

Zagrożenia wczesnego dzieciństwa

Pierwsze lata życia to kluczowy etap rozwoju człowieka. W tym okresie kształtują się krytyczne dla dalszego życia funkcje psychiczne. Organizm dziecka zarówno w czasie rozwoju płodowego, jak i w pierwszych latach życia jest niezwykle podatny na urazy i oddziaływania czynników zewnętrznych.

W ostatnich latach system opieki zdrowotnej nad matką i dzieckiem w wieku 0–3 lata jest przedmiotem szerokiej debaty publicznej. Jak pokazują doświadczenia krajów Europy Zachodniej oraz USA, kompleksowa opieka zdrowotna nad matką i dzieckiem — opieka w ciąży, wizyty domowe, regularne wizyty u lekarza z dzieckiem — są nie tylko efektywnym narzędziem profilaktyki zdrowotnej, ale także skutecznej profilaktyki przemocy wobec dziecka.

Raporty Światowej Organizacji Zdrowia wskazują, że najczęściej ofiarami krzywdzenia padają dzieci do 3. r.ż., a sprawcami przemocy są zazwyczaj członkowie ich najbliższej rodziny — a więc osoby odpowiedzialne za opiekę i zapewnienie bezpieczeństwa dziecku¹. Dzieci w tym wieku padają ofiarami przemocy fizycznej, emocjonalnej, wykorzystywania seksualnego, zaniedbania, a także form przemocy specyficznych tylko dla tego wieku dziecka.

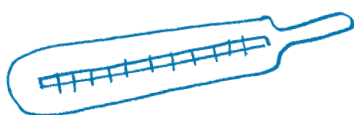
Określenie skali krzywdzenia małych dzieci jest trudne, gdyż ograniczone są możliwości identyfikacji takich przypadków: małe dzieci relatywnie rzadko kontaktują się z otoczeniem zewnętrznym, nie potrafią komunikować się werbalnie, nie są w stanie aktywnie poszukiwać pomocy. Kolejną trudność wynika także z faktu, że większość instytucji odpowiedzialnych za zbieranie danych epidemiologicznych i innych agreguje informacje o małych dzieciach w kategorii małoletni (0–13 lat), co utrudnia opisanie sytuacji najmłodszych dzieci.

Konwencja o prawach dziecka

Artykuł 6. Każde dziecko ma niezbywalne prawo do życia i rozwoju.

Artykuł 18. Rodzice ponoszą wspólną odpowiedzialność za wychowanie i rozwój dziecka.

Państwo ma obowiązek pomocy rodzicom w wychowywaniu dzieci i zapewnienia dzieciom pracujących rodziców prawa do korzystania z usług instytucji zapewniających opiekę nad dziećmi.



Zagrożenia wczesnego dzieciństwa

1. Małe dzieci w Polsce

Według danych GUS obecnie w Polsce żyje 1 614 016 dzieci w wieku 0–3 lata. Podobnie jak w innych krajach rozwiniętych, od ponad dwudziestu lat obserwujemy w Polsce trend do zmniejszania się liczby narodzin oraz zwiększania się średniego wieku matek i kobiet rodzących po raz pierwszy. W 2009 r. mediana wieku kobiet rodzących wynosiła 26 lat w porównaniu do 23 lat w roku 1990 (GUS 2010), średni wiek matki wzrósł do ponad 28 lat (2009 r.) wobec 26 lat w połowie lat 90.²

Zdecydowana większość polskich dzieci przychodzi na świat w obecności profesjonalisty (99%), z czego większość w szpitalach. W 2009 r. tylko 420 porodów odbyło się bez obecności osoby przygotowanej do odbioru porodu³.

W Polsce z roku na rok obniża się liczba zgonów niemowląt. Trend malejącej umieralności niemowląt potwierdza współczynnik zgonów niemowląt na 1 000 urodzeń żywych, który w 2008 r. wyniósł 5,6%, dla porównania w 1990 r. wynosił 19,3%, a w 2000 r. — 8,1%⁴.

W 2009 r. na świat przyszło 2 149 dzieci urodzonych przed ukończeniem 28. tygodnia ciąży, w tym 89 przed 22 tygodniem ciąży (2 010). Śmiertelność wśród dzieci wcześniaczych wynosiła 456,8 na 1 000 urodzeń dla dzieci urodzonych pomiędzy 24. a 27. tygodniem ciąży (dla porównania średnia dla krajów UE wynosiła 107,3–324,6/1000 w roku 2004); 124,7 zgonów na 1 000 żywych urodzeń (poród w okresie 28.–31. tydzień ciąży, w UE wskaźnik ten wynosił 17,6–84,9/1000); 16,2 zgonów na 1 000 żywych urodzeń pomiędzy 32. a 36. tygodniem ciąży (wskaźnik dla UE: 2,5–10,0/1000)⁵.

Pojawienie się nowego dziecka w rodzinie najczęściej wiąże się z rezygnacją z pracy matki, co powoduje pogorszenie się sytuacji ekonomicznej rodziny. W 2009 r. zostało wypłacone 9 695 358 świadczeń rodzinnych na dzieci w wieku 0–5 lat⁶. Ponad 270 tys. dzieci w wieku 0–4 lata było beneficjentami pomocy środowiskowej przyznawanej głównie ze względu na ubóstwo, bezrobocie, jak również bezradność w kwestiach opiekuńczo–wychowawczych rodziny⁷ (więcej na temat świadczeń pomocy społecznej dla rodzin w Polsce w rozdziale „Rodzina”).

TABELA 1. LICZBA OSÓB POBIERAJĄCYCH ZASIŁEK MACIERZYŃSKI I PRZEBYWAJĄCYCH NA URLOPACH WYCHOWAWCZYCH, GRUDZIEŃ 2009 I 2010 R.

Wyszczególnienie	Liczba osób (osoby fizyczne) w grudniu:	
	2009 r.	2010 r.
Osoby pobierające zasiłek macierzyński¹ z tego:	143,4	155,1
kobiety	142,9	140,8
mężczyźni	0,5	14,3
Osoby przebywające na urlopie wychowawczym niepodlegające ubezpieczeniu zdrowotnemu z innego tytułu² z tego:	200,9	191,6
kobiety	196,0	187,4
mężczyźni	4,9	4,2

¹ Osoby fizyczne, którym w danym okresie sprawozdawczym wypłacono (pobierały) zasiłek macierzyński (bez osób, za których dokonano korekt za wcześniejszy okres).

² Osoby na które został zaewidencjonowany przypis w Systemie Ewidencji Kont i Funduszy.

Źródło: Zakład Ubezpieczeń Społecznych.

2. Specyficzne problemy związane z opieką i wychowaniem małych dzieci i ich skala

2.1. Zaniedbania prenatalne

Jako **zaniedbanie prenatalne (maltretowanie prenatalne)** definiuje się sytuację, w której kobieta w ciąży świadomie lub przez zaniedbanie naraża swoje nienarodzone dziecko na zagrożenie życia lub zdrowia fizycznego i psychicznego. Sytuacja ta obejmuje takie zachowania, jak: picie alkoholu, zażywanie narkotyków, palenie papierosów, nadużywanie leków, brak odpowiedniej opieki medycznej⁸.

Dane dotyczące opieki nad kobietą w ciąży pokazują, że w Polsce istnieje duża grupa kobiet, które zgłaszają się do lekarza lub położnej dopiero w końcowym stadium ciąży. Dane na temat liczby porad udzielonych kobietom w pierwszym trymestrze ciąży wskazują, że tzw. wczesna zgłaszalność kształtuje się na poziomie 58,6% (miasto), 46,0% (wieś)⁹. Oznacza to, że połowa kobiet nie jest objęta opieką lekarską w najwcześniejszym okresie ciąży. Pierwszy okres ciąży jest niezwykle ważny dla rozwoju dziecka — w tym okresie kształtują się wszystkie fundamenty przyszłego rozwoju. Wpływ teratogenów, tj. alkoholu, narkotyków, papierosów jest szczególnie szkodliwy i może prowadzić do ciężkich upośledzeń dziecka, łącznie ze śmiercią i poronieniem. Aby zmotywować ciężarne do wcześniejszego poddania się opiece lekarskiej, rząd przyjął rozporządzenie uzależniające uzyskanie dodatku z tytułu urodzenia dziecka od zgłoszenia się do lekarza do 10. tygodnia ciąży, będzie ono obowiązywało od początku 2012 r.

Opieka lekarska i położnicza w okresie ciąży jest ważna z perspektywy profilaktyki krzywdzenia dzieci — może zapobiegać zaniedbaniom prenatalnym, wczesnym rozpoznaniem objawów depresji okołoporodowej, daje także szansę na wzmocnienie kompetencji rodzicielskich w zakresie opieki i wychowania noworodka.

Mówią rodzice

Kiedy dowiedziałam się, że jestem w ciąży, lekarz kazał nie palić, nie pić, nie brać leków. Z pićciem to bez problemów skończyłam, ale palić nie przestałam – nie umiem. A pietra mam, bo wiadomo, że teraz nie piję, ale przez pierwsze miesiące piłam, bo nie wiedziałam, że jestem w ciąży. Czy moje dziecko może urodzić się niepełnosprawne?

Z maili do poradni dobryrodzic@fdn.pl

2.2. Alkohol w ciąży

Jednym z najczęściej występujących oraz najpełniej opisanych następstw zaniedbań prenatalnych jest FAS (ang. *Fetal Alcohol Syndrom*, Poalkoholowe Uszkodzenie Płodu). Źródłem powstawania **płodowego zespołu alkoholowego** jest alkohol, który przechodząc przez łożysko wnika do tkanek rozwijającego się płodu, zaburza prawidłowy tok wzrastania dziecka i może doprowadzić do powstawania wad wrodzonych. Kryteria rozpoznania FAS to: charakterystyczne rysy twarzy; niski wzrost i waga ciała, zarówno po urodzeniu, jak i w późniejszych okresach rozwoju; uszkodzenia obwodowego układu nerwowego, przejawiające się opóźnionym rozwojem, zaburzeniami emocjonalnymi i obniżonym poziomem intelektu¹⁰.

W Polsce nie istnieją statystyki dotyczące ilości dzieci rodzących się z FAS. Na podstawie danych z innych krajów szacuje się, że dotyka on ok. 3 dzieci na każde 1 000 urodzeń¹¹. Szacuje się, że rocznie w Polsce rodzi się ok. 1 000 dzieci z FAS, choć w porównaniu z danymi z innych krajów europejskich te szacunki wydają się zaniżone. W Niemczech co roku diagnozuje się FAS u 2 200 nowo narodzonych dzieci, we Francji i Wielkiej Brytanii u ponad 6 000.

Niepokój budzą dane dotyczące spożywania alkoholu przez kobiety w ciąży. **Aż 15% ciężarnych kobiet przyznało się do spożywania alkoholu w czasie ciąży**¹². Dwukrotnie częściej alkohol piją wykształcone mieszkanki miast niż kobiety zamieszkałe na wsi. Wyniki te poprawiły się znacząco od 2005 r. kiedy to ponad 33% kobiet deklaroowało, że spożywały alkohol w czasie ciąży, ale nadal dane te są niepokojące. Kobiety piją alkohol najczęściej w pierwszym trymestrze ciąży (15% z przyznających się do picia w okresie ciąży), a więc w czasie, gdy wiąże się to z największym zagrożeniem dla rozwoju płodu. Jednocześnie znacząco poprawia się stan wiedzy na temat szkodliwości picia alkoholu w czasie ciąży — **w 2010 r. ponad 81% badanych kobiet wiedziało o tym, że picie alkoholu w czasie ciąży może być szkodliwe dla rozwoju dziecka**¹³.

2.3. Palenie papierosów w czasie ciąży

Zarówno czynne, jak i bierne palenie papierosów, negatywnie wpływa na kobietę w ciąży i rozwój płodu. Jak pokazują badania, dzieci matek–palaczek są bardziej podatne na choroby wieku niemowlęcego i wczesnodziecięcego w porównaniu z dziećmi, których matki nie paliły. Toksyny zawarte w dymie papierosowym przechodzą przez łożysko, powodując zmniejszony przepływ krwi i obniżony poziom tlenu w krwiobiegu dziecka. Palenie papierosów przez matkę (lub wdychanie dymu tytoniowego) wskazywane jest także jako jedna z przyczyn wczesnej śmierci noworodka i zespołu nagłej śmierci łóżeczkowej niemowlęcia (SIDS).

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 (<2500 g) niż kobiety, które zaprzęstały palenia w czasie ciąży (6%) lub nie paliły przed i w okresie ciąży (5%)¹⁴.

Do palenia w czasie ciąży przyznaje się 36% kobiet, które deklarują, że paliło przed, w czasie ciąży i po porodzie. Codzienną ekspozycję na dym tytoniowy w domu deklarowało 29% badanych, a w miejscu pracy 12%. Podobnie jak w przypadku spożycia alkoholu w czasie ciąży, do palenia papierosów w czasie ciąży przyznawały się częściej kobiety z miast niż z terenów wiejskich.

Kobiety w wieku prokreacyjnym w większości deklarują wiedzę nt. szkodliwości palenia w czasie ciąży, a odsetek kobiet w ciąży, które zrezygnowały z palenia w czasie ciąży jest wysoki i kształtuje się na poziomie 85%¹⁵.

Aż 20% z badanych, które deklarowały, że paliły lub piły w czasie ciąży przyznawała się, że w czasie ciąży zarówno piła alkohol, jak i paliła papierosy¹⁶.

2.4. Narkotyki w czasie ciąży

Przyjmowanie narkotyków w czasie ciąży jest niezwykle niebezpieczne dla płodu i matki. Objawy głodu narkotycznego obserwuje się u 20–75% noworodków urodzonych przez matki uzależnione od heroiny¹⁷. Dzieci te wymagają stopniowej detoksykacji.

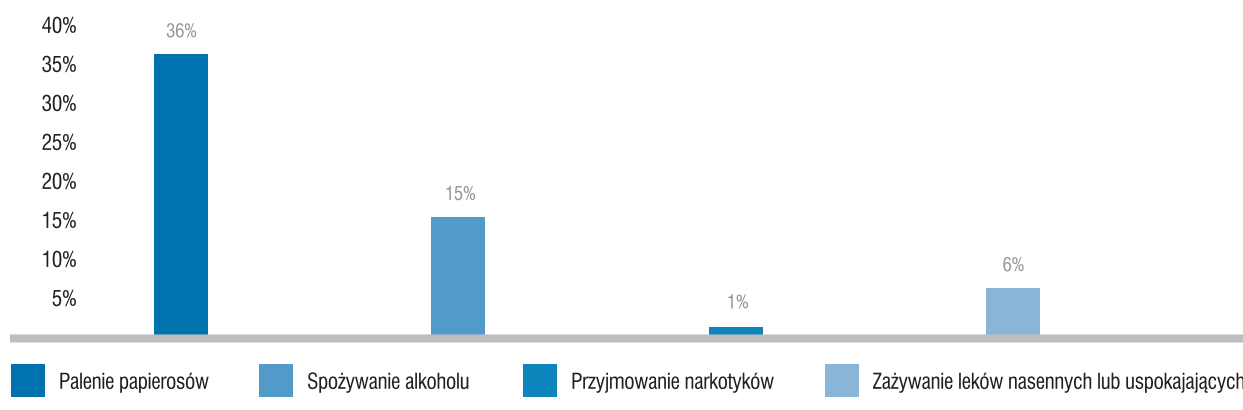
6% kobiet ciężarnych i w połogu przyznaje się do zażywania (kiedykolwiek) środków odurzających, największy odsetek z nich (77% z deklarujących do zażywania narkotyków) przyznaje się do kontaktu z marihuaną. **Niewiele ponad 1% badanych przyznaje, że zażywały narkotyki w czasie ostatnich 12 miesięcy** (a więc w czasie ciąży lub tuż przed zajęciem w ciąży)¹⁸.

2.5. Leki w czasie ciąży

Większość leków podanych matce przenika do krwiobiegu dziecka przez łożysko. Niektóre substancje chemiczne osiągają w ciele rozwijającego się dziecka większe stężenia niż w organizmie matki — płód nie posiada w pełni wykształconych mechanizmów metabolizmu leków. Bezpieczeństwo stosowania leków w ciąży określają tzw. kategorie bezpieczeństwa, które podawane jednak są najczęściej bez dodatkowych opisów. Dlatego ciężarne powinny konsultować z lekarzem każdy przyjmowany przez siebie lek, także leki przeciwbólowe, nasenne, uspokajające czy inne dostępne bez recepty.

Co dziesiąta badana kobieta przyznaje się do stosowania środków nasennych (kiedykolwiek). W większości przypadków środki te stosowane były z zalecenia lekarza. **Około 6% kobiet przyznaje się do stosowania środków nasennych lub uspokajających w czasie ciąży**¹⁹.

WYKRES 1. KOBIECY W CIĄŻY I MATKI MAŁYCH DZIECI PRZYNAJĄCE SIĘ DO SZKODLIWYCH ZACHOWAŃ W CZASIE CIĄŻY.



Źródło: *Zachowania zdrowotne kobiet w ciąży. Raport z analizy danych ankietowych pochodzących z badań (2009)*, Ministerstwo Zdrowia, Państwowa Inspekcja Sanitarna, Ministerstwo Nauki i Szkolnictwa Wyższego.

Mówią rodzice

Mam 17 lat i półrocznego synka. Głupio wpadliśmy, były krzyki i awantury, rodzice mówili, że się strasznie zawiedli. Nie mieszkamy z moją dziewczyną. Przychodzi do niej prawie codziennie, ale jej rodzice często krzywo na mnie patrzą. Moim też się to nie podoba, mówią, że powinienem się uczyć, a nie tylko u niej przesiadywać. A moja dziewczyna? Przecież ona musiała rzuścić szkołę, a do tego mały strasznie płacze i ona ma tego wszystkiego po prostu dość. — Marek, 17 lat.

Z maili do poradni dobry rodzic@fdn.pl

Mówią rodzice

Wszystko jest nie tak jak myślałam. Przecież chodziłam regularnie do lekarza, przecież wszyscy chcieliśmy tego dziecka, a teraz ... urodziłam je i ma już trzy miesiące. Jakoś nie mogę się do niego przyzwyczaić, poczuć tego macierzyństwa. Chyba nie powinnam być matką, nie nadaję się do tego. To straszne, ale mam takie myśli, że wolalabym żeby go nie było, nie dam rady go wychować.

Z maili do poradni dobryrodzic@fdn.pl

2.6. Zakażenia wertykalne

Odsetek osób zarażonych wirusem HIV w Polsce jest jednym z niższych na świecie. Szacuje się, że nosicielami wirusa w Polsce jest 20 osób na milion, podczas gdy w Wielkiej Brytanii jest to 148, a na Ukrainie — 243. Jednak z roku na rok wzrasta liczba osób zdiagnozowanych jako nosiciele wirusa HIV²⁰. Badania na nosicielstwo wśród kobiet ciężarnych nadal nie są wystarczająco rozpowszechnione, co sprawia, że wciąż zbyt często dochodzi do transmisji wirusa od matki do dziecka, co dzięki postępom medycyny jest obecnie możliwe do uniknięcia. W 2009 roku w programie profilaktyki zakażeń wertykalnych było 89 kobiet, nosicielek HIV będących w ciąży.

Od wdrożenia w Polsce badań nad osobami zakażonymi wirusem HIV (1986 r.) do końca 2010 r. rozpoznano 136 zakażeń wertykalnych, w tym 90 zakażeń dzieci urodzonych w latach 2000–2009. W chwili obecnej, przy szerokiej dostępności skutecznej profilaktyki zakażeń wertykalnych, do sytuacji transmisji wirusa dochodzi do zazwyczaj w przypadku, gdy matka nie jest świadoma swojego zakażenia (nie została zbadana w ciąży). Jedynie 37,2% zakażeń wertykalnych jest rozpoznawanych w pierwszym roku życia dziecka²¹. Można więc spodziewać się, że liczba zakażeń wertykalnych wśród dzieci urodzonych w latach 2008–2009 jest większa i zakażenie HIV zostanie wykryte u kolejnych dzieci, w momencie pojawienia się objawów.

TABELA 2. ZAKAŻENIA WERTYKALNE U DZIECI WG ROKU URODZENIA I ROKU WYKONANIA BADANIA W KIERUNKU ZAKAŻENIA HIV.

Rok urodzenia	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	Razem 2000–2009
Liczba przypadków	7	5	5	8	14	9	16	10	7	9	90
Liczba rozpoznanych <1 r.ż.	1	1	1	5	6	3	11	5	4	5	32

Źródło: Krajowe Centrum ds. AIDS.

2.7. Nieletni rodzice

Za nieletnich rodziców uznaje się tych, którzy w chwili urodzenia dziecka nie ukończyli 18. r.ż. Od 2006 r. obserwujemy niewielki wzrost liczby urodzeń przez nieletnie matki, jednak generalny trend zmniejszania liczby urodzeń przez nieletnie kobiety obserwowany jest niezmiennie od lat 70.²². Problem nieletnich rodziców jest dużym wyzwaniem społecznym. Nieletnie rodzicielstwo wiąże się z dodatkowym (oprócz rodzicielskiego) stresem, jaki przeżywają rodzice, związanym m.in. z koniecznością potężania edukacji z opieką i wychowaniem dziecka, niemożnością samodzielnego utrzymania rodziny, brakiem własnego mieszkania. Nieletni rodzice zazwyczaj są niedojrzali, nieprzygotowani emocjonalnie, społecznie i ekonomicznie do roli rodzica. Z powodu nieposiadania pełni praw obywatelskich i prawnych dziecko nieletnich rodziców otrzymuje wyrokiem sądu opiekuna prawnego (może to być np. rodzic nastoletniej matki), który jest odpowiedzialny prawnie za opiekę i wychowanie dziecka.

W 2009 r. według danych GUS, 11 115 dzieci urodziły kobiety poniżej 18. r.ż. (w tym 401 przez matki poniżej 15. r.ż.).

TABELA. 3. URODZENIA ŻYWE NA 1 000 KOBIEŃ W WIEKU 15–18 LAT, 1990–2009.

Lata	Wieś	Miasto
1990	40,9	27,4
1995	27,9	20,5
1996	26,1	19,6
1997	24,0	18,0
1998	22,8	17,2
1999	21,1	16,0
2000	19,6	15,3
2001	17,9	14,5
2002	17,4	13,7
2003	16,5	13,2
2004	15,1	12,8
2005	14,8	12,6
2006	15,4	12,8
2007	16,0	13,8
2008	17,6	15,2
2009	17,1	15,6

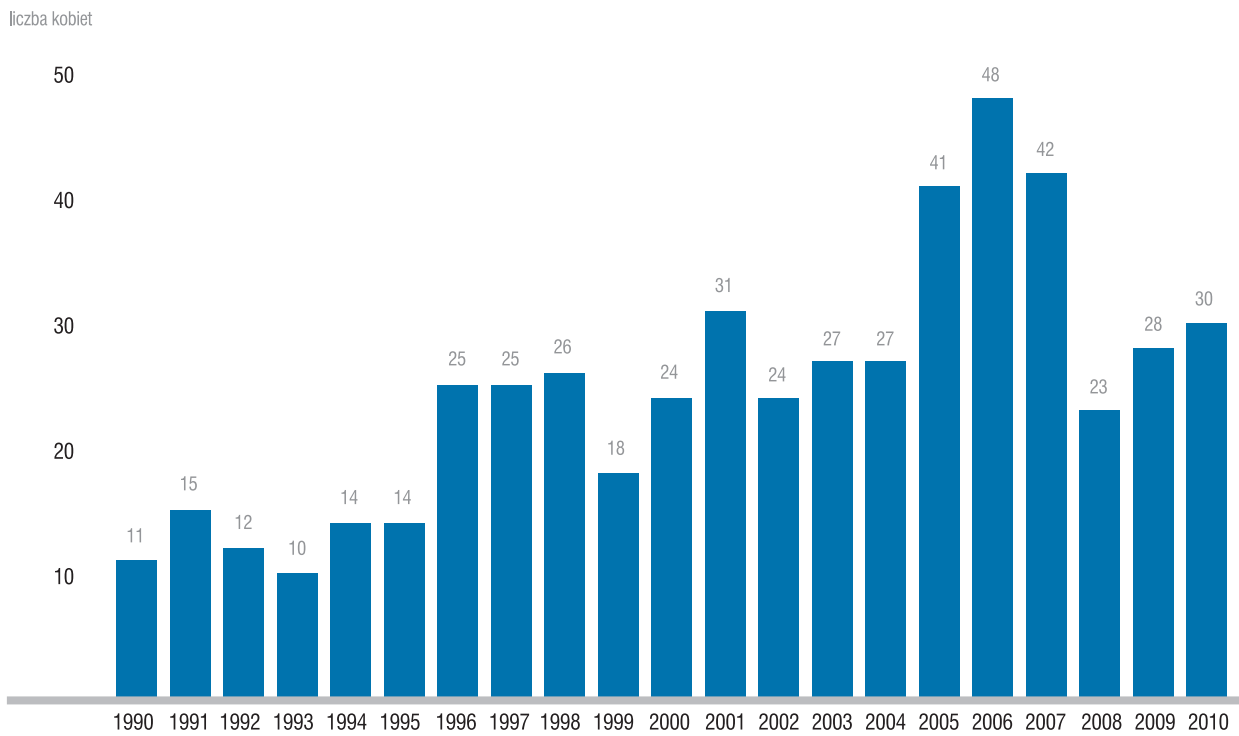
Źródło: GUS (2009), *Dzietność kobiet w latach 1960–2009*, w: *Struktura ludności...*, op.cit.

2.8. Rodzicielstwo za kratkami

W szczególnej sytuacji znajdują się małe dzieci, których matki w czasie ciąży lub w pierwszych latach życia dziecka trafiają do zakładów karnych. Polskie prawo przewiduje, że w takiej sytuacji dziecko może przebywać z matką w czasie odbywania przez nią kary pozbawienia wolności. Specjalne oddziały „Domy Matki i Dziecka” zostały stworzone z myślą o tym, by dzieci matek przebywających w zakładach karnych mogły być pod stałą i bezpośrednią opieką swoich matek. Dzieci mogą pozostać z matką do 3. r.ż., chyba że względy wychowawcze lub zdrowotne przemawiają za oddzieleniem matki od dziecka lub za przedłużeniem/skróceniem tego okresu. Decyzje w tym zakresie podejmuje sąd opiekuńczy.

Z danych Ministerstwa Sprawiedliwości wynika, że najczęściej dzieci opuszczają oddziały z matkami, które odbyły zasądzoną karę lub zostały zwolnione warunkowo. Część matek zrzeka się jednak praw rodzicielskich i oddaje dzieci do adopcji.

WYKRES 2. KOBIETY PRZEBYWAJĄCE Z DZIEĆMI W ZAKŁADACH KARNYCH.



Źródło: Centralny Zarząd Służby Więziennej.

3. Porzucanie dzieci

Od kilku lat trwają w Polsce działania edukacyjne mające na celu promocję form zastępczego/adopcyjnego rodzicielstwa. Jednocześnie oddanie dziecka do adopcji jest tematem tabu, co sprawia, że kobiety znajdujące się w sytuacji kryzysu i rozważające oddanie dziecka do adopcji mają problem ze znalezieniem pomocy i informacji dotyczącej procedury adopcji. Dotarcie do matek chcących zrzec się prawa opieki nad dzieckiem jest kluczowe dla przyszłości dziecka — dziecko, którego matka podpisze zrzeczenie się praw rodzicielskich ma szansę na szybką adopcję. W przypadku, gdy matka pozostawia dziecko w szpitalu (bez podpisania zrzeczenia się praw rodzicielskich) lub w tzw. oknach życia²³ procedura adopcji dziecka jest utrudniona i trwa znacząco dłużej.

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, które sprawiają, że rodzina decyduje się na porzucenie dziecka są różne: bieda, młody wiek matki, brak wsparcia ze strony partnera²⁴, samotne macierzyństwo, niepełnosprawność dziecka²⁵.

TABELA 4. 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.

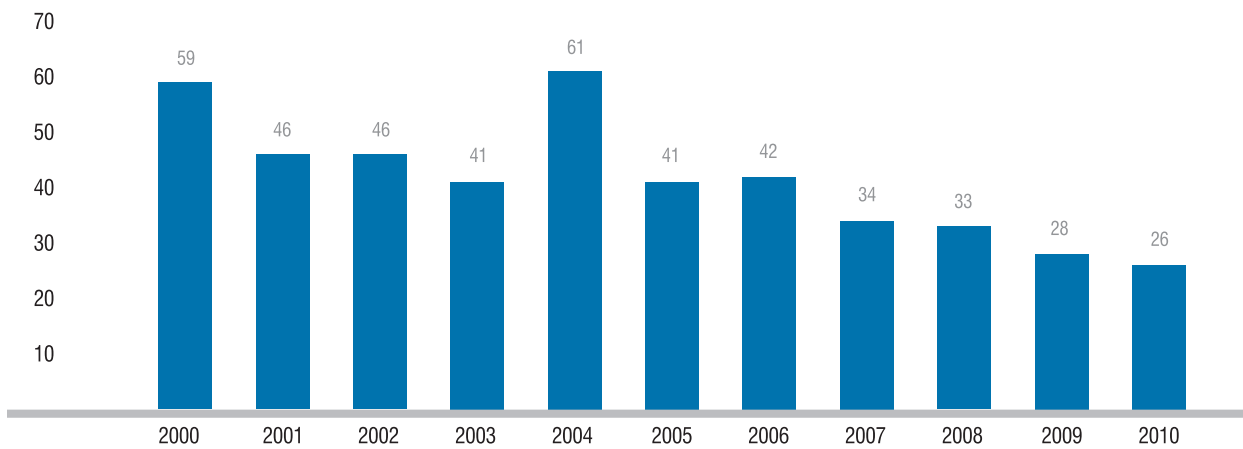
4. Zabójstwa dzieci

Według danych WHO dzieci do 4. r.ż. są tą grupą wiekową, w której najczęściej dochodzi do śmierci będącej konsekwencją krzywdzenia. Głównymi sprawcami zabójstwa są rodzice dzieci lub inne osoby sprawujące bezpośrednią opiekę nad dzieckiem. Śmierć dziecka może być wynikiem zarówno długotrwałego zaniedbania (np. zagłodzenie dziecka), jednorazowego aktu przemocy (np. pobicie dziecka), jak również wynikiem braku wiedzy/ostrożności ze strony rodzica/opiekuna (np. wypadek z udziałem dziecka).

Poszczególne zachowania rodzica/opiekuna zagrażające życiu dziecka czy prowadzące do jego śmierci są w polskim prawie penalizowane w różnych artykułach (np. art. 160 k.k. określa kary za narażenie na niebezpieczeństwo utraty życia osoby pozostającej pod opieką, zarówno poprzez działanie, jak i zaniedbanie ze strony opiekuna, pozbawienie życia jest zbrodnią określoną w art. 148 k.k.).

Artykuł 149 k.k. określa przestępstwo dzieciobójstwa, które w polskim prawie ma status tzw. zabójstwa uprzywielejonanego, które zagrożone jest łagodniejszą karą niż zbrodnia zabójstwa. Artykuł ten odnosi się do sytuacji w której matka dziecka dopuszcza się zbrodni, będąc w okresie porodu/połogu w stanie zakłócenia równowagi psychicznej. Rozróżnia się dzieciobójstw czynne (zadanie dziecku śmiertelnych urazów, uduszenie dziecka) i bierne (np. pozostawienie dziecka bez opieki). Liczba zabójstw dokonywanych przez matki w okresie poporodowym systematycznie spada i rocznie odnotowywanych jest poniżej 30 takich przypadków. Zachowanie tendencji spadkowej jest możliwe dzięki rozszerzaniu wiedzy zarówno wśród profesjonalistów, jak i społeczeństwa na temat okołoporodowych zaburzeń psychicznych.

WYKRES 3. LICZBA WSZCZĘTYCH POSTĘPOWAŃ Z ART. 149 K.K.



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z Ministerstwa Sprawiedliwości.

5. Ochrona zdrowia najmłodszych dzieci

5.1. Szczepienia

Szczepienia są uznawane za najskuteczniejszą metodę zapobiegania i zwalczania chorób zakaźnych. Zakres i kolejność podawania szczepień dziecku jest regulowana 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 według wieku,
- szczepień obowiązkowych osób narażonych w sposób szczególny 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, zaś badanie lekarskie kwalifikujące do szczepienia, podanie szczepionki oraz wydanie zaświadczenia o szczepieniu są dla szczepionego bezpłatne.

Realizacja szczepień obowiązkowych w Polsce jest wysoka, sięgając powyżej 90–95% osób podlegających szczepieniu, a w niektórych województwach dochodząc do wartości bliskich 100%²⁶. Odsetek zaszczepionych dzieci i młodzieży w Polsce należy do jednych z najwyższych w Unii Europejskiej. Wskaźniki te przewyższają średnio o 7% wartości osiągnięte w pozostałych krajach²⁷. Pominięcie szczepień może być przejawem zaniedbań medycznych ze strony rodzica. Należy jednak zwrócić uwagę, że w Polsce od kilku lat zyskuje na popularności ruch tzw. antyszczepionkowców: rodziców, którzy uznają, że szczepienie dzieci może negatywnie wpłynąć na ich zdrowie i rozwój, tak więc wynik braku szczepień dziecka może być wynikiem świadomej decyzji rodzica²⁸.

TABELA 5. REALIZACJA SZCZEPIEŃ OBOWIĄZKOWYCH W LATACH 2000–2009.

Szczepienie	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Błonnica (3. r.ż.)	99,4%	99,4%	99,5%	99,5%	99,6%	99,7%	99,6%	99,7%	99,6%	99,6%
Tęžec (3. r.ż.)	99,4%	99,4%	99,5%	99,5%	99,6%	99,7%	99,6%	99,7%	99,6%	99,6%
Krztusiec (3. r.ż.)	99,2%	99,3%	99,4%	99,4%	99,5%	99,6%	99,6%	99,6%	99,6%	99,7%
Odra (3. r.ż.)	97,4%	97,2%	97,6%	97,5%	97,4%	98,2%	98,2%	98,3%	98,4%	98,3%
Różyczka (14. r.ż.)	99,0%	99,0%	99,1%	99,3%	99,3%	99,2%	99,2%	98,9%	99,1%	98,9%
Różyczka (3. r.ż.)	23,6%	30,6%	35,5%	39,1%	48,5%	90,5%	98,1%	98,3%	98,4%	98,3%
Świnka (3. r.ż.)	23,6%	30,6%	35,5%	39,1%	48,5%	90,5%	98,1%	98,3%	98,4%	98,3%
Poliomyelitis (3. r.ż.)	99,3%	99,4%	99,4%	99,3%	99,5%	95,8%	99,6%	99,7%	99,6%	99,6%
WZW typu B (3. r.ż.)	99,7%	99,8%	99,9%	99,9%	99,9%	99,5%	99,6%	99,9%	99,9%	99,9%
BCG (1. r.ż.)	95,5%	94,9%	95,1%	93,5%	94,1%	94,4%	93,7%	93,3%	93,3%	93,7%
Hib (3. r.ż.)	-	-	-	-	-	-	-	76,5%	94,8%	99,3%

Źródło: Państwowy Instytut Higieny (2010).

5.2. Bilanse zdrowia

Bilanse zdrowia dziecka są badaniami lekarskimi przeprowadzanymi na mocy rozporządzenia Ministra Zdrowia z 21 grudnia 2004 r. w sprawie zakresu świadczeń opieki zdrowotnej, w tym badań przesiewowych oraz okresów, w których te badania są przeprowadzane. Badania te służą systematycznej kontroli stanu zdrowia dziecka oraz jego rozwoju; mają na celu wykrywanie wszelkich nieprawidłowości i zaburzeń zdrowotnych. Pierwszym badaniem bilansowym jest tzw. bilans zerowy przeprowadzany w ciągu 4 dni od urodzenia dziecka (najczęściej w szpitalu w którym dziecko przyszło na świat). Kolejne badania bilansowe zaplanowane są na 2., 4., 6., 10., 14. i 18. rok życia dziecka.

Bilans dwulatka i czterolatka służy wykrywaniu zaburzeń rozwoju fizycznego, oceny rozwoju psychomotorycznego. Badanie może nie tylko wykryć we wczesnym stadium nieprawidłowości rozwoju dziecka, ale może także pomóc rodzicom w odpowiednim dobraniu diety dziecka czy ćwiczeń stymulujących rozwój dziecka. Może być także okazją do rozwiania wątpliwości rodziców dotyczących szybkości rozwoju dziecka. Pracownikom instytucji ochrony zdrowia daje także możliwość oceny kontaktu z dzieckiem i jego rodziną.

Na badanie bilansowe rodzice powinni zostać zaproszeni w czasie wykonywania szczepień obowiązkowych (pomiędzy 16. a 18. miesiącem życia dziecka), jeśli jednak nie dostali takiej informacji, powinni zgłosić się z dzieckiem do lekarza najpóźniej 3 miesiące po ukończeniu przez dziecko 2 lat.

TABELA 6. LICZBA DZIECI OBJĘTYCH BADANIEM BILANSOWYM.

Rok	Przebadane dzieci w wieku 2 lat	Przebadane dzieci w wieku 4 lat
2005	242 618	232 381
2006	247 463	225 595
2007	254 310	223 332
2008	266 248	228 103
2009	271 971	216 776

Źródło: Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia.

5.3. Niepełnosprawność dzieci

Dzieci niepełnosprawne wymagają szczególnej opieki i uwagi, często nie tylko ze strony rodziców, ale także specjalistów. Niepełnosprawność dziecka może być wynikiem wad wrodzonych, urazów, przebytych chorób czy wypadku. Nie wszystkie rodzaje niepełnosprawności diagnozowane są od razu po narodzinach czy w pierwszych miesiącach życia dziecka — czasem niepełnosprawność diagnozuje się w późniejszym okresie. Niepełnosprawność uznawana jest za jeden z czynników ryzyka krzywdzenia dzieci: trudności związane z zaburzonym rozwojem dziecka, brak wiedzy na temat zaburzeń i sposobów opieki nad dzieckiem, które rozwija się w inny sposób niż jego rówieśnicy jest przyczyną dodatkowego stresu rodziców, który może prowadzić do zachowań krzywdzących dziecko. Niepełnosprawność dziecka może także spowodować odrzucenie dziecka (jako niespełniającego oczekiwań rodziców) i w skrajnym przypadku prowadzić do jego porzucenia, oddania pod opiekę instytucji opieki zastępczej. Dodatkowo jako krzywdzące są rozpatrywane zachowania rodziców, którzy nie stosują się do zaleceń lekarzy i nie stymulują odpowiednio rozwoju dziecka, np. poprzez dodatkowe ćwiczenia czy rehabilitację. Wsparcie rodziny w tym okresie jest bardzo istotne — odpowiednia rehabilitacja może np. znacząco usprawnić ruchy dziecka, jej brak może prowadzić do deformacji i niedowładów.

Z danych zebranych w czasie spisu powszechnego wynika, że w 2004 roku wśród 1 794,5 tys. dzieci w wieku 0–4 lata, mieszkających w gospodarstwach domowych 35,8 tys. (2%) stanowiły dzieci niepełnosprawne, z czego 16 tys. (0,9%) posiadało prawne potwierdzenie tego faktu (czyli otrzymały orzeczenie o niepełnosprawności na podstawie badania stanu zdrowia)²⁹.

W grupie wiekowej 0–4 większość dzieci niepełnosprawnych stanowili chłopcy (23,8 tys. do 12 tys. dziewczynek). Niepełnosprawne dzieci w tej grupie wiekowej to w większości mieszkańcy miast (22, 3 tys. do 13,5 tys. dzieci niepełnosprawnych na wsi)³⁰.

TABELA 7. LUDNOŚĆ WEDŁUG WYSTĘPOWANIA NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI (W TYSIĄCACH).

Województwa	Ogółem	Osoby niepełnosprawne			Osoby sprawne
		prawnie i biologicznie	tylko prawnie	tylko biologicznie	
W wieku 0–14 lat	6 377,2	85,0	86,3	37,6	6 162,4
Dolnośląskie	441,8	3,5	7,7	3,5	427,1
Kujawsko–pomorskie	359,6	4,5	7,3	0,7	347,2
Lubelskie	382,3	8,2	2,4	1,8	369,8
Lubuskie	172,0	3,3	3,4	0,7	164,6
Łódzkie	395,5	6,7	5,2	1,8	379,9
Małopolskie	581,8	5,3	6,1	1,9	568,5
Mazowieckie	825,6	8,7	7,4	6,8	802,6
Opolskie	165,1	4,0	2,3	1,3	157,6
Podkarpackie	393,6	8,5	9,7	4,5	370,3
Podlaskie	210,3	3,7	3,2	0,9	202,5
Pomorskie	389,0	8,7	5,0	2,9	372,4
Śląskie	712,7	1,7	4,4	1,8	704,8
Świętokrzyskie	214,6	5,2	4,5	1,7	203,3
Warmińsko–mazurskie	261,3	3,5	9,2	1,5	247,0
Wielkopolskie	590,3	6,2	5,8	4,6	570,2
Zachodniopomorskie	281,9	3,3	2,8	1,1	274,6

Źródło: GUS (2004), *Stan zdrowia ludności Polski w przekroju terytorialnym 2004*, Warszawa.

5.4. 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. r.ż., którego nie wyjaśnia badanie autopsyjne, badanie miejsca śmierci ani analiza wywiadu klinicznego. Jest powodem aż 25% zgonów dzieci w wieku od 1. miesiąca do 1. r.ż. w krajach uprzemysłowionych³¹. Etiologia SIDS nie została do końca poznana. Uznaje się, że jej 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 trymestrze), zaniedbania opieki medycznej w okresie prenatalnym, przedwczesny poród i niską wagę urodzeniową, jak również ekspozycję dziecka na dym papierosowy po urodzeniu i w czasie ciąży, zbyt miękki materac w łóżku dziecka, wyiębienie lub przegrzanie dziecka, jak również spanie z dzieckiem w jednym łóżku³².

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 zapobiegania³³.

5.5. Zespół dziecka potrząsanego

Zespół dziecka potrząsanego (SBS — *Shaken Baby Syndrome*) — jest terminem używanym do opisanie symptomów powstałych w wyniku gwałtownego potrząsania niemowlęciem lub/i uderzania niemowlęcia lub małego dziecka w głowę.

Wielkość szkód w mózgu wywoływanych przez takie zachowanie zależy od intensywności i czasu trwania potrząsania, a także od siły uderzeń. Symptomy wahają się od niewielkich (drażliwość, ospałość, drżenie, wymioty) do bardzo poważnych (napady padaczkowe, śpiączka, stupor, śmierć).

Powyższe zmiany neurologiczne są wynikiem uszkodzeń komórek mózgowych, spowodowanych urazem, niedotlenieniem mózgu lub jego obrzękiem. Często spotyka się również rozległe krwotoki w siatkówce jednego lub obu oczu. Klasycznej triadzie objawów (krwiakowi podtwardówkowemu, obrzękowi mózgu i krwotokowi w siatkówce) w niektórych przypadkach towarzyszą siniaki występujące w tych częściach ciała, za które dziecko było trzymane podczas potrząsania. W wyniku takiej sytuacji mogą mieć miejsce również złamania kości długich lub/i żeber.

W większości przypadków SBS diagnozowany jest u dzieci od 5. do 9. miesiąca życia. Duża podatność mózgu noworodka na urazy wynika z kilku czynników, m.in. z nieproporcjonalnie dużej głowy noworodka, stosunkowo słabych mięśni szyjnych, niezarośniętego ciemiączka, rozległej przestrzeni podpajęczynówkowej oraz dużej zawartości wody w strukturach mózgu.

Powyższe czynniki w sposób szczególny predysponują niemowlęta do poważnych urazów, gdy są chwytane za tułów lub ramiona i potrząsane³⁴.

Według danych NFZ, w 2010 r. z powodu urazów głowy (pourazowe uszkodzenia poza uszkodzeniem mózgu, uraz głowy z urazem mózgu) do szpitala trafiło 1 239 dzieci poniżej 1. r.ż. Istniejące statystyki, zbierane według obowiązującej klasyfikacji ICD-10, zaliczają SBS (jeśli powstał w skutek świadomego działania rodziców) do grupy tzw. zespołów maltretowania dziecka (T74).

5.6. Bezpieczeństwo dzieci

Małe dzieci najwięcej czasu spędzają w domu i to właśnie tam dochodzi do największej liczby wypadków z udziałem dzieci. Dzieci ulegają upadkom, poparzeniom, skaleczeniom, potłuczeniom, złamaniom, przynicieniom, pogryzieniom, uduszeniom lub zadławieniom, a także utonięciom czy podtopieniom.

Według danych Instytutu Matki i Dziecka, corocznie średnio 120 000 dzieci w wyniku urazów i zatruciu wymaga leczenia szpitalnego. Około 70% wypadków dzieci w wieku do 5 lat ma miejsce w domu i w większości wypadki te są do uniknięcia³⁵. W pierwszym roku życia dzieci najczęściej doznają urazów z powodu upadków i oparzeń. Małym dzieciom poruszającym się samodzielnie często zdarzają się przypadkowe zatrucia.

Najczęstszymi wypadkami do jakich dochodzi w domu są oparzenia, głównie gorącymi płynami, na drugim miejscu są poparzenia gorącymi przedmiotami, na kolejnym — substancjami chemicznymi dostępnymi w gospodarstwie domowym. Do jednych z cięższych urazów zaliczane jest porażenie prądem. Przyczyną oparzeń u małych dzieci jest najczęściej brak nadzoru i ryzykowne zachowania lub brak zachowań prewencyjnych ze strony rodziców/opiekunów dziecka (np. brak odpowiednich zabezpieczeń w miejscu, w którym dziecko przebywa).

Dane Narodowego Funduszu Zdrowia pokazują, że w 2009 r. do szpitala z powodu oparzeń lub odmrożeń trafiło 584 do 1. r.ż. oraz 3 585 w wieku 1–6 lat³⁶.

Hospitalizowane upadki dzieci to urazy, które najczęściej obejmują złamanie kończyny, wstrząśnienie mózgu oraz urazy głowy. Często przyczyną tragicznych w skutkach upadków jest wypadnięcie dziecka pozostawionego bez opieki osoby dorosłej z okna lub balkonu. Najczęściej upadki zdarzają się małym dzieciom, a przyczyną jest urządzenie domu nieprzystosowane do rozwoju jego funkcji motorycznych, czy też niezabezpieczenie niebezpiecznych dla dziecka punktów w mieszkaniu (okna, balkonu, schodów).

Zatrucia lokują się wysoko wśród przyczyn hospitalizacji najmłodszych dzieci. Najczęściej dochodzi do przypadkowych zatruc dzieci środkami chemicznymi stosowanymi w gospodarstwie domowym i niezabezpieczonymi odpowiednio przed najmłodszymi dziećmi. [Wskaźnik zgonów dzieci w Polsce z powodu zatruc wynosi 0,37 na 100 000 i należy do jednych z najwyższych w Unii Europejskiej \(20. miejsce w rankingu zgonów\)](#). Zatruciom ulega rocznie około 80 000 dzieci, a 100 z nich rocznie umiera. Najczęstszą przyczyną przypadkowych zatruc są leki (80%) oraz środki chemiczne stosowane w gospodarstwie domowym. [Zatrucia przypadkowe dotyczą najczęściej dzieci w wieku od 1 do 5 lat](#). Odsetek dzieci w stanie ciężkim, według różnych źródeł nie przekracza 15%³⁷.

[Połknięcia](#) przedmiotów zdarzają się przede wszystkim dzieciom do 4. r.ż. i są skutkiem niezamierzonego działania. Najczęściej potykane są monety, jak również małe elementy zabawek czy sprzętów domowych, będących w zasięgu rąk dziecka.

5.7. Wypadki komunikacyjne

Małe dzieci uczestniczące w wypadkach komunikacyjnych to zazwyczaj pasażerowie. Rzadziej dzieci padają ofiarą wypadków jako piesi uczestnicy ruchu drogowego (potrącenie wózka z dzieckiem, wybiegnięcie na ulicę). Regularnie spada liczba dzieci–ofiar śmiertelnych wypadków samochodowych, głównie dzięki zmianom prawa (m.in. wprowadzeniu obowiązku przewożenia dzieci w specjalnych fotelikach), jak i zwiększającej się świadomości rodziców nt. zagrożeń wynikających z niewłaściwego przewożenia małych dzieci samochodem.

[Według danych Policji za rok 2008 wynika, że w wypadkach zginęło 49 dzieci w wieku 0–6 lat, a 1 512 zostało rannych](#)³⁸.

5.6. Zastępczy zespół Munchausena

[Zastępczy zespół Munchausena](#) 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 substancji³⁹.

Obecnie w USA wykrywa się około 1 200 przypadków tego zaburzenia rocznie. Wyniki badań wskazały, że łącznie w Wielkiej Brytanii i Irlandii rejestruje się 2,8 przypadku ofiar zespołu Munchausena 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 \(średnio 3 na 100 tys. dzieci\)](#)⁴⁰.

- 1 *The World Health Report 2006*, Genewa: WHO.
- 2 GUS (2011), *Rocznik statystyczny 2010*, Warszawa: Główny Urząd Statystyczny
- 3 GUS (2010), *Podstawowe dane z zakresu ochrony zdrowia w 2009 r.*, Warszawa: Główny Urząd Statystyczny.
- 4 GUS (2010), *Podstawowe...*, *op. cit.*
- 5 EURO-PERISTAT (2008), *European perinatal health report by the EURO-PERISTAT project with SCPE, EUROCAT, EURONEOSTAT*, www.europeristat.com
- 6 Liczba ta uwzględnia wyłącznie świadczenia przyznawane ze względu na trudną sytuację materialną rodziny, wyłączając jednorazową zapomogę z tytułu urodzenia się dziecka (tzw. becikowe), przyznawaną bez względu na dochody rodziny.
- 7 GUS (2009), *Praca a obowiązki rodzinne*, Warszawa: Główny Urząd Statystyczny;
- 8 GUS (2010), *Pomoc społeczna – infrastruktura, beneficjenci, świadczenia*, Warszawa: Główny Urząd Statystyczny.
- 8 Jarosz E. (2008), *Stan i kierunki badań nad związkami między krzywdzeniem dzieci a niepełnosprawnością*, Dziecko Krzywdzone, nr 1(22), Warszawa: Fundacja Dzieci Niczyje; Wójcik W. (2007), *Wczesna diagnoza i interwencja wobec zachowań świadczących o zaniedbaniu*, Dziecko Krzywdzone, nr 2(19) Warszawa: Fundacja Dzieci Niczyje.
- 9 Wszystkie dane dot. zaniedbań prenatalnych pochodzą z Ministerstwa Zdrowia, w tym przede wszystkim z raportu *Zachowania zdrowotne kobiet w ciąży* (2009) oraz sprawozdań Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Służby Zdrowia.
- 10 Instytut Psychologii Zdrowia Polskiego Towarzystwa Psychologicznego, www.psychologia.edu.pl/slownik/id.alkoholowy-zespol-plodowy/i.html
- 11 PARPA (2008), *Sprawozdania z realizacji ustawy o wychowania w trzeźwości i przeciwdziałaniu w 2007 r.*
- 12 TNS OBOP (2011), *Opinie Polaków na temat spożywania alkoholu przez kobiety w ciąży. Raport z badań.*
- 13 TNS OBOP (2011), *Opinie Polaków...*, *op. cit.*
- 14 *Zachowania zdrowotne kobiet w ciąży. Raport z analizy danych ankietowych pochodzących z badań* (2009), Ministerstwo Zdrowie, Państwowa Inspekcja Sanitarna, Ministerstwo Nauki i Szkolnictwa Wyższego.
- 15 *Zachowania zdrowotne...*, *op. cit.*
- 16 *Zachowania zdrowotne...*, *op. cit.*
- 17 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*, Nowy Jork: Open Society Institute. Public Health Program, s. 233–247.
- 18 *Zachowania zdrowotne...*, *op. cit.*
- 19 *Zachowania zdrowotne...*, *op. cit.*
- 20 *Epidemiologia HIV/AIDS w Polsce i na świecie* (2010), Krajowe Centrum ds. AIDS.
- 21 *Epidemiologia...*, *op. cit.*
- 22 GUS (2010), *Ludność. Stan i struktura w przekroju terytorialnym*, stan w dniu 30 VI 2010 r.
- 23 „Okna życia” są specjalnymi miejscami, gdzie matki mogą anonimowo pozostawić niemowlę, wiedząc, że trafi ono pod opiekę szpitala („okna życia” zazwyczaj są zlokalizowane przy szpitalach). „Oknami życia” opiekuje się Caritas.
- 24 Ładużyński A. (2009), *Społeczne i kulturowe uwarunkowania adopcji w Polsce*, Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls.
- 25 Wójcik M. (1999), *Przyczyny wyrażania zgody na adopcję przez rodziców naturalnych*, Rocznik Pedagogiki Rodziny, r. 2, t. II, s. 157–174.
- 26 *Szczepienia ochronne w Polsce w 2009 (2010)*, Warszawa: Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego, Główny Inspektorat Sanitarny; biuletyn „Szczepienia ochronne w Polsce”, lata 1999–2009, http://www.pzh.gov.pl/oldpage/epimeld/index_p.html
- 27 Światowa Organizacja Zdrowia (WHO), http://apps.who.int/immunization_monitoring/en/globalsummary/countryprofileresult.cfm?C=pol www.szczepienia.pzh.gov.pl
- 28 Ruch „antyszczepionkowców” buduje swoją filozofię działań na podstawie badań zapoczątkowanych przez brytyjskiego lekarza Wakefielda, który wskazywał, że skojarzona szczepionka przeciwko odrze, śwince i różycy (MMR) wpływa na pojawienie się autyzmu u dzieci. Badania te budziły kontrowersje od samego początku publikacji ze względu na metodologię badań (w tym bardzo małą próbę), a w ostatnim czasie zostały podważone, a ich autorowi odebrano prawo do wykonywania zawodu.
- 29 GUS (2006), *Stan Zdrowia Ludności Polski. Informacje i opracowanie statystyczne*.
- 30 GUS (2006), *Stan zdrowia...*, *op. cit.*
- 31 Sadowska–Krawczyńska I. i in. (2008), *Wiedza położnych i pielęgniarek na temat Zespołu Nagłego Zgonu Niemowląt*, raport z badań, www.dobryrodzic.pl
- 32 Narodowy Instytut Zdrowia USA, www.cdc.gov/nchs/
- 33 Sadowska–Krawczyńska I. i in. (2008), *Wiedza położnych...*, *op. cit.*
- 34 The National Center on Shaken Baby Syndrome, www.dontshake.org
- 35 Plan dotyczący środowiska i zdrowia dzieci – CEHAP 2010 Ministerstwo Zdrowia, Ministerstwo Środowiska, WHO-Polska, http://cehap.pl/attachment/CEHAP_4_10_09.pdf
- 36 Narodowy Fundusz Zdrowia, <http://prog.nfz.gov.pl/jgp/>

- 37 Malinowska-Cieślak M. (2007), *Raport na temat Prewencji Urazów i Promocji Bezpieczeństwa Dzieci w Polsce 2007*, Kraków: ECSA i UJ CM.
- 38 *Wypadki drogowe w Polsce w 2009 r.* (2010), Warszawa: Komenda Główna Policji.
- 39 Diagnostic and Statistical Manual – DSM IV [Klasyfikacja DSM-IV], American Psychiatric Association (APA).
- 40 Deniszewska-Urbanowska M., Szal-Karkowska B., Cielecka Kuszyk J. (2006), *Zastępczy Zespół Munchausena*, *Standardy Medyczne*, vol. 2, t. 3, s. 196–199.