

ZANEMARIVANJE DJECE – RIZIČNI ČIMBENICI, POSLJEDICE, ULOGA LIJEČNIKA I MOGUĆNOSTI PREVENCIJE

VESNA ČORIĆ, GORDANA BULJAN FLANDER*

Zanemarivanje, kao najrašireniji oblik zlostavljanja djece, mnogo je veći problem nego što se obično misli. Brojni su rizični čimbenici za zanemarivanje, kao i posljedice na rast i razvoj zanemarene djece. Napredak u razumijevanju problema zanemarivanja djece rezultirao je multidisciplinarnošću, sudjelovanjem medicine, sudstva, javnog zdravstva, sociologije, psihologije i socijalne skrbi. Istraživanja su pokazala da je edukacija liječnika u ovom području još i sad nedostatna. Primarna prevencija zlostavljanja i zanemarivanja djece ima prioritet u sklopu svjetskih napora za prevenciju nasilja.

Deskriptori: ZLOSTAVLJANJE DJECE – psihologija, prevencija i nadzor; RIZIČNI ČIMBENICI; ULOGA LIJEČNIKA

Zanemarivanje je najčešće prepoznat oblik zlostavljanja djece, povezan sa značajnim morbiditetom i mortalitetom. Rezultati istraživanja pokazuju visoku učestalost zanemarujućeg ponašanja roditelja (skrbnika) i u razvijenim zemljama i u onima u razvoju te da je zanemarivanje djece mnogo širi problem nego što se obično misli.

Pojam "zanemarivanje" podrazumijeva heterogenu skupinu uvjeta s različitim posljedicama, koje mogu varirati ovisno o podvrsti, što pridonosi poteškoćama kod intervencije u praksi, npr. nedostatak hrane je vrlo različito iskustvo od ponašanja hladnog roditelja.

Psihološko zanemarivanje je karakterizirano nedostatkom topline, njege i potpore.

Fizičko zanemarivanje podrazumijeva nezadovoljavanje fizičkih potreba, uključujući sigurnost, čistoću, adekvatno domaćinstvo, hranu, zdravstvenu njegu i odjeću.

Obrazovno zanemarivanje znači nedostatak obrazovnih mogućnosti.

U novije vrijeme spominje se i takozvano okolinsko zanemarivanje, karakterizirano nedostatkom sigurnosti u okolini, nedostatkom materijalnih sredstava za dijete i obitelj te životom u kriminalnoj sredini.

Naše znanje o zanemarivanju raste polako, uglavnom zbog nedostatka jasne definicije od čega se sastoji zanemarivanje, ali i zbog nedostatka mjernih instrumenata za procjenu ovoga kompleksnog fenomena. Zanemarivanje je teško mjerljivo (1-4).

Neprecizna definicija ograničava našu sposobnost donošenja odgovarajućih zaključaka o prirodi i posljedicama zanemarivanja. Postoji konceptijsko neslaganje oko toga treba li se fokusirati na roditelja ili na dijete kod definiranja ovog oblika zlostavljanja djece. Mnoga istraživanja temeljena su na propustima o brizi za dijete od strane skrbnika. Zanemarujućim se smatra ono ponašanje roditelja (skrbnika) kojim on čini propust na način uvjetovan kulturalnim čimbenicima zajednice. Studije bazirane na podacima dobivenim od službi socijalne skrbi najčešće su fokusirane na najteže oblike zanemarivanja. Različite definicije u studijama utječu na usporedbu rezultata (5-6).

Drugi autori definiciju zanemarivanja temelje na nezadovoljenju djetetovih temeljnih potreba, s naglaskom na unapre-

đenju njegova zdravlja i njegove dobrobiti, radije nego na kritiziranju roditelja i razmatranju njihove odgovornosti, što je korisnije pri radu s njima. Ovaj pristup također omogućuje prepoznavanje drugih čimbenika, osim ponašanja roditelja, koji pridonose zanemarivanju djece. S obzirom na to da postoji širok raspon u stupnju zadovoljenja djetetovih potreba, uglavnom se ne može općenito govoriti o zanemarivanju i nezanemarivanju. Okolnosti za zanemarivanje su značajne tek kad dovedu do oštećenja zdravlja ili značajnog rizika za dijete, što je važno zbog prevencije (7).

Paradoksalno, unatoč visokoj prevalenciji zanemarivanja, relativno malo istraživanja fokusirano je na ovo područje zlostavljanja djece i postotak znanstvenih radova u vezi sa zanemarivanjem djece ostaje konstantno nizak. Još i danas ima vrlo malo i publiciranih presječnih studija i nema prospektivnih studija koje ispituju neurorazvojne posljedice zanemarivanja. Psihobiološko istraživanje zanemarene djece je bitno otežano, jer zanemarena djeca mogu biti izložena različitim podvrstama zanemarivanja, različitim drugim vrstama zlostavljanja, kao i drugim traumatskim događajima, koji također mogu utjecati na posljedice zanemarivanja (8-10).

* Poliklinika za zaštitu djece grada Zagreba, Argentinska 2, Zagreb

Adresa za dopisivanje:
Vesna Čorić, Poliklinika za zaštitu djece grada Zagreba, Argentinska 2, Zagreb

RIZIČNI ČIMBENICI ZA ZANEMARIVANJE DJECE

Razdoblje od rođenja do odrasle dobi karakterizirano je progresivnim fizičkim, emocionalnim, kognitivnim i socijalnim razvojem. Paralelno s tim odvijaju se promjene u maturaciji mozga. Više različitih čimbenika može loše utjecati na neurološki razvoj zanemarene djece. Prilikom procjene, uz sveobuhvatno ispitivanje prirode, dobi početka, trajanja i različitih podvrsti zanemarivanja, potrebno je obuhvatiti i dimenzije ekoloških i obiteljskih čimbenika, prenatalni i kasniji razvoj, genetske i obiteljske faktore te druga traumatska iskustva te djece. Djeca u dobi do tri godine su zbog intenzivnog rasta i razvoja najvulnerabilnija i imat će najteže posljedice zanemarivanja (11-12).

Podatci o prevalenciji zlostavljanja govore da su djeca kod kuće u najvećem riziku za zanemarivanje te fizičko i emocionalno zlostavljanje (13). Utjecaj okoline raste s djetetovom dobi. Istraživanja su pokazala da uvjeti okoline, često karakterizirani nasiljem i siromaštvom, nisu uvijek morali odražavati uvjete u djetetovom domu, ali s njegovom dobi a i više kontakata s njihovom zajednicom, utjecaj okoline je veći (1).

Literatura o razvoju djece upućuje na važnost stabilnog i nepromjenjivog odnosa sa skrbnikom, kao čimbenika normalnog rasta i razvoja (14). Zanemarujuće majke, u usporedbi s nezanemarujućima, osiguravaju manje potpore djeci, manje su angažirane u razgovoru o emocijama i pokazuju više negativnih emocija (15). Podatci jedne studije upućuju na potencijalni efekt spola roditelja, bez obzira na podatak o djetetovu spolu: oni koje su zanemarivale majke opisivali su više psihičkih poremećaja i slabiju koheziju i adaptabilnost u vlastitim obiteljima (16). Malo je studija o uključenosti oca u životu zanemarene djece (17).

Iako velika većina siromašnih roditelja ne zlostavlja i ne zanemaruje djecu, utvrđeno je da u obiteljima nižeg ekonomskog statusa djeca dobivaju manje kvalitetno roditeljstvo, kao i da je nečija percepcija ekonomske oskudice značajan prediktor za buduće zanemarivanje. Neka su istraživanja pokazala da u uvjetima siromaštva roditelji ispoljuju manje empatije prema djeci, imaju manje razvijene vještine skrbi o djeci (priprema hrane, održavanje kuće urednom), teže se nose sa stresom i manje znaju o razvoju djece (18-19). Siromaštvo je najveći rizični

čimbenik za nenapredovanje djece (20). Istraživanjem letaliteta zanemarene djece utvrđeno je da je kod svih slučajeva smrtnog ishoda bila prisutna nedostatna i slaba prenatalna skrb ili je ona izostala, dijete je rođeno kod kuće bez stručne pomoći, roditelji su bili niskog socioekonomskog statusa ili je majka bila sklona konzumaciji alkohola (21).

Poznato je da su oni koji su bili izloženi nasilju u velikom riziku za zlostavljanje i zanemarivanje svoje djece, kao i oni roditelji koji imaju osobno iskustvo zanemarivanja (22).

Ostali rizični čimbenici za zanemarivanje od strane roditelja su i uzimanje droga, obitelji s jednim roditeljem, niska razina edukacije roditelja te depresija majke (23-24).

Dok su kod mnoge djece posljedice zlostavljanja i zanemarivanja vrlo očite, neka su pokazala otpornost, više nego druga. Što ih čini otpornijima? Vjerojatno postoje mnogi čimbenici koji utječu na povezanost zlostavljanja i posljedica. Jedan od mogućih je širina do koje se djeca osjećaju zaštićenom i podržavanom od svoje obitelji i zajednice. Moguće je i da razina društvenog kapitala zajednice, količina međusobnog povjerenja i povezanosti unutar zajednice mogu pomoći djetetu (25-26).

Nužno je bolje razumijevanje zanemarujućeg ponašanja i načina na koji djeca percipiraju i izvještavaju o doživljaju zanemarivanja. Ako jedno dijete opisuje zanemarivanje, druga djeca u obitelji su u istom riziku (27).

POSljedICE ZANEMARIVANJA

Ponašanje djeteta je centralno kod razmatranja posljedica. U usporedbi s nezanemarenom, zanemarena djeca su više pasivna i povučenog ponašanja kod igre s majkom, a učitelji ih opisuju kao pasivne i agresivne. (1) Rezultati istraživanja posljedica zanemarivanja pokazali su da kod djece u dobi od tri godine samo je psihološko zanemarivanje bilo značajno povezano s povećanim brojem problema ponašanja, dok se kognitivna oštećenja očituju tek u dobi od pet godina, a vrijeme nastanka ne može se utvrditi. Može se zaključiti da u uvjetima siromaštva gdje mnoga djeca imaju nepotican kognitivni razvoj i probleme ponašanja, psihološko zanemarivanje je značajno povezano s problemima ponašanja. Djeca koja su

iskusila više vrsta zanemarivanja bila su introvertirana (5).

Jedna studija je pokazala da samo 20% zanemarene i zlostavljane djece ima toliko oštećenje koje zahtjeva medicinski i psihologijski tretman. Kod procjene posljedica zanemarivanja treba uzeti u obzir djetetov kognitivni i socijalni razvoj te njegovo fizičko i mentalno zdravlje. Sveobuhvatna procjena mogućih tipova zanemarivanja treba se usmjeriti na djetetovo funkcioniranje u različitim područjima, s tim da je najvažnija procjena ponašajnog i emocionalnog statusa. Nužno je bolje razumijevanje i zanemarujućeg ponašanja roditelja i načina na koji djeca percipiraju i izvještavaju o doživljaju zanemarivanja (6-7).

Ako dijete nema stabilan i nepromjenjiv odnos sa skrbnikom, posljedično može doći do nenapredovanja, javlja se nesigurna privrženost, agresivno ili povučeno ponašanje te manja motivacija za postignuća i problemi u odnosima. Neki su istraživači utvrdili da neadekvatna briga o zdravlju može utjecati na djetetovo zdravlje te rast i razvoj. Podatci istraživanja su pokazali da je zanemarivanje djece izravno povezano s usporenim kognitivnim razvojem i opsegom glave. U izuzetnim slučajevima zanemarivanje može rezultirati i smrću (21,24,28). Istraživanje posljedica kod djece koja žive na ulici u Ukrajini, pokazalo je da je 70% njih imalo poremećaj ponašanja i emocionalne teškoće, 74% imalo je depresiju, kod 78% djece bili su prisutni zdravstveni problemi, od kojih su 43% opisani kao trajni ili ozbiljni (29).

Kliničari bi trebali oprezno razmotriti kako djetetove različite potrebe nisu zadovoljene i izbjegavati generalno zaključivanje o postojanju zanemarivanja. Postoji mogućnost još „spavajućih“ učinaka zanemarivanja koji će postati evidentni u adolescenciji ili odrasloj dobi, ili kad dijete postane roditelj (30-32).

Nenapredovanje je čest problem u djetinstvu, čijem nastanku pridonose brojni čimbenici. Neadekvatna prehrana i poremećene socijalne interakcije pridonose slabom napredovanju, usporenom razvoju i smetnjama ponašanja. Može utjecati na rast, ali i uzrokovati dugoročne deficite u intelektualnom, socijalnom i psihološkom razvoju. Neki podaci u literaturi govore da se ovaj sindrom razvija kod značajnog broja djece kao posljedica zanemarivanja, dok drugi autori navode da je zajednička pojava ne-

napredovanja i zanemarivanja djece rijetka (20, 33).

Posljedica neadekvatnog nadzora djece je i učestalo ozljeđivanje, a opekline kao posljedica zanemarivanja češće su nego kod fizičkog zlostavljanja (23, 34).

Neke su studije pokazale da je zanemarivanje djece rizični čimbenik za fizičko nasilje i drugo kriminalno ponašanje, što se može objasniti time da zanemarena djeca nemaju odgovorne roditelje i konzistentan odgoj koji omogućuje učenje alternativnih strategija za oslobađanje agresije. Zbog slabijeg razvoja kognitivnih i socijalnih vještina, djeca se teško nose s verbalnim konfliktima, a postoji i mogućnost da su bila i fizički zlostavljana i da su odrastala u sredini u kojoj je nasilje česta pojava (35-36).

ULOGA LIJEČNIKA

Zlostavljanje i zanemarivanje djece pojavljuje se u medicinskoj literaturi već 50-60 godina kao medicinsko-pravni entitet i razlikuje se od najvećeg dijela medicinske problematike, jer je socijalno temeljen problem: socijalni i okolinski uvjeti kod odgoja djece su najveće determinante zlostavljanja i nezlostavljanja. Napredak u razumijevanju problema zanemarivanja djece rezultirao je multidisciplinarnošću, sudjelovanjem medicine, sudstva, javnog zdravstva, sociologije, psihologije i socijalne skrbi.

Kratkoća vremena provedena s pacijentom, veliko opterećenje liječnika, niska naknada za rad, znanstvene dvojbe i participacija u zakonskim procedurama, sve to čini okosnicu kod kliničkog susreta s potencijalnim zlostavljanjem i zanemarivanjem djece. Zbog njihove zakonske i socijalne odgovornosti, liječnici bi trebali imati adekvatne informacije i vladati vještinama u prepoznavanju promjena u ponašanju, epidemiologiji, tretmanu i prevenciji zlostavljanja i zanemarivanja djece te poznavati zakonske obaveze prijavljivanja. Rezultati istraživanja u Turskoj pokazali su da liječnici primarne zdravstvene zaštite nemaju adekvatnu edukaciju i odgovarajuće (vlastite) stavove kod prepoznavanja i prijavljivanja suspektnih slučajeva zlostavljanja i zanemarivanja djece (37-38).

Postoji potreba da liječnici prepoznaju zanemarivanje, osobito psihološko, što je prije moguće. Naglasak je na obaveznoj prijavi, istraživanju mogućeg zlostavljanja te procjeni rizika u slučajevima u koji-

ma fizičko oštećenje nije u središtu pozornosti (39).

Brojne studije su pokazale da je edukacija liječnika u ovom području bila nedostatna (40). Veliko istraživanje 2000. godine u SAD-u među osobljem hitne službe je obuhvatilo: znanje o znakovima i simptomima, vlastitu učinkovitost i stavove te znanje o prepoznavanju, dokumentaciji i izvještajima kod suspektnog zlostavljanja i zanemarivanja djece. Rezultati su pokazali da se lakše nose s fizičkim zlostavljanjem nego sa zanemarivanjem, teško sa seksualnim zlostavljanjem i u interakciji s roditeljima zlostavljane i zanemarene djece (41). U Velikoj Britaniji su također anketirani mladi liječnici u hitnoj službi. Dobiveni su podatci da mlađi liječnici često griješe kod prepoznavanja indikatora zlostavljanja i uglavnom nemaju zadovoljavajuću edukaciju. Može se zaključiti da je zaštita djece zanemareno područje u medicini (42).

U Kanadi je studija kojom se istraživalo iskustvo, percipirana adekvatnost edukacije i percipirana kompetentnost kanadskih pedijatara u zaštiti djece, pokazala da su se čak i stariji, iskusniji pedijatri, osjećali slabo educiranim u području zlostavljanja i zanemarivanja djece. Ovi rezultati upućuju na potrebu djelotvornih programa edukacije u području zaštite djece (43). Sve navedeno rezultira pitanjem stanja i prioriteta danog zaštiti djece u pedijatrijskoj medicini (44). U Hrvatskoj još nisu provedena istraživanja u ovom području, podatci u našoj literaturi temelje se na onima svjetske literature (45).

Zdravstveno zanemarivanje je izazov za kliničare u svim zemljama, ne samo u onima u razvoju (46-47). Povremeno pedijatri dobiju spoznaje o djeci koja nisu adekvatno nadzirana. Mnogo češće liječe djecu s traumatskim ozljedama ili trovanjima koja su mogla biti spriječena boljim nadzorom. Zakon ih obvezuje prijaviti socijalnoj službi svaku sumnju na zlostavljanje i zanemarivanje djece. Ograničenja uključuju nedostatak znanja i iskustva, prijašnja loša iskustva sa socijalnom službom, strah od pogoršanja odnosa s obitelji i od svjedočenja na sudu. Mnoge ozljede nastaju i kad su djeca nadzirana, mnoga loše nadzirana djeca ne zadobiju ozljede (36). Precizna dijagnoza je važna za prevenciju, no bitno je uključiti multidisciplinarni tim. Kod sumnje na zlostavljanje i zanemarivanje uvijek je potrebna sveobuhvatna multidisciplinarna obrada (22).

MOGUĆNOSTI PREVENCIJE

Pedijatrijska praksa fokusirana je na ranu dijagnozu i liječnici koji u skrbi imaju djecu intervenirat će u slučaju zanemarivanja, ali je mala mogućnost istraživanja i promjene okolinskih i socijalnih uvjeta u kojima djeca odrastaju. To rezultira potrebom suradnje medicine i javnog zdravstva u prevenciji svih oblika zlostavljanja i zanemarivanja djece (38).

Za prevenciju su potrebne jasna identifikacija, procjena i intervencija. Povijest zanemarivanja može varirati u različitim obiteljima. Važno je poznavati karakteristike roditelja, jer to može pomoći pri odluci o edukacijskim i drugim preventivnim mjerama.

Tijekom dva posljednja desetljeća više pozornosti posvećuje se prevenciji fizičkog zlostavljanja i zanemarivanja djece u istraživanjima i praksi. Mnoga su istraživanja pokazala da rad s roditeljima nije uvijek uspješan kao što se mislilo. Naposljetku, zlostavljanje djece je vrlo skupo za društvo, kratkoročno (medicinska skrb, obiteljsko savjetovanje, izmještanje djece iz obitelji, edukacija) i dugoročno (terapija odraslih, institucije za odgoj zbog delikventnog ponašanja, gubitak produktivnosti zbog buduće nezaposlenosti višestruko zlostavljane djece). Prevencija zlostavljanja i zanemarivanja je moguća na različitim razinama:

- primarna uključuje sve napore usmjerene na opću populaciju, naglašavajući socijalne uzroke zlostavljanja i zanemarivanja djece (nasilje, odobravanje fizičkog kažnjavanja kao odgojne mjere, siromaštvo)
- sekundarna je fokusirana na specifične skupine (npr. obitelji) koje su u riziku za zlostavljanje i zanemarivanje djece, pokušavajući smanjiti utjecaj rizičnih faktora (npr. slabe roditeljske vještine, socijalna izolacija, osobni problemi roditelja)
- tercijarna uključuje strategije usmjerene na skupine u kojima zlostavljanje i zanemarivanje već postoji, radi zaustavljanja zlostavljanja i smanjenja negativnih posljedica za dijete, obitelj i društvo (48, 49, 50)

Presječna studija u SAD-u 2004. godine, kojom je obuhvaćeno 40 preventivnih programa, pokazala je da rani preventivni programi za obitelji s malom djecom (0-3 godine) u riziku za fizičko zlostavljanje i zanemarivanje, imaju visoko značajan pozitivan učinak. Glavni cilj svih progra-

ma bila je prevencija koja uključuje ranu potporu obitelji (48).

U sklopu svjetskih napora koji se čine u prevenciji nasilja, UN daju prednost promociji primarne prevencije zlostavljanja djece, radi postizanja sigurnog djetinjstva za svu djecu (51).

Problem zlostavljanja i zanemarivanja djece u SAD-u prepoznat je kao prioritetni javnozdravstveni problem i u skladu s tim težište je postavljeno na primarnoj prevenciji, s preporukom da se povećaju naponi u prikupljanju podataka i unaprijeđi razumijevanje rizičnih i zaštitnih čimbenika, kao i posljedica zlostavljanja djece. Primarna prevencija je važna iz više razloga:

- zlostavljanje i zanemarivanje djece je ponašanje uzrokovano različitim čimbenicima
- lakše je prevenirati zlostavljanje ili zanemarivanje nego intervenirati da bi se promijenila ponašanja koja su već dobro utemeljena,
- s roditeljima se uspostavlja bolja suradnja nego kad već postoji stigma kontakta sa službom socijalne skrbi
- poruka može biti da svaki roditelj ima dobrobit od vježbanja roditeljskih vještina, ne samo „loši“ roditelji
- mnogi roditelji kod kojih je uključena služba socijalne skrbi imaju otpor prema intervenciji, ne zato što nisu zainteresirani za svoju djecu, već zbog moguće neugodnosti zbog potrebe uključivanja socijalne skrbi, invazivne prirode te službe i straha od daljnjih zakonskih postupaka

Posljednjih godina široko se primjenjuju programi za uvježbavanje roditeljskih vještina, koji nude vrlo obećavajući pristup u prevenciji zlostavljanja djece. Podatci nekih istraživanja govore da je program kućnih posjeta, koji uključuje trening roditelja, reducirao pojavu zlostavljanja i zanemarivanja djece za otprilike 40%, dok su novijim istraživanjima dobiveni podatci koji navode na zaključak da program kućnih posjeta nije ispunio očekivanja u vezi s prevencijom zlostavljanja i zanemarivanja djece. Preporuke za intervenciju i preventivne aktivnosti zlostavljanja i zanemarivanja djece naglašavaju potrebu razvoja i evaluacije programa koji se mogu primijeniti u realnim životnim uvjetima djece (52).

Strategija kućnih posjeta, iako nije jedini način potpore novim roditeljima, nastavlja se razmatrati kao način primarne prevencije zlostavljanja i zanemarivanja

djece. Dok su u mnogim zemljama novije strategije u nastajanju, zdravstvene službe za kućne posjete datiraju od pionirskog rada Florence Nightingale 1860.-tih u Velikoj Britaniji. Osoba koja je bila odgovorna za pronalaženje Mary Ellen u New Yorku u njenom domu bila je 1874. godine u kućnom posjetu, što je dovelo do osnivanja prve svjetske organizacije za zaštitu djece, Newyorško udruženje za prevenciju okrutnosti prema djeci. Danas najveći broj servisa za kućne posjete postoji u svrhu prevencije fizičkog zlostavljanja i zanemarivanja djece, obuhvaćajući nekoliko karakteristika po kojima se razlikuju od strategija drugih službi. Usluga se pruža kod kuće i u realnim uvjetima u kojima roditelji podižu svoju djecu. Djelatnici zaposleni u ovim službama, medicinske sestre, socijalni radnici i drugi stručnjaci, tako se mogu dobro upoznati s rizičnim čimbenicima za zlostavljanje i zanemarivanje djece i u skladu s tim savjetovati roditelje te im dati smjernice za roditeljstvo, često nastojeći povezati obitelji s drugim mogućnostima potpore u zajednici, medicinski, materijalno ili psihosocijalno orijentiranim. Jedna od karakteristika je i ta da je rizične obitelji prepoznata univerzalni i prema tome nestigmatizirajući sustav skrbi, u klinikama i bolnicama gdje majke rađaju, ili u najvećem broju modela kućnih posjeta početna usluga počinje još ranije, prije rođenja, tijekom prenatalnog posjeta lokalnoj klinici. Kućni posjeti usmjereni su na podržavajući pristup i jačanje obitelji i odnosa roditelj-dijete, uzimajući u obzir specifične potrebe obitelji, radije nego otkrivanje i tretman njenih nedostataka. Ovakav pristup u cjelini pokazuje visok udjel suradnje roditelja u usporedbi s drugim preventivnim aktivnostima (53).

ZAKLJUČAK

U Hrvatskoj je zanemarivanje djece često neprepoznato, nesankcionirano i izostaje intervencija kao i preventivni rad s roditeljima. Postoji potreba za utvrđivanjem točne definicije i većim brojem istraživanja u vezi sa zanemarivanjem djece te za edukacijskim programima za liječnike u području zlostavljanja i zanemarivanja djece. Radi smanjenja broja rizičnih čimbenika i posljedica zanemarivanja djece prijeko je potrebno provoditi preventivne mjere na svim razinama prevencije, osobito promovirati primarnu

prevenciju radi postizanja sigurnog djetinjstva za svu djecu.

LITERATURA

1. Dubowitz H, Pitts SC, Black MM. Measurement of three major subtypes of child neglect. *Child Maltreatment* 2004;9:344-56.
2. Jones LM, Finkelhor D, Halter S. Child maltreatment trends in the 1990s: Why does neglect differ from sexual and physical abuse? *Child Maltreatment* 2006;11:107-20.
3. Tenney-Soeiro R, Wilson C. An update on child abuse and neglect. *Curr Opin Pediatr* 2004;16:233-7.
4. Dubowitz H, Pitts SC, Litrownik AJ, Cox CE, Runyan D, Mlack MM. Defining child neglect based on child protective services data. *Child Abuse Negl* 2005;29:493-511.
5. Dubowitz H, Papas MA, Black MM, Starr BRH. Child Neglect: Outcomes in High-Risk Urban Preschoolers. *Pediatrics* 2002;109:1100-7.
6. Straus MA, Kaufman Kantor G. Definition and measurement of neglectful behavior: some principles and guidelines. *Child Abuse Negl* 2005;29:19-29.
7. Dubowitz H, Newton RR, Litrownik AJ, Lewis T, Briggs EC, Thompson R, English D, Lee LC, Feerick MM. Examination of a conceptual model of child neglect. *Child Maltreatment* 2005;10:173-89.
8. De Bellis MD. The psychobiology of neglect. *Child Maltreatment* 2005;10:150-72.
9. Dong M, Anda RF, Dube SR, Giles WH, Felitti VJ. The relationship of exposure to childhood sexual abuse to other forms of abuse, neglect, and household dysfunction during childhood. *Child Abuse Negl* 2003;27:625-39.
10. Trocme N, Bala N. False allegations of abuse and neglect when parents separate. *Child Abuse Negl* 2005;29:1333-45.
11. Cicchetti D, Blender JA. A multiple-levels-of-analysis approach to the study of developmental processes in maltreated children. *Proc. Natl. Acad. Sci. USA* 2004; 101:17325-17326.
12. Scannapieco M, Connell K. Consequences of child neglect: Children 0 to 3 years of age. *The APSAC Advisor Summer & Fall* 2001; 20-3.
13. May-Chahal C, Cawson P. Measuring child maltreatment in the United Kingdom: A study of the prevalence of child abuse and neglect. *Child Abuse Negl* 2005;29:969-84.
14. Wilson SL, Kuebli JE, Hughes HM. Patterns of maternal behavior among neglectful families: Implications for research and intervention. *Child Abuse Negl* 2005; 29:985-1001.
15. Edwards A, Shipman K, Brown A. The socialization of emotional understanding: A comparison of neglectful and nonneglectful mothers and their children. *Child Maltreatment* 2005;10:293-304.
16. Wark MJ, Kruczek T, Boley A. Emotional neglect and family structure: impact on student functioning. *Child Abuse Negl* 2003; 27:1033-43.
17. Guterman NB, Lee Y. The role of fathers in risk for physical child abuse and neglect: Possible pathways and unanswered questions. *Child Maltreatment* 2005;10:136-49.
18. Shock Slack K, Holl JL, McDaniel M, Yoo J, Bolger K. Understanding the risks of child neglect: An exploration of poverty and parenting characteristics. *Child Maltreatment* 2004;9:395-408.
19. Coope MC, Theobald S. Children at risk of neglect: Challenges faced by child protection practitioners in Guatemala City. *Child Abuse Negl* 2006; 30:523-36.

20. Block RW, Krebs NF, and the Committee on Child Abuse and Neglect and the Committee on Nutrition. Failure to thrive as a manifestation of child neglect. *Pediatrics* 2005;116:1234-7.
21. Fieguth A, Günther D, Kleemann WJ, Tröger HD. Lethal child neglect. *Forensic Sci Int* 2002; 130:8-12.
22. Lounds JJ, Borkowski JG, Whitman TL. Reliability and validity of the mother-child neglect scale. *Child Maltreatment* 2004; 9:371-381.
23. Chester DL, Jose RM, Aldiyami E, King H, Moiemmen NS. Non-accidental burns in children - Are we neglecting neglect? *Burns* 2006; 32:222-8.
24. Strathearn L, Gray PH, Wood DO. Childhood neglect and cognitive development in extremely low birth weight infants: A prospective study. *Pediatrics* 2001;108:142-51.
25. Saluja G, Kotch J, Lee L-C. Effects of child abuse and neglect: Does social capital really matter? *Arch Pediatr Adolesc Med* 2003; 157:681-6.
26. Zolotor AJ, Runyan DK. Social capital, family violence, and neglect. *Pediatrics* 2006; 117: 1124-31. (abstract)
27. Hines DA, Kaufman Kantor GK, Holt MK. Similarities in siblings' experiences of neglectful parenting behaviors. *Child Abuse Negl* 2006;30: 619-37.
28. Knight LD, Collins KA. A 25-year retrospective review of deaths due to pediatric neglect. *Am J Forensic Med Pathol* 2005;26:221-8.
29. Kerfoot M, Koshyl V, Roganov O, Mikhaïlichenko 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.
30. Golden MH, Samuels MP, Southall DP. How to distinguish between neglect and deprivation abuse. *Arch Dis Child* 2003;88:105-7.
31. English DJ, Thompson R, Graham JC, Briggs EC. Toward a Definition of Neglect in Young Children. *Child Maltreatment* 2005;10:190-206.
32. Spertus IL, Yehuda R, Wong CH, Halligan S, Seremetis SV. Childhood emotional abuse and neglect as predictors of psychological and physical symptoms in women presenting to a primary care practice. *Child Abuse Negl* 2003;27:1247-58.
33. Black MM, Dubowitz H, Casey PH, Cutts D, Drewett RF, Drotar D, Frank DA. Failure to thrive as distinct from child neglect. *Pediatrics* 2006; 117:1456-8.
34. Hymel KP and Committee on Child Abuse and Neglect. When is lack of supervision neglect? *Pediatrics* 2006; 118:1296-8.
35. Straus MA, Savage SA. Neglectful behavior by parents in the life history of university students in 17 countries and its relation to violence against dating partners. *Child Maltreatment* 2005;10:124-35.
36. Straus MA. Cross-cultural reliability and validity of the Multidimensional Neglectful Behavior Scale Adult Recall Short Form. *Child Abuse Negl* 2006; 30:1257-79.
37. Aak Y, Deveci SE, Oral R. Level of knowledge and attitude of primary care physicians in Eastern Anatolian cities in relation to child abuse and neglect. *Prev Med* 2004;39:791-7.
38. Theodore AD, MPH and Runyan DK. A Medical research agenda for child maltreatment: Negotiating the next steps. *Pediatrics* 1999;104 (suppl 1): 168-77.
39. Trocme N, MacMillan H, Fallon B, De Marco R. Nature and severity of physical harm caused by child abuse and neglect: results from the Canadian incidence study. *CMAJ* 2003;169:911-5.
40. Starling SP, Boos S. Core content for residency training in child abuse and neglect. *Child Maltreatment* 2003;8:242-7.
41. Markenson D, Foltin G, Tunik M, Cooper A, Matza-Haughton H, Olson L, Treiber M. Knowledge and attitude assessment and education of prehospital personnel in child abuse and neglect: Report of a National Blue Ribbon Panel. *Pediatr emerg care* 2002; 18:238-246.
42. Macleod C, Dorman O, Livingstone A, McCormack L, Lees J, Jenkins M. Really Good Stuff: Teaching junior doctors to recognise child abuse and neglect. *Medical Education* 2003;37:1025-49.
43. Ward MGK, Bennet S, Plint AC, King WJ, Jabbour M, Gaboury I. Child protection: a neglected area of pediatric residency training. *Child Abuse Negl* 2004;28:1113-22.
44. The neglect of child neglect. *The Lancet* 2003; 361:443.
45. Buljan-Flander G, Kocijan-Hercigonja D. Zlostavljanje i zanemarivanje djece. 1. izd. Zagreb: Marko M., 2003:65-75.
46. Johnson CF. Commentary: Medical neglect: a challenge in all countries. *Child Abuse Negl* 2002; 26:747-9.
47. Roberts GM, Wheeler JG, Tucker NC, Hackler C, Young K, Maples HD, Darville T. Nonadherence with pediatric human immunodeficiency virus therapy as medical neglect. *Pediatrics* 2004; 114: 346-53.
48. Geeraert L, Van den Noortgate W, Grietens H, Onghena P. The effects of early prevention programs for families with young children at risk for physical child abuse and neglect: A meta analysis. *Child Maltreatment* 2004;9:277-91.
49. Buljan-Flander G, Karlović A. Odgajam li dobro svoje dijete? 1. izd. Zagreb: Marko M., 2004:111-49.
50. Buljan-Flander G, Čosić I. Telefonsko savjetovanje. 1. izd. Zagreb: Marko M., 2005:13-23.
51. Mian M. Presidential Message: International Society for the Prevention of Child Abuse and Neglect (ISPCAN) and worldwide endeavors to prevent child maltreatment. *Child Abuse Negl* 2004;28:1-4.
52. Whitaker DJ, Lutzker JR, Shelley GA. Child maltreatment prevention priorities at the Centers for Disease Control and Prevention. *Child Maltreatment* 2005;10:245-59.
53. Guterman NB. Preventing physical child abuse and neglect through home visitation. The International Society for Prevention of Child Abuse Negl (ISPCAN). Special Report 2006;1:1-3.

S u m m a r y

CHILD NEGLECT – RISK FACTORS, CONSEQUENCES, THE ROLE OF PHYSICIANS AND OPPORTUNITIES FOR PREVENTION

V. Čorić, G. Buljan Flander

Child neglect as the most common form of child maltreatment, is a more wider problem than we think. There is a large number of risk factors and also consequences of child neglect. Improvement in understanding of the problem has resulted in a multidisciplinary approach, with contributions from medicine, law, public health, sociology, psychology and social work. Studies have shown that the education of physicians is still insufficient. Primary prevention of child abuse and neglect has a priority in the worldwide endeavors to prevent violence.

Descriptors: CHILD ABUSE – psychology, prevention and control; RISK FACTORS; PHYSICIAN'S ROLE

Primljeno/Received: 28. 11. 2007.

Prihvaćeno/Accepted: 7. 2. 2008.