



Umieralność dzieci i młodzieży

Spadek umieralności dzieci i młodzieży w krajach wysoko rozwiniętych, w tym w Polsce, jest wskaźnikiem rozwoju cywilizacyjnego i poziomu opieki zdrowotnej. Malejącą tendencję umieralności niemowląt można wiązać z poprawą jakości ochrony zdrowia kobiet oczekujących na dzieci i okołoporodową opieką zdrowotną nad dziećmi.

Dane na temat umieralności starszych dzieci w znacznie mniejszej mierze informują o problemach zdrowotnych tej populacji. Główną kategorią przyczyn umieralności dzieci po pierwszym roku życia są tzw. przyczyny zewnętrzne, czyli wypadki, zatrucia i urazy. Zgony starszych dzieci często spowodowane są zaniedbaniami dorosłych odpowiedzialnych za bezpieczeństwo dziecka lub aktywnym krzywdzeniem dziecka. Bezpośrednią lub pośrednią przyczyną tych przypadków śmierci dzieci jest również brak odpowiednich działań profilaktycznych gwarantujących im bezpieczeństwo, a tym samym ochronę zdrowia i życia.

System ochrony zdrowia dzieci i młodzieży musi uwzględniać przeciwdziałanie wypadkom i urazom u dzieci, w tym wypadkom komunikacyjnym, które powodują blisko połowę wszystkich zgonów dzieci i młodzieży z przyczyn zewnętrznych. Konieczne jest wprowadzenie systemowej edukacji prozdrowotnej oraz zwiększenie liczby programów profilaktycznych skierowanych do dzieci. Wyzwaniem polityki społecznej jest także ochrona dzieci przed przemocą i zaniedbaniem w rodzinach — identyfikacja rodzin ryzyka, wspieranie ich oraz monitoring bezpieczeństwa wychowujących się w nich dzieci. Wymaga tego ochrona życia i zdrowia dzieci rozumianego jako stan pełnego dobrostanu fizycznego, umysłowego i społecznego¹.

Konwencja o prawach dziecka

Artykuł 3. 2. Państwo ma obowiązek zapewnienia dziecku ochrony i opieki.

Artykuł 3. 3. Państwo zapewnia standardy bezpieczeństwa, zdrowia, doboru kadr i nadzoru w instytucjach odpowiedzialnych za opiekę lub ochronę dzieci.

Artykuł 6. Każde dziecko ma prawo do życia i rozwoju.

Artykuł 19. Dziecko ma prawo do ochrony przed wszelkimi formami przemocy fizycznej bądź psychicznej, krzywdy lub nadużyć, zaniedbania bądź niedbałego traktowania lub wyzysku.

Artykuł 24. Dziecko ma prawo do jak najwyższego poziomu zdrowia i leczenia oraz rehabilitacji zdrowotnej.

Umieralność dzieci i młodzieży

1. Wstęp

Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) definiuje zdrowie jako stan pełnego dobrostanu fizycznego, umysłowego i społecznego, a nie jedynie brak choroby lub niepełnosprawności².

W dzieciństwie zły stan zdrowia jest szczególnie niebezpieczny, ponieważ może przeszkodzić w realizacji procesów rozwojowych i w ten sposób doprowadzić do długoterminowych i trwałych problemów zdrowotnych. W tym rozdziale prezentowana jest jedynie niewielka część danych obrazujących sytuację zdrowotną dzieci i młodzieży w Polsce. Zasygnalizowane zostały tendencje umieralności niemowląt, które są cywilizacyjną miarą jakości ochrony zdrowia dzieci oraz umieralności i zagrożeń zdrowia dzieci z przyczyn zewnętrznych, często związanych z zaniedbaniami rodziców lub opiekunów dziecka lub aktywnym krzywdzeniem dziecka. Przedstawienie zagrożeń zdrowia rozumianego — zgodnie z przytoczoną definicją WHO — jako dobrostan fizyczny, umysłowy i społeczny, w pewnej mierze realizują wszystkie rozdziały niniejszego *Raportu*. Wiele istotnych zagadnień związanych z problemami zdrowotnymi i stylem życia dzieci i młodzieży nie znalazło jednak w nim miejsca.

Mówią rodzice

Właściwie nie wiem, dlaczego do Was piszę. Może ktoś mnie zrozumie. Mój Patryk miałby dziś dwa lata. Pół roku temu umarł, bo mnie nie było w domu. Wyszedłem tylko na pół godziny. Do dziś nie wiem jak on wypadł z łóżeczka, nigdy nie próbował z niego wychodzić.

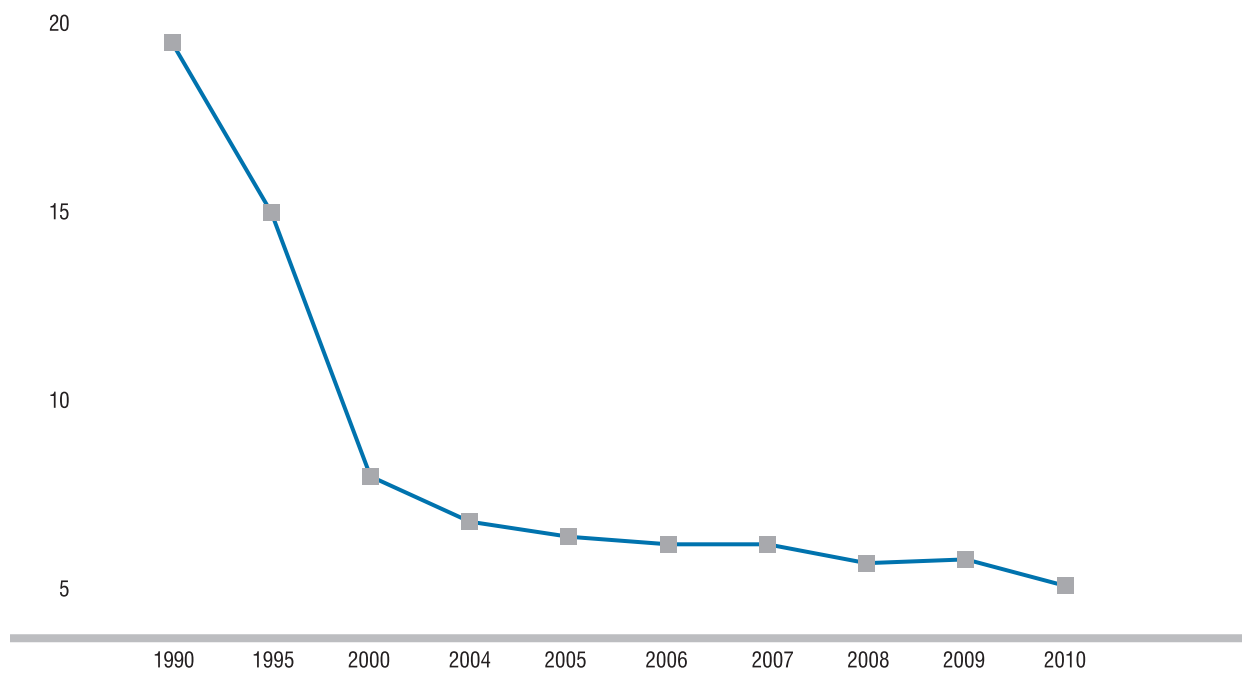
Z maila do Fundacji Dzieci Niczyje

2. Umieralność niemowląt

Współczynniki umieralności są jednymi z miar, dających obraz stanu zdrowia i bezpieczeństwa dzieci. Spadek umieralności zarówno niemowląt, jak i dzieci w wieku poniżej 5 lat, to ważne miary postępu cywilizacyjnego w kraju.

W 2010 r. w Polsce zarejestrowano 2,2 tys. zgonów dzieci w wieku poniżej 1. r.ż. (ok. 100 mniej niż przed rokiem). Współczynnik liczby zgonów niemowląt na 1 000 urodzeń żywych wyniósł 5,2‰ — prawie o 3 punkty mniej niż na początku XXI wieku, gdy wynosił ok. 8‰, co potwierdza ciągły trend malejącej umieralności niemowląt.

WYKRES 1. ZGONY NIEMOWLĄT NA 1 000 URODZEŃ ŻYWYCH W LATACH 1990–2009.



Źródło: GUS (2010), *Podstawowe informacje o rozwoju demograficznym Polski w latach 2000–2009*.

W ogólnej liczbie zmarłych niemowląt ponad 70% umiera przed ukończeniem pierwszego miesiąca życia, w tym około połowa w okresie pierwszego tygodnia życia. Przyczyną ponad połowy zgonów niemowląt są choroby i stany okresu okołoporodowego, czyli powstające w trakcie trwania ciąży matki i w okresie pierwszych 6 dni życia noworodka, kolejną 1/3 zgonów powodują wady rozwojowe wrodzone, a przyczyną pozostałych są choroby nabyte w okresie niemowlęcym lub urazy.

Podobnie jak ogólny współczynnik zgonów niemowląt, także współczynnik umieralności okołoporodowej (urodzenia martwe i zgonów niemowląt w wieku 0–6 dni na 1 000 urodzeń żywych i martwych) wykazuje tendencję spadkową; w 2008 r. kształtował się on na poziomie ok. 7,6%; na początku tego stulecia wynosił prawie 10%, zaś w latach 90. prawie 20%. Od 1998 r. powoli zbliżamy się do poziomu średniego współczynnika śmiertelności niemowląt w krajach UE (obecnie wyższy od Polski współczynnik umieralności niemowląt ma Rumunia, Łotwa, Estonia oraz Malta)³. Wskazuje się, że wysoki poziom śmiertelności niemowląt w Polsce jest wynikiem wyższej niż w innych krajach UE śmiertelności dzieci urodzonych przedwcześnie.

Wśród krajów OECD wyższe niż w Polsce współczynniki umieralności niemowląt odnotowano jedynie w Kanadzie, Stanach Zjednoczonych, Meksyku i Turcji.

TABELA 1. ŚMIERTELNOŚĆ NIEMOWLĄT W KRAJACH OECD (ZGONY NA 1 000 URODZEŃ ŻYWYCH)

Kraj	1970	1980	1990	2000	2008
Australia	17,9	10,7	8,2	5,2	4,1
Austria	25,9	14,3	7,8	4,8	3,7
Belgia	21,1	12,1	8,0	4,8	3,4
Kanada	18,8	10,4	6,8	5,3	5,7
Chile	78,0	35,0	18,0	8,9	7,0
Czechy	20,2	16,9	10,8	4,1	2,8
Dania	14,2	8,4	7,5	5,3	4,0
Estonia	17,7	17,1	12,3	8,4	5,0
Finlandia	13,2	7,6	5,6	3,8	2,6
Francja	18,2	10,0	7,3	4,5	3,8
Niemcy	22,5	12,4	7,0	4,4	3,5
Grecja	29,6	17,9	9,7	5,4	2,7
Węgry	35,9	23,2	14,8	9,2	5,6
Islandia	13,3	7,8	5,8	3,0	2,5
Irlandia	19,5	11,1	8,2	6,2	3,0
Izrael	-	15,6	9,9	5,5	3,8
Włochy	29,0	14,6	8,2	4,5	3,7
Japonia	13,1	7,5	4,6	3,2	2,6
Korea	45,0	-	-	-	4,7
Luksemburg	24,9	11,5	7,3	5,1	1,8
Meksyk	80,9	52,6	39,2	19,4	15,2
Holandia	12,7	8,6	7,1	5,1	3,8
Nowa Zelandia	16,7	13,0	8,4	6,3	4,9
Norwegia	12,7	8,1	6,9	3,8	2,7
Polska	36,7	25,5	19,3	8,1	5,6
Portugalia	55,5	24,2	11,0	5,5	3,3
Słowacja	25,7	20,9	12,0	8,6	5,9
Słowenia	24,5	15,3	8,4	4,9	2,1
Hiszpania	28,1	12,3	7,6	4,4	3,5
Szwecja	11,0	6,9	6,0	3,4	2,5
Szwajcaria	15,5	9,0	6,7	5,3	4,0
Turcja	145,0	117,5	55,4	28,9	17,0
Wielka Brytania	18,5	12,1	7,9	5,6	4,7
Stany Zjednoczone	20,0	12,6	9,2	6,9	6,7
OECD średnio	29,7	18,3	11,3	6,6	4,6

Źródło: OECD Health Data 2010 and WHO Global Health Observatory 2010, www.oecd.org/dataoecd/4/36/46796773.pdf

3. Umieralność dzieci w wieku 1–19 lat

Obecnie rocznie notuje się nieco poniżej 2,5 tysiąca zgonów w grupie dzieci i młodzieży w wieku 1–19 lat. W 2006 r. współczynnik umieralności wynosił w tej grupie wiekowej 28,5 na 100 tys. osób. Najmniejsze wskaźniki odnotowano w kategorii dzieci w wieku 5–9 lat, a największe w wieku 15–19 lat. Umieralność dzieci i młodzieży zamieszkałych na wsi jest zdecydowanie wyższa niż wśród tych mieszkających w miastach — zależność ta szczególnie dotyczy nastolatków. Wskaźniki umieralności chłopców są wyższe niż dziewcząt w każdej kategorii wiekowej. W zależności od płci, wieku i miejsca zamieszkania współczynnik umieralności wahał się od 10,7 (dziewczęta w wieku 5–9 lat mieszkające w mieście) do 78,7 (chłopcy w wieku 15–19 lat, mieszkający na wsi) ⁴.

TABELA 2. ZGONY DZIECI I MŁODZIEŻY WEDŁUG PŁCI, WIEKU ORAZ MIEJSCA ZAMIESZKANIA 2006 R.

Wiek w latach	Liczba zgonów			Na 100 000		
	Ogółem	Miasto	Wieś	Ogółem	Miasto	Wieś
Ogółem						
1–4	388	208	180	27,4	25,9	29,3
5–9	305	141	164	15,6	13,4	18,3
10–14	441	216	225	18,6	16,9	20,5
15–19	1 304	640	664	46,1	40,2	53,7
1–19	2 438	1 205	1 233	28,5	25,5	32,1
Chłopcy						
1–4	214	114	100	29,4	27,6	31,6
5–9	183	86	97	18,3	15,9	21,1
10–14	274	127	147	22,6	19,5	26,3
15–19	962	464	498	66,5	57,0	78,7
1–19	1 633	791	842	37,2	32,7	42,8
Dziewczęta						
1–4	174	94	80	25,3	24,1	26,7
5–9	122	55	67	12,8	10,7	15,4
10–14	167	89	78	14,4	14,3	14,6
15–19	342	176	166	24,7	22,6	27,5
1–19	805	414	391	19,3	18,0	20,9

Źródło: Mazur J., Malinowska–Cieślak M. (2010), *Perspektywy dalszego obniżenia umieralności dzieci i młodzieży w Polsce*, Medycyna Wieku Rozwojowego, T. XIV, nr 2.

Polska zajmuje niekorzystne 19. miejsce w międzynarodowym rankingu współczynników umieralności dzieci, młodzieży i młodych dorosłych w krajach Unii Europejskiej.

TABELA 3. UMIERALNOŚĆ OSÓB W WIEKU 1–24 LAT W KRAJACH UNII EUROPEJSKIEJ (OSTATNI DOSTĘPNY ROK).

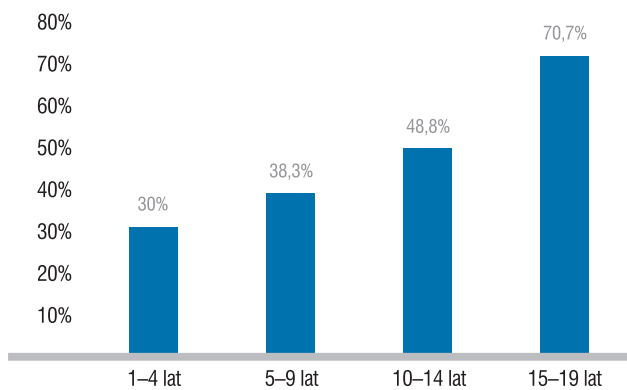
Kraj	Rok	1–4 lat		5–14 lat		15–24 lat	
		na 100 000	ranga	na 100 000	ranga	na 100 000	ranga
Austria	2008	19,1	11	8,3	1	49,4	12
Belgia	2004	20,5	14	10,1	6	52,3	15
Bułgaria	2006	50,5	27	31,0	27	64,5	23
Cypr	2007	11,9	3	22,3	22	61,3	21
Czechy	2007	21,1	15	12,0	14	49,8	13
Dania	2006	15,0	5	10,3	7	39,4	3
Estonia	2005	46,4	25	23,0	23	91,4	26
Finlandia	2007	19,9	13	11,0	9	60,0	20
Francja	2006	19,8	12	10,4	8	44,5	9
Grecja	2007	18,0	8	11,8	12	56,5	18
Hiszpania	2005	21,7	16	12,5	15	44,2	8
Holandia	2007	18,9	10	10,0	5	31,1	1
Irlandia	2006	13,7	4	11,6	11	55,1	16
Litwa	2007	32,3	22	29,2	24	103,9	27
Luksemburg	2006	8,9	2	11,9	13	48,2	11
Łotwa	2007	39,1	24	30,1	26	77,2	25
Malta	2007	6,3	1	14,3	17	42,9	7
Niemcy	2006	18,3	9	9,7	3	36,3	2
Polska	2007	25,7	19	16,2	19	59,0	19
Portugalia	2004	32,1	21	18,8	21	55,8	17
Rumunia	2008	50,4	26	29,2	25	65,4	24
Słowacja	2005	35,4	23	16,5	20	50,2	14
Słowenia	2007	24,8	18	12,6	16	61,6	22
Szwecja	2006	17,5	7	9,1	2	41,2	5
Węgry	2005	32,1	20	14,5	18	47,3	10
Wielka Brytania	2007	22,7	17	11,4	10	41,8	6
Włochy	2006	17,1	6	9,9	4	40,9	4

Źródło: Mazur J., Malinowska-Gieśliik M. (2010), *Perspektywy dalszego obniżenia umieralności dzieci i młodzieży w Polsce*, Medycyna Wieku Rozwojowego, T. XIV, nr 2.

Główną kategorią przyczyn umieralności dzieci i młodzieży po pierwszym roku życia są tzw. przyczyny zewnętrzne, czyli wypadki, zatrucia i urazy. Od 1999 do 2006 r. w Polsce zmarło 23 378 dzieci i młodzieży w wieku 1–19 lat. 12 898 z nich zmarło z powodu przyczyn zewnętrznych (55% ogółu zgonów w tej grupie wieku). Chłopcy stanowili 74% zmarłych z powodu przyczyn zewnętrznych, a w podziale na kategorie wieku oraz przyczyny, zgony chłopców stanowiły od 48% (zatrucie w grupie wieku 7–12 lat) do 91% (samobójstwo 19–latków)⁵.

Udział przyczyn zewnętrznych w statystyce zgonów rośnie wraz z wiekiem. W wieku 1–4 lat zgony z powodu urazów stanowią 30% wszystkich przyczyn, wobec ponad 70% w wieku 15–19 lat.

WYKRES 2. UDZIAŁ PROCENTOWY PRZYCZYN ZEWNĘTRZNYCH W STATYSTYCE ZGONÓW DZIECI I MŁODZIEŻY WEDŁUG WIEKU (POLSKA 2006).



Źródło: Mazur J., Malinowska-Ciešlik M. (2010), *Perspektywy dalszego obniżenia umieralności dzieci i młodzieży w Polsce*, Medycyna Wieku Rozwojowego, T. XIV, nr 2.

Blisko połowa wszystkich zgonów dzieci i młodzieży z przyczyn zewnętrznych to zgony spowodowane wypadkami komunikacyjnymi. Wśród zgonów osób w wieku 1–19 lat jest to najczęstsza przyczyna zgonu w każdej podkategorii wiekowej.

Według danych Policji, w 2008 r. blisko 10 tys. dzieci do 17. roku życia zostało poszkodowanych w wypadkach komunikacyjnych, 333 z nich zmarło.

TABELA 4. OFIARY WYPADKÓW DROGOWYCH W WIEKU 0–17 LAT W LATACH 2005–2008.

Grupy wieku	2005		2006		2007		2008	
	Zabici	Ranni	Zabici	Ranni	Zabici	Ranni	Zabici	Ranni
0–6 lat	59	1 526	50	1 446	59	1 480	49	1 512
7–14 lat	114	4 565	101	4 311	97	4 274	97	4 241
15–17 lat	165	3 388	149	3 156	180	3 527	185	3 671

Źródło: *Wypadki drogowe w Polsce* (2008), Warszawa: Komenda Główna Policji.

TABELA 5. UDZIAŁ DZIECI W WYPADKACH DROGOWYCH WG RODZAJU UCZESTNIKA.

Rodzaj uczestnika	Wiek	Wypadki	Zabici	Ranni
Pieszcy	0–6	470	15	455
	7–14	1 784	32	1 797
Pasażer	0–6	1 027	34	1 012
	7–14	1 557	47	1 579
Kierujący	0–6	45	-	45
	7–14	872	18	865
Ogółem	0–14	5 755	146	5 753

Źródło: *Wypadki drogowe w Polsce* (2008), Warszawa: Komenda Główna Policji.

Mówią dzieci

Potrzebuję pomocy. Od 2 lat lecę się u psychiatry, dwa razy dostałam skierowanie do szpitala. Ale mama nie chce się na to zgodzić. Tata nie żyje, jesteśmy tylko we dwie. Z dalszą rodziną nie mam kontaktu, wszystko popsulo się po śmierci taty. Ja sobie z tym wszystkim nie radzę. Nie mam już siły żyć. Ostatnio nie mogę przestać myśleć o tym, że byłoby lepiej, gdyby mnie nie było.
— Agnieszka 15 lat.

Z telefonów i maili do Telefonu Zaufania dla Dzieci i Młodzieży 116 111

Samobójstwa stanowią drugą po wypadkach przyczynę zgonów wśród dzieci powyżej 13. r.ż., młodzieży i młodych dorosłych. Zdecydowana większość ofiar samobójstw to chłopcy. Trendy zgonów z powodu samobójstw polskich młodych mężczyzn w porównaniu z rówieśnikami z krajów UE są wyraźnie niekorzystne. W kategorii wieku 15–19 lat współczynnik samobójstw wynosił 15 na 100 tys. populacji mężczyzn (wobec np. 4 w Wielkiej Brytanii i Hiszpanii, 7 w Niemczech, 10 w Czechach i na Węgrzech)⁶.

TABELA 6. CZĘSTOŚCI ZGONÓW Z POWODU PRZYCZYN ZEWNĘTRZNYCH W LATACH 1999–2006 WG PŁCI I WIEKU.

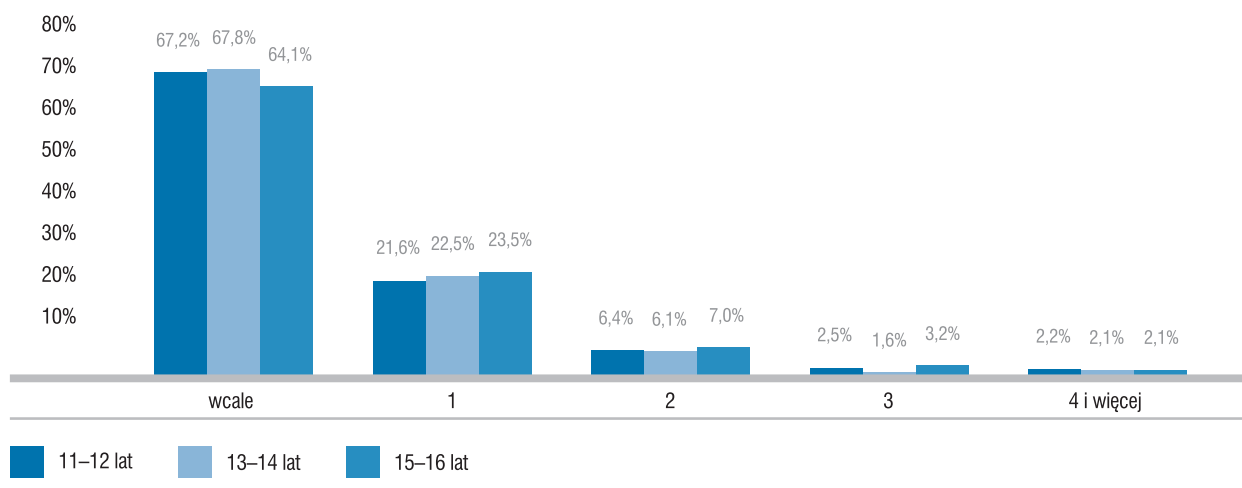
Przyczyna	Wiek 1–19			Wiek 1–6			Wiek 7–12		
	Razem	Ch	Dz	Razem	Ch	Dz	Razem	Ch	Dz
wypadki komunikacyjne	5 763	3 913 (68%)	1 850 (32%)	564	332 (59%)	232 (41%)	945	593 (63%)	352 (37%)
samobójstwa	2 560	2 184 (85%)	376 (15%)	1	0 (0%)	1 (100%)	82	72 (88%)	10 (12%)
utonięcia	1 468	1 172 (80%)	296 (20%)	296	207 (70%)	89 (30%)	314	245 (78%)	69 (22%)
zamiar nieokreślony	859	632 (74%)	227 (26%)	90	56 (62%)	34 (38%)	104	73 (70%)	31 (30%)
zatrucie	391	224 (57%)	167 (43%)	71	42 (59%)	29 (41%)	54	26 (48%)	28 (52%)
upadek	390	303 (78%)	87 (22%)	80	58 (73%)	22 (27%)	38	28 (74%)	10 (26%)
przestępstwo	295	183 (62%)	112 (38%)	50	27 (54%)	23 (46%)	38	24 (63%)	14 (37%)
utrudnienie oddychania	262	184 (70%)	78 (30%)	82	50 (61%)	32 (39%)	63	41 (65%)	22 (35%)
pozostałe	910	710 (78%)	200 (22%)	203	134 (66%)	69 (34%)	160	117 (73%)	43 (27%)
razem	12 898	9 505 (74%)	3 393 (26%)	1 437	906 (63%)	531 (37%)	1 798	1 219 (68%)	579 (32%)

Przyczyna	Wiek 13–15			Wiek 16–18			Wiek 19		
	Razem	Ch	Dz	Razem	Ch	Dz	Razem	Ch	Dz
wypadki komunikacyjne	754	444 (59%)	310 (41%)	2 371	1 650 (70%)	721 (30%)	1 129	894 (79%)	235 (21%)
samobójstwa	425	333 (78%)	92 (22%)	1 390	1 176 (85%)	214 (15%)	662	603 (91%)	59 (9%)
utonięcia	296	230 (78%)	66 (22%)	415	360 (87%)	55 (13%)	147	130 (88%)	17 (12%)
zamiar nieokreślony	120	88 (73%)	32 (27%)	353	269 (76%)	84 (24%)	192	146 (76%)	46 (24%)
zatrucie	69	40 (58%)	29 (44%)	128	70 (55%)	58 (45%)	69	46 (67%)	23 (33%)
upadek	57	41 (72%)	16 (28%)	135	107 (80%)	28 (20%)	80	69 (86%)	11 (14%)
przestępstwo	34	19 (56%)	15 (44%)	108	62 (44%)	46 (43%)	65	51 (78%)	14 (22%)
utrudnienie oddychania	43	31 (72%)	12 (28%)	55	44 (80%)	11 (20%)	19	18 (95%)	1 (5%)
pozostałe	135	100 (74%)	35 (26%)	285	243 (85%)	42 (15%)	127	116 (91%)	11 (9%)
razem	1 933	1 326 (69%)	607 (31%)	5 240	3 981 (76%)	1 259 (24%)	2 490	2 073 (83%)	417 (17%)

Źródło: Kułaga Z., Litwin M., Wójcik P., Jakubowska–Winecka A., Grajda A., Gurzkowska B., Napieralska E., Barwicka K., Rózdzińska A., Wiśniewski T. (2009), *Aktualne trendy zewnętrznych przyczyn zgonów dzieci i młodzieży w Polsce*, Problemy Higieny Epidemiologicznej, nr 90(3), s. 332–341, <http://www.phie.pl/pdf/phe-2009/phe-2009-3-332.pdf>

Wzrost zagrożenia śmiercią z przyczyn zewnętrznych wraz z wiekiem dziecka wynika z poszerzania się pól jego aktywności, w coraz większej mierze niekontrolowanej przez osoby dorosłe, w tym również podejmowania zachowań ryzykownych. W Polsce co czwarty uczeń w grupie 11–15-latków doznaje urazu wymagającego pomocy medycznej (33% chłopców i 21% dziewcząt). Do urazów dochodzi najczęściej w domu oraz w szkole lub na boisku w godzinach zajęć.

WYKRES 3. MŁODZIEŻ SZKOLNA, KTÓRA DOZNAŁA URAZU WYMAGAJĄCEGO POMOCY MEDYCZNEJ W OSTATNICH 12 MIESIĄCACH WG WIEKU.



Źródło: Mazur J., Małkowska-Szkatnik (2011), *Wyniki badań HBSC 2010. Raport techniczny*, www.wsse.gda.pl/fileadmin/user_upload/oswiata_5/hbhc_2010.pdf

Urazów wymagających pomocy medycznej częściej doznawali chłopcy w pierwszej klasie gimnazjum. Stwierdzono także zależność pomiędzy doznawaniem urazów a miejscem zamieszkania osoby poszkodowanej, a także sytuacją rodzinną, szkolną, stylem życia, samooceną zdrowia oraz wybranymi czynnikami określającymi zdrowie psychiczne uczniów⁷.

Przypadki śmiertelne, stanowią najbardziej drastyczną konsekwencję złożonego i trudnego do empirycznej diagnozy problemu krzywdzenia i zaniedbywania dzieci. Problem ten charakteryzowany jest w rozdziale „Przemoc wobec dzieci”, jednak w kontekście przyczyn umieralności dzieci konieczne jest przytoczenie nielicznych danych obrazujących skalę skrajnych form maltretowania dzieci i ich konsekwencji. Od 1993 r. Państwowy Instytut Higieny rejestruje zdiagnozowane w placówkach ochrony zdrowia przypadki zespołu dziecka maltretowanego. Zespół dziecka maltretowanego diagnozowany jest równie często u chłopców, jak u dziewczynek. Maltretowane są dzieci we wszystkich kategoriach wiekowych od 0 do 18 lat, najczęściej jednak są to małe dzieci w wieku 0–4 lat.

TABELA 7. ZDIAGNOZOWANE ZESPOŁY MALTRETOWANIA DZIECI T74 WEDŁUG MIĘDZYNARODOWEJ KLASYFIKACJI CHOROÓB I PROBLEMÓW ZDROWOTNYCH ICD-10.

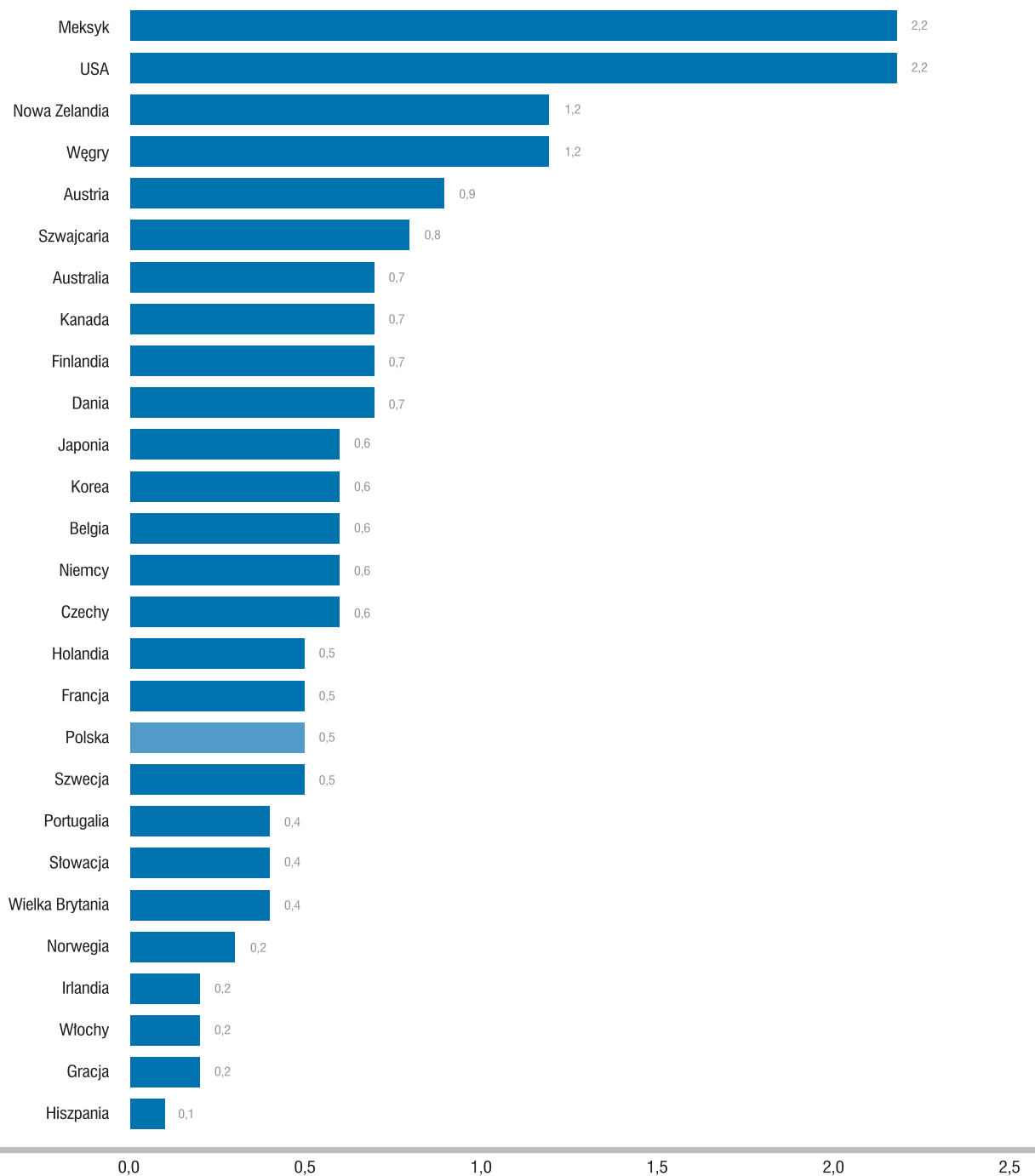
Rok	Ogółem	Ch	Dz	0–4	5–9	10–14	15–18
2003	14	10	4	7	4	3	0
2004	27	16	11	17	5	5	0
2005	40	20	20	22	11	4	3
2006	53	27	26	29	8	11	5
2007	30	17	13	17	3	7	3
2008	35	18	17	25	5	2	3

Źródło: Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego — Państwowy Zakład Higieny. Centrum Monitorowania i Analiz Stanu Zdrowia Ludności.

Z uwagi na trudności metodologiczne pomiaru zjawiska przemocy wobec dzieci, istnieje niewiele międzynarodowych danych porównawczych dotyczących tego problemu. Jednym z nielicznych porównywalnych

wskaźników jest liczba zgonów dzieci w wyniku stosowania przemocy bądź drastycznego zaniedbania opiekuna. Wskaźnik ten został zastosowany w badaniach UNICEF z roku 2003, w którym uwzględniono 28 krajów rozwiniętych. Polska zajęła 18. miejsce, znajdując się w grupie krajów o średniej śmiertelności dzieci w wyniku maltretowania.

WYKRES 4. ROCZNA LICZBA ZGONÓW DZIECI PONIŻEJ 15 LAT W WYNIKU MALTRETOWANIA W PRZELICZENIU NA 100 000 DZIECI.



Na pierwszym miejscu wśród pozawypadkowych przyczyn zgonów dzieci i młodzieży w Polsce znajdują się nowotwory. Mimo spadku częstości zgonów dzieci i młodzieży z tej przyczyny i zauważalnego postępu w onkologii dziecięcej⁸, śmiertelność jest nadal bardzo wysoka. Obecnie współczynniki zgonów w Polsce i krajach Europy Środkowo–Wschodniej są na takim poziomie, jaki notowano w Europie Zachodniej kilkanaście lat temu.

4. Opieka zdrowotna nad dziećmi

W 2009 r. 88% dzieci korzystało z porad lekarza pierwszego kontaktu, lekarza rodzinnego lub pediatry. Z wizytą u specjalisty było w tym okresie 40% dzieci⁹. Z porad lekarzy korzystało trzy czwarte niemowląt i 60% dzieci w wieku 1–2 lata. Nieznacznie rzadziej korzystały z opieki lekarskiej dzieci w wieku przedszkolnym, zdecydowanie mniej (36,5%) było u lekarza w wieku szkolnym (7–16 lat)¹⁰.

W 2009 r. 3,8 tys. szkół nie miało ani gabinetu lekarskiego, ani pielęgniarskiego. Gabinetów nie miało 2/3 szkół podstawowych, co drugie gimnazjum oraz co trzecie liceum. Szacuje się, że 3,1 mln uczniów nie miało zapewnionej właściwej opieki medycznej¹¹.

Blisko co ósma osoba dorosła stwierdziła, że potrzebowała specjalistycznej pomocy lekarskiej, ale z niej zrezygnowała. Bardzo rzadko natomiast rodzice rezygnowali ze specjalistycznej pomocy lekarskiej dla dziecka. Blisko jedna piąta rezygnacji z korzystania z usług lekarskich wynikała z braku środków finansowych¹².

W efekcie wiele dzieci ma wady kręgosłupa i postawy. Ponadto rośnie liczba nieleczonych alergików i dzieci z niewykrytą cukrzycą. Za późno rozpoznawalne są też nowotwory.

- 1 Konstytucja Światowej Organizacji Zdrowia, 1946, <http://isap.sejm.gov.pl/DetailsServlet?id=WDU19480610477>
- 2 Konstytucja Światowej Organizacji Zdrowia, Porozumienie zawarte przez Rządy reprezentowane na Międzynarodowej Konferencji Zdrowia i Protokół dotyczący Międzynarodowego Urzędu Higieny Publicznej, podpisane w Nowym Jorku dnia 22 lipca 1946 r., <http://isap.sejm.gov.pl/DetailsServlet?id=WDU19480610477>
- 3 European Community health indicator, http://ec.europa.eu/health/indicators/echi/list/index_en.htm
- 4 Mazur J., Malinowska-Ciešlik M. (2010), *Perspektywy dalszego obniżenia umieralności dzieci i młodzieży w Polsce*, Medycyna Wieku Rozwojowego, T. XIV, nr 2, s. 150–159.
- 5 Kulaga Z., Litwin M., Wójcik P., Jakubowska-Winecka A., Grajda A., Gurdzowska B., Napieralska E., Barwicka K., Rózdzińska A., Wiśniewski T. (2009), *Aktualne trendy zewnętrznych przyczyn zgonów dzieci i młodzieży w Polsce*, Problemy Higieny Epidemiologicznej, nr 90(3), s. 332–341.
- 6 UNICEF (2009), *Child Well-being at a Crossroads: Evolving challenges in Central and Eastern Europe and the Commonwealth of Independent States*, Innocenti Social Monitor, www.unicef-irc.org/publications/562
- 7 Mazur J., Małkowska-Szkućnik (2011), *Wyniki badań HBSC 2010. Raport techniczny*, http://www.wsse.gda.pl/fileadmin/user_upload/oswiata_5/hbhc_2010.pdf
- 8 Adamkiewicz-Drożyńska E., Balcerska A., Iżycka-Świeszewska E. (2009), *Historia leczenia nowotworów wieku dziecięcego*, Forum Medycyny Rodzinnej, nr 3 (1).
- 9 Europejskie Ankietowe Badanie Zdrowia w 2009 r. i badanie „Ochrona zdrowia w gospodarstwach domowych” przeprowadzone w 2006 r. http://www.stat.gov.pl/cps/rde/xbcr/gus/PUBL_Health_care_in_households_2006%282%29.pdf
- 10 GUS (2010), *Podstawowe informacje o rozwoju demograficznym Polski w latach 2000–2009*, www.stat.gov.pl/gus/5840_3906_PLK_HTML.htm
- 11 http://praca.gazetaprawna.pl/grafika/317394,20632,stan_zdrowia_polskich_uczniow_jednym_z_najgorszych_w_ue.html
- 12 GUS (2010), *Europejskie Ankietowe Badanie Zdrowia w 2009 roku*, materiał na konferencję prasową, www.stat.gov.pl/cps/rde/xbcr/gus/POZ_eur_ank_bad_zdr_2009.pdf