

Zaniedbanie – (nie)świadomą formą przemocy wobec dziecka

Violence against children caused by negligence

Lucyna Sochocka¹, Jagoda Komenda-Kołecka²

¹ Zakład Pielęgniarskiej Opieki Specjalistycznej, Instytut Pielęgniarstwa
Państwowa Medyczna Wyższa Szkoła Zawodowa w Opolu
Dyrektor Instytutu Pielęgniarstwa – mgr M. Wojtal

² Meissner&Partnerzy, Opole, K. Meissner

STRESZCZENIE

Zachowaniem przejawianym wobec dziecka, które definiować należy jako zaniedbywanie jest: nieodpowiednia opieka fizyczna i medyczna, krzywdzące traktowanie dziecka, brak edukacji szkolnej, wystawianie dziecka na wpływy niemoralne a nawet kryminalne. Zaniedbywanie to jeden z czterech (obok przemocy fizycznej, psychicznej i seksualnej) wymiarów przemocy wobec dziecka, zarówno w okresie prenatalnym, jak i po jego urodzeniu. Mogą nim być: antyzdrowotne zachowania kobiety ciężarnej, zaniechanie karmienia piersią, czynne i bierne palenie rodziców/opiekunów, nieprawidłowe żywienie dziecka, deprywacja potrzeby miłości i przynależności.

Słowa kluczowe: dziecko, przemoc, zaniedbywanie

SUMMARY

The catalogue of behaviors towards children that shall be defined as negligence consists of: improper physical and medical care, lack of education, harmful treatment of children, exposure of the children to immoral or even criminal impact. Negligence is one of the four (beside physical, psychical and sexual abuse) means of violence against children, displayed both during prenatal development and the period after the birth of the child. It could be defined as: anti-health oriented behaviors of the pregnant women, omission of breastfeeding, active and passive smoking of the parents/legal guardians, improper nutrition of children, deprivation of need for love and belonging.

Key words: children, abuse, negligence

WPROWADZENIE

Życie dziecka zależy od wielu czynników, m.in.: temperamentu, inteligencji, wyglądu, zdrowia, kultury, epoki i także, a może przede wszystkim, od szczęścia. Szczęścia, jakim niewątpliwie jest przyjsięcie na świat w dobrze funkcjonującej rodzinie [1]. Wychowanie w klimacie miłości już od samego momentu poczęcia stwarza optymalne warunki rozwoju. Powszechnie przyjętym jest, iż to rodzina stanowi najistotniejszy czynnik w rozwoju człowieka. Uspołecznia i kształtuje jego postawy, umożliwia zaspokojenie potrzeb dziecka ale też wpływa na ich rozwój. Fakt urodzenia się w określonej rodzinie określa punkt życiowego startu oraz szanse realizacji przyszłych celów. To głównie dzięki rodzicom dokonuje się rozwój dziecka (rozwój funkcji poznaw-

czych, ustalenie obrazu samego siebie, stosunek do grupy rówieśniczej, osiągnięcia szkolne a także w życiu dorosłym). Oddziaływanie rodziców na dzieci odbywa się dwoma torami: jako świadoma praca wychowawcza oraz jako działanie niezamierzone. Niestety, nie każda postawa rodzicielska jest wartościowa i korzystna dla rozwoju dziecka [2]. Nikt z nas nie ma (nie chce mieć) wątpliwości co do faktu, iż dla przykładu zaniedbywanie, którego we współczesnym świecie jesteśmy coraz częściej świadkami, jest właśnie niezamierzonym działaniem wobec dziecka. Łatwiej jest nam przyjąć taką tezę, niż traktować zaniedbywanie jako jeden z czterech (obok przemocy fizycznej, psychicznej i seksualnej) wymiarów przemocy wobec dziecka, zarówno w okresie prenatalnym, jak i po jego urodzeniu.

Zaniedbywanie, które polega głównie na niezaspokajaniu potrzeb dziecka, może być świadome, lub może wynikać z niewiedzy. Zachowaniem przejawianym wobec dziecka, które definiować należy jako zaniedbywanie, jest: nieodpowiednia (czy wręcz jej zupełny brak) opieka fizyczna, brak lub nieodpowiednia opieka medyczna, okrutne i krzywdzące traktowanie dziecka, niewłaściwe nadzorowanie, wykorzystywanie dziecka do zarobków, brak edukacji szkolnej, wystawianie dziecka na wpływy niemoralne i kryminalne [3, 4]. U podstaw tych zachowań leżą często obojętność, brak wiedzy, opieka czy świadome i w zamierzony sposób podejmowane działanie na niekorzyść drugiej osoby, w tym wypadku dziecka. W myśl ogólnie przyjętej zasady, iż nieznanostwo prawa nie zwalnia nas z jego przestrzegania, zaniedbywanie – bez względu na jego źródło – jest formą przemocy wobec dziecka i tak powinno być definiowane, zwłaszcza, że skutki są często tak samo przykre jak pozostałych form przemocy wobec dziecka.

Jak wynika z definicji, zaniedbywanie może przybierać różne formy, będą nim: antydzrowotne zachowania kobiety ciężarnej, zaniechanie karmienia piersią, czynne i bierne palenie rodziców/opiekunów, nieprawidłowe żywienie dziecka [5], deprivacja potrzeby miłości i przynależności; nie mniej na potrzeby niniejszego opracowania zagadnienie zostanie zawężone do kilku z nich: antydzrowotne zachowania kobiety ciężarnej, zaniechanie karmienia piersią, czynne i bierne palenie, deprivacja potrzeby miłości i przynależności.

Z prawnego punktu widzenia warto zwrócić uwagę, iż powyżej wymienione formy zaniedbywania stanowią naruszenie obowiązków rodzicielskich i obwarowane są przewidzianą w przepisach prawnych sankcją. Wychodząc od norm konstytucyjnych, zgodnie z art. 48 § Konstytucji RP rodzice mają prawo do wychowania dzieci zgodnie z własnymi przekonaniem. Wychowanie to powinno uwzględniać stopień dojrzałości dziecka, a także wolność jego sumienia i wyznania oraz jego przekonania. Ograniczenie lub pozbawienie praw rodzicielskich może nastąpić tylko w przypadkach określonych w ustawie i tylko na podstawie prawomocnego orzeczenia sądu. Rozwinięcie tej zasady konstytucyjnej znalazło odzwierciedlenie w przepisach m.in. kodeksu rodzinnego i opiekuńczego (dalej kro). Zgodnie z art. 95 § 1 kro władza rodzicielska obejmuje w szczególności obowiązek i prawo rodziców do wykonywania pieczy nad osobą i majątkiem dziecka oraz do wychowania dziecka, z poszanowaniem jego godności i praw, natomiast § 3 tego samego artykułu stanowi, iż władza rodzicielska powinna być wyko-

nywana tak, jak tego wymaga dobro dziecka i interes społeczny. Zgodnie z art. 96 kro rodzice (...) obowiązani są troszczyć się o fizyczny i duchowy rozwój dziecka i przygotować je należycie do pracy dla dobra społeczeństwa odpowiednio do jego uzdolnień. Powyższe przepisy wskazują na podstawowe uprawnienia i ograniczenia, które rodzice powinni uwzględnić w procesie wychowawczym. Nie ulega wątpliwości, że z powyższych norm wynika podstawowy obowiązek rodziców dbania o dziecko. W razie ewentualnego naruszenia tego obowiązku kodeks rodzinny i opiekuńczy przewiduje sankcje m.in. w postaci podjęcia przez sąd rodzinny niezwłocznych działań mających na celu ochronę dobra dziecka. Zgodnie z art. 109 § 1 i 2 kro jeżeli dobro dziecka jest zagrożone sąd rodzinny może:

1. Zobowiązać rodziców oraz małoletniego do określonego postępowania, w szczególności do pracy z asystentem rodziny, realizowania innych form pracy z rodziną, skierować małoletniego do placówki wsparcia dziennego, określonych w przepisach o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej lub skierować rodziców do placówki albo specjalisty zajmujących się terapią rodzinną, poradnictwem lub świadczących rodzinie inną stosowną pomoc z jednoczesnym wskazaniem sposobu kontroli wykonania wydanych zarządzeń;
2. Określić, jakie czynności nie mogą być przez rodziców dokonywane bez zezwolenia sądu, albo poddać rodziców innym ograniczeniom, jakim podlega opiekun;
3. Poddać wykonywanie władzy rodzicielskiej stałemu nadzorowi kuratora sądowego;
4. Skierować małoletniego do organizacji lub instytucji powołanej do przygotowania zawodowego albo do innej placówki sprawującej częściową pieczę nad dziećmi;
5. Zarządzić umieszczenie małoletniego w rodzinie zastępczej, rodzinnym domu dziecka albo w instytucjonalnej pieczy zastępczej albo powierzyć tymczasowo pełnienie funkcji rodziny zastępczej małżonkom lub osobie, nie spełniającym warunków dotyczących rodzin zastępczych, w zakresie niezbędnych szkoleń, określonych w przepisach o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej.

Postanowieniem z dnia 13 września 2000 r. w sprawie o sygnaturze akt II CKN 1141/00 Sąd Najwyższy wyraził pogląd, iż wynikająca z wyżej powołanego artykułu dyrektywa profilaktycznego działania sądu nakazuje podjęcie ingerencji w sferę władzy rodzicielskiej już w razie zagrożenia dobra dziecka, by zapobiec ujemnym skutkom niewłaściwego lub nieudolnego jej sprawowania.

Nie ulega również wątpliwości, iż w niektórych rażących sytuacjach podjęcie działań profilaktycznych przez sąd nie byłoby wystarczające, stąd też istnieje zdaniem Sądu Najwyższego możliwość pozbawienia rodzica władzy rodzicielskiej nawet bez uprzedniego stosowania wyżej wymienionych środków, o ile sąd orzekający uzna działanie rodzica za realne zagrożenie dla dobra dziecka (postanowienie Sądu Najwyższego – Izba Cywilna z dnia 11 stycznia 2000 r. I CKN 1072/99).

DEPRYWACJA POTRZEBY MIŁOŚCI I PRZYNALEŻNOŚCI

Niczym nie uwarunkowana miłość to stan, który pragnie osiągnąć nie tylko dziecko, ale każda istota ludzka. Pierwsze miesiące i lata życia dziecka to okres, w którym najsilniej odczuwa ono przywiązanie do matki. Zaczyna się ono jeszcze przed urodzeniem się dziecka, kiedy matka i dziecko stanowią jedność i trwa nadal, chociaż dziecko żyje już poza łonem matki. Dziecko nie czuje się samo, póki matka jest przy nim; przed uczuciem samotności chroni je jej fizyczna obecność, jej piersi i skóra. Co więcej nadal całkowicie od niej zależy i potrzebuje jej nie uwarunkowanej miłości i opieki świadczonej zarówno w wymiarze fizycznym jak i psychicznym. Większość dzieci ma to szczęście, że ma matczyną miłość.

Po ukończeniu sześciu lat dziecko zaczyna potrzebować miłości ojca, jego autorytetu. Miłość ojcowska powinna dawać rosnącemu dziecku coraz większe poczucie własnej siły i pozwolić mu, w odpowiednim momencie rządzić się własnym rozumem i obywać się bez autorytetu ojca [6].

Negatywny stosunek matki do rozwijającego się w jej łonie dziecka ma wpływ na przebieg ciąży i porodu oraz rozwój dziecka po urodzeniu. Koreluje z wyższym odsetkiem poronień samoistnych i obumarcia dziecka, częściej też występuje poród przedwczesny, wady wrodzone, zaburzenia ośrodkowego układu nerwowego i pokarmowego. Brak akceptacji rodzicielstwa powoduje uprzedmiotowienie mającego urodzić się dziecka na etapie prenatalnym. Dziecko nie jest traktowane jako istota ludzka, ale traktowane i określane jako „ciąża”, „płód” [7]. Przejawem takiej postawy może być negatywny stosunek do dziecka, nie zwracanie uwagi na potrzeby dziecka sygnalizowane przez jego ruchy, nie reagowanie na odczuwalny dyskomfort dziecka, ignorowanie przez matkę znacznego zmniejszenia lub braku ruchliwości dziecka przez dłuższy czas mogących świadczyć o jego niedotle-

nieniu i zagrożeniu życia, a także narażanie siebie na trudne sytuacje [8].

Istotą bezpiecznego przywiązania, które rokuje najlepiej dla przyszłych relacji interpersonalnych, jest nie tylko obecność rodzica, ale jego zainteresowanie dzieckiem, pozytywne odniesienia i okazywanie uczuć. Badania K. Bartolomew i L. Horowitz potwierdziły związek między miłością doświadczaną w dzieciństwie a okazywaną przez tę osobę w relacjach interpersonalnych i intymnych w dorosłym życiu. Badacze wyróżnili cztery style przywiązania skutkujące różnymi odniesieniami do innych ludzi w przyszłości:

- styl „pewny/ufny” – osoba nie obawia się zażyłości, czuje się dobrze w intymnych relacjach, ale też nie obawia się bycia samemu;
- styl „zaabsorbowany” - osoba ma silną potrzebę bliskości i ciepła, nie czuje się swobodnie będąc samemu;
- styl „lękowy” - osoba unika kontaktów społecznych, obawia się zażyłości, w związku czuje się niepewnie, jest pasywna w relacjach z innymi;
- styl „unikający”- osoba unika zażyłości, niechętnie wchodzi w bliskie relacje, zaprzecza posiadaniu potrzeb afiliacyjnych, jest niezależna [9].

Doświadczenia z dzieciństwa, w którym dominowała frustracja potrzeb emocjonalnych, bo rodzice unikali kontaktu emocjonalnego, a czasem także fizycznego z dzieckiem, mogą przybrać postać choroby sieroczej (pomimo braku pełnego osierocenia), współcześnie określanej mianem „depresji anaklitycznej”, tj. depresji z rozłączenia. Po raz pierwszy opisał ją, w 1946 roku, R. Spitz [10], a w 1980 roku J. Bowlby opisał jej fazy:

1. Nagłe oddzielenie dziecka od „bezpiecznej bazy”, którą jest mama (ale równie dobrze może nią być tata, babcia czy inna osoba, z którą dziecko związane jest emocjonalnie) wywołuje jego gwałtowny protest przeciw tej sytuacji manifestowany płaczem i krzykiem, który ma przywołać mamę; oczekując na spotkanie z nią skupia się na jej poszukiwaniu (wygląda przez okno, patrzy na drzwi), odmawia jedzenia, rezygnuje z zabawy, nie chce odpoczywać (zasypia dopiero ze zmęczenia); jeśli na tym etapie następuje powrót matki sytuacja ta nie wywołuje negatywnych konsekwencji;
2. Rozpacz i zwątpienie – kiedy rozłąka trwa nadal następuje utrata apetytu i brak przybierania na wadze; pojawiają się zaburzenia rytmu snu i czuwania; zabawy dziecka tracą spontaniczność, stają się schematyczne; dziecko postrzegane jest jako apatyczne, wycofane, smutne. Cechą charaktery-

styczną tej fazy jest „wyuczona bezradność” objawiająca się m.in. tym, że dziecko nie sygnalizuje swoich potrzeb, nie zgłasza próśb, nie zwraca się o pomoc nawet w sytuacjach, kiedy czegoś potrzebuje lub odczuwa dyskomfort (głód, zimno, strach). Dziecko wycofuje się z interakcji z otoczeniem, nie podejmuje kontaktu z innymi. W dłuższym okresie czasu sytuacja ta skutkuje opóźnieniem rozwoju psychoruchowego oraz zwiększoną podatnością na choroby wieku dziecięcego;

3. wycofanie w sferze społecznej i psychicznej – konsekwencje depresji ananklitycznej ujawniające się w dorosłym życiu; osoba po takich doświadczeniach z dzieciństwa ma trudności z nawiązywaniem i podtrzymywaniem trwałych i głębokich relacji interpersonalnych, szczególnie intymnych. Prezentuje niski poziom kompetencji społecznych w tej sferze; osoba taka neguje doznawanie i okazywanie pozytywnych uczuć, miłość postrzega jako wyraz naiwności, podkreśla negatywne zjawiska dotyczące relacji międzyludzkich tj.: zdrada, rozwód, nieszczerłość [11].

Zdaniem M. Ainsworth stosunek rodziców (głównie matki) do dziecka ma ogromny wpływ na jego relacje z innymi osobami w przyszłości, w jego dorosłym życiu. I tak:

- adekwatne zaspokajanie potrzeb dziecka, radosne odnoszenie się do niego skutkuje w przyszłości pozytywnym stosunkiem tej osoby do innych ludzi, otwarciem na kontakt, zaufaniem, wysokimi kompetencjami do budowania dojrzałych związków interpersonalnych;
- sprzeczne odniesienia do dziecka, chęć bycia rodzicem i jednocześnie obawa przed tym zadaniem, niepokój w bezpośrednim kontakcie, okazywanie uczuć mieszane z frustracją i lękiem rzutują na postawę w przyszłości – osoba jest nerwowa, chaotyczna i wewnętrznie sprzeczna;
- zaniedbywanie potrzeb emocjonalnych a czasem i fizycznych dziecka, ignorowanie sygnałów płynących od niego, brak ciepłego dotyku i pieszczot, „zadaniowy” kontakt z dzieckiem to przyczyna problemów w relacjach interpersonalnych w przyszłości [12].

ANTYZDROWOTNE ZACHOWANIA KOBIECY CIĘŻARNEJ

Zaniedbanie wobec dziecka może mieć miejsce już w okresie prenatalnym. Przejawiać się ono może nieprawidłowymi zachowaniami kobiety będącej w ciąży,

tj.: brakiem odpowiedniej ilości snu, brakiem dostatecznego odpoczynku w ciągu dnia, brakiem ruchu na świeżym powietrzu, dużym wysiłkiem fizycznym, noszeniem ciężarów, uciskiem na brzuch, uprawianiem ekstremalnych sportów czy wręcz krępowaniem brzucha ciasnym ubraniem w celu ukrycia ciąży. Szczególnie niebezpieczne jest narażenie kobiety ciężarnej na działanie środków chemicznych, promieniowanie jonizujące, pól elektromagnetycznych, wibracji czy hałasu. Czynniki te odpowiadają za znacznie większe uboczne skutki zdrowotne u dziecka niż u matki. Poronienia, porody przedwczesne, hypotrofia płodu, martwe urodzenia, wady wrodzone i zaburzenia rozwoju po urodzeniu a także nowotwory to skutki pośredniego oddziaływania tych czynników na płód [7]. „Wrażliwy płód” (ang. *fragile fetus*) to termin, który wprowadzono aby podkreślić podatność rozwijającego się organizmu na działanie czynników środowiskowych. Wysunięto tezę, iż ekspozycja w okresie płodowym lub wczesnego dzieciństwa na czynniki środowiskowe, zwłaszcza o aktywności hormonalnej, tzw. substancje zaburzające gospodarkę hormonalną – *endocrine disrupting chemicals* (EDCs) ma zasadnicze znaczenie w powstawaniu wielu chorób przewlekłych, w tym: raka jądra, raka prostaty, raka piersi, endometriozy, przedwczesnego dojrzewania płciowego [13]. Ważnym wydaje się też, aby kobieta ciężarna miała świadomość tego, iż wszelkie substancje chemiczne, a szczególnie rozpuszczalniki, lakiery, farby i pestycydy znajdujące się w jej otoczeniu są substancjami toksycznymi dla płodu, które mogą wnikać do organizmu tak przez skórę czy błony śluzowe jak i przez włosy i płytki paznokciowe [14].

Równie niebezpiecznym przejawem zaniedbania w tej materii jest niedożywienie matki. Niedostateczne lub nieprawidłowe odżywianie matki w ciąży zwiększa ryzyko wewnątrzmacicznego zahamowania rozwoju dziecka, hamuje ujawnianie się zaprogramowanych genetycznie potencjalnych możliwości dziecka, wpływa negatywnie na strukturę i funkcjonowanie mózgu oraz na zachodzące w nim procesy biochemiczne i jego bioelektryczną czynność. Noworodki i niemowlęta doświadczające takiej formy zaniedbania mają upośledzone mechanizmy odporności komórkowej i humoralnej przez co częściej chorują i wymagają hospitalizacji.

Przemocą wobec dziecka, występującą pod postacią zaniedbania, jest także stosowanie przez kobietę w ciąży środków psychoaktywnych, narkotyków, środków podnoszących nastroj i rozładujących napięcie nerwowe, alkoholu a także ekspozycja na dym tytoniowy. Skutki tych zachowań są bardzo poważne i rzutują nie tylko na okres rozwoju dziecka, ale na całe jego dorosłe życie.

Narażenie dziecka w życiu płodowym na działanie marihuany wywiera negatywny wpływ na jego rozwój psychiczny; dzieci mają problemy z myśleniem abstrakcyjnym i obrazowym, koncentracją uwagi, impulsywnością i nadmierną aktywnością, mają niższy iloraz inteligencji. Narkotyki zażywane przez ciężarną szybko przechodzą przez barierę łożyskową osiągając wysokie stężenie w organizmie dziecka; są przyczyną wad wrodzonych serca, układu żółciowego, rozszczepów podniebienia; zwiększają ryzyko zaburzeń oddychania, SIDS (ang. *Sudden Infant Death Syndrome*), opóźniają rozwój fizyczny i umysłowy. Zażywanie amfetaminy czy kokainy może prowadzić do wewnątrzmacicznego obumarcia płodu, porodu przedwczesnego czy przedwczesnego odklejanie się łożyska. Dożylnie przyjmowanie narkotyków zwiększa ryzyko zakażenia wirusem HIV, czy też inną infekcją wirusową lub bakteryjną [15].

Zwiększa się liczba badań wskazujących na szkodliwy wpływ alkoholu spożywanego przez kobiety w ciąży na płód. Spożywanie alkoholu w ciąży prowadzi do częstych poronień, zgonów przed urodzeniem lub w okresie okołoporodowym i noworodkowym, przedwczesnych porodów [7].

Ekspozycja płodu na działanie alkoholu może prowadzić do wystąpienia zarówno trudno uchwytnych zmian jak i pełnoobjawowego FAS (*Fetal Alcohol Syndrom*), tj. zespołu chorobowego obejmującego nieprawidłowości neurobehawioralne oraz zmiany w budowie ciała i narządach wewnętrznych, zespołu z którego dziecko nie wyrasta i którego nie da się wyleczyć [16]. Opóźniony rozwój umysłowy, trudności w kontakcie z innymi, agresja, niskie poczucie własnej wartości, brak poczucia bezpieczeństwa, lęk, chwiejność emocjonalna, niechęć do fizycznej bliskości, brak ekspresji uczuć, zaburzenia myślenia abstrakcyjnego to problemy, z którymi musi każdego dnia zmierzyć się dziecko, którego matka będąc w ciąży dopuściła się zaniedbania, tj. przemocy względem niego [17].

CZYNNE I BIERNE PALENIE RODZICÓW/OPIEKUNÓW

Palenie tytoniu przez kobiety jest zjawiskiem powszechnym, co gorsza kontynuowanie palenia w ciąży i narażenie tym samym dziecka na bierne palenie jest nie tylko powszechne ale też społecznie akceptowane. Z badań przeprowadzonych w 2011 roku przez I. Pirogowicz i wsp. wynika, iż 13% kobiet, które brały udział w badaniu paliło papierosy przez cały czas trwania ciąży, a 25% było narażonych na bierne palenie. Nie bez znaczenia pozostaje

również fakt, iż wśród palących przeważały młodsze ciężarne [18]. Palenie tytoniu przez kobiety w ciąży rzutuje nie tylko na ich zdrowie (choroba zakrzepowa, wcześniejsza menopauza, nadciśnienie, osteoporoza, cukrzyca, choroba niedokrwienna serca, zaburzenia krążenia mózgowego, upośledzona zdolność prokreacji, zwiększone ryzyko poronienia) ale także, na zdrowie ich dzieci. Badania przeprowadzone w ostatnich latach wykazały niekorzystny wpływ dymu tytoniowego na stan zdrowia płodu, noworodka, niemowlęcia, a także starszych dzieci. Pojawiające się w okresie młodzieńczym problemy ze zdolnością do reprodukcji również swoje podłoże mają w narażeniu płodu na dym tytoniowy. Potwierdza to analiza danych zebranych w 2010 r. w ramach „Kohorty kobiet w ciąży” przez Polańską i wsp., z których wynika, iż ekspozycja na dym tytoniowy w życiu płodowym negatywnie wpływa na parametry urodzeniowe noworodka. Dzieci matek palących (stężenie kotoniny w ślinie >10 ng/ml) miały masę urodzeniową o 307g niższą w porównaniu z noworodkami matek niepalących i nienarażonych na środowiskowy dym tytoniowy; u dzieci tych odnotowano także mniejszą długość ciała oraz mniejsze obwody głowy i klatki piersiowej [19].

Dziś już wiadomo, iż toksyczny wpływ na płód i stan noworodka po urodzeniu wywiera nie tylko nikotyna i tlenek węgla, ale także kotonina – główny metabolit nikotyny. To ona powoduje zaburzenia krążenia maczyno-łożyskowego, które w efekcie prowadzą do zahamowania wzrastania płodu. Nikotyna natomiast, stymulując wydzielanie noradrenaliny, adrenaliny i acetylocholino przez nadnercza, przyczynia się do zmniejszenia przepływu maczyno-łożyskowego a także wpływa na układ sercowo-naczyniowy płodu. U kobiet palących czynnie i bierne dochodzi do poronień, porodów przedwczesnych, przedwczesnego odklejanie łożyska i krwawień, przedwczesnego pęknięcia błon płodowych, obumarcia wewnątrzmacicznego płodu, zwiększenia śmiertelności noworodków, zwiększa się także ryzyko wystąpienia zespołu nagłego zgonu niemowląt (SIDS, ang. *Sudden Infant Death Syndrome*). Noworodki matek narażonych na czynną jak i bierną ekspozycję na dym tytoniowy wykazują cechy wewnątrzmacicznego zahamowania wzrastania płodu czego powodem jest przewlekłe niedotlenienie płodu wynikające z toksycznego działania CO i nikotyny.

Niemowlęta narażone na dym tytoniowy zarówno w okresie życia płodowego jak i po urodzeniu gorzej przybierają na masie i wolniej rosną, częściej są hospitalizowane, częściej chorują na zapalenie płuc, oskrzeli i ucha środkowego a także choroby

atopowe (atopowe zapalenie skóry, katar alergiczny, obturacyjne zapalenie oskrzeli, astma). Matka, która karmi dziecko piersią, decydując się na palenie tytoniu w tym okresie, naraża go na stymulowanie przez związki i metale zawarte w dymie tytoniowym, które odpowiadają za dłuższe okresy czuwania dziecka, jego niepokój, rozdrażnienie i płaczliwość, wpływając negatywnie na funkcje psychofizyczne niemowlęcia.

Odległe skutki czynnego i biernego palenia prowadzą zarówno do zmian ogólnoustrojowych, o których już wcześniej była mowa, jak i do dalszego przekazywania niewłaściwych wzorców prozdrowotnych [20].

KARMNIENIE PIERSIĄ

Optymalną metodą żywienia noworodków i niemowląt, żeby nie powiedzieć normą, z którą należy porównywać wszystkie inne sposoby żywienia jest karmienie wyłącznie piersią (do 6. m.ż. dziecka). W tym miejscu znów warto pokusić się o odpowiedź na pytanie: „Czy matka, która znając ogrom korzyści wynikających z karmienia piersią, świadomie podejmuje decyzję o innym sposobie żywienia swojego dziecka, nie dopuszcza się wobec niego przemocy, tj. nie zaniedbuje swojego dziecka?”

Już w okresie okołoporodowym kształtuje się wpływ diety na rozwój dziecka. Prawidłowe karmienie piersią zapewnia pełne pokrycie kaloryczne i wodno-elektrolitowe organizmu. Obecność pro- i prebiotyków w mleku matki nie pozostaje bez wpływu na prawidłowe dojrzewanie dziecka. Dzięki nim dochodzi do rozwoju saprofitycznej flory jelitowej, tym samym zachodzi zjawisko prawidłowego kształtowania się jelitowego układu immunologicznego (GALT, ang. *Gut Associated Lymphoid Tissue*). Prawidłowa flora jelitowa wpływa na rozwój i dojrzewanie układu odpornościowego, kontrolując jego funkcje przez całe dorosłe życie [21].

Mleko kobiece będąc immunologicznie czynną substancją, stanowi najskuteczniejszą ochronę przed infekcjami okresu dziecięcego, zapobiega lub minimalizuje przebieg alergii pokarmowej; stanowi także najskuteczniejszą ochronę przed chorobami cywilizacyjnymi w wieku dorosłym, tj.: choroby układu krążenia, cukrzyca typu 2, nadwaga.

Karmienie piersią sprzyja zaspokajaniu nie tylko potrzeb biologicznych, ale także emocjonalnych i społecznych potrzeb dziecka, jak potrzeba bliskości i bezpieczeństwa; kształtuje fundamentalny model przywiązania, od którego zależne jest funkcjonowanie dziecka w społeczeństwie w przyszłości.

Oksytocyna wytwarzana w procesie laktacji wpływa na wzrost empatii, redukuje strach, rozbudza instynkt macierzyński, ułatwia przywiązanie [7].

PODSUMOWANIE

Celem niniejszego opracowania było zwrócenie uwagi na problem zaniedbywania dzieci, jako formy przemocy, z którego przejawami spotykamy się w otaczającej nas rzeczywistości, o których informują media. Nie jest to nowy problem, z doniesieniami na temat ujemnych skutków oddziaływania dymu tytoniowego, alkoholu, czy substancji psychoaktywnych na organizm dziecka, z którym można spotkać się analizując piśmiennictwo sprzed kilkunastu, a nawet kilkudziesięciu lat. Podobnie jest z dowodami na temat korzyści wynikających z karmienia naturalnego. Analiza piśmiennictwa dowodzi, iż rzadko autorzy decydują się nadać tym przejawom znamiona przemocy wobec dziecka.

PIŚMIENICTWO

1. Dzierżanowski J.: Rola komunikacji w wychowaniu dziecka w rodzinie. W: Dziecko i jego środowisko. Prawa dziecka – dziecko krzywdzone. (red) Steciwko A., Pirogowicz I. Wydawnictwo Continuo. Wrocław 2005: 37-45.
2. Słomian B.: Rodzina – środowiskiem pełnego rozwoju dziecka. W: Dziecko i jego środowisko. Prawa dziecka – dziecko krzywdzone. (red) Steciwko A., Pirogowicz I. Wydawnictwo Continuo. Wrocław 2005: 30-36.
3. Wojtal M., Orawczak E.: Problem dziecka maltretowanego w rodzinie. W: Dziecko i jego środowisko. Prawa dziecka – dziecko krzywdzone. (red) Steciwko A., Pirogowicz I. Wydawnictwo Continuo. Wrocław 2005: 12-16.
4. Widziak R., Wojtal M.: Psychologiczne następstwa przemocy wobec dziecka w rodzinie. W: Wybrane aspekty opieki pielęgniarskiej i położniczej w różnych specjalnościach medycyny. T.1. (red) Wojtal M., Żurawicka D. Wydawnictwo Instytut Śląski. Opole 2013: 133-143.
5. Kobak E., Hamankiewicz J., Koźniewska D., Żyła A., Dragunajtyś-Sudoł M., Wieteska – Klimczak A., Książek J.: Skrajne wyniszczenie niemowlęcia jako efekt zaniedbania rodziców. Opis przypadku. *Annals of Diagnostic Paediatric Pathology* 2012, 16 (1-2):49-53.
6. Fromm E.: O sztuce miłości. Dom wydawniczy Rebis. Poznań 2002.
7. Janiuk E.: Problem przemocy w rodzinie w praktyce położnej. W: Wybrane aspekty opieki pielęgniarskiej i położniczej w różnych specjalnościach medycyny. T.1 (red.) Wojtal M., Żurawicka D. Wydawnictwo Instytut Śląski. Opole 2013: 41-52.
8. Landwójtowicz P.: Cierpienie samotnego macierzyństwa. W: Psychologiczny wymiar cierpienia. Teoria i badania. (red) Kalus A., Krok D. Uniwersytet Opolski 2007: 27-38.
9. Horowitz L.M., Bartholomew K.: Attachment Styles Among Young Adults: A Test of a Four – Category Model. *Journal of Personality and Social Psychology* 1991, Vol.61, No2: 226-244.

10. Spitz R.: Anaclitic depression . An inquiry into the genesis of psychiatric conditions in early childhood. *Psychoanal. Study Child* 1946; 2: 313-342.
11. Bowlby J.: Attachment and loss (T. III) London: Hogarth Press and the Institute of Psycho-Analysis; 1980.
12. Ainsworth M., Blehar M., Waters M., Wall S. Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation . Hillsdale, NJ: Erlbaum; 1978.
13. Hanke W.: Wczesne zagrożenia środowiskowe w okresie płodowym a ryzyko wystąpienia zaburzeń w układzie rozrodczym u dzieci i dorosłych. XVIII Międzynarodowa Konferencja Naukowa – Zdrowie dzieci w różnych środowiskach – problemy diagnostyczne, epidemiologiczne, leczenie, profilaktyka, promocja zdrowia. Fundacja na rzecz dzieci zagłębia miedziowego. Legnica 2013: 16-17.
14. Gryboś M.: Profilaktyka hipotrofii płodowej i wcześniactwa jako aktywna forma realizacji praw dziecka. W: Dziecko i jego środowisko. Promocja zdrowia i profilaktyka chorób w pediatrii. (red.) Pirogowicz I., Steciwko A. Wydawnictwo Continuo. Wrocław 2007: 21-26.
15. Łuczak I., Żurawicka D., Zimnowoda M.: Alkohol, nikotyna i narkotyki w ciąży – analiza skutków. W: Pielęgnacyjne i kliniczne aspekty opieki nad chorymi. Wybrane zagadnienia. T.2 (red.) Steciwko A., Wojtal M., Żurawicka D. Wydawnictwo Continuo. Wrocław 2009: 22-28.
16. Liszcz K.: Problemy zdrowia, edukacji, wychowania, resocjalizacji i usamodzielniania dzieci – matek pijących alkohol w ciąży. *Annals of Diagnostic Paediatric Pathology*, 2012, 16 (1-2): 23-26.
17. Sochocka L., Wojtal M., Wróblewska I., Wojtyłko A.: FAS – problem zdrowotny, z którego się nie wyrasta. W: Pielęgnacyjne i kliniczne aspekty opieki nad chorymi. Wybrane zagadnienia. T.4 (red.) Steciwko A., Wojtal M., Żurawicka D. Wydawnictwo Continuo. Wrocław 2011.
18. Pirogowicz I., Patyk M., Popecki P., Markiewicz-Górka I., Gryboś-Jagielska A., Pawlas K.: Narażenie na dym tytoniowy kobiet w ciąży – czynne i bierne palenie. *Człowiek-Zdrowie-Środowisko. Streszczenia prac. X Międzynarodowa Konferencja Naukowa. Szczecin* 2011.
19. Polańska K., Hanke W., Sobala W., Ligocka D.: Ocena wpływu ekspozycji na dym tytoniowy na parametry urodzeniowe noworodka. Jubileuszowa XVII Międzynarodowa Konferencja Naukowa – Zdrowie środowiskowe dzieci z uwzględnieniem czynników żywieniowych, chemicznych i metali toksycznych. Legnica 2011.
20. Pirogowicz I.: Nikotyna a dziecko – czy to tylko bierne palenie tytoniu? W: Dziecko i jego środowisko. Uzależnienia a dzieci i młodzież. (red.) Steciwko A., Pirogowicz I. Continuo. Wrocław 2006: 126-132.
21. Makosiej R.J., Czkwianianc E., Sochocka L.: Wybrane problemy zdrowotne uwarunkowane nieprawidłowym żywieniem dziecka – aspekt kliniczny i pielęgniarstwa. W: Wybrane zagadnienia z pediatrii i pielęgniarstwa pediatricznego. Tom I. (red.) Sochocka L., Wojtyłko A.. Studio IMPRESO. Opole 2012:55-74.

Adres do korespondencji:

*Lucyna Sochocka
ul. Chabrów 30/34, 45-221 Opole
tel: 660207056,
e-mail: l-sochocka@wp.pl*