

VILNIAUS UNIVERSITETAS

Jolanta Labanauskienė

**VAIKŲ SMURTINIŲ TRAUMŲ MECHANIZMAS IR
AMŽIAUS YPATUMAI**

Daktaro disertacija

Biomedicinos mokslai, medicina (07 B)

Vilnius, 2010

Disertacija rengta 2004–2009 metais Vilniaus universitete

Disertacija ginama eksternu

Disertantės moksliniai konsultantai:

prof. habil. dr. Benjaminas Siaurusaitis (Vilniaus universitetas, biomedicinos mokslai, medicina – 07 B),

doc. dr. Kęstutis Saniukas (Vilniaus universitetas, biomedicinos mokslai, medicina – 07 B).

TURINYS

SANTRUMPOS	4
1. ĮVADAS	5
1.1. Tiriamoji problema ir darbo aktualumas	5
1.2. Tyrimo tikslas ir uždaviniai	8
1.3. Darbo mokslinis naujumas ir praktinė reikšmė	8
2. TYRIMŲ APŽVALGA	10
2.1. Smurto samprata ir apibrėžimas. Jo rūšys	10
2.2. Smurto prieš vaikus paplitimas ir aktualumas įvairiose pasaulio šalyse	14
2.3. Smurto prieš vaikus paplitimas ir aktualumas Lietuvoje	18
2.4. Smurtas prieš vaikus šeimoje	25
2.5. Smurtas prieš vaikus mokykloje	29
2.6. Smurtas prieš vaikus viešose vietose	32
2.7. Vaikų smurtinių traumų ypatumai	33
2.8. Vaikų smurtinių traumų diagnostika, jos sunkumai	40
2.9. Smurto prieš vaikus priežastys ir prevencija	45
3. TYRIMŲ MEDŽIAGA IR METODIKA	47
3.1. Tyrimų medžiaga	47
3.2. Tyrimų metodika	47
3.3. Tirtų ligonių bendra charakteristika ir grupės	49
3.4. Tyrimų statistinio įvertinimo metodika	50
4. TYRIMŲ REZULTATAI IR JŲ APTARIMAS	51
4.1. Smurto prieš vaikus paplitimo Lietuvoje dažnumas ir aktualumas	51
4.2. Vaikų smurtinės traumos šeimoje	65
4.3. Vaikų smurtinės traumos mokykloje	75
4.4. Vaikų smurtinės traumos viešose vietose	81
4.5. Vaikų smurtinių traumų ypatumai lyginant jas su atsitiktinėmis traumomis	89
4.6. Vaikų smurtinių traumų charakteristika	102
5. IŠVADOS	128
6. PRAKTINĖS REKOMENDACIJOS	130
7. CITUOTOS LITERATŪROS SĄRAŠAS	136
8. AUTORĖS MOKSLINIŲ STRAIPSNIŲ DISERTACIJOS TEMA SĄRAŠAS	153

SANTRUMPOS

LR – Lietuvos Respublika

PSO – Pasaulinė sveikatos organizacija

SAM – Sveikatos apsaugos ministerija

SADM – Socialinės apsaugos ir darbo ministerija

VRM – Vidaus reikalų ministerija

VTAT – Vaiko teisių apsaugos tarnyba

VTP – Vaikų traumatologijos punktas

VUVL – Vilniaus universiteto vaikų ligoninė

ISS – sužalojimų sunkumo skalė

AIS – trumpa sužalojimų skalė

RTS – peržiūrėta traumos skalė

PTS – pediatrinė traumos skalė

GKS – Glasgow komų skalė

DIPCA – vaikų traumų dėl fizinio smurto diagnostikos indeksas

TLK – 10 – Tarptautinė statistinė ligų ir sveikatos problemų klasifikacija, 10 – oji redakcija

\bar{x} – imties vidurkis

$S\bar{x}$ – standartinė vidurkio paklaida

p – reikšmingumo lygmuo

x^2 – suderinamumo, nepriklausomumo kriterijus

1. ĮVADAS

1.1. Tiriamoji problema ir darbo aktualumas

Smurto prieš vaikus problema tampa vis aktualesnė įvairiose pasaulio šalyse. Jis yra dažnas net išsivysčiusiose šalyse. JAV smurtą patiria 44 iš 1000 vaikų per metus [52], Brazilijoje 74,8 [114], o Hong Konge net 526 iš 1000 [177]. Kiti šaltiniai teigia, kad JAV šeimose, 2000 m. tyrimų duomenimis, 94% 1–4 metų vaikų buvo auklėjami juos mušant ar tampant už ausų, Anglijoje net 97% [50]. Lietuvos mokyklose pešasi 66,6% mokinių, Latvijos – 58,8%, Estijos – 55,7% [68]. Tarp visų smurto rūšių fizinis smurtas sudaro 22–30% [5, 11, 15, 52]. Nepaisant įvairiose šalyse taikomų smurto prieš vaikus prevencijos priemonių, smurto atvejų vis daugėja [15, 36, 52, 60]. Dažnai smurto prieš vaikus pasekmės yra skaudžios, nuo jų vaikai miršta arba sužalojami [28, 56, 141]. 2003 metais UNICEF pranešė, kad industrinėse šalyse kiekvieną savaitę žūsta keletas vaikų nuo smurto: Vokietijoje ir Anglijoje – po 2, Prancūzijoje – 3, Japonijoje – 4, JAV – 27 [50]. Todėl šiose šalyse ir PSO analizuojama esama padėtis, smurto priežastys, kuriamos prevencinės programos prieš vaikų smurtą. PSO rekomenduoja šalims sukurti prevencines programas prieš vaikų traumatizmą ir smurtą [141, 155], atlikti mokslinius tyrimus išaiškinant smurto šeimoje, traumų buityje priežastis, traumų mechanogenezės tyrimus, sumažinti smurto atvejų skaičių ir mirtingumą nuo jų ne mažiau kaip 25% [127, 173]. Lietuvos sveikatos programoje taip pat numatomos šios priemonės [92].

Lietuvoje šios problemos taip pat aktualios. Lietuvos Respublika 1992 metais prisijungė prie Jungtinių Tautų vaiko teisių konvencijos, kurią LR Seimas ratifikavo 1995 metais. Jungtinių Tautų vaiko teisių komitetas 2001 metais išnagrinėjo Lietuvos Respublikos įžanginę ataskaitą apie šios konvencijos įgyvendinimą ir teigiamai pažymėjo, kad Lietuvoje priimti įstatymai, reglamentuojantys vaiko teises ir jas ginantys, įkurtos vaiko teisių apsaugos tarnybos ir kitos institucijos. Ataskaitoje teigiama, kad trūksta išsamių statistinių duomenų apie smurtą prieš vaikus ir rekomenduojama atlikti

mokslinius tyrimus [56]. LR Vyriausybė 2005 metais patvirtino Nacionalinę smurto prieš vaikus prevencijos ir pagalbos vaikams 2005–2007 m. programą, kuri buvo vykdoma [91].

LR socialinės apsaugos ir darbo ministerija, kuri Lietuvoje koordinuoja kitų ministerijų ir žinybų tyrimus ir prevencines priemones prieš vaikų smurtą, 2007 m. pažymėjo, kad kol kas nėra tikslios statistikos apie smurto prieš vaikus mastą Lietuvoje, nes nėra geros koordinacijos tarp institucijų, registruojančių vaikų smurtą [168]. Šios ministerijos oficialiame leidinyje „Socialinis pranešimas“ pastaraisiais metais pateikiami duomenys apie smurto prieš vaikus, tarp jų ir fizinio smurto, dažnumą Lietuvoje [94, 105]. Statistikos departamentas prie LR Vyriausybės leidinyje „Lietuvos vaikai“ pateikia duomenis apie kai kuriuos smurto prieš vaikus atvejus: nužudymus, vaikų nepriežiūrą ir smurtą šeimoje, chuliganizmą ir kt., tačiau šie duomenys kartais prieštaringi, nenurodyta vieta, kurioje vaikai patiria smurtą, nėra smurto priežasčių ir pasekmių analizės [162–169].

Lietuvos mokslinėje spaudoje nedaug pranešimų apie smurtą prieš vaikus ir dėl jo patirtas traumas [37, 38, 39, 158, 159], jie analizuoja pavienius smurto prieš vaikus aspektus. J. Gincman-Dorošenko 2005 metais apgynė medicinos daktaro disertaciją „Smurtas prieš vaikus teismo medicininio požiūriu“ [40], kurioje analizavo fizinio ir seksualinio smurto prieš vaikus mechanizmą, požymius, patirtos traumos sunkumą ir kt. pagal teismo medikų kriterijus. B. Siaurusaitis ir kt. [158, 159] analizavo vaikų dėl smurto patirtas traumas šeimoje, mokykloje ir kitose vietose, jų mechanizmą, požymius.

Tačiau šiose publikacijose bei minėtuose oficialiuose leidiniuose nėra detalesnės smurtinių traumų analizės, ypač traumų, patirtų viešose vietose, nors minėti autoriai teigia, kad jose įvyksta $\frac{2}{3}$ visų smurtinių traumų. Neradome publikacijų nei Lietuvoje, nei užsienyje apie vaikų patirtas traumas dėl jų nepriežiūros.

Be šių yra ir daugiau neišspręstų mokslinių problemų. Smurto prieš vaikus problema yra daugialypė, ji analizuojama įvairiais aspektais. Ją tyrinėja psichologai, socialiniai darbuotojai, medikai ir kiti specialistai. Tiriami įvairūs

klausimai: smurto priežastys, rizikos veiksniai, mechanizmas, požymiai ir kt. Skiriasi tyrimo metodai, vaikų amžiaus grupės, net smurto apibrėžimai, todėl sunku yra palyginti tyrimų duomenis. Todėl PSO 2004 m. rekomenduoja naudoti standartizuotus Tarptautinės statistinės ligų ir sveikatos problemų klasifikacijos (TLK–10) kodus [154]. Todėl nuspręsta analizuoti tik tas smurtines traumas, kurios pagal TLK–10 išorinių priežasčių klasifikaciją įvardintos kaip „pasikėsinimas“ ir žymimos šifrais X 85 – Y 09 [178].

Literatūros šaltiniuose nepavyko rasti detalios vaikų patirtų smurtinių traumų lokalizacijos, pobūdžio, sunkumo ir palyginimo su atsitiktinėmis traumomis analizės, priklausomai nuo vaiko amžiaus ar smurto mechanizmo, tai rekomenduojama atlikti tiriant ateityje [11, 136]. Rekomenduojama atlikti smurtinių ir nesmurtinių traumų diagnostikos kriterijų analizę [172].

Kadangi Lietuvos oficialiuose statistiniuose šaltiniuose duomenys apie smurtą prieš vaikus yra fragmentiški, o kartais ir prieštaringi, nutarta analizuoti šiuos šaltinius, norint nustatyti smurto prieš vaikus ir fizinio smurto dažnumą Lietuvos vaikų populiacijoje.

Visi autoriai pabrėžia, kad išaiškinant smurto prieš vaikus atvejus svarbiausias vaidmuo tenka gydytojams, ypač pediatrams, į kuriuos pirmiausia kreipiasi vaikai, patyrę smurtinę traumą [18, 40, 48, 49, 140, 150, 155, 181].

Diagnostikos klaidų daroma įvairiose šalyse diagnozuojant sužeidimą, ypač nustatant, ar jis smurtinis ar ne. Nurodomos to priežastys:

- anamnezės duomenys apie traumos aplinkybes ne visuomet tikslios, ypač jei vaikas patyrė smurtą šeimoje, tėvai dažnai tai slepia,
- gydytojai nebendradarbiauja su vaiko teisių apsaugos tarnybomis ir nežino situacijos vaiko šeimoje,
- nepakankamos medikų žinios apie smurtines traumas [7, 40, 52, 149].

Todėl siūloma mokyti medikus tiek diagnostikos, tiek gydytojo taktikos nustatymui ar įtarus smurtą prieš vaiką [5, 18, 22, 150, 181]. Nutarta analizuoti mūsų tirtą klinikinę medžiagą ir pirmos grandies gydytojams, į kuriuos kreipiasi vaikas, nustatyti smurtinių traumų atpažinimo kriterijus. Tai pagrindinė mūsų tyrimo kryptis.

1.2. Tyrimo tikslas ir uždaviniai

Tyrimo tikslas – nustatyti vaikų dėl fizinio smurto patirtų traumų mechanizmą ir ypatumus.

Darbo uždaviniai:

1. Išanalizuoti fizinio smurto prieš vaikus paplitimo dažnumą ir aktualumą Lietuvoje.
2. Ištirti ir nustatyti fizinio smurto prieš vaikus mechanizmą ir dėl jo patirtų traumų pobūdį, priklausomai nuo vaiko amžiaus, lyties, smurto vietos bei mechanizmo.
3. Ištirti ir nustatyti vaikų smurtinių traumų ypatumus, kai vaikas patyrė smurtą šeimoje, mokykloje ir viešojoje vietoje.
4. Nustatyti vaikų smurtinių traumų ypatumus lyginant juos su atsitiktinėmis traumomis.
6. Pateikti vaikų smurtinių traumų atpažinimo kriterijus, parengti rekomendacijas pirmos grandies gydytojams (pediatrams, bendrosios praktikos ir greitosios medicinos pagalbos gydytojams, ortopedams-traumatologams, vaikų chirurgams ir kt.), kaip įvykus traumai atpažinti ar įtarti smurtą prieš vaiką ir apie tolesnę gydytojo taktiką.

1.3. Darbo mokslinis naujumas ir praktinė reikšmė

1. Tai pirmasis kompleksinis mokslinis tyrimas Lietuvoje, analizuojantis vaikų traumų, patirtų dėl fizinio smurto, mechanizmą ir pobūdį pagal vaikų amžiaus grupes bei įvairiose smurto vietose.
2. Mokliškai pagrįsti vaikų smurtinių traumų klinikiniai diagnostikos kriterijai pirmos grandies gydytojams priklausomai nuo vaiko amžiaus.
3. Tai pirmas mokslinis darbas apie vaikų patirtas traumas dėl jų nepriežiūros ir smurto šeimoje.

4. Šio tyrimo prioritetas – vaikų smurtinių traumų viešose vietose detali analizė, nes čia jos buvo dažniausios.

5. Prioritetas Lietuvoje – įvertintas šių traumų sunkumo laipsnis pagal šiuolaikinius kriterijus.

Praktinė darbo reikšmė. Norint sumažinti vaikų dėl smurto patiriamų traumų skaičių, nustatyti šių traumų atpažinimo kriterijai ir supažindinti gydytojai. Apibendrinus literatūros šaltinių ir savo tyrimų duomenis apie vaikų smurtinių traumų ypatumus, jų diagnostikos kriterijus, jie skelbti moksliniame žurnale „Pediatrija“, kurį skaito dauguma Lietuvos pediatrų, gydančių ir globojančių vaikus. Kiti specialistai: ortopedai-traumatologai, neurologai, neurochirurgai galėjo susipažinti su tyrimų rezultatais ir rekomendacijomis publikuojamais žurnaluose „Lietuvos chirurgija“ bei „Neurologijos seminarai“. Vaikų traumatologai-ortopedai ir vaikų chirurgai supažindinti pranešimuose šių draugijų mokslinėse konferencijose Lietuvoje.

Vilniaus universiteto vaikų ligoninėje, kurioje vyko tyrimas ir dirba tyrimo autorė, yra įgyvendinta vaikų, patyrusių smurtines traumas ar įtariamų jas patyrus, diagnostikos, gydymo ir ryšių su VTAT tvarka, nustatyta Lietuvos respublikos įstatymais ir SAM įsakymais.

Nustatyti diagnostikos kriterijai gali būti panaudoti mokant būsimuosius gydytojus, nustatyti smurto mechanizmų dėsningumai – rengiant smurto prevencijos programas.

2. TYRIMŲ APŽVALGA

2.1. Smurto samprata ir apibrėžimas. Jo rūšys

Lietuvoje mokslinėse publikacijose apie smurtą prieš vaikus vartojami keli terminai: smurtas [12, 142], prievarta [25, 113], patyčios [139, 199]. Tačiau tai – skirtingos sąvokos. Dabartiniame lietuvių kalbos žodyne [26] smurtas apibrėžiamas kaip šturkšti prievarta, be to, prievarta yra platesnė sąvoka, tai ne tik jėgos naudojimas, bet ir vertimas ką nors daryti. Patyčios, kurių yra gana daug apibrėžimų, taip pat yra daug platesnė sąvoka. Dalį patyčių, kurios sukelia kitam asmeniui kančią ar skausmą, galima laikyti fiziniu smurtu, tačiau patyčios gali būti ir pravardžiavimas, apkalbėjimas, vaiko izoliacija ir kt. [139].

Lietuvos Respublikos socialinės apsaugos ir darbo ministerijos, kuri koordinuoja smurto prieš vaikus tyrimus bei prevenciją, oficialiuose leidiniuose „Socialinis pranešimas“ bei Statistikos departamento prie LR Vyriausybės leidinyje „Lietuvos vaikai“ [104,168] vartojamos sąvokos – „smurtas prieš vaikus, fizinis smurtas“.

Užsienio šalių mokslinėse publikacijose anglų kalba apie smurtą prieš vaikus dažniausiai vartojamas terminas „child abuse“ – piktnaudžiavimas prieš vaiką, kai prieš jį smurtauja šeimos asmenys [14, 48, 52, 60, 109, 195 ir kt.], bei „violence“ – smurtas, kai smurtauja įvairūs asmenys, taip pat ir smurtas prieš save [5,15, 68, 114, 155, 194], rečiau – „maltreatment“ – blogas elgesys [11, 108, 141, 180].

Analizuojant vaikų dėl smurto patirtas traumas vartojami šie terminai:

- „child abuse“ ir traumos pavadinimas [36, 52, 62];
- „non – accidental injury“ – neatsitiktinė trauma [5, 192];
- „intentional injury“ – tyčia padaryta trauma [41, 154];
- „violence related injury“ – su smurtu susijusi trauma [154];
- „inflicted injury“ – sukeltos traumos [34, 181].

Publikacijose vokiečių kalba vartojami terminai:

„Kindesmishandlung“ – žiaurus elgesys su vaikais [31];

„Gewalt gegen Kinder“ – smurtas, prievarta prieš vaiką [50].

Literatūros šaltiniuose pateikiami įvairūs smurto prieš vaikus apibrėžimai. Pavyzdžiui, LR sveikatos apsaugos ministerijos 2000 m. leidinyje „Fizinis ir psichologinis smurtas“, kurį parengė A. Markevičienė ir V. Blažys, smurtas apibrėžiamas taip: „**Smurtas** – tai fizinės ar emocinės kančios, sužalojimas, panaudojant jėgą, turint tikslą ką nors fiziškai ar psichologiškai paveikti, prievartinis asmens laisvės suvaržymas, stipriai įtakojantis normalią egzistenciją“ [113]. Tačiau čia pat aiškinamas terminas – „fizinė prievarta prieš vaikus – tai tėvų ar globėjų sukeliamas vaiko iki 18 metų fizinis sužalojimas ne nelaimingo atsitikimo metu ar leidimas tokiam sužeidimui įvykti“. Tačiau tai – per siauras apibrėžimas, o kam priskirti fizinį vaiko sužalojimą, sukeltą tyčia kitų asmenų, tiek pažįstamų, tiek nepažįstamų?

LR socialinės apsaugos ir darbo ministerijos 2005 m. leidinyje „Interneto, kompiuterinių žaidimų įtaka smurtui prieš vaikus“ [51] rašoma, kad „...fizinis smurtas siaurąja prasme – tai prievarta prieš asmenį: stumdymas, mušimas, sužeidimas, nužudymas“. Holt ir kt. 2008 m. teigia, kad yra 15 smurto prieš vaikus (child abuse) apibrėžimų [47].

JAV federaliniame įstatyme „Smurto prieš vaikus prevencijos ir gydymo aktas“, priimtame 1974 m., yra aiškiai apibrėžta smurto prieš vaiką ir nepriežiūros sąvoka (child abuse and neglect): „tai fizinis, psichinis ar seksualinis skriaudimas ar blogas elgesys su vaikais iki 18 metų, padaryti asmenų, kurie atsako už vaiko gerovę“ [195].

Daugelis autorių, taip pat ir Pasaulinė sveikatos organizacija savo leidiniuose išskiria keturias smurto prieš vaikus rūšis arba tipus: fizinį, seksualinį, psichologinį arba emocinį ir vaiko nepriežiūrą [12, 36, 51, 52, 155, 194].

Pagal JAV priimtą Nacionalinę traumų tyrimo sistemą (NIS) **fizinis smurtas** yra blogo elgesio su vaikais forma, kai sužeidimas vaikui padaromas mušant ranka, lazda, diržu ar kitu daiktu; mušant kumščiu, spiriant, kratant, metant, deginant, duriant ar smaigiant ir padaro vaikui žalą [36]. Panašiai

apibrėžia fizinį smurtą ir kiti autoriai [52] bei Pasaulinė sveikatos organizacija 2007 m. [141]: „Fizinis smurtas yra bet koks tyčinis fizinio veiksmo panaudojimas prieš vaiką pakenkęs (arba tikėtina pakenksiąs) vaiko sveikatai, išgyvenimui, raidai ir orumui, įskaitant sumušimą, įspyrimą, supurtymą, įkandimą, smaugimą, nuplikymą, nudeginimą, tyčinį nuodijimą ir dusinimą arba kelio įvykti fizinei traumai (ar kančiai) neužkirtimą“. Šis apibrėžimas yra daug platesnis, ypač atsižvelgiant į tai, kad smurtui priskiriama ir kelio įvykti fizinei traumai neužkirtimas. Čia taip pat nenurodoma, kad vaiką skriaudžia tik šeimos nariai.

Lytinis (seksualinis) smurtas – „tai raidos požiūriu priklausomų, nebrandžių vaikų ir paauglių įtraukimas į seksualinę veiklą, kurią jie ne visai supranta, į kurią nesugeba tinkamai reaguoti, kuri pažeidžia socialinius šeimos vaidmenų tabu ir kuria tvirkintojas siekia patenkinti savo seksualinius poreikius ar gauti su šia sritimi susijusį pelną“ [51].

Psichologinis, emocinis smurtas – „tai vaiko atstūmimas, menkinimas, nuolatinis žeminimas, socialinė izoliacija, gąsdinimas palikti, nuolatinis dėmesio nekreipimas, žalingų vaiko auklėjimo metodų naudojimas, kėlimas vaikui reikalavimų, neatsižvelgiant į jo amžių“ [113]. Be to, pabrėžiama, kad šiais veiksmais neretai siekiama vaiką įbauginti, priversti pajusti priklausomybę nuo skriaudėjo [51]. Todėl pabrėžiama, kad „smurtas ne visada fizinis, tačiau visuomet psichologinis, emocinis“ [113, 141].

Vaiko nepriežiūra – kai vaikui trūksta dėmesio ir rūpesčio, svarbiausių jo gyvenimo ir ugdymo priemonių. Skiriama emocinė nepriežiūra – tai stoka tėvų meilės vaikui, jo apsaugos nuo žalingų įtakų (įskaitant ir šeimyninius konfliktus esant vaikui), tėvai nesidomi, ar vaikas nevartoja narkotikų, alkoholio ir kitų žalingų sveikatai veiksnių.

Fizinė nepriežiūra – kai nesirūpinama tinkama ir saugia jo gyvenimo aplinka, apranga, maitinimu, taip pat jo medicinine priežiūra tiek vaikui esant sveikam, tiek ir susirgus. Nesirūpinimas vaiko auklėjimu (edukacinė nepriežiūra) apima nesirūpinimą jo mokymusi mokykloje ir specialiu auklėjimu [52]. Kai kas vaiko nepriežiūrą apibrėžia trumpai – „tai socialinis

pedagoginis vaikų apleistumas“ [51], tačiau pabrėžiama, kad nepriežiūra yra fizinio ir psichologinio smurto dalis.

PSO 2007 m. pateiktas toks apibrėžimas: „Nepriežiūra yra atvejis, kai tėvai ar kiti šeimos nariai nepatenkina vaiko fizinių ir (arba) psichologinių reikmių, nes tinkamai nesirūpina vaiku ar jo neapsaugo nuo pavojaus (pavieniais atvejais arba tai vyksta nuolat). Nepriežiūra gali būti susijusi su vienu arba keliais šių dalykų: sveikata, švietimu, emocine raida, mityba, pastogės suteikimu ir saugiomis gyvenimo sąlygomis“ [141]. Šiame apibrėžime taip pat pažymima, kad nepriežiūra yra ir tada, kai vaikas nėra apsaugomas nuo pavojaus.

Įvairūs autoriai savo moksliniuose tyrimuose analizuoja skirtingus įvairių smurto formų prieš vaikus aspektus norėdami išsiaiškinti smurto priežastis, mechanizmą, pasekmes, sumažinti smurto prieš vaikus paplitimą ir vartoja įvairius terminus ir apibrėžimus. Tai yra pateisinama ir suprantama. Tačiau analizuojant mokslinę literatūrą šiais klausimais yra painiavos, nes autoriai pateikia skirtingus duomenis įvairiais aspektais.

PSO [68] ir PSO Europos regioninis biuras [155] smurtą (violence) skirsto į smurtą prieš save, tarp asmenų ir kolektyvinį smurtą (kare ar tarp grupių) ir pateikia duomenis apie savižudybes bei smurtą tarp asmenų.

Pasaulinė sveikatos organizacija 2004 m. rekomenduoja analizuojant traumas ir smurtą naudoti standartizuotus kodus, pateiktus Tarptautinėje statistinėje ligų ir sveikatos problemų klasifikacijoje (dešimtoji redakcija) [154].

Todėl šiame tyrime analizuotos tik tos smurtinės vaikų traumos, kurios pagal TLK–10 išorinių priežasčių klasifikaciją įvardintos kaip „pasikėsinimas“ ir žymimos šifrais X 85 – Y 09 [178].

2.2. Smurto prieš vaikus paplitimas ir aktualumas įvairiose pasaulio šalyse

Smurto prieš vaikus problema yra aktuali įvairiose pasaulio šalyse. Kai kurios šalys smurtą prieš vaikus tyrinėja jau seniai ir kuria jo prevencijos programas. Pirmieji tokią organizaciją įkūrė Niujorko piliečiai 1874 metais – tai buvo „Draugija žiaurumo prieš vaikus prevencijai“ (Society for the Prevention of Cruelty to Children), įkurta bažnyčioje globoti nuskriaustus vaikus [52].

Šios problemos aktualumą lemia smurto prieš vaikus dažnumas, jis mokslinėse publikacijose pateikiamas įvairiu pavidalu: absoliučiais skaičiais, dažnumu vaikų populiacijoje, pagal kreipimosi į medicinos įstaigas dažnumą ir kt., todėl duomenys kartais būna skirtingi. Be to, daugelis autorių pabrėžia, kad ne visi, patyrę smurtą vaikai, kreipiasi į medikus ar vaikų priežiūros tarnybas [21, 25, 31, 52].

JAV, kur seniausiai analizuojamas smurtas prieš vaikus, jis registruojamas ir kuriamos prevencijos programos. 1998 metais buvo 3 mln. smurto atvejų per metus [14, 52, 133]. Giardino 2001 m. pranešė apie smurtą prieš vaikus JAV šeimose – nuo 3,3 mln. iki 10 mln. kasmet [36]. Krugman ir kiti 2005 m. pateikė – 2,9 mln. [69]. Anglijoje nuskriaudžiama apie 1 mln. vaikų per metus [10].

Dažnumą geriausiai atspindi smurto prieš vaikus dažnumas vaikų populiacijoje:

- Europos šalyse 2006 m. 5000 – 8000/100 000 vaikų per metus [155];
- JAV 1998 m. 2500/100 000 vaikų per metus [133], 1999 m. 4400/100 000 vaikų per metus [52], 2006 m. 2000–3000/100 000 vaikų per metus [190];
- Izraelyje 2000 m. 1780/100 000 vaikų per metus [11];
- Brazilijoje 2005 m. 7480/100 000 vaikų per metus [114];
- Švedijoje 1996 m. sunkaus smurto atvejų 228,3/100 000 vaikų per metus, autoriai teigia, kad palyginti su 1980 metais, sunkaus smurto 2000 m. labai sumažėjo (51,3% ir 8,3%) [8];

– Estijoje 2006 metais kūdikių smurtinių galvos smegenų sužeidimų buvo 40,5/100 000 vaikų [176].

Literatūros duomenys rodo, kad įvairiose šalyse smurtas prieš vaikus dažnėja. Pavyzdžiui, JAV 1984 metais Wissow duomenimis buvo 2000/100 000 vaikų per metus [195], 1993 m. – jau 4300/100 000 vaikų per metus [5], o 1999 m. – 4400/100 000 vaikų per metus [52].

Kanadoje smurtas šeimoje 1998 m. buvęs 172/100 000 vaikų per metus, 2003 m. – 617/100 000 vaikų per metus [15].

Japonijoje 1991 m. buvo užregistruota 1171 smurto prieš vaikus atvejis, o 2000 m. – jau 17 725 [60].

Kai kurie autoriai pateikia duomenis, kiek vaikų, patyrusių smurtą, kreipiasi į ligoninių priėmimo skyrius:

– Palazzi ir kt. 2005 m. pranešė, kad tarp visų vaikų, kurie skubiai kreipėsi į ligoninių vaikų skyrius Italijoje, dėl smurtinių traumų kreipėsi 2% [131];

– Chang ir kt. 2004 m. duomenimis, smurtinės traumos sudarė net 10% iš visų vaikų, kurie JAV kreipėsi į skubios pagalbos skyrius [21];

– Guenther ir kt. 2008 m. paskelbė, kad JAV vaikai, patyrę smurtines traumas, du kartus dažniau kreipėsi į skubios pagalbos priėmimo skyrių nei pediatrų pacientai [42].

Tarp visų smurto rūšių fizinis smurtas, įvairių autorių duomenimis, sudaro nuo 22% [198] iki 30,5% [11], JAV – 24% [52] – 25% [5], tačiau Keswarz ir kt. 2002 m. pateikia net 55% [64].

Kitose šalyse duomenys panašūs: Rumunijoje 2002 m. – 24% [19], Kanadoje 2006 m. – 27% [15], Taivanyje 2008 m. – 22% [198].

Larzerle ir kt. 1999 m. paskelbė, kad fizinis smurtas prieš vaikus Švedijoje yra 49% dažnesnis nei JAV [72].

Fizinio smurto dažnumas vaikų populiacijoje nurodomas JAV 2001 m. – 570/100 000 vaikų per metus, dažniausias 5–6 metų ir 12–14 metų vaikams – 740/100 000 vaikų, mažesniems – vaikams iki 2 metų – 320/100 000 vaikų per metus [36]. O Tang 1998 m. pateikia daug didesnius skaičius – kinų šeimose

Hong Konge smurto dažnumas buvo 52 600/100 000 vaikų per metus [177], t. y., daugiau nei pusei vaikų.

Nacionalinės smurto prieš vaikus ir nepriežiūros sistemos duomenimis, fizinis smurtas prieš kūdikius JAV yra 2320/100 000, iš jų 32,7% – prieš naujagimius iki 1 sav. amžiaus [1]. Velse 2002 m. fizinio smurto prieš kūdikius dažnumas 114/100 000, sunkus fizinis smurtas – 54/100 000 [160].

Smurto prieš vaikus ir jo sukeltų traumų pasekmės dažnai būna sunkios: vaiko mirtis ar fizinis bei psichinis sužalojimas [68, 141, 194]. PSO 2006 m. pranešime teigiama, kad smurtas prieš vaikus „gali turėti įtakos vaiko augimui ir vystymuisi, gabumams, mokymuisi. Tokie vaikai dažnai jaučia baimę, menkumo jausmą, linkę depresijai, agresyvūs. Vėliau jie gali pamėgti alkoholį, narkotikus ar net nusizudyti“ [50].

Skandžiausia šių traumų pasekmė – vaiko mirtis. Mirtingumas nuo smurtinių traumų yra didesnis nei nuo atsitiktinių traumų [145]. Įvairių šalių tyrėjai pabrėžia, kad smurtas – svarbi vaikų mirčių priežastis [21, 50, 141, 155, ir kt.].

Pierce ir kt. 2008 m. teigia, kad JAV smurtas prieš vaikus yra svarbiausia mažų vaikų sergamumo ir mirtingumo priežastis [136]. Vinchon ir kt. 2004 m. nurodė, kad Prancūzijoje vaikams iki 3 metų net $\frac{2}{3}$ mirčių būna dėl smurtinių traumų [192]. Iš visų vaikų mirčių nuo smurto 19% tenka kūdikiams [1]. Chang ir kt. 2004 m. duomenimis, mirštamumas nuo smurtinių traumų JAV yra 11,7% [21].

JAV kasdien miršta 3 vaikai nuo smurto ir nepriežiūros [48], kasmet – per 12 000 [10]. UNICEF 2006 m. pranešime nurodoma, kad industrinėse šalyse kiekvieną savaitę žūsta keletas vaikų nuo smurto: Vokietijoje ir Anglijoje – po 2, Prancūzijoje – 3, Japonijoje – 4, JAV – 27 [50].

Kiti autoriai pateikia mirtingumo nuo smurto duomenis vaikų populiacijoje: 2001 m. JAV – 2/100 000 vaikų per metus [36], 2008 m. Schnitzer ir kt. įvairiose JAV valstijose nurodė nuo 2,5 iki 8,8/100 000 vaikų per metus [152].

PSO 2002 m. duomenimis, vaikų nuo 0 iki 14 metų mirtingumas nuo smurto Europoje buvo 1/100 000 vaikų per metus [155].

PSO 2007 m. duomenimis, vaikų iki 15 metų mirtingumas nuo smurto Europos šalyse mažėja: 1996 m. buvo 0,6/100 000 vaikų, 2000 m. – 0,5, o 2004–2005 metais – 0,38/100 000 vaikų per metus [141].

PSO 2002 m. duomenimis, nužudytų paauglių nuo 10 iki 29 metų skaičius yra mažiausias Vakarų Europoje, pvz., Prancūzijoje 0,6/100 000, Vokietijoje 0,8/100 000, Didžiojoje Britanijoje 0,9/100 000. Dar mažesnis jis buvo Japonijoje 1997 m. 0,4/100 000. JAV 1998 m. jis siekė 11,0/100 000, Rusijos Federacijoje 1998 m. – 18,0/100 000, Lenkijoje 1995 m. – 1,6/100 000, 1999 m. Latvijoje – 7,8/100 000, Estijoje – 7,7/100 000, Lietuvoje – 5,4/100 000. Nužudytų paauglių skaičius 2000 m. buvo daug didesnis Afrikos šalyse – 17,6/100 000, ypač Lotynų Amerikos šalyse – 36,4/100 000, didžiausias Kolumbijoje – 84,4/100 000 [68].

Tačiau PSO ir kiti autoriai [21, 50] pažymi, kad mirties atvejai nuo smurto tėra tik ledkalnio viršūnė, smurto prieš vaikus yra kelis šimtus kartų daugiau su rimtomis fizinėmis, psichologinėmis ir elgesio pasekmėmis. Tikras smurto prieš vaikus mastas ir žala, padaryta vaiko sveikatai bei raidai pradėti tirti visai neseniai [141]. Ne apie visus smurto prieš vaikus atvejus pranešama vaiko teisių apsaugos organizacijoms [10, 132].

PSO rekomenduoja, kad įvairių šalių visuomenės sveikatos priežiūros organizacijos sukurtų nacionalinius planus prieš traumatizmą ir smurtą. Reikia atlikti mokslinius tyrimus ir išaiškinti problemos mastą, rizikos veiksnius ir grupes, nustatyti ir įgyvendinti veiksmingas prevencines priemones [141].

Ateityje rekomenduojama atlikti epidemiologinius tyrimus [128], ypač atskirų vaikų amžiaus grupių [11], smurtinių traumų mechanizmo ir komplikacijų [136], priežasčių ir pasekmių tyrimus po fizinio smurto prieš vaikus [183], nustatyti smurtinių ir nesmurtinių traumų diagnostikos kriterijus [172]. Įvairiose šalyse pastaraisiais metais sparčiai daugėja šių problemų mokslinių tyrimų, apie tai byloja faktas, kad Medline informacinėje bazėje

kasmet buvo skelbiama keli šimtai publikacijų apie smurtą prieš vaikus, o 2008 metais – jau 1016.

1999 m. Soroso fondas ir JAV Vaikų psichinės sveikatos sąjunga Budapešte organizavo tarptautinę mokslinę konferenciją apie pediatrių vaidmenį prieš vaikų smurtą ir nepriežiūrą [24]. Panašų simpoziumą organizavo 2001 m. Lenkijos vaikų chirurgų draugija Varšuvoje. 2008 m. Taline įvyko tarptautinė konferencija „Smurtas prieš vaikus“ [176]. Jose buvo analizuojami įvairūs smurto prieš vaikus aspektai.

2.3. Smurto prieš vaikus paplitimas ir aktualumas Lietuvoje

Lietuvoje, kaip ir kitose šalyse, vaikai buvo skriaudžiami ir baudžiami fizinėmis bausmėmis. Kai kurie šaltiniai teigia, kad Lietuvoje smurtu prieš vaikus pradėta domėtis tik XX a. pabaigoje [40]. Tačiau dar Nepriklausomoje Lietuvoje 1930 m. sausio 4–6 d. Kaune įvyko I-oji Lietuvos motinoms ir vaikams apsaugoti konferencija, kurią organizavo dr. A. Matulevičius ir Lietuvos moterims ir vaikams globoti organizacijų sąjunga [115]. Jos nutarime pabrėžta, kad į mokyklinio amžiaus vaikų apsaugos darbą turi būti įtraukti plačiausieji žmonių sluoksniai. Dr. K. Grinius savo pranešime teigė, kad vaikus reikia globoti iki 15–16 metų ir net iki 18 metų.

Sovietmečiu Lietuvoje vaikų traumas buvo analizuojamos dažniausiai pagal traumos mechanizmą ar įvykio vietą [13,74], o ne pagal priežastis. Sąvokos „smurtas prieš vaikus“ praktiškai nebuvo.

Atkūrus Lietuvos Nepriklausomybę, jau 1992 metais Lietuvos Respublika prisijungė prie Jungtinių Tautų vaiko teisių konvencijos, kurią LR Seimas ratifikavo 1995 m. [55]. Joje užtikrinamos vaiko teisės. 19 - tas jos straipsnis teigia: „Valstybės dalyvės, siekdamos apginti vaiką nuo įvairiausio pobūdžio fizinio ar psichologinio smurto, įžeidimų ar nerūpestingo elgesio, grubaus elgesio ar išnaudojimo, taip pat ir seksualinio, kuriuos jis gali patirti iš tėvų, teisėtų globėjų ar kurio nors kito jį globojančio asmens, imasi visų reikiamų teisinių, administracinių, socialinių ir švietimo priemonių“. Kiti šios

konvencijos straipsniai teigia, kad „mokyklose drausmė būtų palaikoma metodais, atspindinčiais pagarbą vaiko orumui“ (28 str.), kad „vaikas nepatirtų kankinimų ar kitokio žiauraus, nežmoniško arba orumą žeminančio elgesio ar bausmių“ (37 str.).

Lietuvoje buvo sukurta teisinė bazė vaikų sveikatos apsaugai:

– LR Konstitucijos, priimtos 1992 m. 18 straipsnis skelbia, kad valstybė saugo ir globoja šeimą, motinystę, tėvystę ir vaikystę, o 39 str. – kad nepilnamečius vaikus gina įstatymai [82].

– 1996 m. priimto Vaikų teisių apsaugos pagrindų įstatymo [86] 43 str. p. 3 teigiama, kad vaikui, nukentėjusiam nuo nusikaltimo, smurto ar kito blogo elgesio, turi būti suteikta reikalinga pagalba, kad jis galėtų susigrąžinti sveikatą po patirtos fizinės ar psichologinės traumos ir reintegruotis į socialinę aplinką. 4 p. teigiama, kad fizinis ar juridinis asmuo, sužinojęs apie vaiką, kuriam būtina pagalba, privalo pranešti apie tai policijai, VTAT ar kitai kompetentingai institucijai,

– LR civiliniame ir Baudžiamajame kodeksuose yra straipsniai apie šeimos teisę ir baudžiamąją atsakomybę už nusikaltimus prieš vaiką ir šeimą [80, 81],

– 1998 m. priimtas Vaiko globos įstatymas (panaikintas 2000 m.) [187],

– 2000 m. priimtas Vaiko teisių apsaugos kontrolieriaus įstatymas [87] ir paskirtas vaiko teisių apsaugos kontrolierius,

– 2002 m. – priimtas įstatymas apie nepilnamečių apsaugą nuo neigiamo viešosios informacijos poveikio [83],

– LR Vyriausybė 1994 m. ir 2002 m. patvirtino Vaiko teisių apsaugos tarnybų nuostatus [88, 89],

– LR Vyriausybė 2003 m. nutarimu paskyrė pagrindinę vaiko teisių apsaugos valdymo sritį Socialinės apsaugos ir darbo ministerijai ir nustatė kitų ministerijų kompetencijos sritis šiais klausimais [93]. Ši ministerija formuoja ir įgyvendina vaiko teisių apsaugos politiką, kartu su kitomis valstybės ir savivaldybių institucijomis bei įstaigomis užtikrina tinkamą vaiko teisių apsaugą [51],

– 1991 12 16 LR SAM ir VRM išleido įsakymą „Dėl asmenų, kuriems padaryti kūno sužalojimai, apskaitos“, vėliau šis įsakymas patikslintas 1996 m. ir 2002 m. [85], pagal kuriuos sveikatos priežiūros įstaigos turi nedelsiant informuoti teritorinės policijos įstaigos budėtojus apie sužalotus asmenis.

Šiuo metu vaiko teisių apsaugą Lietuvoje užtikrina ir vykdo:

1. Valstybė ir jos institucijos.
2. Vietos savivaldos institucijos.
3. Visuomeninės organizacijos, kurių veikla susijusi su vaiko teisių apsauga.

Įsteigta Vaiko teisių apsaugos tarnyba prie Socialinės apsaugos ir darbo ministerijos, tokios tarnybos veikia ir kiekvienoje savivaldybėje. Veikia ir kitos tarnybos į kurias gali kreiptis nukriausti vaikai: vaikų psichologinės pagalbos tarnybos, vaikų telefonų linijos, agentūra „Visos Lietuvos vaikai“ ir kitos visuomeninės organizacijos [113].

LR Vyriausybė 2005 m. nutarimu patvirtino „Nacionalinę smurto prieš vaikus prevencijos ir pagalbos vaikams 2005–2007 m. programą“, kuri buvo vykdoma [91].

LR socialinės apsaugos ir darbo ministerija vykdo smurto prieš vaikus tyrimus, analizuoja, skelbia duomenis leidiniuose „Socialinis pranešimas“ 2000–2008 m. [162–169], kuria prevencines programas [12, 51]. LR SAM 2000 m., vykdydama ES PHARE projektą, išleido knygelę – A. Markevičienė, V. Blažys „Pirminis sveikatos priežiūros komandų mokymas. Fizinis ir psichologinis smurtas“ [113]. 2002 m. ministro įsakymu buvo patvirtintas Neatidėliotinų veiksmų kovai su smurtu prieš vaikus priemonių planas, kurį pasirašė dar 4 ministrai, jame daug dėmesio skiriama visuomenės švietimui [51, 166].

2007 m. parengtas Nacionalinės smurto prieš vaikus prevencijos ir pagalbos vaikams 2008–2010 metų programos projektas [169].

Įvairios visuomenės organizacijos taip pat vykdo programas, skirtas smurto prieš vaikus prevencijai. Tai Psichosocialinės reabilitacijos asociacija ir Paramos vaikams centras Vilniuje 1995–1999 m. dalyvavo Centrinės ir Rytų

Europos šalims skirtame projekte „Prievarta prieš vaikus“, 2000 m. vykdė projektą „Mokykla be prievartos“, parengė vaikų prievartos prevencijos programą [70], išleido knygas suaugusiems ir vaikams apie prievartos rūšis ir pagalbos galimybes „Tikra knygelė apie skriaudą“ I ir II dalys [35].

1996 m. Vilniaus universitetinio sutrikusio vystymosi vaikų centro iniciatyva organizuota pirmoji Lietuvoje mokslinė – praktinė konferencija „Vaikų fizinė ir seksualinė prievarta“, kurioje buvo analizuotos įvairios smurto prieš vaikus problemos [142, 186].

Šiuo metu Lietuvoje duomenis apie vaikų smurtą renka įvairios institucijos: gydymo įstaigos, į kurias kreipiasi patyrę smurtą vaikai, teismo medicininės ekspertizės įstaigos, policija, miestų, rajonų VTAT, nevyriausybinės organizacijos. Jų pranešami ir skelbiami duomenys yra skirtingi, nes įvairios įstaigos šiuos duomenis analizuoja skirtingai: gydymo įstaigos – pagal patirtas traumas, teismo medicinos ekspertai – pagal sužalojimo pobūdį ir sunkumą, VRM įstaigos ir teismai – pagal nusikalstamos veikos pobūdį, vaikai skirtingai skirstomi į amžiaus grupes, todėl palyginti skelbiamus duomenis yra gana sunku.

Valstybės institucijos pastaraisiais metais oficialiuose leidiniuose skelbia duomenis apie smurto prieš vaikus dažnumą. Statistikos departamentas prie LR Vyriausybės nuo 1994 m. beveik kasmet išleidžia leidinį „Lietuvos vaikai“, kuriame greta įvairių demografinių rodiklių pateikiami duomenys apie nužudytus vaikus, netekusius tėvų globos dėl nepriežiūros, seksualinę prievartą [94–105]. Nuo 2001 m. šiame leidinyje yra skyrius „Smurtas prieš vaikus“, tačiau jame nėra duomenų, kiek vaikų Lietuvoje patyrė smurtą, o tik minėti atskiri smurto atvejai. Pastaraisiais metais pateikiami duomenys apie smurtą šeimoje, tačiau jie – abejotinais maži, palyginti su Socialinės apsaugos ir darbo ministerijos skelbiamais duomenimis. Pavyzdžiui, skelbiama, kad 2005 m. Lietuvoje tėvų globos dėl smurto šeimoje neteko tik 90 vaikų iš 3209 netekusių šios globos [103]. Daugėja užregistruotų atvejų, kai nukenčia vaikai [103]. 1995 m. Lietuvoje buvo nužudyta 15 vaikų, 2000 m. – 13, o 2005 m. – 18 [98–105], tačiau vaikų skaičius Lietuvoje nuolat mažėjo, todėl nužudymų skaičius

santykinai didėjo (išsamesnė smurtinių traumų ir kitų smurto atvejų analizė, išstudijavus oficialių leidinių duomenis pateikta 4.1 skyriuje).

LR socialinės apsaugos ir darbo ministerija savo leidinyje „Socialinis pranešimas“ nuo 2000 m. skelbia duomenis apie atskirus smurto prieš vaikus atvejus: netekusių tėvų globos dėl tėvų smurto skaičių [162], nuo 2002 m. – apie smurto prieš vaikus, tarp jų ir fizinio smurto skaičių [166–169]. Užregistruotų smurto prieš vaikus atvejų skaičius didėja: 2002 m. buvo smurtauta prieš 1134 vaikus [164], o 2006 m. – prieš 1639 [168]. Fizinį smurtą 1995 m. patyrė 63,3% iš visų vaikų, patyrusių smurtą [167], o 2006 m. – 1499 iš 1917 vaikų, patyrusių smurtą, t. y., 78,2% [168].

Šiuose oficialiuose leidiniuose nepavyko rasti duomenų apie smurto prieš vaikus vietą ar detalesnės smurto priežasčių bei pasekmių analizės.

LR SAM Sveikatos informacijos centro leidiniuose „Lietuvos gyventojų sveikata ir sveikatos priežiūros įstaigų veikla“ 2000–2007 m. [79] bei „Lietuvos sveikatos statistika“ 1999–2007 m. [93] duomenų apie vaikų patiriamo smurto dažnumą, priežastis ar pasekmes nepavyko rasti.

Pastaraisiais metais pagausėjusios publikacijos apie smurtą prieš vaikus populiariojoje spaudoje ir kitose masinės informacijos priemonėse, kasmet gegužės mėnesį vykstanti akcija „Smurtui prieš vaikus – ne“ ir kitos rodo visuomenės susirūpinimą šia problema. Tačiau mokslinių tyrimų publikacijų, palyginti su kitomis šalimis – nedaug, jos analizuoja atskirus smurto prieš vaikus aspektus.

Jau 1994 m. B. Siaurusaitis ir kt. [157] analizavo vaikų traumatizmo būklę ir problemas Lietuvoje 1991–1993 m. autoriai pažymėjo, kad vaikų traumų daugėja ir pranešė apie nerimą keliantį vaikų mirtingumą nuo smurtinių traumų – nužudymų, šautinių žaizdų.

J. Gincman-Dorošenko analizavo smurtą prieš vaikus, kurie kreipėsi 1992–2001 m. į Vilniaus teismo medicinos institutą ir duomenis paskelbė 2004 m. [39].

A. Zaborskas ir kt. 1994–2002 m. tyrė patyčias įvairiose Lietuvos mokyklose ir teigė, kad Lietuvos mokyklose mokiniai tyčiojas vieni iš kitų

dažniau nei kitose Europos šalyse [199]. Lietuvos mokyklose buvo tiriami patyčių ir rečiau – smurto atvejai ir skelbta spaudoje. Autoriai dažniausiai tai darė mokinių apklausos metodu [29, 134, 139, 175, 199 ir kt.].

Buvo tirtas patyčių paplitimas Lietuvos mokyklose [175, 191, 199], traumų priežastys mokyklose [59, 191]. Apie fizinį smurtą mokyklose, jo dažnumą ir priežastis paskelbė keletas autorių [29, 139, 199].

Apie fizinę prievartą Vilniaus šeimose paskelbė 1997 m. V. Vainauskienė ir V. Blažys [188].

Smurtą prieš vaikus šeimoje ir viešose vietose, jo mechanizmą tyrė J. Gincman, paskelbė rezultatus 2002 m. [37, 38].

Smurtinių vaikų traumų priežastis, vietą, mechanizmą ir pasekmes tyrinėjo ir paskelbė B. Siaurusaitis ir kt. 2002 m. ir 2003 m. [158, 159]. Autoriai teigia, kad reikia tyrinėti smurtą prieš vaikus ne tik šeimoje ar mokykloje, bet ir viešose vietose, nes smurtinės traumos, kaip ir visos vaikų traumos dažniausiai (66,3%) įvyksta kasdieninėje aplinkoje [159]. Pateikiami atskiri smurtinių traumų pavyzdžiai, tačiau detalesnės jų analizės nepateikta.

J. Gincman-Dorošenko 2005 m. Vilniaus universitete apgynė pirmąją Lietuvoje medicinos daktaro disertaciją apie smurtą prieš vaikus – „Smurtas prieš vaikus teismo medicininio požiūriu“ [40]. Autorė kompleksiskai tyrė fizinį ir ypač seksualinį smurtą prieš vaikus: 1992–2001 m. Vilniaus teismo medicinos instituto archyvinius duomenis apie 5861 vaikų, patyrusių fizinį ir seksualinį smurtą Vilniaus apskrityje, smurto dažnumą, jo dinamiką, nuskriaustų vaikų lytį, amžių, gyvenamąją vietą ir traumos sunkumą. Detaliau analizavo 2002 m. tirdama 503 vaikų, patyrusių smurtą, anketas. Vertingi yra autorės aprašyti smurto (ypač seksualinio) atpažinimo požymiai. Autorė teigė, kad šio tyrimo rezultatai ir rekomendacijos kaip atpažinti smurtą yra skirti visoms institucijoms, kurios užsiima vaikų priežiūra, bet daugiau teisės specialybės studentams bei teismo medicinos ekspertams. Tačiau fizinio smurto atpažinimo kriterijai ne visai atitinka užsienio literatūros šaltiniuose skelbiamus duomenis. Autorė analizuodama tirtų vaikų duomenis ne visur atskyrė fizinį ir seksualinį smurtą. Abejonių kelia autorės išvados dėl smurto

dažnumo dinamikos: ji teigia, kad „bendras fizinis ir seksualinis smurtas Vilniaus apskrityje, sparčiai augęs iki 1996 m., paskutiniaisiais metais stabilizavosi“, ir, kad „fizinio smurto dažnumas 1996–2001 m. stabilizavosi“. Tačiau šis autorės darbas nėra epidemiologinė studija, kasmet atspindinti smurto prieš vaikus dažnumą vaikų populiacijoje. Autorė pateikia tik absoliučius skaičius vaikų, kurie kreipėsi dėl patirto smurto į Teismo medicinos institutą. Jos pateiktais duomenimis, 1995–1996 m. ir vėliau besikreipusių vaikų skaičius yra panašus, o vaikų skaičius Lietuvoje, taip pat ir Vilniaus apskrityje, vis mažėjo.

Socialinės apsaugos ir darbo ministerija 2007 m. pažymi, kad skiriasi vaikų, patyrusių smurtą, skaičius, kurį pateikia savivaldybių VTAT bei VRM Informatikos ir ryšių departamentas, dėl to, kad patyrę smurtą vaikai, dažniau kreipiasi į teisėsaugos institucijas, o ne į VTAT [168]. Tačiau, manoma, kad jie dar dažniau kreipiasi pagalbos į medikus, tą patvirtina ir J. Gincman [39].

Apibendrinant oficialių statistikos šaltinių ir mokslinių publikacijų duomenis, galima konstatuoti, kad Lietuvoje dar nėra tikslios statistikos apie vaikų patiriamo smurto mastą, nes nėra tinkamos koordinacijos tarp įvairių įstaigų, renkančių duomenis apie vaikų smurtą [167]. Mokslinėse publikacijose taip pat pasigendama platesnės smurto prieš vaikus analizės, ypač vaikų smurtinių traumų. Tai pažymėta ir JT Vaiko teisių komiteto išvadose dėl LR įžanginės ataskaitos 2001 m. Pažymima, kad trūksta sisteminių ir išsamių statistinių duomenų apie visas vaikų grupes pagal Vaiko teisių konvencijos sritis, įskaitant vaikus, tapusius smurto, atstūmimo ar blogo elgesio aukomis. Komitetas rekomenduoja, kad šalis atliktų mokslinius tyrimus, kurie padėtų išsiaiškinti smurto šeimose, blogo elgesio su vaikais, prievartos, įskaitant ir seksualinę prievartą, paplitimą pobūdį ir prigimtį, o taip pat prisidėtų prie visuomenės požiūrio į šiuos reiškinius keitimo. Ragina šalį-narę parengti išsamią sveikatos politiką bei programas ir skirti lėšų šioms problemoms spręsti [56, 57].

Lietuvos sveikatos programoje 1998 m. [92] numatoma „įdiegti visuotinę sužalojimų registraciją ir vykdyti mokslinius tyrimus traumatizmo

profilaktikos ir mechanogenezės srityje“. Tačiau iki šiol Lietuvoje dar nėra nei traumų, nei vaikų traumų registro. Tokius pat tyrimus rekomenduojama atlikti ir 2001 m. įvykusioje Nacionalinėje sveikatos politikos konferencijoje [127].

2.4. Smurtas prieš vaikus šeimoje

Smurtas prieš vaikus šeimoje yra daugiausia tyrinėjamas užsienio šalyse įvairiais aspektais, nes jis yra dažnas ir jo pasekmės itin skaudžios.

Pranešama, kad JAV net 90% šeimų naudoja mušimą kaip vaikų auklėjimo priemonę [36, 146]. Tarptautinė UNICEF studija 2006 m. pranešė, kad JAV 2000 m. tėvai auklėja 94% 1–4 metų vaikų juos mušdami ar tapydami už ausų, Anglijoje – net 97% vaikų [50], Rumunijoje – 84% [141], Korėjoje – 2/3 vaikų [44].

JAV ir Kanadoje tvarkomi vaikų traumų, tarp jų ir smurtinių, registrai, todėl registruojamos ir detaliau analizuojamos įvairios smurto prieš vaikus rūšys. Pavyzdžiui, Theodore ir kt. 2005 m. pranešė, kad JAV 819 iš 1000 vaikų (0–4 metų) auklėjami ribojant jų privilegijas, 573 iš 1000 – mušant, 570 iš 1000 – rėkiant ant jų, o 13–17 m. vaikams 866 iš 1000 ribojamos jų privilegijos [180]. Iš visų smurto prieš vaikus namuose rūšių (įskaitant ir nepriežiūrą) fizinį smurtą JAV patiria nuo 24% vaikų [52] iki 33% [36], Kanadoje – 27% [15]. Hong Konge 57% vaikų baudžiami fizinėmis bausmėmis, o su 4,5% vaikų žiauriai elgiamasi [177].

Abell ir kt. 2008 m. pranešė, kad JAV 23,2 iš 1000 kūdikių patyrė šeimoje smurtą, iš jų 32,7% – pirmos savaitės naujagimiai [1]. Anglijoje fizinį smurtą patiria 114 iš 100 000 kūdikių [160].

2001 m. Lietuvos nacionalinis UNICEF komitetas atliko tyrimą „Jaunimo balsai“ apie smurto paplitimą Lietuvos šeimose, nustatyta, kad smurtas prieš vaikus būdingas 65% Lietuvos šeimų, tai yra dažnesnis, nei Vakarų Europos šalyse – 55% [164]. LR socialinės apsaugos ministerijos duomenimis, 2006 m. Lietuvoje buvo užregistruoti 1773 vaikų nepriežiūros ir smurto šeimose atvejai [168].

Mokslinių publikacijų duomenimis, tarp įvairių vietų, kur vaikai patyrė smurtą, smurtas namuose (t. y. šeimoje) buvo nuo 12% [158] iki 19,5 % [40]. Giardino 2001 m. pranešė, kad dažniausiai šeimoje fiziškai skriaudžiami yra 5–6 metų ir 12–14 metų vaikai – 7,4 iš 1000, rečiau – vaikai iki 2 metų – 3,2 iš 1000 [36].

Theodore 2005 m. pranešė, kad JAV šeimose smurtą patyrė: vaikai iki 4 metų – 27%, 5–8 m. – 19%, 9–12 metų – 23% ir 13–17 m. – 30% vaikų [180]. Panašūs duomenys paskelbti ir Kanadoje, tik jų skirstymas pagal amžių kitoks: kūdikiai – 11%, 1–3 m. vaikai – 22 %, 4–7 m. – 27%, 8–11 m. – 25% ir 12–15 metų – 15% [15].

J. Gincman-Dorošenko 2005 m. duomenimis, 76,2% vaikų iki 6 metų patyrė smurtą namuose [40]. B. Siaurusaitis ir kt. 2002 m. paskelbė, kad jį patyrė visi kūdikiai ir vaikai iki 3 metų, o 4–6 m. vaikams smurtinės traumos buvo dažniausios šeimoje – 63,1% iš įvairiose vietose patirtų traumų [158, 159]. Detalesnės analizės Lietuvos mokslinėse publikacijose nerasta.

Daugelio autorių duomenimis, dažniausiai vaikus šeimoje skriausdavo tėvai, nurodoma nuo 77% [52] iki 85% [8], daug rečiau – broliai, seserys ir kiti giminės. Dažniausiai skriausdavo tėvas [40, 43, 52, 140, 145, 159]. Nurodoma, kad dažnai drauge su vaikais nukentėdavo ir motinos [36]. Kai kurie autoriai nurodo, kad dažniau skriaudė motina [64, 180].

Užsienio tyrimų publikacijose gana detalai analizuojami smurto prieš vaikus būdai, išskiriant net 10 ir daugiau smurto mechanizmų: mušant ranka, pliaukštelint ar smarkiai mušant, mušant diržu ar kitu daiktu, trenkiant į sieną, stumiant, spardant, gnybiant, duriant, šaunant, užkemšant burną, kratant, rėkiant, keikiant, nekalbant su vaiku, uždarant patalpoje, nudeginant karštu skysčiu, ugnimi ir kt. [71, 180]. Šie smurto mechanizmai analizuojami ir PSO 2002 m. pranešime apie smurtą ir sveikatą pasaulyje. Pranešama ir apie kitus smurto mechanizmus: sukti ausį, tampyti už plaukų, įkišti pipirų į burną ir kt. [68].

Mažus vaikus dažniausiai muša ranka [23, 68, 180], vyresnius – ranka ar daiktu: diržu, pagaliu ir kt. [180].

Lietuvoje smurto prieš vaikus šeimoje būdus analizavo ir paskelbė V. Vainauskienė ir kt. [188]. Jų duomenimis, vaikai taip pat dažniausiai tėvo ir motinos buvo mušami rankomis ar diržu, rečiau spardomi. Gana detaliai analizavo smurto būdą J. Gincman-Dorošenko 2005 m. savo disertacijoje [40], tačiau joje nėra duomenų apie mušimo, spardymo ir kt. dažnumą patyrus smurtą šeimoje. B. Siaurusaitis ir kt. 2002 m. ir 2003 m. taip pat paskelbė apie smurto būdus šeimoje: mušė, smaugė, dūrė peiliu, šovė ir kt., tačiau smulkesnės analizės nepateikė [158, 159]. Lietuvos mokslinėse publikacijose nepavyko surasti detalesnės analizės apie smurto šeimoje pobūdį, priklausomai nuo vaiko amžiaus.

Smurto prieš vaikus šeimoje pasekmės neretai būna sunkios, užsienio šalių literatūroje gana daug nurodoma kaulų lūžių [36, 62, 75, 184 ir kt.] bei nudegimų [36, 52]. Giardino 2001 m. nurodo, kad kaulų lūžiai sudaro 30%, nudegimai 10%, sumušimai – 40%. Iš visų vaikų galvos traumų 24% galvos smegenų traumų būna dėl smurto [36]. Daugelis užsienio autorių nurodo, kad vaikams, ypač mažiems, gana dažnai būna sunkūs galvos smegenų sužeidimai, intrakranijinės kraujosruvos [34, 145, 160, 192 ir kt.].

B. Siaurusaičio ir kt. publikacijose [158, 159] pateikiama pavyzdžių apie smurto šeimoje pasekmes: kaukolės kaulų lūžius, žaizdas, sumušimus, tačiau detalesnės patirtų šeimoje traumų analizės nepateikta.

Nuo patirtų smurtinių traumų šeimoje miršta nuo 1% iki 12% vaikų [21]. Giardino 1993 m. nurodė 0,02 iš 1000 vaikų [36]. Ypač sunkios būna mažų vaikų ir kūdikių traumos, jų mirtingumas – net iki 12% [34, 160, 192]. Dažniausia šių mirčių priežastis – galvos smegenų traumas [34, 176, 192].

Vaiko nepriežiūra šeimoje yra viena iš smurto prieš vaikus rūšių [24,52]. Ji yra gana dažna ir aktuali įvairiose šalyse: JAV [52, 117, 180], Vokietijoje [183], Anglijoje [116], Kanadoje [15] ir kt. Tarp visų smurto prieš vaikus rūšių nepriežiūra nurodoma nuo 30% [64] iki 52% [52] ir net 60% [195], t. y., ji neretai yra dažnesnė už fizinę ar seksualinę prievartą. Ją lemia įvairios priežastys: ekonominiai šeimos ištekliai, tėvų asmeniniai bruožai, socialinės ir ekonominės priežastys [195]. Dažnai nepriežiūra yra susijusi su vaiko fiziniu

ar psichiniu skriaudimu šeimoje, todėl ji analizuojama drauge su smurtu prieš vaikus šeimoje [15, 195]. Amerikos pediatrijos akademijoje yra Vaikų smurto ir nepriežiūros komitetas [6], JAV leidžiamas ir žurnalas apie smurtą prieš vaikus „Vaikų prievarta ir nepriežiūra“ („Child Abuse and Neglect“). Ji taip pat analizuojama PSO leidiniuose [68].

Apie vaikų nepriežiūrą Lietuvoje mokslinių publikacijų praktiškai nėra. LR SAM 2000 m. A. Markevičienės ir K. Blažio mokomajame leidinyje „Fizinis ir psichologinis smurtas“ [113] tarp prievartos prieš vaikus rūšių yra išskiriama vaikų nepriežiūra, tačiau ji neapibrėžta, nenurodyti jos požymiai. J. Gincman-Dorošenko disertacijoje apie vaikų smurtą 2005 m. yra tik paminėta, kad tarp kitų smurto rūšių yra bloga priežiūra, tačiau ji neapibrėžta ir neanalizuota [40].

Statistikos departamento leidiniuose „Lietuvos vaikai“ [98–105] ir Socialinės apsaugos ir darbo ministerijos leidiniuose „Socialinis pranešimas“ [162–169] nuo 2000 m. yra pateikiami duomenys apie vaikų, netekusių tėvų globos dėl jų nepriežiūros šeimoje, skaičių. Pavyzdžiui, 2006 m. šių vaikų Lietuvoje buvo 1733 [104]. Iš pateikiamų oficialių duomenų matyti, kad neprižiūrimų vaikų skaičius Lietuvoje didėja.

Apibendrinant reikia pastebėti, kad Lietuvoje iki šiol nėra detaliai išanalizuota ir paskelbta duomenų apie smurtą prieš vaikus šeimoje, priklausomai nuo vaiko amžiaus, lyties, smurto mechanizmą bei pasekmes (patirtas traumas). Nėra paskelbta duomenų ir apie vaikų nepriežiūros pasekmes, minėti oficialūs leidiniai neanalizuoja, o skelbia tik nepriežiūros dažnumą šeimose, kuris yra daug mažesnis, nei skelbiamas užsienio šalyse. Užsienio šalių autorių publikacijose taip pat pasigendama detalesnės patirtų šeimoje traumų dėl smurto analizės.

Užsienio šalių publikacijose pažymima, kad reikia toliau tirti smurto prieš vaikus dažnumą ir pobūdį tarp įvairių amžiaus grupių, atliekant multifaktorinę analizę [11, 15]. Lietuvoje 2003 m. buvo pabrėžiama, kad reikia atlikti studijas apie netinkamą elgesį ir prievartą šeimoje [187].

2.5. Smurtas prieš vaikus mokykloje

Tarp daugybės vis gausėjančių publikacijų apie smurtą prieš vaikus užsienio šalyse nedaug skelbiama duomenų apie smurtą prieš vaikus mokykloje, dažniausiai analizuojamos tik šio smurto priežastys [17, 73, 123, 156, 171 ir kt.].

Smurtas prieš vaikus mokykloje yra gana dažnas reiškinys ir jis dažnėja. Dar 1990 m. Wissow pranešė, kad JAV mokyklose 84% mokinių yra mušami mokyklose. Skriaudžiami dažniau maži vaikai nei vyresni, dažniau berniukai nei mergaitės [195]. Liang ir kt., apklausę 14–17 metų amžiaus 5074 mokinius 72-ose Pietų Afrikos miestų mokyklose, pranešė, kad daugiau kaip 1/3 vaikų (36,3%) buvo įtraukti į peštynes: 8,2% iš jų buvo peštukai, 19,3% – aukos, o 8,7% – ir patys mušėsi, ir buvo nuskriausti [76].

PSO 2002 m. atliko tyrimą apie mokinių sveikatą 27-ose pasaulio šalyse ir paskelbė duomenis apie 13 metų mokinių peštynių dažnumą šių šalių mokyklose 1997–1998 m. [68]. Remiantis šiais duomenimis, Europos šalių mokyklose mušėsi:

- rečiausiai Švedijoje – 13,1% ir Anglijoje – 14,8% mokinių;
- mušėsi daugiau kaip pusė mokinių: Lietuvoje – 66,6%, Latvijoje – 58,8%, Estijoje – 55,7% mokinių;
- dažniausiai mušėsi Austrijoje – 73,6% ir Vokietijoje – 68,7% mokinių.

Palyginimui pateiktas ir peštynių dažnumas kitose, ne Europos valstybėse: JAV – 42,5%, Kanadoje – 44,6% mokinių. Analizuojant pagal vaikų amžių pešasi dažniausiai mokyklinio amžiaus vaikai [68], kai kurie autoriai nurodo, kad smurtauja dažniausiai 15–17 metų berniukai [58, 156, 195].

Miller 2007 m. teigia, kad JAV mokyklose smurtas prieš mokinius yra rimta mirtingumo priežastis [118].

Kahur ir kt. [58] tyrinėjo 1992–1994 m. JAV 25-ių valstijų mokyklose įvykusias 85 vaikų mirtis nuo smurto ir nustatė, kad jų dažnumas yra 0,09/100 000 vaikų, jie teigia, kad jų padažnėjo. Dažniausiai buvo nužudyti 16–17 metų

berniukai (83%), šaunant (77,1%), duriant peiliu (17,1%) ar pasmaugiant (83%). Autoriai detaliai analizavo, kurioje mokyklos vietoje ir kada įvyko smurtas bei smurto motyvus, nustatė, kad 19% smurto atvejų įvyko dėl alkoholio ar narkotikų poveikio.

Lietuvos mokslinėje spaudoje tėra tik keletas publikacijų apie smurtą mokyklose [29, 134, 139]. Daugiau tyrinėjamos patyčios ir priekabiavimas.

Zaborskas ir kt. 2005 m. paskelbė 1994–2002 m. atliktų kelių didelės imties tyrimų duomenis apie patyčias Lietuvos mokyklose ir paskelbė, kad daugiau kaip 1/3 mokinių patiria patyčias, mergaitės 26,5%, berniukai – 41,2% [199]. Tačiau autoriai patyčiomis nevadina tokių atvejų, kai du apylygių jėgų mokiniai mušasi tarpusavyje.

Patyčias Vilniaus miesto mokyklose tyrinėjo ir 2008 m. rezultatus paskelbė R. Povilaitis [139], jis teigia, kad 32% mokinių patiria patyčias, kad tarp visų patyčių formų mušami buvo 7,8% vaikų. Autorius teigia, kad „patyčiomis dažniausiai nevedinamas vienkartinis agresyvus veiksmas“. O jei tyčia kito vaiko sumuštas mokinys patiria traumą?

G. Širvinskienė ir kt. 2008 m. paskelbė tyrimo apie patyčias Kauno miesto mokyklose tarp 12–18 metų mokinių duomenis ir nustatė, kad patyčias patiria 52,4% mokinių, tyrė jų priežastis [175].

J. Vareikienė ir kt. 2007 m. tyrė moksleivių patirtą priekabiavimą mokykloje ir nustatė, kad 44% mokinių patyrė atsitiktinį priekabiavimą [191].

Visi šie autoriai, tyrę patyčias mokykloje, teigia, kad Lietuvos mokyklose patyčios dažniausios iš visų Europos šalių. O aukščiau minėti PSO 2002 metų tyrimų duomenys rodo, kad Europos šalyse dažniau pešasi negu Lietuvos mokyklose [68].

Galima teigti, kad autoriai, tiriantys patyčias Lietuvos mokyklose, tiria jų priežastis tam, kad nustatytų mokinių rizikos grupes ir numatytų prevencines priemones. Apie peštynes mokykloje ar apie tai, kad mokiniai yra mušami juos skriaudžiant, patyčių tyrėjai duomenų beveik nepateikia, todėl šie tyrimai neatspindi fizinio smurto ir jo pasekmių būklės Lietuvos mokyklose.

Apie fizinį smurtą Kauno miesto mokyklose 2000 m. paskelbė duomenis G. Paulauskienė ir L. Šumskas [134], jų apklausa parodė, kad mokyklose peštukų buvo 28% mokinių, daugiau berniukų (58,7%) nei mergaičių (43,8%).

A. Didžiokienė ir kt. 2005 m. paskelbė tyrimą apie moksleivių psichologinės sveikatos sutrikimus po patirto fizinio smurto [29].

Apie fizinio smurto prieš mokinius sukeltas traumas Lietuvoje yra paskelbta tik keletas duomenų: B. Siaurusaitis ir kt. 2002 m. pateikė duomenis, kad iš visų vaikų patirtų smurtinių traumų mokykloje jas patyrė 20,1% vaikų (2003 m. – 21,3%), pateikė kelis patirtų traumų pavyzdžius, tačiau patirtų traumų analizės nėra [158, 159].

Šių traumų analizės nėra ir J. Gincman-Dorošenko disertacijoje 2005 m. [40], tik paskelbta, kad traumos mokykloje sudarė 14,1% iš visų vaikų smurtinių traumų, o 7–13 metų – 50,7%.

Apibendrinant galima teigti, kad vaikų mokykloje dėl smurto patirtos traumos Lietuvoje dar nėra analizuotos.

Daugelyje užsienio šalių publikacijų analizuojamas paauglių ir jaunuolių smurtas nenurodant, kurioje vietoje jis įvyko, tai daroma dažniausiai tyrinėjant šio smurto priežastis [9, 65, 112, 143, 147]. Kadangi PSO 2002 m. [68] analizuodama jaunuolių smurtą įvairiose šalyse jaunuoliais vadina 10–29 metų vaikus ir jaunuolius, arba Mass ir kt. [108] – 12–21 metų, yra sunku įvertinti vaikų iki 18 metų smurto dažnumą, nes šie autoriai nepaskelbė, kiek jų įvyko mokykloje.

Mytton ir kt. tyrė smurto Anglijos mokyklose prevencijos programas 2006 m. teigė, kad tolesni tyrimai turi būti nukreipti į smurtinių traumų mokyklose mažinimą [126]. Murakami ir kt. 2006 m. apžvelgdami jaunuolių smurtą, taip pat smurtą mokykloje [125] teigė, kad ateityje reikia atlikti tyrimus norint nustatyti rizikos grupei priklausančius paauglius, tai Lietuvoje atlieka minėti autoriai, tiriantys patyčias, ir rimtus smurto atvejus.

2.6. Smurtas prieš vaikus viešose vietose

PSO leidinyje „Preventing child maltreatment in Europe“ 2007 m. [141] teigiama, kad smurtas prieš vaikus dažniausiai būna šeimoje, tačiau gali būti ir viešose vietose, bendruomenės ar institucinėje aplinkoje: mokyklose, sporto centruose, ligoninėse, vaikų ar globos namuose bei uždarojo tipo įstaigose ir kitur. Numatomos smurto prevencinės priemonės įvairiuose lygmenyse, taip pat ir visuomenėje ar bendruomenėje, pvz., stiprinti policijos ir teisėsaugos sistemas, mažinti alkoholio prieinamumą ir kt. [141].

Kitame PSO 2007 metų leidinyje „The cycles of violence“ smurtas tarp asmenų taip pat skirstomas į smurtą šeimoje ir bendruomenėje (paauglių ir suaugusiųjų, pažįstamų ir nepažįstamų asmenų, smurtas susijęs su turтинiais nusikaltimais, smurtas darbovietėse ir kitose institucijose) [194].

Mokslinėse publikacijose dažniausiai analizuojamas smurtas prieš vaikus šeimoje, rečiau mokykloje, tėra nedaug publikacijų apie smurto prieš vaikus paplitimą viešose vietose bei dėl smurto vaikų patirtas traumas.

Kai kurie autoriai analizuoja jaunuolių agresyvumo ir smurto priežastis ir rizikos veiksnius [65, 143]. Holt ir kt. [47] nurodo, kad mokyklinio amžiaus vaikai smurtauja ir viešose vietose, ne mokykloje. Marsh ir kt. 2007 m. pranešė, kad jaunuoliai mušasi ir ne mokykloje: sporto ir muzikantų varžybose tarp mokyklų, tarp rasių ar gaujų grupių [112]. Ben-Arieh ir kt. 2006 m. publikavo 31 168 nuskriaustų vaikų Izraelyje duomenis, analizavo smurtą bendruomenėje įvairiais aspektais (pagal geografinį regioną, tautybę, religiją, socioekonominį statusą ir kt.), pranešė, jog dažniausiai (41,3%) skriaudžiami buvo 12–17 metų vaikai [11].

Tarp vaikų mirčių nuo smurto JAV mokyklose 35,2% mirčių įvyko ne mokykloje, už jos ribų, kitos mokykloje [58].

J.Gincman-Dorošenko 2005 m. analizavo smurto prieš vaikus vietą ir paskelbė, kad smurtaujama ne tik šeimoje ar mokykloje, bet ir prie mokyklos, kieme, miške, laiptinėje, policijos komisariate ir kt. Prieš 14–17 metų vaikus smurtaujama dažniausiai lauke (75,8%) [40].

B. Siaurusaitis ir kt. 2002 m. ir 2003 m. [158, 159] analizuodamas smurtą prieš vaikus, paskelbė, kad smurtines traumas vaikai patyrė dažniausiai ne šeimoje ar mokykloje, o viešose vietose, buitinėje aplinkoje (67,9%). Detaliai analizuotas smurto prieš vaikus viešose vietose mechanizmas, pateikti traumų klinikiniai pavyzdžiai, tačiau nepateikta detalios analizės vietos, kurioje įvyko smurtas bei vaikų patirtų sužeidimų pobūdžio. Autoriai daro išvadą, kad „Lietuvoje reiktų analizuoti ir kasdieninių buitinių smurtinių traumų priežastis, nes jos ne tik dažniausios, bet neretai ir svarbios dėl savo priežasčių ir pasekmių. Beveik visos pavojingos vaikams šautinės, durtinės, pjautinės žaizdos, išprievartavimai įvyko šioje grupėje“ [159].

2.7. Vaikų smurtinių traumų ypatumai

Traumą patyręs vaikas kreipiasi į gydytoją, kuris ištiria vaiką klinikiniais metodais. Renkant anamnezę, siūloma pateikti šiuos klausimus:

- kada įvyko trauma;
- kur ir kaip įvyko trauma;
- kas tai matė, buvo liudininkai;
- ką vaikas veikė prieš traumą;
- ką jis darė po traumos, kaip jautėsi;
- kada kreipėsi į gydytoją (jis pats ar globėjai), ar gydėsi pats ir kitus klausimus, kurie domina gydytoją.

Patariama vaiką, kuris gali atsakinėti pats, apklausti vieną, ypač, jei įtariama smurtinė trauma [52]. Jei kyla neaiškumų, patartina papildomai apklausti tėvus ar asmenis, mačiusius įvykį.

Literatūros šaltiniuose aprašomi anamnezės požymiai, pagal kuriuos gydytojas gali įtarti smurtą prieš vaiką [31, 36, 40, 52, 113, 140]:

- vaiką, patyrusį traumą namuose, atveža pas gydytoją ne tėvai ar globėjai, o kiti asmenys;
- vaiką, patyrusį traumą namuose, tėvai atveža pas gydytoją per vėlai (pvz., po dienos ar vėliau);

– atvežę vaiką, tėvai nenoriai pasakoja apie traumos aplinkybes, jas slepia, neaiškiai ar skirtingai pasakoja apie traumos aplinkybes, tikslų laiką;

– tėvų pasakojimas nesutampa su kitų, traumą mačiusių asmenų pasakojimu;

– tėvai tvirtina, kad vaikas susižeidė pats, o traumos mechanizmas nesiderina su vaiko amžiumi;

– tėvai dėl traumos kaltina patį vaiką, jaunesnius vaikus ar draugus;

– tėvai nurodo nedidelę traumos priežastį, pvz., vaikas bėgo ir pargriuovo, o sužeidimai yra sunkūs, pvz., kaulų lūžiai ar kraujosruvos akies tinklainėje;

– tėvų nurodyta traumos priežastis neatitinka sužeidimų pobūdžio, pvz., teigia, kad vaikas pats užsipylė karštos arbatos, o nudegimai yra simetriški abiejuose dilbiuose su aiškia viršutine riba;

– yra įvairių kūno vietų sumušimų, sužeidimų, kurių gijimo stadijos skirtingos, o tėvai nurodo tą pačią visų priežastį arba jos visai nenurodo;

– tėvai ar globėjai nežino, kas atsitiko, o kūdikis nesistoja ant kojos, vadinami „magiški sužeidimai“;

– jei gydytojui apžiūrint traumą patyrusį vaiką, šis elgiasi neįprastai traumos sunkumui, yra labai išsigandęs, liūdnas, nekalbus ar sutrikęs;

– jei vaikas nenori kalbėti apie buvusį įvykį;

– jei vaikas pasakoja, jog suaugusieji glostė ar lietė jo lytinius organus.

Taip pat nurodoma, kad reikia įtarti smurtinę traumą, jei:

– tėvai reaguoja į vaiko traumą neįprastai – nėra didelio nerimo, susirūpinimo, jie labiau rūpinasi savo reikalais;

– tėvai (ar globėjai) iš anksto priešišškai nusistatę prieš medikus, gydančius jų vaiką, nors nėra pagrindo;

– tėvai ar globėjai išvyksta savavališkai pasiėmę vaiką iš gydymo įstaigos, nebaigus jo tyrimo ir gydymo.

Smurtą dažniausiai patiria 13–17 metų vaikai, kai kurie autoriai nurodo nuo 30% [180] iki 41,3% [11]. Kiti autoriai pateikia priešingus duomenis, pvz. Chang ir kt. 2004 m. pateikė 11 919 smurtą patyrusių JAV vaikų duomenis ir teigia, kad 56,7% smurto patyrė kūdikiai, o daugiau kaip 5 metų amžiaus

vaikai – tik 11,1% [21]. Giardino 2001 m. pateikė smurtinių traumų dažnumą JAV vaikų populiacijoje: dažniausiai patyrė smurtą 5–6 ir 12–14 metų vaikai – 7,4/1000 per metus, rečiau vaikai iki 2 metų – 3,2/1000 vaikų [36].

Jį dažniau patiria berniukai [11, 40, 52].

Skriaudžiant vaikus juos dažniausiai mušdavo ranka per sėdmenis ar veidą, rečiau mušdavo daiktu, tampė už plaukų, pastumdavo, sukdamo ausį, gnaibydamo, mažus vaikus kratė. Spardė, degino labai retai [180]. J. Gincman-Dorošenko duomenimis 56,9% vaikų mušė ranka, 10,3% mušė daiktu (diržu, pagaliu ir pan.), spardė 27,1%, dūrė 3,5% [40].

Publikacijose apie smurtą prieš vaikus pateikiama nemažai požymių, būdingų smurtinėms traumoms, kuriuos nustato gydytojas, tirdamas patyrusį smurtą vaiką, ir patarimų gydytojui.

Gydytojui tiriant traumą patyrusį vaiką įprastais klinikinio objektyvaus tyrimo metodais, jeigu įtariama smurtinė trauma, ypač atidžiai reikia apžiūrėti mažus, dar nevaikštančius vaikus, išrengus visą vaiką. Reikia atkreipti dėmesį, ar nėra būdingų smurtinėms traumoms požymių. Smurtinėms traumoms būdinga [31, 40, 52, 111, 140]:

- dauginės poodinės įvairaus senumo (t. y., skirtingos spalvos) kraujosruvos;

- kraujosruvų dažniausiai būna nugaros, pečių, sprando, sėdmenų, šlaunų užpakalinio paviršiaus, krūtinės, ausų, veido, išorinių lytinių organų srityse, o įvykus atsitiktinėms traumoms jos dažniausios blauzdose, nugriuvus mažiems vaikams – kaktoje, blauzdose, dilbiuose;

- bet kur kūne esančios kraujosruvos yra panašios į žymes, paliktas žmogaus plaštakos, diržo, virvės, lazdos, rimbo ar kito kieto daikto;

- kraujosruvos simetriškos abiejų žastų srityse (suaugusiam staiga griebiant ir keliant vaiką);

- kraujosruvos, įdrėskimai kūdikio kūne;

- kakle matomos smaugimo rankomis, virve ar juosta žymės;

- petechijos veide;

- įkandimų žymės ar kąstinės žaizdos;

– lūpų, burnos gleivinės ar liežuvio pasaitėlio plėštinės žaizdos: jų atsiranda forsuočiai maitinant, užkemšant burną ar prievartaujant vaiką per burną;

– abiejų akių vokų kraujosruvos, paslankūs, lūžę ar išmušti dantys;

– įdrėskimai, nubrozdijimai vertintini atsargiai: vyresniems vaikams jie gali būti atsitiktiniai, tačiau mažiems vaikams galima įtarti smurtą, jei jie yra dauginiai ar drauge su poodinėmis kraujosruvomis, kaulų lūžiais bei kitais sužeidimais;

– neabejotinas smurto požymis, jei vaiko odoje yra nudegimų nuo cigarečių gesinimo ant vaiko odos. Jie būna 7–8 mm skersmens, apvalūs, aiškiais ribomis, dažniausiai dilbiuose, pėdose ir lytinių organų srityse.

Odos nudegimai, kaip teigiama literatūroje, smurtinių traumų metu yra gana dažni – apie 10% smurtinių traumų [31]. Jie sudaro 20–25% iš visų vaikų nudegimų [31, 52, 190]. 80% iš jų – nudegimai karštu vandeniu. Tipiškas šio smurto mechanizmas: vaikas ar jo galūnės įmerkiamos į karštą vandenį, rečiau karštas vanduo užpilamas ant vaiko [31].

Smurtiniams nudegimams būdinga:

– simetriškumas ant abiejų galūnių, gana aiški nudegimo viršutinė riba;

– lokalus sėdmenų, tarpvietės ir lytinių organų nudegimas;

– minėti apvalūs nudegimai nuo cigarečių.

Smurtą galima įtarti, jei:

– nudegimai raštuoti ar panašūs į aptaškymą purslais, ypač jei jie nesutampa su anamnezės duomenimis;

– nesutampa anamnezės duomenys ir nudegimo sunkumo pobūdis;

– nesutampa anamnezės duomenys ir objektyvūs nudegimo vietos požymiai.

Jei apžiūrint vaiką šis saugo galūnę ir nenori jos judinti, pajudinus – rėkia, gydytojas įtaria ar nustato kaulų lūžimą. Jų būna dėl smurtinės traumos nuo 11,4% [40] iki 17% [75, 161, 184]. Smurtinėms traumoms būdingi tokie kaulų lūžiai [31, 52, 62, 124, 140]:

- metaepifiziniai galūnių kaulų (dažniausiai proksimalinio šlaunikaulio ar žastikaulio galo, neretai abipusiai, distalinio blauzdikaulio galo);
- spiraliniai šlaunikaulio, blauzdikaulio, žastikaulio lūžiai nevaikštantiems vaikams;
- dauginiai šonkaulių lūžiai dažniausiai nugaros pusėje, neretai abipusiai, ypač jei yra skirtingos jų gijimo fazės;
- kelių kaulų lūžiai skirtingose gijimo fazėse;
- sunkūs kaukolės kaulų lūžiai, dažniausiai abipusiai arba impresiniai, neretai drauge su intrakranijiniais sužeidimais.

Dažniausiai pasitaikančių lūžių dėl smurtinių traumų duomenys pateikiami 1 lentelėje.

1 lentelė. Kaulų lūžių tipai ir jų ryšys su smurtu prieš vaiką [66]

Tikėtina, jog trauma yra smurtinė		
Mažai įtarimas	Vidutiniškai įtartina	Labai įtartina
Raktikaulio lūžis	Dauginiai lūžiai	Metaepifiziniai lūžiai
Ilgųjų kaulų diafizės lūžis	Epifizeolizė	Šonkaulių užpakalinių galų lūžiai
Linijinis kaukolės lūžis	Stuburo slankstelio kūno lūžis ar panirimas	Stuburo slankstelio keterinės ataugos lūžis
	Pirštakaulių lūžiai	Mentės lūžis
	Dauginiai kaukolės lūžiai	Krūtinkaulio lūžis

Neabejotinas smurto įrodymas, jei kaulų lūžiai yra skirtingų gijimo fazių, o tėvai slepia traumų datas ar aplinkybes [31, 36].

Galvos smegenų sužeidimų smurtinių traumų metu būna 10–20% vaikų, o vaikams iki 1 metų – net 80% atvejų. Intrakranijiniai sužeidimai sudaro 75% iš visų mirčių nuo smurtinių traumų priežasčių [31]. Visus šiuos vaikus būtinai turi apžiūrėti ir gydytojas okulistas bei ištirti akių dugną, nes 75–80% vaikų, patyrusių sukręsto vaiko sindromą, būna kraujosruvų tinklainėje [36, 52]. Galvos smegenų sužeidimai gali būti įvairūs: smegenų sukrėtimas, sumušimas, epidurinės, subdurinės hematomos ir kt. [28, 31, 34, 52, 192]. Pažymima, kad subdurinės hematomos tiesiogiai koreliuoja su smurtine trauma. Kūdikių

galvos smegenų traumos simptomai dažnai būna nespecifiniai: kūdikis vangus, hipo – ar hipertonusas, bradikardija, apnėja, širdies veiklos nepakankamumas. Kartais būna rinorėja, otorėja, hemotympanusas [52].

Krūtinės ąstos ar pilvo bei jų organų traumos gali būti įvairios, priklausomai nuo smūgio vietos ir stiprumo. Laimei, jos yra nedažnos, sudaro apie 5% smurtinių traumų [190]. Krūtinės ąstojje dažniausiai lūžta šonkauliai, pilvo ertmėje gali trūkti blužnis, kepenys, inkstai [31, 52]. Jos pavojingos, jei trūksta kepenys ar blužnis, kai kurie autoriai nurodo mirštamumą net iki 50% [31].

Kai kurie užsienio šalių autoriai tyrė ir palygino vaikų patirtas smurtines ir atsitiktines traumas, ir teigia, kad smurtinės traumos yra sunkesnės, nuo jų didesnis mirštamumas [21, 28, 135, 145, 181]. Thompson 2005 m. teigia, kad smurtinėms traumoms būdingi dauginiai įvairių organų ir sistemų sužeidimai, nei atsitiktinėms [181], Essen 2005 m. – skiriasi sužeidimų lokalizacija [31]. Di Scala ir kt. duomenimis, vaikams iki 5 metų, patyrusiems smurtines traumas, intrakranijinių sužeidimų buvo 42,2%, o atsitiktines – 14,1% [28].

Chang ir kt. 2004 m. duomenimis, vidutinis smurtą patyrusių vaikų amžius buvo 1,6 metų, nesmurtinių – 7 metai, smurtinės traumos buvo daug sunkesnės, vertinant traumų sunkumą pagal ISS, jos buvo 10 balų, o atsitiktinės – 4 balai, patyrę smurtines traumas gydyti stacionare 4 dienas, o nesmurtines – 1 dieną. Ypač skyrėsi mirštamumas: nuo smurtinių traumų mirė 12% ligonių, nuo atsitiktinių – 2% [21]. Panašius duomenis paskelbė ir Reece ir kt.: 13% nuo smurtinių ir 2% – nuo atsitiktinių traumų [145]. Smegenų sužeidimai dėl smurtinių traumų sukelia daug sunkesnes vėlyvąsias pasekmes nei po atsitiktinių traumų [135].

1946 m. Caffey pranešė apie trauminį galvos smegenų sužeidimą (subdurines hematomas) ir ilgųjų kaulų lūžius [195]. Šiuo metu jis vadinamas „sukrėsto kūdikio sindromu“ (shaken infant). Dažniausiai kūdikį iki 9 mėn. amžiaus krato tėvas dėl ko nors supykęs. Nuo kratymo galvos smegenys atsimuša į kaukolės kaulus ir yra sužeidžiamos – intrakranijinės kraujosruvos, iki 95% kūdikių akies tinklainės kraujosruvos. Taip pat būdingi maži

nuolaužos tipo lūžimai daugelyje galūnių sąnarių [68]. Jį analizavo ir priskiria smurtui prieš vaiką daugelis užsienio autorių [36, 52, 61, 195], Lietuvoje – R. Liesienė ir kt. 2003 m. [77]. Theodore ir kt. 2007 m. pranešė, kad JAV Šiaurės Karolinos valstijoje nuo kratymo galvos traumos buvo 17/100 000 vaikų [180]. Literatūroje skelbiama ir apie „mušamo vaiko sindromą“ (battered child), kai įvairaus amžiaus vaikas yra nuolatos mušamas, būna sužeidimų odoje, dauginių kaulų lūžių, galvos traumų ir sunkių vidaus organų traumų [68, 195].

Vaiko nepriežiūra – viena iš keturių smurto prieš vaikus rūšių, užsienio šalyse ją tyrinėja nemažai autorių, nes yra aktuali įvairiose pasaulio šalyse: JAV [1, 24, 48, 117, 180,], Vokietijoje [183], Anglijoje (10, 116] ir kt. Nurodoma, kad tarp visų vaikų smurto rūšių nepriežiūra būna nuo 30% [64] iki 52% [52]. Skiriama šios nepriežiūros rūšys: fizinė, emocinė ir edukacinė (nesirūpinimas vaiko auklėjimu). Dažnai vaiko nepriežiūra yra susijusi su vaiko psichiniu ar fiziniu skriaudimu [52]. PSO 2002 m. pranešė, kad Kanadoje iš neprižiūrėtų vaikų 48% patyrė fizinę žalą dėl nepakankamos tėvų priežiūros, 19% patyrė fizinę nepriežiūrą, 12% vaiko atsisakė, 11% – edukacinę nepriežiūrą [68].

Abell ir kt. 2008 m. pranešė, kad JAV Nacionalinėje smurto prieš vaikus ir nepriežiūros duomenų bazėje tarp visų blogo elgesio su naujagimiais iki savaitės amžiaus atvejų 68,5% buvo dėl nepriežiūros, tačiau nėra detaliau analizuota šios nepriežiūros pobūdžio, tai reikia atlikti [1]. Nepavyko surasti duomenų, kokias traumas patyrė vaikai dėl jų nepriežiūros, tai dažniausiai analizuojama kalbant apie smurtą prieš vaikus.

Apie vaikų nepriežiūrą Lietuvoje mokslinių publikacijų taip pat nepateikta.

Apibendrinant literatūros apie vaikų smurtinių traumų ypatumus duomenis galima teigti, kad nepavyko rasti detalios vaikų patirtų traumų mechanizmo, vietos, pobūdžio, sunkumo ir palyginimo su atsitiktinėmis traumomis analizės pagal vaikų amžių.

2.8. Vaikų smurtinių traumų diagnostika, jos sunkumai

Analizuojant smurto prieš vaikus ir paauglius faktą įvairiose šalyse, jis yra nustatomas arba įtariamas remiantis vaikų priežiūros tarnybų, pačių vaikų, jų tėvų ar medikų pranešimais [7, 11, 32, 49, 52, 76, 108, 151, 155].

Tačiau ne visuomet pasakojimai atitinka tikrovę, anamnezė dažnai surenkama klaidingai, vaikai ir tėvai kartais slepia tikras traumos priežastis [25, 195]. Todėl siūloma atskirai apklausti vaiką ir tėvus bei lydinčius vaiką asmenis [52, 195]. Apklausa būna pradžioje, po to traumuotą vaiką tiria gydytojas ir vėl siūloma dar kartą pasikalbėti su vaiku ir jo tėvais apie įvykusios traumos aplinkybes [195]. J. Čėsniene 2007 m. analizavo priežastis, dėl kurių nepranešama apie vaiko patirtą smurtą ir nustatė, kad vaikas ne visuomet prisipažįsta patyręs smurtą, kartais slepia tėvai, o ir specialistai ne visuomet praneša Vaiko teisių apsaugos tarnyboms, trūksta bendradarbiavimo [25].

Anderst 2008 m. teigia, jei kūdikiams objektyviai nustatyti galvos smegenų ar kaulų sužeidimai, dažnai lieka neaiškus traumos mechanizmas, ligonio dokumentuose 29% nepažymėtas traumos laikas, įvykio liudytojais nepažymėti 48,7% [7].

Gydytojui ištyrus traumą patyrusį vaiką, objektyvūs smurtinių traumų klinikiniai požymiai yra aprašyti 2.7. skyriuje. Kai kurie autoriai apibendrina požymius, kurie padeda nustatyti ar įtarti smurtinę traumą [31, 36, 68]:

- tėvai nenoriai pasakoja apie traumos aplinkybes;
- įvykus vaiko traumai, tėvai per vėlai kreipiasi į gydytoją;
- tėvų pasakojimas apie traumos aplinkybes neatitinka vaiko amžiaus galimybių;
- tėvų papasakotas nesunkus traumos mechanizmas neatitinka sunkios traumos būklės, pvz., kaulų lūžių, galvos smegenų traumos ar kraujosruvų akies tinklainėje;
- aiškiai matyti blogos vaiko priežiūros pasekmės;
- plaštakos, diržo ar kitų bukų daiktų ir įkandimų žymės vaiko odoje;

– dauginės poodinės kraujosruvos ant neįprastų traumai kūno vietų (sėdmenų, sprando, nugaros, šlaunų, lytinių organų), ypač, jei jos skirtingo senumo;

– cirkuliarūs simetriški galūnių nudegimai nuo panardinimo į karštą vandenį;

– nudeginimai degančia cigarete;

– dauginiai kaulų lūžiai, patirti skirtingu laiku, jei tai matyti iš objektyvių požymių.

Vaikams iki 2 metų:

– metaepifiziniai lūžiai;

– šonkaulių užpakalinių galų lūžiai;

– dauginiai kaukolės kaulų lūžiai;

– be aiškiai nurodomos priežasties mažiems vaikams nustatytos kraujosruvos akies tinklainėje;

– be aiškiai nurodomos priežasties poodinės kraujosruvos ar įdrėskimai kūdikio kūne, kaulų lūžiai;

– spiraliniai kaulų lūžiai nevaikštančių kūdikių;

– pakartotinės vaiko traumos šeimoje, ypač, jei yra netinkama vaiko priežiūra.

Gydytojas, ištyręs sužeistą vaiką, kuriam yra klinikinių kaulo lūžio požymių, atlieka tos galūnės rentgenogramas. Jei mažam vaikui įtariama smurtinė trauma, daugelis autorių pataria atlikti galūnių kaulų, kaukolės rentgenogramas [30, 31, 36, 52, 140, 201 ir kt.].

Amerikos pediatrijos akademija rekomenduoja atlikti priekines abiejų rankų, kojų, krūtinės ir dubens rentgenogramas [5]. Jose dažnai matomi seni begyjantys kaulų lūžiai, kurių klinikinių požymių jau nebėra. Essen pažymi, kad kaulų lūžių būna iki 50% smurtą patyrusių vaikų, o vaikams iki 1,5 metų – net 80%. Kompiuterinė tomografija atliekama, kai yra sunki galvos trauma ir kraujosruvos akies tinklainėje bei kliniškai įtariamas krūtinės ląstos organų, retroperitoninio tarpo ar dubens organų sužeidimas [7, 31, 196 ir kt.].

Daugelis autorių pažymi, kad yra nemažai sunkumų diagnozuojant smurtines traumas, jei nėra tiksliai žinomos traumos aplinkybės [28, 36, 52, 53, 59, 140, 149 ir kt.]. „Didžiausia problema, su kuria susiduriame įtariamo smurto atvejais, yra atskirti, kur yra smurtinė trauma, o kur nelaimingas atsitikimas“, teigia K. Nimkin ir P. Kleinman [129]. Šiaurės Airijoje gydytojai įtarė smurtą tik 59% vaikų, kuriems buvo smurtinių traumų, ir tik 47% iš jų pranešė atitinkamoms tarnyboms. „Profesionalūs gydytojai nelabai noriai diagnozuoja vaikų smurtines traumas ir aiškinasi jų priežastis“ [149]. R. Liesienė ir kt. pranešė, jog Kauno universiteto klinikose sukręsto vaiko sindromas diagnozuotas tik 57% ligonių [77]. Paradise ir kt. pranešė, kad JAV ligoninėse išaiškinama ir registruojama tik 69% (kai kuriose 80%) smurto prieš vaikus atvejų [132], ne visi praneša apie įtariamą smurtą VTAT [54, 110]. Apie klaidingas diagnozes pranešė Jain [52], teigdama, kad 5% kūdikių staigios mirties atvejų sindromo buvo klaidingai diagnozuotas fizinis smurtas. Ji ir kiti autoriai savo publikacijose aprašo ligas, įgimtas anomalijas ir traumas, dėl kurių reikia diferencijuoti vaikų smurtines traumas [36, 52, 140, 195].

Kadangi yra diagnostikos sunkumų, Amerikos pediatrijos akademija [6] ir kiti autoriai [31, 36, 200] rekomenduoja kiekvieną vaiką, kuriam galima įtarti smurtinę traumą, hospitalizuoti ir detaliai ištirti įvairiais aspektais. Taip pat siūloma mokyti visus gydytojus, į kuriuos kreipiasi smurtą patyrę vaikai, ypač pediatrus, kaip įtarti ir diagnozuoti smurtines traumas [4, 7, 22, 40, 49, 149, 150, 197, 18, 150, 181, 197 ir kt.].

Pirmieji su smurto aukomis susiduria medikai, į kuriuos kreipiasi vaikai, jie yra svarbiausi nustatant smurtą prieš vaikus [40, 140, 150, 155, 161, 190]. Tarp medikų pirmieji yra pediatrai, kurie geriausiai žinodami vaiko ypatumus ir situaciją vaiko namuose gali nustatyti smurto prieš vaiką ar jo nepriežiūros atvejus [18, 48, 49, 181, 197].

Vaiko sužeidimo diagnozę gali nustatyti gydytojas, apklausęs ir apžiūrėjęs vaiką ir atlikęs reikalingus tyrimus bei nusiuntęs konsultacijai reikalingiems pagal situaciją specialistams: neurologui, okulistui, traumatologui-ortopedui, rentgenologui ir kt. Tačiau norint nuspręsti, ar trauma

smurtinė ar ne, siūlomas interdisciplininis kiekvieno atvejo tyrimas – medikų, psichologų, socialinių ir teisėsaugos darbuotojų [36, 40, 150].

Vaiko būklei įvertinti įvykus traumai, naudojamos ir palyginamos įvairios traumų skalės ir traumų klasifikavimo sistemos, ypač kai yra dauginė trauma ir sunki ligonio būklė.

Vaikų smurtinių traumų sunkumui įvertinti naudojama sužalojimų sunkumų skalė (angl. Injury severity score – ISS) [20, 21, 33, 128, 138] ir jos modifikacijos:

– peržiūrėta traumos skalė (angl. Revised Trauma Score – RTS) [20, 33, 128, 138],

– trumpa sužalojimų skalė (angl. Abbreviated Injury Score – AIS) [128].

Tai yra anatominės ligonio būklės sunkumo vertinimo skalės ir įvertina traumas metu įvykusius organų sužeidimus, jos rekomenduojamos pirminiam ligonio būklės sunkumui įvertinti, koreliuoja su traumos sunkumu, gydymo ligoninėje trukme, komplikacijų dažniu, mirštamumu [137]. Lietuvoje šios skalės dar nepaplitę, nors 1996 m. III Lietuvos traumatologų-ortopedų suvažiavime Kaune nutarta klinikinėje praktikoje naudoti sužalojimų sunkumo skalę (ISS), deja, kasdieninėje praktikoje ji iki šiol nenaudojama. „Tik galvos smegenų traumas patyrusių ligonių būklei įvertinti kai kuriose ligoninėse naudojama Glasgow komos skalė“ [137].

Tačiau kiti autoriai teigia, kad šios skalės vaikams netinka, nes jose neįvertinamas vaiko amžius, kuris turi daug įtakos ligonio būklės sunkumui įvykus traumai [16, 33, 137]. Pirminiam vaikų smurtinių traumų sunkumui įvertinti rekomenduojama naudoti pediatriinę traumos skalę (angl. Pediatric Trauma Score – PTS) [16, 128, 137]. Ši skalė pasiūlyta 1987 metais JAV [179].

Pateikiame jos vertimą į lietuvių kalbą [16]:

Balai sudedami. Kai 0 balų ir mažiau, mirštamumas siekia 100%, kai balų suma yra 4 ir daugiau – mirštamumo tikimybė artėja prie 0 [16, 137].

Chang ir kt. 2004 m. [21], nustatydami vaikų smurtinių traumų sunkumo lygį, palygino klinikinius kriterijus (diagnozę pagal TLK-9, gulėjimo

stacionare laiką, mirštamumą), PTS, ISS ir sukūrė naują balų sistemą šių traumų sunkumui įvertinti. Balų kiekis priklauso nuo sužeidimų: kaukolės bazės ar skliauto lūžis – 1 balas, akies sumušimas, šonkaulio lūžis, intrakranijinė kraujosruva, dauginiai nudegimai, vaiko amžius nuo 1 iki 3 metų, vertinami po 2 balus, kūdikių – 6 balai. Balai sumuojami, didžiausia balų suma, kai sunki trauma: kūdikių 15 balų, 1–3 metų vaikų – 11, vaikų daugiau kaip 3 metų – 9 balai. Pagal šią skalę vertinama prognostinė mirštamumo tikimybė, jautrumas ir specifiškumas, galima įvertinti įvairių grupių traumos sunkumo laipsnį. Ji pavadinta „Vaikų traumų dėl fizinio smurto diagnostikos indeksas“ (angl. Diagnostic Index for Physical Child Abuse – DIPCA) [21].

2 lentelė. Pediatriinė traumos skalė (PTS)

Vertinimo balas Parametrai	+2	+1	-1
Kūno svoris	> 20 kg	10–20 kg	< 20
Kvėpavimas/kvėpavimo takai	normalus	ribinis	intubacija
Sistolinis kraujospūdis	> 90	90–50	< 50
Sąmonės sutrikimas	žvali	pritemusi	komatozinė
Minkštųjų audinių sužalojimas	nėra	minimalus	žymus
Lūžiai	nėra	uždari	atviri, dauginiai

Nemažai tyrėjų vaikų smurtinių traumų sunkumo laipsnį nustato pagal klinikinius požymius [21, 106, 116, 160]. J. Gincman daktaro disertacijoje 2005 m., vertindama vaikų sužalojimų sunkumo laipsnį, vadovavosi kūno sužalojimo sunkumo laikinosiomis taisyklėmis, kurios skirtos teismo medicinos ekspertams, išskyrė 4 sužalojimo sunkumo laipsnius: lengvą – 1, lengvą – 2, vidutinį ir sunkų.

Lietuvos ligoninėse traumų sunkumo laipsnį gydytojai įvertina pagal LR SAM 2001 m. liepos 18 dienos įsakyme Nr. 397 „Dėl sunkių traumų klasifikacinių požymių“ nustatytus kriterijus – pavojingumą gyvybei ir padarinius [84].

2.9. Smurto prieš vaikus priežastys ir prevencija

Siekiant planuoti smurto prevencijos priemones daugelyje mokslinių publikacijų analizuojamos smurto prieš vaikus priežastys ir rizikos veiksniai.

Gana detali šių rizikos veiksnių analizė JAV atlikta 8–9 praeito amžiaus dešimtmečiais, jas apibendrinio bei siūlė prevencines priemones 1990 m. Wissow [195], 1997 m. – Amerikos pediatrijos akademija [5], Milner ir kt. [119].

Pastaruoju metu PSO atlieka detalią smurto prieš vaikus rizikos veiksnių analizę ir skelbia oficialiuose PSO leidiniuose: 2002 m. – „World report of violence and health“ [68], 2004 m. – „Guidelines for conducting community surveys on injuries and violence“ [154], 2006 m. – „Internationale UNICEF – Studie: Jedes Jahr sterben in den Industrieländern 3.500 Kinder an Misshandlungen“ [50], 2007 m. – „The cycles of violence“ [194]. Juose nurodomi įvairūs rizikos veiksniai, dėl ko įvyksta smurtas prieš vaikus: smurtas, patirtas vaikystėje, smurtas šeimoje, skurdas, izoliacija, rūkymas, alkoholio ar narkotikų vartojimas, tėvų girtavimas ir kt. Nurodomas aiškus ryšys tarp šių rizikos veiksnių ir smurto, depresijų bei savižudybių. Rizikos veiksniai skirsto į tėvų ir socialinius.

Nustatyta aiški priklausomybė tarp alkoholio vartojimo ir smurto prieš vaikus, tai pažymima tiek oficialiuose PSO leidiniuose: „Alcohol and Interpersonal Violence. Policy briefing“ 2005m. [2], „Interpersonal violence and alcohol in the Russian Federation. Policy briefing“ 2006m. [193] ir daugelio autorių mokslinėse publikacijose [15, 63, 71, 119, 188].

PSO 2006 m. siūlo Europos šalims rengti nacionalinius projektus vaikų traumų ir smurto prevencijai [155]. Tačiau kituose PSO oficialiuose leidiniuose ir anksčiau buvo pranešama apie smurto prieš vaikus prevenciją, suskirstant ją į 3 lygius: pirminį – apsaugoti vaiką nuo smurto, antrinį – skubiai reaguoti įvykus smurtui, suteikti pagalbą ar gydymą ir tretinį – smurto pasekmių likvidavimas, rehabilitacija ir reintegracija [68].

2007 m. PSO leidinyje „Cycles of violence“ siūloma pirminės smurto prevencijos programa [194], leidinyje „Preventing child maltreatment in Europe“ [141] pateikiama prevencijos programa, priklausomai nuo vaikų amžiaus, siūloma pirmam programos etape apžvelgti problemos aktualumą.

Ženevoje yra PSO Smurto ir traumų bei invalidumo prevencijos departamentas, 2009 m. numatoma išleisti Vaikų traumų ir smurto prieš vaikus biuletinį (Bulletin on child injury and violence) [122].

Klevens ir kt. 2007 m. apžvelgė 7208 literatūros šaltinius apie smurtą prieš vaikus nuo 1980 iki 2004 metų įvairiose informacinėse sistemose (Medline, Google, ERIC ir kt.) ir paskelbė, kad surado 188 programas apie fizinio smurto prieš vaikus ir nepriežiūros pirminę prevenciją, iš jų 78 – apie fizinio smurto prevenciją [67].

Tarp daugelio smurto prevencijos priemonių yra nurodoma, kad reguliarūs pediatrų vizitai į šeimas prižiūrint vaikus labai sumažina fizinį smurtą [69, 195]. Todėl siūloma pediatrus mokyti, kaip atpažinti smurtą šeimoje [3, 5, 18, 49, 149, 150, 197].

1996 m. mokslinėje konferencijoje „Vaikų fizinė ir seksualinė prievarta“ D. Pūras kėlė klausimus apie vaiko patiriamo smurto prevencijos strategijas Lietuvoje [142].

2002 m. V. Sruoga ir E. Jakubkaitė parengė ir paskelbė emocinio, fizinio ir seksualinio smurto prieš vaikus prevencijos programą [170].

Apie kitas Lietuvoje vykdomas smurto prieš vaikus programas ir projektus minėta 2.3 skyriuje.

3. TYRIMŲ MEDŽIAGA IR METODIKA

3.1. Tyrimų medžiaga

Tiriant smurto prieš vaikus paplitimą ir aktualumą Lietuvoje, analizuoti oficialiai paskelbti duomenys apie smurto prieš vaikus dažnumą ir aktualumą Lietuvoje: Statistikos departamento prie LR Vyriausybės leidiniuose „Lietuvos vaikai“ 1994–2007 m. [94–105], Socialinės apsaugos ir darbo ministerijos leidiniuose „Socialinis pranešimas“ 2000–2007 m. [162–169] ir Sveikatos apsaugos ministerijos Sveikatos informacijos centro 2001–2008 m. leidiniuose „Lietuvos gyventojų sveikata ir sveikatos priežiūros įstaigų veikla“ [79] ir „Lietuvos sveikatos statistika“ 2000–2007 m. [93].

Išanalizuoti 3110 vaikų, patyrusių traumas dėl fizinio smurto prieš juos ir dėl to gydytų 1990–2007 metais Vilniaus universiteto vaikų ligoninėje ir 300 vaikų, gydytų 2005 metais šioje ligoninėje dėl atsitiktinių traumų, medicininių dokumentų duomenys.

3.2. Tyrimų metodika

Norint nustatyti smurto prieš vaikus paplitimą ir aktualumą Lietuvoje, analizuoti oficialiuose minėtuose Statistikos departamento prie LR Vyriausybės, Socialinės apsaugos ir darbo ministerijos ir Sveikatos apsaugos ministerijos leidiniuose paskelbti duomenys, skaičiuoti įvairių smurto prieš vaikus apraiškų paplitimo atvejai Lietuvos vaikų populiacijoje, palyginti su literatūros šaltinių duomenimis ir pateiktos išvados.

Literatūroje skelbtus ir mūsų tyrimų duomenis apie vaikų sergamumą ir mirtingumą skaičiavome pagal rekomenduojamą Europos standartą, t. y. 1/100 000 vaikų populiacijos [121].

Smurto prieš vaiką faktas ligoninėje buvo nustatomas iš smurtą patyrusių vaikų ar vaiką į ligoninę atvežusių asmenų (tėvų, giminių, kaimynų, policijos, greitosios pagalbos gydytojų) pasakojimų bei objektyvių patirtos traumos

požymių, kuriuos nustatė vaikų ligoninės gydytojai ortopedai-traumatologai. Visus vaikus, patyrusius smurtines traumas, priėmimo skyriaus slaugytojos registruodavo specialiame žurnale ir pranešdavo policijai pagal vaiko gyvenamąją vietą, kuri tirdavo įvykio aplinkybes vietoje. Jei smurtą prieš vaiką nustatydavo ar įtardavo gydantis vaikas gydytojas, jis pranešdavo ligoninės socialinėms darbuotojoms, o šios – Vaiko teisių apsaugos tarnybai. Jei ši nustatydavo, kad vaiką šeimoje skriaudžia ar neprižiūri, teikdavo siūlymą teismui dėl tėvų teisių apribojimo. Teismo sprendimu vaikas kartais iš ligoninės nebuvo gražinamas į šeimą, o perkeltas į vaikų globos namus, tačiau ten perkelta tik keletas vaikų, nes ligoninėje jie dažniausiai gydėsi neilgai.

Retrospektyviai analizuota Vilniaus universiteto vaikų ligoninės Vaikų chirurgijos klinikos (vėliau centro) skyrių 1990–2007 m. ataskaitų, priėmimo skyriaus registracijos žurnalų, gydytų ligonių ligos istorijų bei statistinių formų duomenis. Duomenis apie gydytus ir mūsų tirtus ligonius registravome ir kaupėme užšifruotus asmeninėse anoniminėse anketose ir SPSS duomenų bazėje. Tyrėme kasmet gydytų vaikų skaičių, amžių, lytį, gyvenamąją vietą, smurto vietą, laiką ir mechanizmą, sužeidimų pobūdį ir sunkumo lygį, gydymo ligoninėje trukmę, vaikų gydytų dėl smurtinių traumų ir traumų santykį ir kt. visų 6 vaikų amžiaus grupių.

Šiam tyrimui buvo gautas Lietuvos bioetikos komiteto leidimas.

Tyrimas buvo ištisinis, t. y. analizuoti duomenys visų vaikų, kurie į VUVL kreipėsi dėl patirtų smurtinių traumų ar jas įtarus. Analizuodami smurtą prieš vaikus užsienio šalių autoriai dažniausiai taip pat atlieka ištisinį tyrimą [32, 46, 107, 108]. Jei gydant ligonį įtarimas dėl smurto nepasitvirtindavo, šių ligonių netyrėme, jų skaičius pateiktas 77 lentelėje. Lyginant vaikų smurtines ir atsitiktines traumas, pastarųjų ligoniai atrinkti atsitiktinės atrankos būdu, pagal bendrus du požymius – vaikų amžių ir lytį, išsamiau žr. 4.5. skyrių.

Pagal PSO 2004 m. rekomendacijas [154] analizuojant traumas ir smurtą naudoti standartizuoti kodai, kurie nurodyti Tarptautinėje statistinėje ligų ir sveikatos problemų klasifikacijoje (TLK–10). Analizuotos tik tos smurtinės

traumos, kurios pagal TLK išorinių priežasčių klasifikaciją žymimos kodais X 85–Y 09, t. y. „pasikėsinimas“.

Tirtos tiktai traumos vaikų, patyrusių fizinį smurtą. Atskirai netirti vaikai, patyrę seksualinę prievartą, nes tai nebuvo tyrimo tikslas. Į tyrimą įtraukti tik 10 mergaičių ir berniukų, kuriuos buvo kėsintasi išprievartauti ir prieš vaiką buvo fiziškai smurtauta, jis patyrė traumą.

Norint palyginti atskiras ligonių grupes pagal traumos sunkumo lygį, ligonio būklė vertinta pagal klinikinius kriterijus, gydytojų nustatytą diagnozę, gydymo ligoninėje trukmę, vadovaujantis LR SAM 2001 m. įsakymu „Dėl sunkių traumų klasifikacinių požymių“ [84], pediatrine traumos skale (PTS) [179] ir vaikų traumų dėl fizinio smurto diagnostikos indeksu (DIPCA) [21].

3.3. Tirtų ligonių bendra charakteristika ir grupės

Tarp 3110 tirtų ligonių daugumą (81,1%) sudarė berniukai, mergaičių tik 18,9% (3 lentelė).

3 lentelė. Tirtų vaikų amžius ir lytis

Amžius	Mergaitės		Berniukai		Iš viso	
	ligonių sk.	%	ligonių sk.	%	ligonių sk.	%
Kūdikiai	18	3,1	13	0,5	31	1,0
1–3 m.	17	2,9	27	1,1	44	1,4
4–6 m.	11	1,9	26	1,0	37	1,2
7–11 m.	91	15,4	336	13,3	427	13,7
12–15 m.	323	54,8	1280	50,8	1603	51,5
16–17 m.	129	21,9	839	33,3	968	31,1
Iš viso	589	100	2521	100	3110	100

Vaikų iš Vilniaus miesto buvo 2813 (90,4%), Vilniaus rajono – 204 (6,6%), iš kitų miestų ir rajonų – 93 (3,0%). Daugumą ligonių (56,1%) į VUVL atvežė GMP, vaikai atvyko patys ar su tėvais be siuntimo – 26,4% bei siųsti kitų gydymo įstaigų – 17,5%.

Tirti ligoniai į grupes skirstyti pagal numatytus tyrimo uždavinius: norint nustatyti smurtinių traumų ypatumus tarp atskirų vaikų amžiaus grupių, išskirtos įprastos pediatrijoje vaikų amžiaus grupės: naujagimiai, kūdikiai, 1–3, 4–6, 7–11, 12–15 ir 16–17 metų amžiaus vaikai [144, 185]. Tirtų vaikų skaičius matyti 3 lentelėje

– norint nustatyti smurtinių traumų ypatumus ir skirtumus, kai smurtas įvyko šeimoje, mokykloje ir kitose vietose, šios grupės buvo išskirtos ir palyginti rezultatai;

– palygintos vaikų smurtinės ir atsitiktinės traumos.

3.4. Tyrimų statistinio įvertinimo metodika

Statistinė tyrimo duomenų analizė atlikta naudojant SPSS 13.0 kompiuterinę programą [189] ir tradicinius biostatistikos metodus [153].

Kategorinių duomenų analizei naudotas Pearson χ^2 – kvadrato arba tikslusis Fišerio testas. Tolydžių duomenų analizei buvo naudoti parametriniai ir neparametriniai hipotezių tikrinimo metodai. Esant normaliajam skirstiniui, pakankamam stebėjimų skaičiui ir vienodai dispersijai grupėse naudotas ANOVA metodas. Kai šie reikalavimai buvo pažeisti, hipotezėms tikrinti pasirinkti neparametriniai Mann-Whitney arba Kruskal-Wallis kriterijai. Lyginant daug grupių su kiekybiniais požymiais, naudotas daugkartinių porinių lyginimų metodas pagal Tjukio (Tuckey) procedūrą. Koreliaciniams ryšiams tarp požymių nustatyti naudoti Pearson koreliacijos arba Spearman (ranginiams duomenims) koeficientai. Serijinei koreliacijai nustatyti naudoti Runs ir Durbin-Watson testai. Funkciniams ryšiams tarp požymių nustatyti – paprasta tiesinė regresinė analizė. Tendencija vertinta Mantel χ^2 -kvadrato testu.

Statistinėms išvadoms pasirinktas reikšmingumo lygmuo 0,05, rezultatai buvo vertinami kaip statistiškai reikšmingi, kai $p \leq 0,05$.

4. TYRIMŲ REZULTATAI IR JŲ APTARIMAS

4.1. Smurto prieš vaikus paplitimo Lietuvoje dažnumas ir aktualumas

Oficialių statistikos šaltinių Lietuvoje skelbiamais duomenimis, ypač Socialinės apsaugos ir darbo ministerijos, kuri nuo 2003 m. LR Vyriausybės nutarimu [90] koordinuoja smurto prieš vaikus tyrinėjimus ir prevencines priemones, smurto paplitimo Lietuvoje duomenys, renkami įvairių institucijų, dar yra nesuderinti, tai yra, pateikiami skirtingi, nėra tikslios statistikos apie vaikų patirto smurto mastą [166, 168].

Statistikos departamento prie LR Vyriausybės leidiniuose „Lietuvos vaikai“ nuo 1995 m. kasmet buvo analizuojami ir publikuojami duomenys apie seksualinę prievartą prieš vaikus [94–105]. Duomenys apie smurtą prieš vaikus kaupiami tik nuo 2001 metų. Yra pateikiami tik kai kurie duomenys apie smurtą prieš vaikus: vaikų nužudymo ir pasikėsimo nužudyti, nuo nusikalstamų veikų nukentėjusių vaikų (patyrusių sunkius ir apysunkius sveikatos sutrikimus, kurie nuo 2003 m. jau neskelbiami, o lengvų sutrikimų skaičiaus iš viso nėra) ir apie chuliganizmą. Skelbiami kai kurie duomenys apie smurtą prieš vaikus šeimose: vaikus, netekusius tėvų globos dėl tėvų smurto ir nepriežiūros [98–105]. Leidinyje nėra duomenų, kiek vaikų patyrė smurtą Lietuvoje, tik 2001 m. leidinyje patekti duomenys apie studijos „Spinter“ tyrimą, kuris įvertino fizinių bausmių vaikams taikymo atvejus Lietuvos šeimose [98].

LR socialinės apsaugos ir darbo ministerijos leidinyje „Socialinis pranešimas“ nuo 2000 m. [163] pranešama apie netekusių tėvų globos dėl tėvų smurto vaikų skaičių (nuo 1997 m.), nuo 2002 m. – apie smurto prieš vaikus, tarp jų ir fizinio smurto, skaičių Lietuvoje, skelbiama, kad jis dažnėja [164–169].

LR SAM Sveikatos informacijos centro leidiniuose „Lietuvos gyventojų sveikata ir sveikatos priežiūros įstaigų veikla“ 2000–2007 metais [79] ir

„Lietuvos sveikatos statistika“ 2001–2007 metais [93] duomenų apie smurtą prieš vaikus nepavyko rasti.

Mokslinėje spaudoje bei minėtuose oficialiuose leidiniuose taip pat nerasta duomenų apie fizinio smurto prieš vaikus dažnumą Lietuvoje ir apie smurtą prieš vaikus mokyklose ar viešose vietose.

Kadangi minėtuose oficialiuose leidiniuose duomenys apie smurtą prieš vaikus yra fragmentiški, o kartais ir prieštaringi, išanalizuoti juose pateikti duomenys apie smurtą prieš vaikus apibendrinti, skaičiuotas jų dažnumas Lietuvos vaikų populiacijoje, palyginti su kitų šalių duomenimis ir darytos išvados.

Analizuotas fizinio smurto dažnumas Lietuvoje, tačiau esant nedaug duomenų, nagrinėti ir atskiri fizinio smurto aspektai: vaikų nužudymo, nuo nusikalstamų veikų nukentėjusių vaikų skaičius, vaikų, netekusių tėvų globos dėl tėvų smurto ir nepriežiūros skaičius ir kt.

Kadangi daugelio šalių autoriai, analizuodami duomenis apie smurtą prieš vaikus, akcentuoja mirtingumą nuo smurtinių traumų [5, 21, 36, 48, 50, 52, 114, 155 ir kt.], mes taip pat pradėjome analizę nuo tyčinių vaikų nužudymų Lietuvoje. Jos rezultatai pateikti 1 ir 2 pav.

Pastebimas aiškus nužudymų skaičiaus (1 pav.) ir jų santykio vaikų populiacijoje (2 pav.) padidėjimas nuo 2004 m. ($p < 0,05$), o 2007 m. jis vėl statistiškai patikimai sumažėjo ($p < 0,01$).

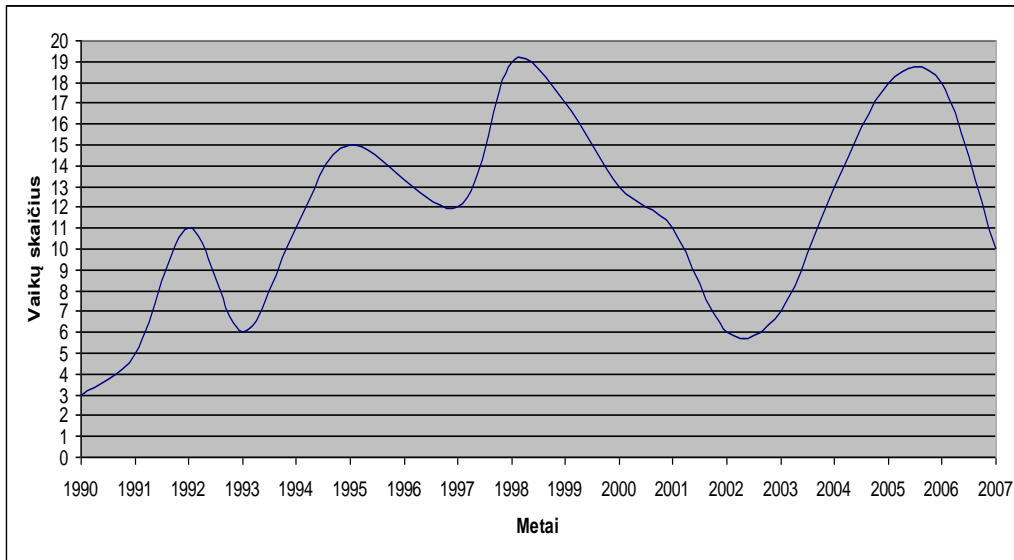
Literatūroje nurodomas vaikų, žuvusių nuo smurtinių traumų, skaičius, pvz., Amerikos pediatrijos akademijos 1997 m. leidinyje apie vaikų smurto prevenciją [5] – 0,8 vaikai iš 100 000 vaikų per metus.

Europos šalyse 1996 m. vaikų mirtingumas nuo smurto buvo 0,6 iš 100 000 vaikų, 2000 m. – 0,5, o 2005 metais vaikų mirtingumas nuo smurtinių traumų Europos šalyse labai sumažėjo – jis yra 0,38 iš 100 000 vaikų per metus [141].

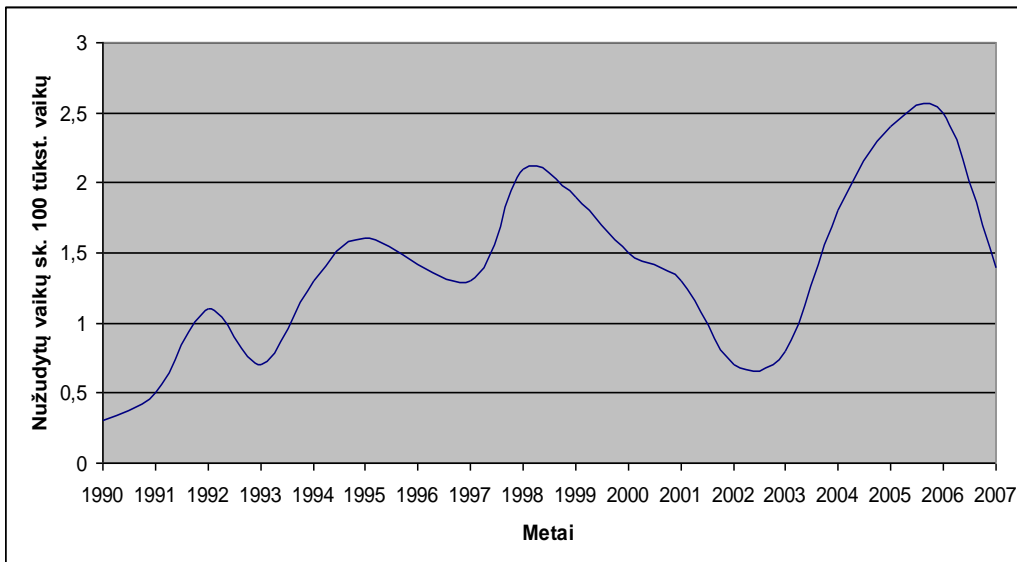
Pastaraisiais metais padidėjęs vaikų mirtingumas nuo smurtinių traumų (1,4–2,5 iš 100 000 vaikų) turėtų priversti sunerinti visas tarnybas, kurias Lietuvoje užsiima vaikų smurto prevencija, kadangi 2002–2003 m. vaikų

mirtingumo nuo smurto duomenys Lietuvoje buvo panašūs į Europos šalių duomenis (2 pav.).

Palyginta, ar dažnai vaikai Lietuvoje nužudomi, palyginti su visais mirusiais nuo traumų vaikais (4 lentelė).



1 pav. Tyčiniai vaikų nužudymai Lietuvoje *
* „Lietuvos vaikai“ 1994–2008 m. [94–105]



2 pav. Nužudytų vaikų skaičius, tenkantis 100 tūkst. vaikų

Mirusių nuo traumų vaikų skaičius turi tendenciją mažėti ($p < 0,022$). O mirusių nuo smurto (nužudytų) vaikų procentas, svyravęs tarp 3% ir 5,7%, nuo

2004 m. padidėjo, pastaraisiais metais siekė net 9,8%–10,3%, tik 2007 m. – vėl sumažėjo. Daugkartiniai poriniai lyginimai pagal Tjukio procedūrą parodė, kad nuo 2004 m. statistiškai reikšmingai padaugėjo smurtinių vaikų nužudymų ($p < 0,001$) ir jų vėl patikimai sumažėjo 2007 m. ($p = 0$).

4 lentelė. Nužudytų vaikų (0–17 m.) Lietuvoje santykis su mirusiais nuo traumų vaikais*

Metai	Mirę nuo traumų	Nužudytų vaikų skaičius	Nužudytų vaikų % tarp mirčių nuo traumų
1995	303	15	4,9
2000	228	13	5,7
2001	222	11	5,0
2002	201	6	3,0
2003	153	7	4,6
2004	165	13	7,9
2005	182	18	9,8
2006	174	18	10,3
2007	182	10	5,5

* „Lietuvos vaikai“ 2001–2007 [98–105]

Analizuota, kiek vaikų Lietuvoje nukentėjo nuo nusikalstamų veikų, duomenys pateikti 5 lentelėje.

Šioje lentelėje pateiktas skaičius vaikų, kurie patyrė smurtines traumas: buvo nužudyti ar kėsintasi tai padaryti, patyrė sunkius ar apysunkius kūno sužalojimus ir nukentėjo nuo chuliganizmo. Čia neanalizuojami leidiniuose „Lietuvos vaikai“ pateikti skaičiai apie vaikus, nukentėjusius nuo vagysčių, plėšimų bei kelių transporto eismo saugumo taisyklių pažeidimo.

Nustatytas toks pat dėsningumas, kaip ir vaikų nužudymų skaičiuje – nuo 2004 metų nukentėjusių vaikų padaugėjo dvigubai ($p < 0,001$), pastaruosius 3 metus šis skaičius yra panašus ($p > 0,1$).

6 lentelėje pateiktas vaikų, nukentėjusių nuo chuliganizmo dažnumas vaikų populiacijoje.

Nuo 2004 metų vaikų, nukentėjusių nuo chuliganizmo padaugėjo daugiau kaip dvigubai ($p = 0,002$), o pastaruosius trejus metus šis skaičius panašus ($p > 0,05$).

5 lentelė. Nuo nusikalstamų veikų Lietuvoje nukentėjusių vaikų skaičius

Metai	Nukentėjusių vaikų skaičius*	Nukentėjusių vaikų skaičius 100000 vaikų
2000	258	28,8
2001	241	27,5
2002	230	27,8
2003	189	23,6
2004	361	46,6
2005	434	58,2
2006	409	56,9
2007	388	55,8

* „Lietuvos vaikai“ 2001–2007 [98–105]

6 lentelė. Nuo chuliganizmo nukentėję vaikai Lietuvoje

Metai	Nukentėjusių vaikų skaičius*	Vaikų skaičius Lietuvoje*	100000 vaikų tenka nukentėjusiųjų
2000	198	896400	22,1
2001	186	876900	21,2
2002	172	828400	20,8
2003	160	802292	19,9
2004	313	775208	40,4
2005	382	746274	51,2
2006	371	718800	51,6
2007	359	695500	51,6

* „Lietuvos vaikai“ 2001–2007 [98–105]

Vaikų, patyrusių tėvų smurtą šeimoje, skaičius pateikiamas 7 lentelėje.

Matyti, kad nuo 2000 metų daugiau kaip du kartus padaugėjo vaikų, netekusių tėvų globos dėl tėvų smurto ($p < 0,001$). Nuo 2006 m. Statistikos departamentas leidinyje „Lietuvos vaikai“ nebeteikia duomenų apie smurto

skaičių, jį pateikia drauge su vaikų nepriežiūros duomenimis (žr. 8 lentelę). Nuo 2006 m. jų nebeteikia ir „Socialinis pranešimas“.

LR socialinės apsaugos ir darbo ministerijos leidinyje „Socialinis pranešimas“ 2002 m. [164] skelbiama, kad iš šeimų dėl smurto paimti 389 vaikai, o 2005 m. [167] – 233 vaikai. Taigi pateikiami skirtingi duomenys.

7 lentelė. Vaikai, netekę tėvų globos Lietuvoje dėl tėvų smurto*

Metai	Netekusių tėvų globos vaikų skaičius
1997	30
1998	24
1999	28
2000	66
2001	68
2002	81
2003	72
2004	117
2005	90

* „Lietuvos vaikai“ 1998–2006 [97–104]

Tame pat leidinyje pateikiami duomenys ir apie vaikus, netekusius tėvų globos dėl tėvų nepriežiūros pagal Valstybinės VTAT duomenis.

Apskaičiuota, kiek vaikų neteko tėvų globos dėl tėvų nepriežiūros tarp visų netekusių tėvų globos vaikų (8 lentelė).

8 lentelė. Vaikai, netekę tėvų globos dėl tėvų nepriežiūros Lietuvoje*

Metai	Vaikai, netekę tėvų globos	Iš jų – dėl tėvų nepriežiūros	%
2000	2597	1253	48,2
2004	3267	1970	60,3
2005	3209	1902	59,3

* „Lietuvos vaikai“ 2006 [104]

Vaikų, netekusių tėvų globos dėl jų nepriežiūros, nuo 2004 m. padaugėjo, taip pat santykinai padaugėjo vaikų, netekusių tėvų globos dėl jų nepriežiūros šeimoje ($p < 0,001$).

Nuo 2004 metų padažnėjo vaikų nepriežiūros atvejų jų populiacijoje ($p < 0,001$).

„Socialiniame pranešime“ pastaraisiais metais skelbiami duomenys apie vaikų nepriežiūrą, netinkamą auklėjimą, naudojamą fizinį ar psichinį smurtą Lietuvos šeimose, dėl ko vaikai neteko tėvų globos ir įstatymų nustatyta tvarka paimti iš šeimų.

9 lentelė. Vaikų nepriežiūros šeimoje dažnumas Lietuvoje

Metai	Vaikai, netekę tėvų globos dėl nepriežiūros*	Vaikų skaičius Lietuvoje*	100 000 vaikų tenka neprižiūrėtų vaikų
2000	1253	896400	139,8
2004	1970	775208	254,1
2005	1902	746274	254,9

* „Lietuvos vaikai“ 2006 [104]

Vaiko nepriežiūra šeimoje dažnai yra susijusi su vaiko fiziniu ar psichiniu skriaudimu, apie tai praneša ir daugelis užsienio šalių autorių savo publikacijose [24, 36, 50, 52, 130, 141, 155 ir kt.]. Tyrimo duomenys pateikiami 10 lentelėje.

10 lentelė. Vaikų nepriežiūros ir smurto prieš juos šeimoje dažnumas Lietuvoje

Metai	Vaikų nepriežiūra ir smurtas šeimoje*	Vaikų skaičius Lietuvoje*	100 000 vaikų tenka nuskriaustų
2000	1319	896400	147,1
2003	1702	802292	212,1
2004	2087	775208	269,2
2005	1992	746274	266,9
2006	1773	718804	241,1
2007	1846	695500	265,4

* „Lietuvos vaikai“ 2003–2008 [100–105]

Statistinė šių duomenų analizė rodo, kad nuo 2000 iki 2004 metų yra aiški nuskriaustų vaikų didėjimo tendencija ($p = 0,00$), taip pat šiais metais tarp metų yra patikimas skirtumas ($p < 0,01$), nustatytas daugkartinių porinių

lyginimų metodu. Nuo 2004 metų patikimo skirtumo tarp atskirų metų nėra ($p > 0,05$), pastaruosius 4 metus nėra ir vaikų nepriežiūros bei smurto padažnėjimo tendencijos.

Pastaraisiais metais LR socialinės apsaugos ir darbo ministerija savo leidiniuose „Socialinis pranešimas“ pateikia duomenis apie smurto prieš vaikus ir fizinio smurto dažnumą Lietuvoje. Jie pateikiami 11 lentelėje.

11 lentelė. Smurto prieš vaikus ir fizinio smurto dažnumas Lietuvoje pagal Valstybės vaiko teisių apsaugos ir įvaikinimo tarnybos duomenis

Metai	Vaikų, patyrusių smurtą, skaičius*	100 000 vaikų tenka nukentėjusių	Vaikų, patyrusių fizinį smurtą, skaičius*	100 000 vaikų tenka nukentėjusių
2002	1134	136,9	1042	125,7
2003	1400	174,5	980	122,1
2004	2359	304,3	2232	287,9
2005	2311	309,7	1459	195,5
2006	1639	228,0	893	124,2
2007	1778	255,6	988	142,1

* „Socialinis pranešimas“ 2003–2008 [165–169]

Statistiškai analizuojant šiuos duomenis nustatyta, kad vaikų patyrusių įvairių smurtą, tarp jų ir fizinį, 2002–2004 m., buvo aiški jo dažnėjimo tendencija, tačiau palyginti 2002–2007 m. šios tendencijos nenustatyta. Atlikus daugkartinius atskirų metų porinius lyginimus pagal Tjukio procedūrą, nustatyta, kad 2004 m. smurto prieš vaikus skaičius padidėjo palyginti su 2003 m. 41,7% ($p < 0,001$), tačiau 2006 m. jis sumažėjo 29,1% ($p < 0,001$). Tokie patys dėsniniai nustatyti ir dėl vaikų, patyrusių fizinį smurtą: 2004 m. padidėjo 56,1%, 2006 m. sumažėjo 38,8% ($p < 0,001$).

Smurto prieš vaikus padažnėjimas 2004–2005 metais leidinyje aiškinamas tuo, kad pagerėjo visuomenės informavimas, tarpžinybinis bendradarbiavimas ir specialistų profesinis pasirengimas išaiškinant ir teikiant pagalbą vaikams, patyrusiems smurtą.

Lentelėje yra pateikti valstybės VTAT duomenys. Tačiau tame pačiame „Socialiniame pranešime 2006–2007“ [168] pateikti VRM Informacijos ir ryšių departamento duomenys apie smurtą prieš vaikus yra skirtingi. Pranešama, kad 2006 m. smurtą patyrė 1917 vaikų, iš jų fizinį smurtą – 1499 vaikai, t. y. 208,5 iš 100 000 vaikų per metus. Šis skirtumas leidinyje aiškinamas tuo, kad dėl smurto prieš vaiką dažniau yra kreipiamasi į teisėsaugos institucijas, o ne į VTAT, šios gali būti neinformuojamos.

Įvairių šalių autorių duomenimis, smurtas prieš vaikus yra daug dažnesnis, pvz., PSO 2006 m. leidinyje „Injuries and Violence in Europe“ [155] nurodoma, kad Europos šalyse sunkios fizinės bausmės yra naudojamos 5000–8000 vaikų iš 100 000 per metus. Jain 1999 m. pranešė, kad JAV smurto prieš vaikus ir nepriežiūros dažnumas yra 4400 iš 100 000 vaikų per metus [52], Kanadoje 2003 m. – 617/100 000 [15], Brazilijoje 2005 m. – 7840 iš 100 000 vaikų per metus [114].

Taip pat analizuota, ar dažnos yra vaikų patirtos traumos dėl fizinio smurto tarp visų vaikų traumų Lietuvoje. Duomenys pateikiami 12 lentelėje.

12 lentelė. Vaikų fizinio smurto dažnumas tarp visų vaikų traumų Lietuvoje*

Metai	Vaikų (0–17 m.) traumų skaičius	Fizinio smurto atvejų skaičius	%
2002	61101	1042	1,7
2003	66019	980	1,5
2004	69440	2232	3,2
2005	69738	1459	2,1
2006	63153	1499	2,4
2007	72449	988	1,4

*Vaikų traumų skaičius - iš SAM Sveikatos informacijos centro duomenų [78, 79], traumų dėl fizinio smurto – iš „Socialinio pranešimo“ 2002–2008 m. [164, 169].

Vaikų fizinio smurto procentas tarp visų vaikų traumų Lietuvoje yra nedidelis, jis daug mažesnis nei kitose šalyse [31, 36, 124, 190]. Nuo 2004 m. jis padidėjo, tačiau 2007 m. vėl sumažėjo ($p < 0,05$).

Kadangi minėtuose oficialiuose statistikos šaltiniuose duomenys apie smurto prieš vaikus dažnumą yra fragmentiški ir kartais įvairiuose šaltiniuose nurodomi skirtingi, jie daug mažesni nei skelbiami kitose šalyse, todėl nutarta analizuoti, kiek vaikų, faktiškai patyrusių smurtines traumas, kreipėsi į VUVL ir buvo gydomi, ir juos palyginti su Lietuvos ir kitų šalių duomenimis.

Palyginta, kiek vaikų pastaraisiais metais dėl smurtinių traumų kreipėsi į VUVL tarp visų atvykusių ligonių (13 lentelė).

Vaikų, kurie kreipėsi į ligoninę dėl įvairių traumų, tarp jų ir smurtinių, procentas pastaraisiais metais yra panašus ($p > 0,05$). Italijoje smurtinės traumas nustatomos taip pat 2% iš visų skubiai besikreipiančių į ligoninę vaikų [131], o kai kurių JAV autorių duomenimis – net iki 10% [21].

Ne visos atvykus į ligoninę įtartos smurtinės traumas patvirtinamos (žr. 77 lentelę 4.6 skyriuje), t. y., gydant vaiką ligoninėje, patikslinus traumas aplinkybes, paaiškėjo, kad ji nėra smurtinė. Šių ligonių procentas tarp visų įtartų smurtinių traumų svyravo nuo 2,9% (2001 m.) iki 20,3% (2002 m.), pastaruosius trejus metus jis yra apie 15%.

13 lentelė. Vaikų smurtinių traumų dažnumas tarp besikreipusių į VUVL ligonių *

Metai	Smurtinių traumų skaičius	Kreipėsi į VUVL Vaikų chirurgijos centrą	Smurtinių traumų procentas tarp visų ligonių
2005	447	25498	1,8
2006	418	23796	1,8
2007	502	26423	1,9

* Duomenys – iš VUVL Vaikų chirurgijos klinikos ir centro skyrių kasmetinių ataskaitų.

Norint nustatyti, ar dažnos yra smurtinės traumas tarp visų ligonių, patyrusių traumas, kurie kreipėsi į VUVL, analizuoti skyrių ataskaitų duomenys. Rezultatai pateikti 14 lentelėje.

Statistiškai išanalizavus šiuos duomenis nustatyta, kad yra teigiama koreliacija tarp atskirų metų santykio (Durbin–Watsono testas, $p < 0,05$), taip

pat nuo 2000 m. aiški smurtinių traumų procento didėjimo tendencija (Mantel testas: $\chi^2 = 247,8$, $p = 0,00$).

14 lentelė. Smurtinių traumų dažnumas tarp besikreipusių į VUVL vaikų *

Metai	Smurtinių traumų skaičius	Kreipėsi į ligoninę dėl traumų	Smurtinių traumų % tarp visų traumų
1990	33	1250	2,7
1995	67	4184	1,6
2000	141	10202	1,4
2001	198	11735	1,7
2002	185	11930	1,6
2003	229	11222	2,0
2004	311	11051	2,8
2005	447	12661	3,5
2006	418	13062	3,2
2007	502	13830	3,6

* Duomenys iš VUVL Vaikų chirurgijos klinikos ir centro skyrių kasmetinių ataskaitų.

Daugkartiniai poriniai lyginimai pagal Tjukio procedūrą parodė, kad nuo 2004 metų smurtinių traumų procentas statistiškai reikšmingai padažnėjo, palyginti su ankstesniais metais ($p < 0,05$), 2005–2007 m. procentas buvo panašus ($p > 0,05$).

Pastaraisiais metais vis daugiau vaikų, patyrusių smurtines traumas ar jas įtariant, gydoma ambulatorinėmis sąlygomis: 2000 m – 4,2%, 2005 m – 62,1%, 2007m – 63,1% iš visų vaikų smurtinių traumų, kiti gydyti ligoninėje.

Palyginti mūsų ligoninės duomenys, pateikti 14 lentelėje su smurtinių ir visų vaikų traumų santykiu Lietuvoje (12 lentelė).

Matyti, kad mūsų ligoninėje 2005–2007 m. santykinai daugiau ligonių kreipėsi dėl smurtinių traumų nei Lietuvoje ($p < 0,05$).

Kaip Lietuvoje (11, 12 lentelės), taip ir mūsų ligoninėje nuo 2004 metų padaugėjo vaikų smurtinių traumų ir absoliučiais skaičiais, ir santykinai, palyginti su visomis traumomis, ($p < 0,05$). Tai galima paaiškinti tuo, kad nuo 2003 metų vaikais tapo pripažinti ir 15–17 metų vaikai. O tarp šios amžiaus grupės vaikų smurtinių traumų būna daugiau negu kitų amžiaus grupių.

15 lentelėje pateikiami duomenys apie vaikų, gydytų dėl smurtinių traumų ligoninėje, santykį su visais vaikais, gydytais dėl traumų.

Statistinė šių duomenų analizė parodė, kad nuo 1990 iki 2000 metų buvo aiški tiek traumų, tiek smurtinių traumų didėjimo tendencija (Mantel testas $\chi^2 = 292,2$, $p = 0,0$).

15 lentelė. Vaikai, gydyti dėl smurtinių traumų VUVL tarp visų vaikų, gydytų dėl traumų *

Metai	Gdyta stacionare		Smurtinių traumų % tarp visų traumų
	dėl traumų	iš jų dėl smurtinių traumų	
1990	1165	34	2,9
1991	1421	32	2,3
1992	2237	43	1,9
1993	2362	39	1,7
1994	2449	42	1,7
1995	2348	67	2,8
1996	2551	69	2,7
1997	2382	90	3,8
1998	2581	135	5,2
1999	2991	118	3,9
2000	3179	138	4,3
2001	3039	189	6,2
2002	3207	171	5,3
2003	2914	161	5,5
2004	2841	180	6,3
2005	3087	170	5,5
2006	2597	172	6,6
2007	2441	188	7,7

* Duomenys iš VUVL Vaikų chirurgijos klinikos ir centro skyrių ataskaitų ir žurnalų.

Nuo 2001 metų gydymų stacionare vaikų traumų, tarp jų ir smurtinių, skaičius nedidėjo ($p > 0,05$), tačiau kaip ir ankstesniais metais yra aiški smurtinių traumų didėjimo tendencija tarp visų traumų, daugkartiniai lyginimai tarp metų pagal Tjukio procedūrą $p < 0,05$, o tarp 2000 m. ir 2007 m. $p < 0,001$), nors dėl traumų gydytų ligonių sumažėjo ($p < 0,05$).

Analizavome, kiek tarp besikreipusių į VUVL vaikų dėl smurtinių traumų buvo iš Vilniaus miesto, ir nustatėme, kad 2005 m. jų buvo 84,4%, 2006 m. – 84,0% ir 2007 m. – 89,5%, kiti buvo iš Vilniaus rajono ar kitų miestų ir rajonų.

Suskaičiavome, koks yra vaikų smurtinių traumų dažnumas Vilniaus miesto vaikų populiacijoje pagal faktiškai besikreipusių dėl šių traumų į VUVL vaikų skaičių. Rezultatai pateikiami 16 lentelėje.

Tarp 2005, 2006 ir 2007 metų yra statistiškai reikšmingas skirtumas ($p < 0,001$).

16 lentelė. Vaikų, patyrusių smurtines traumas, gydytų VUVL, dažnumas Vilniaus miesto vaikų populiacijoje

Metai	Smurtinių traumų skaičius	Vaikų skaičius Vilniaus mieste	Smurtinių traumų skaičius, tenkantis 100 000 vaikų per metus
2005	378	103582	364,9
2006	351	100857	348,0
2007	449	99177	452,87

Be abejo, šie dažnumo rodikliai nėra tikslūs skaičiuojant smurtinių traumų skaičių Vilniaus miesto vaikų populiacijoje, nes dar daug vaikų, patyrusių traumas, kreipiasi į Vilniaus miesto vaikų traumatologijos punktą ir į miesto poliklinikas. Tačiau duomenys rodo, kad smurto atvejų prieš vaikus yra tikrai ne mažiau nei pateikta 16 lentelėje, ir daugiau nei pateikta oficialiuose statistikos šaltiniuose (11 lentelė). Be to, 2007 m. smurto padažnėjo: 2006 metais Lietuvoje fizinį smurtą patyrė 124,2 iš 100 000 vaikų, o 2007 m. – 142,1 (11 lentelė), o Vilniaus mieste 2006 m. – 348,0, 2007 m. – 452,7 iš 100 000 vaikų per metus (16 lentelė) ($p < 0,001$).

J. Gincman-Dorošenko 2005 m. pateikė panašius vaikų traumų, patirtų dėl smurto, duomenis: kasmet į Vilniaus teismo medicinos institutą kreipdavosi daugiau kaip 500 vaikų, patyrusių fizinį ar seksualinį smurtą [40]. Autorės pateikti duomenys taip pat nėra tiksli epidemiologinė analizė, nes ji tyrinėjo ne

smurto paplitimą vaikų populiacijoje, o tik tuos Vilniaus apskrities vaikus, kurie dėl patirtų traumų kreipėsi į Vilniaus teismo medicinos institutą.

Remiantis šiais duomenimis, galima teigti, kad smurtas prieš vaikus Lietuvoje yra dažnesnis nei skelbiama oficialiuose leidiniuose ir pateikiami skaičiai yra daug kartų mažesni nei skelbiama užsienio šalyse [11, 15, 52, 114, 133, 155 ir kt.].

Apibendrinant šio tyrimo rezultatus galima teigti, kad duomenys apie smurtą prieš vaikus Lietuvoje dar yra fragmentiški ir ne visai tikslūs. Tai konstatavo ir Jungtinių Tautų ekspertai Lietuvos įžanginėje ataskaitoje apie vaiko teisių konvencijos įgyvendinimą Lietuvoje 2001 m. [56] bei LR socialinės apsaugos ir darbo ministerija 2004 m. ir 2007 m. [166, 168]: „nėra tikslios statistikos apie vaikų patiriamo smurto mastą. Dar nėra geros koordinacijos tarp įvairių institucijų, kurios analizuoja smurtą prieš vaikus“.

Lietuvoje dar nėra nei traumų, nei vaikų traumų registro. Tačiau ir kitose Europos šalyse yra panašių problemų. Pavyzdžiui, Vokietijoje 1995 metais nurodoma, kad šalyje dar nėra centrinės institucijos, kaip Austrijoje, Šveicarijoje ar Švedijoje, atsakingos už traumų prevenciją [27], Ispanijoje tik 2000 m. įkurtas pirmasis vaikų traumų registras [128].

Literatūroje nurodoma, kad patyrę smurtą, į gydytojus kreipiasi ne visi vaikai, todėl tikrasis smurto mastas nėra žinomas, skelbiami rezultatai – tai tik ledkalnio viršūnė [21, 31, 50]. Lietuvos statistikos ir mūsų duomenys – ne išimtis.

Be to, nurodoma, kad net tose šalyse, kur jau seniai vykdoma smurtinių traumų registracija ir jų prevencijos programos, pavyzdžiui, JAV jau daugiau kaip 130 metų [52], ne visos smurtinės traumos yra registruojamos, apie jas 1997 m. ligoninėse pranešė tik 60–80% atvejų [132].

Nepretenduojuojant į išsamią epidemiologinę studiją buvo analizuoti oficialių Lietuvos institucijų skelbiami bei klinikų duomenys.

Jais remiantis nustatyta, kad iš oficialiai paskelbtų duomenų [104, 168] ir ypač iš smurtines traumas patyrusių vaikų, kurie dėl jų kreipėsi į VUVL, skaičiaus smurto prieš vaikus atvejų Lietuvoje, kaip ir kitose šalyse, daugėja.

Manome, kaip ir Socialinės apsaugos ir darbo ministerijos specialistai [168], kad smurto prieš vaikus registracija kasmet gerėja, tai yra viena iš priežasčių, dėl kurios padažnėjo užregistruotų smurto atvejų.

Tačiau vis tik Lietuvoje smurto prieš vaikus atvejų registruojama daug mažiau nei kitose Europos šalyse, duomenys kartais prieštaringi. Jei duomenys apie vaikų nepriežiūrą šeimoje skelbiami kasmet, apie smurtą prieš vaikus šeimoje duomenys fragmentiški ir neįtikėtina maži. Apie smurtą prieš vaikus mokyklose ar kitose vietose bei apie vaikų dėl smurto patirtas traumas oficialiuose leidiniuose duomenų nėra.

Šie duomenys, o ypač tai, kad užregistruotų smurto prieš vaikus (tarp jų ir fizinio) atvejų Lietuvoje yra mažiau nei Europos šalyse ar JAV, o Lietuvoje yra daug didesnis mirtingumas dėl vaikų nužudymų nei Europos šalių vidurkis, rodo šios problemos aktualumą ir skatina atlikti tolesnius tyrimus.

4.2. Vaikų smurtinės traumos šeimoje

Šeimoje smurtines traumas patyrė 310 vaikų, t. y. 10% iš visų vaikų smurtinių traumų. Vaiko amžius ir lytis pateikti 17 lentelėje.

17 lentelė. Vaikų, patyrusių smurtą šeimoje, amžius ir lytis

Amžius	Mergaitės		Berniukai		Iš viso	
	ligonių skaičius	%	ligonių skaičius	%	ligonių skaičius	%
Kūdikiai	17	10,6	13	8,7	30	9,7
1–3 m.	17	10,6	20	13,3	37	11,9
4–6 m.	7	4,4	20	13,3	27	8,7
7–11 m.	28	17,5	31	20,7	59	19,0
12–15 m.	67	41,9	40	26,7	107	34,5
16–17 m.	24	15,0	26	17,3	50	16,1
Iš viso	160	100	150	100	310	100

Smurtą šeimoje dažniau patyrė mergaitės (51,6%) nei berniukai (48,4%), tačiau šis skirtumas nėra statistiškai reikšmingas ($p > 0,05$). Dažniausiai buvo nuskriaustos 12–15 metų mergaitės (41,9%) ir berniukai (26,7%).

B. Siaurusaičio ir kt. duomenimis, 2002 m. smurtą šeimoje patyrė 12% iš visų smurtinių traumų [158]. Mūsų duomenimis, smurtą šeimoje patyrė 96,8% iš visų kūdikių smurtinių traumų, 84,1% – iš 1–3 metų vaikų ir 73,0% iš 4–6 metų vaikų, patyrusių smurtines traumas, o iš viso vaikų iki 6 metų – 83,9%. Šie procentai yra didesni negu skelbti kitų autorių [40, 158, 159]. Tai, kad dažniausiai yra skriaudžiami 12–14 metų vaikai, pranešė 2001 m. ir Giardino [36].

Vaikai dažniausiai buvo skriaudžiami nuo 18 iki 23 val. – 49,7% nuskriaustųjų, tarp kitų valandų skirtumas statistiškai nėra reikšmingas ($p > 0,05$).

18 lentelėje pateikti duomenys, kokie asmenys skriaudė vaiką šeimoje.

18 lentelė. Asmenys, kurie šeimoje skriaudė vaiką

Vaiką skriaudė	Ligonių skaičius							Tikrasis %
	kūdikiai	1–3 m.	4–6 m.	7–11 m.	12–15 m.	16–17 m.	iš viso	
Tėvas	14	16	11	30	64	27	162	54,4
Motina	6	7	6	12	3	5	39	13,1
Tėvai	2	0	0	0	1	0	3	1,0
Brolis	0	1	1	2	13	5	22	7,4
Sesuo	0	0	0	2	5	1	8	2,6
Senelis, močiutė	0	1	1	1	0	0	3	1,0
Patėvis, motinos sugyventinis	4	3	6	6	10	6	35	11,3
Kiti asmenys	2	4	0	5	10	5	26	8,4
Neaišku, kas	2	5	2	1	1	1	12	3,9
Iš viso	30	37	27	59	107	50	310	n=298=100%

Įvairių amžiaus grupių vaikus dažniausiai skriaudė tėvas, o motina ir kiti šeimos nariai – rečiau. Tėvas skriaudė daugiau kaip pusę vaikų (54,4%), 79 iš jų – būdamas girtas (48,8%). Jis dažniau skriaudė vyresnius vaikus: 12–15

metų (59,8%), 16–17 metų (54,0%) bei kūdikius – 46,7% šio amžiaus nuskriaustų vaikų.

Motina skriaudė 13,1% vaikų, 30,8% iš jų – būdama girta.

Motinos sugyventinis ar patėvis skriaudė 11,3% vaikų, 14,5 % – būdamas girtas.

Kiti asmenys skriaudė 8,4% vaikų, tai dažniausiai buvo atėję į namus dėdė, teta – 21 vaiką ir pažįstami suaugusieji – 5 vaikus.

Kūdikius ir mažus vaikus iki 3 metų dažniausiai skriaudė tėvas – 44,8%, būdamas girtas – 53,3%, rečiau motina – 19,4%, būdama girta 53,8% iš jų.

Tėvas dažniausiai vaikus sumušdavo, dažnai būdamas girtas ypač žiauriai su jais elgėsi. Pavyzdžiui, girtas tėvas smarkiai sumušė savo 6 metų dukrą, jai daugelyje vietų lūžo kaukolės kaulai. Girtas tėvas smaugė ir sumušė savo 10 mėn. sūnų, šiam lūžo momenkaulis, buvo sukrėstos galvos smegenys.

Motina savo 4 mėn. dukrą mušė ranka ir trenkė galva į sieną, mergaitė patyrė sunkią traumą – galvos smegenų sumušimą ir intracerebrinę hematomą. Gydyta ligoninėje 17 parų.

Penkių mėnesių berniuką mušė, spardė ir smaugė girtas motinos sugyventinis. Jis vaiką mušdavęs ir anksčiau, prieš 2 mėn. dėl to vaikui buvo lūžęs raktikaulis. Šiuo metu diagnozuota galvos smegenų sumušimas, momenkaulio ir pakauškaulio lūžimai. Gydytas ligoninėje 17 parų, pasveiko.

Septynerių metų mergaitė tėvai nesirūpina, ji gyvena pas savo krikšto motiną. Ši mergaitė dažnai mušdavo, dabar sumušė ir smogė kirviu per galvą, galvoje buvo žaizda ir dauginiai sumušimai. VTAT inspektorės sprendimu, mergaitė po 13 parų ligoninėje nusiųsta į Vilniaus miesto laikinuosius vaikų globos namus.

Šie rezultatai patvirtina daugelio literatūros šaltinių duomenis, kad vaikus skriaudė tėvas [40, 43, 52, 140, 145, 159 ir kt.] ir prieštarauja kai kurių autorių duomenims, kad šeimoje dažniau skriaudžia motina [64,180]. Kadangi literatūros šaltiniuose nepavyko rasti duomenų apie smurto priežastis priklausomai nuo vaiko amžiaus, jos analizuotos ir nustatytas bendras dėsningumas – svarbiausias smurto prieš vaikus kaltininkas tarp įvairių

amžiaus grupių yra tėvas, dažnai girtas. Tai, kad vaikus šeimoje skriaudė girti asmenys, pavyko rasti nedaug publikacijų [132, 188].

Smurto mechanizmas šeimoje įvairaus amžiaus vaikams pateikiamas 19 lentelėje.

19 lentelė. Smurto šeimoje mechanizmas

Smurto mechanizmas	Ligonių skaičius							Tikrasis %
	kūdikiai	1–3 m.	4–6 m.	7–11 m.	12–15 m.	16–17 m.	iš viso	
Mušė ranka	20	25	17	39	85	38	224	73,0
Mušė kietu daiktu	1	3	2	11	6	3	26	8,5
Spyrė	0	0	2	1	4	3	10	3,3
Pastūmė	0	1	0	5	2	1	9	2,9
Dūrė, pjovė	0	1	2	0	9	5	17	5,5
Šovė	0	0	0	1	0	0	1	0,3
Smaugė	1	0	0	1	1	0	3	1,0
Skandino	0	0	1	0	0	0	1	0,3
Išmetė iš aukštai	7	5	1	0	0	0	13	4,2
Užpylė karšto skysčio	0	1	1	1	0	0	3	1,0
Neaiškus	1	1	1	0	0	0	3	1,0
Iš viso	30	37	27	59	107	50	310	n=307= 100%

Įvairaus amžiaus vaikai dažniausiai buvo mušami ranka (63,0% 4–6 metų vaikai, 79,4% 12–15 metų vaikai) ar kietu daiktu (pagaliu, diržu) – vienodai dažnai įvairaus amžiaus vaikai, kiek dažniau – 18,6%, tik 7–11 metų vaikai, $p < 0,05$.

Durta, pjauta dažniausiai 12–17 metų vaikams, vaikas išmestas iš aukštai – dažniausiai kūdikiai (23,3% iš visų smurto mechanizmų) bei 1–3 metų vaikai (13,5%).

Išnagrinėjus kitus smurto mechanizmus, statistiškai reikšmingo skirtumo tarp vaikų amžiaus grupių nenustatyta.

Smurto mechanizmas buvo žiauriausias tarp 12–15 ir 16–17 metų grupių, kai smurtavo dažniausiai girtas tėvas: į savo 16 metų sūnų šovė iš dujinio

pistoletu, 15–17 metų sūnums smogė peiliu, 14 metų dukrą smaugė, 13–16 metų sūnus ir dukras mušė buteliu, pagaliu, plaktuku per galvą, sumušė geležiniu laužtuvu savo 17 metų dukrą ir jos motiną.

Tėvai 4–6 metų vaikus dažniausiai mušdavo rankomis, tačiau būta ir žiauraus smurto. Pavyzdžiui, tėvas savo 5 metų sūnų išmetė pro langą iš penkto aukšto, šis patyrė sunkią traumą – galvos smegenų sukrėtimą, sumušti plaučiai. Girtas tėvas dūrė savo 4 metų sūnui šakėmis į galvą. Girta motina sumušė savo 6 metų sūnų ir įkando jam į sėdmenis, kita girta motina skandinosi su savo 6 metų dukra. Motina savo 3 metų sūnui peiliu pjovė kaklą. Žaizda buvo labai pavojinga: 20 cm ilgio, nupjauta v. jugularis externa, smarkiai kraujavo. Vaikas operuotas, buvo gydomas ligoninėje 8 paras. Motina mušė pagaliu savo vienerių metų dukrą per galvą ir nugarą, mergaitė patyrė galvos smegenų sukrėtimą, galvos ir plaučių sumušimą. Girtas tėvas savo vienerių metų sūnų metė į palangę. 6 mėn. sūnų motina dažnai mušdavo ir nudegino karštu vandeniui.

Atliktos smurto mechanizmo analizės duomenys panašūs į paskelbtus literatūros šaltiniuose: vaikai dažniausiai mušami ranka [23, 68, 180, 188], rečiau diržu, pagaliu [180, 188].

Duomenys apie vaikų dėl smurto patirtų sužeidimų pobūdį pateikti 20 lentelėje.

Išoriškai matomus sužeidimus: sumušimus, žaizdas, nudegimus šeimoje patyrė visi vaikai. 2,3% vaikų buvo sumušti sėdmenys, nugara ir juosmuo. Gana būdingi dauginiai sumušimai, kuriuos patyrė 22,3% ligonių, dažniausiai kūdikiai (33,3%), o vaikai iki 3 metų – 31,3%.

Galvos smegenų traumas dažniausiai patyrė kūdikiai (53,3%), rečiau – 12–15 metų vaikai (46,7%), dar rečiau 7–11 metų vaikai (35,6%), rečiausiai 16–17 metų vaikai (18,0%), skirtumas tarp gretimų minėtų grupių $p < 0,05$.

Ypač sunkių galvos smegenų sužeidimų patyrė 23,3% kūdikių: galvos smegenų sumušimų, intracerebrinių ir subarachnoidinių kraujavimo išsiliejimų, be to, 16,6% buvo sunkių kaukolės skliauto ir pamato lūžių.

20 lentelė. Vaikų sužeidimai dėl smurto šeimoje

Sužeidimų pobūdis	Ligonių skaičius							%
	kūdi- kiai	1–3 m.	4–6 m.	7–11 m.	12– 15 m.	16–17 m.	iš viso	
Galvos smegenų sukrėtimas	9	6	5	21	50	9	100	32,2
Galvos smegenų sumušimas	4	2	0	0	0	0	6	1,9
Intracerebrinė kraujosruva	1	0	0	0	0	0	1	0,3
Subarachnoidinė kraujosruva	2	1	1	0	0	0	4	1,3
Kaukolės skliauto lūžis	4	2	0	3	0	0	9	2,9
Kaukolės pamato lūžis	1	0	0	0	0	0	1	0,3
Nosies kaulų lūžis	0	1	0	0	4	1	6	1,9
Ilgųjų kaulų lūžiai	2	2	1	1	1	2	9	2,9
Kitų kaulų lūžiai	0	1	1	3	8	2	17	5,5
Minkštųjų audinių sumušimai	26	26	17	46	94	40	249	80,3
Muštos žaizdos	5	4	7	10	4	10	40	12,9
Žaizdos durtinės	0	1	2	0	10	4	17	5,5
Žaizdos šautinės	0	0	0	1	0	0	1	0,3
Dauginiai sumušimai	10	11	10	11	21	6	69	22,3
Nudegimai	0	1	1	1	0	0	3	1,0
Asfiksija dėl smauginimo	1	0	0	1	1	0	3	1,0
Iš viso n=	30	37	27	59	107	50	310	

Daugelis užsienio autorių taip pat nurodo, kad mažiems vaikams būna sunkių galvos smegenų sužeidimų, hematomų [34, 145, 160, 192 ir kt.], tačiau mūsų duomenimis, jų būna daug rečiau, o dažniau – galvos smegenų sukrėtimų.

Literatūroje nurodoma, kad vaikams, patyrusiems smurtą šeimoje, būdinga dažni kaulų lūžiai [36, 75, 184 ir kt.] bei nudegimai 25% [52] – 30% [36].

Tyrimo duomenimis, kūdikiai patyrė 23,3% kaulų lūžių, o 1–3 metų vaikai – 19,4%. Taigi tyrimo duomenys yra panašūs į užsienio šalių autorių tyrimų duomenis.

Tirtų vaikų dėk nudegimų buvo daug mažiau negu užsienio šalyse, kur jų būna nuo 10% [36] iki 25% [52]. Nudegimai dėl vaikų patirto smurto šeimoje mūsų duomenimis sudarė tik 1% iš visų vaikų patirtų traumų šeimoje.

Tyrimo duomenimis negalima patvirtinti literatūros šaltinių duomenų apie didelį vaikų mirštamumą dėl smurtinių traumų šeimoje – net iki 12–13% [21, 145, 160, 192 ir kt.], ypač dėl galvos smegenų traumų [34, 176, 192], nes mūsų ligoninėje dėl šių traumų mirusių vaikų nebuvo.

Pateikiame keletą sunkių traumų dėl smurto pavyzdžių:

Tėvas namuose ranka sumušė 6 mėn. dukrą. Diagnozė: kaukolės pamato lūžimas, galvos smegenų sukrėtimas.

Girtas tėvas namuose sumušė 4 mėn. mergaitę. Motina kreipėsi į ligoninę tik po 16 val. Diagnozuota: galvos smegenų sumušimas, subduralinė hematoma, subarachnoidinis kraujas išsiliejimas, dauginiai kūno sumušimai.

Globėja sumušė 10 mėn. berniuką. Jis atvežtas po paros į VUVL labai sunkios būklės, Glasgow komų skalė – 4 balai. Galva ištinusi, joje, juosmenyje ir kojose daugybinės kraujosruvos. Diagnozuota: dauginiai kaukolės skliauto lūžiai, galvos smegenų sumušimas, subarachnoidinis kraujas išsiliejimas, abiejų dilbio kaulų lūžiai. Gydytas ligoninėje 15 parų, pagerėjus būklei, išrašytas gydyti ambulatoriškai.

Vaikų patirtų traumų sunkumas pagal keletą kriterijų pateikiamas 21 lentelėje.

Pagal visus šiuos kriterijus sunkiausias traumas šeimoje patyrė kūdikiai ir maži 1–3 metų vaikai lyginant su kitomis amžiaus grupėmis $p < 0,05$.

Pagal PTS dar yra statistiškai reikšmingas skirtumas tarp 4–6 metų vaikų ir 7–11 metų vaikų, pastarųjų traumas lengvesnės, o tarp trijų mokyklinio amžiaus vaikų grupių patikimo skirtumo nėra ($p > 0,05$).

Vaikų nepriežiūra yra viena iš smurto prieš vaikus rūšių [24, 52], dažnai ji būna susijusi su tėvų smurtu, todėl Socialinės apsaugos ir darbo ministerijos

leidinyje „Socialinis pranešimas“ pastaraisiais metais vaikų nepriežiūra šeimoje yra pateikiama drauge su smurtu prieš vaikus.

21 lentelė. Vaikų patirtų traumų dėl smurto šeimoje sunkumas

Traumų sunkumo kriterijai	Kūdikiai	1–3 m.	4–6 m.	7–11 m.	12–15 m.	16–17 m.	Iš viso
SAM įsakymas (sunki trauma)	16,6%	2,7%	3,7%	0	0	0	3,8% n=186
Dienos ligoninėje $\bar{x} \pm S_x$	12,6±2,1	3,0±0	2,0±0	3,0±0	4,0±0,1	3,4±0,2	6,2±5,0
PTS balai $\bar{x} \pm S_x$	6,5±0,3	7,4±0,2	9,8±0,3	10,2±0,1	10,1±0,1	10,6±0,1	9,5±1,7 n=281
DIPCA balai $\bar{x} \pm S_x$	6,6±0,3	2,0±0	0,2±0,2	0	0	0,2±0,1	1,0±2,0 n=91

Analizuoti tik tie vaikai, kurie dėl patirtų smurtinių traumų buvo atvežti (dažniausiai policijos ar VTAT) į VUVL ir buvo aiškūs jų nepriežiūros požymiai. Duomenys pateikiami 22 lentelėje.

Tarp neprižiūrėtų vaikų buvo 12 berniukų (57,1%) ir 9 mergaitės (42,9%). Dažniausiai tai buvo kūdikiai – 11 (53,4%), septyni 1–3 metų vaikai (33,3%) ir trys 4–6 metų vaikai (14,3%).

Duomenys, kokias traumas neprižiūrimi vaikai patyrė dėl tėvų smurto, pateikiami 23 lentelėje.

Daugiau kaip pusė vaikų (52,4%) patyrė sunkias galvos traumas: galvos smegenų sužeidimus, kaukolės kaulų lūžius. Sunkūs buvo ir 3 vaikų ilgųjų kaulų lūžiai, 2 – dauginiai nudegimai. Šiems vaikams būdingi ir dauginiai sumušimai – 42,9% vaikų.

22 lentelė. Vaikų nepriežiūros šeimoje požymiai

Vaiko nepriežiūros aplinkybės ir požymiai	Ligonių skaičius	%
Girti, girtaujantys tėvai vaiko neprižiūrėjo ir skriaudė	7	33,3
Tėvai dažnai vaiką mušdavo, juo nesirūpino	4	19,0
Tėvai smurtą neigia, nors jo požymiai akivaizdūs, vaikas apleistas	3	14,2
Tėvai nesirūpina, vaikas nešvarus, apleistas, atvežtas policijos ar VTAT dėl traumos	3	14,2
Vaikas hipotrofiškas, apleistas	1	4,8
Vaikas ilgai (10 parų) paliktas be tėvų priežiūros, nušalo	1	4,8
Tėvai per vėlai kreipėsi į gydytoją, vaikas apleistas, sunki galvos trauma	1	4,8
Keli šie požymiai	1	4,8
Iš viso	21	100

23 lentelė. Vaikų traumos, patirtos dėl tėvų nepriežiūros ir smurto

Sužeidimai	Ligonių skaičius	%
Galvos smegenų sukrėtimas	5	23,8
Galvos smegenų sumušimas	3	14,2
Subarachnoidinė kraujosruva	1	4,8
Kaukolės skliauto kaulo lūžis	2	9,5
Raktikaulio lūžis	1	4,8
Šlaunikaulio lūžis	2	9,5
Blauzdos kaulų lūžis	1	4,8
Minkštųjų audinių sumušimai	17	80,9
Iš jų dauginiai sumušimai	9	42,9
Muštinės žaizdos	3	14,3
Dauginiai nudegimai	2	9,5
Iš viso n =	21	

Apie šių traumų sunkumo lygį byloja ir tai, kad PTS vidurkis buvo $7,1 \pm 0,5$ balo, PTS svyravo nuo 4 iki 11 balų. DIPCA taip pat rodė sunkias traumas, vidutiniškai $4,3 \pm 0,7$, svyravo nuo 0 iki 9 balų.

Remiantis SAM įsakymu sunkios traumos buvo 13,3% vaikų (n = 15). Pateikiame keleto nuskriaustų vaikų pavyzdžių.

Tėvas namuose sumušė 2 metų sūnų, vaikui lūžo šlaunikaulis. Vaikas buvo apleistas, neprižiūrėtas, ant jo kūno buvo dauginių skirtingu laiku patirtų sumušimų.

Į VUVL atvežtas 1,5 mėn. berniukas labai sunkios būklės, be sąmonės, GKS – 4 balai. Tėvai traumos aplinkybes slėpė. Vaikas apleistas, nešvarus, veide – daug mėlynių dėl sumušimų. Diagnozuota momenkaulio lūžis, galvos smegenų sumušimas, dauginiai kraujų išsiliejimai smegenyse ir subarachnoidinė, epidurinė hematoma, sukrėsto vaiko sindromas. Gydytas 12 parų reanimacijos skyriuje, po to traumatologijos skyriuje, bet išliko galūnių spastiškumas.

Šį berniuką paėmė iš girtų tėvų atvežė socialinė darbuotoja ir policija. Vaiko kūne daug senų sumušimų žymių, lūžę blauzdos kaulai.

Pasak motinos, 6 metų berniukas apsipylė karštu vandeniu, nudegė abi pėdas. Dėl nudegimų VUVL jis gydomas jau trečią kartą, vaikas apleistas, purvinas.

Apibendrinant nustatyta, kad nors iš visų vaikų smurtinių traumų šeimoje dažniausiai buvo nuskriausti 12–15 metų vaikai, tačiau pagal atskiras amžiaus grupes tarp visų to amžiaus nuskriaustų vaikų dažniausiai nuskriausti kūdikiai (96,8%) ir 1–3 metų vaikai (84,1%). Juos dažniausiai skriaudė tėvas (54,4%), iš jų 48,8% būdamas girtas, kiek rečiau motina (13,1%), 30,8% iš jų – būdama girta. Iš viso šeimoje 97 vaikus (31,3%) skriaudė girti asmenys. Dažniausiai vaikai buvo mušami ranka, tačiau būta ir žiauraus smurto mechanizmų: vaikus smaugė, skandino, dūrė, šovė, išmetė iš penkto aukšto. Vaikai patyrė sunkių galvos smegenų traumų (35,7%), kaulų lūžių (13,5%). Pagal visus kriterijus sunkiausias traumas patyrė kūdikiai (PTS = 6,5 ± 0,3 balo, DIPCA – 6,6 ± 0,3 balo).

Šeimoje patyrė smurtą 21 vaikas, jie buvo apleisti, neprižiūrėti. Jų traumos buvo dar sunkesnės – net 52,4% iš jų patyrė sunkias galvos smegenų

traumas, 3 – ilgųjų kaulų lūžius. Vaikų patirtų traumų dėl jų nepriežiūros ir smurto analizės literatūroje rasti nepavyko.

4.3. Vaikų smurtinės traumos mokykloje

Vaikų traumų, patirtų dėl fizinio smurto mokykloje, VUVL gydyta 532, t. y. 17,1% iš visų vaikų smurtinių traumų. Daugiausia jų buvo 2000 m. – 24,3% ir 2002 m. – 23,0%, po to palaipsniui šis procentas mažėjo ir 2007 m. buvo 12,3%. Jų amžius ir lytis pateikti 24 lentelėje.

Iš visų smurtinių traumų, patirtų mokykloje, jas daug dažniau patyrė berniukai (78,0%) negu mergaitės (22,0%), $p < 0,001$. Dažniausiai buvo skriaudžiami 12–15 metų berniukai ir mergaitės.

24 lentelė. Vaikų, patyrusių smurtines traumas mokykloje amžius ir lytis

Ligonių amžius	Mergaitės		Berniukai		Iš viso	
	ligonių skaičius	%	ligonių skaičius	%	ligonių skaičius	%
7–11 m.	29	24,8	94	22,6	123	23,1
12–15 m.	78	66,7	277	66,7	355	66,7
16–17 m.	10	8,5	44	10,6	54	10,2
	117	100	415	100	532	100

Literatūroje dauguma autorių taip pat teigia, kad daug dažniau smurtą patiria berniukai, nei mergaitės [40, 58, 134, 158, 195 ir kt.]. Tačiau dėl skriaudžiamų vaikų amžiaus literatūros duomenys skirtingi. Kai kurie autoriai teigia, kad mušasi ir skriaudžiami mokykloje jaunesnio amžiaus mokiniai [195], kiti – 14–15 metų [158], dar kiti – 15–17 metų [40, 58]. Tyrimų duomenimis, du trečdaliai iš visų nuskriaustų mokykloje vaikų buvo vidutinio mokyklinio amžiaus (12–15 metų).

Analizuojant smurtinių traumų mokykloje aplinkybes ir mechanizmą, nustatyta, kad vaikai dažniausiai buvo skriaudžiami spalio (17,2%) ir gruodžio

mėnesiais (16,0% iš visų smurtinių traumų), kitais mėnesiais, rečiau – nuo 6,5% iki 10,9% ($p < 0,05$).

Dažniausiai vaikai mokykloje buvo skriaudžiami 11–13 val. (nuo 13,1% iki 16,8%), kitomis valandomis – daug rečiau – nuo 0,2% iki 5,6% ($p < 0,01$).

Vaikus mokykloje dažniausiai skriaudė bendraklasiai (53,9%) ar vyresni mokiniai (33,5%), dažniau berniukai (92,7%) nei mergaitės. Tačiau devynis vaikus skriaudė net mokytojai, vieną – treneris.

Pavyzdžiui, darbų pamokoje 13 metų berniuką mokytojas mušė pagaliu per galvą, sužeidė minkštuosius audinius.

25 lentelė. Asmenys, kurie skriaudė vaiką mokykloje

Skriaudė vaiką	Ligonių skaičius	%	Tikrasis %
Bendraklasiai	274	51,5	53,9
Bendraklasės	21	3,9	4,1
Kiti bendraamžiai mokiniai	13	2,4	2,6
Kitos bendraamžės mokinės	3	0,6	0,6
Kiti vyresni mokiniai	170	32,0	33,5
Kitos vyresnės mokinės	12	2,3	2,4
Mokytojas	9	1,7	1,8
Treneris	1	0,2	0,2
Suaugę vyrai	5	0,9	1,0
Neaišku, kas	24	4,5	n=508=100%
Iš viso	532	100	

Per fizinio lavinimo pamoką 12 metų berniuką smarkiai pastūmė mokytojas, vaikas krito ir lūžo blauzdikaulis.

Penkis vaikus sumušė atėję į mokyklą kitų mokinių tėvai, du iš jų buvo girti. Daugiau smurtaujančių ar nuskriaustų vaikų girtų asmenų nebuvo. Smurto motyvai medicininuose dokumentuose nebuvo pažymėti, tik iš dviejų vaikų norėta atimti mobiliuosius telefonus.

Dažniausiai vaikus skriaudė vienas bendraklasis (44,2%) ar vyresnis mokinys (16,5%), retai skriaudė keli ar daug bendraklasių (2,5%) bei vyresnių mokinių (3,3%).

Pavyzdžiui, 13 metų mergaitei bendraklasis purškė dujiniu balionėliu į veidą, jai nudegė kvėpavimo takai.

Mokykloje 14 metų berniuką sumušė ir smaugė bendraklasiai.

Bendraklasiai 14 metų berniuką per pertrauką pririšo prie kėdės ir sumušė, vaikas patyrė dauginių sumušimų.

Kada mokykloje vaikas buvo skriaudžiamas, matyti 26 lentelėje.

26 lentelė. Vaikų skriaudimo laikas mokykloje

Kada skriaudė	Ligonių skaičius	%	Tikrasis %
Per pamoką	13	2,4	12,7
Per fizinio lavinimo pamoką	8	1,5	7,8
Per pertrauką	50	9,4	49,0
Prieš pamokas	6	1,1	6,0
Po pamokų	22	4,1	21,6
Per varžybas	3	0,6	2,9
Neaišku kada	430	80,8	n=102=100%
Iš viso	532	100	

Dažniausiai vaikai buvo skriaudžiami per pertrauką (49,0%) ar po pamokų (21,6%), tačiau net 20,5% – per pamokas.

Panašius duomenis pateikia Kahur ir kt. [58]. Įvairiu laiku dažniausiai buvo skriaudžiami 12–15 metų berniukai – per pertrauką 60,0%, po pamokų – 40,9%, per pamokas 76,9% (tarp visų mokyklinio amžiaus vaikų), rečiau 7–11 metų berniukai, dar rečiau – 16–17 metų.

Kur mokykloje vaikai buvo skriaudžiami, matyti 27 lentelėje.

Dažniausiai vaikai smurtavo mokyklos kieme – 40,9%, tačiau neretai ir klasėje ar mokyklos koridoriuje, kitose vietose – daug rečiau. Kahur ir kt. [58] nurodo, kad iš JAV mokyklose mirtinų smurtinių traumų klasėje jas patyrė tik 9,5% mokinių.

Visose vietose dažniausiai buvo skriaudžiami 12–15 metų berniukai: klasėje 68,4%, sporto salėje – 50,0% (iš visų vaikų, patyrusių smurtą mokykloje), rečiau – 16–17 metų, dar rečiau – 7–11 metų mokiniai.

27 lentelė. Vaikų skriaudimo vieta mokykloje

Vieta	Ligonių skaičius	%	Tikrasis %
Klasėje	19	3,6	21,6
Koridoriuje	13	2,4	14,8
Ant laiptų	2	0,4	2,3
Buitinėse patalpose	2	0,4	2,3
Sporto salėje	8	1,5	9,1
Mokyklos kieme	36	6,8	40,9
Mokyklos stadione	5	0,9	5,7
Mokyklos diskotekoje	3	0,6	3,4
Neaišku kur	444	83,5	n=88=100%
Iš viso	532	100	

Kaip vaikai mokykloje buvo skriaudžiami, matyti 28 lentelėje.

28 lentelė. Smurto mechanizmas mokykloje

Smurto mechanizmas	Ligonių skaičius	%
Mušė ranka	372	70,0
Mušė kietu daiktu	12	2,3
Spyrė koja	64	12,0
Metė į vaiką daiktą	5	0,9
Pastūmė	52	9,8
Pastūmė nuo laiptų	2	0,4
Dūrė	5	0,9
Šovė	1	0,2
Smaugė	8	1,5
Bandė pakarti	2	0,4
Išmetė iš aukštai	4	0,8
Užpylė cheminių medžiagų	1	0,2
Purškė dujų balionu	2	0,4
Neaišku	2	0,4
Iš viso	532	100

Dažniausiai vaikas buvo skriaudžiamas jį mušant ranka (70,0%) ar kietu daiktu (kuprine, pagaliu ir kt.) – 2,3%, spiriant koja (12,0%) ar pastumiant (9,8%). Tačiau buvo ir pavojingų smurto mechanizmų: 5 vaikams per

pertrauką kiti mokiniai dūrė peiliu, į vieną šovė iš dujinio pistoleto, 8 vaikus smaugė, 2 bandė pakarti. Stumiant, kai vaikas galva atsitrenkdavo į sieną, patirtas galvos smegenų sukrėtimas, trims vaikams, kuriems kiti vaikai spyrė į tarpkoją, trūko sėklidės, vaikus teko operuoti. Pavyzdžiui, 13 metų berniukui kitas mokinys spyrė į tarpkoją, vaikui trūko sėklidė, vaikas operuotas. 13 metų mergaitę per pertrauką kiti mokiniai išmetė pro langą iš antro aukšto, jai lūžo šeštas šonkaulis, buvo sutrenktos galvos smegenys.

Vis tik, pas mus tirtų vaikų smurto mechanizmas nėra toks sunkus ir mirtinas kaip nurodo JAV autoriai [58]: mirtinos šautinės, durtinės žaizdos, pasmaugimai ir kt.

Vaikų dėl smurto patirti sužeidimai pateikti 29 lentelėje.

29 lentelė. Sužeidimai dėl smurto mokykloje

Sužeidimų pobūdis	Ligonių skaičius	%
Galvos smegenų sukrėtimas	263	49,4
Galvos smegenų sumušimas	2	0,4
Epidurinė hematoma	1	0,2
Subdurinė hematoma	3	0,6
Subarachnoidinė kraujosruva	1	0,2
Kaukolės kaulų lūžiai	3	0,6
Nosies kaulų lūžiai	34	6,4
Ilgųjų kaulų lūžiai	17	3,2
Trumpųjų kaulų lūžiai:	24	4,5
tarp jų V delnakaulio	16	3,0
Pavieniai įvairių vietų sumušimai:	475	89,3
tarp jų dauginiai sumušimai	54	10,2
Žaizdos	38	7,2
Nudegimai	3	0,6
Žymės kakle dėl smaugimo ar bandymo pakarti	10	1,9
Organų sužeidimai	21	3,9
Iš viso	532	100

Visų ligonių kūno išorėje buvo matomi sužeidimai: sumušimai (89,3%), žaizdos (7,2%), akies sumušimai ir nudegimai (2,8%) ir kūno paviršiaus nudegimai (0,6%).

Dažniausiai buvo sumušta ir sužeista galva ir veidas (75% iš visų sumuštų kūno vietų), dauginių sumušimų dažniausiai buvo galvos ir įvairių kūno vietų, 5 durtinės krūtinės, juosmens ir pirštų žaizdos, viena šautinė šlaunies žaizda.

Nerimą kelia dažnos galvos smegenų traumos – net 50,6%, iš jų sunkios traumos – 2,0%. Vienam pastumtam ir trims sumuštiems berniukams (7, 9, 11 ir 12 metų) buvo sunkios galvos smegenų traumos, vienam – kaukolės pagrindo lūžis ir epidurinė hematoma, kitiems – suburinės hematomos, dviem iš jų dar kaukolės skliauto kaulų lūžis ir galvos smegenų sumušimas.

Kaulų lūžius patyrė 78 ligoniai (14,7%) įvairių kaulų, tačiau gana būdingi ir nosies kaulų lūžiai (6,4%) bei penkto delnakaulio lūžiai (3,0%), jie beveik visi buvo 14–17 metų berniukams. Dauginiai kaulų lūžiai buvo 7 vaikams.

Iš vidaus organų dažniausiai buvo sumušti ar nudeginta akis (14 ligonių), 6 vaikams sumuštos sėklidės (3 trūko), vienam sumuštas inkstas.

Analizuojant patirtos traumos sunkumą pagal vaikų amžių ir lytį, nustatyta, kad sunkiausias traumas patyrė 12–15 metų berniukai: galvos smegenų sukrėtimą nuo 47,2% (13 metų) net iki 59% (15 metų); kaulų lūžių 15 metų vaikams buvo net 17,0% .

Norint palyginti vaikų patirtų smurtinių traumų mokykloje sunkumo laipsnį su traumomis kitose vietose ir šeimoje, nustatyta, kad pagal LR SAM įsakymą dėl sunkių traumų klasifikacinių požymių, sunkios traumos buvo tik 2 vaikams (0,6% visų smurtinių traumų mokykloje).

Daugelis traumų – nesunkios, tai rodo faktas, kad 134 ligoniai (25,3%) buvo gydomi ambulatorinėmis sąlygomis. Vaikų, gydytų ligoninėje, dienų vidurkis – $\bar{x}=2,8 \pm 0,3$.

Ligonio būklės sunkumo laipsnis pagal PTS buvo vidutiniškai $\bar{x} = 10,1 \pm 0,4$ balo (n = 523).

Nuo 2004 m. skaičiuotas vaikų traumų dėl fizinio smurto diagnostikos indeksas [21], iš viso 188 ligonių. 173 ligonių jis buvo 0 balų, 14 – 2 balai ir

vieno 3 balai, šio indekso vidurkis buvo $\bar{x} = 0,2 \pm 0,4$ balo, tai rodo, kad dauguma vaikų smurtinių traumų, patirtų mokykloje, buvo nesunkios.

Visi dėl patirtų mokykloje smurtinių traumų gydyti ligoniai pasveiko.

Apibendrinant galima teigti, kad šiuos duomenis palyginti su literatūros duomenimis galima buvo tik analizuojant vaikų amžių, lytį, o kartais ir smurto mechanizmą. Apie patirtas traumas literatūros šaltiniuose duomenų nepavyko rasti, todėl išvados darytos remiantis savo tyrimais.

Nustatyta, kad iš visų vaikų smurtinių traumų 17,1% įvyko mokykloje. Dažniausiai jas patyrė berniukai (78,0%), 12–15 metų amžiaus (66,7%). Vaikus dažniausiai skriaudė bendraklasiai (53,9%) ar vyresni mokiniai (33,5%), per pertrauką (49,0%), mokyklos kieme (40,9%). Vaikai dažniausiai buvo mušami ranka (70,2%), rečiau – spardomi ar stumiami.

Dauguma įvykusių mokykloje traumų palyginti nesunkios, tačiau nerimą kelia dažnos galvos smegenų traumas – net 50,6% iš visų traumų.

4.4. Vaikų smurtinės traumas viešose vietose

Viešose vietose (ne šeimoje ar mokykloje) smurtines traumas patyrė 2268 vaikai, t. y. 72,9% iš visų vaikų smurtinių traumų. Šių vaikų amžius ir lytis pateikti 30 lentelėje.

Įvairiose viešose vietose dažniausiai smurtines traumas patyrė berniukai – net 86,2%, mergaitės – tik 13,8%.

Dažniausiai buvo nuskriaustos 12–15 metų mergaitės – 57,1% iš visų, patyrusių smurtines traumas to paties amžiaus berniukų buvo (50,3%). Panašius duomenis pateikė ir B. Siaurusaitis ir kt. 2003 m. [159].

Kiek rečiau buvo skriaudžiami 16–17 metų vaikai.

Kadangi literatūros šaltiniuose beveik nerasta duomenų apie smurtą prieš vaikus viešose vietose, išskyrus keletą publikacijų [40, 158, 159], detaliai analizuota, kur vaikai patyrė smurtines traumas ne šeimoje ar mokykloje, ypač – kuriose vietose.

30 lentelė. Vaikų, patyrusių smurtines traumas įvairiose viešose vietose, amžius ir lytis

Ligonių amžius	Mergaitės		Berniukai		Iš viso	
	ligonių skaičius	%	ligonių skaičius	%	ligonių skaičius	%
Kūdikių	1	0,3	0	0	1	0,0
1–3 m.	0	0	7	0,4	7	0,3
4–6 m.	4	1,3	6	0,3	10	0,4
7–11 m.	34	10,9	211	10,8	245	10,8
12–15 m.	178	57,1	962	49,2	1140	50,3
16–17 m.	95	30,4	770	39,4	865	38,1
Iš viso	312	100	1956	100	2268	100

Priklausomai nuo vaiko amžiaus, tirtas smurto mechanizmas ir jo pasekmės – patirtų traumų pobūdis. Iš tirtų ligonių smurtines traumas viešose vietose patyrė net 72,9% visų vaikų patyrusių smurtines traumas, o literatūros šaltiniuose nepavyko rasti šių traumų mechanizmo bei traumų pobūdžio analizės. Tik J. Gincman-Dorošenko 2005 m. pateikė duomenis [40], kad 75,8% 14–17 metų vaikų patyrė smurtą už šeimos ribų – lauke (gatvėje, prie mokyklos, miške).

Tyrimo duomenimis, vaikai buvo skriaudžiami įvairiose vietose. Tyrimo duomenys pateikti 31 lentelėje.

Dažniausiai vaikus nuskriaudė gatvėje (33,4%) ar kieme (31,2%), taip pat prie mokyklos (prieš pamokas ir po jų) – 10,3%.

Reikėtų atkreipti dėmesį į tai, kad 616 vaikų (27,2%) nepavyko surasti duomenų apie smurto vietą. Tai gali būti dėl to, kad vaikai (dažniausiai 15–17 metų paaugliai) apie tai nepapasakojo arba gydytojai nepakankamai tiksliai surinko anamnezę apie traumos aplinkybes, ar tiesiog jų nenurodė dokumentuose. Mes to neteigiame, tai yra tik prielaidos, joms patvirtinti reikėtų tolesnių tyrimų.

Atlikus detalesnę analizę, kuriose vietose įvairaus amžiaus vaikai patyrė smurtines traumas, duomenys apibendrinti 32 lentelėje.

31 lentelė. Viešose vietose skriausti vaikai

Vieta	Ligonių skaičius	%	Tikrasis %
Gatvėje	553	24,4	33,4
Kieme	516	22,8	31,2
Prie mokyklos	171	7,5	10,3
Namo laiptinėje	62	2,7	3,8
Miške	44	1,9	2,7
Parke	48	2,1	2,9
Prie ežero	44	1,9	2,7
Stotyje	17	0,7	1,0
Kitur	144	6,4	8,7
Diskotekoje	53	2,3	3,2
Neaišku, kur	616	27,2	n=1652=100
Iš viso	2268	100	

Prieš 7–11 metų vaikus dažniausiai smurtauta kieme (51,3%), rečiau gatvėje. 12–15 metų vaikus dažniausiai skriaudė taip pat kieme (32,7%), rečiau – gatvėje (27,9%) ir prie mokyklos (14,1%). O 16–17 metų vaikai dažniausiai nuskriausti gatvėje (44,0%), rečiau – kieme (24,3%). Miške, parke, prie ežero ar upės ir diskotekoje dažniausiai buvo skriaudžiami 12–15 ir 16–17 metų berniukai. 144 vaikai (8,7%) buvo nuskriausti įvairiose kitose vietose: sode, lifte, turguje, parduotuvėje, stovykloje, stadione, policijos komisariate, troleibuse ir kitur.

Pavyzdžiui, 15 metų berniuką sumušė ir nuogą išrengė gruodžio mėnesį nepažįstami vaikinai. Greitoji medicinos pagalba rado jį be sąmonės, sušalusį ir atvežė į ligoninę. Diagnozuota galvos smegenų sumušimas, cerebrinė koma, subarachnoidinis kraujo išsiliejimas, nosies kaulų lūžis. Koma buvo sunki (3 balai pagal Glasgow komų skalę), tęsėsi 5 paras. Gydytas 42 paras ligoninėje ir nusiųstas į sanatoriją.

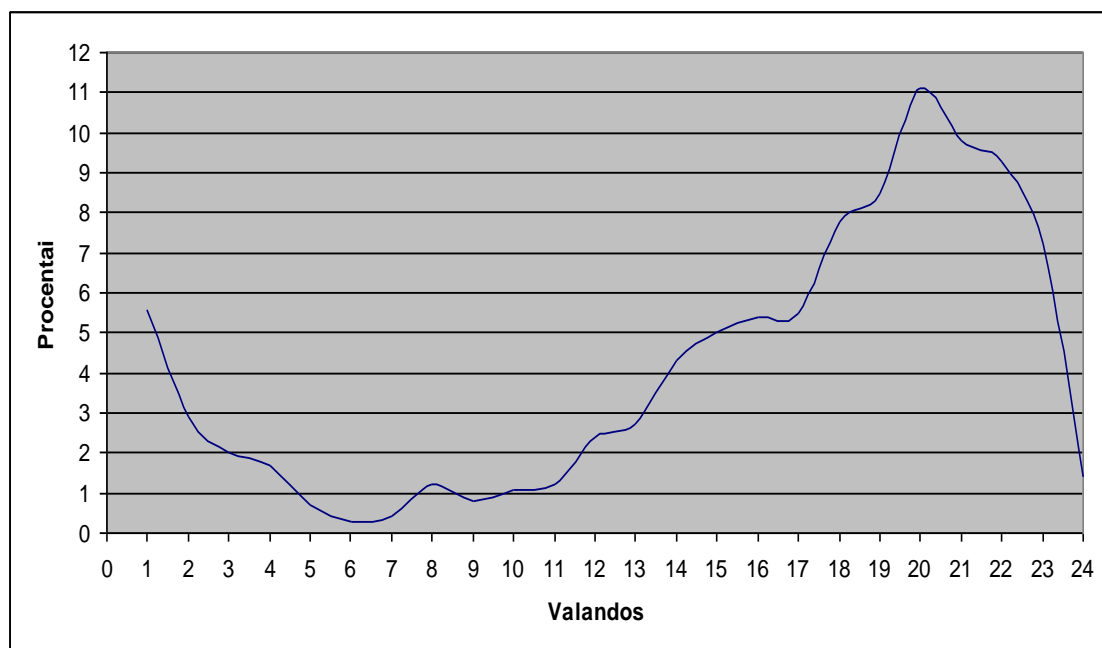
15 metų berniukui prie ežero 24 val. nepažįstamas vyresnis vaikas dūrė peiliu, sužeidė krūtinės ląstą.

Vaikai dažniausiai buvo skriaudžiami rugsėjo (9,6%) bei sausio mėnesiais (9,4%), tačiau palyginti su smurtinėmis traumomis kitais mėnesiais (7,0% –8,4%) statistiškai reikšmingo skirtumo nebuvo ($p > 0,05$).

32 lentelė. Įvairaus amžiaus vaikai, patyrę smurtines traumas viešose vietose

Ligonių amžius	Gatvėje	Kieme	Prie mokyklos	Namo laiptinėje	Miške	Parke	Prie ežero	Stotyje	Diskotekoje	Kitose vietose	Neaišku kur	Iš viso
Kūdikiai	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
1–3 m.	1	2	0	1	0	0	0	0	0	3	0	7
4–6 m.	1	3	0	0	0	0	0	0	0	2	4	10
7–11 m.	33	80	19	6	2	1	2	1	0	12	89	245
12–15 m.	233	273	118	37	25	24	27	6	24	67	306	1140
16–17 m.	285	157	34	18	17	23	15	9	29	60	218	865
Iš viso	553	516	171	62	44	48	44	16	53	144	617	2268

Kuriuo paros metu vaikai buvo skriaudžiami pavaizduota 3 pav.



3 pav. Kada vaikai patyrė smurtą viešose vietose

Analizuojant, kuriuo paros metu buvo skriaudžiami vaikai, nustatyta, kad juos dažniausiai skriaudė 20 val. (11,0%), 21 val. (9,8%) ir 22 val. (9,3%), palyginti su dažnumu kitomis valandomis $p < 0,05$. Nerimą kelia tai, kad 96

vaikai (5,6%) smurtą patyrė 1 val. nakties, nuo 24 iki 6 valandos ryto – net 282 vaikai (16,4%), o 23–6 val. – 405 vaikai, t. y. 23,6% (n = 1714), beveik ketvirtis vaikų, patyrusių smurtines traumas. Tai buvo 14–17 metų berniukai. J. Gincman-Dorošenko 2005 m. duomenimis [40], 14–17 metų vaikai dažniausiai nukentėjo vakare.

Duomenys, kokie asmenys skriaudė vaikus pateikti 33 lentelėje.

33 lentelė. Asmenys, skriaudę vaikus

Asmenys, skriaudę vaikus	Ligonių skaičius	%	Tikrasis %
Vyresni nepažįstami vaikai	1068	47,1	50,1
Vyresni pažįstami vaikai	311	13,7	14,6
Bendraamžiai vaikai	355	15,7	16,7
Nepažįstami vyrai	194	8,6	9,1
Nepažįstamos moterys	11	0,5	0,5
Pažįstami vyrai	123	5,4	5,8
Pažįstamos moterys	29	1,3	1,4
Policininkai	26	1,1	1,2
Apsaugininkai	13	0,6	0,6
Neaišku, kas	138	6,1	n=2130=100%
Iš viso	2268	100	

B. Siaurusaičio ir kt. 2003 m. duomenimis, dažniausiai susimušdavo 14–15 metų berniukai, dažniau pažįstami, o mūsų duomenimis, dažniausiai vaikus skriaudė vyresni nepažįstami vaikai, ypač gatvėje, miške, prie ežero, dažniau keli ar daugiau (275 vaikus), kaip vienas (147). Pažįstami vaikai skriaudė daug rečiau, dažniausiai gatvėje, kieme, namo laiptinėje, dažniau vienas (354 vaikus) nei keli ar daugiau (76 vaikus). Iš viso dažniausiai skriausdavo vienas vaikas – 511 vaikų (36,9%), negu keli ar daug – 351 (25,8%). Suaugusieji skriaudė dažniau nepažįstami vyrai bei moterys (9,6%) nei pažįstami (7,2%), tačiau skirtumas nėra statistiškai reikšmingas ($p > 0,05$). Dažniau skriaudė vienas asmuo (20,0%) nei keli ar daug suaugusiųjų (4,3%).

Kaip vaikai buvo skriaudžiami, matyti 34 lentelėje.

Dažniausiai vaikai buvo mušami ranka (77,9%) ar kietu daiktu (pagaliu, buteliu, akmeniu ir kt.) – 3,6%, pastaruoju dažniau mušė nepažįstami vyrai ar

vyresni vaikai gatvėje, kieme. Vaikai buvo spardomi kieme ar gatvėje, į juos šovė dažniausiai nepažįstami asmenys. Vaikai dūrė ar pšovė dažniausiai prieš upės ar ežero, rečiau gatvėje, kieme, dažniausiai nukentėjo 15–17 metų berniukai.

Pavyzdžiui, 15 metų berniuką Vilniaus miesto gatvėje užpuolė 2 girti nepažįstami vyrai, dūrė peiliu, sužeidė krūtinės ląstą ir plautį.

34 lentelė. Smurto mechanizmas viešose vietose

Smurto mechanizmas	Ligonių skaičius	%	Tikrasis %
Mušė ranka	1764	77,8	77,9
Mušė kietu daiktu	81	3,6	3,6
Spyrė koja	97	4,3	4,3
Metė į vaiką daiktą	38	1,7	1,7
Pastūmė	38	1,7	1,7
Pastūmė nuo laiptų	6	0,3	0,3
Dūrė	88	3,9	3,9
Pšovė	31	1,4	1,4
Šovė	39	1,7	1,7
Smaugė	13	0,6	0,6
Skandino	1	0,0	0,0
Bandė pakarti	19	0,8	0,8
Išmetė iš aukštai	7	0,3	0,3
Užpylė karšto skysčio ar uždegė	12	0,5	0,5
Užpylė cheminių medžiagų	2	0,1	0,1
Purškė dujų balionu	27	1,2	1,2
Neaišku	5	0,2	n=2263=100%
Iš viso	2268	100	

15 metų berniuką nepažįstami vaikinai sumušė ir numetė nuo tilto, vaikas patyrė dauginių sumušimų, buvo sumuštas plautis.

Į 17 metų vaikiną gatvėje šovė nepažįstami vyrai, sužeidė akį.

15 metų berniuką kieme smaugė pažįstamo berniuko tėvas, o kitą berniuką mušė ir smaugė du pažįstami bendraamžiai, 14 metų berniuką kieme smaugė kaimynė.

14 metų berniuką apipylė benzinu ir padegė keli nepažįstami vaikai.

Gatvėje vakare ar naktį neretai vaikai buvo skriaudžiami dažniausiai juos mušant ar spardant, atimant asmeninius daiktus: 68 vaikams – mobiliuosius telefonus, pinigus (31 vaikui) ar kitus daiktus (18 vaikų). Iš viso smurto motyvai buvo 117 vaikų (5,2%). B. Siaurusaitis ir kt. 2003 m. teigė [159], kad 2% vaikų buvo sumušti ir apiplėšti.

Vaikus skriaudė 46 girti asmenys (2,0%), dažniausiai suaugusieji (32 vyrai ir 4 moterys).

Kokius sužeidimus dėl smurto patyrė vaikai, matyti 35 lentelėje.

35 lentelė. Sužeidimai, kuriuos patyrė vaikai dėl smurto viešose vietose

Sužeidimų pobūdis	Ligonių skaičius	%
Galvos smegenų sukrėtimas	839	37,0
Galvos smegenų sumušimas	10	0,4
Subdurinė hematoma	1	0,1
Kaukolės skliauto lūžis	16	0,7
Kaukolės pamato lūžis	3	0,1
Veido kaulų lūžis:	246	10,8
tarp jų nosies kaulų lūžis	241	10,6
Ilgųjų kaulų lūžis	44	1,9
Trumpųjų kaulų lūžis:	136	6,0
tarp jų V delnakaulio lūžis	86	3,8
Minkštųjų audinių sumušimai	1795	79,1
Muštos žaizdos	305	13,4
Durtos, pjautos žaizdos	137	6,0
Šautinės žaizdos	36	1,6
Dauginiai sumušimai	381	16,8
Nudegimai	45	2,0
Asfiksija dėl smaigimo	12	0,5
Vidaus organų sužeidimai	112	4,9
Iš viso	2268	

Visi vaikai patyrė minkštųjų audinių sužeidimų: sumušimų, žaizdų, nudegimų. Durtos, pjautos ir šautinės žaizdos dažniausiai buvo 14–17 metų berniukams. Nudegimai karštu skysčiu (15 vaikų), ugnimi (9), cheminėmis

medžiagomis (4) bei papurškus dujomis akių nudegimai (17 vaikų). Daug buvo dauginių sumušimų (16,8%).

Kaulų lūžių buvo 445 vaikams (19,6%), tarp jų sunkių kaukolės skliauto ir pamato lūžių (8 iš jų dauginiai). Iš viso dauginių lūžių buvo 25 vaikams (1,1%). Kaip ir mokykloje, gana dažni buvo nosies kaulų lūžiai (10,6% iš visų traumų ir 54,2% iš visų kaulų lūžių) bei V delnakaulio lūžiai (3,8% iš visų traumų ir 19,3% iš visų kaulų lūžių). Kitų kaulų lūžių buvo mažiau, tik keliems ligoniams.

Galvos smegenų traumų buvo 37,5% ligonių, 0,5% iš jų sunkios.

Iš vidaus organų dažniausiai buvo sužeistos akys – 90 ligonių (17 nudeginta, kitiems sumušta), 13 vaikų buvo sumušti plaučiai, 3 – blužnis, 2 – inkstai, 2 – sėklidės. Pateikiame keletą sunkių sužeidimo pavyzdžių.

Pavyzdžiui, 15 metų berniuką Vilniuje prie mokyklos 21 valandą sumušė ir peiliu subadė nepažįstami vaikinai. Atvežtas į VUVL GMP sunkios būklės. Nustatyti dauginiai kūno sumušimai, durtos žaizdos abiejose krūtinės pusėse, žaste ir galvoje, abipusis hemotoraksas. Skubiai operuotas, atlikta torakotomija iš kairės, rastas sužeistas plautis, jis susiūtas, krūtinės ląsta drenuota. Dešinės pusės torakotomija, rastos perikardo ir diafragmos žaizdos, jos susiūtos, krūtinės ląsta drenuota. Ligonis 6 paras gydytas reanimacijos skyriuje ir dar 14 dienų – torakalinės chirurgijos skyriuje, po to išrašytas į namus.

Penkiolikos metų berniukui peiliu dūrė nepažįstamas vaikinai į kairę pilvo pusę. Vaikas operuotas, sužeista storoji žarna, sterkoralinis peritonitas. Gydytas ligoninėje 16 parų, pasveiko.

Penkiolikos metų berniukui suaugusi kaimynė dūrė peiliu į krūtinę, sužeidė krūtinės ląstą ir plautį, vaikas operuotas, plautis susiūtas.

Penkiolikos metų berniuką gatvėje sustabdė nepažįstami vaikinai, prašė pinigų, šovė, sužeidė šlaunį.

Dvylikos metų mergaitei Vilniaus mieste girtas kaimynas kirto kirviu į galvą. Diagnozė: galvos kiršta žaizda, momenkaulio lūžis, galvos smegenų sumušimas. Buvo gydoma ligoninėje 13 parų, pasveiko.

Vertinant ligonių būklę palyginti su neviešose vietose (šeimoje, mokykloje) įvykusiomis traumomis, dauguma traumų buvo nesunkios:

– pagal SAM įsakymą dėl sunkių traumų klasifikacinių požymių, sunki ligonio būklė buvo tik 19 ligonių (1,2%, n= 1598);

– ambulatorinėmis sąlygomis gydyti 927 ligoniai (40,9%, n= 2268);

– ligoninėje gydyti nuo 1 iki 19 parų, vidutiniškai $\bar{x} = 3,9 \pm 0,3$ paros;

– traumų sunkumas pagal PTS dažniausiai buvo 10–11 balų, vidutiniškai $\bar{x} = 10,1 \pm 0,2$ balo (n = 2265);

– NDI vidutiniškai $\bar{x} = 0,2 \pm 0,2$ (n = 1076).

Apibendrinant galima teigti, kad neradę literatūroje smurtinių traumų viešose vietose analizės, ją atlikus darytos išvados iš savo tyrimų. Nors viešose vietose įvykusios traumos nėra tokios sunkios, kaip šeimoje, tačiau labai aktualios, nes yra dažniausios (72,9%) iš visų vaikų patirtų smurtinių traumų. Dažniausios 12–17 metų vaikų, ypač berniukų, traumos, įvykstančios gatvėje ar kiemuose bei įvairiose kitose vietose. Šių traumų priežasčių analizė, ypač tai, kad iš visų šių traumų beveik ¼ vaikų (dažniausiai vyresni) patyrė 23–6 val. nakties (23,6%), gali padėti planuojant šių traumų prevencijos priemones.

4.5 Vaikų smurtinių traumų ypatumai, lyginant jas su atsitiktinėmis traumomis

Literatūros šaltiniuose kai kurie autoriai teigia, kad smurtinės traumos yra sunkesnės nei atsitiktinės, nuo jų didesnis mirštamumas [21, 28, 135, 145]. Tačiau jose neapteikiama detalesnė smurtinių traumų ypatumų analizė pagal vaikų amžių. Nors aprašomi smurtinėms traumoms būdingi požymiai [31, 36, 40, 52, 140], tačiau pažymima, kad diagnozuoti šias traumas nėra lengva, gali pasitaikyti diagnostikos klaidų [52, 140, 149]. Pavyko rasti tik keletą publikacijų, kuriose įvertintas vaikų smurtinių traumų sunkumo laipsnis pagal ISS [20, 21, 33, 138], mūsų šalyje panašių tyrimų neskelbta.

Šio mūsų tyrimo tikslas – nustatyti vaikų smurtinių traumų ypatumus ir skirtumus nuo atsitiktinių traumų pagal vaikų amžiaus grupes.

Retrospektyviai analizuoti vaikų, gydytų 2001–2005 metais VUVL dėl smurtinių traumų (200 ligonių) ir atsitiktinių traumų (200 ligonių) bei ambulatoriškai šioje ligoninėje gydytų (po 100 ligonių) vaikų medicininiai dokumentai. Ligonijų atranka buvo atsitiktinė. Šios dvi ligonių grupės vienodos pagal ligonių amžių ir lytį (36 ir 37 lentelės).

36 lentelė. Stacionare dėl traumų gydyti ligoniai

Amžius metais	Smurtinės traumos		Atsitiktinės traumos	
	ligonių skaičius	%	ligonių skaičius	%
Iki 3 m.	17	8,5	17	8,5
4–6 m.	13	6,5	13	6,5
7–11 m.	27	13,5	27	13,5
12–17 m.	143	71,5	143	71,5
Iš viso	200	100	200	100

37 lentelė. Ambulatoriškai dėl traumų gydyti ligoniai

Amžius metais	Smurtinės traumos		Atsitiktinės traumos		p
	ligonių skaičius	%	ligonių skaičius	%	
Iki 3 m.	18	18	19	19	0,8
4–6 m.	5	5	8	8	0,3
7–11 m.	20	20	18	18	0,7
12–17 m.	57	57	55	55	0,7
Iš viso	100	100	100	100	1,0

Analizuoti atskirų amžiaus grupių traumų požymiai: traumos mechanizmas, sužeidimų pobūdis ir sunkumo laipsnis, gydymo stacionare trukmė, mirštamumas. Sužeidimų sunkumas įvertintas pagal įprastus klinikinius kriterijus: diagnozę, gydymo intensyvios terapijos skyriuje bei stacionare trukmę, LR SAM 2001 07 18 įsakymą Nr. 397 „Dėl sunkių traumų klasifikacinių požymių“ ir pediatriinę traumų skalę (PTS) [16, 179].

Stacionare gydytų vaikų traumų mechanizmas pateikiamas 38 lentelėje.

38 lentelė. Stacionare gydytų vaikų traumų mechanizmas

Smurtinės traumos					Atsitiktinės traumos				
Priežastys	M	B	iš viso	%	Priežastys	M	B	iš viso	%
Sumušė nepažįstami asmenys	6	62	68	34,0	Krito	41	123	164	82
Mušė, spardė pažįstami asmenys	26	46	72	36,0	Krito iš aukštai	3	5	8	4,0
Mušė nepažįstami asmenys, atėmė pinigus, telefoną	-	9	9	4,5	Nudegė karštu vandeniu	4	6	10	5,0
Nepažįstami asmenys dūrė peiliu	-	5	5	2,5	Nusidegino benzinu	-	1	1	0,5
Pažįstami asmenys dūrė peiliu	2	2	4	2,0	Susižeidė ranką peiliu	2	8	10	5,0
Šovė nepažįstami asmenys	-	2	2	1,0	Užlipo ant stiklo, adatos	1	2	3	1,5
Šovė pažįstami asmenys	-	1	1	0,5	Sušalo	-	1	1	0,5
Mušė tėvas	2	8	10	5,0	Įkando gyvatė	-	1	1	0,5
Tėvas dūrė peiliu	-	1	1	0,5	Pasuko koją	1	-	1	0,5
Mušė patėvis	3	1	4	2,0	Patraukė už rankos	-	1	1	0,5
Mušė dėdė	1	-	1	0,5					
Mušė mama	6	3	9	4,5					
Mama skandino	1		1	0,5					
Tėvas išmetė pro langą	-	2	2	1,0					
Vaiko nepriežiūra	5	6	11	5,5					
Iš viso	52	148	200	100		52	148	200	100

Matyti, kad abiejų grupių traumų mechanizmas iš esmės skiriasi. Smurtines traumas tyčia sukėlė nepažįstami (42%) ar pažįstami (38,5%) vaikai ir suaugusieji, vaiką mušdami, spardydami, durdami peiliu ar šaudami, kartais

– ir norėdami apiplėšti (4,5%). Šeimoje įvyko 19,5% visų smurtinių traumų, o mažiems ir ikimokyklinio amžiaus vaikams – visos.

Atsitiktines traumas vaikai dažniausiai patyrė netyčia krisdami (86 %), kitos priežastys buvo labai įvairios ir nedažnos: nudegimai, atsitiktiniai susižeidimai aštriu daiktu, gyvatės įkandimas ir kt. Šie dėsningumai nustatyti tarp visų keturių vaikų amžiaus grupių.

Analizuojant vaikų smurtinių ir atsitiktinių traumų mechanizmą, nustatyta, kad jis visiškai skyrėsi. Tai yra natūralu, todėl daugelis autorių smurtines traumas analizuoja atkirai nuo kitų traumų, kai kurie jas tik palygina su atsitiktinėmis traumomis [21, 28, 145].

Į šį tyrimą, kaip ir kitų autorių [21, 135, 145], tarp atsitiktinių traumų neįtraukti vaikai, patyrę eismo traumas, nors šios yra labai aktualios, jų priežastys ir padariniai yra visiškai skirtingi. Todėl daugelyje šalių vaikų autotraumos yra analizuojamos atskirai siekiant numatyti jų prevencijos priemones [45, 148].

Tarp stacionare gydytų vaikų dėl atsitiktinių traumų girtų nukentėjusiųjų nebuvo, o vaikų smurtines traumas dažnai (7,5%) sukėlė neblaivūs asmenys. Ypač dažnai vaikus iki 3 metų skriaudė girti asmenys šeimoje – net 41,2% vaikų patyrė tokias traumas.

Traumų padariniai ir sužeidimo pobūdis matyti 39 lentelėje.

Kartais traumas buvo dauginės, drauge su minimais šioje lentelėje buvo ir kitų sužeidimų.

Jei trauma buvo smurtinė, drauge ir galvos smegenų sukrėtimas, 33 ligoniams buvo nosies kaulų lūžiai ir vienam momenkaulio lūžis, o jei atsitiktinė – atitinkamai 1 ir 0. Lūžus galvos kaulams dėl smurtinių traumų dar 5 vaikams buvo galvos smegenų sumušimas, 5 – subarachnoidinės kraujosruvos, 1 – epidurinė hematoma, 1 – šonkaulio lūžis ir 1 – plaučio sumušimas. Įvykus atsitiktinėms traumoms, šių sužeidimų nebuvo.

Iš šių duomenų matyti, kad labai skyrėsi abiejų grupių sužeidimų pobūdis, ir jų sunkumo lygis. Smurtinėms traumoms būdingi galvos smegenų sužeidimai: 52% galvos smegenų sukrėtimas, 4,5% kaukolės kaulų lūžiai,

3,5% galvos smegenų sumušimai, intrakranijinės kraujosruvos. Jiems taip pat būdingi nosies kaulų lūžiai (16,5%) ir berniukų delnakaulių lūžiai (8,0%), dauginiai kūno sumušimai (18%). Kelių mažų vaikų buvo mušimo diržu žymės nugaros ar sėdmenų srityje.

Atsitiktinių traumų metu buvo daugiau pavienių įvairių kūno vietų sumušimų, žaizdų, nudegimų ir pavienių kaulų lūžių. Galvos traumos daug lengvesnės: 22% galvos smegenų sukrėtimų, sunkesnių smegenų sužalojimų nebuvo, 15,5% vaikų buvo sumušti tik galvos minkštieji audiniai.

39 lentelė. Stacionare gydytų vaikų sužeidimai

Diagnozė	Smurtinės traumos		Atsitiktinės traumos		p
	ligonių skaičius	%	ligonių skaičius	%	
Galvos smegenų sukrėtimas	104	52,0	44	22,0	0
Galvos smegenų sumušimas	2	1,0	0	0	> 0,05
Galvos kaulų lūžimas	8	4,0	0	0	< 0,05
Galvos sumušimas	10	5,0	32	15,5	< 0,05
Ilgųjų kaulų lūžiai	8	4,0	41	20,5	0
Trumpųjų kaulų lūžiai	13	6,5	30	15,5	0,1
Išnirimai	0	0	5	2,5	> 0,05
Nudegimai, nušalimai	1	0,5	12	6,0	< 0,05
Dauginiai sumušimai	36	18,0	8	4,0	0
Nedidelės žaizdos	6	3,0	19	9,5	< 0,05
Durtinės krūtinės, pilvo, galūnių žaizdos	8	4,0	0	0	< 0,05
Šautinės žaizdos	3	1,5	0	0	> 0,05
Kitos traumos	1	0,5	9	4,5	> 0,05
Iš viso	200	100	200	100	

Vertinant, kiek tirtų ligonių buvo patyrę sunkias traumas pagal LR SAM nustatytus sunkių traumų klasifikacinius požymius, atsitiktines traumas patyrusiems vaikams sunkių sužalojimų nebuvo, tačiau jų buvo 17 smurtines traumas patyrusių ligonių (8,5%): 8 – kaukolės skliauto kaulų lūžiai (tarp jų 5 ligoniams buvo galvos smegenų sumušimas ir 6 – subarachnoidinis kraujo išsiliejimas ar epidurinė hematoma), 2 – galvos smegenų sumušimas nesant

kaulų lūžių, 6 – durtinės krūtinės ir pilvo žaizdos, 1 – plaučio sumušimas ir galvos smegenų sukrėtimas ir 1 – dubens kaulų ir šlaunikaulio lūžiai.

Ambulatoriškai gydytų vaikų traumų pobūdis matyti 40 lentelėje.

40 lentelė. Ambulatoriškai gydytų vaikų traumų pobūdis

Diagnozė	Smurtinės traumos		Atsitiktinės traumos	
	ligonių skaičius	%	ligonių skaičius	%
Galvos sumušimas	41	41	30	30
Kitų kūno vietų pavieniai sumušimai	10	10	37	37
Galvos žaizda	9	9	19	19
Kitų vietų paviršinės žaizdos	2	2	4	4
Čiurnos raiščių patempimas	0	0	5	5
Stipinkaulio galvos panirimas	0	0	3	3
Galvos sumušimas ir nosies kaulų lūžis	8	8	2	2
Delnakaulių, pirštikaulių lūžiai	3	3	0	0
Galvos smegenų sukrėtimas	6	6	0	0
Peiliu durtos ir pjautos pilvo ir šlaunies žaizdos	3	3	0	0
Dauginiai sumušimai	18	18	0	0
Iš viso	100	100	100	100

Iš 40 lentelės duomenų matyti, kad dėl smurto vaikai patyrė sunkesnes traumas.

Atsitiktines traumas patyrusiems vaikams dažniausiai buvo nesunkūs galvos ir kitų kūno vietų sumušimai, paviršinės žaizdos ir kitos traumos.

Dėl smurtinių traumų dažniau buvo sužeista galva (64% visų traumų), dažnai – sunkiai: 8 vaikams lūžo nosies kaulai, 6 – buvo galvos smegenų sukrėtimas. Joms būdingi ne pavieniai, o dauginiai sumušimai, pavojingos durtos peiliu ir pjautos žaizdos. Visi kaulų lūžiai buvo berniukams.

Analizuota, kaip skyrėsi abiejų grupių sužeidimai, priklausomai nuo vaikų amžiaus tiek ambulatoriškai, tiek ir stacionare gydytų ligonių. Duomenys pateikiami 41–44 lentelėse.

41 lentelė. Vaikų iki 3 metų sužeidimai

Diagnozė	Smurtinės traumos		Atsitiktinės traumos	
	ligonių skaičius	%	ligonių skaičius	%
Galvos smegenų sukrėtimas	4	11,4	3	8,3
Galvos smegenų sumušimas + subarachnoidinė kraujosruva	1	2,8	0	0
Kaukolės kaulų lūžimas	1	2,8	0	0
Galvos sumušimas	13	37,1	11	30,6
Dauginiai sumušimai	10	28,6	0	0
Pavieniai sumušimai	1	2,8	5	13,9
Muštos žaizdos	1	2,8	3	8,3
Šlaunikaulio lūžis	1	2,8	0	0
Blauzdikaulio lūžis	1	2,8	1	2,8
Dilbio kaulų lūžis	0	0	1	2,8
Pirštakaulio lūžis	1	2,8	0	0
Nudegimai	1	2,8	10	27,8
Stipinkaulio galvutės panirimas	0	0	2	5,6
Iš viso	35	100	36	100

Vaikams, patyrusiems smurtines traumas, buvo daugiau galvos smegenų traumų (17,0% ir 8,3%, $p < 0,05$) ir jos buvo sunkesnės: 2 vaikams buvo kaukolės kaulų lūžiai ir galvos smegenų sumušimas su subarachnoidine kraujosruva, būdingi dauginiai sumušimai, o atsitiktinėms traumoms – daugiau pavienių sumušimų, žaizdų ir ypač – nudegimų.

42 lentelė. 4–6 metų vaikų sužeidimai

Diagnozė	Smurtinės traumos		Atsitiktinės traumos	
	ligonių skaičius	%	ligonių skaičius	%
Galvos smegenų sukrėtimas	3	16,7	2	9,5
Galvos smegenų sumušimas + subarachnoidinė kraujosruva	1	5,6	0	0
Politrauma: galvos smegenų ir plaučio sumušimas	1	5,6	0	0
Galvos sumušimas	2	11,1	5	23,8
Dauginiai sumušimai	9	50,0	0	0
Pavieniai sumušimai	0	0	5	23,8
Žaizdos	1	5,6	4	19,0
Dubens kaulų ir šlaunikaulio lūžiai	1	5,6	0	0
Stipinkaulio lūžis ir galvutės panirimai	0	0	3	14,3
Nudegimas, nušalimas	0	0	2	9,5
Iš viso	18	100	21	100

Daugeliui šioje grupėje vaikų, patyrusių smurtines traumas, būdingos galvos smegenų traumos (27,9% ir 9,5%, $p < 0,001$) ir jos buvo sunkesnės: 2 ligoniams buvo galvos smegenų sumušimų, dauginių sumušimų, o atsitiktinėms traumoms būdinga daugiau pavienių sumušimų ir žaizdų, kaulų lūžių, nudegimų ir nušalimų.

Dėl smurtinių traumų dažniau ir sunkiau buvo sužeistos galvos smegenys (55,3% ir 22,0%, $p < 0,001$), būdingi dauginiai sumušimai, o atsitiktinių traumų metu daugiau pavienių sumušimų ir žaizdų, kaulų lūžių.

Kartu su kaukolės skliauto kaulų lūžiu keturiems vaikams buvo sumuštos galvos smegenys, 3 – subarachnoidinis kraujo išsiliejimas, atsitiktines traumas patyrusiems vaikams jų nebuvo. Kartu su galvos smegenų sukrėtimu 30-čiai

vaikų buvo nosies kaulų lūžiai, patyrusiems atsitiktines traumas – tik vienam vaikui.

43 lentelė. 7–11 metų vaikų sužeidimai

Diagnozė	Smurtinės traumas		Atsitiktinės traumas	
	ligonių skaičius	%	ligonių skaičius	%
Galvos smegenų sukrėtimas	25	53,2	10	22,2
Galvos smegenų sumušimas + epidurinė hematoma + momenkaulio lūžis	1	2,1	0	0
Galvos sumušimas	5	10,6	10	22,2
Kitų vietų sumušimai	3	6,4	6	13,3
Dauginiai sumušimai	9	19,1	0	0
Žaizda	2	4,3	8	17,8
Durta nugaros žaizda	1	2,1	0	0
Pirštakaulio lūžis	1	2,1	0	0
Dilbio kaulų lūžis	0	0	9	20,0
Nudegimas	0	0	2	4,4
Iš viso	47	100	45	100

Dėl smurtinių traumų buvo daugiau galvos smegenų sužeidimų nei dėl atsitiktinių (42,0% ir 14,6%, $p < 0,001$), dažnesni dauginiai sumušimai negu pavieniai.

Pavojingos durtinės ir pjautinės peiliu krūtinės, pilvo ir galūnių žaizdos būdingos vaikams, patyrusiems smurtą.

Dėl atsitiktinių traumų buvo daugiau kaulų lūžių ir išnirimų, jie sudarė 31,9% iš visų traumų, dėl kurių vaikai buvo gydomi stacionare, pavienių įvairių kūno sumušimų ir muštinių žaizdų.

Visi ligoniai, patyrę atsitiktines traumas, gydyti traumatologijos skyriuje, o iš patyrusių smurtines traumas 7 ligoniai (3,5%) buvo sunkios būklės. Iš pradžių jie gydyti reanimacijos ir intensyvios terapijos skyriuje.

Kiek laiko abiejų grupių ligoniai gydyti stacionare, matyti iš 45 lentelėje pateiktų duomenų.

Analizuojant ligonių gydymo trukmę reikšmingo skirtumo tarp abiejų grupių neradome ($p > 0,05$). Jis būdingas tik kai kurioms amžiaus grupėms.

44 lentelė. 12–17 metų vaikų sužeidimai

Diagnozė	Smurtinės traumos		Atsitiktinės traumos	
	ligonių skaičius	%	ligonių skaičius	%
Galvos smegenų sukrėtimas	78	39,0	29	14,6
Kaukolės skliauto kaulų lūžis	6	3,0	0	0
Nosies kaulų lūžis	7	3,5	0	0
Galvos sumušimas	34	17,0	36	18,2
Dauginiai sumušimai	26	13,0	8	4,0
Įvairių vietų pavieniai sumušimai	10	5,0	31	15,7
Galvos muštinė žaizda	7	3,5	9	4,5
Įvairių vietų muštinės žaizdos	0	0	18	9,1
Durtinės krūtinės, pilvo žaizdos	5	2,5	0	0
Durtinės, pjautinės galūnių žaizdos	5	2,5	0	0
Šautinės akies, ausies žaizdos	3	1,5	0	0
Ilgųjų kaulų lūžiai	5	2,5	30	15,1
Ilgųjų kaulų išnirimai	0	0	3	1,5
Trumpųjų kaulų lūžiai	14	7,0	30	15,2
Trūkės vidinio kelio sąnario meniskas	0	0	3	1,5
Trūkusi Achilo sausgyslė	0	0	1	0,5
Iš viso	200	100	198	100

Vaikų dėl traumų gydytų stacionare sunkumo lygis pagal PTS matyti 46 lentelėje.

Vertinant traumų sunkumo lygį pagal PTS ir mergaičių, ir berniukų smurtinės traumos buvo sunkesnės nei atsitiktinės: $\bar{x} = 9,6 \pm 0,1$ ir $\bar{x} = 10,1 \pm 0,1$, $p < 0,05$. Ypač tai ryšku tarp 4–6 metų mergaičių ir 7–11 metų berniukų grupių.

45 lentelė. Gydomo stacionare trukmė

Lytis	Amžius	Smurtinės traumos $\bar{x} \pm S\bar{x}$ (paros)	Atsitiktinės traumos $\bar{x} \pm S\bar{x}$ (paros)	p
M	Iki 3 m.	1,0 ± 0	3,4 ± 0,7	< 0,05
	4–6 m.	8,5 ± 1,0	3,6 ± 1,0	< 0,05
	7–11 m.	8,3 ± 3,0	2,3 ± 0,5	< 0,05
	12–17 m.	3,9 ± 0,5	4,3 ± 0,5	> 0,05
	Iš viso	4,4 ± 0,5	3,7 ± 0,4	> 0,05
B	Iki 3 m.	5,0 ± 0	4,2 ± 1,7	> 0,05
	4–6 m.	2,5 ± 0,3	3,8 ± 1,5	> 0,05
	7–11 m.	7,0 ± 2,6	2,8 ± 0,5	< 0,05
	12–17 m.	4,1 ± 0,3	3,7 ± 0,4	> 0,05
	Iš viso	4,2 ± 0,3	4,3 ± 0,3	> 0,05
Iš viso M + B		4,2 ± 0,3	4,1 ± 0,2	> 0,05

46 lentelė. Vaikų dėl traumų gydytų stacionare sunkumo lygis pagal PTS

Lytis	Amžius	Smurtinės traumos Balai $\bar{x} \pm S\bar{x}$	Atsitiktinės traumos Balai $\bar{x} \pm S\bar{x}$	p
M	Iki 3 m.	7,7 ± 0,2	7,6 ± 0,2	> 0,05
	4–6 m.	8,4 ± 1,0	10,8 ± 0,2	< 0,05
	7–11 m.	10,4 ± 1,0	10,25 ± 0,2	> 0,05
	12–17 m.	9,9 ± 0,2	10,6 ± 0,1	< 0,05
	Iš viso	9,5 ± 0,1	10,0 ± 0,1	< 0,05
B	Iki 3 m.	7,5 ± 0,2	7,6 ± 0,2	> 0,05
	4–6 m.	10,6 ± 0,2	10,6 ± 0,2	= 1,0
	7–11 m.	9,3 ± 0,3	10,3 ± 0,1	< 0,05
	12–17 m.	9,9 ± 0,1	10,3 ± 0	< 0,05
	Iš viso	9,8 ± 0,1	10,1 ± 0,1	< 0,05
Iš viso M + B		9,6 ± 0,1	10,1 ± 0,1	< 0,05

Ambulatoriškai gydytų traumų sunkumo lygis pagal PTS pateiktas 47 lentelėje.

Vertinant traumų sunkumo lygį pagal PTS matyti, kad mažų ir ikimokyklinio amžiaus vaikų atsitiktinių ir smurtinių traumų sunkumo lygis nesiskyrė. Mokyklinio amžiaus vaikų smurtinės traumos buvo reikšmingai

sunkesnės, $p < 0,05$. Abiejų traumų grupių esminio skirtumo tarp mergaičių ir berniukų nebuvo.

47 lentelė. Ambulatoriškai gydytų traumų sunkumo lygis pagal PTS

Amžius metais	Smurtinės traumos	Atsitiktinės traumos	p
	balai $\bar{x} \pm S\bar{x}$	balai $\bar{x} \pm S\bar{x}$	
Iki 3 m.	8,0 ± 0	8,0 ± 0	= 1,0
4–6 m.	11,0 ± 0	11,0 ± 0	= 1,0
7–11 m.	10,7 ± 0,1	11,0 ± 0	< 0,5
12–17 m.	10,7 ± 0,1	11,0 ± 0	< 0,5
Iš viso	10,3 ± 0,1	10,7 ± 0,1	< 0,5

Apibendrinant šio tyrimo rezultatus, galima teigti, kad vaikų smurtinių ir atsitiktinių traumų priežastys ir mechanizmas iš esmės skyrėsi (38 lentelė).

Nustatyta, kad dėl smurtinių traumų dažniausiai buvo sužeista galva – 62% ligonių, tarp jų 52% buvo galvos smegenų sukrėtimas, 4,5% – kaukolės kaulų lūžiai, 3,5% – galvos smegenų sumušimas, intrakranijinės kraujosruvos (39 lentelė). Atsitiktinių traumų grupėje galvos sužeidimų buvo mažiau ir jie lengvesni. Šioms traumoms būdingi pavieniai įvairių kūno vietų sumušimai, žaizdos ir pavienių kaulų lūžiai, o smurtines traumas patyrusiems vaikams gerokai daugiau nustatyta dauginių sumušimų (21,0% ir 6,5%, $p = 0$), buvo matyti mušimo diržu žymių nugaros, sėdmenų srityse.

Smurtinėms traumoms būdingi galvos kaulų, ypač nosies kaulų, lūžiai (16,5% ir 1,0%, $p = 0$), vyresnių vaikų lūžo delnakauliai (8%). Durtinės ir šautinės krūtinės, pilvo ir kitų sričių žaizdos buvo tik smurtines traumas patyrusiems vaikams (4,0% ir 0%, $p < 0,05$). Šie dėsniumai nustatyti visų keturių amžiaus grupių vaikams, taip pat ir gydytiems ambulatoriškai.

Čia pateikti duomenys patvirtina literatūros duomenis, kad vaikų smurtinės traumas yra daug sunkesnės nei atsitiktinės [21, 28, 135, 145], tai nustatyta tiek stacionariai, tiek ambulatoriškai gydytiems ligoniams.

Ypač didelis skirtumas vaikų iki 5–6 metų. Di Scala ir kitų [28] duomenimis, vaikų iki 5 metų, patyrusių smurtines traumas, intrakranijiniai

sužeidimai sudarė 42,2%, o atsitiktines – 14,1%. Mūsų rezultatai panašūs: vaikams iki 6 metų jų buvo 40% ir 16,7%, $p < 0,01$.

Lyginant šių traumų sunkumą pagal LR SAM nustatytus sunkių traumų klasifikacinius požymius tarp atsitiktinių traumų sunkių traumų nebuvo, tačiau jų buvo 8,5% vaikų, patyrusių smurtines traumas.

Chang ir kt. [21] nurodo, kad vaikai, patyrę smurtines traumas, gydyti stacionariai 4 dienas, o atsitiktines – 1 dieną. Patvirtinti negalime, nes gydymo trukmė stacionare buvo beveik vienoda (5 lentelė): $\bar{x} = 4,1 \pm 0,2$ ir $4,2 \pm 0,3$ d., $p > 0,05$. Šis skirtumas nustatytas tik lyginant atskirų amžiaus grupių vaikus: 4–6 m. mergaitės ir 7–11 m. bei 7–11 m. berniukai, patyrę smurtines traumas, gydyti ligoninėje ilgiau nei patyrusieji atsitiktines ($p < 0,05$).

Vertinant abiejų tiriamų grupių traumų sunkumo laipsnį pagal PTS, visiems vaikams smurtinės traumos buvo sunkesnės nei atsitiktinės (46 ir 47 lentelės): stacionare gydytiems ligoniams $\bar{x} = 9,6 \pm 0,1$ ir $10,1 \pm 0,1$, $p < 0,05$, ambulatoriškai $\bar{x} = 10,3 \pm 0,1$ ir $10,7 \pm 0,1$, $p = 0,05$.

Vertindamas vaikų smurtinių traumų sunkumo laipsnį pagal ICC, Chang ir kt. [21] teigia, kad smurtinės traumos yra sunkesnės (10 balų) nei atsitiktinės (4 balai) ir jos sukelia didesnę mirštamumą (12% ir 2%). Reece ir kt. [145] taip pat nurodo daug didesnę mirštamumą nuo smurtinių traumų (13% ir 2%). Šių duomenų patvirtinti negalime, nes tarp tirtų grupių mirusių ligonių nebuvo.

Visi šie požymiai ir skirtumai analizuoti pagal keturias vaikų amžiaus grupes. Tokios analizės literatūroje neradome.

Visiškai skyrėsi vaikų smurtinių ir atsitiktinių traumų mechanizmas, smurtinės traumos buvo sunkesnės nei atsitiktinės pagal šiuos kriterijus: sužeidimų pobūdį, LR SAM nustatytus sunkių traumų klasifikacinius požymius bei PTS. Šie skirtumai nustatyti tarp visų vaikų amžiaus grupių ir jas sudėjus – visų vaikų, patyrusių traumas.

Nustatyta, kad smurtinėms traumoms būdingi dažnesni ir sunkesni galvos smegenų sužeidimai, kaukolės kaulų lūžiai, durtinės ir šautinės žaizdos, dauginiai sumušimai, nosies kaulų bei V delnakaulių lūžiai, mušimo diržu

žymės nugaroje ar sėdmenyse. Šie smurtinėms traumoms būdingi požymiai gali būti minėtų traumų atpažinimo kriterijai, jie toliau tyrinėti kitame skyriuje analizuojant visus tirtų ligonių duomenis.

4.6. Vaikų smurtinių traumų charakteristika

Norint nustatyti dažniausius būdingus smurtinių traumų požymius analizuoti vaikų patirtų smurtinių traumų ypatumai ir skirtumai jiems patyrus smurtą įvairiose vietose tarp įvairių amžiaus grupių.

Vaikų, patyrusių smurtines traumas, amžius pateiktas 48 lentelėje.

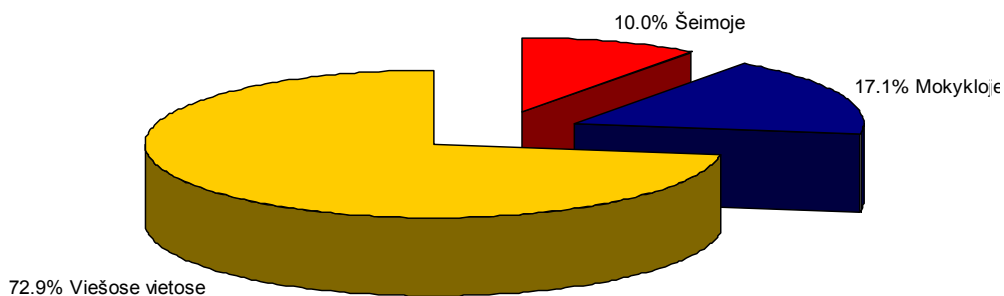
48 lentelė. Vaikų, patyrusių smurtą, amžius

Vaikų amžius	Ligonių skaičius	%
Kūdikiai	31	1,0
1 m.	18	0,6
2 m.	12	0,4
3 m.	17	0,5
4 m.	7	0,2
5 m.	16	0,5
6 m.	14	0,5
7 m.	42	1,4
8 m.	51	1,6
9 m.	70	2,3
10 m.	111	3,6
11 m.	153	4,9
12 m.	226	7,3
13 m.	312	10,0
14 m.	464	14,9
15 m.	600	19,3
16 m.	468	15,0
17 m.	501	16,1
Iš viso	3110	100

Dažniausiai smurtą patyrė 15 metų vaikai (19,3%), lyginant su kitų metų amžiaus vaikais $p < 0,05$. Galima teigti, kad dažniausiai buvo nuskriausti 14–17 metų vaikai (65,4% iš visų nuskriaustųjų). Jie skriaudžiami dažniau nei pateikia užsienio šalių autoriai, nuo 30% iki 43% [11, 180].

Duomenys apie patyrusius smurtą vaikus, sugrupuotus pagal amžių ir lytį, pateikti 3.3 skyriaus 3 lentelėje.

Vaikai patyrė smurtą įvairiose vietose (4 pav.).



4 pav. Smurto vieta

Kur patyrė smurtą įvairaus amžiaus vaikai, matyti 49 lentelėje.

49 lentelė. Vaikų amžius ir smurto vieta

Vaikų amžius	Šeimoje		Mokykloje		Viešose vietose		Iš viso	
	ligonių skaičius	%	ligonių skaičius	%	ligonių skaičius	%	ligonių skaičius	%
Kūdikiai	30	96,8	0	0	1	3,2	31	100
1–3 m.	37	84,1	0	0	7	15,9	44	100
4–6 m.	27	73,0	0	0	10	27,0	37	100
7–11 m.	59	13,8	123	28,8	245	57,4	427	100
12–15 m.	107	6,7	355	22,2	1140	71,2	1602	100
16–17 m.	50	5,2	54	5,6	865	89,3	969	100
Iš viso	310	10,0	532	17,1	2268	72,9	n = 3110 = 100 %	

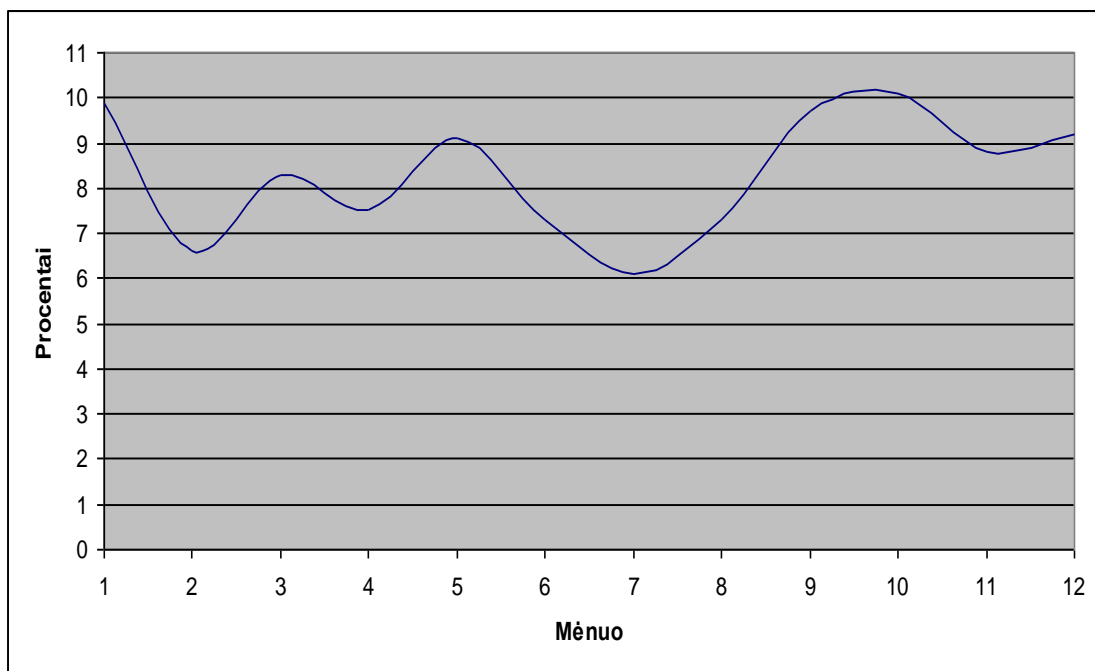
Beveik visi kūdikiai (96,8%) ir 84,1% 1–3 metų vaikų patyrė smurtą šeimoje, likusieji – viešose vietose.

Net 73,0% 4–6 metų vaikų taip pat patyrė smurtą šeimoje, likusieji – viešose vietose.

Kitų amžiaus grupių vaikai smurtą dažniausiai patyrė įvairiose viešose vietose. Kuo vyresni vaikai, tuo dažniau įvairiose viešose vietose patyrė smurtą, jį patyrė net 89,3% 16–17 metų vaikų.

Didėjant vaikų amžiui mažėjo jų patiriamų smurtinių traumų šeimoje. Natūralu, kad mokyklinio amžiaus vaikai nemažai smurtinių traumų patyrė mokykloje, dažniausiai tai buvo 7–11 metų vaikai (28,8% iš visų traumų).

Duomenys, kurį mėnesį vaikai buvo skriaudžiami, pateikiami 5 pav.



5 pav. Smurtinių traumų dažnumas įvairiais mėnesiais

Dažniausiai vaikai patyrė smurtą rugsėjo–spalio mėn. (19,8% iš visų traumų), $p < 0,005$. Nuo rugsėjo iki sausio mėn. (t. y. per 5 mėnesius) smurtą patyrė 47,8% iš visų vaikų ($p < 0,03$). Dažniausiai šias traumas patyrė 12–15 metų amžiaus vaikai, kurie tais mėnesiais patyrė daugiausia traumų (50,5%) ir šių vaikų buvo daugiausia (51,5%).

Duomenys, kuriuo paros metu vaikai dažniausiai patyrė smurtą pateikti 50 lentelėje.

50 lentelė. Vaikų patirto smurto laikas

Valandos	Ligonių skaičius	Tikrasis %
1	104	4,6
2	54	2,4
3	38	1,7
4	30	1,3
5	14	0,6
6	7	0,3
7	8	0,4
8	27	1,2
9	32	1,4
10	63	2,8
11	78	3,4
12	117	5,1
13	111	4,9
14	123	5,4
15	123	5,4
16	119	5,2
17	117	5,1
18	153	6,7
19	166	7,3
20	210	9,2
21	197	8,7
22	178	7,8
23	139	6,1
24	65	2,9
Iš viso	2273	100
Neaišku, kada	837	26,9
Iš viso	3110	100%

Dažniausiai vaikai patyrė smurtą 20–21 val. (17,9% iš visų patyrusių smurtą). Tarp kūdikių, 1–3 metų ir 4–6 metų vaikų statistiškai reikšmingo skirtumo tarp valandų nenustatyta (atitinkamai $\chi^2 = 1,7$; 5,0 ir 3,0, $p > 0,05$). 7–11 metų vaikai dažniausiai buvo nuskriausti 12, 13 ir 17 val. (po 10,2%), $\chi^2 = 98,2$, $p < 0,001$, dažniausiai mokykloje. 12–15 metų vaikai patyrė smurtą 19

val. (8,6%), 20 val. (9,9%) ir 21 val. (8,7%), $x^2 = 631,1$, $p < 0,001$, dažniausiai viešose vietose. 16–17 metų vaikai dažniausiai nuskriausti 20–23 val. (40,2% iš visų to amžiaus vaikų), $x^2 = 548,0$, $p < 0,001$, daugiausia viešose vietose.

Nustatyta, kad 19,8% iš visų traumų įvyko nuo 23 val. iki 6 val. ryto, t. y. tuo metu, kai jie turėtų ilsėtis, o 16–17 metų vaikų net 38,3%, 12–15 metų vaikų 10,7%, kitų amžiaus grupių vaikų traumos naktį buvo pavienės, tik šeimoje.

Tai, kad naktį vaikai yra skriaudžiami 2004 m. JAV paskelbė ir Chang ir kt. [21]: 0–8 val. (20,8% vaikų), tačiau analizės pagal vaikų amžių nepateikta, dažniausiai buvo skriaudžiami po pietų. Mūsų tyrimų duomenys patvirtina 2005 m. J. Gincman-Dorošenko duomenis [40], kad vaikai 0–6 metų ir 14–17 metų yra dažniau skriaudžiami vakare, o 7–13 metų – dieną, tačiau šios autorės publikacijose neradome duomenų apie smurtą naktį.

Smurto mechanizmas, t. y., kaip vaikas buvo skriaudžiamas, pateiktas 51 lentelėje.

Dūrė ar pjovė peiliu 112 vaikų, o 32 – kitu aštriu daiktu (stiklu, viela ir kt.). 10 vaikų (7 mergaitės ir 3 berniukai, nuo 5 iki 16 metų) buvo bandyta išprievartauti ar išprievartauta, be to, jie visi buvo fiziškai skriaudžiami, todėl patyrė traumas ir gydyti VUVL. 6 mergaites mušė, vienai – dūrė peiliu, 4 iš jų patyrė galvos smegenų sukrėtimą, viena dubens kaulų, viena pirštakaulio lūžį, vienai buvo durta šlaunies žaizda, be to, veido ir dauginių sumušimų. 3 sumuštiems berniukams buvo galvos ir dauginių sumušimų.

Dažniausiai vaikai buvo mušami ranka (75,8%) ar kietu daiktu (pagaliu, buteliu, akmeniu ir kt.) – 3,8%, rečiau spardomi (5,5%). Panašius duomenis paskelbė 2005 m. J. Gincman-Dorošenko [40]: mušta ranka 56,9%, durta, pjauta 6,9%, tačiau dažniausiai vaikai buvo spardomi (27,1%).

Theodore ir kt. 2004 m. JAV ištyrė 1435 vaikus nustatė, kad jie buvo mušami ranka rečiau nei pas mus – 35,7%, bet dažniau mušami daiktu – net 19,5%, o spardomi – labai retai, tik 0,2%.

Autorių skelbiamų duomenų, kad vaikai buvo barami, keikiami, gnaibomi ir kt. pagal mūsų tirtą medžiagą nerasta, nes dėl šių priežasčių jie į VUVL nesikreipė.

51 lentelė. Smurto mechanizmas

Smurto mechanizmas	Ligonių skaičius	%	Tikrasis %
Mušė ranka	2353	75,7	75,8
Mušė kietu daiktu	118	3,8	3,8
Spyrė koja	172	5,5	5,5
Metė į vaiką daiktą	45	1,4	1,4
Pastūmė	100	3,2	3,2
Pastūmė nuo laiptų	9	0,3	0,3
Dūrė	108	3,5	3,5
Pjovė	36	1,2	1,2
Šovė	41	1,3	1,3
Smaugė	24	0,8	0,8
Skandino	2	0,1	0,1
Bandė pakarti	21	0,7	0,7
Išmetė iš aukštai	25	0,8	0,8
Užpylė karšto skysčio ar padegė	14	0,5	0,5
Užpylė cheminių medžiagų	3	0,1	0,1
Purškė dujų balionu	30	1,0	1,0
Neaišku	9	0,3	
Iš viso	3110	100	n = 3101 = 100%

Duomenys, koks buvo naudotas smurto mechanizmas įvairaus amžiaus vaikams, pateikti 52 lentelėje.

Kūdikiai dažniausiai buvo mušami ranka (64,3%), rečiau juos išmesdavo girti tėvai (28,6%) iš rankų, vežimėlio, o vieną tėvas išmetė pro langą.

1–3 metų vaikai taip pat dažniausiai buvo mušami ranka (65,1%) pagaliu, diržu (9,3%), rečiau – išmesti iš aukštai 11,6%.

4–6 metų vaikai dažniausiai buvo mušami ranka (52,8%) ar kietu daiktu (8,3%), dviem vaikams dūrė girti tėvai.

7–11 metų vaikus dažniausiai mušė rankomis (60,4%) ar kietu daiktu (7,0%), dažnai buvo spardomi (10,5%), stumdomi (9,6%), tai dažniausiai vykdavo mokykloje. Septyniems vaikams buvo durta peiliu ar pjauta (1,6%), į šešis – šauta (1,4%), trys smaugti (0,7%), keturiems užpilta karšto skysčio ar cheminių medžiagų ir nudeginta (0,9%).

52 lentelė. Naudotas smurto mechanizmas įvairaus amžiaus vaikams

Smurto mechanizmas	Vaikų amžius						Iš viso
	iki 1 m.	1–3 m.	4–6 m.	7–11 m.	12–15 m.	16–17 m.	
Mušė ranka	18	28	19	258	1254	776	2353
Mušė kietu daiktu	0	4	3	30	40	41	118
Spyrė koja	0	0	3	45	100	24	172
Metė į vaiką daiktą	0	1	2	23	16	3	45
Stūmė	1	3	2	41	47	6	100
Stūmė nuo laiptų	0	0	0	3	4	2	9
Dūrė	0	0	2	4	47	55	108
Pjovė	0	1	0	3	17	15	36
Šovė	0	0	1	6	21	13	41
Smaugė	1	0	1	3	16	3	24
Skandino	0	0	1	0	1	0	2
Bandė pakarti	0	0	0	1	9	11	21
Išmetė iš aukštai	8	5	1	5	6	0	25
Užpylė karšto skysčio	0	0	1	2	10	1	14
Užpylė cheminių medžiagų	0	0	0	2	0	1	3
Purškė dujų balionu	0	1	0	1	12	16	30
Neaišku	3	1	1	0	2	2	9
Iš viso	31	44	37	427	1602	969	3110

12–15 metų vaikai dažniausiai buvo mušami rankomis (78,4%) ar kietais daiktais (2,5%), spardomi (6,3%), stumiami (2,9%). Jie dažniau buvo užpuolami duriant peiliu ar kitais aštriais daiktais (4,0%), šaunant (1,3%), smaugiant (1,0%), purškiant į veidą dujų balionėliu (0,8%), užpilant karšto skysčio ir nudeginant (0,6%).

16–17 metų vaikus taip pat dažniausiai mušdavo rankomis (80,2%), rečiau kietu daiktu (buteliu, pagaliu) – 4,2%. 7,2% šių vaikų buvo durta ar pjauta, 1,3% – šauta, purškė dujų balionėliu į veidą – 1,7%, bandyta pakarti – 1,1%.

Dažniausi smurto mechanizmai palyginti tarp įvairių vaikų amžiaus grupių pagal statistinius kriterijus. Nustatyta, kad visų amžiaus grupių vaikai buvo mušami rankomis, tarp jų dažniausiai – 16–17 metų vaikai (80,2%), lyginant su kitomis grupėmis $\chi^2 = 59,6$, $p < 0,001$, taip pat dažnai 12–15 metų vaikai (78,4%), $\chi^2 = 566$, $p < 0,001$. Tarp šių ir kitų grupių statistiškai reikšmingo skirtumo nebuvo ($p > 0,05$).

Mušė kietu daiktu (pagaliu, buteliu, akmeniu) dažniausiai 1–3 metų (9,3%) ir 4–6 metų vaikus (8,3%), tarp jų ir kitų amžiaus grupių $p < 0,05$, kitų amžiaus grupių vaikus rečiau, statistiškai reikšmingo skirtumo tarp jų nėra.

Spyrė koja dažniausiai 7–11 metų vaikams (10,5%), dažniausiai mokykloje, lyginant su kitomis amžiaus grupėmis $\chi^2 = 41,0$, $p < 0,001$.

Duriant ar pjaunant dažniausiai buvo skriaudžiami 16–17 metų (7,2%) ir 12–15 metų vaikai (4,0%). Tarp šių grupių ir lyginant jas su kitomis amžiaus grupėmis buvo statistiškai reikšmingas skirtumas: $\chi^2 = 17,7$, $p < 0,001$.

Šovė dažnai į 7–11 metų (1,4%), 12–15 metų (1,3%) ir 16–17 metų (1,3%) vaikus, tarp šių grupių statistiškai reikšmingo skirtumo nebuvo.

Smaugė dažniausiai (1,0% iš visų smurtinių traumų) 12–15 metų vaikus, beveik visus mokykloje, tarp šios ir kitų amžiaus grupių $p < 0,05$.

Bandė pakarti dažniausiai 16–17 metų vaikus (1,1%) ir 12–15 metų vaikus (0,6%), įvairiose vietose (kieme, miške, parke), tačiau lyginant su kitomis amžiaus grupėmis skirtumas nėra statistiškai reikšmingas ($\chi^2 = 3,9$, $p > 0,1$).

Šie duomenys skiriasi nuo J. Gincman-Dorošenko [40] duomenų, kuri nustatė, kad 30,6% 14–17 metų vaikų buvo spirta, o 7–13 metų – 19,7%, mūsų duomenimis – daug rečiau, bet duomenys apie smurtą duriant ar pjaunant panašūs. Theodore ir kt. 2004 m. paskelbė, kad mušti ranka buvo visi 0–4 metų

ir 54,7% 13–17 metų vaikų, o mušti diržu ar kitu daiktu 49,3% 0–4 metų vaikų ir 43,1% 13–17 metų vaikų.

Duomenys apie tai, kas skriaudė vaiką, pateikti 53 lentelėje.

53 lentelė. Vaikus nuskriaudę asmenys ir ligonių skaičius

Kas skriaudė	Ligonių skaičius	%	Tikrasis %
Nepažįstami jaunuoliai ar vaikai	1079	34,7	36,7
Nepažįstamos mergaitės	22	0,7	0,7
Pažįstami jaunuoliai ar vaikai	574	18,5	19,5
Pažįstamos mergaitės	72	2,3	2,5
Nepažįstami vyrai	197	6,3	6,7
Nepažįstamos moterys	11	0,4	0,4
Pažįstami vyrai	127	4,1	4,3
Pažįstamos moterys	30	1,0	1,0
Policininkai	26	0,8	0,9
Apsaugininkai	13	0,4	0,4
Mokiniai	449	14,4	15,3
Mokinės	38	1,2	1,3
Mokytojai	10	0,3	0,3
Tėvas	163	5,2	5,5
Motina	40	1,3	1,4
Patėvis, sugyventinis	35	1,1	1,2
Kiti šeimos nariai	51	1,6	1,7
Neaišku, kas	173	5,6	
Iš viso	3110	100	n = 2937 = 100%

Dažniausiai vaikus skriaudė nepažįstami (36,7%) bei pažįstami vaikai, tarp jų ir mokiniai (34,8%), pažįstami vyrai (tarp jų ir šeimos nariai bei mokytojai – 11,3%), nepažįstami vyrai (8,0%). Šeimoje vaikus dažniausiai skriaudė šeimos nariai, mokykloje – mokiniai, įvairiose kitose vietose – nepažįstami suaugusieji ar vaikai (žr. 4.2, 4.3 ir 4.4 skyrius).

Duomenys, kas skriaudė įvairių amžiaus grupių vaikus, pateikti 54 lentelėje.

Beveik visus vaikus iki 6 metų skriaudė pažįstami asmenys (98,0%), dažniausiai šeimoje. Tėvas skriaudė 42,9% kūdikių, 43,2% 1–3 metų vaikų ir

33,3% 4–6 metų vaikų, vyresnius – daug rečiau (nuo 2,8% 16–17 metų iki 6,8% 7–11 metų), tarp 0–6 metų vaikų ir vyresnių skirtumas patikimas, $p < 0,01$.

54 lentelė. Vaikus skriaudę asmenys ir vaikų amžius

Kas skriaudė	Vaikų amžius						Iš viso
	iki 1 m.	1–3 m.	4–6 m.	7–11 m.	12–15 m.	16–17 m.	
Nepažįstami jaunuoliai ar vaikai	0	1	1	44	498	535	1079
Nepažįstamos mergaitės	0	0	0	0	15	7	22
Pažįstami jaunuoliai ar vaikai	0	1	4	117	291	161	574
Pažįstamos mergaitės	0	0	1	13	45	13	72
Nepažįstami vyrai	0	0	0	26	104	67	197
Nepažįstamos moterys	0	0	0	3	7	1	11
Pažįstami vyrai	4	2	1	21	81	18	127
Pažįstamos moterys	3	3	1	6	14	3	30
Policininkai	0	0	0	0	17	9	26
Apsaugininkai	0	0	0	2	5	6	13
Mokiniai	0	0	0	105	297	47	449
Mokinės	0	0	0	7	27	4	38
Mokytojai		0	0	2	6	2	10
Tėvai	2	1	0	0	0	0	3
Tėvas	12	16	11	29	68	27	163
Motina	4	8	7	12	4	5	40
Patėvis, sugyventinis	3	3	5	5	13	6	35
Kiti šeimos nariai	0	2	2	8	25	11	48
Neaišku, kas	3	7	4	27	85	47	173
Iš viso	31	44	37	427	1602	969	3110

7–11 metų vaikus dažniausiai skriaudė pažįstami vaikai ar mergaitės (32,5%), rečiau – nepažįstami vaikai (11,0%).

12–15 metų vaikus dažniausiai skriaudė nepažįstami vaikai ar mergaitės (32,8%), rečiau pažįstami (22,1%).

16–17 metų vaikus dažniausiai skriaudė nepažįstami vaikai (58,8%), pažįstami vaikai – 18,9%. Tarp šių amžiaus grupių pagal skriaudusius nepažįstamus bei pažįstamus vaikus yra statistiškai reikšmingas skirtumas: $\chi^2 = 74,4$, $p < 0,001$. O tarp juos skriaudusių suaugusių dažnumo patikimo skirtumo nėra ($p > 0,5$).

Keli asmenys skriaudė vaiką pateikti 55 lentelėje.

55 lentelė. Keli asmenys skriaudė vaiką

Kas skriaudė	Keli skriaudė				Iš viso
	vienas (a)	du (dvi)	trys	daug	
Nepažįstami jaunuoliai ar vaikai	149	114	191	81	535
Nepažįstamos mergaitės	5	4	3	0	12
Pažįstami jaunuoliai ar vaikai	340	28	50	15	433
Pažįstamos mergaitės	34	5	11	2	52
Nepažįstami vyrai	123	20	39	13	195
Nepažįstamos moterys	9	1	1	0	11
Pažįstami vyrai	354	4	7	1	366
Pažįstamos moterys	63	0	1	0	64
Mokiniai	300	14	21	4	339
Mokinės	17	2	3	2	24
Iš viso					2031
Neaišku, keli					1079
Iš viso					3010

Beveik visus (97,3%) vaikus iki 3 metų skriaudė vienas pažįstamas vyras (dažniausiai tėvas) ar motina, 4–6 metų vaikus – taip pat, be to, vaikai, po vieną. 83,7% 7–11 metų amžiaus vaikų skriaudė vienas asmuo, kitus 12,7% – du ar keli, dažniausiai mokiniai. 12–15 metų vaikus – 78,8% – po vieną asmenį, 18,0% – du ar keli vaikai ir 3,2% – du ar keli suaugusieji. 75,4% 16–17 metų vaikų skriaudė po vieną asmenį, 8,3% – du asmenys, 9,8% – 3 ir 6,6% – daug asmenų, iš jų 5,9% – daug vaikų.

Panašius duomenis pateikė ir J. Gincman-Dorošenko 2005 m. [40]: visus vaikus iki 6 metų skriaudė vienas asmuo, tik tai 14–17 metų vaikus skriaudė daug asmenų 15,3%, mūsų – 6,6%, tačiau palyginti sunku, nes autorė pateikia kitokias amžiaus grupes.

Smurto motyvai dažniausiai buvo neaiškūs, t. y. nepažymėti medicinos dokumentuose.

56 lentelė. Smurto prieš vaiką motyvai

Motivas	Ligonių skaičius	%	Tikrasis %
Atėmė mobilųjį telefoną	70	2,3	53,4
Atėmė pinigus, piniginę	33	1,1	25,2
Atėmė kitą daiktą	18	0,6	13,7
Išprievartavo ar bandė išprievartauti	10	0,3	7,6
Neaiškūs	2979	95,8	n = 131 = 100%
Iš viso	3110	100	

Daiktus dažniausiai atimdavo iš jaunesniojo mokyklinio amžiaus vaikų, 5,0% vaikų skriaudė girti asmenys, jų analizė pateikta 57 lentelėje.

Šeimoje dažniausiai skriaudė girtas tėvas ar motina (išsamiau žr. 4.2 skyriuje), kiti suaugusieji – dažniausiai vyresnius vaikus įvairiose vietose. Literatūros šaltiniuose taip pat nurodoma alkoholio įtaka smurtui prieš vaikus [2, 119, 193], ypač smurtui šeimoje [71, 188].

Tačiau kartais ir nukentėjęs vaikas buvo girtas: 102 vaikai (3,3%), 16–17 metų 68 (66,7%), 12–15 metų – 33 (32,4%) ir vienas 11 metų vaikas. Vyresni girti vaikai traumas patyrė susimušdami su kitais vaikais.

Apibendrinant smurtinių traumų mechanizmą ir aplinkybes, nustatyta, kad vaikai dažniausiai patyrė smurtą įvairiose viešose vietose (72,9%), rečiau mokykloje (17,1%) ir šeimoje (10,0%). Dažniausiai buvo skriaudžiami 15 metų vaikai (19,3%), o pagal amžiaus grupes – 12–15 metų vaikai, dažniau berniukai. Šeimoje patyrė smurtą 96,8% kūdikių ir 83,9% vaikų iki 6 metų

amžiaus, mokykloje – dažniausiai 12–15 metų (78,0%) berniukai, viešose vietose – 15–17 metų berniukai. Dažniausiai vaikai buvo mušami ranka ar kietu daiktu, spiriant, tačiau skriaudžiant vyresnius vaikus būta ir pavojingų smurto mechanizmų: dūrė, pšovė 4,7% vaikų, šovė – 1,3%, smaugė, bandė pakarti (1,5%). Dažniausiai skriaudė vienas nepažįstamas ar pažįstamas vaikas. 5% vaikų skriaudė girti asmenys, 3,3% nuskriaustų vyresnių vaikų buvo girti.

57 lentelė. Vaiką skriaudė girti asmenys

Skriaudė girti	Ligonių skaičius	%
Pažįstamas vyras	16	10,4
Nepažįstamas vyras	16	10,4
Pažįstama moteris	1	0,6
Nepažįstama moteris	2	1,3
Pažįstamas vyresnis vaikas	2	1,3
Nepažįstamas vyresnis vaikas	6	3,9
Pažįstamas bendraamžis	3	1,9
Pažįstama bendraamžė	2	1,3
Tėvas	80	51,9
Motina	13	8,4
Sesuo	1	0,6
Brolis	1	0,6
Dėdė, teta	4	2,6
Senelis	1	0,6
Patėvis	6	3,9
Iš viso	154	100

Nustatyta, kad 19,8% iš visų smurtinių traumų įvyko nuo 23 val. iki 6 val. ryto, t. y., nakties metu, o 16–17 metų vaikų – net 38,3% įvairiose vietose (gatvėje, kieme, miške, prie ežero ir kt.).

Duomenys apie galvos smegenų sužeidimus pateikiami 58 lentelėje.

Dažniausiai buvo sukrėstos galvos smegenys, tačiau 2,6% – sunkūs jų sužeidimai.

Duomenys apie įvairaus amžiaus vaikų sužeidimus, pateikti 59 lentelėje.

Galvos smegenų sužeidimų daugiausia patyrė kūdikiai – 54,8%, mažiau – 12–15 metų vaikai (47,7%) ir 7–11 metų vaikai (41,7%), skirtumai tarp šių

grupių yra statistiškai reikšmingi ($p < 0,05$), taip pat ir lyginant su kitomis amžiaus grupėmis ($p < 0,001$). Galvos smegenų sukrėtimą dažniausiai patyrė 12–15 metų vaikai (47,1%) ir 7–11 metų vaikai (40,3%), tarp šių dviejų ir kitų amžiaus grupių buvo statistiškai reikšmingas skirtumas ($p < 0,001$). Kiti šioje

58 lentelė. Galvos smegenų sužeidimai

Diagnozė	Ligonių skaičius	%	Tikrasis %
Galvos smegenų sukrėtimas	1206	38,8	97,4
Galvos smegenų sumušimas	20	0,6	1,6
Epidurinė hematoma	2	0,1	0,2
Subdurinė hematoma	4	0,1	0,3
Intracerebrinė hematoma	1	0,0	0,1
Subarachnoidinė kraujosruva	5	0,2	0,4
Sužeidimų nėra	1872	60,2	
Iš viso	3110	100	n = 1238 = 100%

59 lentelė. Galvos smegenų sužeidimai ir vaikų amžius

Diagnozė	Vaikų amžius						Iš viso
	iki 1 m.	1–3 m.	4–6 m.	7–11 m.	12–15 m.	16–17 m.	
Galvos smegenų sukrėtimas	9	8	8	172	754	255	1206
Galvos smegenų sumušimas	4	1	1	4	9	1	20
Epidurinė hematoma	1	0	0	1	0	0	2
Subdurinė hematoma	0	0	0	0	2	2	4
Intracerebrinė hematoma	1	0	0	0	0	0	1
Subarachnoidinė kraujosruva	2	1	0	1	0	1	5
Sužeidimų nėra	14	34	28	249	837	710	1872
Iš viso	31	44	37	427	1602	969	3110

lentelėje pateikti sunkūs smegenų sužeidimai dažniausiai būdingi kūdikiams – net 25,8%, lyginant su kitomis amžiaus grupėmis $p < 0,001$.

Užsienio šalių autoriai taip pat praneša, kad vaikams, patyrusiems smurtą, būdingos galvos smegenų traumos, ypač kūdikiams – net iki 80% [31] ir jiems, ir mažiems vaikams – labai sunkios, net mirtinos [28, 145].

Duomenys apie kaulų lūžius pateikti 60 lentelėje.

60 lentelė. Kaulų lūžiai ir ligonių skaičius

Kaulų lūžiai	Ligonių skaičius	%	Tikrasis %
Kaukolės skliauto	27	0,9	4,7
Kaukolės pamato	5	0,2	0,9
Veido kaulų	2	0,1	0,3
Apatinio žandikaulio	3	0,1	0,5
Nosies kaulų	280	9,0	48,5
Stuburo slankstelių	4	0,1	0,7
Raktikaulio	10	0,3	1,7
Žastikaulio	14	0,5	2,4
Alkūnkaulio	8	0,3	1,4
Stipinkaulio	13	0,4	2,3
Abiejų dilbio kaulų	14	0,5	2,4
II delnakaulio	19	0,6	3,3
V delnakaulio	108	3,5	18,7
Pirštakaulių	31	1,0	5,4
Šonkaulių	8	0,3	1,4
Dubens kaulų	1	0,0	0,2
Šlaunikaulio	3	0,1	0,5
Blauzdikaulio	4	0,1	0,7
Abiejų blauzdos kaulų	6	0,2	1,0
Išmušti, lūžę dantys	17	0,5	2,9
Nėra	2533	81,4	
Iš viso	3110	100	n = 577 = 100 %

Kaulų lūžius patyrė 18,5% vaikų, dažniausiai nosies kaulų (48,5%), V delnakaulio (18,7%), kaukolės kaulų (išskyrus nosies) – 6,4% ir kitų kaulų.

Duomenys apie įvairaus amžiaus vaikų kaulų lūžius pateikti 61 lentelėje.

Kaulų lūžiai dažniausiai buvo 16–17 metų vaikams (23,8%), lyginant su kitomis amžiaus grupėmis $p < 0,05$.

Nosies kaulų lūžiai būdingi 16–17 metų vaikams, jie sudarė 16,0% iš visų to amžiaus vaikų traumų, o iš to amžiaus vaikų kaulų lūžių – net 67,1%. Rečiau, bet dažniau nei tarp kitų vaikų amžiaus grupių, nosies kaulų lūžiai buvo 12–15 metų vaikams – 7,0% iš visų traumų ir 42,2% iš visų kaulų lūžių.

61 lentelė. Kaulų lūžiai ir vaikų amžius

Diagnozė	Amžiaus grupė						Iš viso
	iki 1 m.	1–3 m.	4–6 m.	7–11 m.	12–15 m.	16–17 m.	
Kaukolės skliauto	4	2	1	7	7	6	27
Kaukolės pamato	1	0	0	2	1	1	5
Veido kaulų	0	0	0	0	0	2	2
Apatinio žandikaulio	0	0	0	0	1	2	3
Nosies kaulų	0	2	1	9	113	155	280
Stuburo slankstelių	0	0	0	0	4	0	4
Raktikaulio	0	0	0	4	3	3	10
Žastikaulio	0	0	2	4	5	3	14
Alkūnkaulio	0	0	0	4	2	2	8
Stipinkaulio	0	0	0	1	10	2	13
Abiejų dilbio kaulų	0	0	0	8	6	0	14
II delnakaulio	0	0	0	0	15	4	19
V delnakaulio	0	0	0	7	67	34	108
Pirštakaulių	0	1	0	10	14	6	31
Šonkaulių	0	0	0	1	4	3	8
Dubens kaulų	0	0	1	0	0	0	1
Šlaunikaulio	0	2	0	0	1	0	3
Blauzdikaulio	0	0	0	0	3	1	4
Abu blauzdos kaulai	1	0	0	2	3	0	6
Išmušti, lūžę dantys	0	0	0	1	9	7	17
Lūžių nėra	25	37	32	367	1334	738	2533
Iš viso	31	44	37	427	1602	969	3110

Jie statistiškai reikšmingai buvo dažnesni nei kitų vaikų amžiaus grupių: $\chi^2 = 27,2$, $p < 0,001$.

V delnakaulio lūžiai dažniausiai buvo 12–15 metų berniukams – 4,2% iš visų jų traumų ir 25,0% iš visų šio amžiaus vaikų kaulų lūžių, taip pat gana

dažnai – 3,5% iš visų traumų ir 14,8% iš visų kaulų lūžių buvo 16–17 metų berniukams, lyginant su kitomis amžiaus grupėmis $p < 0,001$.

Kaukolės skliauto kaulų lūžių daugiausia patyrė kūdikiai – 16,1% iš visų traumų ir 83,3% iš visų jų kaulų lūžių, tarp kitų amžiaus grupių – daug rečiau ($p < 0,05$).

Literatūroje teigiama, kad kaulų lūžiai tarp smurtinių traumų sudaro nuo 11,4% [40] iki 17% ir daugiau [36, 75, 161, 184]. Kai kurie autoriai nurodo net iki 10% kaukolės kaulų lūžių [31], mūsų ligininėje jų tiek daug nebuvo (5,6%). Mažiems vaikams jų dažnumas panašus į kitų autorių duomenis [75, 184]. J. Gincman-Dorošenko 2005 m. pranešė, kad nosies kaulų lūžių buvo 35,4%, panašiai kaip ir galvos smegenų sukrėtimų, mūsų tyrimų duomenimis jų buvo dažniau – net 48,5% iš visų kaulų lūžių.

Kitų įvairių kaulų lūžių buvo nedaug, aiškaus dėsningumo neradome, tad negalime patvirtinti užsienio autorių duomenų [31, 161, 184] apie dažnus šonkaulių ar šlaunikaulių lūžius.

Dauginiai kaulų lūžiai buvo 35 vaikams (6,1%) iš visų kaulų lūžių, dažniausiai kaukolės ir kitų kaulų, pavienių – tarp visų amžiaus grupių.

Minkštųjų kūno paviršiaus audinių sumušimų buvo 82,9% vaikų, kitiems – žaizdos, nudegimai. Jų lokalizacija pateikiama 62 lentelėje.

Dažniausiai buvo sumušta galva ir veidas – 78,8%. Tai ypač būdinga kūdikiams (87,1%) ir 12–15 metų (65,6%) bei 16–17 metų vaikams (62,7%), $p < 0,01$. Mažiems vaikams iki 3 metų buvo daugiau nugaros, sėdmenų bei juosmens sumušimų, tai pažymi ir kiti autoriai [31].

Dauginių sumušimų buvo 16,3% iš visų traumų ir 19,7% iš visų sumušimų. Jų lokalizacija pateikta 63 lentelėje.

Dažniausiai šių sumušimų patyrė 0–6 metų vaikai (kūdikiai 25,8%, 1–3 metų vaikai 27,3%, 4–6 metų – 27,0%), lyginant tarp šių grupių nėra statistiškai reikšmingo skirtumo ($p = 0,9$), o lyginant su kitomis amžiaus grupėmis šis skirtumas buvo reikšmingas ($p = 0,03$).

Daugiausia žaizdų buvo galvoje ir veide (87,8%), jų buvo įvairaus amžiaus vaikams. Riešo, plaštakos žaizdų buvo vyresniems vaikams, išorinių lytinių organų (varpos, kapšelio berniukams) – nuo spyrio į tarpukojį.

62 lentelė. Sumušimai

Sumušta vieta	Ligonių skaičius	%	Tikrasis %
Galva	1370	44,1	54,4
Veidas	614	19,7	24,4
Kaklas	13	0,4	0,5
Krūtinė	40	1,3	1,6
Pilvas	140	4,5	5,6
Žastas	16	0,5	0,6
Alkūnė	5	0,2	0,2
Dilbis	28	0,9	1,1
Riešas, plaštaka	154	5,0	6,1
Pirštai	23	0,7	0,9
Nugara	34	1,1	1,4
Juosmuo	14	0,5	0,6
Sėdmenys	2	0,1	0,1
Tarpvietė	4	0,1	0,2
Išoriniai lytiniai organai	19	0,6	0,8
Šlaunis	9	0,3	0,4
Kelias	13	0,4	0,5
Blauzda	14	0,5	0,6
Čiurna	1	0,0	0,0
Pėda	4	0,1	0,2
Nėra	593	19,1	
Iš viso	3110	100	n = 2517 = 100 %

63 lentelė. Dauginiai sumušimai

Sumušta vieta	Ligonių skaičius	%	Tikrasis %
Galva	4	0,1	0,8
Veidas	2	0,1	0,4
Galva ir kitur	469	15,1	92,5
Liemuo ir ranka	3	0,1	0,6
Liemuo ir koja	2	0,1	0,4
Liemens įvairios vietos	27	0,9	5,3
Nėra	2603	83,7	
Iš viso	3110	100	n = 507 = 100%

Durtinių ir pjautinių žaizdų buvo 5,1% vaikų. Duomenys pateikiami 65 lentelėje.

64 lentelė. Muštos žaizdos

Žaizdos vieta	Ligonių skaičius	%	Tikrasis %
Galva	172	5,5	45,5
Veidas	160	5,1	42,3
Kaklas	3	0,1	0,8
Krūtinė	3	0,1	0,8
Pilvas	1	0,0	0,3
Alkūnė	1	0,0	0,3
Dilbis	2	0,1	0,5
Riešas, plaštaka	7	0,2	1,9
Pirštai	4	0,1	1,1
Nugara	5	0,2	1,3
Sėdmenys	1	0,0	0,3
Išoriniai lytiniai organai	4	0,1	1,1
Šlaunis	6	0,2	1,6
Kelias	2	0,1	0,5
Blauzda	7	0,2	1,9
Nėra	2732	87,8	
Iš viso	3110	100	n = 378 = 100%

65 lentelė. Durtinės ir pjautinės žaizdos

Žaizdos vieta	Ligonių skaičius	%	Tikrasis %
Galva	7	0,2	4,4
Veidas	7	0,2	4,4
Kaklas	2	0,1	1,3
Krūtinė	25	0,8	15,6
Pilvas	13	0,4	8,1
Žastas	5	0,2	3,1
Alkūnė	1	0,0	0,6
Dilbis	10	0,3	6,3
Riešas, plaštaka	23	0,7	14,4
Pirštai	16	0,5	10,0
Nugara	6	0,2	3,8
Juosmuo	7	0,2	4,4
Sėdmenys	5	0,2	3,1
Šlaunis	22	0,7	13,8
Kelias	2	0,1	1,3
Blauzda	6	0,2	3,8
Keliose vietose	3	0,1	1,9
Nėra žaizdos	2950	94,9	
Iš viso	3110	100	n = 160 = 100%

Daugiausia šių žaizdų buvo krūtinėje, šlaunyje ir pilve, o vyresniems vaikams – plaštakoje ir pirštuose – 24,4% iš visų durtinių žaizdų. Šių žaizdų buvo dažniausia 16–17 metų vaikams (8,3%), lyginant su kitomis amžiaus grupėmis $\chi^2 = 20,4$, $p < 0,001$. Žaizdų krūtinėje, pilve taip pat buvo daugiausia 16–17 ir 12–15 metų vaikams. Duomenys apie vaikų patirtas šautines žaizdas, kai buvo šauta tyčia, pateikti 66 lentelėje.

66 lentelė. Žaizdos šautinės

Žaizdos vieta	Ligonių skaičius	%	Tikrasis %
Galva	2	0,1	5,3
Veidas	2	0,1	5,3
Akis	1	0,0	2,6
Ausis	1	0,0	2,6
Kaklas	3	0,1	7,9
Krūtinė	4	0,1	10,5
Dilbis	2	0,1	5,3
Riešas, plaštaka	1	0,0	2,6
Pirštai	4	0,1	10,5
Šlaunis	12	0,4	31,6
Kelias	1	0,0	2,6
Blauzda	5	0,2	13,2
Nėra žaizdos	3072	98,8	
Iš viso	3110	100	n = 38 = 100 %

Šautinės žaizdos buvo 1,2% vaikų. Dažniausiai jos buvo šlaunyje (31,6%), blauzdoje (13,2%), krūtinėje ir pirštuose (po 10,5%). Analizuojant pagal vaikų amžių jos buvo pavienės, patikimo skirtumo tarp amžiaus grupių nebuvo ($p = 0,5$).

Durtinių ir šautinių žaizdų tirti vaikai patyrė mažiau nei nurodoma literatūros šaltiniuose [58].

Nudegimai tarp visų traumų sudarė 1,7%, jų lokalizacija pateikta 67 lentelėje.

Dažniausiai nudegė akis (vyresni vaikai, kuriems buvo purkšta dujų balionėliu), veidas, galva ir įvairios vietos. Analizuojant pagal vaikų amžių

statistiškai reikšmingo skirtumo tarp amžiaus grupių nerasta ($p > 0,5$), nudegimai buvo pavieniai.

67 lentelė. Nudegimai

Nudegusi vieta	Ligonių skaičius	%	Tikrasis %
Galva	6	0,2	11,5
Veidas	14	0,5	26,9
Nosis	1	0,0	1,9
Akis	17	0,5	32,7
Ausis	1	0,0	1,9
Krūtinė	1	0,0	1,9
Riešas, plaštaka	3	0,1	5,8
Pirštai	1	0,0	1,9
Nugara	1	0,0	1,9
Blauzda	1	0,0	1,9
Pėda	1	0,0	1,9
Daugybieniai	5	0,2	9,6
Nėra	3058	98,3	
Iš viso	3110	100	n = 52 = 100%

Mūsų duomenimis, nudegimų tarp vaikų smurtinių traumų buvo daug mažiau nei nurodoma literatūroje – iki 20 % [31, 41, 190], nors kai kurie autoriai nurodė tik 0,9% [40]. Vidaus organų sužeidimų duomenys pateikti 68 lentelėje.

68 lentelė. Vidaus organų sužeidimai

Sužeistas organas	Ligonių skaičius	%	Tikrasis %
Akis	107	3,4	77,0
Ausis	1	0,0	0,7
Plaučiai	16	0,5	11,5
Blužnis	3	0,1	2,2
Inkstai	3	0,1	2,2
Sėklidės	8	0,3	5,8
Mergaičių išoriniai lytiniai organai	1	0,0	0,7
Sužeidimų nėra	2971	95,5	
Iš viso	3110	100	n = 139 = 100%

Vaikų vidaus organai buvo sužeisti 4,5% iš visų smurtinių traumų. Iš vidaus organų dažniausiai buvo sumušta akis (vyresniems 14–17 metų

vaikams), plaučiai (kai vaiką numesdavo iš aukštai ar suspardydavo), sumuštos berniukams sėklidės, trims iš jų trūko, teko operuoti.

Užsienio šalių autoriai pateikia iki 5% vidaus organų sužeidimų [31, 52, 190 ir kt.] ir teigia, kad jie sunkūs.

Vertinant vaikų sužeidimų sunkumo lygį pagal klinikinius kriterijus, sužeidimų pobūdį, jie buvo sunkiausi kūdikiams – dažniausi ir sunkiausi galvos smegenų sužeidimai, kaukolės skliauto ir pamato kaulų lūžiai.

Smurtinių traumų sunkumo lygį vertinome nuo 2002 metų pagal SAM įsakymą „Dėl sunkių traumų klasifikacinių požymių“. Tyrimo duomenys pateikiami 69 lentelėje.

69 lentelė. Ligonio būklės sunkumo laipsnis pagal SAM įsakymą

Ligonio būklė	Vaikų amžiaus grupės						Iš viso
	iki 1 m.	1–3 m.	4–6 m.	7–11 m.	12–15 m.	16–17 m.	
Sunki	4	0	1	5	5	12	27
Nesunki	13	28	20	196	858	950	2065
Neskaičiuota	14	16	16	226	739	7	1018
Iš viso	31	44	37	427	1602	969	3110

Pagal šio įsakymo kriterijus sunki ligonio būklė buvo tik 1,3% ligonių ($n = 2092$), dažniausiai kūdikių (23,5%, $n = 17$), lyginant su kitomis amžiaus grupėmis $p < 0,001$, tarp kitų grupių statistiškai reikšmingo skirtumo nebuvo.

Palyginta, kiek ir kokio amžiaus vaikų buvo gydoma ligoninėje, duomenys pateikiami 70 lentelėje.

70 lentelė. Vaikai gydyti ligoninėje dėl smurtinių traumų

Amžiaus grupės	Dienų ligoninėje vidurkis \bar{x}	Vidurkio standartinė paklaida $S\bar{x}$	n
Iki 1 m.	11,6	2,2	5
1–3 m.	0	0	0
4–6 m.	2,0	0	1
7–11 m.	3,2	0,5	14
12–15 m.	3,5	0,3	44
16–17 m.	4,0	0,4	61
Iš viso	4,0	0,3	125

Lyginome dienų ligoninėje vidurkius, ilgiausiai ligoninėje gydyti kūdikiai ($\bar{x} = 11,6 \pm 2,2$ paros) lyginant su kitomis vaikų amžiaus grupėmis pagal ANOVA testą $p < 0,001$, pagal Kruskal-Wallis testą $\chi^2 = 14,5$, $p < 0,01$. Tarp kitų amžiaus grupių statistiškai reikšmingo skirtumo nenustatėme.

Ligonio būklės sunkumą dėl patirtos traumos įvertinome ir pagal PTS skalę (71 lentelė).

71 lentelė. Traumos sunkumo laipsnis pagal PTS ir ligonių amžius

Ligonių amžius	n	Balų vidurkis \bar{x}	Vidurkio standartinė pakalaida $S \bar{x}$	Vidurkio 95% pasikliautinis intervalas	
				apatinė riba	viršutinė riba
Kūdikiai	31	6,87	0,4	6,14	7,60
1–3 m.	44	7,80	0,3	7,27	8,32
4–6 m.	37	9,70	0,3	9,13	10,28
7–11 m.	426	10,19	0,5	10,10	10,28
12–15 m.	1601	10,06	0,2	10,02	10,10
16–17 m.	968	10,26	0,3	10,21	10,31
Iš viso	3107	10,07	0,2	10,04	10,11

Vertinant skirtumus tarp grupių pagal Kruskal-Wallis testą, statistiškai reikšmingas skirtumas nustatytas tik tarp kūdikių bei 1–3 metų vaikų grupių ir likusių grupių: $\chi^2 = 212,7$, $p < 0,01$, tarp vyresnių nei 4 metų grupių statistiškai patikimo skirtumo nebuvo, $p > 0,5$, jo taip pat nebuvo tarp kūdikių ir 1–3 metų vaikų, $p < 0,02$. Taigi vertinant pagal PTS sunkiausias traumas patyrė kūdikiai ir 1–3 metų vaikai.

Nuo 2004 metų įvertinome vaikų smurtines traumas pagal Vaikų fizinio smurto diagnostikos indeksą (DIPCA), rezultatai pateikti 72 lentelėje.

Gauti duomenys parodė, kad sunkių traumų buvo tik 9,9 %. Pagal šį indeksą palyginome vaikų traumas tarp įvairaus amžiaus grupių (73 lentelė).

Sunkiausias traumas patyrė kūdikiai vertinant skirtumą tarp jų ir kitų grupių ANOVA metodu $\chi^2 = 85,4$, $p < 0,001$, Medianos testu $\chi^2 = 22,5$, $p < 0,001$, Kruskal – Wallis testu $\chi^2 = 175,9$, $p < 0,001$.

Sunkesnės traumos nei tarp kitų amžiaus grupių buvo ir 1–3 metų vaikams, pagal šiuos minėtus testus buvo statistiškai reikšmingas skirtumas, $p < 0,001$, o tarp vyresnių vaikų grupių statistiškai reikšmingo skirtumo nebuvo ($p > 0,05$).

72 lentelė. Vaikų traumų dėl fizinio smurto diagnostikos indeksas (DIPCA)

DIPCA balų suma	Ligonių skaičius	%	Tikrasis %
0	1231	39,6	90,1
1	7	0,2	0,5
2	117	3,8	8,6
3	1	0,0	0,1
6	8	0,3	0,6
7	1	0,0	0,1
8	1	0,0	0,1
9	1	0,0	0,1
Neskaičiuota	1743	56,0	
Iš viso	3110	100	$n = 1367 = 100 \%$

Pagal šiuos kriterijus palygintas vaikų patirtų traumų sunkumo lygis šeimoje, mokykloje ir viešose vietose

73 lentelė. DIPCA ir vaikų amžiaus grupės

Ligonių amžius	n	Balų vidurkis \bar{x}	Vidurkio standartinė paklaida $S_{\bar{x}}$
Kūdikiai	12	6,00	0,6
1–3 m.	11	1,64	0,2
4–6 m.	11	0,36	0,2
7–11 m.	116	0,22	0,6
12–15 m.	475	0,16	0,2
16–17 m.	742	0,17	0,2
Iš viso	1367	0,23	0,2

Sunki ligonio būklė pagal SAM įsakymo sunkių traumų klasifikacinius požymius buvo 3,8% iš visų ligonių, patyrusių smurtą šeimoje, 0,4% – mokykloje ir 1,2% – viešose vietose, tarp šeimos ir kitų vietų $p < 0,05$.

Duomenys kiek dienų vaikai buvo gydomi ligoninėje, pateikti 74 lentelėje.

74 lentelė. Gydomosi ligoninėje trukmė ir smurto vieta

Smurto vieta	n	Dienų ligoninėje vidurkis \bar{x}	Vidurkio standartinė paklaida $S_{\bar{x}}$
Šeimoje	14	6,21	1,3
Mokykloje	18	2,78	0,3
Viešose vietose	93	3,89	0,3
Iš viso	125	3,99	0,3

Ilgiausiai ligoninėje gydėsi vaikai, patyrę smurtą šeimoje, skirtumas tarp šios ir kitų grupių pagal ANOVA testą $x^2 = 48,3$, $p < 0,006$, tarp likusių dviejų grupių patikimo skirtumo nėra.

Traumos sunkumas pagal PTS pateiktas 75 lentelėje.

75 lentelė. Traumos sunkumas pagal PTS ir smurto vieta

Smurto vieta	n	Balų vidurkis \bar{x}	Vidurkio standartinė paklaida $S_{\bar{x}}$	Vidurkio 95% pasikliautinis intervalas	
				apatinė riba	viršutinė riba
Šeimoje	281	9,53	0,1	9,32	9,73
Mokykloje	523	10,12	0,04	10,05	10,20
Kitur	2265	10,14	0,2	10,10	10,17
Iš viso	3069	10,08	0,2	10,04	10,11

Traumos, patirtos šeimoje buvo sunkiausios, lyginant su kitomis grupėmis pagal ANOVA, Kruskal-Wallis testus, skirtumas buvo statistiškai reikšmingas, $x^2 = 14,9$, $p < 0,001$, tarp likusių 2 grupių skirtumo nebuvo.

Traumos sunkumo lygis pagal DIPCA pateiktas 76 lentelėje.

76 lentelė. DIPCA ir smurto vieta

Smurto vieta	n	Balų vidurkis \bar{x}	Vidurkio standartinė paklaida $S_{\bar{x}}$
Šeimoje	91	0,99	0,2
Mokykloje	183	0,16	0,4
Kitur	1076	0,18	0,2
Iš viso	1350	0,23	0,2

Pagal DIPCA traumas, patirtos šeimoje, buvo sunkiausios, lyginant su kitomis grupėmis pagal ANOVA, Kruskal-Wallis testus $x^2 = 28,1$, $p < 0,001$, tarp likusių dviejų grupių skirtumo nebuvo

Lyginant tyrimo duomenis su literatūros duomenimis, galima patvirtinti, kad mažiems vaikams iki 3 metų traumas buvo sunkesnės pagal visus kriterijus: sužeidimų pobūdį, SAM įsakymą, gydymosi ligoninėje trukmę, PTS ir DIPCA skales. Tai nurodo daugelis užsienio šalių autorių [21, 28, 145, 192 ir kt.]. Negalima patvirtinti tik autorių teiginių, kad dėl šių traumų mirštamumas yra iki 13% [145], nes tarp tirtų ligonių mirusių nebuvo. J. Gincman-Dorošenko duomenimis [40], mažiems iki 3 metų vaikams sunkios smurtinės traumas buvo 4,8%, mūsų duomenys panašūs (4,5% pagal SAM įsakymą). Tačiau negalima teigti, kad 14,5% nukentėjusių vaikų sužalojimai nekonstatuoti. Visi ligoniai gydyti VUVL dėl sužeidimų, patirtų dėl fizinio smurto.

Jei vaikas kreipėsi į VUVL dėl smurtinės traumas ar ją įtarus, o papildžius anamnezę ar vaiką ištyrus, ji nepasitvirtino, šių vaikų į mūsų tyrimą neįtraukėme ir neanalizavome. Duomenys apie juos pateikti 77 lentelėje.

77 lentelė. Įtartos ir nepatvirtintos smurtinės traumas VUVL

Metai	Įtartos smurtinės traumas (ligonių skaičius)	Nepatvirtintos smurtinės traumas (ligonių skaičius)	%
1998	157	11	7,0
1999	133	11	8,3
2000	153	9	5,9
2001	210	6	2,9
2002	246	50	20,3
2003	287	49	17,1
2004	341	30	8,8
2005	532	84	15,8
2006	494	74	15,0
2007	599	90	15,0
Iš viso	3152	414	13,1

Patikslinus traumas anamnezę iš vaiko ar jo tėvų, dažniausiai įtarimas dėl smurtinių traumų nepasitvirtino.

5. IŠVADOS

1. Smurto prieš vaikus paplitimas Lietuvos vaikų populiacijoje pagal užregistruotus oficialių šaltinių skelbiamus duomenis yra daug mažesnis nei kitose Europos šalyse, o vaikų mirtingumas dėl tyčinių nužudymų yra daug didesnis nei Europos šalių vidurkis. Tai lemia šios problemos aktualumą Lietuvoje, nes mokslinių tyrimų atlikta mažai.

2. Naktį tarp 23 val. ir 6 val. vaikai patyrė 19,8% visų smurtinių traumų, o 16–17 metų vaikai – net 38,3%. Šie faktai gali padėti planuojant smurto ir smurtinių traumų profilaktikos priemones.

3. Įvairaus amžiaus vaikai dažniausiai buvo mušami rankomis (75,8%), o 16–17 metų – net 80,2%, vyresnius vaikus dūrė, pjovė – 4,7%, šovė – 1,3%, bandė pakarti ar smaugė – 1,5%, 5% užpuolikų buvo girti.

4. Smurtinėms traumoms būdinga:

- galvos smegenų sužeidimai (39,8%), kūdikiams net 54,8%,
- nosies kaulų lūžiai – 48,5% iš visų kaulų lūžių, o 16–17 metų vaikams – net 67,1%,

- V delnakaulio lūžiai – 18,7 %, o 12–15 metų vaikams net 25% iš visų kaulų lūžių,

- dauginiai sumušimai – 16,3%,

- durtinės, pjautinės ir šautinės žaizdos.

5. 10,0% iš visų smurtinių traumų įvyko šeimoje, jas patyrė 96,8% kūdikių ir 83,9% vaikų iki 6 metų. Šeimoje vaikus dažniausiai skriaudė tėvas (54,4%), 44,8% – būdamas girtas.

Pagal visus traumos sunkumo vertinimo kriterijus smurtinės traumos šeimoje bei kūdikiams ir vaikams iki 3 metų buvo sunkiausios.

6. 17,1% smurtinių traumų įvyko mokykloje, vaikus dažniausiai skriaudė bendraklasiai (53,9%), per pertrauką (49,0%), mokyklos kieme (40,9%). Dauguma traumų lyginant su traumomis šeimoje buvo nesunkios, tačiau galvos smegenų traumų buvo net 50,6%.

7. Smurtinės traumos viešose vietose buvo dažniausios (72,9%), ypač 16–17 metų vaikams – net 89,3%. Dažniausiai smurtauta gatvėje (33,4%) ar kieme (31,2%), dažniausiai skriaudė nepažįstami asmenys 15–17 metų berniukus. 23,6% visų traumų vaikai patyrė naktį.

8. Smurtinių traumų mechanizmas bei jų sužeidimų pobūdis visiškai skyrėsi nuo atsitiktinių traumų, smurtinės traumos buvo sunkesnės: PTS balų $\bar{x} = 9,6 \pm 0,1$ ir $\bar{x} = 10,1 \pm 0,1$, $p < 0,05$.

6. PRAKTINĖS REKOMENDACIJOS

Kaip elgtis gydytojui, į kurį kreipėsi smurtinę traumą patyręs vaikas

Vaikas, patyręs smurtinę traumą, pirmiausia kreipiasi į gydytoją, todėl šis turi žinoti smurtinių traumų požymius, diferencinės diagnostikos požymius, teisės aktus, įpareigojančius pranešti policijai ir VTAT apie vaiko patirtą ar įtariamą smurtą, tarnybas, kurios rūpinasi vaiko teisių apsauga Lietuvoje [31, 40, 48, 113, 150]. PSO Europos regiono biuras 2006 m. teigė, kad išaiškinant smurtą prieš vaikus svarbiausiais vaidmuo tenka medikams [155].

Siūloma parengti rekomendacijas pediatrams ir kitiems gydytojams, susiduriantiems su smurtu prieš vaikus, juos mokyti [5, 18, 22, 125, 150, 181]. Kadangi Lietuvoje tokių rekomendacijų dar nepublikuota (išskyrus mūsų straipsnį žurnale „Pediatrija“ 2006 m. Nr. 1 „Vaikų smurtinių traumų diagnostika“), apibendrinus literatūros duomenis ir mūsų tyrimo medžiagą, parengtos šios rekomendacijos. **Jos skirtos pirmos grandies gydytojams, į kuriuos pirmiausia kreipiasi smurtinę traumą patyręs vaikas: apylinkės pediatrams, šeimos gydytojams, greitosios med. pagalbos gydytojams ir gydytojams specialistams, gydantiems šį vaiką: vaikų chirurgams, vaikų ortopedams-traumatologams, vaikų neurologams ir kt.**

Kai patyręs traumą vaikas kreipiasi į gydytoją (pats, lydymas tėvų, giminių ar kitų asmenų), šis ištiria vaiką klinikinio tyrimo metodais. Renkant anamnezę paprastai pateikiami šie klausimai:

- kada, kaip ir kur įvyko trauma,
- ką vaikas veikė prieš traumą,
- kaip jis jautėsi po traumos ir kaip jaučiasi šiuo metu,
- kiti, kurie domina gydytoją.

Įtarimas dėl smurto prieš vaiką kyla kruopščiai renkant anamnezę ir ištiriant visą vaiko kūną bei atliekant kitus reikalingus tyrimus. Jis gydytojui kyla visuomet, kai vaikas pasako, kad jį skriaudė arba jei objektyvūs požymiai

nesutampa su vaiko ar tėvų nurodytu traumos mechanizmu. Tada anamnezę reikia rinkti tendencingai užduodant papildomus klausimus.

Jei įtariama smurtinė trauma, patartina vaiką, kuris gali atsakinėti pats, apklausti vieną. Reikia jo paklausti, kas matė, kaip įvyko trauma, jei trauma įvyko šeimoje, paklausti, ar turi brolių, seserų, kaip bendrauja su jais, su tėvais, ko jam trūksta šeimoje ir pateikti kitus klausimus, kurie domina gydytoją. Jeigu kyla neaiškumų, reikia papildomai apklausti tėvus ar asmenis, mačiusius įvykį. Be to, reikia iš tėvų sužinoti, kokiomis ligomis vaikas sirgo, ar turėjo traumų, kokie vaiko santykiai su broliais, seserimis, koks vaiko charakteris, šeimos socialinė padėtis ir kt.

Renkant anamnezę reikia atkreipti dėmesį, ar vaikas noriai pasakoja apie traumos aplinkybes, ar bijo, nenori pasakoti, slepia, arba atvirkišciai, – labai gina tėvą, motiną. Jei trauma įvyko šeimoje, ypač reikia atkreipti dėmesį į tai, kaip ir ką tėvai pasakoja apie traumos aplinkybes.

Smurtą prieš vaiką galima įtarti, jei:

- tėvai nenoriai pasakoja, kaip įvyko trauma;
- tėvai skirtingai nurodo traumos aplinkybes;
- tėvų pasakojimas neatitinka vaiko amžiaus galimybių (pvz., nevaikštantis kūdikis „užsipila puodą karšto vandens“);
- tėvai dėl traumos kaltina patį vaiką ar kitus šeimos narius (brolius, seseris);
- tėvai sako nežinantys, kaip vaikui, ypač mažam, įvyko trauma;
- tėvai per vėlai kreipiasi į gydytoją, pvz., po paros ar vėliau;
- tėvai aiškiai nesirūpina tuo, kas atsitiko vaikui, jiems svarbesnės jų pačių savo problemos;
- tėvai yra priešiška nusiteikę prieš medikus, pas kuriuos atvyko dėl pagalbos vaikui;
- vaiką, patyrusį traumą namuose, atveža ne tėvai, o kiti asmenys.

Gydytojas rinkdamas anamnezę įvertina pasakojančio asmens elgesį ir būklę (pvz., ar atvežęs vaiką asmuo, ypač tėvai, nėra girti ir panašiai).

Vaiko medicininuose dokumentuose būtina pažymėti, iš kokių asmenų surinkta anamnezė: vaiko tėvų ar kitų lydinčių asmenų, nes neretai jų pasakojimai skiriasi. To gali prireikti nustatant tikslią diagnozę ar smurto faktą teisėsaugos pareigūnams.

Gydytojas ambulatorinėmis sąlygomis kruopščiai ištiria vaiką įprasta klinikinio tyrimo tvarka, jei įtaria smurtą atkreipia dėmesį į žemiau nurodytus objektyvius smurtinių traumų požymius, įvertina esamą situaciją.

I situacija. Gydytojui nekyla jokių įtarimų, kad prieš vaiką buvo panaudotas smurtas, t. y. trauma atsitiktinė. Pvz., žinoma, kad vaikas pateko į autoįvykį, iškrito iš medžio, nukritęs susimušė ir pan. Tada gydytojas, į kurį kreipėsi nukentėjęs vaikas, pats sprendžia jo diagnostikos klausimus ir gydo arba suteikęs pirmąją medicininę pagalbą skubiai siunčia pas gydytoją specialistą – vaikų ortopedą-traumatologą ar vaikų chirurgą.

II situacija. Jei pagal anamnezę aišku, kad vaikas patyrė smurtą, pvz., yra mačiusių liudininkų, arba yra objektyvių smurto požymių, jis ištiria vaiką įprastais klinikiniais metodais, nustato arba įtaria galimus sužeidimus. Suteikia pirmąją medicininę pagalbą ir skubiai siunčia vaiką gydyti į vaikų traumatologijos ar vaikų chirurgijos skyrių. Ligoninėje vaikui operatyviai atliekami reikalingi tyrimai, jį konsultuoja specialistai, apžiūri socialinis darbuotojas, be to, jei smurtas įvyko šeimoje, vaikas atskiriamas nuo smurtautojų. Guldyti į ligoninę pataria ir JAV, Vokietijos pediatrai [6, 31, 200]. Socialinis darbuotojas apie smurtą praneša VTAT, aiškinasi traumos aplinkybes. Jei smurtas prieš vaiką įvyko namuose, kartais sprendžiama, kur nukentėjusį vaiką siųsti iš ligoninės.

III situacija. Gydytojas, į kurį kreipėsi sužeistas vaikas, iš anamnezės ar objektyvių požymių įtaria, kad prieš vaiką galėjo būti panaudotas smurtas. Tada jis elgiasi taip pat, kaip ir II situacijoje.

LR Vaiko teisių apsaugos pagrindų įstatymas, 2002 m. LR SAM, VRM ir generalinio prokuroro įsakymas Nr. 55/42/16 „Dėl informacijos apie asmenis su kūno sužalojimais, kurie gali būti susiję su nusikaltimu teikimo“, įpareigoja kiekvieną fizinį ar juridinį asmenį apie nustatytą ar įtariamą smurtą skubiai

pranešti policijai pagal nukentėjusiojo gyvenamąją vietą. Gydytojas, diagnozavęs ar įtaręs vaiko smurtinę traumą, praneša policijai tiesiogiai, ir tiesiogiai ar per socialinį darbuotoją (ligoninėje) – VTAT, kurios užsiima smurto priežasčių išaiškinimu ir tolesne vaiko smurto prevencija. VTAT yra kiekvienoje savivaldybėje.

Gydytojas, tirdamas vaiką klinikiniais tyrimo metodais, turėtų atkreipti dėmesį, ar nėra **smurtinei traumai būdingų požymių**, kai:

– vaikui nustatoma sunki trauma, pvz., kaulų lūžiai, galvos smegenų trauma; kraujosruvos akies tinklainėje ir kt. neatitinka tėvų nurodyto nesunkaus vaiko traumos mechanizmo;

– aiškiai matoma bloga vaiko priežiūra: vaikas išsekęs ar hipotrofiškas, nešvarus, apiplyšęs, netinkami vaikui drabužiai ir kt.;

– vaiko odoje matomos plaštakos, diržo ar kitų bukų daiktų bei žmogaus įkandimo žymės;

– matomos dauginės poodinės kraujosruvos ant neįprastų atsitiktinei traumai vietų (sėdmenų, sprando, nugaros, šlaunų, lytinių organų), ypač jei jos yra skirtingo senumo;

– yra cirkuliarūs simetriški galūnių nudegimai dėl jų panardinimo į karštą vandenį;

– yra nudeginimo degančia cigarete žymių;

– yra dauginių kaulų lūžių, patirtų skirtingu laiku, jei tai matyti iš objektyvių požymių (rentgenogramoje – kaulinis rumbas);

– yra smaugimo žymių kakle;

– yra akių sumušimų ir nudegimų.

14–17 metų vaikams:

– nosies kaulų lūžiai;

– delnakaulių, ypač V, lūžiai;

– išmušti ar lūžę dantys;

– durtinės, pjautinės ar šautinės žaizdos.

Vaikams iki 2 metų:

– metaepifiziniai lūžiai;

- šonkaulių užpakalinių dalių lūžiai;
- dauginiai kaukolės kaulų lūžiai;
- be aiškiai nurodomos priežasties yra kraujosruvos akies tinklainėje;
- be aiškiai nurodomos priežasties yra poodinės kraujosruvos ar įdrėskimai kūdikio kūne, kaulų lūžiai;
- nevaikštančių kūdikių spiraliniai ilgųjų kaulų lūžiai;
- pakartotinos vaiko traumos šeimoje, ypač jei netinkama vaiko priežiūra.

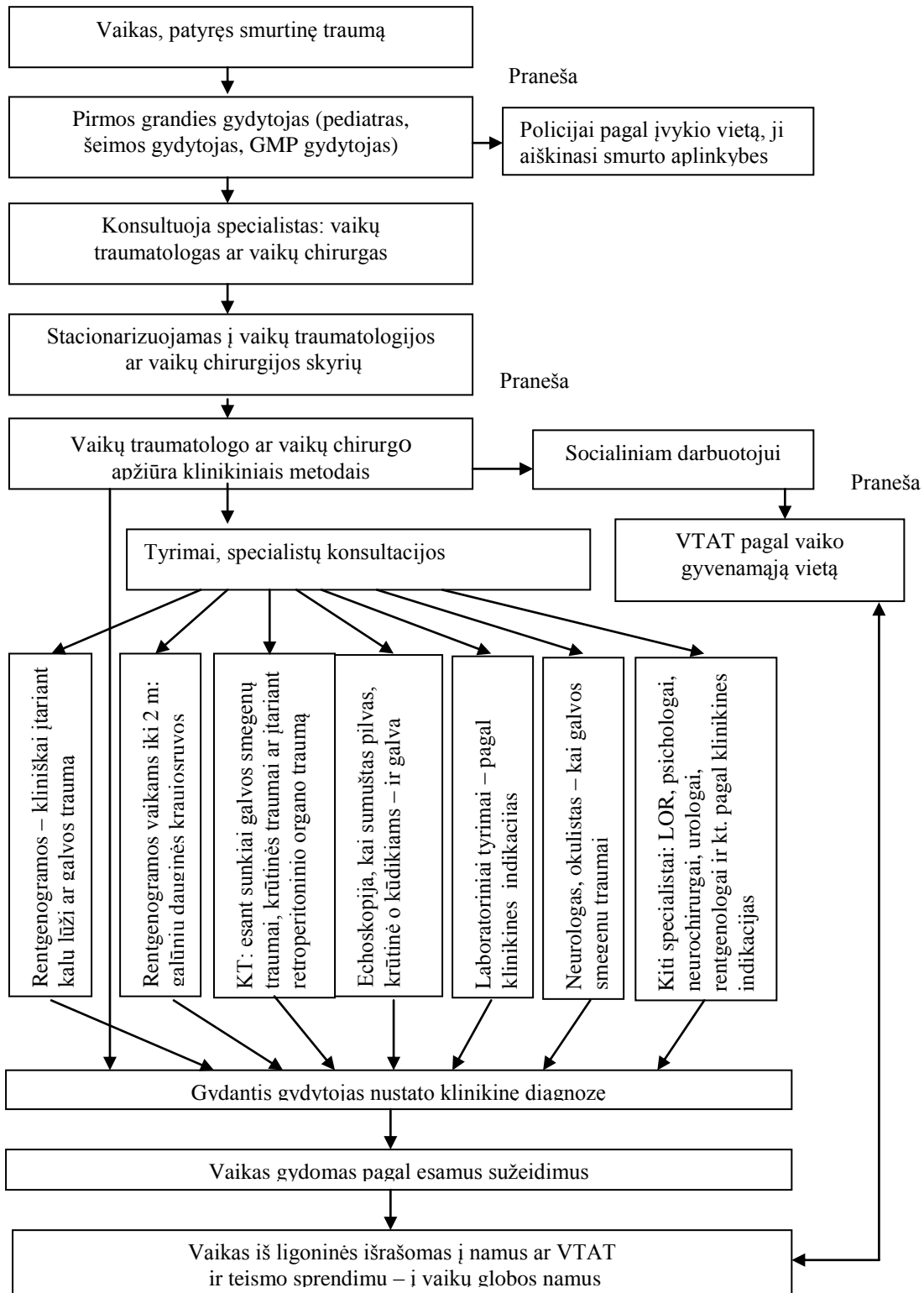
Visus šiuos požymius reikia tiksliai aprašyti, jei yra galimybė – nufotografuoti.

Jei gydytojas pagal klinikinius požymius įtaria kaulo lūžį, atlieka rentgenogramas, tačiau jei mažiems vaikams yra dauginių kraujosruvų, ypač jei jos įvairaus senumo, patartina atlikti apžvalgines priekines rankų ir kojų rentgenogramas. Jei sumušta galva atliekamos kaukolės rentgenogramos, jei įtariamas sunkus smegenų sužeidimas – KT. Įvykus pilvo, inkstų traumai, atliekama echoskopija, tačiau įtariant retroperitoninio tarpo organų traumą – KT. Ji taip pat atliekama įtarus krūtinės ąstos organų sužeidimą ar šonkaulių lūžius. Visus vaikus, patyrusius galvos smegenų traumą, turi konsultuoti neurologas ir okulistas, pastarasis turi ištirti akių dugną. Prireikus turi konsultuoti psichologai, psichiatrai, soc. pedagogai ir kiti, vaiką gydyti. Išrašydamas iš ligoninės vaiką, kuris patyrė smurtą namuose, gydytojas tai turi derinti su socialiniu darbuotoju. Jis palaiko ryšį su VTAT ir kartais vaikas teismo sprendimu gražinamas ne į šeimą, o perkeliamas į vaikų globos namus.

Nors pagal LR įstatymus tolesne smurto prevencija vaiko namuose užsiima VTAT, siūlytume sekti šalių, kuriose smurto prevencijos strategijos ir programos yra seniai vykdomos (JAV, Vokietijos, Švedijos ir kt.) pavyzdžiu ir išplėsti gydytojo pediatro funkcijas lankantis šeimoje pas smurtą patyrusį vaiką. Pediatras, lankydamasis šeimoje, išsiaiškina jos socialines, psichologines problemas, lengviau nustato vaiko nepriežiūros atvejus. Pediatrai, geriausiai žinodami vaiko amžiaus ypatumus ir psichologiją, gali padėti VTAT bei socialiniams darbuotojams planuoti ir vykdyti smurto prieš vaikus prevencijos šeimose programas, ypač tėvų ir vaikų auklėjimo ir

švietimo. Šios priemonės naudojamos daugelyje šalių ir duoda gerų rezultatų [5, 18, 31, 69, 110, 195 ir kt.], tai rekomenduoja ir PSO [68, 141].

PATYRUSIO (AR ĮTARIAMO PATYRUS) SMURTINĘ TRAUMĄ VAIKO DIAGNOSTIKOS IR GYDYMO LOGINĖJE SCHEMA



CITUOTOS LITERATŪROS SĄRAŠAS

1. Abell S, Ey JL. Domestic violence: its impact on children. *Clin Pediatr (Phila)* 2008; 47 (4): 413–5.
2. Alcohol and interpersonal violence: policy briefing. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2005.
3. Alexander RC. Education of the Physician in Child Abuse. *Pediatr Clin North Am* 1990; 37 (4): 971–988.
4. American Academy of Pediatric Dentistry. Clinical guideline on oral and dental aspects of child abuse and neglect. *Pediatr Dent* 2004; 26 (7): 63–6.
5. American Academy of Pediatrics. Injury Prevention and Control for Children and Youth. Grove Village, IL: American Academy of Pediatrics; 1997.
6. American Academy of Pediatrics. Committee on Hospital Care and Committee of Child Abuse and Neglect: Medical necessity for the hospitalization of the abused and neglected Child. *Pediatrics* 1998; 101: 715–716.
7. Anderst JD. Assessment of factors resulting in abuse evaluations in young children with minor head trauma. *Child Abuse Negl* 2008; 32: 405–413.
8. Annerbäck E – M, Lindel C, Svedin CG, Gustafsson PA. Severe child abuse: a study of cases reported to the police. *Acta Paediatrica* 2007; 96; 1760–1764.
9. Banyard VL, Cross C, Modecki KL. Interpersonal violence in adolescence: ecological correlates of self-reported perpetration. *J Interpers Violence* 2006; 21 (10): 131–32.
10. Bauer KA. Covert video surveillance of parents suspected of child abuse: the British experience and alternative approaches. *Theor Med Bioeth* 2004; 25 (4): 311–27.
11. Ben-Arieh A, Haj-Yahia MM. The „geography“ of child maltreatment in Israel: Findings from a national data set of cases reported to the social services. *Child Abuse Negl* 2006; 30: 991–1003.

12. Bendroji bazinio mokymo bei specializuotos tobulinimosi programos prieš vaikų komercinį seksualinį išnaudojimą ir seksualinę prievartą. Vilnius: Socialinės apsaugos ir darbo ministerija; 2001.
13. Beniuševičius V. Vaikų traumatizmas. Ar galima jo išvengti? Sveikatos apsauga 1987; 4: 8–11.
14. Bethea L. Primary prevention of child abuse. *Am Fam Physician* 1999; 59 (6): 1577–85.
15. Black T, Trocme N, Fallon B, Mac Laurin B. The Canadian child welfare system response to exposure to domestic violence investigations. *Child Abuse Negl* 2008; 32: 393–404.
16. Broga R. Politrauminių ligonių diagnostikos ir gydymo algoritmas. [Dr. disertacija]. Vilnius: Vilniaus universitetas; 2005.
17. Brookmeyer KA, Fanti KA, Henrich CC. Schools, parents and youth violence: a multilevel , ecological analysis. *J Clin Child Adolesc Psychol* 2006; 35 (4): 504 – 14.
18. Brooks RM, Mott AM. Domestic violence: what should pediatricians do? *Arch Dis Child* 2008; 93 (7): 558–560.
19. Browne KD. national prevalence study of child abuse and neglect in Romanian families. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2002.
20. Castello FV, Cassano A, Gregory P, Hammond J. The Pediatric Risk of Mortality (PRISM) Score and Injury Severity Score (ISS) for predicting resource utilisation and outcome of intensive care in pediatric trauma. *Crit Care Med* 1999; 27 (5): 985–8.
21. Chang DC, Knight V, Ziegfeld S, Haider A, Warfield D, Paidas C. The hip of the iceberg for child abuse: the critical roles of the pediatric trauma service and its registry. *J Trauma* 2004; 57 (6): 1189–98.
22. Christian CW. Professional education in child abuse and neglect. *Pediatrics* 2008; 122 (Suppl 1): 13–17.
23. Combs – Orme T, Cain DS. Predictors of mothers use of spanking with their infants. *Child Abuse Negl* 2008; 32 (6): 649–57.

24. Cunningham N. What do we know about child neglect. In: Child Mental health and Child Abuse: Pediatric Role in Management Child Abuse /Neglect; 1999 March 15 – 19; Budapest, Hungary. p. 1–13.
25. Česnienė I. Pranešimas apie prievartą patyrusį vaiką: esamos padėties Lietuvoje analizė. Socialinis darbas 2007; 6 (2): 37–42.
26. Dabartinės lietuvių kalbos žodynas. Vilnius: Mokslo ir enciklopedijų leidykla; 1993.
27. Deutsches grünes Kreuz/Komitee zur Prävention von Kinderunfällen. Prävention von Kinderunfällen. Marburg: Verlag im Kilian; 1998.
28. Di Scala C, Sege R, Li G, Reece RM. Child abuse and unintentional injuries: a 10 – year retrospective. Arch Pediatr Adolesc Med 2000; 154 (1): 16–22.
29. Didžiokienė A, Žemaitienė N. Smurtą patiriančių rizikos grupės vaikų psichologinė savijauta. Medicina 2005; 41 (1): 59–66.
30. Ellerstein NS, Norris KJ. Value of radiologic skeletal survey in assessment of abused children. Pediatrics 1984; 74 (6): 1075–8.
31. Essen H, Schlickewei, Dietz H – G. Kindesmisshandlung. Unfallchirurg 2005; 2: 92–101.
32. Fagan AA. The relationship between adolescent physical abuse and criminal offending: Support for an enduring and generalized cycle of violence. J Fam Viol 2005; 20 (5): 279–290.
33. Furnival RA, Schunk JE. ABCs of scoring systems for pediatric trauma. Pediatr Emerg Care 1999; 15 (3): 215 – 23.
34. Geddes JF, Whitwell HL. Inflicted head injury in infants. Forensic Sci Int 2004; 146 (2 – 3): 83 – 8.
35. Geriausios Lietuvos psichikos sveikatos priežiūros programos. II dalis. Vilnius: Psichosocialinės reabilitacijos asociacija, 2002.
36. Giardino AP. Child abuse and neglect: physical abuse. e Med J 2001; 2 (8): 1–17. <http://www.emedicine.com/ped/topic 2648.htm>
37. Gincman J. Smurtas vaikų atžvilgiu. Kn: Teisiniai medicininiai smurto aspektai. Vilnius: Lietuvos teisės universitetas; 2002. p. 28–35.

38. Gincman J, Palavinskienė B. Violence Against Women and Children in Lithuania. *Acta medica Lithuanica* 2002; 9 (2): 113–119.
39. Gincman J, Jasulaitis A. Fizinis ir seksualinis smurtas prieš vaikus. *Medicinos teorija ir praktika* 2004; 1 (37): 17–19.
40. Gincman-Dorošenko J. Smurtas prieš vaikus teismo medicininiu požiūriu [Dr. disertacija]. Vilnius: Vilniaus universitetas; 2005.
41. Greenbaum AR, Donne J, Wilson D, Dunn KW. Intentional burn injury: an evidence – based, clinical and forensic review. *Burns* 2004; 30 (7): 628–42.
42. Guenther E, Knight S, Olson LM, Dean JM, Kernan HT. Prediction of Child Abuse Risk from Emergency Department Use. *J Pediatr* 2008; Sep 24 [E pub ahead of print].
43. Guterman NB, Lee Y. The role of fathers in risk for physical child abuse and neglect: possible pathways and unanswered questions. *Child Maltreat* 2005; 10 (2): 136–49.
44. Hahm H, Guterman N. The emerging problem of physical abuse in South Korea. *Child Maltreatment* 2001; 6: 169–179.
45. Hasselberg M, Laflame L. Children and risk in trafic: improvement potentials in the Swedish context. *Acta Paediatr* 2004; 93 (1): 113–119.
46. Herrenkohl TI, Herrenkohl RC. Examining the overlap and prediction of multiple forms of child maltreatment, stressors, and socioeconomic status: A longitudinal analysis of youth outcomes. *J Fam Viol* 2007; 22: 553–562.
47. Holt S, Buckley H, Whelan S. The impact of exposure to domestic violence on children and young people: A review of the literature. *Child Abuse Negl* 2008; 32: 797–810.
48. Hornor G. Physical abuse: Recognition and reporting. *J Pediatr Health Care* 2005; 19 (1); 4–11.
49. Hyden PW, Gallagher TA. Child abuse intervention in the emergency room. *Pediatr Clin North Am* 1992; 39 (5): 1053–81.
50. Internationale UNICEF – Studie : Jedes Jahr sterben in den Industrieländern 3500 Kinder an Misshandlungen. Deutschland: UNICEF; 2006. <http://www.unicef.de>

51. Interneto, kompiuterinių žaidimų įtaka smurtui prieš vaikus. Tyrimo ataskaita. Vilnius: Socialinės apsaugos ir darbo ministerija: UAB „Factus Dominus“; 2005.
52. Jain AM Domestic Violence. *Emerg Med Clin North Am* 1999; 17 (3): 573–593.
53. Jessee SA. Orofacial manifestations of child abuse and neglect. *Am Fam Physician* 1995; 52 (6): 1829–34.
54. Jones R, Flaherty EG, Binss HJ, Price LL, Slora E, Abney D et al. Clinician’s description of factors influencing their reporting of suspected child abuse: report of the Child Abuse Reporting Experience Study Research Group. *Pediatrics* 2008; 122 (3): 654–5.
55. Jungtinių Tautų vaiko teisių konvencija. Valstybės žinios. 1995; Nr. 60–1501.
56. Jungtinių Tautų Vaiko teisių komiteto išvados dėl Lietuvos respublikos įžanginės ataskaitos. Vilnius: Socialinės apsaugos ir darbo ministerija. UNICEF; 2001.
57. Jungtinių Tautų vaiko teisių konvencijos įgyvendinimo ataskaita. Valstybės žinios 2004; Nr. 24–739.
58. Kachur SP, Stennies GM, Powell KE, Modzeleski W, Stephens R, Murphy R. et al. School – Associated Violent Deaths in the United States, 1992 to 1994. *JAMA* 1996; 275 (22): 1729–1733.
59. Karalienė V. Vaikų, patyrusių smurtą, sveikatos sutrikimai ir jų klinikinė išraiška. *Pediatrija* 2008; 4–5: 37–41.
60. Kayama M, Sagami A, Watanabe Y, Senoo E, Ohara M. Child abuse prevention in Japan: an approach to screening and intervention with mothers. *Public Health Nurs* 2004; 21 (6): 513–18.
61. Kelly P, Farrant B. Shaken baby syndrome in New Zealand, 2000–2002. *J Paediatr Child Health* 2008; 44 (3): 99–107.
62. Kemp AM, Dunstan F, Harrison S, Morris S, Mann M, Rolfe K et al. Patterns of skeletal fractures in child abuse: systematic review. *BMJ* 2008; 337: 1518.

63. Kerfoot M, Koshyl V, Roganov O, Mikhailichenko K, Gorbova I, Pottage D. The health and well – being of neglected, abused and exploited children: The Kyiv Street Children Project. *Child Abuse Negl* 2007; 31: 27–37.
64. Keshavarz R, Kawashima R, Low C. Child abuse and neglect presentations to a pediatric emergency department. *J Emerg Med* 2002; 23 (4): 341–5.
65. Kethineni S, Blimling L, Bozarth JM, Gaines C. Youth violence: an exploratory study of a treatment program in a central Illinois county. *Int J Offender Ther Comp Criminol* 2004; 48 (6): 697–720.
66. Kleiman P.K. Problems in the diagnosis of metaphyseal fractures. *Pediatr Radiol* 2008; 38 (Suppl 3): 388–394.
67. Klevens J, Whitaker DJ. Primary Prevention of Child Physical abuse and Neglect: Gaps and Promising Directions. *Child Maltreat* 2007; 12: 364–377.
68. Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB, Lozano R, ed. World report on violence and health. Geneva: WHO; 2002.
69. Krugman SD, Lane WG, Walsh CM. Update on child abuse prevention. *Curr Opin Pediatr* 2007; 19 (6): 711–8.
70. Kurienė A. Vaikų prievartos prevencijos programa. Kn.: Geriausios Lietuvos psichikos sveikatos priežiūros programos. II dalis. Vilnius: Psichosocialinės reabilitacijos asociacija; 2002, p. 25–26.
71. Landsman MJ, Hartley CC. Atributing responsibility for child maltreatment when domestic violence is present. *Child Abuse Negl* 2007; 31: 445–461.
72. Larzerele RE, Johnson B. Evaluation of the effects of Sweden's spanking ban on physical child abuse rates: a literature review. *Psychol Rep* 1999; 85 (2): 381–92.
73. Lee E, Kim M. Exposure to media violence and bullying in school: mediating influences of anger and contact with delinquent friends. *Psychol Rep* 2004; 95 (2): 659–72.
74. Leipus V. vaikų traumatizmo profilaktika. *Sveikatos apsauga* 1978; 1: 49–51.

75. Leventhal JM, Martin KD, Asnes AG. Incidence of fractures attributable to abuse in young hospitalized children: results from analysis of a United States database. *Pediatrics* 2008; 122 (3): 599–604.
76. Liang H, Flisher AJ, Lombard CJ. Bullying, violence, and risk behavior in South African school students. *Child Abuse Negl* 2007; 31 (2): 161–71.
77. Liesienė R, Šinkūnienė B, Stirbienė I, Dagys J, Jonynienė V. Sukrėsto vaiko sindromas intensyviojoje terapijoje. *Pediatrija* 2003; 5: 10–14; 26.
78. Lietuvos gyventojų bendrasis sergamumas 2001–2005 m. privalomojo sveikatos draudimo informacinės sistemos SVEIDRA duomenimis. Vilnius: SAM Lietuvos sveikatos informacijos centras; 2006.
79. Lietuvos gyventojų sveikata ir sveikatos priežiūros įstaigų veikla 2000–2007. Vilnius: Sveikatos informacijos centras: 2001–2008.
80. Lietuvos Respublikos baudžiamasis kodeksas. Valstybės žinios 2000; Nr. 89–2741.
81. Lietuvos Respublikos civilinis kodeksas. Valstybės žin. 2000: Nr. 74.
82. Lietuvos Respublikos Konstitucija. Valstybės žin. 1992; Nr. 33–1014.
83. LR nepilnamečių apsaugos nuo neigiamo viešosios informacijos poveikio įstatymas. Valstybės žin. 2002; Nr. 91–3890 (Nr.93).
84. LR SAM 2001 07 18 įsakymas Nr. 397 „Dėl sunkių traumų klasifikacinių požymių“. Vilnius;2001.
85. LR Sveikatos apsaugos ministro, Vidaus reikalų ministro ir Generalinio prokuroro 2002 01 28 įsakymas Nr. 55/42/16 „Dėl informacijos apie asmenis su kūno sužalojimais, kurie gali būti susiję su nusikaltimu, teikimo“. Vilnius; 2002.
86. LR Vaiko teisių apsaugos pagrindų įstatymas. Vilnius; 1996 03 14. Valstybės žin. 1996; Nr. 33: 807.
87. LR vaiko teisių apsaugos kontrolieriaus įstatymas. Valstybės žin. 2000. Nr. 50–1432.
88. LR Vyriausybės 1994 05 13 nutarimas Nr. 370. Dėl Vaiko teisių apsaugos tarnybos prie Socialinės apsaugos ir darbo ministerijos nuostatų ir rajonų,

miestų vaiko teisių apsaugos tarnybų bendrųjų nuostatų patvirtinimo. Valstybės žin. 1994; Nr. 37–679.

89. LR Vyriausybės nutarimas. Dėl bendrųjų vaiko teisių apsaugos tarnybų nuostatų patvirtinimo. Valstybės žin. 2002; Nr. 120–5415.

90. LR Vyriausybės 2003 m. vasario 6 d. nutarimas. Dėl vaiko teisių apsaugos valdymo srities priskyrimo socialinės apsaugos ir darbo ministerijai ir kitų ministerijų kompetencijos nustatymo. Valstybės žin. 2003; Nr. 15–611.

91. LR Vyriausybės 2005 m. gegužės 4 d. nutarimas Nr. 491. Dėl nacionalinės smurto prieš vaikus prevencijos ir pagalbos vaikams 2005–2007 metų programos patvirtinimo. Valst. žin. 2005; 58: 2021.

92. Lietuvos sveikatos programa. Vilnius: LR SAM; 1998.

93. Lietuvos sveikatos statistika 1999–2006. Vilnius: SAM Lietuvos sveikatos informacijos centras; 2000–2007.

94. Lietuvos vaikai. Vilnius: Statistikos departamentas prie Lietuvos Respublikos Vyriausybės; 1994.

95. Lietuvos vaikai. Vilnius: Statistikos departamentas prie Lietuvos Respublikos Vyriausybės; 1995.

96. Lietuvos vaikai. Vilnius: Statistikos departamentas prie Lietuvos Respublikos Vyriausybės; 1996.

97. Lietuvos vaikai. Vilnius: Statistikos departamentas prie Lietuvos Respublikos Vyriausybės; 1998.

98. Lietuvos vaikai. Vilnius: Statistikos departamentas prie Lietuvos Respublikos Vyriausybės; 2001.

99. Lietuvos vaikai 2002. Vilnius: Statistikos departamentas prie Lietuvos Respublikos Vyriausybės; 2002.

100. Lietuvos vaikai. Vilnius: Statistikos departamentas prie Lietuvos Respublikos Vyriausybės; 2003.

101. Lietuvos vaikai 2003. Vilnius: Statistikos departamentas prie Lietuvos Respublikos Vyriausybės; 2004.

102. Lietuvos vaikai. Vilnius: Statistikos departamentas prie Lietuvos Respublikos Vyriausybės; 2005.

103. Lietuvos vaikai 2005. Vilnius: Statistikos departamentas prie Lietuvos Respublikos Vyriausybės; 2006.
104. Lietuvos vaikai 2006. Vilnius: Statistikos departamentas prie Lietuvos Respublikos Vyriausybės; 2007.
105. Lietuvos vaikai 2007. Vilnius: Statistikos departamentas prie Lietuvos Respublikos Vyriausybės; 2008.
106. Litrownik AJ, Lau A, English DJ, Briggs E, Newton RR, Romney S, Dubowitz H. Measuring the severity of child maltreatment. *Child Abuse Negl* 2005; 29 (5): 553–73.
107. Loeber R, Pardini D, Homish DL, Wei EH, Crawford AM, Farrington DP et al. The prediction of violence and homicide in young men. *J Cons Clin Psychol* 2005; 73: 1074–1088.
108. Maas C, Herrenkohl TY, Sousa C. Review of Research On Child Maltreatment and Violence in Youth. *Trauma Violence Abuse* 2008; 9 (1): 56–67.
109. Maker AH, Shah PV, Agha Z. Child physical abuse: prevalence, characteristics, predictors, and beliefs about parent – child violence in South Asian, Middle Eastern, East Asian, and Latina women in the United States. *J Interpers Violence* 2005; 20 (11): 1406–28.
110. Mac Carthy C. Doing the right thing: a primary care pediatrician's perspective on child abuse reporting. *Pediatrics* 2008; 122 (Suppl 1): 21–4.
111. Maquire S, Mann MK, Sibert J, Kemp A. Are the patterns of bruising in childhood which are diagnostic or suggestive of abuse? A systematic review. *Arch Dis Child* 2005; 90: 182 –186.
112. March L, Mc Gee R, Nada-Raja S, Currey N. Adolescents' perceptions of violence and its prevention. *Aust NZJ Public Health* 2007; 31 (3): 224–9.
113. Markevičienė A, Blažys V. Pirminės sveikatos priežiūros komandų mokymas: Fizinis ir psichologinis smurtas. Vilnius: LR SAM; 2000.
114. Martins CB, Andrade SM. Epidemiology of accidents and violence against children in a city of Southern Brazil. *Rev Lat Am Enfermagem* 2005; 13 (4): 530–7.

115. Matulevičius A., red. Pirmosios Lietuvos motinoms ir vaikams apsaugoti konferencijos darbai; Kaunas: Spaudos fondas; 1931.
116. May – Chahal C, Cawson P. Measuring child maltreatment in the United Kingdom: a study of a prevalence of child abuse and neglect. *Child Abuse Negl* 2005; 29 (9): 949–51.
117. Merric J, Browne KD. Child abuse and neglect: a public health concern. *Public Health Rev* 1999; 27: 279–293.
118. Miller L. School violence: effective response protocols for maximum safety and minimum liability. *Int J Emerg Ment Health* 2007; 9 (2): 10 –109.
119. Milner JS, Dopke C. Child physical abuse. Review of offender characteristics. In: Wolfe DA, Mc Mahon RJ, Peters RV, editors. *Child Abuse. New Directions in Prevention and Treatment Across the Lifespan*. Thousand Oaks – London – New Delhi: Sage Publications, Inc; 1997; p 27–55.
120. Miškinytė A, Perminas, Šinkariova L. The relationship of eating behavior to body dissatisfaction and physical and psychological abuse in childhood. *Medicina* 2006; 42 (11): 994–998.
121. Mirties priežastys 2006. Vilnius: Statistikos departamentas; 2007.
122. Mock C, Peden M, Hyder AA, Butchart A, Krug E. Child injuries and violence: the new challenge for child health. *Bull WHO* 2008; 86 (6): 420.
123. Molcho M, Harel Y, Dina LO. Substance use and youth violence. A study among 6 th to 10 th grade Israeli school children. *Int J Adolesc Med Health* 2004; 16 (3): 239–51.
124. Mok JY. Non – accidental injury in children. *Injury* 2008; 39 (9): 978 – 85.
125. Murakami S, Rappaport N, Penn JV. An overview of juveniles and school violence. *Psychiatr Clin North Am* 2006; 29 (3): 725–41.
126. Mytton J, Di Guiseppi C, Cough D, Taylor R, Logan S. School – based secondary prevention programmes for preventing violence. *Cochrane Database Syst Rev* 2006; 3: CD004606.
127. Nacionalinė sveikatos politikos konferencija. Lietuvos sveikatos politika XXI amžiuje. Vilnius, 2001.

128. Navascues del Rio JA, Ruiz RMR, Martin JS, Berrocal JC, Fernandez GB, Martin RS et al. First Spanish Trauma Registry: Analysis of 1500 Cases. *Eur J Pediatr Surg* 2000; 10: 310–318.
129. Nimkin K, Kleinman PK. Imaging of Child Abuse. *Radiol Clin North Am* 2001; 39 (4): 843–64.
130. Nolin P, Ethier L. Using neuropsychological profiles to classify neglected children with or without physical abuse. *Child Abuse Negl* 2007; 31 (6): 631–43.
131. Palazzi S, Girolamo G, Liverani T. Observational study of suspected maltreatment in Italian pediatric emergency departments. *Arch Dis Child* 2005; 90: 406–410.
132. Paradise JE, Forman SD, Berkowitz J, Greenberg DB, Metka K. Minimum criteria for reporting child abuse from health care settings. *Del Med J* 1997; 69 (7): 357–63.
133. Patterson MM. Child abuse: assessment and intervention. *Orthop Nurs* 1998; 17 (1): 49–56.
134. Paulauskienė G, Šumskas L. Fizinio smurto problema mokyklose ir rizikingas sveikatai elgesys tarp Kauno Dainavos ir Petrašiūnų mikrorajono moksleivių. *Vaikų pulmonologija ir alergologija* 2000; 3 (2): 940–941.
135. Perez – Arjona E, Dujovny M, Del Proposto Z, Vinas F, Park H, Lizarraga S et al. Late outcome following central nervous system injury in child abuse. *Childs Nerv Syst* 2003; 19 (2): 69–81.
136. Pierce MC, Bertocci G. Injury biomechanics and child abuse. *Annu Rev Biomed Eng* 2008; 10: 85–106.
137. Pomerneckas A, Adukauskienė D, Macas A. Dauginė trauma: ligonio būklės ir sužalojimų vertinimas pagal traumų klasifikavimo sistemas. *Medicina* 2002; 38 (7): 685–694.
138. Potoka DA, Schall LC, Gardner MJ, Stafford PW, Peitzman AB, Ford HR. Impact of pediatric trauma centers on mortality in a statewide system. *J Trauma* 2000; 49 (2): 237–45.

139. Povilaitis R. Patyčių dvejose Vilniaus mokyklose paplitimas. *Visuomenės sveikata* 2008; 2 (41): 33–38.
140. Pressel DH. Evaluation of Physical Abuse in Children. *Am Fam Phys* 2000; 61 (10): 3057–64.
141. Preventing child maltreatment in Europe: a public health approach. Policy briefing. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2007.
142. Pūras D. Vaikų patiriamas smurtas ir prievarta: kas, kam ir kaip teiks pagalbą Lietuvoje? Kn: Vaikų fizinė ir seksualinė prievarta. Vilnius; 1996. p. 7–12.
143. Rappaport N, Thomas C. Recent research findings on aggressive and violent behaviour in youth: implications for clinical assessment and intervention. *J Adolesc Health* 2004; 35 (4): 260–77.
144. Raugalė A. Vaiko amžiaus periodai. Kn: Vaikų ligos. I tomas. Vilnius: „Gamta“; 2000. p. 18–23.
145. Reece RM, Sege R. Childhood Head Injuries: Accidental or Inflicted? *Arch Pediatr Adolesc Med* 2000; 154 (1): 11–5.
146. Regalado M, Sareen H, Inkelas M, Wissow LS, Halfon N. Parents' discipline of young children: Results from the national survey of early childhood health. *Pediatrics* 2004; 113: 1952–1958.
147. Reimers A, Laflame L. Neighborhood social composition and injury risks among pre-adolescent and adolescent boys and girls. A study of Stockholm metropolitan. *Int J Adolesc Med Health* 2004; 16 (3): 215–27.
148. Rivara FP, Cummings P, Mock C. Injuries and death of children in rollover motor vehicle crashes in the United States. *Inj Prev* 2003; 9: 76–80.
149. Russel M, Lazenbatt A, Freeman R, Marcenes W. Child physical abuse: health professionals perception, diagnosis and responses. *Br J Community Nurs* 2004; 9 (8): 332–8.
150. Schaaf H. S. Forensic medicine part I. Child abuse: management of physical abuse (children 0–13 years of age). *SADJ* 2004; 59 (9): 379–80.
151. Shaffer A, Huston L, Egeland B. Identification of child maltreatment using perspective and self – report methodologies: A comparison of

maltreatment incidence and relation to later psychopathology. *Child Abuse Negl* 2008; 32: 682–692.

152. Schnitzer PG, Covington TM, Wirtz SJ, Verhoek-Oftedahl W, Palusci VJ. Public health surveillance of fatal child maltreatment: analysis of 3 state programs. *Am J Public Health* 2008; 98 (2): 296–303.

153. Scott J, Mazhindu J. *Statistics for Health Care Professionals*. London: Sage Publications; 2005.

154. Sethi D, Habibula S, Mc Gee K, Peden M, Bennett S, Hyder AA et al., editors. *Guidelines for conducting community surveys on injuries and violence*. Geneva: WHO; 2004.

155. Sethi D, Racioppi F, Baumgarten F, Vida P. *Injuries and Violence in Europe: why they matter and what can be done*. Copenhagen: WHO; 2006.

156. Sheikhattari P, Stephenson R, Assasi N, Eftekbar H, Zamani Q, Maleki B, Kiabayan H. Child maltreatment among school children in the Kurdistan Province, Iran. *Child Abuse Negl* 2006; 30 (6): 231–45.

157. Siaurusaitis B, Urbanavičius V, Jankauskienė D. Vaikų traumatizmo būklė ir problemos Lietuvoje. *Medicina* 1994; 30: 661–665.

158. Siaurusaitis B, Pūras D, Bernotienė D, Radzevičienė J. Vaikų smurtinės traumos. *Neurologijos seminarai: Neurokardiologija* 2002; 3 (16): 69–73.

159. Siaurusaitis B, Bernotienė D, Pūras D, Radzevičienė J, Bernadišienė B. Vaikų smurtinės traumos: priežastys ir pasekmės. *Pediatrija* 2003; 8: 35–39.

160. Sibert JR, Payne EH, Kemp AM, Barber M, Rolfe K, Morgan RJ. The incidence of severe physical child abuse in Wales. *Child Abuse Negl* 2002; 26 (3): 267–76.

161. Sinal SH, Stewart CD. Physical abuse of children: a review for orthopedic surgeons. *J South Orthop Assoc* 1998; 7 (4): 264–76.

162. Socialinis pranešimas 2000. Socialinės apsaugos ir darbo ministerija. <http://www.socmin.lt>.

163. Socialinis pranešimas 2001. Socialinės apsaugos ir darbo ministerija. <http://www.socmin.lt>.

164. Socialinis pranešimas 2002. Socialinės apsaugos ir darbo ministerija. <http://www.socmin.lt>.
165. Socialinis pranešimas 2003. Socialinės apsaugos ir darbo ministerija. <http://www.socmin.lt>.
166. Socialinis pranešimas 2004. Socialinės apsaugos ir darbo ministerija. <http://www.socmin.lt>.
167. Socialinis pranešimas 2005 - 2006. Socialinės apsaugos ir darbo ministerija. <http://www.socmin.lt>.
168. Socialinis pranešimas 2006–2007. Socialinės apsaugos ir darbo ministerija. <http://www.socmin.lt>.
169. Socialinis pranešimas 2007–2008. Socialinės apsaugos ir darbo ministerija. <http://www.socmin.lt>.
170. Sruoga V, Jakubkaitė A. Emocinė, fizinė ir seksualinė prievarta prieš vaikus. Vilnius: UAB „Dizaino propaganda“; 2002.
171. Stein BD, Jaycox LH, Langley A, Kataoka SH, Wilkins WS, Wong M. Active parental consent for a school – based community violence screening: comparing distribution methods. *J Sch Health* 2007; 77 (3): 116–20.
172. Sugar NF. Diagnosing child abuse. *BMJ* 2008; 337: 826–827.
173. Sveikata 21: pagrindiniai PSO visuomenės sveikatos priežiūros principai Europos regione. Vilnius: LR SAM; 1999.
174. Šinkūnienė B. Blogo elgesio su vaiku sindromas. Kn: Vaikų ligos. 5t. Vilnius: Vilniaus universiteto leidykla; 2007. p. 796–800.
175. Širvinskienė G, Žemaitienė N, Didžiokienė A. Į patyčias įsitraukusių Kauno mokyklų mokinių savijauta, rizikinga elgsena ir vaidmenys tyčiojantis. *Visuomenės sveikata* 2008; 41 (2): 27–32.
176. Talvik J, Männamaa M, Talvik T. Outcome of infants after inflicted traumatic brain injury. In: *Violence against children. Abstract book International Conference 2008 May 14 – 16; Tallinn, Estonia; 2008.* p. 13.
177. Tang CS. The role of physical child abuse in Chinese families: a community survey in Hong Kong. *Child Abuse Negl* 1998; 22 (5): 381–91.

178. Tarptautinė statistinė ligų ir sveikatos problemų klasifikacija: Dešimtoji redakcija. Vilnius: LR SAM; 2003.
179. Tepas JJ, Mollitt DL, Talbert JL. The Pediatric Trauma Score as a predictor of injury severity in the injured child. *J Pediatr Surg* 1987; 22: 14–18.
180. Theodore AD, Chang JJ, Runyan DK, Hunter WM, Bangdiwala SI, Agans R. Epidemiologic Features of the Physical and Sexual Maltreatment of Children in the Carolinas. *Pediatrics* 2005; 115 (3): 331–337.
181. Thompson S. Accidental or inflicted? *Pediatr Ann* 2005; 34 (5): 372–81.
182. Thurston WE, Tutty LM, Eisener AE, Lalonde L, Belenky C, Osborne B. Domestic Violence Screening Rates in a Community Health Center Urgent Care Clinic. *Research Nursing Health* 2007; 30: 611–619.
183. Thyen U, Kirchhofer F, Wattam C. Experiencing violence in child maltreatment: a curious silence [Gevaltefahung in der Kindheit – risiken und gesundheitliche Folgen]. *Gesundheitswesen* 2000; 62 (6): 311–9.
184. Trogan I, Dessypris N, Moustaki, Petridou E. How common is abuse in Greece? Studying cases with femoral fractures. *Arch Dis Child* 2001; 85 (4): 289–92.
185. Tutkuvienė J. Augimas ir fizinė vaiko būklė. Kn: *Vaikų ligos*. I t. Vilnius: „Gamta“; 2000. p. 23–49.
186. Ulba P. Fizinės prievartos įtaka vaikų elgesiui ir intelekto raidai. Kn: *Vaikų fizinė ir seksualinė prievarta*. Vilnius; 1996. p. 21–25.
187. *Vaikai ir moterys Lietuvoje*. Vilnius: UNICEF nacionalinis komitetas; 2003.
188. Vainauskienė V, Blažys V. vaikų fizinės prievartos paplitimas Vilniuje. *Medicina* 1997; 33 (pr. 4): 35–38.
189. Vaitkevičius R, Saudargienė A. *Statistika su SPSS psichologiniuose tyrimuose*. Kaunas: VDU leidykla; 2006.

190. Vane DW. Child Abuse and Birth Injuries. Kn: Grosfeld JL, O'Neil JA, Coran AG, Fankalsrud EW, editors. Pediatric Surgery. Vol. 1, 6 th ed. Philadelphia: Elsevier; 2006.
191. Vareikienė J, Malinauskienė V. Moksleivių mokykloje patiriamo priekabiavimo, konfliktų, smurto šeimoje ir psichologinės būsenos sąsajos. Visuomenės sveikata 2007; 1: 10–15.
192. Vinchon M, Deffort – Dhellemmes S, Noule N, Duhem R Dhellemmes P. Traumatismes craniens accidentels ou non du nourrisson. Presse Med 2004; 33 (17): 1174–9.
193. World Health Organisation. Interpersonal violence and alcohol in the Russian Federation. Policy briefing. Copenhagen: WHO; 2006.
194. World Health Organisation. The cycles of violence: the relationship between childhood maltreatment and the risk of later becoming a victim or perpetrator of violence. Copenhagen:WHO; 2007.
195. Wissow LS. Child Advocacy for the Clinician. An Approach to Child Abuse and Neglect. Baltimore: Williams and Wilkins; 1990.
196. Wootton-Gorges S, Stein-Wexler R, Walton JW, Rosas AJ, Coulter KP, Rogers KK. Comparison of computed tomography and chest radiography in the detection of rib fractures in abused infants. Child Abuse Negl 2008; 32: 659–663.
197. Wright RJ, Wright RO, Faman L, Isaac NE. Response to child abuse in the Pediatric Emergency Department: Need of Continue Education. Pediatr Emerg Care 1999; 15 (6): 376–82.
198. Yen C - F, Yang M - S, Yang M – J, Su Y – C, Wang M – H, Lan C – M. Childhood physical and sexual abuse: Prevalence and correlates among adolescents living in rural Taivan. Child Abuse Negl 2008; 32: 429–438.
199. Zaborskas A, Cirtautienė L, Žemaitienė N. Moksleivių patyčios Lietuvos mokyklose 1994 – 2002 m. Medicina 2005; 41 (7): 614–620.
200. Zachariou Z. Memorix: Kinderchirurgie. Weinheim: Chapman and Hall; 1997.

201. Zimmerman S, Makoroff K, Care M, Thomas A, Shapiro R. Utility of follow –up skeletal surverys in suspected child physicsl abuse. *Child Abuse Negl* 2005; 29 (10): 1075–83.

7. AUTORĖS MOKSLINIŲ STRAIPSNIŲ DISERTACIJOS TEMA SĄRAŠAS

1. Siaurusaitis B, Labanauskienė J. Vaikų smurtinių traumų diagnostikos sunkumai. *Pediatrija* 2004; 4–5: 90–93.
2. Labanauskienė J, Siaurusaitis B. Vaikų smurtinių traumų diagnostika. *Pediatrija* 2006; 1: 79–84.
3. Labanauskienė J, Vencius J, Siaurusaitis B. Smurtas prieš vaikus šeimoje. *Pediatrija* 2006; 3: 43–47.
4. Labanauskienė J, Maslauskaitė G, Geležauskas D, Siaurusaitis B. Traumos dėl vaiko nepriežiūros. *Pediatrija* 2007; 2: 34–42.
5. Labanauskienė J, Bernotas H, Siaurusaitis B. Vaikų smurtinių traumų ypatumai. *Lietuvos chirurgija* 2007; 5(2): 161–168.
6. Jasevičius M, Labanauskienė J, Siaurusaitis B, Bernotas H. Vaikų transporto, smurtinių ir atsitiktinių traumų ypatumai. *Pediatrija* 2007; 3: 38–45.
7. Labanauskienė J, Siaurusaitis B. Vaikų smurtinės traumos mokykloje. *Pediatrija* 2008; 1–2: 14–20.
8. Labanauskienė J, Siaurusaitis B. Smurto prieš vaikus būklė ir problemos Lietuvoje. *Neurologijos seminarai* 2008; 12(4): 199–203.
9. Labanauskienė J, Saniukas K, Siaurusaitis B. Vaikų smurtinės traumos viešose vietose. 2009 12 09 priimtas spausdinti žurnale „Medicinos teorija ir praktika“.
10. Labanauskienė J, Siaurusaitis B, Žagminas K. Vaikų smurtinių traumų aplinkybės ir mechanizmas. 2009 11 24 priimtas spausdinti žurnale „Visuomenės sveikata“.
11. Labanauskienė J, Žagminas K, Siaurusaitis B. Vaikų smurtinės traumos: mechanizmas ir pobūdis. 2009 11 02 įteiktas žurnalo „Lietuvos chirurgija“ redakcijai.