



# 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, niedojrzalej 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 zadowolę 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 Ludzku<sup>1</sup>*

## 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
<b>Stan zdrowia płodów, noworodków i dzieci</b>		
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
<b>Stan zdrowia matek</b>		
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
<b>Charakterystyka populacji i czynniki ryzyka</b>		
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
<b>Charakterystyka populacji i czynniki ryzyka</b>		
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

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.<sup>2</sup>

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	16	3,1–10,71	4,9	9	2,6–6,7		
		– od 28. tygodnia ciąży	15	2,0–4,9	3,8		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	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		
		Charakterystyka populacji	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
				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
			C9		Struktura urodzeń według kolejności urodzenia (na 1 000 rodzących matek):	14			10
				– pierwsze		39,4–55,6	51,3		44,5–53,1
– czwarte i dalsze		2,3–13,8	7,2		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 sprawiało mi ból przy próbie wyciskania pokarmu. Zdarzały się położne, co chciały pomóc, ale i tak kończyło się to niczym. Większość jednak była zła, że wołałam pomocy, że sobie nie radzę i zdarzało się, że na mnie krzyczały. Rezultat – wyszłam ze szpitala z silną depresją i malcem nakarmionym sztucznym mlekiem. Miałam pecha – położna laktacyjna była akurat na zwolnieniu.*

*Z Opowieści porodowych  
Fundacji Rodzić po Ludzku*

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

Nie są prowadzone rejestry ww. wskaźników ani badania przekrojowe w tym zakresie. Polska nie włącza się też aktywnie w programy europejskie, których celem jest tworzenie rejestrów porównawczych ważnych wskaźników stanu opieki okołoporodowej<sup>3</sup>. 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 okołoporodowej<sup>4</sup>. Precyzuje ono zasady sprawowania opieki nad kobietą i dzieckiem podczas fizjologicznej ciąży, porodu i połogu.

Impulsem do jego stworzenia były między innymi głosy kobiet domagających się uregulowania zasad tej opieki. Projekt standardu opracowywał zespół specjalistów — lekarzy, położnych, neonatologów, a także przedstawicielek Fundacji Rodzić po Ludzku, reprezentujących kobiety–konsumentki opieki położniczej.

Celem standardu jest poprawa jakości opieki okołoporodowej przez uporządkowanie i ujednoczenie dotychczasowych praktyk, a także wdrożenie nowych procedur, znacznie zmieniających dotychczasowe sposoby działania. Standard powstał w oparciu o zalecenia Światowej Organizacji Zdrowia i wnioski płynące z badań naukowych dotyczących skutecznych działań medycznych w prowadzeniu fizjologicznej ciąży, porodu i połogu, wpisujących się w nurt medycyny opartej na dowodach (*evidence based medicine* — 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, które 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 przypadku prowadzenia ciąży przez położną, konieczne jest odbycie dodatkowych 3 konsultacji u lekarza ginekologa). 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 korzystających z opieki położnej podczas ciąży, lepsze przygotowanie kobiet do porodu, zwiększenie wykrywalności czynników ryzyka porodów przedwczesnych i innych powikłań okołoporodowych. W razie stwierdzenia 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, nieznaną 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. Warszawy<sup>5</sup>). 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 porożenia, 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 porożenia, 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 mrożących 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 szpitali<sup>2</sup>*



## 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. Poczucie 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 — nawałem 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 niezadawalającą, 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](http://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 teratogen<sup>1</sup>, jak alkohol, tytoń czy narkotyk szkodzi dziecku, używa go, gdyż nie potrafi sobie odmówić<sup>2</sup>, 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%)<sup>3</sup>, 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 Obywatelskich<sup>4</sup>. 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 obowiązywać od początku 2012 r.)<sup>5</sup>.

### **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 przyczynkarski 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 zażywała 89,78%), w większości z zalecenia lekarza (bez zalecenia: 27,17%), jednak brak dokładnej informacji, czy stosowały je w okresie ciąży<sup>6</sup>. 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.<sup>7</sup> 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 palą 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 pełnoletniości.

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 niedocenywanie 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 okołoporodowym<sup>8</sup>, co oznacza również konieczność promocji (w ramach edukacji przedporodowej rodziców) rozważnego 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 charakter<sup>9</sup>. 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](http://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 przedkonceptyjnym 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 ciąże pozamaciczne, 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 zaprzestały palenia w czasie ciąży (6%) lub nie paliły przed i w okresie ciąży (5%)<sup>10</sup>.

### **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 ciężarnych<sup>11</sup>. 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%<sup>12</sup>, 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, zaprzestała palenia przed ciążą lub na samym jej początku (62%). Jednocześnie do palenia papierosów w czasie ciąży przyznało się 36% kobiet, które deklarowało, 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 wiejskich<sup>13</sup>. 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 dziecka<sup>14</sup>. 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 społeczna 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% Polaków<sup>15</sup>.

### 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 wydaję 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](http://www.netkobiety.pl)

Powyższe badania wskazują na pozytywny trend zmian opinii społecznej, gdyż nieco wcześniejsze badania (Ipsos na zlecenie Fundacji „Rodzic 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 lekarza<sup>16</sup>.

### **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 drinków<sup>17</sup>.

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 ciąży<sup>18</sup>.

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%)<sup>19</sup>. 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%)<sup>20</sup>.

W porównaniu z innymi krajami, np. z Czechami, nasze statystyki są „pocieszające”. Badania przeprowadzone w Czechach wskazują, że ¾ kobiet w Czechach pije alkohol, 1/3 z nich kontynuuje picie alkoholu podczas pierwszych trzech miesięcy ciąży, a 16% pije nawet do 6 miesiąca<sup>21</sup>. Według statystyk w USA pije 12% ciężarnych, w Szwecji 30%, we Francji 52%, w Australii 59% i aż 60% w Rosji<sup>22</sup>.

Zespół FAS<sup>23</sup> 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 ciąży<sup>24</sup>. 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)<sup>25</sup>. Szacuje się, że negatywne konsekwencje ekspozycji dziecka na alkohol przed urodzeniem mogą występować nawet u 1%<sup>26</sup> 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.)<sup>27</sup>.

## **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 nerwy 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 detoksykacji<sup>28</sup>.

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 zbliżone<sup>29</sup>. 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 narkotykowej<sup>30</sup>. Połowa kobiet (30 respondentek) korzystała w czasie ciąży z różnego rodzaju programów pomocowych — Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej, Domu Samotnej Matki, Centrum Praw Kobiet, 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). Pociuszający 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 Narkomanii<sup>31</sup>, 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](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: MZiOS.
- 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](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/artykul/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](http://www.nursing.com.pl/Aktualnosci_Alkohol_i_cia_810.html)
- 21 [www.ciazabezalkoholu.pl/badania\\_swiatowe.html](http://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](http://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](http://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](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.