

Małe dzieci w Polsce



© Floki Fotos - Fotolia.com

Kwartalnik „Dziecko krzywdzone. Teoria, badania, praktyka” (ISSN 1644-6526) znajduje się na liście punktowanych czasopism z zakresu nauk humanistycznych i społecznych Ministra Nauki i Szkolnictwa Wzrznego.

Wydawca: Fundacja Dzieci Niczyje, ul. Katowicka 31, 03-932 Warszawa, tel./fax (22) 616 02 68, e-mail: redakcja@fdn.pl

Redaktor naczelny

Monika Sajkowska, Fundacja Dzieci Niczyje

Kolegium redakcyjne:

Maria Keller-Hamela (z-ca red. naczelnego), Daria Drab, Agnieszka Izdebska, Irena Kornatowska, Karolina Lewandowska, Michał Szymańczak, Joanna Włodarczyk, Jolanta Zmarlik

Komit t naukowy:

Maria Beisert, *Uniwersytet im. A. Mickiewicza w Poznaniu*
Krystyna Bořkowska, *Instytut Matki i Dziecka w Warszawie*
Kevin D. Browne, *University of Nottingham, Wielka Brytania*
Anna Brzezińska, *Uniwersytet im. A. Mickiewicza w Poznaniu*
Mark Chaffin, *University of Oklahoma Health Science Center, USA*
Elżbieta Czyż, *Helsińska Fundacja Praw Człowieka w Warszawie*
Renata Durda, *Instytut Psychologii Zdrowia*
Marian Filar, *Uniwersytet im. M. Kopernika w Toruniu*
Dorota Iwaniec, *profesor emerytowany Uniwersytetu w Belfaście*
Zbigniew Izdebski, *Uniwersytet Zielonogórski*
Ewa Jarosz, *Uniwersytet Śląski*
Teresa Jařkiewicz-Obydzińska, *Instytut Ekspertyz Sądowych w Krakowie*
Maria Kolankiewicz, *Uniwersytet Warszawski*
Violetta Kwiatkowska-Wójcikiewicz, *Uniwersytet im. M. Kopernika w Toruniu*
Ingrid Leth, *Univerity of Copenhagen, Dania*
Jerzy Mellibruda, *Szkoła Wyższa Psychologii Społecznej w Warszawie*
Anna Piekarska, *Uniwersytet Warszawski*
Jolanta Szymańczak, *Biuro Analiz Sejmowych*

Copyright   Fundacja Dzieci Niczyje. Wszelkie przedruki zawartości pisma wymagają pisemnej zgody wydawcy.

Prenumerata: opłata za roczną prenumeratę wynosi 100 PLN. Cena zawiera koszty przesyłki. Wpłaty można nadsyłać na konto Banku Pekao S.A. 63 1240 6218 1111 0000 4616 7420

Pojedyncze numery kwartalnika (poprzednie i kolejne) można zamawiać listownie, telefonicznie bądź pocztą elektroniczną w redakcji.

Redakcja: Marzena Polańska

Projekt graficzny: Ewa Brejnakowska-Jończyk, www.ewa-bj.pl

Skład i łamanie: Sławomir Sobczyk, studio2w@gmail.com

Druk: GRAFDRUKPOL

Publikacja została wydana dzięki wsparciu:



Raport został przygotowany w ramach projektu nr JUST/2009/DAP3/AG/1122 "Smack free home for every child" przy wsparciu Komisji Europejskiej w ramach programu Daphne III. Niniejsza publikacja wyraża wyłącznie poglądy i opinie jej autora, Komisja Europejska nie może zostać pociągnięta do odpowiedzialności za jakiegokolwiek użycie informacji w niej zawartych.

Małe dzieci w Polsce



Dziecko krzywdzone

Nr 1 (38)
2012

Teoria Badania Praktyka

ISSN 1644 - 6526

Autorzy

4	Wstęp
7	Populacja małych dzieci w Polsce Szymon Wójcik , Fundacja Dzieci Niczyje
13	Polska rodzina w ciąży
	1. Opieka nad matką i dzieckiem w czasie ciąży, porodu i połogu Anna Otffinowska, Urszula Kubicka-Kraszyńska , Fundacja Rodzić po Ludzku
	2. Zaniechania prenatalne Dorota Kornas-Biela , Instytut Pedagogiki, Wydział Nauk Społecznych KUL
35	Małe dzieci w rodzinach Szymon Wójcik , Fundacja Dzieci Niczyje
51	Małe dzieci poza rodziną Maria Kolankiewicz , Wydział Pedagogiki, Uniwersytet Warszawski
63	Zdrowie i bezpieczeństwo małych dzieci
	1. Zdrowie małych dzieci Renata Szredzińska, Karolina Lewandowska, Justyna Podlewska , Fundacja Dzieci Niczyje
	2. Małe dzieci z niepełnosprawnością Wanda Urmańska, Marta Barańska , Zakład Wczesnej Interwencji Psychologicznej Instytutu Matki i Dziecka
	3. Wypadki i urazy wśród niemowląt, małych dzieci i dzieci w wieku przedszkolnym Magdalena Korzycka-Stalmach , Zakład Ochrony i Promocji Zdrowia Dzieci i Młodzieży, Instytut Matki i Dziecka
	4. Przestępstwa wobec małych dzieci Olga Trocha , Fundacja Dzieci Niczyje
117	Oferta wsparcia dla rodzin z małymi dziećmi
	1. Ochrona pracy kobiet w ciąży i matek małych dzieci Sylwia Romańczak , Fundacja Świętego Mikołaja
	2. Oferta opieki i wczesnej edukacji dla dzieci do 3. roku życia Dorota Bregin, Dominik Kmita , Fundacja Rozwoju Dzieci im. A.Komeńskiego
	3. W kryzysie Katarzyna Makaruk , Fundacja Dzieci Niczyje
135	Rekomendacje
139	Literatura

Spis treści

Wstęp	4
Populacja małych dzieci w Polsce	7
Polska rodzina w ciąży	13
1. Opieka nad matką i dzieckiem w czasie ciąży, porodu i połogu	
2. Zaniedbania prenatalne	
Małe dzieci w rodzinach	35
Małe dzieci poza rodziną	51
Zdrowie i bezpieczeństwo małych dzieci	63
1. Zdrowie małych dzieci	
2. Małe dzieci z niepełnosprawnością	
3. Wypadki i urazy wśród niemowląt, małych dzieci i dzieci w wieku przedszkolnym	
4. Przestępstwa wobec małych dzieci	
Oferta wsparcia dla rodzin z małymi dziećmi	117
1. Ochrona pracy kobiet w ciąży i matek małych dzieci	
2. Oferta opieki i wczesnej edukacji dla dzieci do 3. roku życia	
3. W kryzysie	
Rekomendacje	135
Literatura	139

Wstęp

W ostatnich latach prokreacja, potrzeby rodzin z małymi dziećmi, potrzeby dzieci w pierwszym okresie życia to tematy wielowątkowego dyskursu społecznego toczącego się w Polsce i na świecie. Dotyczy on: systemu opieki nad matką i małym dzieckiem (w tym przede wszystkim prawa kobiety do godnych warunków w czasie połogu i porodu), zapewnienia ojcom możliwości do czynnego uczestnictwa w opiece i wychowaniu dziecka (urlopy tacierzyńskie), konieczności działań mających na celu wzrost liczby narodzin, aby zapewnić zastępowalność pokoleń oraz pomocy rodzinie z małymi dziećmi w łączeniu funkcji rodzinnych i zawodowych.

Ważnym wątkiem toczącej się debaty jest dostrzeżenie konieczności wsparcia rodzin z małymi dziećmi: przyjsie dziecka na świat jest jednym z najpiękniejszych doświadczeń w życiu rodziny, ale też jednym z najtrudniejszych zadań, z jakimi rodzina się mierzy. Nawet w sprawnie funkcjonujących rodzinach, rodzicielstwu towarzyszy często szeroko pojęty stres: związany z wejściem w nową rolę, zmęczeniem, trudnością w odczytywaniu potrzeb dziecka. Rodzice często nie wiedzą, gdzie mogą szukać pomocy i wsparcia. Trudności te stają się jeszcze poważniejsze w rodzinach o podwyższonym poziomie ryzyka zaniedbań i złego traktowania dzieci, np. w takich, w których rodzice nie wynieśli pozytywnych wzorców rodzicielstwa z własnych domów, a także wśród rodziców, którzy żyją w ubóstwie, są uzależnieni, bezrobotni czy borykają się z innymi problemami.

Wszystkie te tematy są ważne ze względu na tematykę zagrożeń optymalnego rozwoju najmłodszych dzieci, której poświęcony jest raport *Małe dzieci w Polsce*. Mamy nadzieję, że wpisze się on w toczącą się debatę, dostarczając informacji, porządkując wiedzę i wskazując obszary niewiedzy.

O raporcie *Małe dzieci w Polsce*

Dzieci w wieku 0–3 lat to 21% wszystkich dzieci w Polsce i ponad 4% wszystkich Polaków. Raport opisuje zatem sytuację co 25. mieszkańca naszego kraju. Celem raportu jest prezentacja najważniejszych ustaleń dotyczących tych sfer funkcjonowania polskich rodzin i systemu ich wsparcia, które mają potencjalny wpływ na dobrostan małych dzieci, a tym samym na ich rozwój fizyczny, umysłowy i społeczny.

Raport koncentruje się na szeroko rozumianych zagrożeniach optymalnego rozwoju dzieci — od zagrożeń rozwoju w okresie prenatalnym, po zagrożenia bezpieczeństwa, zdrowia i stymulacji rozwojowej we wczesnym dzieciństwie. Diagnoza zagrożeń służy sformułowaniu rekomendacji dla polityki społecznej rozumiejącej i doceniającej kluczową rolę pierwszych lat życia dziecka w jego prawidłowym rozwoju.

W świetle aktualnej wiedzy niekwestionowane jest znaczenie okresu prenatalnego dla przyszłego życia człowieka. Zagadnienia opieki nad matką i dzieckiem w czasie ciąży, porodu i połogu oraz zaniedbań prenatalnych to ważny obszar zagrożeń prezentowany w raporcie. Kluczowy dla rozwoju małego dziecka jest kontekst dysfunkcji opieki w rodzinie związanych z konfliktami, niezaradnością i złą sytuacją materialną rodziców dziecka. Raport prezentuje również możliwości i skalę zastępowania lub wspierania rodzin opieką instytucjonalną nad małymi dziećmi. Stan zdrowia małych dzieci, profilaktyka prozdrowotna i funkcjonowanie opieki zdrowotnej to kolejny obszar warunkujący jakość rozwoju najmłodszych Polaków.

Dzieci do 3. roku życia najczęściej padają ofiarami krzywdzenia*, a sprawcami przemocy są zazwyczaj członkowie ich najbliższej rodziny — a więc osoby odpowiedzialne za opiekę i zapewnienie bezpieczeństwa dziecku. W tej grupie wiekowej nierzadko dochodzi do przypadków śmierci na skutek doznanych urazów. Zagadnienie krzywdzenia oraz przestępstw, których ofiarami są najmłodsze dzieci, to ważny, choć słabo dokumentowy, obszar przedstawiany w raporcie.

* *The World Health Report 2006*, Genewa, WHO.

Skalę zagrożeń wczesnego dzieciństwa prezentujemy w raporcie *Małe dzieci w Polsce* na podstawie dostępnych danych statystycznych i badawczych. Tam, gdzie jest to możliwe, przedstawiamy trendy opisywanych zjawisk w ostatnich dekadach. Ważnym punktem odniesienia dla diagnozy sytuacji małych dzieci w Polsce są dane porównawcze z innych krajów europejskich.

Poszczególne rozdziały raportu powstawały w oparciu o kwerendę prowadzoną w instytucjach państwowych, ośrodkach akademickich i organizacjach pozarządowych zajmujących się monitoringiem opieki nad dzieckiem i rodziną w Polsce. Ważną konstatacją odnoszącą się do niemal wszystkich obszarów diagnozowanych w raporcie jest brak systematycznie gromadzonych danych statystycznych i badawczych. Ich niekompletność zubaża wprawdzie prezentowaną diagnozę zagrożeń wczesnego dzieciństwa, ale jednocześnie zidentyfikowanie i nazwanie luk w wiedzy o tych sferach życia jest także ważną wartością tego raportu. Pozwala na sformułowanie konkretnych rekomendacji adresowanych do decydentów odpowiedzialnych za politykę społeczną, która powinna przecież bazować na gromadzonych danych empirycznych.

Rzetelna wiedza o zagrożeniach wczesnego dzieciństwa wymaga systematycznego gromadzenia danych statystycznych oraz prowadzenia różnego rodzaju badań — od epidemiologicznych po ewaluacyjne. Podobne wnioski formułowaliśmy w wydanym przez FDN w ubiegłym roku raporcie *Dzieci się liczą*. Apelujemy o wzmocnienie monitoringu sytuacji dzieci w zakresie ich bezpieczeństwa i rozwoju. Jesteśmy przekonani, iż w kontekście przeciwdziałania zagrożeniom wczesnego dzieciństwa apel ten ma szczególną rangę.

Dyrektor Fundacji Dzieci Niczyje

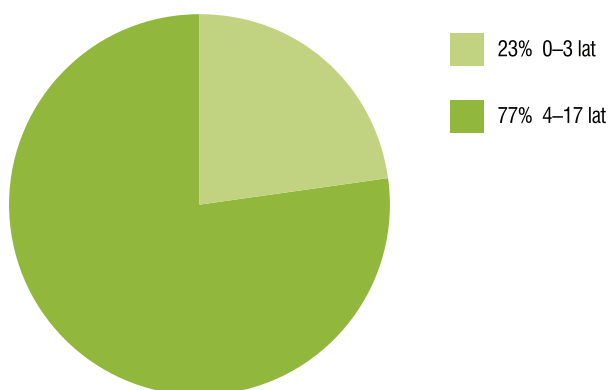
Monika Szykowska



Populacja małych dzieci w Polsce

W Polsce żyje ponad półtora miliona dzieci w wieku 0–3 lat. Jest to duża grupa Polaków, stanowiąca 4,27% ogółu ludności naszego kraju¹. Dzieci do trzeciego roku życia stanowią 22,8% populacji Polaków w wieku 0–17 lat (wykres 1), można więc powiedzieć, że opisywana w tym raporcie grupa wiekowa to niemal jedna czwarta wszystkich polskich dzieci.

WYKRES 1. UDZIAŁ DZIECI W WIEKU 0–3 LAT W POPULACJI DZIECI W POLSCE.



W Polsce co roku rodzi się obecnie około 400 tysięcy dzieci. Liczbę dzieci w wieku 0–3 lat według danych GUS na koniec roku 2010 prezentuje tabela 1. Wśród noworodków przeważają chłopcy. W porównaniu z okresem najniższego poziomu urodzeń w latach 2000–2005, liczba małych dzieci w Polsce wzrosła o kilkadziesiąt tysięcy. Natomiast w porównaniu z dekadą lat 80., czy nawet z okresem 1990–1995, kiedy rocznie rodziło się około pół miliona dzieci, liczba ta znacznie się zmniejszyła.

Źródło: GUS (2011), *Rocznik demograficzny 2011*.

TABELA 1. POPULACJA DZIECI W WIEKU 0–3 LAT W POLSCE (STAN NA DZIEŃ 31.12.2010).

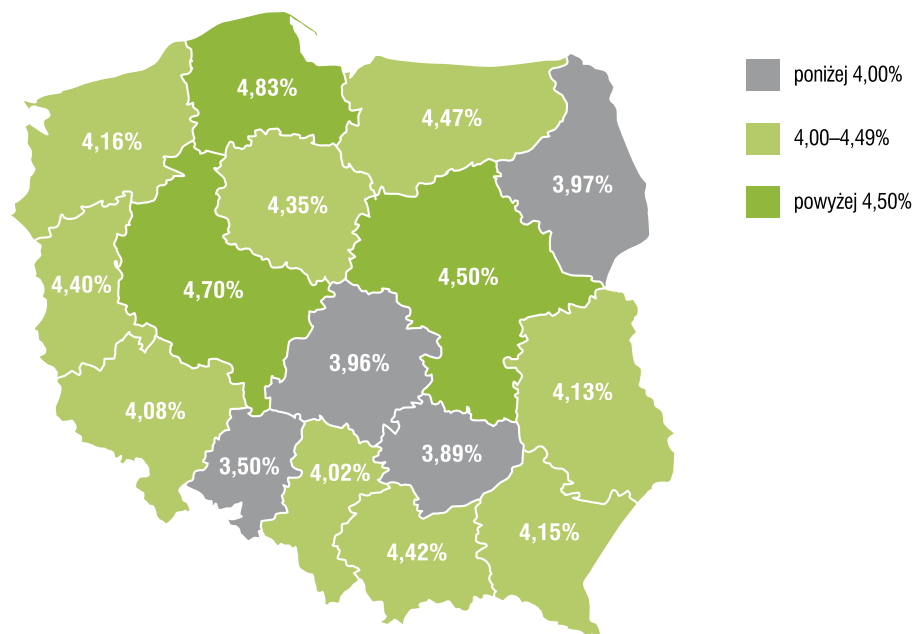
Wiek	Ogółem (w tys.)	Chłopcy	Dziewczynki	Miasta	Wieś
0	413	51,9%	48,1%	58,6%	41,4%
1	418	51,4%	48,6%	59,1%	40,9%
2	415	51,3%	48,7%	58,2%	41,8%
3	387	51,3%	48,7%	58,1%	41,9%

Źródło: GUS (2011), *Rocznik demograficzny 2011*.

Większość małych dzieci (58,5%) mieszka w miastach, jednak jest to odsetek mniejszy niż dla ogółu populacji (60,9%). Na wsiach maluchy stanowią bowiem większy odsetek ludności niż w miastach (4,1% w miastach oraz 4,5% na wsi). W największych polskich metropoliach odsetek ten jest jeszcze niższy i wynosi poniżej 4% w Łodzi, Krakowie i Wrocławiu oraz nieco ponad 4% dla Warszawy. Różnice te można tłumaczyć obserwacjami demografów, że na wsiach generalnie nowe wzorce płodności (np. liczba dzieci w rodzinie) przyjmowane są z około dziesięcioletnim opóźnieniem w stosunku do miast².

W perspektywie geograficznej, największy udział małych dzieci w populacji jest w województwach: pomorskim, wielkopolskim, mazowieckim, warmińsko-mazurskim oraz małopolskim. Jednocześnie są to także województwa o największej przeciętnej dzietności w Polsce (przekraczającej wartość 1,4) oraz największym wskaźniku urodzeń na 1 000 mieszkańców. Wiąże się to ze strukturą demograficzną tych województw. Regiony północno-zachodnie oraz województwo mazowieckie i małopolskie cechują się większym udziałem ludzi młodych, wchodzących w wiek zakładania rodzin, niż województwa południowe-wschodnie³.

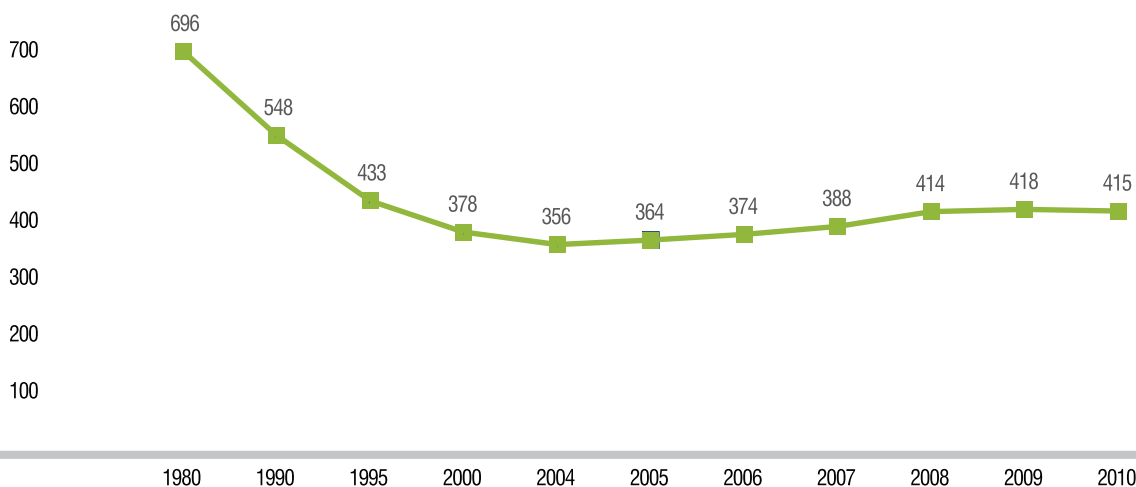
RYC. 1. PROCENTOWY UDZIAŁ DZIECI W WIEKU 0–3 LAT W POPULACJI WOJEWÓDZTW W POLSCE W 2010 R.



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych GUS.

Polska jest krajem, który przechodzi obecnie poważne problemy demograficzne. Od roku 1984, aż do roku 2003, rejestrowany był rokroczny spadek liczby urodzeń. Od roku 2004 następuje nieznaczny wzrost liczby urodzeń, choć liczba dzieci urodzonych w roku 2010 nie przekroczyła już liczby urodzeń w roku 2009 (wykres 2). Jest to częściowo efekt tzw. echa wyższej płodności z lat 80. (wchodzenie osób urodzonych w latach 80. w okres najwyższej płodności) i samo w sobie nie może być postrzegane jako nowy wyż demograficzny⁴. Spadek liczby urodzeń w Polsce jest związany z wieloma czynnikami i jest częścią bardziej ogólnych procesów związanych z przemianami rodziny, które obserwowane są w wielu krajach rozwiniętych na całym świecie (więcej w rozdziale: *Mate dzieci w rodzinach*).

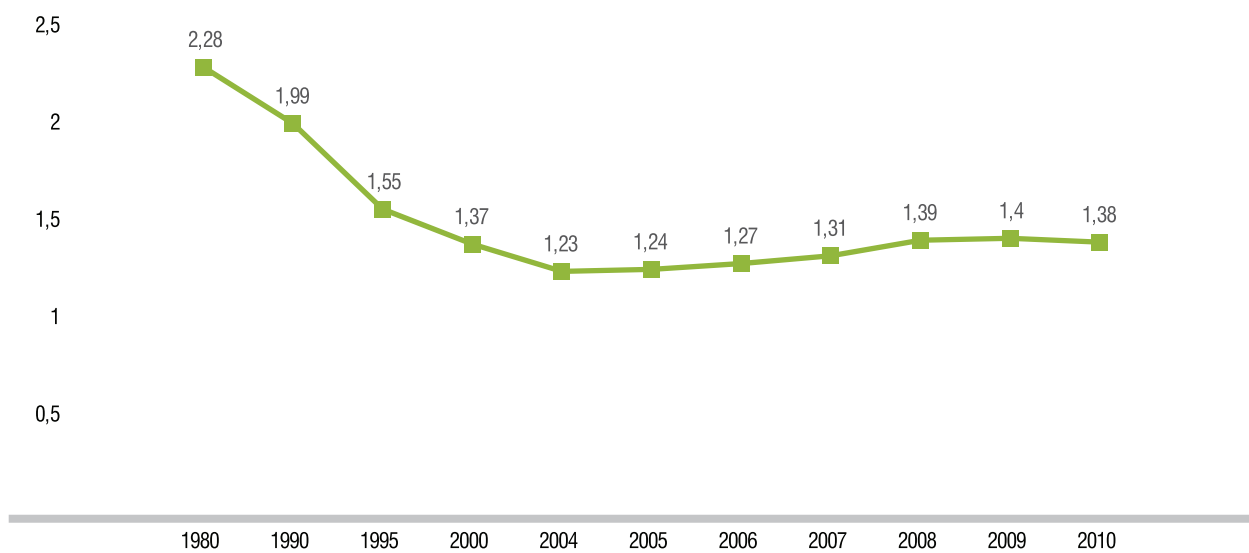
WYKRES 2. LICZBA URODZEŃ (W TYS.) W POLSCE W LATACH 1980–2010.



Źródło: GUS (2011), Podstawowe informacje o rozwoju demograficznym Polski w latach 2000–2010.

Innym wskaźnikiem pokazującym przemiany demograficzne w Polsce jest współczynnik dzietności, który pokazuje, ile nowo narodzonych dzieci przypada na każdą kobietę w wieku 15–49 lat w danym roku. Zakłada się, że dopiero poziom współczynnika dzietności równy około 2,10–2,15 gwarantuje tzw. prostą zastępowalność pokoleń. W Polsce na przełomie lat 80. i 90. wskaźnik ten spadł poniżej wartości 2, a w roku 2010 wyniósł 1,38 (wykres 3).

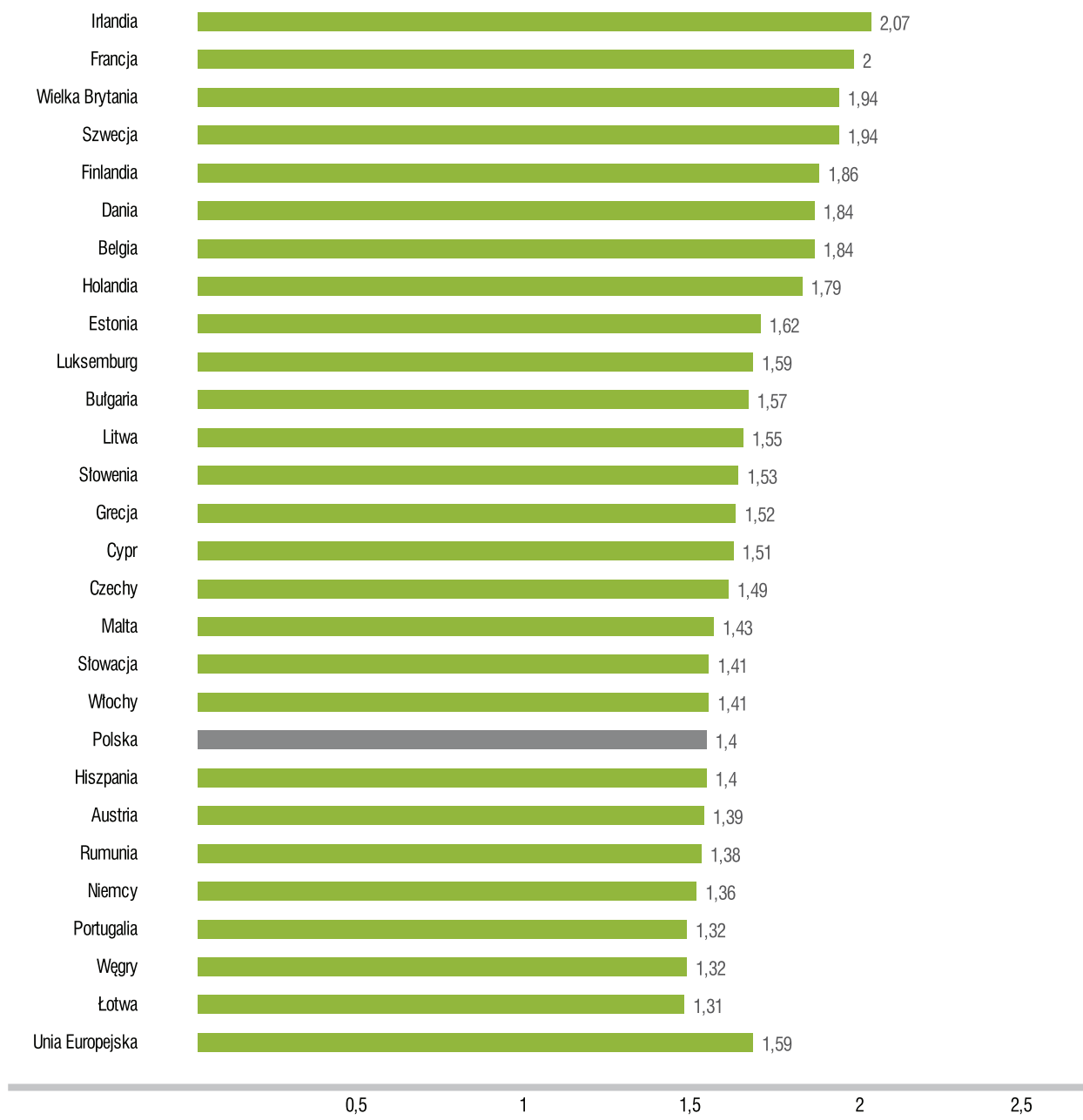
WYKRES 3. DZIELNOŚĆ KOBIET W POLSCE W LATACH 1980–2010.



Źródło: GUS (2011), *Podstawowe informacje o rozwoju demograficznym Polski w latach 2000–2010*.

Dzietność w Polsce jest niska także na tle międzynarodowym. Nasz kraj zajmuje pod tym względem dwudzieste miejsce w Unii Europejskiej *ex equo* z krajami takimi, jak Słowacja i Austria oraz Hiszpania i Włochy. Pomimo wzrostu w ostatnich latach, Polska ze współczynnikiem dzietności 1,4 znajdowała się w 2009 roku poniżej europejskiej średniej, która wynosiła 1,59. Najlepszy wynik w Unii osiągają pod tym względem Irlandia, Francja i Wielka Brytania oraz kraje skandynawskie (wykres 4).

WYKRES 4. POZIOM DZIETNOŚCI W 27 KRAJACH UE W 2009 R.



Źródło: Eurostat, *Total fertility rate*, <http://epp.eurostat.ec.europa.eu>

Według prognoz demograficznych GUS zarówno ogólna liczba mieszkańców Polski, jak i liczba urodzeń, będzie od roku 2012 do roku 2035 systematycznie spadać⁵. Wraz z wejściem w okres najwyższej płodności pokoleń urodzonych w latach 90., zmaleje też znacznie liczba małych dzieci. Można powiedzieć, że wobec wszystkich tych zmian, zmniejszającą się grupę małych dzieci powinniśmy otoczyć szczególną troską, jako że to od nich będzie zależeć przyszłość naszego państwa.

- 1 O ile nie zaznaczono inaczej, wszystkie informacje demograficzne zostały zaczerpnięte z publikacji GUS (2011), *Rocznik demograficzny 2011*.
- 2 Balicki J., Frątczak E., Nam Ch.B. (2007), *Przemiany ludność. Fakty–Interpretacje–Opinie*, Warszawa: Wyd. UKSW, s. 231.
- 3 *Sytuacja demograficzna Polski. Raport 2009–2010* (2010), Warszawa: Rządowa Rada Ludnościowa.
- 4 GUS (2011), *Podstawowe informacje o rozwoju demograficznym Polski w latach 2000–2010*.
- 5 GUS (2009), *Prognoza ludności Polski na lata 2008–2035*.



Polska rodzina w ciąży

Okres oczekiwania na dziecko jest szczególnym okresem w życiu rodziny — to czas kiedy rodzice mają szansę przygotować się na pojawienie się nowego członka rodziny. Ten okres ważny jest nie tylko dla rodziców, ale także dla samego dziecka — już w okresie prenatalnym zachowania i styl życia matki znacząco wpływa na zdrowie i przyszły rozwój psychofizyczny dziecka. Zapewnienie prawidłowej opieki zdrowotnej kobiecie w ciąży, dostęp do badań, a w czasie porodu i połogu wsparcie i przestrzeganie praw pacjentek w opiece okołoporodowej, jest kluczowe dla zapewnienia dobrego startu w nowe życie dziecka i rodzinie.

Jednocześnie w okresie ciąży, porodu i połogu mogą pojawić się czynniki wpływające negatywnie na rozwój dziecka zwane teratogenami. Mogą być to działania (przemoc prenatalna) lub zaniechania (zaniedbania prenatalne) osób dorosłych, głównie matki, które ujemnie wpływają na zdrowie, rozwój fizyczny i psychospołeczny oraz życie dziecka.

Działania takie mogą być podejmowane świadomie i intencjonalnie, np. żeby spowodować poronienie. Mogą też być świadome, ale nie intencjonalne, np. kiedy kobieta wiedząc, że taki teratogen, jak alkohol, tytoń czy narkotyk szkodzi dziecku, używa go, ale nie chce zaszkodzić dziecku. Wtedy często racjonalizuje swoje zachowanie, zaprzecza wiedzy o szkodliwych skutkach i podtrzymuje w sobie nadzieję, że jej dziecko one ominą. Dziecko może również stać się ofiarą zaniechania w postaci niezaspokojenia jego potrzeb — z powodu braku wiedzy i kompetencji opiekuńczo-wychowawczych rodziców, ich nieprzygotowania do rodzicielstwa, niewydolności intelektualnej, niezaradności życiowej, niedojrzałej osobowości, traum doznanych w życiu, trudnych sytuacji związanych z prokreacją. Stosowanie przemocy prenatalnej jest ważnym predykatorem przemocy postnatalnej — jeśli dziecko przeżyje, to często narażone jest na dalsze krzywdzenie ze strony rodziców, najczęściej w postaci zaniechania opieki.

Mówią mamy

W takiej chwili jak poród, kobieta powinna być traktowana z godnością i mieć prawo swobody wyboru pozycji rodzenia. Ja rodziłam w sali, gdzie nic nie było i szczerze mówiąc zażdroszczyć kobietom, które rodziły w wodzie. Wierzę, że było im łatwiej. Ale w małych miasteczkach długo takie porody będą traktowane jako luksusy lub fanaberie rozpieszczonych dziewczyn, histeryzujących przy porodzie. Takie właśnie opinie słyszy się od personelu medycznego.

*Z Opowieści porodowych
Fundacji Rodzić po Ludzku¹*

1. Opieka nad matką i dzieckiem w czasie ciąży, porodu i połogu

1.1. Opieka okołoporodowa w statystykach

Aby nakreślić jak najbardziej wiarygodny obraz opieki okołoporodowej, zauważyć dynamikę zmian na poziomie regionów czy całego kraju, a także uzyskać możliwość powiązania jej z konkretnymi działaniami, potrzebny jest sprawny system zbierania informacji o opiece okołoporodowej. Niestety w Polsce nie dysponujemy danymi na temat ważnych wskaźników stanu opieki nad matką i dzieckiem w okresie ciąży, porodu i połogu.

Być może sytuację poprawi wdrożony przez Unię Europejską program PERISTAT, który jest częścią programu Monitoringu Zdrowia Komisji Europejskiej. Program ten zajmuje się porównawczym opracowywaniem wskaźników, które pomagają monitorować zagadnienia zdrowia i opieki w okresie okołoporodowym w Unii Europejskiej i dokonywać ocen w tym zakresie. Obecnie wielu informacji gromadzonych przez kraje członkowskie nie można ze sobą porównywać, ponadto nie wszystkie kraje gromadzą dane o wskaźnikach kluczowych dla porównania zdrowia okołoporodowego oraz jakości usług zdrowotnych. Działania PERISTAT mają na celu ułatwienie nadzoru nad zdrowiem okołoporodowym w Unii Europejskiej przez zharmonizowanie definicji wskaźników oraz zachęcenie do gromadzenia porównywalnych danych.

Obecnie wśród wskaźników (tabela 1) opracowanych przez projekt EURO-PERISTAT wyróżnia się:

- wskaźniki podstawowe,
- wskaźniki zalecane,
- wskaźniki przyszłe (zalecane, ale wymagające dalszych prac).

W każdej z powyższych kategorii wskaźniki pogrupowano tematycznie na:

- dotyczące zdrowia płodów, noworodków i dzieci,
- dotyczące zdrowia matek,
- dotyczące charakterystyki populacji kobiet ciężarnych i czynników ryzyka niepomyślnych zakończeń ciąży,
- dotyczące jakości usług zdrowotnych.

TABELA 1. WSKAŹNIKI OKOŁOPORODOWE EURO-PERISTAT		
Podstawowe	Zalecane	Przyszłe
Stan zdrowia płodów, noworodków i dzieci		
C1. Współczynnik zgonu płodów C2. Umieralność noworodków C3. Umieralność niemowląt C4. Struktura urodzeń według masy urodzeniowej C5. Struktura urodzeń według czasu trwania ciąży	R1. Częstość występowania wybranych wad wrodzonych R2. Struktura urodzeń według punktacji Apgar w 5 minucie	F1. Przyczyny zgonów w okresie okołoporodowym z powodu wad wrodzonych F8. Częstość występowania zachorowań noworodków wśród dzieci o wysokim ryzyku oraz: Częstość występowania mózgowego porażenia dziecięcego Częstość występowania encefalopatii noworodków Częstość występowania późnych przerwania ciąży
Stan zdrowia matek		
C6. Wskaźnik zgonów kobiet w czasie ciąży, porodu i położu	R3. Umieralność kobiet w okresie ciąży, porodu i położu według przyczyny zgonu	F2. Częstość występowania poważnych zachorowań w okresie ciąży, porodu i położu F3. Częstość występowania urazu kroczka i nietrzymania kału oraz: Częstość występowania depresji poporodowej
Charakterystyka populacji i czynniki ryzyka		
C7. Urodzenia z porodów mnogich według liczby płodów C8. Struktura urodzeń według wieku matki C9. Struktura urodzeń według kolejności urodzenia	R4. Odsetek kobiet palących tytoń w ciąży R5. Struktura rodzących według poziomu wykształcenia	F4. Struktura rodzących według kraju pochodzenia
Charakterystyka populacji i czynniki ryzyka		
C10. Struktura urodzeń według sposobu ukończenia ciąży	R6. Odsetek ciąży po leczeniu niepłodności R7. Struktura czasu trwania ciąży w momencie pierwszej wizyty u lekarza R8. Struktura urodzeń według sposobu rozpoczęcia czynności porodowej R9. Struktura urodzeń według miejsca urodzenia R10. Odsetek niemowląt karmionych piersią zaraz po urodzeniu R11. Odsetek niemowląt urodzonych przed 32. tygodniem ciąży w szpitalach bez oddziałów intensywnej opieki nad noworodkiem	F5. Treść opieki przedporodowej i po porodzie F7. Pozytywne wyniki ciąży, porody bez interwencji medycznej oraz: Badania przesiewowe w okresie noworodkowym

Źródło: Szamotulska (2010), s. 113–128.

Wyniki badań przeprowadzonych w II fazie projektu EURO-PERISTAT pozwalają na porównanie opieki okołoporodowej w Polsce w wymiarze wskaźników podstawowych i zalecanych z sytuacją w krajach będących członkami Unii Europejskiej przed 2004 rokiem i Norwegii, jak i w krajach, które wstąpiły do Unii Europejskiej w 2004 r.²

Polska gromadzi dane, które umożliwiają monitoring 10 wskaźników podstawowych, ale jedynie 5 z 11 wskaźników zalecanych. Wartości wskaźników stanu zdrowia w okresie okołoporodowym w Polsce na ogół mieszczą się w zakresie rejestrowanym w rozwiniętych krajach Unii Europejskiej. Natomiast zdecydowanie wyższy niż w tych krajach jest w Polsce wskaźnik umieralność niemowląt, a zwłaszcza noworodków urodzonych przedwcześnie. Przyczyną takiego stanu rzeczy jest głównie mniejszy dostęp w polskich szpitalach do nowoczesnych technologii diagnozy, leczenia i rehabilitacji przedwcześnie urodzonych noworodków.

TABELA 2. ZAKRESY WARTOŚCI PODSTAWOWYCH WSKAŹNIKÓW OKOŁOPORODOWYCH W KRAJACH UNII EUROPEJSKIEJ I W NORWEGII W 2004 R.							
		Kraje, które były członkami UE przed 2004 r.		Polska	Kraje, które przystąpiły do UE w 2004 r.		
		Liczba krajów	Zakres		Liczba krajów	Zakres	
Stan zdrowia, płodów, noworodków i dzieci	C1	Współczynnik zgonu płodów (na 1 000 urodzeń) – od 22. tygodnia ciąży – od 28. tygodnia ciąży	16 15	3,1–10,71 2,0–4,9	4,9 3,8	9	2,6–6,7 1,7–4,9
	C2	Umieralność noworodków (na 1 000 urodzeń żywych)	15	2,0–3,6	4,9	10	1,6–5,7
	C3	Umieralność niemowląt (na 1 000 urodzeń żywych)	16	3,0–4,9	6,8	9	3,5–9,4
Stan zdrowia matek	C4	Struktura urodzeń według masy urodzeniowej (% urodzeń żywych < 2 500 g)	16	4,2–8,5	6,1	9	4,3–8,3
	C5	Struktura urodzeń według czasu trwania ciąży (% urodzeń < 37. tygodnia ciąży)	16	5,5–11,4	6,8	9	5,3–12,2
	C6	Wskaźnik zgonów kobiet w czasie ciąży, porodu i połogu (na 100 000 urodzeń żywych)	15	1,9–12,2	4,4	8	0,0–29,6
	C7	Urodzenia z porodów mnogich według liczby płodów (na 1 000 rodzących matek)	15	12,0–23,1	11,2	10	11,0–25,0
Charakterystyka populacji	C8	Struktura urodzeń według wieku matki (na 1 000 rodzących matek)	15	1,3–7,8 12,7–24,3	5,8 9,1	10	1,9–9,3 7,5–13,5
	C9	Struktura urodzeń według kolejności urodzenia (na 1 000 rodzących matek): – pierwsze – czwarte i dalsze	14	39,4–55,6 2,3–13,8	51,3 7,2	10	44,5–53,1 3,3–11,3
Usługi zdrowotne	C10	Struktura urodzeń według sposobu ukończenia ciąży: – cesarskie cięcie (% urodzeń)	15	15,1–37,8	26,3	9	14,4–28,3

Źródło: Szamotulska (2010), s. 113–128.

Ważnym problemem, który uniemożliwia pełną diagnozę opieki okołoporodowej w Polsce jest brak danych. W Polsce nie są gromadzone takie dane, jak odsetek kobiet objętych opieką medyczną w ciąży, porodu i połogu, korzystających z różnych form edukacji przedporodowej, karmiących piersią przez przy-

Mówią mamy

Umieszczono mnie na sali 4-osobowej, byłam jedyna, która urodziła pierwszy raz. Nikogo nie interesowało czy karmię, czy dziecko coś je. Wzywałam pomocy, chodziłam do dyżurki – niestety, każda położna radziła co innego. Było za to nieustanne szarpanie dziecka i sprawia- nie mi bólu przy próbie wyciskania pokarmu. Zda- rzały się położne, co chciały pomóc, ale i tak koń- czyło się to niczym. Większość jednak była zła, że wołam pomocy, że sobie nie radzę i zdarzało się, że na mnie krzyczały. Rezultat – wyszłam ze szpitala z silną depresją i malcem nakarmionym sztucz- nym mlekiem. Miałam pecha – położna lakta- cyjna była akurat na zwolnieniu.

*Z Opowieści porodowych
Fundacji Rodzić po Ludzku*

najmniej 6 miesięcy życia dziecka. Nie mamy również informacji o powikła- niach okołoporodowych oraz możliwości śledzenia ich długofalowego wpływu na dalsze zdrowie matek i dzieci.

Nie są prowadzone rejestry ww. wskaźników ani badania prze- krojowe w tym zakresie. Polska nie włącza się też aktywnie w programy europejskie, których celem jest tworzenie reje- strów porównawczych ważnych wskaźników stanu opieki okołoporodowej³. Ich brak nie pozwala na pełną ocenę opieki nad matką i dzieckiem w Polsce, a tym samym na prowadzenie koniecznych zmian.

1.2. Standard opieki okołoporodowej

Od 7 kwietnia 2011 r. obowiązuje rozporządzenie określające tzw. standard opieki okołoporodowej⁴. Precyzuje ono zasady sprawowania opieki nad ko- bietą i dzieckiem podczas fizjologicznej ciąży, poro- du i połogu.

Impulsem do jego stworzenia były między innymi głosy kobiet domagających się uregulowania zasad tej opieki. Projekt standardu opracowywał zespół specjalistów — le- karzy, położnych, neonatologów, a także przedstawicieli Fun- dacji Rodzić po Ludzku, reprezentujących kobiety–konsumentki opieki położniczej.

Celem standardu jest poprawa jakości opieki okołoporodowej przez uporządkowanie i ujednolicenie do- tychczasowych praktyk, a także wdrożenie nowych procedur, znacznie zmieniających dotychczasowe sposoby działania. Standard powstał w oparciu o zalecenia Światowej Organizacji Zdrowia i wnioski pły- nące z badań naukowych dotyczących skutecznych działań medycznych w prowadzeniu fizjologicznej ciąży, porodu i połogu, wpisujących się w nurt medycyny opartej na dowodach (*evidence based medi- cine* — EBM). Standard w wielu miejscach odwołuje się do praw pacjenta i podkreśla ich znaczenie dla prawidłowej opieki okołoporodowej. Rozporządzenie jest pierwszym dokumentem, który w tak obszerny i kompleksowy sposób reguluje zasady opieki okołoporodowej i wprowadza nowoczesne procedury, któ- re funkcjonują w krajach znanych z wysokiego poziomu opieki.

Mimo jego niedoskonałości stanowi on dobry punkt wyjścia do zmiany przestarzałych procedur, a także do zmiany stosunku personelu medycznego do pacjentek z paternalistycznego na bardziej partnerski.

1.3. Opieka podczas ciąży

Ważnym elementem ww. rozporządzenia jest wykaz świadczeń profilaktycznych, badań diagnostycznych i konsultacji medycznych wykonywanych podczas ciąży.

W ciąży niepowikłanej kobieta powinna odbyć minimum 7 wizyt u lekarza ginekologa lub położnej (w przy- padku prowadzenia ciąży przez położną, konieczne jest odbycie dodatkowych 3 konsultacji u lekarza gi- nekologa). Nowe przepisy kładą nacisk na współpracę osoby prowadzącej ciążę z położną środowiskową — podczas wizyty przypadającej w 21–26 tygodniu ciąży kobieta powinna zostać skierowana do położnej środowiskowo–rodzinnej oraz do szkoły rodzenia. Zapis ten ma na celu zwiększenie liczby kobiet korzy- stających z opieki położnej podczas ciąży, lepsze przygotowanie kobiet do porodu, zwiększenie wykrywal- ności czynników ryzyka porodów przedwczesnych i innych powikłań okołoporodowych. W razie stwier- dzenia u pacjentki nieprawidłowości w przebiegu ciąży, powinna ona zostać skierowana na konsultację do specjalisty ginekologa–położnika i na odpowiednie badania.

Dane gromadzone przez Narodowy Fundusz Zdrowia oraz dostępne w Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia nie pozwalają na ocenę rzeczywistej dostępności opieki medycznej w okresie ciąży w ramach ubezpieczenia. Gromadzone są jedynie dane nt. liczby udzielonych porad, nieznana jest liczba pacjentek objętych opieką. Nie wiadomo również, jaki odsetek kobiet w ciąży korzysta wyłącznie ze świadczeń finansowanych przez NFZ, a jaki z opieki prywatnej. Charakterystyczne dla polskiego systemu opieki zdrowotnej jest korzystanie, szczególnie w okresie ciąży, z oferty prywatnej opieki medycznej (gabinety prywatne lekarzy, ogólnopolskie sieci prywatnych przychodni, niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej niemające kontraktu z NFZ). Z informacji od pacjentek oraz na podstawie przeprowadzonych badań (badanie ankietowe „Mój poród”, FRpL 2005) można stwierdzić, iż prowadzenie ciąży „prywatnie” niejednokrotnie wiąże się z dużo większą liczbą odbywanych wizyt oraz zlecaniem dużo częściej badań diagnostycznych, niż to zaleca standard Ministerstwa Zdrowia oraz Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego. Szczególnie niepokojące jest wykonywanie dużej liczby badań USG, które to badanie — w myśl najnowszych zaleceń — powinno w niepowikłanej ciąży być wykonywane maksymalnie 3 razy.

Wysoki odsetek porodów przedwczesnych jest jednym z sygnałów świadczących o tym, że opieka medyczna w ciąży nie zawsze jest adekwatna do potrzeb i nie dociera do kobiet, u których prawdopodobieństwo wystąpienia powikłań jest wysokie (np. kobiety ze środowisk patologicznych, nadużywające alkoholu, palące papierosy, małoletnie). Jednym z kroków mających na celu zwiększenie liczby kobiet objętych opieką medyczną jest powiązanie wypłaty zasiłku z tytułu urodzenia dziecka (tzw. becikowego) z faktem korzystania przez kobietę z opieki medycznej podczas ciąży.

Ustawa o zawodzie położnej (obowiązująca od 1996 r.), a obecnie również standard opieki okołoporodowej, określają, iż osobą posiadającą kwalifikacje do prowadzenia ciąży niepowikłanej, obok lekarza ginekologa, jest również położna. Niemniej jest to forma opieki jeszcze nierozpowszechniona w Polsce i nieobjęta finansowaniem przez NFZ.

TABELA. 3. PODSTAWOWE DANE DOTYCZĄCE OPIEKI OKOŁOPORODOWEJ W POLSCE.

Liczba oddziałów ginekologiczno-położniczych	425, z czego 3 nie udzielają świadczeń w ramach kontaktu z NFZ
Liczba położnych	21 999, w tym 16 454 w publicznych zakładach opieki zdrowotnej
Liczba lekarzy:	
ginekologów	4 741, w tym 3 080 w publicznych zakładach opieki zdrowotnej
pediatrów	5 813, w tym 2 902 w publicznych zakładach opieki zdrowotnej
neonatologów	899, w tym 781 w publicznych zakładach opieki zdrowotnej

Źródło: Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia 2009; Fundacja Rodzić po Ludzku 2009.

1.4. Edukacja przedporodowa

Badania naukowe i doświadczenia wielu krajów, pokazują, że dla uzyskania lepszych wyników opieki okołoporodowej ważne jest rozpowszechnienie edukacji przedporodowej, kładącej nacisk na właściwą dietę i styl życia podczas ciąży, przede wszystkim rezygnację z używek. Ogromną rolę spełniają **szkoły rodzenia**. Niestety, w Polsce szkoły rodzenia nie są objęte finansowaniem NFZ, który wymóg edukacji przedporodowej zawarł jedynie w kontraktach z ginekologami prowadzącymi ciążę oraz z położnymi środowiskowo-rodzinnymi. Obecnie funkcjonuje ok. 250–300 szkół rodzenia, z czego większość jest płatna (od 150 do 600 zł za kurs). Szkoły rodzenia są prowadzone przez położne, pielęgniarki, lekarzy ginekologów, fizjoterapeutów, psychologów. Działają przy szpitalach, przychodniach lub jako niezależne formy działalności. Standardowy program obejmuje informacje o przebiegu ciąży, przygotowanie do porodu, praktyczną naukę pielęgnacji noworodka, ćwiczenia fizyczne i oddechowe przygotowujące do porodu, informacje dotyczące karmienia dziecka.

Brak jest jednoznacznych danych na temat odsetka kobiet w ciąży korzystających ze szkół rodzenia. Wśród respondentek akcji Rodzić po Ludzku w 2006 r., 66% kobiet uczęszczało do szkoły rodzenia, ale wśród kobiet, które wzięły udział w badaniu „Mój poród” rok wcześniej, było to zaledwie 20%. Wydaje się, że czynnik finansowy jest decydujący w kwestii dostępności szkół rodzenia — w Warszawie z edukacji przedporodowej finansowanej przez samorząd w 2009 r. skorzystało 11 141 kobiet, czyli 59% wszystkich ciężarnych (Biuro Polityki Zdrowotnej M. St. Warszawy⁵). Oprócz Warszawy, programy profilaktyczne skierowane do kobiet w ciąży, obejmujące finansowanie edukacji przedporodowej realizował lub nadal prowadzi samorząd m.in. w Białymstoku, Bydgoszczy, Gdańsku, Krakowie, Płocku, Przemyślu, Wrocławiu.

NFZ finansuje opiekę **położnej środowiskowo-rodzinnej** od 20. tygodnia ciąży. W kompetencjach położnej jest wsparcie i edukacja przedporodowa, przekazanie wiedzy dot. ciąży, porodu i połogu, informacja na temat przygotowania domu na przyjście dziecka, przygotowanie do laktacji, pielęgnacji noworodka, edukacja dotycząca stylu życia, prawidłowej diety i utrzymania aktywności fizycznej w ciąży. Aby skorzystać z usług położnej środowiskowo-rodzinnej, zarówno podczas ciąży, jak i połogu, kobieta musi wypełnić odpowiednią deklarację. Informacje na ten temat nie są szeroko rozpowszechnione, co sprawia, że zwłaszcza w dużych miastach wiele kobiet nie korzysta z tej oferty.

Wydaje się konieczne zachęcenie większej liczby kobiet do kontaktu z położną środowiskowo-rodzinną już w czasie ciąży i wykorzystanie potencjału tej formy opieki finansowanej przez NFZ jako formy edukacji przedporodowej, co może się przełożyć na zmniejszenie odsetka powikłań w ciąży.

1.5. Opieka podczas porodu

Prawie 100% dzieci rodzi się w szpitalach położniczych. Możliwość wyboru miejsca do porodu *de facto* ogranicza się do wyboru konkretnego szpitala. Kobiety z dużych miast, w których funkcjonuje kilka lub kilkanaście placówek mogą wybrać jedną z nich, kobiety z mniejszych miejscowości takiego wyboru nie mają. Mimo że placówki różnią się między sobą — ilością i stopniem nowoczesności sprzętu medycznego, wystrojem wnętrz, liczbą personelu — to sposób sprawowania opieki w większości z nich (są nieliczne wyjątki) jest podobny.

Mówią mamy

Ogółem poród, od momentu odejścia wód płodowych, trwał 18 godzin. Dopiero po tym, z powodu braku postępów w II fazie, zdecydowano się na cesarskie cięcie, dzięki któremu o godzinie 19.45 przyszła na świat moja córka. Lekarze zdecydowali o cesarskim cięciu dopiero wówczas, gdy byłam już całkowicie wyczerpana bólami porodowymi, jak i bólami kręgosłupa (mam zwyrodnienie w odcinku lędźwiowym i piersiowym, o czym wielokrotnie uprzedzałam lekarzy i położną).

*Z Opowieści porodowych
Fundacji Rodzić po Ludzku*

Polskie placówki położnicze, mimo różnych zmian, jakie zaszły w położnictwie na przestrzeni ostatnich dwudziestu lat, pozostają nadal instytucjami zamkniętymi, charakteryzującymi się silnie zhierarchizowaną strukturą, w której zarówno personel, jak i pacjentki mają wyznaczoną rolę i zakres obowiązków. Kobieta przekraczająca próg szpitala staje się automatycznie jednym z „trybików” funkcjonującej maszyny, umieszczonym nisko w tej drabinie wzajemnych zależności. Taka struktura powoduje, że opieka okołoporodowa w Polsce nie jest skoncentrowana na zaspokajaniu rzeczywistych potrzeb kobiet rodzących i ich dzieci, a one same nie są w centrum uwagi personelu medycznego. Potrzeby pacjentek określane są arbitralnie, a sposób ich zaspokajania ma nie kolidować z funkcjonowaniem oddziału.

Szpitala tworzą swoje wewnętrzne normy zachowania, sposoby pracy, które często są sprzeczne z obowiązującymi przepisami, np. z ustawą o prawach pacjenta czy też z obowiązującym od kwietnia 2011 r. standardem opieki okołoporodowej. Charakterystyczne jest to, że duża część personelu medycznego nie zna obowiązujących aktów prawnych — wiele osób bazuje w swojej pracy na wewnętrznych regulaminach, a dyrektorzy promują sprzeczne z prawem działania. Dobrym tego przykładem jest tworzenie oferty usług

„ponadstandardowych”, której celem jest polepszenie sytuacji finansowej placówki. W wielu z nich (szczególnie w dużych miastach) kobiety dodatkowo płacą za obecność bliskiej osoby przy porodzie, indywidualną opiekę położnej, salę jednoosobową w czasie i po porodzie, znieczulenie zewnątrzoponowe.

To stwarza sytuację nierównego dostępu do opieki. Dobrze sytuowane pacjentki, które zapłaciły za usługi „ponadstandardowe” mogą liczyć na większą uwagę personelu i większe przywileje, natomiast jakość opieki świadczonej pacjentkom „z ubezpieczenia” się pogarsza. Najwyższa Izba Kontroli, po zbadaniu w 2010 r. sytuacji w zakresie opieki nad matką i noworodkiem w oddziałach położniczych i neonatologicznych, stwierdziła w swoim raporcie, iż pobieranie opłat za znieczulenie, obecność osoby bliskiej i pojedynczą salę do porodu są niezgodne z prawem. Raport NIK spowodował zmniejszenie skali zjawiska, jakim było pobieranie dodatkowych opłat, niemniej można jeszcze spotkać placówki, gdzie kobiety nadal muszą płacić za „ponadstandardowe” usługi.

Kolejną charakterystyczną cechą opieki okołoporodowej jest medykalizacja porodu fizjologicznego, polegająca na stosowaniu rutynowych, niepodyktowanych indywidualną sytuacją rodzącej, interwencji w fizjologiczny przebieg porodu. Do rutynowych interwencji należą: ograniczenie rodzącej picia w trakcie porodu, unieruchamianie jej na łóżku porodowym na cały czas trwania porodu, sztuczne przyspieszanie porodu, podawanie znieczulenia farmakologicznego na bazie opiatów czy rutynowe nacięcie krocza. Wiele z tych interwencji zostało określonych przez współczesne badania naukowe jako nieefektywne lub wręcz szkodliwe, ponieważ ich rutynowe stosowanie pociąga za sobą konsekwencje, prowadzące do wzrostu ryzyka dla matki i dziecka.

W krajach, w których wdrażany jest „złoty standard”, polegający na tym, że codzienna praktyka kliniczna weryfikowana jest na podstawie wniosków płynących z najlepszych jakościowo badań naukowych, poziom medykalizacji porodu fizjologicznego systematycznie spada. Polska jest niechlubnym przykładem kraju, w którym odsetek rutynowych interwencji jest wciąż wysoki, a konsekwencje ich stosowania prowadzą do powikłań okołoporodowych, których leczenie znacznie podraża koszty opieki.

Inną konsekwencją takiego sposobu realizowania opieki jest uprzedmiotowienie kobiet. Nie są one traktowane jak partnerki w procesie udzielania świadczeń medycznych, nie są informowane o wykonywanych czynnościach czy pytane o zgodę na zabiegi; powszechne jest protekcyjne traktowanie. Nieliczenie się z indywidualną sytuacją rodzącej, naruszanie intymności, pozostawianie kobiet bez możliwości wyboru i decydowania o sobie powoduje, że kobiety w Polsce obawiają się porodu i pobytu w szpitalu. Fora internetowe, pełne mrozących krew w żyłach opisów porodu, dodatkowo podsycają ten lęk. Być może więc stanowi to jedną z przyczyn jednego z najwyższych aktualnie w Europie odsetka cięć cesarskich (33,5% w 2010 roku). Kobiety nie są informowane o długofalowych skutkach cesarskiego cięcia, a sama operacja przedstawiana jest przez część lekarzy jako szybki i bezpieczny „zabieg”, dlatego też coraz więcej z nich decyduje się na cesarkę „na życzenie”.

Sytuację w oddziałach położniczych ma szansę zmienić omówione powyżej Rozporządzenie Ministra Zdrowia w części opisującej procedury stosowane podczas porodu fizjologicznego. Ponieważ jednym z jego celów jest zmniejszenie medykalizacji, promowane są także procedury, które bazują na praktykach o udowod-

Mówią lekarze

Po zmianie przepisów dotyczących zasiłku poporodowego więcej kobiet jest pod opieką ginekologa przez cały czas. Rzadziej zdarza się, że pierwszy kontakt z ginekologiem to jest moment porodu. Jeśli nie ma żadnej opieki nad ciężarną matką, to tak naprawdę temu dziecku można zrobić krzywdę już w czasie ciąży. W naszym prawie nie ma jeszcze czegoś takiego, jak krzywdzenie dziecka w łonie matki, ale już to jest ten moment, kiedy trzeba chronić dziecko. 0–3 lat to jest taki okres życia dziecka, kiedy wiele rzeczy już tak naprawdę się stało. Kiedy dziecko z oddziału położniczego wychodzi do domu, to niestety w Polsce jest ten problem, że jeżeli nie jest w żłobku, przedszkolu lub w szkole to ono znika.

Z wywiadów z lekarzami z warszawskich szpitali²

Mówią mamy

Pilnie szukam pomocy, ponieważ strasznie szkoda mi mojej córki. Ma 5 tygodni, jest zdrowym dzieckiem. Jeszcze w szpitalu poprosiłam o pomoc, ponieważ miałam stany lękowe. Miałam moment, że nie chcę dziecka. Pani doktor stwierdziła, że powinnam iść na terapię, ponieważ boi się o dobro mojej córki. Terapeuta stwierdził, że wszystko ze mną ok. Minęły 2 tygodnie i wczoraj wstąpiła we mnie taka złość i agresja, że sama siebie nie poznawałam, krzyczałam na córkę i nią potrząsałam. Musiałam zadzwonić po męża, żeby wrócił, bo nie dam rady. Mam nadzieję, że nie zrobiłam jej krzywdy. Jestem zrozpaczona i przerażona swoim zachowaniem. Boję się zostać z nią sama, boję się siebie.

Proszę o pomoc.

*Z maili do poradni internetowej
dobryrodzic@fdn.pl*

nionej skuteczności, a ingerencja w proces porodu musi wiązać się z uzasadnionym medycznie wskazaniem. Pozycje wertykalne w pierwszym i drugim okresie porodu, swoboda ruchu podczas porodu, możliwość picia, obecność osoby bliskiej — to wszystko czynniki, które wspierają fizjologiczny przebieg porodu i zmniejszają konieczność interwencji.

Standard podkreśla również prawo kobiety do wyboru miejsca porodu — w warunkach szpitalnych i pozaszpitalnych, w których świadczona jest opieka medyczna. Oznacza to, że kobieta ma prawo wybrać jako miejsce do narodzin dziecka zarówno szpital, jak i własny dom.

1.6. Opieka nad matką i noworodkiem – pierwszy kontakt

Intymny, bliski kontakt z matką ułatwia noworodkowi przejście z dotychczasowego środowiska w jakim żył, do świata zewnętrznego, stwarza warunki do właściwej termoregulacji, sprzyja wytworzeniu się prawidłowej, chroniącej go flory bakteryjnej. Pierwszy kontakt sprzyja również budowaniu więzi między matką a dzieckiem, gdyż w pierwszej godzinie po porodzie działają hormony, dzięki którym matka i dziecko są na siebie szczególnie wrażliwi.

Mimo wielu dowodów i od lat wydawanych zaleceń towarzystw naukowych i organizacji międzynarodowych, rutynowe oddzielanie zdrowych dzieci od matek zaraz po porodzie nadal stanowi element standardowej opieki w wielu polskich oddziałach położniczych. Kontakt dziecka z matką po porodzie jest krótki, przerywany rutynowymi pomiarami i badaniami, matka przytula i karmi piersią dziecko najczęściej już ubrane. Są mamy, które widzą swoje dziecko (choć urodziło się zdrowe) dopiero po kilku godzinach. Matki, które urodziły przez cesarskie cięcie najczęściej nie mają żadnej szansy na choćby krótkie spotkanie z noworodkiem.

Ministerialny standard ma za zadanie zmienić te praktyki. Według jego zapisów niezakłócony, nieprzerwany kontakt zdrowej matki ze zdrowym dzieckiem po porodzie powinien trwać nie krócej niż dwie godziny. Wstępne badanie lekarskie, a także pomiary antropometryczne (ważenie, mierzenie) powinny odbyć się po tym czasie. Rozszerzone badanie kliniczne wykonane przez pediatrę lub neonatologa może odbyć się do 12 godzin po porodzie. Jeśli chodzi o pierwszy kontakt po cesarskim cięciu, to nie regulują tego żadne przepisy, ale zgodnie z wytycznymi WHO/UNICEF taki kontakt powinien mieć miejsce jeszcze na sali operacyjnej w przypadku znieczulenia przewodowego lub w możliwie najkrótszym czasie od operacji.

1.7. Opieka nad matką i noworodkiem w oddziałach położniczych

Wszystkie oddziały położnicze w Polsce pracują w systemie *rooming-in*, co oznacza, że matka i dziecko przebywają razem na tej samej sali przez cały okres pobytu w szpitalu. To stwarza lepszą możliwość dla ich wzajemnego kontaktu, zmniejsza stres zarówno matek, jak i dzieci. Matki w Polsce chwalą sobie ten system, natomiast skarżą się na brak wystarczającej opieki ze strony personelu. Często pozostawione są same sobie, borykając się z różnymi problemami — nawet pokarmu, nieumiejętnością przystawienia dziecka do piersi, własnymi trudnościami emocjonalnymi związanymi z pojawieniem się dziecka.

Te problemy wynikają z jednej strony z małej liczby położnych na oddziale, które nie mają wystarczająco dużo czasu, aby zająć się każdą pacjentką, ale również z braku ich wiedzy czy umiejętności psychospo-

tecznych. Do rzadkości należą placówki, w których pracę położnych wspierają inni profesjonaliści, np. doradcy laktacyjni czy psycholodzy. Skutek jest taki, że wiele młodych matek pozostawionych jest bez profesjonalnej pomocy. Nierozwiązane w porę problemy laktacyjne skutkują wczesnym przerwaniem karmienia piersią, a brak wsparcia w trudnościach emocjonalnych w pierwszych dniach po porodzie — trudnościami z adaptacją do roli matki. Szczególnie trudna emocjonalnie jest sytuacja kobiety, która miała powikłany poród lub urodziła dziecko martwe lub chore. Brak dostępu do fachowej pomocy psychologicznej czyni sytuację młodej matki na oddziale jeszcze trudniejszą.

1.8. Szpitale Przyjazne Dziecku i wspieranie karmienia piersią

Część szpitali w Polsce realizuje inicjatywę Szpital Przyjazny Dziecku (*Baby-Friendly Hospital Initiative* – BFHI), która została wprowadzona przez WHO/UNICEF w 1990 r. jako program mający na celu poprawę wskaźników karmienia piersią i przywrócenie prawidłowego sposobu żywienia dzieci. Podstawą BFHI stał się dokument: „Ochrona, propagowanie i wspieranie karmienia piersią — szczególna rola placówek służby zdrowia”, zawierający wytyczne dla personelu medycznego ujęte w „10 Krokach do Udanego Karmienia Piersią”. Szpitale promujące karmienie piersią, spełniające wszystkie kryteria programu, ponadto przestrzegające Międzynarodowego Kodeksu Marketingu Produktów Zastępujących Mleko Kobiące (WHA 1981), mogły się ubiegać o tytuł Szpital Przyjazny Dziecku (SPD).

Aktualnie mamy w naszym kraju 87 szpitali odznaczonych tym tytułem. SPD stanowią w Polsce zaledwie 20% wszystkich placówek położniczych. Tymczasem „Globalna Strategia Żywienia Niemowląt i Małych Dzieci” (WHO/UNICEF 2002) w zadaniach dla systemu opieki zdrowotnej zaleca, aby praca wszystkich szpitali położniczych odbywała się zgodnie z programem Inicjatywy WHO/UNICEF Szpital Przyjazny Dziecku. Również w programach Unii Europejskiej znajdujemy podobne rekomendacje.

Tak jak w przypadku innych elementów opieki nad kobietami i dziećmi, nie są zbierane żadne dane, które mówiłyby, ile dzieci w Polsce jest karmionych piersią i jak długo. Ostatnie takie badanie przeprowadzone zostało w 1999 r. Od czasu do czasu przeprowadza się badania regionalne, ale one nie dają pełnego obrazu sytuacji.

1.9. Porody w domu

W ostatnich latach można zaobserwować rosnącą popularność porodów domowych, choć nadal pozostają one na marginesie opieki okołoporodowej — odbywa się ich 200–300 rocznie. Z punktu widzenia bezpieczeństwa kobiet rodzących i ich dzieci, ważne jest, aby porody domowe mogły odbywać się przy zachowaniu podstawowych zasad bezpieczeństwa — wyeliminowaniu czynników ryzyka na podstawie badań przesiewowych podczas ciąży, obecności doświadczonej położnej przy porodzie oraz możliwości sprawnego transferu do szpitala w razie wystąpienia nieprawidłowości. Obecnie kilkanaście położnych w Polsce praktykuje jako położne „domowe”, przede wszystkim w Warszawie, Katowicach oraz w Pile i Poznaniu. Położne te, zrzeszone w Stowarzyszeniu „Dobrze Urodzeni”, opracowały własny standard kwalifikacji kobiet w okresie ciąży (wyeliminowanie czynników ryzyka) oraz postępowania podczas porodu poza szpitalem, zgodny z wytycznymi wynikającymi z najnowszych badań naukowych oraz nowym standardem opieki okołoporodowej. Choć nowe rozporządzenie Ministra Zdrowia włącza porody domowe w oficjalny system opieki, Narodowy Fundusz Zdrowia nie opracował jeszcze zasad kontraktowania tych usług. Położne napotykają również na wiele trudności w sytuacjach, w których przebieg porodu, stan matki lub dziecka wymaga przewiezienia do szpitala, przede wszystkim ze strony dyrekcji i personelu szpitali.

1.10. Opieka w połogu

Opieka w połogu nad matką i noworodkiem realizowana jest przez położną środowiskowo-rodzinną. Jest ona pierwszą osobą z grona profesjonalistów, która ma kontakt z matką po jej powrocie do domu. Dlatego też umiejętności i wiedza położnej, jej uważność i empatia są bardzo istotne w kontakcie z matką i dzieckiem w tym szczególnym okresie jakim jest wczesny połóg.

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 7 października 2010 r. określa zadania położnej środowiskowo–rodzinnej. Według jego zapisów położnicy i jej dziecku należy zapewnić ciągłą, profesjonalną opiekę w miejscu zamieszkania lub pobytu; powinna być ona realizowana według indywidualnego planu opieki. Szpital, w którym kobieta urodziła ma obowiązek zgłosić ten fakt położnej rodzinnej wskazanej przez mamę.

Położna rodzinna wykonuje nie mniej niż 4 wizyty (pierwsza z nich musi odbyć się nie później niż w ciągu 48 godzin od otrzymania zgłoszenia). W zakresie obowiązków położnej rodzinnej zawiera się: ocena zdrowia matki i dziecka, udzielanie porad pielęgnacyjnych i laktacyjnych, ocena relacji w rodzinie i interwencja w przypadku zaobserwowania przemocy, wspieranie w sytuacjach trudnych, prowadzenia edukacji zdrowotnej i porad dotyczących prawidłowej diety i wiele innych. Ta liczba zadań, a także ich różnorodność, powinna być impulsem dla położnych rodzinnych do dodatkowej edukacji z zakresu psychologii, dietetyki, a także do rozwijania umiejętności psychospołecznych. Rola położnej środowiskowo–rodzinnej jest nie do przecenienia w pierwszych tygodniach życia dziecka, dlatego też konieczne jest zachęcenie kobiet do korzystania z jej usług.

1.11. Respektowanie praw pacjenta w opiece okołoporodowej

Przez wiele lat źródłem normatywnym praw pacjenta były różne akty prawne, których zapisy — odnoszące się do konkretnych praw pacjenta — zebrano w Karcie Praw Pacjenta, ogłoszonej przez Ministra Zdrowia 11 grudnia 1998 r. Nie było to jednak rozwiązanie doskonałe. Brak całościowego, jednolitego ujęcia tego problemu powodował, że ustalenie rzeczywistych uprawnień pacjenta było trudne. W wyniku trwających od początku 2008 r. prac legislacyjnych, Sejm przyjął dnia 6 listopada 2008 r. ustawę o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Skonstruowany w tej ustawie katalog praw pacjenta odnosi się do pacjentów korzystających ze świadczeń zdrowotnych zarówno w zakładach opieki zdrowotnej, jak i udzielanych w ramach indywidualnej i grupowej praktyki położnych, zawiera również kilka szczegółowych uregulowań dotyczących sytuacji „pacjentki w warunkach ciąży, porodu i połogu” (np. prawo do obecności bliskiej osoby wskazanej przez pacjentkę w trakcie udzielania jej świadczeń medycznych).

Do praw pacjenta odnosi się również rozporządzenie o tzw. Standardzie opieki okołoporodowej, które podkreśla prawo kobiety do decydowania o przebiegu porodu, do obecności bliskiej osoby podczas porodu, a także do życzliwego traktowania ze strony personelu medycznego.

Prowadzony przez Fundację Rodzić po Ludzku od początku działalności monitoring przestrzegania praw pacjenta pokazuje, że istotną cechą polskiej opieki okołoporodowej jest paternalistyczny stosunek do pacjentki, zarówno ze strony lekarzy, jak i położnych. Pomimo zmian w legislacji, prawa pacjenta postrzegane są wciąż jako dodatek do właściwej opieki, a nie jej istota. Jednym z powodów naruszania praw kobiet–pacjentek w opiece okołoporodowej jest zredukowanie ich sytuacji życiowej i zdrowotnej do zdarzenia medycznego. Pomijanie psychologicznych i społecznych aspektów wydarzeń, takich jak ciąża, poród, poronienie, narodziny martwego dziecka czy chociażby trudności w laktacji, skutkuje m.in. naruszeniami prawa do intymności i godności osobistej — na przykład poprzez bezosobowe traktowanie, odmawianie prawa do otrzymania wsparcia bliskich osób czy też obecność wielu osób z personelu medycznego przy udzielaniu świadczeń medycznych.

Wiele naruszeń jest konsekwencją przyjęcia przez członków personelu medycznego założenia, że laik w kwestiach medycznych nie jest w stanie podejmować odpowiedzialnych decyzji dotyczących swojego zdrowia i przebiegu leczenia. Przejawem takiej sytuacji jest łamanie prawa do informacji (np. poprzez przekazywanie informacji zdawkowych, niepełnych lub też niezrozumiałych dla pacjentki) oraz prawa do wyrażania świadomej zgody lub odmowy na świadczenia medyczne (poprzez niepytanie o zgodę na zabiegi, zakładanie, że skoro kobieta została pacjentką szpitala, to *a priori* zgodziła się na wszelkie działania medyczne ze strony personelu). W większości szpitali stosowana jest ogólna zgoda na zabiegi medyczne podpisywana przy przyjęciu kobiety do szpitala i uznawana jest ona przez personel w większości przypadków za wystarczającą. Osobną, pisemną zgodę pobiera się jedynie w przypadku cesarskiego cięcia, porodu zabiegowego lub zastosowania znieczulenia dołędźwiowego.

Poważnym problemem jest również rozumienie prawa do poszanowania intymności. Wciąż w znacznej części szpitali porody odbywają się w salach ogólnych, gdzie łóżka oddzielone są niskimi ściankami lub parawanami, w warunkach niegwarantujących poszanowania intymności. W części szpitali pojedyncze sale porodowe są odpłatne (zwłaszcza w dużych miastach).

Kolejne edycje akcji „Rodzić po ludzku” wykazały stopniową, choć jeszcze niezadowalającą, poprawę w sferze przestrzegania praw pacjenta. Jednak na przestrzeni lat, obok poprawy warunków lokalowych, sprzyjających poprawie przestrzegania praw pacjenta czy też wzrostu świadomości lekarzy i położnych, zmienia się także wiedza samych kobiet. Zjawiska, które jeszcze kilka lat temu nie budziły sprzeciwu, dzisiaj w opinii kobiet stanowią naruszenie i same pacjentki domagają się zmiany niegdyś powszechnych praktyk, pełnej informacji na temat stanu zdrowia ich i dziecka oraz partnerskiego traktowania.

1 Szamotulska K. (2010), *Stan zdrowia matek i dzieci w okresie okołoporodowym w Polsce na tle krajów Unii Europejskiej. Opracowanie na podstawie wskaźników Euro-Peristat*, Medycyna Wieku Rozwojowego, t. XIV, nr 2.

2 Szamotulska K. (2010), *Stan zdrowia matek i dzieci w okresie okołoporodowym...*, *op.cit.*, s. 113–128.

3 Rejestr poświęconym porażeniu mózgowemu (SCPE) i rejestr niemowląt o bardzo małej masie urodzeniowej (EURONEOSTAT).

4 Dziennik Ustaw z dnia 7.10.2010 r. Nr 187, poz. 1259.

5 „Realizacja programów zdrowotnych przez m.st. Warszawa”, www.mazowieckie.pl/download.php?s=1&id=15997

2. Zaniedbania prenatalne

2.1. Zagadnienia definicyjne

Pojęcie „zaniedbania prenatalne” zostało stosunkowo niedawno wprowadzone w publikacjach polskich (Kornas–Biela 1989, 2009; Bielawska–Batorowicz 1993; Wójcik 2007) i najczęściej jest używane w szerokim znaczeniu, obejmując zarówno zachowania mające znamiona zaniedbania przez kobietę w ciąży zaspokojenia potrzeb dziecka prenatalnego, jak też zachowania o charakterze przemocy fizycznej (agresji, maltretowania, np. maltretowanie prenatalne — Soriano 2002, s. 69) kierowanej bezpośrednio do dziecka lub do jego matki, a zagrażające zdrowiu fizycznemu i psychicznemu oraz życiu dziecka poczętego (Wójcik 2007, 2008). E. Bielawska–Batorowicz zaproponowała ogólny termin „złe traktowanie” (a termin „przemoc” zarezerwowała dla jego szczególnych form), rozumiejąc go jako sytuację, w której „jedna osoba odnosi się do drugiej w sposób niezgodny z łączącą je relacją i bez odpowiedniej troski, wynikającej z charakteru tej relacji” (1993, s. 298). Autorka wymieniła siedem ogólnych form złego traktowania dziecka, wśród nich również zaniedbanie prenatalne jako odpowiednik angielskiego słowa *interuterine abuse* (s. 306–311). Jednak inne wyszczególnione przez nią rodzaje złego traktowania, jak przemoc fizyczna, emocjonalna, spowodowanie opóźnienia rozwoju fizycznego (*failure to thrive*) mogą być również odniesione do prenatalnego okresu życia, dlatego w stosunku do okresu przed urodzeniem ten podział nie wydaje się wyłączający. Dlatego należałoby dokonać uściślenia terminologicznego, używając określenia „przemoc prenatalna” na każde działanie osoby dorosłej (zamierzone lub niezamierzone), które ujemnie wpływa na zdrowie, rozwój fizyczny i psychospołeczny oraz życie dziecka prenatalnego (w tym również rodzącego się). Natomiast termin „zaniedbanie prenatalne” należałoby zastrzec do tych zachowań (najczęściej matki w ciąży), które związane są z zaniechaniem działań sprzyjających rozwojowi i zdrowiu dziecka lub powodujących w konsekwencji zagrożenie dla jego rozwoju, zdrowia i/ lub życia (Kornas–Biela 2009, s. 44).

W angielskojęzycznej literaturze przedmiotu zagadnienie przemocy prenatalnej było szczególnie podejmowane w latach 80. i 90. XX wieku, wtedy to spopularyzowano określenia: *prenatal abuse*, *interuterine abuse*, *fetus/fetal abuse*, *fetus/fetal neglect*, *fetus/fetal maltreatment* (Ney 1993). Przegląd literatury pozwala na stwierdzenie, że zagadnienia te najczęściej podejmowano w publikacjach o profilu medycznym (pediatria), edukacyjnym i profilaktycznym (edukacja zdrowotna) oraz dotyczących przemocy (np. w czasopiśmie *Child Abuse and Neglect*).

Rodzaje przemocy prenatalnej

Przemoc jest krzywdą, która może być wyrządzana dziecku zarówno przez samą matkę, jak też przez ojca lub inne osoby z otoczenia, które mogą znęcać się nad nią, podejmując czyny o charakterze agresji fizycznej, słownej, psychicznej, w wyniku czego kobieta, a tym samym dziecko, może doznać uszkodzenia ciała, doświadczać niedożywienia, niedotlenienia, silnego stresu. Przemoc prenatalna może mieć charakter aktywny, jeśli są przedsięwzięte jakieś działania przeciw dziecku (niezależnie od intencjonalności tych czynów), oraz charakter pasywny — związany z zaniedbaniem podjęcia stosownych działań przez rodziców, jak też inne osoby, dzięki którym działania na szkodę dziecka mogłyby być zahamowane.

Przemoc może być podejmowana świadomie i intencjonalnie, np. żeby spowodować poronienie, doprowadzić do śmierci dziecka, żeby się zemścić na dziecku za krzywdy doznane od jego ojca. Może też być świadoma, ale nie intencjonalna, np. kiedy kobieta, wiedząc, że taki teratogen¹, jak alkohol, tytoń czy narkotyk szkodzi dziecku, używa go, gdyż nie potrafi sobie odmówić², ale nie chce celowo zaszkodzić dziecku. Wtedy często racjonalizuje swoje zachowanie, zaprzecza wiedzy o szkodliwych skutkach i podtrzymuje w sobie nadzieję, że jej dziecka one nie dotkną. Dziecko może również stać się ofiarą przemocy, zwłaszcza zaniedbania zaspokojenia jego potrzeb, z powodu braku wiedzy i kompetencji opiekuńczo–wychowawczej rodziców, ich nieprzygotowania do rodzicielstwa, niewydolności intelektualnej, niezaradności życiowej, niedojrzałej osobowości, traum doznanych w życiu, trudnych sytuacji związanych z prokreacją. W tych sytuacjach dopiero strata dziecka (np. poprzez poronienie, śmierć wewnątrzmaciczną) lub urodzenie dziecka z wadą rozwojową lub choroba wrodzoną powoduje szuka-

nie przyczyn w zachowaniach, które mogły to spowodować, chociaż ustalenie związku przyczynowo-skutkowego może być trudne. Ważny pozostaje fakt, iż stosowanie przemocy prenatalnej jest ważnym predykatorem przemocy postnatalnej, tzn. jeśli dziecko przeżyje, to narażone jest na dalsze akty przemocy ze strony rodziców, począwszy od okresu noworodkowego, bardzo rzadko w postaci dzieciobójstwa (Kornas–Biela 1999; Marzec–Holka 2004), częściej w postaci zaniedbania opieki (porzucenia lub fizycznego znęcania, m.in. wywołującego zespół dziecka potrząsanego — np. Bernat, Karska 1999; Mikołajczyk 2000).

2.2. Przemoc medyczna

Zaniedbanie medyczne (czyli lecznicze) wyraża się między innymi w braku troski matki o stan swojego zdrowia oraz o stan zdrowia dziecka, nadużywanie leków i stosowanie ich bez zlecenia lekarza, narażanie dziecka na uboczne działania procedur medycznych związane ze zmedykalizowanym podejściem do ciąży lub porodu.

Zaniedbania w korzystaniu z opieki prenatalnej

Przykładowe zaniedbania w korzystaniu z opieki lekarskiej w czasie ciąży i porodu to np. takie zachowania przyszłej matki, jak:

- niedbanie o podleczenie chorób, które przed poczęciem dziecka mogą utrudnić prokreację lub przebieg ciąży oraz potem źle wpłynąć na zdrowie dziecka poczętego;
- niekorzystanie z rutynowych badań lekarskich w przebiegu ciąży;
- nieleczenie pod kontrolą lekarza własnych chorób, które mogą zagrażać dziecku;
- odmawianie przyjmowania suplementów, które mogą zabezpieczyć rozwój dziecka;
- odmawianie leczenia dziecka przed urodzeniem;
- nieposiadanie książeczki zdrowia;
- pomimo niepokojących objawów w ciąży niekorzystanie z wizyt lekarskich;
- poród mający miejsce w domu bez zabezpieczenia warunków i obecności położnej.

Co do danych statystycznych związanych z tego typu zaniedbaniami, brak jest szczegółowych i wiarygodnych informacji.

Badania prowadzone w ostatnich latach nad opieką medyczną z jakiej korzystają kobiety w Polsce w okresie ciąży pokazują, iż najczęściej poczęcie dziecka jest potwierdzone przez ginekologa w 5–6 tygodniu (31%) oraz w 7–8 tygodniu (27%)³, natomiast około połowa kobiet nie korzysta z tego rodzaju opieki w pierwszym trymestrze ciąży i stosunkowo duża grupa zgłasza się do lekarza dopiero w drugiej połowie ciąży. Wczesna zgłaszalność (tj. w pierwszym trymestrze) jest nieco większa w środowisku miejskim (58,6%) niż wiejskim (46%). Niepokojący jest fakt, iż na przestrzeni ostatnich kilkunastu lat liczba ta nie uległa zmianie. Według danych z raportu rządu w 1997 r. na temat realizacji ustawy o planowaniu rodziny z 1993 r. — w pierwszym trymestrze ciąży opieką zdrowotną objętych było 60,7% kobiet ciężarnych mieszkających w mieście i 44,4% kobiet mieszkających na wsi. Okazuje się, iż po 15 latach liczba kobiet korzystających z wizyty u lekarza w pierwszym trymestrze ciąży jest stabilna i niewystarczająco wysoka.

Wyniki powyższe wskazują na fakt, iż około połowa kobiet jest pozbawiona opieki medycznej w okresie trwającej organogenezy dziecka, a więc czasu jego największej podatności na teratogeny, a tym samym naraża los ciąży oraz zdrowie i życie dziecka na najpoważniejsze uszkodzenia (poronienie, wady strukturalne — tzw. deformacje, choroby wrodzone). Dane te wskazują także, iż podejmowanie w ciąży zachowań ryzykownych wynika nie tyle z braku wiedzy kobiet co do szkodliwości picia alkoholu, palenia papierosów czy używania narkotyków, co raczej właśnie z późnego zgłaszania się do lekarza i potwierdzenia ciąży (dopiero po pierwszym lub drugim trymestrze). Duża liczba kobiet nie zdaje sobie sprawy lub bagatelizuje znaczenie, jakie ma dla losu ciąży jak najwcześniejsze objęcie opieką medyczną poczętego dziecka oraz stan ich zdrowia w okresie okołokoncepcyjnym.

Wyniki tych badań są tym bardziej niepokojące, że znajdują one potwierdzenie również w oficjalnych dokumentach, jakim jest np. Karta Praw Kobiety Rodzącej, dostępna na stronie Rzecznika Praw Obywatelskich⁴. Znajdujemy tam stwierdzenie, iż z „opinii specjalistów, towarzystw naukowych, organizacji pozarządowych, a także z doniesień medialnych, wynika, iż w ostatnich latach pogorszyła się dostępność kobiet ciężarnych i rodzących oraz noworodków do adekwatnej do potrzeb opieki profilaktyczno–lecniczej”.

Zmotywowaniu kobiet do wcześniejszego poddawania się opiece lekarskiej w okresie ciąży ma służyć rozporządzenie uzależniające uzyskanie dodatku z tytułu urodzenia dziecka od zgłoszenia się do lekarza do 10. tygodnia ciąży (będzie ono obowiązywało od początku 2012 r.)⁵.

Stosowanie leków

Obecnie swobodny dostęp do leków zwiększa ryzyko ich nadużywania, również w okresie ciąży. Nawet niewinne leki, takie jak aspiryna, tabletki od bólu głowy, salicylany, sulfonamidy, mogą spowodować uszkodzenia płodu (np. wady rozwojowe), zaburzyć przebieg ciąży, a po urodzeniu wywołać np. wiotkość mięśni, zaburzenia oddychania. Wiele kobiet uzależnionych od środków przeciwbólowych, nasennych lub uspokajających używa ich w okresie ciąży. Poza tym wiele kobiet jest przekonanych co do słuszności stosowania suplementacji w okresie ciąży (np. żelaza, witamin), a wtedy nie trudno o przedawkowanie tych suplementów. Lekomania lub samowolne stosowanie leków w okresie ciąży może spowodować np. śmierć dziecka, wcześniactwo, hipotrofię, wady rozwojowe, awitaminozę, zaburzenia ze strony układu nerwowego i w rozwoju psychoruchowym.

Nie ma w Polsce, jak i w innych krajach, żadnego stałego monitoringu co do zakresu tego rodzaju przemocy prenatalnej wobec dziecka. O częstotliwości stosowania leków można wnioskować z badań ankietowych nad zachowaniami zdrowotnymi kobiet w ciąży. W niektórych kwestionariuszach znajduje się pytanie o używane przez kobiety leki, ale różny sposób sformułowania tych pytań oraz przyczynkowski charakter tych badań (małe grupy, badania nierandomizowane) nie pozwala na uogólnienia. Przykładowo w badaniach przeprowadzanych na Górnym Śląsku w 2001/2002 roku przez Banaszak i Dobrzyń (2004) zapytano kobiety w ciąży (70 kobiet w wieku 20–39 lat), czy stosowały w tym okresie leki. W 69% otrzymano odpowiedź twierdzącą, ale nie wiadomo, czy poza przytoczonymi przez Autorki lekami (np. podtrzymujące ciążę, leki przeciwtarczycowe, leki kardiologiczne) kobiety stosowały takie, które były niezlecane przez lekarzy i nie miały związku z podtrzymaniem zdrowia, a mogły zaszkodzić dziecku.

Natomiast wspomniane już badania ankietowe prowadzone przez GIS w 2009 r. wykazały, że co dziesiąta kobieta używała (kiedykolwiek) środków nasennych (nie zażywało 89,78%), w większości z zalecenia lekarza (bez zalecenia: 27,17%), jednak brak dokładnej informacji, czy stosowały je w okresie ciąży⁶. Dane przedstawiane w raporcie są niespójne. Wynika z nich, że 94,22% kobiet nie używało środków nasennych w ciągu ostatnich 9 miesięcy, jednocześnie jednak w ciąży stosowało środki nasenne tylko 2,73% kobiet, natomiast co do 4,94% nie wiadomo, kiedy kobiety te stosowały środki nasenne.

Wyniki GIS zdecydowanie potwierdzają obserwowane zjawisko, że zachowania ryzykowne współwystępują ze sobą — największy odsetek badanych kobiet, które kiedykolwiek stosowały środki uspokajające i nasenne bez zalecenia lekarza występuje w grupie kobiet, które w roku poprzedzającym poród piły alkohol częściej niż raz w miesiącu oraz piły go więcej.⁷ Podobnie największy odsetek badanych kobiet, które kiedykolwiek stosowały środki uspokajające i nasenne występował w grupie kobiet, które nadal w czasie ciąży paliły papierosy (17%) i które w okresie ostatnich 2 lat wypalały powyżej 20 paczek miesięcznie (15%), a 17% kobiet, które nadal tuż po porodzie pała w porównaniu do 8% kobiet, które nigdy nie paliły, stosowało kiedykolwiek leki uspokajające lub nasenne. Kobiety narażone w domu na palenie lub bierne palenie codziennie w roku przed porodem, częściej od kobiet, w których domu nikt nie palił, miały pierwszy kontakt z lekami uspokajającymi lub nasennymi przed uzyskaniem pełnoletności.

Odsetek porodów za pomocą cesarskiego cięcia był większy w przypadku badanych, które kiedykolwiek z zalecenia lekarza stosowały leki uspokajające i nasenne, a u 26% kobiet, które kiedykolwiek stosowały takie leki, dostępne tylko na receptę, i u 14% badanych, które nigdy takich leków nie stosowały, pojawiły się komplikacje w czasie ciąży.

Zmedykalizowanie ciąży i porodu

Pewnym rodzajem prenatalnej przemocy jest niedocenianie możliwości odczuwania bólu przez dziecko przed urodzeniem w czasie niektórych interwencji lekarskich w okresie przed- i okołoporodowym. Dziecko może doświadczać dyskomfortu w trakcie zabiegów medycznych, zachowując się tak, jakby odczuwało ból, a parametry fizjologiczne są podobne do tych, które są charakterystyczne dla reakcji na ból (np. spazmatyczne kulenie się, kopanie, cofanie się od źródła bólu, przyspieszenie akcji serca, wydzielanie hormonów stresu). Dlatego w edukacji personelu medycznego coraz częściej zwraca się uwagę na promocję użycia środków znieczulających ból dziecka w trakcie zabiegów związanych z diagnozą lub terapią prenatalną oraz w okresie perinatalnym. Jednocześnie niektórzy zwracają też uwagę na to, iż dziecko może doznać pewnego rodzaju przemocy wskutek zastosowanych wobec matki w czasie porodu środków farmakologicznych, które nie są przecież przeznaczone dla dziecka, ale docierają do niego. Stąd konieczność większej ostrożności w stosowaniu analgezji w okresie okołoporodowym⁸, co oznacza również konieczność promocji (w ramach edukacji przedporodowej rodziców) rozsądnego podejścia do możliwych ofert znieczulania porodu. W Polsce znieczulenie zewnątrzoponowe jest refundowane, jeśli istnieje konieczność jego zastosowania w czasie porodu (wyraźne wskazania lekarskie), natomiast jeśli jest ono stosowane na życzenie kobiety — jest procedurą płatną. Niektóre szpitale (np. akademickie) oferują to znieczulenie jako bonus rodzenia w ich placówce, rekompensujący np. fakt uczestnictwa w procedurach medycznych studentów medycyny.

W literaturze psychologicznej, dotyczącej cesarskiego cięcia oraz porodów indukowanych na życzenie kobiety, zwraca się uwagę na ich przemocowy wobec dziecka charakter⁹. W Polsce zarówno cesarskie cięcie, jak też indukcję porodu wykonuje się ze wskazań lekarskich. Szczególnie dyskutowaną kwestią jest problem ewentualnej szkodliwości fal ultrasonograficznych emitowanych w czasie badań diagnostycznych w okresie ciąży, zwłaszcza we wczesnym okresie ciąży, z użyciem nowoczesnych aparatów o większej częstotliwości, badań często powtarzanych lub gdy kobieta ma gorączkę (Eliot 2003, s. 109–111, 138; Goldberg, Verny 2007). Nie jest znana skala zjawiska nadmiernego korzystania w czasie ciąży z badań USG bez wskazań lekarskich, a jedynie np. z ciekawości lub lęku przed urodzeniem dziecka z wadą lub chorobą wrodzoną, ale nic nie wskazuje, by był to problem wymagający monitoringu.

2.3. Palenie papierosów w czasie ciąży

Literatura dotycząca negatywnych skutków palenia na zdolność prokreacyjną człowieka jest bardzo szeroka, a palenie papierosów w ciąży, pomimo szerokich kampanii społecznych oraz świadomości osób w wieku prokreacyjnym co do szkodliwości nikotyny dla powodzenia prokreacji, jest nadal zbyt wysoki.

Mówią mamy

Jeśli chodzi o palenie to w pierwszej ciąży niestety nie potrafiłam rzucić tego nałogu. Wstyd się przyznać, ale w drodze do szpitala wypaliłam papierosa z nerwów. Córcia, urodziła się 3 dni po terminie ważyła 3 250 i miała 58 cm. Obecnie jestem w 12. tygodniu drugiej ciąży i udało mi się przestać palić z czego jestem okropnie dumna. Mam tylko wyrzuty w stosunku do mojej córki, że nie znalazłam tyle siły żeby jej nie truć. Usilnie namawiam do zerwania z nałogiem, chociaż rozumiem co znaczy ten nałóg.

*Wpis na forum internetowym
www.forum.gazeta.pl*

Konsekwencje palenia papierosów dla prokreacji i zdrowia dziecka

Istnieje duża zgodność wyników badań co do faktu, że efekt uszkadzający zależy od liczby wypalanych papierosów lub stopnia zadymienia środowiska życia (negatywny skutek tzw. biernego palenia) przyszłych rodziców w okresie przedkoncepcyjnym oraz rodziców w okresie oczekiwania na urodzenie dziecka. Narażenie dziecka prenatalnego na ekspozycję dymu tytoniowego powoduje upośledzenie jego rozwoju (przyspieszenie akcji serca dziecka, niedotlenienie i niedożywienie, niepokój psychoruchowy), powstanie wad i mikrouszkodzeń, które prowadzą do zaburzeń po urodzeniu, upośledzenia umysłowego i parcjalnych deficytów (np. trudności w matematyce, dysleksję). Odnotowuje się również zaburzenia w procesie prokreacyjnym — dwukrotnie większe ryzyko poronienia i powikłań w przebiegu ciąży (u wieloródek 6–krotnie większe), częstsze ciążę pozamaciczną, porody przedwczesne, trzykrotnie częstszą śmierć wewnątrzmaciczną, samoistne zgony noworodka, a także zespół nagłej śmierci łóżeczkowej niemowlęcia (SIDS). Szczególnie negatywny i silnie zaznaczający się efekt dotyczy zmniejszenia obwodu głowy oraz tzw. hipotrofii wewnątrzmacicznej, czyli obniżenia wzrostu (do 4–5 cm) i spadku wagi urodzeniowej (nawet do 30%; ok. 450g u „ciężkich” palaczek, 290g u „aktywnych” palaczek i 60g u „biernych” palaczek — Zwoliński 2001, s. 119). Co 4. dziecko z niską wagą jest rodzone przez matkę palaczkę, a 70% matek palących mniej niż 20 papierosów dziennie ma wagę poniżej 2 500g, co zwiększa kilkanaście razy śmiertelność okołoporodową. Dzieci tych matek narażone są również na uszkodzenia zdrowotne z powodu przedwczesnego pęknięcia błon płodowych, odklejania się łożyska, łożyska przodującego i krwotok zagrażający ich życiu i życiu matki. Po porodzie matka–palaczka mają częściej trudności z laktacją, podjęciem roli macierzyńskiej i nadal narażają dziecko na toksyczne działanie nikotyny. Dzieci matek–palaczek są bardziej podatne na choroby wieku niemowlęcego i wczesnodziecięcego w porównaniu z dziećmi, których matki nie paliły (Kornas–Biela 2009, s. 50–51).

Powyższe dane z literatury przedmiotu potwierdzają badania ankietowe prowadzone przez GIS w czerwcu 2009 r. na próbie 3 246 kobiet przebywających po porodzie w oddziałach szpitalnych. Kobiety, które paliły najwięcej papierosów (ponad 20 paczek na miesiąc) prawie dwukrotnie częściej miały przedwczesny poród (15%) niż palące najmniej intensywnie (8%). Kobiety palące przez cały okres ciąży dwukrotnie częściej (12%) rodziły dzieci z niedowagą (<2 500 g) niż kobiety, które zaprzęstały palenia w czasie ciąży (6%) lub nie paliły przed i w okresie ciąży (5%)¹⁰.

Palenie papierosów w czasie ciąży jako problem społeczny

Wzrasta dramatycznie liczba kobiet w Polsce palących tytoń w okresie ciąży, np. z danych opublikowanych w 1990 roku wynikało, iż 30% kobiet w ciąży pali papierosy (Janowiak 1990). Podobnie w 1995 roku wg Narodowego Programu Zdrowia paliło 23% kobiet oraz ok. 30% kobiet ciężarnych¹¹. Natomiast dane z 2001 roku wskazują na zróżnicowany odsetek (zależnie od grupy kobiet), ale jest on ciągle duży — od 20% do 48% kobiet w ciąży pali papierosy (Zwoliński 2001).

Z badań ankietowych przeprowadzonych w 2009 r. przez Głównego Inspektora Sanitarnego wynika, że kiedykolwiek w życiu paliło 50% kobiet, w ciągu ostatnich 2 lat paliło 36% kobiet, zaś prawie co piąta z nich (18%) wypaliła w ciągu ostatnich 2 lat co najmniej 20 paczek papierosów miesięczne, co daje prawie 1 paczkę (20 papierosów) dziennie. We wspomnianych badaniach położnice w większości deklarowały wiedzę nt. szkodliwości palenia w czasie ciąży, a odsetek kobiet, które zrezygnowały z palenia w czasie ciąży był wysoki i kształtował się na poziomie 85%¹², w tym 70% zdecydowało się jedynie na ograniczenie palenia, a 30% nie ograniczyło palenia i paliło również po porodzie. Wyniki te wskazują, że zdecydowana większość badanych kobiet, które paliły tytoń w ciągu ostatnich 2 lat, zaprzęstała palenia przed ciążą lub na samym jej początku (62%). Jednocześnie do palenia papierosów w czasie ciąży przyznało się 36% kobiet, które deklarowały, że paliło przed, w czasie ciąży i po porodzie. Na codzienną ekspozycję na tym tytoniowy w domu było narażonych 29%, a w miejscu pracy 12% kobiet w ciąży. Aż 20% z badanych, które deklarowały, że paliły lub piły w czasie ciąży, przyznawało się, że w czasie ciąży zarówno piło alkohol, jak i paliło papierosy. Podobnie jak w przypadku spożycia alkoholu, tak i do palenia papierosów w czasie ciąży przyznawały się częściej kobiety z miast niż z terenów wiejskich¹³. Palące kobiety to w większości osoby z wykształceniem podstawowym 44%, średnim 34% i wyższym 36%. Natóg ten ma tendencję wzrostową w grupie młodych kobiet, czemu sprzyja agresywna reklama wyrobów tytoniowych.

2.4. Picie alkoholu w czasie ciąży

Formą przemocy wobec dziecka prenatalnego jest również niedostosowanie się do zakazu spożywania alkoholu w okresie ciąży (np. Cielecka-Kuszyk 2000; Kornas-Biela 2009).

Alkohol jest szkodliwy dla dziecka prenatalnego bardziej niż jakikolwiek inny narkotyk. Powoduje więcej szkód niż inne substancje (łącznie z marihuaną, heroiną i kokainą). Spożywany przez matkę (zwłaszcza na etapie organogenezy — do końca 8. tygodnia) może spowodować zespół wad wrodzonych, pojedyncze wady, np. serca, uszkodzenie mózgu (skutkujące upośledzeniem umysłowym, trudnościami w uczeniu się), zmniejszyć wagę i wzrost dziecka, prowadzić do częstszych poronień, zgonów przed urodzeniem lub w okresie okołoporodowym i noworodkowym, przedwczesnych porodów, nieprawidłowego rozwoju fizycznego, ruchowego i psychicznego po urodzeniu, np. nieprawidłowe odruchy neurologiczne, ADHD, zaburzenia percepcji, orientacji, uwagi, pamięci, uczenia się, rozwiązywania problemów, uczuć, zachowania (np. Kornas-Biela 2009, s. 52). Picie alkoholu w ciąży może też prowadzić do większej zachorowalności dziecka (np. na ostrą białaczkę szpikową) oraz wystąpienia FASD (Spektrum Poalkoholowych Uszkodzeń Płodu), z najgroźniejszą jego formą FAS (Płodowego Zespołu Alkoholowego), który stanowi poważną przyczynę opóźnień w rozwoju fizycznym i psychicznym dziecka¹⁴. Istotnym problemem jest fakt, iż największe spustoszenie w organizmie dziecka powoduje picie przez matkę (nawet małych dawek alkoholu!) w pierwszych trzech miesiącach życia dziecka, na etapie tworzenia się organów, natomiast matki myślą odwrotnie — odstawiając alkohol pod koniec ciąży.

Wiedza na temat szkodliwości picia alkoholu w czasie ciąży

Wiedza społeczną co do szkodliwości alkoholu wzrasta. W omawianych badaniach OBOP 88% respondentów uważa, że kobieta w ciąży w ogóle nie powinna spożywać alkoholu, a 81% badanych kobiet posiadało wiedzę co do szkodliwości picia alkoholu w czasie ciąży dla rozwoju dziecka. Jednak nadal stosunkowo duży procent Polaków uważa, że małe dawki alkoholu nie są groźne — 7% badanych jest zdania, że może wypić od czasu do czasu kieliszek czerwonego wina. Opinię taką podziela 10% kobiet w wieku 18–35 lat, 14% jest zdania, że niewielkie ilości alkoholu nie szkodzą ani matce, ani dziecku. Wiele kobiet spotyka się z opiniami o dobroczynnym wpływie alkoholu na kobietę w ciąży i jej dziecko — 6% badanych przez OBOP w 2009 r. kobiet twierdzi, że spotkało się z taką opinią wśród znajomych bądź rodziny, a 5% otrzymało taką informację od lekarza, jak też 5% z mediów. Jednocześnie 67% Polaków ma świadomość, że spożywanie nawet niewielkich ilości alkoholu przez kobietę w ciąży zwiększa ryzyko wystąpienia wad wrodzonych u dziecka, zaś blisko co drugi zdaje sobie sprawę z ryzyka poronienia i przedwczesnego porodu. Taka sama liczba respondentów (po 48%) słusznie wskazuje, że na skutek picia nawet niewielkich ilości alkoholu przez matkę w ciąży dziecko może urodzić się mniejsze, może mieć problemy z pamięcią i uczeniem się. Świadomość istnienia (FAS) deklaruje 44% Polaków¹⁵.

Mówią mamy

Ja nie wiedziałam dość długo, że jestem w ciąży, a że były wakacje i czas urlopów, owszem, nie stroniłam od alkoholu. Ale nie dałam się sfiksować, no bez przesady, że mam umierać ze strachu i biczować się przez to. Od momentu, w którym się dowiedziałam o ciąży, dbam o siebie, o Maleńką i wydaje mi się, że jak na razie wszystko jest w porządku. NA USG 4D też nie wykryto nic niepokojącego, lekarze mnie uspokoili, a ja sobie darowałam ewentualne stresy na tym punkcie. Faktem jest jednak, że gdybym wcześniej wiedziała, nie tknęłabym alkoholu.

Wpis na forum internetowym
www.netkobiety.pl

Powyższe badania wskazują na pozytywny trend zmian opinii społecznej, gdyż nieco wcześniejsze badania (Ipsos na zlecenie Fundacji „Rodzić po Ludzku”) ujawniły, że choć 83% ankietowanych osób spotkało się z informacją, że nawet najmniejsza ilość alkoholu jest zagrożeniem dla dziecka nienarodzonego, to jednak 15% uważało tę opinię za przesadzoną. Ponadto jedna trzecia (31,7%) badanych Polaków spotkała się z opinią, iż kobieta w ciąży powinna spożywać regularnie niewielkie ilości czerwonego wina. Źródłem

wiedzy o korzystnym wpływie małych porcji wina w ciąży zostały uzyskane od znajomych lub członków rodziny (45,7%), z artykułów prasowych (22,5%) i audycji radiowych oraz telewizyjnych (22%); co ciekawe — prawie 16% badanych Polaków wskazało na lekarza¹⁶.

Skala zjawiska spożywania alkoholu przez kobiety w ciąży

Spożywanie alkoholu przez kobiety w ciąży w dużej mierze zależy od ich wiedzy na temat jego szkodliwości oraz akceptacji otoczenia. Z badań przeprowadzonych przez TNS OBOP na zlecenie Związku Pracodawców Polski wynika, że 34% Polaków było świadkiem, kiedy kobieta w ciąży piła alkohol. Aż 38% ankietowanych kobiet w wieku 18–35 lat było świadkiem sytuacji, kiedy kobiety w ciąży spożywały różnego rodzaju trunki: co czwarta była świadkiem picia piwa, co siódma picia wina, a co jedenasta picia drinków¹⁷.

Ze wspomnianych wyżej badań przeprowadzonych w 2005 r. przez Ipsos wynika, że pomimo wysokiego stopnia świadomości Polaków na temat szkodliwości spożywania alkoholu w ciąży, 33,5% ankietowanych kobiet, które urodziły co najmniej jedno dziecko przyznaje się do spożywania niewielkich ilości alkoholu w okresie ciąży. Większość z nich piła w początkowym okresie, przed rozpoznaniem poczęcia dziecka. Późniejsze badania wskazują, iż wśród pijących kobiet w ciąży około 0,5% pije codziennie, 4% raz lub dwa razy w tygodniu, 10% raz lub dwa razy w miesiącu, a pozostałe — kilka razy w czasie ciąży¹⁸.

Jak wynika z badań przeprowadzonych przez TNS OBOP w latach 2009–2010 na zlecenie ZP PPS, liczba kobiet spożywających alkohol w czasie ciąży kształtuje się na poziomie ok. 10%. Respondentki, które przyznały się do spożywania alkoholu w czasie ciąży, najczęściej sięgały po piwo (47%) bądź wino (22%), znacznie rzadziej była to wódka (3%)¹⁹. Kobiety w ciąży najczęściej piją dla towarzystwa (37%) lub dla przyjemności (35%), czasem dlatego, że są częstowane alkoholem (13%). Najczęściej wymienianym miejscem spożywania alkoholu są przyjęcia domowe (64%)²⁰.

W porównaniu z innymi krajami, np. z Czechami, nasze statystyki są „pocieszające”. Badania przeprowadzone w Czechach wskazują, że $\frac{3}{4}$ kobiet w Czechach pije alkohol, $\frac{1}{3}$ z nich kontynuuje picie alkoholu podczas pierwszych trzech miesięcy ciąży, a 16% pije nawet do 6 miesiąca²¹. Według statystyk w USA pije 12% ciężarnych, w Szwecji 30%, we Francji 52%, w Australii 59% i aż 60% w Rosji²².

Zespół FAS²³ występuje częściej niż zespół Downa, jednak większość przypadków jest niediagnozowana lub diagnozowana niewłaściwie zarówno w Polsce, jak i w innych krajach. Przykładowo w USA co roku rodzi się ponad 5 000 dzieci z FAS, a około 35 000 do 50 000 ma inne zaburzenia alkoholowe. W Niemczech co roku rodzi się około 2 200 dzieci z FAS, a liczbę dzieci z niepełnoobjawowym FAS (brak anomalii fizycznych, ale występuje opóźnienie umysłowe i zaburzenia zachowania) szacuje się rokrocznie na 10 000–15 000. We Francji i Anglii ponad 6 000 dzieci każdego roku rodzi się obciążonych skutkami spożywania alkoholu przez matkę w czasie ciąży²⁴. W Polsce co roku rodzi się ok. 0,3% czyli 900–1 000 dzieci z pełnoobjawowym FAS, najcięższą formą uszkodzenia z wszystkich zaburzeń rozwojowych, będących wynikiem działania etanolu na dziecko prenatalne. Inaczej mówiąc, troje dzieci na tysiąc przejawia objawy FAS. Dziesięć razy więcej dzieci ma inne zaburzenia związane z alkoholem opisywane jako FASD (Fetal Alcohol Spectrum Disorder — Spektrum Poalkoholowych Uszkodzeń Płodu)²⁵. Szacuje się, że negatywne konsekwencje ekspozycji dziecka na alkohol przed urodzeniem mogą występować nawet u 1%²⁶ wszystkich noworodków, co znaczyłoby, że ponad 30 tys. dzieci rodzonych co roku jest narażonych na negatywne skutki zdrowotne alkoholu spożywanego przez kobiety będące w ciąży (dane z 2008 r.)²⁷.

2.5. Narkotyki w okresie ciąży

Każdy rodzaj używek jest czynnikiem toksycznym i każdy ma swoje skutki. Szczególnie niebezpieczne są dla dziecka prenatalnego narkotyki, np. zażywana przez matkę kokaina uszkadza układ krwionośny i nerwowy dziecka dziesięciokrotnie zwiększając ryzyko powstania wad w tym zakresie, prowadzi też do wad części twarzowej, poronień, wcześniactwa, martwych urodzeń, niskiej wagi noworodka, zaburzeń

zachowania (im wcześniejsza i dłuższa ekspozycja, tym efekt gorszy). Podobnie inne narkotyki, jak heroína i crack, są bardzo groźne dla rozwoju dziecka. Narkotyki, każdy w sobie właściwy sposób, zaburzają płodność i powodzenie prokreacji oraz rozwój dziecka, a szczególnie jego układu nerwowego (np. Maurer, Maurer 1994; Sottysiak 2005).

Problemy związane z narkotykami w Europie ilustrują dane wskazujące, iż kobiety stanowią w Europie ok. 20% osób, które leczą się z powodu narkomanii. Śmiertelność wskutek przedawkowania w „starych” krajach UE spada u kobiet słabiej (o 15%) niż u mężczyzn (między 2000–2003 r. o 30%). Zaobserwowano też częstsze u kobiet łączenie narkotyków z alkoholem i nikotyną. Wskaźnik rozpowszechnienia HIV w UE u kobiet wstrzykujących narkotyki jest większy (23%) niż u mężczyzn (14%). W Polsce podobnie — ok. ¼ narkomanek jest zarażona wirusem HIV.

Z badań nad zachowaniami zdrowotnymi Polek w ciąży wynika, że 6% przyznaje się do zażywania (kiedykolwiek) środków odurzających, natomiast 77% z nich deklaruje kontakt z marihuaną. Ponad 1% badanych przyznaje, że zażywały narkotyki w czasie ostatnich 12 miesięcy (a więc w czasie ciąży lub tuż przed zajściem w ciążę). U 20–75% noworodków urodzonych przez matki uzależnione od heroiny obserwuje się objawy głodu narkotycznego i dzieci te wymagają stopniowej detoksykacji²⁸.

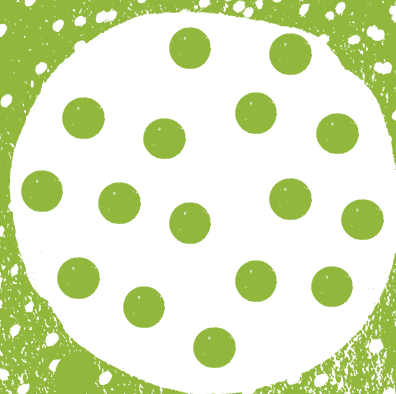
Szczególnym problemem staje się sięganie po środki psychoaktywne coraz młodszych dziewcząt. Wśród uczniów w wieku 17–18 lat proporcje dziewcząt i chłopców często używających amfetaminy oraz odsetki często sięgających po ecstazy są zbliżone²⁹. Zasadniczo, wskutek wielu kampanii społecznych na rzecz ograniczenia narkomanii (zwłaszcza wśród młodzieży) oraz restrykcyjnych rozwiązań prawnych dotyczących rozprowadzania narkotyków i co za tym idzie — ich mniejszej dostępności (zwłaszcza dla osób młodszych), obserwuje się zjawisko zahamowania trendu wzrostowego używania narkotyków przez młodzież w Polsce (Sierostawski 2008).

W 2006 r. Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii opublikowało wyniki badań prowadzonych w ramach projektu „Macierzyństwo z perspektywy uzależnienia”. Grupą badanych było 68 narkomanek w ciąży (Krajewska 2006). Z badań tych wynika, że połowa narkomanek miała świadomość wpływu narkotyków na ciążę, pomimo tego aż 47 z 68 nadal przyjmowała narkotyki, 8 kobiet zmniejszyło dawki, 8 przyjmowało w sposób bezpieczniejszy, jednak połowa z nich łączyła narkotyki z alkoholem i lekami. Tylko 5 kobiet nie paliło papierosów w czasie ciąży. Prawie ⅓ (20 kobiet) wychowywała samotnie dziecko, 22 kobiety żyły w związkach nieformalnych, 4 były mężatkami. W większości przypadków partnerami ankietowanych kobiet byli mężczyźni uzależnieni. Połowa kobiet (34 kobiety) wskazała, że są w związku z narkomanem. Ponad ⅓ doznała w ciąży przemocy fizycznej, w większości wypadków ze strony swego partnera życiowego. U ⅔ kobiet poczęcie dziecka nie było planowane. Połowa badanej grupy kobiet (32 respondentki) nie stosowała żadnych metod antykoncepcji z powodu braku środków finansowych, niechęci partnera oraz przeświadczenia, iż w czasie brania narkotyków nie można zajść w ciążę. Połowa kobiet urodziła dzieci się z zespołem abstynencji narkotykowej³⁰. Połowa kobiet (30 respondentek) korzystała w czasie ciąży z różnego rodzaju programów pomocowych — Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej, Domu Samotnej Matki, Centrum Praw Kobiety, ośmiu kobietom odmówiono pomocy. Ich zdaniem najbardziej potrzebowały pieniędzy oraz mieszkania. Po urodzeniu dziecka prawa rodzicielskie utraciło 6 kobiet, a 10 wyznało, iż nie miało żadnej pomocy i same nauczyły się opiekować dzieckiem. Alarmujący jest fakt, że 14 kobiet nie chciało po porodzie widzieć i przytulać dziecka, co wskazuje na duży deficyt w kształtowaniu więzi z nim przed urodzeniem. Z tym związane są m.in. zdarzenia przemocy (przyznało się do nich 12 kobiet). Pocieszający jest fakt, iż 22 kobiety stwierdziły, że urodzenie dziecka stanowiło motywację do podjęcia leczenia, chociaż nastąpiło to czasem dopiero po kilku latach.

Agnieszka Kolbowska z Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii³¹, omawiając wspomniane wyżej badania prowadzone w Krakowie oraz inne prowadzone przez Instytut Matki i Dziecka (2005, 2006 r.), podaje, że co czwarta kobieta zgłaszająca się do leczenia abstynencyjnego wychowuje dzieci. Liczba narkomanek z dziećmi jest większa, ale konieczność zapewnienia dziecku opieki uniemożliwia im podjęcie

leczenia stacjonarnego. Rozwiązaniem problemu opieki nad dziećmi są programy przyjazne kobietom, łączące leczenie uzależnienia z opieką nad dziećmi. Takie programy oferowane są m.in. w takich krajach, jak: Belgia, Czechy, Niemcy, Grecja, Francja, Irlandia, Włochy, Luksemburg, Holandia, Austria, Portugalia, Wielka Brytania i Norwegia. Co interesujące, jeden ze szwedzkich programów uwzględnia istotną rolę ojcostwa u uzależnionych mężczyzn.

- 1 Teratogeny to czynniki szkodliwe dla dziecka przed urodzeniem.
- 2 W ogólnopolskich badaniach ankietowych 3 246 kobiet przebywających po porodzie w oddziałach szpitalnych (czerwiec, 2009) okazało się, że pomimo dobrej znajomości czynników szkodliwych dla dziecka prenatalnego, te z nich, które przed ciążą były uzależnione, miały trudności z zerwaniem z nalogiem i podejmowały zachowania ryzykowne szkodzące przebiegowi ciąży i zdrowiu dziecka.
- 3 GUS (2009), *Zachowania zdrowotne kobiet w ciąży*.
- 4 Zob. też: Niemiec T. (red.) (2007), Raport „Zdrowie kobiet w wieku prokreacyjnym 15–49 lat. Polska 2006”, Warszawa: Program Narodów Zjednoczonych ds. Rozwoju; http://www.mz.gov.pl/wwwfiles/ma_struktura/docs/15032007_raport.pdf
- 5 Komunikat w sprawie wypłaty jednorazowego dodatku do zasiłku rodzinnego (tzw. becikowe) z tytułu urodzenia dziecka oraz jednorazowej zapomogi z tytułu urodzenia dziecka, Warszawa, 3.12.2010, Ministerstwo Zdrowia, Departament Matki i Dziecka.
- 6 GUS (2009), *Zachowania zdrowotne kobiet w ciąży*.
- 7 Badane, które nie piły alkoholu w ogóle, w roku poprzedzającym poród najczęściej deklarują, że stosowały leki tylko 1–2 razy (tab. 160 w: GUS (2009), *Zachowania zdrowotne...*).
- 8 Np. Chamberlain 1989; Briggs 1998; May, Elton 1998; Buckley 2003 — w: Kornas–Biela 2009.
- 9 Np. Ingalls 1997; Irwing 1997; Culbert–Koehn 1999; Jacobson, Bygdeman 2000; Emerson 2001 — w: Kornas–Biela 2009.
- 10 GUS (2009), *Zachowania zdrowotne kobiet w ciąży*.
- 11 Narodowy Program Zdrowia 1996–2006 (1996), Warszawa: MZiOŚ.
- 12 17% kobiet zerwało z paleniem w pierwszym trymestrze ciąży, a dodatkowe 10% w drugim i trzecim trymestrze (*Zachowania zdrowotne...* 2009).
- 13 GUS (2009), *Zachowania zdrowotne kobiet w ciąży*
- 14 *Uszkodzenie płodu wywołane alkoholem* (1998), Warszawa: PARPA.
- 15 Jw.: Badanie „Opinie Polaków na temat spożywania alkoholu przez kobiety w ciąży”...; dane umieszczone również na stronie internetowej PARPA.
- 16 http://www.ciazabezalkoholu.pl/fundacja_rpl.html, dostęp: 30.10.2011.
- 17 Badanie „Opinie Polaków na temat spożywania alkoholu przez kobiety w ciąży” zostało zrealizowane przez TNS OBOP; <http://www.wirtualnemedia.pl/artukul/co-dziesiata-kobieta-w-ciazy-pije-alkohol;> dDostęp: 10.11.2011.).
- 18 Liszcz K. (2008), *Alkoholowy zespół płodowy (FAS) — rozpoznawanie, dane demograficzne, zasady profilaktyki, system wspierania dla dzieci dotkniętych tym zespołem*, Zeszyty Naukowe INER, nr 4, s. 36–37.
- 19 Badanie „Opinie Polaków...”, *op.cit.*
- 20 Wirtualny magazyn Pielęgniarki i Położnej, powołując się na badania OBOP, podaje inne procenty kobiet sięgające po wino i piwo, z których wynika, iż nieco poniżej połowa kobiet, które piją w ciąży sięga równie często po wino (46%) i piwo (41%), rzadziej po wódkę (8%) lub inne alkohole (16%), http://www.nursing.com.pl/Aktualnosci_Alkohol_i_cia_810.html
- 21 www.ciazabezalkoholu.pl/badania_swiatowe.html, dostęp: 31.10.2011.
- 22 www.ciaza.ebrzuszek.pl/index.php?option=com_content&task=view&id=664&Itemid=148, dostęp: 30.10.2011.
- 23 Np.: *Z FAS-trygowane dzieci*, Charaktery 2007, nr 8 (127).
- 24 www.ciazabezalkoholu.pl/badania_swiatowe.html, dostęp: 31.10.2011.
- 25 Strona internetowa Fundacji Fastryga: <http://fas.edu.pl>
- 26 K. Liszcz podaje wyższe wskaźniki — grupa dotkniętych pozostałymi niż FAS zaburzeniami poalkoholowymi sięga 5% noworodków (Liszcz 2008, s. 36).
- 27 http://linemed.pl/nhealth_guide/details/id,923, dostęp: 13.11.2011.
- 28 *Zachowania zdrowotne...*, *op.cit.*
- 29 Sierosławski J. (2006), *Substancje psychoaktywne. Postawy i zachowania. Raport z ogólnopolskich badań ankietowych zrealizowanych w 2006 roku*, Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii, <http://www.narkomania.gov.pl/>; Sierosławski J. (2007), *Używanie alkoholu i narkotyków przez młodzież szkolną. Raport z ogólnopolskich badań ankietowych zrealizowanych w 2007 roku. Europejski program badań ankietowych w szkołach ESPAD*, Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii, <http://www.narkomania.gov.pl/>; Sierosławski J. (2008), *Narkomania w Polsce w 2006 roku. Dane leczenia stacjonarnego. Tabele i wykresy*, Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii.
- 30 Krajewska M. (2006), *Macierzyństwo przez pryzmat uzależnienia — badanie pilotażowe*, Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii oraz Krakowskie Towarzystwo Pomocy Uzależnionym, raport z badania dostępny w siedzibie KBPN.
- 31 Artykuł wykorzystuje opracowanie Agencji UE ds. Narkotyków (EMCDDA) pt. *Różnice między płciami w używaniu narkotyków i związane z tym problemy* (EMCDDA 2006), *Sprawozdanie Roczne 2006 na temat Stanu Problemu Narkotykowego w Europie* oraz wyniki badań zrealizowanych na zlecenie Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii: projekt pn. „Opieka perinatalna nad ciężarną uzależnioną od środków psychoaktywnych”, przeprowadzony w 2005 r. w Instytucie Matki i Dziecka w Warszawie oraz pilotażowe badanie pn. „Macierzyństwo przez pryzmat uzależnienia” zrealizowane w Krakowie w 2006 r.



Małe dzieci w rodzinach

Wprowadzenie

Mówiąc o rodzinie, można mieć na myśli szerszą, wielopokoleniową strukturę (tzw. rodzinę instytucjonalną) oraz w węższym rozumieniu tzw. rodzinę nuklearną, tradycyjnie składającą się z małżonków i ich dzieci¹. Ta definicja, do niedawna powszechnie przyjmowana, oparta o kryteria formalnego związku oraz biologicznego rodzicielstwa, nie wydaje się już oczywista. Obecnie pojęcie rodziny ulega głębokiej redefinicji. Wspomniany wyżej tradycyjny model rodziny nuklearnej staje się tylko jednym z wielu modeli alternatywnych, a normy życia rodzinnego podlegają dynamicznym zmianom². Dostrzeżenie i zrozumienie zmian, które przechodzi współczesna rodzina może umożliwić lepsze zrozumienie sytuacji najmłodszych dzieci.

Trwające od kilkudziesięciu lat gwałtowne przemiany rodziny i życia rodzinnego w świecie zachodnim są — szczególnie od początku lat 90. — obiektem intensywnych studiów socjologicznych³. Choć przyczyny i kontekst tych zmian bywają rozmaicie interpretowane, ich istota jest empirycznie uchwytana w statystykach demograficznych i może być sprowadzona do następujących punktów:

1. Rzadziej zawierane są małżeństwa. Nastąpiła dezinstytucjonalizacja małżeństwa, które „jest dziś związkiem woluntarystycznym, a nie obligatoryjnym”⁴. Wzrasta także liczba związków nieformalnych oraz tzw. rodzin niepełnych (rodziców wychowujących dzieci bez partnera).
2. Spada przeciętna długość trwania małżeństwa, a rozwody stały się statystycznie częstszym końcem małżeństwa niż śmierć małżonka.
3. Znacznie wzrósł wiek, w którym zawierane są małżeństwa, a także wiek, w którym ludzie decydują się na posiadanie dzieci.
4. Zmniejsza się ogólna dzietność społeczeństw, co spowodowane jest coraz mniejszą liczbą dzieci w rodzinach. Kobiety rodzą rzadziej i mniej dzieci, coraz częstsze stają się rodziny, w których wychowuje się tylko jedno dziecko.

Nie ma jednej interpretacji powyższych przemian i, jak już zostało wspomniane, różni badacze wskazują na różne przyczyny tych złożonych procesów. Najczęściej jednak wskazuje się na następujące aspekty:

1. W ostatnim półwieczu nastąpił gwałtowny rozwój możliwości edukacyjnych kobiet i daleko posunięta aktywizacja zawodowa kobiet. W efekcie podważono dawny podział ról w rodzinie.
2. Medycyna i odkrycia technologiczne doprowadziły do poważnych zmian w procesie reprodukcji ludności. Wynalezienie i upowszechnienie łatwych metod antykoncepcji umożliwiło kontrolę płodności i świadome planowanie rodziny.
3. W cywilizacji zachodniej umocniła się tzw. kultura indywidualizmu. Zmiany w systemie aksjo-normatywnym doprowadziły do tego, że rodzina i dzieci nie stoją w systemie wartości tak wysoko, jak wcześniej, a priorytetem stała się samorealizacja i indywidualne poczucie spełnienia.

Dodatkowo, wielu socjologów wskazuje na redukcję funkcji, jakie pełni obecnie rodzina, w porównaniu do epok wcześniejszych. Nie pełni ona już funkcji ekonomicznych ani kontrolnych, w coraz mniejszym stopniu realizuje funkcje wypoczynkowe i edukacyjne⁵. W kontekście niniejszego raportu ważne jest, że jedną z funkcji, które współczesna rodzina nadal zachowała jest funkcja socjalizacji pierwotnej — a więc kształtowania dzieci w pierwszych latach ich życia.

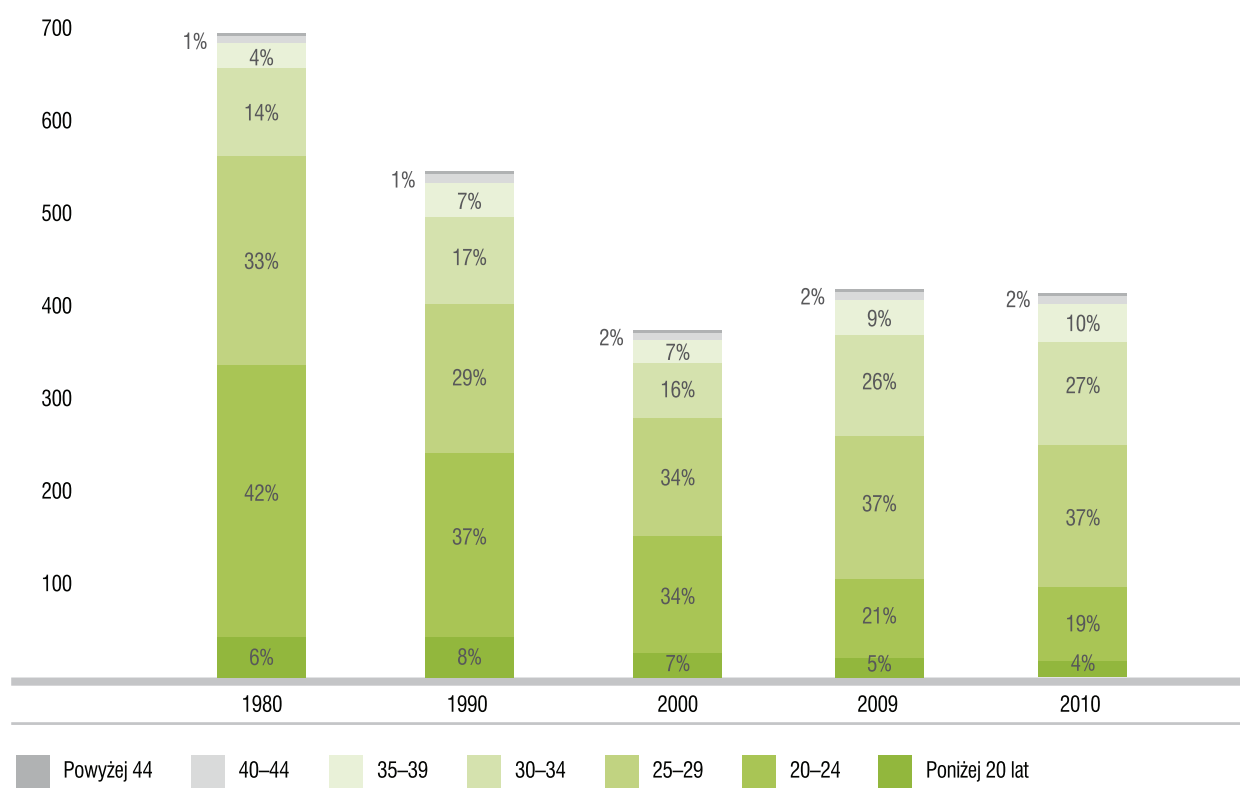
Jak więc wygląda rodzina, w której wychowują się obecnie najmłodsi? W niniejszym rozdziale zaprezentowane zostaną wybrane charakterystyki rodziców i rodziny w Polsce w oparciu o najnowsze dostępne dane demograficzne i socjologiczne.

1. Wiek rodziców

W Polsce średni wiek (mediana wieku) matek w chwili urodzenia dziecka wynosił w 2010 r. przeciętnie 28,6 lat. Dla matek rodzących pierwsze dziecko wiek ten wynosił 26,6 lat, a dla drugiego dziecka 30,1 lat⁶. Warto podkreślić, że wiek ten od roku 1990 ustawicznie się podwyższa. Obecnie Polki rodzą dzieci dużo później niż ich matki. Jest to związane także z tym, że przeciętnie później wychodzą za mąż. Odkładanie decyzji o małżeństwie i rodzicielstwie jest też prawdopodobnie związane z chęcią zakończenia edukacji lub zdobycia pewniejszej sytuacji zawodowo–finansowej.

Wykres 1 prezentuje zmiany, jakie dokonały się zarówno w liczbie urodzeń, jak i w strukturze wiekowej matek na przestrzeni ostatnich 30 lat. Najbardziej zmniejszyła się kategoria młodych matek pomiędzy 20. a 24. rokiem życia. Podczas gdy w 1980 roku było to ponad 40% rodzących kobiet, obecnie już mniej niż co piąta matka mieści się w tej kategorii. Największa grupa matek to kobiety w wieku 25–29 lat, a kategoria, która najbardziej zwiększyła swój udział w ogóle urodzeń to kobiety w wieku 30–34 lat.

WYKRES 1. LICZBA URODZEŃ A WIEK MATEK W POLSCE W LATACH 1980–2010.



Źródło: GUS (2011), *Rocznik Demograficzny 2011*.

Jeśli chodzi o matki bardzo młode i nieletnie (poniżej 20. roku życia), od roku 1990 kategoria ta zmniejsza się — zarówno jeśli chodzi o bezwzględną liczbę porodów, jak również udział procentowy — i obecnie wynosi ok. 4%. W roku 2010, łącznie 4 478 dzieci (ok. 1%) zostało urodzonych przez matki, które nie ukończyły 18. roku życia, w tym 350 przez matki w wieku 15 lat i mniej. Spadkową tendencję liczby porodów nastolatek należy oceniać pozytywnie, ponieważ — jak dowodzą badania — wczesna ciąża może stać się dla młodej matki zarówno problemem rodzinnym, jak i niesie poważne zagrożenia zdrowotne⁷.

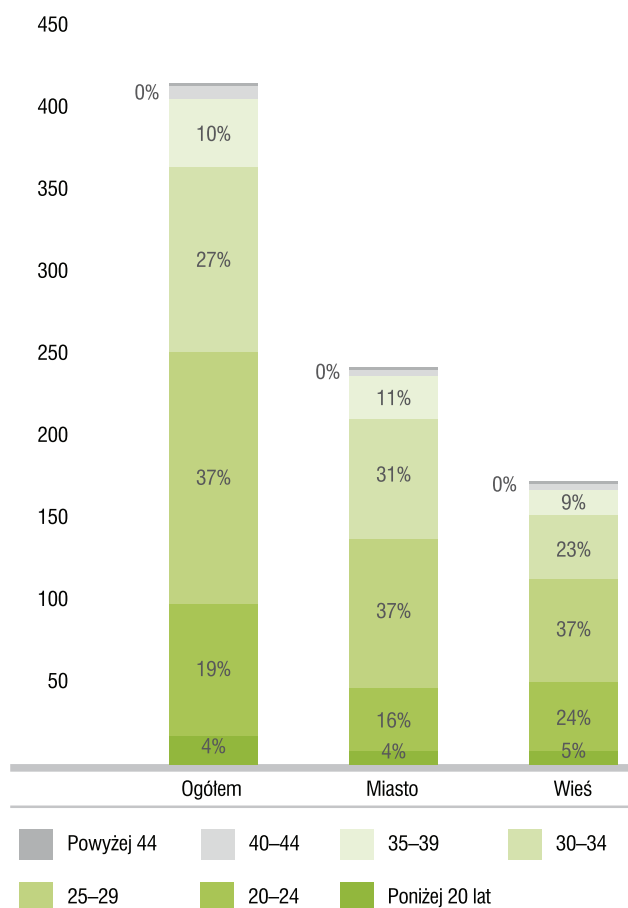
TABELA 1. LICZBA URODZEŃ A WIEK MATEK DO 18. ROKU ŻYCIA W POLSCE W LATACH 2005–2010.

wiek	2005	2006	2007	2008	2009	2010
13 lat i mniej	6	5	4	7	5	8
14 lat	40	39	63	74	58	53
15 lat	256	258	249	326	338	289
16 lat	977	955	1 121	1 224	1 307	1245
17 lat	2 703	2 824	3 096	3 365	3 139	2883
18 lat	5 562	5 784	5 882	6 334	6 268	5572

Źródło: GUS, Bank Danych Lokalnych, www.stat.gov.pl/bdl/app/dane_podgrup.display?p_id=61407&p_token=0.29142418527044356

Do czynników różnicujących matki ze względu na wiek należy miejsce zamieszkania. Odsetek matek w wieku 25–29 lat jest identyczny w mieście i na wsi. Natomiast matek młodszych (20–24 lata) jest więcej na wsi, podczas gdy starsze (30–34 lata) dominują w miastach. Kobiety powyżej 30. roku życia stanowią tam już 42% wszystkich matek.

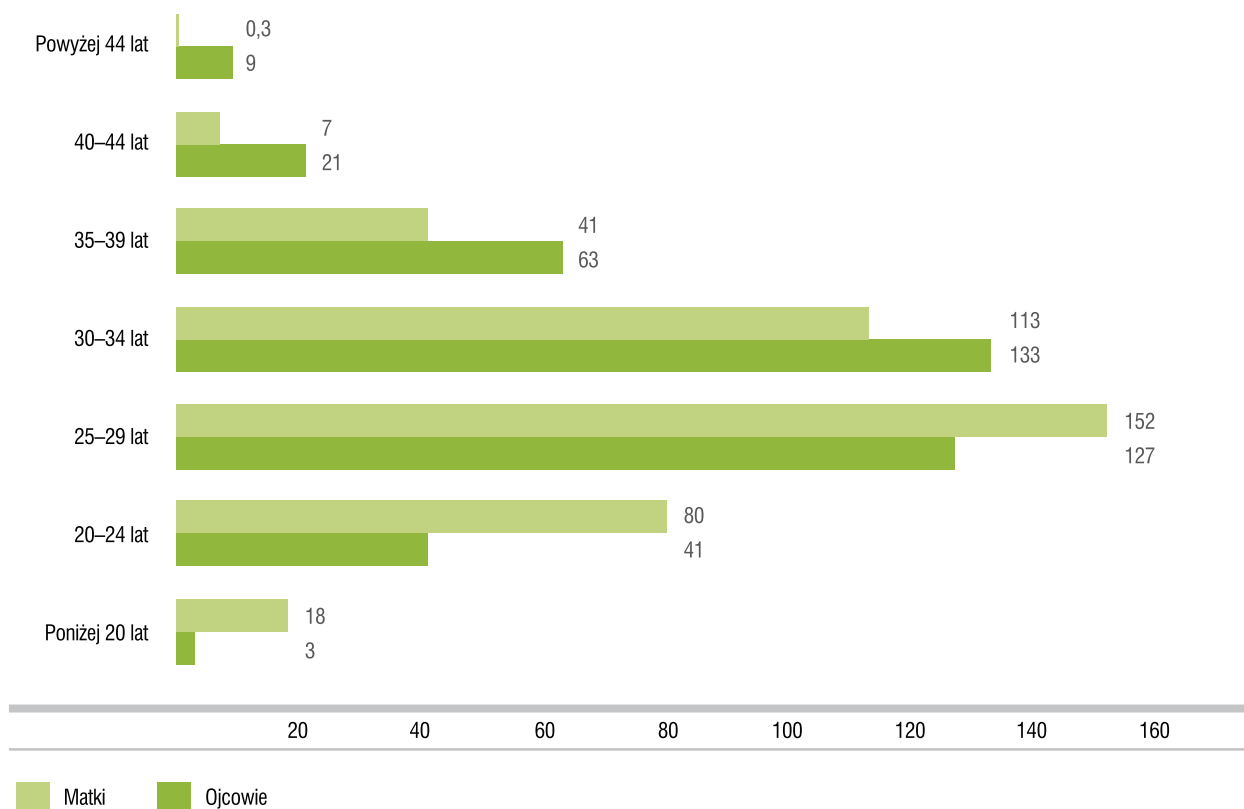
WYKRES 2. LICZBA URODZEŃ A MIEJSCE ZAMIESZKANIA MATEK W POLSCE W 2010 R.



Struktura wiekowa ojców nowo narodzonych dzieci jest odmienna od struktury wiekowej matek (wykres 3). Generalnie wiek ojców jest wyższy niż matek. Co trzeci ojciec noworodka (33,5%) jest w wieku 30 do 34 lat. Dalsze 30% mieści się w przedziale 25 do 29 lat. Ojców w wieku 20–24 lat jest dwukrotnie mniej niż matek w tym wieku, a mężczyźni, którzy nie osiągnęli wieku 20 lat, to zaledwie 0,7% ojców. Niemal jedną czwartą (23,4%) stanowią natomiast ojcowie w wieku powyżej 35 lat.

Źródło: GUS (2011), *Rocznik Demograficzny 2011*.

WYKRES 3. LICZBA URODZEŃ (W TYS.) A WIEK OJCÓW I MATEK W POLSCE W 2010 R.



Źródło: GUS (2011), Rocznik Demograficzny 2011.

Mówią mamy

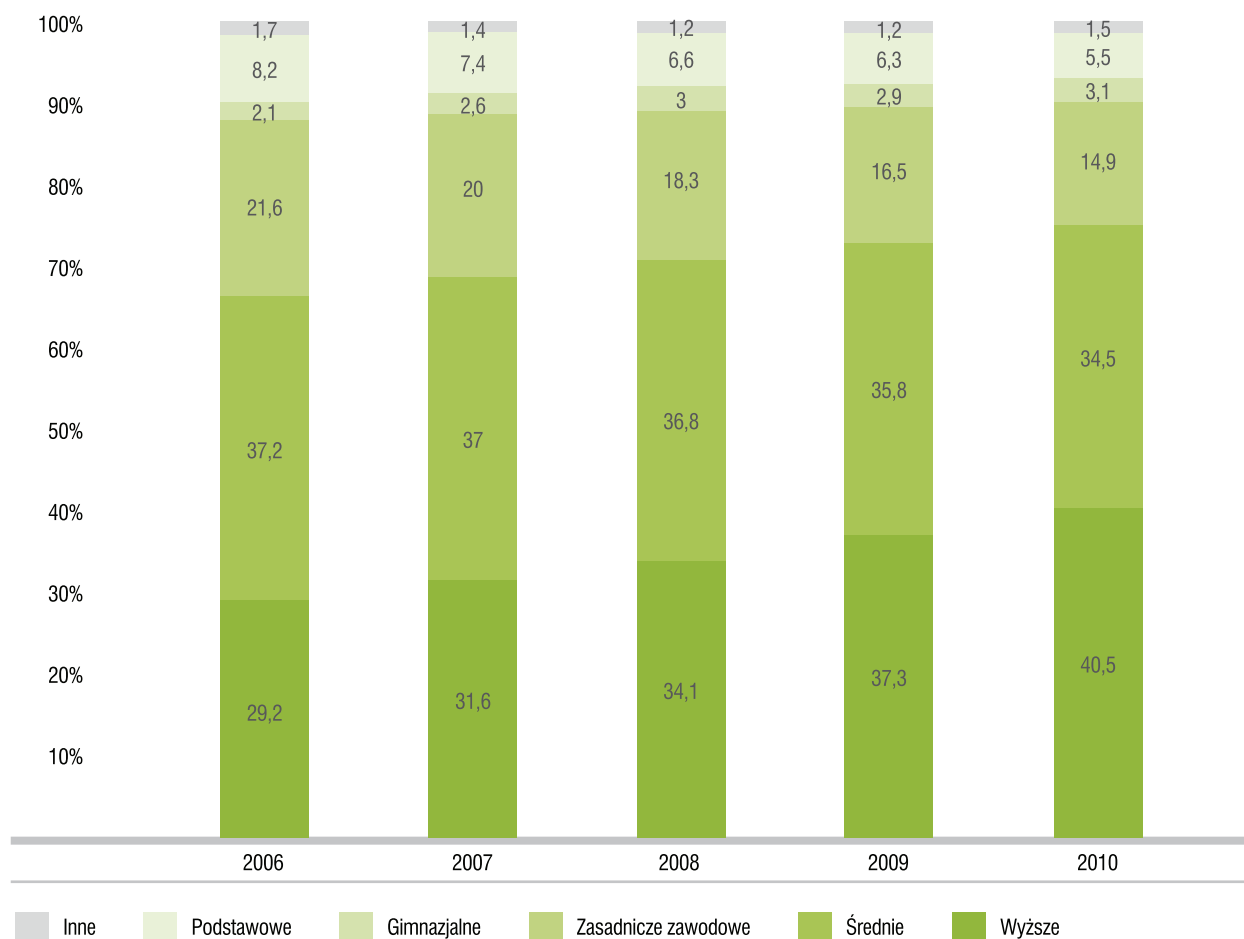
Mam 14 lat i jestem w ciąży. Mama już wie, byłam z nią u ginekologa i na USG. Chłopak, gdy się dowiedział, to nie chciał uwierzyć, w sumie nie wiem dlaczego, w końcu ma 17 lat i więcej wie o seksie niż ja... Martwię się, co sobie pomyślą o mnie koleżanki i jak to będzie w szkole. Przyjaciółka już powiedziała, że będzie mnie wspierać i pomagać przy dziecku.

Z telefonów do Telefonu Zaufania dla Dzieci i Młodzieży 116 111

2. Wykształcenie rodziców

Warto zauważyć, że duży wpływ na późne rodzenie dzieci, mają rosnące aspiracje edukacyjne młodych kobiet. Coraz więcej z nich decyduje się na dziecko dopiero po ukończeniu wyższych studiów. Trendy w strukturze wykształcenia matek widać nawet w krótkim okresie lat 2006–2010 (wykres 4; dłuższe porównania są utrudnione ze względu na reformę szkolnictwa). Odsetek matek z wyższym wykształceniem wzrósł w tym czasie z niecałych 30% do ponad 40%. Jednocześnie co roku zmniejsza się ilość matek z wykształceniem średnim i zasadniczym zawodowym. Kobiety, które decydują się na dziecko nie ukończwszy szkoły średniej ani zawodowej stanowią mniej niż 10% wszystkich matek.

WYKRES 4. STRUKTURA URODZEŃ WEDŁUG WYKSZTAŁCENIE MATEK W POLSCE W LATACH 2006–2010.



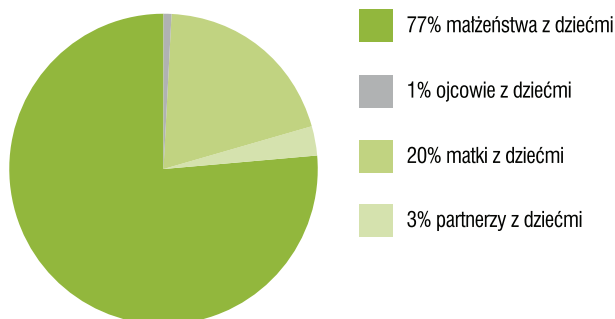
Źródło: Sytuacja demograficzna Polski. Raport 2009–2010 (2010), Warszawa: Rządowa Rada Ludnościowa, Warszawa 2010 oraz GUS (2011), Rocznik demograficzny 2011.

3. Typ rodziny

Narodowy spis powszechny w roku 2002 zbadał liczbę rodzin w Polsce. Rodzinę zdefiniowano operacyjnie jako „parę (małżeństwo lub partnerów) bez dzieci lub parę z jednym bądź większą liczbą dzieci albo też samotnego rodzica z jednym bądź większą liczbą dzieci”⁸. Rodzinę wyodrębniano więc w ramach gospodarstwa domowego, choć w 88% przypadków w gospodarstwie domowym była tylko jedna rodzina⁹.

W spisie z 2002 r. wyróżniono cztery typy rodzin z dziećmi: małżeństwo, samotną matkę, samotnego ojca oraz — po raz pierwszy — partnerów z dziećmi, czyli parę żyjącą w związku nieformalnym. Spośród ogółu rodzin z dziećmi do 24 lat na utrzymaniu, 73% stanowiły małżeństwa, aż 22% to samotne matki, 3% to samotni ojcowie, zaś 1% to związki partnerskie (kohabitacje)¹⁰. Jeśli skupimy się jedynie na rodzinach, w których najmłodsze z dzieci jest w wieku 0–2 lat (wykres 5), odsetek rodziców samotnie wychowujących dzieci jest nieco niższy, natomiast wyższy jest odsetek małżeństw i związków partnerskich. Jeśli jednak spojrzymy na statystyki uwzględniające tylko rodziny młode (kobiety do 29. roku życia i mężczyźni do 34. roku życia), okaże się, że odsetek samotnych rodziców jest nawet wyższy od przeciętnej i wynosi 26%.

WYKRES 5. TYPY RODZIN Z NAJMŁODSZYM DZIECKIEM W WIEKU 0-2 LAT (SPIS POWSZECHNY 2002).



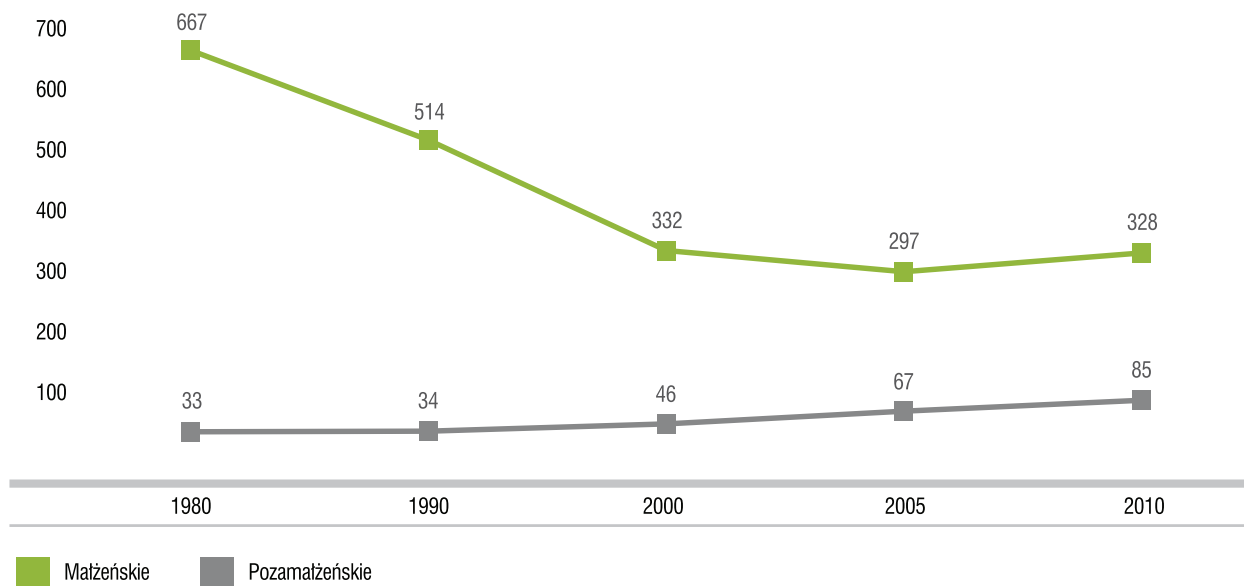
Źródło: GUS (2003), *Gospodarstwa domowe i rodziny w Narodowym Spisie Powszechnym 2002*.

Warto zwrócić uwagę na duży odsetek rodzin niepełnych w Polsce. Liczba samotnych matek i samotnych ojców wychowujących dzieci ciągle rośnie. Rodziny niepełne to więcej niż jedna piąta wszystkich rodzin w Polsce. Te liczby powinny niepokoić, jako że wychowanie w rodzinie niepełnej może być zagrożeniem dla prawidłowej socjalizacji dzieci, w szczególności prowadzić do niższego poczucia koherencji¹¹ oraz do zaburzenia w przyswajaniu ról płciowych (w szczególności dotyczy to chłopców wychowywanych przez samotne matki)¹².

Ważnym wskaźnikiem jest także liczba urodzeń małżeńskich i pozamałżeńskich (wykres 6). Liczba urodzeń pozamałżeńskich od roku 1980 rośnie zarówno w kategoriach liczb bezwzględnych, jak i procentowo. Podczas gdy w 1980 r. stanowiły one jedynie 5% ogółu urodzeń, w roku 2010 poza małżeństwem

rodziło się już co piąte dziecko (21%). Tendencję tę można interpretować zarówno w kontekście wzrostu liczby samotnych matek, jak i upowszechniania się związków nieformalnych. Nie ma danych, które jednoznacznie dałyby tu odpowiedź. W świetle przytoczonych wyżej danych ze spisu powszechnego, można by skłaniać się do poglądu, że większość z tych urodzeń wiąże się z samotnym macierzyństwem. Badacz zagadnienia Piotr Szukalski stwierdza na podstawie analiz różnych danych, że znaczną część urodzeń pozamałżeńskich można przypisać związkom nieformalnym, w tym niezwiązanym z kohabitacją (tzw. związki LAT, z ang. *Living Apart Together*)¹³.

WYKRES 6. LICZBA URODZEŃ MAŁŻEŃSKICH I POZAMAŁŻEŃSKICH W POLSCE W LATACH 1980-2010 (W TYS.).

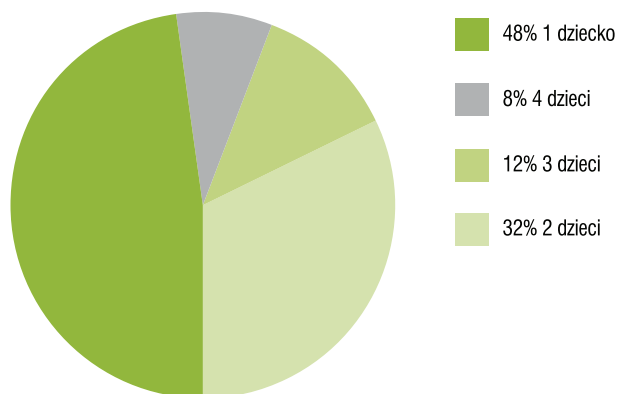


Źródło: GUS (2011), *Rocznik demograficzny 2011*.

4. Liczba dzieci w rodzinie

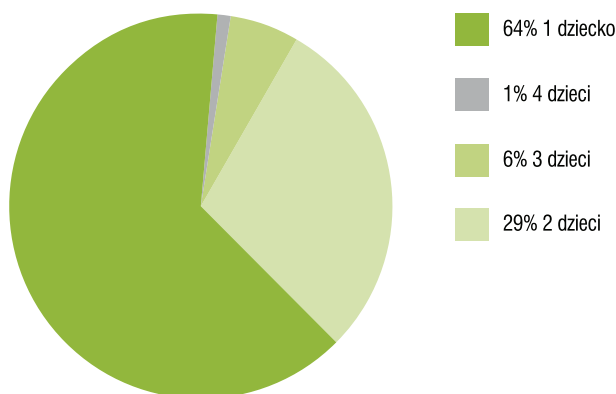
Częścią opisywanych powyżej przemian demograficznych jest zmniejszająca się ilość dzieci w rodzinie. W Polsce dominuje obecnie model rodziny 2+1. W 2010 r. dokładnie 50% dzieci urodziło się jako pierwsze dziecko w rodzinie, dalsze 35% jako drugie dziecko w rodzinie. Dane z ostatniego spisu powszechnego pokazały, że wśród rodzin z najmłodszym dzieckiem w wieku 0–2 lat, w połowie tych rodzin było to jedyne dziecko, w jednej trzeciej miało ono jednego brata lub siostrę, a w 20% rodzin było łącznie troje lub więcej dzieci (wykres 7). Jeśli zaś spojrzymy jedynie na grupę rodzin młodych (kobieta do 29. i mężczyzna do 34. roku życia) rodziny z jednym dzieckiem stanowiły tam niemal dwie trzecie ogółu, a rodziny z więcej niż dwojgiem dzieci należały do rzadkości (wykres 8). Podsumowując, można w przybliżeniu powiedzieć, że mniej więcej połowa małych dzieci w Polsce wychowuje się bez rodzeństwa. Jest to istotny nowy kontekst pedagogiczny, jako że dzieci wychowują się obecnie w rodzinach o strukturze odmiennej od rodzin, w których wychowali się ich rodzice.

WYKRES 7. RODZINY Z NAJMŁODSZYM DZIECKIEM W WIEKU 0–2 LAT WEDŁUG OGÓLNEJ LICZBY DZIECI W RODZINIE.



Źródło: GUS (2003), *Gospodarstwa domowe i rodziny w Narodowym Spisie Powszechnym 2002*.

WYKRES 8. MŁODE RODZINY Z NAJMŁODSZYM DZIECKIEM W WIEKU 0–2 LAT WEDŁUG OGÓLNEJ LICZBY DZIECI W RODZINIE.



Źródło: GUS (2003), *Gospodarstwa domowe i rodziny w Narodowym Spisie Powszechnym 2002* (2003).

Ciekawie wypada porównanie rzeczywistej liczby dzieci z planami prokreacyjnymi Polaków, tj. tym, ile dzieci chcieliby posiadać deklaracyjnie. Jak wynika z sondażu przeprowadzonego w 2008 r. przez CBOS¹⁴ dokładnie połowa Polaków chciałaby mieć dwoje dzieci, dalszych 23% — troje, a aż 9% — czworo i więcej. Jedynie 10% deklaruje, że chce mieć jedno dziecko, a tylko 2% — że nie chce dzieci w ogóle. Polacy deklarują więc, że chcieliby mieć dużo więcej dzieci niż mają w rzeczywistości. Wśród przyczyn, które powstrzymują ich od planowania kolejnych potomków, respondenci wymieniają fakt posiadania już dzieci (54%), trudności materialne (19%) i konflikt pomiędzy rolami rodzinnymi i zawodowymi (8%). Warto wspomnieć także, że wśród osób, które mają już co najmniej jedno dziecko, istnieje duża rozbieżność dotycząca planów prokreacyjnych ze względu na płeć respondenta — mężczyźni chcą mieć kolejne dziecko dużo częściej niż kobiety.

Mówią mamy

Mam 3-letnią córkę. Od kilku tygodni nie mieszka z nami jej ojciec, który jest alkoholikiem. Piszę do was, bo nie wiem, jak mam postępować z córką, która z pogodnego dziecka zmieniła się w smutasa. Bardzo się buntuje na każdy mój pomysł. Najgorsze są wieczory, kiedy zaczyna się rozmowa o tym, jak ona tęskni za tatą. Jej ojciec bardzo rzadko się odzywa. Proszę o pomoc, jak mogę trafić do swojego dziecka, które czasami robi mi wyrzuty, że wygoniłam tatę.

Z maili do poradni internetowej
dobryrodzic@fdn.pl

5. Sytuacja ekonomiczna i mieszkaniowa rodzin

Jak wygląda sytuacja materialna rodzin z małymi dziećmi w Polsce? Dane na temat zatrudnienia rodziców w odniesieniu do Polski zawierają zestawienia Eurostatu (tabela 2). W gospodarstwach domowych z małym dzieckiem do 6. roku życia przeważa model, w którym jedno z rodziców (najczęściej matka) nie pracuje, a drugie utrzymuje rodzinę. W porównaniu z rokiem 2005 o ponad sześć punktów procentowych wzrósł odsetek gospodarstw domowych, w których pracują obydwie rodzice (stanowią one ponad jedną trzecią wszystkich gospodarstw). Zmalał natomiast odsetek gospodarstw, gdzie obydwie rodzice pozostawali bez pracy.

TABELA 2. GOSPODARSTWA DOMOWE Z NAJMŁODSZYM DZIECKIEM W WIEKU 0–6 LAT W POLSCE WEDŁUG ZATRUDNIENIA RODZICÓW.						
	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Obydwie rodzice pracują	29,09%	30,27%	32,98%	34,54%	35,92%	35,74%
Jeden rodzic nie pracuje	61,19%	62,02%	60,91%	60,22%	58,79%	58,48%
Obydwie rodzice nie pracują	9,72%	7,72%	6,11%	5,24%	5,29%	5,78%

Źródło: Eurostat, http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=lfst_hhwhacc&lang=en.

Jak pokazują coroczne badania budżetów gospodarstw domowych, sytuacja ekonomiczna i mieszkaniowa rodzin jest skorelowana z liczbą dzieci oraz faktem samotnego rodzicielstwa. W relatywnie najgorszej sytuacji znajdują się rodziny z trojgiem i więcej dzieci — gospodarstwa domowe o takiej strukturze cechują najniższe dochody oraz najmniejsza powierzchnia mieszkaniowa liczona na osobę (tabela 2). Drugą grupą w trudnej sytuacji są rodzice samotnie wychowujący dzieci. Choć ich sytuacja mieszkaniowa nie jest znacząco gorsza niż małżeństw z dziećmi (wynika to z faktu, że większość samotnych rodziców wychowuje jedno bądź dwoje dzieci), to niższy jest dochód na osobę, którym rozporządzają osoby w takiej sytuacji. Także analizy dotyczące ubóstwa w Polsce potwierdzają, że rodziny wielodzietne i samotni rodzice to dwie najbardziej zagrożone materialną deprywacją typy rodzin w naszym kraju¹⁵.

	Małżeństwo bez dzieci	Małżeństwo z 1 dzieckiem	Małżeństwo z 2 dzieci	Małżeństwo z 3 i więcej dzieci	Samotna matka lub ojciec z dziećmi
Miesięczny dochód rozporządzalny na osobę (w zł)	1 711,81	1 404,65	1 067,06	716,54	980,68
Powierzchnia na osobę (w m2)	35	24	21	16	22
Liczba osób na 1 pokój	0,7	1,1	1,3	1,6	1,1

Źródło: GUS (2011), *Budżety gospodarstw domowych w 2010 r.*

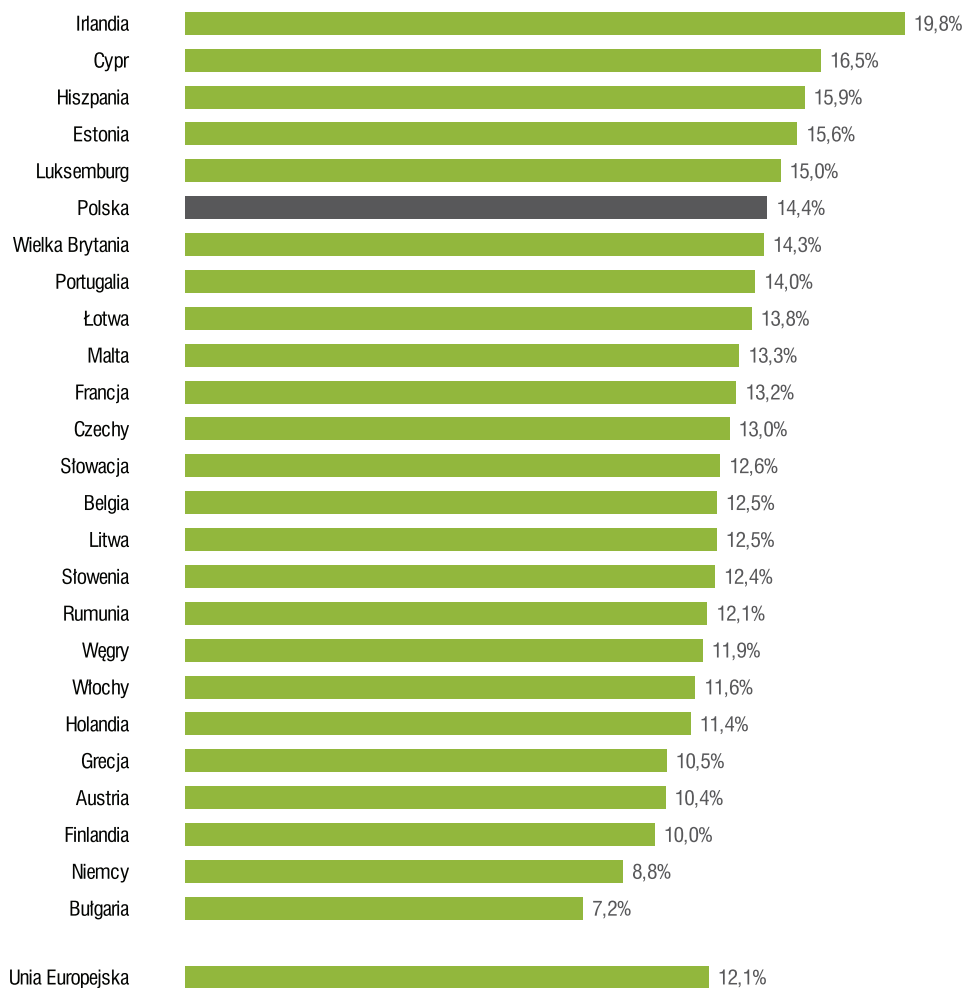
Jeśli chodzi o mierzoną przez GUS subiektywną ocenę sytuacji materialnej, najgorzej oceniają ją samotni rodzice z dziećmi na utrzymaniu. Aż jedna czwarta ocenia swoją sytuację, jako „raczej złą”, a aż 17% jako „złą”. Drugą grupą, która ocenia swoją sytuację gorzej niż przeciętnie, są rodzice z trojgiem lub więcej dzieci na utrzymaniu. Odpowiedzi rodziców z jednym i z dwojgiem dzieci nie różnią się od przeciętnej dla ogółu gospodarstw domowych¹⁶. Niestety, większość analiz nie pozwala na wyszczególnienie grupy rodzin z małymi dziećmi i bezpośrednie porównanie ich sytuacji materialnej z rodzinami z dziećmi starszymi.

Inną cenną informacją na temat sytuacji materialnej rodzin z małymi dziećmi są dane dotyczące pobierania świadczeń rodzinnych. Świadczenia te mają na celu wsparcie w wychowywaniu gorzej sytuowanych rodzin. Podstawą do przyznania świadczeń jest kryterium dochodowe w wysokości 504 zł na osobę w rodzinie. W 2009 r. z pomocy takiej korzystało ponad półtora miliona rodzin, które pobierały świadczenia dla ponad 3 milionów dzieci. Przerazającą statystyką jest, iż w dwóch województwach (podkarpackim i świętokrzyskim) beneficjentami świadczeń rodzinnych jest ponad połowa wszystkich dzieci do 18. roku życia, a dla całej Polski wskaźnik ten wynosił niemal 40%. Jedna piąta środków przeznaczonych na zasiłki rodzinne na dziecko przeznaczona była dla dzieci do 5. roku życia¹⁷.

6. Polska rodzina i rodzice na tle europejskim

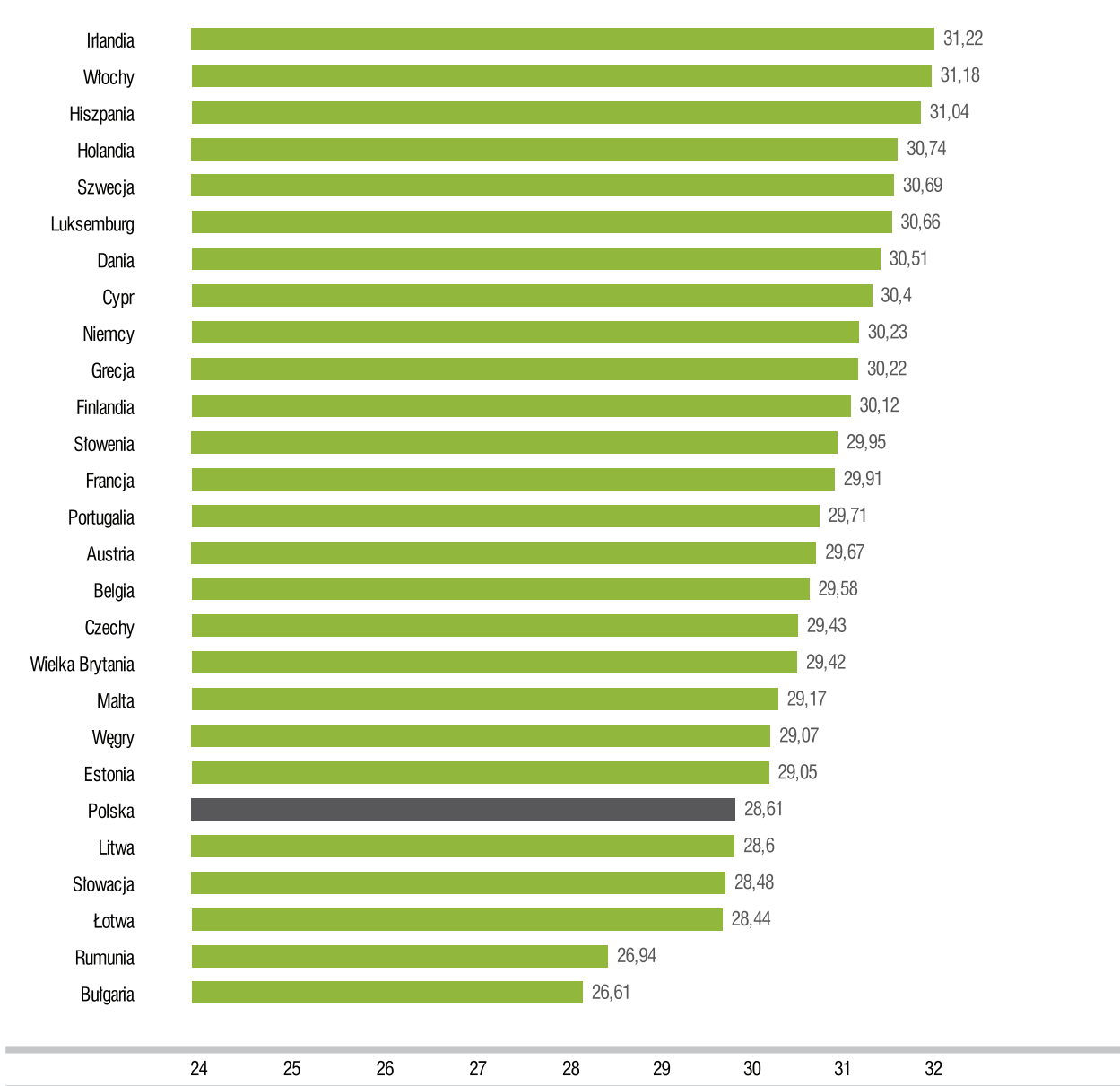
Choć opisane wyżej przemiany rodziny w Polsce wydają się niepokojące, dostępne dane pokazują, iż tendencje te występują powszechnie w krajach Unii Europejskiej, a w większości z nich są bardziej zaawansowane. Odsetek gospodarstw domowych z małymi dziećmi (najmłodsze dziecko w wieku do 6 lat) wynosi w Polsce 14,4% i zajmujemy pod tym kątem szóste miejsce w Europie (wykres 9).

WYKRES 9. KRAJE UE WEDŁUG ODSETKA GOSPODARSTW DOMOWYCH Z NAJMŁODSZYM DZIECKIEM W WIEKU 0–6 LAT W ROKU 2009.



Jeśli chodzi o średni wiek matki, Polska plasuje się wraz z grupą innych krajów Europy Środkowo–Wschodniej wśród państw o najniższym przeciętnym wieku. Jedynie w pięciu krajach wiek matek był niższy, natomiast aż w 11 krajach Unii wiek ten wynosi średnio ponad 30 lat. Z uwagi na to, że wiek matek w Polsce co roku się podwyższa, można spodziewać się, że w perspektywie bliskiej przyszłości także w naszym kraju osiągnie on 30 lat.

WYKRES 10. KRAJE UE WEDŁUG ŚREDNIEGO WIEKU MATKI W MOMENCIE NARODZIN DZIECKA W ROKU 2009.



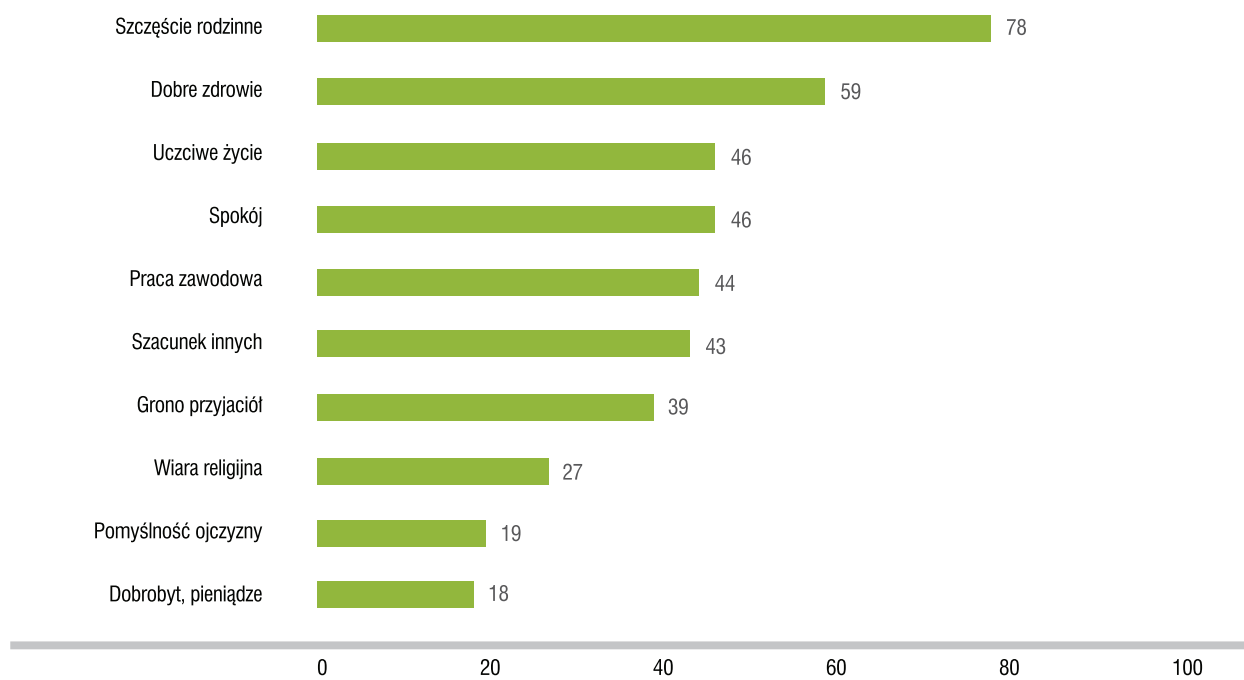
Źródło: Eurostat, <http://epp.eurostat.ec.europa.eu/tgm/table.do?tab=table&init=1&plugin=1&language=en&pcode=tps00017>.

7. Postawy i wartości dotyczące rodziny i rodzicielstwa

We współczesnym społeczeństwie polskim dzieci i rodzina zajmują wysoką pozycję w deklarowanym systemie wartości. Według badań CBOS „szczęście rodzinne” jest najczęściej wybierane przez Polaków jako jedno z 5 najważniejszych wartości w życiu (wykres 11). Na wartość tę wskazują częściej kobiety niż

mężczyźni i skłonność ta rośnie także wraz z wiekiem. Dodatkowo, 92% Polaków deklaruje, że rodzina jest niezbędna, aby wieść szczęśliwe życie, a 95% uważa się za „ludzi rodzinnych”¹⁸.

WYKRES 11. WARTOŚCI WSKAZYWANE PRZEZ POLAKÓW JAKO NAJWAŻNIEJSZE.



Źródło: CBOS (2008), *Nie ma jak rodzina*, Komunikat nr BS/40/2008.

Także inne badania potwierdzają przywiązanie Polaków do wartości rodzinnych. W ostatniej edycji badania Diagnoza Społeczna z 2009 roku, „dzieci” i „udane małżeństwo” znajdowały się na drugim i trzecim miejscu wśród wartości najczęściej wymienianych jako „warunki dobrego, udanego życia”¹⁹. Wśród trzech najważniejszych wartości, dzieci wymieniło prawie 60% Polaków, a udane małżeństwo niemal 50%. Wartości te są także stabilne w czasie. Pogłębiona analiza wykazuje, że wartości rodzinne wyznają w większym stopniu kobiety niż mężczyźni. Ponadto zarówno dzieci, jak i małżeństwo są wyżej cenione przez tych, którzy już posiadają potomstwo bądź znajdują się w związku małżeńskim.

Jeśli chodzi o akceptację faktu, że „młodzi ludzie z różnych powodów odkładają decyzję o małżeństwie lub w ogóle się na nie nie decydują”, 57% respondentów wyraża swoją akceptację, 34% wyraża dezaprobatę dla tego typu praktyk. Jednocześnie 19% Polaków twierdzi, że osoby żyjące bez ślubu powinny bezwzględnie zawrzeć małżeństwo, dla 41% byłoby to pożądane, ale nieobowiązkowe, a 33% jest zdania, że — jeśli partnerzy się kochają — małżeństwo nie jest konieczne²⁰.

Badania sondażowe CBOS dają także pewien obraz, jeśli chodzi o poglądy Polaków na wychowanie dzieci²¹. Za

Mówią ojcowie

W styczniu orzeczono mój rozwód z winy żony, przeszło rok walki. Dziecko zostało z nią, zgodziłem się na 400 zł alimentów na 2-letnie dziecko. W marcu podała mnie o wyższe alimenty na dziecko, chciała 800 zł, sama nie pracuje. Sąd zażądał moich szczegółowych dochodów za cały zeszły rok, a w jej przypadku wysłał pismo do urzędu pracy, czy ex miała jakieś propozycje pracy, okazało się, że miała nawet za 1 700 zł na rękę, ale zrezygnowała. Sąd podzielił moje zdanie i żądanie podwyższenia alimentów odrzucił. Do czego zmierzam? Nie każdy sąd jest zły, mi pomaga orzeczona вина żony.

Wpis na forum internetowym
www.tato.com.pl

największy problem wychowawczy uważana jest zbyt mała ilość czasu i uwagi poświęcana dzieciom, na drugim miejscu znalazł się problem rozpieszczania dzieci, na trzecim nadmierna opiekuńczość. Niepokojące jest, że aż 44% respondentów zgodziło się ze stwierdzeniem, że rodzice „zbyt rzadko stosują kary fizyczne tzw. lanie”. Co prawda 83% ludzi jest zdania, że ważniejsze jest porozumienie między rodzicami a dziećmi, ale aż 14% (i wartość ta od lat 90. wzrosła) uważa, że ważniejsza jest karność i szacunek wobec rodziców. Najważniejsze wartości, które zdaniem respondentów powinni przekazać rodzice dzieciom to: szacunek dla innych ludzi, pracowitość i poczucie odpowiedzialności. Natomiast wartości, które na przestrzeni lat najbardziej straciły na istotności to posłuszeństwo, religijność oraz dobre maniery.

W 2009 r. firma badawcza Millward Brown/SMG KRC przeprowadziła we współpracy z Fundacją Kidprotect.pl oraz Rzecznikiem Praw Dziecka badania dotyczące kompetencji wychowawczych rodziców²². Generalnie poziom wiedzy i kompetencji wychowawczych rodziców oceniono jako bardzo niski. W badaniu tym zadawano rodzicom m.in. osiemnaście pytań z zakresu wiedzy na temat psychologii rozwojowej dziecka. Pięć z nich dotyczyło bezpośrednio w wieku 0–3 lat. Ankietowani dobrze poradzili sobie z pytaniami dotyczącymi najważniejszych potrzeb dzieci, rozwoju mowy oraz poczucia odrębności u dzieci półtorarocznych. Ankietowani nie docenili natomiast roli obecności matki w pierwszych tygodniach życia oraz — co szczególnie istotne — nie zdawali sobie sprawy, że dziecko dwuletnie nie ma rozwiniętego zmysłu moralnego i nie jest w stanie ocenić, co jest dobre, a co złe.

Brak kompetencji rodzicielskich, bezradność, ale również ugruntowane wzorce kulturowe mogą prowadzić do sytuacji, gdy rodzice sięgają po rozwiązania siłowe i kary fizyczne. Szczegółowy opis doświadczeń Polaków w zakresie stosowania kar fizycznych można znaleźć w raporcie Fundacji Dzieci Niczyje *Dzieci się liczą*²³. Poniżej przedstawiamy wyniki badań dotyczące karcenia dzieci klapssem — najczęściej dotyczy to małych dzieci — oraz innych kar fizycznych.

Rodzice deklarują, iż zdarza im się stosować przemoc w wychowaniu swoich dzieci — najczęściej zdarzyło im się karcić dziecko klapssem (69%), co piąty rodzic przyznaje, że uderzył swoje dziecko pasem lub innym przedmiotem, a 7% uderzyło dziecko w twarz. Tylko 28% rodziców deklaruje, że nigdy nie uderzyło swojego dziecka²⁴.

Badania z dekady 2000–2010 pokazują, że skala stosowania kar fizycznych wobec dzieci nieznacznie się zmienia: coraz mniej badanych deklaruje, że zdarza im się stosować kary fizyczne w wychowaniu dziecka.

Największe zmiany dotyczą klapsa — coraz mniej rodziców deklaruje, że stosowali/stosują tę formę karania wobec dzieci.

TABELA 4. KARY STOSOWANE WOBEC WŁASNEGO DZIECKA W DEKLARACJACH BADANYCH .		
Kara	2001 (Fluderska, Sajkowska N=781)	2009 (Sajkowska, N=1002)
Klaps	80%	69%
Bicie dziecka ręką	-	47%
Bicie dziecka pasem	25%	19%
Wyzywanie dziecka	14%	18%
Uderzenie w twarz	7%	7%

Źródło: Fluderska G., Sajkowska M. (2001), *Problem krzywdzenia dzieci. Postawy i doświadczenia dorosłych Polaków. Raport z badań*, OBOP/Fundacja Dzieci Niczyje; Sajkowska M. (2009), *Bicie dzieci. Postawy i doświadczenia dorosłych Polaków*, Millward Brown SMG/KRC/Fundacja Dzieci Niczyje.

Częściej do wymierzania klapsa przyznają się matki niż ojcowie. Rodzice, którzy często doświadczali bicia w dzieciństwie znacząco częściej stosują wszelkie formy kar fizycznych wobec swoich dzieci, niż ci, którzy nie byli bici jako dzieci.

Opinie Polaków na temat dopuszczalności stosowania przez rodziców kar fizycznych w wychowaniu dzieci są spolaryzowane: 16% badanych uważa, że kary takie są dopuszczalne, a decyzję o ich stosowaniu pozostawia rodzicom; 47% twierdzi, iż generalnie, nie powinno się bić dzieci, ale pewne sytuacje usprawiedliwiają takie zachowanie rodziców, a jedna trzecia Polaków (34%) to zdecydowani przeciwnicy bicia dzieci²⁵.

Zwolennikami kar fizycznych jako metody wychowawczej są znacząco częściej mężczyźni niż kobiety. Przyzwolenie na bicie dzieci rośnie wraz z wiekiem respondentów. Opinie badanych na ten temat różnicuje również poziom wykształcenia — im wyższy, tym mniejsza zgoda na karanie dzieci biciem.

Mimo zróżnicowanych opinii na temat dopuszczalności stosowania kar fizycznych wobec dzieci, w 2008 r. zdecydowana większość badanych (84%) deklarowała, że bicie dzieci „za karę” przynosi więcej złych konsekwencji niż dobrych. Wyniki badań pokazują wyraźną tendencję rosnącą negatywnych ocen konsekwencji bicia dzieci (wzrost o 13% w porównaniu z 2005 r.)²⁶

TABELA 5. PYTANIE: „CZY PANA/I ZDANIEM, ZBICIE DZIECKA ZA KARĘ PRZYNOSI WIĘCEJ DOBRYCH CZY ZŁYCH SKUTKÓW ?”.		
	2005 N=1 004	2008 N=300
Więcej dobrych	14%	7%
Więcej złych	71%	84%
Trudno powiedzieć	15%	9%

Źródło: *Krzywdzenie dzieci w Polsce* (2008), Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej.

Nie są gromadzone dane na temat podejmowanych w Polsce inicjatyw edukacyjnych wspierających pozytywne rodzicielstwo, czyli takich, które pozwalają rodzicom na zdobycie wiedzy nt. rozwoju małego dziecka oraz umiejętności opiekuńczych i wychowawczych. Dostęp do tak rozumianych działań jest ważny dla wszystkich rodziców, ma jednak szczególne znaczenie w przypadku, gdy rozwój dziecka odbiega od normy, lub gdy rodzice należą do grup ryzyka krzywdzenia dzieci.

Na poziomie krajowym inicjatywy promujące pozytywne postawy wychowawcze (kampanie społeczne) były podejmowane przez organizacje pozarządowe. Działania bezpośrednio adresowane do rodziców, np. warsztaty umiejętności wychowawczych są dostępne głównie na terenie większych miast, najczęściej odpłatnie. Oferta bezpłatna jest uboga, świadczona głównie przez organizacje pozarządowe. Brakuje ogólnie dostępnych, systemowych programów edukacyjnych, które wspierałyby rodziców w zdobywaniu umiejętności i rozwiązywaniu problemów rodzicielskich.

- 1 Por. Warzywoda-Kruszyńska W. (2004), *Rodzina w procesie zmian*, w: W. Warzywoda-Kruszyńska, P. Szukalski (red.), *Rodzina w zmieniającym się społeczeństwie polskim*, Łódź: Wydawnictwo UŁ, Łódź 2004, s. 13–14.
- 2 Firlić-Fesnak G. (2007), *Rodziny polskie i polityka rodzinna; stan i kierunki przemian.*, w: G. Firlić-Fesnak, M. Szyłko-Skoczny (red.), *Polityka społeczna*, Warszawa: PWN, s. 187–189.
- 3 Szlendak T. (2010), *Socjologia rodziny. Ewolucja, historia, różnicowanie*, Warszawa: PWN.
- 4 *Ibidem*, s. 374.
- 5 Por. Tysza Z. (2002), *Rodzina we współczesnym świecie*, Poznań: Wydawnictwo Naukowe. UAM, s. 45–50.
- 6 GUS (2011), *Rocznik Demograficzny 2011*.
- 7 Frankowicz-Gasiul B. i in. (2008), *Ciąża młodocianych —problem medyczny i społeczny*, *Studia Medyczne*, nr 11.
- 8 GUS (2003), *Raport z wyników Narodowego Spisu Powszechnego*, s. 78.
- 9 GUS (2003), *Gospodarstwa domowe i rodziny w NSP 2002*, s. 27.
- 10 Choć należy pamiętać, że przekrojowe badanie w rodzaju NSP zazwyczaj niedoszacowuje realnego rozmiaru zjawiska kohabitacji. Por. Matysiak A. (2009), *Kohabitacja w Polsce. Co nowego na ten temat mówią dane wzdłużne*, Seminarium Zakładu Demografii SGH, Warszawa 4.11.2009.
- 11 Lipiński S. (2003), *Poczucie koherencji u chłopców i dziewcząt wychowywanych przez samotne matki*, w: J. Rostowski, G. Poraj (red.), *Zagrożenia życia rodzinnego*, Łódź: Wydawnictwo UŁ.
- 12 Napora E. (2003), *Samotne matki a tożsamość płciowa badanych chłopców*, w: J. Rostowski, G. Poraj (red.), *Zagrożenia życia rodzinnego*, Łódź: Wydawnictwo UŁ.
- 13 Szukalski P. (2004), *Urodzenia pozamałżeńskie w Polsce*, w: W. Warzywoda-Kruszyńska, P. Szukalski (red.), *Rodzina w zmieniającym się społeczeństwie polskim*, Łódź: Wydawnictwo UŁ, s. 112–139.
- 14 CBOS (2010), *Postawy prokreacyjne Polaków*, Komunikat z badań nr BS/4/2010.
- 15 GUS (2010), *Ubóstwo w Polsce. Zasięg ubóstwa w Polsce w 2009 r.*
- 16 GUS (2011), *Budżety gospodarstw domowych w 2010 r.*
- 17 GUS (2010), *Pomoc społeczna — infrastruktura, beneficjenci, świadczenia w 2009 roku*.
- 18 CBOS (2008), *Nie ma jak rodzina*, Komunikat nr BS/40/2008.
- 19 Czapiński J., Panek T. (red.) (2009), *Diagnoza Społeczna 2009. Warunki i jakość życia Polaków*, Warszawa: Wyższa Szkoła Finansów i Zarządzania.
- 20 CBOS (2008), *Kontrowersje wokół różnych zjawisk dotyczących życia małżeńskiego i rodzinnego*, Komunikat nr BS/54/2008.
- 21 CBOS (2009), *Opinie Polaków o wychowaniu i roli szkół w procesie wychowawczym*, Komunikat nr BS/121/2009.
- 22 *Poziom kompetencji wychowawczych polskich rodziców. Raport z badań*, Fundacja Kidprotect.pl, www.madrzy-rodzice.pl/pl/o-programie/badania/
- 23 *Dzieci się liczą. Raport o zagrożeniach bezpieczeństwa i rozwoju dzieci w Polsce* (2011), Warszawa: Fundacja Dzieci Niczyje.
- 24 Sajkowska M. (2009), *Bicie dzieci. Postawy i doświadczenia dorosłych Polaków*, Millward Brown SMG/KRC, Fundacja Dzieci Niczyje (badani byli rodzice dzieci do 18. roku życia).
- 25 Jw.
- 26 *Krzywdzenie dzieci w Polsce* (2008), Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej



Małe dzieci poza rodziną

Miejsce małego dziecka jest w rodzinie. Niekiedy jednak rodzice nie są w stanie, nie potrafią lub nie chcą wychowywać swoich dzieci. Gdy rodzina nie radzi sobie z zadaniami opieki i wychowania może otrzymać pomoc ze strony władz publicznych. Pomoc ta to świadczenia i usługi, a instancją odpowiedzialną za właściwe rozpoznanie potrzeb rodziny i udzielanie stosownego wsparcia jest system pomocy społecznej. Wszelka interwencja może być podjęta na prośbę lub wniosek rodziny, a w sytuacji zagrożenia dobra dziecka — na wniosek sądu opiekuńczego. W pierwszej kolejności wsparcie udzielane jest w środowisku rodzinnym, a — oprócz pomocy finansowej, materialnej, usług opiekuńczych, dofinansowania żłobka lub opieki dziennej nad dzieckiem — możliwa jest także pomoc asystenta rodzinnego. W wielu ośrodkach pomocy społecznej organizowana jest też pomoc specjalistyczna, warsztaty i zajęcia dla rodziców i dzieci, a obok instytucji publicznych istnieją ciekawe inicjatywy organizacji pozarządowych i kościelnych. Gdy jednak tego typu pomoc nie wystarcza albo gdy rodzice nie są w stanie z niej skorzystać i gdy pojawia się zagrożenie bezpieczeństwa, zdrowia lub życia dziecka, konieczne jest oddzielenie dziecka od rodziny.

Pierwszym naturalnie wspierającym rodziców kręgiem są krewni — nadal w Polsce dzieci często wychowywane są przez członków szerokiej rodziny. Zazwyczaj dzieje się to na zasadzie prostego porozumienia wewnątrz rodziny i na temat skali tego zjawiska nie ma żadnej oficjalnej informacji — nie wiemy, ile dzieci, z jakich powodów i na jaki czas jest pod opieką dziadków czy innych krewnych. Jest to jednak wyraz istnienia silnej jeszcze tradycji solidarności wewnątrzrodzinnej. Część rodzin, które przejmują obowiązki opieki nad dzieckiem w sposób bardziej trwały, formalizuje tę sytuację poprzez złożenie wniosku o ustanowienie rodziny zastępczej. Dzieje się to najczęściej w sytuacjach, w których sąd uznaje konieczność ingerencji w sprawowanie władzy rodzicielskiej przez rodziców.

Dziecko, które nie może przebywać z rodzicami lub jednym z nich i nie ma oparcia w szerokiej rodzinie, może być powierzone opiece rodziny zastępczej zawodowej lub niezawodowej albo być umieszczone w placówce opiekuńczo-wychowawczej. W świetle najnowszych regulacji prawnych (ustawy o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej¹⁾) małe dzieci powinny trafiać wyłącznie do środowisk rodzinnej pieczy zastępczej, a umieszczenie dziecka poniżej 10. roku życia w placówce opiekuńczo-wychowawczej jest możliwe w wyjątkowych przypadkach, gdy przemawia za tym stan zdrowia dziecka lub połączenie z rodzeństwem.

Mówią lekarze

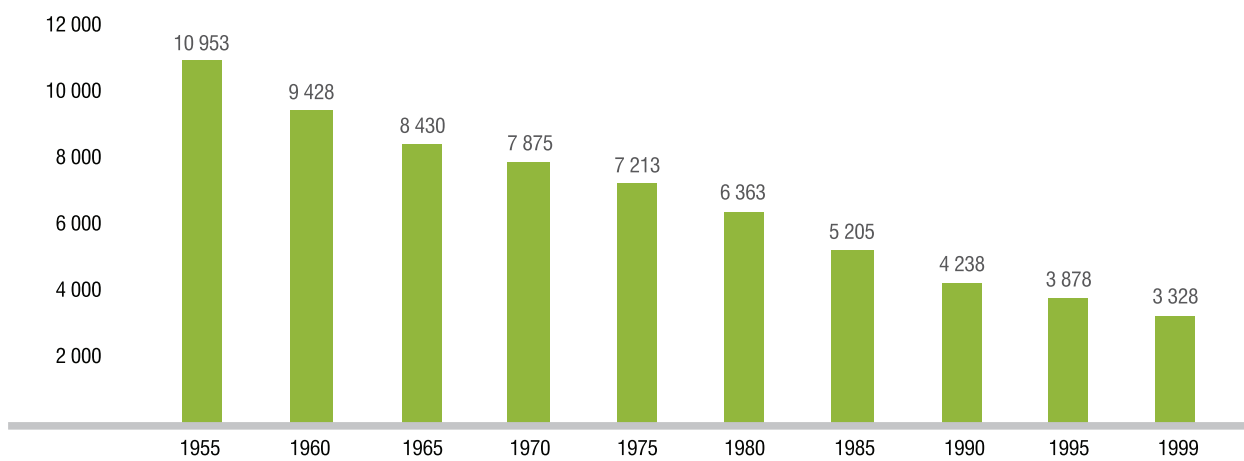
Wiek rodziców ma duże znaczenie. Młode matki w wieku 16–17 lat, które rodzą, nie są zupełnie przygotowane do roli matki. Jest tak, że przez całą ciążę one otrzymują komunikat, że to dziecko zostanie i tak zabrane po porodzie. Więc ona nie musi się przejmować, co będzie robić po tym, jak ono się urodzi, bo je albo dostanie jej mama, albo babcia, albo jakaś placówka opiekuńcza. I czasem jest tak, że rzeczywiście te prawa do dziecka są przyznane mamie, babci, jako rodzinie zastępczej. Ale ta matka biologiczna po porodzie czuje instynkt i chce się zajmować dzieckiem, tylko, że nie umie. Bo nikt jej tego nie nauczył. Tu jest bardzo duży czynnik ryzyka. Mielśmy młode matki, gdzie rzeczywiście ta pomoc im była bardzo potrzebna, żeby zająć się dzieckiem.

Z wywiadów z lekarzami z warszawskich szpitali⁶

Intencja zmniejszania liczby małych dzieci umieszczanych w placówkach opiekuńczo–wychowawczych przyświeca organizatorom systemu opieki od wielu lat i konsekwentnie, choć powoli, postulat ten jest realizowany. Gdy analizuje się statystyki na ten temat widać, że od kilkudziesięciu lat liczby dzieci w instytucjach opiekuńczych dla małych dzieci się zmniejszają. Tendencja ta jest stała i nie zależy od zmian demograficznych w populacji dzieci w tym wieku w Polsce.

Tabele opracowane na podstawie statystyk GUS pokazują roczną liczbę dzieci w domach małych dzieci w latach 1955–1999. W okresie powojennym, w latach 1945–1992 domy małych dzieci były instytucjami służby zdrowia i stanowiły ogniwo systemu opieki nad matką i dzieckiem. Po wojnie instytucje te spełniały wiele różnych funkcji: przyjmowały dzieci opuszczone i krzywdzone, ale także m.in. pomagały matkom samotnym, przyjmowały dzieci osób chorych na gruźlicę (w ramach akcji profilaktycznej, podczas hospitalizacji rodziców), pełniły funkcję żłobków tygodniowych dla studentek warszawskich uczelni, które nie mogły mieszkać ze swymi dziećmi w akademikach.

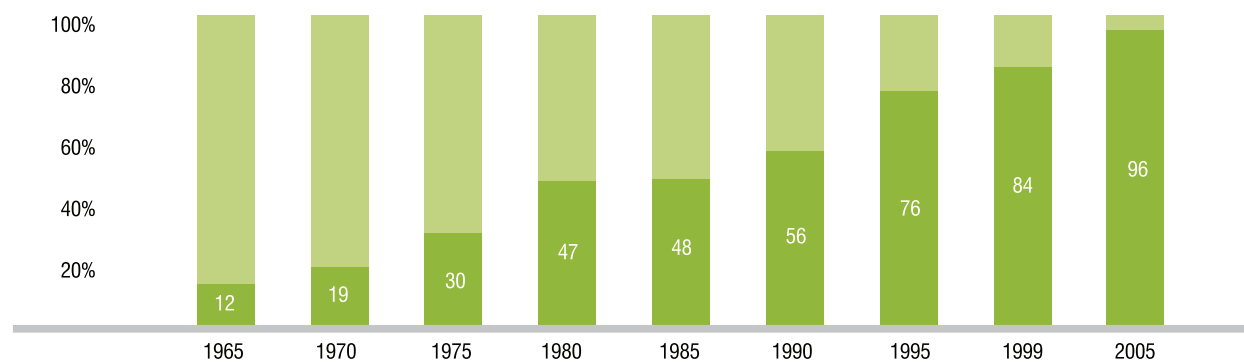
WYKRES 1. DZIECI W DOMACH MAŁYCH DZIECI W LATACH 1955–1999 (LICZBA DZIECI ROCZNIE).



Źródło: opracowanie własne na podstawie statystyk GUS.

W okresie powojennym domy małych dzieci stopniowo zawężały swe funkcje opiekuńcze, przyjmowano mniej dzieci na wniosek rodziców, a coraz więcej tych, które były kierowane na podstawie decyzji sądowych.

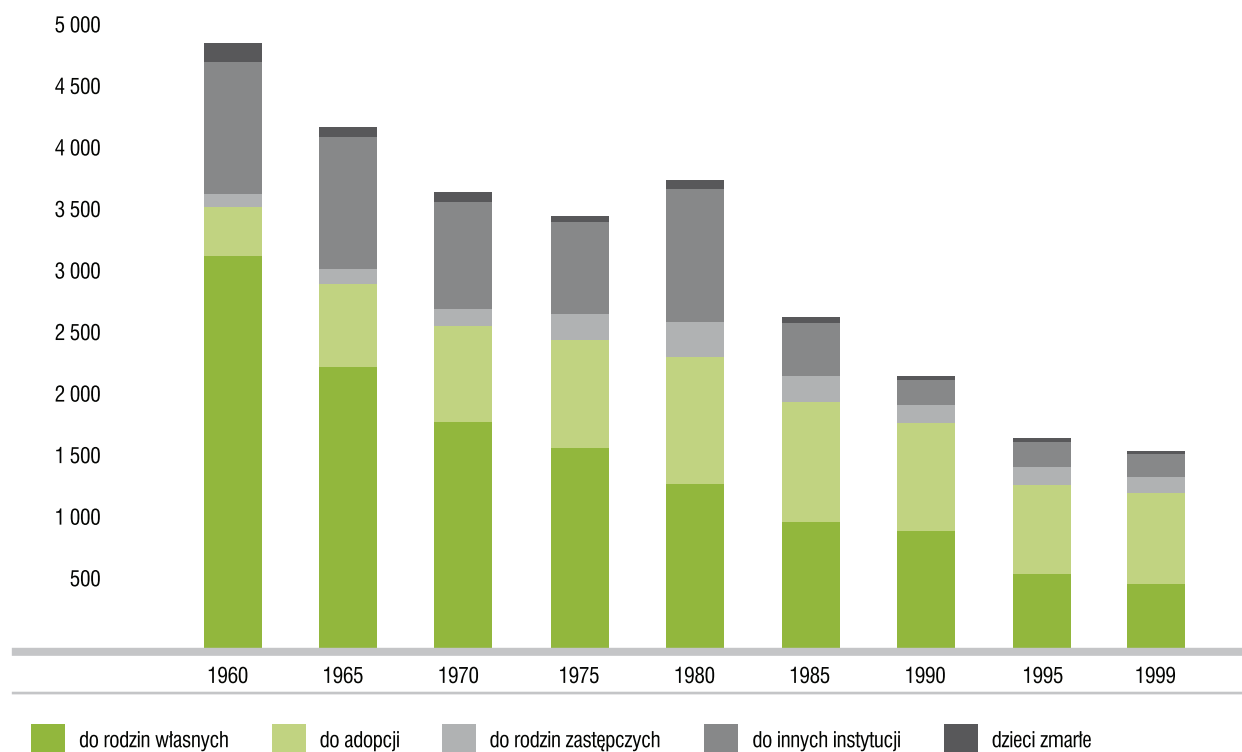
WYKRES 2. UDZIAŁ DZIECI UMIESZCZONYCH W DOMACH MAŁYCH DZIECI NA MOCY DECYZJI SĄDOWYCH.



Źródło: opracowanie własne na podstawie sprawozdań MZ, MEN, GUS.

W analogicznym okresie stopniowo zmieniały się też proporcje grup dzieci odchodzących z tych placówek: od wojny do lat 80. najliczniejszą grupą dzieci opuszczających instytucje dla małych dzieci stanowiły te, które wracały do swoich rodzin. Z upływem czasu proporcje zmieniały się i coraz więcej dzieci odchodzących stanowiły dzieci adoptowane. Od lat 80. zmniejszała się też liczba dzieci przekazywanych do innych instytucji.

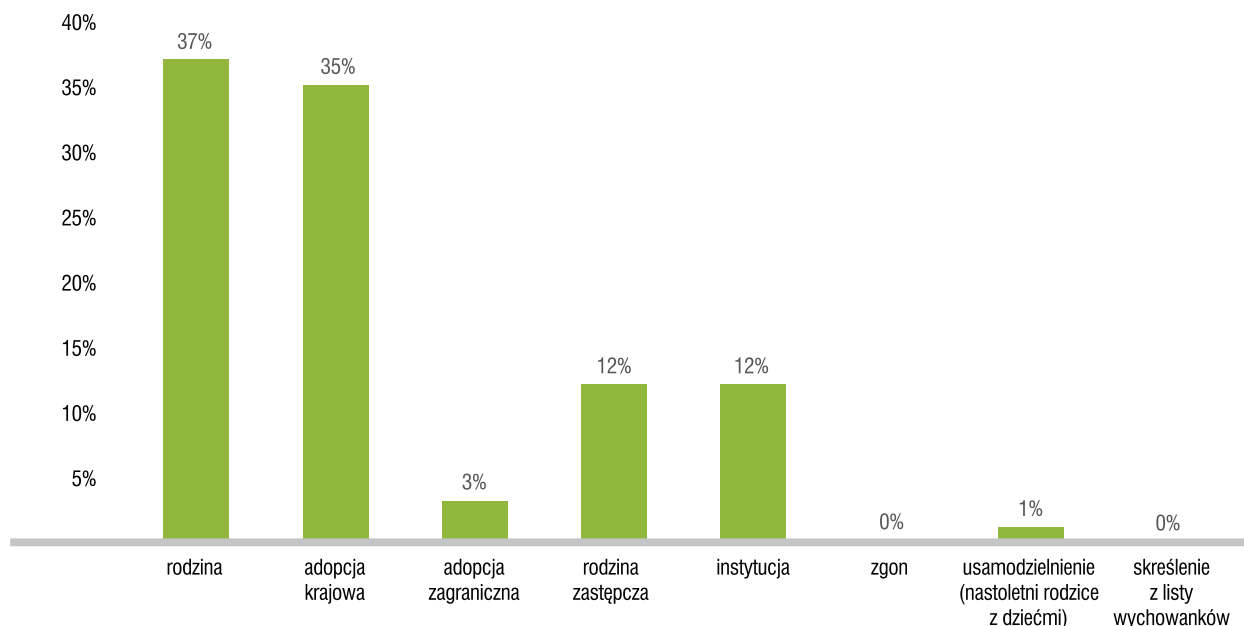
WYKRES 3. DZIECI ODCHODZĄCE Z DOMÓW MAŁEGO DZIECKA.



Źródło: opracowanie własne na podstawie sprawozdań MZ, MEN, GUS.

Nowsze badania instytucji dla najmłodszych pokazują, że na początku XXI wieku grupy dzieci adoptowanych z instytucji opiekuńczych dla najmłodszych były niemal równoliczne z grupami dzieci powracającymi do swych rodzin, a zwiększyła się nieco proporcja dzieci trafiających do rodzin zastępczych². Ponieważ w niektórych placówkach dla małych dzieci są też miejsca dla małoletnich matek z dziećmi, to w grupie dzieci odchodzących z tych domów odnotowano także przypadki usamodzielnienia.

WYKRES 4. WYCHOWANKOWIE, KTÓRZY ODESZLI Z PLACÓWEK DLA MAŁYCH DZIECI W LATACH 1999–2003.



Źródło: Badania 23 placówek dla małych dzieci w: M. Kolankiewicz (red.) (2007), *Dzieci do trzeciego roku życia w instytucjach opiekuńczych w Europie. Statystyka i cechy charakterystyczne*, Warszawa: Wydawnictwo Akademickie ŻAK.

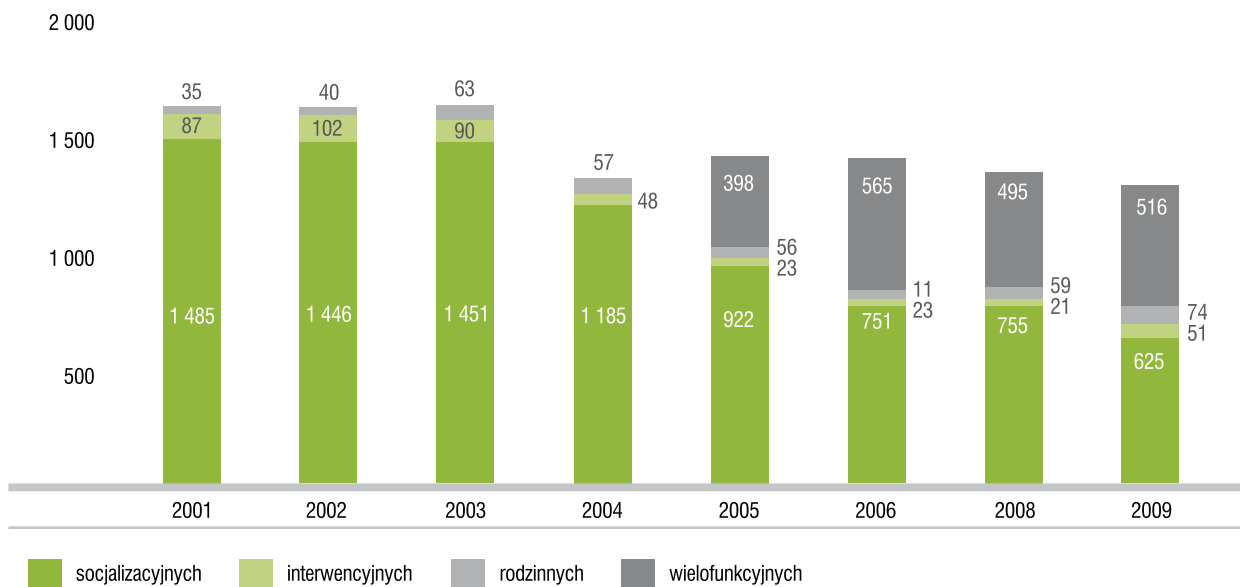
W latach 90. XX wieku dokonano dwóch istotnych zmian w organizacji domów małego dziecka: w 1993 r. zostały one przejęte przez Ministerstwo Edukacji Narodowej i przekształcone w placówki opiekuńczo-wychowawcze³, a w 1999 r. stały się ogniwami systemu pomocy społecznej⁴. Zmieniono też nazewnictwo tych instytucji, domy dziecka nazwano placówkami socjalizacyjnymi, pogotowia opiekuńcze — placówkami interwencyjnymi i po kilku latach, w roku 2005, wprowadzono placówki wielofunkcyjne, które mogą łączyć zadania interwencji, socjalizacji i wsparcia dziennego⁵. Placówki opiekuńczo-wychowawcze pomocy społecznej „zapewniają całodobową opiekę i wychowanie dzieciom całkowicie lub częściowo pozbawionym opieki rodzicielskiej, dla których nie znaleziono rodzinnej opieki zastępczej”⁶.

TABELA 1. DZIECI DO LAT TRZECH W CAŁODOBOWYCH PLACÓWKACH OPIEKUŃCZYCH (STAN NA 31 XII).

Rok	Placówki socjalizacyjne	Placówki interwencyjne	Placówki rodzinne	Placówki wielofunkcyjne	Razem
1997	2 008	-	24	-	2 032
1999	1 822	-	27	-	1 849
2001	1 485	87	35	-	1 607
2002	1 446	102	40	-	1 604
2003	1 451	90	63	-	1 399
2004	1 185	48	57	-	1 290
2005	922	23	56	398	1 330
2006	751	23	41	565	1 266
2008	755	21	59	495	1 330
2009	625	51	74	516	1 266

Źródło: opracowanie własne na podstawie statystyk GUS.

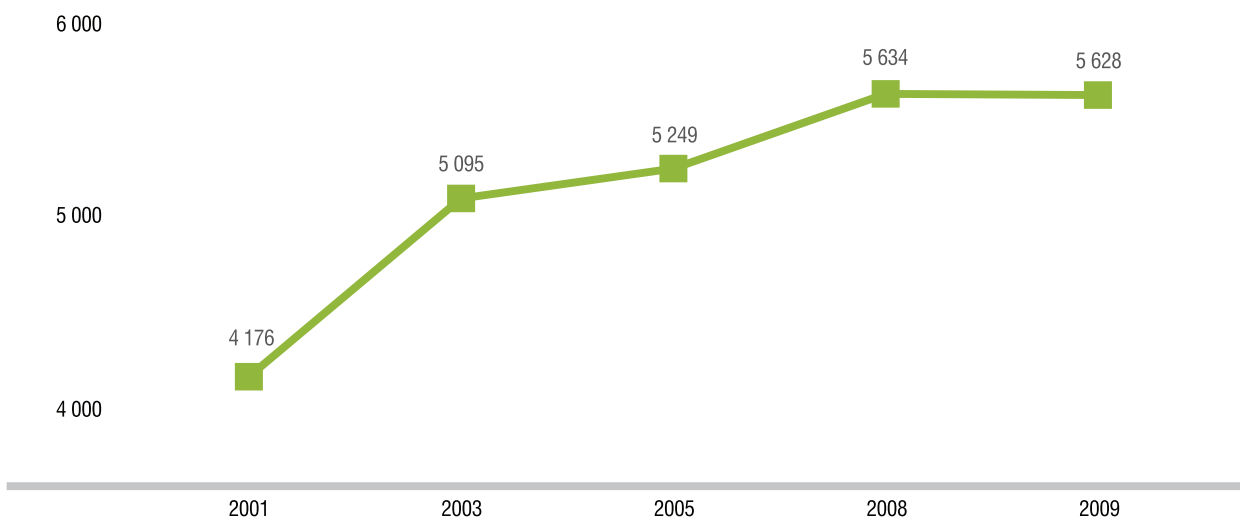
WYKRES 5. DZIECI DO LAT TRZECH W PLACÓWKACH OPIEKUŃCZO-WYCHOWAWCZYCH.



Źródło: opracowanie własne na podstawie statystyk GUS.

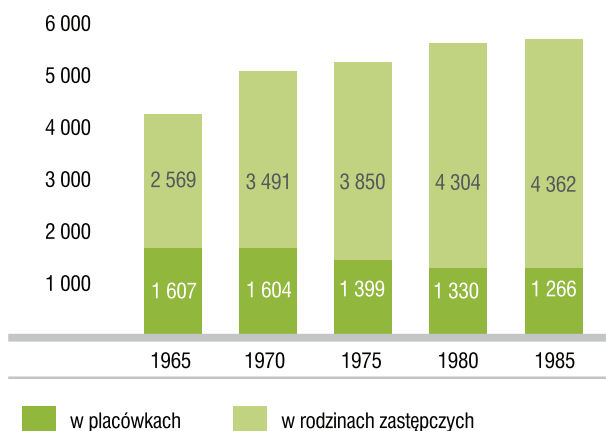
W opiece instytucjonalnej największe grupy maluchów do lat trzech mieszkają w placówkach socjalizacyjnych i wielofunkcyjnych. Pozytywna tendencja zmniejszania liczby dzieci w instytucjach nie oznacza niestety, że mniej dzieci mieszka poza rodziną, bowiem w tym samym czasie znacznie zwiększyła się liczba małych dzieci umieszczanych w rodzinach zastępczych. W 2010 r. 4 470 dzieci do lat trzech mieszkało w rodzinach zastępczych i liczba ta podwoiła się w stosunku do roku 2000. Oznacza to, że ogólna liczba dzieci poza rodziną rośnie nieprzerwanie w ostatniej dekadzie i jest to zjawisko tym bardziej niepokojące, że w latach 2001–2005 liczba ludności w grupie wiekowej 0–4 lata zmniejszyła się o ponad 139 tysięcy, a w następnych kilku latach znów wzrosła do poziomu z przełomu wieków.

WYKRES 6. LICZBA DZIECI DO LAT TRZECH WYCHOWYWANYCH POZA RODZINĄ (STAN NA 31 XII).



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych GUS.

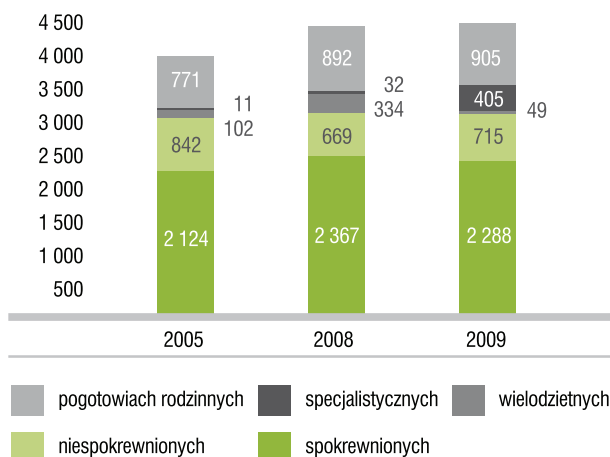
WYKRES 7. DZIECI DO LAT TRZECH W OPIECE ZASTĘPCZEJ.



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych GUS.

Najliczniejszą grupę rodzin zastępczych stanowią rodziny spokrewnione. Rozwijają się też rodziny pełniące funkcję pogotowia.

WYKRES 8. DZIECI DO LAT TRZECH W RODZINACH ZASTĘPCZYCH.



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych GUS.

Przyczynami ingerencji w sprawowanie władzy rodzicielskiej i umieszczenia dziecka poza rodziną są najczęściej problemy rodzinne: niewydolność wychowawcza rodziców i nieumiejętność prowadzenia gospodarstwa domowego, brak zabezpieczenia podstawowych potrzeb, zaniedbywanie dzieci, a niekiedy też brak kompetencji wychowawczych prowadzący do rażących zaniedbań i krzywdzenia dziecka. Rodziny podopiecznych obarczone są najczęściej wieloma problemami: nie pracują lub pracują dorywczo, na ogół „na czarno”, żyją w biedzie i złych warunkach mieszkaniowych, nie mają kwalifikacji ani wykształcenia, jakie pozwoliłoby im znaleźć pracę, obciążeni są uzależnieniami, najczęściej alkoholizmem, są w złym stanie zdrowia, rzadko korzystają z usług zdrowotnych, nie udaje im się współdziałać ze służbami społecznymi. Charakterystyczne są w tej grupie związki nieformalne, wiele dzieci ma nieustalone ojcostwo, niekiedy wcale nie

zna swych ojców. Duża część rodzin to osoby z upośledzeniem umysłowym lub chorobą psychiczną, co poważnie utrudnia integrację społeczną i prawidłowe funkcjonowanie w rodzicielskich rolach. Towarzyszy temu izolacja społeczna i brak oparcia w najbliższych kręgach społecznych: dalszej rodzinie, krewnych, przyjaciółach, sąsiadach.

Konsekwencją problemów rodziców jest zła kondycja zdrowotna ich dzieci. Są one częściej niż inne dzieci słabsze, więcej jest wśród nich wcześniaków, dzieci urodzonych z niską wagą urodzeniową. Dzieci matek pijących alkohol mają cechy syndromu FAS, a dzieci narkomanek — zespół odstawienia. Wśród podopiecznych placówek i rodzin zastępczych stosunkowo więcej jest też dzieci niepełnosprawnych — choroba i ułomność dziecka były i nadal pozostają jedną z przyczyn opuszczenia dziecka i umieszczenia go poza rodziną. Dzieci, które trafiają do placówek z powodu braku umiejętności rodzicielskich są zaniedbane w sferze zdrowia fizycznego i psychicznego. Często nie są kontrolowane i nie korzystają z badań profi-

laktycznych, nie są szczepione zgodnie z przyjętym kalendarzem, nie realizują zalecanych konsultacji i badań, niekiedy też nie otrzymują zleconych leków, a rodzice nie przestrzegają zaleceń dietetycznych. Dzieci te nie mają wdrożonych nawyków higienicznych, co najczęściej jest widoczne w chorobach uzębienia, wadach postawy, chorobach skóry. Trudniej uchwytnie, ale nie mniej szkodliwe, są zaniedbania w sferze emocjonalnej, psychicznej. Dzieci te na ogół już przy przyjęciu prezentują poważne opóźnienia w rozwoju emocjonalnym i poznawczym. Nieustabilizowany i często konfliktowy układ w rodzinie powoduje u dzieci zaburzenia więzi, a sytuacja rozstania potęguje zaburzenia poczucia bezpieczeństwa, podstawowej ufności. Dzieci te w swych rodzinach otrzymują słabe wsparcie w rozwoju, brakuje tam stymulacji i doświadczeń korzystnie wpływających na ich rozwój. Natomiast mają za sobą doświadczenia konfliktów, kryzysów i nieprzewidywalnych zmian, co powoduje zakłócenia poczucia bezpieczeństwa, brak zaufania do opiekunów, kruchą wrażliwość psychiczną dziecka. W roku 2002 niemal co czwarte dziecko (23%) w domach dla małych dzieci było przewlekłe chore lub niepełnosprawne.

Umieszczenie dziecka poza rodziną odbywa się na mocy decyzji sądów rodzinnych. Jest to najczęściej forma ograniczenia władzy rodzicielskiej albo decyzja, która wynika z pozbawienia rodziców tej władzy. Część dzieci, które trafiają do placówek interwencyjnych preadopcyjnych, to dzieci, których rodzice podejmują decyzję o powierzeniu dziecka rodzinie adopcyjnej i najczęściej dotyczy to noworodków. W przypadku takiej deklaracji woli rodziców albo pozbawienia władzy rodzicielskiej możliwa staje się adopcja dziecka. Nie wszystkie jednak dzieci mają szansę znaleźć się w nowym domu z powodu braku odpowiedniej liczby rodzin gotowych przyjąć dziecko chore, niepełnosprawne z licznym rodzeństwem. Dzieci rodziców pozbawionych władzy rodzicielskiej, przebywające w rodzinach zastępczych, często nie są zgłaszane do adopcji ze względu na więź, jaka wytworzyła się między opiekunami i dzieckiem.

Szacuje się, że w Europie milion dzieci wychowuje się poza rodziną⁷. Wskaźnik dzieci wychowywanych poza rodziną, będących pod opieką władz publicznych obliczany jest na podstawie liczb dzieci umieszczonych w rodzinnych i instytucjonalnych formach opieki: średnio w Europie jest to 1% populacji dzieci; a w różnych krajach jest to np. 2,2% w na Łotwie, 1,6% w Rumunii, 0,66% w Szwecji. W Polsce, jeśli za podstawę obliczeń przyjmiemy liczbę małoletnich umieszczonych sądownie w rodzinach zastępczych i placówkach opiekuńczych, to wskaźnik ten wynosi 0,93%. Warto odnotować wzrost tego wskaźnika w ostatnich latach: z 0,76% w 2000 r. i 0,87% w 2005 r. Podobny wzrost obserwuje się też w Czechach, na Litwie i Łotwie. Wskaźniki te odnoszą się do całej populacji osób małoletnich.

Szacunków porównawczych dotyczących małych dzieci poza rodziną dokonano w badaniach europejskich w roku 2003 realizowanych w ramach programu Daphne⁸.

Mówią lekarze

Ja pamiętam dom małego dziecka z pozycji osoby, która przychodziła tam spotykać się z synkiem. Przez jakiś czas widywaliśmy się tylko tam, potem został do czasu sprawy sądowej „urlopowany” z domu dziecka do domu. Wizyty rodziców odbywały się w specjalnie do tego przygotowanych pokojach. (...) Na spotkania z nami Misiek przychodził wykapany, ubrany jak w największe święto, siostry patrzyły na niego z wyraźną dumą. Jak tylko była okazja opowiadały nam, na co chorował, jakie leki brał, co mówił, co robił w poprzednie dni i tak dalej. Oczywiście – nie można porównać atmosfery w domu dziecka do atmosfery domu rodzinnego, ale (...) można dzieciaczkom zapewnić poczucie bezpieczeństwa, uśmiech. Nie zastąpi to miłości rodziców, ale maluszki nie będą aż tak nieszczęśliwe.

*Wpis na forum internetowym
www.nasz-bocian.pl*

TABELA 2. POPULACJA, LICZBA I PROPORCJA LICZBY DZIECI W WIEKU PONIŻEJ TRZECH LAT W INSTYTUCJACH OPIEKUŃCZYCH NA 10 000 DZIECI W TYM WIEKU W 2003 ROKU.

Państwo	Populacja	Liczba dzieci w instytucjach	wskaźnik na 10 000*
Republika Czeska	270 293	1 630	60
Belgia ²	383 639	2 164 ⁹	(56)
Łotwa	71 250 ⁶	395	55
Bulgaria	245 704 ⁶	1 238	50
Litwa	100 268	458	46
Węgry	174 8935 ⁵	773	44
Rumunia	877 772	2 915	33
Słowacja	160 186	502	31
Finlandia	168 370	466 ¹¹	(28)
Malta	16 485	44	27
Estonia	37 953	100	26
Hiszpania	1 064 764	2 471 ¹⁰	(23)
Holandia	818 713	1 284	16
Portugalia	434 616	714	16
Francja	2 294 439	2 980 ¹²	(13)
Polska	1 490 440	1 344⁶	9
Chorwacja	178 142 ⁶	144	8
Albania	166 800 ⁴	133 ⁷	(8)
Szwecja	278 400 ⁶	213 ¹¹	(8)
Dania	197 758	133	7
Niemcy	2 232 569	1 495	7
Irlandia	166 208	95 ¹⁰	(6)
Cypr	33 339	15 ¹⁰	(4)
Austria ¹	107 709 ⁵	37 ⁸	3
Gracja	377 930 ⁶	114	3
Turacja	4 388 000	850	2
Włochy	1 614 667	310 ¹³	(2)
Norwegia	172 877	17 ¹¹	(<1)
Wielka Brytania ³	2 037 463	65 ¹¹	(<1)
Islandia	12 412	0	0
Słowenia	53 736	0	0
Luksemburg	16 992 ⁶	-	-
Suma	20 644 787	23 099	11

* Liczby w nawiasach powinny być traktowane z ostrożnością – zostały oparte na danych szacunkowych wyliczonych dla grup dzieci w wieku powyżej pięciu lat lub obejmują dzieci, które mogą przebywać w instytucji opiekuńczej z jednym z rodziców, przez okres krótszy niż trzy miesiące, lub w domu, w którym przebywa mniej niż 11 dzieci.

¹ Połączone dane dla 3 krajów związkowych: Austrii Dolnej, Vorarlberg i Wiednia

² Połączone dane dla ludności flamandzkiej i walońskiej

³ Połączone dane dla Anglii, Szkocji, Irlandii Północnej i Walii

⁴ Statystyczne dane szacunkowe dla populacji w wieku poniżej pięciu lat, źródło: The State of the World's Children 2004. UNICEF

⁵ Statystyczne dane szacunkowe dla populacji w wieku poniżej pięciu lat

⁶ Statystyczne dane szacunkowe dla populacji w wieku poniżej czterech lat

⁷ Statystyczne dane szacunkowe, źródło: „Dzieci w domach małego dziecka” (Social Monitor 2003)

⁸ Statystyczne dane szacunkowe dla Austrii Dolnej dla populacji w wieku poniżej pięciu lat

⁹ Statystyczne dane szacunkowe dla ludności walońskiej dla populacji w wieku poniżej siedmiu lat

¹⁰ Statystyczne dane szacunkowe dla populacji w wieku poniżej osiemnastu lat

¹¹ Dane statystyczne obejmują dzieci, które mogą przebywać w instytucji przez okres krótszy niż trzy miesiące, mogą być pod opieką rodzica/głównego opiekuna lub instytucja może mieścić mniej niż 11 dzieci

¹² Dane szacunkowe dla domów małego dziecka (2000) i placówek opieki medycznej

¹³ Dane statystyczne obejmują dzieci, które mogą przebywać w instytucji mieszczącej mniej niż 11 dzieci

W ostatnich latach w Polsce adoptowanych jest rocznie ponad trzy tysiące dzieci, połowa spośród nich to dzieci najmłodsze — do trzeciego roku życia.

TABELA 3. MAŁE DZIECI ADOPTOWANE W POLSCE.

	Dzieci adoptowa- ne ogółem	do 1 roku	1–2 lat	2–3 lat	do lat 3	%	adopcje blankieto- we	w tym do lat 3	zagra- niczne	w tym do lat 3
2006	3 114	1 057	392	281	1 730	56%	872	760	404	105
2007	3 088	890	388	295	1 573	51%	870	709	317	66
2008	3 253	872	380	290	1 542	47%	863	685	383	64
2009	3 316	847	405	293	1 572	47%	826	620	354	68

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z GUS.

Aby odpowiedzieć na potrzeby psychiczne dzieci i sprostać zadaniom pomocy ich rodzicom instytucje pieczy zastępczej muszą być do tego odpowiednio przygotowane. Instytucje i rodziny zastępcze muszą spełniać warunki odpowiedniej jakości opieki w zakresie kadry, warunków organizacyjnych, mieszkaniowych, sanitarnych.

W pracy z dziećmi najważniejszym walorem jest kadra: jej liczba, kompetencje, kwalifikacje, możliwości rozwoju i doskonalenia, organizacja pracy. Nie bez znaczenia są warunki lokalowe zarówno instytucjonalnych, jak i rodzinnych form opieki.

W tym zakresie wiele zmian dokonało się z mocy regulacji prawnych. W ostatnich latach ograniczano stopniowo liczbę miejsc w placówkach; wymóg maksymalnej liczby 30 miejsc w placówce (zgodnie z cytowaną ustawą o pomocy społecznej), jaki miał być zrealizowany do 2006 r., został odroczony do końca roku 2010 z powodu napływającej do instytucji większej liczby dzieci i braku odpowiedniej liczby rodzin zastępczych. Najnowsze regulacje prawne (cytowana ustawa o wspieraniu rodziny) wprowadzają wymóg maksymalnej liczby 14 miejsc w instytucjach, co jest kolejnym wyzwaniem dla samorządów w zakresie organizacji opieki. Zakłada się również, że małe dzieci będą umieszczane wyłącznie w formach rodzinnych, a do placówek mogą trafiać tylko wyjątkowo, ze względu na stan zdrowia lub fakt przebywania łącznie z rodzeństwem.

Jednocześnie rozbudowuje się system rodzinnej opieki zastępczej, wzmacniając tę formę zarówno finansowo, jak i merytorycznie, wprowadzając koordynatorów udzielających specjalistycznej pomocy w wychowaniu powierzonych im dzieci.

Najistotniejszą bodaj zmianą jest wprowadzenie asystentów rodzinnych. Asystenci i specjaliści do spraw pracy z rodziną byli już zatrudniani w wielu ośrodkach pomocy społecznej, jednak nie było to regułą i nie wszystkie ośrodki znajdowały finanse na ich zatrudnienie. Najnowsza ustawa o wspieraniu rodziny kreuje zawód asystenta rodzinnego i określa wymagane kwalifikacje tych osób (niestety, niekiedy zbyt niskie), formułuje ich zadania, określa kompetencje. Powstaje możliwość wzmocnienia pierwszej, podstawowej pomocy rodzinie i powstrzymania rosnącego trendu powierzania dzieci pieczy zastępczej.

Mówią mamy

Mam 23 lata. Jestem w 7. miesiącu ciąży i postanowiłam oddać dziecko. Przykro mi to pisać, ale jakoś nie jestem w stanie cieszyć się tą ciążą i po prostu doszłam do wniosku, że sama z dwójką nie dam rady (mam 3-letnią córkę, która jest chora i wymaga rehabilitacji) i zastanawiam się, jak napisać oświadczenie, by w szpitalu od razu po porodzie zabrali dziecko bez pokazywania go mnie. (...) A wiem, że nie pokocham tego dziecka. Wiem, że to strasznie brzmi, ale nawet za bardzo mnie nie interesuje, czy jest zdrowe itd. Wiem, że zasługuje na matkę, która je pokocha i ojca, który będzie prawdziwym ojcem (...).

Wpis na forum internetowym
www.kafeteria.pl

1 Ustawa o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej, Dz.U. z 2011 r. Nr 149, poz. 887.

2 Badania 23 placówek dla małych dzieci w: M. Kolankiewicz (red.) (2007), *Dzieci do trzeciego roku życia w instytucjach opiekuńczych w Europie. Statystyka i cechy charakterystyczne*, Warszawa: Wydawnictwo Akademickie ŻAK.

3 Ustawa o systemie oświaty, Dz.U. z 1991 r. Nr 95, poz. 425; Rozporządzenie Rady Ministrów z 5 lutego 1993 r. w sprawie zasad i trybu przekształcania domów małego dziecka w placówki opiekuńczo–wychowawcze, Dz.U. z 1993 r. Nr 10, poz. 47; Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 21 lutego 1994 r. w sprawie rodzajów, organizacji i zasad działania publicznych placówek opiekuńczo–wychowawczych, Dz.U. z 1994 r. Nr 41, poz. 156.

4 Ustawa z dnia 24 lipca 1998 r. o zmianie niektórych ustaw określających kompetencje organów administracji publicznej — w związku z reformą ustrojową państwa, Dz.U. z 1998 r. Nr 106, poz. 668; Ustawa z dnia 18 lutego 2001 r. o zmianie ustawy o pomocy społecznej, Dz.U. z 2000 r. Nr 19, poz. 238; Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 1 września 2000 r. w sprawie placówek opiekuńczo–wychowawczych, Dz.U. z 2000 r. Nr 80, poz. 900.

5 Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 14 lutego 2005 r. w sprawie placówek opiekuńczo–wychowawczych, Dz.U. z 2005 r. Nr 37, poz. 331.

6 Tamże.

7 *Children in Alternative Care, National Surveys*, January 2010, Eurochild.

8 *Dzieci do trzeciego...*, *op.cit.*, s. 78, 79.



Zdrowie i bezpieczeństwo małych dzieci

1. Zdrowie małych dzieci

Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) definiuje zdrowie nie tylko jako brak choroby czy niepełnosprawności, lecz jako pełen dobrostan fizyczny, umysłowy i społeczny. Dobry stan zdrowia we wczesnym dzieciństwie jest szczególnie istotny, gdyż pierwsze lata życia dziecka stanowią podwaliny pod całe jego przyszłe życie. Jeśli w tym czasie wystąpią jakieś deficyty, mogą one mieć długotrwałe konsekwencje rzutujące na jakość całego życia dziecka. Stąd tak ważne jest monitorowanie sytuacji zdrowotnej najmłodszych dzieci.

W niniejszym rozdziale zostaną zaprezentowane wybrane wskaźniki dotyczące stanu zdrowia najmłodszych dzieci (w wieku 0–3 lat) w Polsce.

1.1. Wskaźniki oceny stanu zdrowia dzieci

W odniesieniu do stanu zdrowia małych dzieci można stosować wybrane wskaźniki z zestawu wskaźników ogólnie dotyczącego zdrowia publicznego (np. wskaźniki dotyczące zdrowia Wspólnoty Europejskiej – ECHI¹⁾), jednak istnieje problem z wyabstrahowaniem danych dla tej specyficznej grupy wiekowej. Opracowano też zestawy wskaźników odnoszących się konkretnie do oceny stanu zdrowia dzieci, w tym dzieci małych. To właśnie one będą stanowiły główną część analiz zaprezentowanych w niniejszym rozdziale, choć przedstawione zostaną też inne wskaźniki, tam, gdzie dostępne były dane dla grupy wiekowej będącej przedmiotem zainteresowania niniejszego raportu.

W odniesieniu do opieki perinatalnej Światowa Organizacja Zdrowia opracowała grupę wskaźników podstawowych i rekomendowanych, których monitorowanie pozwoli na analizę sytuacji zdrowotnej najmłodszej populacji. W Polsce monitorowane są w całości wskaźniki z grupy podstawowych, natomiast spośród wskaźników rekomendowanych dane zbierane są w odniesieniu tylko do niektórych (5 z 11)²⁾.

TABELA 1. PODSTAWOWE I REKOMENDOWANE WSKAŹNIKI DOTYCZĄCE ZDROWIA OKOŁOPORODOWEGO OPRACOWANE PRZEZ WHO.	
Wskaźniki podstawowe	Wskaźniki rekomendowane
• Współczynnik zgonów płodów • Umieralność noworodków • Umieralność niemowląt • Struktura urodzeń według masy urodzeniowej • Struktura urodzeń według czasu trwania ciąży • Wskaźnik zgonów kobiet w okresie ciąży, porodu i połogu • Mnogie urodzenia • Struktura urodzeń według wieku matki • Struktura urodzeń według kolejności urodzenia • Struktura urodzeń według sposobu ukończenia ciąży	• Częstość występowania wybranych wad wrodzonych na 1 000 urodzeń • Umieralność kobiet w okresie ciąży, porodu i połogu według przyczyny zgonu • Struktura rodzących według poziomu wykształcenia • Struktura urodzeń według miejsca urodzenia • Odsetek niemowląt karmionych piersią bezpośrednio po urodzeniu • Struktura urodzeń według punktacji Apgar w 5. minucie* • Odsetek ciąży po leczeniu niepłodności* • Struktura czasu trwania ciąży w momencie pierwszej wizyty u lekarza* • Struktura urodzeń według sposobu rozpoczęcia czynności porodowej* • Odsetek noworodków urodzonych przed 32. tygodniem trwania ciąży w szpitalach bez oddziałów intensywnej opieki nad noworodkiem*

* Wskaźniki co do których nie ma wystarczających danych w Polsce³⁾.

Źródło: European Perinatal Health Report⁴⁾.

Do oceny rozwoju fizycznego dzieci w wieku 1–18 lat w Polsce od wielu lat powszechnie używane są normy rozwoju fizycznego dla dzieci warszawskich, opracowane przez Instytut Matki i Dziecka (ostatnie pomiary z lat 1996–1999), uznawane za normy docelowe. Istnieje także wiele norm regionalnych, które mają głównie wartość poznawczą i nie są wykorzystywane w systemie opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą⁵. Normy te mają charakter referencyjny, czyli pokazują, jak dzieci rosną i rozwijają się w danym czasie i danej populacji. Nie we wszystkich placówkach opieki zdrowotnej dane te są analizowane⁶, co przekłada się na brak informacji na poziomie krajowym dotyczących stanu rozwoju najmłodszych dzieci.

Natomiast Światowa Organizacja Zdrowia opracowała w 2006 r. Standardy Rozwoju Fizycznego Dziecka w wieku 0–5 lat opisujące, jak dzieci (zwłaszcza w najmłodszej grupie wieku) powinny optymalnie rosnąć i się rozwijać. Standardy te dotyczą m.in. następujących wskaźników: masa ciała wg wieku, długość/wysokość ciała wg wieku, masa ciała w stosunku do długości/wysokości ciała, wskaźnik masy ciała BMI wg wieku oraz wartości z-score. Opracowano także wskaźniki dotyczące rozwoju sześciu kamieni milowych z zakresu dużej motoryki (siedzenie bez oparcia, raczkowanie, stanie z pomocą, chodzenie z pomocą, stanie samodzielne i chodzenie samodzielne)⁷. Standardy te odzwierciedlają optymalny rozwój w jak najlepszych warunkach środowiskowych i mogą być wykorzystywane do oceny rozwoju dzieci we wszystkich krajach, niezależnie od różnic geograficznych, etnicznych, kulturowych i statusu społeczno-ekonomicznego. W Polsce trwa dyskusja nad zastąpieniem dotychczas stosowanych norm standardami proponowanymi przez WHO⁸.

1.2. Ogólna ocena zdrowia małych dzieci

Przeprowadzane w 2009 r. w Polsce i krajach UE Europejskie Ankietowe Badanie Zdrowia (EHIS) wykazuje, że stan zdrowia najmłodszych dzieci oceniany jest najwyżej. Rodzice dzieci w przedziale 0–4 lat w prawie 94 na 100 przypadków uznawali stan zdrowia swoich dzieci jako bardzo dobry i dobry⁹ (93,7%, o 10 punktów procentowych więcej niż 5 lat wcześniej), przy czym stan zdrowia dziewczynek oceniano częściej jako bardzo dobry¹⁰. Był to najwyższy współczynnik pozytywnych ocen w całej grupie dzieci w wieku 0–19 lat.

TABELA 2. DZIECI W WIEKU 0–4 LAT WG OCENY STANU ZDROWIA W 2009 R.

Wyszczególnienie	Ogółem (w tysiącach)	Ocena stanu zdrowia				
		Bardzo dobra	Dobra	Taka sobie, ani dobra, ani zła	Zła	Bardzo zła
Ogółem 0–4	1 946,6	1 094,6	728,4	102,5	19,8	1,3
Chłopcy 0–4 lat	1 000	533,9	388,1	66,5	11,5	–
Dziewczyny 0–4 lat	946,6	560,8	340,3	35,9	8,3	1,3
Miasto						
Chłopcy 0–4 lat	584,0	313,2	217,8	46,6	6,3	–
Dziewczyny 0–4 lat	552,2	337,3	193,2	18,6	2,4	0,7
Wieś						
Chłopcy 0–4 lat	416,1	220,7	170,3	19,9	5,2	–
Dziewczyny 0–4 lat	394,4	223,5	147,1	17,4	5,9	0,6

Źródło: Zdrowie dzieci i młodzieży w Polsce w 2009 r., Urząd Statystyczny w Krakowie, 2011.

Według badania EHIS w grupie wiekowej 0–4 lat odnotowano spadek liczby dzieci z długotrwałymi problemami zdrowotnymi (trwającymi co najmniej 6 miesięcy). W przedziale wiekowym 0–4 lat długotrwałe problemy zdrowotne dotyczyły 11,1% dzieci. Częściej deklarowali je rodzice dzieci mieszkających w mieście niż na wsi (odpowiednio: 12,3% i 9,5%) oraz rodzice chłopców niż dziewczynek (odpowiednio: 12,8% i 9,4%).

Wśród chorób przewlekłych, stwierdzonych przez lekarza i występujących w ciągu 12 miesięcy poprzedzających badanie, najczęściej wskazywano na alergię (14,1% dzieci w wieku 0–4 lat), przy czym istotnie częściej dotyczyło to dzieci zamieszkających w miastach niż na wsi i częściej chłopców niż dziewczynek. Aż 20,9% chłopców z tej grupy wiekowej zamieszkających w miastach cierpiało na alergię w stosunku do 12,5% chłopców mieszkających na wsi. W przypadku dziewczynek wskaźniki kształtowały się na poziomie odpowiednio: 11,3% i 9,6%.

1.3. Opieka lekarska

W 2009 r. 96% rodziców dzieci w wieku 0–4 lat deklarowało, że byli z dzieckiem u lekarza pierwszego kontaktu w ciągu 12 miesięcy przed badaniem, w tym 58% odbyło taką wizytę z dzieckiem w ciągu 4 tygodni poprzedzających badanie. Co 100. rodzic twierdził, że nigdy nie był z dzieckiem na takiej wizycie. Nie wykazano istotnych różnic ze względu na miejsce zamieszkania czy płeć.

Jeśli chodzi o opiekę specjalistyczną, to w ciągu 12 miesięcy poprzedzających badanie 43,2% dzieci (45,4% chłopców i 40,8% dziewczynek) było z wizytą u lekarza specjalisty. Nigdy z taką wizytą nie było 36,6 % dzieci w wieku 0–4 lat. Wskaźnik opieki specjalistycznej wykazuje znaczne różnice ze względu na miejsce zamieszkania dzieci i płeć. Z wizytą u specjalisty w ciągu 12 miesięcy przed badaniem było tylko 36,3% chłopców i 36,8% dziewczynek mieszkających na wsi w porównaniu do 51,9% chłopców i 43,7% dziewczynek mieszkających w mieście.

Opieką dentystyczną lub opieką ortodonta objętych było w ciągu 12 miesięcy poprzedzających badanie 27,4% dzieci w wieku 0–4 lat. Także przy tym wskaźniku zanotowano istotne różnice w zależności od miejsca zamieszkania i nieznaczne ze względu na płeć dziecka. Podczas gdy w mieście 32% chłopców i 31,8% dziewczynek było przynajmniej na jednej wizycie u dentysty i ortodonta w ciągu 12 miesięcy przed badaniem, na wsi odsetki te wynosiły odpowiednio 20,2% chłopców i 22,9% dziewczynek.

Dzieci w wieku 0–4 lat stanowiły grupę najczęściej hospitalizowaną w całej grupie dzieci 0–14 lat. W ciągu 12 miesięcy poprzedzających badanie 15,6% dzieci w wieku 0–4 lat spędziło w szpitalu przynajmniej jedną dobę (w porównaniu z 12,5% w roku 2004), podczas gdy dla dzieci w wieku 5–9 lat i 10–14 lat odsetki te wynosiły odpowiednio 8,2% i 6,0%. W przypadku dzieci w wieku 0–4 lat najczęściej miano do czynienia z pobytem jednorazowym (81,1%).

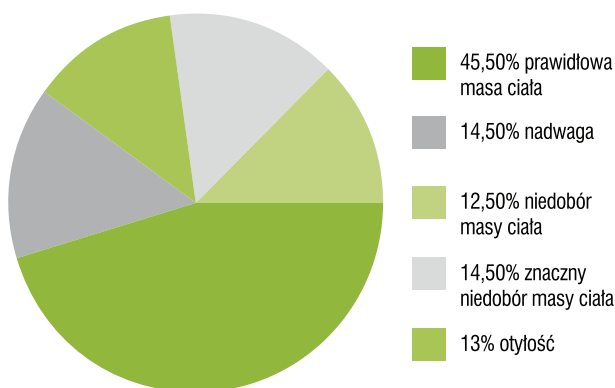
1.4. Masa ciała dzieci i wzorce żywienia małych dzieci

Z badań przeprowadzonych w latach 2010–2011 przez Instytut Matki i Dziecka i Fundację Nutricia¹¹ wynika, że w grupie dzieci w wieku 13–36 miesięcy tylko 45,5% dzieci miało prawidłowy wskaźnik masy ciała (BMI z-score). Niedobór masy ciała wykazywało 12,5% dzieci, a znaczny niedobór — 14,5%. Nadwagę i otyłość stwierdzono odpowiednio u 14,5% i 13,0% dzieci. Nie stwierdzono istotnych różnic w stanie odżywienia pomiędzy dziewczynkami a chłopcami, a także pomiędzy dziećmi w 2. i 3. roku życia.

Mówią mamy

Mój półtoraroczny synek od jakiegoś czasu prawie przestał jeść, jego niechęć głównie dotyczy spożywania obiadów. Cały czas karmię go piersią na żądanie... Zupełnie nie chce jeść pieczywa, żadnej zupy, żadnego mięsa, kaszy, ziemniaków, makaronu... Martwię się, że taka wybiórcza dieta może źle wpłynąć na jego zdrowie, ale nie wiem, jak zmienić jego nawyki? Synek krótko jest w stanie usiedzieć na krzeselku. Po kilku minutach domaga się wyjścia, zrzuca jedzenie na podłogę. Pozwalam mu chodzić z jedzeniem w ręczce, bo inaczej prawie nic by nie zjadł.

**WYKRES 1. DZIECI W WIEKU 13–36 MIESIĘCY
WG MASY CIAŁA.**



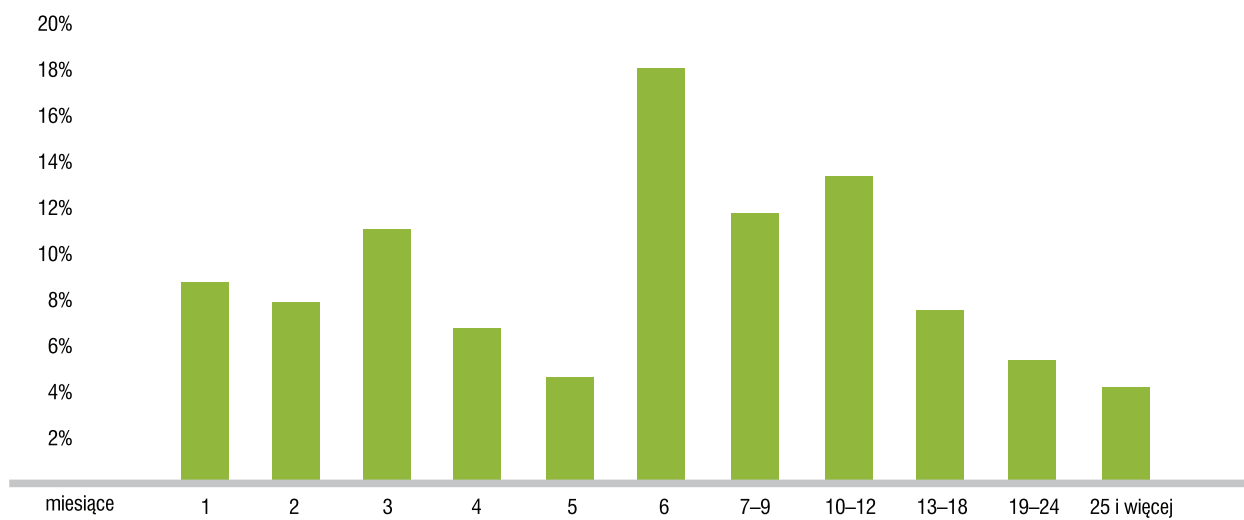
Źródło: Kompleksowa ocena sposobu żywienia dzieci w wieku 13–36 miesięcy w Polsce, Wyniki badań 2010–2011, Fundacja Nutricia i Instytut Matki i Dziecka, 2011.

Odpowiednie żywienie we wczesnym dzieciństwie jest niezwykle ważne dla dalszego rozwoju i wzrastania dziecka oraz zachowania dobrego zdrowia w wieku dorosłym. Niedobory żywieniowe w pierwszych latach życia dziecka mogą powodować nieodwracalne zahamowanie wzrostu i rozwoju poznawczego. Istotnie przyczyniają się również do zwiększenia zachorowalności i umieralności dzieci¹². Z kolei, jeśli w wieku poniemowlęcym i przedszkolnym popełniane są poważne błędy w żywieniu, skutkujące nadmiernymi przyrostami masy ciała dziecka, inicjują one rozwój otyłości utrzymującej się i często pogłębiającej się w dalszych latach życia dziecka¹³. Otyłość u dzieci wiąże się ze zwiększeniem ryzyka występowania chorób i zaburzeń metabolicznych w późniejszych latach życia oraz skróceniem długości życia¹⁴. Tak więc odpowiednie żywienie najmłodszych dzieci sprzyja nie tylko ich przeżyciu, ale tworzy fundament ich optymalnego rozwoju fizycznego i psychicznego.

Według Światowej Organizacji Zdrowia naturalnym sposobem dostarczenia niemowlęciu substancji odżywczych niezbędnych do jego prawidłowego wzrostu i rozwoju jest karmienie piersią. Do pierwszych 6 miesięcy zalecane jest wyłączone karmienie piersią, następnie korzystna jest jego kontynuacja aż do ukończenia przez dziecko dwóch lat, przy jednoczesnym wprowadzeniu innych odpowiednich grup pokarmu¹⁵.

Według badania EHIS w 2009 r. 86,5% dzieci było karmionych piersią. Nie odnotowano znaczących różnic dotyczących odsetka chłopców i dziewczynek karmionych piersią (odpowiednio 85,3% i 87,3%). Najwięcej dzieci było karmionych piersią przez okres 6 miesięcy (14,3%) oraz przez 3 miesiące (11,0%); 8,8% dzieci karmionych było przez cały pierwszy rok życia; 13,1% dzieci nigdy nie było karmionych piersią (w odniesieniu do 0,4% brakowało danych)¹⁶.

WYKRES 2. DZIECI WG DŁUGOŚCI OKRESU KARMienia PIERSIĄ (BEZ DZIECI, KTÓRE W MOMENCIE BADANIA BYŁY KARMIONE PIERSIĄ).



Źródło: Zdrowie dzieci i młodzieży w Polsce w 2009 r., Urząd Statystyczny w Krakowie, 2011.

Z badań Instytutu Matki i Dziecka i firmy Nutricia wynika, że spożycie produktów spożywczych przez dzieci w wieku 13–36 miesięcy jest rozbieżne z zaleceniami żywieniowymi¹⁷. W porównaniu do zalecanej, modelowej racji pokarmowej, opracowanej w Instytucie Żywności i Żywienia (2001)¹⁸, dzieci spożywały mniej pieczywa, zwłaszcza z pełnego przemiału ziarna, warzyw, mleka i mlecznych napojów fermentowanych. Zdecydowanie więcej jady mięsa, wędlin. Porównując wartość energetyczną i odżywczą średniej całodziennej racji pokarmowej dzieci z aktualnymi normami, stwierdzono znaczny nadmiar białka, a także witamin z grupy B, witaminy A, C oraz magnezu, cynku, miedzi i sodu (zawartość tych elementów przewyższała normy dwu-, trzykrotnie). W dietach badanych dzieci wykazano niedobór witaminy D w odniesieniu do zaleceń Konsultanta Krajowego ds. Pediatrii dotyczących profilaktyki krzywicy i osteoporozy¹⁹.

Mówią lekarze

W małych miejscowościach lekarz jest nie tylko lekarzem, ale wie, co się w tych rodzinach dzieje, czy rodzice się kłócą, czy są jakieś inne problemy. Często lekarz jeszcze jest autorytetem. Są rodziny, dla których jest to ktoś ważny, więc jeżeli zauważy jakiegokolwiek symptomy, że zaczyna się krzywdzenie, że może zakończyć się poważną krzywdą dziecka, to zajęcie jakiegoś stanowiska, nie wycofywanie się, może mieć duże znaczenie dla postawy tych rodziców na przyszłość. Tak bym widziała, jako interwencję na miejscu, w konkretnym przypadku, jako autorytet i przyjaciel danej rodziny.

1.5. Niepełnosprawność

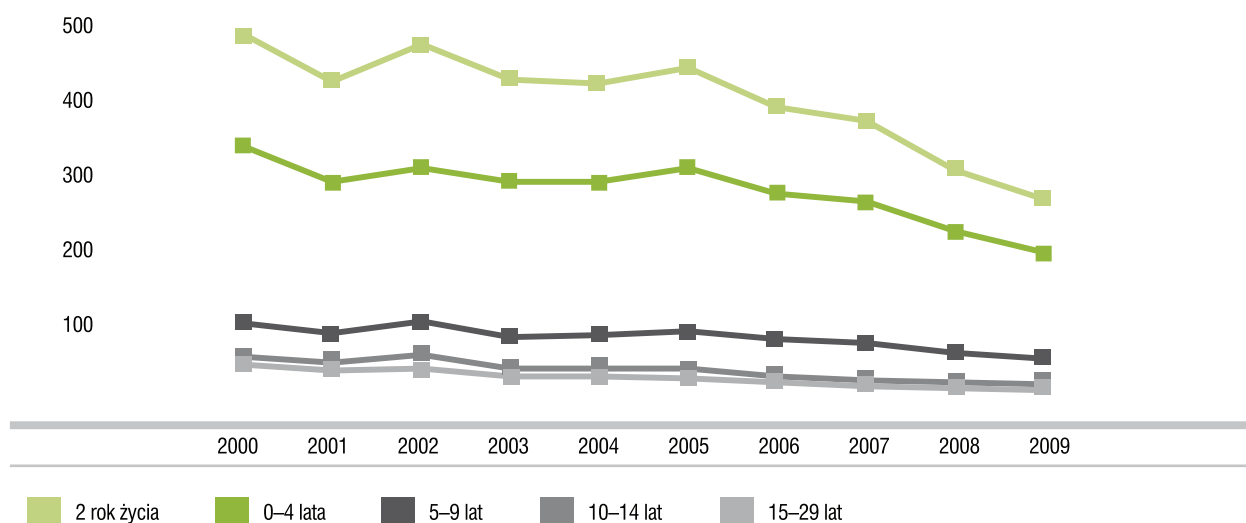
Według wyników Europejskiego Badania Ankietowego nt. Zdrowia, niepełnosprawność biologiczna (definiowana jako „poważnie ograniczona ze względów zdrowotnych zdolność wykonywania zwykłych czynności, trwająca co najmniej 6 miesięcy lub dłużej”) dotyczyła w roku 2009 2,9% najmłodszych dzieci (0–4 lat), przy czym poważne ograniczenia były rzadziej deklarowane dla tej grupy (0,6%) niż częstość występowania niezbyt poważnych ograniczeń w wykonywaniu zwykłych czynności (2,3%). W tej grupie wiekowej częściej deklarowano niepełnosprawność u dzieci z miast (2,7%) niż u dzieci mieszkających na wsi (1,5%) oraz częściej w odniesieniu do dziewczynek niż do chłopców (odpowiednio 2,4% i 2,0%). U 50,7% dzieci z deklarowaną niepełnosprawnością występowały poważne kłopoty zdrowotne: ze słuchem (39,8% dzieci, u których wystąpiły poważne trudności), wzrokiem (23,4%), mówieniem (44,7%), poruszaniem się (50,4%)²⁰. Więcej na temat niepełnosprawności małych dzieci w rozdziale *Małe dzieci z niepełnosprawnością*.

1.6. Wypadki i zatrucia

W badaniu EHIS zadawano pytanie o uleganie wypadkom w ciągu 12 miesięcy poprzedzających badanie, których skutkiem był uraz, uszkodzenie lub zranienie, zarówno zewnętrzne, jak i wewnętrzne. Ponadto w tej kategorii uwzględniono zatrucia i rozmyślne działania innych osób oraz zranienia, ugryzienia i użądlenia spowodowane przez zwierzęta i owady. W grupie rodziców dzieci 0–4 lat odpowiedzi twierdzącej udzieliło 2,0% rodziców chłopców oraz 2,4% rodziców dziewczynek, przy czym jako najczęstsze miejsce wypadku podawano dom.

Istotne znaczenie w przypadku dzieci mają choroby szerzące się drogą pokarmową. W ostatnich latach poprawie ulega bezpieczeństwo zdrowotne żywności i ogólny stan sanitarny w Polsce. Przekłada się to na malejącą liczbę rejestrowanych corocznie ognisk zatruc pokarmowych, przy czym jednak na zatrucia i zakażenia pokarmowe nadal znacznie częściej narażone są dzieci w wieku 0–4 lat, zwłaszcza do 2. roku życia.

WYKRES 3. ZATRUCIA I ZAKAŻENIA POKARMOWE WYWOŁANE PRZEZ PAŁECZKI SALMONELLA WG WIEKU NA 100 TYS. LUDNOŚCI.



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego — Państwowego Zakładu Higieny.

Więcej informacji na temat wypadków małych dzieci znajduje się w rozdziale *Wypadki i urazy wśród niemowląt, małych dzieci i dzieci w wieku przedszkolnym w Polsce*.

1.7. Zachorowalność na nowotwory złośliwe wśród małych dzieci

Według badania EHIS w grupie wiekowej 0–4 lat zdecydowanie znacząco wzrosły współczynniki zachorowalności na nowotwory złośliwe. W przypadku chłopców w roku 2008 był to wzrost o 58,1% w porównaniu z rokiem 2000, w odniesieniu do dziewczynek odnotowano wzrost o 42,4%. W 2008 r. odnotowano 187 przypadków zachorowania na nowotwór złośliwy u chłopców w wieku 0–4 lat oraz 160 przypadków u dziewczynek (ogółem 347). Należy zauważyć, że tylko w grupie wiekowej 15–19 lat zanotowano więcej przypadków (ogółem 396), podczas gdy w grupie dzieci w wieku 5–9 lat takich przypadków odnotowano 190, natomiast u dzieci w wieku 10–14 lat — 194. U najmłodszych dzieci najczęściej występowała białaczka limfatyczna oraz nowotwór złośliwy nerki, mózgu i oka.

**TABELA 3. ZACHOROWANIA NA NOWOTWORY ZŁOŚLIWE U DZIECI W WIEKU 0-4 LATA
WG NAJCZĘSTSZYCH ROZPOZNAŃ W 2008 R.**

Wyszczególnienie	Ogółem	Chłopcy	Dziewczęta
OGÓŁEM	347	187	160
w tym			
Białaczka limfatyczna	105	56	49
Nowotwór złośliwy nerki	41	20	21
Nowotwór złośliwy mózgu	33	21	12
Nowotwór złośliwy oka	33	16	17
Nowotwory złośliwe tkanki łącznej i innych tkanek miękkich	24	16	8
Nowotwór złośliwy nadnerczy	20	13	7
Nowotwory złośliwe nerwów obwodowych i autonomicznego układu nerwowego	16	7	9
Białaczka szpikowa	15	9	6
Nowotwór złośliwy wątroby i przewodów żółciowych wewnątrzwątrobowych	13	5	8

Źródło: Urząd Statystyczny w Krakowie na podstawie danych z Centrum Onkologii – Instytutu im. Marii Curie-Skłodowskiej w Warszawie, *Zdrowie dzieci i młodzieży w Polsce w 2009 r.*

1.8. Śmiertelność małych dzieci

Jednym ze wskaźników, na podstawie których można oceniać stan zdrowia dzieci, jest współczynnik urodzeń żywych oraz współczynnik umieralności. W Polsce obydwa te współczynniki wykazują pozytywne trendy, systematycznie rośnie odsetek urodzeń żywych, maleje zaś współczynnik umieralności niemowląt. W 2010 r. współczynnik żywych urodzeń do wszystkich urodzeń wyniósł 99,6% i nie wykazywał zróżnicowania ze względu na miejsce zamieszkania (miasto/wieś) czy płeć dziecka.

W 2010 r. odnotowano w Polsce 2 057 zgonów niemowląt przed 1. rokiem życia (o 220 mniej niż rok wcześniej), w tym aż 70% zgonów nastąpiło w 1. miesiącu życia dziecka. Wśród wszystkich niemowląt zmarłych przed ukończeniem 1. r. ż. dzieci urodzone przedwcześnie (przed 36. tygodniem ciąży) stanowiły 63%. Współczynnik liczby zgonów niemowląt na 1 000 urodzeń żywych wyniósł 5,2‰ i był niższy o 3 punkty niż przed 10 laty.

TABELA 4. WSPÓŁCZYNNIKI UMIERALNOŚCI NIEMOWLĄT ORAZ DZIECI DO 5. ROKU ŻYCIA.

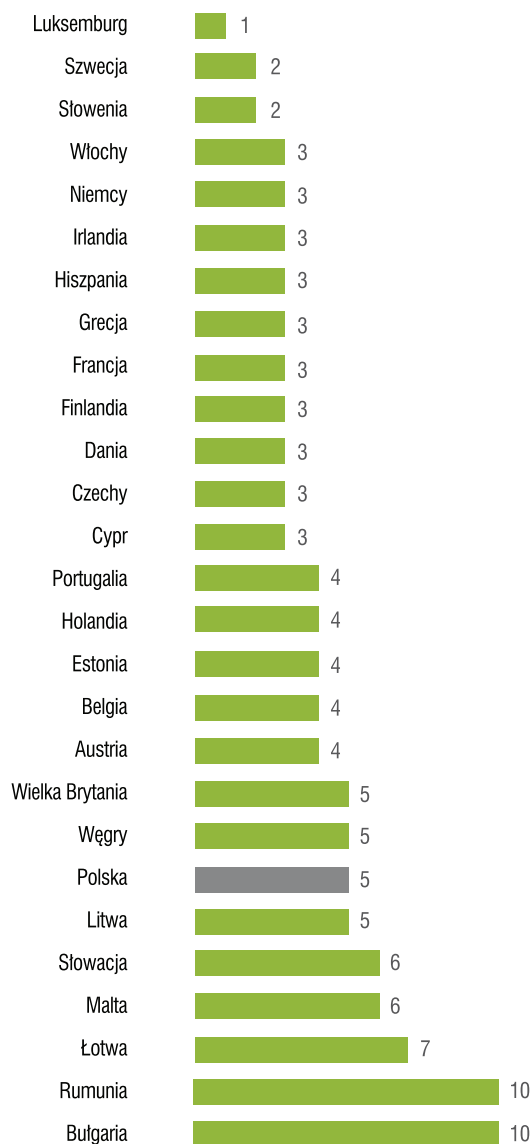
Polska	Współczynnik umieralności niemowląt (prawdopodobieństwo zgonu przed ukończeniem 1. r.ż. na 1 000 żywych urodzeń)			Współczynnik umieralności dzieci poniżej 5. r.ż. (prawdopodobieństwo zgonu przed ukończeniem 5 lat na 1 000 żywych urodzeń)		
	1990	2000	2009	1990	2000	2009
chłopcy	17	9	6	20	10	7
dziewczynki	14	7	5	16	8	6

Źródło: opracowanie własne na podstawie: WHO (2011), *World Health Statistics*.

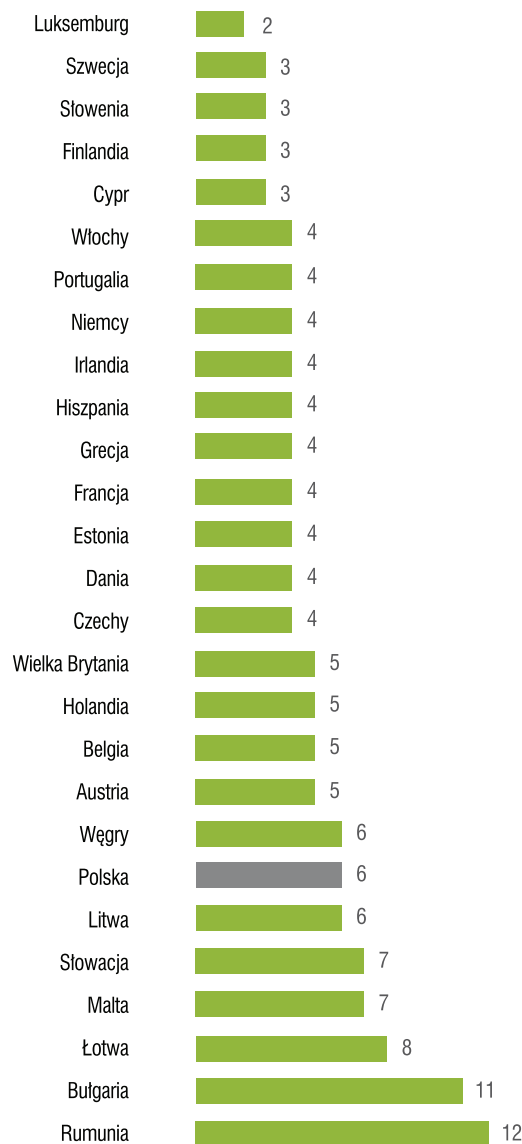
Spadają również współczynniki prawdopodobieństwa zgonu przed ukończeniem 1. i 5. roku życia, choć utrzymują się na wyższym poziomie niż w większości krajów UE i wykazują wartości wyższe dla chłopców niż dla dziewczynek.

WYKRES 4. POLSKA NA TLE KRAJÓW UE POD WZGLĘDEM PRAWDOPODOBIEŃSTWA ZGONU DZIECI DO 1. R.Ż. I DO 5. R. Ż.

Współczynnik zgonu niemowląt (prawdopodobieństwo zgonu przed ukończeniem 1. r.ż. na 1000 żywych urodzeń) w 2009 r.



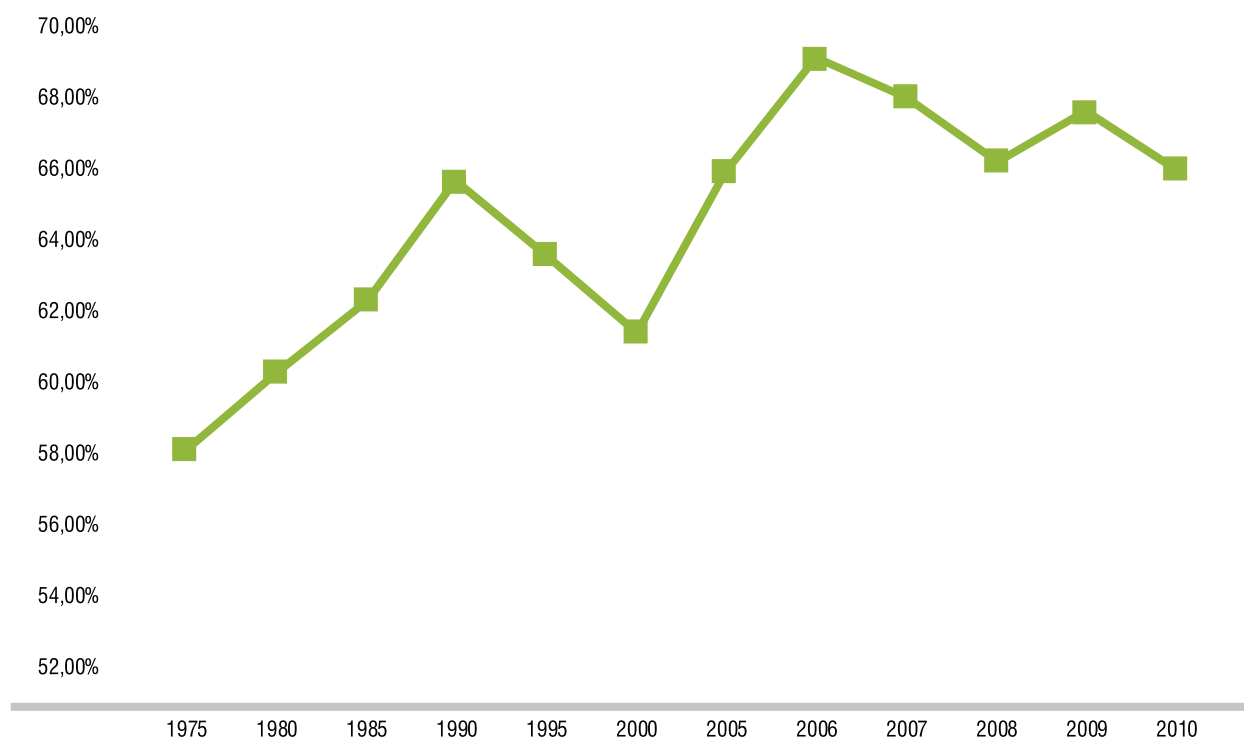
Współczynnik zgonu dzieci do 5. r. ż. (prawdopodobieństwo zgonu przed ukończeniem 5 lat na 1000 żywych urodzeń) w 2009 r.



Źródło: opracowanie własne na podstawie: WHO (2011), *World Health Statistics*.

Wśród urodzeń żywych w 2010 r. (n= 413 300) dzieci z niską masą urodzeniową (<2500 g) stanowiły w Polsce 6,2%. Dzieci z niską wagą urodzeniową stanowiły 66% wszystkich niemowląt zmarłych przed ukończeniem 1. roku życia w 2010 r. W 89% przypadków były to dzieci urodzone przedwcześnie.

WYKRES 5. PROCENT ZGONÓW NIEMOWLĄT O NISKIEJ MASIE URODZENIOWEJ (<2500G) DO WSZYSTKICH ZGONÓW NIEMOWLĄT.



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych PZH i GUS.

Przyczyną 32% zgonów dzieci do lat 5. było w 2008 r. wcześniactwo i związane z tym faktem problemy zdrowotne (w krajach UE wyższy niż w Polsce poziom śmiertelności w wyniku wcześniactwa wystąpił tylko w Wielkiej Brytanii, Grecji i Danii). W 2010 r. w Polsce 7 na 1 000 dzieci urodziło się między 31. a 28. miesiącem ciąży, zaś 4,5 urodzeń na 1 000 nastąpiło przed 28. tygodniem ciąży²¹. Kolejną przyczyną zgonów są wady wrodzone odpowiedzialne za 31% zgonów dzieci do lat 5 (dane z 2008 r.). Dokładne zestawienie przyczyn zgonów dzieci do lat 4 w roku 2009 podsumowano w tabeli 5.

TABELA 5. LICZBA ZGONÓW DZIECI DO 1. ROKU ŻYCIA ORAZ W WIEKU 1–4 LAT WG PRZYCZYN.

Przyczyny zgonu	dzieci do 1.r.ż.		dzieci w wieku 1–4 lat		RAZEM
	Chł.	Dz.	Chł.	Dz.	
Stany rozpoczynające się w okresie okołoporodowym	721	553	2	2	1 278
Wady rozwojowe wrodzone	388	335	37	48	808
Objawy, cechy chorobowe i nieprawidłowe wyniki badań klinicznych i laboratoryjnych	70	42	5	4	121
Zewnętrzne przyczyny zgonu, w tym:	18	17	38	34	
wypadki komunikacyjne	5	2	13	11	
zabójstwa	2	4	1	2	107
Choroby układu oddechowego, w tym:	36	32	18	12	
zapalenie płuc	31	29	11	7	98
Choroby zakaźne i pasożytnicze, w tym:	32	19	17	13	
zapalenie meningokokowe	5	1	3	0	
posocznica	25	15	12	9	81
Nowotwory, w tym:	10	13	21	18	
białaczka	3	3	10	5	62
Choroby układu nerwowego	8	7	12	10	37
Choroby układu krążenia	4	4	10	6	24
Zaburzenia wydzielania wewnętrznego, stanu odżywiania i przemiany metabolicznej	5	2	8	2	17
Choroby układu trawiennego	1	3	3	4	11
Choroby układu moczowo-płciowego	2	0	1	3	6
Choroby krwi i narządów krwiotwórczych	3	1	0	1	5

Źródło: GUS (2011), *Rocznik demograficzny*.

Śmiertelność noworodków zależy również od tego, czy pochodzą z ciąży pojedynczej czy mnogiej. W przypadku ciąż pojedynczych, współczynnik śmiertelności noworodków wyniósł w Polsce w 2008 r. 4,2 na 1 000 żywych urodzeń, zaś wśród dzieci z ciąż mnogich był blisko 8-krotnie wyższy i wynosił 31,6. Jest to jeden z najwyższych poziomów w Europie, tylko Łotwa i Estonia notują wyższą śmiertelność w tej grupie noworodków (odpowiednio 32,3 i 32,9). Najniższy współczynnik śmiertelności noworodków pochodzących z ciąż mnogich odnotowano w Luksemburgu (6,6 na 1 000) i Niemczech (8,5 na 1 000)²².

1.9. Zespół nagłego zgonu niemowląt

Zespół Nagłego Zgonu Niemowląt, inaczej zwany śmiercią łóżeczkową (SIDS — Sudden Infant Death Syndrome, cot death), jest to nagła śmierć niemowlęcia do 1. roku życia, której nie wyjaśnia badanie autopsyjne, badanie miejsca śmierci ani analiza wywiadu klinicznego. Jest powodem aż 25% zgonów dzieci w wieku od 1. miesiąca do 1. roku życia w krajach uprzemysłowionych²³. Etiologia SIDS nie została do końca poznana. Uznaje się, że jego przyczyny leżą po stronie czynników środowiskowych i genetycznych. Do czynników środowiskowych zalicza się: palenie papierosów i picie alkoholu w okresie ciąży (w szczególności w pierwszym tryestrze), zaniedbania opieki medycznej w okresie prenatalnym, przedwczesny poród i niską wagę urodzeniową, jak również ekspozycję dziecka na dym papierosowy po urodzeniu, zbyt miękki materac w łóżku dziecka, wyziębienie lub przegrzanie dziecka, jak również spanie z dzieckiem w jednym łóżku²⁴.

Badania prowadzone wśród personelu medycznego (położnych i pielęgniarek) pokazały, że ich wiedza nt. SIDS jest niewystarczająca, zarówno pod względem znajomości czynników ryzyka, jak i sposobów zapobiegania²⁵.

1.10. System opieki zdrowotnej

Profilaktyczna, powszechna, wysokiej jakości opieka zdrowotna nad dzieckiem stanowi jeden z najbardziej istotnych aspektów zapewnienia dzieciom, szczególnie dzieciom najmłodszym, dobrego stanu zdrowia. Stwarza możliwość wczesnego wykrycia zaburzeń czy nieprawidłowości, przez co może niwelować ich długofalowe konsekwencje. W Polsce istnieje kompleksowy system opieki nad matką i dzieckiem do lat 3. Szczegółowy wykaz realizacji świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej znajdują się w rozporządzeniu z dnia 29 sierpnia 2009 r. (wraz z późniejszymi zmianami) w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej²⁶. Świadczenia gwarantowane obejmują m.in.:

- świadczenia lekarza podstawowej opieki zdrowotnej,
- świadczenia pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej,
- świadczenia położnej podstawowej opieki zdrowotnej.

TABELA 6. ŚWIADCZENIA GWARANTOWANE DLA MAŁYCH DZIECI.

Wiek dziecka	Świadczenia gwarantowane lekarza podstawowej opieki zdrowotnej
do 4. tygodnia życia	Porada patronażowa lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, obejmująca badanie podmiotowe i przedmiotowe, z uwzględnieniem rozwoju fizycznego, pomiaru i monitorowania obwodu głowy, oceny żółtaczki, podstawowej oceny stanu neurologicznego oraz badania przedmiotowego w kierunku wykrywania wrodzonej dysplazji stawów biodrowych.
2.–6. miesiąc życia (w terminach odpowiadających szczepieniom ochronnym)	1. Badanie lekarskie podmiotowe i przedmiotowe, z uwzględnieniem rozwoju fizycznego (pomiar: masy i długości ciała, obwodu głowy i klatki piersiowej), przebytych schorzeń oraz zapobiegania krzywicy. 2. Ocena wielkości ciemienia przedniego. 3. Ocena stanu neurologicznego. 4. Określenie wieku zębowego. 5. U chłopców badanie obecności jąder w mosznie. 6. Przeprowadzenie testu rozwoju reakcji słuchowych — w przypadku nieprawidłowego wyniku testu lub stwierdzenia przynależności do grupy ryzyka uszkodzenia słuchu skierowanie do specjalistycznej diagnostyki audiologicznej lub foniatrycznej. 7. Ocena obecności czynników ryzyka uszkodzenia słuchu. 8. Badanie przedmiotowe w kierunku wykrywania wrodzonej dysplazji stawów biodrowych.
9. miesiąc życia	1. Badanie lekarskie podmiotowe i przedmiotowe, z uwzględnieniem tempa rozwoju fizycznego (pomiar: masy i długości ciała, obwodu głowy i klatki piersiowej) i psychomotorycznego. 2. Ocena wykonania szczepień ochronnych zgodnie z kalendarzem szczepień. 3. Przeprowadzenie testu rozwoju reakcji słuchowych.
12. miesiąc życia	1. Badanie lekarskie podmiotowe i przedmiotowe, z uwzględnieniem tempa rozwoju fizycznego (pomiar: masy i długości ciała, obwodu głowy i klatki piersiowej) i psychomotorycznego. 2. Ocena wykonania szczepień ochronnych, zgodnie z kalendarzem szczepień. 3. Ocena wielkości blizny po szczepieniu BCG. 4. Przeprowadzenie testu rozwoju reakcji słuchowych. 5. Ocena obecności nowych czynników ryzyka uszkodzenia słuchu. 6. Pomiar ciśnienia tętniczego krwi.
2–letnie	Profilaktyczne badanie lekarskie (tzw. bilans zdrowia), obejmujące: 1) badanie lekarskie podmiotowe i przedmiotowe, ze szczególnym uwzględnieniem tempa rozwoju fizycznego (pomiar: masy i długości ciała), w tym określenie współczynnika masy ciała (Body Mass Index - BMI), i psychomotorycznego oraz przebytych schorzeń; 2) ocenę wykonania szczepień ochronnych zgodnie z kalendarzem szczepień; 3) ocenę obecności czynników ryzyka uszkodzenia słuchu; 4) przeprowadzenie testu rozwoju reakcji słuchowych oraz ocenę rozwoju mowy; 5) test Hirschberga w kierunku wykrywania zezów; 6) pomiar ciśnienia tętniczego krwi.

Wiek dziecka	Świadczenia gwarantowane pielęgniarce podstawowej opieki zdrowotnej
0–6. miesiąc życia	1. Wykrywanie zaburzeń rozwoju fizycznego — pomiary: masy i długości ciała, obwodu głowy i klatki piersiowej. 2. Podstawowa ocena rozwoju psychomotorycznego. 3. Orientacyjne badanie wzroku.
3.–4. miesiąc życia	Wizyta patronażowa pielęgniarce podstawowej opieki zdrowotnej mająca na celu: 1) przeprowadzenie instruktażu w zakresie pielęgnacji niemowlęcia, w tym karmienia piersią, pielęgnacji jamy ustnej; 2) w razie stwierdzenia nieprawidłowości — rozpoznanie problemów zdrowotnych i społecznych rodziny.
w 9. miesiącu życia	1. Wykrywanie zaburzeń rozwoju fizycznego — pomiary: masy i długości ciała, obwodu głowy i klatki piersiowej. 2. Orientacyjna ocena rozwoju psychomotorycznego. 3. Orientacyjne badanie wzroku i słuchu. 4. Wizyta patronażowa pielęgniarce podstawowej opieki zdrowotnej w przypadku, gdy w czasie poprzedniej wizyty stwierdzono zaburzenia stanu zdrowia dziecka.
w 12. miesiącu życia	1. Wykrywanie zaburzeń rozwoju fizycznego — pomiary: masy i długości ciała, obwodu głowy i klatki piersiowej, w tym określenie współczynnika masy ciała (Body Mass Index - BMI). 2. Orientacyjna ocena rozwoju psychomotorycznego. 3. Orientacyjne badanie wzroku i słuchu. 4. Pomiar ciśnienia tętniczego krwi.
2–4latnie	1. Wykrywanie zaburzeń rozwoju fizycznego — pomiary: masy i długości ciała, w tym określenie współczynnika masy ciała (Body Mass Index - BMI). 2. Orientacyjna ocena rozwoju psychomotorycznego. 3. Orientacyjne badanie słuchu. 4. Test Hirschberga w kierunku wykrywania zezów. 5. Pomiar ciśnienia tętniczego krwi.

Wiek dziecka	Świadczenia gwarantowane położnej podstawowej opieki zdrowotnej
	Świadczenia gwarantowane położnej podstawowej opieki zdrowotnej obejmują: • wizytę realizowaną w warunkach ambulatoryjnych; • wizytę realizowaną w domu świadczeniobiorcy, w przypadkach uzasadnionych medycznie; • wizytę patronażową, • wizytę profilaktyczną.
do 4. doby życia	1. W przypadku porodu fizjologicznego prowadzonego samodzielnie przez położną — badanie przedmiotowe dziecka, z uwzględnieniem oceny stanu ogólnego bezpośrednio po urodzeniu według skali Apgar. 2. Wprowadzenie postępowania umożliwiającego tworzenie więzi matki z dzieckiem i prawidłowe rozpoczęcie karmienia piersią. 3. Wykonanie pomiarów masy i długości ciała, obwodu głowy i klatki piersiowej. 4. Profilaktyka zakażeń przedniego odcinka oka.
w 1.–6. tygodniu życia	1. Wizyty patronażowe położnej (co najmniej 4), mające na celu: a) opiekę nad noworodkiem lub niemowlęciem, w tym: – obserwację i ocenę rozwoju fizycznego w zakresie: adaptacji do środowiska zewnętrznego, stanu skóry i błon śluzowych, pępka, wydalín, wydzielín, rozwoju psychoruchowego, funkcjonowania narządów zmysłów, – ocenę odruchów noworodka, sposobu oraz technik karmienia, – wykrywanie objawów patologicznych, – ocenę relacji rodziny z noworodkiem; b) prowadzenie edukacji zdrowotnej i udzielanie porad w zakresie: pielęgnacji noworodka, karmienia piersią, szczepień ochronnych, badań profilaktycznych, opieki medycznej, socjalnej oraz w zakresie laktacji, kontroli płodności, samoopieki; c) promowanie zachowań prozdrowotnych rodziców; d) identyfikowanie czynników ryzyka w rodzinie; e) formułowanie diagnozy i ustalanie hierarchii podejmowanych działań. 2. Po zakończeniu wizyt patronażowych położna przekazuje opiekę nad niemowlęciem pielęgniarce podstawowej opieki zdrowotnej.

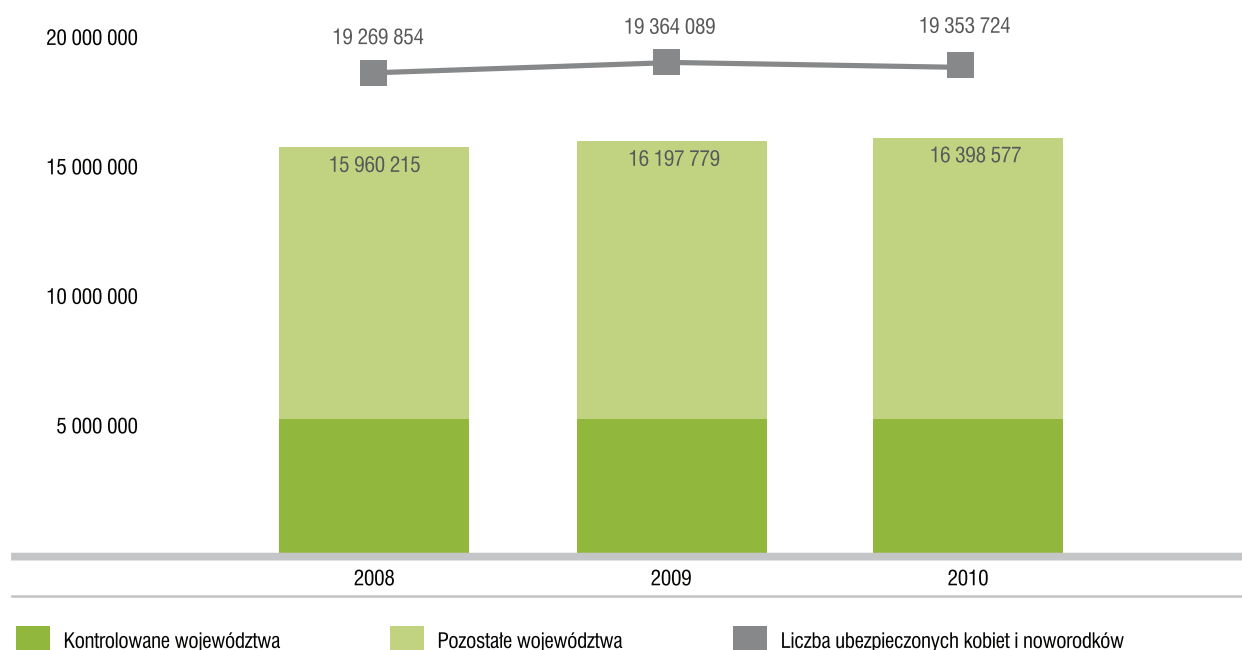
Źródło: opracowanie własne.

1.11. Realizacja opieki zdrowotnej – wybrane aspekty

Wizyty patronażowe

Jednym z gwarantowanych świadczeń zdrowotnych w ramach opieki nad noworodkiem są wizyty patronażowe położnej, pielęgniarce i lekarza. Z badań przeprowadzonych w 2008 r. przez Zakład Ochrony i Promocji Zdrowia Dzieci i Młodzieży Instytutu Matki i Dziecka²⁷ wynika, że realizację wizyt patronażowych położnej potwierdziło 92% rodziców, a patronażu lekarza — 79,4% rodziców. Również raport z kontroli przeprowadzonej w roku 2010 przez Najwyższą Izbę Kontroli w 5 województwach (dolnośląskim, lubuskim, małopolskim, opolskim i śląskim) podaje, iż większość noworodków jest objęta opieką położnej środowiskowej, choć wskazuje na bardzo duże zróżnicowanie regionalne²⁸. Na przykład w województwie opolskim w latach 2008–2010 wizytami patronażowymi położnej środowiskowej objętych było zaledwie 54,5% ubezpieczonych kobiet i noworodków, głównie w wyniku braków kadrowych.

WYKRES 6. LICZBA KOBIET I NOWORODKÓW OBJĘTYCH OPIEKĄ POŁOŻNEJ PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ W KRAJU I W KONTROLOWANYCH WOJEWÓDZTWACH.



Źródło: Dane zbiorcze z oddziałów wojewódzkich i centrali NFZ za lata 2008–2010.²⁹

Aby rodzina została objęta opieką w postaci wizyt patronażowych, musi złożyć deklarację wyboru położnej podstawowej opieki zdrowotnej. Z raportu NIK wynika, że zdecydowana większość ubezpieczonych kobiet złożyła deklaracje wyboru położnej (w kontrolowanych województwach — 83,2%, w kraju — 84,7%). Nie oznacza to jednak objęcia ich rzeczywistą opieką położnej. Wyniki ankiety przeprowadzonej wśród pacjentek 22 kontrolowanych przez NIK świadczeniodawców wskazują, że większość pacjentek kojarzy opiekę położnej wyłącznie z opieką w okresie porodu i nad noworodkiem, nie mając wiedzy o pełnym zakresie przysługujących świadczeń. Większość respondentek nie знаła adresu i numeru telefonu położnej.

Jeśli chodzi o zakres wykonywanych podczas wizyt patronażowych zadań, to z raportu NIK wynika, że nie zawsze jest on pełny. W badanej przez NIK dokumentacji dotyczącej opieki w formie wizyt patronażowych, brakowało przede wszystkim opisu przebiegu opieki nad noworodkiem, w tym: obserwacji i oceny rozwoju fizycznego w zakresie adaptacji do środowiska zewnętrznego, stanu skóry i błon śluzowych, rozwoju psychoruchowego oraz funkcjonowania narządów zmysłów, oceny odruchów noworodka, sposobu i technik karmienia, wykrywania objawów patologicznych, oceny relacji rodziny z noworodkiem. Zważywszy na fakt, że wizyty patronażowe prowadzone w środowisku domowym są uznawane za sprawdzoną formę wczesnej profilaktyki zdrowotnej oraz wczesnego wykrywania ryzyka krzywdzenia, braki w dokumentacji w wyżej wymienionych obszarach są szczególnie niepokojące.

Pomimo zastrzeżeń NIK co do prawidłowości i jakości wizyt patronażowych, aż 95,5% ankietowanych pacjentek, u których w czerwcu 2010 r. została przeprowadzona wizyta patronażowa, oceniło wizyty bardzo dobrze lub dobrze. Zgłaszane przez pacjentki uwagi dotyczyły przede wszystkim pośpiechu położnej oraz stosunkowo niewielkiej uwagi przywiązywanej do stanu zdrowia samej matki, w tym zwłaszcza problemów laktacyjnych. Według NIK tak dobra ocena pracy położnej przez pacjentki może być wynikiem z jednej strony dobrego kontaktu osobistego położnej, a z drugiej — braku wiedzy pacjentek co do właściwego wykonania i dokumentowania wizyt patronażowych.

Badania profilaktyczne

Z badań przeprowadzonych w 2008 r. przez Zakład Ochrony i Promocji Zdrowia Dzieci i Młodzieży Instytutu Matki i Dziecka w 145 poradniach wśród lekarzy, pielęgniarek i rodziców dzieci do 6. roku życia wynika, że wszystkie poradnie powiadamiały rodziców o konieczności zgłoszenia się z dzieckiem na szczepienie czy badanie profilaktyczne³⁰. W przypadku niezgłoszenia się rodziców w celu wykonania obowiązkowego szczepienia dziecka, we wszystkich poradniach rodzice byli powiadamiani powtórnie: najczęściej telefonicznie (89%) oraz drogą pocztową (59%). Większość rodziców (74%) podała, że zgłasza się na pierwsze zawiadomienie dotyczące szczepienia ochronnego lub bilansu zdrowia.

Według informacji uzyskanych od lekarzy, średni odsetek niemowląt poddanych badaniom profilaktycznym wynosił od 83% w 9. miesiącu życia do 98% w 2.–6. miesiącu życia. Jednocześnie między poradniami występowały bardzo duże różnice dotyczące odsetka niemowląt badanych profilaktycznie w wieku 9 i 12 miesięcy. W niektórych poradniach tylko 10% niemowląt w wieku 9 miesięcy było objętych badaniami.

TABELA 7. PROFILAKTYCZNE BADANIA LEKARSKIE NIEMOWLĄT (WEDŁUG INFORMACJI LEKARZY) W 2008 R.		
Badanie profilaktyczne w wieku:	% dzieci objętych badaniem	
	Średnia	Zakres procentowy
2–6 miesiąc życia (w terminach szczepień)	98	60–100
9. miesiąc życia	83	10–100
12. miesiąc życia	94	20–100

Źródło: Jodkowska M., Oblacińska A., Mikiel–Kostyra K. (2009), *Wstępna analiza profilaktycznej opieki nad dziećmi w wieku niemowlęcym, poniemowlęcym i przedszkolnym – wybrane problemy*, Problemy Higieny Epidemiologicznej, nr 90(3).

Również w przypadku badań bilansowych u dzieci w wieku 2, 4 i 6 lat, nie wszystkie dzieci w przewidzianych okresach były takim badaniom poddane. Największe różnice zanotowano w przypadku badań bilansowych dwulatków. Istniały placówki, w których zaledwie 20% dzieci w wieku 2 lat przeszło takie badanie we właściwym terminie.

TABELA 8. PROFILAKTYCZNE BADANIA LEKARSKIE DZIECI DO 6 LAT (ODSETKI ZBADANYCH).		
Bilans w wieku:	Średnia %	Zakres procentowy
2 lat	85	20–100
4 lat	80	35–100
6 lat	90	50–100

Źródło: Jodkowska M., Oblacińska A., Mikiel–Kostyra K. (2009), *Wstępna analiza profilaktycznej opieki nad dziećmi w wieku niemowlęcym, poniemowlęcym i przedszkolnym – wybrane problemy*, Problemy Higieny Epidemiologicznej, nr 90(3).

Jeśli chodzi o czas trwania badania bilansowego, to według danych uzyskanych od rodziców, na przeprowadzenie jednego bilansu zdrowia dzieci w różnym wieku lekarze poświęcali średnio 17 minut. Jednakże ponad połowa bilansów trwała, zdaniem rodziców, 10–15 minut (56,8%), natomiast blisko 4% bilansów przeprowadzono w czasie krótszym niż 10 minut. Wszyscy lekarze wykonujący badania bilansowe deklarowali, że informowali rodziców o wynikach badania ich dzieci, potwierdziła to większość (94%) rodziców. W opinii większości rodziców lekarz podawał zalecenia dotyczące postępowania w przypadku stwierdzonych zaburzeń (89%) oraz przekazywał ustnie podsumowanie badania bilansowego dziecka

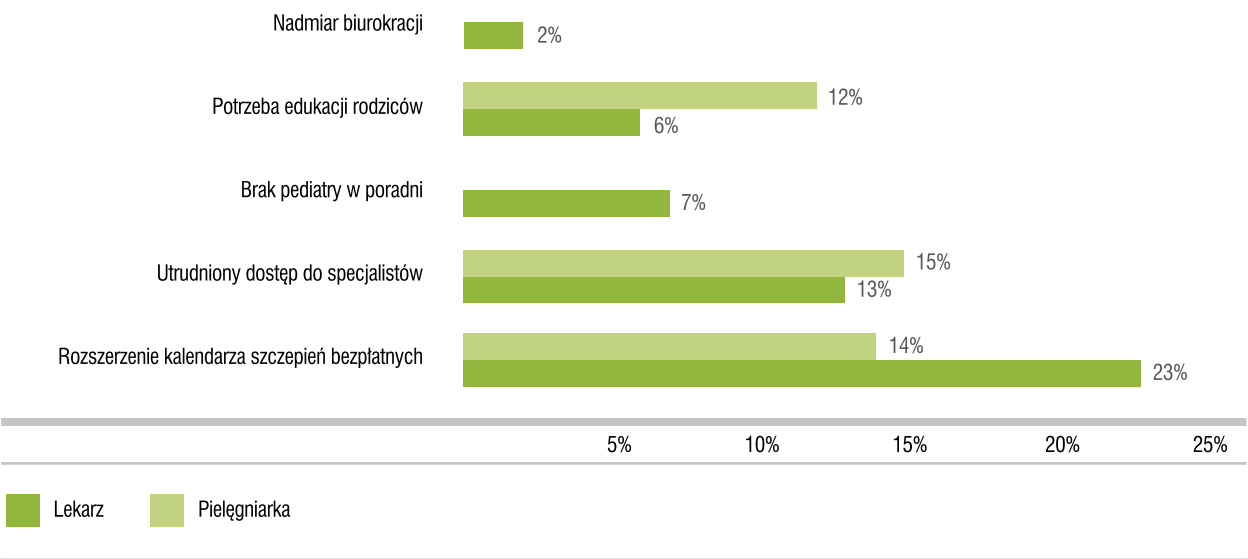
(85%). Prawie wszyscy ankietowani rodzice (92%) uznali informacje otrzymane od lekarza podczas wizyty profilaktycznej za przydatne.

W odpowiedzi na pytanie o trudności w prowadzeniu badań bilansowych 44% ankietowanych lekarzy wymieniała różne trudności (głównie organizacyjne, techniczne, merytoryczne). Połowa tej grupy jako utrudnienie podawała niezadowalającą współpracę z rodzicami, 19% — brak czasu na dokładne wykonywanie badań (głównie z powodu braków kadrowych i zbyt dużej liczby dzieci na liście aktywnej), a 7% — brak pediatry w zespole poradni (byli to lekarze rodzinni i innych niż pediatria specjalności). Inne odpowiedzi dotyczyły m.in. trudności lokalowych i organizacyjnych, braków w sprzęcie do wykonywania testów przesiewowych.

Natomiast pielęgniarki w odpowiedzi na pytanie dotyczące trudności najczęściej wskazywały na niezadowalającą współpracę z rodzicami (56%), zbyt mało czasu na wykonywanie zadań (21%), nadmiar dokumentacji (17%), dużą rozległość terenu, w którym pielęgniarki rodzinne pełnią swe zadania (12%), złą bazę lokalową poradni (7%).

Spośród opisywanych przez lekarzy (69% respondentów) problemów wymagających pilnego rozwiązania, najczęściej zgłaszano: potrzebę rozszerzenia szczepień bezpłatnych (23%), utrudniony dostęp do specjalistów (13%), brak w poradni lekarza pediatry (7%), niską świadomość rodziców (6%), nadmiar biurokracji (2%). Pielęgniarki uważały za równorzędne do rozwiązania następujące problemy: utrudniony dostęp do specjalistów (15%), konieczność rozszerzenia kalendarza szczepień o szczepienia zalecane (14%) oraz edukację rodziców (12%).

WYKRES 7. PROBLEMY W FUNKCJONOWANIU PROFILAKTYCZNEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ NAD DZIEĆMI, WYMAGAJĄCE PILNEGO ROZWIĄZANIA W OPINII LEKARZY I PIEŁĘGNIAREK (ODSETKI BADANYCH)



Źródło: Jodkowska M., Oblacińska A., Mikiel-Kostyra K. (2009), Wstępna analiza profilaktycznej opieki nad dziećmi w wieku niemowlęcym, poniemowlęcym i przedszkolnym – wybrane problemy, Problemy Higieny Epidemiologicznej, nr 90(3).

Rodziców proszono o określenie problemów w opiece zdrowotnej, którymi ich zdaniem należy najpilniej się zająć. Tylko co 6. rodzic jednoznacznie określił, że nie widzi takich problemów. Natomiast rodzice, którzy mieli zastrzeżenia do udzielanych im i dziecku świadczeń, najczęściej wskazywali na zbyt małą liczbę lekarzy pracujących w poradni oraz zbyt długi czas oczekiwania na wizytę oraz zbyt mało czasu na przeprowadzenie wizyty (10,8%). Wymieniali także złe warunki organizacyjno-lokalowe (7,5%; np. wspólne

wejściach dla dzieci zdrowych i chorych, przyjmowanie przez lekarza w tych samych godzinach przyjęć zarówno dzieci zdrowych, jak i chorych, brak punktu szczepień — wykonywanie szczepień na korytarzu). Rodzice skarżyli się też na problemy z uzyskaniem skierowania do lekarza specjalisty i badania laboratoryjne (6,4%). Część rodziców postulowała, by szczepienia zalecane były nieodpłatne (4%)³¹. Pomimo tych zastrzeżeń, średnia ocena świadczeń profilaktycznych przez rodziców wyniosła 4,4 (w skali od 1 do 5).

Szczepienia

Szczepienia są uznawane za najskuteczniejszą metodę zapobiegania i zwalczania chorób zakaźnych. Szczepienia w Polsce, ich zakres i kolejność podawania dziecku są regulowane w drodze ustawy o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi z 5 grudnia 2008 r. Ustawa ta nakłada na Głównego Inspektora Sanitarnego obowiązek corocznej aktualizacji tzw. Kalendarza Szczepień Ochronnych, będącego zbiorem zaleceń specjalistów chorób zakaźnych. Program Szczepień Ochronnych składa się z:

- szczepień obowiązkowych dzieci i młodzieży wg wieku,
- szczepień obowiązkowych osób narażonych w szczególny sposób na zakażenie,
- szczepień zalecanych.

Szczepienia obowiązkowe realizowane są bezpłatnie, w przypadku szczepień zalecanych konieczne jest zakupienie szczepionki przez osobę zainteresowaną, opiekuna lub instytucję sponsorującą szczepienie, natomiast badanie lekarskie kwalifikujące na szczepienie, podanie szczepionki oraz wydanie zaświadczenia o szczepieniu jest dla szczepionego bezpłatne.

Realizacja szczepień obowiązkowych w Polsce jest wysoka, sięga powyżej 90–95%, w niektórych województwach dochodząc do 100%³².

Pominięcie szczepień może być przejawem zaniedbań medycznych ze strony rodzica. Należy jednak zwrócić uwagę, że w Polsce od 2009 r. zyskuje na popularności ruch tzw. antyszczepionkowców, czyli rodziców, którzy uznają, że szczepienie dzieci może negatywnie wpłynąć na ich zdrowie i rozwój.

- 1 http://ec.europa.eu/health/indicators/echi/list/index_en.htm
- 2 Szamatulska K. (2010), *Stan zdrowia matek i dzieci w okresie okołoporodowym w Polsce na tle krajów Unii Europejskiej. Opracowanie na podstawie wskaźników Euro-Peristat*, Medycyna Wieku Rozwojowego, t. XIV, nr 2, s. 113–128.
- 3 Szamatulska K. (2010), *Stan zdrowia matek...*, *op.cit.*
- 4 European Perinatal Health Report (2008), www.europeristat.com
- 5 Oblacińska A., Jodkowska M., Mikiel-Kostyra K., Palczewska I. (2010), *Ocena rozwoju fizycznego dzieci i młodzieży. Cz. I. Niemowlęta i dzieci do 5 lat – normy krajowe czy standardy WHO?*, Medycyna Wieku Rozwojowego, t. XIV, nr 2, s. 95–100.
- 6 Jodkowska M., Oblacińska A., Mikiel-Kostyra K. (2009), *Wstępna analiza profilaktycznej opieki nad dziećmi w wieku niemowlęcym, niemowlęcym i przedszkolnym – wybrane problemy*, Problemy Higieny i Epidemiologii, nr 90 (3).
- 7 www.who.int/childgrowth/standards/en/
- 8 De Onis M., Woynarowska B. (2010), *Standardy WHO rozwoju fizycznego dzieci w wieku 0–5 lat i możliwości ich wykorzystania w Polsce*, Medycyna Wieku Rozwojowego, t. XIV, nr 2, s. 87–94.
- 9 GUS (2012), *Zdrowie i ochrona zdrowia w 2010 r.*
- 10 Urząd Statystyczny, Kraków (2011), *Zdrowie dzieci i młodzieży w Polsce w 2009 roku.*
- 11 *Kompleksowa ocena sposobu żywienia dzieci w wieku 13–36 miesięcy w Polsce, Wyniki badań 2010–2011*, Fundacja Nutricia i Instytut Matki i Dziecka, 2011.
- 12 De Onis M., Woynarowska B. (2010), *Standardy WHO...*, *op.cit.*
- 13 Majcher A., Czerwonogrodzka-Senczyzna A., Bielecka-Jasiocha J., Rumińska M., Witkowska-Sędek E. (2011), *Rozwój otyłości we wczesnym dzieciństwie – obserwacje*, Problemy Higieny Epidemiologicznej, nr 92 (2), s. 241–246.
- 14 De Onis M., Woynarowska B. (2010), *Standardy WHO...*, *op.cit.*
- 15 www.who.int/topics/breastfeeding/en/
- 16 Urząd Statystyczny, Kraków (2011), *Zdrowie dzieci i młodzieży w Polsce w 2009 roku.*
- 17 *Kompleksowa ocena sposobu żywienia...*, *op.cit.*
- 18 Dzieniszewski J., Szponar L., Szczygiel B., Socha J. (2001), *Podstawy naukowe żywienia w szpitalach*, Warszawa: Instytut Żywności i Żywienia.
- 19 Dobrzańska A., Lukas W., Socha J., Wąsowska-Królowska K., Chlebna-Sokół D., Milanowski A., Książek J., Szymankiewicz M., Charzewska J., Czech-Kowalska J., Weker H. (2009), *Polskie zalecenia dotyczące profilaktyki niedoborów witaminy D*, Klinika Pediatria – Szkoła Pediatrki cz. 13, nr 17 (5), s. 5117–5120.
- 20 *Zdrowie dzieci i młodzieży...*, *op.cit.*
- 21 GUS (2011), *Rocznik demograficzny.*
- 22 European Perinatal Health Report, *op.cit.*
- 23 Sadowska-Krawczyńska I. i in. (2008), *Wiedza położnych i pielęgniarek na temat zespołu nagłego zgonu niemowląt – badanie ankietowe*, Postępy Neonatologii, nr 1.
- 24 Narodowy Instytut Zdrowia USA, www.cdc.gov/nchs/
- 25 Sadowska-Krawczyńska I. i in. (2008), *Wiedza położnych...*, *op.cit.*
- 26 Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej, Dz.U. z 2009 r., Nr 139, poz. 1139.
- 27 Smoleń E., Mikiel-Kostyra K., Korzycka-Stalmach M., Wojdan-Gdek E. (2009), *Wybrane aspekty opieki profilaktycznej nad niemowlętami w podstawowej opiece zdrowotnej z uwzględnieniem aktualnych regulacji prawnych*, Problemy Higieny i Epidemiologii, nr 90, suplement 1.
- 28 NIK (2011), *Informacja o wynikach kontroli realizacji zadań położnych środowiskowych w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej*, Najwyższa Izba Kontroli Delegatura w Krakowie.
- 29 NIK (2011), *Informacja o wynikach kontroli realizacji zadań położnych środowiskowych w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej*, Najwyższa Izba Kontroli Delegatura w Krakowie.
- 30 Jodkowska M., Oblacińska A., Mikiel-Kostyra K. (2009), *Wstępna analiza...*, *op.cit.*
- 31 Mikiel-Kostyra K., Smoleń E., Korzycka-Stalmach M., Wojdan-Gdek E. (2011), *Wybrane aspekty zdrowotnej opieki profilaktycznej nad niemowlętami dziećmi do 6. roku życia opinii rodziców*, Pediatria Polska, t. 86, nr 2.
- 32 *Szczepienia ochronne w Polsce w 2009* (2010), Warszawa: Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego.

2. Małe dzieci z niepełnosprawnością

Z najnowszych, opublikowanych danych GUS, wynika, że w 2009 r.:

- w przedziale wiekowym 0–14 lat na 5 749,2 tys. dzieci w Polsce 179,8 tys., czyli 3,13%, to dzieci z niepełnosprawnością,
- w przedziale wiekowym 0–4 lat na 1 946,6 tys. dzieci 43,3 tys., czyli 2,2%, to dzieci z niepełnosprawnością (w mieście 2,7%, na wsi 1,5%)¹.

Wśród 43,3 tys. dzieci z niepełnosprawnością w przedziale wiekowym 0–4 lat (2,2% populacji do lat 4), dzieci niepełnosprawne prawnie i biologicznie stanowią 9,7 tys., czyli 1% populacji do lat 4; tylko prawnie 31,7 tys. (3%), a tylko biologicznie 2 tys. co stanowi 0,3%².

2.1. Wiek dziecka w chwili diagnozy niepełnosprawności i rodzaje niepełnosprawności

Diagnoza niepełnosprawności małego dziecka może być stwierdzona na różnym etapie rozwojowym od okresu prenatalnego i postnatalnego, poprzez wiek niemowlęcy i poniemowlęcy, do okresu przedszkolnego włącznie. Kończy się wydaniem orzeczenia o niepełnosprawności na czas określony (maksymalnie do 16. roku życia)³.

- **Okres prenatalny.** Powszechne i dostępne od wielu lat dla kobiet w ciąży badania ultrasonograficzne (USG) w aspekcie klinicznym mają charakter badań przesiewowych pozwalających na wykrycie pierwszych nieprawidłowości rozwojowych dotyczących zmian strukturalnych wad cewy nerwowej, takich jak: bezmózgowie, przepuklina mózgu i rdzenia, a także niedorozwoju czy zniekształceń kończyn czy innych organów. W standardzie medycznym (Rekomendacje Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego z maja 2004 r.) USG w ciąży wykonywane jest między: 11 a 14 tygodniem ciąży (Hbd); w 18–22 tygodniu ciąży i w 28–32 tygodniu. Ponadto kobiety z grupy ryzyka chorób genetycznych oraz powyżej 35. roku życia mają zagwarantowane prawnie badania prenatalne, które pozwalają na identyfikację nie tylko wad strukturalnych, ale także różnych zespołów genetycznych (Kwaśniewska 2007).
- **Okres postnatalny, niemowlęcy.** Wady rozwojowe u dziecka mogą być stwierdzone po jego urodzeniu (m.in. dotyczy to powikłań związanych z wcześniactwem). W miarę rozwoju mogą ujawniać się różne nieprawidłowości w obrębie sfery psychoruchowej dziecka. Na tym etapie niezwykle pomocne w ocenie ewentualnej niepełnosprawności, poza medycznymi badaniami specjalistycznymi, są badania odpowiednimi skalami. Należą do nich badania Skalą Brazeltona (NBAS), a także ocena rozwoju Dziecięcą Skalą Rozwojową (DSR). NBAS może być zastosowana do końca 2. miesiąca życia dziecka, natomiast DSR — od 3. miesiąca do ukończenia 3 lat. Obie skale, chociaż bardzo różne, umożliwiają całościową ocenę dziecka, pokazując nie tylko jego braki czy trudności, ale także mocne strony, zarówno w sferze psychoruchowej, jak i kompetencji społecznych (NBAS i DSR) czy możliwości samoregulacji (NBAS).
- **Dziecko w wieku poniemowlęcym i przedszkolnym.** Na tym etapie, w związku z rozszerzaniem relacji społecznych łatwiejsze jest zdiagnozowanie niepełnosprawności dziecka i podjęcie interwencji (jeśli nie miało to miejsca we wcześniejszym okresie) i wdrażanie dziecka w system edukacyjny. Orzeczenie o niepełnosprawności umożliwia korzystanie z różnych form integracji, nauczania specjalnego czy indywidualnego, które może mieć początek już na etapie nauczania przedszkolnego.

2.2. Rodzaje niepełnosprawności

Do szerokiej kategorii dzieci niepełnosprawnych zaliczamy, ze względu na rodzaj niepełnosprawności, dzieci:

- z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim, umiarkowanym lub znacznym (tu diagnoza ostatecznie kształtuje się na etapie oceny dojrzałości szkolnej). Co roku rodzi się w Polsce ponad 5 tys. dzieci z tym typem niepełnosprawności, jest to blisko połowa dzieci niepełnosprawnych (ok. 1% populacji dzieci w wieku 0–4 lata). Niepełnosprawność intelektualna jest stanem, nie chorobą — może być skutkiem nieprawidłowej budowy lub uszkodzenia mózgu; może jednocześnie występo-

wać z innymi rodzajami niepełnosprawności lub chorobami, takimi jak: epilepsja, autyzm, mózgowe porażenie dziecięce (PSOUU 2008);

- z obniżoną sprawnością sensoryczną (zmysłową) — z brakiem, uszkodzeniem lub zaburzeniem funkcji analizatorów zmysłowych, a w tym:
 - dzieci niewidome i słabowidzące — badanie w kierunku retinopatii wcześniaków (ROP — zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia od 1 stycznia 2007 r.) powinno być wykonane u wszystkich dzieci urodzonych poniżej 36. tygodnia ciąży. W Polsce ROP jest przyczyną ślepoty u 8,6% wcześniaków, a wczesne rozpoznanie i leczenie wpływa na zatrzymanie progresji zmian;
 - dzieci niesłyszące i słabosłyszące — od 2003 r. badania przesiewowe słuchu u noworodków⁴ obejmują ponad 97% rodzących się w Polsce dzieci. Ta sfera należy do jednej z najlepiej rozpoznanych i monitorowanych;
- z autyzmem — dzięki coraz większej świadomości problemu autyzm jest coraz wcześniej diagnozowany. Objawy preautystyczne można zdiagnozować już w pierwszym roku życia dziecka;
- z niepełnosprawnością ruchową — w tym obszarze ważne jest badanie przesiewowe stawów biodrowych noworodków w celu wykrycia wrodzonej dysplazji.

Zdarza się też, że u dziecka występuje kilka typów niepełnosprawności i wtedy mówimy o tzw. niepełnosprawności sprzężonej. Orzeczenie może zawierać więcej niż jeden symbol przyczyny niepełnosprawności, nie więcej jednak niż trzy symbole schorzeń, które w porównywalnym stopniu wpływają na zaburzenie funkcji organizmu.⁵

Nie zawsze łatwo jest określić **przyczyny niepełnosprawności**. Różne też są ich źródła. Można je podzielić na:

- **prenatalne**: nieprawidłowy przebieg ciąży, zaburzenia genetyczne, wada mózgu, choroby metaboliczne, choroby matki (np. różyczka, toksoplazmoza);
- **perinatalne**: poród przedwczesny, zbyt krótki lub przedłużający się nadmiernie, poród zabiegowy (vacuum, kleszcze), niedotlenienie, niska waga urodzeniowa (hipotrofia), uszkodzenie OUN, żółtaczka;
- **inne**: choroby i infekcje przebyte we wczesnym okresie życia (zapalenie opon mózgowych, odwodnienie), wypadki (ok. 70% wypadków dzieci w wieku do lat 5 ma miejsce w domu — upadki, oparzenia, zatrucia)⁶, wypadki komunikacyjne, zespół dziecka potrząsanego (SBS – Shaken Baby Syndrome) diagnozowany głównie u dzieci w 5–9 miesiącu życia, może prowadzić do trwałych uszkodzeń OUN i niepełnosprawności (w 2010 r. z powodu urazów głowy do szpitala trafiło 1 239 dzieci poniżej 1. r. ż.⁷).

2.3. Postęp i rozwój w dziedzinie wczesnej interwencji wobec małych dzieci ze specjalnymi potrzebami i ich rodzin

Raport opracowany przez Europejską Agencję Rozwoju Edukacji Dzieci ze Specjalnymi Potrzebami (European Agency for Development in Special Needs Education)⁸ podsumowuje postępy i przedstawia najważniejsze zmiany w obszarze wczesnej interwencji wobec dzieci ze specjalnymi potrzebami rozwojowymi oraz dzieci z grup ryzyka, jakie zaszły od roku 2005 w 19 krajach biorących udział w projekcie prowadzonym przez Agencję od 2003 r.

Model wczesnej interwencji rekomendowany przez autorów raportu bazuje na kontekstowej ocenie i strategii wspierania dzieci niepełnosprawnych, przyjmując szeroką perspektywę uwzględniającą zarówno dziecko, jak też jego rodzinę i środowisko. Tym samym rozwiązania służące poprawie jakości świadczeń dla rodzin i ich dzieci ze specjalnymi potrzebami nie koncentrują się na obszarze pomocy medycznej, lecz na profilaktyce i wspieraniu rodzin ryzyka.

Mówią mamy

Miałam cesarkę, po wybudzeniu lekarka powiedziała mi o wadach córki (...). Czułam się okropnie, chciałam umrzeć, miałam najgorsze myśli. (...) Wiem, że nigdy się z tym nie pogodzę i nie wiem, czy pokocham Oliwkę, bo niby dlaczego. Kiedy na nią patrzę to odchciewa mi się wszystkiego. Wiem, że to nie jej wina, że się taka urodziła, ale dlaczego nam?

Wpis na forum internetowym
www.forum.gazeta.pl

Zgodnie z tymi założeniami przyjęto definicję wczesnej interwencji, którą określono jako zbiór świadczeń i usług skierowanych do bardzo małych dzieci ich rodzin, dostępnych na życzenie w określonym momencie życia dziecka i obejmujących każde działanie podjęte w sytuacji, gdy dziecko potrzebuje specjalnego wsparcia po to, aby:

- zapewnić mu osobisty rozwój i wspomóc jego przebieg,
- wzmocnić umiejętności i możliwości jego rodziny,
- wesprzeć integrację społeczną dziecka i jego rodziny.

Podsumowując Polskę na tle innych krajów europejskich, w oparciu o raport dotyczący postępów i najważniejszych zmian, jakie dokonały się w dziedzinie wczesnej interwencji od roku 2005, należy zaznaczyć, że:

- we wszystkich krajach, których raport dotyczy (w tym w Polsce) dokonały się zmiany systemowe w odniesieniu do pięciu elementów kluczowych parametrów wczesnej interwencji: dostępności, bliskości, przystępności finansowej, interdyscyplinarności i zróżnicowania świadczeń;
- pomimo wysiłków, jakie podjęto we wszystkich krajach, oraz widocznych na każdym poziomie korzystnych zmian, potrzebne są dalsze działania służące temu, aby wypełnić podstawową zasadę wczesnej interwencji — prawo każdego dziecka i jego rodziny do otrzymania potrzebnej im pomocy.

W raporcie końcowym, poza uwagami ogólnymi, Polska została wymieniona kilka razy szczegółowo:

- W Polsce dzieci otrzymują wsparcie jedynie w oparciu o podstawową diagnozę lekarską, a niekoniecznie w odpowiedzi na ich specjalne potrzeby rozwojowe i edukacyjne.
- Polska jest wymieniona wśród państw, w których dzieci niepełnosprawne cieszą się przywilejem pierwszeństwa przy przyjmowaniu do placówek przedszkolnych (w części krajów nie ma potrzeby prawnego uprzywilejowania, gdyż wszystkie dzieci mają prawo do edukacji przedszkolnej po ukończeniu określonego roku życia).
- W Polsce (obok Węgier i Słowenii) nie ma ogólnie ustalonych standardów jakości świadczeń wczesnej interwencji.
- W porównaniu z innymi krajami europejskimi, w Polsce najwyższy procent dzieci z wadami wrodzonymi potrzebuje wczesnej interwencji (Grzybowska 2009).

Pomimo odnotowanego postępu, w raporcie wyspecyfikowane zostały istotne problemy i dysfunkcje dotyczące wczesnej interwencji wobec dzieci ze specjalnymi potrzebami i ich rodzin:

- Problemem dla rodzin jest nie tyle dostęp do informacji, co ich selekcja i wyodrębnienie informacji przydatnych z punktu widzenia potrzeb konkretnego dziecka i jego rodziny, szczególnie potrzeba wsparcia w tej kwestii dla rodzin ubogich i z niskim wykształceniem, przekaz informacji zrozumiałym językiem.
- Nawarstwienie problemów — takich jak niepełnosprawność dziecka, trudne otoczenie społeczne, problemy psychiczne (depresja poporodowa), przemoc w rodzinie — wymaga szczególnie wnikliwej analizy, gdyż trudno oddzielić uwarunkowania fizyczne samego dziecka od uwarunkowań środowiskowych. Trudno ocenić, co jest pierwotne, a co wtórne.
- Sformułowanie jasnych kryteriów udzielania świadczeń i zagwarantowanie rodzinom dostępu do odpowiedniej pomocy i wsparcia pozostaje nadal wezwaniem.
- Za mało świadczeń realizowanych jest w domu (np. w Bawarii niemal 50% świadczeń wczesnego wspomaganie realizowanych jest w środowisku domowym).
- Zbyt późno diagnozowane są dzieci z kręgu np. całościowych zaburzeń rozwojowych. Czas oczekiwania na diagnozę nierzadko sięga roku i dłużej.
- Można lepiej wykorzystać diagnostycznie wizyty położnej środowiskowej oraz bilanse w pierwszych latach życia dziecka.
- Rodziny, które najbardziej potrzebują systemu opieki najrzadziej z niego korzystają.
- Świadczenia i usługi wczesnej interwencji są zbyt scentralizowane. Decentralizacja umożliwia: zapewnienie takiej samej jakości usług bez względu na miejsce zamieszkania; uniknięcie dublowania się świadczeń oraz podejmowania nieistotnych lub niewłaściwych form interwencji.

- Problemowi „nadmiaru informacji” lub „zbyt wielu świadczeń i opcji do wyboru” mogą zaradzić różne rozwiązania służące koordynacji świadczeń i gromadzenia informacji w jednej bazie. System informacji oświatowej (SIO) w Polsce działający od 2005 roku pozwala coraz rzetelniej i precyzyjniej zbierać dane również z obszaru wczesnego wspomagania rozwoju.
- Potrzebne są dalsze wysiłki i zmiany, by publiczny sektor wczesnej interwencji dobrze działał i zapewniał jednakową jakość świadczenia na terenie całego kraju; by rodzice byli traktowani jak partnerzy, uczestniczyli w podejmowaniu decyzji o kształcie planu wczesnej interwencji, a następnie w jego realizacji.
- Potrzebne są fundusze na szkolenia przygotowujące do współpracy interdyscyplinarnej oraz zebrania zespołów. Interdyscyplinarność jest podstawą wczesnej interwencji oraz pomaga w koordynacji pracy międzyresortowej. Wart uwagi jest fakt, że np. w Holandii niektóre kierunki studiów uwzględniają przygotowanie do pracy w zespołach interdyscyplinarnych (lekarz rehabilitacji, nauczyciel wspomagający itp.), podczas gdy w innych krajach nie ma ich wcale. Szkolenia, poza współpracą interdyscyplinarną i doskonaleniem zawodowym, powinny też obejmować pogłębianie umiejętności współpracy z rodzinami.

Mówią mamy

Opóźnienie w rozwoju – taki wyrok w środę usłyszałam. Na razie o 4 miesiące. Jest na poziomie półrocznego dziecka, a ma prawie 10 miesięcy. Rehabilitant mówił, że ćwiczył wiele dzieci, ale z żadnym mu nie szło tak opornie. (...) Amelka nie raczkuje, nie siedzi pewnie, nie siada, nie stoi z podparciem. Tzn. nie robi nic :((...) A wszystko przez nieprawidłowo poprowadzony poród. (...) Najbardziej jestem zła, że nie zauważyłam wszystkiego od razu. Gdybym wcześniej zwróciła uwagę na to, że jest źle, a rehabilitacja nie przynosi efektu, może już by było po sprawie. Lekarze mówili, że jest dobrze. (...) Teraz dziecko jest już duże i mało można zrobić. Jestem wściekła i bardzo mi źle.

*Wpis na forum internetowym
www.forum.gazeta.pl*

Konkluzją raportu są trzy rekomendacje służące zapewnieniu opieki wszystkim dzieciom i rodzinom potrzebującym wczesnej interwencji:

1. Rozwiązania systemowe i wydawane zalecenia powinny umożliwiać dostęp do świadczeń wczesnej interwencji wszystkim dzieciom i rodzinom na możliwie najwcześniejszym etapie, tak szybko po zdiagnozowaniu potrzeby, jak to tylko możliwe.
2. Świadczenia wczesnej interwencji powinny być tak zorganizowane, by odpowiadać na potrzeby rodzin i dzieci, a nie odwrotnie. Dzieci i ich rodziny powinny znajdować się w centrum wszystkich działań podejmowanych w procesie wczesnej interwencji. W jego przebiegu należy uwzględniać życzenia rodziny i zapewnić jej możliwość dokonywania wyborów.
3. Należy przywiązywać dużą wagę do wymiany informacji pomiędzy specjalistami oraz przekazywania rodzinom rzetelnej wiedzy. Na świadczeniodawcach powinna spoczywać odpowiedzialność za zapewnienie wszystkim rodzinom dostępu do precyzyjnych i potrzebnych im w danym momencie informacji.

Tak sformułowane rekomendacje są dobrym punktem wyjścia do bardziej szczegółowych działań na rzecz rodzin mających dziecko z niepełnosprawnością.

1 GUS (2011), *Stan zdrowia ludności Polski w 2009*.

2 Rozróżnienie między niepełnosprawnością prawną i biologiczną bazuje na definicjach, które są podstawą do orzekania o niepełnosprawności dziecka przez odpowiednie organy:

Za niepełnosprawną, w znaczeniu prawnym, uważa się osobę, której „stan fizyczny, psychiczny lub umysłowy trwale lub okresowo utrudnia, ogranicza lub uniemożliwia wypełnianie ról społecznych, a w szczególności zdolności do wykonywania pracy zawodowej”.

Za niepełnosprawne biologicznie (subiektywnie) uznaje się dzieci i młodzież, „których sprawność fizyczna lub psychiczna, niezbędna do realizacji zadań życiowych jest mniejsza w porównaniu z możliwościami dzieci w zbliżonym wieku i poważnie utrudnia lub uniemożliwia im normalne funkcjonowanie”. Zob.: Ustawa z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz.U. 1997 r. Nr 123, poz. 776 ze zm.).

3 Zob.: Ustawa z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz.U. 1997 r. Nr 123, poz. 776 ze zm.).

4 Z inicjatywy Polskiego Towarzystwa Neonatologicznego, dzięki sprzętowi dostarczonemu przez Fundację Wielkiej Orkiestry Świątecznej Pomocy.

5 Rozporządzenie Ministra Gospodarki, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 15 lipca 2003 r. w sprawie orzekania o niepełnosprawności i stopniu niepełnosprawności.

6 Dane IMiD, http://www.enhis.pl/index.php/main/index/2-1-2-4/Wypadki_w_domu.html

7 Dane NFZ.

8 EADSNE (2010). W projekcie w latach 2009–2010 wzięły udział: Austria, Belgia, Cypr, Czechy, Dania, Estonia, Finlandia, Francja, Grecja, Hiszpania, Holandia, Irlandia, Islandia, Litwa, Luksemburg, Łotwa, Malta, Niemcy, Norwegia, Polska, Portugalia, Słowenia, Szwajcaria, Szwecja, Węgry, Wielka Brytania (Anglia i Irlandia Północna).

3. Wypadki i urazy wśród niemowląt, małych dzieci i dzieci w wieku przedszkolnym

Dzieci i młodzież są grupą najbardziej narażoną na wypadki i urazy. Dzieci w pierwszych latach życia ulegają najczęściej wypadkom oraz doznają urazów w środowisku domowym¹. Głównie są to upadki, oparzenia, zadławienia oraz zatrucia. Dzieci stają się też często ofiarami wypadków komunikacyjnych, jako pasażerowie pojazdów oraz piesi.

Niniejsze opracowanie powstało w oparciu o najnowsze dostępne dane epidemiologiczne dotyczące umieralności — dane Głównego Urzędu Statystycznego (dzieci w wieku 0–3 lat) i hospitalizacji — dane Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego–Państwowego Zakładu Higieny (dzieci w wieku 0–4 lat) oraz dane o wypadkach komunikacyjnych z udziałem dzieci w wieku 0–6 lat — dane Komendy Głównej Policji. Dane dotyczące hospitalizacji i śmiertelności przedstawiono według X Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD-10), przy zastosowaniu klasyfikacji skutków urazów, zatruc i innych skutków działań zewnętrznych.

W opracowaniu przedstawiono również najważniejsze rekomendacje dotyczące poprawy bezpieczeństwa najmłodszych dzieci, przy uwzględnieniu cech środowiska domowego oraz zasad bezpieczeństwa w ruchu drogowym.

3.1. Korzystanie z pomocy medycznej oraz uleganie wypadkom przez najmłodsze dzieci

W 2009 r. zostało przeprowadzone przez Główny Urząd Statystyczny (GUS) badanie pod nazwą „Europejskie Ankietowe Badanie Zdrowia” (EHIS), dotyczące stanu zdrowia ludności w Polsce². Uzyskane w badaniu wyniki są reprezentatywne na poziomie kraju, informacje statystyczne zostały uogólnione na ludność Polski zamieszkałą w gospodarstwach domowych według stanu w dniu 31 grudnia 2009 r.

Jak wskazują wyniki powyższego badania, w 2009 roku populacja dzieci w wieku 0–4 lat liczyła w Polsce prawie 2 miliony, co stanowiło 5% całej populacji.

W 2009 roku większość dzieci poniżej 5. roku życia korzystało z opieki lekarza pediatry lub rodzinnego w warunkach ambulatoryjnych (96%), w tym ponad połowa w ciągu ostatniego miesiąca przed badaniem. Prawie połowa najmłodszych dzieci (43%) w ciągu ostatnich 12 miesięcy przed badaniem była również na wizycie u lekarza specjalisty.

Zgodnie z wynikami powyższego badania, dzieci do 5. roku życia leczone w szpitalu stanowiły 15,6% populacji w tej grupie wiekowej, a średnia liczba nocy spędzonych przez nie w szpitalu to 1,2.³ Porównując pozostałe grupy wiekowe dzieci i młodzieży, w grupie najmłodszych dzieci częstość hospitalizacji była najwyższa (5–9 lat: 8,2%, 10–14 lat: 6,0%, 15–19 lat: 6,5%).

Jak wskazują wyniki powyższego badania, w 2009 r. około 43 tysięcy dzieci w wieku 0–4 lat, czyli 2,2% wszystkich dzieci z tego przedziału wiekowego, uległo wypadkowi.

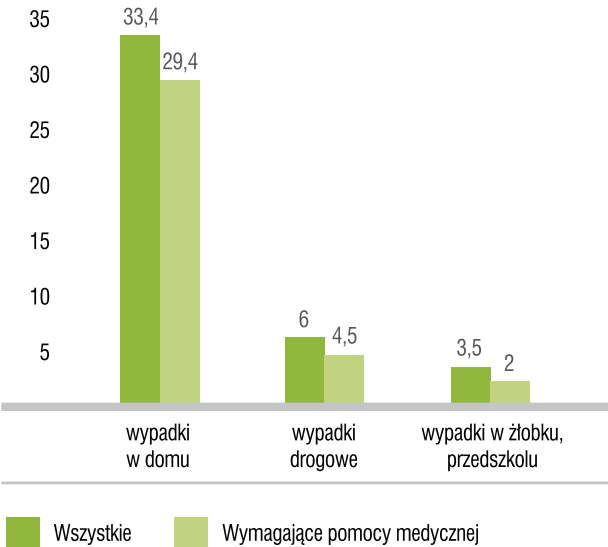
Mówią mamy

Tydzień temu mieliśmy wypadek samochodowy, nie była to mała stłuczka i syn przeżył to bardzo mocno. Karetka zabrała go do szpitala tam zrobili mu badania. Tzn. rentgen czaszki i wystali go do domu. Teraz syn za każdym razem, gdy idzie spać, moczy się i bardzo leci mu ślinka, czy to wina psychiki i przeżytego stresu, czy powinienam zrobić dodatkowe badania np.: tomografię komputerową? Boję się.

Wpis na forum internetowym
www.dziecko-info.rodzice.pl

Wśród najmłodszych dzieci przeważają wypadki w środowisku domowym i w czasie wolnym (wykres 1). Według danych GUS ponad połowa dzieci, które uległy wypadkowi w żłobku lub przedszkolu oraz większość dzieci będących ofiarami wypadków w domu, wymagało pomocy medycznej. Natomiast wśród 6 tysięcy dzieci w wieku 0–4 lat, które uległy wypadkowi drogowemu, pomocy medycznej potrzebowało 75%.⁴

WYKRES 1. WYPADKI Z UDZIAŁEM DZIECI W WIEKU 0–4 LAT W 2009 R. (W TYS.)



Źródło: GUS (2011), *Stan zdrowia ludności Polski w 2009 r.*

3.2. Główne przyczyny hospitalizacji dzieci w wieku 0–4 lat

Źródło informacji na temat hospitalizacji stanowią dane z Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego–Państwowego Zakładu Higieny (NIZP–PZH) (tabele wyników Badania Chorobowości Szpitalnej Ogólnej z lat 2003–2009) oraz dane Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) na region europejski — The Hospital Morbidity Database (HMDB). Na podstawie powyższych danych uzyskano informacje o hospitalizacji dzieci w wieku 0–4 lat, z podziałem na dwie grupy wiekowe: 0–1 i 1–4 lat.

Według danych NIZP–PZH w 2009 r. było hospitalizowanych około 577 tysięcy dzieci w wieku 0–4 lat, w tym ponad połowa dzieci w pierwszym roku życia (319 tys.). Wśród dzieci w wieku poniżej 12 miesięcy główną przyczynę hospitalizacji stanowią różne stany rozpoczynające się w okresie okołoporodowym (tabela 1). Należą tu przede wszystkim zaburzenia związane z czasem trwania ciąży i niską masą urodzeniową dziecka, a także stan płodu i noworodka

spowodowany czynnikami matczynymi, poród nagły, nieprawidłowa czynność skurczowa macicy. Kolejną co do częstości przyczyną hospitalizacji najmłodszych dzieci są choroby układu oddechowego, a następnie choroby zakaźne i pasożytnicze oraz wady rozwojowe wrodzone, zniekształcenia i aberracje. Odmienne kształtują się główne przyczyny hospitalizacji w grupie dzieci starszych — w wieku 1–4 lat. W tej grupie wiekowej, w porównaniu z niemowlętami, zwiększa się udział urazów i zatruc w statystyce głównych powodów hospitalizacji. Stanowią one, po chorobach układu oddechowego oraz chorobach zakaźnych i pasożytniczych, trzecią w kolejności przyczynę hospitalizacji.

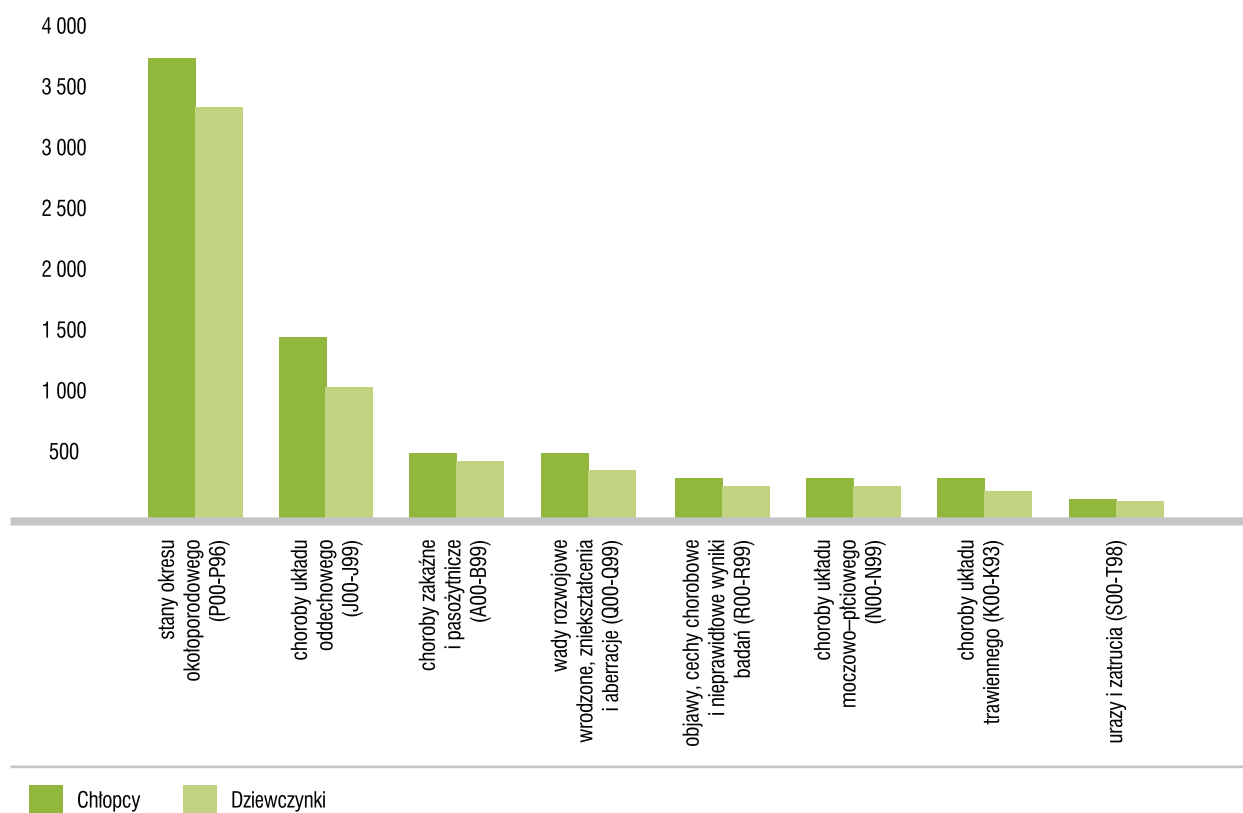
TABELA 1. GŁÓWNE PRZYZCZYNY HOSPITALIZACJI DZIECI W WIEKU 0–4 LAT W 2009 R. (WSPÓŁCZYNNIK NA 10 TYS.).

Główne przyczyny hospitalizacji (ICD-10)	Wiek w latach	
	0–1	1–4
stany okresu okołoporodowego (P00-P96)	3 565	0.0
choroby układu oddechowego (J00-J99)	1 293	513
choroby zakaźne i pasożytnicze (A00-B99)	491	281
wady rozwojowe wrodzone, zniekształcenia i aberracje (Q00-Q99)	456	91
objawy, cechy chorobowe i nieprawidłowe wyniki badań (R00-R99)	290	97
choroby układu moczowo-płciowego (N00-N99)	287	88
choroby układu trawiennego (K00-K93)	264	143
urazy i zatrucia (S00-T98)	148	193

Źródło: *Tabele wyników Badania Chorobowości Szpitalnej Ogólnej*, www.statystyka.medstat.waw.pl/wyniki/wyniki.htm

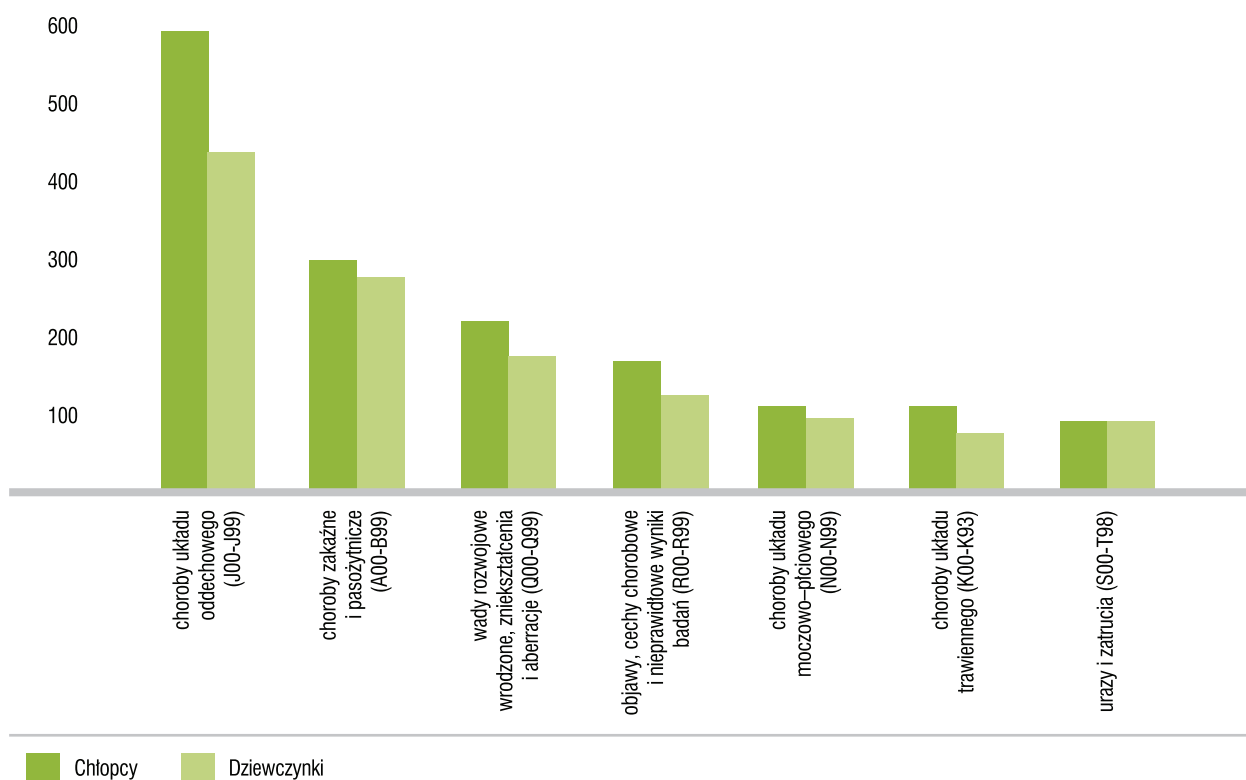
Analiza współczynników hospitalizacji niemowląt oraz dzieci w wieku 1–4 lat w zależności od płci wskazuje na to, że w 2009 r. chłopcy byli poddawani leczeniu szpitalnemu częściej niż dziewczynki. Zależność ta występuje w odniesieniu do wszystkich analizowanych głównych przyczyn hospitalizacji (wykres 2 i 3).

WYKRES 2. WSPÓŁCZYNNIKI HOSPITALIZACJI DZIECI W WIEKU 0–1 LAT W POLSCE W 2009 R. Z POWODU GŁÓWNYCH PRZYZYN WEDŁUG PŁCI (WSPÓŁCZYNNIKI NA 10 TYS.).



Źródło: Tabele wyników Badania Chorobowości Szpitalnej Ogólnej, www.statystyka.medstat.waw.pl/wyniki/wyniki.htm

WYKRES 3. WSPÓŁCZYNNIKI HOSPITALIZACJI DZIECI W WIEKU 1–4 LAT POLSCE W 2009 R. Z POWODU GŁÓWNYCH PRZYCZYN WEDŁUG PŁCI (WSPÓŁCZYNNIKI NA 10 TYS.).



Źródło: Tabele wyników Badania Chorobowości Szpitalnej Ogólnej, www.statystyka.medstat.waw.pl/wyniki/wyniki.htm

Hospitalizacja dzieci w wieku 0–4 lat z powodu doznanych urazów i zatruc w 2009 r.

Według danych epidemiologicznych PZH, w 2009 r. w Polsce z powodu doznanych urazów i zatruc było hospitalizowanych ponad 6 tysięcy dzieci w pierwszym roku życia oraz około 29 tysięcy dzieci w wieku 1–4 lat (tabela 2). W obu grupach wiekowych ponad połowę stanowili chłopcy.

Najczęściej występujące skutki urazów i zatruc u dzieci w wieku 0–4 lat to urazy głowy (m.in. otwarte rany głowy, złamania, urazy oka). Należy zaznaczyć, że w porównaniu z dziewczynkami, u chłopców wskaźnik poważniejszych urazów jest wyższy.

W grupie niemowląt, inne niesklasyfikowane skutki stanowią drugą w kolejności grupę przyczyn hospitalizacji z powodu doznanych urazów i zatruc. Prawie tak samo często występują również oparzenia termiczne i chemiczne oraz urazy w obrębie różnych układów i narządów (np. urazy szyi, klatki piersiowej, kręgosłupa, brzucha). W grupie dzieci starszych (1–4 lat), wśród głównych przyczyn hospitalizacji należy wymienić także zatrucia lekami, substancjami biologicznymi i preparatami farmakologicznymi.

TABELA 2. HOSPITALIZACJA DZIECI W WIEKU 0–4 LAT Z POWODU DOZNANYCH URAZÓW I ZATRUĆ W POLSCE W 2009 R. WEDŁUG PŁCI I GŁÓWNYCH SKUTKÓW URAZÓW (S00-T98).

Skutki urazów i zatruc	Hospitalizowane dzieci (współczynniki na 10 tys. mieszkańców)			
	chłopcy		dziewczynki	
	poniżej roku	1–4 lat	poniżej roku	1–4 lat
urazy śródczaszkowe (S06)	204 (9.3)	777 (10.0)	163 (7.9)	661 (9.0)
urazy głowy (m.in. otwarte rany, urazy oka i oczodołu, złamania czaszki i twarzoczaszki, uraz nerwów czaszkowych) (S00-S05, S07-S09)	1 555 (71.3)	5 449 (70.5)	1 200 (58.1)	3 517 (48.1)
złamanie przedramienia (S52)	16 (0.7)	657 (8.5)	9 (0.4)	450 (6.1)
złamanie kości udowej (S72)	30 (1.4)	255 (3.3)	25 (1.2)	79 (1.1)
złamanie podudzia łącznie ze stawem skokowym (S82)	8 (0.4)	141 (1.8)	5 (0.2)	118 (1.6)
inne urazy układów i narządów, w tym m.in. urazy szyi, klatki piersiowej, brzucha, kręgosłupa, miednicy, ramienia, przedramienia, nadgarstka, bioder, kolan, podudzia, urazy narządów wewnętrznych (S10-S51, S53-S71, S73-S81, S83-T14, T79)	429 (19.7)	3 264 (42.2)	353 (17.1)	2 617 (35.8)
oparzenia termiczne i chemiczne (T20-T32)	503 (23.0)	2 331 (30.1)	271 (13.1)	1 573 (21.5)
zatrucia lekami, preparatami farmakologicznymi i substancjami biologicznymi (T36-T65)	203 (9.3)	1 646 (21.3)	181 (8.8)	1 323 (18.1)
powikłania opieki chirurgicznej i medycznej niesklasyfikowane gdzie indziej (T80-T88)	64 (2.9)	44 (0.6)	54 (2.6)	24 (0.3)
następstwa urazów, zatruc i innych przyczyn zewnętrznych (T90-T98)	3 (0.1)	136 (1.8)	6 (0.3)	99 (1.4)
inne	541 (24.8)	2 164 (28.0)	466 (0.3)	1 797 (1.4)
ŁĄCZNIE	3 556 (163.0)	16 864 (218.0)	2 733 (132.3)	12 258 (167.5)

Źródło: Tabele wyników Badania Chorobowości Szpitalnej Ogólnej, www.statystyka.medstat.waw.pl/wyniki/wyniki.htm

Na podstawie najnowszych danych z Europejskiej Bazy Chorobowości Szpitalnej, można stwierdzić, że w porównaniu z pozostałymi 26 krajami regionu europejskiego WHO, Polska znajduje się na 13. miejscu pod względem częstości hospitalizacji dzieci w wieku 0–4 lat z powodu skutków doznanych urazów i zatruc (tabela 3). W Polsce notuje się najniższy współczynnik hospitalizacji wśród dziewczynek w wieku 1–4 lat, a najwyższy w grupie chłopców w wieku poniżej roku. Wśród wszystkich krajów regionu europejskiego najniższy współczynnik hospitalizacji dzieci występuje w Islandii (niemowlęta) oraz w Portugalii (dzieci w wieku 1–4 lat).

TABELA 3. HOSPITALIZACJA DZIECI W WIEKU 0–4 LAT Z POWODU SKUTKÓW WYPADKÓW, URAZÓW I INNYCH PRZYCZYN ZEWNĘTRZNYCH W POLSCE NA TLE INNYCH KRAJÓW EUROPEJSKICH W 2008 R. (WSPÓŁCZYNNIKI NA 1 TYS. WSZYSTKICH PACJENTÓW).

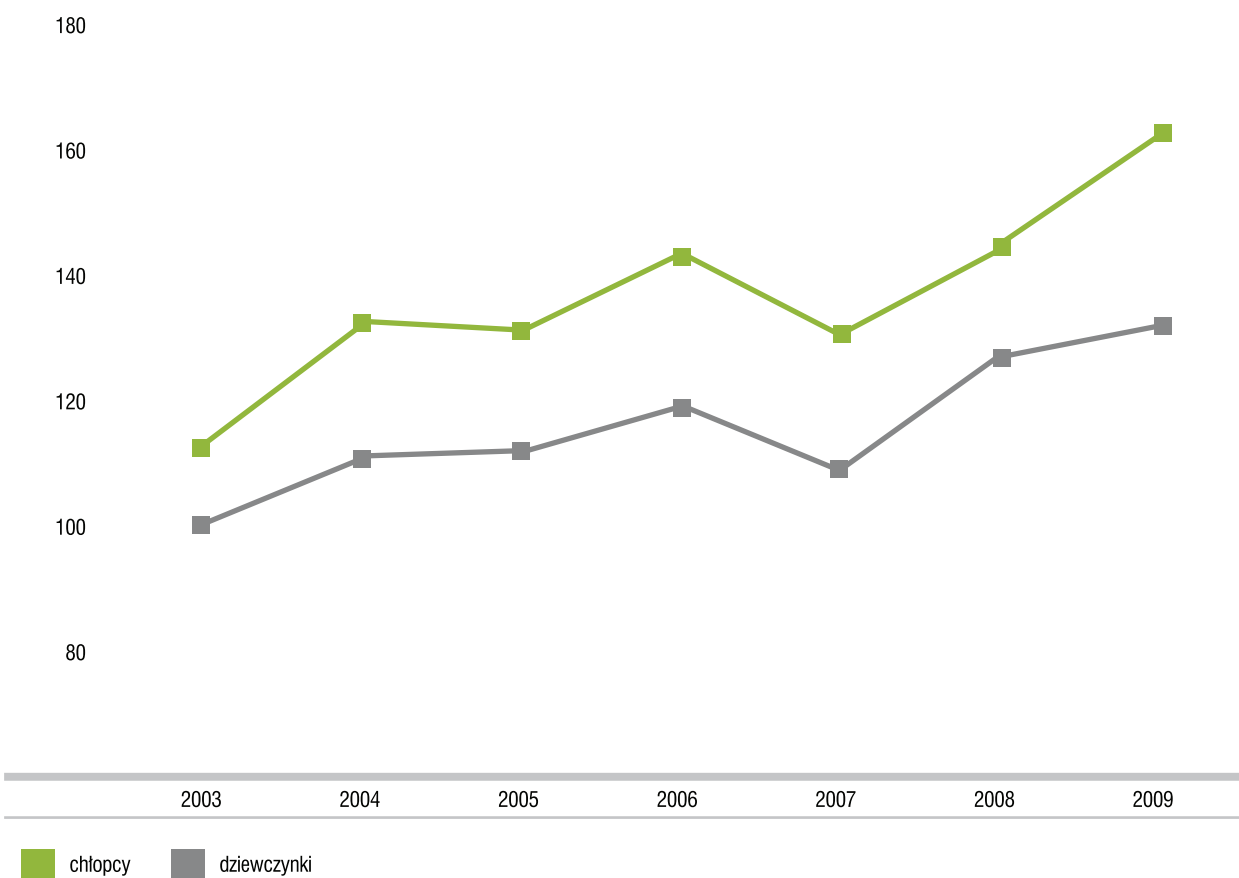
Kraj	Rok	Dziewczynki		Chłopcy		Ogółem	
		0–1	1–4	0–1	1–4	0–1	1–4
Anglia	2008	7.2831	7.0948	8.6789	9.3688	8.0014	8.2602
Austria	2008	25.8307	17.9264	28.6715	22.1772	27.2898	20.1
Belgia	2007	11.3994	9.4279	12.5859	11.7056	12.0053	10.5931
Chorwacja	2008	6.4708	8.4861	8.0729	10.8317	7.2903	9.6932
Cypr	2008	12.1841	13.5567	13.821	16.6102	13.0268	15.1617
Czechy	2008	18.3366	15.9019	19.9009	19.0662	19.1363	17.5276
Dania	2009	3.4665	5.7815	4.211	7.0235	3.8478	6.4162
Finlandia	2008	4.8092	5.2292	5.5146	6.9073	5.1701	6.0863
Francja	2008	10.488	7.792	11.4104	10.1429	10.9599	8.9943
Hiszpania	2005	5.0174	3.7628	5.3563	5.1219	5.1921	4.4622
Holandia	2008	6.0807	5.6936	6.4525	7.4322	6.271	6.5828
Irlandia	2008	12.3001	12.7503	14.4758	17.3205	13.4113	15.0978
Islandia	2008	1.3106	4.9602	4.0502	6.9292	2.7322	5.9681
Izrael	2008	9.0685	7.1977	11.2672	10.7744	10.1968	9.0319
Litwa	2009	13.3538	15.7336	16.686	19.7167	15.0634	17.7677
Luksemburg	2007	2.9586	10.689	3.2304	8.0342	3.0965	7.5986
Łotwa	2009	15.2579	16.4342	17.6421	20.473	16.4716	18.5007
Malta	2009	16.1964	10.689	16.2291	15.8905	16.2135	13.3576
Niemcy	2008	28.7748	18.1103	32.5004	21.9819	30.6871	20.0962
Norwegia	2009	2.7239	6.8084	2.9367	9.6781	2.8332	8.2754
Polska	2008	9.1093	8.6481	10.775	10.7538	9.9679	9.7313
Portugalia	2008	3.2161	2.4037	3.3018	3.4999	3.2602	2.9699
Słowacja	2008	4.4463	11.3694	4.2452	12.8198	4.343	12.1146
Słowenia	2007	6.5955	9.4695	9.4593	13.1692	8.0633	11.3688
Szwajcaria	2008	14.0998	10.6497	13.6418	13.3986	13.8646	12.0627
Węgry	2008	10.9927	11.4511	11.3483	14.7633	11.1749	13.1518
Włochy	2006	12.4579	8.6138	13.7295	10.9687	13.1129	9.8228

Źródło: dane pochodzą z Europejskiej Bazy Chorobowości Szpitalnej — The Hospital Morbidity Database (HMDB), Biura Regionalnego WHO dla Europy.

Trendy hospitalizacji dzieci w wieku 0–4 lat z powodu urazów i zatruc w Polsce

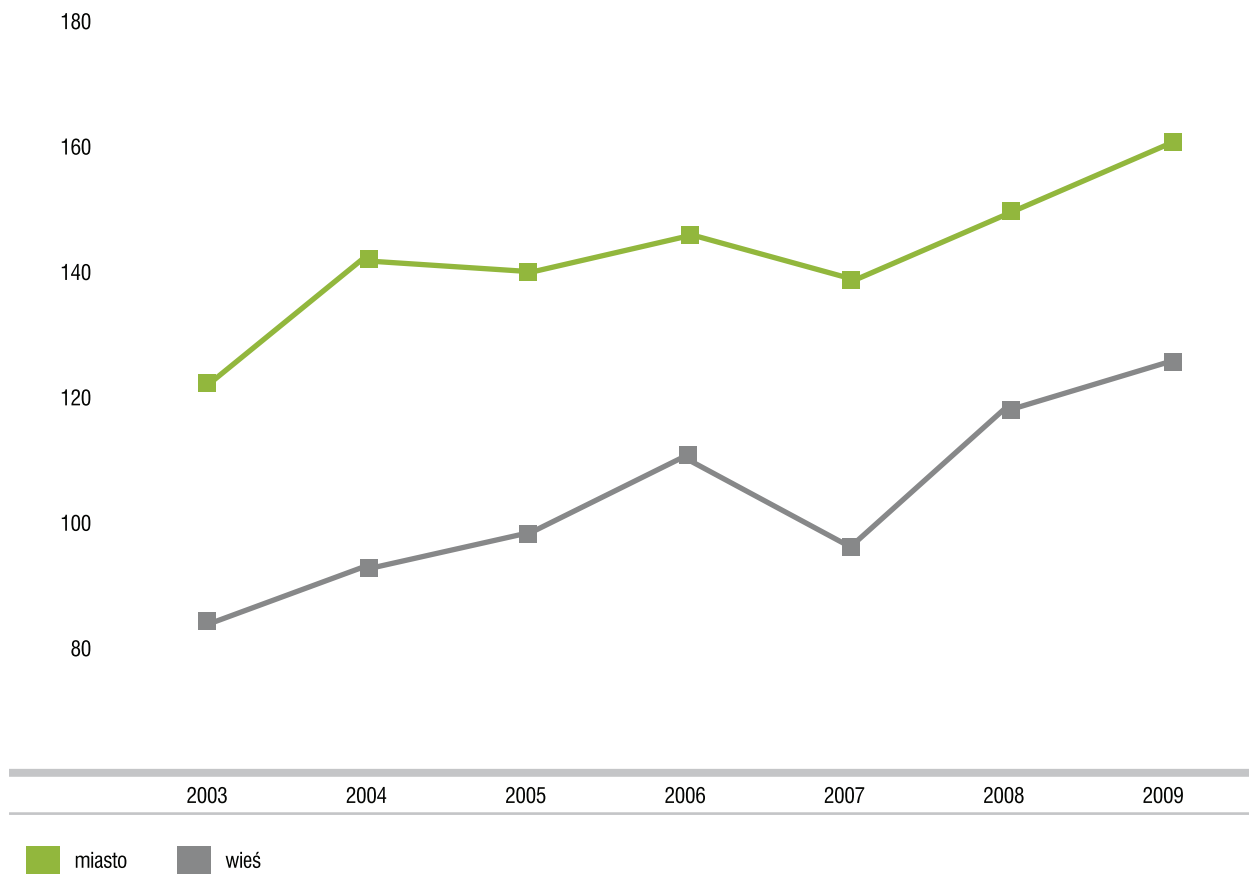
Dane z Badania Chorobowości Szpitalnej Ogólnej (NIZP-PZH) wskazują na rosnący trend hospitalizacji najmłodszych dzieci z powodu skutków doznanych urazów, zatruc i innych działań zewnętrznych na przestrzeni ostatnich kilku lat (2003–2009) w Polsce. Szczególnie wyraźny jest wzrost współczynnika hospitalizacji chłopców do 4. roku życia w 2009 r. w porównaniu z rokiem poprzednim. W dwóch grupach wiekowych: 0–1 i 1–4 lat, obserwuje się wyższy współczynnik hospitalizacji wśród chłopców niż wśród dziewczynek (wykres 4 i 6). Biorąc pod uwagę miejsce zamieszkania, stwierdza się wyższy współczynnik hospitalizacji z powodu urazów i zatruc wśród dzieci z miast, w porównaniu z grupą dzieci zamieszkających na wsi (wykres 5 i 7).

WYKRES 4. TREND W HOSPITALIZACJI DZIECI W WIEKU 0–1 ROKU WEDŁUG PŁCI Z POWODU URAZÓW, ZATRUĆ I INNYCH SKUTKÓW DZIAŁANIA CZYNNIKÓW ZEWNĘTRZNYCH — WSZYSTKIE SKUTKI (LECZENI NA 10 000).



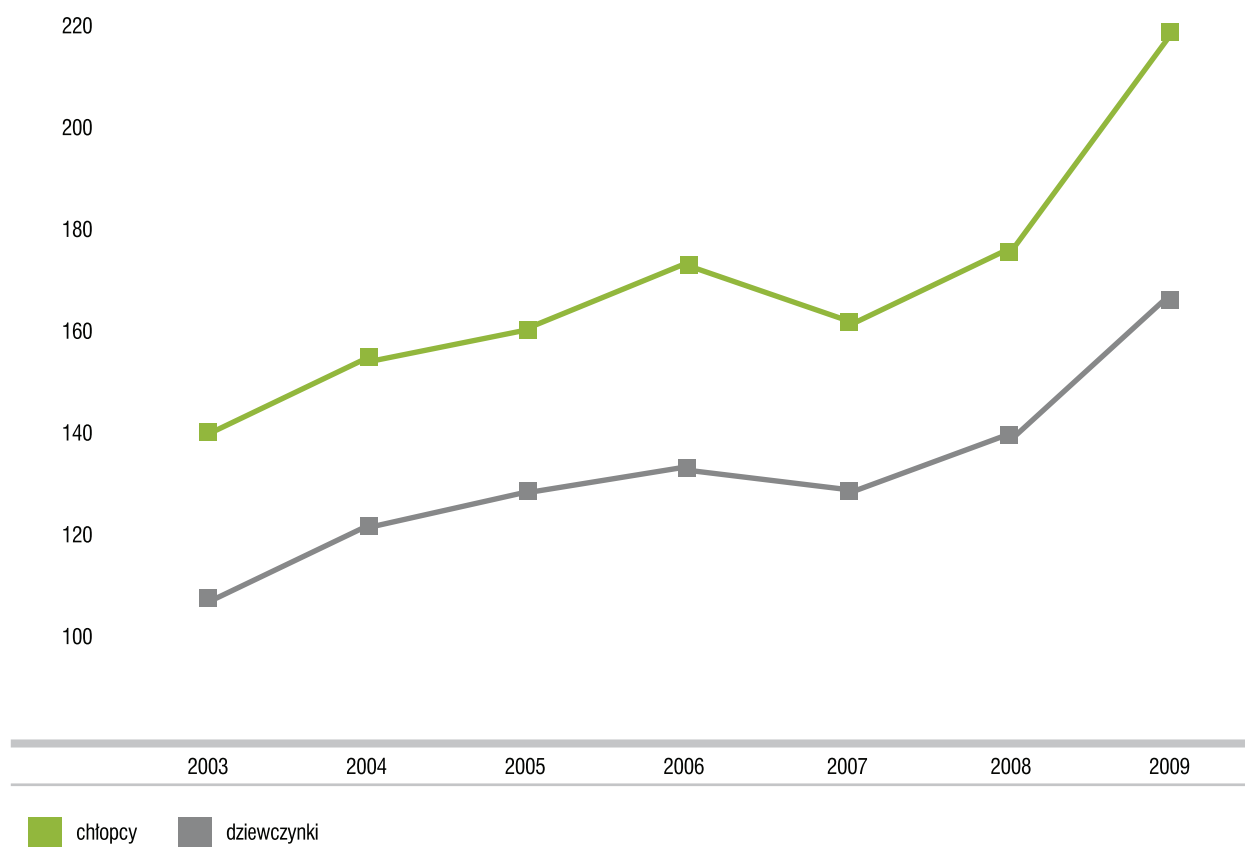
Źródło: Tabele wyników Badania Chorobowości Szpitalnej Ogólnej, www.statystyka.medstat.waw.pl/wyniki/wyniki.htm

WYKRES 5. TREND W HOSPITALIZACJI DZIECI W WIEKU 0–1 ROKU WEDŁUG MIEJSCA ZAMIESZKANIA Z POWODU URAZÓW, ZATRUĆ I INNYCH SKUTKÓW DZIAŁANIA CZYNNIKÓW ZEWNĘTRZNYCH — WSZYSTKIE SKUTKI (LECZENI NA 10 000).



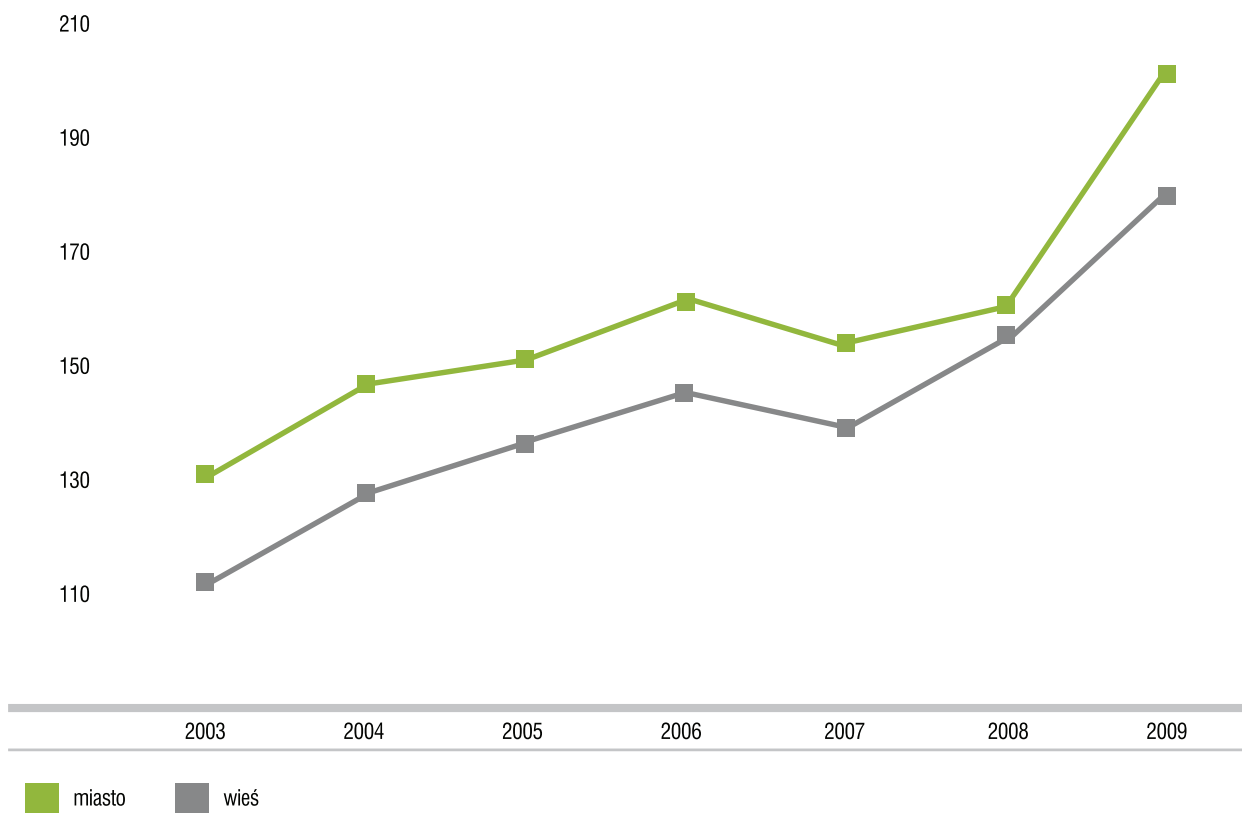
Źródło: Tabele wyników Badań Chorobowości Szpitalnej Ogólnej, www.statystyka.medstat.waw.pl/wyniki/wyniki.htm

WYKRES 6. TREND W HOSPITALIZACJI DZIECI W WIEKU 1–4 LAT WEDŁUG PŁCI Z POWODU URAZÓW, ZATRUĆ I INNYCH SKUTKÓW DZIAŁANIA CZYNNIKÓW ZEWNĘTRZNYCH — WSZYSTKIE SKUTKI (LECZENI NA 10 000).



Źródło: Tabele wyników Badania Chorobowości Szpitalnej Ogólnej, www.statystyka.medstat.waw.pl/wyniki/wyniki.htm

WYKRES 7. TREND W HOSPITALIZACJI DZIECI W WIEKU 1–4 LAT WEDŁUG MIEJSCA ZAMIESZKANIA Z POWODU URAZÓW, ZATRUĆ I INNYCH SKUTKÓW DZIAŁANIA CZYNNIKÓW ZEWNĘTRZNYCH — WSZYSTKIE SKUTKI (LECZENI NA 10 000).



Źródło: Tabele wyników Badania Chorobowości Szpitalnej Ogólnej, www.statystyka.medstat.waw.pl/wyniki/wyniki.htm

Najnowsze dane o chorobowości szpitalnej nie dostarczają jednak informacji o najczęstszych przyczynach zewnętrznych urazów wśród hospitalizowanych dzieci. Zakładając, że struktura głównych przyczyn hospitalizacji z powodu wypadków wśród niemowląt i młodszych dzieci nie uległa znacznej zmianie w ciągu ostatnich dwóch dekad, w niniejszym opracowaniu odwołano się do danych z Badania Chorobowości Szpitalnej prowadzonego przez PZH w 1994 r.⁵ Wśród niemowląt główną przyczyną hospitalizacji były upadki przypadkowe, a następnie inne wypadki spowodowane przede wszystkim przez gorące substancje, spadające przedmioty, narzędzia, prąd elektryczny. Powyższe wypadki stanowią grupę dominujących przyczyn leczenia szpitalnego wśród dzieci w wieku 1–2 lat. W 2. roku życia zwiększa się także udział zatruc lekami i nadal utrzymuje się wysoka liczba upadków przypadkowych jako przyczyny hospitalizacji. Upadki przypadkowe oraz zatrucia stanowią główną przyczynę hospitalizacji wśród dzieci w 3. roku życia.

3.3. Umieralność dzieci w wieku 0–3 lat z powodu zewnętrznych przyczyn

Poziom umieralności dzieci w wieku 0–3 lat analizowany był w oparciu o dane Głównego Urzędu Statystycznego (GUS).

W latach 2002–2009 zaobserwowano spadek umieralności powypadkowej dzieci w wieku 0–3 lat. Trendy wskazują na spadek umieralności na skutek wypadków z 11,8 na 100 tysięcy populacji w roku 2002 do 5,9 w 2009. Średnia częstość zgonów z powodu zewnętrznych przyczyn w tym okresie wynosiła 8,9 na 100 tysięcy populacji.

Procentowy udział zgonów z powodu urazów i wypadków w ogólnej liczbie zgonów w tej grupie wiekowej kształtował się w latach 2002–2009 od 5,8% w roku 2002 do 3,6 % w roku 2009 (tabela 4). We wszystkich analizowanych latach częstość zgonów z powodu urazów była większa w grupie chłopców niż wśród dziewczynek (tabela 5 i wykres 8). Stwierdza się również większą częstość zgonów z powodu urazów wśród mieszkańców wsi w porównaniu z mieszkańcami miast, poza latami 2003–2004 (wykres 9).

Poziom umieralności najmłodszych dzieci z powodu zewnętrznych przyczyn zgonów różnicowany jest wiekiem dzieci. W 2009 r. wypadki, urazy i zatrucia były przyczyną śmierci 94 dzieci w wieku 0–3 lat, w tym 35 niemowląt, 25 dzieci w wieku 1 roku, 19 dzieci w wieku 2 lat i 15 dzieci w wieku 3 lat (tabela 5). Procentowy udział zgonów na skutek wypadków wśród wszystkich przyczyn zgonów wzrasta wraz z wiekiem i wynosi od 1,5% w grupie niemowląt do 24% wśród dzieci w wieku 3 lat.

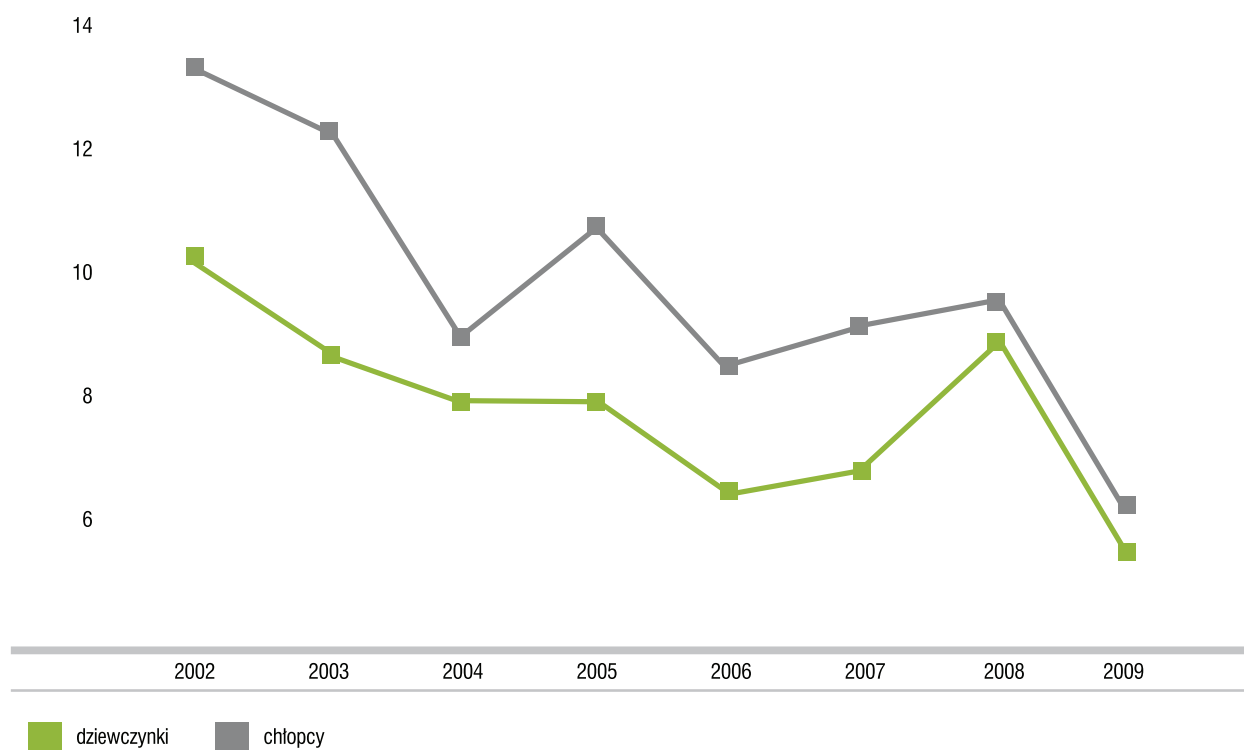
TABELA 4. ZGONY DZIECI W WIEKU 0–3 LAT Z POWODU ZEWNĘTRZNYCH PRZYCZYN (ICD-10:V01.0-Y89.9) WEDŁUG WIEKU W LATACH 2002–2009 (LICZBA ZGONÓW).					
Rok	Ogółem (% wszystkich zgonów w tej grupie wiekowej)	Wiek (lata)			
		0	1	2	3
2002	175 (5,8%)	71	42	35	27
2003	153 (5,5%)	63	34	32	24
2004	121 (4,4%)	54	15	27	25
2005	134 (5,0%)	46	35	29	24
2006	109 (4,3%)	35	26	28	20
2007	118 (4,5%)	41	33	20	24
2008	142 (5,3%)	58	33	26	25
2009	94 (3,6%)	35	25	19	15

Źródło: opracowanie własne na podstawie statystyk GUS.

TABELA 5. ZGONY DZIECI W WIEKU 0–3 LAT Z POWODU ZEWNĘTRZNYCH PRZYCZYN (ICD-10: V01.0-Y89.9) WEDŁUG PŁCI I MIEJSCA ZAMIESZKANIA W 2009 ROKU W POLSCE (LICZBA ZGONÓW).				
Wiek (lata)	Płeć		Miejsce zamieszkania	
	Chłopcy	Dziewczynki	Miasto	Wieś
0	18	17	19	16
1	14	11	15	10
2	12	7	3	16
3	7	8	8	7
Ogółem	51	43	45	49

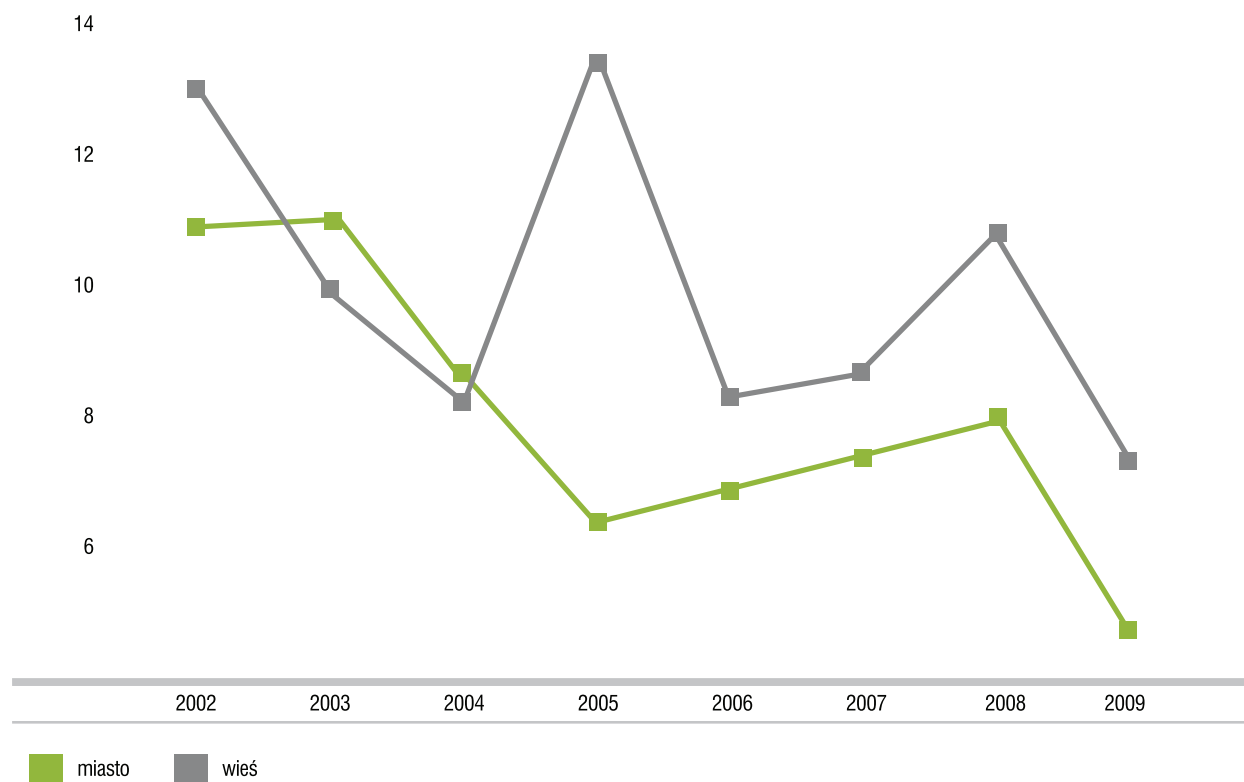
Źródło: opracowanie własne na podstawie statystyk GUS.

**WYKRES 8. TRENDY UMIERALNOŚCI POWYPADKOWEJ DZIECI W WIEKU 0–3 LAT W LATACH 2002–2009
WEDŁUG PŁCI (ZGONY NA 100 000).**



Źródło: opracowanie własne na podstawie statystyk GUS.

WYKRES 9. TRENDY UMIERALNOŚCI POWYPADKOWEJ DZIECI W WIEKU 0–3 LAT W LATACH 2002–2009 WEDŁUG MIEJSCA ZAMIESZKANIA (ZGONY NA 100 000).



Źródło: opracowanie własne na podstawie statystyk GUS.

W roku 2009 najczęstszą zewnętrzną przyczynę zgonu dzieci poniżej 1. roku życia stanowiły wypadkowe utrudnienia w oddychaniu, w tym zachłyśnięcia pokarmem lub ciałem obcym, a także zadławienia i uduszenia, a następnie wypadki komunikacyjne oraz pobicie. Natomiast u dzieci powyżej 1. roku życia główną przyczyną śmierci były urazy na skutek wypadków komunikacyjnych. U dzieci w 2. roku życia wśród głównych zewnętrznych przyczyn zgonów, oprócz wypadków komunikacyjnych, dominują wypadkowe zanurzenia i tonięcia oraz zadławienie i zachłyśnięcie (tabela 6).

**TABELA 6. STRUKTURA ZEWNĘTRZNYCH PRZYCZYN ZGONÓW WEDŁUG WIEKU DZIECI W 2009 ROKU
(W NAWIASACH PODANO KOD ICD-10) — LICZBA ZGONÓW.**

Przyczyny	Wiek (lata)			
	0	1	2	3
Wypadki komunikacyjne (V01-V99)	7	6	4	7
W tym:				
uraz pieszego (V01-V09)	0	2	2	3
uraz użytkownika/pasażera (V40-V89)	6	3	2	1
inne wypadki komunikacyjne (w tym wypadki w transporcie wodnym, powietrznym) (V90-V99)	1	1	0	3
Inne wypadki niezamierzone	21	14	12	6
W tym:				
wypadki (W00-W19)	1	2	1	1
uderzenie przez rzucony, wystający lub spadający przedmiot (W20.9)	1	0	0	0
uderzenie przez lub o inny przedmiot (W22.0)	0	0	1	0
kontakt z maszyną rolniczą (W30)	0	0	1	1
wypadkowe zanurzenie i tonięcie (W65-W74)	1	6	2	0
narażenie na działanie innych i nieokreślonych sił mechanicznych martwej natury (dom) (W49.0)	1	0	0	0
inne wypadkowe utrudnienie oddychania (W75-W84)	9	4	1	1
narażenie na działanie dymu, ognia i płomieni (X00-X09)	1	1	2	2
wypadkowe zatrucie oraz narażenie na szkodliwe substancje (X40-X49)	0	1	0	1
wypadkowe narażenie na inne, nieokreślone czynniki (X58-X59)	3	0	3	0
powikłania opieki chirurgicznej i medycznej (Y83-Y84)	4	0	1	0
Napaść, pobicie (X40-X49)	6	1	1	0
Zdarzenia o nieokreślonym zamiarze (Y10-Y34)	1	4	1	2
Następstwo nieokreślonej przyczyny zewnętrznej (Y89.9)	0	0	1	0
Ogółem	35	25	19	15

Źródło: opracowanie własne na podstawie statystyk GUS.

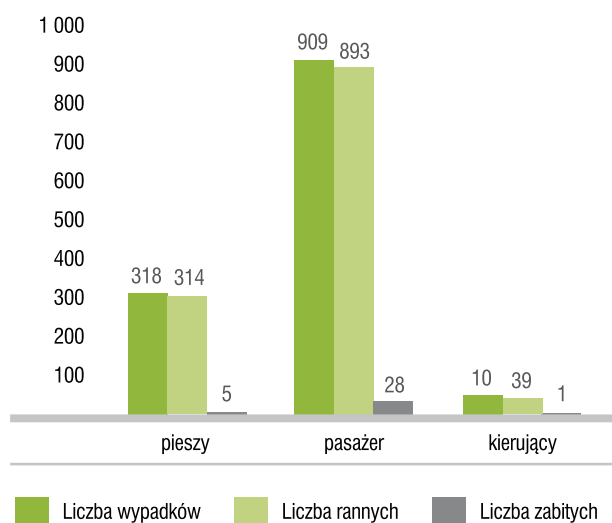
Informacji na temat liczby ofiar wypadków drogowych z udziałem dzieci dostarczają również dane Komendy Głównej Policji⁶. W 2010 r. doszło do 4 239 wypadków drogowych z udziałem dzieci wieku 0–14 lat. Statystyki policyjne wskazują w okresie ostatnich 10 lat na tendencję spadkową liczby wypadków z udziałem dzieci i ofiar wypadków. W porównaniu z sytuacją w 2000 r., w 2010 r. było o 48% mniej wypadków z udziałem dzieci, o 57,7% spadła liczba zabitych, a liczba rannych o 49,2%.

W minionym roku najwięcej wypadków z udziałem dzieci miało miejsce w okresie wakacyjnym, podczas ładnej pogody i dobrej widoczności (w okresie czerwiec–sierpień na drogach poniosło śmierć 45 dzieci w wieku 0–14 lat, co stanowi blisko połowę wszystkich ofiar śmiertelnych wśród dzieci w 2010 roku — 41%).

Najmłodsza grupa wiekowa ujęta w statystykach policyjnych to dzieci w wieku 0–6 lat. W 2010 r. w tej grupie wiekowej 34 dzieci poniosło śmierć, a 1 246 dzieci doznało obrażeń na skutek wypadków drogowych. Wskaźnik ofiar na 1 milion populacji wyniósł w przypadku zabitych 12,63, a w przypadku rannych 463,17 i był najniższy ze wszystkich przedziałów wiekowych. W grupie najmłodszych dzieci (0–6 lat) najwięcej ofiar wypadków drogowych było wśród pasażerów pojazdów (wśród najmłodszych dzieci będących pasażerami pojazdów, zanotowano najwięcej ofiar zarówno wśród zabitych, jak i rannych – wykres 10).

W najmłodszej grupie wiekowej, w porównaniu z pozostałymi grupami wiekowymi, odnotowuje się najmniej liczbę pieszych będących sprawcami wypadków. W 2010 roku dzieci w wieku 0–6 lat jako piesi byli sprawcami 176 wypadków, na skutek których troje poniosło śmierć, a 177 doznało obrażeń.

WYKRES 10. WYPADKI DROGOWE Z UDZIAŁEM DZIECI W WIEKU 0–6 LAT W 2010 R.



Źródło: Komenda Główna Policji.

Przepisy dotyczące bezpieczeństwa dziecka w ruchu drogowym ujęte są w ustawie z dnia 20 czerwca 1997 r. — Prawo o ruchu drogowym (Dz.U. z 2005 r. Nr 108, poz. 908 ze zm., dalej: „u.p.r.d.”) w rozdziale 3 („Ruch pojazdów”) oraz rozdziale 5 („Porządek i bezpieczeństwo ruchu na drogach”). Przepisy rozdziału 3, oddział 11, mówiące o ruchu rowerów, motorowerów oraz pojazdów zaprzęgowych:

- umożliwiają przewożenie dziecka w wieku do 7 lat na rowerze, pod warunkiem, że jest ono umieszczone na dodatkowym siodełku zapewniającym bezpieczną jazdę,
- zezwalają na korzystanie z chodnika lub drogi dla pieszych oraz lewej strony jezdni na zasadach określonych w ruchu pieszych, przez kierującego rowerem w sytuacji, gdy opiekuje się on osobą do lat 10 kierującą rowerem.

Zgodnie z przepisami ujętymi w rozdziale 5 u.p.r.d. dziecko w wieku do 7 lat może korzystać z drogi tylko pod opieką osoby, która osiągnęła wiek co naj-

miej 10 lat. Nie dotyczy to strefy zamieszkania. Dzieci w wieku do 15 lat, poruszające się po drodze po zmierzchu poza obszarem zabudowanym, muszą używać elementów odbłaskowych w sposób widoczny dla innych uczestników ruchu.

W pojeździe samochodowym wyposażonym w pasy bezpieczeństwa dziecko w wieku do 12 lat, nieprzekraczające 150 cm wzrostu, przewozi się w foteliku ochronnym lub innym urządzeniu do przewożenia dzieci (podstawce). Fotelik samochodowy powinien odpowiadać wadze i wzrostowi dziecka oraz spełniać właściwe warunki techniczne. Dobór fotelika do wzrostu i wagi dziecka ma istotne znaczenie, gdyż wraz z wiekiem zmieniają się najwrażliwsze, najbardziej podatne na urazy miejsca. Dzieci do 2 lat są najbardziej narażone na obrażenia szyi, ze względu na wrażliwy kark i kręgosłup oraz nieproporcjonalnie ciężką głowę (1/4 wagi ciała w porównaniu do 1/8 wagi ciała u dorosłej osoby). Wśród dzieci w wieku 2–4 lat, prawie połowa urazów to obrażenia głowy, spowodowane zazwyczaj uderzeniem w przedni fotel. U dzieci w wieku powyżej 4 lat najczęstsze urazy dotyczą brzucha i miednicy⁷.

Fotelik samochodowy pełni ważną rolę profilaktyczną, zabezpieczając dziecko podczas gwałtownego hamowania, w trakcie zmian kierunku jazdy oraz w razie wypadku czy kolizji. Przewożenie dziecka w foteliku zwiększa szanse na zmniejszenie skutków zderzenia, m.in. poprzez rozłożenie działających podczas wypadku sił na większy obszar i ukierunkowanie ich na silniejsze części ciała (klatkę piersiową i miednicę).

Najważniejsze zasady przewożenia dzieci w fotelikach z uwzględnieniem wieku i okresu rozwojowego dziecka:

- fotelik (kołyska, nosidełko) dla dziecka do 2. miesiąca życia powinien mieć oparcie odchylane do pozycji półleżącej,
- powyżej 2. miesiąca życia, do momentu, gdy dziecko umie już samodzielnie siedzieć, kąt oparcia fotelika może być trochę mniejszy,
- dzieci w wieku poniemowlęcym (najlepiej powyżej 15. miesiąca życia i o wadze powyżej 13 kg) przewozi się na siedząco, w fotelikach o kącie oparcia 90°.

Zaleca się, aby dzieci jak najdłużej podróżowały w pozycji leżącej lub półleżącej, w foteliku zamontowanym tyłem do kierunku jazdy. Ze względu na bezpieczeństwo, odpowiedni fotelik samochodowy dla dziecka w wieku 0–3 lat posiada pięciopunktowy system pasów bezpieczeństwa, które skutecznie unieruchamiają obręcz barkową i biodrową dziecka. Pasy fotelika powinny mieć nakładki i klamrę (zamek) w okolicach brzuszno–kroczych, wraz z osłoną na wrażliwe miejsca. Ważną zasadą jest również dobre osadzenie fotelika, przez odpowiednie naciągnięcie pasów.

Mówią mamy

Mój syn ma 15 miesięcy. Zaczął chodzić jak skończył roczek. Dość często zalicza upadki i niestety niektóre kończą się uderzeniem w głowę. W tym miesiącu nabił sobie trzeciego guza na główce. Pierwszy był poważny, więc natychmiast pojechaliśmy do szpitala. Zrobiono mu rtg główki i dzięki Bogu ok. Dwa ostatnie skończyły się małymi guzami i siniakiem. Każdy jego uraz głowy to dla mnie masakra.

Wpis na forum internetowym
www.babyboom.pl/forum

W świetle przepisów istnieje zakaz przewożenia w foteliku ochronnym dziecka siedzącego tyłem do kierunku jazdy na przednim siedzeniu pojazdu samochodowego wyposażonego w poduszkę powietrzną dla pasażera. W przypadku otwarcia się poduszki dziecko byłoby narażone na ciężkie obrażenia lub śmierć. Niedozwolone jest także przewożenie, poza specjalnym fotelikiem ochronnym, dziecka w wieku do 12 lat na przednim siedzeniu pojazdu samochodowego. Dotychczas nie ma obowiązku przewożenia dzieci w fotelikach w taksówkach osobowych, specjalistycznych środkach transportu sanitarnego oraz pojazdach Policji.

Na podstawie badań prowadzonych przez Laboratory for Accident Research, Biomechanics and Human Behaviour Studies, do prawie połowy wypadków z udziałem dzieci dochodzi podczas jazdy krótszej niż 3 kilometry. Prawidłowe zabezpieczenie mogłoby zredukować poważne obrażenia w trakcie wypadków aż o 88% w przypadku dzieci poniżej 9. miesiąca i o 71% w przypadku małych pasażerów w wieku od 9 miesięcy do 4 lat⁸.

Według badań TNS OBOP wykonanych w 2005 roku na zlecenie Instytutu Transportu Samochodowego, 80% dzieci poniżej 1. roku życia i 75% dzieci w wieku 1–4 lat podróżuje w fotelikach. Natomiast już tylko połowa dzieci w wieku 5–12 lat przewożona jest prawidłowo⁹.

Wysokie ryzyko wystąpienia wypadku i urazu u dzieci w wieku 0–3 lat wiąże się z małym/niedostatecznym stopniem rozwoju psychomotorycznego dziecka i niedostosowaniem do środowiska, w którym przebywa (głównie środowisko domowe oraz miejsca zabaw i aktywności ruchowej na powietrzu).

Wiele wypadków z przyczyn zewnętrznych wynika z zaniedbań, braku należytej opieki i ostrożności ze strony rodziców/opiekunów. Wypadki wśród najmłodszych dzieci są też często wynikiem braku świadomości różnych zagrożeń bądź ich lekceważenia przez rodziców oraz zbyt małej wiedzy na temat rozwoju psychomotorycznego dziecka, jego potrzeb fizycznych i emocjonalnych.

W wieku niemowlęcym, zwłaszcza w drugim półroczu życia, kiedy dziecko staje się bardziej ruchliwe, wymaga stałej uwagi i opieki. Istnieje na przykład ryzyko, że dziecko upadnie ze źle zabezpieczonego miejsca do przewijania. Należy też pamiętać, że niemowle coraz sprawniej chwyta różne przedmioty i może

wkładać je do ust. Stąd główną przyczyną zgonów powypadkowych są utrudnienia w oddychaniu, w tym zachłyśnięcia pokarmem lub ciałem obcym, a także zadławienia i uduszenia. Na przełomie pierwszego i drugiego roku życia dziecko uczy się chodzić, jest w stanie samodzielnie i coraz szybciej się przemieścić, co umożliwia mu dotarcie do przedmiotów wcześniej nieosiągalnych. Dzieci w tym wieku nie są w stanie zauważyć i ocenić grożącego im niebezpieczeństwa. Od 2. roku życia dzieci czynnie uczestniczą w różnych zabawach; główne formy aktywności to biegi, skoki, wspinanie się oraz jazda na rowerze. W tym okresie życia, tak jak w przypadku młodszych dzieci, zdarzają się upadki, zatrucia, oparzenia, a także utonięcia. Ważne jest więc odpowiednie dobranie zabawek oraz nadzorowanie każdej aktywności dziecka.

Główne przyczyny wypadków z bezpośrednim udziałem dziecka w ruchu drogowym jako pieszego, rowerzysty i pasażera:

- brak stosowania środków bezpieczeństwa ruchu drogowego: pasy bezpieczeństwa i urządzenia do przewozu dzieci — foteliki, podstawki,
- stan dróg: brak chodników dla pieszych poruszających się poza obszarem zabudowanym, brak wyznaczonych ścieżek, problemy związane z oznakowaniem, stan nawierzchni, duże natężenie ruchu drogowego,
- jazda z nadmierną prędkością i prowadzenie pojazdu pod wpływem alkoholu.

Urazy u dzieci występujące na skutek wypadków niosą ze sobą wiele konsekwencji zdrowotnych, społecznych i ekonomicznych, które mogą być widoczne i odczuwalne także w życiu dorosłym, m.in.:

- niepełnosprawność, konieczność zapewnienia odpowiednich warunków życia i nauki,
- pogorszenie jakości życia związanej ze zdrowiem,
- obciążenie dla systemu opieki zdrowotnej i społecznej: koszty związane z pomocą medyczną (długotrwałe leczenie specjalistyczne i rehabilitacja), społeczną i psychologiczną.

Poprawa zdrowia i związanej z nim jakości życia ludności oraz zmniejszenie nierówności w zdrowiu stanowi główny cel Narodowego Programu Zdrowia (NPZ) na lata 2007–2015. Jeden ze strategicznych celów zdrowotnych tego programu dotyczy zmniejszenia częstości urazów powstałych w wyniku wypadków i ograniczenia ich skutków, w tym m.in. zmniejszenia odsetka ofiar śmiertelnych wskutek urazów powstałych w wyniku wypadków drogowych.

Rozwinięcie celów NPZ znajduje się w wypracowywanym i wdrażanym obecnie m.in. w Polsce Planie Dotyczącym Środowiska i Zdrowia Dzieci (CEHAP), zainicjowanym w 2004 r. przez przedstawicieli Krajów Członkowskich Regionu Europejskiego Światowej Organizacji Zdrowia (WHO)¹⁰.

W ramach Programu Zdrowia Publicznego Komisji Europejskiej noszącego nazwę „Planowanie Działań na rzecz Bezpieczeństwa Dzieci” (Child Safety Action Plan — CSAP) opracowano w 2007 r. raport dotyczący bezpieczeństwa i prewencji urazów dzieci. W raporcie przedstawiono ocenę polityki rządowej oraz regulacji prawnych w tym zakresie, a także rekomendacje działań prewencyjnych¹¹. Powyższa analiza wykazała, że programy rządowe i regulacje prawne są niedostateczne. Przykład tego stanowi brak prawnego ujęcia prewencji zadławień i uduszeń, a także zatruc i oparzeń u najmłodszych dzieci. Nie istnieje także ogólnokrajowy rejestr urazów fizycznych u dzieci, który umożliwiłby ocenę skali tego problemu i skuteczniejsze planowanie działań profilaktycznych i leczniczych. Raport wskazał także na potrzebę rozwinięcia sieci współpracy profesjonalistów działających w zakresie prewencji urazów u dzieci.

W raporcie najlepiej oceniono obszar bezpieczeństwa drogowego dzieci, tak w zakresie regulacji prawnych, jak i wdrażania go i egzekwowania.

W kontekście bezpieczeństwa drogowego warto wspomnieć o Krajowym Programie Bezpieczeństwa Ruchu Drogowego „GAMBIT 2005-2007-2013” i jego nowej wersji na lata 2007–2013, uwzględniającej uwarunkowania wynikające z członkostwa Polski w Unii Europejskiej. Celem znowelizowanego programu „GAMBIT” jest poprawa sytuacji w zakresie urazów komunikacyjnych m.in. poprzez stworzenie i rozwój podstaw do prowadzenia skutecznych i długofalowych działań na rzecz bezpieczeństwa ruchu drogowego oraz ochronę pieszych, dzieci i rowerzystów, a także budowę i utrzymanie bezpiecznej infrastruktury¹².

Przewiduje się, że realizacja przyjętych celów programu zmniejszy liczbę ofiar śmiertelnych o 17 tysięcy osób, a rannych o 180 tysięcy.

Przykładem działań podejmowanych w ramach tego programu jest realizacja w latach 2005–2007 wspólnej europejskiej kampanii społecznej skierowanej do dzieci do lat 4 i pośrednio ich rodziców, dotyczącej urządzeń zabezpieczających w pojeździe (pasy, foteliki). Kampania prowadzona była w Polsce pod hasłem „Klub Pancernika klika w Fotelikach”.¹³ Bezpieczeństwo drogowe dzieci było również tematem przewodnim kilku działań kontrolno–prewencyjnych prowadzonych w 2008 r. z inicjatywy i pod nadzorem Biura Prewencji i Ruchu Drogowego Komendy Głównej Policji (m.in. „Niechronieni uczestnicy ruchu drogowego”, „Pasy”).

Rekomendacje zawarte w raporcie CSAP obejmują edukację rodziców oraz wprowadzanie i skuteczne egzekwowanie przepisów w następujących obszarach¹⁴:

- zapewnienie bezpieczeństwa dziecka jako pasażera (obowiązek przewożenia dzieci do lat 4 w foteliku samochodowym tyłem do kierunku jazdy na tylnym siedzeniu pojazdu),
- zwiększenie bezpieczeństwa dziecka jako pieszego (m.in. wprowadzenie przepisów obciążających odpowiedzialnością kierowcę za wypadek komunikacyjny z udziałem dziecka jako pieszego),
- zwiększenie bezpieczeństwa dziecka jako rowerzysty (obowiązek stosowania kasku w czasie jazdy na rowerze i kamizelek odblaskowych),
- wzmocnienie prewencji utonień dzieci (egzekwowanie przepisów dotyczących obowiązku używania kamizelek ratunkowych w czasie przebywania na wodzie),
- wzmocnienie prewencji upadków dzieci (wprowadzenie przepisów wymagających modyfikacji pomieszczeń w celu zabezpieczania dostępu do okien i schodów, np. przez instalowanie poręczy, furttek, zakładanie blokad),
- wzmocnienie prewencji oparzeń (np. wprowadzanie przepisów wymagających instalowania detektorów dymu w mieszkaniach, regulatorów i ustawiania bezpiecznej temperatury wody dla wszystkich grzejników wody i ciepłej wody bieżącej),
- wzmocnienie prewencji zatruczeń dzieci (m.in. wprowadzenie przepisów wymagających instalowania detektorów tlenku węgla przy urządzeniach gazowych w mieszkaniach prywatnych, zabezpieczanie produktów chemicznych i farmaceutycznych przed otwarciem przez dzieci),
- wzmocnienie prewencji uduszeń i zadławień dzieci (m.in. wprowadzenie zakazu produkowania i sprzedaży produktów spożywczych dla dzieci, w których znajdują się produkty niejadalne).

Najważniejsze zagrożenia i rekomendacje dla rodziców:

- zadławienia i uduszenia — należy m.in. układać noworodka i niemowlę na plecach, na twardym materacu; unikać zabawek, które dziecko może w całości włożyć do ust i z których można odłączyć małe elementy oraz zabawek wypełnionych paciorkami, groszkiem itp.; nie podawać do spożycia drobnej i twardej żywności, nie zakładać niemowlętom na szyję koralików, sznurków, w tym smoczka na tasemce, nie przywiązywać smoczka do wózka czy łóżeczka; plastikowe torebki, balony itp. nie powinny służyć zabawie dziecka;
- upadki z wysokości, uderzenia — dziecko nie powinno nigdy być pozostawione bez opieki na łóżku, stole do przewijania i w wysokim krzeselku bez szelek, wysokość i zamknięcie łóżeczka powinno być odpowiednio regulowane, należy zabezpieczać dostęp do okien, balkonów i schodów, do piwnic oraz do otwieranych szafek, szuflad, należy układać maty antypoślizgowe podczas kąpieli dziecka, zabezpieczać ostre kany mebli, unikać chodzików;
- oparzenia gorącymi cieczami i prądem elektrycznym — nie należy pozwalać dziecku na zabawę i przebywanie w pobliżu naczyń z gorącym płynem, nie nosić jednocześnie dziecka na rękach i naczynia (kubka) z gorącym napojem; należy kierować uchwyty naczyń z gorącym płynem poza zasięgiem rąk dziecka, sprawdzać temperaturę wody do kąpieli, montować zatyczki ochronne na gniazdkach elektrycznych, kontrolować izolacje na kablach i przewodach elektrycznych w domu, nie dopuszczać do zabaw wtyczkami i gniazdkami elektrycznymi oraz na terenie rozdzielni energetycznej;
- utonięcia — kąpiel dziecka w wannie oraz kąpiel w jeziorze czy rzece powinna odbywać się pod stałym nadzorem rodzica/opiekuna, należy odgradzać baseny, „oczka wodne” na terenie ogrodu, korzystne jest uczenie dzieci pływania i zapoznavanie z zasadami bezpiecznej zabawy w wodzie;

- zatrucia — należy bezpiecznie przechowywać chemiczne środki czystości, kosmetyki, farby, leki poza zasięgiem dzieci i z dala od produktów spożywczych, opakowania po lekarstwach i środkach chemicznych nie powinny służyć zabawie dziecka; należy regularnie kontrolować wentylację, piecyki i kuchenki gazowe;
- urazy komunikacyjne — należy stosować pasy bezpieczeństwa i foteliki samochodowe odpowiednie do wieku i posiadające atesty, blokować drzwi w czasie jazdy samochodem; nie zostawiać dziecka samego w samochodzie i nie trzymać go na kolanach w czasie jazdy; zabawy powinny mieć miejsce z dala od ulicy, dziecko jako pieszy powinno mieć oznakowane elementami odblaskowymi ubrania, buty; podczas jazdy na rowerze, łyżworolkach itp. dziecko powinno mieć kask, jazda na rowerze musi odbywać się pod nadzorem rodzica/opiekuna.

- 1 GUS (2011), *Stan zdrowia ludności Polski w 2009 r.* .
- 2 GUS (2011), *Stan zdrowia ludności Polski w 2009 r.*
- 3 GUS (2011), *Stan zdrowia ludności Polski w 2009 r.*
- 4 GUS (2011), *Stan zdrowia ludności Polski w 2009 r.*
- 5 Mazur J., Chańska M. (1998), *Zagrożenie wypadkami w pierwszych latach życia: od epidemiologii do prewencji*, *Pediatra Polska*, t. LXXIII, nr 2, s. 133–140.
- 6 Symon E. (2011), *Wypadki drogowe w Polsce w 2010 r.*, Warszawa: Komenda Główna Policji, Biuro Ruchu Drogowego, Zespół Profilaktyki i Analiz.
- 7 www.informacje.maxiauto.pl/Renault/fotelik_bezpieczenstwa,,1207.html z dn. 30.08.2001 r. Na podstawie LAB (Laboratory for Accident Research, Biomechanics and Human Behaviour Studies); wnioski z badań opublikowane w: *Driving Safety Forward, Renault and Safety*.
- 8 www.informacje.maxiauto.pl/Renault/fotelik_bezpieczenstwa,,1207.html z dn. 30.08.2001 r. Na podstawie LAB (Laboratory for Accident Research, Biomechanics and Human Behaviour Studies); wnioski z badań opublikowane w *Driving Safety Forward, Renault and Safety*.
- 9 www.warminsko-mazurska.policja.gov.pl/index.php?id_category=42
- 10 CEHAP (2009), *CEHAP – Plan dotyczący środowiska i zdrowia dzieci*, wersja druga 08.10.2009, <http://cehap.pl> z dn. 21.06.2011 r., Ministerstwo Zdrowia, Ministerstwo Środowiska, WHO – Polska.
- 11 CEHAP (2009), *op.cit.*; Mazur J., Malinowska–Cieślik M. (2010), *Perspektyw dalszego obniżenia umieralności dzieci i młodzieży w Polsce*, *Medycyna Wieku Rozwojowego*, t. XIV, nr 2, s. 150–159.
- 12 CEHAP (2009), *op.cit.*
- 13 GAMBIT (2008), *Efektywność kampanii bezpieczeństwa ruchu drogowego – Klub Pancernika Klika w Fotelikach*, Instytut Transportu Samochodowego, Centrum Bezpieczeństwa Ruchu Drogowego, www.klubpancernika.pl/sites/default/files/Efektywnosc_kampanii_-_GAMBIT_2008_pdf.pdf
- 14 CEHAP (2009), *op.cit.*

4. Przestępstwa wobec małych dzieci

Małoletni może zostać pokrzywdzony każdym rodzajem przestępstwa, sprawcą zaś czynu zabronionego na jego szkodę może być zarówno sprawca, który podlega odpowiedzialności karnej za ten czyn (tj. po ukończeniu 17. r.ż.), jak i sprawca nieletni, ponoszący odpowiedzialność w trybie ustawy o postępowaniu w sprawach nieletnich. Przestępczość na szkodę małoletnich jest więc pojęciem niezwykle szerokim. Jednakże najczęściej w kontekście przestępczości na szkodę małoletnich wskazuje się na przestępstwa przeciwko życiu i zdrowiu, przestępstwa przeciwko wolności seksualnej i obyczajności, przeciwko rodzinie i opiece, przestępstwa przeciwko czci i nietykalności cielesnej oraz przestępstwa przeciwko wolności. Niektóre z tych przestępstw nie są charakteryzowane w statystykach przestępstw ze względu na wiek ofiar, co uniemożliwia przedstawienie danych statystycznych na temat pokrzywdzonych małoletnich. Nawet w grupie przestępstw, których rejestry uwzględniają wiek ofiar, dane ograniczają się do wyróżnienia kategorii małoletnich pokrzywdzonych, bez specyfikacji bardziej szczegółowych grup wiekowych. Tak więc analiza skali i dynamiki przestępstw wobec małych dzieci w wieku 0–3 lat, których charakterystyka jest celem tego raportu, jest znacznie utrudniona.

Ze względu na brak danych umożliwiających skoncentrowanie się specyficznie na małych dzieciach, czytelników zainteresowanych informacjami o przestępstwach na szkodę ogółu małoletnich zapraszam do lektury raportu *Dzieci się liczą*¹ wydanego przez Fundację Dzieci Niczyje w 2011 r., który prezentuje dane statystyczne i badawcze dotyczące wymienionych wyżej czynów zabronionych. W tym rozdziale zostaną natomiast szczegółowo scharakteryzowane te przestępstwa, których ofiarami najczęściej lub wyłącznie padają małe dzieci.

4.1. Porzucenie dziecka

Ujęcie prawnokarne

Brak jest w przepisach prawa polskiego legalnej (ustawowej) definicji porzucenia dziecka. Termin ten występuje w art. 210 Ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. — Kodeks karny (dalej: „k.k.”), który wprowadza odpowiedzialność karną za porzucenie małoletniego poniżej lat 15 (albo osoby nieporadnej ze względu na jej stan psychiczny lub fizyczny) mimo obowiązku troszczenia się o tę osobę.

Definicję porzucenia wypracowało na gruncie tego przepisu orzecznictwo i doktryna prawa karnego. W wyroku Sądu Najwyższego z dnia 4 czerwca 2001 r.² sąd ten wskazał, iż porzucenie oznacza działanie polegające na opuszczeniu dziecka, połączone z zaprzestaniem troszczenia się o nie, bez zapewnienia mu opieki ze strony innych osób. Do istoty porzucenia należy więc pozostawienie osoby, nad którą miała być roztoczona opieka, własnemu losowi oraz uniemożliwienie udzielenia jej natychmiastowego wsparcia. W nauce prawa karnego podkreśla się zaś, że porzucenie polega na pozostawieniu małoletniego poniżej lat 15 „samemu sobie”, bez opieki lub pomocy ze strony innych osób czy instytucji³. Zgodnie z tą definicją, porzuceniem będzie zarówno aktywne działanie sprawcy, jak i zaniechanie obowiązku opieki względem dziecka, np. przez pozostawienie go w miejscu, gdzie nie uzyska pomocy ze strony innych osób (tak w przypadku porzucania noworodka na śmietniku).

Wyżej wskazana definicja dotyczy jednak wyłącznie czynu karalnego z art. 210 k.k. Nie obejmuje zaś tych zachowań rodziców, które mieszczą się w potocznym rozumieniu słowa „porzucenie”, np. pozostawienie dziecka w tzw. oknie życia czy w szpitalu. Dla przykładu — zgodnie z uchwałą Sądu Najwyższego z dnia 5 lutego 1966 r.⁴ — „oddanie pięciomiesięcznego dziecka do szpitala w związku z koniecznością jego leczenia, a następnie nieodebranie go z tego szpitala mimo wyzdrowienia i brak zainteresowania jego dalszym losem nie stanowi przestępstwa określonego w art. 210 Kodeksu karnego”. W takiej bowiem sytuacji możliwe jest udzielenie dziecku niezwłocznie koniecznej pomocy, wsparcia i opieki.

W przypadku porzucenia dziecka w rozumieniu art. 210 k.k. rodzicom grozi odpowiedzialność karna. Artykuł ten przewiduje za popełnienie tego przestępstwa karę pozbawienia wolności do lat 3. Minimalną

Mówią lekarze

Czasem jest tak, że my dziecko przyjmujemy nie wiedząc do końca, co tak naprawdę się stało, np. gdy jest przywiezione przez policję i pogotowie z jakiejś libacji alkoholowej. Z takimi dziećmi zawsze jest duży problem, bo nie ma ich opiekunów prawnych. My piszemy oczywiście do sądu, że przyjęliśmy takie dziecko; kierujemy na oddział, wykonujemy jakieś podstawowe badania, żeby zobaczyć jaki jest generalnie stan zdrowia tego dziecka. Najczęściej nic o nim nie wiemy, nie mamy żadnej dokumentacji medycznej, chociażby książeczki zdrowia dziecka.

karą pozbawienia wolności jest jeden miesiąc. Przepisy kodeksu dają jednak możliwość wymierzenia kary innej niż pozbawienie wolności (np. art. 58 § 3 k.k. stanowi, iż sąd może orzec zamiast kary pozbawienia wolności grzywnę albo karę ograniczenia wolności do lat 2, w szczególności jeżeli orzeka równocześnie środek karny).

Należy jednak podkreślić, że w przypadku gdy następstwem porzucenia jest śmierć dziecka, sprawca podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8. Kara taka grozi więc rodzicom, którzy porzucają dziecko w takich warunkach, że kończy się to śmiercią dziecka (np. na śmietniku).

Jeśli zachowanie rodziców nie wypełnia znamion przestępstwa porzucenia, rodzice co do zasady nie poniosą odpowiedzialności karnej (w konkretnym przypadku można rozważać jednak odpowiedzialność z art. 160 k.k. — narażenie na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu lub odpowiedzialność za popełnienie innego przestępstwa przeciwko życiu i zdrowiu).

Ujęcie opiekuńcze

Porzucenie w szerszym sensie, czyli każde pozostawienie dziecka przez rodzica/rodziców, połączone z zaprzestaniem opieki nad nim, regulowane jest przede wszystkim w Ustawie z dnia 25 lutego 1964 r. — Kodeks rodzinny i opiekuńczy (dalej: „k.r.o.”). Kodeks ten reguluje zarówno instytucję władzy rodzicielskiej, jak i instytucję przysposobienia (tj. adopcji). Ustawą, która reguluje dalszą sytuację dziecka jest ponadto Ustawa z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej (Dz.U. z 2011 r. Nr 149, poz. 887), zawierająca przepisy dotyczące m.in. sprawowania pieczy zastępczej w razie braku sprawowania opieki przez rodziców biologicznych oraz postępowania o przysposobienie.

Zgodnie z polskim prawem, od urodzenia dziecka przysługuje jego rodzicom władza rodzicielska. Zaniedbywanie obowiązków wynikających z tej władzy (m.in. obowiązku codziennej opieki, wychowania, zaspokajania potrzeb, łożenia na dziecko — alimentacji) jest podstawą ograniczenia władzy rodzicielskiej lub — w skrajnych wypadkach — jej pozbawienia. Zgodnie z art. 111 § 1 k.r.o., jeżeli władza rodzicielska nie może być wykonywana z powodu trwałej przeszkody albo jeżeli rodzice nadużywają władzy rodzicielskiej lub w sposób rażący zaniedbują swe obowiązki względem dziecka, sąd opiekuńczy pozbawia rodziców władzy rodzicielskiej. Rażące zaniedbanie obejmuje każde zawinione zaniedbanie właściwego sposobu postępowania, które sprawia — choćby tylko pośrednio — że dobro dziecka jest poważnie zagrożone⁵.

W przypadku porzucenia dziecka przez rodziców, sąd opiekuńczy może więc (a nawet powinien) dokonać ingerencji w ich władzę rodzicielską. Pozbawienie ich tej władzy w sytuacji, gdy nie wykazują już żadnego zainteresowania dzieckiem, jest rozwiązaniem najlepszym dla małoletniego (umożliwia jego przysposobienie, czyli stworzenie nowego środowiska rodzinnego). Jednakże postępowanie w sprawie pozbawienia władzy rodzicielskiej zwykle jest długotrwałe, co oznacza przedłużającą się nieuregulowaną sytuację prawną dziecka.

Rodzice jawnie pozostawiający dziecko, np. w szpitalu po urodzeniu, mogą wyrazić zgodę na jego przysposobienie (adopcję) — ze wskazaniem konkretnych rodziców adopcyjnych lub bez ich wskazania. Zgodnie jednak z art. 119² k.r.o., zgoda rodziców na przysposobienie dziecka nie może być wyrażona wcześniej niż po upływie sześciu tygodni od urodzenia się dziecka. Oznacza to możliwość wycofania się w tym czasie z wcześniejszej decyzji rodziców — co do zasady bez negatywnych konsekwencji prawnych.

Wyżej wskazane regulacje oznaczają, iż w ciągu pierwszych 6 tygodni po urodzeniu dziecka praktycznie niemożliwe jest uregulowanie jego sytuacji prawnej (biorąc pod uwagę także długość procedur sądowych). W tym czasie z reguły dziecko zostaje umieszczone w (zwykle instytucjonalnych) formach pieczy zastępczej, np. domach małego dziecka, ośrodkach preadopcyjnych itp. Długość pobytu dziecka w takim miejscu zależy następnie od tego, w jakim czasie (i czy w ogóle) znajdą się kandydaci na rodzinę adopcyjną oraz od tego, jak długo trwać będzie procedura przed sądem opiekuńczym (brak jest ustawowych terminów na rozpoznanie sprawy).

Jeśli dojdzie do pozbawienia władzy rodzicielskiej przez sąd opiekuńczy (lub jeśli rodzice wyrazili przed sądem zgodę na przysposobienie dziecka), droga do postępowania o przysposobienie (postępowania adopcyjnego) jest otwarta. Wyjątkowo — gdy nie doszło do pozbawienia władzy rodzicielskiej, ale porozumienie z rodzicami napotyka trudne do przezwyciężenia przeszkody (np. nie jest znane ich miejsce pobytu lub gdy poważna choroba uniemożliwia nawiązanie z nimi kontaktu) — sąd może orzec przysposobienie bez ich zgody.

W przypadku orzeczenia przysposobienia władza rodzicielska (o ile wcześniej rodzice nie zostali jej pozbawieni) ustaje, a między rodzicami adopcyjnymi a dzieckiem powstaje taki stosunek, jak między rodzicami biologicznymi a dziećmi.

Skala porzucania dzieci

Dane Ministerstwa Zdrowia pokazują, że rocznie rodzi się ok. 700 dzieci (ok. 0,2% wszystkich urodzin), które następnie zostają pozostawione przez rodziców na oddziałach położniczych. Powody, z których rodzina decyduje się na tę formę porzucenia dziecka są różne: bieda, młody wiek matki, brak wsparcia ze strony partnera, samotne macierzyństwo, niepełnosprawność dziecka⁶.

Brak danych wiktymologicznych uniemożliwia określenie wieku dzieci, które zostały porzucone w sposób niejawnny, stanowiący przestępstwo w rozumieniu art. 210 k.k., można jednak podejrzewać, że najczęściej są to niemowlęta i małe dzieci.

TABELA 1. LICZBA DZIECI POZOSTAWIONYCH NA ODDZIAŁACH POŁOŻNICZYCH ORAZ LICZBA OSÓB SKAZANYCH ZA PRZESTĘPSTWA Z ART. 210 K.K. (PORZUCENIE MAŁOLETNIEGO).		
Rok	Noworodki pozostawione w szpitalu nie ze względów zdrowotnych	Liczba osób skazanych za porzucenie dzieci (art. 210 k.k.)
2000	-	89
2001	899	106
2002	1 018	79
2003	1 090	106
2004	1 012	79
2005	1 013	100
2006	826	541
2007	713	796
2008	775	264
2009	726	260
2010	-	250

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Ministerstwa Zdrowia i Ministerstwa Sprawiedliwości.

Według danych Caritas Polska do 2012 r. w oknach życia⁷ w Polsce pozostawiono 31 niemowląt⁸. W 2006 roku z inicjatywy Caritas Polska powstało w Polsce ponad 30 okien życia, obecnie jest ich niemal 40.

Okna życia budzą kontrowersje. Nie powinny być alternatywą dla kompleksowej pomocy dla osób, które zamierzają dziecko porzucić. Ponadto, trzeba zwrócić uwagę, iż pozostawienie dziecka w oknie życia przedłuża znacznie procedurę przysposobienia i — co podnosi się na forum europejskim — stanowi zaprzeczenie prawa dziecka do własnej tożsamości. Trzeba pamiętać, że dziecko pozostawione w oknie życia jest dzieckiem anonimowym, bez aktu urodzenia, imienia i nazwiska. Fakt ten ma konsekwencje prawne — zanim dojdzie do przysposobienia dziecka, konieczne jest ustalenie treści aktu urodzenia dziecka, a wcześniej przeprowadzenie odpowiednich czynności związanych z ustaleniem tożsamości jego rodziców przez Policję. Stąd rozwiązanie to znacznie przedłuża procedurę związaną z uregulowaniem sytuacji prawnej dziecka.

4.2. Dzieciobójstwo

Ujęcie prawnokarne

Dzieciobójstwo, rozumiane potocznie, oznacza zabicie własnego dziecka. Jednak z punktu widzenia prawa karnego znaczenie tego pojęcia jest dużo węższe. Zgodnie z art. 149 k.k., matka, która zabija dziecko w okresie porodu pod wpływem jego przebiegu, podlega karze pozbawienia wolności od 3 miesięcy do lat 5. Tak więc, do zakwalifikowania czynu z ww. artykułu, a zatem do poniesienia łagodniejszej odpowiedzialności karnej (jest to typ uprzywilejowany zabójstwa), konieczne jest ustalenie spełnienia kilku warunków:

- zabójstwa dopuszcza się matka wobec urodzonego przez siebie dziecka;
- czyn popełniony jest w okresie porodu i pod wpływem jego przebiegu.

Jeśli chodzi o pojęcie „okres porodu”, to obejmuje ono zarówno poród w sensie medycznym (do wydalenia łożyska), jak i czas bezpośrednio po urodzeniu dziecka, gdy jeszcze stan psychiczny kobiety rodzącej w wysokim stopniu odbiega od stanu jej normalnej psychiki (zob. wyrok SN z dnia 15 kwietnia 1957 r.⁹). Ustawa nie określa, jak długo trwa tenże okres. W literaturze przedmiotu wskazuje się, iż w ujęciu psychiatrycznym okres wpływu porodu na kobietę trwa od kilku do kilkunastu godzin, w niektórych sytuacjach nawet dłużej (kilka dni) i związany jest z szokiem okołoporodowym i silną reakcją na stres, jakim jest poród¹⁰.

Mówią lekarze

Mam wrażenie, że my przerzucamy odpowiedzialność na inne instytucje, chyba tak trzeba powiedzieć. Jeśli my wyleczyliśmy z zapalenia płuc, ale dostrzegamy problem, to – ponieważ sami niewiele możemy zrobić, bo to dziecko wychodzi, ta rodzina nam się wymyka – przerzucamy tę kwestię na następną instytucję. Czy to daje efekt? My nigdy nie mamy informacji zwrotnej, więc tak naprawdę nigdy nie wiemy, czy to miało głębszy sens. (...) Nie wiemy, czy nasze podejrzenia były słuszne, niesłuszne, czym to się skończyło. Tego nigdy nie wiemy, niestety.

Jak wskazuje B. Michalski, okres porodu może wpływać na zachowania kobiety w wymiarze czynników biologicznych (ból, utrata krwi), psychicznych (np. w przypadku dziecka pozamążańskiego) oraz socjalnych (lęk o materialną przyszłość)¹¹. W znamię „pod wpływem przebiegu porodu” zakodowane są właściwie wszystkie ww. okoliczności (zob. wyrok SA w Krakowie z dnia 24 października 2002 r.¹²).

To właśnie wpływ porodu, a więc ścisły związek przyczynowy¹³ między szczególnym stanem psychicznym kobiety rodzącej a jej czynem sprzecznym z naturalnymi uczuciami macierzyńskimi (wyrok SN z dnia 11 czerwca 1974 r.¹⁴), jest istotą omawianego przestępstwa. Objawami przeżyć towarzyszących popełnieniu czynu z art. 149 k.k. może być m.in.: stan oszobotwienia, objawy depresji, lęku, agresji, zaburzenia rozumienia bodźców i orientacji, wyłączenie się z sytuacji albo też pobudzenie i nadmierna ak-

tywność. Jednak w konkretnej sprawie, kwestię czynników towarzyszących porodowi i ich wpływu na psychikę kobiety, ocenia biegli sądowi. Wskazuje się, że analiza zachowania i przeżyć matki powinna być analizowana przez zespół biegłych (biegłego z zakresu medycyny sądowej, położnika, psychiatrę i psychologa)¹⁵.

Zachowanie sprawcy czynu z art. 149 k.k. może polegać na zaniechaniu (np. pozostawienie dziecka bez opieki, które skutkuje jego śmiercią) lub na działaniu, czyli pewnej aktywności (uduszenie, utopienie). Trzeba jednak pamiętać, że przestępstwo z art. 149 k.k. jest przestępstwem umyślnym, a zatem dla jego bytu wymaga się, by kobieta miała zamiar pozbawienia dziecka życia (chciała tego lub przewidując, że śmierć nastąpi — godziła się na to). W konkretnym przypadku o tym zamiarze będzie decydował całokształt okoliczności faktycznych. Zwłaszcza w przypadku zaniechania matki (czyli niepodjęcia takich czynności, do których jest zobowiązana, np. zapewnienia opieki, bezpieczeństwa, ciepła itp.) kluczowe dla ustalenia odpowiedzialności karnej będzie ustalenie zamiaru matki (czy chciała śmierci dziecka, czy przewidując ją — na nią się godziła, czy też śmierć była efektem niezachowania pewnych reguł ostrożności, wymaganych w danych okolicznościach).

Mówią lekarze

System jest co raz lepszy, ale ciągle dziurawy. Brakuje przepływu informacji, zwłaszcza w dużych miastach. Bo jeżeli trafia do nas na oddziału dziecko zagrożone przemocą czy też krzywdzone i z jakichś powodów musimy je wypisać do domu, dziecko wraca do domu, ale kolejny raz idzie już do innego szpitala. Nie ma takiej możliwości, żebyśmy mieli te informacje, gdyż nie ma takiej osoby, która już się opiekuje tym dzieckiem cały czas. Nie ma wymiany informacji. Nie wiadomo, czy dziecko było już kiedyś w szpitalu czy nie. Jeżeli matka nie powie, to my nie uzyskamy takiej informacji.

Może się zdarzyć również tak, że matka podejmuje zamiar zabicia swojego dziecka, mimo iż nie zachodzi ta szczególna sytuacja psychiczna, będąca efektem porodu. Wówczas matka może zostać oskarżona o popełnienie czynu z art. 148 § 1 k.k. (zabójstwo). Trzeba jednak pamiętać, że zamiar zabójstwa podjęty zanim dziecko się urodziło, zatem jeszcze przez kobietę w okresie ciąży, nie przesądza jeszcze o takiej kwalifikacji. Jak wskazał SN w wyroku z dnia 13 grudnia 1965 r.¹⁶, wcześniej podjęty zamiar zabójstwa może po przyjściu na świat dziecka ulec zupełnej zmianie, a może też być zrealizowany wcale nie dlatego, że został uprzednio powzięty, ale właśnie pod wpływem przeżyć psychicznych kobiety rodzącej i wytrącenia jej z równowagi psychicznej przez poród. Wówczas właściwa kwalifikacja zachowania matki to kwalifikacja z art. 149 k.k.

Podczas analizy konkretnego przypadku może się zdarzyć też tak, że śmierć dziecka została wywołana nieumyślnie, zatem na skutek niezachowania ostrożności wymaganej w danych okolicznościach. Wówczas należałoby rozważyć zakwalifikowanie czynu matki z art. 155 k.k. (nieumyślne spowodowanie śmierci). Za okoliczności, które przemawiać mogą za taką kwalifikacją, Sąd Apelacyjny w Krakowie uznał np. zaniedbanie powinności przygotowania odpowiednich warunków porodu przez matkę (zob. wyrok SA w Krakowie z dnia 13 sierpnia 1992 r.¹⁷).

Jeśli zaś — mimo zachowań matki — do śmierci dziecka nie doszło, można jej zarzucać, w zależności od okoliczności (zwłaszcza od towarzyszącego jej zamiaru), usiłowanie popełnienia konkretnej odmiany zabójstwa. W razie natomiast, gdy zamiar zabójstwa nie zostanie wykazany, a efektem zachowań matki będą skutki na zdrowiu dziecka, możliwe będzie zarzucenie jej popełnienia innego czynu przeciwko życiu i zdrowiu — w zależności od tego, czy działała ona umyślnie i czy wywołała skutki na zdrowiu dziecka.

Ujęcie opiekuńcze

Jeśli do śmierci dziecka nie dojdzie, wówczas niezbędna okaże się ingerencja sądu opiekuńczego w sprawę danej rodziny. Na podstawie art. 23 k.p.k. prokurator, a na etapie postępowania sądowego — sąd, powinien w takim wypadku poinformować sąd opiekuńczy o popełnieniu (lub usiłowaniu popełnienia) przestępstwa na szkodę małoletniego. Uregulowanie sytuacji dziecka przez sąd opiekuńczy będzie wówczas niezbędne, jako że zajądą okoliczności stanowiące zagrożenie dobra dziecka. W zależności od oko-

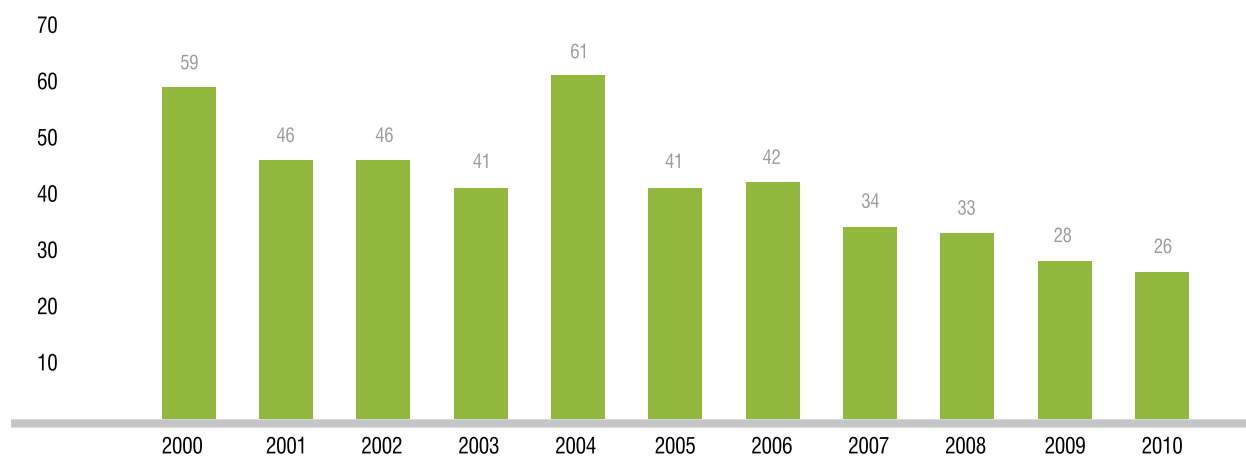
liczności faktycznych, sąd opiekuńczy w szczególności będzie mógł ograniczyć władzę rodzicielską matki przez umieszczenie dziecka w jednej z form pieczy zastępczej — art. 109 § 2 pkt 5 k.r.o. Może się zdarzyć także tak, iż sąd opiekuńczy uzna zachowania matki za realne zagrożenie dobra dziecka, które uzasadnia pozbawienie jej władzy rodzicielskiej bez wcześniejszego ograniczenia władzy rodzicielskiej (zob. postanowienie SN z dnia 11 stycznia 2000 r.¹⁸).

Z reguły zresztą takie uregulowanie będzie następce wobec interwencyjnych działań podjętych przez funkcjonariuszy Policji czy też przedstawicieli innych służb (zob. np. art. 12a Ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie, Dz.U. z 2005 r. Nr 180, poz. 1493 ze zm.). Trudno sobie bowiem wyobrazić, by w przypadku usiłowania pozbawienia dziecka życia interweniujące służby nie zagwarantowały jego bezpieczeństwa przez przewiezienie go w miejsce, w którym zapewnioną będzie miało należytą opiekę.

Skala problemu

Liczba zabójstw dokonywanych przez matki w okresie poporodowym systematycznie spada i obecnie rocznie odnotowywanych jest w Polsce około 30 takich przypadków.

WYKRES 1. LICZBA SKAZAŃ Z ART. 149 K.K.



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Ministerstwa Sprawiedliwości.

Dzieciobójczynie to w zdecydowanej większości kobiety o niskim poziomie wykształcenia, w trudnej sytuacji ekonomicznej i osobistej (brak perspektyw na wsparcie ze strony ojca dziecka). Często doświadczają przemocy ze strony najbliższych, są bierne, uległe, podporządkowane, a w trudniej sytuacji przenoszą swoją frustrację i agresję na rodzące się dziecko. Główną pobudką zabójstwa dziecka niezmiennie pozostają czynniki socjalno-bytowe oraz strach przed reakcją społeczeństwa¹⁹.

4.3. Zespół Münchhausena by Proxy

Zespół Münchhausena by Proxy polega na celowym wywoływaniu przez rodziców rzeczywistych objawów chorobowych u dziecka. Objawy te zazwyczaj mają charakter przewlekły lub nawracający, ponadto rodzice przekazują lekarzom fałszywe informacje na temat dotychczasowego przebiegu choroby u ich dzieci. Zespół ten jest najczęściej rozpoznawany u dzieci w wieku 0–6 lat. Wśród wywoływanych objawów zdarzają się najczęściej: niezdolność ruchowa i patologiczna senność na skutek podawania dzieciom dużych dawek barbituranów, uporczywe wymioty na skutek mechanicznej prowokacji, hipoglikemia po podaniu insuliny, zakażenia wywołane wstrzykiwaniem zanieczyszczonych substancji²⁰.

Ujęcie prawnokarne

Zachowanie rodzica/rodziców, spełniające opisywane w literaturze przedmiotu cechy zespołu Münchause-na by Proxy, nie jest łatwe do zakwalifikowania jako konkretny czyn zabroniony, zagrożony pod groźbą kary. Ta kwalifikacja zależeć będzie od kilku czynników, m.in. od skutków, które rodzic/rodzice wywołali swoim zachowaniem wobec dziecka.

Można sobie wyobrazić, że działania rodzica, polegające m.in. na wywoływaniu pewnych objawów chorobowych poprzez ingerencję w zdrowie dziecka (np. podawanie mu leków, których nie potrzebuje, a które wywołają określone reakcje organizmu), mogą nie wywołać skutków, które stanowiłyby uszczerbek na zdrowiu dziecka. Wówczas można rozważać odpowiedzialność karną rodzica nie za spowodowanie konkretnego skutku właśnie, ale za narażenie dziecka na niebezpieczeństwo.

Zgodnie z art. 160 § 1 k.k., kto naraża człowieka na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu, podlega karze pozbawienia wolności do lat 3. Ponieważ jednak rodzic jest osobą, na której ciąży obowiązek opieki nad osobą narażoną (nad dzieckiem), podlega on surowszej odpowiedzialności karnej, tj. karze pozbawienia wolności od 3 miesięcy do lat 5 (zgodnie z § 2 wzmiankowanego przepisu). Jak wskazano w wyroku SN z dnia 14 lipca 2011 r.²¹, narażenie może zostać zrealizowane w jeden z trzech sposobów: przez sprowadzenie zagrożenia, jego znaczące zwiększenie, a także — w przypadku gwaranta (gwarantem jest wobec dziecka m.in. jego rodzic) — przez niespowodowanie jego ustąpienia albo zmniejszenia²². Wypełniać znamiona ww. przestępstwa będą więc zarówno działania, jak i zaniechania rodzica, stwarzające zagrożenie, którego wcześniej nie było (wobec zdrowego dziecka), jak i zwiększające to zagrożenie (np. niepodawanie odpowiednich leków, mimo istnienia oznak chorobowych po to, by sprowokować interwencję medyczną).

Należy jednak podkreślić, że niebezpieczeństwo, które sprawca wywołuje w przypadku art. 160 k.k. to niebezpieczeństwo utraty życia lub ciężkiego uszczerbku na zdrowiu (czyli zagrożenie śmiercią lub skutkiem określonym w art. 156 § 1 k.k., tj. pozbawieniem wzroku, słuchu, mowy, zdolności płodzenia, innym ciężkim kalectwem, ciężką chorobą nieuleczalną lub długotrwałą, chorobą realnie zagrażającą życiu, trwałą chorobą psychiczną, całkowitą albo znaczną trwałą niezdolnością do pracy w zawodzie lub trwałego, istotnego zeszpecenia lub zniekształcenia ciała). Niebezpieczeństwo to powinno być realne i bezpośrednie (zob. wyrok SN z dnia 2 lutego 2010 r.²³).

W konkretnej sprawie należałoby zatem ustalić, czy działania/zaniechania rodzica stworzyły realne zagrożenie śmierci dziecka lub też zagrożenie ciężkiego uszczerbku na jego zdrowiu. Wydaje się, że może być to utrudnione z uwagi na to, iż zwykle w takich przypadkach dziecko podlega wielokrotnym hospitalizacjom. Zatem ustalenie, że to zachowania rodzica spowodowały konkretne zagrożenie (albo wywołały określony skutek — o czym mowa niżej), może być trudne. Niezbędne w tym zakresie okaże się z pewnością przeprowadzenie dowodu z opinii biegłego z zakresu medycyny sądowej.

Jak wcześniej wskazano, czyn z art. 160 k.k. to jedna z kilku możliwych kwalifikacji zachowań zdiagnozowanych jako zespół Münchausena. Wiele okoliczności faktycznych (w szczególności wywołane zachowaniem rodzica skutki na zdrowiu dziecka) może wskazywać bowiem na inną kwalifikację, np. z art. 156 k.k. czy z art. 157 § 1 lub § 2 k.k., tj. spowodowanie określonego uszczerbku na zdrowiu dziecka — od lekkiego do ciężkiego).

W skrajnych przypadkach można także rozważać kwalifikację zachowań rodzica z art. 207 § 1 k.k., tj. z przepisu przewidującego odpowiedzialność karną za przestępstwo znęcania się. Przepis ten jednak, jak się wydaje, znajdzie tu zastosowanie stosunkowo rzadko. Po pierwsze, należałoby wykazać, że rodzic działał w dłuższym okresie²⁴, w sposób powtarzalny, że zachowania te były umyślne i nacechowane pewną intensywnością²⁵. Po drugie, pojawia się przy tej okazji problem ustalenia zamiaru rodzica. Z reguły przy zespole Münchausena sprawca chce spowodować interwencję medyczną, zwrócić uwagę służby zdrowia na siebie i dziecko. Przy art. 207 k.k. natomiast (co jest jednak kontrowersyjne w doktrynie i orzecznictwie) wymaga się, by sprawca miał zamiar bezpośredni, tj. chciał wywołać cierpienia psychiczne lub fizyczne

u pokrzywdzonego (zob. wyrok SN z dnia 23 lutego 1995 r.²⁶ oraz z dnia 21 października 1999 r.²⁷, inaczej: B. Michalski²⁸ oraz uchwała SN z dnia 9 czerwca 1976 r.²⁹).

Rozpoznający w 2003 r. nieco inny stan faktyczny Sąd Apelacyjny w Katowicach wskazał, iż samo wadliwe opiekiwanie się dzieckiem nie implikuje przyjęcia znęcania się nad nim, pojmowanym jako celowe jego dręczenie. Zdaniem sądu, znęcanie się nie zachodzi, gdy błędy w opiece nad dzieckiem polegały na zaniedbywaniu jego higieny, pozostawianiu śpiącego dziecka samego w domu lub zwlekaniu z udzieleniem mu pomocy lekarskiej. W takich sytuacjach, zdaniem sądu, rozważać należałoby odpowiedzialność karną z art. 160 k.k. lub art. 162 k.k. (nieudzielenie pomocy)³⁰. Oczywiście stan faktyczny w ww. sprawie odbiega znacznie od spraw dotyczących zespołu Münchausena, jednak stanowisko sądu pokazuje, że w przypadku art. 207 k.k. wymagane jest udowodnienie zamiaru wywołania cierpienia u pokrzywdzonego, co w przypadkach tu omówionych może być trudne.

Ujęcie opiekuńcze

Zdiagnozowanie zespołu Münchausena może (i z reguły powinno) mieć swoje konsekwencje na gruncie władzy rodzicielskiej sprawcy. Z pewnością taka sytuacja dziecka może być rozpatrywana w kategorii zagrożenia jego dobra. Zgodnie z art. 109 § 1 k.r.o., jeżeli dobro dziecka jest zagrożone, sąd opiekuńczy ma obowiązek wydania odpowiednich zarządzeń. Katalog tych zarządzeń nie jest zamknięty, zatem sąd opiekuńczy może dobranej do danej sytuacji środków najlepiej jej odpowiadający. Zależać będzie on z całą pewnością od rodzaju zachowań rodzica i stopnia, w jakim zagrażają one dziecku. Spośród sposobów ograniczenia władzy rodzicielskiej, wymienionych w art. 109 § 2 k.r.o., w omawianym przypadku mogłyby mieć zastosowanie m.in.:

- skierowanie rodzica do placówki albo specjalisty zajmujących się udzielaniem stosownej pomocy,
- umieszczenie dziecka w jednej z form pieczy zastępczej (np. rodzinie zastępczej).

Może się zdarzyć także, iż zachowania rodzica wobec dziecka są na tyle intensywne i zagrażające dziecku, że (zgodnie z art. 111 § 1 k.r.o.) zostaną uznane za nadużycie władzy rodzicielskiej. W takiej sytuacji, nawet bez wcześniejszego ograniczenia władzy rodzicielskiej, możliwe jest pozbawienie władzy rodzicielskiej tego rodzica (zob. postanowienie SN z dnia 11 stycznia 2000 r.³¹).

Skala problemu

Częstość występowania zespołu Münchausena by Proxy jest nieznana. Do raportów epidemiologicznych trafiają na ogół jedynie jego ciężkie postaci. Obecnie w USA rejestruje się około 1 200 przypadków tego zaburzenia rocznie. Wyniki badań wskazały, że łącznie w Anglii i Irlandii rejestruje się 2,8 ofiar zespołu Münchausena na 100 000 dzieci poniżej 1. r.ż. i 0,5 przypadku na 100 000 dzieci poniżej 16. r.ż. W Polsce odnotowuje się w ciągu roku od kilku do kilkunastu przypadków (średnio 3 na 100 tys. dzieci), ale rzeczywista skala rozpowszechnienia tej formy maltretowania dziecka pozostaje nieznana³².

Ofiarami zespołu padają głównie noworodki, niemowlęta i małe dzieci. Średni wiek maltretowanego dziecka w momencie rozpoznania MSBP to według różnych badaczy od 20–40 miesięcy. Większość autorów wskazuje, że śmiertelność dzieci maltretowanych przez osoby cierpiące na zespół Münchausena by Proxy wynosi 6–10%. Zgon dziecka może wynikać bezpośrednio z działań podejmowanych przez chorą osobę lub być skutkiem ubocznym zlecanych przez lekarzy inwazyjnych badań diagnostycznych.

Długotrwały uszczerbek na zdrowiu stwierdza się u 7,3% dzieci³³.

- 1 *Dzieci się liczą. Informacje o stanie zagrożenia bezpieczeństwa i rozwoju dzieci w Polsce* (2011), Warszawa: Fundacja Dzieci Niczyje.
- 2 Sygnatura akt V KKN 94/99, *Krakowskie Zeszyty Sądowe* 2001, z. 11, poz. 21.
- 3 Szwarczyk M. (2007), w: *Kodeks karny. Komentarz*, T. Bojarski (red.), Warszawa: Lexis Nexis, s. 784.
- 4 Sygnatura akt VI KZP 57/65, *OSNKW* 1966, nr 4, poz. 48.
- 5 Ciepla H. (2009), w: K. Piasecki (red.), *Kodeks rodzinny i opiekuńczy. Komentarz*, Warszawa: Lexis Nexis, s. 1152.
- 6 Ładużyński A. (2009), *Společné i kulturowe uwarunkowania adopcji w Polsce*, Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls.
- 7 Okna życia są specjalnymi miejscami, gdzie matki mogą anonimowo pozostawić niemowlę, wiedząc, że trafi ono pod opiekę szpitala.
- 8 Informacja prasowa Caritas Polska z 3 marca 2011 r.
- 9 Sygnatura akt IV K 131/57, *OSN* 1957/III, poz. 32.
- 10 Michalski B. (2006), w: *Kodeks karny. Część szczegółowa*, A. Wąsek (red.), Warszawa 2006, 3 wydanie, s. 253 i nast.
- 11 *Ibidem*, s. 255.
- 12 Sygnatura akt II AKa 256/02, *Krakowskie Zeszyty Sądowe* 2002, z. 12, poz. 34.
- 13 Szwarczyk M. (2011), w: *Kodeks karny. Komentarz*, T. Bojarski (red.), wyd. V, Warszawa: LexisNexis.
- 14 Sygnatura akt IV KR 89/74, *OSNPG* 1987, nr 5, poz. 55.
- 15 Michalski B., *op.cit.*, s. 255, za: Cieślak M., Spett K., Szymusik A., Wolter W. (1991), *Psychiatria w procesie karnym*, Warszawa: Wydawnictwo Prawnicze, s. 273–274.
- 16 Sygnatura akt II KR 372/65, *OSNKW* 1966/7, poz. 72.
- 17 Sygnatura akt II AKr 156/92, *Krakowskie Zeszyty Sądowe* 1992, z. 3–9, poz. 58.
- 18 Sygnatura akt I CKN 1072/99, *Biuletyn Sądu Najwyższego* 2000, nr 4, s. 14.
- 19 Pomarańska–Bielecka M. (2010), *Prawna i socjologiczna charakterystyka występków dzieciobójstwa*, *Dziecko Krzywdzone*, nr 3(32).
- 20 *Diagnostic and Statistical Manual – DSM IV [Klasyfikacja DSM-IV]*, American Psychiatric Association (APA).
- 21 Sygnatura akt III KK 77/2011, *Biuletyn Sądu Najwyższego* 2011, nr 11.
- 22 Tak też: Michalski B., *op.cit.*, s. 401 i n.
- 23 Sygnatura akt III KK 17/2010, *Orzecznictwo Sądu Najwyższego w Sprawach Karnych* 2010, poz. 232.
- 24 Choć dopuszcza się w doktrynie i orzecznictwie wypełnienie znamion czynu z art. 207 k.k. jednym zachowaniem, jednak w tym przypadku trudno sobie taką sytuację wyobrazić.
- 25 Zob. Szwarczyk M. (2011), w: *Kodeks karny. Komentarz*, T. Bojarski (red.), wyd. V, , Warszawa: LexisNexis.
- 26 Sygnatura akt II KRN 6/95, *Orz. Prok. i Pr.* 1995, nr 6, poz. 5.
- 27 Sygnatura akt V KKN 580/97, *Prok. i Pr., dodatek* 2000, nr 2, poz. 7.
- 28 Michalski B., *op.cit.*, s. 1048 i n.
- 29 Sygnatura akt VI KZP 13/75, *OSNKW* 1976/7–8, poz. 86 — zob. pkt 2 uchwały.
- 30 Wyrok SA w Katowicach z dnia 6 lutego 2003 r., II AKa 532/2002, *Krakowskie Zeszyty Sądowe* 2003, z. 7-8, poz. 70.
- 31 Sygnatura akt I CKN 1072/99, *Biuletyn Sądu Najwyższego* 2000, nr 4, s. 14.
- 32 Deniszewska–Urbanowska M., Szal–Karkowska B., Cielecka–Kuszyk J. (2006), *Zastępczy Zespół Münchausena*, *Standardy Medyczne*, nr 2, t. 3, s. 196–199.
- 33 Berent D., Florkowski A., Gałęcki P. (2010), *Przeniesiony zespół Münchausena*, *Psychiatria Polska*, t. XLIV, nr 2.



Oferta wsparcia dla rodzin z małymi dziećmi

1. Kobieta ciężarna w pracy

1.1. Wprowadzenie

Macierzyństwo jest wielkim wyzwaniem w dzisiejszym świecie. Kobiety chcą wychowywać dzieci i jednocześnie pracować, rozwijać się zawodowo. Czy łączenie tych obowiązków jest w ogóle możliwe? Jakie udogodnienia matkom daje prawo, a jak w rzeczywistości wygląda ich sytuacja na rynku pracy? Jakie oczekiwania wobec pracodawców mają kobiety?

Spróbujmy przyjrzeć się dwóm najtrudniejszym etapom w życiu pracującej mamy — ciąży i powrocie do pracy po urlopie macierzyńskim lub wychowawczym — i zastanowić się, jakie rozwiązania ułatwiłyby kobietom łączenie tych ról życiowych.

Ciąża to niezwykle ważny moment w życiu kobiety, a w przypadku kobiet aktywnych zawodowo ma również duży wpływ na sytuację w pracy. Polskie prawo daje kobietom w ciąży specjalną ochronę. Według Kodeksu pracy (art. 177) pracodawca nie może wypowiedzieć ani rozwiązać z pracownicą umowy o pracę w okresie ciąży, a także w okresie jej urlopu macierzyńskiego, chyba że zachodzą przyczyny uzasadniające rozwiązanie umowy bez wypowiedzenia z jej winy i reprezentująca pracownicę zakładowa organizacja związkowa wyrazi zgodę na rozwiązanie umowy. Co bardzo ważne — również umowa o pracę zawarta na czas określony lub na czas wykonania określonej pracy albo na okres próbny przekraczający miesiąc, która uległaby rozwiązaniu po upływie trzeciego miesiąca ciąży, ulega przedłużeniu do dnia porodu. Jeśli jednak pracodawca naruszy te przepisy, pracownica może ubiegać się w sądzie pracy o przywrócenie do pracy albo o odszkodowanie. W chwili gdy kobieta wróci do pracy, ma prawo do wynagrodzenia za cały okres pozostawania bez pracy. Teoretycznie więc przyszłe matki powinny czuć się w pracy bezpiecznie i nie martwić się, że macierzyństwo negatywnie wpłynie na ich sytuację zawodową. Niestety w praktyce jest inaczej.

Mówią mamy

- *Ja tak strasznie chciałam pracować, bałam się, żeby mi nie powiedzieli, żebym do tej pracy nie przychodziła albo że mnie przesuną na inne stanowisko.*
- *Trochę się bałam, że wypadnę z obiegu, że nie będę na bieżąco, nie będę wiedziała, co się dzieje, coś mi ucieknie, jakieś szanse na rozwój, awans, karierę.*
- *Pierwsza myśl to: „Boże, co ja zrobię z pracą, co to będzie? Bo po pierwsze, nie wiem, jak się będę czuła, czasem trzeba leżeć całą ciążę, i co ja wtedy zrobię?”⁴*

Według badań przeprowadzonych w 2006 r. przez Instytut Millward Brown SMG/KRC na zlecenie Fundacji Świętego Mikołaja¹ kobiety raczej spodziewają się, że w sytuacji zajścia w ciążę spotkają je kłopoty w pracy, a nie pozytywna reakcja pracodawców i współpracowników. Jedna trzecia pracujących kobiet w wieku 18–45 lat² obawia się, że zajście w ciążę przysporzyłoby im problemów w sytuacji zawodowej. Ponad 20% kobiet aktywnych zawodowo wątpi, aby ich pracodawca ze zrozumieniem przyjął wiadomość o ciąży pracownicy. Tyle samo badanych przyznaje, że odkłada urodzenie dziecka w obawie przed utratą pracy. Podobne odczucia pojawiają się w wypowiedziach matek dzieci w wieku 12–48 miesięcy³ — 14% z nich deklaruje, że w ich przypadku przyczyną odkładania macierzyństwa były obawy związane z pracą.

Czego więc boją się kobiety? Ich obawy dotyczą przede wszystkim kwestii ekonomicznych i materialnych: zwolnienia z pracy lub utraty stanowiska, braku możliwości rozwoju zawodowego. Przyszłe mamy martwią się również o reakcje pracodawców i współpracowników na informację o ciąży, o atmosferę w pracy oraz o zdrowie swoje i dziecka, wpływ stresu i wykonywanej pracy na ciążę. Najtrudniejszy jest dla nich moment poinformowania przełożonego i kolegów o ciąży. Co piąta kobieta bała się rozmowy z szefem, a co siódma odwlekała ten moment. Te obawy wynikają z własnych wcześniejszych doświadczeń, negatywnych przeżyć koleżanek, a także z zachowania przełożonych.

Obawy kobiet relatywnie rzadko znajdują odzwierciedlenie w zachowaniach pracodawców: ponad 60% kobiet pracujących przed urodzeniem dziecka reakcją swojego szefa na wiadomość o ich ciąży określiło jako pozytywną. Tylko 8% miało negatywne doświadczenia, np. dawano im do zrozumienia, że po porodzie zostaną zwolnione, ostrzegano przed częstymi zwolnieniami lekarskimi.

Prawo nie tylko chroni kobietę w ciąży przed zwolnieniem, ale również daje jej szczególną ochronę warunków pracy. Kodeks pracy (art. 178 i 179) mówi o zakazie zatrudniania ciężarnej pracownicy w godzinach nadliczbowych i w porze nocnej. Nie wolno również bez jej zgody delegować pracownicy poza stałe miejsce pracy. Jeśli kobieta przed zajściem w ciążę pracowała w nocy, pracodawca ma obowiązek na okres jej ciąży zmienić rozkład czasu pracy w sposób umożliwiający wykonywanie pracy poza porą nocną, a jeżeli jest to niemożliwe lub niecelowe, przenieść pracownicę do innej pracy, której wykonywanie nie wymaga pracy w porze nocnej. Jeśli te zmiany powodują obniżenie wynagrodzenia, kobiecie przysługuje dodatek wyrównawczy. Również zgodnie z przepisami BHP (Rozporządzenie Rady Ministrów, z dnia 10 września 1996 r. w sprawie wykazu prac wzbronionych kobietom) kobiet w ciąży nie można zatrudniać przy pracach szczególnie uciążliwych lub szkodliwych dla zdrowia (są to m.in. prace w zasięgu pól elektromagnetycznych o natężeniach przekraczających wartości dla sfery bezpiecznej, prace w warunkach narażenia na promieniowanie jonizujące oraz prace przy obsłudze monitorów ekranowych — powyżej 4 godzin na dobę).

Zdarza się, że pracodawcy łamią prawo, zmuszając kobiety w ciąży do pracy w sobotę, wykonywania ciężkiej pracy fizycznej (dźwiganie i przesuwanie ciężkich przedmiotów), pracy w kontakcie ze szkodliwymi substancjami, w systemie zmian nocnych bez możliwości ich zamiany, obowiązkowej pracy po godzinach. Choć kobiety mają świadomość swoich praw, to jednak obawiają się zwolnień dyscyplinarnych, przewidując, że procedura przywrócenia do pracy (lub uzyskania odszkodowania) na drodze sądowej może trwać nawet kilka lat⁵.

Kobiety nie są zadowolone ze sposobu, w jaki traktowano je w okresie ciąży. Aż 40% badanych uważa, że nie otrzymały pomocy i wsparcia, jakiego oczekiwały od przełożonych. Większość kobiet uznaje, że pozytywną reakcją jest przyjęcie informacji o ciąży bez komentarza, zachowanie tego samego stanowiska, obowiązków, wynagrodzenia. Przyszłe matki oczekują także przyjmowania zwolnień lekarskich bez złośliwych uwag⁶, niektórym zależy także na wsparciu emocjonalnym.

1.2. Urlop macierzyński i wychowawczy

Po pojawieniu się na świecie dziecka matki przeżywają niezwykle intensywny okres. Potrzebują czasu nie tylko po to, żeby opiekować i troszczyć się o dziecko, ale także po to, by odnaleźć się w nowej roli, przeorganizować sobie życie, w tym również zawodowe.

W związku z urodzeniem dziecka kobiecie przysługuje 20 tygodni urlopu macierzyńskiego w przypadku jednego dziecka przy jednym porodzie (Kodeks pracy, art. 180; urlop wydłuża się wraz z ilością dzieci, aż do 37 tygodni przy urodzeniu pięciorga lub więcej dzieci przy jednym porodzie). Część tego urlopu może przypadać przed datą porodu (2 tygodnie). Od 2010 r. mama może skorzystać również z dodatkowych dwóch tygodni płatnego urlopu.

W innych krajach europejskich sytuacja jest różna, np. na Węgrzech urlop trwa 27 tygodni, w Wielkiej Brytanii 52 tygodnie, z czego 39 jest płatnych, a w Norwegii aż 46 pełnopłatnych tygodni, z czego 10 zarezerwowanych jest tylko dla ojców. Z kolei w Szwecji urlop macierzyński wynosi 12 tygodni, w Belgii 15, Holandii 16, w Danii 18. Krótsze urlopy macierzyńskie znajdują pewne zrównoważenie w fakcie, że urlopy wychowawcze w niektórych z tych krajów są płatne: w Szwecji są to 72 tygodnie (płatne w wysokości 73,3% wynagrodzenia do 52,8 tygodni), w Danii 32–40 tygodnie płatne w wysokości 100% wynagrodzenia, natomiast w Belgii 12 tygodni płatnych w wysokości 21,7%, ale w Holandii urlop wychowawczy to 13 tygodni bezpłatnych⁷.

Jak wynika z badań *Mama w pracy*, większość kobiet traktuje urlop macierzyński jako krótkotrwałą przerwę w aktywności zawodowej⁸. Aż ¾ respondentek pracujących przed urodzeniem dziecka już w trakcie ciąży myślało o powrocie do pracy po porodzie.

Matki tłumaczyły to przede wszystkim kwestiami finansowymi (55% uznało to za bardzo ważny powód), ale również potrzebą kontaktu z ludźmi, tym, że lubią swoją pracę, obawą przed wypadnięciem z rynku pracy, potrzebą bycia na bieżąco w sprawach zawodowych, a także chęcią rozwoju i robienia kariery.

Jednak sam urlop macierzyński bywa trudnym okresem. Choć w jego trakcie kobiety nadal są chronione przed zwolnieniem z pracy (podobnie jak podczas urlopu wychowawczego, Kodeks pracy, art. 183² 186–189¹, rozporządzenie Ministra Gospodarki, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 16 grudnia 2003 r. w sprawie szczegółowych warunków udzielania urlopu wychowawczego), to część respondentek skarżyła się na to, że pracodawcy próbowali przyśpieszać (lub przeciwnie — opóźniać) ich powrót po urlopie macierzyńskim. Takie wymuszane przejście na urlop wychowawczy często było zapowiedzią rozwiązania umowy po powrocie do pracy.

Po zakończeniu urlopu macierzyńskiego kobiety muszą wybrać: powrót do pracy czy bezpłatny urlop wychowawczy (trwający maksymalnie 3 lata). Według badań *Diagnozy społecznej* z 2009 r.⁹, w Polsce spośród kobiet, którym przysługują urlopy wychowawcze, 52% skorzystało z tego prawa (uprawnionych mężczyzn — jedynie 2%). Aż 84,9% osób, które korzystały z urlopów wychowawczych, wykorzystało je w pełnym wymiarze. Jedynie 3% osób zmniejszyło wymiar czasu pracy, 8,9% wykorzystało urlop w niepełnym wymiarze, a 3,2% skorzystało z niego w formie mieszanej.

Według danych z GUS¹⁰, odsetek matek korzystających z urlopu wychowawczego w 2005 r. było dość podobny: 49,9%. Widoczna jest tu także zależność stopnia wykorzystywania urlopu wychowawczego od poziomu wykształcenia kobiet. Wśród matek z wykształceniem wyższym z urlopu skorzystało 37,3%, wśród kobiet z wykształceniem średnim i policealnym: 53,8%, wśród kobiet z wykształceniem zasadniczym zawodowym: 59,5%, natomiast z wykształceniem podstawowym aż 70,4%. Jednocześnie wykorzystywanie urlopu było częstsze wśród kobiet pracujących w zawodach niewymagających wysokich kwalifikacji. Również przeważająca większość kobiet (92,9%) brała urlop w jednej części i najczęściej korzystała z niego w pełnym wymiarze, na niepełny wymiar urlopu decydowała się tylko co piąta matka.

Niestety brak informacji nt. wykorzystania urlopu wychowawczego w innych latach nie pozwala na szersze porównanie tych danych.

Mówią mamy

Okazało się, że nie ma dla mnie miejsca tam, gdzie pracowałam, w ogóle to nie mają mnie gdzie posadzić, bo nie wiedzą, co ze mną zrobić (...), a może by było lepiej żebyś (...) jeszcze skorzystała z wychowawczego, ja mówię, czy jest jakaś gwarancja, że wrócę. Nie, w tej chwili nie ma żadnej gwarancji.

Ja dostałam wyraźne ultimatum: jeśli po macierzyńskim nie wrócę do pracy to praca nie będzie już na mnie czekać, no bo przecież muszą zatrudnić kogoś, kto to wszystko pociągnie, przejmie moje obowiązki. Dla mnie to był szok. Myślałam wcześniej, może naiwnie, jak to kobieta, że jeśli ktoś przez tyle lat jest lojalny wobec firmy to i firma powinna być lojalna wobec niego (...). To, co usłyszałam było bardzo stresujące, naprawdę nie spodziewałam się tego...

1.3. Powrót mamy do pracy

Zgodnie z Kodeksem pracy (art. 183²⁾ pracodawca po zakończeniu urlopu macierzyńskiego lub wychowawczego musi zatrudnić kobietę na dotychczasowym stanowisku, a jeżeli nie jest to możliwe — na stanowisku równorzędnym z zajmowanym przed rozpoczęciem urlopu lub na innym stanowisku odpowiadającym jej kwalifikacjom zawodowym, za wynagrodzeniem, jakie otrzymywałaby, gdyby nie korzystała z urlopu.

Pomimo tych zabezpieczeń kobiety boją się o swoją przyszłość: według badań *Mama w pracy* w trakcie urlopów aż 23% matek obawiało się, że nie będzie miało dokąd wracać, a 11% spodziewało się, że w związku z urodzeniem dziecka zostanie przesunięte na gorsze stanowisko. Te obawy wynikają przede wszystkim z własnych wyobrażeń, uprzedzeń i opinii innych, niemniej jednak według badań 16% matek zostało pozbawionych pracy wbrew własnej woli, a 24% zadeklarowało, że zrezygnowało z pracy dobrowolnie¹¹.

Pytana o idealny czas na powrót do pracy, co czwarta matka wskazywała ukończenie przez dziecko 3. roku życia (24% badanych). W praktyce aż 66% matek małych dzieci, które podjęły pracę zrobiło to w ciągu pierwszego roku życia dziecka.

Ponad połowa badanych pracodawców uważa, że urlopy macierzyńskie należałyby wydłużyć. Większość z nich dostrzega pozytywne strony utrzymywania miejsca pracy dla kobiet w czasie ich urlopów. 61% szefów uważa, że zwiększa dzięki temu poczucie bezpieczeństwa i motywację pracowników, a 60% — że buduje wizerunek firmy przyjaznej pracownikom¹².

Mówią mamy

– Nie miałam przerwy na karmienie, nie wychodziłam wcześniej z pracy. (...) Ona tłumaczyła to w ten sposób, że jeżeli ja prowadzę już jakąś sprawę, to muszę ją zapiąć i jest termin, gdzie musimy klientowi złożyć dokumentację. Wobec tego nie ma czegoś takiego jak: „ja muszę wyjść na karmienie”, nieważne, że cycki takie i eksplodują za chwilę, bo ona musi mieć zrobione.

– I praktycznie, gdyby pół etatu to było pół etatu. (...) A nie na papierze mam pół etatu, a praktycznie robię cały.

Z kolei jeśli chodzi o urlopy wychowawcze — według badań *Diagnoza Społeczna* z 2009 r.¹³ — wśród powodów wymienianych przez osoby (zarówno kobiety, jak i mężczyzn), które nie skorzystały z takich urlopów, najczęściej wymieniano chęć jak najszybszego powrotu do pracy (26,5%) i spadek dochodów (18,4%). Ważnym powodem z punktu widzenia kobiet był także wpływ długiej nieobecności w pracy na karierę zawodową (6,6%)¹⁴.

Powrót kobiet do pracy i łączenie obowiązków macierzyńskich z zawodowymi ma również ułatwiać urlop ojcowski. W Polsce obecnie wynosi on 1 tydzień, a od 1 stycznia 2012 r. został wydłużony do 2 tygodni. Ojciec otrzymuje również w tym czasie zasiłek macierzyński, może się jednak opiekować dzieckiem tylko do ukończenia przez nie 12. miesiąca życia. Ojcu może też być udzielony urlop macierzyński — w przypadku gdy kobieta nie wykorzystała go w całości i wróciła do pracy.

Powrót po urlopie macierzyńskim (lub wychowawczym) jest bardzo trudnym momentem: kobiety borykają się z tęsknotą za dzieckiem, wdrażają się na nowo w obowiązki, uczą nowych rzeczy, czasem niestety spotykają się z nieprzychylnym nastawieniem współpracowników. Kobiety ten czas uznają za trudniejszy niż okres pracy w trakcie ciąży.

Zdarza się, że kobiety karmiące piersią nie mają możliwości odciążania pokarmu i nie mogą korzystać z przerw na karmienie¹⁵.

Tymczasem Kodeks pracy (art. 187) mówi, że pracownicy karmiącej dziecko piersią przysługuje prawo do dwóch półgodzinnych przerw wliczanych do czasu pracy (jeśli pracuje powyżej 6 h dziennie), a w przypadku pracownicy karmiącej więcej niż jedno dziecko — dwóch przerw w pracy, po 45 minut każda. Je-

śli matka pracuje od 4 do 6 godzin dziennie ($\frac{3}{4}$ lub $\frac{2}{3}$ etatu) przysługuje jej jedna przerwa półgodzinna. Uprawnienie to jest ważne dopóki kobieta karmi, nie ma tu żadnego limitu. Ponieważ przerwy można łączyć, matka może przychodzić godzinę później do pracy lub wychodzić godzinę wcześniej. W firmach, w których pracuje ponad 20 kobiet, pracodawca ma obowiązek wydzielić pomieszczenie do karmienia piersią (zgodnie z § 38 załącznika nr 3 do Rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Socjalnej z 26 września 1997 r. w sprawie ogólnych przepisów bezpieczeństwa i higieny pracy). Powinno ono mieć co najmniej 8 m² i być wyposażone w łóżko lub fotel dla karmiącej mamy. Również ważna jest ilość miejsc do karmienia: powinno być co najmniej 1 miejsce (łóżko, fotel) na każde 300 kobiet w danym zakładzie pracy.

Jakie więc oczekiwania mają kobiety wobec pracodawców? Co pomaga im w znalezieniu równowagi między domem a pracą?

Respondentki badań *Mama w pracy* za najważniejsze uznają: możliwość pracy w domu (27%), zgodę na ruchome godziny pracy (24%) oraz istnienie przyzakładowych przedszkoli i żłobków (17%)¹⁶. Podobne odpowiedzi udzielały kobiety w badaniach BAEL¹⁷: 38,7% kobiet wybrało elastyczny czas pracy, zaś 12,8% — pracę w domu. Z kolei w badaniu *Diagnoza społeczna* 2009¹⁸ za najważniejsze rozwiązanie, które ułatwiłoby godzenie pracy i obowiązków rodzinnych, uznano dłuższy urlop macierzyński (19% mężczyzn i 22% kobiet). Drugim w kolejności rozwiązaniem był elastyczny czas pracy (ok. 16% mężczyzn, 14% kobiet). Co ciekawe — ok. 70% badanych uważa, że w rodzinie z dziećmi do 3 lat kobieta powinna czasowo lub na stałe zrezygnować z pracy.

W badaniach *Mama w pracy*¹⁹ pytano również pracodawców o warunki pracy na jakie może liczyć matka — tylko w co jedenastej badanej firmie istnieje możliwość pracy przez Internet (najczęściej w małych i średnich prywatnych — 13%)²⁰. Żłobki przyzakładowe prowadzi 8% pracodawców, a przedszkola — 12%. W większości firm (55–60%), według pracodawców, istnieje możliwość pracy w skróconym wymiarze godzin ($\frac{1}{2}$ i $\frac{3}{4}$ etatu), jak również robienia w trakcie pracy przerw na karmienie²¹.

Z badań BAEL²² wynika jednak, że matki w Polsce nie mają aż tak szerokich możliwości w zakresie elastycznego czasu i organizacji pracy: 10% kobiet twierdzi, że „na ogół” może pracować w domu, 5% — że jest to możliwe w wyjątkowych przypadkach, zaś 85% — że nie jest to możliwe. Około 30% kobiet twierdzi, że „na ogół” ma możliwość zmiany godziny rozpoczęcia/zakończenia pracy, ale ponad 42% nie ma takiej możliwości.

Tymczasem sytuację matek na rynku pracy bez wątpienia mogą zmienić właśnie pracodawcy — przede wszystkim poprzez przestrzeganie prawa, ale także poprzez aktywne zmienianie swoich firm: wprowadzanie wspomnianych wyżej przyjaznych udogodnień i rozwiązań.

1 *Mama w pracy* (2007), A. Jasiewicz–Betkiewicz (red.), Warszawa: Fundacja Świętego Mikołaja. Celem badań było poznanie sytuacji matek małych dzieci na polskim rynku pracy. Obejmowały one część jakościową (cztery zogniskowane wywiady grupowe) i część ilościową (badanie sondażowe zrealizowane na trzech różnych grupach respondentów: *Omnibus*, zrealizowany na tysiącosobowej próbie losowej, reprezentatywnej dla ogółu społeczeństwa w wieku 15–75 lat, sondaż *Matki*, zrealizowany na losowej próbie matek dzieci w wieku 12–48 miesięcy (504 osoby), sondaż *Pracodawcy*, zrealizowany z właścicielami bądź szefami personalnymi firm zarówno państwowych, jak i prywatnych. Ogólna liczebność próby wyniosła 300 osób, przy czym w każdym z trzech typów przedsiębiorstw (firmy państwowe, małe i średnie firmy prywatne, duże firmy prywatne) przeprowadzono po 100 wywiadów.

2 Dmochowska M. (2007), *Ciąża a praca zawodowa kobiety*, w: *Mama w pracy*, *op.cit.*, s.10–17.

3 Dmochowska M. (2007), *op.cit.*

4 Wszystkie cytaty pochodzą z wywiadów grupowych z matkami reprezentującymi różne zawody i sektory gospodarki, o zróżnicowanych zarobkach i stanowiskach, za: *Mama w pracy*, *op.cit.*

5 Dziewiątkowska J., Ryś–Gonera P. (2006), *Ochrona pracy kobiet – teoria i praktyka*, Katowice: Okręgowy Inspektorat Pracy, www.pracujacyrodzice.pl

6 Według sondażu *Pracodawcy* dla 43% pracodawców zwolnienia lekarskie pracownic w ciąży nie stanowią żadnego problemu, a 40% jest zdania, że to niewielki problem. Za problem poważny uważa je 17%, za: Dmochowska M., *op.cit.*

7 *Matka Polka pracująca, czyli jak zwiększyć aktywność zawodową kobiet?* (2010), Warszawa: Fundacja Forum Obywatelskiego Rozwoju, s. 30–31.

8 Broda A. (2007), *Mama na urlopie macierzyńskim*, w: *Mama w pracy*, *op.cit.*, s. 18–29.

9 *Diagnoza społeczna 2009. Warunki i jakość życia Polaków. Raport* (2009), J. Czapiński, T. Panek (red.), Warszawa: Rada Monitoringu Społecznego, s. 122.

10 *Praca a obowiązki rodzinne w 2005 r.* (2006), Warszawa: Główny Urząd Statystyczny.

11 Broda A. (2007), *op.cit.*

12 Broda A. (2007), *op.cit.*

13 *Diagnoza społeczna 2009...*, *op.cit.*, s. 121–122.

14 *Ibidem*.

15 Kordasiewicz A.(2007), *Mama w pracy*, w: *Mama w pracy*, *op.cit.*, s. 30–39.

16 Kordasiewicz A. (2007), *op.cit.*

17 *Matka Polka pracująca...*, *op.cit.*

18 *Diagnoza społeczna 2009*, *op.cit.*

19 Kordasiewicz A.(2007), *op.cit.*

20 W 2007 r. wprowadzono regulacje dotyczące nowej formy zatrudnienia — telepracy (Kodeks pracy art. 67⁵–67¹⁷), niestety brak danych nt. tego, czy zwiększyło to odsetek kobiet korzystających z tej formy pracy.

21 Być może jednak jest to tylko deklaracja, ponieważ odsetek matek małych dzieci rzeczywiście pracujących na pół etatu jest bardzo niski — 9%, za Kordasiewicz A. (2007), *op.cit.*

22 *Matka Polka pracująca...*, *op.cit.*, s. 13.

2. Oferta opieki i wczesnej edukacji dla dzieci do 3. roku życia

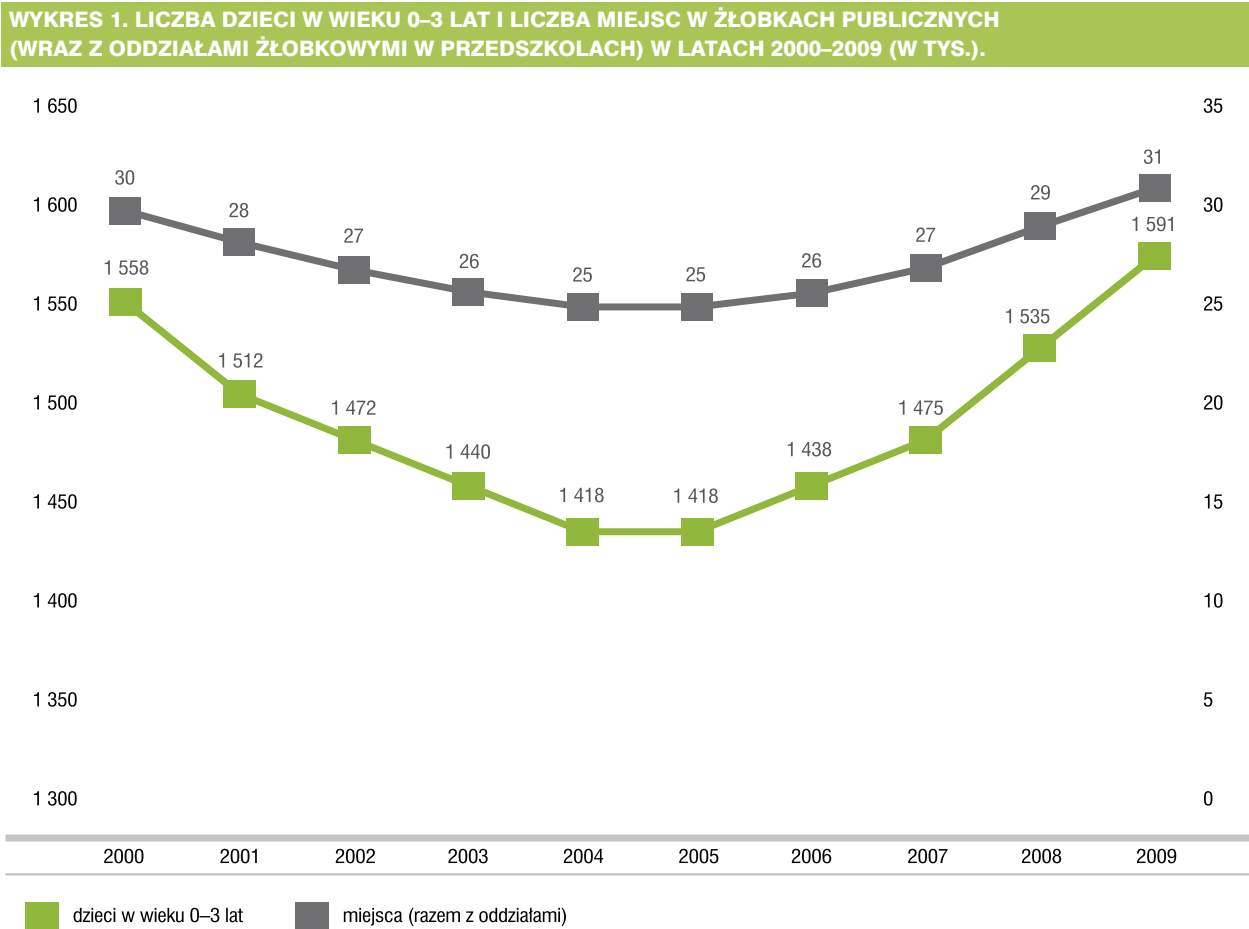
2.1. Dostępność usług opiekuńczych dla dzieci do 3. roku życia

W Polsce w 2010 r. opieką żłobkową objętych było niespełna 3% dzieci w wieku do 3. roku życia (w 2000 r. — 2%)¹, czyli było to blisko 57 tys. dzieci w tym wieku.

TABELA 1. DZIECI W ŻŁOBKACH.				
	2000	2005	2009	2010
Żłobki	428	371	380	392
W tym publiczne	416	356	361	372
Oddziały żłobkowe przy przedszkolach	168	130	122	119
Miejsca	29 866	25 219	30 614	32 514
Dzieci (w ciągu roku)	52 790	47 607	55 243	56 907

Źródło: GUS (2011), *Mały rocznik statystyczny Polski*.

Liczba publicznych żłobków i oferowanych w nich miejsc znacząco zmalała po 1989 r. Wprowadzie po zapoczątkowanej w 2004 r. tendencji wzrostu liczby urodzeń liczba miejsc w żłobkach, jak i liczba dzieci korzystających z opieki tych placówek, zwiększa się, jednak ciągle nie jest wystarczająca.



Źródło: Piętka-Kosińska K., Ruzik-Sierdzińska A. (2010).

Rodziny korzystają z innych niż żłobki form opieki (kluby malucha, nianie), a także z pomocy krewnych. Jak pokazały przeprowadzone w 2007 r. badania kobiet, które przed urodzeniem dziecka były zatrudnione na umowę o pracę, ich dzieci w wieku 0–3 lat pozostawały pod opieką: respondentek — w 22% bez niczyjej pomocy, w 51% z pomocą partnera; krewnych spoza gospodarstwa domowego — 30,9%; krewnych mieszkających razem w gospodarstwie domowym — 19,9%; opłacanej opiekunki — 7,1%. Najrzadziej opiekę nad dziećmi powierzano placówkom opiekuńczym — do żłobka chodziło jedynie 4,2% dzieci².

Mówią mamy

Moim zdaniem dobry żłobek państwowy zawsze będzie lepszy od prywatnego. W państwowych są co chwila kontrole, jest na miejscu pielęgniarka, gotowane obiady na miejscu, dietetyk. W prywatnych wiadomo, liczą się koszty. Moim zdaniem dobrze wyglądają, bo mają nowe odmalowane na kolorowo pomieszczenia, nowe zabawki. Ale kadra nie musi być wyspecjalizowana, a w przypadku dzieci to ważne. W państwowym personel jest szkolony, idzie z przepisami, wytycznymi itp.

Wpis na forum internetowym
www.forum.gazeta.pl

Mała dostępność żłobków i innych instytucjonalnych form opieki nad dziećmi do 3. roku życia ogranicza możliwości łączenia opieki nad dzieckiem z aktywnością zawodową. Po urodzeniu dziecka większość kobiet okresowo lub na stałe odchodzi z rynku pracy.

W zakresie opieki i edukacji dzieci w wieku 0–3 lat Polska, w porównaniu z innymi krajami Unii Europejskiej czy OECD (Organization for Economic Co-operation and Development), jest na ostatnich miejscach w rankingach liczby dzieci uczęszczających do żłobków. Procent dzieci poniżej 3. roku życia, korzystających z instytucjonalnej opieki i edukacji, wynosi od 83% w Danii, 66% w Szwecji, 34% w Belgii, 25% we Francji, 19% na Litwie i 11% w Austrii.³

Zapotrzebowanie na opiekę żłobkową w Polsce jest znacząco wyższe niż oferta istniejących placówek.⁴ Najgorzej jest na Śląsku, Kujawach, Lubelszczyźnie i Pomorzu — tam miejsc w żłobkach jest najmniej, a oferta powiększa się najwolniej. Stołeczne żłobki

mają łącznie 4 360 miejsc. 170 dzieci przebywa w zarejestrowanych placówkach niepublicznych. Brakuje miejsc dla 6 tys. dzieci⁵. We wszystkich publicznych żłobkach jest kolejka oczekujących rodzin. Listy rezerwowe są również w żłobkach prywatnych i klubach malucha. Niedostatek oferty opiekuńczej dotyczy zarówno placówek w środowiskach wielkomiejskich, jak i na wsi.

2.2. Funkcjonowanie placówek opiekuńczych dla dzieci do 3. roku życia

Wiele istotnych informacji na temat oferty opieki instytucjonalnej dla dzieci w wieku do 3. roku życia dostarczyły badania *Żłobki w Polsce* przeprowadzone w 2010 r. na zlecenie Banku Światowego przy współpracy Departamentu Polityki Rodzinnej MPIPS⁶. Badania przeprowadzono na próbie 126 placówek (10,7% ogółu) zapewniających opiekę małym dzieciom: publicznych i prywatnych żłobków oraz klubów malucha. Wyniki badań dokumentują aktualną politykę placówek, praktykę ich funkcjonowania oraz praktykę korzystania z ich oferty przez rodziców i opiekunów dzieci. Badania pozwalają również ocenić różnice w ofercie i funkcjonowaniu placówek publicznych i prywatnych.

Różnice te dotyczą między innymi **wieku dzieci** przyjmowanych do placówek. Prawie wszystkie żłobki publiczne przyjmują dzieci zaraz po zakończeniu urlopu macierzyńskiego (po 20. tygodniu). Natomiast tylko 24% placówek prywatnych podejmuje się opieki nad dziećmi w wieku poniżej 6 miesięcy, 34% — w wieku od 6 miesięcy, 19% począwszy od 12. miesiąca życia, 8% — od 1,5 do 2 lat, a 14% począwszy od 2 lat. Autorki konkludują, iż głównie żłobki publiczne zapewniają możliwość podjęcia pracy zawodowej przez matki z zachowaniem ciągłości pracy, bez korzystania z bezpłatnego urlopu wychowawczego. Jednocześnie wykazują związek pomiędzy tendencjami na rynku pracy i wiekiem dzieci zapisywanych do żłobków: im gorsza sytuacja na lokalnym rynku pracy tym wyższy jest wiek dzieci przyjmowanych do żłobka.

Żłobki różnicuje również **liczba godzin** funkcjonowania — w większości zapewniają opiekę przez 9 do 12 godzin (w tym 6% placówek przez 12h, 21% placówek przez 11h, 27% placówek przez 10h, 4% placówek przez 9h). Godziny funkcjonowania placówek zależą od ich umiejscowienia i nieco inne są w dużych aglomeracjach i mniejszych miastach (żłobki prywatne w dużych miastach mają wydłużone czasy pracy, publiczne w mniejszych miejscowościach są zamykane nawet o 16:00).

Średnia **liczba dzieci** pod opieką placówki również różnicuje żłobki publiczne, prywatne i kluby malucha. Żłobki publiczne są największe — średnio mają 78 miejsc. Prywatne żłobki są o blisko połowę mniejsze — średnio 43 miejsca. Najmniejszymi placówkami są kluby malucha — średnio 16 miejsc.

Różny jest **czas pobytu dzieci** w placówkach. W żłobkach publicznych 88% przebywa w placówce przez cały dzień. W placówkach prywatnych jest to tylko 50% dzieci.

Liczba dzieci przypadająca na jedną osobę opiekującą się dziećmi wynosi około 5 dzieci w obu typach placówek. Natomiast w żłobkach publicznych jest zdecydowanie większa liczba osób pracujących jako personel administracyjny (6 osób na 10 bezpośrednio zajmujących się dziećmi w placówkach publicznych i 3 pracowników administracji na 10 opiekunów w placówkach prywatnych).

Oszacowanie **kosztów pobytu dziecka w placówkach** wymaga analizy wielu różnych kosztów składowych i porównywania sposobu działania placówek publicznych i prywatnych. Składają się na to: liczba pracowników administracji, sposób przygotowania posiłków (zawożenie ich na zewnątrz bądź prowadzenie własnej kuchni), pranie pościeli i piżam dzieci (przez rodziców bądź na zlecane na zewnątrz), koszt pieluch jednorazowych (w niektórych placówkach dostarczanych przez rodziców), koszty remontów lokali. Jak dowodzą autorki raportu *Żłobki w Polsce*, koszt pobytu dziecka w placówce prywatnej jest nieco niższy niż w placówce publicznej. Jednocześnie głównie placówki publiczne otrzymują dotacje samorządowe, nawet do 92% kosztów pobytu dziecka.

Średni **koszt czesnego** dla rodziców w żłobkach otrzymujących dotację stanowił ok. 35% średniej dla placówek bez dotacji. Średnia wysokość opłaty ponoszonej przez rodziców w placówkach nie otrzymujących dotacji z gminy wyniosła 836 zł miesięcznie.

Średnia **powierzchnia** przypadająca na 1 dziecko nie różnicuje znacząco żłobków publicznych i prywatnych i wynosi około 6 m².

Wyniki prowadzonych analiz pokazują, że żłobki prywatne w umiarkowanym stopniu wypełniają lukę zapotrzebowania na opiekę instytucjonalną nad dziećmi w wieku 0–3 lat w Polsce. Ich oferta jest dostępna głównie w dużych miastach. Natomiast na terenach wiejskich nie ma praktycznie dostępu do placówek opiekuńczych dla małych dzieci, co może stanowić barierę w niwelowaniu różnic w poziomie edukacji pomiędzy obszarami wiejskimi i miejskimi⁷.

2.3. Prawne aspekty funkcjonowania opieki nad dziećmi w wieku do lat 3

W Polsce niski udział dzieci w opiece żłobkowej przed kwietniem 2011 r., kiedy weszła w życie tzw. ustawa żłobkowa, wynikał przede wszystkim z dużych obostrzeń prawnych i sanitarnych jakie były nakładane na żłobki. Instytucje te funkcjonowały jako zakłady opieki zdrowotnej, a więc musiały spełniać podobne wymogi sanitarne jak np. szpitale. To sprawiało, że żłobki były bardzo drogie w utrzymaniu, a co za tym idzie — stać było na ich prowadzenie tylko zamożniejsze gminy.

Mówią mamy

*Pensje marne, wszystko drogie,
a jeszcze opłaty za żłobek straszne,
o ile w ogóle miało się szczęście
dostać miejsce w żłobku. Moja siostra
musiała wynająć nianię. Prawie cała
jej pensja na to idzie. Jak można matki
stawiać w takiej sytuacji? W zasadzie
nie opłaca się wracać do pracy po
urodzeniu dziecka. A jeszcze wokół
mówią, że żłobek szkodzi...*

Wpis na forum internetowym
www.forum.gazeta.pl

Nowa, opisana poniżej ustawa wprowadza zasadnicze zmiany i nowe możliwości w organizacji opieki i edukacji dla najmłodszych dzieci. Rozwiązania, które wprowadza ustawa są od lat stosowane w takich krajach, jak Norwegia, Finlandia czy Francja.

Ustawa z dnia 4 lutego 2011 r. o opiece nad dziećmi w wieku do lat 3 (Dz.U. Nr 45, poz. 235) określa zasady organizowania i funkcjonowania opieki nad dziećmi, warunki świadczonych usług, kwalifikacje osób sprawujących opiekę, zasady finansowania opieki, nadzór nad warunkami i jakością sprawowanej opieki. Wraz z wejściem w życie ustawy żłobki przestały być zakładem opieki zdrowotnej w myśl ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz.U. z 2007 r. Nr 14, poz. 89). Zmiany wprowadzone tą ustawą są krokiem naprzód w myśleniu o opiece nad dziećmi. Najważniejsze obszary tych zmian to:

- rozszerzenie możliwych form opieki o klub dziecięcy, dziennego opiekuna i nianię,
- nowa funkcja żłobka i innych form opieki nad dziećmi — funkcja edukacyjna,
- rola rodzica w żłobku i w innych formach opieki nad dziećmi,
- kwalifikacje opiekunów.

2.4. Dziecko w żłobku, klubie dziecięcym, z dziennym opiekunem, z nianią

Opieka nad dzieckiem może być sprawowana nie tylko w żłobku, ale również w klubie dziecięcym, przez dziennego opiekuna lub nianię. Różnice między wymienionymi formami opieki opisane są w tabeli 2.

TABELA 2. KRYTERIA USŁUG OPIEKUŃCZO-EDUKACYJNYCH DLA MAŁYCH DZIECI.				
	Żłobek	Klub dziecięcy	Dzienny opiekun	Niania
Wiek dziecka	Od 20. tygodnia (5 miesięcy)	Od 1. roku życia	Od 20. tygodnia (5 miesięcy)	Od 20. tygodnia (5 miesięcy)
Liczba opiekunów przypadających na jedno dziecko	Na jednego opiekuna przypada maksymalnie 8 dzieci (powyżej 1. r.ż.) lub maksymalnie 5 (gdy jedno z dzieci nie ukończyło 1. r.ż., jest niepełnosprawne lub ma specjalne potrzeby)	Na jednego opiekuna przypada maksymalnie 8 dzieci (powyżej 1. r.ż.) lub maksymalnie 5 (gdy jedno z dzieci nie ukończyło 1. r.ż., jest niepełnosprawne lub ma specjalne potrzeby)	Na jednego opiekuna przypada maksymalnie 5 dzieci (powyżej 1. r.ż.) lub maksymalnie 3 (gdy jedno z nich nie ukończyło 1. r.ż., jest niepełnosprawne lub ma specjalne potrzeby)	Nie ma informacji
Maksymalny czas przebywania dzieci	Do 10 godzin dziennie	Do 5 godzin dziennie	Nie ma informacji	Nie ma informacji
Liczba pomieszczeń	Co najmniej dwa pomieszczenia	Co najmniej jedno pomieszczenie	Nie ma informacji	Nie ma informacji

Źródło: Ustawa z 4 lutego 2011 r. o opiece nad dziećmi w wieku do lat 3 (Dz.U. Nr 45, poz. 235); Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 25 marca 2011 r. w sprawie wymagań lokalowych i sanitarnych dotyczących żłobków i klubów dziecięcych (Dz. U. z 2011 r. Nr 69, poz. 367);

Trzeba w tym miejscu podkreślić, że przedstawione w tabeli kryteria to **minimum jakie musi spełnić osoba lub instytucja** prowadząca żłobek lub inną formę opieki nad dziećmi. Nie godząc się na takie **minimalne rozwiązania**, Fundacja Komeńskiego zainicjowała projekt tworzenia standardów usług opiekuńczo-edukacyjnych dla małych dzieci⁸. W skład zespołu, który opracował standardy weszli doświadczeni specjaliści różnych profesji — eksperci akademicy z zakresu wczesnego rozwoju dzieci, specjaliści wspierający rozwój małych dzieci, przedstawiciele Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej, przedstawiciele gmin zainteresowanych tworzeniem nowych form opiekuńczych, przedstawiciele organizacji pozarządowych działających

na rzecz małych dzieci, pracownicy żłobków i rodzice. Standardy w zamierzeniu ich autorów są optimum do którego powinny dążyć gminy przy tworzeniu i monitorowaniu działania nowych form wczesnodziecięcej opieki i edukacji. Standardy dotyczą kilku obszarów, takich jak: organizacja instytucji, współpraca z rodzicami, bezpieczeństwo — ochrona przed krzywdzeniem, sytuacje codzienne, przestrzeń. Każdy z obszarów zawiera szczegółowe komponenty. I tak np.: w obszarze „Przestrzeń dla dzieci” zawarte są 4 komponenty:

- wielkość powierzchni uwzględniająca potrzeby rozwojowe dzieci w zakresie swobodnej zabawy i potrzeb życia codziennego,
- aranżacja przestrzeni i wyposażenia uwzględniająca potrzeby rozwojowe dzieci w różnym wieku,
- wygodna i przyjemna przestrzeń dla dzieci i dorosłych,
- bezpieczne i stymulujące zabawy na powietrzu.

2.5. Kwalifikacje opiekunów. Wolontariusze

Do niedawna żłobek udzielał świadczeń zdrowotnych, które obejmowały działania profilaktyczne i opiekę nad dzieckiem w wieku do 3 lat. W nowej ustawie w ramach opieki nad dzieckiem w żłobku realizowana powinna być również funkcja edukacyjna.

W Polsce, ale też w innych krajach Europy, trwa dyskusja o kształceniu osób, które mają zajmować się najmłodszymi dziećmi. Do tej pory uznawano, że rolą tych osób jest zagwarantowanie dziecku jak najlepszej opieki. W związku z tym do opieki nad dziećmi zatrudniano głównie osoby z wykształceniem pielęgnarskim. Obecnie, gdy przyjmuje się również perspektywę edukacji, musi zmienić się też profil wykształcenia osób, których opiece powierzane są dzieci. Kwalifikacje jakie wymagane są od osób zatrudnianych w żłobku i innych formach opieki nad dziećmi przedstawia tabela 3.

Osoby zatrudnione w żłobku czy klubie dziecięcym mogą korzystać z pomocy wolontariuszy. Wolontariusze muszą wziąć udział w 40-godzinnym szkoleniu. Z punktu widzenia bezpieczeństwa dzieci, jak również jakości opieki nad nimi jest to bardzo ważna regulacja. Wolontariuszami mogą być osoby w różnym wieku — młode, ale również starsze. Mogą to być osoby, które dzieci znają, np. ciocia, babcia, wujek, dziadek. Dzięki temu dzieci będą czuć się bezpieczniej.

TABELA 3. KWALIFIKACJE OSÓB ZATRUDNIANYCH W ŻŁOBKU I INNYCH FORMACH OPIEKI NAD DZIEĆMI.			
	Żłobek	Klub dziecięcy	Dzienny opiekun
Osoba z wykształceniem co najmniej średnim	280 godzin szkolenia, w tym 80 godz. praktyki	280 godzin szkolenia, w tym 80 godz. praktyki	160 godzin szkolenia, w tym 30 godz. praktyki
Pielęgniarka, położna, opiekunka dziecięca, nauczyciel wychowania przedszkolnego lub edukacji wczesnoszkolnej, pedagog opiekuńczo-wychowawczy (dotyczy osób z przerwą w pracy z dziećmi do lat 3 dłuższą niż 6 miesięcy)	80-godzinne szkolenie	80-godzinne szkolenie	40-godzinne szkolenie (dot. osób z przerwą w pracy z dziećmi do lat 3 dłuższą niż 12 miesięcy)
Pielęgniarka, położna, opiekunka dziecięca (którzy pracowali z dziećmi do lat 3 bezpośrednio przed podjęciem pracy, przez co najmniej 12 miesięcy)	Może podjąć pracę bez dodatkowego szkolenia	Może podjąć pracę bez dodatkowego szkolenia	Może podjąć pracę bez dodatkowego szkolenia
Wolontariusz	40-godzinne szkolenie	40-godzinne szkolenie	40-godzinne szkolenie

Źródło: Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 25 marca 2011 r. w sprawie zakresu programów szkoleń dla opiekuna w żłobku lub klubie dziecięcym, wolontariusza oraz dziennego opiekuna (Dz.U. z 2011 r. Nr 69, poz. 368).

Mówią mamy

Na chwilę obecną jest to mój największy lęk – co zrobić? Pomijam fakt, że w mojej opinii jest to NIESPRAWIEDLIWE, że matki muszą stawać przed takim dylematem. Z dzieckiem powinno się zostać min. do 3. roku, ale to jest abstrakcja. Ja mam też inny problem – ja nie mogę przeżyć myśli, że obca osoba będzie patrzeć, jak rozwija się moje dziecko, a mnie to będzie omijać, albo co gorsza – będzie więcej wiedzieć na temat mojego dziecka niż ja.

*Wpis na forum internetowym
www.forum.gazeta.pl*

Ustawodawca zakłada, że osoby pracujące w żłobku lub klubie dziecięcym będą **współpracować z rodzicami dzieci** korzystających z oferty placówki. Jest to nowy zapis, którego w poprzedniej ustawie nie było. Opiekun ze żłobka może m.in. prowadzić konsultacje i udzielać porad rodzicom w zakresie pracy z dziećmi. W zajęciach prowadzonych w klubie dziecięcym mogą uczestniczyć rodzice. Dzienny opiekun może korzystać z pomocy rodziców w sprawowaniu opieki nad dziećmi.

Dostępność placówek opiekuńczych dla małych dzieci ma podstawowe znaczenie dla aktywności zawodowej matek. Placówki — oprócz funkcji opiekuńczej — mogą też w pewnym stopniu zapewniać dzieciom wczesną edukację. Nowa ustawa nie wpłynęła zasadniczo na zwiększenie dostępności żłobków i innych form opieki nad małymi dziećmi. Rekomendowanym rozwiązaniem tego problemu jest wyrównanie dostępu do dofinansowania miejsc w żłobkach publicznych i prywatnych. Ważnym postulatem jest również upowszechnianie omówionych wyżej standardów opieki żłobkowej. Profesjonalne, otwarte na współpracę z rodzicami dzieci placówki opiekuńcze dla małych dzieci mogą — w połączeniu z preferencyjnymi warunkami zatrudnienia matek — stać się atrakcyjną alternatywą dla opieki rodzinnej.

1 W 2000 r. było to średnio 21 na 1 000 dzieci do 3. roku życia, w 2010 r. — 27 dzieci na 1 000 (GUS 2011, *Mały rocznik statystyczny Polski*).

2 Kotowska I.E., Slotwińska-Roslanowska E., Styrz M., Zadrozna A. (2007), *Sytuacja kobiet powracających na rynek pracy po przerwie spowodowanej macierzyństwem i opieką nad dzieckiem*, Warszawa: PTPS.

3 *Wczesna edukacja i opieka nad dzieckiem w Europie: zmniejszanie nierówności i społecznych i kulturowych* (2009), Agencja Wykonawcza ds. Edukacji, Kultury i Sektora Audiowizualnego (EACEA), Fundacja Rozwoju Systemu Edukacji, s. 65–66.

4 http://serwisy.gazetaprawna.pl/edukacja/artykuly/604344,mimo_obsesji_premiera_zlobkow_brak.html

5 <http://www.tvp.pl/warszawa/aktualnosci-z-regionu/spoleczne/w-warszawskich-zlobkach-brakuje-miejsc/5198884>

6 Piętka-Kosińska K., Ruzik-Sierdzińska A. (2010), *Żłobki w Polsce. Badanie empiryczne i jakościowe*, Warszawa: Bank Światowy, Departament Polityki Rodzinnej MPIPS, <http://www.case-research.eu/en/node/55926>.

7 Piętka-Kosińska K., Ruzik-Sierdzińska A. (2010), *Żłobki w Polsce...*, *op.cit.*

8 http://www.frd.org.pl/programy/aktualne/early_childhood_education_and_care_quality_standards

3. W kryzysie

3.1. Domy dla matek z małoletnimi dziećmi i kobiet w ciąży

Interwencja kryzysowa stanowi zespół interdyscyplinarnych działań podejmowanych na rzecz osób i rodzin będących w stanie kryzysu. Celem interwencji kryzysowej jest przywrócenie równowagi psychicznej i umiejętności samodzielnego radzenia sobie, a dzięki temu zapobieganie przejściu reakcji kryzysowej w stan chronicznej niewydolności psychospołecznej. W ramach interwencji kryzysowej udziela się natychmiastowej specjalistycznej pomocy psychologicznej, a w zależności od potrzeb – poradnictwa socjalnego lub prawnego, w sytuacjach uzasadnionych — schronienia na czas do 3 miesięcy¹.

Domy dla matek z małoletnimi dziećmi i kobiet w ciąży, zwane domami samotnej matki, to placówki oferujące pomoc dla matek, które znalazły się w sytuacjach kryzysowych. Domy świadczą usługi interwencyjne, opiekuńczo-wspomagające oraz w zakresie potrzeb bytowych². Oznacza to, że — oprócz całodobowego pobytu — oferują również wsparcie w przewyżnianiu sytuacji kryzysowych, przygotowują do świadomego i odpowiedzialnego rodzicielstwa, zapewniają schronienie w godnych warunkach oraz pomoc w codziennym funkcjonowaniu³.

Nie istnieją ogólnokrajowe dane statystyczne dotyczące pomocy świadczonej dla rodziców dzieci w wieku 0–3 lat. Badania ankietowe, przeprowadzone w 35 domach samotnej matki w 11 województwach⁴, wykazały, że taką ofertę posiada połowa z nich.

Zgodnie z ustawą o pomocy społecznej, domy samotnej matki mogą być prowadzone bezpośrednio przez powiat bądź na jego zlecenie. Jednak w ostatnich latach można obserwować wzrost liczby placówek oferujących wsparcie dla samotnych rodziców poza sektorem publicznym⁵. Obecnie większość domów samotnej matki zakładana jest przez organizacje pozarządowe oraz instytucje kościelne. Około 40 placówek⁶ prowadzonych jest przez instytucje związane z kościołem.

Statystyki Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej oraz Głównego Urzędu Statystycznego dotyczące domów samotnej matki znacznie się różnią. Dane MPiPS odnoszą się tylko do placówek prowadzonych w ramach zadań własnych lub zleconych powiatu. Wynika z nich, że w latach 2005–2010 liczba placówek wzrosła z 10 do 14. Największą liczbę mieszkańców domów samotnej matki odnotowano w roku 2008. Wtedy to z usług placówek skorzystały łącznie 724 osoby (dorośli i dzieci), co oznacza, że średnio z usług jednej placówki skorzystało 60 osób.

TABELA 1. DOMY DLA MATEK Z MAŁOLETNIAMI DZIEĆMI I KOBIET W CIĄŻY PROWADZONE W RAMACH ZADAŃ WŁASNYCH LUB ZLECONYCH POWIATU, FINANSOWANE Z BUDŻETU POWIATÓW ZE ŚRODKÓW POMOCY SPOŁECZNEJ.

Rok	Liczba placówek	Liczba miejsc	Liczba osób korzystających z usług
2005	10	301	428
2006	9	241	327
2007	11	262	491
2008	12	292	724
2009	10	198	391
2010	14	247	494
2011*	14	270	359

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych MPiPS.

* Dane z 2011 za pierwsze półrocze.

Zgodnie ze statystykami GUS, które obejmują sektor publiczny oraz prywatny, w latach 2005–2009 liczba domów samotnej matki wzrosła z 52 do 70 (bez filii). W tym samym czasie spadła liczba miejsc, którymi dysponują placówki. W 2005 r. na jeden dom (z filiami) przypadało średnio 41 miejsc, a w 2009 r. w placówkach dostępnych było średnio nieco ponad 30 miejsc (70 domów i jedna filia). Natomiast nie zmieniła się znacząco liczba mieszkańców placówek. W roku 2009 wynosiła ona średnio 27 osób.

TABELA 2. DOMY DLA MATEK Z MAŁOLETNIMI DZIEĆMI I KOBIET W CIĄŻY — SEKTOR PUBLICZNY I PRYWATNY (STAN W DNIU 31 XII).

Rok	Liczba placówek (bez filii)	Liczba miejsc	Liczba mieszkańców
2005	52	2 214	1 823
2006	54	2 064	1 652
2007	61	2 357	1 709
2008	63	2 144	1 937
2009	70	2 155	1 870

Źródło: GUS (2011), *Pomoc społeczna w Polsce w latach 2005–2009*.

Jeśli chodzi o placówki finansowane ze środków publicznych, to w 2010 r. najwięcej osób skorzystało z ich wsparcia w województwie łódzkim (160) oraz zachodniopomorskim (155). Natomiast według danych GUS w 2009 r. pierwsze miejsce pod względem liczby mieszkańców domów samotnej matki zajmowało województwo mazowieckie. Spośród osób korzystających z ich usług, 20% stanowili mieszkańcy 11 placówek znajdujących się w tym województwie. Natomiast najmniej, bo zaledwie 15 osób, przebywało w domach samotnej matki w województwie podkarpackim. Inne województwa, wyróżniające się relatywnie niską liczbą mieszkańców placówek, to kujawsko-pomorskie (26 osób) oraz lubuskie (37 osób). Nie oznacza to jednak, że w tych województwach nie istnieje zapotrzebowanie na instytucje świadczące wsparcie dla samotnych rodziców i kobiet w ciąży. Niskie liczby mogą być uwarunkowane różnymi czynnikami, m.in. poziomem rozwoju sektora pozarządowego⁷.

Mówią mamy

Witam Was kochane.

Mam straszną sytuację rodzinną. Mam 20 lat i półrocznego synka. Właśnie kończę klasę maturalną. Mama popadła w ogromne tarapaty. Od ponad miesiąca chodzi dzień w dzień pijana. Jak wróciłam wczoraj ze szkoły maluszek był nienakarmiony, zapłakany... Boję się już zostawić go z mamą. Powstała wczoraj ogromna awantura i muszę do jutra wyprowadzić się z domu. Mama już mnie spakowała. Nie mam się gdzie podziać. Pomyślałam o domu samotnej matki. Czy mieszkając w takim domu mogę skończyć szkołę? Jakie są wymogi mieszkania w takim domu? Proszę o niepisanie komentarzy, że mam się z mamą pogodzić itd. Znam swoją sytuację rodzinną i nie pierwszy raz już to się zdarza, że mama chodzi pijana. Oraz proszę o niekomentowanie tego, że mam 20 lat i już mam dziecko. Nie po to piszę.

*Wpis na forum internetowym
www.szafiarenka.pl*

TABELA 3. DOMY DLA MATEK Z MAŁOLETNIMI DZIEĆMI I KOBIET W CIĄŻY PROWADZONE W RAMACH ZADAŃ WŁASNYCH LUB ZLECONYCH POWIATU, FINANSOWANE Z BUDŻETU POWIATÓW ZE ŚRODKÓW POMOCY

województwo	liczba placówek	liczba miejsc	liczba osób korzystających z usług
dolnośląskie	-	-	-
kujawsko-pomorskie	-	-	-
lubelskie	-	-	-
lubuskie	1	30	58
łódzkie	1	60	160
małopolskie	-	-	-
mazowieckie	3	38	41
opolskie	-	-	-
podkarpackie	1	11	44
podlaskie	-	-	-
pomorskie	2	8	20
śląskie	-	-	-
świętokrzyskie	1	15	12
warmińsko-mazurskie	1	9	-
wielkopolskie	1	4	4
zachodniopomorskie	3	72	155
razem	14	247	494

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych MPIPS.

TABELA 4. DOMY DLA MATEK Z MAŁOLETNIMI DZIEĆMI I KOBIET W CIĄŻY — SEKTOR PUBLICZNY I PRYWATNY			
województwo	liczba placówek	liczba miejsc	liczba mieszkańców
dolnośląskie	6	242	200
kujawsko-pomorskie	3	51	26
lubelskie	3	147	110
lubuskie	2	52	37
łódzkie	3	166	161
małopolskie	6	174	178
mazowieckie	11	415	388
opolskie	4	170	152
podkarpackie	2	27	15
podlaskie	2	65	60
pomorskie	2	56	53
śląskie	7	161	146
świętokrzyskie	4	80	67
warmińsko-mazurskie	3	51	47
wielkopolskie	6	131	96
zachodniopomorskie	6	167	134
Polska	70	2 155	1 870

Źródło: GUS (2011), *Pomoc społeczna w Polsce w latach 2005–2009*.

Osoby korzystające ze wsparcia domów dla samotnej matki to głównie matki z dziećmi oraz kobiety, które trafiają do placówki będąc w ciąży. Z badań⁸ Instytutu Rzeźby Społecznej wynika, że samotne matki korzystające ze wsparcia placówek to przeważnie osoby słabo wykształcone, nieradzące sobie w trudnych sytuacjach życiowych, pochodzące z rodzin, w których doszło do zaniedbań wychowawczych. Zgodnie z badaniami⁹ Fundacji Świętego Mikołaja oraz SMG/KRC, w roku 2003 najliczniejszą grupę mieszkanek placówek stanowiły matki z dziećmi. Średnio liczba dzieci tych kobiet wynosiła 1,8. Prawie połowa matek miała ponad 25 lat. Natomiast kobiety w ciąży były nieco młodsze. Większość z nich była w wieku od 18 do 25 lat. Rzadko która z pensjonariuszek posiadała stałą czy też dorywczą pracę. Ponad 70% kobiet nie miało żadnego zatrudnienia. Wśród przyszłych matek prawie co czwarta jeszcze się uczyła.

Przed zamieszkaniem w ośrodku większość kobiet posiadała potencjalne wsparcie ze strony bliskich (mieszkała z partnerem lub rodziną). Co ciekawe, jako powód przebywania w ośrodku respondenci najczęściej podawały problemy ekonomiczne związane z utratą mieszkania czy środków do życia. Nieco rzadziej wymieniały one przemoc, która z kolei zdaniem kierowników ośrodków była głównym powodem korzystania przez kobiety z pomocy ośrodków. Najczęściej dopuszczali się jej

Mówią mamy

Dziewczyny, czy któraś ma doświadczenie i wie jak wygląda życie w domu samotnej matki? Nie wiem, czy się tam nie zgłosić. (...) Mała ma dopiero 3 lata, chodziła do przedszkola, a ja do pracy, ale cały czas chorowała, musiałam ją wypisać i tym samym rzucić pracę, bo nie zarabiałam tyle, żeby mnie było na niańkę stać. Były mąż nie płaci alimentów, w tej chwili nie mam żadnej kasy... w mopsie nic mi nie dadzą, bo babcia ma 1,5 tys. emerytury, to nie mam na co liczyć, i tak sobie biedujemy.

Wpis na forum internetowym
www.f.kafeteria.pl

partnerzy respondentek, ale zdarzały się też przypadki, że sprawcami przemocy byli członkowie ich rodzin bądź rodzin partnera. Z relacji kobiet wynika, że w większości przypadków przemoc w domu wiązała się z alkoholizmem. Inne czynniki, które wpłynęły na ich pobyt w placówce, to utrata wsparcia ze strony najbliższych oraz wywierana na kobietach presja aborcyjna lub adopcyjna.

Ponad połowa badanych twierdziła, że przed trafieniem do placówki aktywnie poszukiwały informacji na temat możliwości otrzymania pomocy. Kobiety czyniły to poprzez zwracanie się do pracowników opieki społecznej oraz kuratorów, instytucji społecznych, a także do członków swoich rodzin oraz znajomych. Należy zwrócić uwagę na fakt, że prawie co trzecia kobieta przyznała, że o ośrodku dowiedziała się przez przypadek.

Respondentki ($\frac{2}{3}$) uważały, że trafiły do placówki we właściwym momencie. Co ósma twierdziła, że znalazła się w niej za późno. Z deklaracji kobiet wynika, że przed wcześniejszą ucieczką z domu powstrzymywały je różnego rodzaju bariery — informacyjne, społeczne, psychiczne oraz ekonomiczne. Prawie co trzecia respondentka przyznała, że nie zdecydowała się wcześniej na zamieszkanie w placówce, ponieważ liczyła na poprawę swojej sytuacji, 17% z nich twierdziło, że nie były świadome istnienia takiego rodzaju placówek, a 13% nie wiedziało, w jaki sposób szukać pomocy.

W regulaminie domów samotnej matki zazwyczaj określona jest maksymalna długość pobytu w placówce (zazwyczaj 12 miesięcy). Badania prowadzone na Dolnym Śląsku wskazały na zjawisko fluktuacji samotnych matek. Oznacza to, że borykając się z problemem „usamodzielnienia”, kilkakrotnie zmieniają one placówki. Zdaniem autorów raportu dłuższy pobyt w ośrodkach wynika z braku dostępu do mieszkań socjalnych oraz z trudności na rynku pracy.

3.2. Domy dla matki i dziecka

W Polsce funkcjonują dwa domy dla matki i dziecka przy zakładach karnych: przy Zakładzie Karnym Nr 1 w Grudziądzu oraz przy Zakładzie Karnym w Krzyżawcu. Powstały one z uwagi na szczególną sytuację kobiet w ciąży oraz matek pozbawionych wolności. Placówki te zapewniają kobietom ciężarnym, matkom oraz ich dzieciom opiekę medyczną i bardzo dobre warunki bytowe. Ponadto umożliwiają one skazanym matkom stałą i bezpośrednią opiekę nad swoimi dziećmi. Jeżeli sąd opiekuńczy wyrazi zgodę, mogą w nich przebywać dzieci do ukończenia 3. roku życia.

W 2010 r. w obu domach przebywało łącznie 74 dzieci i 70 matek. W tym czasie czworo dzieci urodziło się w szpitalnym oddziale ginekologiczno-położniczym w Domu dla Matki i Dziecka przy Zakładzie Karnym Nr 1 w Grudziądzu, a 34 przyszło na świat w szpitalach poza zakładem karnym. Do placówki na prośbę matek przybyło 20 dzieci, natomiast pozostałe przebywały w niej wcześniej. W 2010 r. 47 dzieci opuściło domy matki, z czego większość powróciło wraz z matkami do domów rodzinnych¹⁰.

1 Ustawa z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej.

2 Rozporządzenie Ministra Polityki Społecznej z dnia 8 marca 2005 r. w sprawie domów dla matek z małoletnimi dziećmi i kobiet w ciąży.

3 Trocha O. (2011), *Profilaktyka porzucenia dzieci w Polsce – analiza prawna*, nieopublikowane.

4 Badania objęły województwa: dolnośląskie, kujawsko-pomorskie, lubelskie, łódzkie, mazowieckie, opolskie, podkarpackie, podlaskie, świętokrzyskie, warmińsko-mazurskie i wielkopolskie.

5 GUS (2011), *Pomoc społeczna – infrastruktura, beneficjenci, świadczenia w 2009 roku*.

6 http://ekai.pl/wydarzenia/temat_dnia/x42251/samotnej-matce/

7 Miszczuk E., Miszczuk-Wereszczyńska M. (2009), *Samotna matka w społeczeństwie obywatelskim – diagnoza aktywności dolnośląskich kobiet*, Wrocław: Instytut Rzeźby Społecznej – Fundacja im. Josepha Beuysa.

8 Miszczuk E., Miszczuk-Wereszczyńska M. (2009), *Samotna matka...*, op.cit.

9 Fundacja Świętego Mikołaja, SMG/KRC (2003), *Samotne matki – raport z badania ilościowego*, http://www.mikolaj.org.pl/images/stories/file/samotne_matki_raport_ilosciowy.pdf

10 Nowicka-Chachaj A. (2008), *Macierzyństwo za kratkami*, Warszawa: Akademia Pedagogiki Specjalnej im. Marii Grzegorzewskiej.

Rekomendacje

Oddając w Państwa ręce niniejszy raport, stawialiśmy sobie na celu uporządkowanie i dostarczenie wiedzy na temat sytuacji małych dzieci w Polsce w różnych obszarach: od demografii, przez zdrowie, bezpieczeństwo, opiekę nad dzieckiem i rodziną, po wsparcie w sytuacjach kryzysowych. Staraliśmy się zebrać dostępne dane i przedstawić je w taki sposób, by zwrócić uwagę na pewne aspekty, które powinny stać się przedmiotem debaty publicznej, a przede wszystkim — by doprowadzić do usprawnienia systemu opieki nad dzieckiem w tak ważnym dla niego okresie wczesnego rozwoju. Nie jest naszą intencją formułowanie konkretnych rozwiązań, gdyż te wymagają szczegółowych uzgodnień, najczęściej międzyresortowych. Pragniemy natomiast wskazać na pewne ogólne obszary, w których zdiagnozowaliśmy różne braki czy dysfunkcje i zaproponować kierunki zmian, jakie — w naszej opinii — mogłyby doprowadzić do poprawy sytuacji najmłodszych obywateli naszego kraju.

1. Jednym z głównych zagadnień, w świetle malejącej liczby urodzeń dzieci w naszym kraju, jest konieczność prowadzenia **realnej i skutecznej polityki prorodzinnej**, stwarzającej warunki sprzyjające posiadaniu i właściwemu wychowaniu dzieci, ułatwiającej godzenie pracy zawodowej z życiem rodzinnym, oferującej wsparcie rodzinom, szczególnie tym znajdującym się w trudnej sytuacji. Elementami takiej polityki powinny być rozwiązania finansowe i pozafinansowe, mające na celu m.in.:
 - **wsparcie** rodziców samotnie wychowujących dzieci, małoletnich rodziców spodziewających się dziecka lub wychowujących małe dziecko i rodzin wielodzietnych, rodzin szczególnie zagrożonych ubóstwem; rozwój wysokiej jakości różnych form opieki nad małym dzieckiem (żłobków, klubików i innych) ułatwiających powrót matek do pracy;
 - **tworzenie w miejscach pracy atmosfery przyjaznej rodzinie**, respektującej prawa rodziców; rozwój elastycznych form zatrudnienia;
 - **promocję współudziału ojców w wychowaniu dziecka**, opiece nad dzieckiem.
2. Istotne jest prowadzenie **powszechnie dostępnych programów i inicjatyw** mających na celu dostarczenie rodzicom wiedzy na temat prawidłowości rozwojowych dziecka, właściwych sposobów pielęgnacji dziecka, zapewnienia mu bezpieczeństwa i zapobiegania urazom oraz zwiększenie kompetencji wychowawczych.
3. Ważne jest zapewnienie odpowiedniego (dostosowanego do indywidualnych potrzeb) wsparcia dla rodzin znajdujących się w sytuacji kryzysowej oraz wypracowanie systemów i procedur docierania do rodzin, w których występują różnego rodzaju problemy, na tyle wcześnie, by nie dochodziło do sytuacji kryzysowych.
4. **Wzmocnienie umiejętności wychowawczych** rodziców i kompetencji potrzebnych do poradzenia sobie z trudnymi sytuacjami życiowymi może zapobiegać umieszczaniu dzieci w opiece instytucjonalnej. W sytuacji zaś, gdy rodzina nie chce lub nie jest w stanie podjąć się opieki nad dzieckiem, ważne jest dostarczenie informacji o możliwości zrzeczenia się praw rodzicielskich i oddania dziecka do adopcji. Pomoże to zapobiec w ekstremalnych sytuacjach przypadkom dzieciobójstwa czy porzuceniom dzieci. Alternatywą dla takiej edukacji rodziców, którzy nie chcą lub nie mogą wychowywać swoich dzieci nie jest rozwijanie instytucji okna życia. Porzucenie dziecka — oprócz tego, że wiąże się z traumą — pozbawia dziecko tożsamości, a służby państwowe wiedzy o rodzinie dziecka i jego sytuacji zdrowotnej.
5. Kolejnym obszarem niezwykle ważnym dla właściwego rozwoju małego dziecka jest system opieki zdrowotnej nad dzieckiem i rodziną. Opieka taka w różnej formie powinna obejmować nie tylko kobiety w wieku prokreacyjnym i rodziny z małymi dziećmi. Kluczowe jest, by była też skierowana, chociażby poprzez oddziaływania edukacyjne, do młodości, w celu zapobieżenia zaniedbaniom prenatalnym czy innym komplikacjom w czasie ciąży czy we wczesnych momentach życia dziecka.

Ważne jest zatem prowadzenie szerokiej edukacji zdrowotnej, np. poprzez włączenie do programów szkolnych tematów związanych z profilaktyką uzależnień (od papierosów, alkoholu, leków, narkotyków, dopalaczy i innych) czy właściwym odżywieniem.

6. Niezwykle istotne dla zdrowia i właściwego rozwoju dziecka, w tym dla zapobieżenia ryzyku przedwczesnego porodu i obniżenia śmiertelności, zwłaszcza dzieci z niską masą urodzeniową, jest **wczesne objęcie matki odpowiednią opieką prenatalną**. Ważna jest zatem promocja i wprowadzenie rozwiązań zachęcających kobiety w ciąży do wczesnego (w pierwszym trymestrze ciąży) zgłaszania się do lekarza, który w czasie ciąży będzie sprawował stałą opiekę medyczną nad matką i dzieckiem.
7. Istotne jest upowszechnienie informacji o świadczeniach przysługujących kobietom spodziewającym się dziecka i mającym małe dziecko (jak np. opieka położnej środowiskowo-rodzinnej) w celu wyrównania do nich dostępu i zachęcenia większej liczby kobiet do korzystania ze wsparcia, co może w istotny sposób przełożyć się na stan zdrowia matki i dziecka oraz jakość opieki rodziców nad dzieckiem. Z drugiej strony należy też **zwiększać świadomość rodziców** co do ich obowiązków w opiece profilaktycznej nad dzieckiem, np. obowiązku szczepień czy badań bilansowych.
8. Przy świadczeniu wszelkich usług zdrowotnych, w tym usług okołoporodowych, ważne jest **skoncentrowanie się na potrzebach matki i dziecka**, a więc zapewnienie właściwej opieki, tak profilaktycznej, jak i specjalistycznej, z poszanowaniem praw pacjenta — niezależnej od dodatkowej odpłatności i miejsca zamieszkania. Dostęp do rzetelnej informacji i wysokiej jakości opieki nabiera szczególnej wagi w sytuacjach, gdy występują problemy zdrowotne, np. w postaci niepełnosprawności.
9. Przekrojowym zagadnieniem, dotyczącym wszystkich wyżej wspomnianych obszarów, jest kwestia **gromadzenia i agregacji danych** dotyczących małych dzieci. W Polsce, w odróżnieniu od niektórych innych krajów, nie istnieje jedna instytucja, która pełniłaby rolę obserwatorium wczesnego dzieciństwa. Dane i informacje są w naszym kraju gromadzone przez różne służby. W wielu przypadkach szczegółowe dane zbierane przez poszczególne placówki czy instytucje agregowane są w sposób uniemożliwiający wyodrębnienie informacji dotyczących małych dzieci. Bez rzetelnych danych statystycznych i badawczych, bez ich monitorowania, uchwycenie trendów oraz zrozumienie skali i dynamiki różnych problemów, a co za tym idzie — planowanie polityki społecznej i zdrowotnej oraz skutecznych oddziaływań, staje się bardzo trudne. Stąd też istotna jest kwestia prowadzenia odpowiednich rejestrów, modyfikacji sposobu agregowania i analizy danych oraz wskaźników w podziale na poszczególne grupy wiekowe (z wyróżnieniem dzieci w wieku 0–3 lat), począwszy od rejestrów urodzin, przez szczegółowe dane dotyczące udzielanych świadczeń zdrowotnych (zarówno kobietom w ciąży, jak i małym dzieciom), rodzajów i przyczyn schorzeń i wypadków, zachowań zdrowotnych, świadczeń socjalnych i przyczyn ich otrzymywania, po dane dotyczące przestępstw wobec małych dzieci, a także liczby dzieci będących świadkami przestępstw i przemocy. Ważnym aspektem gromadzenia i analizy danych jest stosowanie przez poszczególne instytucje ujednoliconej metodologii, by zapewnić porównywalność danych i uniknąć występujących obecnie znacznych rozbieżności między różnymi rejestrami i bazami. Monitorowanie sytuacji małych dzieci w Polsce wymaga ustalenia priorytetów, określenia, które informacje są najważniejsze, ale również sprawdzenia, które dane są już gromadzone i wymagałyby jedynie zmiany sposobu przetwarzania. Nie wszystkie aspekty wymagają prowadzenia ścisłych rejestrów danych. W niektórych przypadkach zastosowanie cyklicznych badań socjologicznych dostarczyłoby wystarczająco szczegółowych informacji, a byłoby rozwiązaniem mniej kosztownym.
10. Kolejną kwestią dotyczącą wszystkich aspektów opieki nad dzieckiem i rodziną jest **poprawa współpracy i wymiany informacji między różnymi służbami** oraz **skrócenie czasu oczekiwania na różne usługi i trwania różnych procedur** — zdrowotnych, jak i administracyjnych czy sądowych. W rozwoju małego dziecka każdy dzień jest istotny i przynosi zmiany, stąd też czas dla małych dzieci płynie niejako szybciej. Dlatego tak ważne jest, by małe dziecko i jego rodzina otrzymali właściwą, kompleksową, wysokiej jakości pomoc we właściwym miejscu w możliwie jak najkrótszym czasie.

Powyższe rekomendacje na pewno nie wyczerpują katalogu spraw, którymi należałoby się zająć, by poprawić sytuację rodzin i małych dzieci w naszym kraju, gdyż skupiają się przede wszystkim na kwestiach związanych z zagrożeniami optymalnego rozwoju dzieci i profilaktyką krzywdzenia. Wprowadzenie usprawnień we wszystkich powyższych obszarach wymaga czasu, dlatego tak ważne jest, by podjąć debatę na ten temat. To właśnie małe obecnie dzieci będą stanowić wkrótce o przyszłości naszego kraju!

Podziękowania

Fundacja Dzieci Niczyje pragnie serdecznie podziękować za udział w konsultacjach powyższych rekomendacji Radzie Ekspertów ds. Profilaktyki Krzywdzenia Małych Dzieci w składzie:

prof. Teresa Jackowska (Polskie Towarzystwo Pediatryczne),

prof. Maria Kolankiewicz (Uniwersytet Warszawski),

Teresa Kuziara (Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych),

Teresa Sierawska (Urząd m.st. Warszawy),

dr Katarzyna Szamotulska (Instytut Matki i Dziecka),

Anna Trzewik (Ministerstwo Zdrowia),

Tamara Uliasz (Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej),

Ewa Urban (Państwowy Zakład Higieny).

Literatura

- Balicki J., Frątczak E., Nam Ch.B. (2007), *Przemiany ludnościowe. Fakty–Interpretacje–Opinie*, Warszawa: Wyd. UKSW.
- Banaszak–Żak B., Dobrzyń D. (2004), *Czynniki warunkujące zdrowie kobiety ciężarnej*, Annales Universitatis Mariae Curie–Sklodowska, vol. 69 (Suppl. 14), nr 12, s. 56–60.
- Bernat K., Karska M. (1999), *Spoleczno–kulturowe uwarunkowania zespołu dziecka krzywdzonego w wieku niemowlęcym a rola położnej*, w: *Położnictwo u progu XXI wieku. Materiały z Konferencji Naukowej, Lublin, 19–20.03.1999*, Lublin: Akademia Medyczna w Lublinie, s. 163–168.
- Bielawska–Batorowicz E. (1993), O formach złego traktowania dzieci, *Przegląd Psychologiczny*, nr 36 (3), s. 298–315.
- Bojarski T. (red.) (2007), *Kodeks karny. Komentarz*, Warszawa: Lexis Nexis.
- Burzyńska M., *Kto i jak może adoptować dziecko*, Dziennik Gazeta Prawna z dnia 26.10.2009 r., www.gazetaprawna.pl
- CBOS (2008), *Nie ma jak rodzina*, Komunikat nr BS/40/2008.
- CBOS (2009), *Opinie Polaków o wychowaniu i roli szkół w procesie wychowawczym*, Komunikat nr BS/121/2009.
- CBOS (2010), *Postawy prokreacyjne Polaków*, Komunikat z badań nr BS/4/2010.
- CEHAP (2009), *CEHAP – Plan dotyczący środowiska i zdrowia dzieci*, wersja druga 08.10.2009, <http://cehap.pl> z dn. 21.06.2011 r., Ministerstwo Zdrowia, Ministerstwo Środowiska, WHO – Polska.
- Cholewińska G. (2007), *Standardy opieki i rzeczywiste możliwości terapii antyretrowirusowej dla osób uzależnionych od środków psychoaktywnych w Polsce*, w: *Zapewnienie opieki i leczenia zakażenia HIV osobom przyjmującym narkotyki: wnioski płynące z badań i praktyki*, Open Society Institute. Public Health Program, s. 233–247.
- Cielecka–Kuszyk (2000), *Medyczne aspekty krzywdzenia dzieci*, w: E. Milewska, A. Szymanowska (red.), *Rodzice i dzieci. Psychologiczny obraz sytuacji problemowych*, Warszawa: Wydawnictwo MEN, s. 198–213.
- Czapiński J., Panek T. (red.) (2009), *Diagnoza Społeczna 2009. Warunki i jakość życia Polaków*, Warszawa: Wyższa Szkoła Finansów i Zarządzania.
- EADSNE (2010), *Wczesna interwencja — postępy i rozwój w dziedzinie 2005–2010*, Odense: European Agency for Development In Special Needs Education. European Agency for Development In Special Needs Education, www.european-agency.org/publications/ereports/early-childhood-intervention-2013-progress-and-development-200520132010/early-childhood-intervention-progress-and-development
- Eliot L. (2003), *Co tam się dzieje? Jak rozwija się mózg i umysł w pierwszych pięciu latach życia*, Poznań: Media Rodzina.
- Eurochild (2010), *Children in Alternative Care, National Surveys*, <http://www.eurochild.org>
- Firlit–Fesnak G. (2007), *Rodziny polskie i polityka rodzinna: stan i kierunki przemian*, w: G. Firlit–Fesnak, M. Szyłko–Skoczny (red.), *Polityka społeczna*, Warszawa: PWN.
- Frankowicz–Gasiul B. i in. (2008), *Ciąża młodocianych – problem medyczny i społeczny*, *Studia Medyczne* nr 11.
- Fundacja Świętego Mikołaja, SMG/KRC (2003), *Samotne matki – raport z badania ilościowego*, http://www.mikolaj.org.pl/images/stories/file/samotne_matki_raport_ilosciowy.pdf
- GAMBIT (2008), *Efektywność kampanii bezpieczeństwa ruchu drogowego – Klub Pancernika klika w Fotelikach*, Instytut Transportu Samochodowego, Centrum Bezpieczeństwa Ruchu Drogowego, www.klubpancernika.pl/sites/default/files/Efektywnosc_kampanii_-_GAMBIT_2008_pdf.pdf

- Goldberg H., Vemy TR. (2007), *The potential risks of ultrasound examinations on fetal development*, Journal of Prenatal and Perinatal Psychology and Health, vol. 21 (3), s. 261–269.
- Grzybowska E. (2009), *Early Childhood Intervention. Project update. Country Report – Poland 2009*.
- GUS (2003), *Gospodarstwa domowe i rodziny w NSP 2002*.
- GUS (2003), *Raport z wyników Narodowego Spisy Powszechnego 2002*.
- GUS (2009), *Prognoza ludności Polski na lata 2008–2035*.
- GUS (2010), *Pomoc społeczna – infrastruktura, beneficjenci, świadczenia w 2009 roku*.
- GUS (2010), *Ubóstwo w Polsce. Zasięg ubóstwa w Polsce w 2009 r.*
- GUS (2011), *Budżety gospodarstw domowych w 2010 r.*
- GUS (2011), *Podstawowe informacje o rozwoju demograficznym Polski w latach 2000–2010*.
- GUS (2011), *Pomoc społeczna w Polsce w latach 2005–2009*.
- GUS (2011), *Rocznik Demograficzny 2011*.
- GUS (2011), *Stan zdrowia ludności Polski w 2009 r.*
- HMDB – The Hospital Morbidity Database (dane z Europejskiej Bazy Chorobowości Szpitalnej), <http://data.euro.who.int/hmdb/index.php>
- IPSOS (2005), *Wyniki badania przeprowadzonego przez Ipsos na zlecenie Fundacji „Rodzić po Ludzku”*, Warszawa: Fundacja „Rodzić po Ludzku”.
- Janowiak Z. (1990), *Ocena dojrzałości noworodka i bariery łóżyskowej człowieka*, rozprawa doktorska, Gdańsk: Akademia Medyczna.
- Kontrowersje wokół różnych zjawisk dotyczących życia małżeńskiego i rodzinnego* (2008), Komunikat nr BS/54/2008, Warszawa: CBOS.
- Kornas–Biela D. (1989), *Zagrożenie rozwoju dziecka w pierwszej fazie jego życia*, w: B. Balcerzak–Paradowska (red.), *Sytuacja dziecka w Polsce w okresie przemian*, Warszawa: Instytut Psychologii, s. 159–177.
- Kornas–Biela D. (1999), *Tragiczne macierzyństwo: psychospołeczny kontekst dzieciobójstwa*, w: D. Kornas–Biela (red.), *Oblicza macierzyństwa*, Lublin: Wydawnictwo KUL, s. 317–335.
- Kornas–Biela D. (2009), *Pedagogika prenatalna. Nowy obszar nauk o wychowaniu*, Lublin: Wydawnictwo KUL.
- Krajewska M. (2006), *Macierzyństwo przez pryzmat uzależnienia – badanie pilotażowe*, Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii oraz Krakowskie Towarzystwo Pomocy Uzależnionym, raport z badania dostępny w siedzibie KBPN.
- Kwaśniewska G. (red.) (2007), *Interdyscyplinarność procesu wczesnej interwencji wobec dziecka i jego rodziny*, Lublin: Wydawnictwo UMCS.
- Lipiński S. (2003), *Poczucie koherencji u chłopców i dziewcząt wychowywanych przez samotne matki*, w: J. Rostowski, G. Poraj (red.), *Zagrożenia życia rodzinnego*, Łódź: Wydawnictwo UŁ.
- Liszczyński K. (2008), *Alkoholowy zespół płodowy (FAS) – rozpoznawanie, dane demograficzne, zasady profilaktyki, system wspierania dla dzieci dotkniętych tym zespołem*, Zeszyty Naukowe INER, nr 4, s. 36–37.
- M. Kolankiewicz (red.) (2007), *Dzieci do trzeciego roku życia w instytucjach opiekuńczych w Europie. Statystyka i cechy charakterystyczne*, Warszawa: Wydawnictwo Akademickie ŻAK.

- Marzec-Holka K. (2004), *Dzieciobójstwo. Przestępstwo uprzywilejowane czy zbrodnia*, Bydgoszcz: Wydawnictwo Akademii Bydgoskiej im. K. Wielkiego.
- Małysiak A. (2009), *Kohabitacja w Polsce. Co nowego na ten temat mówią dane wzdłużne*, Seminarium Zakładu Demografii SGH, Warszawa 4.11.2009.
- Maurer D., Maurer Ch. (1994), *Świat noworodka*, Warszawa: PWN.
- Mazur J., Chańska M. (1998), *Zagrożenie wypadkami w pierwszych latach życia: od epidemiologii do prewencji*, *Pediatra Polska*, t. LXXIII, nr 2, s. 133–140.
- Mazur J., Malinowska-Cieślak M. (2010), *Perspektyw dalszego obniżenia umieralności dzieci i młodzieży w Polsce*, *Medycyna Wieku Rozwojowego*, t. XIV, nr 2, s. 150–159.
- Mikołajczyk W. (2000), *Zespół dziecka potrząsanego*, *Nowa Pediatra*, nr 1.
- Miszczuk E., Miszczuk-Wereszczyńska M. (2009), *Samotna matka w społeczeństwie obywatelskim – diagnoza aktywności dolnośląskich kobiet*, Wrocław: Instytut Rzeźby Społecznej – Fundacja im. Josepha Beuysa.
- MZIOS (1996), *Narodowy Program Zdrowia 1996–2006*, Warszawa.
- Napora E. (2003), *Samotne matki a tożsamość płciowa badanych chłopców*, w: J. Rostowski, G. Poraj (red.), *Zagrożenia życia rodzinnego*, Łódź: Wyd. UŁ.
- Ney P. (1993), *Child Neglect: The precursor to child abuse*, Pre- and Perinatal, *Psychology Journal*, vol. 8 (2), s. 95–112.
- Niemiec T. (red.) (2007), *Raport „Zdrowie kobiet w wieku prokreacyjnym 15–49 lat. Polska 2006”*, Warszawa: Program Narodów Zjednoczonych ds. Rozwoju.
- Nowicka-Chachaj A., *Macierzyństwo za kratkami*, Warszawa: Akademia Pedagogiki Specjalnej im. Marii Grzegorzewskiej.
- Opinie Polaków na temat spożywania alkoholu przez kobiety w ciąży, badanie zrealizowane przez TNS OBOP, www.wirtualnemedial.pl/artukul/co-dziesiata-kobieta-w-ciazy-pije-alkohol, dostęp: 10.11.2011.
- Piasecki K. (red.) (2009), *Kodeks rodzinny i opiekuńczy. Komentarz*, Warszawa: Lexis Nexis.
- Pomarańska-Bielecka M., *Komercyjny obrót dziećmi w celach adopcyjnych*, część I i II, www.edukacjaprawnicza.pl
- Poziom kompetencji wychowawczych polskich rodziców. Raport z badań*, Fundacja Kidprotect.pl, <http://www.madry-rodzice.pl/pl/o-programie/badania/>
- PSOUU (2008), *Twoje dziecko jest inne... Informacje i porady praktyczne dla rodziców dzieci zagrożonych niepełnosprawnością bądź dzieci z niepełnosprawnością intelektualną w wieku 0–7 lat*, Warszawa: Polskie Stowarzyszenie na Rzecz Osób z Upośledzeniem Umysłowym, www.psouu.org.pl
- Rostowski J., Poraj G. (red.) (2003), *Zagrożenia życia rodzinnego*, Łódź: Wydawnictwo UŁ.
- Rozporządzenie Ministra Polityki Społecznej z dnia 8 marca 2005 r. w sprawie domów dla matek z małoletnimi dziećmi i kobiet w ciąży, Dz.U. z 2005 r. Nr 43, poz. 418.
- Sierostawski J. (2006), *Substancje psychoaktywne. Postawy i zachowania. Raport z ogólnopolskich badań ankietowych zrealizowanych w 2006 roku*, Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii, www.narkomania.gov.pl
- Sierostawski J. (2007), *Używanie alkoholu i narkotyków przez młodzież szkolną. Raport z ogólnopolskich badań ankietowych zrealizowanych w 2007 roku. Europejski program badań ankietowych w szkołach ESPAD*, Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii, www.narkomania.gov.pl
- Sierostawski J. (2008a), *Narkomania w Polsce w 2006 roku. Dane lecznictwa stacjonarnego. Tabele i wykresy*, Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii.
- Sierostawski J. (2008b), *Problem narkotyków i narkomanii w Polsce. Rozmiary i trendy zjawiska*, *Narkomania*, nr 5 (44).
- Sottysiak E. (2005), *Wpływ masy ciała i stosowanych używek na zaburzenia płodności u kobiet*, *Ginekologia Polska*, nr 12, s. 991–994.

- Soriano A. (2002), *Przemoc wobec dzieci*, Kraków: Wydawnictwo eSPe.
- Symon E. (2011), *Wypadki drogowe w Polsce w 2010 r.*, Warszawa: Komenda Główna Policji, Biuro Ruchu Drogowego, Zespół Profilaktyki i Analiz.
- Sytuacja demograficzna Polski. Raport 2009–2010* (2010), Warszawa: Rządowa Rada Ludnościowa.
- Szamotołska K. (2010), *Stan zdrowia matek i dzieci w okresie okołoporodowym w Polsce na tle krajów Unii Europejskiej. Opracowanie na podstawie wskaźników Euro-Peristat*, *Medycyna Wieku Rozwojowego*, t. XIV, nr 2.
- Szlendak T. (2010), *Socjologia rodziny. Ewolucja, historia, zróżnicowanie*, Warszawa: PWN.
- Szukalski P. (2004), *Urodzenia pozamałżeńskie w Polsce*, w: W. Warzywoda-Kruszyńska, P. Szukalski (red.) (2004), *Rodzina w zmieniającym się społeczeństwie polskim*, Łódź: Wyd. UŁ s. 112–139.
- Tabele wyników badań Chorobowości Szpitalnej Ogólnej*, www.pzh.gov.pl
- Trocha O. (2011), *Profilaktyka porzucenia dzieci w Polsce – analiza prawna*, nieopublikowane.
- Tyska Z. (2002), *Rodzina we współczesnym świecie*, Poznań: Wydawnictwo Naukowe UAM.
- Uchwała Sądu Najwyższego z dnia 5 lutego 1966 r., sygnatura akt VI KZP 57/65, OSNKW 1966, nr 4, poz. 48.
- Ustawa z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej, Dz.U. z 2004 r. Nr 64, poz. 593 ze zm.
- Ustawa z dnia 20 czerwca 1997 r. — Prawo o ruchu drogowym (Dz.U. z 2005 r. Nr 108, poz. 908 ze zm.).
- Uszkodzenie płodu wywołane alkoholem* (1998), Warszawa: PARPA.
- Warzywoda-Kruszyńska W., Szukalski P. (red.), *Rodzina w zmieniającym się społeczeństwie polskim*, Łódź: Wydawnictwo UŁ.
- Wojtyła A. (2009), *Zwyczaj zdrowotne kobiet ciężarnych w Polsce*, *Problemy Higieny i Epidemiologii*, nr 90 (suplement 1), s. 3.
- Wójcik W. (2007), *Wczesna diagnoza i interwencja wobec zachowań świadczących o zaniedbaniu*, *Dziecko Krzywdzone*, nr 2 (19).
- Wójcik W. (2008), *Zaniedbanie prenatalne. Wyzwanie dla edukacji zdrowotnej od chwili poczęcia*, *Chowanna*, nr 2 (31), s. 95–106.
- www.informacje.maxiauto.pl/Renault/fotelik_bezpieczenstwa,,1207.html z dn. 30.08.2001 r. Na podstawie LAB (Laboratory for Accident Research, Biomechanics and Human Behaviour Studies); wnioski z badań opublikowane w *Driving Safety Forward, Renault and Safety*.
- Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 4 czerwca 2001 r., sygnatura akt V KKN 94/99, *Krakowskie Zeszyty Sądowe* Nr 2001, z. 11, poz. 21.
- Zachowania zdrowotne kobiet w ciąży* (2009), raport, Warszawa: GIS, MNIŚW.
- Zwoliński J. (2001), *Wpływ palenia tytoniu na płodność, przebieg ciąży i rozwój dziecka*, *Medycyna Wieku Rozwojowego*, nr 5 (4), Supl. I, s. 117–119.
- Żbikowska A., *Przemoc wobec dzieci – wybrane zagadnienia*, Część IV, www.edukacjaprawnicza.pl

Zdrowe dzieci zdrowa przyszłość

NUTRICIA

NUTRICIA to lider rynku żywności dla dzieci i niemowląt w Polsce. Firma dostarcza produkty żywnościowe dla dzieci we wszystkich kategoriach – od podstawowych i specjalistycznych mleków modyfikowanych (marki Bebiko i Babilon), po pełną gamę odżywek dla niemowląt i małych dzieci (marka BoboVita).

NUTRICIA realizuje misję „Zdrowe dzieci, zdrowa przyszłość” poprzez dostarczanie zbilansowanych posiłków dzieciom, działania edukacyjne zwiększające świadomość rodziców na temat prawidłowego żywienia dzieci oraz zaangażowanie społeczne na rzecz prawidłowego rozwoju najmłodszych.



W sierpniu 2011 roku NUTRICIA rozpoczęła realizację programu edukacyjnego skierowanego do opiekunów dziennych, rodziców i dzieci w wieku do 3 roku życia „Od serca dla dziecka”. W ramach programu NUTRICIA przeprowadziła badania postaw matek wobec rozwoju dziecka do trzeciego roku życia, opracowano standardy jakości opieki i edukacji dzieci do lat 3. Organizowane są również profesjonalne szkolenia opiekunów dziennych oraz dwudniowe kursy dla rodziców przygotowujące do tworzenia grup zabawowych.

Celem programu jest:

- zwiększenie szans rozwojowych małych dzieci ze szczególnym uwzględnieniem dzieci mieszkających na terenach wiejskich, przez stworzenie różnorodnych możliwości opieki i edukacji,
- podniesienie wiedzy rodziców nt. prawidłowego rozwoju fizycznego i intelektualnego dzieci,
- zwiększenie świadomości wagi wczesnej edukacji małych dzieci w społeczeństwie szczególnie wśród rodziców i władz samorządowych,
- zwiększenie kompetencji osób opiekujących się i kształcących małe dzieci.

Program realizowany jest we współpracy z Fundacją Rozwoju Dzieci im. J.A. Komeńskiego.



Fundacja NUTRICIA powstała w 1996 roku. Misją Fundacji jest ochrona, promocja i zapewnienie zdrowia poprzez żywienie. Jej działania skupiają się na trzech obszarach: badań z zakresu żywienia człowieka, edukacji związanej z żywieniem kierowanej do społeczeństwa oraz edukacji związanej z żywieniem kierowanej do środowiska medycznego. Od początku swojego istnienia Fundacja finansuje badania naukowe z zakresu żywienia człowieka w formie grantów naukowych. Organizuje także seminaria poświęcone zasadom planowania badań naukowych, finansuje kursy i spotkania edukacyjne dla osób dotkniętych różnymi schorzeniami metabolicznymi oraz wspiera działania edukacyjne w środowisku medycznym.

