в якому визначені такі його основні види: Т74.0 Залишення без уваги, занедбаність, Т74.1 Фізична жорстокість (синдром катування немовляти або дитини), Т74.2 Сексуальна жорстокість, Т74.3 Психологічна жорстокість. Ці види можуть поєднуватися, мають унікальну характеристику і потребують індивідуального підходу до діагностики та лікування.

Занедбаність розглядається як незабезпечення базисних потреб у харчуванні, освіті, безпечному оточенні тощо. Медична занедбаність (*medical neglect*) — ненадання дитині медичної допомоги, необхідних діагностичних, профілактичних та лікувальних процедур. Даний вид жорстокого поведження має специфічну біоетичну значимість у зв'язку з неповною автономією плода, новонародженого та дитини [5].

Булінг (цькування, *bullying*, від англ. *bully* — залякувати, переслідувати) є важливим видом жорстокого поведження з дітьми, який являє собою тривалий процес свідомо жорстокого ставлення, фізичного та/або психологічного насильства з боку однієї дитини або (частіше) групи дітей по відношенню до іншої дитини і включає різні типи — вербальний, фізичний, сексуальний, кібербулінг (образи, погрози з використанням різних електронних засобів) [36].

Делегований синдром Мюнхаузена (*Fabricated and induced illness, Munchausen syndrome by proxy*) є ще одним видом жорстокого поведження з дітьми, при якому батьки або опікун вигадують або за допомогою медикаментів провокують виникнення хвороби у дитини з метою звернення за медичною допомогою. Колишня назва синдрому — медична жорстокість (*medical abuse*). Зазвичай фабрикуються кровотечі і синці (застосування непрямих коагулянтів або фарбуючих речовин), діарея (прийом проносних), блювання (блювотні засоби), зміни рівня свідомості (седативні, нейролептики).

Неонатальний абстинентний синдром (*neonatal abstinence syndrome*) являє собою комплекс поведінкових та фізіологічних ознак і симптомів внаслідок відміни наркотичних засобів або сильнодіючих препаратів у постнатальному періоді після їх тривалого впливу на плід. Перинатальне зловживання наркотиками та сильнодіючими медикаментами є прикладом біоетичного конфлікту між матір'ю і плодом. Вагітна жінка для здоров'я плода має змінити спосіб життя, звернути увагу на стан свого здоров'я, взяти відповідальність не тільки за себе, а й за здоров'я дитини. Тобто, можна казати, що хоча вагітна, як і усі люди, має право на автономію особистості, вона має враховувати і право плода на здоров'я та дотримуватися загального біоетичного принципу — ненанесення шкоди [3, 37].

Синдром трясіння немовляти (*shaken baby syndrome*) являє собою травматичні пошкодження головного мозку і кісток новонароджених, немовлят або дітей раннього віку, коли батьки або опікун трясє, шльопає дитину або кидає на будь-які предмети через її подразнення та/або занепокоєння. Можливі найближчі і віддалені психоневрологічні проблеми і летальні випадки [37, 39].

Жорстоке поведження з дитиною зустрічається у кожній соціальній, расовій, статевій і віковій групах. Проте число летальних результатів вище серед хлопчиків, а більшість постраждалих — діти перших 3 років життя. Ризик жорстокого поведження з дитиною виникає на різних рівнях — соціальному, сімейному та/або особистісному. До соціальних чинників належать бідність, безробіття, ізоляція, незадовільні житлово-побутові умови, недостатня соціальна підтримка. Сімейними чинниками ризику є депресія, наркотична залежність, психічні захворювання, низька самооцінка, неадекватна рольова модель, нереалістичність очікувань від дитини. Деякі фактори ризику пов'язані з особистістю дитини. Насильству частіше піддаються діти з різними порушеннями, розладами мови і ментальними відхиленнями, з вродженими аномаліями або хронічними та рецидивними захворюваннями, гіперактивні, недоношені, інваліди, небажані, а також прийомні або нерідні діти [15, 19, 21].

Медичне обслуговування дитини, яка постраждала від жорстокого поведження, потребує командного підходу і взаємодії із соціальною службою, правоохоронними органами, виховно-освітніми установами, засобами масової інформації та громадськими організаціями. Медична команда має педіатрів, неонатологів, спеціалістів інтенсивної терапії, травматологів, а при необхідності — дитячих неврологів, нейрохірургів, офтальмологів, психіатрів, ортопедів, рентгенологів. Синдром жорстокого поведження з дитиною — важлива причина смерті дітей, причому серед летальних випадків провідною є травма голови [14, 20, 22, 26, 42].

На жаль, до цього часу в Україні не налагоджена система вчасного виявлення випадків насильства над дітьми та відсутні необхідні умови для ефективної командної протидії жорстокому поведженню. Не проводиться постійний моніторинг за станом здоров'я постраждалих дітей. Недостатньо використовується метод непрямої оцінки, на основі анкетування, поширеності різних варіантів насильства та рівня інформованості про проблему різних груп населення. Недостатня робота з підвищення медичної свідомості населення щодо проблеми насильства в сім'ї. Недостатньо вивчене жорстоке поведження з новонародженою дитиною (у тому числі синдром трясіння немовляти, неонатальний абстинентний синдром, медична занедбаність, делегований синдром Мюнхаузена) та особливості його клінічних проявів та наслідків, у тому числі психоневрологічного характеру. Недостатньо досліджені клінічні, психоневрологічні і психоемоційні прояви та наслідки психологічної жорстокості по відношенню до дитини, включаючи шкільний булінг.

Мета роботи — ідентифікація та оцінка біоетичних проблем і психоневрологічних наслідків синдрому жорстокого поводження в неонатологічній і педіатричній практиці на основі оцінки рівня інформованості, особистого досвіду респондентів, регіональних особливостей жорстокого поводження з дитиною, вивчення синдрому трясіння немовляти у новонароджених і клінічного, психосоматичного, психоневрологічного, психоемоційного стану дітей шкільного віку, постраждалих від психологічної жорстокості.

**Обстежувані та методи.** Виконання роботи передбачало кілька послідовних етапів з урахуванням усіх вимог і принципів біоетики, у тому числі положень Гельсінської декларації Всесвітньої медичної асоціації “Етичні принципи медичних досліджень за участю людини в якості об’єкта дослідження”. На першому етапі було проведено анкетування з метою оцінки рівня медичної поінформованості населення Одеського регіону, власного досвіду та відношення щодо насилля в сім’ї, належних методів покарання та виховання. Об’єктом вивчення стали 1024 респондента віком від 18 до 70 років. Було запропоноване анкетування у телефонному режимі за методикою S. Georgiades (2009) з деякими змінами та доповненнями як більш зручний метод при обміні конфіденційною інформацією, ніж інтерв’ю обличчям до обличчя.

На другому етапі дослідження було проведено анкетування школярів середніх загальноосвітніх шкіл Одеси з метою вивчення поінформованості щодо проблеми шкільного булінгу. В анонімному опитуванні брали участь учні 5-11 класів. Вибірка була випадковою і становила 615 осіб. Анкетування дітей проводилось з використанням анкети, розробленої Центром Трінті-коледж (Дублін, Ірландія).

На третьому етапі було проведено клініко-параклінічне обстеження і диференціальна діагностика новонароджених з підозрою на синдром трясіння немовляти на базі відділень інтенсивної терапії новонароджених, патології новонароджених, неврології і нейрохірургії Одеської обласної дитячої клінічної лікарні.

На четвертому етапі роботи було обстежено 220 дітей 6-17 років, які знаходилися на базі Одеської КУ “Притулок № 1 для дітей служби у справах дітей Одеської міської ради”. В основну групу увійшли 120 дітей, які зазнали психологічної жорстокості, до контрольної групи — 100 дітей, які в анамнезі не мали даних про психологічну жорстокість. Критеріями включення в групу спостереження були шкільний вік, відсутність вродженої соматичної та психоневрологічної патології, розумової відсталості та прийому будь-яких препара-

тів. Клінічне, психоневрологічне обстеження, виявлення факту психологічної жорстокості, оцінка психоемоційних розладів, когнітивного стану та медико-психологічна корекція були проведені за участі невролога, психолога і співробітників дитячого закладу.

Статистичну обробку отриманих даних виконували за допомогою програм *Excel 2010*, *Statistika 10* та інтернет-калькулятора *SISA (Simple Interactive Statistical Analysis)*. Значимість різних проявів булінгу оцінювали за результатами методу “*Feature Selection and Variable Filtering*” модуля інтелектуального аналізу даних (*Data mining*). Частки (відсотки) представлені з 95 % довірчими інтервалами (ДІ). Дослідження взаємозв’язку між парами дискретних якісних ознак проводили з використанням аналізу парних таблиць спряженості, де оцінювали значення статистики Пірсона ( $\chi^2$ ), досягнутий рівень значущості ( $P$ ) і відношення шансів (ВШ) з 95 % ДІ.

**Результати та їх обговорення.** Серед респондентів було 220 чоловіків середнім віком 40 років та 780 жінок середнім віком близько 45 років. 34,8 % осіб мали вищу освіту, 45,6 % — середню освіту і 19,6 % — неповну середню освіту. При епідеміологічному дослідженні методом інтерв’ю у телефонному режимі було встановлено, що значна частина населення незалежно від статі і рівня освіти мала середній і низький рівень обізнаності про суть проблеми жорстокого поводження з дітьми. Лише 13,2 % (95 % ДІ 11,1-15,2) респондентів продемонстрували високу обізнаність щодо проблеми жорстокого поводження з дітьми, причому у чоловіків висока обізнаність виявлялась частіше, ніж у жінок. При оцінці суб’єктивного сприйняття респондентами частоти жорстокого поводження з дітьми в Одеському регіоні порівняно з іншими містами України виявилось, що переважна більшість опитаних — 59,8 % (95 % ДІ 56,9-63,0) — вважають, що поширеність насильства над дітьми в Одеському регіоні приблизно така ж, як і в інших містах України.

Серед опитаних 65,6 % (95 % ДІ 63,0-68,9) респондентів відзначили, що зазнавали жорстокого поводження у дитинстві, у тому числі 22,0 % (95 % ДІ 19,4-24,4) чоловіків і 78,0 % (95 % ДІ 75,4-80,5) жінок. Із них 30,0 % (95 % ДІ 26,4-33,5) респондентів зазначили, що пережили у дитинстві психологічну жорстокість (тяжка образа, приниження, постійна критика), 21,3 % (95 % ДІ 17,8-24,1) заявили, що зазнавали фізичної жорстокості у вигляді ударів по обличчю, тілу, скубання за волосся і смикання за вухо, а 9,2 % (95 % ДІ 6,8-11,1) пережили занедбаність (погані умови для навчання, брак батьківської уваги, нераціональне харчування). Ча-

стота занедбаності у дитинстві жінок порівняно з чоловіками істотно не відрізнялася — 13,5 % (95 % ДІ 10,3-15,6) та 20,8 % (95 % ДІ 9,4-32,5), відповідно. У жінок основним варіантом жорстокого поведіння була психологічна жорстокість — 47,9 % (95 % ДІ 44,0-52,0), а у чоловіків — фізичне насилля — 52,1 % (95 % ДІ 37,8-66,1). Досвід сексуального насильства у вигляді сексуальних дій і домагань мали 4,1 % (95 % ДІ 2,5-5,5) респондентів, причому виключно жінки, що свідчить про низький рівень виявлення даного типу жорстокого поведіння, особливо серед чоловіків (не виявлено у жодного респондента). У 1,0 % (95 % ДІ 0,2-1,7) респондентів, потерпілих від жорстокого поведіння, одночасно спостерігалися кілька видів насильства (фізичне, емоційне насилля, а також занедбаність). Комбінація кількох видів насилля була більш притаманна для чоловіків. Лише 34,4 % (95 % ДІ 31,6-36,9) опитаних заявили, що в дитинстві ніколи не зазнавали жорстокого поведіння.

Щодо відношення респондентів до різних методів покарання дітей, то значна кількість респондентів — 14,2 % (95 % ДІ 11,8-16,1) — вважали, що штовхання, торсання, щипання і смикання за вухо не є жорстоким поведінням з дітьми. Лише 11,2 % (95 % ДІ 9,1-12,9) з них визнали, що погрози на адресу дитини, образа і приниження її гідності, а також ізоляція дитини від її друзів належать до жорстокого поведіння з дітьми. Серед респондентів 53,6 % (95 % ДІ 50,9-57,1) вважали, що матері частіше застосовують фізичне насильство до своїх дітей, ніж батьки. На думку 15,0 % (95 % ДІ 12,7-17,2), діти краще піддаються вихованню, коли батьки на них кричать, а 22,3 % (95 % ДІ 19,4-24,5) респондентів припустили, що батьки мають право бити своїх дітей, тому що вони хочуть зробити їх кращими. Серед опитаних 36,1 % (95 % ДІ 33,0-38,9) заявили, що є випадки, коли фізичне насильство над дитиною є обов'язковим (наприклад, дитина зв'язалася з поганою компанією або вживає наркотики). Лише для 19,7 % (95 % ДІ 17,5-22,4) респондентів жорстоке поведіння було неприйнятне ані за яких обставин, у тому числі для 18,5 % (95 % ДІ 15,3-20,6) жінок і 23,6 % (95 % ДІ 18,3-29,6) чоловіків.

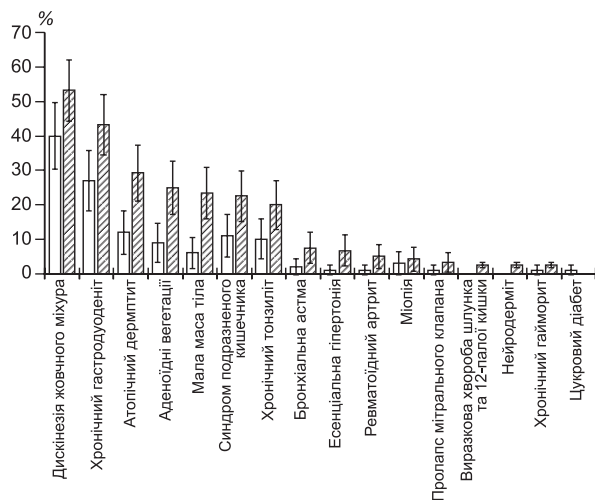
При аналізі інформації про особисту практику респондентів щодо покарання дітей високою виявилася поширеність використання методів, що пов'язані зі спричиненням агресивного психологічного та фізичного впливу — 21,4 % (95 % ДІ 18,5-23,5) і 27,6 % (95 % ДІ 25,2-30,7), відповідно. Демонстрацію засудження дитини як провідний метод покарання вважають за доцільне лише 12,9 % (95 % ДІ 10,9-15,8) респондентів, а різні варіанти обмеження дитини є доцільними тільки для 18,4 % (95 % ДІ 15,6-20,4) респондентів.

Результати анкетування щодо шкільного булінгу показали, що значна частина учнів незалежно від статі — 85,6 % (95 % ДІ 83,2-88,7) — була недостатньо обізнана про суть проблеми. Виявлено, що 86,3 % (95 % ДІ 83,2-88,7) дітей стикалися з явищем булінгу в минулому або в сьогоденні як жертва, агресор, спостерігач або захисник жертви, формуючи структурну ланку цього явища. Найбільш інтенсивно шкільний булінг відчували учні 5-7 класів — 20,9 % (95 % ДІ 17,8-24,2). У 8-9 класах це явище відчули на собі 13,9 % (95 % ДІ 11,2-16,7) учнів, а в 10-11 класах — 8,6 % (95 % ДІ 6,7-11,2) учнів. Виявлено, що дівчата — 81,3 % (95 % ДІ 76,8-85,2) — частіше брали участь у шкільному булінгу, спрямованому на однокласників, ніж хлопці — 41,7 % (95 % ДІ 36,2-47,7). Установлено, що 29,0 % (95 % ДІ 25,4-32,5) дітей виступали як агресори, у тому числі 9,6 % (95 % ДІ 6,5-13,5) хлопчиків і 19,4 % (95 % ДІ 15,9-22,1) дівчаток. Виключно жертвами булінгу вважали себе 17,6 % (95 % ДІ 15,6-21,8) учнів, а саме 7,0 % (95 % ДІ 4,1-9,9) хлопчиків і 10,5 % (95 % ДІ 7,7-12,4) дівчаток. Серед респондентів 2,4 % (95 % ДІ 1,6-6,3) мали досвід як жертви, так і агресора, у тому числі 1,4 % (95 % ДІ 0,2-1,7) дівчаток і 0,6 % (95 % ДІ 0,1-1,0) хлопчиків. При аналізі отриманих даних 40,8 % (95 % ДІ 35,1-46,8) респондентів заявили, що були свідками шкільного булінгу, у тому числі 18,8 % (95 % ДІ 15,9-22,1) дівчаток і 17 % (95 % ДІ 14,0-19,9) хлопчиків.

Існують вікові та статеві особливості у формах і проявах шкільного булінгу та соціальному ставленні до проблеми. У дівчаток переважають принизливі плітки ( $P = 0,00003$ ), образи ( $P = 0,00007$ ) і погрози ( $P = 0,003$ ). Для шкільного насильства у хлопчиків характерні такі форми: бійки ( $P = 0,000007$ ), образи ( $P = 0,00007$ ) і погрози ( $P = 0,003$ ). При аналізі різних видів насильства відзначено, що для осіб чоловічої статі характерний переважно фізичний булінг, який значно знижується в учнів 10-11 класів. Психологічний булінг найчастіше притаманний особам жіночої статі та не має статистичного зниження у старшому шкільному віці (10-11 клас). Виявлена тенденція до збільшення випадків фізичного булінгу серед дівчаток старших класів.

Встановлені відмінності у частоті зустрічальності найбільш поширеної соматичної та психосоматичної патології, а також низки психоневрологічних синдромів і відхилень у соціальній поведінці дітей, які перенесли психологічну жорстокість, порівняно з дітьми контрольної групи. Досить високою є частота психосоматичних захворювань дітей основної групи: синдром подразненого кишечника — 22,5 % (95 % ДІ 14,5-29,4;  $P < 0,02$ ), атопічний дерматит — 29,2 % (95 % ДІ 20,8-37,1;  $P < 0,02$ ), есенціальна гіпертензія — 6,7 % (95 % ДІ

2,4-11,5;  $P < 0,03$ ), бронхіальна астма — 7,5 % (95 % ДІ 2,5-11,6;  $P < 0,06$ ), що, на нашу думку, свідчить про роль психологічної жорстокості у формуванні біопсихосоціальної патології (рисунк).



Основні види клінічної патології у дітей контрольної (світлі стовпчики) та основної (заштриховані стовпчики) груп.

За даними психоневрологічного обстеження, у дітей, що зазнали психологічної жорстокості, частіше виявлялися ознаки психовегетативного синдрому — 53,3 % (95 % ДІ 44,0-61,9), ніж у дітей контрольної групи — 33,0 % (95 % ДІ 23,7-42,2;  $P < 0,002$ ). Прояви астеноневротичного синдрому у вигляді підвищення стомлюваності, млявості, сонливості спостерігалися у 28,3 % (95 % ДІ 20,0-36,0) дітей основної групи порівняно з 11,0 % (95 % ДІ 4,8-17,1) дітей контрольної групи ( $P < 0,002$ ). У 43,3 % (95 % ДІ 34,1-51,8) дітей основної групи і 28,0 % (95 % ДІ 19,1-36,8) дітей контрольної групи ( $P < 0,01$ ) фіксувалися прояви синдрому гіперактивності та дефіциту уваги: неспосидливість, неухважність, імпульсивність, підвищена збудливість, слабке переключення, стомлюваність, зниження пам'яті, низька здатність будь-що планувати і розв'язувати проблеми, зниження вміння оцінювати скоєні помилки, недостатність осмислення прочитаної інформації.

Відхилення в соціальній поведінці відзначалися у значної частини дітей основної групи. Найбільш частими проявами були грубість — ВШ = 14,29 (95 % ДІ 7,39-27,6), недисциплінованість — ВШ = 15,07 (95 % ДІ 7,69-29,54), нікотинова залежність — ВШ = 29,8 (95 % ДІ 12,60-70,45) і пристрасть до вживання алкоголю — ВШ = 29,4 (95 % ДІ 6,91-125,0).

Серед дітей основної групи, що зазнали психологічної жорстокості, порівняно з контрольною частіше спостерігалися психоемоційні розлади, у тому

числі низький рівень самооцінки, агресивність, депресивність, імпульсивність, інтравертованість, невпевненість, дратівливість, негативізм, образливість і високий рівень тривожності (таблиця).

Особливості психоемоційного стану обстежених дітей,  $n$  (%; 95 % ДІ)

Ознака розладів поведінки	Контрольна група ( $n = 100$ )	Основна група ( $n = 120$ )
Агресивність	19 (19,0; 11,3-26,6)	40 (33,3; 24,5-41,4)**
Депресивність	12 (12,0; 5,6-18,3)	27 (22,5; 15,4-30,5)*
Конфліктність	15 (15,0; 8,0-22,0)	28 (23,3; 15,5-30,6)
Демонстративність	33 (33,0; 23,7-42,2)	51 (42,5; 34,1-51,8)
Імпульсивність	19 (19,0; 11,3-26,6)	51 (42,5; 34,1-51,8)***
Екстравертність	42 (42,0; 32,3-51,6)	47 (39,2; 30,2-47,7)
Інтравертованість	47 (47,0; 37,2-56,7)	39 (32,5; 24,4-41,3)*
Оптимізм	20 (20,0; 12,1-27,8)	11 (9,2; 3,8-14,1)*
Невпевненість	30 (30,0; 21,0-39,0)	68 (56,7; 48,1-65,8)***
Дратівливість	17 (17,0; 9,6-24,3)	51 (42,5; 34,1-51,8)***
Потайливість	23 (23,0; 14,7-31,2)	37 (30,8; 22,7-39,2)
Негативізм	19 (19,0; 11,3-26,6)	38 (31,7; 23,6-40,3)*
Образливість	18 (18,0; 10,4-25,5)	37 (23,3; 15,4-30,5)*

Примітки: \* —  $P < 0,05$ , \*\* —  $P < 0,01$ , \*\*\* —  $P < 0,001$  порівняно з контрольною групою.

Виявлені когнітивні порушення у дітей, що зазнали психологічної жорстокості: зниження пам'яті — 56,7 % (95 % ДІ 48,1-65,8;  $P < 0,0005$ ), когнітивної продуктивності (швидкість і точність виконання, стійкість і концентрація уваги) та зниження рівня зорового сприйняття — 61,7 % (95 % ДІ 53,3-70,6;  $P < 0,0005$ ).

Дані наукової літератури та власні спостереження свідчать про неповноту виявлення і реєстрації різних видів синдрому жорстокого поводження з дитиною в Україні [1]. Регіональна та державна системи виявлення, реєстрації та протидії насильству потребують вдосконалення і розвитку на основі подальших досліджень, які підтверджують розуміння суті та поширеності проблеми, а також застосування сучасних методів її командного вирішення. На наш погляд, особливо страждає діагностика різних форм жорстокого поводження в неонатальному періоді. Насамперед це стосується низької частоти виявлення синдрому трясіння немовляти.

Зважаючи на відсутність у звітах неонатологічних відділень Одеського регіону за 5 попередніх років діагнозу "синдром трясіння немовляти" (*shaken baby syndrome*), була проведена експертна оцінка медичної документації 3100 новонароджених, які

перебували на лікуванні в неонатологічних підрозділах Одеської обласної дитячої клінічної лікарні, та 30 секційних патологоанатомічних протоколів розтину новонароджених із черепно-мозковою травмою в Одеському обласному патологоанатомічному відділенні.

Методологічна основа експертного аналізу — ретроспективне виявлення мінімальних діагностичних ознак синдрому трясіння немовляти, які були запропоновані у 1972 р. його автором — *J. Caffey* [12]. В якості типових проявів синдрому розглядалися внутрішньочерепні крововиливи субдуральної, субарахноїдальної, внутрішньомозкової та міжгемисферної локалізації, симптоми підвищеного внутрішньочерепного тиску, набряк головного мозку. У деяких новонароджених виявляються одиничні і множинні переломи кісток черепа та скелета. Характерною, ранньою і діагностично значущою ознакою вважається ретинальна геморагія, яка виявляється у 80 % випадків і виникає за 48 год до виявлення внутрішньочерепних змін методом КТ або МРТ. Важливими анамнестичними даними вважалися вказівки на факти невідомого травмування в сім'ї в минулому, а також суперечливість і непереконливість у викладенні обставин травмування. У новонароджених виникнення синдрому в результаті струшування дитини більш вірогідно порівняно з дітьми інших вікових груп, зважаючи на відносно великий розмір голови, слабкість шийної паравертебральної мускулатури, підвищений вміст рідини в мозковій тканині та незавершеність мієлінізації. Лабораторні відхилення у вигляді лейкоцитозу, ацидозу і наявності крові в спинномозковій рідині не розглядалися як специфічні діагностичні показники [39, 40].

При ретроспективному аналізі результатів фізикального обстеження на користь можливості синдрому трясіння немовляти розглядалися такі показники: збільшення окружності голови, вибухання тім'ячка, неспецифічні синці на шкірі та неврологічна симптоматика.

При диференційно-діагностичній оцінці клінічного значення ретинальних геморагій як ключової ознаки синдрому трясіння немовляти враховувалися можливості їх перинатального походження (у перші 24-72 год життя після фізіологічного вагінального розродження або застосування вакуум екстрактора) і появи після серцево-легеневої реанімації (з'являються рідко, нечисленні). З метою диференціальної діагностики розглядалися такі захворювання:

- випадкове травмування (субдуральна гематома),
- артеріовенозна мальформація,
- коагулопатії,

- патологія сполучної тканини (недосконалий остеогенез),
- інфекційний субдуральний ексудат,
- глютарова ацидемія (може бути причиною ретинальної геморагії і внутрішньочерепної патології).

Проведений ретроспективний аналіз підтвердив ймовірність синдрому трясіння немовляти у 5 новонароджених дітей, що свідчить про явно недостатній рівень виявлення цього виду жорстокого поводження з дитиною. Ми вважаємо, що своєчасній діагностиці синдрому трясіння немовляти перешкоджає недостатня інформованість і настороженість неонатологів, педіатрів і сімейних лікарів, які зобов'язані запідозрити факт насильства та повідомити про нього у правоохоронні органи та відділ у справах неповнолітніх у встановленому законом порядку. Лікар не винен у випадках, коли підозру про вчинення жорстокого поводження неможливо довести. Проте він несе повну юридичну та біоетичну відповідальність за ненадання необхідної інформації при виникненні виправданої підозри. За законом надання інформації уповноваженим особам про можливе жорстоке поводження з новонародженим не являє собою порушення біоетичного принципу поваги автономії особистості у вигляді дотримання конфіденційності і нерозголошення лікарської таємниці [23].

Важливою є біоетична проблема, яка виникає у зв'язку з інтенсивним веденням вкрай тяжких форм синдрому трясіння немовляти. Йдеться про біоетичне обґрунтування клінічних ситуацій, при яких припустима відмова від проведення інтенсивної підтримуючої терапії новонародженому з внутрішньочерепними крововиливами у термінальному стані або припинення раніше розпочатого інтенсивного лікування. Рішення про обмеження або припинення лікування слід приймати в процесі дискусії між батьками й лікарями за участі (якщо необхідно) членів етичних комітетів, створених при великих клініках, і з урахуванням правових норм, етнокультурних, соціальних і релігійних поглядів. Принципово необхідним є дотримання принципу інформованої згоди з боку батьків. Така стратегія дозволяє водночас реалізувати біоетичний принцип правдивості, який стверджує, що дії або правила є морально вірними, якщо вони спрямовані на надання правдивої інформації і мають на меті уникнути нечесності у стосунках. Лікування може бути обмежено або припинено, коли незалежно від нього смерть дитини є неминучою або існує великий ризик тяжкої фізичної чи психічної інвалідації. Даний підхід доцільно реалізовувати й тоді, коли можливе виживання з помірною інвалідацією, але достовірно прогноуються

хронічний біль, страждання, повторні госпіталізації, інвазивні процедури і смерть. Необхідно, щоб у разі ухвалення рішення про припинення медикаментозного лікування і підтримання життя за допомогою апаратних методів дитина була забезпечена харчуванням і рідиною.

Протидія жорсткому поводженню є практична реалізація провідного принципу біоетики, яким є повага прав і гідності людини, у тому числі прав дитини відносно свого життя і здоров'я. У той же час, не буде перебільшенням, якщо зазначити, що становлення та розвиток самої біоетики були найбільш тісно пов'язані з процесом етичного обґрунтування прав людини. В практичній роботі лікаря з протидії жорсткому поводженню з дитиною завжди присутні етичні, деонтологічні, юридичні і суто професійні виміри, які можна відобразити у вигляді чотирьох сфер.

Професійна сфера містить у собі знання, уміння і навички з діагностики, терапії, профілактики і реабілітації у такій специфічній галузі медицини, як синдром жорсткого поводження з дитиною.

Юридична сфера охоплює професійну сферу і має юридично обов'язкові правила поведінки медичного працівника, принципи і цілі медичного ведення пацієнта. У сфері протидії жорсткому поводженню з дитиною законодавча база носить більш конкретний характер у порівнянні з іншими галузями медицини, але не передбачає можливість індивідуалізації дій відносно конкретного клінічного випадку.

Деонтологічна сфера містить у собі дві попередні сфери і за своєю суттю є екстраюридичною. Вона містить норми, що зафіксовані в національному і міжнародному професійному кодексах. Ці норми регламентують стосунки між співробітниками системи охорони здоров'я (що дуже важливо у забезпеченні командного підходу до проблеми насилля у сім'ї), пацієнтом, суспільством у цілому і на відміну від юридичних норм більш деталізовані, і можуть бути індивідуалізовані.

Етична сфера є найширшою, а її принципи мають відношення до всіх трьох інших сфер медичної діяльності. Безумовно, професіонал має дотримуватися як юридичних, так і екстраюридичних норм, однак не в останню чергу свідомому медичному професіоналу слід враховувати етичні цінності, особливо у сфері соціальної медицини, до якої належить проблема синдрому жорсткого поводження з дитиною.

### **Висновок**

Проведене дослідження показало, що переважна більшість респондентів мала недостатню обізнаність про проблему жорсткого поводження з

дітьми, хоча багато з них у дитинстві самі відчували жорстоке поводження. Потребує змін відношення значної частини респондентів до методів покарання дітей, деякі із яких носять ознаки жорсткого поводження. Переважна кількість респондентів шкільного віку мала низький рівень обізнаності про проблему шкільного булінгу.

Наслідком психологічної жорстокості є більш часте виявлення захворювань, які належать до групи психосоматичної патології та психоневрологічних розладів у вигляді синдрому дефіциту уваги та гіперактивності, психовегетативного синдрому і астеноневротичного синдрому. Спостерігалися відхилення у соціальній поведінці, психоемоційні розлади та когнітивні порушення. Ретроспективний аналіз свідчить про недостатню інформованість неонатологів про таку форму жорсткого поводження, як синдром трясіння немовляти.

Захист і підтримка матері та дитини є найважливішим завданням держави, інститутів цивільного суспільства і всієї системи охорони здоров'я. Результати роботи у цьому напрямку є чутливим індикатором соціально-економічного і морального благополуччя суспільства, прихильності принципам демократичної побудови, прагнення до міжнародної інтеграції і захисту прав особистості. У розробці стратегії і тактики боротьби з насиллям у сім'ї особлива роль належить сучасній біоетиці. Її аплікативна функція полягає у використанні філософських теорій, принципів і правил в етичному аналізі конкретних ситуацій у сфері охорони здоров'я і біомедицини, у тому числі тих, які пов'язані з проблемою боротьби з жорстким поводженням з дитиною. Не менш важливою функцією біоетики у вирішенні проблем насилля є світоглядна. Вона заповнює філософський вакуум сучасності, що виник внаслідок серйозних суспільно-економічних, соціальних і ідеологічних змін у постмодерністському суспільстві. В ідеології постмодернізму виявилися втраченими основні ідеї цивілізації: віра в прогрес, безмежність можливостей наукового пізнання і людського розуму, поширилися настрої розчарування в ідеалах і цінностях Відродження й Освіти. У комплексі заходів з протидії насилля у суспільстві важливу роль відіграє світоглядна функція біоетики у вигляді глобального застосування різних культур, етичних теорій, систем і правил, принципів і норм — деонтологічних, утилітарних, теологічних та ін. У протидії жорсткому поводженню важлива роль належить світогляду, що заснований на створенні якісно нового сплаву з різних філософських поглядів з транснаціональним виміром, множинності етичних парадигм, деідеологізації, толерантності і плюралізму думок.



## Список використаної літератури

1. *Аряев Н. Л., Носкова А. П.* Моно- и мультифакторный анализ факторов риска синдрома жестокого обращения с детьми // Современная педиатрия. — 2010. — № 1. — С. 21-23.
2. ВОЗ. Жестокое обращение с детьми // Информационный бюллетень № 150. Август 2010 [Электронный ресурс]. — Режим доступа: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs150/index.html>.
3. *Запорожан В. М., Аряев М. Л.* Біоетика та біобезпека: Підручник. — К.: Здоров'я, 2013. — 456 с.
4. *Захарова Є. Ю.* Катування та жорстоке поводження з дітьми в Україні. — Харків: Права людини, 2013. — 244 с.
5. *Зреча Е., Спанийоло А. Дж., П'етро М. Л.* та ін. Біоетика. Підручник: Пер. з італ. — Львів: Видавництво ЛОБФ "Медицина і право", 2007. — 672 с.
6. Про попередження насильства в сім'ї: Закон України від від 15.11.2001 № 2789 — III // Відомості Верховної Ради України. — 2002. — № 10. — С. 70.
7. *Adams J. A.* Guidelines for medical care of children evaluated for suspected sexual abuse: an update for 2008 // *Curr. Opin. Obstet. Gynecol.* — 2008. — **20**. — № 5. — P. 435-441.
8. *Andersl J. D., Carpenter S. I., Abshire T. C.* Evaluation for bleeding disorders in suspected child abuse // *Pediatrics*. 2013. — **131**, № 4. — P. 1314-1322.
9. *Bentley T., Widom C. S.* A 30-year follow up of the effects of child abuse and neglect on obesity in adulthood // *Obesity* (Silver Spring). — 2009. — **17**, № 10. — P. 1900-1905.
10. *Brooks M.* Physical abuse in childhood linked to ADHD in adults // *Medscape Med. News.* — 2014 [Електронний ресурс]. — Режим доступу: <http://www.medscape.com/viewarticle/821903>.
11. *Brown T.* AAP updates guideline on child physical abuse // *Medscape Med. News.* — 2015 [Електронний ресурс]. — Режим доступу: <http://www.medscape.com/viewarticle/843827>.
12. *Caffey J.* Multiple fractures in long bones of infants suffering from chronic subdural hematoma // *Am. J. Roentgenol.* — 1946. — **36**. — P. 163-173.
13. *Christian C. W.* The evaluation of suspected child physical abuse // *Pediatrics*. — 2015. — **135**, № 5. — P. 1337-1354.
14. *Christian C. W., Blook R.* Abusive head trauma in infants and children // *Pediatrics*. — 2009. — **123**, № 5. — P. 1409-1411.
15. *Colman R., Widom C.* Childhood abuse and neglect and adult intimate relationships: a prospective study // *Child Abuse and Neglect.* — 2008. — **28**, № 11. — P. 1133-1151.
16. *Deans K. J., Thackeray J., Askegard-Giesmann J. R.* et al. Mortality increases with recurrent episodes of nonaccidental trauma in children // *J. Trauma Acute Care Surg.* — 2013. — **75**, № 1. — P. 161-165.
17. *DeLago C., Deblinger E., Schroeder C., Finkel M. A.* Girls who disclose sexual abuse: urogenital symptoms and signs after genital contact // *Pediatrics*. — 2008. — **122**, № 2. — P. 281-286.
18. *Dubowitz H., Guterman N.* Prevention of physical abuse and child neglect // *Child Maltreatment: A Clinical Guide and Reference: 3<sup>rd</sup> ed.* / Eds.: A. Giardino, R. Alexander. — St. Louis, MO: GW Med. Publications. — 2005. — P. 1063-1090.
19. *Fang X.* The economic burden of child maltreatment in the United States and implications for prevention // *Child Abuse & Neglect.* — 2012. — **36**, № 2. — P. 156-165.
20. *Floyed R. L., Hirsh D. A., Greenbaum V. J., Simon H. K.* Development of a screening tool for pediatric sexual assault may reduce emergency-department visits // *Pediatrics*. — 2011. — **128**, № 2. — P. 221-226.
21. *Fuller-Thomson E., Mehta R., Valeo A.* Establishing a link between attention deficit disorder/attention deficit hyperactivity disorder and childhood physical abuse // *J. Agression, Maltreatment & Trauma.* — 2014. — **23**, № 2. — P. 188-198.
22. *Girardet R., Bolton K., Lahoti S.* et al. Collection of forensic evidence from pediatric victims of sexual assault // *Pediatrics*. — 2011. — **128**, № 2. — P. 233-238.
23. *Guidline.* Policy statement — Child abuse, confidentiality and the health insurance portability and accountability act // *Pediatrics*. — 2010. — **125**, № 1. — P. 197-201.
24. *Halliday K. E., Broderick N. J., Somers J. M., Hawkes R.* Dating fractures in infants // *Clin Radiol.* — 2011. — **66**, № 11. — P. 1049-1054.
25. *Janeczko L.* A single question to sexually abused children predicts their trauma symptoms // *Medscape Med. News.* — 2014 [Електронний ресурс]. — Режим доступу: <http://www.medscape.com/viewarticle/823104>.
26. *Jenny C., Crawlord-Jakubiak J. E.* The evaluation of children in the primary care setting when sexual abuse is suspected // *Pediatrics*. — 2013. — **132**, № 2. — P. 558-567.
27. *Jones L. M., Finkelhor D., Halter S.* Child maltreatment trends in the 1990s: why does neglect differ from sexual and physical abuse? // *Child Maltreatment.* — 2006. — **11**, № 2. — P. 107-120.
28. *Kellog N. D.* Evaluation of suspected child physical abuse // *Pediatrics*. — 2007. — **119**, № 6. — P. 1232-1234
29. *Kempe C. H., Silverman F. N., Steel B. F.* et al. The battered child syndrome // *JAMA.* — 1962. — **181**. — P. 17-24.
30. *Laidman J.* New guidelines for evaluating suspected child sexual abuse // *Medscape Med. News.* — 2013. [Електронний ресурс]. — Режим доступу: <http://www.medscape.com/viewarticle/808730>.
31. *Lane W. G., Dubowitz H., Langenberg P.* Screening for occult abdominal trauma in children with suspected physical abuse // *Pediatrics*. — 2009. — **124**, № 6. — P. 1595-1602.
32. *Lindberg D., Makoroff K., Harper N.* et al. Utility of hepatic transaminases to recognize abuse in children // *Pediatrics*. — 2009. — **124**, № 2. — P. 509-516.
33. *Melville J. D., Kellogg N. D., Perez N., Lukefahr J. L.* Assesment for self-blame and trauma symptoms during thr medical evaluation of suspected sexual abuse // *Child Abuse Negl.* — 2014. — **38**, № 5. — P. 851-857.
34. *Menoch M., Zimmerman S., Garcia-Filion P., Bulloch B.* Child abuse education: an objective evaluation of resident and attending physician knowledge // *Pediatr. Emerg. Care.* — 2011. — **27**, № 10. — P. 937-940.
35. *Meyer J. S., Gunderman R., Cetey B. D.* et al. ACR appropriateness criteria on suspected physical abuse-child // *J. Am. Cell. Radiol.* — 2011. — **8**, № 2. — P. 87-94.
36. *Olweus D., Limber S. P.* Bulling in school: evaluation and dissemination of the Olweus Bulling Prevention Program // *Am. J. Orthopsychiatry.* — 2010. — **80**, № 1. — P. 124-134.
37. *Oral R., Bayman L., Assad A.* et al. Illicit drug exposure in patients evaluated for alleged child abuse and neglect // *Pediatr. Emerg. Care.* — 2011. — **27**, № 6. — P. 490-495.

38. Pilling M. L., Vanezis P., Perrett D., Johnston A. Visual assessment of the timing of bruising by forensic experts // *J. Forensic. Leg. Med.* — 2010. — 17, № 3. — P. 143-149.
39. Rooks V. J., Eaton J. P., Ruess L. et al. Prevalence and evolution of intracranial hemorrhage in asymptomatic term infants // *Am. J. Neuroradiol.* — 2008. — 29, № 6. — P. 1082-1089.
40. Sheets L. K., Leach M. E., Koszewski I. J. et al. Sentinel injuries in infants evaluated for child physical abuse // *Pediatrics.* — 2013. — 131, № 4. — P. 701-707.
41. Singer H. S., Kossolf E. H., Hartman A. L., Crawford T. O. Shaken baby syndrome (shaken-impact syndrome) // *Treatment of Pediatric Neurologic Disorders.* — Taylor & Francis, 2005. — P. 329-344.
42. Thackeray J. D., Homor G., Benzinger E. A., Scribano P. V. Forensic evidence collection and DNA identification in acute child sexual assault // *Pediatrics.* — 2011. — 128, № 2. — P. 227-232.
43. Wood J., Fakeye O., Feudtner C. et al. Development of guidelines for skeletal survey in young children with fractures // *Pediatrics.* — 2014. — 134, № 1. — P. 45-53.

Одержано 23.05.2015

## СИНДРОМ ЖЕСТОКОГО ОБРАЩЕНИЯ С РЕБЕНКОМ В НЕОНАТОЛОГИИ И ПЕДИАТРИИ: БИОЭТИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ И ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКИЕ ПОСЛЕДСТВИЯ

Н. Л. Аряев

Одесский национальный медицинский университет МЗ Украины, 65082 Одесса

Приведены данные по эпидемиологии и особенностям проявлений синдрома жестокого обращения с ребенком. Выявлено, что в Одесском регионе 65,6 % опрошенных в детстве подвергались жестокому обращению. Установлен недостаточный уровень знаний населения о проблеме жестокого обращения с детьми (только 13 % опрошенных). Наиболее распространенными формами жестокого обращения были эмоциональное насилие — 30,0 % (95 % ДИ 26,4-33,5; особенно среди девочек) и физическое насилие — 21,3 % (95 % ДИ 17,8-24,1; особенно среди мальчиков). Значительная часть респондентов считает приемлемым использование в качестве наказания детей разных вариантов физического (27,6 %, 95 % ДИ 25,2-30,7) или агрессивного психоэмоционального (21,4 %, 95 % ДИ 18,5-23,5) воздействия. Большинство учащихся средних школ имеют неудовлетворительный уровень осведомленности о сути проблемы школьного буллинга — 85,6 % (95 % ДИ 83,2-88,7 %), хотя 86,3 % (95 % ДИ 83,2-88,7) опрошенных непосредственно или косвенно сталкивались с этим явлением как жертва, агрессор, наблюдатель или защитник жертвы. У девочек преобладающей формой является вербальный буллинг (72,0 %, 95 % ДИ 67,2-76,8), тогда как у мальчиков — физический буллинг (21,6 %, 95 % ДИ 8,2-31,4). По данным ретроспективного анализа медицинской документации и патологоанатомических протоколов детей с черепно-мозговыми травмами, установлена недостаточная выявляемость синдрома тряски младенца в неонатальном периоде. Обсуждены биоэтические проблемы синдрома жестокого обращения с ребенком мировоззренческого и аппликативного характера.

## CHILD ABUSE IN NEONATOLOGY AND PEDIATRICS: BIOETHICAL PROBLEMS AND PSYCHONEUROLOGICAL CONSEQUENCES

M. L. Ariayev

Odessa National Medical University Ministry of Health Ukraine, 65082 Odessa

Presented are the data of epidemiology and peculiarities of manifestations of child abuse syndrome. In the Odessa region 65.6 % of respondents were revealed to be ill-treated in their childhood. The most common forms of ill-treatment were emotional abuse – 30.0 % (95 % CI 26.4-33.5) (especially for girls) and physical violence – 21.3 % (95 % CI 17.8-24.1) (especially for boys). A significant portion of respondents considered acceptable to use as punishment of children, different forms of physical (27.6 %, 95 % CI 25.2-30.7) or aggressive psycho-emotional (21.4 %; 95 % CI 18.5-23.5) exposure. Majority of secondary school pupils had insufficient level of awareness about essence of the problem of school bullying — 85.6 % (95 % CI 83.2-88.7), though 86.3 % (95 % CI 83.2-88.7) of respondents directly or indirectly faced this phenomenon as a victim, aggressor, observer, or a victim advocate. Among girls, the prevailing form of abuse is verbal bullying (72.0 %, 95 % CI 67.2-76.8), while among boys — physical bullying (21.6 %; 95 % CI 8.2-31.4). The data of retrospective analysis of medical records and post mortem protocols of children with craniocerebral traumas showed insufficient diagnosis of shaken baby syndrome during neonatal period. Bioethical issues of child ill-treatment syndrome with special reference to of world-view and application are discussed.