



Zdrowie i bezpieczeństwo małych dzieci

1. Zdrowie małych dzieci

Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) definiuje zdrowie nie tylko jako brak choroby czy niepełnosprawności, lecz jako pełen dobrostan fizyczny, umysłowy i społeczny. Dobry stan zdrowia we wczesnym dzieciństwie jest szczególnie istotny, gdyż pierwsze lata życia dziecka stanowią podwaliny pod całe jego przyszłe życie. Jeśli w tym czasie wystąpią jakieś deficyty, mogą one mieć długotrwałe konsekwencje rzutujące na jakość całego życia dziecka. Stąd tak ważne jest monitorowanie sytuacji zdrowotnej najmłodszych dzieci.

W niniejszym rozdziale zostaną zaprezentowane wybrane wskaźniki dotyczące stanu zdrowia najmłodszych dzieci (w wieku 0–3 lat) w Polsce.

1.1. Wskaźniki oceny stanu zdrowia dzieci

W odniesieniu do stanu zdrowia małych dzieci można stosować wybrane wskaźniki z zestawu wskaźników ogólnie dotyczącego zdrowia publicznego (np. wskaźniki dotyczące zdrowia Wspólnoty Europejskiej – ECHI¹), jednak istnieje problem z wyabstrahowaniem danych dla tej specyficznej grupy wiekowej. Opracowano też zestawy wskaźników odnoszących się konkretnie do oceny stanu zdrowia dzieci, w tym dzieci małych. To właśnie one będą stanowiły główną część analiz zaprezentowanych w niniejszym rozdziale, choć przedstawione zostaną też inne wskaźniki, tam, gdzie dostępne były dane dla grupy wiekowej będącej przedmiotem zainteresowania niniejszego raportu.

W odniesieniu do opieki perinatalnej Światowa Organizacja Zdrowia opracowała grupę wskaźników podstawowych i rekomendowanych, których monitorowanie pozwoli na analizę sytuacji zdrowotnej najmłodszej populacji. W Polsce monitorowane są w całości wskaźniki z grupy podstawowych, natomiast spośród wskaźników rekomendowanych dane zbierane są w odniesieniu tylko do niektórych (5 z 11)².

TABELA 1. PODSTAWOWE I REKOMENDOWANE WSKAŹNIKI DOTYCZĄCE ZDROWIA OKOŁOPORODOWEGO OPRACOWANE PRZEZ WHO.

Wskaźniki podstawowe	Wskaźniki rekomendowane
<ul style="list-style-type: none">• Współczynnik zgonów płodów• Umieralność noworodków• Umieralność niemowląt• Struktura urodzeń według masy urodzeniowej• Struktura urodzeń według czasu trwania ciąży• Wskaźnik zgonów kobiet w okresie ciąży, porodu i połogu• Mnogie urodzenia• Struktura urodzeń według wieku matki• Struktura urodzeń według kolejności urodzenia• Struktura urodzeń według sposobu ukończenia ciąży	<ul style="list-style-type: none">• Częstość występowania wybranych wad wrodzonych na 1 000 urodzeń• Umieralność kobiet w okresie ciąży, porodu i połogu według przyczyny zgonu• Struktura rodzących według poziomu wykształcenia• Struktura urodzeń według miejsca urodzenia• Odsetek niemowląt karmionych piersią bezpośrednio po urodzeniu• Struktura urodzeń według punkcji Apgar w 5. minucie*• Odsetek ciąż po leczeniu niepłodności*• Struktura czasu trwania ciąży w momencie pierwszej wizyty u lekarza*• Struktura urodzeń według sposobu rozpoczęcia czynności porodowej*• Odsetek noworodków urodzonych przed 32. tygodniem trwania ciąży w szpitalach bez oddziałów intensywnej opieki nad noworodkiem*

* Wskaźniki co do których nie ma wystarczających danych w Polsce³.

Źródło: European Perinatal Health Report⁴.

Do oceny rozwoju fizycznego dzieci w wieku 1–18 lat w Polsce od wielu lat powszechnie używane są normy rozwoju fizycznego dla dzieci warszawskich, opracowane przez Instytut Matki i Dziecka (ostatnie pomiary z lat 1996–1999), uznawane za normy docelowe. Istnieje także wiele norm regionalnych, które mają głównie wartość poznawczą i nie są wykorzystywane w systemie opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą⁵. Normy te mają charakter referencyjny, czyli pokazują, jak dzieci rosną i rozwijają się w danym czasie i danej populacji. Nie we wszystkich placówkach opieki zdrowotnej dane te są analizowane⁶, co przekłada się na brak informacji na poziomie krajowym dotyczących stanu rozwoju najmłodszych dzieci.

Natomiast Światowa Organizacja Zdrowia opracowała w 2006 r. Standardy Rozwoju Fizycznego Dziecka w wieku 0–5 lat opisujące, jak dzieci (zwłaszcza w najmłodszej grupie wieku) powinny optymalnie rosnąć i się rozwijać. Standardy te dotyczą m.in. następujących wskaźników: masa ciała wg wieku, długość/wysokość ciała wg wieku, masa ciała w stosunku do długości/wysokości ciała, wskaźnik masy ciała BMI wg wieku oraz wartości z-score. Opracowano także wskaźniki dotyczące rozwoju sześciu kamieni milowych z zakresu dużej motoryki (siedzenie bez oparcia, raczkowanie, stanie z pomocą, chodzenie z pomocą, stanie samodzielne i chodzenie samodzielne)⁷. Standardy te odzwierciedlają optymalny rozwój w jak najlepszych warunkach środowiskowych i mogą być wykorzystywane do oceny rozwoju dzieci we wszystkich krajach, niezależnie od różnic geograficznych, etnicznych, kulturowych i statusu społeczno-ekonomicznego. W Polsce trwa dyskusja nad zastąpieniem dotychczas stosowanych norm standardami proponowanymi przez WHO⁸.

1.2. Ogólna ocena zdrowia małych dzieci

Przeprowadzane w 2009 r. w Polsce i krajach UE Europejskie Ankiety Badanie Zdrowia (EHIS) wykazuje, że stan zdrowia najmłodszych dzieci oceniany jest najwyżej. Rodzice dzieci w przedziale 0–4 lat w prawie 94 na 100 przypadków uznawali stan zdrowia swoich dzieci jako bardzo dobry i dobry⁹ (93,7%, o 10 punktów procentowych więcej niż 5 lat wcześniej), przy czym stan zdrowia dziewczynek oceniano częściej jako bardzo dobry¹⁰. Był to najwyższy współczynnik pozytywnych ocen w całej grupie dzieci w wieku 0–19 lat.

TABELA 2. DZIECI W WIEKU 0–4 LAT WG OCENY STANU ZDROWIA W 2009 R.

Wyszczególnienie	Ogółem (w tysiącach)	Ocena stanu zdrowia				
		Bardzo dobra	Dobra	Taka sobie, ani dobra, ani zła	Zła	Bardzo zła
Ogółem 0-4	1 946,6	1 094,6	728,4	102,5	19,8	1,3
Chłopcy 0-4 lat	1 000	533,9	388,1	66,5	11,5	–
Dziewczynki 0-4 lat	946,6	560,8	340,3	35,9	8,3	1,3
Miasto						
Chłopcy 0-4 lat	584,0	313,2	217,8	46,6	6,3	–
Dziewczynki 0-4 lat	552,2	337,3	193,2	18,6	2,4	0,7
Wieś						
Chłopcy 0-4 lat	416,1	220,7	170,3	19,9	5,2	–
Dziewczynki 0-4 lat	394,4	223,5	147,1	17,4	5,9	0,6

Źródło: Zdrowie dzieci i młodzieży w Polsce w 2009 r., Urząd Statystyczny w Krakowie, 2011.

Według badania EHIS w grupie wiekowej 0–4 lat odnotowano spadek liczby dzieci z długotrwałymi problemami zdrowotnymi (trwającymi co najmniej 6 miesięcy). W przedziale wiekowym 0–4 lat długotrwałe problemy zdrowotne dotyczyły 11,1% dzieci. Częściej deklarowali je rodzice dzieci mieszkających w mieście niż na wsi (odpowiednio: 12,3% i 9,5%) oraz rodzice chłopców niż dziewczynek (odpowiednio: 12,8% i 9,4%).

Wśród chorób przewlekłych, stwierdzonych przez lekarza i występujących w ciągu 12 miesięcy poprzedzających badanie, najczęściej wskazywano na alergię (14,1% dzieci w wieku 0–4 lat), przy czym istotnie częściej dotyczyło to dzieci zamieszkałych w miastach niż na wsi i częściej chłopców niż dziewczynek. Aż 20,9% chłopców z tej grupy wiekowej zamieszkałych w miastach cierpiało na alergię w stosunku do 12,5% chłopców mieszkających na wsi. W przypadku dziewczynek wskaźniki kształtowały się na poziomie odpowiednio: 11,3% i 9,6%.

1.3. Opieka lekarska

W 2009 r. 96% rodziców dzieci w wieku 0–4 lat deklarowało, że byli z dzieckiem u lekarza pierwszego kontaktu w ciągu 12 miesięcy przed badaniem, w tym 58% odbyło taką wizytę z dzieckiem w ciągu 4 tygodni poprzedzających badanie. Co 100. rodzic twierdził, że nigdy nie był z dzieckiem na takiej wizycie. Nie wykazano istotnych różnic ze względu na miejsce zamieszkania czy płeć.

Jeśli chodzi o opiekę specjalistyczną, to w ciągu 12 miesięcy poprzedzających badanie 43,2% dzieci (45,4% chłopców i 40,8% dziewczynek) było z wizytą u lekarza specjalisty. Nigdy z taką wizytą nie było 36,6% dzieci w wieku 0–4 lat. Wskaźnik opieki specjalistycznej wykazuje znaczne różnice ze względu na miejsce zamieszkania dzieci i płeć. Z wizytą u specjalisty w ciągu 12 miesięcy przed badaniem było tylko 36,3% chłopców i 36,8% dziewczynek mieszkających na wsi w porównaniu do 51,9% chłopców i 43,7% dziewczynek mieszkających w mieście.

Opieką dentyścyczną lub opieką ortodonta objętych było w ciągu 12 miesięcy poprzedzających badanie 27,4% dzieci w wieku 0–4 lat. Także przy tym wskaźniku zanotowano istotne różnice w zależności od miejsca zamieszkania i nieznaczne ze względu na płeć dziecka. Podczas gdy w mieście 32% chłopców i 31,8% dziewczynek było przynajmniej na jednej wizycie u dentysty i ortodonta w ciągu 12 miesięcy przed badaniem, na wsi odsetki te wynosiły odpowiednio 20,2% chłopców i 22,9% dziewczynek.

Dzieci w wieku 0–4 lat stanowiły grupę najczęściej hospitalizowaną w całej grupie dzieci 0–14 lat. W ciągu 12 miesięcy poprzedzających badanie 15,6% dzieci w wieku 0–4 lat spędziło w szpitalu przynajmniej jedną dobę (w porównaniu z 12,5% w roku 2004), podczas gdy dla dzieci w wieku 5–9 lat i 10–14 lat odsetki te wynosiły odpowiednio 8,2% i 6,0%. W przypadku dzieci w wieku 0–4 lat najczęściej miano do czynienia z pobytem jednorazowym (81,1%).

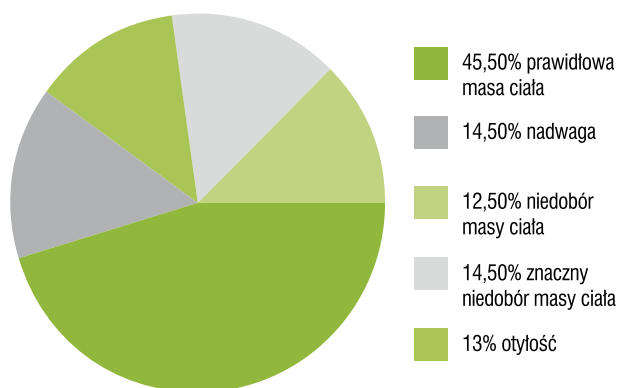
1.4. Masa ciała dzieci i wzorce żywienia małych dzieci

Z badań przeprowadzonych w latach 2010–2011 przez Instytut Matki i Dziecka i Fundację Nutricia¹¹ wynika, że w grupie dzieci w wieku 13–36 miesięcy tylko 45,5% dzieci miało prawidłowy wskaźnik masy ciała (BMI z-score). Niedobór masy ciała wykazywało 12,5% dzieci, a znaczny niedobór — 14,5%. Nadwagę i otyłość stwierdzono odpowiednio u 14,5% i 13,0% dzieci. Nie stwierdzono istotnych różnic w stanie odżywienia pomiędzy dziewczynkami a chłopcami, a także pomiędzy dziećmi w 2. i 3. roku życia.

Mówią mamy

Mój półtoraroczny synek od jakiegoś czasu prawie przestał jeść, jego niechęć głównie dotyczy spożywania obiadów. Cały czas karmię go piersią na żądanie... Zupełnie nie chce jeść pieczywa, żadnej zupy, żadnego mięsa, kaszy, ziemniaków, makaronu... Martwię się, że taka wybiórcza dieta może źle wpłynąć na jego zdrowie, ale nie wiem, jak zmienić jego nawyki? Synek krótko jest w stanie usiedzieć na krzeselku. Po kilku minutach domaga się wyjścia, zrzuca jedzenie na podłogę. Pozwalam mu chodzić z jedzeniem w rączce, bo inaczej prawie nic by nie zjadł.

**WYKRES 1. DZIECI W WIEKU 13–36 MIESIĘCY
WG MASY CIAŁA.**



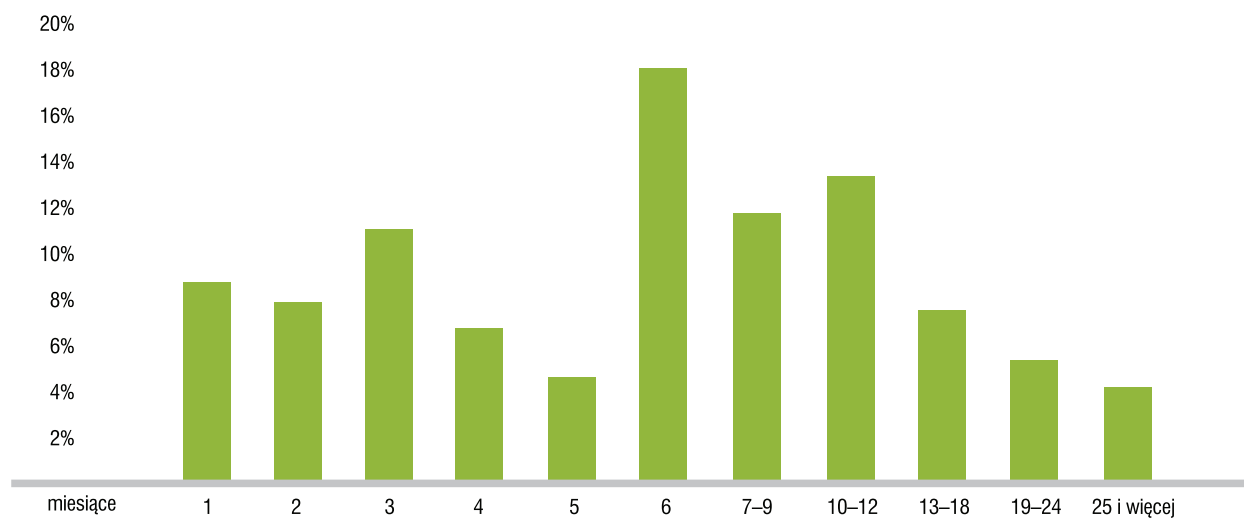
Źródło: Kompleksowa ocena sposobu żywienia dzieci w wieku 13–36 miesięcy w Polsce, Wyniki badań 2010–2011, Fundacja Nutricia i Instytut Matki i Dziecka, 2011.

Odpowiednie żywienie we wczesnym dzieciństwie jest niezwykle ważne dla dalszego rozwoju i wzrastania dziecka oraz zachowania dobrego zdrowia w wieku dorosłym. Niedobory żywieniowe w pierwszych latach życia dziecka mogą powodować nieodwracalne zahamowanie wzrostu i rozwoju poznawczego. Istotnie przyczyniają się również do zwiększenia zachorowalności i umieralności dzieci¹². Z kolei, jeśli w wieku poniemowlęcym i przedszkolnym popełniane są poważne błędy w żywieniu, skutkujące nadmiernymi przyrostami masy ciała dziecka, inicjują one rozwój otyłości utrzymującej się i często pogłębiającej się w dalszych latach życia dziecka¹³. Otyłość u dzieci wiąże się ze zwiększeniem ryzyka występowania chorób i zaburzeń metabolicznych w późniejszych latach życia oraz skróceniem długości życia¹⁴. Tak więc odpowiednie żywienie najmłodszych dzieci sprzyja nie tylko ich przeżyciu, ale tworzy fundament ich optymalnego rozwoju fizycznego i psychicznego.

Według Światowej Organizacji Zdrowia naturalnym sposobem dostarczenia niemowlęciu substancji odżywczych niezbędnych do jego prawidłowego wzrostu i rozwoju jest karmienie piersią. Do pierwszych 6 miesięcy zalecane jest wyłączone karmienie piersią, następnie korzystna jest jego kontynuacja aż do ukończenia przez dziecko dwóch lat, przy jednoczesnym wprowadzeniu innych odpowiednich grup pokarmu¹⁵.

Według badania EHIS w 2009 r. 86,5% dzieci było karmionych piersią. Nie odnotowano znaczących różnic dotyczących odsetka chłopców i dziewczynek karmionych piersią (odpowiednio 85,3% i 87,3%). Najwięcej dzieci było karmionych piersią przez okres 6 miesięcy (14,3%) oraz przez 3 miesiące (11,0%); 8,8% dzieci karmionych było przez cały pierwszy rok życia; 13,1% dzieci nigdy nie było karmionych piersią (w odniesieniu do 0,4% brakowało danych)¹⁶.

WYKRES 2. DZIECI WG DŁUGOŚCI OKRESU KARMienia PIERSIĄ (BEZ DZIECI, KTÓRE W MOMENCIE BADANIA BYŁY KARMIONE PIERSIĄ).



Źródło: Zdrowie dzieci i młodzieży w Polsce w 2009 r., Urząd Statystyczny w Krakowie, 2011.

Z badań Instytutu Matki i Dziecka i firmy Nutricia wynika, że spożycie produktów spożywczych przez dzieci w wieku 13–36 miesięcy jest rozbieżne z zaleceniami żywieniowymi¹⁷. W porównaniu do zalecanej, modelowej racji pokarmowej, opracowanej w Instytucie Żywności i Żywienia (2001)¹⁸, dzieci spożywały mniej pieczywa, zwłaszcza z pełnego przemiału ziarna, warzyw, mleka i mlecznych napojów fermentowanych. Zdecydowanie więcej jady mięsa, wędlin. Porównując wartość energetyczną i odżywczą średniej całodziennej racji pokarmowej dzieci z aktualnymi normami, stwierdzono znaczny nadmiar białka, a także witamin z grupy B, witaminy A, C oraz magnezu, cynku, miedzi i sodu (zawartość tych elementów przewyższała normy dwu-, trzykrotnie). W dietach badanych dzieci wykazano niedobór witaminy D w odniesieniu do zaleceń Konsultanta Krajowego ds. Pediatrii dotyczących profilaktyki krzywicy i osteoporozy¹⁹.

1.5. Niepełnosprawność

Według wyników Europejskiego Badania Ankiетowego nt. Zdrowia, niepełnosprawność biologiczna (definiowana jako „poważnie ograniczona ze względów zdrowotnych zdolność wykonywania zwykłych czynności, trwająca co najmniej 6 miesięcy lub dłużej”) dotyczyła w roku 2009 2,9% najmłodszych dzieci (0–4 lat), przy czym poważne ograniczenia były rzadziej deklarowane dla tej grupy (0,6%) niż częstość występowania niezbyt poważnych ograniczeń w wykonywaniu zwykłych czynności (2,3%). W tej grupie wiekowej częściej deklarowano niepełnosprawność u dzieci z miast (2,7%) niż u dzieci mieszkających na wsi (1,5%) oraz częściej w odniesieniu do dziewczynek niż do chłopców (odpowiednio 2,4% i 2,0%). U 50,7% dzieci z deklarowaną niepełnosprawnością występowały poważne kłopoty zdrowotne: ze słuchem (39,8% dzieci, u których wystąpiły poważne trudności), wzrokiem (23,4%), mówieniem (44,7%), poruszaniem się (50,4%)²⁰. Więcej na temat niepełnosprawności małych dzieci w rozdziale *Małe dzieci z niepełnosprawnością*.

1.6. Wypadki i zatrucia

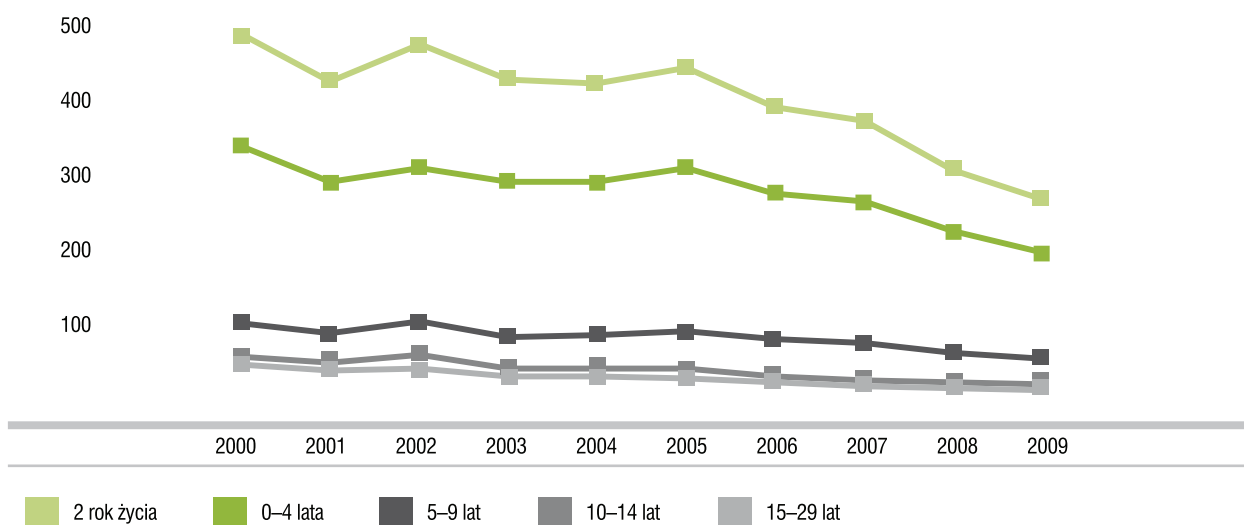
W badaniu EHIS zadawano pytanie o uleganie wypadkom w ciągu 12 miesięcy poprzedzających badanie, których skutkiem był uraz, uszkodzenie lub zranienie, zarówno zewnętrzne, jak i wewnętrzne. Ponadto w tej kategorii uwzględniono zatrucia i rozmyślne działania innych osób oraz zranienia, ugryzienia i użądlenia spowodowane przez zwierzęta i owady. W grupie rodziców dzieci 0–4 lat odpowiedzi twierdzącej udzieliło 2,0% rodziców chłopców oraz 2,4% rodziców dziewczynek, przy czym jako najczęstsze miejsce wypadku podawano dom.

Istotne znaczenie w przypadku dzieci mają choroby szerzące się drogą pokarmową. W ostatnich latach poprawie ulega bezpieczeństwo zdrowotne żywności i ogólny stan sanitarny w Polsce. Przekłada się to na malejącą liczbę rejestrowanych corocznie ognisk zatruc pokarmowych, przy czym jednak na zatrucia i zakażenia pokarmowe nadal znacznie częściej narażone są dzieci w wieku 0–4 lat, zwłaszcza do 2. roku życia.

Mówią lekarze

W małych miejscowościach lekarz jest nie tylko lekarzem, ale wie, co się w tych rodzinach dzieje, czy rodzice się kłócą, czy są jakieś inne problemy. Często lekarz jeszcze jest autorytetem. Są rodziny, dla których jest to ktoś ważny, więc jeżeli zauważy jakiegokolwiek symptomy, że zaczyna się krzywdzenie, że może zakończyć się poważną krzywdą dziecka, to zajęcie jakiegoś stanowiska, nie wycofywanie się, może mieć duże znaczenie dla postawy tych rodziców na przyszłość. Tak bym widziała, jako interwencję na miejscu, w konkretnym przypadku, jako autorytet i przyjaciel danej rodziny.

WYKRES 3. ZATRUCIA I ZAKAŻENIA POKARMOWE WYWOŁANE PRZEZ PAŁECZKI SALMONELLA WG WIEKU NA 100 TYS. LUDNOŚCI.



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego — Państwowego Zakładu Higieny.

Więcej informacji na temat wypadków małych dzieci znajduje się w rozdziale *Wypadki i urazy wśród niemowląt, małych dzieci i dzieci w wieku przedszkolnym w Polsce*.

1.7. Zachorowalność na nowotwory złośliwe wśród małych dzieci

Według badania EHIS w grupie wiekowej 0–4 lat zdecydowanie znacząco wzrosły współczynniki zachorowalności na nowotwory złośliwe. W przypadku chłopców w roku 2008 był to wzrost o 58,1% w porównaniu z rokiem 2000, w odniesieniu do dziewczynek odnotowano wzrost o 42,4%. W 2008 r. odnotowano 187 przypadków zachorowania na nowotwór złośliwy u chłopców w wieku 0–4 lat oraz 160 przypadków u dziewczynek (ogółem 347). Należy zauważyć, że tylko w grupie wiekowej 15–19 lat zanotowano więcej przypadków (ogółem 396), podczas gdy w grupie dzieci w wieku 5–9 lat takich przypadków odnotowano 190, natomiast u dzieci w wieku 10–14 lat — 194. U najmłodszych dzieci najczęściej występowała białaczka limfatyczna oraz nowotwór złośliwy nerki, mózgu i oka.

TABELA 3. ZACHOROWANIA NA NOWOTWORY ZŁOŚLIWE U DZIECI W WIEKU 0-4 LATA WG NAJCZĘSTSZYCH ROZPOZNAŃ W 2008 R.

Wyszczególnienie	Ogółem	Chłopcy	Dziewczęta
OGÓŁEM	347	187	160
w tym			
Białaczka limfatyczna	105	56	49
Nowotwór złośliwy nerki	41	20	21
Nowotwór złośliwy mózgu	33	21	12
Nowotwór złośliwy oka	33	16	17
Nowotwory złośliwe tkanki łącznej i innych tkanek miękkich	24	16	8
Nowotwór złośliwy nadnerczy	20	13	7
Nowotwory złośliwe nerwów obwodowych i autonomicznego układu nerwowego	16	7	9
Białaczka szpikowa	15	9	6
Nowotwór złośliwy wątroby i przewodów żółciowych wewnątrzwątrobowych	13	5	8

Źródło: Urząd Statystyczny w Krakowie na podstawie danych z Centrum Onkologii – Instytutu im. Marii Curie-Skłodowskiej w Warszawie, *Zdrowie dzieci i młodzieży w Polsce w 2009 r.*

1.8. Śmiertelność małych dzieci

Jednym ze wskaźników, na podstawie których można oceniać stan zdrowia dzieci, jest współczynnik urodzeń żywych oraz współczynnik umieralności. W Polsce obydwa te współczynniki wykazują pozytywne trendy, systematycznie rośnie odsetek urodzeń żywych, maleje zaś współczynnik umieralności niemowląt. W 2010 r. współczynnik żywych urodzeń do wszystkich urodzeń wyniósł 99,6% i nie wykazywał zróżnicowania ze względu na miejsce zamieszkania (miasto/wieś) czy płeć dziecka.

W 2010 r. odnotowano w Polsce 2 057 zgonów niemowląt przed 1. rokiem życia (o 220 mniej niż rok wcześniej), w tym aż 70% zgonów nastąpiło w 1. miesiącu życia dziecka. Wśród wszystkich niemowląt zmarłych przed ukończeniem 1. r. ż. dzieci urodzone przedwcześnie (przed 36. tygodniem ciąży) stanowiły 63%. Współczynnik liczby zgonów niemowląt na 1 000 urodzeń żywych wyniósł 5,2‰ i był niższy o 3 punkty niż przed 10 laty.

TABELA 4. WSPÓŁCZYNNIKI UMIERALNOŚCI NIEMOWLĄT ORAZ DZIECI DO 5. ROKU ŻYCIA.

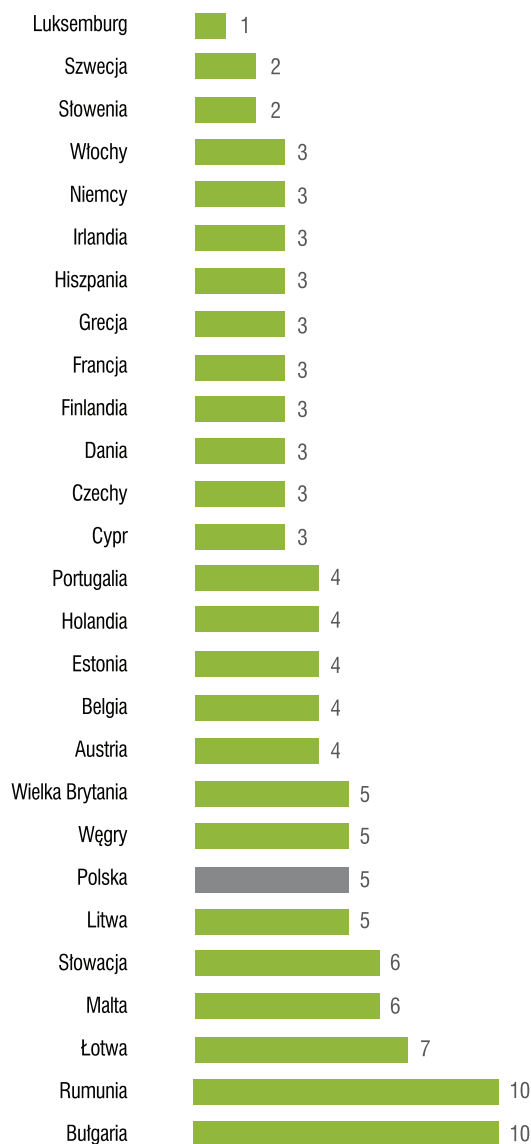
Polska	Współczynnik umieralności niemowląt (prawdopodobieństwo zgonu przed ukończeniem 1. r.ż. na 1 000 żywych urodzeń)			Współczynnik umieralności dzieci poniżej 5. r.ż. (prawdopodobieństwo zgonu przed ukończeniem 5 lat na 1 000 żywych urodzeń)		
	1990	2000	2009	1990	2000	2009
chłopcy	17	9	6	20	10	7
dziewczynki	14	7	5	16	8	6

Źródło: opracowanie własne na podstawie: WHO (2011), *World Health Statistics*.

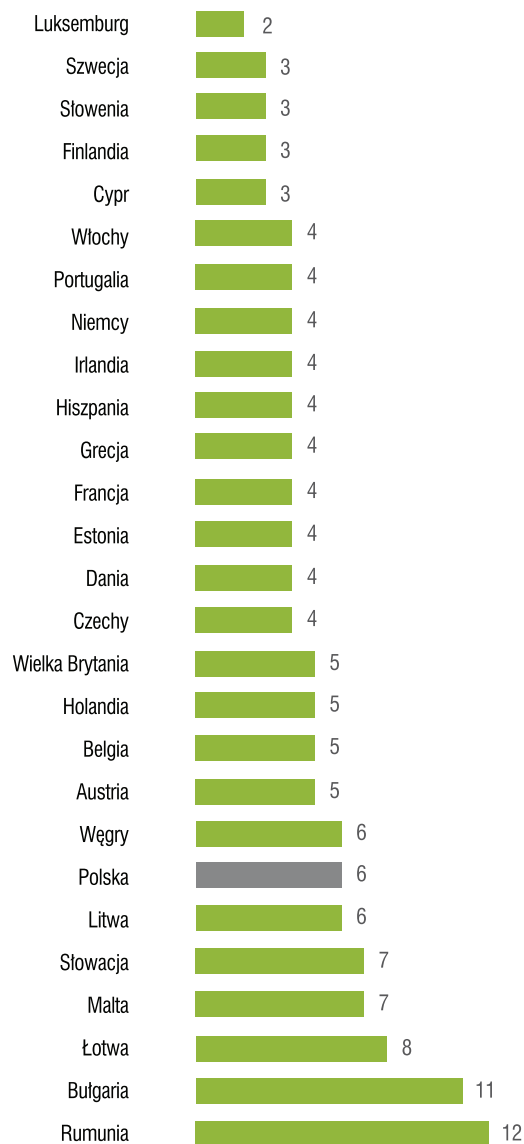
Spadają również współczynniki prawdopodobieństwa zgonu przed ukończeniem 1. i 5. roku życia, choć utrzymują się na wyższym poziomie niż w większości krajów UE i wykazują wartości wyższe dla chłopców niż dla dziewczynek.

WYKRES 4. POLSKA NA TLE KRAJÓW UE POD WZGLĘDEM PRAWDOPODOBIEŃSTWA ZGONU DZIECI DO 1. R.Ż. I DO 5. R. Ż.

Współczynnik zgonu niemowląt (prawdopodobieństwo zgonu przed ukończeniem 1. r.ż. na 1000 żywych urodzeń) w 2009 r.



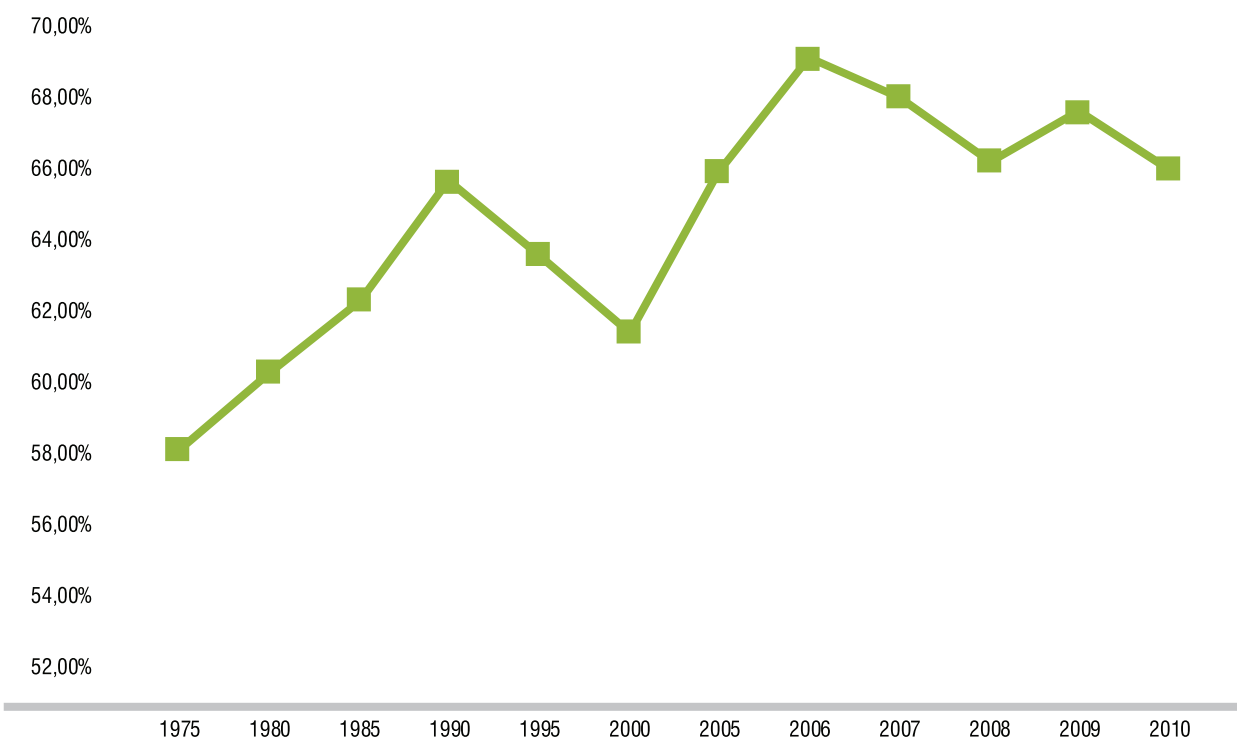
Współczynnik zgonu dzieci do 5. r. ż. (prawdopodobieństwo zgonu przed ukończeniem 5 lat na 1000 żywych urodzeń) w 2009 r.



Źródło: opracowanie własne na podstawie: WHO (2011), *World Health Statistics*.

Wśród urodzeń żywych w 2010 r. (n= 413 300) dzieci z niską masą urodzeniową (<2500 g) stanowiły w Polsce 6,2%. Dzieci z niską wagą urodzeniową stanowiły 66% wszystkich niemowląt zmarłych przed ukończeniem 1. roku życia w 2010 r. W 89% przypadków były to dzieci urodzone przedwcześnie.

WYKRES 5. PROCENT ZGONÓW NIEMOWLĄT O NISKIEJ MASIE URODZENIOWEJ (<2500G) DO WSZYSTKICH ZGONÓW NIEMOWLĄT.



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych PZH i GUS.

Przyczyną 32% zgonów dzieci do lat 5. było w 2008 r. wcześniactwo i związane z tym faktem problemy zdrowotne (w krajach UE wyższy niż w Polsce poziom śmiertelności w wyniku wcześniactwa wystąpił tylko w Wielkiej Brytanii, Grecji i Danii). W 2010 r. w Polsce 7 na 1 000 dzieci urodziło się między 31. a 28. miesiącem ciąży, zaś 4,5 urodzeń na 1 000 nastąpiło przed 28. tygodniem ciąży²¹. Kolejną przyczyną zgonów są wady wrodzone odpowiedzialne za 31% zgonów dzieci do lat 5 (dane z 2008 r.). Dokładne zestawienie przyczyn zgonów dzieci do lat 4 w roku 2009 podsumowano w tabeli 5.

TABELA 5. LICZBA ZGONÓW DZIECI DO 1. ROKU ŻYCIA ORAZ W WIEKU 1–4 LAT WG PRZYCZYN.

Przyczyny zgonu	dzieci do 1.r.ż.		dzieci w wieku 1–4 lat		RAZEM
	Chł.	Dz.	Chł.	Dz.	
Stany rozpoczynające się w okresie okołoporodowym	721	553	2	2	1 278
Wady rozwojowe wrodzone	388	335	37	48	808
Objawy, cechy chorobowe i nieprawidłowe wyniki badań klinicznych i laboratoryjnych	70	42	5	4	121
Zewnętrzne przyczyny zgonu, w tym:	18	17	38	34	
wypadki komunikacyjne	5	2	13	11	
zabójstwa	2	4	1	2	107
Choroby układu oddechowego, w tym:	36	32	18	12	
zapalenie płuc	31	29	11	7	98
Choroby zakaźne i pasożytnicze, w tym:	32	19	17	13	
zapalenie meningokokowe	5	1	3	0	
posocznica	25	15	12	9	81
Nowotwory, w tym:	10	13	21	18	
białaczka	3	3	10	5	62
Choroby układu nerwowego	8	7	12	10	37
Choroby układu krążenia	4	4	10	6	24
Zaburzenia wydzielania wewnętrznego, stanu odżywiania i przemiany metabolicznej	5	2	8	2	17
Choroby układu trawiennego	1	3	3	4	11
Choroby układu moczowo-płciowego	2	0	1	3	6
Choroby krwi i narządów krwiotwórczych	3	1	0	1	5

Źródło: GUS (2011), *Rocznik demograficzny*.

Śmiertelność noworodków zależy również od tego, czy pochodzą z ciąży pojedynczej czy mnogiej. W przypadku ciąży pojedynczych, współczynnik śmiertelności noworodków wyniósł w Polsce w 2008 r. 4,2 na 1 000 żywych urodzeń, zaś wśród dzieci z ciąży mnogich był blisko 8-krotnie wyższy i wynosił 31,6. Jest to jeden z najwyższych poziomów w Europie, tylko Łotwa i Estonia notują wyższą śmiertelność w tej grupie noworodków (odpowiednio 32,3 i 32,9). Najniższy współczynnik śmiertelności noworodków pochodzących z ciąży mnogich odnotowano w Luksemburgu (6,6 na 1 000) i Niemczech (8,5 na 1 000)²².

1.9. Zespół nagłego zgonu niemowląt

Zespół Nagłego Zgonu Niemowląt, inaczej zwany śmiercią łóżeczkową (SIDS — Sudden Infant Death Syndrome, cot death), jest to nagła śmierć niemowlęcia do 1. roku życia, której nie wyjaśnia badanie autopsyjne, badanie miejsca śmierci ani analiza wywiadu klinicznego. Jest powodem aż 25% zgonów dzieci w wieku od 1. miesiąca do 1. roku życia w krajach uprzemysłowionych²³. Etiologia SIDS nie została do końca poznana. Uznaje się, że jego przyczyny leżą po stronie czynników środowiskowych i genetycznych. Do czynników środowiskowych zalicza się: palenie papierosów i picie alkoholu w okresie ciąży (w szczególności w pierwszym trymestrze), zaniedbania opieki medycznej w okresie prenatalnym, przedwczesny poród i niską wagę urodzeniową, jak również ekspozycję dziecka na dym papierosowy po urodzeniu, zbyt miękki materac w łóżku dziecka, wyziębienie lub przegrzanie dziecka, jak również spanie z dzieckiem w jednym łóżku²⁴.

Badania prowadzone wśród personelu medycznego (położnych i pielęgniarek) pokazały, że ich wiedza nt. SIDS jest niewystarczająca, zarówno pod względem znajomości czynników ryzyka, jak i sposobów zapobiegania²⁵.

1.10. System opieki zdrowotnej

Profilaktyczna, powszechna, wysokiej jakości opieka zdrowotna nad dzieckiem stanowi jeden z najbardziej istotnych aspektów zapewnienia dzieciom, szczególnie dzieciom najmłodszym, dobrego stanu zdrowia. Stwarza możliwość wczesnego wykrycia zaburzeń czy nieprawidłowości, przez co może niwelować ich długofalowe konsekwencje. W Polsce istnieje kompleksowy system opieki nad matką i dzieckiem do lat 3. Szczegółowy wykaz realizacji świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej znajdują się w rozporządzeniu z dnia 29 sierpnia 2009 r. (wraz z późniejszymi zmianami) w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej²⁶. Świadczenia gwarantowane obejmują m.in.:

- świadczenia lekarza podstawowej opieki zdrowotnej,
- świadczenia pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej,
- świadczenia położnej podstawowej opieki zdrowotnej.

TABELA 6. ŚWIADCZENIA GWARANTOWANE DLA MAŁYCH DZIECI.

Wiek dziecka	Świadczenia gwarantowane lekarza podstawowej opieki zdrowotnej
do 4. tygodnia życia	Porada patronażowa lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, obejmująca badanie podmiotowe i przedmiotowe, z uwzględnieniem rozwoju fizycznego, pomiaru i monitorowania obwodu głowy, oceny żółtaczki, podstawowej oceny stanu neurologicznego oraz badania przedmiotowego w kierunku wykrywania wrodzonej dysplazji stawów biodrowych.
2.–6. miesiąc życia (w terminach odpowiadających szczepieniom ochronnym)	<ol style="list-style-type: none">1. Badanie lekarskie podmiotowe i przedmiotowe, z uwzględnieniem rozwoju fizycznego (pomiar: masy i długości ciała, obwodu głowy i klatki piersiowej), przebytych schorzeń oraz zapobiegania krzywicy.2. Ocena wielkości ciemienia przedniego.3. Ocena stanu neurologicznego.4. Określenie wieku zębowego.5. U chłopców badanie obecności jąder w mosznie.6. Przeprowadzenie testu rozwoju reakcji słuchowych — w przypadku nieprawidłowego wyniku testu lub stwierdzenia przynależności do grupy ryzyka uszkodzenia słuchu skierowanie do specjalistycznej diagnostyki audiologicznej lub foniatrycznej.7. Ocena obecności czynników ryzyka uszkodzenia słuchu.8. Badanie przedmiotowe w kierunku wykrywania wrodzonej dysplazji stawów biodrowych.
9. miesiąc życia	<ol style="list-style-type: none">1. Badanie lekarskie podmiotowe i przedmiotowe, z uwzględnieniem tempa rozwoju fizycznego (pomiar: masy i długości ciała, obwodu głowy i klatki piersiowej) i psychomotorycznego.2. Ocena wykonania szczepień ochronnych zgodnie z kalendarzem szczepień.3. Przeprowadzenie testu rozwoju reakcji słuchowych.
12. miesiąc życia	<ol style="list-style-type: none">1. Badanie lekarskie podmiotowe i przedmiotowe, z uwzględnieniem tempa rozwoju fizycznego (pomiar: masy i długości ciała, obwodu głowy i klatki piersiowej) i psychomotorycznego.2. Ocena wykonania szczepień ochronnych, zgodnie z kalendarzem szczepień.3. Ocena wielkości blizny po szczepieniu BCG.4. Przeprowadzenie testu rozwoju reakcji słuchowych.5. Ocena obecności nowych czynników ryzyka uszkodzenia słuchu.6. Pomiar ciśnienia tętniczego krwi.
2–letnie	Profilaktyczne badanie lekarskie (tzw. bilans zdrowia), obejmujące: <ol style="list-style-type: none">1) badanie lekarskie podmiotowe i przedmiotowe, ze szczególnym uwzględnieniem tempa rozwoju fizycznego (pomiar: masy i długości ciała), w tym określenie współczynnika masy ciała (Body Mass Index - BMI), i psychomotorycznego oraz przebytych schorzeń;2) ocenę wykonania szczepień ochronnych zgodnie z kalendarzem szczepień;3) ocenę obecności czynników ryzyka uszkodzenia słuchu;4) przeprowadzenie testu rozwoju reakcji słuchowych oraz ocenę rozwoju mowy;5) test Hirschberga w kierunku wykrywania zez;6) pomiar ciśnienia tętniczego krwi.

Wiek dziecka	Świadczenia gwarantowane pielęgniarce podstawowej opieki zdrowotnej
0–6. miesiąc życia	<ol style="list-style-type: none"> 1. Wykrywanie zaburzeń rozwoju fizycznego — pomiary: masy i długości ciała, obwodu głowy i klatki piersiowej. 2. Podstawowa ocena rozwoju psychomotorycznego. 3. Orientacyjne badanie wzroku.
3.–4. miesiąc życia	<p>Wizyta patronażowa pielęgniarce podstawowej opieki zdrowotnej mająca na celu:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) przeprowadzenie instruktażu w zakresie pielęgnacji niemowlęcia, w tym karmienia piersią, pielęgnacji jamy ustnej; 2) w razie stwierdzenia nieprawidłowości — rozpoznanie problemów zdrowotnych i społecznych rodziny.
w 9. miesiącu życia	<ol style="list-style-type: none"> 1. Wykrywanie zaburzeń rozwoju fizycznego — pomiary: masy i długości ciała, obwodu głowy i klatki piersiowej. 2. Orientacyjna ocena rozwoju psychomotorycznego. 3. Orientacyjne badanie wzroku i słuchu. 4. Wizyta patronażowa pielęgniarce podstawowej opieki zdrowotnej w przypadku, gdy w czasie poprzedniej wizyty stwierdzono zaburzenia stanu zdrowia dziecka.
w 12. miesiącu życia	<ol style="list-style-type: none"> 1. Wykrywanie zaburzeń rozwoju fizycznego — pomiary: masy i długości ciała, obwodu głowy i klatki piersiowej, w tym określenie współczynnika masy ciała (Body Mass Index - BMI). 2. Orientacyjna ocena rozwoju psychomotorycznego. 3. Orientacyjne badanie wzroku i słuchu. 4. Pomiar ciśnienia tętniczego krwi.
2–letnie	<ol style="list-style-type: none"> 1. Wykrywanie zaburzeń rozwoju fizycznego — pomiary: masy i długości ciała, w tym określenie współczynnika masy ciała (Body Mass Index - BMI). 2. Orientacyjna ocena rozwoju psychomotorycznego. 3. Orientacyjne badanie słuchu. 4. Test Hirschberga w kierunku wykrywania zezów. 5. Pomiar ciśnienia tętniczego krwi.

Wiek dziecka	Świadczenia gwarantowane położnej podstawowej opieki zdrowotnej
	<p>Świadczenia gwarantowane położnej podstawowej opieki zdrowotnej obejmują:</p> <ul style="list-style-type: none"> • wizytę realizowaną w warunkach ambulatoryjnych; • wizytę realizowaną w domu świadczeniobiorcy, w przypadkach uzasadnionych medycznie; • wizytę patronażową, • wizytę profilaktyczną.
do 4. doby życia	<ol style="list-style-type: none"> 1. W przypadku porodu fizjologicznego prowadzonego samodzielnie przez położną — badanie przedmiotowe dziecka, z uwzględnieniem oceny stanu ogólnego bezpośrednio po urodzeniu według skali Apgar. 2. Wprowadzenie postępowania umożliwiającego tworzenie więzi matki z dzieckiem i prawidłowe rozpoczęcie karmienia piersią. 3. Wykonanie pomiarów masy i długości ciała, obwodu głowy i klatki piersiowej. 4. Profilaktyka zakażeń przedniego odcinka oka.
w 1.–6. tygodniu życia	<ol style="list-style-type: none"> 1. Wizyty patronażowe położnej (co najmniej 4), mające na celu: <ol style="list-style-type: none"> a) opiekę nad noworodkiem lub niemowlęciem, w tym: <ul style="list-style-type: none"> – obserwację i ocenę rozwoju fizycznego w zakresie: adaptacji do środowiska zewnętrznego, stanu skóry i błon śluzowych, pępek, wydalін, wydzielin, rozwoju psychoruchowego, funkcjonowania narządów zmysłów, – ocenę odruchów noworodka, sposobu oraz technik karmienia, – wykrywanie objawów patologicznych, – ocenę relacji rodziny z noworodkiem; b) prowadzenie edukacji zdrowotnej i udzielanie porad w zakresie: pielęgnacji noworodka, karmienia piersią, szczepień ochronnych, badań profilaktycznych, opieki medycznej, socjalnej oraz w zakresie laktacji, kontroli płodności, samoopieki; c) promowanie zachowań prozdrowotnych rodziców; d) identyfikowanie czynników ryzyka w rodzinie; e) formułowanie diagnozy i ustalanie hierarchii podejmowanych działań. 2. Po zakończeniu wizyt patronażowych położna przekazuje opiekę nad niemowlęciem pielęgniarce podstawowej opieki zdrowotnej.

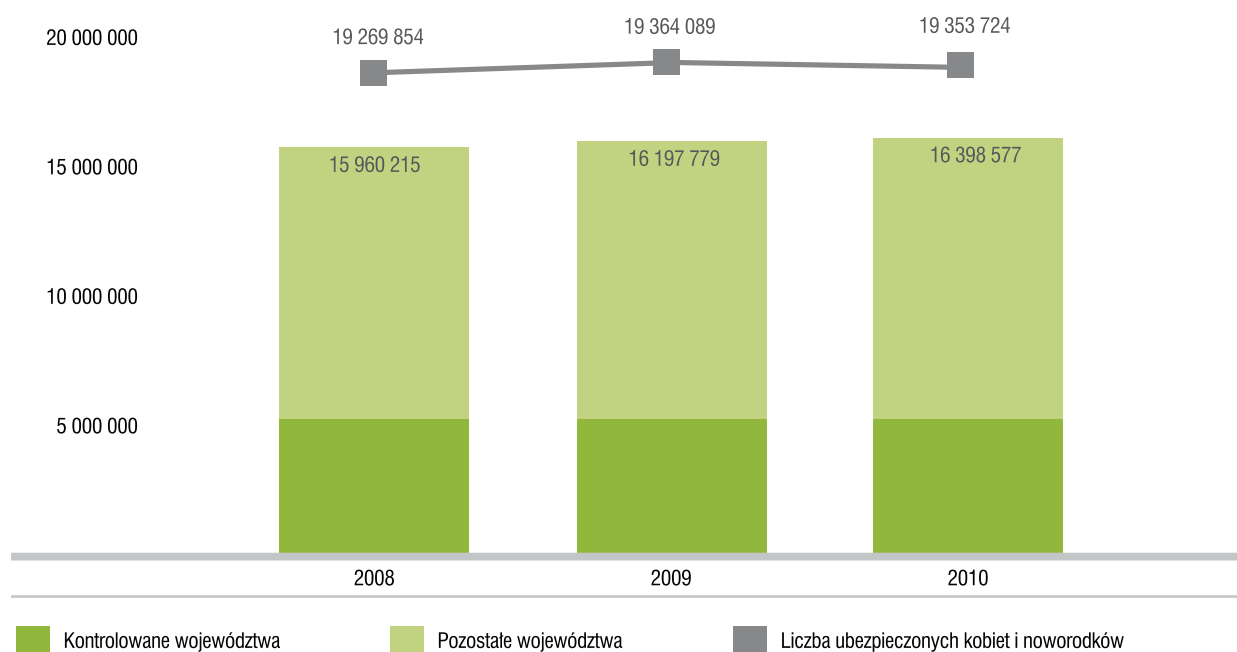
Źródło: opracowanie własne.

1.11. Realizacja opieki zdrowotnej – wybrane aspekty

Wizyty patronażowe

Jednym z gwarantowanych świadczeń zdrowotnych w ramach opieki nad noworodkiem są wizyty patronażowe położnej, pielęgniarki i lekarza. Z badań przeprowadzonych w 2008 r. przez Zakład Ochrony i Promocji Zdrowia Dzieci i Młodzieży Instytutu Matki i Dziecka²⁷ wynika, że realizację wizyt patronażowych położnej potwierdziło 92% rodziców, a patronażu lekarza — 79,4% rodziców. Również raport z kontroli przeprowadzonej w roku 2010 przez Najwyższą Izbę Kontroli w 5 województwach (dolnośląskim, lubuskim, małopolskim, opolskim i śląskim) podaje, iż większość noworodków jest objęta opieką położnej środowiskowej, choć wskazuje na bardzo duże zróżnicowanie regionalne²⁸. Na przykład w województwie opolskim w latach 2008–2010 wizytami patronażowymi położnej środowiskowej objętych było zaledwie 54,5% ubezpieczonych kobiet i noworodków, głównie w wyniku braków kadrowych.

WYKRES 6. LICZBA Kobiet I NOWORODKÓW OBJĘTYCH OPIEKĄ POŁOŻNEJ PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ W KRAJU I W KONTROLOWANYCH WOJEWÓDZTWACH.



Źródło: Dane zbiorcze z oddziałów wojewódzkich i centrali NFZ za lata 2008–2010.²⁹

Aby rodzina została objęta opieką w postaci wizyt patronażowych, musi złożyć deklarację wyboru położnej podstawowej opieki zdrowotnej. Z raportu NIK wynika, że zdecydowana większość ubezpieczonych kobiet złożyła deklaracje wyboru położnej (w kontrolowanych województwach — 83,2%, w kraju — 84,7%). Nie oznacza to jednak objęcia ich rzeczywistą opieką położnej. Wyniki ankiety przeprowadzonej wśród pacjentek 22 kontrolowanych przez NIK świadczeniodawców wskazują, że większość pacjentek kojarzy opiekę położnej wyłącznie z opieką w okresie porodu i nad noworodkiem, nie mając wiedzy o pełnym zakresie przysługujących świadczeń. Większość respondentek nie znała adresu i numeru telefonu położnej.

Jeśli chodzi o zakres wykonywanych podczas wizyt patronażowych zadań, to z raportu NIK wynika, że nie zawsze jest on pełny. W badanej przez NIK dokumentacji dotyczącej opieki w formie wizyt patronażowych, brakowało przede wszystkim opisu przebiegu opieki nad noworodkiem, w tym: obserwacji i oceny rozwoju fizycznego w zakresie adaptacji do środowiska zewnętrznego, stanu skóry i błon śluzowych, rozwoju psychoruchowego oraz funkcjonowania narządów zmysłów, oceny odruchów noworodka, sposobu i technik karmienia, wykrywania objawów patologicznych, oceny relacji rodziny z noworodkiem. Zważywszy na fakt, że wizyty patronażowe prowadzone w środowisku domowym są uznawane za sprawdzoną formę wczesnej profilaktyki zdrowotnej oraz wczesnego wykrywania ryzyka krzywdzenia, braki w dokumentacji w wyżej wymienionych obszarach są szczególnie niepokojące.

Pomimo zastrzeżeń NIK co do prawidłowości i jakości wizyt patronażowych, aż 95,5% ankietowanych pacjentek, u których w czerwcu 2010 r. została przeprowadzona wizyta patronażowa, oceniło wizyty bardzo dobrze lub dobrze. Zgłaszane przez pacjentki uwagi dotyczyły przede wszystkim pośpiechu położnej oraz stosunkowo niewielkiej uwagi przywiązywanej do stanu zdrowia samej matki, w tym zwłaszcza problemów laktacyjnych. Według NIK tak dobra ocena pracy położnej przez pacjentki może być wynikiem z jednej strony dobrego kontaktu osobistego położnej, a z drugiej — braku wiedzy pacjentek co do właściwego wykonania i dokumentowania wizyt patronażowych.

Badania profilaktyczne

Z badań przeprowadzonych w 2008 r. przez Zakład Ochrony i Promocji Zdrowia Dzieci i Młodzieży Instytutu Matki i Dziecka w 145 poradniach wśród lekarzy, pielęgniarek i rodziców dzieci do 6. roku życia wynika, że wszystkie poradnie powiadamiały rodziców o konieczności zgłoszenia się z dzieckiem na szczepienie czy badanie profilaktyczne³⁰. W przypadku niezgłoszenia się rodziców w celu wykonania obowiązkowego szczepienia dziecka, we wszystkich poradniach rodzice byli powiadamiani powtórnie: najczęściej telefonicznie (89%) oraz drogą pocztową (59%). Większość rodziców (74%) podała, że zgłasza się na pierwsze zawiadomienie dotyczące szczepienia ochronnego lub bilansu zdrowia.

Według informacji uzyskanych od lekarzy, średni odsetek niemowląt poddanych badaniom profilaktycznym wynosił od 83% w 9. miesiącu życia do 98% w 2.–6. miesiącu życia. Jednocześnie między poradniami występowały bardzo duże różnice dotyczące odsetka niemowląt badanych profilaktycznie w wieku 9 i 12 miesięcy. W niektórych poradniach tylko 10% niemowląt w wieku 9 miesięcy było objętych badaniami.

TABELA 7. PROFILAKTYCZNE BADANIA LEKARSKIE NIEMOWLĄT (WEDŁUG INFORMACJI LEKARZY) W 2008 R.

Badanie profilaktyczne w wieku:	% dzieci objętych badaniem	
	Średnia	Zakres procentowy
2–6 miesiąc życia (w terminach szczepień)	98	60–100
9. miesiąc życia	83	10–100
12. miesiąc życia	94	20–100

Źródło: Jodkowska M., Oblacińska A., Mikiel–Kostyra K. (2009), *Wstępna analiza profilaktycznej opieki nad dziećmi w wieku niemowlęcym, poniemowlęcym i przedszkolnym – wybrane problemy*, Problemy Higieny Epidemiologicznej, nr 90(3).

Również w przypadku badań bilansowych u dzieci w wieku 2, 4 i 6 lat, nie wszystkie dzieci w przewidzianych okresach były takim badaniom poddane. Największe różnice zanotowano w przypadku badań bilansowych dwulatków. Istniały placówki, w których zaledwie 20% dzieci w wieku 2 lat przeszło takie badanie we właściwym terminie.

TABELA 8. PROFILAKTYCZNE BADANIA LEKARSKIE DZIECI DO 6 LAT (ODSETKI ZBADANYCH).

Bilans w wieku:	Średnia %	Zakres procentowy
2 lat	85	20–100
4 lat	80	35–100
6 lat	90	50–100

Źródło: Jodkowska M., Oblacińska A., Mikiel–Kostyra K. (2009), *Wstępna analiza profilaktycznej opieki nad dziećmi w wieku niemowlęcym, poniemowlęcym i przedszkolnym – wybrane problemy*, Problemy Higieny Epidemiologicznej, nr 90(3).

Jeśli chodzi o czas trwania badania bilansowego, to według danych uzyskanych od rodziców, na przeprowadzenie jednego bilansu zdrowia dzieci w różnym wieku lekarze poświęcali średnio 17 minut. Jednakże ponad połowa bilansów trwała, zdaniem rodziców, 10–15 minut (56,8%), natomiast blisko 4% bilansów przeprowadzono w czasie krótszym niż 10 minut. Wszyscy lekarze wykonujący badania bilansowe deklarowali, że informowali rodziców o wynikach badania ich dzieci, potwierdziła to większość (94%) rodziców. W opinii większości rodziców lekarz podawał zalecenia dotyczące postępowania w przypadku stwierdzonych zaburzeń (89%) oraz przekazywał ustnie podsumowanie badania bilansowego dziecka

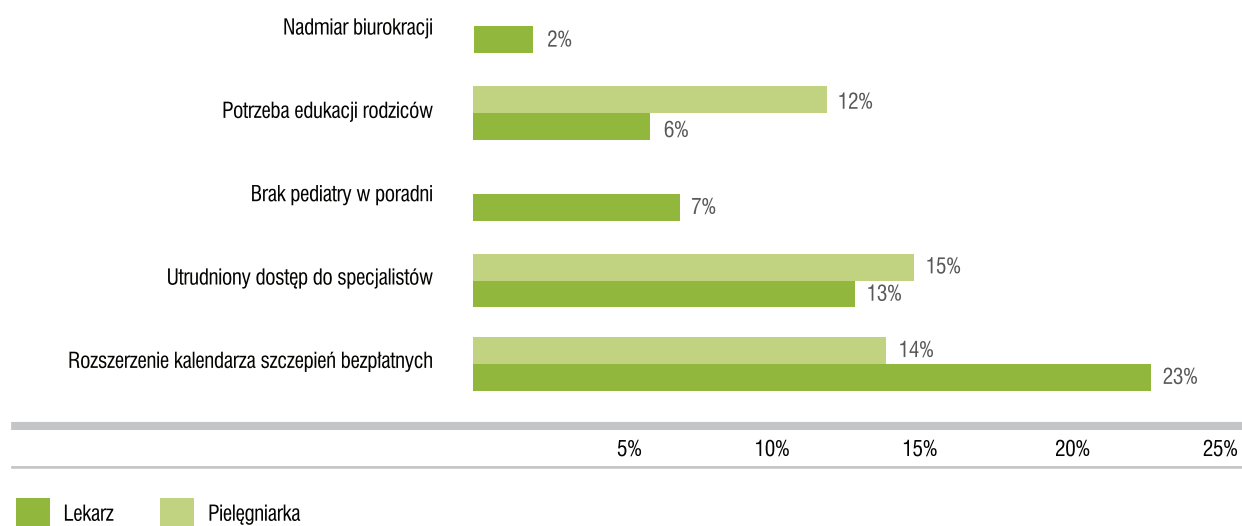
(85%). Prawie wszyscy ankietowani rodzice (92%) uznali informacje otrzymane od lekarza podczas wizyty profilaktycznej za przydatne.

W odpowiedzi na pytanie o trudności w prowadzeniu badań bilansowych 44% ankietowanych lekarzy wymieniała różne trudności (głównie organizacyjne, techniczne, merytoryczne). Połowa tej grupy jako utrudnienie podawała niezadowalającą współpracę z rodzicami, 19% — brak czasu na dokładne wykonywanie badań (głównie z powodu braków kadrowych i zbyt dużej liczby dzieci na liście aktywnej), a 7% — brak pediatry w zespole poradni (byli to lekarze rodzinni i innych niż pediatria specjalności). Inne odpowiedzi dotyczyły m.in. trudności lokalowych i organizacyjnych, braków w sprzęcie do wykonywania testów przesiewowych.

Natomiast pielęgniarki w odpowiedzi na pytanie dotyczące trudności najczęściej wskazywały na niezadowalającą współpracę z rodzicami (56%), zbyt mało czasu na wykonywanie zadań (21%), nadmiar dokumentacji (17%), dużą rozległość terenu, w którym pielęgniarki rodzinne pełnią swe zadania (12%), złą bazę lokalową poradni (7%).

Spośród opisywanych przez lekarzy (69% respondentów) problemów wymagających pilnego rozwiązania, najczęściej zgłaszano: potrzebę rozszerzenia szczepień bezpłatnych (23%), utrudniony dostęp do specjalistów (13%), brak w poradni lekarza pediatry (7%), niską świadomość rodziców (6%), nadmiar biurokracji (2%). Pielęgniarki uważały za równorzędne do rozwiązania następujące problemy: utrudniony dostęp do specjalistów (15%), konieczność rozszerzenia kalendarza szczepień o szczepienia zalecane (14%) oraz edukację rodziców (12%).

WYKRES 7. PROBLEMY W FUNKCJONOWANIU PROFILAKTYCZNEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ NAD DZIEĆMI, WYMAGAJĄCE PILNEGO ROZWIĄZANIA W OPINII LEKARZY I PIEŁĘGNIAREK (ODSETKI BADANYCH)



Źródło: Jodkowska M., Oblacińska A., Mikiel-Kostyra K. (2009), *Wstępna analiza profilaktycznej opieki nad dziećmi w wieku niemowlęcym, niemowlęcym i przedszkolnym – wybrane problemy*, Problemy Higieny Epidemiologicznej, nr 90(3).

Rodziców proszono o określenie problemów w opiece zdrowotnej, którymi ich zdaniem należy najpilniej się zająć. Tylko co 6. rodzic jednoznacznie określił, że nie widzi takich problemów. Natomiast rodzice, którzy mieli zastrzeżenia do udzielanych im i dziecku świadczeń, najczęściej wskazywali na zbyt małą liczbę lekarzy pracujących w poradni oraz zbyt długi czas oczekiwania na wizytę oraz zbyt mało czasu na przeprowadzenie wizyty (10,8%). Wymieniali także złe warunki organizacyjno-lokalowe (7,5%; np. wspólne

wejściach dla dzieci zdrowych i chorych, przyjmowanie przez lekarza w tych samych godzinach przyjęć zarówno dzieci zdrowych, jak i chorych, brak punktu szczepień — wykonywanie szczepień na korytarzu). Rodzice skarżyli się też na problemy z uzyskaniem skierowania do lekarza specjalisty i badania laboratoryjne (6,4%). Część rodziców postulowała, by szczepienia zalecane były nieodpłatne (4%)³¹. Pomimo tych zastrzeżeń, średnia ocena świadczeń profilaktycznych przez rodziców wyniosła 4,4 (w skali od 1 do 5).

Szczepienia

Szczepienia są uznawane za najskuteczniejszą metodę zapobiegania i zwalczania chorób zakaźnych. Szczepienia w Polsce, ich zakres i kolejność podawania dziecku są regulowane w drodze ustawy o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi z 5 grudnia 2008 r. Ustawa ta nakłada na Głównego Inspektora Sanitarnego obowiązek corocznej aktualizacji tzw. Kalendarza Szczepień Ochronnych, będącego zbiorem zaleceń specjalistów chorób zakaźnych. Program Szczepień Ochronnych składa się z:

- szczepień obowiązkowych dzieci i młodzieży wg wieku,
- szczepień obowiązkowych osób narażonych w szczególny sposób na zakażenie,
- szczepień zalecanych.

Szczepienia obowiązkowe realizowane są bezpłatnie, w przypadku szczepień zalecanych konieczne jest zakupienie szczepionki przez osobę zainteresowaną, opiekuna lub instytucję sponsorującą szczepienie, natomiast badanie lekarskie kwalifikujące na szczepienie, podanie szczepionki oraz wydanie zaświadczenia o szczepieniu jest dla szczepionego bezpłatne.

Realizacja szczepień obowiązkowych w Polsce jest wysoka, sięga powyżej 90–95%, w niektórych województwach dochodząc do 100%³².

Pominięcie szczepień może być przejawem zaniedbań medycznych ze strony rodzica. Należy jednak zwrócić uwagę, że w Polsce od 2009 r. zyskuje na popularności ruch tzw. antyszczepionkowców, czyli rodziców, którzy uznają, że szczepienie dzieci może negatywnie wpłynąć na ich zdrowie i rozwój.

- 1 http://ec.europa.eu/health/indicators/echi/list/index_en.htm
- 2 Szamotulska K. (2010), *Stan zdrowia matek i dzieci w okresie okołoporodowym w Polsce na tle krajów Unii Europejskiej. Opracowanie na podstawie wskaźników Euro-Peristat*, Medycyna Wieku Rozwojowego, t. XIV, nr 2, s. 113–128.
- 3 Szamotulska K. (2010), *Stan zdrowia matek...*, *op.cit.*
- 4 European Perinatal Health Report (2008), www.europeristat.com
- 5 Oblacińska A., Jodkowska M., Mikiel-Kostyra K., Palczewska I. (2010), *Ocena rozwoju fizycznego dzieci i młodzieży. Cz. I. Niemowlęta i dzieci do 5 lat – normy krajowe czy standardy WHO?*, Medycyna Wieku Rozwojowego, t. XIV, nr 2, s. 95–100.
- 6 Jodkowska M., Oblacińska A., Mikiel-Kostyra K. (2009), *Wstępna analiza profilaktycznej opieki nad dziećmi w wieku niemowlęcym, poniemowlęcym i przedszkolnym – wybrane problemy*, Problemy Higieny i Epidemiologii, nr 90 (3).
- 7 www.who.int/childgrowth/standards/en/
- 8 De Onis M., Woynarowska B. (2010), *Standardy WHO rozwoju fizycznego dzieci w wieku 0–5 lat i możliwości ich wykorzystania w Polsce*, Medycyna Wieku Rozwojowego, t. XIV, nr 2, s. 87–94.
- 9 GUS (2012), *Zdrowie i ochrona zdrowia w 2010 r.*
- 10 Urząd Statystyczny, Kraków (2011), *Zdrowie dzieci i młodzieży w Polsce w 2009 roku.*
- 11 *Kompleksowa ocena sposobu żywienia dzieci w wieku 13–36 miesięcy w Polsce, Wyniki badań 2010–2011*, Fundacja Nutricia i Instytut Matki i Dziecka, 2011.
- 12 De Onis M., Woynarowska B. (2010), *Standardy WHO...*, *op.cit.*
- 13 Majcher A., Czerwonogrodzka-Senczyna A., Bielecka-Jasiocha J., Rumińska M., Witkowska-Sędek E. (2011), *Rozwój otyłości we wczesnym dzieciństwie – obserwacje*, Problemy Higieny Epidemiologicznej, nr 92 (2), s. 241–246.
- 14 De Onis M., Woynarowska B. (2010), *Standardy WHO...*, *op.cit.*
- 15 www.who.int/topics/breastfeeding/en/
- 16 Urząd Statystyczny, Kraków (2011), *Zdrowie dzieci i młodzieży w Polsce w 2009 roku.*
- 17 *Kompleksowa ocena sposobu żywienia...*, *op.cit.*
- 18 Dzieniszewski J., Szponar L., Szczygieł B., Socha J. (2001), *Podstawy naukowe żywienia w szpitalach*, Warszawa: Instytut Żywności i Żywienia.
- 19 Dobrzańska A., Lukas W., Socha J., Wąsowska-Królikowska K., Chlebna-Sokół D., Milanowski A., Książek J., Szymankiewicz M., Charzewska J., Czech-Kowalska J., Weker H. (2009), *Polskie zalecenia dotyczące profilaktyki niedoborów witaminy D*, Klinika Pediatria – Szkoła Pediatr. cz. 13, nr 17 (5), s. 5117–5120.
- 20 *Zdrowie dzieci i młodzieży...*, *op.cit.*
- 21 GUS (2011), *Rocznik demograficzny.*
- 22 European Perinatal Health Report, *op.cit.*
- 23 Sadowska-Krawczenko I. i in. (2008), *Wiedza położnych i pielęgniarek na temat zespołu nagłego zgonu niemowląt – badanie ankietowe*, Postępy Neonatologii, nr 1.
- 24 Narodowy Instytut Zdrowia USA, www.cdc.gov/nchs/
- 25 Sadowska-Krawczenko I. i in. (2008), *Wiedza położnych...*, *op.cit.*
- 26 Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej, Dz.U. z 2009 r., Nr 139, poz. 1139.
- 27 Smoleń E., Mikiel-Kostyra K., Korzycka-Stalmach M., Wojdan-Gdek E. (2009), *Wybrane aspekty opieki profilaktycznej nad niemowlętami w podstawowej opiece zdrowotnej z uwzględnieniem aktualnych regulacji prawnych*, Problemy Higieny i Epidemiologii, nr 90, suplement 1.
- 28 NIK (2011), *Informacja o wynikach kontroli realizacji zadań położnych środowiskowych w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej*, Najwyższa Izba Kontroli Delegatura w Krakowie.
- 29 NIK (2011), *Informacja o wynikach kontroli realizacji zadań położnych środowiskowych w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej*, Najwyższa Izba Kontroli Delegatura w Krakowie.
- 30 Jodkowska M., Oblacińska A., Mikiel-Kostyra K. (2009), *Wstępna analiza...*, *op.cit.*
- 31 Mikiel-Kostyra K., Smoleń E., Korzycka-Stalmach M., Wojdan-Gdek E. (2011), *Wybrane aspekty zdrowotnej opieki profilaktycznej nad niemowlętami dziećmi do 6. roku życia opinii rodziców*, Pediatria Polska, t. 86, nr 2.
- 32 *Szczepienia ochronne w Polsce w 2009* (2010), Warszawa: Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego.

2. Małe dzieci z niepełnosprawnością

Z najnowszych, opublikowanych danych GUS, wynika, że w 2009 r.:

- w przedziale wiekowym 0–14 lat na 5 749,2 tys. dzieci w Polsce 179,8 tys., czyli 3,13%, to dzieci z niepełnosprawnością,
- w przedziale wiekowym 0–4 lat na 1 946,6 tys. dzieci 43,3 tys., czyli 2,2%, to dzieci z niepełnosprawnością (w mieście 2,7%, na wsi 1,5%)¹.

Wśród 43,3 tys. dzieci z niepełnosprawnością w przedziale wiekowym 0–4 lat (2,2% populacji do lat 4), dzieci niepełnosprawne prawnie i biologicznie stanowią 9,7 tys., czyli 1% populacji do lat 4; tylko prawnie 31,7 tys. (3%), a tylko biologicznie 2 tys. co stanowi 0,3%².

2.1. Wiek dziecka w chwili diagnozy niepełnosprawności i rodzaje niepełnosprawności

Diagnoza niepełnosprawności małego dziecka może być stwierdzona na różnym etapie rozwojowym od okresu prenatalnego i postnatalnego, poprzez wiek niemowlęcy i poniemowlęcy, do okresu przedszkolnego włącznie. Kończy się wydaniem orzeczenia o niepełnosprawności na czas określony (maksymalnie do 16. roku życia)³.

- **Okres prenatalny.** Powszechne i dostępne od wielu lat dla kobiet w ciąży badania ultrasonograficzne (USG) w aspekcie klinicznym mają charakter badań przesiewowych pozwalających na wykrycie pierwszych nieprawidłowości rozwojowych dotyczących zmian strukturalnych wad cewy nerwowej, takich jak: bezmózgowie, przepuklina mózgu i rdzenia, a także niedorozwoju czy zniekształceń kończyn czy innych organów. W standardzie medycznym (Rekomendacje Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego z maja 2004 r.) USG w ciąży wykonywane jest między: 11 a 14 tygodniem ciąży (Hbd); w 18–22 tygodniu ciąży i w 28–32 tygodniu. Ponadto kobiety z grupy ryzyka chorób genetycznych oraz powyżej 35. roku życia mają zagwarantowane prawnie badania prenatalne, które pozwalają na identyfikację nie tylko wad strukturalnych, ale także różnych zespołów genetycznych (Kwaśniewska 2007).
- **Okres postnatalny, niemowlęcy.** Wady rozwojowe u dziecka mogą być stwierdzone po jego urodzeniu (m.in. dotyczy to powikłań związanych z wcześniactwem). W miarę rozwoju mogą ujawniać się różne nieprawidłowości w obrębie sfery psychoruchowej dziecka. Na tym etapie niezwykle pomocne w ocenie ewentualnej niepełnosprawności, poza medycznymi badaniami specjalistycznymi, są badania odpowiednimi skalami. Należą do nich badania Skalą Brazeltona (NBAS), a także ocena rozwoju Dziecięcą Skalą Rozwojową (DSR). NBAS może być zastosowana do końca 2. miesiąca życia dziecka, natomiast DSR — od 3. miesiąca do ukończenia 3 lat. Obie skale, chociaż bardzo różne, umożliwiają całościową ocenę dziecka, pokazując nie tylko jego braki czy trudności, ale także mocne strony, zarówno w sferze psychoruchowej, jak i kompetencji społecznych (NBAS i DSR) czy możliwości samoregulacji (NBAS).
- **Dziecko w wieku poniemowlęcym i przedszkolnym.** Na tym etapie, w związku z rozszerzaniem relacji społecznych łatwiejsze jest zdiagnozowanie niepełnosprawności dziecka i podjęcie interwencji (jeśli nie miało to miejsca we wcześniejszym okresie) i wdrażanie dziecka w system edukacyjny. Orzeczenie o niepełnosprawności umożliwia korzystanie z różnych form integracji, nauczania specjalnego czy indywidualnego, które może mieć początek już na etapie nauczania przedszkolnego.

2.2. Rodzaje niepełnosprawności

Do szerokiej kategorii dzieci niepełnosprawnych zaliczamy, ze względu na rodzaj niepełnosprawności, dzieci:

- z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim, umiarkowanym lub znacznym (tu diagnoza ostatecznie kształtuje się na etapie oceny dojrzałości szkolnej). Co roku rodzi się w Polsce ponad 5 tys. dzieci z tym typem niepełnosprawności, jest to blisko połowa dzieci niepełnosprawnych (ok. 1% populacji dzieci w wieku 0–4 lata). Niepełnosprawność intelektualna jest stanem, nie chorobą — może być skutkiem nieprawidłowej budowy lub uszkodzenia mózgu; może jednocześnie występo-

wać z innymi rodzajami niepełnosprawności lub chorobami, takimi jak: epilepsja, autyzm, mózgowe porażenie dziecięce (PSOUU 2008);

- z obniżoną sprawnością sensoryczną (zmysłową) — z brakiem, uszkodzeniem lub zaburzeniem funkcji analizatorów zmysłowych, a w tym:
 - dzieci niewidome i słabowidzące — badanie w kierunku retinopatii wcześniaków (ROP — zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia od 1 stycznia 2007 r.) powinno być wykonane u wszystkich dzieci urodzonych poniżej 36. tygodnia ciąży. W Polsce ROP jest przyczyną ślepoty u 8,6% wcześniaków, a wczesne rozpoznanie i leczenie wpływa na zatrzymanie progresji zmian;
 - dzieci niesłyszące i słabosłyszące — od 2003 r. badania przesiewowe słuchu u noworodków⁴ obejmują ponad 97% rodzących się w Polsce dzieci. Ta sfera należy do jednej z najlepiej rozpoznanych i monitorowanych;
- z autyzmem — dzięki coraz większej świadomości problemu autyzm jest coraz wcześniej diagnozowany. Objawy preautystyczne można zdiagnozować już w pierwszym roku życia dziecka;
- z niepełnosprawnością ruchową — w tym obszarze ważne jest badanie przesiewowe stawów biodrowych noworodków w celu wykrycia wrodzonej dysplazji.

Zdarza się też, że u dziecka występuje kilka typów niepełnosprawności i wtedy mówimy o tzw. niepełnosprawności sprzężonej. Orzeczenie może zawierać więcej niż jeden symbol przyczyny niepełnosprawności, nie więcej jednak niż trzy symbole schorzeń, które w porównywalnym stopniu wpływają na zaburzenie funkcji organizmu.⁵

Nie zawsze łatwo jest określić **przyczyny niepełnosprawności**. Różne też są ich źródła. Można je podzielić na:

- **prenatalne**: nieprawidłowy przebieg ciąży, zaburzenia genetyczne, wada mózgu, choroby metaboliczne, choroby matki (np. różyczka, toksoplazmoza);
- **perinatalne**: poród przedwczesny, zbyt krótki lub przedłużający się nadmiernie, poród zabiegowy (vacuum, kleszcze), niedotlenienie, niska waga urodzeniowa (hipotrofia), uszkodzenie OUN, żółtaczka;
- **inne**: choroby i infekcje przebyte we wczesnym okresie życia (zapalenie opon mózgowych, odwodnienie), wypadki (ok. 70% wypadków dzieci w wieku do lat 5 ma miejsce w domu — upadki, oparzenia, zatrucia)⁶, wypadki komunikacyjne, zespół dziecka potrząsanego (SBS – Shaken Baby Syndrome) diagnozowany głównie u dzieci w 5–9 miesiącu życia, może prowadzić do trwałych uszkodzeń OUN i niepełnosprawności (w 2010 r. z powodu urazów głowy do szpitala trafiło 1 239 dzieci poniżej 1. r. ż.⁷).

2.3. Postęp i rozwój w dziedzinie wczesnej interwencji wobec małych dzieci ze specjalnymi potrzebami i ich rodzin

Raport opracowany przez Europejską Agencję Rozwoju Edukacji Dzieci ze Specjalnymi Potrzebami (European Agency for Development in Special Needs Education)⁸ podsumowuje postępy i przedstawia najważniejsze zmiany w obszarze wczesnej interwencji wobec dzieci ze specjalnymi potrzebami rozwojowymi oraz dzieci z grup ryzyka, jakie zaszły od roku 2005 w 19 krajach biorących udział w projekcie prowadzonym przez Agencję od 2003 r.

Model wczesnej interwencji rekomendowany przez autorów raportu bazuje na kontekstowej ocenie i strategii wspierania dzieci niepełnosprawnych, przyjmując szeroką perspektywę uwzględniającą zarówno dziecko, jak też jego rodzinę i środowisko. Tym samym rozwiązania służące poprawie jakości świadczeń dla rodzin i ich dzieci ze specjalnymi potrzebami nie koncentrują się na obszarze pomocy medycznej, lecz na profilaktyce i wspieraniu rodzin ryzyka.

Mówią mamy

Miałam cesarkę, po wybudzeniu lekarka powiedziała mi o wadach córki (...). Czuję się okropnie, chciałam umrzeć, miałam najgorsze myśli. (...) Wiem, że nigdy się z tym nie pogodzę i nie wiem, czy pokocham Oliwkę, bo niby dlaczego. Kiedy na nią patrzę to odchciewa mi się wszystkiego. Wiem, że to nie jej wina, że się taka urodziła, ale dlaczego nam?

Wpis na forum internetowym
www.forum.gazeta.pl

Zgodnie z tymi założeniami przyjęto definicję wczesnej interwencji, którą określono jako zbiór świadczeń i usług skierowanych do bardzo małych dzieci ich rodzin, dostępnych na życzenie w określonym momencie życia dziecka i obejmujących każde działanie podjęte w sytuacji, gdy dziecko potrzebuje specjalnego wsparcia po to, aby:

- zapewnić mu osobisty rozwój i wspomóc jego przebieg,
- wzmocnić umiejętności i możliwości jego rodziny,
- wesprzeć integrację społeczną dziecka i jego rodziny.

Podsumowując Polskę na tle innych krajów europejskich, w oparciu o raport dotyczący postępów i najważniejszych zmian, jakie dokonały się w dziedzinie wczesnej interwencji od roku 2005, należy zaznaczyć, że:

- we wszystkich krajach, których raport dotyczy (w tym w Polsce) dokonały się zmiany systemowe w odniesieniu do pięciu elementów kluczowych parametrów wczesnej interwencji: dostępności, bliskości, przystępności finansowej, interdyscyplinarności i zróżnicowania świadczeń;
- pomimo wysiłków, jakie podjęto we wszystkich krajach, oraz widocznych na każdym poziomie korzystnych zmian, potrzebne są dalsze działania służące temu, aby wypełnić podstawową zasadę wczesnej interwencji — prawo każdego dziecka i jego rodziny do otrzymania potrzebnej im pomocy.

W raporcie końcowym, poza uwagami ogólnymi, Polska została wymieniona kilka razy szczegółowo:

- W Polsce dzieci otrzymują wsparcie jedynie w oparciu o podstawową diagnozę lekarską, a niekoniecznie w odpowiedzi na ich specjalne potrzeby rozwojowe i edukacyjne.
- Polska jest wymieniona wśród państw, w których dzieci niepełnosprawne cieszą się przywilejem pierwszeństwa przy przyjmowaniu do placówek przedszkolnych (w części krajów nie ma potrzeby prawnego uprzywilejowania, gdyż wszystkie dzieci mają prawo do edukacji przedszkolnej po ukończeniu określonego roku życia).
- W Polsce (obok Węgier i Słowenii) nie ma ogólnie ustalonych standardów jakości świadczeń wczesnej interwencji.
- W porównaniu z innymi krajami europejskimi, w Polsce najwyższy procent dzieci z wadami wrodzonymi potrzebuje wczesnej interwencji (Grzybowska 2009).

Pomimo odnotowanego postępu, w raporcie wyspecyfikowane zostały istotne problemy i dysfunkcje dotyczące wczesnej interwencji wobec dzieci ze specjalnymi potrzebami i ich rodzin:

- Problemem dla rodzin jest nie tyle dostęp do informacji, co ich selekcja i wyodrębnienie informacji przydatnych z punktu widzenia potrzeb konkretnego dziecka i jego rodziny, szczególnie potrzeba wsparcia w tej kwestii dla rodzin ubogich i z niskim wykształceniem, przekaz informacji zrozumiałym językiem.
- Nawarstwienie problemów — takich jak niepełnosprawność dziecka, trudne otoczenie społeczne, problemy psychiczne (depresja poporodowa), przemoc w rodzinie — wymaga szczególnie wnikliwej analizy, gdyż trudno oddzielić uwarunkowania fizyczne samego dziecka od uwarunkowań środowiskowych. Trudno ocenić, co jest pierwotne, a co wtórne.
- Sformułowanie jasnych kryteriów udzielania świadczeń i zagwarantowanie rodzinom dostępu do odpowiedniej pomocy i wsparcia pozostaje nadal wezwaniem.
- Za mało świadczeń realizowanych jest w domu (np. w Bawarii niemal 50% świadczeń wczesnego wspomaganie realizowanych jest w środowisku domowym).
- Zbyt późno diagnozowane są dzieci z kręgu np. całościowych zaburzeń rozwojowych. Czas oczekiwania na diagnozę nierzadko sięga roku i dłużej.
- Można lepiej wykorzystać diagnostycznie wizyty położnej środowiskowej oraz bilanse w pierwszych latach życia dziecka.
- Rodziny, które najbardziej potrzebują systemu opieki najrzadziej z niego korzystają.
- Świadczenia i usługi wczesnej interwencji są zbyt scentralizowane. Decentralizacja umożliwia: zapewnienie takiej samej jakości usług bez względu na miejsce zamieszkania; uniknięcie dublowania się świadczeń oraz podejmowania nieistotnych lub niewłaściwych form interwencji.

- Problemowi „nadmiaru informacji” lub „zbyt wielu świadczeń i opcji do wyboru” mogą zaradzić różne rozwiązania służące koordynacji świadczeń i gromadzenia informacji w jednej bazie. System informacji oświatowej (SIO) w Polsce działający od 2005 roku pozwala coraz rzetelniej i precyzyjniej zbierać dane również z obszaru wczesnego wspomagania rozwoju.
- Potrzebne są dalsze wysiłki i zmiany, by publiczny sektor wczesnej interwencji dobrze działał i zapewniał jednakową jakość świadczenia na terenie całego kraju; by rodzice byli traktowani jak partnerzy, uczestniczyli w podejmowaniu decyzji o kształcie planu wczesnej interwencji, a następnie w jego realizacji.
- Potrzebne są fundusze na szkolenia przygotowujące do współpracy interdyscyplinarnej oraz zebrania zespołów. Interdyscyplinarność jest podstawą wczesnej interwencji oraz pomaga w koordynacji pracy międzyresortowej. Wart uwagi jest fakt, że np. w Holandii niektóre kierunki studiów uwzględniają przygotowanie do pracy w zespołach interdyscyplinarnych (lekarz rehabilitacji, nauczyciel wspomagający itp.), podczas gdy w innych krajach nie ma ich wcale. Szkolenia, poza współpracą interdyscyplinarną i doskonaleniem zawodowym, powinny też obejmować pogłębianie umiejętności współpracy z rodzinami.

Mówią mamy

Opóźnienie w rozwoju – taki wyrok w środę usłyszałam. Na razie o 4 miesiące. Jest na poziomie półrocznego dziecka, a ma prawie 10 miesięcy. Rehabilitant mówił, że ćwiczył wiele dzieci, ale z żadnym mu nie szło tak opornie. (...) Amelka nie raczkuje, nie siedzi pewnie, nie siada, nie stoi z podparciem. Tzn. nie robi nic :((...) A wszystko przez nieprawidłowo poprowadzony poród. (...) Najbardziej jestem zła, że nie zauważyłam wszystkiego od razu. Gdybym wcześniej zwróciła uwagę na to, że jest źle, a rehabilitacja nie przynosi efektu, może już by było po sprawie. Lekarze mówili, że jest dobrze. (...) Teraz dziecko jest już duże i mało można zrobić. Jestem wściekła i bardzo mi źle.

*Wpis na forum internetowym
www.forum.gazeta.pl*

Konkluzją raportu są trzy rekomendacje służące zapewnieniu opieki wszystkim dzieciom i rodzinom potrzebującym wczesnej interwencji:

1. Rozwiązania systemowe i wydawane zalecenia powinny umożliwiać dostęp do świadczeń wczesnej interwencji wszystkim dzieciom i rodzinom na możliwie najwcześniejszym etapie, tak szybko po zdiagnozowaniu potrzeby, jak to tylko możliwe.
2. Świadczenia wczesnej interwencji powinny być tak zorganizowane, by odpowiadać na potrzeby rodzin i dzieci, a nie odwrotnie. Dzieci i ich rodziny powinny znajdować się w centrum wszystkich działań podejmowanych w procesie wczesnej interwencji. W jego przebiegu należy uwzględnić życzenia rodziny i zapewnić jej możliwość dokonywania wyborów.
3. Należy przywiązywać dużą wagę do wymiany informacji pomiędzy specjalistami oraz przekazywania rodzinom rzetelnej wiedzy. Na świadczeniodawcach powinna spoczywać odpowiedzialność za zapewnienie wszystkim rodzinom dostępu do precyzyjnych i potrzebnych im w danym momencie informacji.

Tak sformułowane rekomendacje są dobrym punktem wyjścia do bardziej szczegółowych działań na rzecz rodzin mających dziecko z niepełnosprawnością.

1 GUS (2011), *Stan zdrowia ludności Polski w 2009*.

2 Rozróżnienie między niepełnosprawnością prawną i biologiczną bazuje na definicjach, które są podstawą do orzekania o niepełnosprawności dziecka przez odpowiednie organy:

Za niepełnosprawną, w znaczeniu prawnym, uważa się osobę, której „stan fizyczny, psychiczny lub umysłowy trwale lub okresowo utrudnia, ogranicza lub uniemożliwia wypełnianie ról społecznych, a w szczególności zdolności do wykonywania pracy zawodowej”.

Za niepełnosprawne biologicznie (subiektywnie) uznaje się dzieci i młodzież, „których sprawność fizyczna lub psychiczna, niezbędna do realizacji zadań życiowych jest mniejsza w porównaniu z możliwościami dzieci w zbliżonym wieku i poważnie utrudnia lub uniemożliwia im normalne funkcjonowanie”. Zob.: Ustawa z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz.U. 1997 r. Nr 123, poz. 776 ze zm.).

3 Zob.: Ustawa z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz.U. 1997 r. Nr 123, poz. 776 ze zm.).

4 Z inicjatywy Polskiego Towarzystwa Neonatologicznego, dzięki sprzętowi dostarczonemu przez Fundację Wielkiej Orkiestry Świątecznej Pomocy.

5 Rozporządzenie Ministra Gospodarki, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 15 lipca 2003 r. w sprawie orzekania o niepełnosprawności i stopniu niepełnosprawności.

6 Dane IMiD, http://www.enhis.pl/index.php/main/index/2-1-2-4/Wypadki_w_domu.html

7 Dane NFZ.

8 EADSNE (2010). W projekcie w latach 2009–2010 wzięły udział: Austria, Belgia, Cypr, Czechy, Dania, Estonia, Finlandia, Francja, Grecja, Hiszpania, Holandia, Irlandia, Islandia, Litwa, Luksemburg, Łotwa, Malta, Niemcy, Norwegia, Polska, Portugalia, Słowenia, Szwajcaria, Szwecja, Węgry, Wielka Brytania (Anglia i Irlandia Północna).

3. Wypadki i urazy wśród niemowląt, małych dzieci i dzieci w wieku przedszkolnym

Dzieci i młodzież są grupą najbardziej narażoną na wypadki i urazy. Dzieci w pierwszych latach życia ulegają najczęściej wypadkom oraz doznają urazów w środowisku domowym¹. Głównie są to upadki, oparzenia, zadławienia oraz zatrucia. Dzieci stają się też często ofiarami wypadków komunikacyjnych, jako pasażerowie pojazdów oraz piesi.

Niniejsze opracowanie powstało w oparciu o najnowsze dostępne dane epidemiologiczne dotyczące umieralności — dane Głównego Urzędu Statystycznego (dzieci w wieku 0–3 lat) i hospitalizacji — dane Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego–Państwowego Zakładu Higieny (dzieci w wieku 0–4 lat) oraz dane o wypadkach komunikacyjnych z udziałem dzieci w wieku 0–6 lat — dane Komendy Głównej Policji. Dane dotyczące hospitalizacji i śmiertelności przedstawiono według X Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD-10), przy zastosowaniu klasyfikacji skutków urazów, zatruc i innych skutków działań zewnętrznych.

W opracowaniu przedstawiono również najważniejsze rekomendacje dotyczące poprawy bezpieczeństwa najmłodszych dzieci, przy uwzględnieniu cech środowiska domowego oraz zasad bezpieczeństwa w ruchu drogowym.

3.1. Korzystanie z pomocy medycznej oraz uleganie wypadkom przez najmłodsze dzieci

W 2009 r. zostało przeprowadzone przez Główny Urząd Statystyczny (GUS) badanie pod nazwą „Europejskie Ankietowe Badanie Zdrowia” (EHIS), dotyczące stanu zdrowia ludności w Polsce². Uzyskane w badaniu wyniki są reprezentatywne na poziomie kraju, informacje statystyczne zostały uogólnione na ludność Polski zamieszkałą w gospodarstwach domowych według stanu w dniu 31 grudnia 2009 r.

Jak wskazują wyniki powyższego badania, w 2009 roku populacja dzieci w wieku 0–4 lat liczyła w Polsce prawie 2 miliony, co stanowiło 5% całej populacji.

W 2009 roku większość dzieci poniżej 5. roku życia korzystało z opieki lekarza pediatry lub rodzinnego w warunkach ambulatoryjnych (96%), w tym ponad połowa w ciągu ostatniego miesiąca przed badaniem. Prawie połowa najmłodszych dzieci (43%) w ciągu ostatnich 12 miesięcy przed badaniem była również na wizycie u lekarza specjalisty.

Zgodnie z wynikami powyższego badania, dzieci do 5. roku życia leczone w szpitalu stanowiły 15,6% populacji w tej grupie wiekowej, a średnia liczba nocy spędzonych przez nie w szpitalu to 1,2.³ Porównując pozostałe grupy wiekowe dzieci i młodzieży, w grupie najmłodszych dzieci częstość hospitalizacji była najwyższa (5–9 lat: 8,2%, 10–14 lat: 6,0%, 15–19 lat: 6,5%).

Jak wskazują wyniki powyższego badania, w 2009 r. około 43 tysięcy dzieci w wieku 0–4 lat, czyli 2,2% wszystkich dzieci z tego przedziału wiekowego, uległo wypadkowi.

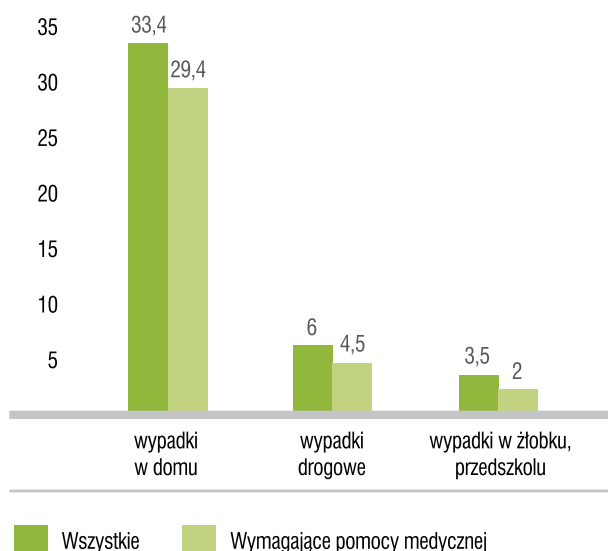
Mówią mamy

Tydzień temu mieliśmy wypadek samochodowy, nie była to mała stłuczka i syn przeżył to bardzo mocno. Karetka zabrała go do szpitala tam zrobili mu badania. Tzn. rentgen czaszki i wystali go do domu. Teraz syn za każdym razem, gdy idzie spać, moczy się i bardzo leci mu ślinka, czy to wina psychiki i przeżytego stresu, czy powinienam zrobić dodatkowe badania np.: tomografię komputerową? Boję się.

*Wpis na forum internetowym
www.dziecko-info.rodzice.pl*

Wśród najmłodszych dzieci przeważają wypadki w środowisku domowym i w czasie wolnym (wykres 1). Według danych GUS ponad połowa dzieci, które uległy wypadkowi w żłobku lub przedszkolu oraz większość dzieci będących ofiarami wypadków w domu, wymagało pomocy medycznej. Natomiast wśród 6 tysięcy dzieci w wieku 0–4 lat, które uległy wypadkowi drogowemu, pomocy medycznej potrzebowało 75%.⁴

WYKRES 1. WYPADKI Z UDZIAŁEM DZIECI W WIEKU 0–4 LAT W 2009 R. (W TYS.)



Źródło: GUS (2011), *Stan zdrowia ludności Polski w 2009 r.*

3.2. Główne przyczyny hospitalizacji dzieci w wieku 0–4 lat

Źródło informacji na temat hospitalizacji stanowią dane z Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego–Państwowego Zakładu Higieny (NIZP–PZH) (tabele wyników Badania Chorobowości Szpitalnej Ogólnej z lat 2003–2009) oraz dane Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) na region europejski — The Hospital Morbidity Database (HMDB). Na podstawie powyższych danych uzyskano informacje o hospitalizacji dzieci w wieku 0–4 lat, z podziałem na dwie grupy wiekowe: 0–1 i 1–4 lat.

Według danych NIZP–PZH w 2009 r. było hospitalizowanych około 577 tysięcy dzieci w wieku 0–4 lat, w tym ponad połowa dzieci w pierwszym roku życia (319 tys.). Wśród dzieci w wieku poniżej 12 miesięcy główną przyczynę hospitalizacji stanowią różne stany rozpoczynające się w okresie okołoporodowym (tabela 1). Należą tu przede wszystkim zaburzenia związane z czasem trwania ciąży i niską masą urodzeniową dziecka, a także stan płodu i noworodka

spowodowany czynnikami matczynymi, poród nagły, nieprawidłowa czynność skurczowa macicy. Kolejną co do częstości przyczyną hospitalizacji najmłodszych dzieci są choroby układu oddechowego, a następnie choroby zakaźne i pasożytnicze oraz wady rozwojowe wrodzone, zniekształcenia i aberracje. Odmienne kształtują się główne przyczyny hospitalizacji w grupie dzieci starszych — w wieku 1–4 lat. W tej grupie wiekowej, w porównaniu z niemowlętami, zwiększa się udział urazów i zatruc w statystyce głównych powodów hospitalizacji. Stanowią one, po chorobach układu oddechowego oraz chorobach zakaźnych i pasożytniczych, trzecią w kolejności przyczynę hospitalizacji.

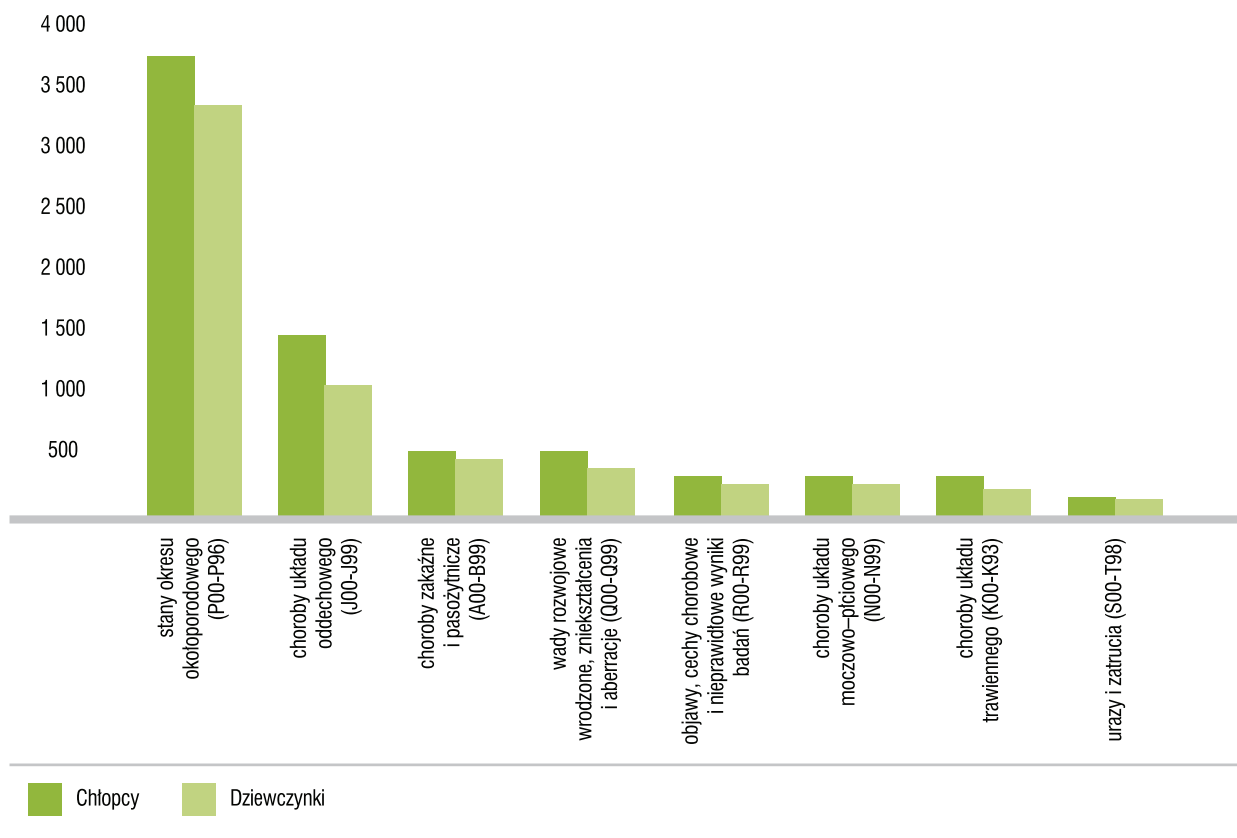
TABELA 1. GŁÓWNE PRZYCZYNY HOSPITALIZACJI DZIECI W WIEKU 0–4 LAT W 2009 R. (WSPÓŁCZYNNIK NA 10 TYS.)

Główne przyczyny hospitalizacji (ICD-10)	Wiek w latach	
	0–1	1–4
stany okresu okołoporodowego (P00-P96)	3 565	0,0
choroby układu oddechowego (J00-J99)	1 293	513
choroby zakaźne i pasożytnicze (A00-B99)	491	281
wady rozwojowe wrodzone, zniekształcenia i aberracje (Q00-Q99)	456	91
objawy, cechy chorobowe i nieprawidłowe wyniki badań (R00-R99)	290	97
choroby układu moczowo-płciowego (N00-N99)	287	88
choroby układu trawiennego (K00-K93)	264	143
urazy i zatrucia (S00-T98)	148	193

Źródło: Tabele wynikowe Badania Chorobowości Szpitalnej Ogólnej, www.statystyka.medstat.waw.pl/wyniki/wyniki.htm

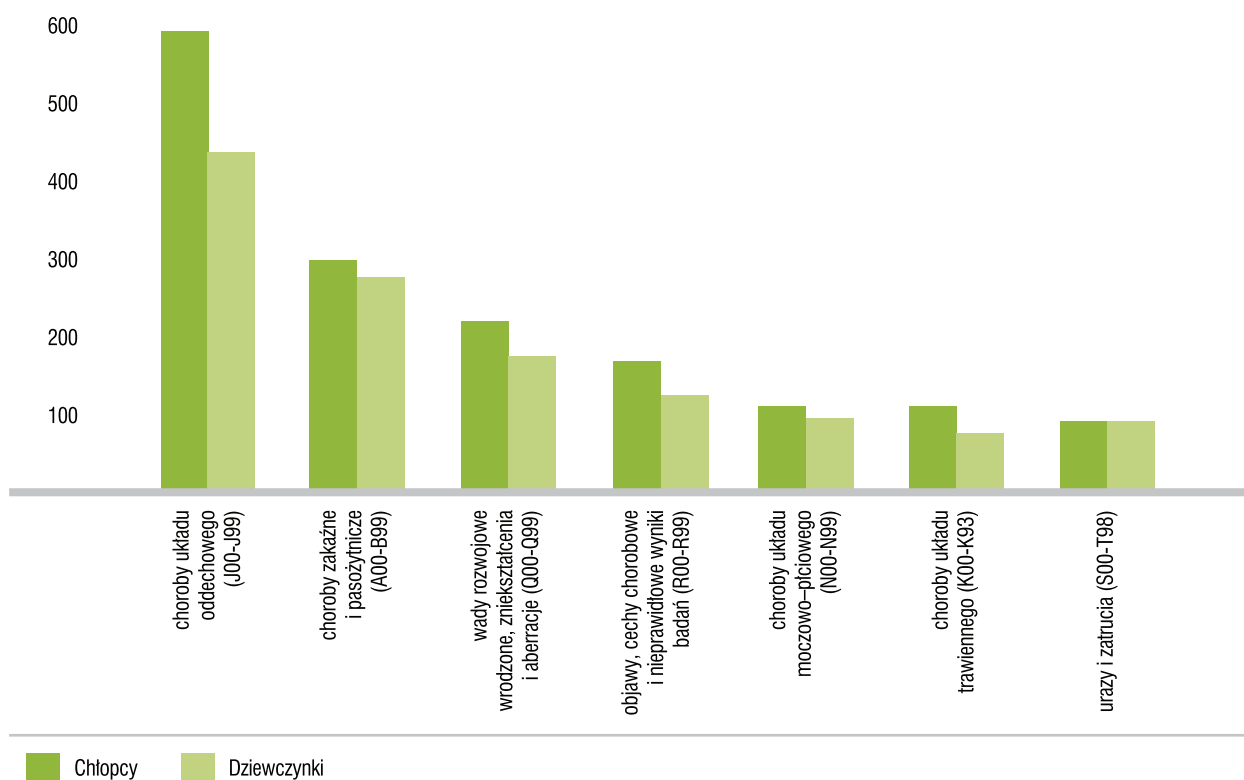
Analiza współczynników hospitalizacji niemowląt oraz dzieci w wieku 1–4 lat w zależności od płci wskazuje na to, że w 2009 r. chłopcy byli poddawani leczeniu szpitalnemu częściej niż dziewczynki. Zależność ta występuje w odniesieniu do wszystkich analizowanych głównych przyczyn hospitalizacji (wykres 2 i 3).

WYKRES 2. WSPÓŁCZYNNIKI HOSPITALIZACJI DZIECI W WIEKU 0–1 LAT W POLSCE W 2009 R. Z POWODU GŁÓWNYCH PRZYCZYŃ WEDŁUG PŁCI (WSPÓŁCZYNNIKI NA 10 TYS.).



Źródło: Tabele wyników Badania Chorobowości Szpitalnej Ogólnej, www.statystyka.medstat.waw.pl/wyniki/wyniki.htm

WYKRES 3. WSPÓŁCZYNNIKI HOSPITALIZACJI DZIECI W WIEKU 1–4 LAT POLSCE W 2009 R. Z POWODU GŁÓWNYCH PRZYCZYŃ WEDŁUG PŁCI (WSPÓŁCZYNNIKI NA 10 TYS.).



Źródło: Tabele wyników Badania Chorobowości Szpitalnej Ogólnej, www.statystyka.medstat.waw.pl/wyniki/wyniki.htm

Hospitalizacja dzieci w wieku 0–4 lat z powodu doznanych urazów i zatruc w 2009 r.

Według danych epidemiologicznych PZH, w 2009 r. w Polsce z powodu doznanych urazów i zatruc było hospitalizowanych ponad 6 tysięcy dzieci w pierwszym roku życia oraz około 29 tysięcy dzieci w wieku 1–4 lat (tabela 2). W obu grupach wiekowych ponad połowę stanowili chłopcy.

Najczęściej występujące skutki urazów i zatruc u dzieci w wieku 0–4 lat to urazy głowy (m.in. otwarte rany głowy, złamania, urazy oka). Należy zaznaczyć, że w porównaniu z dziewczynkami, u chłopców wskaźnik powyższych urazów jest wyższy.

W grupie niemowląt, inne niesklasyfikowane skutki stanowią drugą w kolejności grupę przyczyn hospitalizacji z powodu doznanych urazów i zatruc. Prawie tak samo często występują również oparzenia termiczne i chemiczne oraz urazy w obrębie różnych układów i narządów (np. urazy szyi, klatki piersiowej, kręgosłupa, brzucha). W grupie dzieci starszych (1–4 lat), wśród głównych przyczyn hospitalizacji należy wymienić także zatrucia lekami, substancjami biologicznymi i preparatami farmakologicznymi.

TABELA 2. HOSPITALIZACJA DZIECI W WIEKU 0–4 LAT Z POWODU DOZNANYCH URAZÓW I ZATRUCI W POLSCE W 2009 R. WEDŁUG PŁCI I GŁÓWNYCH SKUTKÓW URAZÓW (S00-T98).

Skutki urazów i zatruc	Hospitalizowane dzieci (współczynniki na 10 tys. mieszkańców)			
	chłopcy		dziewczynki	
	poniżej roku	1–4 lat	poniżej roku	1–4 lat
urazy śródczaszkowe (S06)	204 (9.3)	777 (10.0)	163 (7.9)	661 (9.0)
urazy głowy (m.in. otwarte rany, urazy oka i oczodołu, złamania czaszki i twarzoczaszki, uraz nerwów czaszkowych) (S00-S05, S07-S09)	1 555 (71.3)	5 449 (70.5)	1 200 (58.1)	3 517 (48.1)
złamanie przedramienia (S52)	16 (0.7)	657 (8.5)	9 (0.4)	450 (6.1)
złamanie kości udowej (S72)	30 (1.4)	255 (3.3)	25 (1.2)	79 (1.1)
złamanie podudzia łącznie ze stawem skokowym (S82)	8 (0.4)	141 (1.8)	5 (0.2)	118 (1.6)
inne urazy układów i narządów, w tym m.in. urazy szyi, klatki piersiowej, brzucha, kręgosłupa, miednicy, ramienia, przedramienia, nadgarstka, bioder, kolan, podudzia, urazy narządów wewnętrznych (S10-S51, S53-S71, S73-S81, S83-T14, T79)	429 (19.7)	3 264 (42.2)	353 (17.1)	2 617 (35.8)
oparzenia termiczne i chemiczne (T20-T32)	503 (23.0)	2 331 (30.1)	271 (13.1)	1 573 (21.5)
zatrucia lekami, preparatami farmakologicznymi i substancjami biologicznymi (T36-T65)	203 (9.3)	1 646 (21.3)	181 (8.8)	1 323 (18.1)
powikłania opieki chirurgicznej i medycznej niesklasyfikowane gdzie indziej (T80-T88)	64 (2.9)	44 (0.6)	54 (2.6)	24 (0.3)
następstwa urazów, zatruc i innych przyczyn zewnętrznych (T90-T98)	3 (0.1)	136 (1.8)	6 (0.3)	99 (1.4)
inne	541 (24.8)	2 164 (28.0)	466 (0.3)	1 797 (1.4)
ŁĄCZNIE	3 556 (163.0)	16 864 (218.0)	2 733 (132.3)	12 258 (167.5)

Źródło: Tabele wyników Badania Chorobowości Szpitalnej Ogólnej, www.statystyka.medstat.waw.pl/wyniki/wyniki.htm

Na podstawie najnowszych danych z Europejskiej Bazy Chorobowości Szpitalnej, można stwierdzić, że w porównaniu z pozostałymi 26 krajami regionu europejskiego WHO, Polska znajduje się na 13. miejscu pod względem częstości hospitalizacji dzieci w wieku 0–4 lat z powodu skutków doznanych urazów i zatruc (tabela 3). W Polsce notuje się najniższy współczynnik hospitalizacji wśród dziewczynek w wieku 1–4 lat, a najwyższy w grupie chłopców w wieku poniżej roku. Wśród wszystkich krajów regionu europejskiego najniższy współczynnik hospitalizacji dzieci występuje w Islandii (niemowlęta) oraz w Portugalii (dzieci w wieku 1–4 lat).

TABELA 3. HOSPITALIZACJA DZIECI W WIEKU 0–4 LAT Z POWODU SKUTKÓW WYPADKÓW, URAZÓW I INNYCH PRZYCZYŃ ZEWNĘTRZNYCH W POLSCE NA TLE INNYCH KRAJÓW EUROPEJSKICH W 2008 R. (WSPÓŁCZYNNIKI NA 1 TYS. WSZYSTKICH PACJENTÓW).

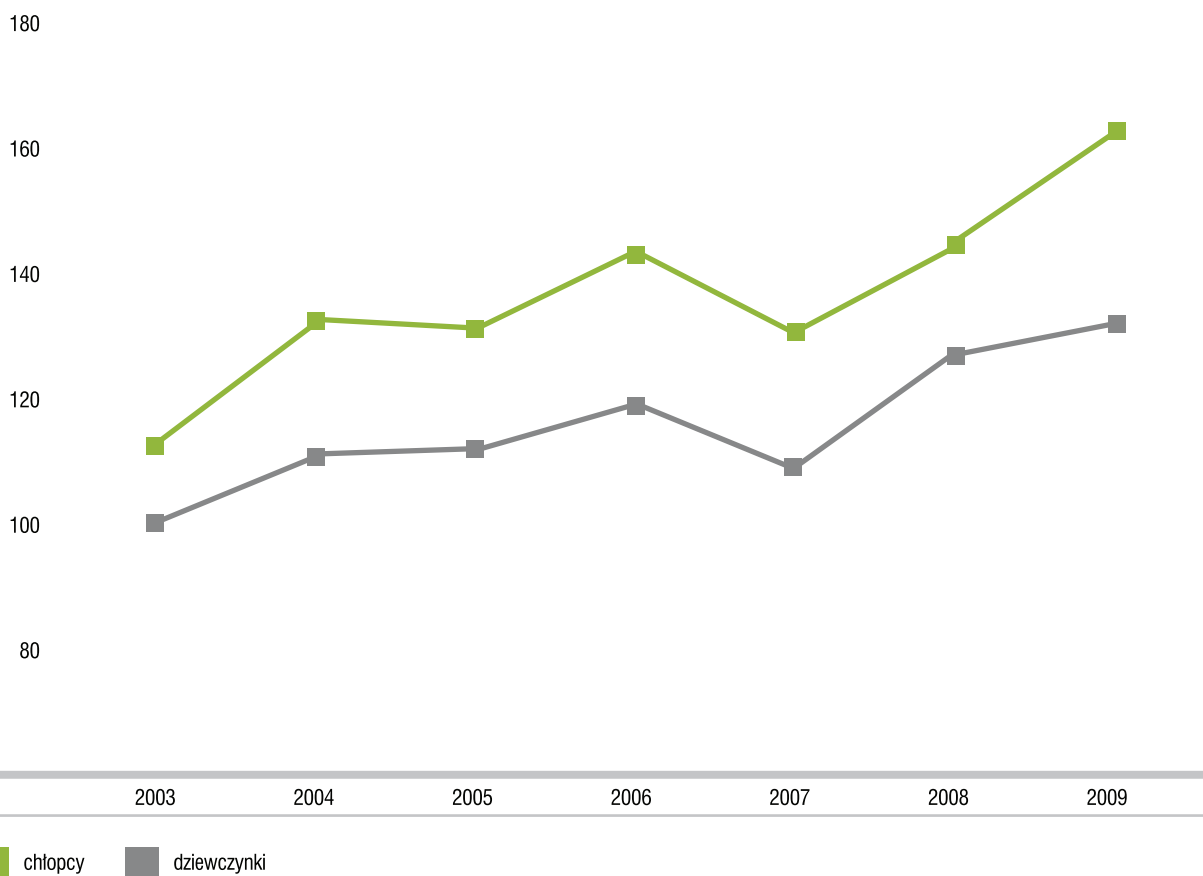
Kraj	Rok	Dziewczynki		Chłopcy		Ogółem	
		0–1	1–4	0–1	1–4	0–1	1–4
Anglia	2008	7.2831	7.0948	8.6789	9.3688	8.0014	8.2602
Austria	2008	25.8307	17.9264	28.6715	22.1772	27.2898	20.1
Belgia	2007	11.3994	9.4279	12.5859	11.7056	12.0053	10.5931
Chorwacja	2008	6.4708	8.4861	8.0729	10.8317	7.2903	9.6932
Cypr	2008	12.1841	13.5567	13.821	16.6102	13.0268	15.1617
Czechy	2008	18.3366	15.9019	19.9009	19.0662	19.1363	17.5276
Dania	2009	3.4665	5.7815	4.211	7.0235	3.8478	6.4162
Finlandia	2008	4.8092	5.2292	5.5146	6.9073	5.1701	6.0863
Francja	2008	10.488	7.792	11.4104	10.1429	10.9599	8.9943
Hiszpania	2005	5.0174	3.7628	5.3563	5.1219	5.1921	4.4622
Holandia	2008	6.0807	5.6936	6.4525	7.4322	6.271	6.5828
Irlandia	2008	12.3001	12.7503	14.4758	17.3205	13.4113	15.0978
Islandia	2008	1.3106	4.9602	4.0502	6.9292	2.7322	5.9681
Izrael	2008	9.0685	7.1977	11.2672	10.7744	10.1968	9.0319
Litwa	2009	13.3538	15.7336	16.686	19.7167	15.0634	17.7677
Luksemburg	2007	2.9586	10.689	3.2304	8.0342	3.0965	7.5986
Łotwa	2009	15.2579	16.4342	17.6421	20.473	16.4716	18.5007
Malta	2009	16.1964	10.689	16.2291	15.8905	16.2135	13.3576
Niemcy	2008	28.7748	18.1103	32.5004	21.9819	30.6871	20.0962
Norwegia	2009	2.7239	6.8084	2.9367	9.6781	2.8332	8.2754
Polska	2008	9.1093	8.6481	10.775	10.7538	9.9679	9.7313
Portugalia	2008	3.2161	2.4037	3.3018	3.4999	3.2602	2.9699
Słowacja	2008	4.4463	11.3694	4.2452	12.8198	4.343	12.1146
Słowenia	2007	6.5955	9.4695	9.4593	13.1692	8.0633	11.3688
Szwajcaria	2008	14.0998	10.6497	13.6418	13.3986	13.8646	12.0627
Węgry	2008	10.9927	11.4511	11.3483	14.7633	11.1749	13.1518
Włochy	2006	12.4579	8.6138	13.7295	10.9687	13.1129	9.8228

Źródło: dane pochodzą z Europejskiej Bazy Chorobowości Szpitalnej — The Hospital Morbidity Database (HMDB), Biura Regionalnego WHO dla Europy.

Trendy hospitalizacji dzieci w wieku 0–4 lat z powodu urazów i zatruc w Polsce

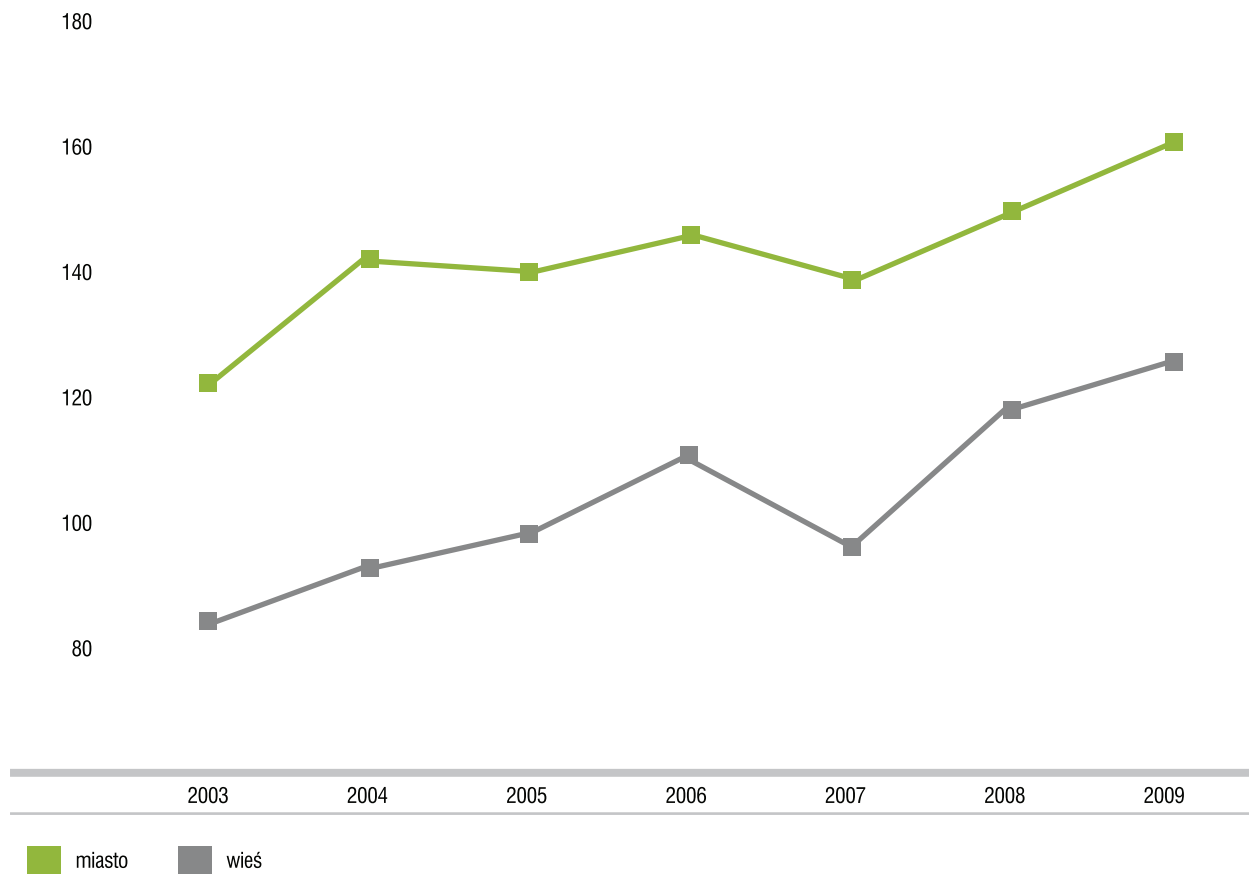
Dane z Badania Chorobowości Szpitalnej Ogólnej (NIZP-PZH) wskazują na rosnący trend hospitalizacji najmłodszych dzieci z powodu skutków doznanych urazów, zatruc i innych działań zewnętrznych na przestrzeni ostatnich kilku lat (2003–2009) w Polsce. Szczególnie wyraźny jest wzrost współczynnika hospitalizacji chłopców do 4. roku życia w 2009 r. w porównaniu z rokiem poprzednim. W dwóch grupach wiekowych: 0–1 i 1–4 lat, obserwuje się wyższy współczynnik hospitalizacji wśród chłopców niż wśród dziewczynek (wykres 4 i 6). Biorąc pod uwagę miejsce zamieszkania, stwierdza się wyższy współczynnik hospitalizacji z powodu urazów i zatruc wśród dzieci z miast, w porównaniu z grupą dzieci zamieszkających na wsi (wykres 5 i 7).

WYKRES 4. TREND W HOSPITALIZACJI DZIECI W WIEKU 0–1 ROKU WEDŁUG PŁCI Z POWODU URAZÓW, ZATRUĆ I INNYCH SKUTKÓW DZIAŁANIA CZYNNIKÓW ZEWNĘTRZNYCH — WSZYSTKIE SKUTKI (LECZENI NA 10 000).



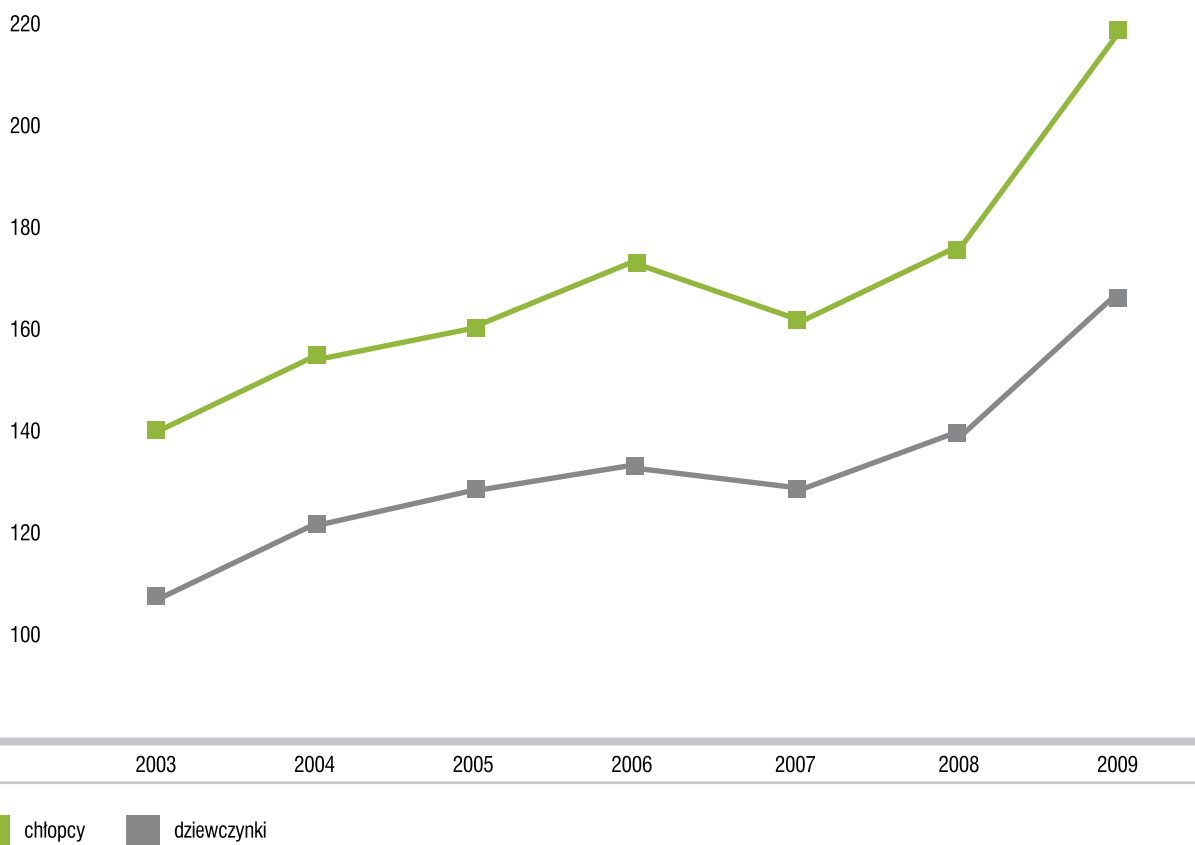
Źródło: Tabele wyników Badań Chorobowości Szpitalnej Ogólnej, www.statystyka.medstat.waw.pl/wyniki/wyniki.htm

WYKRES 5. TREND W HOSPITALIZACJI DZIECI W WIEKU 0–1 ROKU WEDŁUG MIEJSCA ZAMIESZKANIA Z POWODU URAZÓW, ZATRUĆ I INNYCH SKUTKÓW DZIAŁANIA CZYNNIKÓW ZEWNĘTRZNYCH — WSZYSTKIE SKUTKI (LECZENI NA 10 000).



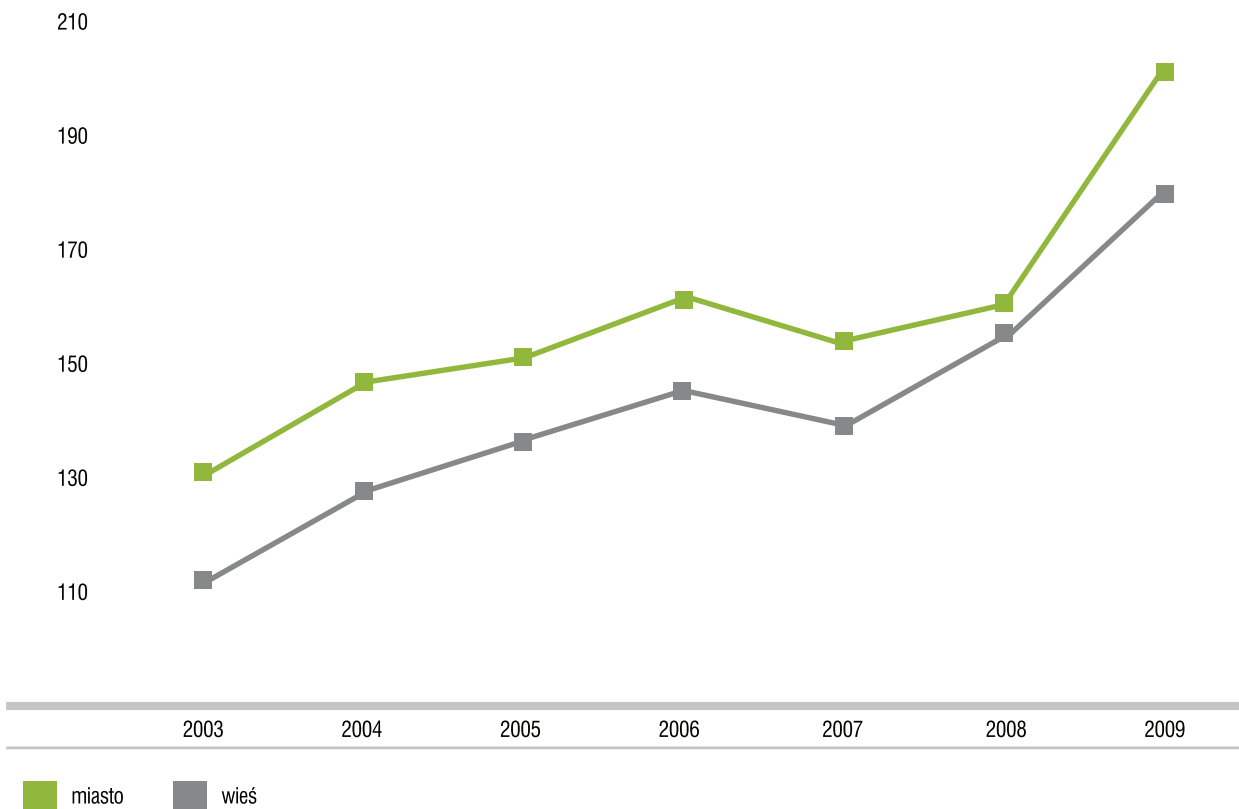
Źródło: Tabele wynikowe Badania Chorobowości Szpitalnej Ogólnej, www.statystyka.medstat.waw.pl/wyniki/wyniki.htm

WYKRES 6. TREND W HOSPITALIZACJI DZIECI W WIEKU 1–4 LAT WEDŁUG PŁCI Z POWODU URAZÓW, ZATRUCI I INNYCH SKUTKÓW DZIAŁANIA CZYNNIKÓW ZEWNĘTRZNYCH — WSZYSTKIE SKUTKI (LECZENI NA 10 000).



Źródło: Tabele wyników Badania Chorobowości Szpitalnej Ogólnej, www.statystyka.medstat.waw.pl/wyniki/wyniki.htm

WYKRES 7. TREND W HOSPITALIZACJI DZIECI W WIEKU 1–4 LAT WEDŁUG MIEJSCA ZAMIESZKANIA Z POWODU URAZÓW, ZATRUĆ I INNYCH SKUTKÓW DZIAŁANIA CZYNNIKÓW ZEWNĘTRZNYCH — WSZYSTKIE SKUTKI (LECZENI NA 10 000).



Źródło: Tabele wynikowe Badania Chorobowości Szpitalnej Ogólnej, www.statystyka.medstat.waw.pl/wyniki/wyniki.htm

Najnowsze dane o chorobowości szpitalnej nie dostarczają jednak informacji o najczęstszych przyczynach zewnętrznych urazów wśród hospitalizowanych dzieci. Zakładając, że struktura głównych przyczyn hospitalizacji z powodu wypadków wśród niemowląt i młodszych dzieci nie uległa znacznej zmianie w ciągu ostatnich dwóch dekad, w niniejszym opracowaniu odwołano się do danych z Badania Chorobowości Szpitalnej prowadzonego przez PZH w 1994 r.⁵ Wśród niemowląt główną przyczyną hospitalizacji były upadki przypadkowe, a następnie inne wypadki spowodowane przede wszystkim przez gorące substancje, spadające przedmioty, narzędzia, prąd elektryczny. Powyższe wypadki stanowią grupę dominujących przyczyn leczenia szpitalnego wśród dzieci w wieku 1–2 lat. W 2. roku życia zwiększa się także udział zatruc lekami i nadal utrzymuje się wysoka liczba upadków przypadkowych jako przyczyny hospitalizacji. Upadki przypadkowe oraz zatrucia stanowią główną przyczynę hospitalizacji wśród dzieci w 3. roku życia.

3.3. Umieralność dzieci w wieku 0–3 lat z powodu zewnętrznych przyczyn

Poziom umieralności dzieci w wieku 0–3 lat analizowany był w oparciu o dane Głównego Urzędu Statystycznego (GUS).

W latach 2002–2009 zaobserwowano spadek umieralności powypadkowej dzieci w wieku 0–3 lat. Trendy wskazują na spadek umieralności na skutek wypadków z 11,8 na 100 tysięcy populacji w roku 2002 do 5,9 w 2009. Średnia częstość zgonów z powodu zewnętrznych przyczyn w tym okresie wynosiła 8,9 na 100 tysięcy populacji.

Procentowy udział zgonów z powodu urazów i wypadków w ogólnej liczbie zgonów w tej grupie wiekowej kształtował się w latach 2002–2009 od 5,8% w roku 2002 do 3,6% w roku 2009 (tabela 4). We wszystkich analizowanych latach częstość zgonów z powodu urazów była większa w grupie chłopców niż wśród dziewczynek (tabela 5 i wykres 8). Stwierdza się również większą częstość zgonów z powodu urazów wśród mieszkańców wsi w porównaniu z mieszkańcami miast, poza latami 2003–2004 (wykres 9).

Poziom umieralności najmłodszych dzieci z powodu zewnętrznych przyczyn zgonów różnicowany jest wiekiem dzieci. W 2009 r. wypadki, urazy i zatrucia były przyczyną śmierci 94 dzieci w wieku 0–3 lat, w tym 35 niemowląt, 25 dzieci w wieku 1 roku, 19 dzieci w wieku 2 lat i 15 dzieci w wieku 3 lat (tabela 5). Procentowy udział zgonów na skutek wypadków wśród wszystkich przyczyn zgonów wzrasta wraz z wiekiem i wynosi od 1,5% w grupie niemowląt do 24% wśród dzieci w wieku 3 lat.

TABELA 4. ZGONY DZIECI W WIEKU 0–3 LAT Z POWODU ZEWNĘTRZNYCH PRZYCZYŃ (ICD-10:V01.0-Y89.9) WEDŁUG WIEKU W LATACH 2002–2009 (LICZBA ZGONÓW).

Rok	Ogółem (% wszystkich zgonów w tej grupie wiekowej)	Wiek (lata)			
		0	1	2	3
2002	175 (5,8%)	71	42	35	27
2003	153 (5,5%)	63	34	32	24
2004	121 (4,4%)	54	15	27	25
2005	134 (5,0%)	46	35	29	24
2006	109 (4,3%)	35	26	28	20
2007	118 (4,5%)	41	33	20	24
2008	142 (5,3%)	58	33	26	25
2009	94 (3,6%)	35	25	19	15

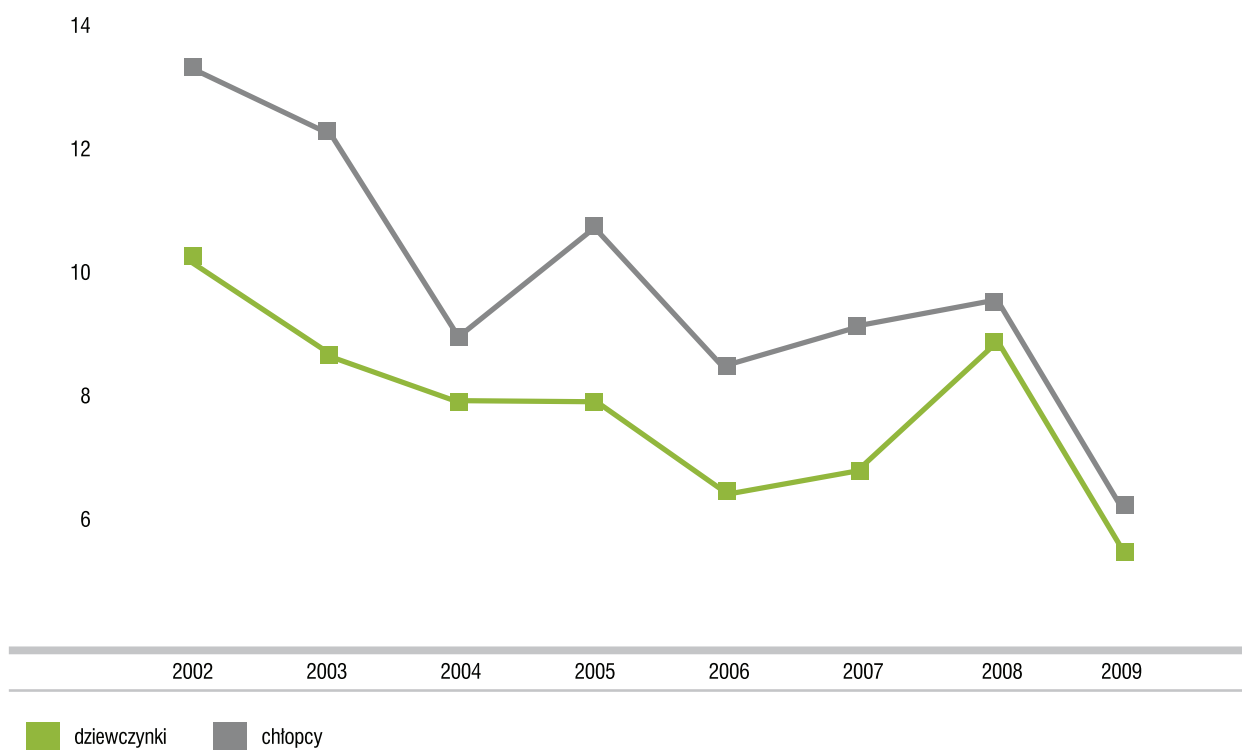
Źródło: opracowanie własne na podstawie statystyk GUS.

TABELA 5. ZGONY DZIECI W WIEKU 0–3 LAT Z POWODU ZEWNĘTRZNYCH PRZYCZYŃ (ICD-10: V01.0-Y89.9) WEDŁUG PŁCI I MIEJSCA ZAMIESZKANIA W 2009 ROKU W POLSCE (LICZBA ZGONÓW).

Wiek (lata)	Płeć		Miejsce zamieszkania	
	Chłopcy	Dziewczynki	Miasto	Wieś
0	18	17	19	16
1	14	11	15	10
2	12	7	3	16
3	7	8	8	7
Ogółem	51	43	45	49

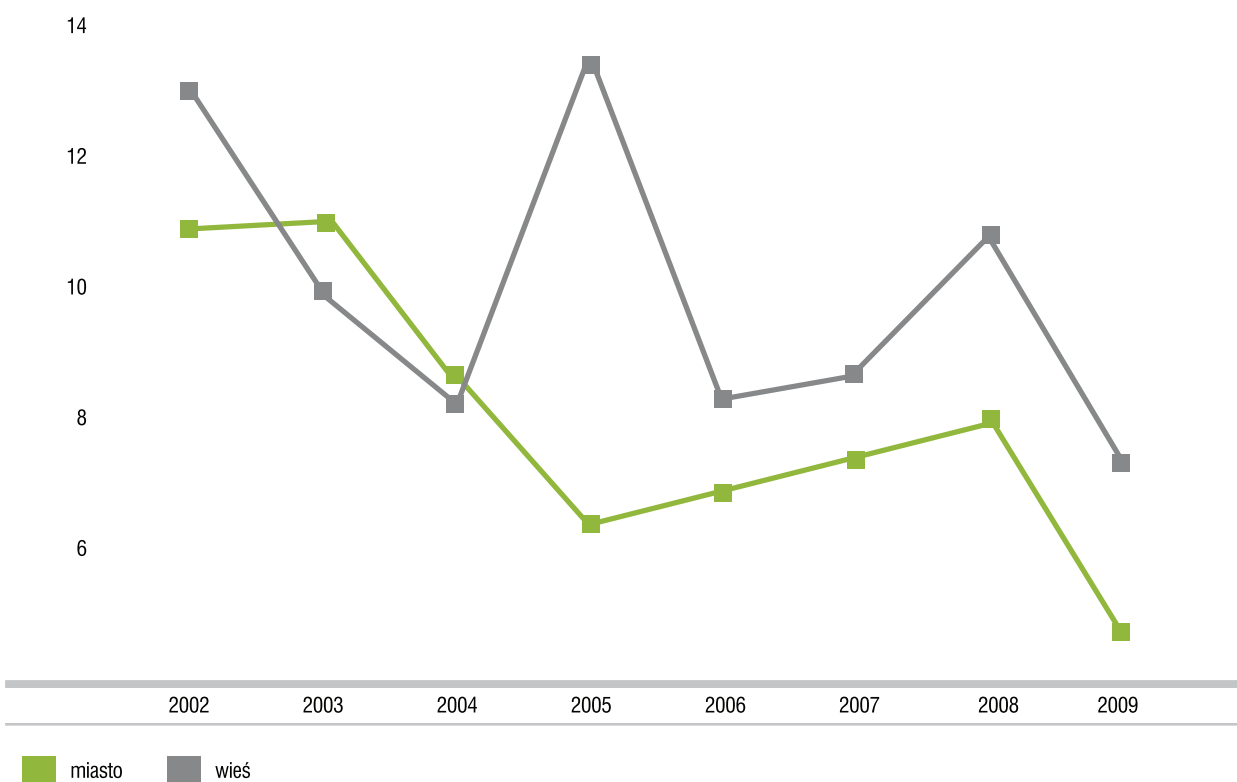
Źródło: opracowanie własne na podstawie statystyk GUS.

WYKRES 8. TRENDY UMIERALNOŚCI POWYPADKOWEJ DZIECI W WIEKU 0-3 LAT W LATACH 2002-2009 WEDŁUG PŁCI (ZGONY NA 100 000).



Źródło: opracowanie własne na podstawie statystyk GUS.

WYKRES 9. TRENDY UMIERALNOŚCI POWYPADKOWEJ DZIECI W WIEKU 0–3 LAT W LATACH 2002–2009 WEDŁUG MIEJSCA ZAMIESZKANIA (ZGONY NA 100 000).



Źródło: opracowanie własne na podstawie statystyk GUS.

W roku 2009 najczęstszą zewnętrzną przyczynę zgonu dzieci poniżej 1. roku życia stanowiły wypadkowe utrudnienia w oddychaniu, w tym zachłyśnięcia pokarmem lub ciałem obcym, a także zadławienia i uduszenia, a następnie wypadki komunikacyjne oraz pobicie. Natomiast u dzieci powyżej 1. roku życia główną przyczyną śmierci były urazy na skutek wypadków komunikacyjnych. U dzieci w 2. roku życia wśród głównych zewnętrznych przyczyn zgonów, oprócz wypadków komunikacyjnych, dominują wypadkowe zanurzenia i tonięcia oraz zadławienie i zachłyśnięcie (tabela 6).

**TABELA 6. STRUKTURA ZEWNĘTRZNYCH PRZYCZYŃ ZGONÓW WEDŁUG WIEKU DZIECI W 2009 ROKU
(W NAWIASACH PODANO KOD ICD-10) — LICZBA ZGONÓW.**

Przyczyny	Wiek (lata)			
	0	1	2	3
Wypadki komunikacyjne (V01-V99)	7	6	4	7
W tym:				
uraz pieszego (V01-V09)	0	2	2	3
uraz użytkownika/pasażera (V40-V89)	6	3	2	1
inne wypadki komunikacyjne (w tym wypadki w transporcie wodnym, powietrznym) (V90-V99)	1	1	0	3
Inne wypadki niezamierzone	21	14	12	6
W tym:				
upadki (W00-W19)	1	2	1	1
uderzenie przez rzucony, wystający lub spadający przedmiot (W20.9)	1	0	0	0
uderzenie przez lub o inny przedmiot (W22.0)	0	0	1	0
kontakt z maszyną rolniczą (W30)	0	0	1	1
wypadkowe zanurzenie i tonięcie (W65-W74)	1	6	2	0
narażenie na działanie innych i nieokreślonych sił mechanicznych martwej natury (dom) (W49.0)	1	0	0	0
inne wypadkowe utrudnienie oddychania (W75-W84)	9	4	1	1
narażenie na działanie dymu, ognia i płomieni (X00-X09)	1	1	2	2
wypadkowe zatrucie oraz narażenie na szkodliwe substancje (X40-X49)	0	1	0	1
wypadkowe narażenie na inne, nieokreślone czynniki (X58-X59)	3	0	3	0
powikłania opieki chirurgicznej i medycznej (Y83-Y84)	4	0	1	0
Napaść, pobicie (X40-X49)	6	1	1	0
Zdarzenia o nieokreślonym zamiarze (Y10-Y34)	1	4	1	2
Następstwo nieokreślonej przyczyny zewnętrznej (Y89.9)	0	0	1	0
Ogółem	35	25	19	15

Źródło: opracowanie własne na podstawie statystyk GUS.

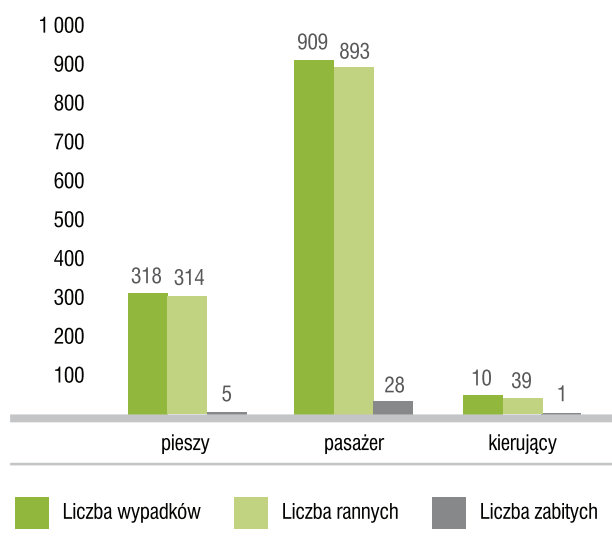
Informacji na temat liczby ofiar wypadków drogowych z udziałem dzieci dostarczają również dane Komendy Głównej Policji⁶. W 2010 r. doszło do 4 239 wypadków drogowych z udziałem dzieci wieku 0–14 lat. Statystyki policyjne wskazują w okresie ostatnich 10 lat na tendencję spadkową liczby wypadków z udziałem dzieci i ofiar wypadków. W porównaniu z sytuacją w 2000 r., w 2010 r. było o 48% mniej wypadków z udziałem dzieci, o 57,7% spadła liczba zabitych, a liczba rannych o 49,2%.

W minionym roku najwięcej wypadków z udziałem dzieci miało miejsce w okresie wakacyjnym, podczas ładnej pogody i dobrej widoczności (w okresie czerwiec–sierpień na drogach poniosło śmierć 45 dzieci w wieku 0–14 lat, co stanowi blisko połowę wszystkich ofiar śmiertelnych wśród dzieci w 2010 roku — 41%).

Najmłodsza grupa wiekowa ujęta w statystykach policyjnych to dzieci w wieku 0–6 lat. W 2010 r. w tej grupie wiekowej 34 dzieci poniosło śmierć, a 1 246 dzieci doznało obrażeń na skutek wypadków drogowych. Wskaźnik ofiar na 1 milion populacji wyniósł w przypadku zabitych 12,63, a w przypadku rannych 463,17 i był najniższy ze wszystkich przedziałów wiekowych. W grupie najmłodszych dzieci (0–6 lat) najwięcej ofiar wypadków drogowych było wśród pasażerów pojazdów (wśród najmłodszych dzieci będących pasażerami pojazdów, zanotowano najwięcej ofiar zarówno wśród zabitych, jak i rannych – wykres 10).

W najmłodszej grupie wiekowej, w porównaniu z pozostałymi grupami wiekowymi, odnotowuje się najmniejszą liczbę pieszych będących sprawcami wypadków. W 2010 roku dzieci w wieku 0–6 lat jako piesi byli sprawcami 176 wypadków, na skutek których troje poniosło śmierć, a 177 doznało obrażeń.

WYKRES 10. WYPADKI DROGOWE Z UDZIAŁEM DZIECI W WIEKU 0–6 LAT W 2010 R.



Źródło: Komenda Główna Policji.

Przepisy dotyczące bezpieczeństwa dziecka w ruchu drogowym ujęte są w ustawie z dnia 20 czerwca 1997 r. — Prawo o ruchu drogowym (Dz.U. z 2005 r. Nr 108, poz. 908 ze zm., dalej: „u.p.r.d.”) w rozdziale 3 („Ruch pojazdów”) oraz rozdziale 5 („Porządek i bezpieczeństwo ruchu na drogach”). Przepisy rozdziału 3, oddział 11, mówiące o ruchu rowerów, motorowerów oraz pojazdów zaprzęgowych:

- umożliwiają przewożenie dziecka w wieku do 7 lat na rowerze, pod warunkiem, że jest ono umieszczone na dodatkowym siodełku zapewniającym bezpieczną jazdę,
- zezwalają na korzystanie z chodnika lub drogi dla pieszych oraz lewej strony jezdni na zasadach określonych w ruchu pieszych, przez kierującego rowerem w sytuacji, gdy opiekuje się on osobą do lat 10 kierującą rowerem.

Zgodnie z przepisami ujętymi w rozdziale 5 u.p.r.d. dziecko w wieku do 7 lat może korzystać z drogi tylko pod opieką osoby, która osiągnęła wiek co naj-

miej 10 lat. Nie dotyczy to strefy zamieszkania. Dzieci w wieku do 15 lat, poruszające się po drodze po zmierzchu poza obszarem zabudowanym, muszą używać elementów odbłaskowych w sposób widoczny dla innych uczestników ruchu.

W pojeździe samochodowym wyposażonym w pasy bezpieczeństwa dziecko w wieku do 12 lat, nieprzekraczające 150 cm wzrostu, przewozi się w foteliku ochronnym lub innym urządzeniu do przewożenia dzieci (podstawce). Fotelik samochodowy powinien odpowiadać wadze i wzrostowi dziecka oraz spełniać właściwe warunki techniczne. Dobór fotelika do wzrostu i wagi dziecka ma istotne znaczenie, gdyż wraz z wiekiem zmieniają się najwrażliwsze, najbardziej podatne na urazy miejsca. Dzieci do 2 lat są najbardziej narażone na obrażenia szyi, ze względu na wrażliwy kark i kręgosłup oraz nieproporcjonalnie ciężką głowę (1/4 wagi ciała w porównaniu do 1/8 wagi ciała u dorosłej osoby). Wśród dzieci w wieku 2–4 lat, prawie połowa urazów to obrażenia głowy, spowodowane zazwyczaj uderzeniem w przedni fotel. U dzieci w wieku powyżej 4 lat najczęstsze urazy dotyczą brzucha i miednicy⁷.

Fotelik samochodowy pełni ważną rolę profilaktyczną, zabezpieczając dziecko podczas gwałtownego hamowania, w trakcie zmian kierunku jazdy oraz w razie wypadku czy kolizji. Przewożenie dziecka w foteliku zwiększa szanse na zmniejszenie skutków zderzenia, m.in. poprzez rozłożenie działających podczas wypadku sił na większy obszar i ukierunkowanie ich na silniejsze części ciała (klatkę piersiową i miednicę).

Najważniejsze zasady przewożenia dzieci w fotelikach z uwzględnieniem wieku i okresu rozwojowego dziecka:

- fotelik (kołyska, nosidełko) dla dziecka do 2. miesiąca życia powinien mieć oparcie odchylane do pozycji półleżącej,
- powyżej 2. miesiąca życia, do momentu, gdy dziecko umie już samodzielnie siedzieć, kąt oparcia fotelika może być trochę mniejszy,
- dzieci w wieku poniemowlęcym (najlepiej powyżej 15. miesiąca życia i o wadze powyżej 13 kg) przewozi się na siedząco, w fotelikach o kącie oparcia 90°.

Zaleca się, aby dzieci jak najdłużej podróżowały w pozycji leżącej lub półleżącej, w foteliku zamontowanym tyłem do kierunku jazdy. Ze względu na bezpieczeństwo, odpowiedni fotelik samochodowy dla dziecka w wieku 0–3 lat posiada pięciopunktowy system pasów bezpieczeństwa, które skutecznie unieruchamiają obręcz barkową i biodrową dziecka. Pasy fotelika powinny mieć nakładki i klamrę (zamek) w okolicach brzuszno–kroczyńnych, wraz z osłoną na wrażliwe miejsca. Ważną zasadą jest również dobre osadzenie fotelika, przez odpowiednie naciągnięcie pasów.

W świetle przepisów istnieje zakaz przewożenia w foteliku ochronnym dziecka siedzącego tyłem do kierunku jazdy na przednim siedzeniu pojazdu samochodowego wyposażonego w poduszkę powietrzną dla pasażera. W przypadku otwarcia się poduszki dziecko byłoby narażone na ciężkie obrażenia lub śmierć. Niedozwolone jest także przewożenie, poza specjalnym fotelikiem ochronnym, dziecka w wieku do 12 lat na przednim siedzeniu pojazdu samochodowego. Dotychczas nie ma obowiązku przewożenia dzieci w fotelikach w taksówkach osobowych, specjalistycznych środkach transportu sanitarnego oraz pojazdach Policji.

Mówią mamy

Mój syn ma 15 miesięcy. Zaczął chodzić jak skończył roczek. Dość często zalicza upadki i niestety niektóre kończą się uderzeniem w głowę. W tym miesiącu nabił sobie trzeciego guza na główce. Pierwszy był poważny, więc natychmiast pojechaliśmy do szpitala. Zrobiono mu rtg główki i dzięki Bogu ok. Dwa ostatnie skończyły się małymi guzami i siniakiem. Każdy jego uraz głowy to dla mnie masakra.

*Wpis na forum internetowym
www.babyboom.pl/forum*

Na podstawie badań prowadzonych przez Laboratory for Accident Research, Biomechanics and Human Behaviour Studies, do prawie połowy wypadków z udziałem dzieci dochodzi podczas jazdy krótszej niż 3 kilometry. Prawidłowe zabezpieczenie mogłoby zredukować poważne obrażenia w trakcie wypadków aż o 88% w przypadku dzieci poniżej 9. miesiąca i o 71% w przypadku małych pasażerów w wieku od 9 miesięcy do 4 lat⁸.

Według badań TNS OBOP wykonanych w 2005 roku na zlecenie Instytutu Transportu Samochodowego, 80% dzieci poniżej 1. roku życia i 75% dzieci w wieku 1–4 lat podróżuje w fotelikach. Natomiast już tylko połowa dzieci w wieku 5–12 lat przewożona jest prawidłowo⁹.

Wysokie ryzyko wystąpienia wypadku i urazu u dzieci w wieku 0–3 lat wiąże się z małym/niedostatecznym stopniem rozwoju psychomotorycznego dziecka i niedostosowaniem do środowiska, w którym przebywa (głównie środowisko domowe oraz miejsca zabaw i aktywności ruchowej na powietrzu).

Wiele wypadków z przyczyn zewnętrznych wynika z zaniedbań, braku należytej opieki i ostrożności ze strony rodziców/opiekunów. Wypadki wśród najmłodszych dzieci są też często wynikiem braku świadomości różnych zagrożeń bądź ich lekceważenia przez rodziców oraz zbyt małej wiedzy na temat rozwoju psychomotorycznego dziecka, jego potrzeb fizycznych i emocjonalnych.

W wieku niemowlęcym, zwłaszcza w drugim półroczu życia, kiedy dziecko staje się bardziej ruchliwe, wymaga stałej uwagi i opieki. Istnieje na przykład ryzyko, że dziecko upadnie ze źle zabezpieczonego miejsca do przewijania. Należy też pamiętać, że niemowle coraz sprawniej chwytają różne przedmioty i może

wkładać je do ust. Stąd główną przyczyną zgonów powypadkowych są utrudnienia w oddychaniu, w tym zachłyśnięcia pokarmem lub ciałem obcym, a także zadławienia i uduszenia. Na przelocie pierwszego i drugiego roku życia dziecko uczy się chodzić, jest w stanie samodzielnie i coraz szybciej się przemieścić, co umożliwia mu dotarcie do przedmiotów wcześniej nieosiągalnych. Dzieci w tym wieku nie są w stanie zauważyć i ocenić grożącego im niebezpieczeństwa. Od 2. roku życia dzieci czynnie uczestniczą w różnych zabawach; główne formy aktywności to biegi, skoki, wspinanie się oraz jazda na rowerze. W tym okresie życia, tak jak w przypadku młodszych dzieci, zdarzają się upadki, zatrucia, oparzenia, a także utonięcia. Ważne jest więc odpowiednie dobranie zabawek oraz nadzorowanie każdej aktywności dziecka.

Główne przyczyny wypadków z bezpośrednim udziałem dziecka w ruchu drogowym jako pieszego, rowerzysty i pasażera:

- brak stosowania środków bezpieczeństwa ruchu drogowego: pasy bezpieczeństwa i urządzenia do przewozu dzieci — foteliki, podstawki,
- stan dróg: brak chodników dla pieszych poruszających się poza obszarem zabudowanym, brak wyznaczonych ścieżek, problemy związane z oznakowaniem, stan nawierzchni, duże natężenie ruchu drogowego,
- jazda z nadmierną prędkością i prowadzenie pojazdu pod wpływem alkoholu.

Urazy u dzieci występujące na skutek wypadków niosą ze sobą wiele konsekwencji zdrowotnych, społecznych i ekonomicznych, które mogą być widoczne i odczuwalne także w życiu dorosłym, m.in.:

- niepełnosprawność, konieczność zapewnienia odpowiednich warunków życia i nauki,
- pogorszenie jakości życia związanej ze zdrowiem,
- obciążenie dla systemu opieki zdrowotnej i społecznej: koszty związane z pomocą medyczną (długotrwałe leczenie specjalistyczne i rehabilitacja), społeczną i psychologiczną.

Poprawa zdrowia i związanej z nim jakości życia ludności oraz zmniejszenie nierówności w zdrowiu stanowi główny cel Narodowego Programu Zdrowia (NPZ) na lata 2007–2015. Jeden ze strategicznych celów zdrowotnych tego programu dotyczy zmniejszenia częstości urazów powstałych w wyniku wypadków i ograniczenia ich skutków, w tym m.in. zmniejszenia odsetka ofiar śmiertelnych wskutek urazów powstałych w wyniku wypadków drogowych.

Rozwinięcie celów NPZ znajduje się w wypracowywanym i wdrażanym obecnie m.in. w Polsce Planie Dotyczącym Środowiska i Zdrowia Dzieci (CEHAP), zainicjowanym w 2004 r. przez przedstawicieli Krajów Członkowskich Regionu Europejskiego Światowej Organizacji Zdrowia (WHO)¹⁰.

W ramach Programu Zdrowia Publicznego Komisji Europejskiej noszącego nazwę „Planowanie Działań na rzecz Bezpieczeństwa Dzieci” (Child Safety Action Plan — CSAP) opracowano w 2007 r. raport dotyczący bezpieczeństwa i prewencji urazów dzieci. W raporcie przedstawiono ocenę polityki rządowej oraz regulacji prawnych w tym zakresie, a także rekomendacje działań prewencyjnych¹¹. Powyższa analiza wykazała, że programy rządowe i regulacje prawne są niedostateczne. Przykład tego stanowi brak prawnego ujęcia prewencji zadławień i uduszeń, a także zatruc i oparzeń u najmłodszych dzieci. Nie istnieje także ogólnokrajowy rejestr urazów fizycznych u dzieci, który umożliwiłby ocenę skali tego problemu i skuteczniejsze planowanie działań profilaktycznych i leczniczych. Raport wskazał także na potrzebę rozwinięcia sieci współpracy profesjonalistów działających w zakresie prewencji urazów u dzieci.

W raporcie najlepiej oceniono obszar bezpieczeństwa drogowego dzieci, tak w zakresie regulacji prawnych, jak i wdrażania go i egzekwowania.

W kontekście bezpieczeństwa drogowego warto wspomnieć o Krajowym Programie Bezpieczeństwa Ruchu Drogowego „GAMBIT 2005-2007-2013” i jego nowej wersji na lata 2007–2013, uwzględniającej uwarunkowania wynikające z członkostwa Polski w Unii Europejskiej. Celem znowelizowanego programu „GAMBIT” jest poprawa sytuacji w zakresie urazów komunikacyjnych m.in. poprzez stworzenie i rozwój podstaw do prowadzenia skutecznych i długofalowych działań na rzecz bezpieczeństwa ruchu drogowego oraz ochronę pieszych, dzieci i rowerzystów, a także budowę i utrzymanie bezpiecznej infrastruktury¹².

Przewiduje się, że realizacja przyjętych celów programu zmniejszy liczbę ofiar śmiertelnych o 17 tysięcy osób, a rannych o 180 tysięcy.

Przykładem działań podejmowanych w ramach tego programu jest realizacja w latach 2005–2007 wspólnej europejskiej kampanii społecznej skierowanej do dzieci do lat 4 i pośrednio ich rodziców, dotyczącej urządzeń zabezpieczających w pojeździe (pasy, foteliki). Kampania prowadzona była w Polsce pod hasłem „Klub Pancernika klika w Fotelikach”.¹³ Bezpieczeństwo drogowe dzieci było również tematem przewodnim kilku działań kontrolno–prewencyjnych prowadzonych w 2008 r. z inicjatywy i pod nadzorem Biura Prewencji i Ruchu Drogowego Komendy Głównej Policji (m.in. „Niechronieni uczestnicy ruchu drogowego”, „Pasy”).

Rekomendacje zawarte w raporcie CSAP obejmują edukację rodziców oraz wprowadzanie i skuteczne egzekwowanie przepisów w następujących obszarach¹⁴:

- zapewnienie bezpieczeństwa dziecka jako pasażera (obowiązek przewożenia dzieci do lat 4 w foteliku samochodowym tyłem do kierunku jazdy na tylnym siedzeniu pojazdu),
- zwiększenie bezpieczeństwa dziecka jako pieszego (m.in. wprowadzenie przepisów obciążających odpowiedzialnością kierowcę za wypadek komunikacyjny z udziałem dziecka jako pieszego),
- zwiększenie bezpieczeństwa dziecka jako rowerzysty (obowiązek stosowania kasku w czasie jazdy na rowerze i kamizelek odblaskowych),
- wzmocnienie prewencji utonień dzieci (egzekwowanie przepisów dotyczących obowiązku używania kamizelek ratunkowych w czasie przebywania na wodzie),
- wzmocnienie prewencji upadków dzieci (wprowadzenie przepisów wymagających modyfikacji pomieszczeń w celu zabezpieczania dostępu do okien i schodów, np. przez instalowanie poręczy, furttek, zakładanie blokad),
- wzmocnienie prewencji oparzeń (np. wprowadzanie przepisów wymagających instalowania detektorów dymu w mieszkaniach, regulatorów i ustawiania bezpiecznej temperatury wody dla wszystkich grzejników wody i ciepłej wody bieżącej),
- wzmocnienie prewencji zatruczeń dzieci (m.in. wprowadzenie przepisów wymagających instalowania detektorów tlenku węgla przy urządzeniach gazowych w mieszkaniach prywatnych, zabezpieczanie produktów chemicznych i farmaceutycznych przed otwarciem przez dzieci),
- wzmocnienie prewencji uduszeń i zadławień dzieci (m.in. wprowadzenie zakazu produkowania i sprzedaży produktów spożywczych dla dzieci, w których znajdują się produkty niejadalne).

Najważniejsze zagrożenia i rekomendacje dla rodziców:

- zadławienia i uduszenia — należy m.in. układać noworodka i niemowlę na plecach, na twardym materacu; unikać zabawek, które dziecko może w całości włożyć do ust i z których można odłączyć małe elementy oraz zabawek wypełnionych paciorkami, groszkiem itp.; nie podawać do spożycia drobnej i twardej żywności, nie zakładać niemowlętom na szyję koraliki, sznurków, w tym smoczka na tasemce, nie przywiązywać smoczka do wózka czy łóżeczka; plastikowe torebki, balony itp. nie powinny służyć zabawie dziecka;
- upadki z wysokości, uderzenia — dziecko nie powinno nigdy być pozostawione bez opieki na łóżku, stole do przewijania i w wysokim krzeselku bez szelek, wysokość i zamknięcie łóżeczka powinno być odpowiednio regulowane, należy zabezpieczać dostęp do okien, balkonów i schodów, do piwnic oraz do otwieranych szafek, szuflad, należy układać maty antypoślizgowe podczas kąpieli dziecka, zabezpieczać ostre kąty mebli, unikać chodzików;
- oparzenia gorącymi cieczami i prądem elektrycznym — nie należy pozwalać dziecku na zabawę i przebywanie w pobliżu naczyń z gorącym płynem, nie nosić jednocześnie dziecka na rękach i naczynia (kubka) z gorącym napojem; należy kierować uchwyty naczyń z gorącym płynem poza zasięgiem rąk dziecka, sprawdzać temperaturę wody do kąpieli, montować zatyczki ochronne na gniazdkach elektrycznych, kontrolować izolacje na kablach i przewodach elektrycznych w domu, nie dopuszczać do zabaw wtyczkami i gniazdkami elektrycznymi oraz na terenie rozdzielni energetycznej;
- utonięcia — kąpiel dziecka w wannie oraz kąpiel w jeziorze czy rzece powinna odbywać się pod stałym nadzorem rodzica/opiekuna, należy odgradzać baseny, „oczka wodne” na terenie ogrodu, korzystne jest uczenie dzieci pływania i zapoznawanie z zasadami bezpiecznej zabawy w wodzie;

- zatrucia — należy bezpiecznie przechowywać chemiczne środki czystości, kosmetyki, farby, lekarstwa poza zasięgiem dzieci i z dala od produktów spożywczych, opakowania po lekarstwach i środkach chemicznych nie powinny służyć zabawie dziecka; należy regularnie kontrolować wentylację, piecyki i kuchenki gazowe;
- urazy komunikacyjne — należy stosować pasy bezpieczeństwa i foteliki samochodowe odpowiednie do wieku i posiadające atesty, blokować drzwi w czasie jazdy samochodem; nie zostawiać dziecka samego w samochodzie i nie trzymać go na kolanach w czasie jazdy; zabawy powinny mieć miejsce z dala od ulicy, dziecko jako pieszy powinno mieć oznakowane elementami odblaskowymi ubrania, buty; podczas jazdy na rowerze, łyżworolkach itp. dziecko powinno mieć kask, jazda na rowerze musi odbywać się pod nadzorem rodzica/opiekuna.

- 1 GUS (2011), *Stan zdrowia ludności Polski w 2009 r.*
- 2 GUS (2011), *Stan zdrowia ludności Polski w 2009 r.*
- 3 GUS (2011), *Stan zdrowia ludności Polski w 2009 r.*
- 4 GUS (2011), *Stan zdrowia ludności Polski w 2009 r.*
- 5 Mazur J., Chańska M. (1998), *Zagrożenie wypadkami w pierwszych latach życia: od epidemiologii do prewencji*, *Pediatrica Polska*, t. LXXIII, nr 2, s. 133–140.
- 6 Symon E. (2011), *Wypadki drogowe w Polsce w 2010 r.*, Warszawa: Komenda Główna Policji, Biuro Ruchu Drogowego, Zespół Profilaktyki i Analiz.
- 7 www.informacje.maxiauto.pl/Renault/fotelik_bezpieczenstwa,,1207.html z dn. 30.08.2001 r. Na podstawie LAB (Laboratory for Accident Research, Biomechanics and Human Behaviour Studies); wnioski z badań opublikowane w: *Driving Safety Forward, Renault and Safety*.
- 8 www.informacje.maxiauto.pl/Renault/fotelik_bezpieczenstwa,,1207.html z dn. 30.08.2001 r. Na podstawie LAB (Laboratory for Accident Research, Biomechanics and Human Behaviour Studies); wnioski z badań opublikowane w *Driving Safety Forward, Renault and Safety*.
- 9 www.warminko-mazurska.policja.gov.pl/index.php?id_category=42
- 10 CEHAP (2009), *CEHAP – Plan dotyczący środowiska i zdrowia dzieci*, wersja druga 08.10.2009, <http://cehap.pl> z dn. 21.06.2011 r., Ministerstwo Zdrowia, Ministerstwo Środowiska, WHO – Polska.
- 11 CEHAP (2009), *op.cit.*; Mazur J., Malinowska–Cieślak M. (2010), *Perspektyw dalszego obniżenia umieralności dzieci i młodzieży w Polsce*, *Medycyna Wieku Rozwojowego*, t. XIV, nr 2, s. 150–159.
- 12 CEHAP (2009), *op.cit.*
- 13 GAMBIT (2008), *Efektywność kampanii bezpieczeństwa ruchu drogowego – Klub Pancernika Klika w Fotelikach*, Instytut Transportu Samochodowego, Centrum Bezpieczeństwa Ruchu Drogowego, www.klubpancernika.pl/sites/default/files/Efektywnosc_kampanii_-_GAMBIT_2008_pdf.pdf
- 14 CEHAP (2009), *op.cit.*

4. Przepęstwa wobec małych dzieci

Małoletni może zostać pokrzywdzony każdym rodzajem przępstwa, sprawcą zaś czynu zabronionego na jego szkodę może być zarówno sprawca, który podlega odpowiedzialności karnej za ten czyn (tj. po ukończeniu 17. r.ż.), jak i sprawca nieletni, ponoszący odpowiedzialność w trybie ustawy o postępowaniu w sprawach nieletnich. Przępstwo na szkodę małoletnich jest więc pojęciem niezwykle szerokim. Jednakże najczęściej w kontekście przępstwa na szkodę małoletnich wskazuje się na przępstwa przeciwko życiu i zdrowiu, przępstwa przeciwko wolności seksualnej i obyczajności, przeciwko rodzinie i opiece, przępstwa przeciwko czci i nietykalności cielesnej oraz przępstwa przeciwko wolności. Niektóre z tych przępstw nie są charakteryzowane w statystykach przępstw ze względu na wiek ofiar, co uniemożliwia przedstawienie danych statystycznych na temat pokrzywdzonych małoletnich. Nawet w grupie przępstw, których rejestry uwzględniają wiek ofiar, dane ograniczają się do wyróżnienia kategorii małoletnich pokrzywdzonych, bez specyfikacji bardziej szczegółowych grup wiekowych. Tak więc analiza skali i dynamiki przępstw wobec małych dzieci w wieku 0–3 lat, których charakterystyka jest celem tego raportu, jest znacznie utrudniona.

Ze względu na brak danych umożliwiających skoncentrowanie się specyficznie na małych dzieciach, czytelników zainteresowanych informacjami o przępstwach na szkodę ogółu małoletnich zapraszam do lektury raportu *Dzieci się liczą*¹ wydanego przez Fundację Dzieci Niczyje w 2011 r., który prezentuje dane statystyczne i badawcze dotyczące wymienionych wyżej czynów zabronionych. W tym rozdziale zostaną natomiast szczegółowo scharakteryzowane te przępstwa, których ofiarami najczęściej lub wyłącznie padają małe dzieci.

4.1. Porzucenie dziecka

Ujęcie prawnokarne

Brak jest w przepisach prawa polskiego legalnej (ustawowej) definicji porzucenia dziecka. Termin ten występuje w art. 210 Ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. — Kodeks karny (dalej: „k.k.”), który wprowadza odpowiedzialność karną za porzucenie małoletniego poniżej lat 15 (albo osoby nieporadnej ze względu na jej stan psychiczny lub fizyczny) mimo obowiązku troszczenia się o tę osobę.

Definicję porzucenia wypracowało na gruncie tego przepisu orzecznictwo i doktryna prawa karnego. W wyroku Sądu Najwyższego z dnia 4 czerwca 2001 r.² sąd ten wskazał, iż porzucenie oznacza działanie polegające na opuszczeniu dziecka, połączone z zaprzestaniem troszczenia się o nie, bez zapewnienia mu opieki ze strony innych osób. Do istoty porzucenia należy więc pozostawienie osoby, nad którą miała być roztoczona opieka, własnemu losowi oraz uniemożliwienie udzielenia jej natychmiastowego wsparcia. W nauce prawa karnego podkreśla się zaś, że porzucenie polega na pozostawieniu małoletnego poniżej lat 15 „samemu sobie”, bez opieki lub pomocy ze strony innych osób czy instytucji³. Zgodnie z tą definicją, porzuceniem będzie zarówno aktywne działanie sprawcy, jak i zaniechanie obowiązku opieki względem dziecka, np. przez pozostawienie go w miejscu, gdzie nie uzyska pomocy ze strony innych osób (tak w przypadku porzucania noworodka na śmietniku).

Wyżej wskazana definicja dotyczy jednak wyłącznie czynu karalnego z art. 210 k.k. Nie obejmuje zaś tych zachowań rodziców, które mieszczą się w potocznym rozumieniu słowa „porzucenie”, np. pozostawienie dziecka w tzw. oknie życia czy w szpitalu. Dla przykładu — zgodnie z uchwałą Sądu Najwyższego z dnia 5 lutego 1966 r.⁴ — „oddanie pięciomiesięcznego dziecka do szpitala w związku z koniecznością jego leczenia, a następnie nieodebranie go z tego szpitala mimo wyzdrowienia i brak zainteresowania jego dalszym losem nie stanowi przępstwa określonego w art. 210 Kodeksu karnego”. W takiej bowiem sytuacji możliwe jest udzielenie dziecku niezwłocznie koniecznej pomocy, wsparcia i opieki.

W przypadku porzucenia dziecka w rozumieniu art. 210 k.k. rodzicom grozi odpowiedzialność karna. Artykuł ten przewiduje za popełnienie tego przępstwa karę pozbawienia wolności do lat 3. Minimalną

Mówią lekarze

Czasem jest tak, że my dziecko przyjmujemy nie wiedząc do końca, co tak naprawdę się stało, np. gdy jest przywiezione przez policję i pogotowie z jakiejś libacji alkoholowej. Z takimi dziećmi zawsze jest duży problem, bo nie ma ich opiekunów prawnych. My piszemy oczywiście do sądu, że przyjęliśmy takie dziecko; kierujemy na oddział, wykonujemy jakieś podstawowe badania, żeby zobaczyć jaki jest generalnie stan zdrowia tego dziecka. Najczęściej nic o nim nie wiemy, nie mamy żadnej dokumentacji medycznej, chociażby książeczki zdrowia dziecka.

karą pozbawienia wolności jest jeden miesiąc. Przepisy kodeksu dają jednak możliwość wymierzenia kary innej niż pozbawienie wolności (np. art. 58 § 3 k.k. stanowi, iż sąd może orzec zamiast kary pozbawienia wolności grzywnę albo karę ograniczenia wolności do lat 2, w szczególności jeżeli orzeka równocześnie środek karny).

Należy jednak podkreślić, że w przypadku gdy następstwem porzucenia jest śmierć dziecka, sprawca podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8. Kara taka grozi więc rodzicom, którzy porzucają dziecko w takich warunkach, że kończy się to śmiercią dziecka (np. na śmietniku).

Jeśli zachowanie rodziców nie wypełnia znamion przestępstwa porzucenia, rodzice co do zasady nie poniosą odpowiedzialności karnej (w konkretnym przypadku można rozważyć jednak odpowiedzialność z art. 160 k.k. — narażenie na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu lub odpowiedzialność za popełnienie innego przestępstwa przeciwko życiu i zdrowiu).

Ujęcie opiekuńcze

Porzucenie w szerszym sensie, czyli każde pozostawienie dziecka przez rodzica/rodziców, połączone z zaprzestaniem opieki nad nim, regulowane jest przede wszystkim w Ustawie z dnia 25 lutego 1964 r. — Kodeks rodzinny i opiekuńczy (dalej: „k.r.o.”). Kodeks ten reguluje zarówno instytucję władzy rodzicielskiej, jak i instytucję przysposobienia (tj. adopcji). Ustawą, która reguluje dalszą sytuację dziecka jest ponadto Ustawa z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej (Dz.U. z 2011 r. Nr 149, poz. 887), zawierająca przepisy dotyczące m.in. sprawowania pieczy zastępczej w razie braku sprawowania opieki przez rodziców biologicznych oraz postępowania o przysposobienie.

Zgodnie z polskim prawem, od urodzenia dziecka przysługuje jego rodzicom władza rodzicielska. Zaniedbywanie obowiązków wynikających z tej władzy (m.in. obowiązku codziennej opieki, wychowania, zaspokajania potrzeb, łożenia na dziecko — alimentacji) jest podstawą ograniczenia władzy rodzicielskiej lub — w skrajnych wypadkach — jej pozbawienia. Zgodnie z art. 111 § 1 k.r.o., jeżeli władza rodzicielska nie może być wykonywana z powodu trwałej przeszkody albo jeżeli rodzice nadużywają władzy rodzicielskiej lub w sposób rażący zaniedbują swe obowiązki względem dziecka, sąd opiekuńczy pozbawia rodziców władzy rodzicielskiej. Rażące zaniedbanie obejmuje każde zawinione zaniedbanie właściwego sposobu postępowania, które sprawia — choćby tylko pośrednio — że dobro dziecka jest poważnie zagrożone⁵.

W przypadku porzucenia dziecka przez rodziców, sąd opiekuńczy może więc (a nawet powinien) dokonać ingerencji w ich władzę rodzicielską. Pozbawienie ich tej władzy w sytuacji, gdy nie wykazują już żadnego zainteresowania dzieckiem, jest rozwiązaniem najlepszym dla małoletniego (umożliwia jego przysposobienie, czyli stworzenie nowego środowiska rodzinnego). Jednakże postępowanie w sprawie pozbawienia władzy rodzicielskiej zwykle jest długotrwałe, co oznacza przedłużającą się nieuregulowaną sytuację prawną dziecka.

Rodzice jawnie pozostawiający dziecko, np. w szpitalu po urodzeniu, mogą wyrazić zgodę na jego przysposobienie (adopcję) — ze wskazaniem konkretnych rodziców adopcyjnych lub bez ich wskazania. Zgodnie jednak z art. 119² k.r.o., zgoda rodziców na przysposobienie dziecka nie może być wyrażona wcześniej niż po upływie sześciu tygodni od urodzenia się dziecka. Oznacza to możliwość wycofania się w tym czasie z wcześniejszej decyzji rodziców — co do zasady bez negatywnych konsekwencji prawnych.

Wyżej wskazane regulacje oznaczają, iż w ciągu pierwszych 6 tygodni po urodzeniu dziecka praktycznie niemożliwe jest uregulowanie jego sytuacji prawnej (biorąc pod uwagę także długość procedur sądowych). W tym czasie z reguły dziecko zostaje umieszczone w (zwykle instytucjonalnych) formach pieczy zastępczej, np. domach małego dziecka, ośrodkach preadopcyjnych itp. Długość pobytu dziecka w takim miejscu zależy następnie od tego, w jakim czasie (i czy w ogóle) znajdują się kandydaci na rodzinę adopcyjną oraz od tego, jak długo trwać będzie procedura przed sądem opiekuńczym (brak jest ustawowych terminów na rozpoznanie sprawy).

Jeśli dojdzie do pozbawienia władzy rodzicielskiej przez sąd opiekuńczy (lub jeśli rodzice wyrazili przed sądem zgodę na przysposobienie dziecka), droga do postępowania o przysposobienie (postępowania adopcyjnego) jest otwarta. Wyjątkowo — gdy nie doszło do pozbawienia władzy rodzicielskiej, ale porozumienie z rodzicami napotyka trudne do przezwyciężenia przeszkody (np. nie jest znane ich miejsce pobytu lub gdy poważna choroba uniemożliwia nawiązanie z nimi kontaktu) — sąd może orzec przysposobienie bez ich zgody.

W przypadku orzeczenia przysposobienia władza rodzicielska (o ile wcześniej rodzice nie zostali jej pozbawieni) ustaje, a między rodzicami adopcyjnymi a dzieckiem powstaje taki stosunek, jak między rodzicami biologicznymi a dziećmi.

Skala porzucania dzieci

Dane Ministerstwa Zdrowia pokazują, że rocznie rodzi się ok. 700 dzieci (ok. 0,2% wszystkich urodzin), które następnie zostają pozostawione przez rodziców na oddziałach położniczych. Powody, z których rodzina decyduje się na tę formę porzucenia dziecka są różne: bieda, młody wiek matki, brak wsparcia ze strony partnera, samotne macierzyństwo, niepełnosprawność dziecka⁶.

Brak danych wiktymologicznych uniemożliwia określenie wieku dzieci, które zostały porzucone w sposób niejawnym, stanowiący przestępstwo w rozumieniu art. 210 k.k., można jednak podejrzewać, że najczęściej są to niemowlęta i małe dzieci.

TABELA 1. LICZBA DZIECI POZOSTAWIONYCH NA ODDZIAŁACH POŁOŻNICZYCH ORAZ LICZBA OSÓB SKAZANYCH ZA PRZESTĘPSTWA Z ART. 210 K.K. (PORZUCENIE MAŁOLETNIEGO).

Rok	Noworodki pozostawione w szpitalu nie ze względów zdrowotnych	Liczba osób skazanych za porzucenie dzieci (art. 210 k.k.)
2000	-	89
2001	899	106
2002	1 018	79
2003	1 090	106
2004	1 012	79
2005	1 013	100
2006	826	541
2007	713	796
2008	775	264
2009	726	260
2010	-	250

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Ministerstwa Zdrowia i Ministerstwa Sprawiedliwości.

Według danych Caritas Polska do 2012 r. w oknach życia⁷ w Polsce pozostawiono 31 niemowląt⁸. W 2006 roku z inicjatywy Caritas Polska powstało w Polsce ponad 30 okien życia, obecnie jest ich niemal 40.

Okna życia budzą kontrowersje. Nie powinny być alternatywą dla kompleksowej pomocy dla osób, które zamierzają dziecko porzucić. Ponadto, trzeba zwrócić uwagę, iż pozostawienie dziecka w oknie życia przedłuża znacznie procedurę przysposobienia i — co podnosi się na forum europejskim — stanowi zaprzeczenie prawa dziecka do własnej tożsamości. Trzeba pamiętać, że dziecko pozostawione w oknie życia jest dzieckiem anonimowym, bez aktu urodzenia, imienia i nazwiska. Fakt ten ma konsekwencje prawne — zanim dojdzie do przysposobienia dziecka, konieczne jest ustalenie treści aktu urodzenia dziecka, a wcześniej przeprowadzenie odpowiednich czynności związanych z ustaleniem tożsamości jego rodziców przez Policję. Stąd rozwiązanie to znacznie przedłuża procedurę związaną z uregulowaniem sytuacji prawnej dziecka.

4.2. Dzieciobójstwo

Ujęcie prawnokarne

Dzieciobójstwo, rozumiane potocznie, oznacza zabicie własnego dziecka. Jednak z punktu widzenia prawa karnego znaczenie tego pojęcia jest dużo węższe. Zgodnie z art. 149 k.k., matka, która zabija dziecko w okresie porodu pod wpływem jego przebiegu, podlega karze pozbawienia wolności od 3 miesięcy do lat 5. Tak więc, do zakwalifikowania czynu z ww. artykułu, a zatem do poniesienia łagodniejszej odpowiedzialności karnej (jest to typ uprzywilejowany zabójstwa), konieczne jest ustalenie spełnienia kilku warunków:

- zabójstwa dopuszcza się matka wobec urodzonego przez siebie dziecka;
- czyn popełniony jest w okresie porodu i pod wpływem jego przebiegu.

Jeśli chodzi o pojęcie „okres porodu”, to obejmuje ono zarówno poród w sensie medycznym (do wydalenia łożyska), jak i czas bezpośrednio po urodzeniu dziecka, gdy jeszcze stan psychiczny kobiety rodzącej w wysokim stopniu odbiega od stanu jej normalnej psychiki (zob. wyrok SN z dnia 15 kwietnia 1957 r.⁹). Ustawa nie określa, jak długo trwa tenże okres. W literaturze przedmiotu wskazuje się, iż w ujęciu psychiatrycznym okres wpływu porodu na kobietę trwa od kilku do kilkunastu godzin, w niektórych sytuacjach nawet dłużej (kilka dni) i związany jest z szokiem okołoporodowym i silną reakcją na stres, jakim jest poród¹⁰.

Mówią lekarze

Mam wrażenie, że my przerzucamy odpowiedzialność na inne instytucje, chyba tak trzeba powiedzieć. Jeśli my wyleczyliśmy z zapalenia płuc, ale dostrzegamy problem, to – ponieważ sami niewiele możemy zrobić, bo to dziecko wychodzi, ta rodzina nam się wymyka – przerzucamy tę kwestię na następną instytucję. Czy to daje efekt? My nigdy nie mamy informacji zwrotnej, więc tak naprawdę nigdy nie wiemy, czy to miało głębszy sens. (...) Nie wiemy, czy nasze podejrzenia były słuszne, niestuszne, czym to się skończyło. Tego nigdy nie wiemy, niestety.

Jak wskazuje B. Michalski, okres porodu może wpływać na zachowania kobiety w wymiarze czynników biologicznych (ból, utrata krwi), psychicznych (np. w przypadku dziecka pozamajątkowego) oraz socjalnych (lęk o materialną przyszłość)¹¹. W znamienu „pod wpływem przebiegu porodu” zakodowane są właściwie wszystkie ww. okoliczności (zob. wyrok SA w Krakowie z dnia 24 października 2002 r.¹²).

To właśnie wpływ porodu, a więc ścisły związek przyczynowy¹³ między szczególnym stanem psychicznym kobiety rodzącej a jej czynem sprzecznym z naturalnymi uczuciami macierzyńskimi (wyrok SN z dnia 11 czerwca 1974 r.¹⁴), jest istotą omawianego przestępstwa. Objawami przeżyć towarzyszących popełnieniu czynu z art. 149 k.k. może być m.in.: stan oszołomienia, objawy depresji, lęku, agresji, zaburzenia rozumienia bodźców i orientacji, wyłączenie się z sytuacji albo też pobudzenie i nadmierna ak-

tywność. Jednak w konkretnej sprawie, kwestię czynników towarzyszących porodowi i ich wpływu na psychikę kobiety, ocenia biegli sądowi. Wskazuje się, że analiza zachowania i przeżyć matki powinna być analizowana przez zespół biegłych (biegłego z zakresu medycyny sądowej, położnika, psychiatrę i psychologa)¹⁵.

Zachowanie sprawcy czynu z art. 149 k.k. może polegać na zaniechaniu (np. pozostawienie dziecka bez opieki, które skutkuje jego śmiercią) lub na działaniu, czyli pewnej aktywności (uduszenie, utopienie). Trzeba jednak pamiętać, że przestępstwo z art. 149 k.k. jest przestępstwem umyślnym, a zatem dla jego bytu wymaga się, by kobieta miała zamiar pozbawienia dziecka życia (chciała tego lub przewidując, że śmierć nastąpi — godziła się na to). W konkretnym przypadku o tym zamiarze będzie decydował całokształt okoliczności faktycznych. Zwłaszcza w przypadku zaniechania matki (czyli niepodjęcia takich czynności, do których jest zobowiązana, np. zapewnienia opieki, bezpieczeństwa, ciepła itp.) kluczowe dla ustalenia odpowiedzialności karnej będzie ustalenie zamiaru matki (czy chciała śmierci dziecka, czy przewidując ją — na nią się godziła, czy też śmierć była efektem niezachowania pewnych reguł ostrożności, wymaganych w danych okolicznościach).

Może się zdarzyć również tak, że matka podejmuje zamiar zabicia swojego dziecka, mimo iż nie zachodzi ta szczególna sytuacja psychiczna, będąca efektem porodu. Wówczas matka może zostać oskarżona o popełnienie czynu z art. 148 § 1 k.k. (zabójstwo). Trzeba jednak pamiętać, że zamiar zabójstwa podjęty zanim dziecko się urodziło, zatem jeszcze przez kobietę w okresie ciąży, nie przesądza jeszcze o takiej kwalifikacji. Jak wskazał SN w wyroku z dnia 13 grudnia 1965 r.¹⁶, wcześniej podjęty zamiar zabójstwa może po przyjściu na świat dziecka ulec zupełnej zmianie, a może też być zrealizowany wcale nie dlatego, że został uprzednio powzięty, ale właśnie pod wpływem przeżyć psychicznych kobiety rodzącej i wytrącenia jej z równowagi psychicznej przez poród. Wówczas właściwa kwalifikacja zachowania matki to kwalifikacja z art. 149 k.k.

Podczas analizy konkretnego przypadku może się zdarzyć też tak, że śmierć dziecka została wywołana nieumyślnie, zatem na skutek niezachowania ostrożności wymaganej w danych okolicznościach. Wówczas należałoby rozważyć zakwalifikowanie czynu matki z art. 155 k.k. (nieumyślne spowodowanie śmierci). Za okoliczności, które przemawiać mogą za taką kwalifikacją, Sąd Apelacyjny w Krakowie uznał np. zaniedbanie powinności przygotowania odpowiednich warunków porodu przez matkę (zob. wyrok SA w Krakowie z dnia 13 sierpnia 1992 r.¹⁷).

Jeśli zaś — mimo zachowań matki — do śmierci dziecka nie doszło, można jej zarzucać, w zależności od okoliczności (zwłaszcza od towarzyszącego jej zamiaru), usiłowanie popełnienia konkretnej odmiany zabójstwa. W razie natomiast, gdy zamiar zabójstwa nie zostanie wykazany, a efektem zachowań matki będą skutki na zdrowiu dziecka, możliwe będzie zarzucenie jej popełnienia innego czynu przeciwko życiu i zdrowiu — w zależności od tego, czy działała ona umyślnie i czy wywołała skutki na zdrowiu dziecka.

Ujęcie opiekuńcze

Jeśli do śmierci dziecka nie dojdzie, wówczas niezbędna okaże się ingerencja sądu opiekuńczego w sprawę danej rodziny. Na podstawie art. 23 k.p.k. prokurator, a na etapie postępowania sądowego — sąd, powinien w takim wypadku poinformować sąd opiekuńczy o popełnieniu (lub usiłowaniu popełnienia) przestępstwa na szkodę małoletniego. Uregulowanie sytuacji dziecka przez sąd opiekuńczy będzie wówczas niezbędne, jako że zająd okoliczności stanowiące zagrożenie dobra dziecka. W zależności od oko-

Mówią lekarze

System jest co raz lepszy, ale ciągle dziurawy. Brakuje przepływu informacji, zwłaszcza w dużych miastach. Bo jeżeli trafia do nas na oddziału dziecko zagrożone przemocą czy też krzywdzone i z jakichś powodów musimy je wypisać do domu, dziecko wraca do domu, ale kolejny raz idzie już do innego szpitala. Nie ma takiej możliwości, żebyśmy mieli te informacje, gdyż nie ma takiej osoby, która już się opiekuje tym dzieckiem cały czas. Nie ma wymiany informacji. Nie wiadomo, czy dziecko było już kiedyś w szpitalu czy nie. Jeżeli matka nie powie, to my nie uzyskamy takiej informacji.

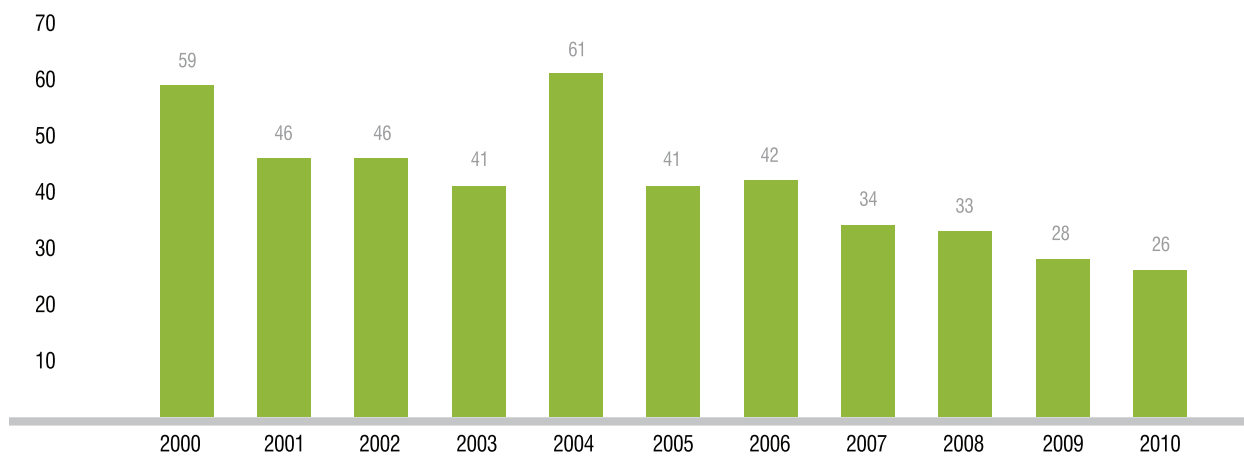
liczności faktycznych, sąd opiekuńczy w szczególności będzie mógł ograniczyć władzę rodzicielską matki przez umieszczenie dziecka w jednej z form pieczy zastępczej — art. 109 § 2 pkt 5 k.r.o. Może się zdarzyć także tak, iż sąd opiekuńczy uzna zachowania matki za realne zagrożenie dobra dziecka, które uzasadnia pozbawienie jej władzy rodzicielskiej bez wcześniejszego ograniczenia władzy rodzicielskiej (zob. postanowienie SN z dnia 11 stycznia 2000 r.¹⁸).

Z reguły zresztą takie uregulowanie będzie następcze wobec interwencyjnych działań podjętych przez funkcjonariuszy Policji czy też przedstawicieli innych służb (zob. np. art. 12a Ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie, Dz.U. z 2005 r. Nr 180, poz. 1493 ze zm.). Trudno sobie bowiem wyobrazić, by w przypadku usiłowania pozbawienia dziecka życia interweniujące służby nie zagwarantowały jego bezpieczeństwa przez przewiezienie go w miejsce, w którym zapewnioną będzie miało należytą opiekę.

Skala problemu

Liczba zabójstw dokonywanych przez matki w okresie poporodowym systematycznie spada i obecnie rocznie odnotowywanych jest w Polsce około 30 takich przypadków.

WYKRES 1. LICZBA SKAZAŃ Z ART. 149 K.K.



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Ministerstwa Sprawiedliwości.

Dzieciobójczynie to w zdecydowanej większości kobiety o niskim poziomie wykształcenia, w trudnej sytuacji ekonomicznej i osobistej (brak perspektyw na wsparcie ze strony ojca dziecka). Często doświadczają przemocy ze strony najbliższych, są bierne, uległe, podporządkowane, a w trudniej sytuacji przenoszą swoją frustrację i agresję na rodzące się dziecko. Główną pobudką zabójstwa dziecka niezmiennie pozostają czynniki socjalno-bytowe oraz strach przed reakcją społeczeństwa¹⁹.

4.3. Zespół Münchausena by Proxy

Zespół Münchausena by Proxy polega na celowym wywoływaniu przez rodziców rzeczywistych objawów chorobowych u dziecka. Objawy te zazwyczaj mają charakter przewlekły lub nawracający, ponadto rodzice przekazują lekarzom fałszywe informacje na temat dotychczasowego przebiegu choroby u ich dzieci. Zespół ten jest najczęściej rozpoznawany u dzieci w wieku 0–6 lat. Wśród wywoływanych objawów zdarzają się najczęściej: niezdolność ruchowa i patologiczna senność na skutek podawania dzieciom dużych dawek barbituranów, uporczywe wymioty na skutek mechanicznej prowokacji, hipoglikemia po podaniu insuliny, zakażenia wywołane wstrzykiwaniem zanieczyszczonych substancji²⁰.

Ujęcie prawnokarne

Zachowanie rodzica/rodziców, spełniające opisywane w literaturze przedmiotu cechy zespołu Münchause-na by Proxy, nie jest łatwe do zakwalifikowania jako konkretny czyn zabroniony, zagrożony pod groźbą kary. Ta kwalifikacja zależeć będzie od kilku czynników, m.in. od skutków, które rodzic/rodzice wywołali swoim zachowaniem wobec dziecka.

Można sobie wyobrazić, że działania rodzica, polegające m.in. na wywoływaniu pewnych objawów chorobowych poprzez ingerencję w zdrowie dziecka (np. podawanie mu leków, których nie potrzebuje, a które wywołają określone reakcje organizmu), mogą nie wywołać skutków, które stanowiłyby uszczerbek na zdrowiu dziecka. Wówczas można rozważać odpowiedzialność karną rodzica nie za spowodowanie konkretnego skutku właśnie, ale za narażenie dziecka na niebezpieczeństwo.

Zgodnie z art. 160 § 1 k.k., kto naraża człowieka na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu, podlega karze pozbawienia wolności do lat 3. Ponieważ jednak rodzic jest osobą, na której ciąży obowiązek opieki nad osobą narażoną (nad dzieckiem), podlega on surowszej odpowiedzialności karnej, tj. karze pozbawienia wolności od 3 miesięcy do lat 5 (zgodnie z § 2 wzmiankowanego przepisu). Jak wskazano w wyroku SN z dnia 14 lipca 2011 r.²¹, narażenie może zostać zrealizowane w jeden z trzech sposobów: przez sprowadzenie zagrożenia, jego znaczące zwiększenie, a także — w przypadku gwaranta (gwarantem jest wobec dziecka m.in. jego rodzic) — przez niespowodowanie jego ustąpienia albo zmniejszenia²². Wypełniać znamiona ww. przestępstwa będą więc zarówno działania, jak i zaniechania rodzica, stwarzające zagrożenie, którego wcześniej nie było (wobec zdrowego dziecka), jak i zwiększające to zagrożenie (np. niepodawanie odpowiednich leków, mimo istnienia oznak chorobowych po to, by sprowokować interwencję medyczną).

Należy jednak podkreślić, że niebezpieczeństwo, które sprawca wywołuje w przypadku art. 160 k.k. to niebezpieczeństwo utraty życia lub ciężkiego uszczerbku na zdrowiu (czyli zagrożenie śmiercią lub skutkiem określonym w art. 156 § 1 k.k., tj. pozbawieniem wzroku, słuchu, mowy, zdolności płodzenia, innym ciężkim kalectwem, ciężką chorobą nieuleczalną lub długotrwałą, chorobą realnie zagrażającą życiu, trwałą chorobą psychiczną, całkowitą albo znaczną trwałą niezdolnością do pracy w zawodzie lub trwałego, istotnego zeszpecenia lub zniekształcenia ciała). Niebezpieczeństwo to powinno być realne i bezpośrednie (zob. wyrok SN z dnia 2 lutego 2010 r.²³).

W konkretnej sprawie należałoby zatem ustalić, czy działania/zaniechania rodzica stworzyły realne zagrożenie śmierci dziecka lub też zagrożenie ciężkiego uszczerbku na jego zdrowiu. Wydaje się, że może być to utrudnione z uwagi na to, iż zwykle w takich przypadkach dziecko podlega wielokrotnym hospitalizacjom. Zatem ustalenie, że to zachowania rodzica spowodowały konkretne zagrożenie (albo wywołały określony skutek — o czym mowa niżej), może być trudne. Niezbędne w tym zakresie okaże się z pewnością przeprowadzenie dowodu z opinii biegłego z zakresu medycyny sądowej.

Jak wcześniej wskazano, czyn z art. 160 k.k. to jedna z kilku możliwych kwalifikacji zachowań zdiagnozowanych jako zespół Münchausena. Wiele okoliczności faktycznych (w szczególności wywołane zachowaniem rodzica skutki na zdrowiu dziecka) może wskazywać bowiem na inną kwalifikację, np. z art. 156 k.k. czy z art. 157 § 1 lub § 2 k.k., tj. spowodowanie określonego uszczerbku na zdrowiu dziecka — od lekkiego do ciężkiego).

W skrajnych przypadkach można także rozważać kwalifikację zachowań rodzica z art. 207 § 1 k.k., tj. z przepisu przewidującego odpowiedzialność karną za przestępstwo znęcania się. Przepis ten jednak, jak się wydaje, znajdzie tu zastosowanie stosunkowo rzadko. Po pierwsze, należałoby wykazać, że rodzic działał w dłuższym okresie²⁴, w sposób powtarzalny, że zachowania te były umyślne i nacechowane pewną intensywnością²⁵. Po drugie, pojawia się przy tej okazji problem ustalenia zamiaru rodzica. Z reguły przy zespole Münchausena sprawca chce spowodować interwencję medyczną, zwrócić uwagę służby zdrowia na siebie i dziecko. Przy art. 207 k.k. natomiast (co jest jednak kontrowersyjne w doktrynie i orzecznictwie) wymaga się, by sprawca miał zamiar bezpośredni, tj. chciał wywołać cierpienia psychiczne lub fizyczne

u pokrzywdzonego (zob. wyrok SN z dnia 23 lutego 1995 r.²⁶ oraz z dnia 21 października 1999 r.²⁷, inaczej: B. Michalski²⁸ oraz uchwała SN z dnia 9 czerwca 1976 r.²⁹).

Rozpoznający w 2003 r. nieco inny stan faktyczny Sąd Apelacyjny w Katowicach wskazał, iż samo wadliwe opiekowanie się dzieckiem nie implikuje przyjęcia znęcania się nad nim, pojmowanym jako celowe jego dręczenie. Zdaniem sądu, znęcanie się nie zachodzi, gdy błędy w opiece nad dzieckiem polegały na zaniedbywaniu jego higieny, pozostawianiu śpiącego dziecka samego w domu lub zwlekaniu z udzieleniem mu pomocy lekarskiej. W takich sytuacjach, zdaniem sądu, rozważać należałoby odpowiedzialność karną z art. 160 k.k. lub art. 162 k.k. (nieudzielenie pomocy)³⁰. Oczywiście stan faktyczny w ww. sprawie odbiega znacznie od spraw dotyczących zespołu Münchausena, jednak stanowisko sądu pokazuje, że w przypadku art. 207 k.k. wymagane jest udowodnienie zamiaru wywołania cierpienia u pokrzywdzonego, co w przypadkach tu omówionych może być trudne.

Ujęcie opiekuńcze

Zdiagnozowanie zespołu Münchausena może (i z reguły powinno) mieć swoje konsekwencje na gruncie władzy rodzicielskiej sprawcy. Z pewnością taka sytuacja dziecka może być rozpatrywana w kategorii zagrożenia jego dobra. Zgodnie z art. 109 § 1 k.r.o., jeżeli dobro dziecka jest zagrożone, sąd opiekuńczy ma obowiązek wydania odpowiednich zarządzeń. Katalog tych zarządzeń nie jest zamknięty, zatem sąd opiekuńczy może dobranej do danej sytuacji środki najlepiej jej odpowiadający. Zależać będzie on z całą pewnością od rodzaju zachowań rodzica i stopnia, w jakim zagrażają one dziecku. Spośród sposobów ograniczenia władzy rodzicielskiej, wymienionych w art. 109 § 2 k.r.o., w omawianym przypadku mogłyby mieć zastosowanie m.in.:

- skierowanie rodzica do placówki albo specjalisty zajmujących się udzielaniem stosownej pomocy,
- umieszczenie dziecka w jednej z form pieczy zastępczej (np. rodzinie zastępczej).

Może się zdarzyć także, iż zachowania rodzica wobec dziecka są na tyle intensywne i zagrażające dziecku, że (zgodnie z art. 111 § 1 k.r.o.) zostaną uznane za nadużycie władzy rodzicielskiej. W takiej sytuacji, nawet bez wcześniejszego ograniczenia władzy rodzicielskiej, możliwe jest pozbawienie władzy rodzicielskiej tego rodzica (zob. postanowienie SN z dnia 11 stycznia 2000 r.³¹).

Skala problemu

Częstość występowania zespołu Münchausena by Proxy jest nieznana. Do raportów epidemiologicznych trafiają na ogół jedynie jego ciężkie postaci. Obecnie w USA rejestruje się około 1 200 przypadków tego zaburzenia rocznie. Wyniki badań wskazały, że łącznie w Anglii i Irlandii rejestruje się 2,8 ofiar zespołu Münchausena na 100 000 dzieci poniżej 1. r.ż. i 0,5 przypadku na 100 000 dzieci poniżej 16. r.ż. W Polsce odnotowuje się w ciągu roku od kilku do kilkunastu przypadków (średnio 3 na 100 tys. dzieci), ale rzeczywista skala rozpowszechnienia tej formy maltretowania dziecka pozostaje nieznana³².

Ofiarami zespołu padają głównie noworodki, niemowlęta i małe dzieci. Średni wiek maltretowanego dziecka w momencie rozpoznania MSBP to według różnych badaczy od 20–40 miesięcy. Większość autorów wskazuje, że śmiertelność dzieci maltretowanych przez osoby cierpiące na zespół Münchausena by Proxy wynosi 6–10%. Zgon dziecka może wynikać bezpośrednio z działań podejmowanych przez chorą osobę lub być skutkiem ubocznym zlecanych przez lekarzy inwazyjnych badań diagnostycznych.

Długotrwały uszczerbek na zdrowiu stwierdza się u 7,3% dzieci³³.

- 1 *Dzieci się liczą. Informacje o stanie zagrożenia bezpieczeństwa i rozwoju dzieci w Polsce* (2011), Warszawa: Fundacja Dzieci Niczyje.
- 2 Sygnatura akt V KKN 94/99, *Krakowskie Zeszyty Sądowe* 2001, z. 11, poz. 21.
- 3 Szwarczyk M. (2007), w: *Kodeks karny. Komentarz*, T. Bojarski (red.), Warszawa: Lexis Nexis, s. 784.
- 4 Sygnatura akt VI KZP 57/65, OSNKW 1966, nr 4, poz. 48.
- 5 Ciepła H. (2009), w: K. Piasecki (red.), *Kodeks rodzinny i opiekuńczy. Komentarz*, Warszawa: Lexis Nexis, s. 1152.
- 6 Ładzyński A. (2009), *Spoleczne i kulturowe uwarunkowania adopcji w Polsce*, Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls.
- 7 Okna życia są specjalnymi miejscami, gdzie matki mogą anonimowo pozostawić niemowlę, wiedząc, że trafi ono pod opiekę szpitala.
- 8 Informacja prasowa Caritas Polska z 3 marca 2011 r.
- 9 Sygnatura akt IV K 131/57, OSN 1957/III, poz. 32.
- 10 Michalski B. (2006), w: *Kodeks karny. Część szczegółowa*, A. Wąsek (red.), Warszawa 2006, 3 wydanie, s. 253 i nast.
- 11 *Ibidem*, s. 255.
- 12 Sygnatura akt II AKa 256/02, *Krakowskie Zeszyty Sądowe* 2002, z. 12, poz. 34.
- 13 Szwarczyk M. (2011), w: *Kodeks karny. Komentarz*, T. Bojarski (red.), wyd. V, Warszawa: LexisNexis.
- 14 Sygnatura akt IV KR 89/74, OSNPG 1987, nr 5, poz. 55.
- 15 Michalski B., *op.cit.*, s. 255, za: Cieślak M., Spett K., Szymusik A., Wolter W. (1991), *Psychiatria w procesie karnym*, Warszawa: Wydawnictwo Prawnicze, s. 273–274.
- 16 Sygnatura akt II KR 372/65, OSNKW 1966/7, poz. 72.
- 17 Sygnatura akt II AKr 156/92, *Krakowskie Zeszyty Sądowe* 1992, z. 3–9, poz. 58.
- 18 Sygnatura akt I CKN 1072/99, *Biuletyn Sądu Najwyższego* 2000, nr 4, s. 14.
- 19 Pomarańska–Bielecka M. (2010), *Prawna i socjologiczna charakterystyka występku dzieciobójstwa*, *Dziecko Krzywdzone*, nr 3(32).
- 20 *Diagnostic and Statistical Manual – DSM IV [Klasyfikacja DSM-IV]*, American Psychiatric Association (APA).
- 21 Sygnatura akt III KK 77/2011, *Biuletyn Sądu Najwyższego* 2011, nr 11.
- 22 Tak też: Michalski B., *op.cit.*, s. 401 i n.
- 23 Sygnatura akt III KK 17/2010, *Orzecznictwo Sądu Najwyższego w Sprawach Karnych* 2010, poz. 232.
- 24 Choć dopuszcza się w doktrynie i orzecznictwie wypełnienie znamion czynu z art. 207 k.k. jednym zachowaniem, jednak w tym przypadku trudno sobie taką sytuację wyobrazić.
- 25 Zob. Szwarczyk M. (2011), w: *Kodeks karny. Komentarz*, T. Bojarski (red.), wyd. V, Warszawa: LexisNexis.
- 26 Sygnatura akt II KRN 6/95, *Orz. Prok. i Pr.* 1995, nr 6, poz. 5.
- 27 Sygnatura akt V KKN 580/97, *Prok. i Pr., dodatek* 2000, nr 2, poz. 7.
- 28 Michalski B., *op.cit.*, s. 1048 i n.
- 29 Sygnatura akt VI KZP 13/75, OSNKW 1976/7–8, poz. 86 — zob. pkt 2 uchwały.
- 30 Wyrok SA w Katowicach z dnia 6 lutego 2003 r., II AKa 532/2002, *Krakowskie Zeszyty Sądowe* 2003, z. 7-8, poz. 70.
- 31 Sygnatura akt I CKN 1072/99, *Biuletyn Sądu Najwyższego* 2000, nr 4, s. 14.
- 32 Deniszewska–Urbanowska M., Szal–Karkowska B., Cielecka–Kuszyk J. (2006), *Zastępczy Zespół Münchausena*, *Standardy Medyczne*, nr 2, t. 3, s. 196–199.
- 33 Berent D., Florkowski A., Gałeczki P. (2010), *Przeniesiony zespół Münchausena*, *Psychiatria Polska*, t. XLIV, nr 2.