

Paweł Lipowski, Oliwia Tatarkiewicz

Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum, Wydział Nauk o Zdrowiu, Instytut Zdrowia Publicznego,
Zakład Polityki Zdrowotnej i Zarządzania

Macierzyństwo w zakładach karnych – aspekty prawne i praktyczne w świetle badań własnych

Motherhood in prisons – legal and practical aspects in the light
of own research

STRESZCZENIE

Praca podejmuje tematykę znajomości i poszanowania praw kobiet osadzonych w zakładach karnych, przebywających tam w okresie ciąży, porodu i pòłogu. Macierzyństwo łączy się z trudnościami na różnych płaszczyznach. Dlatego tak ważne jest, aby kobiety były świadome przysługujących im praw. Opieka okołoporodowa jest kluczowa ze względu na zapewnienie bezpieczeństwa zarówno matce, jak i dziecku. Niewyobrażalny wydaje się brak dostępu do opieki specjalistycznej dla każdego człowieka. Wyniki badania przeprowadzonego przez autorów w Zakładzie Karnym nr 1 w Grudziądzu oraz w Zakładzie Karnym w Krzywańcu – jedynych w naszym kraju miejscach przeznaczonych na pobyt kobiet skazanych w tak szczególnym okresie jak macierzyństwo – wykazały, że w przykładowych domach matki i dziecka występują braki, jeżeli chodzi o podstawowy poziom poszanowania praw człowieka (kobiet w okresie ciąży, porodu i pòłogu), takich jak godność i intymność czy też dostęp do świadczeń zdrowotnych.


Słowa kluczowe: macierzyństwo, zakłady karne, przepisy prawne, aspekty praktyczne, zdrowie publiczne

ABSTRACT

The following article deals with the subject of awareness of and respect for the rights of women inmates who are incarcerated in prisons during the following periods: pregnancy, childbirth and postpartum. Motherhood is difficult on every level, which is why it is so important for women to be aware of their rights in this regard. Perinatal care is crucial, due to the safety of both mother and child. It seems inconceivable that everyone lacks access to specialized care. The results of the authors' survey at the Prison No. 1 in Grudziądz and the Prison in Krzywaniec – the only places in our country intended for the incarceration of convicted women during such a special period as

Adres do korespondencji / Address for correspondence: pawel.lipowski@uj.edu.pl

ORCID: Paweł Lipowski  <https://orcid.org/0000-0002-5056-1848>

Licencja/License: CC BY 4.0 

motherhood – showed that there are shortcomings in the maternity and children's wards when it comes to basic respect for human rights (as in women's rights during the following periods: pregnancy, childbirth and postpartum), such as dignity and intimacy or access to healthcare services.

Keywords: maternity, prisons, law regulations, practical aspects, public health

WPROWADZENIE

Kobiety w ciąży oraz matki przebywające w zakładach karnych stanowią specyficzną grupę osadzonych. Spowodowane jest to przede wszystkim ich izolacją od rodziny i bliskich oraz charakterystycznym stanem, w którym się znajdują. Ciąża nie zawsze przebiega łatwo i niekiedy bywa „problematyczna”, wyzwaniem jest również wychowywanie dziecka w zakładzie karnym. Choć system penitencjarny w Polsce stara się zapewnić odpowiednią opiekę medyczną dla kobiet ciężarnych, to jednak ich sytuacja w niektórych przypadkach okazuje się trudna. W gorszej sytuacji niż same kobiety znajdują się ich dzieci, które pomimo starań ze strony Służby Więziennej, ukierunkowanych na zapewnienie warunków przypominających „prawdziwy dom”, skazane są na przebywanie w przyzakładowym tzw. domu matki i dziecka, zamiast wychowywać się w domu pełnym dobrych emocji (ciepła rodzinnego) i spędzać aktywnie czas wśród rówieśników.

Ważna jest przy tym znajomość praw kobiet w tym szczególnym okresie, rozumianych *par excellence* jako świadomość własnych uprawnień, wynikających w szczególności z praw osadzonych jako pacjentek. Prawa te regulowane są w sposób nadrzędny w ustawie z dnia 6 listopada 2008 roku o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta¹. Ich poszanowanie powinno stanowić imperatyw dla działań podejmowanych przez personel zakładów karnych.

Podobnie istotne jest zapewnienie odpowiednich warunków organizacyjnych i stosownych do stanu zdrowia kobiet świadczeń zdrowotnych podczas ich pobytu w zakładach karnych. W tym

obszarze należy dodać, że w publicznym systemie ochrony zdrowia problematykę sprawowania opieki nad kobietą w ciąży regulują standardy opieki okołoporodowej, wprowadzone rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 16 sierpnia 2018 roku². Stanowią one załącznik do wspomnianego rozporządzenia i określają m.in. zakres świadczeń profilaktycznych i działań w obszarze promocji zdrowia oraz badań diagnostycznych i konsultacji medycznych wykonywanych u kobiet w ciąży wraz z okresami ich przeprowadzania oraz wskazują czynniki ryzyka powikłań okołoporodowych, a także opisują ramy edukacji przedporodowej i sprawowania opieki nad noworodkiem³.

Powyższe czynniki mogą bezpośrednio wpływać na stan zdrowia psychicznego kobiet będących na tym szczególnym etapie życia, jakim jest macierzyństwo. Warto przy tym podkreślić, że współcześnie, kiedy rośnie świadomość znaczenia zdrowia psychicznego, stosuje się różne metody utrzymywania psychiki w dobrej kondycji. Dotyczy to również kobiet spodziewających się dziecka oraz wychowujących potomstwo w zakładzie karnym. Mówi się tu o konieczności uwzględniania psychoprofilaktyki położniczej

¹ Dz.U. 2024, poz. 581; zwana dalej: *ustawą o prawach pacjenta*. Kwestie przestrzegania wskazanych praw kobiet (matek) przebywających w zakładach karnych przedstawione są w dalszej części niniejszej pracy.

² Dz.U. 2023, poz. 1324. Standardy zostały wydane na podstawie art. 22 ust. 5 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej (Dz.U. 2024, poz. 799 ze zm.) i weszły w życie z dniem 1 stycznia 2019 roku. Na tej podstawie należy przyjąć, że obowiązują we wszystkich podmiotach wykonujących działalność leczniczą w naszym kraju, niezależnie od ich struktury właścicielskiej (podmioty publiczne lub prywatne) oraz sposobu finansowania udzielanych w nich świadczeń zdrowotnych (świadczenia udzielane w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego lub komercyjnie, tj. za odpłatnością).

³ Z uwagi na przyjęte ramy pracy przedstawienie regulacji w tym zakresie pozostanie poza nurtem rozważań.

jako holistycznego podejścia w opiece nad kobietą rodzącą. Składa się ono z trzech elementów: psychoterapii, fizjoprofilaktyki oraz dydaktyki (Jenczura, Kotlarz, Naworska, 2020).

Psychoterapia odnosi się do przedstawienia samego procesu porodu jako „zadania do wykonania” oraz omówienia zmian, które zaszły, zachodzą i będą zachodzić w organizmie kobiety. Warto jednak zaznaczyć, że jest ona metodą leczenia zaburzeń ludzkiej psychiki, wykorzystującą środki psychologiczne, szczególnie w przypadku tzw. kryzysu zdrowia psychicznego. Może mieć zastosowanie także w odniesieniu do osób przebywających w zakładzie karnym. W przypadku psychoprofilaktyki położniczej istotne znaczenie dla przyszłych matek, znajdujących się w bardzo szczególnej sytuacji, odgrywa przede wszystkim psychoedukacja.

Z kolei fizjoprofilaktyka to aktywność fizyczna mająca na celu przygotowanie do porodu za pomocą nie tylko ćwiczeń, ale także technik oddychania, które wspomogą siłę parcia w trakcie akcji porodowej.

Jeśli chodzi o dydaktykę, to ma ona na celu uświadomienie pacjentki i poszerzenie jej wiedzy na temat: ciąży, porodu, położu czy opieki nad noworodkiem. Ważne jest wyjaśnienie kobietom, skąd biorą się występujące podczas porodu bóle, a docelowo – doprowadzenie do stanu, w którym rodząca nie będzie się bała ani akcji porodowej, która bywa bolesna i powolna, ani macierzyństwa. W takim rozumieniu pojęcie dydaktyki wpisuje się w szeroko rozumianą psychoedukację w okresie macierzyństwa. Znaczenie psychoprofilaktyki położniczej okazuje się niezwykle ważne, ponieważ stany lękowe pacjentki mogą powodować wzrost poziomu kortyzolu w ciąży, co ma negatywny wpływ na płód (Cardenas-Pineda *et al.*, 2020).

W takiej perspektywie dokonano analizy warunków pobytu kobiet w zakładach karnych w okresie ciąży, porodu i położu.

POBYT KOBIET W CIĄŻY I PO URODZENIU DZIECKA W ZAKŁADZIE KARNYM – WYBRANE REGULACJE PRAWNE

Zasady odbywania kary pozbawienia wolności w Polsce są określone w Kodeksie karnym

wykonawczym⁴. W przepisie art. 87 wskazano, że kobiety odbywają karę pozbawienia wolności odrębnie od mężczyzn (§ 1), a następnie, że skazana, jeśli stopień demoralizacji lub względy bezpieczeństwa nie przemawiają za odbywaniem kary w zakładzie karnym innego typu, przebywa w zakładzie karnym typu półotwartego (§ 2).

Warto podkreślić, że matka odbywająca karę pozbawienia wolności ma możliwość sprawowania bezpośredniej i stałej opieki nad dzieckiem w przyzakładowym tzw. domu matki i dziecka (DMiDz), jeżeli wyraża takie życzenie. Dziecko może tam przebywać do ukończenia 3. roku życia. Istnieją przy tym sytuacje, w których okres ten zostaje wydłużony lub skrócony, a dziecko odizolowane od matki – ważne, aby odbywało się to na podstawie opinii lekarza lub psychologa, ponieważ uzasadnieniem takich decyzji powinny być względy zdrowotne czy też wychowawcze. Wszystkie podejmowane decyzje w tym zakresie wymagają zgody sądu opiekuńczego. Ponadto – co wydaje się kluczowe – należy przyjąć, że bez uzasadnionych przyczyn nie powinno się pozbawiać matki możliwości przebywania z dzieckiem (Grudzińska, 2013).

Jeśli skazana jest matką dziecka do lat 15 (sprawuje przy tym nad nim tzw. stałą pieczę), według art. 87a KKW zakład karny ma obowiązek umożliwić jej inicjowanie, podtrzymywanie oraz zacieśnianie więzi uczuciowej z potomstwem, wywiązywanie się z obowiązków alimentacyjnych oraz udzielanie świadczeń pomocy materialnej dzieciom. Matki powinny mieć także możliwość współdziałania z placówkami opiekuńczo-wychowawczymi, w których przebywają dzieci (§ 1). Ponadto, kobieta powinna zostać osadzona (w miarę możliwości) w zakładzie karnym położonym jak najbliżej placówki opiekuńczo-wychowawczej, w której przebywa dziecko (§ 2).

Kobietom zarówno ciężarnym, jak i karmiącym należy zapewnić specjalistyczną opiekę (art. 87 § 3 KKW). Jak już sygnalizowano, takie skazane wymagają wyjątkowego i nietypowego

⁴ Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 roku Kodeks karny wykonawczy (Dz.U. 2024, poz. 706 ze zm.); zwany dalej w skrócie: KKW. Ustawa ta obowiązuje od 1 września 1998 roku.

„podejścia” ze strony pracowników zakładu karnego, którzy powinni zaspokajać ich potrzeby, takie jak potrzeby fizjologiczne czy potrzeba kontaktu z psychologiem, aby złagodzić traumatyczny stan osadzonej spowodowany izolacją (Piotrów, 2008).

Na podstawie delegacji ustawowej zawartej w art. 87 § 5 KKW Minister Sprawiedliwości wydał rozporządzenie regulujące sposób przyjmowania dzieci kobiet pozbawionych wolności do domów dla matki i dziecka, które znajdują się przy wybranych zakładach karnych⁵. Warto dodać, że ww. akt prawny ma na celu m.in. *uwzględnienie potrzeb w zakresie zabezpieczenia prawidłowego rozwoju dziecka i szczegółowo określa zasady organizacji znajdujących się przy wybranych zakładach karnych domów dla matki i dziecka. Zgodnie z tym rozporządzeniem matki pozbawione wolności mogą sprawować stałą i bezpośrednią opiekę nad swoimi dziećmi w domu dla matki i dziecka przy zakładzie karnym. W Polsce według stanu na 30 czerwca 2023 roku funkcjonowały tylko dwa takie domy – przy Zakładzie Karnym nr 1 w Grudziądzu (województwo kujawsko-pomorskie) oraz Zakładzie Karnym w Krzywińcu (województwo lubuskie) – z łączną liczbą 61 miejsc (Kuć, 2007). Placówki te wskazane są w załączniku nr 1 do rozporządzenia w sprawie trybu przyjmowania matek pozbawionych wolności.*

Przyjęcie do DMiDz następuje na podstawie pisemnego wniosku skierowanego przez kobietę do dyrektora zakładu karnego, przy którym znajduje się taki dom. Ponadto skazana powinna załączyć akt urodzenia dziecka. Następnie dyrektor kieruje taki wniosek do sądu opiekuńczego, który na podstawie opinii lekarza lub psychologa może zgodzić się na przyjęcie matki wraz z dzieckiem

do DMiDz lub odmówić tego przyjęcia (Postulski, 2012).

Sąd opiekuńczy podejmuje taką decyzję na podstawie art. 109 Kodeksu rodzinnego i opiekuńczego⁶, a wydając orzeczenie w sprawie, powinien brać pod uwagę przeszłość kobiety oraz jej stosunki z wcześniej urodzonymi dziećmi, wykonywanie obowiązków rodzicielskich w przeszłości czy też tzw. wydolność do zajmowania się potomstwem (Sitnik, 2012).

Umieszczenie dziecka w DMiDz powinno odbywać się za zgodą ojca, pod warunkiem że posiada on w pełni prawa rodzicielskie. Możliwe jest przy tym, aby kobieta wcześniej rozpoczęła pobyt w DMiDz, tj. już w chwili złożenia wniosku, i tam oczekiwała na zgodę sądu⁷. Jeżeli decyzja jest negatywna, osadzonej przysługuje prawo do odwołania się. Takie odwołanie składa się do tzw. sądu penitencjarnego (art. 34 KKW) (Teleszewska, 2018).

Na marginesie można wskazać, że w dokumentacji medycznej dziecka nie odnotowuje się faktu, że urodziło się w przywieziennym szpitalu czy przebywało w zakładzie karnym – celem takich rozwiązań jest uniemożliwienie stygmatyzacji dziecka w przyszłości. Jedyną wzmianką o przebywaniu w DMiDz może być wskazująca na zakład karny pieczęć w książeczce zdrowia dziecka (prowadzonej w formie papierowej) (Reczek, 2009).

Przewiezienie dziecka do DMiDz należy organizować w porozumieniu z dyrektorem zakładu karnego, a w działaniach tych powinny uczestniczyć osoby sprawujące faktyczną pieczę nad małoletnim lub placówka opiekuńczo-wychowawcza, w której się ono znajduje.

Jeżeli matka wykorzystuje zezwolenie na pobyt czasowy poza zakładem karnym, opuszcza go wówczas wraz z dzieckiem (tzw. przepustka). Niemniej istnieje możliwość, że na wniosek skazanej w uzasadnionych przypadkach dyrektor

⁵ Rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości z dnia 17 września 2003 roku w sprawie trybu przyjmowania matek pozbawionych wolności do domów dla matki i dziecka przy wskazanych zakładach karnych oraz szczegółowych zasad organizowania i działania tych placówek (Dz.U. Nr 175, poz. 1709), zwane dalej rozporządzeniem w sprawie trybu przyjmowania matek pozbawionych wolności. Rozporządzenie obowiązuje w niezmienionym brzmieniu od dnia 23 października 2003 roku.

⁶ Ustawa z dnia 25 lutego 1964 roku Kodeks rodzinny i opiekuńczy (Dz.U. 2023, poz. 2809 ze zm.). Wskazany przepis dotyczy orzekania przez sąd w sytuacji zagrożenia *dobra dziecka* (tzw. zarządzenia sądowe).

⁷ § 3 ust. 6 rozporządzenia w sprawie trybu przyjmowania matek pozbawionych wolności.

takiego zakładu wyrazi zgodę na to, aby dziecko pozostało w DMiDz. Jeżeli jednak matka nie powróci do zakładu karnego, a pozostawi w nim dziecko, dyrektor placówki ma obowiązek zawiadomić o tym fakcie sąd opiekuńczy. Ten sam przepis obowiązuje w momencie, kiedy kobieta powróci do zakładu karnego bez dziecka. W przypadku okresowej niemożności sprawowania opieki przez osadzoną opiekę nad dzieckiem przejmuje pielęgniarka wraz z wychowawcą (w zakładzie karnym). Jeżeli zaś dziecko musi opuścić DMiDz przed zwolnieniem matki z zakładu karnego, zakład ten ma obowiązek umożliwić kobiecie „oddanie” dziecka rodzinie lub umieszczenie go w ośrodku opiekuńczo-wychowawczym w pobliżu zakładu karnego, w którym ona przebywa.

Warto przy tym dodać, że personel DMiDz powinien się składać z lekarza pediatry, psychologa, pielęgniarki, wychowawcy oraz dietetyka. Pokoje, gdzie przebywają matki z dziećmi, nie mogą być „typowymi celami”, w których na co dzień zamieszkują osadzone kobiety. Wskazane, aby DMiDz pod względem wyposażenia przypominał prawdziwy dom. Powinny się w nim znajdować sypialnie dla matek z dziećmi, sale do zajęć pielęgnacyjnych i wychowawczych, pomieszczenia do udzielania świadczeń zdrowotnych, do przygotowania posiłków, pomieszczenia sanitarne i gospodarcze, pokoje dla personelu oraz pomieszczenie izby chorych.

Funkcjonariusze Służby Więziennej podczas bezpośredniego kontaktu z dziećmi mają obowiązek nieużywania umundurowania służbowego, dzięki czemu dzieci nie odczują dyskomfortu ze względu na „inność” osób przebywających w ich otoczeniu. Obraz funkcjonariusza i podległej jego poleceniom matki mógłby bowiem odcisnąć wyraźne piętno na psychice małoletniego (Teleszewska, 2018).

Ponadto dyrektor zakładu karnego powinien powoływać zespół wychowawczo-opiekuńczy, w skład którego wchodzi: kierownik DMiDz będący jednocześnie kierownikiem zespołu, lekarz pediatra, psycholog, pielęgniarka i wychowawca. Zadaniem takiego zespołu są:

- programowanie zajęć dydaktycznych, edukacyjnych, wychowawczych, terapeutycznych i resocjalizacyjnych wobec matek,

- prowadzenie, przy udziale matek, działalności opiekuńczej zapewniającej dzieciom prawidłowy rozwój psychofizyczny,
- dokonywanie kwartalnych ocen postaw macierzyńskich matek,
- rozpoznawanie i przygotowanie warunków właściwej adaptacji społecznej matek i dzieci poprzez utrzymywanie kontaktów z ich rodzinami, organami pomocy społecznej i publicznymi placówkami opiekuńczo-wychowawczymi.

DZIECI W ZAKŁADACH KARNYCH I ICH USTAWOWE POTRZEBY – CHARAKTERYSTYKA

Przywołane już wyżej rozporządzenie w sprawie trybu przyjmowania matek pozbawionych wolności określa normy żywieniowe dla dzieci przebywających w DMiDz. Posiłki, które mają one spożywać, należy przygotowywać zgodnie z uwagami dietetyka i zaleceniami lekarza pediatry. To właśnie pierwszy z tych specjalistów powinien ustalać liczbę posiłków dla najmłodszych oraz odpowiedni dobór wykorzystanych produktów. Na wniosek lekarza można odstąpić od ograniczeń wynikających z tzw. normy budżetowej, według której karmione są dzieci. Taka sytuacja ma miejsce w przypadku, gdy wskazuje na to stan zdrowia dziecka⁸.

Poza normą żywieniową rozporządzenie w sprawie trybu przyjmowania matek pozbawionych wolności określa również (w załączniku nr 2) normy należności dla dzieci przebywających w DMiDz (np. kaftaników, butelek), w tym okresy używalności w latach oraz ilość wydawaną osadzonemu.

⁸ W tym przypadku chodzi o wyżywienie według normy L (posiłki lekkostrawne). Wartości dziennej normy wyżywienia oraz rodzaje diet wydawanych osobom osadzonym w zakładach karnych i aresztach śledczych określa rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości z dnia 19 lutego 2016 r. w sprawie wyżywienia osadzonych w zakładach karnych i aresztach śledczych (Dz.U. poz. 302). Rozporządzenie obowiązuje od dnia 24 marca 2016 r.

DOSTĘP DO ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W ZAKŁADZIE KARNYM – WARUNKI

W przypadku kobiet ciężarnych odbywających karę pozbawienia wolności lekarz odpowiedzialny za opiekę medyczną ma obowiązek określenia zakresu i częstotliwości świadczeń zdrowotnych, które powinny być udzielane przyszłym matkom. Priorytetem jest uwzględnienie postępowania medycznego dotyczącego opieki okołoporodowej, obejmującego okres ciąży, porodu, położu oraz opieki nad noworodkiem. Do tej kwestii odnosi się rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości z dnia 14 czerwca 2012 roku w sprawie udzielania świadczeń zdrowotnych przez podmioty lecznicze dla osób pozbawionych wolności⁹.

W ramach wyznaczania zakresu świadczeń zdrowotnych lekarz musi uwzględnić różne aspekty opieki medycznej, które są istotne dla kobiety ciężarnej przebywającej w zakładzie karnym. Należą do nich: nadzór nad ciążą, prowadzenie badań i testów diagnostycznych, monitorowanie wzrostu i rozwoju płodu, a także stanu zdrowia matki. Ważne, aby częstotliwość udzielania świadczeń zdrowotnych była dostosowana do indywidualnych potrzeb i warunków, w jakich znajduje się skazana. Lekarz powinien uwzględnić stan zdrowia pacjentki oraz wszelkie specyficzne czynniki, które mogą mieć wpływ na przebieg ciąży i zdrowie zarówno matki, jak i dziecka. Świadczenia zdrowotne muszą być udzielane regularnie i w sposób odpowiedni, aby zapewnić kompleksową opiekę medyczną i monitorowanie stanu zdrowia kobiet w ciąży przebywających w miejscach pozbawienia wolności.

Lekarz ma także obowiązek wydawania zaleceń dotyczących żywienia dietetycznego ciężarnej przebywającej w zakładzie karnym, sposobu spędzania przez nią czasu oraz warunków odbywania spacerów i kąpieli. Ważne jest, aby te zalecenia uwzględniały indywidualne potrzeby kobiety, jej stan zdrowia oraz specyficzne wymagania związane z ciążą. Przy formułowaniu wskazań dotyczących żywienia dietetycznego należy mieć na uwadze zapotrzebowanie na składniki odżywcze i dostarczanie odpowiednich wartości odżywczych zarówno dla matki,

jak i rozwijającego się płodu. Z kolei zalecenia dotyczące aktywności fizycznej, takiej jak spacerowanie, powinny być dostosowane do kondycji fizycznej skazanej, która spodziewa się dziecka, oraz do ograniczeń wynikających z pozbawienia wolności. Lekarz pracujący w placówce medycznej ma możliwość skierowania kobiety ciężarnej pozbawionej wolności do zakładu karnego, w którym znajduje się szpitalny oddział ginekologiczno-położniczy. Taka decyzja zostaje podjęta na dwa miesiące przed przewidywanym terminem porodu, chyba że stan zdrowia pacjentki wymaga wcześniejszego przetransportowania jej do wspomnianego zakładu. Głównym celem takiego skierowania jest zapewnienie odpowiedniej opieki medycznej dla kobiety w ciąży, która przebywa w miejscu, gdzie zazwyczaj nie ma dostępu do odpowiednich środków i personelu medycznego. Należy przyjąć, że zakład karny z mieszczącym się w nim oddziałem ginekologiczno-położniczym zapewni niezbędne świadczenia zdrowotne dla pacjentki i jej nienarodzonego jeszcze dziecka.

Po urodzeniu dziecka kobieta pozbawiona wolności oraz jej niemowlę przebywają na oddziale zakładu karnego do momentu, gdy stan zdrowia matki oraz noworodka pozwoli na ich wypisanie. Dzięki temu lekarze prowadzący regularne badania i obserwacje mogą monitorować zdrowie pacjentki oraz jej dziecka aż do momentu, gdy będą gotowi do opuszczenia placówki. Ta procedura służy zapewnieniu pełnej opieki medycznej dla kobiet ciężarnych, które przebywają w zakładzie karnym. Mają one szansę na otrzymanie specjalistycznej pomocy w przypadku ewentualnych powikłań, jak również zapewnia się im bezpieczne warunki porodu. Ponadto takie działania pozwalają na monitorowanie zdrowia noworodka oraz wcześniejsze wykrycie i leczenie ewentualnych problemów.

Ważne jest, że skierowanie do zakładu karnego ze szpitalnym oddziałem ginekologiczno-położniczym nie ma na celu ukarania ciężarnej, lecz otoczenie jej odpowiednią opieką medyczną. Prawa do świadczeń zdrowotnych, niezależnie od statusu prawnego kobiety, powinny być chronione i respektowane¹⁰.

⁹ Dz. U. z 2024 r. poz. 1168.

¹⁰ Ibidem.

MACIERZYŃSTWO W ZAKŁADACH KARNYCH W OPINII KOBIET – WYNIKI PRZEPROWADZONEGO BADANIA

Cel badań

Celem przeprowadzonego badania było pozyskanie odpowiedzi na pytania dotyczące warunków panujących w zakładach karnych w odniesieniu do macierzyństwa, a także analiza poziomu znajomości praw kobiet wśród osadzonych będących matkami lub ciężarnymi, przebywającymi w tych placówkach odpowiednio po porodzie albo w trakcie trwania ciąży. Do zasadniczych problemów badawczych zaliczono następujące kwestie:

- Czy kobiety jako matki są świadome swoich praw w zakładzie karnym?
- Czy wybrane do analizy ustawowe prawa kobiet ciężarnych oraz matek w zakładach karnych (wskazane we wcześniejszej części pracy) są respektowane?

Na tej podstawie przyjęto hipotezy badawcze, zgodnie z którymi warunki dla macierzyństwa w zakładach karnych nie są w pełni zgodne z przepisami prawa, a znajomość praw kobiet, będących matkami i przebywających w tych placówkach, nie jest wystarczająca.

Narzędzia badawcze

Badanie miało charakter anonimowy i dobrowolny. Było ilościowym badaniem empirycznym i zostało przeprowadzone za pomocą ankiety, która składała się z trzynastu pytań oraz tzw. metryczki respondenta (odnoszącej się do danych demograficznych). Kobiety osadzone w zakładach karnych wypełniały ankiety w formie papierowej. Otrzymane odpowiedzi wprowadzono następnie do formularza *on-line* w celu dokonania analizy badawczej.

Grupa objęta badaniem

Badanie zostało przeprowadzone w DMiDz dwóch jednostek penitencjarnych w Polsce – zakładów karnych w Grudziądzu oraz w Krzywańcu¹¹. Trwało od 27 maja do 10 czerwca 2023 roku.

Grupa badawcza wynosiła 43 osoby: 23 kobiety z Zakładu Karnego w Grudziądzu (53,5% wszystkich ankietowanych) oraz 20 kobiet z Zakładu Karnego w Krzywańcu (46,5%)¹². Odnosząc się do wieku respondentek, należy nadmienić, że do badania przystąpiły: cztery kobiety w wieku do 20. roku życia (9% badanej populacji); w wieku od 21 do 25 lat – osiem kobiet (19%); od 26 do 30 lat – 15 kobiet (35%); od 31 do 35 lat – 11 kobiet (26%); powyżej 35 lat – pięć kobiet (11%). Jeżeli chodzi o wykształcenie, to 22 osadzone posiadały wykształcenie zawodowe (51% badanej populacji); 14 kobiet (33%) miało wykształcenie średnie (ogólnokształcące lub techniczne); pomaturalne/policealne wskazały 3 kobiety (7%); wyższe (tytuł licencjata) zdobyły również 3 kobiety (7%), a wyższe (tytuł magistra) – jedna (2%). Dziewięć ankietowanych odpowiedziało, że miejscowość, w której mieszka na stałe, to wieś (21%); w mieście do 20 tys. mieszkańców zamieszkiwało 10 kobiet (23%); w mieście od 20 tys. do 100 tys. mieszkańców – 11 kobiet (26%); w mieście od 100 tys. do 500 tys. mieszkańców – 4 kobiety (9%), a w mieście powyżej 500 tys. mieszkańców – 9 kobiet (21%). Ostatnie dwa analizowane elementy powiązane z charakterystyką grupy badawczej to liczba urodzonych dzieci ogółem oraz w zakładzie karnym. Z przeprowadzonych ankiet wynika, że 12 kobiet urodziło ogółem jedno dziecko (27%), 11 kobiet (26%) dwoje dzieci, a 20 kobiet (47%) powyżej dwóch dzieci. Jeśli zaś chodzi o dzieci urodzone w trakcie pobytu kobiety w zakładzie karnym, to 37 respondentek (86%) urodziło jedno dziecko; 4 osadzone (9%)

kobietom do wypełnienia przez pracowników tej placówki na zasadzie dobrowolności. W Zakładzie Karnym w Krzywańcu badanie przeprowadziła osobiście Współautorka pracy. Należy przy tym wskazać, że nie wszystkie badane kobiety zdecydowały się odpowiedzieć na pytania otwarte zawarte w kwestionariuszu ankiety, a specyfika miejsca odbywania badania (zakłady karne) implikowała poziom jego trudności (związany z chęcią pozyskania „prawdziwych” odpowiedzi).

¹² Na marginesie należy wskazać, że liczba respondentów wynikała wprost z liczby kobiet osadzonych.

¹¹ Zakład Karny nr 1 w Grudziądzu otrzymał ankiety pocztą. Następnie zostały one przekazane

urodziły dwoje dzieci; 2 skazane (5%) urodziły powyżej dwóch dzieci.

WYNIKI BADAŃ

Pierwsze z pytań dotyczyło oceny własnego stanu wiedzy na temat praw kobiet w okresie ciąży, porodu i położu. Zgodnie z otrzymanymi odpowiedziami 40% respondentek (17 kobiet) oceniło stan swojej wiedzy na ten temat jako bardzo dobry, 37% (16 kobiet) jako dobry, 12% respondentek (5 kobiet) oceniło stan swojej wiedzy jako średni, 9% (4 kobiety) jako słaby, a tylko jedna ankietowana (2%) jako bardzo słaby. Łącznie zdecydowana większość badanych (77%) była świadoma tego, jakie prawa im przysługują zarówno w czasie ciąży, porodu, jak i położu (wykres 1).

Kolejne pytanie odnosiło się do przekazania osadzonym kobietom informacji o ich prawach w okresie ciąży, porodu i położu (podczas pobytu w zakładzie karnym). Ankietowane w większości przypadków (74% odpowiedzi, tj. 32 wskazań) odpowiedziały twierdząco, przy czym 26% (11 respondentek) stwierdziło, że nie zostało poinformowanych o tym, jakie prawa im przysługują. Otrzymane wyniki należy ocenić pozytywnie, jakkolwiek uzyskany poziom 26% odpowiedzi wskazujących na brak informacji w badanym zakresie jest istotną przesłanką wskazującą na skalę nieświadomości własnych praw wśród matek oraz ciężarnych (wykres 2).

Jedną z kluczowych kwestii, jaką poruszono w badaniu, była możliwość korzystania przez osadzone kobiety podczas ciąży, porodu i położu z kluczowych, zdaniem Autorów, praw do (bezpłatnych) świadczeń zdrowotnych¹³, posza-

nowania godności i intymności¹⁴ oraz kontaktu z osobami bliskimi¹⁵.

Wśród respondentek 86% (37 kobiet) odpowiedziało, że miało dostęp do bezpłatnych świadczeń zdrowotnych, co należy uznać za wynik bardzo dobry. Niemniej zastanawia, że 14% (6 kobiet) wskazało, że nie miało dostępu do świadczeń zdrowotnych¹⁶. Jak już nadmieniono powyżej, bezpłatny dostęp do świadczeń zdrowotnych jest prawem każdej ubezpieczonej osoby (w tym kobiety w okresie macierzyństwa) i w żadnym stopniu nie powinien być ograniczany (poza wskazaniami wiedzy medycznej), w szczególności względem kobiet w ciąży lub położu (wykres 3).

W przypadku prawa do poszanowania intymności i godności, mimo że większość ankietowanych, bo 63% (27 odpowiedzi), wskazała na respektowanie tego prawa, to niepokoi fakt, że aż 37% (16) badanych uznało, że ich intymność i godność nie zostały poszanowane, a są to przecież wartości nadrzędne w każdym demokratycznym państwie prawa. Godność, w którą wpisuje się intymność, jest konstytucyjną wolnością i prawem człowieka¹⁷ (wykres 4).

Na pytanie o prawo do kontaktu z osobami bliskimi aż 19% (8) kobiet odpowiedziało negatywnie, co oznaczało, że prawo to nie zostało poszanowane. Należy jednocześnie dodać, że 81%

¹³ Na podstawie art. 2 ust. 1 pkt 4 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. 2024, poz. 146 ze zm.). Można dodać, że zgodnie z tym przepisem kobiety w okresie ciąży, porodu lub położu jako „świadczeniobiorcy” mają prawo do korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych na zasadach określonych we wspomnianej ustawie.

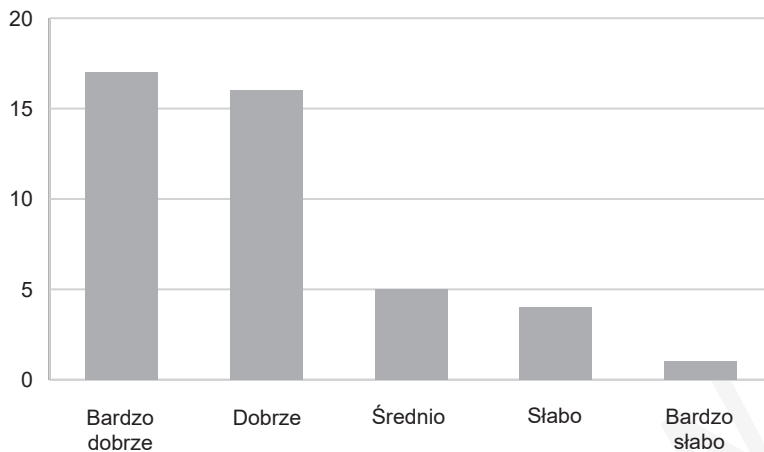
¹⁴ Prawo pacjenta do poszanowania intymności i godności regulowane jest w rozdziale 6 ustawy o prawach pacjenta (art. 20–22).

¹⁵ Prawo pacjenta do kontaktu osobistego, telefonicznego lub korespondencyjnego z innymi osobami (w tej pracy: prawo kobiety osadzonej do takiego kontaktu) stanowi wyraz prawa pacjenta do poszanowania życia prywatnego i rodzinnego, które regulowane jest w art. 33 ustawy o prawach pacjenta (w rozdziale 9).

¹⁶ Zgodnie z założeniami badania poprzestano na tego rodzaju ujęciu zagadnienia; zdaniem Autorów zidentyfikowanie takiej sytuacji wymagałoby przede wszystkim podjęcia adekwatnych rozwiązań organizacyjnych w zakładzie karnym, także popartych dalszymi (pogłębionymi) badaniami naukowymi.

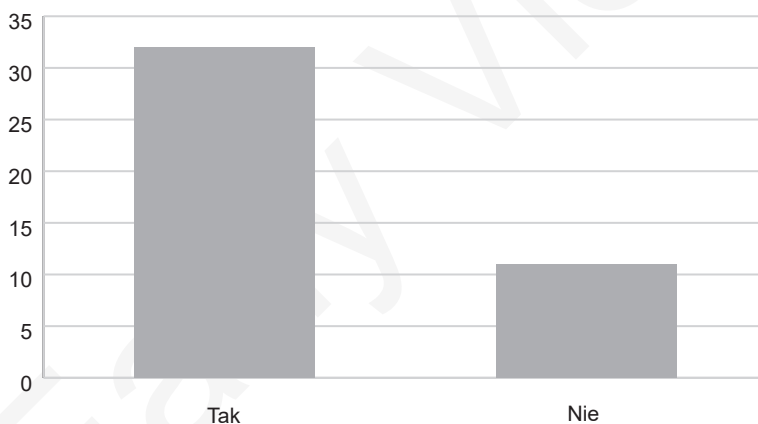
¹⁷ Art. 30 Konstytucji RP z dnia 2 kwietnia 1997 roku (Dz.U. 1997, Nr 78, poz. 483 ze zm.).

Macierzyństwo w zakładach karnych – aspekty prawne i praktyczne w świetle badań własnych



Wykres 1. Stan wiedzy na temat praw kobiet w okresie: ciąży, porodu i połogu

Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badania własnego.



Wykres 2. Stan poinformowania kobiet o ich prawach jako kobietach w okresie: ciąży, porodu i połogu w zakładach karnych

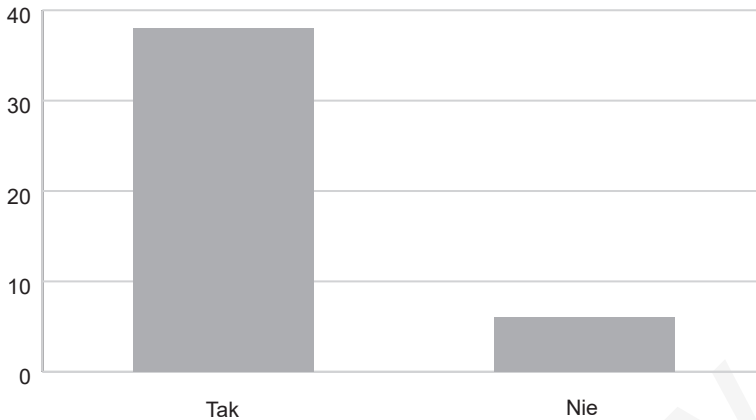
Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badania własnego.

(35) respondentek zaznaczyło, że takie prawo do kontaktu posiadało (wykres 5).

Kolejne pytanie dotyczyło kwestii, czy podczas pobytu w zakładzie karnym w okresie ciąży, porodu i połogu kobieta miała stały dostęp do opieki lekarza ginekologa oraz pielęgniarki/położnej. Ankietowane w większości odpowiedziały twierdząco – 86% (37) respondentek zaznaczyła odpowiedź „Tak”. Należy to ocenić jako dobry

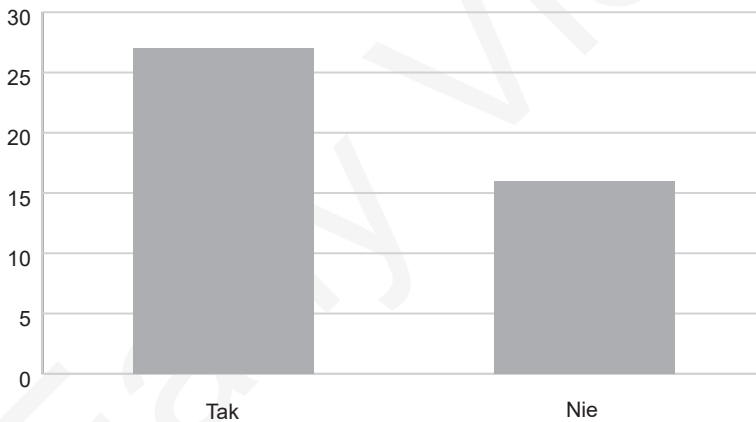
wynik, jednak (ponownie) zastanawiające jest, że 14% (6) kobiet stwierdziło, iż nie miało stałego dostępu do tak zdefiniowanej opieki medycznej (wykres 6).

Ponadto osadzone w przypadku wyboru odpowiedzi negatywnej (braku analizowanego dostępu) mogły uzupełnić odpowiedzi – na sześć kobiet skorzystało z tej szansy cztery. Uzyskano następujące odpowiedzi: bardzo często nie było



Wykres 3. Możliwość korzystania z prawa do bezpłatnych świadczeń zdrowotnych w zakładzie karnym w okresie: ciąży, porodu i połogu

Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badania własnego.



Wykres 4. Poszanowanie prawa do godności i intymności w zakładzie karnym w okresie: ciąży, porodu i połogu

Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badania własnego.

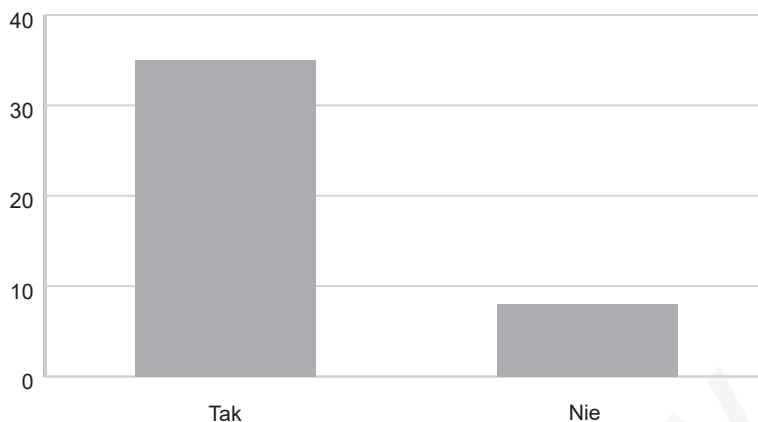
położnej; *brak realnej wizyty*; lekarz był, kiedy chciał, bagatelizował zgłaszane problemy; były zapisy i czas oczekiwania.

Następna badana kwestia dotyczyła regularnego wykonywania badań medycznych (lekarzkich) podczas pobytu w zakładzie karnym (w okresie ciąży, porodu i połogu). W tym przypadku zdecydowana większość kobiet, tj. 81% (35) odpowiedziała, że takie badania były

wykonywane regularnie, przy czym ważną kwestią pozostaje, dlaczego pozostałe 19% (9) kobiet takich badań nie miało (wykres 7).

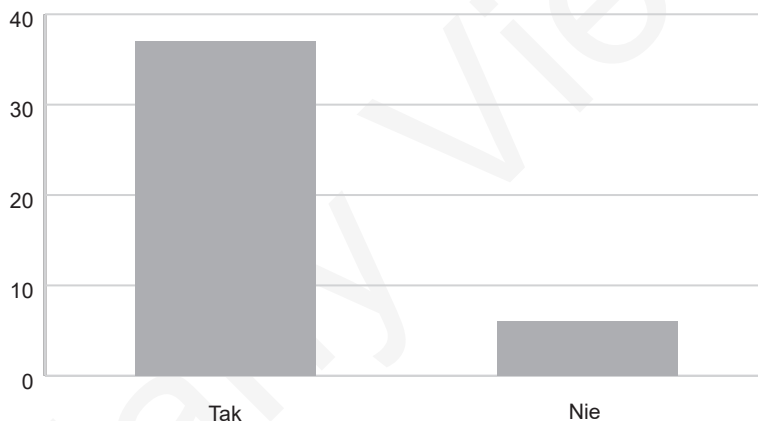
Należy uznać, że dziewięć „niebadanych” kobiet to jednak znaczna liczba, szczególnie jeśli uwzględnimy obowiązek zapewnienia (przez zakład karny) wykonywania regularnych badań wśród ciężarnych. Ponadto 1/3 ankietowanych kobiet, które odpowiedziały, że nie wykonywano

Macierzyństwo w zakładach karnych – aspekty prawne i praktyczne w świetle badań własnych



Wykres 5. Prawo do kontaktu z osobami bliskimi w zakładzie karnym w okresie: ciąży, porodu i połogu

Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badania własnego.



Wykres 6. Dostęp do opieki lekarza ginekologa, pielęgniarki/położnej w zakładzie karnym w okresie: ciąży, porodu i połogu

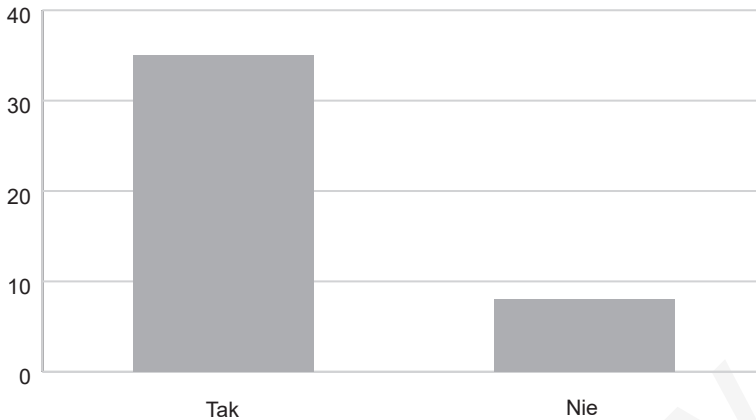
Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badania własnego.

im regularnych badań, uzasadniła, dlaczego tak było. Uzyskano następujące wyjaśnienia: *brak opcji diagnostycznych; badania i wyniki były gubione, ponawiane, nierespektowane; brak opieki medycznej.*

Jak już wyżej sygnalizowano, kwestia odpowiedniego stanu psychicznego kobiety w tak szczególnym okresie, jakim jest macierzyństwo w warunkach więziennych, okazuje się kluczowa. Z tego względu kolejnym badaniem zagadnieniem było to, czy podczas pobytu w zakładzie

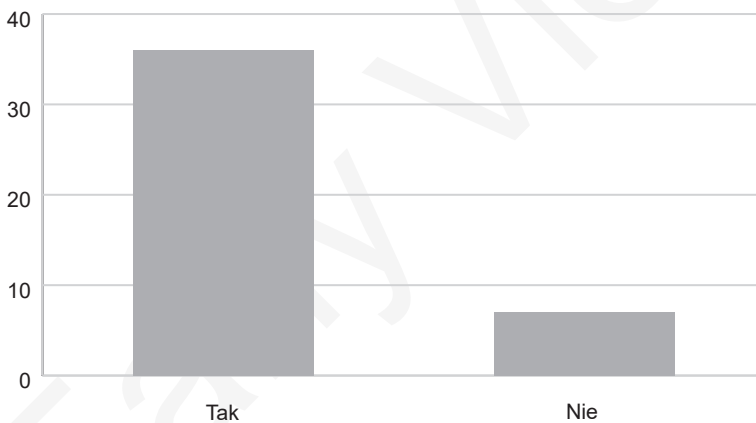
karnym w trakcie ciąży, porodu i połogu osadzona miała stały dostęp do opieki psychologicznej. W tym przypadku 84% (36) ankietowanych odpowiedziało twierdząco, co należy uznać za ogólnie zadowalający wynik. Niemniej 16% (7) kobiet takiej opieki nie miało (wykres 8).

Na tej podstawie trzeba przyjąć, że tego rodzaju zaniedbania *in concreto* mogły negatywnie wpłynąć na rozwój dziecka. Warto dodać, że jedna z respondentek stwierdziła: *Psycholog nie przychodził, kiedy o to prosiłam.*



Wykres 7. Regularność wykonywania badań medycznych (lekarskich) w zakładzie karnym w okresie ciąży, porodu oraz połogu

Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badania własnego.



Wykres 8. Stały dostęp do opieki psychologicznej w zakładzie karnym w okresie ciąży, porodu i połogu

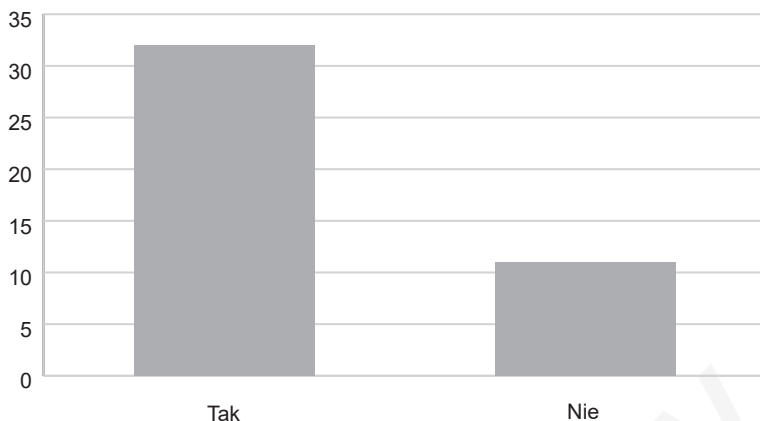
Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badania własnego.

Na wspomniany stan psychiczny skazanych ma wpływ bez wątpienia kontakt z osobami bliskimi, rozpatrywany także jako wyraz poszanowania prawa pacjenta. Tę kwestię poruszono w kolejnym pytaniu. Dotyczyło ono tego, czy podczas pobytu w zakładzie karnym w okresie ciąży, porodu i połogu osadzona miała możliwość stałego kontaktu z bliskimi, w szczególności z partnerem/ojcem dziecka. Ankietowane kobiety w większości odpowiedziały, że stworzono im taką możliwość – takich wskazań udzieliło

74% (32) respondentek. Z kolei 26% (11) odpowiedziało negatywnie (wykres 9).

Oczywiście, relacje z osobami bliskimi są sprawą indywidualną, przez co trudno ocenić sytuację, w której aż dziewięć kobiet zdecydowało się wyjaśnić, dlaczego tego kontaktu nie ma wcale lub nie jest on stały (w szczególności wymagałoby to badań o charakterze jakościowym)¹⁸.

¹⁸ Uzyskano następujące odpowiedzi: ograniczona ilość widzeń przez COVID-19; telefoniczny



Wykres 9. Możliwość stałego kontaktu z osobami bliskimi (ojcem dziecka, partnerem) podczas pobytu w zakładzie karnym

Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badania własnego.

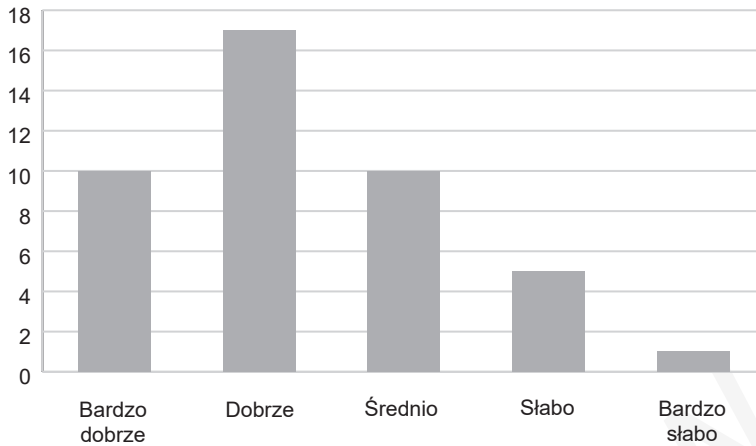
Kolejne kwestie dotyczyły ocen respondentek w odniesieniu do opieki świadczonej przez personel zakładu karnego w okresie ciąży oraz po porodzie (wykresy 10 i 11). Jako bardzo dobrą świadczoną opiekę oceniło 23% (10) ankietowanych. Najwięcej, bo 40% (17 wskazań), odbiera ją jako dobrą. Łącznie daje to ponad połowę (63%) odpowiedzi, zgodnie z którymi kobiety czuły się otoczone właściwą opieką w trakcie ciąży. Z kolei 23% (10) respondentek postrzega tę opiekę jako średnią, 12% (5) jako słabą, a 2% (1) jako bardzo słabą. Opieka świadczona po porodzie została przez większość kobiet oceniona pozytywnie – 23% (10) badanych określiło ją jako bardzo dobrą, a 35% (15) jako dobrą. Należy także odnotować, że 30% (13) ankietowanych odpowiedziało, że opieka była średnia, 9% (4) oceniło ją jako słabą, a 2% (1 osoba) jako bardzo słabą. Jest to sytuacja akceptowalna, przy czym z pewnością nie w pełni satysfakcjonująca.

Następne pytanie dotyczyło tego, czy podczas pobytu danej respondentki w zakładzie karnym

1 x dziennie; brak możliwości; przebywa w zakładzie karnym; brak możliwości; rozwodzę się z ojcem dziecka; nie utrzymujemy kontaktu; nie przyznaje się do dziecka i przebywa w zakładzie karnym; nie mam kontaktu z ojcem dziecka, utrzymuję kontakt tylko z rodziną.

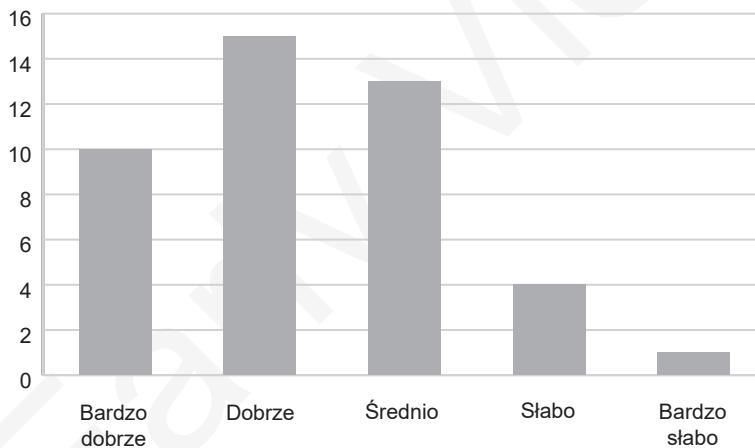
w okresie ciąży, porodu i połogu zmieniły się warunki tego pobytu (wykres 12). W tym przypadku większość kobiet odpowiedziała, że warunki pobytu nie uległy zmianie (63%, tj. 27 ankietowanych), z kolei 37% (16) badanych udzieliło przeciwnych odpowiedzi. Niemniej te ostatnie, zapytane o zmianę, odpowiedziały, że zostały przeniesione do DMiDz, a warunki ich pobytu dostosowano do potrzeb dziecka. W związku z tym powyższą sytuację należy ocenić pozytywnie.

Zgodnie z kolejno uzyskanymi odpowiedziami 67% (29) kobiet wskazało, że pobyt w zakładzie karnym w okresie ciąży i porodu oraz po porodzie nie będzie miał negatywnego wpływu na rozwój dziecka, a zdecydowana mniejszość, tj. 33% (14) respondentek, twierdziła, że pobyt ten nie wpłynie korzystnie na rozwój dziecka urodzonego (jednak) w warunkach izolacji więziennej (wykres 13). Warto dodać, że wyłącznie cztery osadzone zdecydowały się na uzasadnienie swojej odpowiedzi. W swoich wypowiedziach zwróciły uwagę na takie aspekty jak: *zaniedbanie dziecka w zakładzie; nieodpowiednia służba zdrowia; złe wyżywienie; ograniczenia w kontakcie z rodziną; pośpiech; brak czasu dla dziecka; nagonka personelu; brak możliwości wychowywania dziecka po swojemu*. Jedna z badanych stwierdziła, że DMiDz *nie jest prawdziwym domem*. Trudno



Wykres 10. Ocena świadczonej opieki przez personel zakładu karnego w okresie ciąży

Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badania własnego.



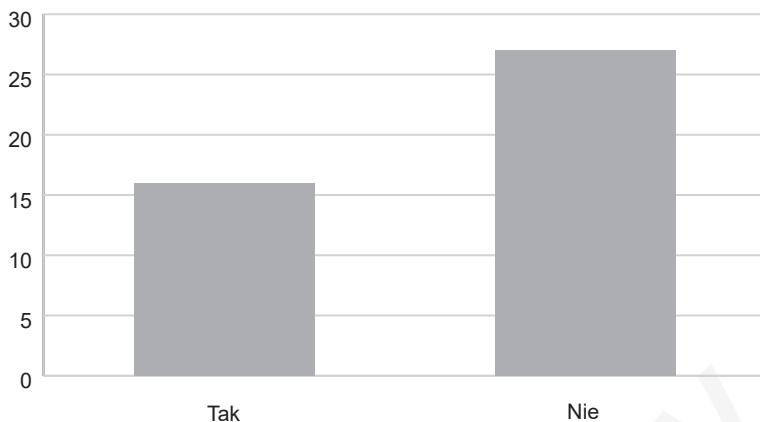
Wykres 11. Ocena świadczonej opieki przez personel zakładu karnego w okresie po porodzie

Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badania własnego.

zinterpretować uzyskane wyniki, należałoby odnieść je do przyszłych badań na temat losów zarówno matek, jak i dzieci po opuszczeniu zakładu karnego.

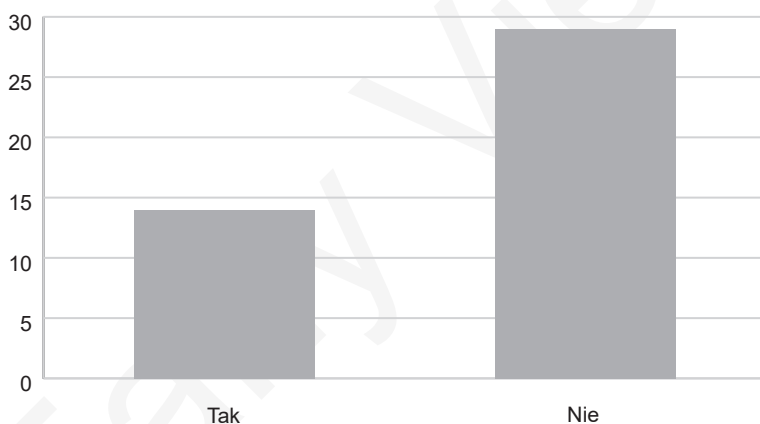
Przyjmuje się, że depresja poporodowa, potocznie zwana *baby blues*, jest bardzo częstym zjawiskiem występującym wśród kobiet, które po raz pierwszy stały się matkami. Na tej podstawie sformułowano pytanie, czy respondentka

doświadczyła po porodzie tzw. syndromu *baby blues*, tj. smutku poporodowego związanego z nową rolą i obowiązkami rodzicielskimi (wykres 14). Za zadowalający należy uznać wynik, zgodnie z którym aż 91% (39) badanych nie miało do czynienia z tym zjawiskiem. Niestety, 9% (4) ankietowanych doświadczyło depresji poporodowej, którą można uznać za poważne zaburzenie stanu zdrowia psychicznego, zwłaszcza



Wykres 12. Zmiana warunków podczas pobytu w zakładzie karnym w okresie: ciąży, porodu i połogu

Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badania własnego.



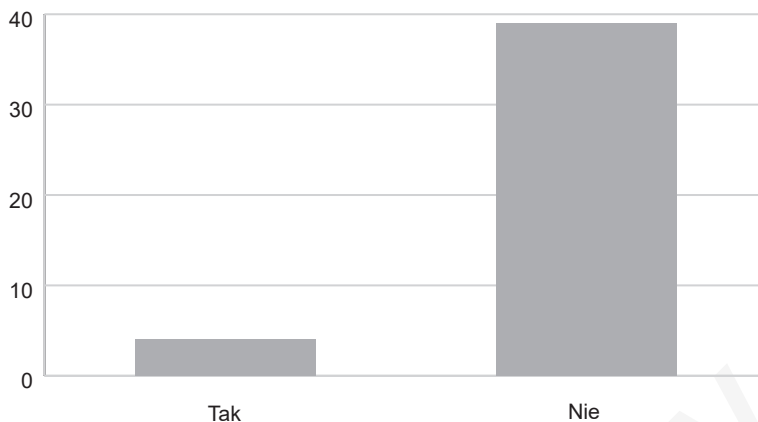
Wykres 13. Negatywny wpływ pobytu dziecka w zakładzie karnym w okresie: ciąży i porodu oraz po porodzie na jego rozwój

Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badania własnego.

kiedy weźmiemy pod uwagę pobyt w zakładzie karnym¹⁹.

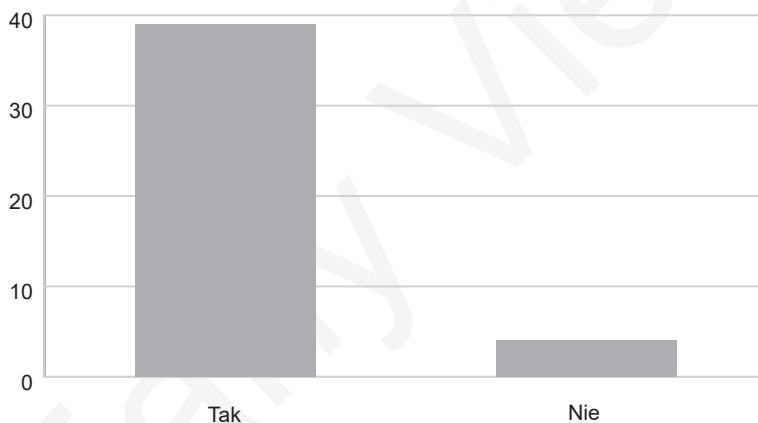
¹⁹ Można dodać, że tylko jedna z osadzonych matek zdecydowała się na krótki opis doświadczonego syndromu *baby blues*, wskazując: *Pierwsze dziecko, przylotczyło mnie macierzyństwo z pobytem w zakładzie karnym. Płakałam po porodzie, nie chciałam patrzeć na dziecko.*

Na koniec proszono skazane o odpowiedź na pytanie, czy fakt, że zostały matkami, będzie miał, ich zdaniem, dodatni wpływ na proces resocjalizacji (wykres 15). W tym przypadku 91% (39) badanych kobiet uznało macierzyństwo za pozytywny czynnik w procesie resocjalizacji. Wśród nich 17 respondentek zdecydowało się wskazać, na czym polegała zmiana ich sytuacji po tym, jak stały się matkami, a 9% (4) nie widziało



Wykres 14. Doświadczenie tzw. syndromu baby blues po porodzie przez skazane kobiety

Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badania własnego.



Wykres 15. Pozytywny wpływ stania się matką na proces resocjalizacji skazanych kobiet

Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badania własnego.

powiązania pomiędzy resocjalizacją a macierzyństwem²⁰.

²⁰ Uzyskano następujące wskazania: *Macierzyństwo pomaga poznać siebie, czujesz się potrzebny, uświadamiasz sobie wiele rzeczy, Macierzyństwo zupełnie odmienia sposób myślenia, wartości, cele w życiu, Macierzyństwo wyzwała pozytywne emocje, co sprzyja chęci zmiany i dobrego postępowania; Pobyt z dzieckiem od urodzenia; Kocham swoje dziecko; Zmiana życia; Jest przy mnie osoba, którą kocham nad życie*

i zrobię dla niej wszystko; Trzymanie nerwów i nauka cierpliwości; Zależy mi na dziecku, nie popełnię już żadnych przestępstw; Dla mojego dziecka jestem gotowa trwale się zmienić na lepsze. Nie zamierzam już nigdy wracać do zakładu karnego; Dziecko uczy cierpliwości; Mam się dla kogo starać, łatwiej jest przetrwać ten trudny czas; Mam dla kogo żyć i się starać. Chcę szybko wyjść, aby pokazać świat dziecku; Czuje obowiązek, żeby się dla niego poświęcić i być grzeczną, a po wyjściu nie dopuścić się niczego,

PODSUMOWANIE

Należy uznać, że osadzone matki tworzą *sui generis* specyficzną grupę ludzi – są to bowiem kobiety, które przez popełnione błędy skazały swoje dzieci na życie w warunkach szczególnych, tj. izolacji więziennej. Ta szczególna sytuacja życiowa determinuje ich postawy, co widać w ich opiniach, także w ramach przedstawionego badania. Analiza ankiet wskazuje, jak ważną jest rola matki i jaką siłę daje macierzyństwo. Niezależnie od warunków, w jakich ma ono miejsce, a przede wszystkim niezależnie od zidentyfikowanych problemów, takich jak brak dostępu do lekarza, badań czy opieki psychologicznej, kobieta rodzi i wychowuje dziecko i – co najważniejsze – potrafi czerpać radość z macierzyństwa. Można przyjąć, że podejmuje przy tym działania, by pobyt w domu matki i dziecka przy zakładzie karnym nie miał negatywnego wpływu na rozwój jej potomstwa²¹.

Niezwykle trudno jest sobie wyobrazić, aby kobieta nie miała dostępu do specjalistycznej opieki medycznej: do lekarza, pielęgniarki czy położnej w tzw. zwykłym życiu, a co dopiero skazana, będąca w ciąży, przebywająca w zakładzie karnym, niemająca możliwości skonsultowania swojego stanu zdrowia fizycznego i psychicznego tak w sytuacjach codziennych, jak i nagłych. Jest to bardzo ważne także w przypadku obciążenia innymi chorobami (np. cukrzycą), wymagającymi szczególnej opieki medycznej. Standard opieki okołoporodowej w takich sytuacjach będzie przedstawiał się odmiennie, co wymaga odpowiednich rozwiązań prawnych (*de iure*), a przede wszystkim organizacyjnych (*de facto*)²².

Według obowiązujących przepisów prawa pobyt kobiet w okresie macierzyństwa

w zakładzie karnym nie powinien właściwie niczym się różnić od warunków zapewnianych przez publiczny system ochrony zdrowia, tj. świadczeń zdrowotnych dla matek na wolności. Niemniej przeprowadzone badania wskazują na coś innego. Niezależnie od tego, czy kobieta jest osobą osadzoną, czy też nie, nie można za to karać jej nienarodzonego dziecka. Nieregularne badania, brak dostępu do opieki psychologa, brak wizyt lekarskich – to wszystko ma wpływ na dziecko, które po ukończeniu 3. roku życia zazwyczaj opuszcza mury zakładu karnego i rozpoczyna życie na wolności jak jego rówieśnicy.

Mimo wskazanych i analizowanych wybranych przepisów prawnych odnoszących się do opieki okołoporodowej, które obowiązują od kilku, a nawet kilkunastu lat, należy uznać, że stan opieki sprawowanej nad ciężarnymi i matkami w polskich zakładach karnych powinien ulec poprawie, co dotyczy zwłaszcza opieki ginekologiczno-położniczej. Jako kluczową kwestię należy wskazać zapewnienie stałej opieki lekarza (dyżurnego), pielęgniarki i położnej oraz wyspecjalizowanego psychologa (terapeuty), których zadaniem będzie realna pomoc świadczona kobietom w tym szczególnym stanie i trudnym okresie życia. Autorzy mają przy tym świadomość, jak ważne jest pogłębienie badań w tym zakresie, a nawet zagwarantowanie ich cykliczności w celu odpowiedniego (i możliwego) zdiagnozowania sytuacji matek i ich dzieci w zakładach karnych.

Kobieta przebywająca w więzieniu jest człowiekiem i obywatelem jak każdy inny. Już z tego względu powinna mieć zapewnioną realizację konstytucyjnych praw do szacunku oraz zachowania godności i intymności. Macierzyństwo daje siłę, jest źródłem miłości i motywacji do lepszego życia, w którym „niemożliwe staje się możliwe”.

BIBLIOGRAFIA

(Akty prawne wskazane w treści i przypisach do artykułu)

Cardenas-Pineda L., Alva Mantari A., Munoz R., Ordoñez-Ccora G., Guerra T., Jurado-Condori S. (2020). Exploratory Study of the Effect of Obstetric Psychoprophylaxis on the Cortisol

co spowoduje, że wrócę do zakładu karnego i stracę syna; Możliwość wcześniejszego wyjścia z dzieckiem; Stałam się odpowiedzialna nie tylko za siebie; Od tego momentu nie jestem odpowiedzialna tylko za siebie, ale również za drugiego człowieka, który bez mojej pomocy nie jest w stanie zrobić nic.

²¹ Więcej: Pierzchała, 2023; Toroń-Fórmanek, 2020; Matysiak-Błaszczuk, 2016.

²² Szczegółowa analiza tej kwestii przekracza przyjęte ramy pracy.

- Level in Pregnant Women. *International Journal of Advanced Computer Science and Applications*, 11(4), <https://thesai.org/Publications/ViewPaper?Volume=11&Issue=4&Code=IJACSA&SerialNo=82> (dostęp: 19.06.2024).
- Grudzińska K. (2013). Więzień długoterminowy w izolacji penitencjarnej. *Resocjalizacja Polska*, 4.
- Jenczura A., Kotlarz B., Naworska B. (2020). Samodzielność zawodowa położnej. W: B. Naworska, B. Kotlarz (red.), *Poród. Przebieg, zasady prowadzenia i kompetencje położnicze. Podręcznik dla studentów kierunków medycznych*. Katowice: Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach.
- Kuć M. (2007). Indywidualizacja wykonywania kary pozbawienia wolności. Lublin: Towarzystwo Naukowe KUL.
- Matysiak-Błaszczuk A. (2016). *Więziennicze macierzyństwo. Studium socjopedagogiczne*. Poznań: Wydawnictwo Naukowe UAM.
- Pierzchała K. (2023). *Resocjalizacja skazanych matek w polskich zakładach karnych*. Lublin: Wydawnictwo KUL.
- Piotrów E. (2008). Wykonywanie kary pozbawienia wolności względem kobiet. W: A. Jaworowska (red.), *Kryminologia i kara kryminalna. Wybrane zagadnienia*. Kraków: Oficyna Wydawnicza „Impuls”, 179–181.
- Postulski K. (2012). *Kodeks karny wykonawczy. Komentarz*. Warszawa: Wydawnictwo „Wolters Kluwer Polska”.
- Reczek H. (2009). Oddziaływania wychowawcze w Domu dla Matki i Dziecka przy Zakładzie Karnym nr 1 w Grudziądzu. W: I. Dybalska (red.), *Kobieta w więzieniu – polski system penitencjarny wobec kobiet w latach 1998–2008*. Warszawa: Instytut Rozwoju Służb Społecznych, 229–231.
- Sitnik K. (2012). Uwagi dotyczące wykonywania kary pozbawienia wolności w przywiezionych Domach dla Matki i Dziecka. *Nowa Kodyfikacja Prawa Karnego*, 28, 231–245.
- Teleszewska M. (2018). *Wykonywanie kary pozbawienia wolności wobec kobiet*. Białystok: Wydział Prawa Uniwersytet w Białymstoku.
- Toroń-Fórmanek B. (2020). *Sytuacja skazanych kobiet w izolacji więziennej*. Kraków: Wydawnictwo „Impuls”.

Źródła finansowania / Funding sources: brak źródeł finansowania / no sources of funding

Wkład Autorów / Authors' contributions: Paweł Lipowski (50%), Oliwia Tatarkiewicz (50%)

Konflikt interesów / Conflict of interest: brak konfliktu interesów / no conflict of interest Otrzymano/Received: 15.01.2024

Zaakceptowano/Accepted: 24.02.2024