



„Wychowanie w Rodzinie” t. XXIV (1/2021)

nadesłany: 24.11.2021 r. – przyjęty: 21.12.2021 r.

Hubert TOMKOWIAK*

***ACE study* jako istotny drogowskaz dla kierunku działań edukacyjnych i profilaktycznych w systemie oświaty**

***ACE study* as an important signpost for the direction of educational and preventive activities in the education system**

Abstrakt

Cel. Doniosłość badań *ACE study* ma charakter wielowymiarowy. Po pierwsze, pokazały one niebywale rozpowszechnienie niekorzystnych wydarzeń w dzieciństwie w społeczeństwie amerykańskim. Po drugie, dowiodły, jak poważne konsekwencje zdrowotne, nie tylko natury psychicznej, się z nimi wiąże. Świadomość obu tych faktów powinna mieć znaczący wpływ na funkcjonowanie systemu edukacji, wychowania i profilaktyki. Polska szkoła wydaje się tego nie dostrzegać, choć dysponujemy podobnymi badaniami przeprowadzonymi w naszym kraju, których wyniki są również alarmujące. W artykule dokonano porównawczego zestawienia wyników obu badań celem wykazania konieczności uwzględniania dostarczanych przez nie faktów w konstruowaniu systemu edukacji, zwracając znacznie większą uwagę na kwestie dotyczące wychowania oraz profilaktyki pojmowanej również w kategoriach czysto medycznych.

Metoda. Analiza porównawcza badań amerykańskich i polskich dotyczących krzywdzenia dzieci.

Wnioski. Wyniki badań nie pozostawiają wątpliwości, że profilaktyka ukierunkowana na eliminowanie niekorzystnych wydarzeń w dzieciństwie oraz niwelowanie ich skutków ma,

* e-mail: huberttomkowiak@gmail.com; ht@amu.edu.pl

Wydział Studiów Edukacyjnych, Uniwersytet Adama Mickiewicza, Szamarzewskiego 89, 60-568 Poznań, Polska

Department of Educational Studies, Adam Mickiewicz University in Poznan, Szamarzewskiego 89, 60-568 Poznan, Poland

ORCID: 0000-0002-1461-739X

oprócz pedagogicznego, również czysto medyczny wymiar. Fakt ten należy wykorzystać dla wzmocnienia promocji takich oddziaływań.

Słowa kluczowe: ACE study, niekorzystne doświadczenia w dzieciństwie, dziecko krzywdzone, system edukacji, profilaktyka

Abstract

Aim. The significance of adverse childhood experiences (ACE) study is multidimensional. First of all, they showed the unprecedented prevalence of adverse childhood experiences in American society. Secondly, they proved how serious the health consequences are associated with it, not only of a psychological nature. Awareness of both of these facts should have a significant impact on the functioning of the education, upbringing, and prevention systems. The Polish school does not seem to notice this, although we have similar studies carried out in our country, the results of which are also alarming. The article makes a comparison of the results of both studies in order to demonstrate the need to take into account the facts they provide in the construction of the education system, paying much more attention to issues related to upbringing and prevention, also understood in purely medical terms.

Method. Comparative analysis of American and Polish studies on child abuse.

Results. The results of the research leave no doubt that prevention aimed at eliminating adverse events in childhood and eliminating their effects has, in addition to the pedagogical, also a purely medical dimension. This fact should be used to strengthen the promotion of such impacts.

Keywords: ACE study, adverse childhood experiences, abused child, education system, prevention

Choć w działalności wychowawczej w ramach polskiego systemu oświaty odnotowujemy obecnie znaczące niedomagania, nie zwalnia to nas z obowiązku poszukiwania nowych koncepcji i kierunków oddziaływania, które będzie można zaproponować. Systemowo bliżej nam obecnie do modelu japońskiego niż na przykład fińskiego, gdzie edukacja szkolna jest właściwie pretekstem do realizowania znacznie ważniejszej funkcji, za jaką uważa się tam przygotowanie dzieci i młodzieży do szeroko rozumianego uczestnictwa społecznego i zdrowego, samodzielnego, optymalnego funkcjonowania, utrzymując możliwie najwyższy poziom dobrostanu. Panujący w Polsce system szkolnictwa, promujący przede wszystkim współzawodnicstwo, nie ma właściwie szans na spełnianie takich funkcji. Choć poniższe uwagi nie mają racji bytu w obecnych realiach, należy mieć nadzieję, że w niedalekiej przyszłości zaczną się to zmieniać. Istotną podstawą do takiego optymizmu jest choćby działalność takich instytucji pozarządowych, jak Fundacja Dajemy Dzieciom Siłę (FDDS) z jej ustawiczną działalnością edukacyjną i równoległe prowadzonym oddziaływaniem na rzecz zmian regulacji prawnych dotyczących funkcjonowania dzieci. Być może impulsem do refleksji, a w jej następstwie i zmian, będzie również

doświadczenie pandemii, która z jednej strony nasiliła skalę problemu zaniedbania i przemocy wobec dzieci, z drugiej zaś uwypukliła ogromny deficyt w obszarze systemowej pomocy dzieciom, w tym również pomocy psychiatrycznej. Ciekawym doniesieniem w tym kontekście jest informacja przekazująca, że nawet Zarząd Polskiego Związku Piłki Nożnej, na posiedzeniu 2 września 2021 roku, podjął uchwałę, zgodnie z którą od sezonu 2021/2022 likwiduje się ewidencje wyników i tabel w kategoriach wiekowych G2 (skrzat) – E1 (orlik). W protokołach meczowych i sprawozdaniach sędziowskich nie będą wpisywane wyniki spotkań (PZPN, 2021). A przecież sport nieodzownie kojarzy się z rywalizacją. Jeśli więc nawet działacze sportowi dostrzegają konieczność takich zmian w obszarze wychowania najmłodszych, tym bardziej powinien to dostrzegać system edukacji. Im mniej rywalizacji i nacisku na rankingi, tym więcej przestrzeni na oddziaływanie wychowawcze, profilaktykę i refleksję z tym związaną. Oczywiście mamy stosowne zapisy w wiodącym akcie prawnym. Ustawa *Prawo oświatowe* już w pierwszym artykule stwierdza między innymi:

Art. 1. System oświaty zapewnia w szczególności: [...]

3) wychowanie rozumiane jako wspieranie dziecka w rozwoju ku pełnej dojrzałości w sferze fizycznej, emocjonalnej, duchowej i społecznej, wzmacniane i uzupełniane przez działania z zakresu profilaktyki problemów dzieci i młodzieży (Ustawa z dnia 14 grudnia 2016).

Od 1 września 2017 roku mamy też istotną, bo logiczną, choć w istocie dość kosmetyczną, zmianę – od roku szkolnego 2017/2018 działalność edukacyjną szkoły powinny określać dwa elementy: szkolny zestaw programów nauczania i program wychowawczo-profilaktyczny szkoły. Powinny być one ze sobą spójne i uwzględniać wszystkie wymagania opisane w podstawie programowej Rozporządzenia MEN w sprawie podstawy programowej wychowania przedszkolnego oraz podstawy programowej kształcenia ogólnego dla szkoły podstawowej (2017). Zmiana ta jest na tyle istotna, że program profilaktyczno-wychowawczy zastąpił tworzone wcześniej odrębnie, choć mające się wzajemnie zająć i uzupełniać, programy wychowawczy i profilaktyczny. Było to oczywiście bardzo sztuczne i zbędne rozdzielanie, lecz każdą zmianę, która urealnia działalność szkoły w zapisach regulujących jej funkcjonowanie, należy pochwalić. Kiedy bowiem już same regulacje ustawowe budzą swym brzmieniem niepewność i wprowadzają zamieszanie, tym bardziej nie można oczekiwać, że praktyka będzie przebiegała bez zakłóceń. Od 2017 roku jeden dokument zastępuje zatem dwa, co jest znacznie bliższe praktyce pedagogicznej, w której niejednokrotnie wręcz niemożliwe jest odróżnienie działań tylko i wyłącznie wychowawczych od profilaktycznych, gdyż obszary obu tych oddziaływań mają pewną część wspólną.

Myśląc o wychowaniu czy profilaktyce, często rozpoczynamy od dość prozaicznych uwag, docierając do bardzo wyidealizowanych postulatów. W obszarze wychowania pojawiają się wzniosłe hasła, w obszarze profilaktyki – właściwie prewencja. Pytania, w jakim kierunku zmierzać i na co zwracać szczególną uwagę pozostają jednak otwarte. Art. 26 ustawy *Prawo oświatowe* nakazuje co prawda poprzedzić opracowanie programu profilaktyczno-wychowawczego coroczną diagnozą

w zakresie występujących w środowisku szkolnym potrzeb rozwojowych uczniów, w tym czynników chroniących i czynników ryzyka, ze szczególnym uwzględnieniem zagrożeń związanych z używaniem substancji psychotropowych, środków zastępczych oraz nowych substancji psychoaktywnych (Ustawa z dnia 14 grudnia 2016).

Jest to bardzo racjonalny wymóg, odwołujący się do podstawowego faktu, że każda szkoła, jako niepowtarzalny konglomerat osobowości uczniów i nauczycieli, funkcjonujący w zróżnicowanych środowiskach lokalnych, jest inna. Tym samym inna może być specyfika potrzeb i problemów, które należy podjąć. Są jednak obszary, które, w czynionej już zwyczajowo szkolnej diagnozie, na ogół w oparciu o badania ankietowe, nie mogą zostać rozpoznane. Mamy tu na myśli cały bagaż doświadczeń, z jakimi dziecko przychodzi do szkoły, zarówno tych zebranych w pierwszych sześciu lub siedmiu latach życia przed podjęciem nauki szkolnej, jak i tych codziennych, zbieranych poza szkołą, głównie w środowisku rodzinnym. Co więcej, doświadczenia te mogą mieć krytyczny wpływ na obecne i dalsze życie dziecka. Dowodzą tego przeprowadzone na dużych populacjach ustalenia w ramach ACE study. Wydaje się bowiem, że w tym zakresie możemy jedynie polegać na odrębnych badaniach i dostarczanych przez nich statystykach.

Adverse childhood experiences (ACEs), czyli niekorzystne doświadczenia z dzieciństwa, to potencjalnie traumatyczne wydarzenia, które miały miejsce w dzieciństwie (0–18 lat), na przykład: doświadczanie przemocy, znęcania się lub zaniedbywania, bycie świadkiem przemocy w domu lub społeczności, próba samobójcza lub śmierć samobójcza członka rodziny. Co bardzo istotne, jako elementy ACEs traktuje się również takie cechy otoczenia dziecka, które mogą osłabić jego poczucie bezpieczeństwa, stabilności i więzi, jak dorastanie w rodzinie, w której występują problemy z używaniem substancji psychoaktywnych, problemy ze zdrowiem psychicznym, niestabilność spowodowana separacją rodziców czy pobyt członków rodziny w więzieniu. Powyższe przykłady, choć najbardziej typowe, nie wyczerpują oczywiście listy negatywnych doświadczeń. Istnieje bowiem wiele innych traumatycznych przeżyć, które mogą mieć wpływ na zdrowie i samopoczucie dziecka (Center for Disease Control and Prevention, 2021).

Oryginalne badanie ACE zostało przeprowadzone w Centrum Kontroli Chorób i Profilaktyki Kaiser Permanente San Diego w latach 1995–1997 dwoma falami zbierania danych. Ponad 17 000 członków Health Maintenance Organization z Południowej Kalifornii poddawanych badaniom fizykalnym wypełniło poufne ankiety dotyczące ich doświadczeń z dzieciństwa oraz aktualnego stanu zdrowia i zachowań. Badanie ACE ocenia, retrospektywnie i prospektywnie, długoterminowy wpływ nadużyć i dysfunkcji rodzin pochodzenia w dzieciństwie na następujące aspekty życia osób dorosłych: czynniki ryzyka chorób i częstość występowania chorób, jakość życia, wykorzystanie opieki zdrowotnej i śmiertelność (Felitti i in., 1998, s. 246). Oceny stanu zdrowia obejmowały wypełnienie standardowego kwestionariusza medycznego (dane demograficzne i biopsychospołeczne), przegląd układów narządów, poprzednich diagnoz medycznych i historii medycznej rodziny. Pracownik służby zdrowia uzupełniał historię medyczną, przeprowadzał badanie fizykalne i przeglądał wyniki badań laboratoryjnych z pacjentem. Co ważne, badacze sprawdzili, że respondenci i osoby niebędące respondentami nie różniły się pod względem samooceny zdrowia, palenia tytoniu, nadużywania innych substancji lub obecności powszechnych schorzeń, takich jak zawał serca lub udar mózgu, przewlekła obturacyjna choroba płuc, nadciśnienie lub cukrzyca. Nie różnili się także w odniesieniu do stanu cywilnego lub obecnych problemów rodzinnych, małżeńskich lub związanych z pracą. Jedyna nieznaczna różnica dotyczyła odpowiedzi na pytanie zawarte w kwestionariuszu oceny stanu zdrowia stosowanym w klinice, dotyczące wykorzystywania seksualnego w dzieciństwie, w którym respondenci byli nieco bardziej skłonni do odpowiedzi twierdzącej niż osoby nie będące respondentami (odpowiednio 6,1% do 5,4%). Wszystkie pytania, których użyto w badaniu do określenia niekorzystnych doświadczeń z dzieciństwa, zostały wprowadzone z frazą: *Kiedy dorastałeś w ciągu pierwszych 18 lat życia....* Zagrożenia w dzieciństwie zdefiniowano poprzez wyodrębnienie trzech kategorii przemocy oraz czterech kategorii narażenia na dysfunkcje rodziny. Były to odpowiednio: przemoc psychiczna ze strony rodzica lub innej osoby dorosłej w rodzinie (2 pytania), przemoc fizyczna ze strony rodzica lub innej osoby dorosłej w rodzinie (2 pytania), wykorzystywanie seksualne przez osobę dorosłą lub starszą o minimum 5 lat (4 pytania) oraz, w odniesieniu do dysfunkcji rodziny: mieszkanie z osobą nadużywającą substancji psychoaktywnych (2 pytania), członek rodziny cierpiący na chorobę psychiczną lub posiadający skłonności samobójcze (2 pytania), brutalne traktowanie matki lub macochy (4 pytania) i członek rodziny przebywający w zakładzie karnym (1 pytanie). Respondenci byli definiowani jako narażeni na daną kategorię, jeśli odpowiedzieli *tak* na jedno lub więcej pytań z danej kategorii. Łącznie wyodrębniono więc siedem kategorii, zaś miarą ekspozycji (narażenia na przemoc bądź dysfunkcje rodziny) była suma punktów, która mogła wynosić od 0 do 7.

Uwzględnione w badaniu czynniki ryzyka obejmowały: palenie tytoniu, ciężką otyłość (definiowaną poprzez wskaźnik masy ciała na podstawie zmierzonego wzrostu i wagi $BMI \geq 35$), brak aktywności fizycznej (definiowany jako brak udziału w rekreacyjnej aktywności fizycznej w ciągu ostatniego miesiąca), obniżony nastrój, próby samobójcze, alkoholizm (definiowany jako odpowiedź *tak* na pytanie: *Czy kiedykolwiek uważałeś się za alkoholika?*), nadużywanie narkotyków, nadużywanie narkotyków podawanych dożylnie, dużą liczbę partnerów seksualnych przez całe życie (większą niż 50) oraz historię choroby przenoszonej drogą płciową. Na bazie historii medycznych, które pacjenci dostarczyli w odpowiedzi na kwestionariusz kliniki, uwzględniono stany chorobowe będące głównymi przyczynami śmierci w Stanach Zjednoczonych, czyli: chorobę niedokrwienną serca (w tym zawał serca lub stosowanie nitrogliceryny w przypadku wysiłkowego bólu w klatce piersiowej), każdy rodzaj raka, udar, przewlekłe zapalenie oskrzeli lub rozedmę płuc, cukrzycę, zapalenie wątroby lub żółtaczkę oraz wszelkie złamania szkieletu (jako wskaźnik ryzyka niezamierzonych obrażeń) (Felitti i in., 1998, s. 249). Dla uzupełnienia tych danych zadano również pytanie o własną ocenę swojego stanu zdrowia (*Czy uważasz, że twoje zdrowie fizyczne jest doskonałe, bardzo dobre, dobre, umiarkowanie dobre czy złe?*). Uzasadnia się to tym, że ocena taka jest silnie predykcyjna dla śmiertelności. Badacze powołują się tutaj na badania, w których proporcjonalne analizy zagrożeń wykazały, że niezależnie od związku z diagnozami medycznymi podanymi w badaniu fizycznym, czynnikami demograficznymi i zachowaniami związanymi ze zdrowiem, samoocena zdrowia jest związana ze śmiertelnością w ciągu 12-letniego okresu kontrolnego wśród mężczyzn w średnim wieku (choć nie wśród starszych mężczyzn lub kobiet w każdym wieku) (Idler, Angel, 1990).

Natężenie pozytywnych odpowiedzi na 17 pytań zawartych w 7 kategoriach ekspozycji w dzieciństwie (narażenia na przykre doświadczenia) wahało się od 3% w przypadku matki (lub macochy) respondenta, która była zagrożona lub zraniona, do 23,5% w odniesieniu do zamieszkiwania z osobą pijącą lub alkoholikiem. Najbardziej rozpowszechnioną z 7 kategorii narażenia dzieci było nadużywanie substancji psychoaktywnych w gospodarstwie domowym (25,6%), najmniej zaś – zamieszkiwanie z osobą mającą konflikt z prawem (3,4%). Ponad połowa respondentów (52%) doświadczyła jednej lub więcej kategorii narażenia w dzieciństwie; 6,2% zgłosiło ekspozycje w wysokości 4 lub więcej.

Ciekawe ustalenia dotyczą również relacji między kategoriami ekspozycji na niekorzystne doświadczenia w dzieciństwie. Otóż w przypadku osób zgłaszających jakąkolwiek pojedynczą kategorię narażenia prawdopodobieństwo narażenia na jakąkolwiek dodatkową kategorię wahało się w granicach 65–93%, zaś prawdopodobieństwo dodatkowych ekspozycji (czyli dwóch lub więcej) wahało się od 40–74%. W odniesieniu do cech demograficznych stwierdzono znacznie mniej kategorii eks-

pozycji wśród osób starszych, osób białych lub Azjatów oraz absolwentów szkół wyższych. Najważniejsze ustalenia dotyczą jednak związku ekspozycji w dzieciństwie z czynnikami ryzyka dla zdrowia. Zarówno rozpowszechnienie, jak i ryzyko (skorygowany iloraz szans dla wieku, płci, rasy i wykształcenia) wzrastały w przypadku palenia tytoniu, ciężkiej otyłości, braku aktywności fizycznej, obniżonego nastroju i prób samobójczych wraz ze wzrostem liczby ekspozycji w dzieciństwie. Gdy zaś porównano osoby z 4 kategoriami narażenia z osobami bez żadnej kategorii, iloraz szans wahał się od 1,3 dla braku aktywności fizycznej do 12,2 dla prób samobójczych. Podobnie rozpowszechnienie i ryzyko (skorygowany iloraz szans dla wieku, płci, rasy i wykształcenia) dla alkoholizmu, używania substancji psychoaktywnych, narkotyków podawanych dożylnie, liczby partnerów seksualnych większej niż 50 oraz epizodu choroby przenoszonej drogą płciową wzrastało wraz ze wzrostem liczby ekspozycji w dzieciństwie. Porównując osoby z ekspozycją dziecięcą w wysokości cztery lub więcej z osobami bez ekspozycji, iloraz szans wahał się od 2,5 w przypadku chorób przenoszonych drogą płciową do 7,4 w przypadku alkoholizmu i 10,3 w przypadku dożylnego zażywania narkotyków. Ponadto stwierdzono silny związek między liczbą ekspozycji w dzieciństwie a liczbą czynników ryzyka dla zdrowia stanowiących główne przyczyny zgonów u dorosłych. Wśród osób bez ekspozycji w dzieciństwie 56% nie miało żadnego z 10 czynników ryzyka, podczas gdy tylko 14% osób z kategoriami ekspozycji dziecięcej w wysokości 4 lub więcej kategorii nie miało żadnego z czynników ryzyka dla zdrowia. Tylko 1% osób bez ekspozycji w dzieciństwie na jakiegokolwiek niepożądane zjawiska miało z kolei cztery lub więcej czynników ryzyka, podczas gdy 7% osób z ekspozycją w czasie dzieciństwa na cztery lub więcej kategorii miało cztery lub więcej czynników ryzyka dla zdrowia. Związek między narażeniem w dzieciństwie na niekorzystne doświadczenia a stanami chorobowymi również okazał się być silny. Gdy porównano osoby z czterema lub więcej kategoriami ekspozycji dziecięcej z osobami bez żadnej ekspozycji, iloraz szans na obecność badanych stanów chorobowych wahał się od 1,6 dla cukrzycy do 3,9 dla przewlekłego zapalenia oskrzeli lub rozedmy płuc. Podobnie iloraz szans dla złamań szkieletu, zapalenia wątroby lub żółtaczk oraz złej samooceny zdrowia wynosił odpowiednio 1,6, 2,3 i 2,2. Odnotowano również silny związek typu dawka–odpowiedź między liczbą ekspozycji w dzieciństwie a każdym z 10 czynników ryzyka dla głównych przyczyn śmierci, które badano ($p = 0,001$). Stwierdzono również istotną ($p = 0,05$) zależność dawka–odpowiedź między liczbą ekspozycji u dzieci a następującymi stanami chorobowymi: choroba niedokrwienna serca, rak, przewlekłe zapalenie oskrzeli lub rozedma płuc, zapalenie wątroby lub żółtaczk, złamania szkieletu i słabe samooceny zdrowia. Nie stwierdzono statystycznie istotnej zależności dawka–odpowiedź w udarze mózgu lub cukrzycy.

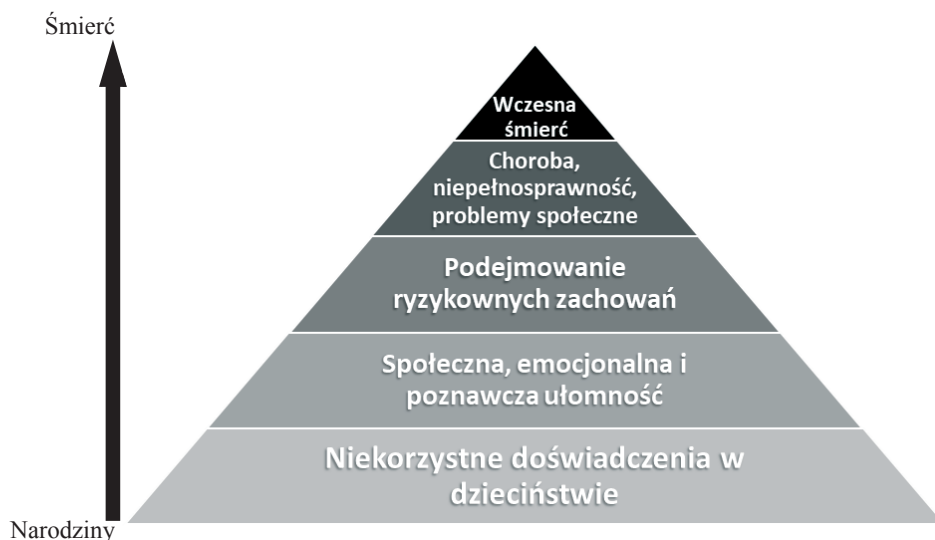
Tak pokrótce przedstawiają się wyniki tych doniosłych w swej skali i metodologii badań. Zasadnicze pytanie badawcze, jakie stawiano, dotyczyło jednak tego, w jaki sposób niekorzystne doświadczenia z dzieciństwa są związane z zachowaniami ryzykownymi dla zdrowia i chorobami dorosłych. Postawiono uprawdopodobnioną hipotezę, że ponieważ mechanizmy łączące te dwa zjawiska wydają się koncentrować na zachowaniach takich, jak palenie tytoniu, nadużywanie alkoholu lub narkotyków, przejadanie się lub zachowania seksualne, to jest możliwe, że mogą to być świadomie lub nieświadomie używane „narzędzia” czy też strategie radzenia sobie w obliczu stresu związanego z nadużyciami, przemocą domową lub innymi formami dysfunkcji rodziny, ponieważ mają natychmiastową korzyść farmakologiczną lub psychologiczną. Można się spodziewać, że wysoki poziom narażenia na niekorzystne doświadczenia z dzieciństwa musi wywoływać u dzieci lęk, gniew i depresję. Skuteczność zachowań takich, jak palenie tytoniu, spożywanie alkoholu lub narkotyków jako „narzędzi” do radzenia sobie z tymi stanami, predysponuje je do tego, by były stosowane przewlekłe. Badacze jako przykładowy dowód na poparcie tej tezy przytaczają badania, które wykazały, że nikotyna jest uznawana za środek mający korzystne działanie psychoaktywne pod względem regulacji afektu, a osoby z depresją są bardziej narażone na palenie. Tak więc osoby narażone na niekorzystne doświadczenia z dzieciństwa mogą czerpać korzyści z używania substancji, takich jak nikotyna, w celu regulacji nastroju. Analiza pozytywnych skutków neuroregulacyjnych zachowań ryzykownych dla zdrowia, takich jak palenie tytoniu, może dostarczyć zatem biobehawioralnego wyjaśnienia dla związku między niekorzystnymi doświadczeniami z dzieciństwa a zachowaniami i chorobami ryzykownymi dla zdrowia u dorosłych. W badaniach ustalono również, że narażenie na większą liczbę kategorii niekorzystnych doświadczeń z dzieciństwa zwiększyło prawdopodobieństwo palenia w wieku 14 lat, przewlekłego palenia w dorosłości i obecności chorób związanych z paleniem. Palenie, które jest medycznie i społecznie eliminowane z przestrzeni publicznej i postrzegane jako „problem”, może z perspektywy użytkownika stanowić skuteczne, natychmiastowe rozwiązanie prowadzące do permanentnego stosowania. Po kilkudziesięcioletnim stosowaniu tego „narzędzia” dającego natychmiastowe rozwiązanie problemu pojawiają się poważne kłopoty zdrowotne, zaś upływ czasu i tendencja do ignorowania problemów psychologicznych w zarządzaniu chorobami organicznymi sprawiają, że pełne zrozumienie pierwotnych przyczyn choroby dorosłych jest niezwykle trudne. W ten sposób niepełne zrozumienie możliwych korzyści płynących z zachowań ryzykownych dla zdrowia prowadzi do postrzegania ich jako irracjonalnych i mających wyłącznie negatywne konsekwencje (Felitti i in., 1998, s. 253-254).

Niekorzystne doświadczenia z dzieciństwa są powszechne i mają silne długoterminowe powiązania z zachowaniami ryzykownymi dla zdrowia dorosłych, stanem zdrowia i chorobami, dlatego potrzebne jest skupienie się na pierwotnych, wtórnych

i trzeciorzędowych strategiach zapobiegawczych. Strategie te, zdaniem badaczy, obejmują trzy obszary:

- zapobieganie występowaniu niekorzystnych doświadczeń z dzieciństwa,
- zapobieganie podejmowaniu zachowań ryzykownych dla zdrowia jako reakcji na niekorzystne doświadczenia w dzieciństwie i okresie dojrzewania,
- pomoc w zmianie zachowań ryzykownych dla zdrowia i zmniejszenia obciążenia chorobą wśród dorosłych, których problemy zdrowotne mogą stanowić długoterminową konsekwencję niekorzystnych doświadczeń z dzieciństwa.

Zależność pomiędzy niekorzystnymi doświadczeniami z dzieciństwa a kłopotami zdrowotnymi, z przedwczesną śmiercią włącznie, prezentuje rysunek 1. Słynna już piramida ACE doczekała się wielu uaktualnień i rozwinięć, tutaj jednak, dla przejrzystości, prezentujemy oryginalną, pierwotną jej wersję, która eksponuje najprościej i najdobitniej ową zależność.

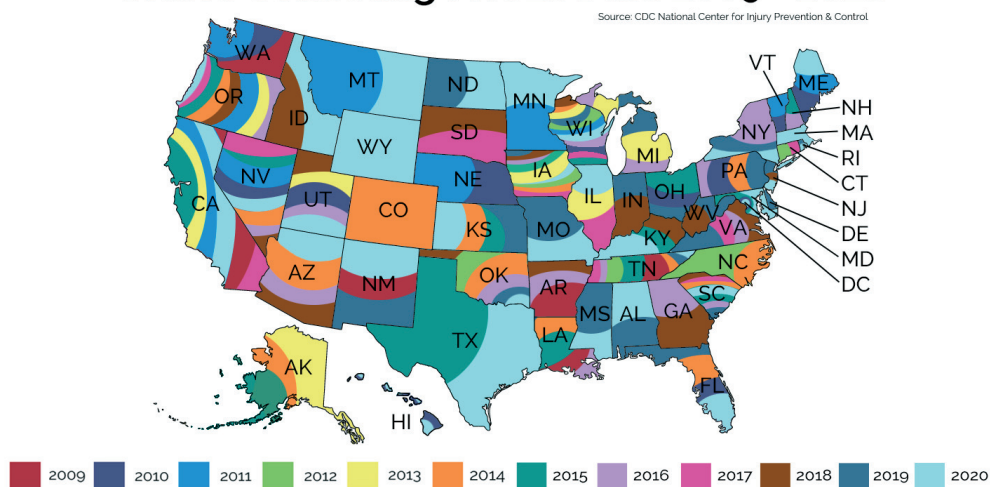


Rysunek 1. Potencjalne wpływy przez cały okres życia niekorzystnych doświadczeń z dzieciństwa. Źródło: Felitti i in., 1998, s. 256.

Doniosłość badań ACE study jest wieloaspektowa. Przede wszystkim badanie te zostały upowszechnione. Wiele stanów USA zbiera informacje o niekorzystnych doświadczeniach w dzieciństwie (ACE) za pośrednictwem Behavioural Risk Factor Surveillance System (BRFSS). BRFSS to coroczna, stanowa ankieta telefoniczna gromadząca dane od dorosłych Amerykanów dotyczące warunków zdrowotnych i czynników ryzyka. Najważniejsze ustalenie było takie, że częstość występowania

niekorzystnych doświadczeń w dzieciństwie (ACE) z danych BRFSS była podobna do oryginalnego badania ACE. Prawie dwie trzecie ankietowanych dorosłych zgłosiło co najmniej jeden epizod ACE, a więcej niż jeden na czterech zgłosił trzy lub więcej ACE. Doświadczenia ACE są podobne we wszystkich populacjach, choć niektóre są oczywiście bardziej podatne na doświadczanie ACE ze względu na warunki społeczne i ekonomiczne. Wyniki badań prowadzonych w tej szerokiej skali potwierdzają też stopniowaną zależność dawka–odpowiedź między ACE a negatywnymi wynikami dotyczącymi zdrowia i samopoczucia. Innymi słowy, wraz ze wzrostem liczby ACE rośnie ryzyko negatywnych skutków zdrowotnych. Od 2009 roku 48 stanów oraz Dystrykt Kolumbii przez co najmniej rok uwzględniały w ankiecie pytania ACE (CDC, 2021). Skalę badań dobrze ilustruje rysunek 2.

States Collecting PACEs Data 2009 - 2020



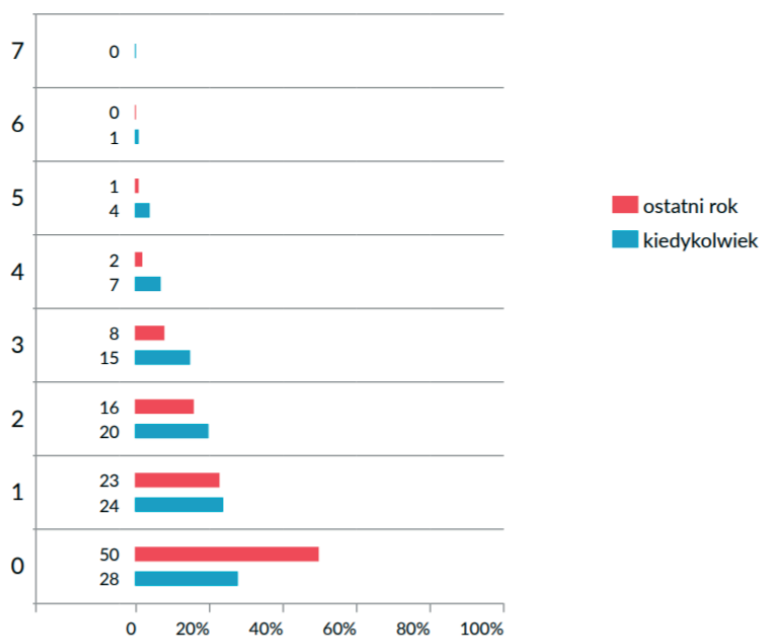
Rysunek 2. Stany USA zbierające dane ACE w BRFSS do 2020 roku. Źródło: Prewitt, 2020.

Wyniki badań ACE prowadzonych na przestrzeni ostatnich 10 lat w 49 okręgach administracyjnych USA, potwierdzające powszechność badanych doświadczeń w dzieciństwie, pozwalają z dużym prawdopodobieństwem przypuszczać, że podobna skala problemu występuje również w Polsce. Na szczęście nie musimy bazować tylko na przypuszczeniach, gdyż bardzo aktywnie działająca na rzecz krzywdzonych dzieci Fundacja Dajemy Dzieciom Siłę przeprowadziła w 2018 roku dość obszerne badania tego typu na ogólnopolskiej reprezentatywnej próbie warstwowo-losowej 1155 nastolatków w wieku 11–17 lat.

W badaniach uwzględniono między innymi siedem obszarów krzywdzenia:

1. Przesłępstwa konwencjonalne: wandalizm, rozbój, napaść przy użyciu niebezpiecznego przedmiotu;
2. Przemoc ze strony bliskich dorosłych: przemoc fizyczna, przemoc psychiczna;
3. Zaniedbanie fizyczne (do 12. r.ż.): brak czystych ubrań, brak opieki podczas choroby;
4. Wiktyinizacja pośrednia, bycie świadkiem przemocy domowej: bycie świadkiem przemocy między rodzicami, bycie świadkiem przemocy wobec rodzeństwa;
5. Przemoc rówieśnicza: przemoc fizyczna, przemoc psychiczna, napaść zbiorowa, znęcanie się, przemoc podczas randki (od 13. r.ż.);
6. Obciążające doświadczenia seksualne (od 13. r.ż.): słowna przemoc seksualna, werbowanie do celów seksualnych w Internecie, ekshibicjonizm;
7. Wykorzystywanie seksualne (od 13. r.ż.): niechciany dotyk ze strony rówieśnika, kontakt seksualny przed 15. r.ż. z osobą dorosłą, niechciany dotyk ze strony znajomego dorosłego, niechciany dotyk ze strony obcego dorosłego, komercyjne wykorzystywanie seksualne (Włodarczyk, Makaruk, Michalski, Sajkowska, 2018, s. 13-14).

Wyniki tych badań są równie alarmujące jak wyniki badań ACE, co ilustruje wykres 1. Pośród badanych kategorii szczególnie niepokojące są wyniki dotyczące przemocy ze strony bliskich dorosłych. Doświadcza jej w ciągu całego życia 41% młodych ludzi, a w ciągu roku poprzedzającego badanie doświadczyło jej 27% badanych. Przemocy fizycznej ze strony bliskich dorosłych doświadczył co trzeci badany (33%), a przemocy psychicznej – co piąty (20%). Wiktyinizacji pośredniej (bycia świadkiem przemocy domowej) doświadczyło z kolei 13% badanych. Co ciekawe, istotnie częściej świadkami przemocy domowej były dziewczęta niż chłopcy (kolejno 17% i 10%) oraz starsze nastolatki niż ich młodszy koledzy i koleżanki (19% i 9%). Zdaniem autorów badania częstsze doświadczenie wiktyinizacji pośredniej przez starsze nastolatki wynika z gromadzenia się doświadczeń wraz z wiekiem. Co piąty nastolatek w wieku 13–17 lat (20%) miał obciążające doświadczenie seksualne, co ósmy (12%) w ciągu roku poprzedzającego badanie. Znów istotnie częściej tego typu doświadczenia miały dziewczęta niż chłopcy (kiedykolwiek: 27% i 12%, w ciągu 12 miesięcy poprzedzających badanie: 16% i 7%) oraz starsze niż młodsze nastolatki (kiedykolwiek: 25% i 13%, w ciągu 12 miesięcy poprzedzających badanie: 15% i 2%) (Włodarczyk, Makaruk, Michalski, Sajkowska, 2018, s. 20, 24, 29).



Wykres 1. Liczba doświadczonych różnych kategorii krzywdzenia w ciągu całego życia i 12 miesięcy poprzedzających badanie, dane procentowe, N = 1155.

Źródło: Włodarczyk, Makaruk, Michalski, Sajkowska, 2018.

Spośród badanych dysfunkcji w rodzinie największą częstotliwość miało nadużywanie alkoholu (15%). Najczęściej osobą nadużywającą alkoholu był ojciec (64%) lub inny, niebędący rodzicem dorosły z rodziny (33%). Po narkotyki sięgali członkowie rodziny 2% badanych. Co piąty badany, którego rodzice się rozstali (19%), deklarował, że jeden z rodziców utrudnia mu kontakt z drugim rodzicem (w całej próbie 3%). Badanych, którzy zamieszkiwali z osobą z depresją lub cierpiącą na inną chorobę, było 9%. Na pytanie o to, czy ktoś z domowników próbował popełnić samobójstwo, twierdząco odpowiedziało 5% badanych (pytanie zadawano od 15. r.ż.) (Włodarczyk, Makaruk, Michalski, Sajkowska, 2018, s. 36). Rozkład dysfunkcji w rodzinie ilustruje wykres 2.

Ten pobieżny przegląd wyników uzyskanych przez Fundację DDS pokazuje, że skala zaniedbań i krzywdy dzieci w naszym kraju nie odbiega od wyników uzyskanych w ACE study. Powstaje pytanie, jak możemy przeciwdziałać tym sytuacjom. Oczywiście możemy czerpać z doświadczeń amerykańskich i realizowanych tam strategii przeciwdziałania ACE, co wydaje się być osobnym, obszernym tematem wymagającym odrębnego opracowania. W podjętych tutaj rozważaniach chcielibyśmy zarysować jedynie pewne możliwości zlokalizowane w systemie oświaty.



□ykras □ Dysfunkcje w rodzinie, dane procentowe, N = 1155.

□r□dłoWłodarczyk, Makaruk, Michalski, Sajkowska, 2018.

Przed wszystkim warto wyjść od spojrzenia na resort oświaty jak na element większej całości. W jednej z propozycji do modelu działań profilaktycznych w Polsce wlicza się sześć resortów: opieki społecznej, edukacji, sprawiedliwości, zdrowia, MSWiA oraz sektor, który dziś najlepiej jest określić jako pozarządowy (Cielecki, 2000). Jak ujmuje autor przedstawionej propozycji, Tadeusz Cielecki: „tak skonstruowany makrosystem przeciwdziałania przestępczości w aspekcie podmiotowym obejmuje systemy resortowe oraz odpowiadające im podsystemy: wojewódzkie, powiatowe, miejskie i gminne oraz lokalne” (Cielecki, 2000, s. 109). Elementy struktury podmiotowej systemu mogą być personalne (np. dyrektor zakładu wychowawczego, pracownik socjalny, pedagog szkolny, policjant) oraz grupowe (np. ministerstwo, departament Spraw Rodzinnych i Nieletnich, komenda powiatowa Policji, zakład wychowawczy, oddział organizacji pozarządowej). To właśnie w coraz lepszym współdziałaniu wszystkich składowych tak widzianego systemu chcemy upatrywać wzrostu skuteczności wygenerowanego przez efekt synergii. Niestety współpraca między instytucjami układa się różnie, a czasami wręcz jej nie ma, o czym zwykle dowiadujemy się w bardzo dramatycznych okolicznościach – gdy dochodzi do tragedii. Retrospektywna analiza takich przypadków zwykle pokazuje znikomą współpracę zaangażowanych w sprawę instytucji, które jednak formalnie wykonały wszystkie spoczywające na nich obowiązki. Symbolem takich wydarzeń w naszym kraju jest sprawa z 2003 roku dotycząca rodziny, która przechowywała zamordowane dzieci w beczkach w swoim mieszkaniu (Mikołajewska, 2018).

W tym kontekście należy przywołać bardzo ciekawą i niezwykle potrzebną inicjatywę FDDS, aby wdrożyć w naszym kraju systemowy obowiązek analizy takich przypadków. Serious Case Reviews (SCR) lub inaczej praktyka ochrony dzieci (obecna nazwa) jest integralną częścią systemu ochrony dzieci w Wielkiej Brytanii. Idea tej strategii opiera się na dążeniu do poprawy ochrony dzieci oraz ich dobra poprzez wspieranie kultury uczenia się wśród praktyków i instytucji o tym, co wymaga zmian i jak to osiągnąć. Jak zauważa Joanna Gorczowska, największym osiągnięciem SCR było rozpoczęcie debaty na temat dobra i bezpieczeństwa dzieci oraz próba określenia progu zagrożenia dla ich bezpieczeństwa, który wymaga ingerencji państwa. Uzyskane z przeprowadzonych analiz wnioski zaowocowały poważnymi reformami systemu opieki nad dziećmi, sprawiającymi, że system brytyjski stał się bardziej skoncentrowany na dzieciach (Gorczowska, 2021).

Wracając do ACE study, zauważmy, że medyczny aspekt tych badań wydaje się niezwykle istotny zarówno z punktu widzenia potencjału budowania „międzyresortowego frontu na rzecz zmian”, jak i z punktu widzenia debaty, którą uzyskane dane powinny wywołać. Stanowi on przecież swoisty imperatyw do dalszych poszukiwań charakteru zależności pomiędzy niekorzystnymi doświadczeniami w dzieciństwie a podejmowaniem rozmaitych ryzykownych zachowań, stanami chorobowymi i przedwczesnym zgonem. Poszukiwania takie oczywiście mają już miejsce. Ponadto warto tu nadmienić, że badania ACE uruchomiły cały paradygmat myślowy. Jako ilustrację przywołajmy tutaj przykładowe badania podejmujące próbę wyjaśnienia związku między niekorzystnymi doświadczeniami z dzieciństwa (ACE) a stawianiem się ofiarą nadużyć seksualnych (*sexual victimization*, SV) w wieku dorosłym (Ports, Ford, Merrick, 2016). Autorzy badań uważają, że zrozumienie tej zależności może dostarczyć ważnych informacji na temat poziomu ryzyka dla dorosłych SV i ponownej wiktyimizacji seksualnej wśród osób, które przeżyły wykorzystywanie seksualne w dzieciństwie (*childhood sexual abuse*, CSA). Analizy wykazały, że wraz ze wzrostem wyniku ACE, wzrasta ryzyko wystąpienia SV w wieku dorosłym. Co niezwykle istotne, każda ze zmiennych ACE była istotnie związana z dorosłym SV, przy czym CSA, co nie jest zaskoczeniem, okazało się być najsilniejszym predyktorem dorosłego SV. Ponadto u osób, które zgłosiły CSA, nastąpił skumulowany wzrost ryzyka SV u dorosłych z każdym dodatkowym doświadczeniem ACE. A zatem niekorzystne doświadczenia w dzieciństwie są czynnikiem ryzyka dla dorosłego SV. W szczególności CSA jest istotnym czynnikiem ryzyka ponownej wiktyimizacji seksualnej w wieku dorosłym, zaś wystąpienie innych, dodatkowych doświadczeń ACE może zwiększać ryzyko SV u dorosłych ponad ryzyko związane z samym CSA. Jak widać, badania bazujące na ACE mogą również dotyczyć zjawisk wychodzących daleko poza kwestie zdrowotne.

Myślenie o systemie profilaktyki w przywołany tutaj sposób, czyli jako o pewnym konglomeracie poszczególnych elementów systemu społecznego, rozmaitych

resortów z ich hierarchicznymi strukturami i innych segmentów, z uwzględnieniem ich specyfiki, jak na przykład sektor organizacji pozarządowych czy instytucje religijne, pociąga za sobą konieczność budowania odpowiedniego paradygmatu takiego systemowego, wieloelementowego, zsynchronizowanego oddziaływania. Ustalenia ACE study wydają się wychodzić naprzeciw takiej potrzebie. Nie musimy się już np. ograniczać w postulatach odnoszących się do działalności profilaktycznej tylko do dobrostanu dzieci i młodzieży jako celu takich działań (choć sam w sobie powinien on być już wystarczająco istotny). Ustalone zależności pozwalają z całą powagą osadzać działalność profilaktyczną również w kontekście *stricte* zdrowotnym (medycznej profilaktyki zdrowotnej), co może stanowić istotny impuls do nawiązania znacznie ściślejszej współpracy między resortem zdrowia i resortem edukacji. Nie chodzi tu oczywiście o to, że dobrostan dzieci i młodzieży jest zbyt blahym celem. Nie od dziś jednak wiadomo, że postulaty pedagogów spotykają się z nikłym odzewem decydentów. Odpowiednie wyeksponowanie kontekstu zdrowotnego może więc wydatnie pomóc w uzyskiwaniu politycznej i społecznej przychylności, co zresztą jest ze sobą powiązane. Dobrym przykładem może być tutaj rosnąca od lat świadomość ekologiczna społeczeństwa i stanowiące jej efekt rozporządzenia i zmiany formalne, jak na przykład powszechny obowiązek segregacji śmieci czy też programy wymiany kotłów grzewczych. Bez sprzyjającego klimatu społecznego takie zmiany nie byłyby możliwe. A ten z kolei wziął się między innymi stąd, że coraz bardziej docierają do społeczeństwa dane dotyczące zdrowotnych konsekwencji zamieszkiwania w kraju o fatalnym stanie powietrza, w którym wielokrotnie przekroczone są, i tak zawyżone, normy jego zanieczyszczenia.

Wykonanie podobnej pracy informacyjno-edukacyjnej w kontekście wyników ACE studies mogłoby zaowocować podobnym nastawieniem obywateli, a w konsekwencji ich przedstawicieli, w obszarze profilaktyki ACE. Taka powszechna zmiana świadomości w dłuższej perspektywie musi się przekładać na większą skłonność decydentów do inwestowania w profilaktykę niekorzystnych doświadczeń w dzieciństwie. Działania takie mogłyby bowiem znacząco zmienić statystyki medyczne. System oświaty jawi się tutaj jako najbardziej predysponowany do tak rozumianego oddziaływania, ukierunkowanego na przeciwdziałanie niekorzystnym doświadczeniom w dzieciństwie, a zatem działania mieszczącego się w nurcie profilaktyki uniwersalnej. Polega ona na wykorzystaniu zarówno strategii edukacyjno-informacyjnych w celu rozwijania świadomości społecznej na temat form krzywdzenia dziecka i jego właściwego traktowania, jak i działań dążących do poprawy ogólnych warunków funkcjonowania dzieci i ich rodzin (Jarosz, 2011). Tak konstruowane działania mogą być ukierunkowane na określone czynniki ryzyka krzywdzenia dziecka celem ich osłabiania lub mogą opierać się na działaniach pozytywnych i przybierać formę promowania pozytywnych interakcji rodzice–dzieci, podnoszeniu kompetencji

wychowawczych rodziców oraz ich wiedzy o dziecku i jego potrzebach, rozwijania wspierających, pozytywnych więzi w otoczeniu rodzin. Jak podkreśla Ewa Jarosz, w odróżnieniu od profilaktyki ukierunkowanej (w domyśle na obszary podwyższonego ryzyka) działania ogólne są minimalnym zagrożeniem dla prywatności rodziny. Zdaniem badaczki uważa się, iż działania profilaktyki uniwersalnej mają na celu przede wszystkim wywołanie takich fundamentalnych zmian w społeczeństwie, które poprawią sytuację dzieci i ich rodzin w „uprzedzający” sposób, zapobiegając występowaniu przemocy lub zaniedbywania dzieci w rodzinach. To ważna uwaga z punktu widzenia potencjału budowania ogólnego konsensusu wokół takich działań, które jako mało inwazyjne nie powinny budzić najmniejszych kontrowersji.

Choć postulat współpracy pomiędzy resortem zdrowia i resortem edukacji w ramach profilaktyki zdrowotnej dzieci i młodzieży, ukierunkowanej na kontekst niekorzystnych doświadczeń w dzieciństwie, może wydawać się nieco futurystyczny czy śmiały, to trzeba wyraźnie podkreślić, że pewne podwaliny pod współpracę obu sektorów na tej płaszczyźnie zostały już położone. Obowiązuje bowiem, uchwalona 12 kwietnia 2019 roku, ustawa o opiece zdrowotnej nad uczniami. Niestety w obecnym brzmieniu nie wspomina się w niej wprost o zdrowiu psychicznym uczniów, zaś słowo *profilaktyka* pada tylko i wyłącznie w kontekście działań pielęgniarki środowiskowej, świadczonych w gabinecie profilaktyki zdrowotnej lub w odniesieniu do profilaktyki próchnicy zębów u uczniów. Trzeba jednak zaznaczyć, że po pierwsze istnieją w niej artykuły, które stwarzają pewne możliwości działania, a po drugie – Instytut Matki i Dziecka pełniący, zgodnie z zapisem w ustawie, zadania w zakresie monitorowania opieki zdrowotnej nad uczniami w publikowanych przez siebie materiałach edukacyjnych prezentuje poszerzone spojrzenie na swoją misję. W art. 17 pkt. 1 ustawy czytamy między innymi:

Współpraca pielęgniarki środowiska nauczania i wychowania albo higienistki szkolnej z rodzicami albo pełnoletnimi uczniami polega na: [...] 3) uczestniczeniu w zebraniach z rodzicami albo zebraniach rady rodziców, w celu omówienia zagadnień z zakresu edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia uczniów (Ustawa z 12 kwietnia 2019 r. o opiece zdrowotnej nad uczniami).

Są zatem ustawowo nadane uprawnienia do prowadzenia działalności edukacyjnej w zakresie edukacji zdrowotnej. Pozostaje otwarte pytanie, w jaki sposób będzie to realizowane oraz jakie treści obejmie. Byłoby wysoce zalecane, aby w ramach takich działań dostarczano rodzicom choćby podstawowych informacji o ustaleniach otrzymanych w badaniach ACE study, a także o statystykach dotyczących krzywdzenia dzieci w naszym kraju. Najdelikatniejszą kwestią, a jednocześnie najważniejszą w tym kontekście, jest uświadamianie rodziców co do form krzywdzenia bądź, mówiąc językiem ACE study, co do tego, jakie zachowania

mogą być źródłem niekorzystnych doświadczeń w życiu dziecka. Wydaje się to sprawą kluczową.

Drugim, napawającym nadzieją na większą koncentrację na prezentowanych tutaj zagadnieniach, elementem systemu jest, jak już wspomniano, sama działalność głównego, obok wojewodów, koordynatora funkcjonowania zapisów ustawy, jakim jest wspomniany Instytut Matki i Dziecka w Warszawie. W ramach swojej działalności Instytut publikuje między innymi wydawnictwa szkoleniowe i edukacyjne, mające na celu ukierunkowanie działań w obszarze opieki zdrowotnej nad uczniami. Jednym z nich jest podręcznik dla pielęgniarek i higienistek szkolnych zatytułowany *Standardy postępowania i metodyka pracy pielęgniarki* (Ostręga, Oblacińska, Korzycka, 2020). Część trzecia tej publikacji zatytułowana jest *Zdrowie psychoemocjonalne i społeczne uczniów* i traktuje właśnie o problemach zdrowia psychicznego, a dokładniej o zaburzeniach psychicznych, zaburzeniach zachowania, samouszkodzeniach, zachowaniach ryzykownych, depresji oraz samobójstwach.

Widać więc, że idziemy w dobrym kierunku i są podstawy do optymizmu. Konieczne jednak jest dalsze zacieśnianie współpracy między resortami edukacji i zdrowia. Działalność edukacyjna w zakresie uświadamiania rodziców co do skali i zakresu konsekwencji niekorzystnych doświadczeń w dzieciństwie nie może być oparta tylko i wyłącznie na szkolnej pielęgniarce. Konieczne jest czynne włączenie do tych działań wszystkich nauczycieli, po uprzednim wyposażeniu ich w odpowiednie zaplecze pomocy dydaktycznych i materiałów. Tutaj również są powody do umiarkowanego optymizmu, gdyż powołano już przeznaczone do tego placówki. Mamy tu na myśli Wydział Wychowania i Profilaktyki funkcjonujący w ramach Ośrodka Rozwoju Edukacji będący publiczną placówką doskonalenia nauczycieli o zasięgu ogólnokrajowym, prowadzoną przez Ministra Edukacji i Nauki.

Ponadto należy pamiętać, że działania edukacyjne nie muszą być prowadzone jedynie w formie spotkań bezpośrednich. Doświadczenie pandemii istotnie przyspieszyło rozwój technologii informacyjnych i komunikacyjnych (TIK), a w art. 19 ustawy o opiece zdrowotnej nad uczniami czytamy, że wzmiankowana współpraca pielęgniarki z rodzicami może się odbywać z wykorzystaniem systemów teleinformatycznych, środków komunikacji elektronicznej lub publicznie dostępnych usług telekomunikacyjnych. Ustawodawca zatem wprost nadmienia o takich możliwościach.

Na koniec dodajmy, że nakłady przeznaczane na politykę zdrowotną w Polsce są niezwykle niskie i jeśli chcemy poważnie myśleć o podnoszeniu szeroko rozumianej jakości życia, musi się to zmienić. W 2016 roku pod względem wydatków na zdrowie w przeliczeniu na jednego mieszkańca Polska zajmowała przedostatnie miejsce, przed Łotwą, wśród wybranych europejskich krajów należących do OECD (Organizacja Współpracy Gospodarczej i Rozwoju ang. *Organisation for Economic Co-operation and Development*). Tę samą pozycję zajmowała w zesta-

wieniu według udziału publicznych wydatków w stosunku do krajowego PKB. W obu zestawieniach średnie dla krajów CEE (kraje środkowoeuropejskie należące do OECD – Czechy, Węgry, Słowacja, Słowenia, Łotwa, Estonia) były wyższe. Jeszcze innym popularnym wskaźnikiem porównującym systemy ochrony zdrowia w różnych krajach jest EuroHealth Consumer Index (EHCI), publikowany przez organizację Health Powerhouse od 2005 roku. Stawia on sobie za cel ocenę przyjazności systemu dla pacjenta. W tym zestawieniu Polska również zajęła 25. miejsce wśród wybranych 30 europejskich krajów, zdobywając 59% możliwych do uzyskania punktów (lider, Holandia, uzyskał 92%, dane za rok 2016). Jak czytamy w raporcie z 2018 roku, Polska najslabiej wypadła w kategorii zakresu świadczeń oferowanych w systemie (50% punktów), a najlepszy wynik osiągnęła, co ciekawe, w kategorii profilaktyki (76% punktów), co należy uznać za bardzo pokrzepiające (Krupa, Krupiarz, Komorowski, Kluszczyński, Klimek, 2018, s. 13-14). Jak zauważają autorzy raportu, chociaż zamożność kraju nie jest jedynym czynnikiem warunkującym jakość opieki zdrowotnej, to jest na pewno czynnikiem najważniejszym i najbardziej ją determinującym. Porównując pozycję Polski w rankingu EHCI z rankingiem krajów pod względem PKB *per capita* otrzymamy dobitne potwierdzenie tej tendencji (24. miejsce w PKB *per capita*, 25. miejsce w EHCI). Widać więc, że nie ma odwrotu od ciągłego zwiększania finansowania ochrony zdrowia, zaś w kontekście nakładów *stricte* na profilaktykę można się zastanowić nad jego strukturą. Według danych Głównego Urzędu Statystycznego (GUS) w 2019 roku w strukturze wydatków ze względu na funkcje wydatki na profilaktykę i zdrowie publiczne obejmowały 2,1% ogółu wydatków (GUS, 2021, s. 3). Zważywszy na potencjalne zyski należałoby rozważyć zwiększenie udziału nakładów na profilaktykę w całkowitym finansowaniu. Postulowana w niniejszych rozważaniach współpraca międzyresortowa w naturalny sposób powinna jednak oznaczać dwa źródła finansowania. Ścisłjsza współpraca powinna z kolei zaowocować większą wydajnością podejmowanych wysiłków.

Każda szkoła, od najmłodszego stażem nauczyciela po dyrektora oraz cały system oświaty, od ministra edukacji poprzez rozmaite agendy, jak na przykład Ośrodek Rozwoju Edukacji, po najmniejszą placówkę, musi promować spójny model rodzicielstwa opatrzoney bardzo konkretnymi wytycznymi. Spójność przekazu jest tutaj niezwykle istotna z powodu siły i wiarygodności, które buduje. Ulegnie on również wzmocnieniu i uwiarygodnieniu, gdy będzie komunikowany z innych instytucji będących składowymi systemu. A więc postulat spójności promowanego modelu rodzicielstwa ma charakter wielowymiarowy. Chodzi tu zarówno o spójność wewnątrz indywidualnej placówki, jak i w obrębie całego systemu edukacji, a wreszcie w najszerszym wymiarze powinna ona się odnosić do całego systemu profilaktyki, a więc mieć wiele źródeł w różnych resortach.

W podjętych tutaj rozważaniach starano się zarysować zaledwie jeden z takich ewentualnych „sojuszy”, posiadający jednak ogromny potencjał. Ustalenia ACE study dotyczą bowiem w oczywisty sposób zarówno systemu edukacji i wychowania, jak i systemu opieki zdrowotnej. Połączenie sił tych dwóch kluczowych dla poczucia dobrostanu wielu Polaków resortów na rzecz modyfikowania świadomości społecznej w obszarze rodzicielstwa i rozmaitych jego aspektów może stanowić asumpt do realnej przebudowy bądź realnego rozwoju systemu profilaktyki w Polsce, zaś edukowani z różnych źródeł rodzice mogliby mieć ułatwione zadanie, poszukując odpowiedzi na pytanie: jakim rodzicem powinienem/chcę być? Krzywdzenie dzieci wynika bowiem czasem tylko i wyłącznie ze zbyt ograniczonej wiedzy i braku świadomości konsekwencji własnego postępowania. W świetle wyników badań ACE należy wręcz żądać takiej ścisłej kooperacji obu resortów.

Bibliografia

- Center for Disease Control and Prevention (2021). *What are adverse childhood experiences?* Pobrane z: <https://www.cdc.gov/violenceprevention/aces/fastfact.html>.
- Cielecki, T. (2000), Koordynacja systemu przeciwdziałania patologii społecznej. W: J. Czapska, J. Widacki (red.), *Bezpieczeństwo lokalne: Społeczny kontekst prewencji kryminalnej* (ss. 109-115). Warszawa: Instytut Spraw Publicznych.
- Felitti, V.J., Anda, R.F., Nordenberg, D., Williamson, D.F., Spitz, A.M., Edwards, i in. (1998). Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults. *American Journal of Preventive Medicine*, 14 (4), 245-258. DOI: 10.1016/S0749-3797(98)00017-8.
- Gorcowska, J. (2021). Znaczenie mechanizmu Serious Case Reviews dla systemowej ochrony dzieci przed krzywdzeniem: Jak jego wprowadzenie może wspomóc budowanie w Polsce szerokiego systemu ochrony dzieci? *Dziecko Krzywdzone: Teoria, Badania, Praktyka*, 20 (3), 145-159.
- GUS (2021). *Wydatki na ochronę zdrowia w latach 2018–2020*. Warszawa: GUS. Pobrane z: <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/zdrowie/zdrowie/wydatki-na-ochrone-zdrowia-w-latach-2018-2020,27,1.html>.
- Idler, E.L., Angel, R.J. (1990). Self-rated health and mortality in the NHANES-I epidemiologic follow-up study. *American Journal Of Public Health*, 80 (4), 446-452. DOI: 10.2105/ajph.80.4.446.
- Jarosz, E. (2011). Profilaktyka krzywdzenia dzieci. *Dziecko Krzywdzone: Teoria, Badania, Praktyka*, 10 (1), 7-26.
- Krupa, D., Krupiarz, M., Komorowski, S., Kluszczyński, T., Klimek, M. (2018). *Finansowanie ochrony zdrowia w kontekście efektów społeczno-gospodarczych*. Warszawa: IQVIA. Pobrane z: https://www.infarma.pl/assets/files/raporty/Raport_Finansowanie_Ochrony_Zdrowia_v.5.0_19.09.2018.pdf.
- Mikołajewska, B. (2018). Tacy zwyczajni ludzie. *Polityka*. Pobrane z: <https://www.polityka.pl/tygodnikpolityka/klasykipolityki/1757088,1,tacy-zwyczajni-ludzie.read>.
- Ostręga, W., Oblacińska, A., Korzycka, M. (red.) (2020). *Podręcznik dla pielęgniarek i higienistek szkolnych: Standardy postępowania i metodyka pracy pielęgniarki szkolnej*. Warszawa: Instytut Matki i Dziecka.

- Ports, K.A., Ford, D.C., Merrick, M.T. (2016). Adverse childhood experiences and sexual victimization in adulthood. *Child Abuse & Neglect*, 51, 313-322. DOI: 10.1016/j.chiabu.2015.08.017.
- Prewitt, E. (2020). *States collecting ACE data in the BRFSS through 2020*. Pobrane z: <https://www.pacesconnection.com/g/state-aces-action-group/blog/behavioral-risk-factor-surveillance-system-brfss>.
- PZPN. (2021). Rozgrywki dziecięce bez wyników i tabel. Pobrane z: <https://pzpn.pl/federacja/aktualnosci/2021-09-02/rozgrywki-dzieciece-bez-wynikow-i-tabel>.
- Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 14 lutego 2017 r. w sprawie podstawy programowej wychowania przedszkolnego oraz podstawy programowej kształcenia ogólnego dla szkoły podstawowej, w tym dla uczniów z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu umiarkowanym lub znacznym, kształcenia ogólnego dla branżowej szkoły I stopnia, kształcenia ogólnego dla szkoły specjalnej przysposabiającej do pracy oraz kształcenia ogólnego dla szkoły policealnej (2017). Dz.U. 2017 poz. 356. Pobrane z: <http://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=wdu20170000356>.
- Ustawa z dnia 14 grudnia 2016 r. *Prawo oświatowe* (2016). Dz.U. 2021 poz. 1082. Pobrane z: <http://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU20210001082>.
- Ustawa z dnia 12 kwietnia 2019 r. *o opiece zdrowotnej nad uczniami* (2019). Dz. U. 2019 poz. 1078. Pobrane z: <http://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/download.xsp/WDU20190001078/T/D20191078L.pdf>
- Włodarczyk, J., Makaruk, K., Michalski, P., Sajkowska, M. (2018). *Ogólnopolska diagnoza skali i uwarunkowań krzywdzenia dzieci: Raport z badań*. Warszawa: Fundacja Dajemy Dzieciom Siłę. Pobrane z: <https://fdds.pl/co-robimy/raporty-z-badan/2018/ogolnopolska-diagnoza-skali-i-uwarunkowan-krzywdzenia-dzieci-2018.html>.