Niedobory wzrostu wynikające z deprywacji emocjonalnej u podopiecznych domów dziecka

Height deficiencies resulting from emotional deprivation at children residing in orphanages

Dorota Mocarska, Renata Wójcik, Andrzej Kędzia

Katedra Auksologii Klinicznej i Pielęgniarstwa Pediatricznego, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu

Department of Clinical Auxology and Pediatrics Nursing, Faculty of Health Sciences, Poznan University of Sciences, Poland Medical

Słowa kluczowe

wzrost, dzieci, domy dziecka, Polska

Key words

growth, children, orphanages, Poland

Streszczenie

Wstęp. Instytucją społecznie niezbędną w systemie opieki całkowitej nad dziećmi są państwowe domy dziecka. Kierowane są do nich dzieci w znacznym stopniu zaniedbane, odbiegające od normy rozwoju psychofizycznego, przejawiające zaburzenia osobowości, nieprzystosowanie społeczne. **Celem pracy** była ocena rozwoju somatycznego dzieci przebywających w polskich domach dziecka. **Materiał/metody.** Badaną grupę stanowiły dzieci mieszkające w trzech domach dziecka w Poznaniu. Badaniami objęto 60 dzieci (26 dziewczynek i 34 chłopców). Wykorzystano metodę pomiarów antropometrycznych (wzrostu i masy ciała) oraz analizę dokumentacji medycznej badanych dzieci. Uzyskane wyniki zostały porównane z siatkami centylowymi i ustalono centyle dla masy ciała i wzrostu z wykorzystaniem Siatek Centylowych Instytutu Matki i Dziecka z Warszawy, 2001. **Wyniki.** Biorąc pod uwagę płeć badanych dzieci, znaczny niedobór masy ciała obserwuje się tylko u chłopców (N-7, 20,59%). Niedobór masy ciała dotyczy również dziewczynek w przedziale 3–10 centyli (N-6, 23,08%). Ogółem niedowaga wystąpiła u 13 dzieci, co stanowi 21,7%. W przypadku jednej wychowanki badanych domów dziecka zdiagnozowano otyłość prostą, co znalazło odzwierciedlenie w wynikach badań (powyżej 97 centyla). Niedobór wysokości ciała poniżej 3 centyla wystąpił u jednej dziewczynki (3,85%) i 4 chłopców (11,76%). Ponadto w przedziale 3–10 mieściło się 6 dziewczynek (23,08%) i 6 chłopców (17,65%). Ogółem niedobór wzrostu zaobserwowano

Abstract

Introduction. Socially necessary institution in the total care of the children are state orphanages. To orphanage are transferred many children greatly neglected, with abnormal mental and physical development manifesting personality disorders and social maladjustment. **Purpose.** The aim of this paper was to assess the somatic development of children residing in Polish orphanages. **Materials/methods.** The study was carried out in three orphanages in Poznan, Poland. A total of 60 (26 girls and 34 boys) were examined. The methods of anthropometric measurements (height and weight) and retrospective chart review of children were used. Results were compared with normal regional longitudinal standards of reference (Percentile chart of body height and weight). **Results.** Taking into account gender of the examined children, severe shortage of body weight was observed only in boys (N-7, 20,59%). Underweight girls also applies in the range of 3–10 percentiles (6 – 23,08%). Overall an underweight occurred in 13 children – 21,7%. In the case of one girl obesity was diagnosed, as reflected in the survey results (above 97 percentile). Shortage of body weight below 3rd percentile occurred in 1 girl (3,85%) and 4 boys (11,76%). Moreover in the range of 3–10 percentile were located 6 girls (23,08%) and 6 boys (17,65%). Overall growth deficiency was observed in 7 girls (26,92%) and 10 boys (29,41%) for a total of 17 children (28,3%). **Conclusions.** Institutionalized children's somatic development assessment showed significant height and weight deficiencies in

u 7 dziewczynek (26,92%) i 10 chłopców (29,41%).
Wnioski. Ocena rozwoju fizycznego dzieci z domu dziecka wykazała znaczny niedobór wzrostu i masy ciała w stosunku do populacji polskich dzieci. Opóźnienie tempa wzrostu może wynikać z pozbawienia dzieci opieki rodzicielskiej i warunków społecznych, w których dziecko funkcjonowało przed pobytem w domu dziecka.

Endokrynol. Ped. 2016.15.2.55.27-32.

© Copyright by PTEiDD 2016

Wstęp

Dziecko jako bezbronna istota, która potrzebuje pomocnej ręki i bezpieczeństwa szczególnie w pierwszych okresach swojego życia, nie jest w stanie wpłynąć na swój los. Wszystko zależy od nas, dorosłych, którzy mamy obowiązek dbać o jego prawidłowy rozwój fizyczny i psychiczny.

Instytucją społecznie niezbędną w systemie opieki całkowitej nad dziećmi są państwowe domy dziecka. Pod koniec 2011 roku funkcjonowało w Polsce 307 domów dziecka, w których przebywało 9 tys. dzieci [1]. Wychowywane są w nich te dzieci i młodzież pozbawione opieki rodziny własnej, które to z najróżniejszych względów nie mogą być objęte preferowanymi formami opieki w rodzinie obcej, zastępczej, opiekuńczej, adopcyjnej, a także w rodzinnym domu dziecka. Do domów dziecka kierowanych jest wiele dzieci w znacznym stopniu zaniedbanych, odbiegających od normy rozwoju psychofizycznego, przejawiających zaburzenia osobowości, nieprzystosowanie społeczne.

Biorąc pod uwagę pogląd, że nawet najlepiej zorganizowany dom dziecka nie jest w stanie zastąpić rodziny ani też zrekomensować jej braku, można określić sytuację życiową wychowanków domu dziecka jako mniej korzystną od sytuacji dziecka wychowującego się we własnej rodzinie. Dzieci pozbawione opieki rodzicielskiej, zwłaszcza ze strony matki, wykazują szereg specyficznych cech w rozwoju fizycznym, wyglądzie, zachowaniu, postawie, osiągniętych wynikach w nauce.

Syndrom niskiego wzrostu u dzieci w stanach deprywacji emocjonalnej ma kilka podtypów, chociaż wszystkie charakteryzują dwie cechy: niewyjaśnione innymi przyczynami opóźnienie rozwoju występujące w związku ze społecznie stresującymi warunkami i znaczne przyspieszenie rozwoju dziecka, kiedy warunki środowiskowe pod względem opiekuńczości poprawiają się [2].

relation to the total population of Polish children. Somatic growth retardation may result from deprivation of parental care of the child and the social conditions in which the child resided before the stay in an orphanage.

Pediatr. Endocrinol. 2016.15.2.55.27-32.

© Copyright by PTEiDD 2016

Materiał i metody

Celem pracy była ocena rozwoju somatycznego dzieci przebywających w polskich domach dziecka. Badanie zostało przeprowadzone w okresie od marca do sierpnia 2014 roku. Badaną grupę stanowiły dzieci mieszkające w trzy domach dziecka w Poznaniu. Badaniami objęto 60 dzieci (26 dziewczynek – 43,3% i 34 chłopców – 56,7%) w wieku od 1,5 roku do 18 lat. Kryterium doboru do badań był pobyt minimum roczny w domu dziecka.

Po zatwierdzeniu projektu badań przez Komisję Bioetyczną przy Uniwersytecie Medycznym im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu pisemną zgodę na badania uzyskano od dyrektorów placówek. Masę ciała oraz wzrost (w pozycji leżącej u dzieci poniżej 24 miesięcy oraz w pozycji stojącej u starszych) uzyskano przy użyciu wagi (podziałka 200 g), stadiometru (podziałka 1 mm) oraz przenośnej maty pomiarowej dla niemowląt i małych dzieci (podziałka 5 mm) produkcji Seca. Pomiary dokonywane były zawsze przez tę samą osobę w godzinach porannych między 10.00 a 11.00. Badania wykonano według przyjętych zasad badań auksologicznych [3].

Aby uzyskać możliwość obiektywnego porównania dzieci w różnym wieku, masa ciała i wzrost zostały zestawione z siatkami centylowymi i ustalono centyle dla masy ciała i wzrostu z wykorzystaniem Siatek Centylowych Instytutu Matki i Dziecka z Warszawy, 2001. Niedobór masy ciała i wzrostu określono na poziomie ≤ -2 SD, tj. poniżej szerokiej normy (poniżej 10 centyla).

Z dokumentacji medycznej dzieci uzyskano dane dotyczące urodzeniowej masy i długości ciała oraz obecności współistniejących chorób przewlekłych.

Wykorzystano metody statystyki opisowej w zakresie obliczenia wartości średnich i odchylenia standardowego z użyciem programu Statistica 10.0.

Wyniki

W badaniach uczestniczyło 60 dzieci, w tym 26 (43,3%) dziewczynek i 34 (56,7%) chłopców w wieku od 1,5 do 18 roku życia. Średni wiek badanych wynosił $11,3 \pm 5,14$ lat. Masa urodzeniowa ciała była równa średnio $3066,83 \pm 582,16$ g, natomiast długość urodzeniowa $51,7 \pm 4,01$ cm. Dokumentacja medyczna dotycząca porodu dzieci wykazała, iż dwoje z nich urodziło się z hiotrofią wewnątrzmaciczną, a jedno w zamartwicy.

Dokonano oceny centylowej masy i wysokości ciała, które przedstawiono w tabelach I i II oraz na rycinach 1–4.

Biorąc pod uwagę płeć badanych dzieci, znaczny niedobór masy ciała obserwowano tylko u chłopców (N-7, 20,59%). Niedobór masy ciała dotyczył również dziewczynek w przedziale 3–10 centyli (N-6, 23,08%). Ogółem niedowaga wystąpiła u 13 dzieci, co stanowiło 21,7%. W przypadku jednej wychowanki badanych domów dziecka

zdiagnozowano otyłość prostą, co znalazło odzwierciedlenie w wynikach badań (powyżej 97 centyla).

Niedobór wysokości ciała poniżej 3 centyla wystąpił u jednej dziewczynki (3,85%) i 4 chłopców (11,76%). W przedziale 3–10 mieściło się 6 dziewczynek (23,08%) i 6 chłopców (17,65%). Ogółem niedobór wzrostu zaobserwowano u 7 dziewczynek (26,92%) i 10 chłopców (29,41%). Niedobór masy i wysokości ciała przedstawiają ryciny 5 i 6.

Na podstawie analizy dokumentacji medycznej ustalono, iż u trojga dzieci była zdiagnozowana niskorosłość. Biorąc pod uwagę wartości pomiarów wysokości ciała, wskazane byłoby objęcie szerszą diagnostyką auksologiczną pozostałe dwie osoby, u których wykazano znaczny niedobór wzrostu.

Analiza dokumentacji medycznej wykazała również występowanie u 21(35%) dzieci innych chorób, które mogą wpływać na ich rozwój fizyczny. Przedstawiono je w tabeli III.

Tabela I. Ocena centylowa masy ciała badanych dzieci

Table I. Percentile assessment of body weight in examined children

Centyl	Dziewczynki		Chłopcy	
	N	%	N	%
<3	0	0	7	20,59
3–10	6	23,08	0	0
10–25	4	15,38	9	26,47
25–50	6	23,08	7	20,59
50–75	5	19,23	9	26,47
75–90	3	11,54	2	5,88
90–97	1	3,85	0	0
>97	1	3,85	0	0
Razem	26	43,3	34	56,7

Tabela II. Ocena centylowa wzrostu badanych dzieci

Table II. Percentile assessment of height in examined children

Centyl	Dziewczynki		Chłopcy	
	N	%	N	%
<3	1	3,85	4	11,76
3–10	6	23,08	6	17,65
10–25	4	15,38	10	29,41
25–50	5	19,23	7	20,59
50–75	7	26,92	4	11,76
75–90	0	0	3	8,82
90–97	3	11,54	0	0
>97	0	0	0	0
Razem	26	43,3	34	56,7

Ryc. 1. Ocena centylowa masy ciała dziewczynek
Fig. 1. Weight percentiles assessment at girls

Ryc. 3. Ocena centylowa wzrostu dziewczynek
Fig. 3. Height percentiles assessment at girls

Ryc. 2. Ocena centylowa masy ciała chłopców
Fig. 2. Weight percentiles assessment at boys

Ryc. 4. Ocena centylowa wzrostu chłopców
Fig. 4. Height percentiles assessment at boys

Tabela III. Występowanie chorób towarzyszących w badanej populacji
Table III. Co-morbidities in the study population

Choroba	N	%
Ciąża/poród: wcześniactwo, zamartwica, hipotrofia wewnątrzmaciczna, FAS	4	6,7
Zaburzenia zachowania, ADHD	4	6,7
Schizofrenia	2	3,3
Choroby neurologiczne: padaczka, MPD, upośledzenie umysłowe	6	10
Alergie	3	5
Otyłość	1	1,7
Niskorosłość	3	5

Ryc. 5. Opóźnienie rozwoju w zakresie masy ciała dziewczynek i chłopców (centyl <3 i 3–10)

Fig. 5. Growth delay for weight at girls and boys (<3 and 3–10 percentile)

Ryc. 6. Opóźnienie rozwoju w zakresie wzrostu dziewczynek i chłopców (centyl <3 i 3–10)

Fig. 6. Growth delay for height at girls and boys (<3 and 3–10 percentile)

Stwierdzono, że jedno dziecko, obecnie w wieku 14 lat, od dziewiątego roku życia jest nałogowym palaczem.

Dyskusja

Dom dziecka, pomimo wypełniania swych prawnych i statutowych obowiązków, nie zapewnia całkowicie prawidłowego realizowania potencjału rozwojowego dziecka. Brak bliskich, trwałych i wyłącznych więzi emocjonalnych wpływa niekorzystnie nie tylko na psychikę, ale również na rozwój somatyczny wychowanków.

Ocena rozwoju somatycznego dzieci z domu dziecka może być oparta na jednorazowych pomiarach antropometrycznych ze względu na zmienność tej populacji oraz ograniczony dostęp do da-

nych dotyczących warunków socjalnych i zdrowia dziecka przed pobytem w placówce [4].

W Polsce problematyka oceny wpływu środowiska, w którym wzrasta dziecko, a dokładnie pobytu w domu dziecka, na jego rozwój fizyczny, staje się dość popularna, jednak prace o tej tematyce są nieliczne.

Wyniki przeprowadzonych badań wskazują na opóźnienie rozwoju takich dzieci w stosunku do dzieci wychowywanych przez rodziców. U 30% wychowanków stwierdzono niedobory wysokości ciała, natomiast u 22% niedobory masy ciała. Ponadto wyniki badań wykazały, iż w badanej grupie było pięcioro dzieci z wysokością ciała poniżej 3 centyla, a u trojga z nich rozpoznano niskorosłość. Wskazana byłaby diagnostyka w tym kierunku u pozostałej dwójki dzieci.

W piśmiennictwie polskim istnieją doniesienia na temat rozwoju somatycznego dzieci młodszych (od 2 do 48 miesięcy) przebywających w domu dziecka. Wyniki badań rozwoju somatycznego i stanu zdrowia dzieci z Domu Dziecka dla Małych Dzieci w Łodzi wykazały, iż u ponad 50% dzieci rozwój ten kształtował się poniżej normy [4]. Natomiast w badaniach przeprowadzonych w Rosji liczba dzieci z niskim wzrostem wynosiła 39% [8]. Zaskakująco wysokie są wyniki badań przeprowadzonych w Stanach Zjednoczonych, w których grupę badawczą stanowiły dzieci adoptowane i pochodzące z regionów świata rozwijających się, gdzie warunki panujące w sierocińcach naznaczone są często wysokim poziomem ubóstwa. Liczba dzieci z niskim wzrostem stanowiła aż 43,5%, zaś z niską masą ciała 48% [5].

Literatura przedmiotu [4,6] wykazuje, że w populacjach dzieci z domów dziecka zachowane są różnice w wartościach pomiarów masy i wysokości ciała pomiędzy chłopcami i dziewczynkami, wynikające z dymorfizmu płciowego. Więcej chłopców niż dziewczynek ma niedobory masy i wysokości ciała. Jest to zgodne z teorią o większej podatności chłopców na niekorzystne warunki środowiskowe. Podobne obserwacje poczyniono w niniejszym badaniu, ale wyłącznie dla niedoborów wzrostu, a nie dla masy ciała. 29,41% chłopców w porównaniu z 26,92% dziewczynek ma niższy wzrost.

Analiza dokumentacji medycznej badanej grupy dzieci wykazała obecność u nich chorób współistniejących mogących mieć wpływ na rozwój fizyczny. Podobny wniosek wysnuli autorzy badań z Łodzi [4], stwierdzając, iż częste choroby i pobyty w szpitalach nie pozostają bez wpływu na procesy rozwoju wychowanków domów dziecka.

W ciągu pierwszych trzech lat życia dziecka czynnikami, które wpływają na jego rozwój, są odżywianie, warunki środowiskowe i czynniki emocjonalne. Długotrwała deprywacja, wtórna do maltretowania dziecka, skutkuje opóźnieniem wzrostu i rozwoju pochodzenia psychospołecznego. Opóźnienie to może być odwracalne całkowicie lub częściowo, kiedy dziecko zostanie oddzielone od krzywdzącego środowiska [6–8].

Zasadne jest więc dążenie do tego, aby dzieci z domów dziecka oddawać pod opiekę rodzin zastępczych lub do adopcji. Dzieci muszą pozostawać w domach dziecka do czasu wyjaśnienia ich sytuacji prawnej, jednakże każde 3 miesiące zinstytucjonalizowanej opieki powodują, że dziecko traci około miesiąca rozwoju liniowego [5]. Fakt ten potwierdza wielu autorów, wnioskując, iż umieszczenie pod opieką zastępczą lub w rodzinie adopcyjnej umożliwiłoby dzieciom nadgonienie zaległości w rozwoju [5–12].

Wnioski

Środowisko, w którym wzrasta dziecko, stanowi ważny czynnik jego rozwoju. Jeden z najważniejszych i niezbędnych warunków, które zapewniają prawidłowy rozwój fizyczny dziecka, stanowi obecność matki i ojca w rodzinie oraz ich udział w jego wychowaniu. Ocena rozwoju fizycznego dzieci z domu dziecka wykazała znaczny niedobór wzrostu i masy ciała w stosunku do populacji polskich dzieci wychowywanych w rodzinach. Opóźnienie tempa wzrostu może wynikać z pozbawienia opieki rodzicielskiej i warunków społecznych, w których dziecko funkcjonowało przed pobytem w domu dziecka. Pobyt w takiej placówce nie sprzyja realizacji indywidualnych potrzeb emocjonalnych.

Piśmiennictwo / References

1. Opieka nad dzieckiem pozbawionym opieki rodzicielskiej 2012, Główny Urząd Statystyczny, Departament Badań Społecznych i Warunków Życia, Warszawa
2. Gohlke BC., Frazer FL., Stanhope R.: Body mass index and segmental proportion in children with different subtypes of psychosocial short stature. *Eur. J. Pediatr.*, 2002;161(5), 250-254.
3. Cameron N.: The methods of auxological anthropometry. [In:] F. Falkner & J.M. Tanner (eds.), *Human growth: A comprehensive treatise* (2nd ed.), 3:3-46 Plenum Press, New York 1986.
4. Loba-Jakubowska E., Nowecka K., Palacios S.: Ocena rozwoju somatycznego i stanu zdrowia dzieci z domu dziecka *Zdr. Publ.*, 2000;110(6), 218-221.
5. Miller L.C., Chan W., Litvinova A. et al.: Medical diagnoses and growth of children residing in Russian orphanages. *Acta. Ped.*, 2007;96, 1765-1769.
6. Loman M.M., Wiik K.L., Frenn K.A. et al.: Postinstitutionalized children's development: growth, cognitive and language outcomes. *J. Dev. Behav. Pediatr.*, 2009;30, 426-434.
7. Martins C., Belsky J., Marques S. et al.: Diverse physical growth trajectories in institutionalized Portuguese children below age 3: relation to child, family and institutional factors. *J. Ped. Psych.*, 2013;38(4), 438-448.
8. Olivan G.: Catch-up growth assessment in long-term physically neglected and emotionally abused preschool age male children. *Child Abuse&Neglect*, 2003;27, 103-108.
9. Miller L., Chan W., Comfort K., Tirella L.: Health of children adopted from Guatemala: comparison of orphanage and Foster care. *Pediatrics*, 2005;115,6, 710-717.
10. Van Ijzendoorn M.H., Bakermans-Kranenburg M.J., Juffer F.: Plasticity of growth in height, weight and head circumference: meta-analytic evidence of massive catch-up after international adoption. *J. Dev. Behav. Pediatr.*, 2007;28,4, 334-343.
11. Dobrova-Krol N.A., van Ijzendoorn M.H., Bakermans-Kranenburg M.J. et al.: Physical growth delays and stress dysregulation in stunted and non-stunted Ukrainian institution-reared children. *Infant. Behav. Dev.*, 2008;31,3, 539-553.
12. Johnson D.E., Guthrie D., Smyke A.T. et al.: Growth and associations between auxology, caregiving environment and cognition in socially deprived Romanian children randomized to foster vs ongoing institutional care. *Arch. Pediatr. Adolesc. Med.*, 2010;164(6), 507-516.