

Zdrowie dzieci i młodzieży

Renata Szredzińska – Fundacja Dajemy Dzieciom Się

Spis zagadnień

- | | | | |
|-----|--|-----|---|
| 95 | System ochrony zdrowia dzieci i młodzieży w Polsce | 108 | Bezpieczeństwo dzieci: wypadki i urazy |
| 96 | Realizacja ochrony zdrowia – wybrane aspekty | 110 | Wypadki w placówkach szkolno-oświatowych |
| 96 | Badania profilaktyczne i porady patronażowe | 110 | Niepełnosprawność |
| 98 | Szczepienia | 110 | Orzecznictwo o niepełnosprawności |
| 99 | Bariery w dostępie do opieki medycznej | 111 | Populacja dzieci niepełnosprawnych |
| 100 | Stan zdrowia dzieci w Polsce | 111 | Wczesne wspomaganie rozwoju dziecka |
| 100 | Populacja dzieci w wieku 0–3 lat: swoiste problemy | 112 | Zajęcia rewalidacyjno-wychowawcze |
| 100 | Zaniedbania prenatalne | 112 | Świadczenia dla rodzin dzieci niepełnosprawnych |
| 100 | Opieka okołoporodowa | 112 | Zdrowie psychiczne |
| 101 | Badania prenatalne | 115 | Samobójstwa |
| 101 | Spożywanie alkoholu podczas ciąży | 118 | Zachowania antyzdrowotne |
| 101 | Palenie tytoniu | 118 | Złe odżywianie |
| 102 | Leki i substancje psychoaktywne | 119 | Spożycie warzyw i owoców |
| 102 | Zakażenia wertykalne HIV | 120 | Aktywność fizyczna |
| 103 | FAS – płodowy zespół alkoholowy | 121 | Umieralność dzieci i młodzieży |
| 103 | Zdrowie okołoporodowe | 124 | Ocena stanu zdrowia dzieci i młodzieży |
| 105 | Karmienie piersią | 126 | Zakończenie |
| 106 | Zespół nagłego zgonu niemowląt | 127 | Bibliografia |
| 106 | Zespół dziecka potrząsanego | 129 | Strony internetowe |
| 107 | Przeniesiony zespół Münchhausena | 129 | Przepisy prawne |
| 107 | Główne powody hospitalizacji dzieci i nastolatków w Polsce | | |

Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) definiuje zdrowie jako stan pełnego dobrostanu fizycznego, umysłowego i społecznego, a nie jedynie brak choroby lub niepełnosprawności¹. Wskaźniki dotyczące zdrowia, w tym m.in. spadek umieralności dzieci i młodzieży, opieka perinatalna, wyszczepialność, opieka profilaktyczna, dostęp do specjalistów, są jednymi z głównych wyznaczników rozwoju cywilizacyjnego i poziomu opieki zdrowotnej. W dzieciństwie zły stan zdrowia jest szczególnie niebezpieczny, ponieważ może zaburzać procesy rozwojowe i w ten sposób doprowadzić do długoterminowych i trwałych problemów zdrowotnych. W niniejszym rozdziale przyjrzymy się wybranym aspektom stanu zdrowia dzieci i młodzieży w Polsce, ze szczególnym uwzględnieniem dzieci najmłodszych, z pełną świadomością, że przedstawiony zostanie tylko fragment tego złożonego zagadnienia.

System ochrony zdrowia dzieci i młodzieży w Polsce

Profilaktyczna, powszechna, wysokiej jakości opieka zdrowotna nad dzieckiem stanowi jeden z najistotniejszych aspektów zapewnienia dzieciom, szczególnie najmłodszym, dobrego stanu zdrowia. Stwarza możliwość wczesnego wykrycia zaburzeń czy nieprawidłowości, przez co może niwelować ich długofalowe konsekwencje. W Polsce przepisy prawa gwarantują wszystkim obywatelom równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych. Konstytucja RP mówi, że „władze publiczne są obowiązane do zapewnienia szczególnej opieki zdrowotnej dzieciom, kobietom ciężarnym, osobom niepełnosprawnym i osobom podeszłym wieku”².

Opieka nad dziećmi sprawowana jest jeszcze zanim się urodzą, m.in. w oparciu o tzw. **standardy opieki okołoporodowej** mające rangę rozporządzenia³. Standardy te są bardzo ważnym dokumentem mającym na celu zapewnienie kobietom i noworodkom dostępu do jak najwyższej jakości opieki, pozwalającej na wczesne wykrycie różnych zagrożeń, co zwiększa bezpieczeństwo zarówno matki, jak i dziecka. Określają m.in. zadania osób sprawujących opiekę nad ciężarnymi i noworodkami, zakres świadczeń profilaktycznych i działań w zakresie promocji zdrowia oraz badań diagnostycznych i konsultacji medycznych wykonywanych u kobiet w okresie ciąży, czynniki ryzyka powikłań przed- i śródporodowych i sposoby przeciwdziałania ich wystąpieniu, postępowanie w czasie porodu, zakres opieki nad noworodkiem, zakres opieki nad położnicą i noworodkiem w miejscu zamieszkania, w tym częstotliwość i zakres wizyt patronażowych. Niestety standardy stracą z końcem 2018 r. rangę rozporządzenia, co

1 Konstytucja Światowej Organizacji Zdrowia, Porozumienie zawarte przez Rządy reprezentowane na Międzynarodowej Konferencji Zdrowia i Protokół dotyczący Międzynarodowego Urzędu Higieny Publicznej, podpisane w Nowym Jorku dnia 22 lipca 1946 r., <http://isap.sejm.gov.pl/DetailsServlet?id=WDU19480610477>.

2 Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej, art. 68 ust. 3 (Dz.U. 1997 Nr 78 poz. 483).

3 Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 20 września 2012 r. w sprawie standardów postępowania medycznego przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, porożu oraz opieki nad noworodkiem (Dz.U. 2012 poz. 1100).

stawia pod znakiem zapytania utrzymanie kierunku poprawy okołoporodowej opieki nad matką i dzieckiem, którą wyznaczały.

Kolejnym aktem prawnym normującym zakres opieki zdrowotnej nad dziećmi jest rozporządzenie w **sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej**⁴, regulujące zakres i warunki świadczeń lekarza, pielęgniarki, położnej podstawowej opieki zdrowotnej oraz świadczenia pielęgniarki lub higienistki szkolnej udzielane w środowisku nauczania i wychowania, w tym m.in. porad i wizyt patronażowych, oceny czynników ryzyka w rodzinie, badań bilansowych i przesiewowych.

Zapisy o profilaktycznej opiece nad dziećmi i młodzieżą w środowisku nauczania i wychowania znajdują się również w **ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych**⁵, a także w **ustawie o systemie oświaty**⁶.

Dzieci i młodzież są również jedną z grup priorytetowo traktowanych w **ustawie o ochronie zdrowia psychicznego**⁷. Ustawa ta określa m.in. działania zapobiegawcze w zakresie ochrony zdrowia psychicznego, które obejmują np. stosowanie zasad ochrony zdrowia psychicznego w pracy placówek systemu oświaty, placówek opiekuńczo-wychowawczych i resocjalizacyjnych itp., tworzenie placówek rozwijających działalność zapobiegawczą, przede wszystkim poradnictwa psychologicznego, oraz placówek specjalistycznych, z uwzględnieniem wczesnego rozpoznawania potrzeb dzieci z zaburzeniami rozwoju psychoruchowego.

Regulacje dotyczące dzieci i młodzieży znajdują się także w **ustawie o przeciwdziałaniu narkomanii**⁸ oraz

ustawie o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi⁹, które nakładają na gminy obowiązek prowadzenia, w szczególności w odniesieniu do dzieci i młodzieży, profilaktycznej działalności informacyjnej, edukacyjnej oraz szkoleniowej w zakresie rozwiązywania problemów narkomanii i problemów alkoholowych, a także przeciwdziałania narkomanii.

Powyższe akty prawne nie wyczerpują wszystkich przepisów prawa, na podstawie których jest organizowana opieka zdrowotna nad dziećmi i młodzieżą, jednak z uwagi na syntetyczny charakter niniejszego raportu wybrano te regulacje jako podstawowe i najważniejsze.

Realizacja ochrony zdrowia – wybrane aspekty

Badania profilaktyczne i porady patronażowe

Polskie prawo gwarantuje wszystkim kobietom, które urodziły dziecko, profesjonalną opiekę w domu w postaci wizyt położnej, z których pierwsza powinna się odbyć w ciągu 48 godzin od otrzymania zgłoszenia od podmiotu leczniczego sprawującego opiekę nad matką w trakcie porodu. Wizyt powinno być nie mniej niż cztery. W trakcie wizyt położna m.in. ocenia stan zdrowia położnicy i noworodka, udziela rad na temat opieki i pielęgnacji noworodka, ocenia relacje w rodzinie, interweniuje w przypadku zaobserwowania przemocy lub innych występujących nieprawidłowości, udziela wskazówek na temat zdrowego stylu życia, radzenia sobie ze stresem, a także ocenia możliwości udzielania pomocy i wsparcia dla położnicy ze strony osoby bliskiej. Ponadto prawo określa porady patronażowe udzielane przez lekarza i pielęgniarki, a także zakres i częstotliwość badań bilansowych, którymi powinny być objęte wszystkie dzieci.

Jak jednak wynika z danych udostępnionych przez Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia (CSIOZ), 14% niemowląt do 4 tygodnia życia nie jest objętych opieką lekarską, a odsetek ten rośnie do 30% w 9 miesiącu życia. Przy czym występują znaczące różnice między województwami, od 69% dzieci objętych opieką

4 Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 28 października 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (Dz.U. z 2013 poz. 1248)

5 Ustawa z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, art. 27 (6) (Dz.U. 2015 poz.581)

6 Ustawa z 7 września 1991 r. o systemie oświaty, art.92 (Dz.U. z 2015 poz. 2156)

7 art. 4 ust. 1 Ustawy z 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz.U. 1994 Nr 111 poz. 535)

8 Ustawa z 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii (Dz.U. 2005 Nr 179 poz. 1485)

9 Ustawa z 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi (Dz.U. 1982 Nr 35 poz. 230).

lekarską do 4 tygodnia życia w województwie podkarpackim po 97% w województwie podlaskim¹⁰.

Tabela 1. Porady patronażowe oraz badania bilansowe, w tym badania przesiewowe niemowląt (lekarskie) w 2015 r.

1-4 tydzień		2-6 miesiąc		9 miesiąc		12 miesiąc	
podlegających badaniu	zbadanych	podlegających badaniu	zbadanych	podlegających badaniu	zbadanych	podlegających badaniu	zbadanych
273 701	235 572	334 540	281 291	245 003	172 585	244 828	181 452
	86%		84%		70%		74%

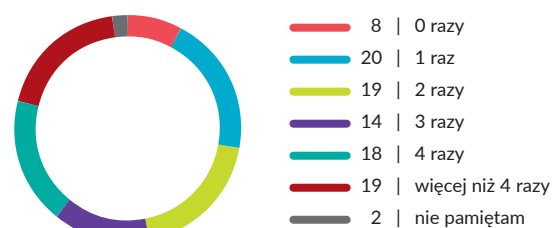
Źródło: CSIOZ.

Nie jest również w pełni realizowany obowiązek przeprowadzenia minimum czterech wizyt patronażowych położnej w domu zamieszkania dziecka. Średnia liczba wizyt przypadających na jedno dziecko wyniosła w 2015 r. 3,63. Również w przypadku wizyt patronażowych obserwuje się znaczące zróżnicowanie między województwami. Tylko siedem województw przekracza średnią czterech wizyt na noworodka (kujawsko-pomorskie, lubuskie, łódzkie, małopolskie, podlaskie, śląskie i wielkopolskie). Są jednak też województwa, w których średnia liczba wizyt wynosi poniżej trzech: dolnośląskie, mazowieckie, pomorskie i świętokrzyskie¹¹, co wyraźnie wskazuje, że ustawowy obowiązek nie jest realizowany.

Także badania wśród rodziców potwierdzają znaczące niedociągnięcia w realizacji tej usługi zdrowotnej. Tylko 37% ankietowanych rodziców w 2014 r. zadeklarowało, że położna POZ odbyła co najmniej cztery wizyty w pierwszych miesiącach życia ich dziecka, a 8% podało, że nie odbyła się ani jedna wizyta.

Sytuacja ta jest niepokojąca, gdyż wizyty patronażowe odpowiednio przeszkolonych położnych pozwalają na wczesne wykrycie problemów w relacjach z dzieckiem, niewłaściwej opieki czy diety, objawów depresji poporodowej u matki oraz innych czynników, które mogą stwarzać ryzyko dla prawidłowego rozwoju dziecka oraz jego bezpieczeństwa.

Wykres 1. Liczba wizyt patronażowych położnych POZ u noworodków – badanie ankietowe wśród rodziców w 2014 r., %



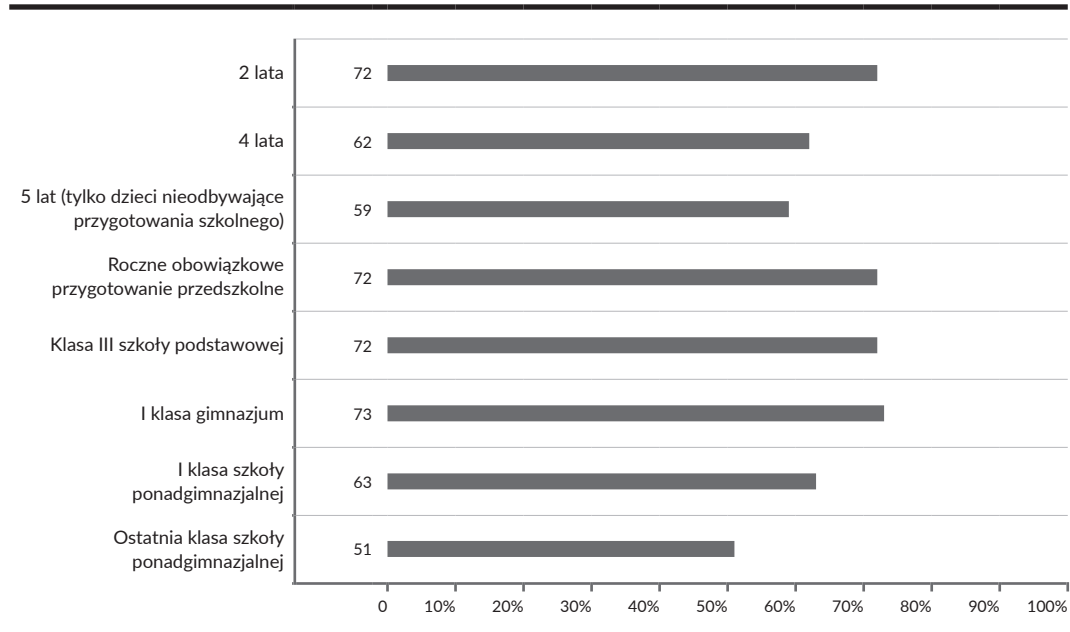
Źródło: Borek, Libura, Chwiałkowska, Kotodziej, Turkiewicz (2014).

¹⁰ Dane za 2015 r. uzyskane z CSIOZ.

¹¹ Dane za 2015 r. uzyskane z CSIOZ.

Również badania profilaktyczne i bilansowe nie obejmują wszystkich dzieci – na różnych etapach życia dziecka ich realizacja wynosi 51–73%.

Wykres 2. Profilaktyczne badania lekarskie dzieci i młodzieży w 2015 r., (odsetek przebadanych dzieci)



Źródło: CSIOZ.

Szczepienia

Wyszczepialność dzieci w Polsce utrzymuje się na wysokim poziomie, który gwarantuje bezpieczeństwo zarówno samych dzieci, jak i całej populacji. Mimo to można zauważyć, że rośnie odsetek dzieci, które nie przechodzą obowiązkowych i zalecanych szczepień ochronnych. Rośnie liczba rodziców, którzy odmawiają wykonania szczepień: w 2011 r. odmowa rodziców była przyczyną niezaszczepienia około 4,7 tys. dzieci, w 2012 r. – ok. 5,3 tys., w 2013 r. – ponad 7 tys., a w 2014 r. – już ponad 12 tys. dzieci. Odnotowany w 2014 r. poziom zaszczepienia dzieci obowiązkowymi szczepieniami spadł w zakresie wszystkich chorób w porównaniu z 2010 r., w tym:

- WZW typu B z 99,8% do 99,4%,
- błonica z 99% do 98,3%,
- tężec z 98,8% do 98,3%,
- krztusiec z 98,8% do 98,3%,
- odra z 98,2% do 97%,
- świnka z 98,2% do 97%,
- różyczka z 98,2% do 97% (NIK, 2016a).

Spadki poziomu zaszczepienia dzieci odnotowano w każdym województwie.

Rodzice pytani o przyczyny niezaszczepienia dziecka, najczęściej wskazują na powikłania po poprzednim szczepieniu u własnego dziecka lub innych dzieci w rodzinie oraz strach przed powikłaniami, a także przekonanie o szkodliwości szczepień.

Wykres 3. Przyczyny nieszczepienia dzieci na podstawie badań ankietowych wśród rodziców prowadzonych w 2014 r., %



Źródło: Borek, Libura, Chwiątkowska, Kołodziej, Turkiewicz (2014).

”

Mój syn niedługo skończy 13 miesięcy i czeka go szczepienie na odrę, świnkę i różyczkę. Jednak czytałam na forach i mówiły to znajome mamy, że ta szczepionka może wywołać autyzm u dziecka. Ile jest w tym prawdy, czy naprawdę ta szczepionka może być niebezpieczna? I czy szczepić dziecko w takiej sytuacji?

Z poradni mailowej dla rodziców

Barier w dostępie do opieki medycznej

Wśród najczęściej wskazywanych przyczyn nierówności w dostępie do opieki medycznej wymienia się: status społeczno-ekonomiczny rodziny, poziom wykształcenia, poziom świadomości zdrowotnej, osiągalność (mierzoną np. liczbą specjalistów, łóżek szpitalnych), dostępność przestrzenną (odległość do ośrodków zdrowia) i dostępność organizacyjną (mierzoną np. godzinami przyjęć, sposobem zapisów itd.) usług z zakresu zdrowia. W przypadku dzieci i młodzieży podaje się również sprzyjające środowisko szkolne i domowe, a wśród dzieci cudzoziemskich – różnice kulturowe i barierę językową.

Jeśli chodzi o osiągalność opieki medycznej, to można zauważyć, że liczba wybranych specjalistów opieki nad dziećmi nieznacznie zwiększyła się w ostatnich latach, np. pediatrów z 14 675 w 2012 r. do 14 893 w 2016 r., neonatologów z 1303 do 1484, kardiologów dziecięcych z 88 do 136, psychiatrów dziecięcych z 291 do 393 czy chirurgów dziecięcych z 1082 do 1101 (Naczelna Izba Lekarska, 2012, 2016). W zapewnieniu dostępności specjalistów ważne są także miejsca rezydenckie umożliwiające młodym lekarzom zdobywanie specjalizacji. W 2017 r. w niektórych specjalizacjach (w tym neonatologii, neurologii dziecięcej, onkologii i hematologii dziecięcej oraz psychiatrii dzieci i młodzieży) przyznano tylko po jednym miejscu rezydenckim na województwo¹².

Jednocześnie występuje bardzo duże zróżnicowanie terytorialne dostępności do specjalistów. Na przykład w 2016 r. w województwie opolskim współczynnik dostępności chirurgów dziecięcych wynosił 0,39 na 100 tys. ubezpieczonych, a w województwie mazowieckim – 6,13. W odniesieniu do innych specjalizacji są województwa, gdzie nie ma w ogóle zapewnionego dostępu do lekarzy niektórych specjalności, np. endokrynologii i diabetologii dziecięcej (w kujawsko-pomorskim, lubuskim, opolskim, świętokrzyskim i warmińsko-mazurskim), chorób płuc dzieci (dolnośląskim, kujawsko-pomorskim, lubuskim, łódzkim, opolskim, podkarpackim, pomorskim, świętokrzyskim, warmińsko-mazurskim, wielkopolskim i zachodniopomorskim), otolaryngologii dziecięcej (w opolskim, świętokrzyskim i zachodniopomorskim), urologii dziecięcej (hospitalizacje; w kujawsko-pomorskim, lubelskim, lubuskim, łódzkim, opolskim, podlaskim, warmińsko-mazurskim, wielkopolskim i zachodniopomorskim), chorób zakaźnych dziecięcych (hospitalizacje; w kujawsko-pomorskim, lubuskim, mazowieckim, opolskim, podkarpackim, śląskim i zachodniopomorskim).

Czas oczekiwania dzieci na wizyty u wielu specjalistów jest bardzo długi i od lat nie maleje. W poradniach genetycznych dla dzieci wynosi 189 dni, endokrynologicznych dla dzieci – 180 dni, a immunologicznych dla dzieci – 148 dni. Jeśli chodzi o szpitalne leczenie specjalistyczne, najwyższą wartość

12 www.mz.gov.pl.

mediany czasu oczekiwania (przypadki stabilne) odnotowano w przypadku dziecięcych oddziałów: otorynolaryngologicznych – 167 dni i urologicznych – 152 dni (NIK, 2016).

Kolejnym czynnikiem przyczyniającym się do nierówności w dostępności usług ochrony zdrowia jest sytuacja finansowa rodziny. Z przeprowadzonych w Polsce w 2014 r. Europejskich Ankietowych Badań Zdrowia (EHIS) wynika, że odsetek dzieci, które nie podjęły zalecanego leczenia szpitalnego, w gospodarstwach o miesięcznych dochodach netto poniżej 2000 zł, był ponad dwukrotnie wyższy niż wśród dzieci wychowujących się w zamożniejszych gospodarstwach domowych (Wojtyniak, Mazur, 2016).

Stan zdrowia dzieci w Polsce

Ta część rozdziału będzie poświęcona wybranym aspektom zdrowia dzieci, takim jak główne powody hospitalizacji, wypadki, zdrowie psychiczne i zachowania antyzdrowotne. Szczególną uwagę zwrócono na zagrożenia zdrowotne dzieci najmłodszych.

Populacja dzieci w wieku 0–3 lat: swoiste problemy

Niniejsza część poświęcona będzie problematyce zdrowia matki i dziecka w trakcie ciąży, a także w pierwszych latach życia dziecka. To właśnie w tym okresie rozwijają się wszystkie funkcje, z których dziecko będzie korzystało przez całe późniejsze życie, a zakłócenia, które w tym czasie wystąpią, mogą mieć długofalowe negatywne skutki.

Zaniedbania prenatalne

Okres ciąży jest nie tylko ważny dla przyszłych rodziców, którzy przygotowują się na pojawienie się dziecka, ale także dla samego dziecka. Od zachowania i stylu życia ciężarnej może zależeć zdrowie i przyszły rozwój dziecka. Podczas ciąży, porodu i połogu mogą wystąpić czynniki wpływające negatywnie na rozwój dziecka. Mogą być to działania (przemoc prenatalna) lub zaniechania (zaniedbania prenatalne) dorosłych, głównie matki. Mogą one być zarówno intencjonalne, jak i wynikać z braku wiedzy i nieprzygotowania do rodzicielstwa. Zaniedbania prenatalne obejmują takie zachowania jak: picie alkoholu, używanie narkotyków,

palenie papierosów, nadużywanie leków i brak odpowiedniej opieki medycznej, w tym badań prenatalnych. Ostatnie dwa aspekty nie są zależne tylko od samej matki, mogą też wynikać z utrudnionego dostępu do usług zdrowotnych.

Opieka okołoporodowa

Dane dotyczące opieki nad ciężarną pokazują, że w Polsce jest duża grupa kobiet zgłaszających się do lekarza lub położnej dopiero w końcowym stadium ciąży. Dane na temat liczby porad udzielonych kobietom do 10 tygodnia ciąży wskazują, że tzw. wczesna zgłaszalność kształtuje się na poziomie 63%. Oznacza to, że 1/3 kobiet nie jest objęta opieką lekarską w najwcześniejszym okresie ciąży, podczas gdy I trymestr jest niezwykle ważny dla rozwoju dziecka – w tym czasie kształtują się wszystkie fundamenty przyszłego rozwoju. Wpływ teratogenów, tj. alkoholu, narkotyków i papierosów, w I trymestrze ciąży jest szczególnie szkodliwy i może prowadzić do ciężkich upośledzeń dziecka, łącznie z poronieniem i śmiercią. Aby zmotywować ciężarne do wcześniejszego poddania się opiece lekarskiej, rząd przyjął rozporządzenie uzależniające uzyskanie dodatku z tytułu urodzenia dziecka od zgłoszenia się do lekarza do 10 tygodnia ciąży, obowiązujące od początku 2012 r.

Tabela 2. Liczba kobiet w ciąży objętych opieką lekarską w 2015 r.

Kobiety, które zgłosiły się do poradni po raz pierwszy		
do 10 tygodnia ciąży	w 10–14 tygodniu ciąży	powyżej 14 tygodnia ciąży
148 131	44 876	43 257
63%	19%	18%

Źródło: Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia.

Późne zgłaszanie się ciężarnej może jednak wynikać nie tylko z zaniechania czy opieszałości, ale również z barier w dostępie do ginekologa i położnej. W Polsce średni czas oczekiwania na wizytę u lekarza ginekologa w ramach NFZ wynosi 18 dni, bez względu na to, czy kobieta jest w ciąży czy nie. W połowie placówek nie czeka się dłużej niż 7 dni, jednak w 1/4 placówek publicznych czeka się na

wizytę miesiąc i dłużej. Istnieją też placówki, gdzie czas oczekiwania na wizytę przekracza 7 miesięcy (Darmas, Wygnańska, 2015).

Badania prenatalne

W Polsce jedynie około 20% kobiet przechodzi badania prenatalne (NIK, 2016b), pozwalające na wczesne wykrycie wad u dziecka i podjęcie leczenia jeszcze w czasie ciąży, co przyczynia się do zredukowania długotrwałych negatywnych skutków zdrowotnych u dziecka.

Niski odsetek kobiet w ciąży przechodzących badania prenatalne wynika zapewne z tego, że programem nieodpłatnych badań prenatalnych objęte są jedynie kobiety po 35 r.ż., choć częstotliwość występowania wad u dzieci młodszych matek jest znacząca. W 2014 r. 79% dzieci z wadami układu krążenia urodziły kobiety poniżej 35 r.ż., a współczynnik występowania wrodzonych wad rozwojowych układu mięśniowo-szkieletowego (na tysiąc urodzeń), mimo że faktycznie był najwyższych w grupie kobiet w wieku 40–44 lat (4,9) oraz 45 lat i więcej (5,7), w pozostałych grupach wiekowych był również znaczący – od 4,1 wśród kobiet w wieku do 19 lat po 3,1 wśród kobiet w wieku 30–34 lata (NIK, 2016b).

Spożywanie alkoholu podczas ciąży

Alkohol pity przez ciężarną szkodzi nienarodzonemu dziecku bardziej niż jakakolwiek inna substancja psychoaktywna (łącznie z marihuaną, heroiną i kokainą). Spożywany przez matkę, zwłaszcza w I trymestrze ciąży, może spowodować zespół wad wrodzonych, pojedyncze wady, np. serca, uszkodzenie mózgu (skutkujące upośledzeniem umysłowym, trudnościami w uczeniu się), zmniejszyć masę ciała i wzrost dziecka, prowadzić do częstszych poronień, zgonów przed urodzeniem lub w okresie okołoporodowym i noworodkowym, przedwczesnych porodów, nieprawidłowego rozwoju fizycznego, ruchowego i psychicznego po urodzeniu, np. nieprawidłowych odruchów neurologicznych, ADHD, zaburzeń percepcji, orientacji, uwagi, pamięci, uczenia się, rozwiązywania problemów, uczuć i zachowania. Picie alkoholu podczas ciąży może też prowadzić do większej zachorowalności dziecka (np. na ostrą białaczkę szpikową) oraz wystąpienia spektrum poalkoholowych

uszkodzeń płodu (FASD) lub płodowego zespołu alkoholowego (FAS), który stanowi poważną przyczynę opóźnień w rozwoju fizycznym i psychicznym dziecka (Kornas-Biela, 2012).

Większość kobiet powstrzymuje się od picia alkoholu w trakcie ciąży (ok. 85%), jednak z prowadzonych badań wynika, że ok. 13% ciężarnych pije alkohol sporadycznie (ok. raz w miesiącu), a ok. 1% – regularnie (2–3 razy w tygodniu lub częściej; Wojtyła, Kapka-Skrzypczak, Diatczyk, Fronczak, Paprzycki, 2012).

Niepokojący jest też stosunek lekarzy prowadzących ciążę. Tylko 42% zaleca ciężarnym powstrzymywanie się od picia jakiegokolwiek ilości alkoholu. Ponad 55% w ogóle nie porusza tego tematu z pacjentkami, a 2% dopuszcza lub zaleca picie niewielkich ilości alkoholu.

Także świadomość samych matek dotycząca szkodliwości picia alkoholu pozostaje w tyle za najnowszymi doniesieniami naukowymi. Prawie wszystkie kobiety przyznają, że spożycie dużych ilości alkoholu stwarza poważne zagrożenie dla zdrowia i życia matki (96,4%) oraz płodu (98,2%). Tylko część ankietowanych kobiet jest jednak świadoma ryzyka związanego z konsumpcją niewielkich ilości alkoholu w czasie ciąży dla matki (45,9%) i płodu (61,2%). Niektóre z respondentek są przekonane, że picie niewielkich ilości alkoholu nie jest szkodliwe dla płodu i matki w czasie ciąży (odpowiednio 2,5% i 5,0%). Nieliczna grupa kobiet uważa, że picie nawet dużych ilości alkoholu nie niesie ze sobą ryzyka dla płodu i matki (po 0,3%; Wojtyła i in. 2012).

Palenie tytoniu

Dzieci kobiet palących tytoń mają z reguły niższą masę urodzeniową i częściej zapadają na choroby układu oddechowego. W wieku szkolnym dzieci matek palących w czasie ciąży są niższe i osiągają słabsze wyniki. Palenie tytoniu w czasie ciąży zwiększa też prawdopodobieństwo uzależnienia dziecka od tytoniu w późniejszym życiu. Z badań wynika, że około 7% kobiet, które paliły przed ciążą, nadal pali w trakcie ciąży, zaś 17,5% zaprzestaje palenia w czasie ciąży (Instytut Medycyny Wsi [IMW], 2013).

Jeśli chodzi o liczbę wypalanych papierosów, najwięcej matek palą przed ciążą. W trakcie ciąży liczba wypalanych

papierosów zmniejsza się, choć w I trymestrze nadal palące ciężarne wypalają średnio ponad cztery papierosy dziennie.

Tabela 3. Liczba papierosów wypalanych dziennie przez kobiety tuż przed ciążą, w jej trakcie oraz bezpośrednio po urodzeniu dziecka

Liczba wypalanych średnio papierosów	Średnia
Kiedykolwiek wcześniej niż 3 miesiące przed ciążą	11,70
W ostatnich 3 miesiącach przed ciążą	9,47
W pierwszych miesiącach obecnej ciąży	4,48
W ostatnich 3 miesiącach obecnej ciąży	2,68
Obecnie	1,30

Źródło: IMW (2013).

Palenie w ciąży obserwuje się częściej u matek z niższym poziomem wykształcenia i w młodszym wieku (poniżej 23 lat; Wojtyła, Goździewska, Paprzycki, Biliński, 2012).

Dla rozwijającego się płodu szkodliwe jest także bierne palenie matek. Spośród ciężarnych respondentek 22,5% twierdzi, że codziennie jest narażone na wdychanie dymu papierosowego w domu, a 11,95% – w pracy.

Nie wszystkie przyszłe matki są świadome zagrożeń dla siebie i dla dziecka związanych z czynnym i biernym paleniem tytoniu. Czynne palenie zostało uznane przez 90,2% ankietowanych kobiet za wysoki czynnik ryzyka dla rozwijającego się płodu. Również znaczna część respondentek (82,8%) uważa, że aktywne palenie przez kobiety w ciąży niesie ze sobą wysokie ryzyko zdrowotne także dla matki. Ponadto, ciężarne uznają przebywanie w zadymionym środowisku za sytuację wysokiego ryzyka zarówno dla rozwijającego się płodu (78,7%), jak i dla zdrowia matki (64,2%; IMW, 2013).

Leki i substancje psychoaktywne

Używanie przez ciężarną narkotyków może być przyczyną różnych wad rozwojowych płodu, a także powikłań ciąży, takich jak przedwczesny poród, poronienie lub obumarcie płodu. Przyczynia się też do niskiej wagi urodzeniowej oraz zaburzeń zachowania u dziecka.

Zaledwie 2,2% ciężarnych deklaruje przyjmowanie leków uspokajających lub nasennych. Większość spośród

tych kobiet przyznaje się do używania leków dostępnych bez recepty (1,45%), część kobiet (0,99%) – do używania leków na receptę za wiedzą lekarza i tylko 0,18% – leków na receptę bez wiedzy lekarza. Do używania innych substancji psychoaktywnych w czasie ciąży i 3 miesiące przed zajściem w ciążę przyznaje się 3,3% respondentek. Najczęściej były to haszysz i marihuana.

Prawie wszystkie respondentki (97–99%) były świadome, że używanie narkotyków i innych substancji odurzających jest bardzo ryzykowne dla zdrowia i życia płodu oraz matki (IMW, 2013).

Zakażenia wertykalne HIV

Ludzki wirus niedoboru odporności (HIV) może się przenieść z matki na dziecko w czasie ciąży, porodu oraz podczas karmienia piersią. Ryzyko odmatczywego zakażenia HIV wynosi 15–30%. Przy karmieniu piersią ponad 6 miesięcy lub karmieniu mieszanym wzrasta do ok. 50%. Od początku epidemii HIV/AIDS w Polsce zarejestrowano ok. 160 zakażeń u dzieci. U 90% z nich do zakażenia doszło drogą transmisji wertykalnej (z matki na dziecko)¹³. W 2015 r. zarejestrowano cztery takie przypadki¹⁴. Należy zaznaczyć, że u dzieci postęp zakażenia HIV jest znacznie szybszy, większe jest ryzyko rozwoju AIDS i śmierci. Przy braku jakiegokolwiek interwencji medycznej ryzyko przeniesienia zakażenia z matki na dziecko wynosi 15–45%, wprowadzenie interwencji medycznej, ze szczególnym uwzględnieniem leczenia matki, redukuje je do poziomu poniżej 1–2% (Kowalska, 2016). By rozpocząć leczenie, niezbędne jest wykonanie testów na obecność HIV. W Polsce zaleca się badanie w kierunku HIV u wszystkich ciężarnych do 10 tygodnia i między 33 a 37 tygodniem ciąży. Niestety jest ono wykonywane jedynie u ok. 30–33% ciężarnych w naszym kraju, podczas gdy w krajach Unii Europejskiej wykonuje się je średnio u 60% ciężarnych, a w niektórych krajach, takich jak Anglia, Holandia czy Francja, u 98% przyszłych matek¹⁵. Przyczyną małej liczby

13 www.aids.gov.pl.

14 Wystąpienie Rzecznika Praw Dziecka do Ministra Zdrowia. http://brpd.gov.pl/sites/default/files/wyst_2016_07_01_mz.pdf.

15 www.mz.gov.pl.

wykonywanych badań jest niska świadomość ciężarnych, obawa przed poddaniem się badaniu, brak edukacji w tym zakresie, ale też niekierowanie kobiet w ciąży na tego typu badania przez lekarzy.

FAS – płodowy zespół alkoholowy

Wiele zewnętrznych czynników biologicznych, chemicznych lub fizycznych może stać się przyczyną poważnych uszkodzeń organizmu dziecka jeszcze w czasie rozwoju płodowego. Jednym z nich jest alkohol pity przez matkę w czasie ciąży. Jak już wspomniano wcześniej, spożywanie alkoholu może powodować przedwczesny poród, poronienia, wady płodu, w tym zaburzenia psychiczne i fizyczne w organizmie dziecka określane jako spektrum płodowych zaburzeń alkoholowych (*fetal alcohol spectrum disorder*, FASD).

Termin ten obejmuje:

- płodowy zespół alkoholowy (*fetal alcohol syndrome*, FAS, w ICD-10 kod Q86.0),
- niepełny FAS (*partial FAS*),
- neurorozwojowe zaburzenia zależne od alkoholu (ARDN).

Wspólnym elementem wszystkich rozpoznań FASD jest nieprawidłowy rozwój ośrodkowego układu nerwowego (OUN). Zaburzeniom OUN mogą towarzyszyć inne uszkodzenia, m.in. serca, układu kostnego, układu moczowego, słuchu i wzroku.

Płodowy zespół alkoholowy jest najbardziej widocznym i najczęściej rozpoznawanym zaburzeniem z grupy FASD. Charakteryzuje go współwystępowanie trzech elementów, które nie występują razem w przypadku żadnej innej choroby:

1. zahamowanie wzrostu w okresie płodowym lub później,
2. charakterystyczne zmiany dysmorficzne twarzy,
3. nieprawidłowy rozwój OUN.

Nie ma systematycznych badań i statystyk, które pozwoliłyby określić skalę występowania FASD. Szacuje się jednak, że pełen FAS występuje w 4 przypadkach na 1000 osób, a któreś z zaburzeń FASD przynajmniej w 20

przypadkach na 1000 (Okulicz-Kozaryn, 2015). Szacuje się, że w Europie FASD jest najbardziej rozpowszechnionym, niegenetycznym schorzeniem neurorozwojowym, dotyczącym około 1% wszystkich żywych urodzeń.

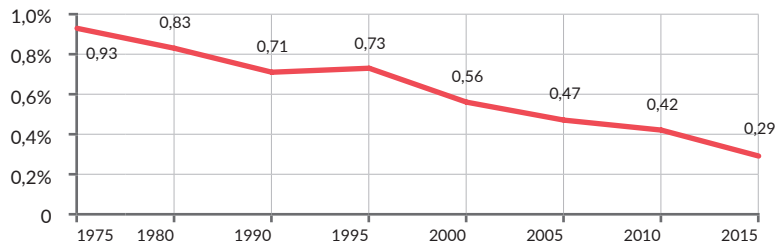
Zdrowie okołoporodowe

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, należą do nich:

- współczynnik zgonów płodów,
- umieralność noworodków,
- umieralność niemowląt,
- struktura urodzeń według masy urodzeniowej,
- struktura urodzeń według czasu trwania ciąży,
- wskaźnik zgonów kobiet w trakcie ciąży, porodu i połogu,
- urodzenia mnogie,
- struktura urodzeń według wieku matki,
- struktura urodzeń według kolejności urodzenia,
- struktura urodzeń według sposobu zakończenia ciąży.

W niniejszej części zostaną omówione tylko wybrane wskaźniki z powyższej listy, mające największy wpływ na zdrowie i życie dziecka oraz nieomawiane w innych częściach raportu.

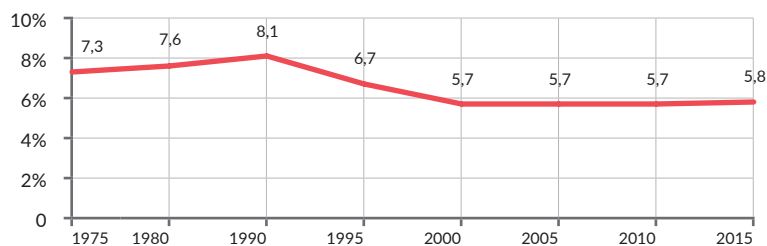
W Polsce od lat obserwujemy spadek odsetka urodzeń martwych. W 2015 r. stanowiły one 0,29% ogółu urodzeń i występowały tak samo często na wsi, jak w mieście (odpowiednio, 0,30 i 0,28%). Sytuacja w Polsce jest trochę lepsza niż przeciętna dla krajów UE28, gdyż według szacunków WHO w 2013 i 2014 r. średni odsetek urodzeń martwych dla krajów Unii wynosił 0,48% (Wojtyński, 2016).

Wykres 4. Odsetek urodzeń martwych w Polsce w latach 1975–2015

Źródło: Wojtyniak, Goryński (2016).

Spada także współczynnik zgonów niemowląt (do 1 r.ż.), o czym więcej informacji podano w podrozdziale *Umieralność dzieci i nastolatków*.

W 2015 r. 5,8% urodzeń żywych stanowiły urodzenia o tzw. niskiej masie urodzeniowej, czyli noworodków, których ciężar przy urodzeniu wynosił poniżej 2500 g. Mimo że wskaźnik ten od kilkunastu lat utrzymuje się niemal na tym samym poziomie, to i tak jest niższy niż średnia w krajach Unii Europejskiej, która według szacunków WHO w 2013 i 2014 r. wynosiła dla UE28 7,1%.

Wykres 5. Odsetek noworodków o wadze poniżej 2500 g (urodzenia żywe) w latach 1975–2015

Źródło: Wojtyniak, Goryński (2016).

Za dzieci przedwcześnie urodzone uznaje się dzieci, które przyszły na świat przed 37 tygodniem ciąży, natomiast poród przed 28 tygodniem ciąży uznaje się za skrajnie przedwczesny. W roku 2015 przed 37 tygodniem ciąży urodziło się 26 624 dzieci, co stanowiło 7,21% wszystkich urodzeń żywych, natomiast dzieci skrajnie przedwcześnie urodzonych było 1241, co stanowiło 0,34% wszystkich urodzeń żywych. Przez ostatnie lata wskaźnik porodów przedwczesnych nieznacznie wzrasta, od 6,49% wszystkich urodzeń żywych w 2002 r. do 7,21% w roku 2015 (demografia.stat.gov.pl).

Na całym świecie urodzenia przedwczesne są najczęstszą przyczyną okołoporodowej zachorowalności i umieralności noworodków. Poród

przedwczesny stanowi przyczynę prawie połowy zgonów noworodków – w 2014 r. w Polsce był powodem 49% zgonów noworodków. Około 30% dzieci urodzonych przed terminem obarczonych jest dodatkowymi problemami zdrowotnymi, co wiąże się koniecznością intensywnej i długotrwałej opieki medycznej oraz różnych interwencji specjalistycznych. Wśród noworodków o masie poniżej 1500 g obserwuje się 200-krotne ryzyko zgonu w pierwszym roku życia w porównaniu z noworodkami o masie powyżej 2500 g (MUW, 2014).

Wśród czynników ryzyka wystąpienia porodu przedwczesnego wymienia się:

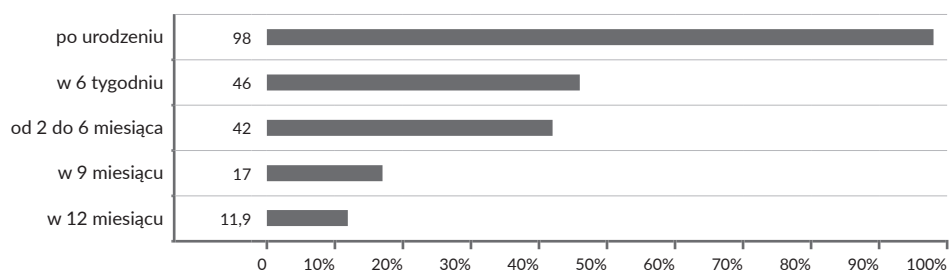
- niski status socjoekonomiczny,
- wiek ciężarnej – poniżej 18 r.ż. oraz powyżej 40 r.ż.,
- niską masę ciała przed ciążą,
- ciążę wielopłodową,
- poród przedwczesny w wywiadzie,
- przebyte poronienia samoistne lub indukowane,
- choroby przenoszone drogą płciową,
- ciążę wysokiego ryzyka spowodowaną chorobami matki: cukrzycą, padaczką,
- nadciśnienie tętnicze, choroby nerek, wady serca,
- nikotynizm, alkoholizm, narkomanię,
- niedostateczną opiekę prenatalną.

Karmienie piersią

Wyłącznie karmienie piersią do przynajmniej 6 miesiąca życia dziecka uznaje się za „złoty standard” żywienia niemowląt, promowany przez wszystkie towarzystwa naukowe i autorytety w dziedzinie zdrowia, pediatrii i żywienia, m.in. Amerykańską Akademię Pediatrii, Światową Organizację Zdrowia i Dyrektoriat Zdrowia Publicznego UE.

Podkreśla się, że karmienie piersią przynosi liczne krótko- i długoterminowe korzyści dla dziecka, w tym m.in. dostarczenie wszystkich substancji aktywnych niezbędnych do prawidłowego rozwoju, zapewnienie prawidłowej masy ciała w 6 miesiącu życia, brak deficytów wzrostu, mniejsze ryzyko nadwagi w późniejszym wieku, redukcję ryzyka cukrzycy typu 1 i 2. O ile 98% dzieci tuż po urodzeniu jest karmionych piersią, o tyle współczynnik ten maleje z każdym miesiącem życia dziecka.

Wykres 6. Wskaźnik jakiegokolwiek karmienia piersią niemowląt do 12 miesiąca życia w 2014 r., %



Źródło: Dane GUS, cytowane za *Karmienie piersią w Polsce. Raport 2015*.

Zespół nagłego zgonu niemowląt

Zespół nagłego zgonu niemowląt, inaczej zwany śmiercią łóżeczkową (*sudden infant death syndrome, SIDS, cot death*), jest to nagła śmierć niemowlęcia do 1 r.ż., 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 r.ż. w krajach uprzemysłowionych. W Polsce rejestrowanych jest kilkadziesiąt takich przypadków rocznie. W roku 2015 r. SIDS był przyczyną zgonu 39 dzieci.

Tabela 4. Liczba zgonów w wyniku zespołu nagłego zgonu niemowląt w Polsce w latach 2011–2015

Rok	Chłopcy	Dziewczynki	Ogółem
2011	28	29	57
2012	30	21	51
2013	21	20	41
2014	28	14	42
2015	21	18	39

Źródło: Eurostat, GUS.

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 tytoniu i picie alkoholu w okresie ciąży (w szczególności w I trymestrze), zaniedbania opieki medycznej w okresie prenatalnym, przedwczesny poród i niską wagę urodzeniową, jak również ekspozycję dziecka na dym papierosowy po urodzeniu, zbyt miękkie materac w łóżku dziecka, wyziębienie lub przegrzanie dziecka, a także spanie z dzieckiem w jednym łóżku. Inne czynniki ryzyka wystąpienia SIDS wiążą się z samotnym macierzyństwem, trudną sytuacją materialną, powikłaniami w ciąży i podczas porodu, ciążami w krótkim odstępie czasu, ciążami mnogimi, układaniem dziecka do snu na brzuchu, powikłaniami zdrowotnymi u niemowlęcia, punktacją w skali Apgar 5 lub mniej. Najważniejszym aspektem profilaktyki SIDS jest identyfikacja czynników ryzyka oraz edukacja rodziców dotycząca działań prewencyjnych (Perz, Steinborn, Staręga, Kara-Perz, 2011).

Zespół dziecka potrząsanego

Zespół dziecka potrząsanego (*shaken baby syndrome, SBS*) jest terminem używanym do opisu objawów powstałych w wyniku gwałtownego potrząsania niemowlęciem lub uderzania niemowlęcia czy małego dziecka w głowę. Wielkość uszkodzeń mózgu wywołanych przez takie zachowanie zależy od intensywności i czasu trwania potrząsania, a także od siły uderzeń. Objawy wahają się od niewielkich (drażliwość, ospałość, drżenie, wymioty) do bardzo poważnych (napady padaczkowe, śpiączka, stupor, zgon). Powyższe zmiany neurologiczne są wynikiem uszkodzeń komórek mózgowych, spowodowanych urazem, niedotlenieniem mózgu lub jego obrzękiem. Często spotyka się również rozległe krwotoki w siatkówce oka lub oczu. Klasycznej triadzie objawów (krwiakowi podtwardówkowemu, obrzękowi mózgu i krwotokowi w siatkówce) w niektórych przypadkach towarzyszą siniaki na tych częściach ciała, za które dziecko było trzymane podczas potrząsania. W takiej sytuacji może również dochodzić do złamań kości długich lub żeber.

W większości przypadków SBS rozpoznawany jest u dzieci w 5–9 miesiącu życia. Duża podatność mózgu noworodka na urazy wynika z kilku czynników, m.in. z nieproporcjonalnie dużej głowy, stosunkowo słabych mięśni szyi, niezarośniętego ciemiączka, rozległej przestrzeni podpajęczynówkowej oraz dużej zawartości wody w strukturach mózgu.

Powyższe czynniki w sposób szczególny predysponują niemowlęta do poważnych urazów podczas chwytania za tułów lub ramiona i potrząsania.

Według danych NFZ w 2015 r. z powodu urazów głowy z urazem mózgu do szpitali trafiło 67 dzieci poniżej 1 r.ż., a z powodu pourazowych uszkodzeń poza uszkodzeniem mózgu – 1198 dzieci w tym wieku. Ponadto 347 dzieci poniżej 1 r.ż. było leczonych z powodu urazu głowy z istotnym uszkodzeniem mózgu. Istniejące statystyki, zbierane według obowiązującej klasyfikacji ICD-10, zaliczają SBS (jeśli powstał w skutek świadomego działania rodziców) do grupy tzw. zespołów maltretowania dziecka (T74). W 2015 r. odnotowano 23 przypadki rozpoznania T-74¹⁶. Dane te z pewnością jednak nie oddają całości

16 Dane z Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego – Państwowego Zakładu Higieny [NIZP-PZH].

skali problemu. W Polsce obowiązuje podwójne kodowanie. Jako pierwszy podaje się kod wskazujący na istotę obrażenia, dopiero jako drugi – wskazujący na jego przyczynę. Część podmiotów leczniczych nie dopełnia obowiązku podania przyczyny urazu.

Przeniesiony zespół Münchhausena

Przeniesiony zespół Münchhausena polega na celowym wywoływaniu przez rodziców 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. Do często wywoływanych objawów należą: 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 substancji. Według statystyk w 95–98% przypadków przeniesionego zespołu Münchhausena sprawcą jest matka biologiczna

(Janus, 2015). Częstotliwość występowania tego zespołu nie jest znana. Do raportów epidemiologicznych trafiają głównie ciężkie przypadki. Szacuje się, że w Polsce opisywanych jest od kilku do kilkunastu przypadków rocznie, wydaje się jednak, że częstość występowania tego zaburzenia może być niedoszacowana. Dla porównania w Stanach Zjednoczonych wykrywa się około 1200 jego przypadków rocznie (Berent, Florkowski, Gałęcki, 2010).

Główne powody hospitalizacji dzieci i nastolatków w Polsce

Najczęstszym powodem hospitalizacji dzieci i młodzieży są choroby układu oddechowego. Na drugim miejscu plasują się urazy, zatrucia i inne skutki działania czynników zewnętrznych. Łącznie z tego powodu w 2015 r. opieki szpitalnej wymagało ponad 171 tys. dzieci i nastolatków. Jest to dlatego niepokojące, że w tej grupie najczęściej mieszczą się urazy i inne stany spowodowane przemocą lub zaniedbaniem, zwłaszcza w grupie dzieci najmłodszych.

Tabela 5. Główne przyczyny hospitalizacji dzieci i nastolatków w roku 2015

L.p.	Schorzenie	ICD-10	< 1 r. ż.	1–4 lata	5–14 lat	15–19 lat	Razem 0–19 lat
1.	Choroby układu oddechowego	J00–J99	54 245	81 987	85 146	13 986	235 364
2.	Urazy, zatrucia i inne określone skutki działania czynników zewnętrznych	S00–T98	5 939	28 980	81 502	55 203	171 624
	w tym						
	uraz śródczaszkowy	S06	234	1 120	3 567	2 771	7 692
	inne urazy głowy	S00–S05, S07–S09	2 548	9 500	14 349	9 192	35 589
	oparzenia	T20–T32	520	3 227	1 028	514	5 289
	zatrucie lekami, środkami farmakologicznymi i substancjami biologicznymi oraz toksyczne skutki działania substancji zazwyczaj niestosowanych w celach leczniczych	T36–T35	472	3 342	3 286	7 775	14 875
	następstwa urazów, zatruc i innych skutków działania czynników zewnętrznych	T90–T98	12	252	2 693	2 472	5 429
3.	Wybrane stany rozpoczynające się w okresie okołoporodowym	P00–P99	155 094	0	0	0	155 094
4.	Wybrane choroby zakaźne i pasożytnicze	A00–B99	18 601	44 794	29 100	6 539	99 034
5.	Choroby układu pokarmowego	K00–K93	9 512	21 345	35 548	20 158	86 563

Źródło: NIZP–PZH, www.statystyka.medstat.waw.pl.

Tabela 6. Zdiagnozowane zespoły maltretowania dzieci (T74 według Międzynarodowej klasyfikacji chorób i problemów zdrowotnych ICD-10)

Rok	Dziewczynki	Chłopcy	Ogółem
2003	4	10	14
2004	11	16	27
2005	20	20	40
2006	26	27	53
2007	13	17	30
2008	17	18	35
2009	12	20	32
2010	19	13	32
2011	13	8	21
2012	16	10	26
2013	20	5	25
2014	18	7	25
2015	17	6	23

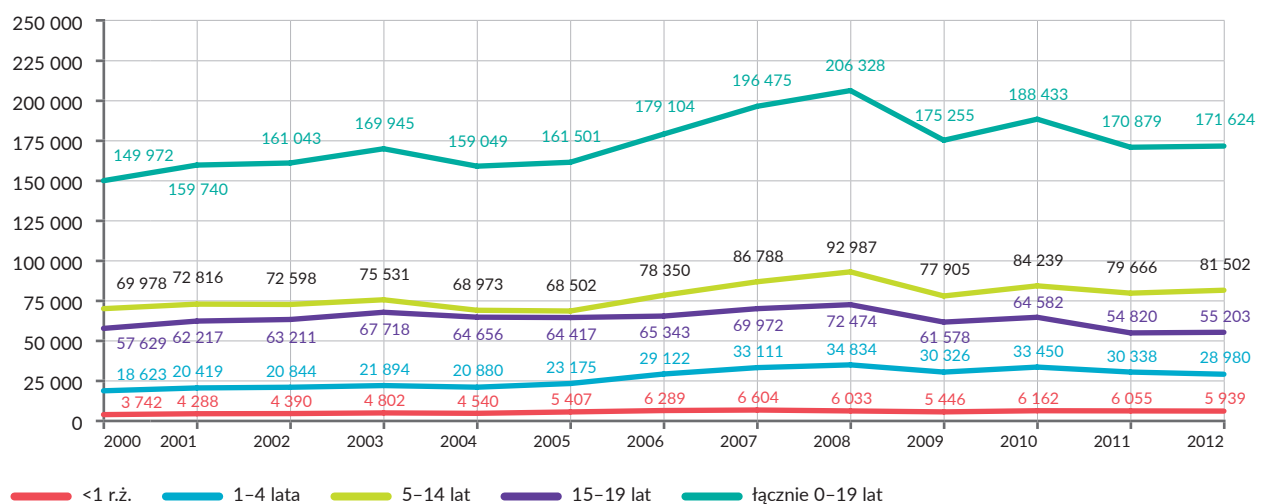
Źródło: NIZP-PZH.

Skrajnych przypadków maltretowania dzieci i ich konsekwencji dotyczy kategoria T74 Zespoły maltretowania dzieci Międzynarodowej klasyfikacji chorób i problemów zdrowotnych ICD-10. Niestety, jak już wspomniano w przypadku innych aspektów, część podmiotów leczniczych nie przypisuje kategorii ze względu na przyczynę urazu, a jedynie ze względu na jego istotę, stąd też dane te są z pewnością niepełne. Jednocześnie należy zaznaczyć, że jeśli już stawiane jest rozpoznanie T74, najczęściej dotyczy dzieci najmłodszych – poniżej 4 r.ż.

Bezpieczeństwo dzieci: wypadki i urazy

Analizując dane z ostatnich kilkunastu lat, można zauważyć, że co roku ok. 150–200 tys. dzieci wymaga opieki szpitalnej z powodu urazów, zatruc i innych stanów spowodowanych przez czynniki zewnętrzne, a w tej grupie w okresie między 2003 a 2015 r. wzrósł udział dzieci zarówno najmłodszych – poniżej 1. r.ż., jak i dzieci poniżej 5. r.ż. (odpowiednio z 2,4% do 3,4% oraz z 14,9% do 20,3%).

Wykres 7. Liczba dzieci hospitalizowanych z powodu urazów wywołanych przyczynami zewnętrznymi według wieku w latach 2003–2015



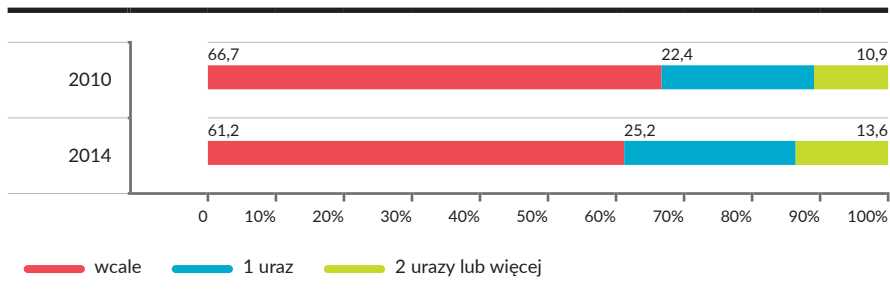
Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z NIZP-PZH, www.statystyka.medstat.waw.pl.

Grupami wiekowymi najbardziej narażonymi na różnorodne wypadki nadal są dzieci i młodzież w wieku 10–19 lat, wśród których 8% doświadczyło wypadku skutkującego urazem (Wojtyniak, Goryński, 2016).

W całej populacji Polaków najczęściej wypadków odnotowuje się w środowisku domowym i w jego otoczeniu (855 tys. osób), następnie podczas pracy (427 tys. osób), a w dalszej kolejności w miejscu nauki lub pobytu w placówce wychowawczej (424 tys. osób). Wśród dzieci, jak i w innych kategoriach wiekowych, najczęstszym powodem urazów są upadki¹⁷.

Ostatnie polskie badania HBSC (*Health Behaviour in School-aged Children – Zachowań Zdrowotnych wśród Dzieci i Młodzieży Szkolnej*) z roku 2014 przedstawiają jeszcze bardziej niepokojące dane – 38,8% uczniów, w tym 41,7% chłopców i 36% dziewczyn, w wieku 11–15 lat doznało urazu co najmniej raz w ciągu 12 miesięcy poprzedzających badanie. Urazów powtarzających się, czyli dwóch lub więcej, doświadczyło 13,6% badanych nastolatków, w tym 14,4% chłopców i 12,8% dziewczyn. Urazu wymagającego poważniejszych zabiegów medycznych lub hospitalizacji doznało 17,7% respondentów (Mazur, 2015).

Wykres 8. Częstość występowania urazów wymagających pomocy medycznej u młodzieży w wieku 11–15 lat w Polsce w latach 2010–2014, %



Źródło: Mazur (2015).

W porównaniu z wynikami badań z 2010 r. stwierdzono istotną tendencję wzrostową w częstości urazów wymagających pomocy medycznej. Odsetek młodych ludzi, którzy doznali urazu, zwiększył się o 5,5 punktu procentowego.

Urazy częściej występują u chłopców niż u dziewczyn oraz są częstsze w grupie 13- i 15-latków w porównaniu z 11-latkami. Oprócz płci i wieku również zmienne społeczne, typu zamożność rodziny, struktura rodziny i miejsce zamieszkania, są istotnymi czynnikami wpływającymi na występowanie wśród nastolatków urazów wymagających leczenia.

17 Dane dotyczące wypadków mogą być znacząco zaniżone, gdyż w przypadku urazów również obowiązuje podwójne kodowanie przez podmioty lecznicze – pierwszy kod dotyczy istoty urazu, drugi – przyczyny. Blisko 2/3 podmiotów (37–39%) leczniczych nie podaje w sprawozdaniach kodu przyczyny urazu.

Wypadki w placówkach szkolno-oświatowych

Szkoła jest jednym z ważniejszych środowisk życia dzieci i młodzieży. Uczęszcza do niej ponad 5 mln uczniów. Ministerstwo Edukacji Narodowej (MEN) w ramach Systemu Informacji Oświatowej (SIO) gromadzi informacje na temat wypadków w placówkach szkolno-oświatowych. W roku szkolnym 2014/2015 poszkodowanych w takich zdarzeniach było 71 075 uczniów (w tym 162 ciężko), co stanowi 13,3 wypadku na 1000 uczniów. Oznacza to niewielki wzrost częstości zgłoszonych wypadków w placówkach szkolnych i przedszkolnych w ciągu ostatnich pięciu lat.

Korzystnym zjawiskiem jest znaczne ograniczenie liczby wypadków ciężkich oraz liczby ofiar śmiertelnych (10 osób w roku szkolnym 2014/2015). Dla porównania w roku szkolnym 2010/2011 w polskich szkołach w wyniku różnego rodzaju wypadków zginęło 63 uczniów. Obrażenia powodowane przez wypadki w szkołach są zazwyczaj niewielkie, lecz ich częstotliwość jest niepokojąca.

W Polsce największe zagrożenie wypadkiem obserwuje się wśród uczniów w gimnazjach (22,2 poszkodowanych na 1000 uczęszczających uczniów w roku szkolnym 2014/2015), a najniższe w szkołach zawodowych (6,4 poszkodowanego na 1000 uczniów). Najczęstszymi obrażeniami są zwichnięcia i skręcenia (35,2% zgłoszonych wypadków), a następnie złamania (25,3% zgłoszonych wypadków).

Niepełnosprawność

Nie istnieje jedna, powszechnie uznana definicja niepełnosprawności. Według definicji WHO i ONZ do osób niepełnosprawnych „zaliczają się osoby z długotrwałą obniżoną sprawnością fizyczną, umysłową, intelektualną lub sensoryczną, która w interakcji z różnymi barierami może ograniczać ich pełne i efektywne uczestnictwo w życiu społecznym na równych zasadach z innymi obywatelami¹⁸”.

W Polsce stosowane są co najmniej dwie definicje dotyczące osób niepełnosprawnych.

Pierwsza z nich wynika z przepisów prawa i dotyczy prawnej podstawy kwalifikacji do grupy osób

niepełnosprawnych. Druga, szersza, jest natomiast stosowana w statystyce GUS (2016a) i obejmuje nie tylko osoby niepełnosprawne prawnie, ale również osoby, które orzeczenia o niepełnosprawności nie posiadają, lecz deklarują, że mają ograniczenia w wykonywaniu wybranych czynności (tzw. niepełnosprawność biologiczna).

Orzecznictwo o niepełnosprawności

W Polsce niepełnosprawność prawna była i jest orzekana przez różne instytucje i w różnych celach. W przypadku dzieci w Polsce mamy podwójny system orzekania o niepełnosprawności. Orzeczenia wydawane przez Miejskie/Powiatowe Zespoły ds. Orzekania o Niepełnosprawności są podstawą do ubiegania się m.in. o dofinansowanie turnusu rehabilitacyjnego, sprzętu rehabilitacyjnego, likwidacji barier architektonicznych (np. zamontowania pochylni), przyznanie świadczeń pielęgnacyjnych, zasiłków pielęgnacyjnych oraz innych świadczeń rodzinnych, a także ulgi w podatkach, zwolnienia komunikacyjnej, usług socjalnych i opiekuńczych, usług terapeutycznych i in. Orzeczenie o niepełnosprawności dziecka jest wydawane na czas określony – na okres nie dłuższy niż do ukończenia 16 r.ż.¹⁹

Orzeczenia te jednak nie mają przełożenia na system oświaty. Aby dziecko zostało uznane za niepełnosprawne w placówkach oświatowych, musi posiadać kolejny dokument – orzeczenie o potrzebie kształcenia specjalnego wydawane przez poradnię psychologiczno-pedagogiczną.

Sytuacja podwójnego orzecznictwa jest niekorzystna dla dzieci i ich rodziców. Po pierwsze, wprowadza zamęt, gdyż niektóre dzieci uznane za niepełnosprawne przez Powiatowy/Miejski Zespół ds. Orzekania o Niepełnosprawności nie dostaną orzeczenia o potrzebie kształcenia specjalnego – dotyczy to w szczególności dzieci z chorobami przewlekłymi (schorzenia metaboliczne, układu pokarmowego, oddechowego i in.). Po drugie, podwójny system orzecznictwa wymusza stawianie się rodziców i dziecka na dwóch komisjach, w dwóch różnych miejscach, przygotowanie dwóch kompletów zaświadczeń i opinii lekarskich. Jest to czasochłonne, zwłaszcza

18 Konwencja ONZ o Prawach Osób Niepełnosprawnych z 13 grudnia 2006 r., ratyfikowana przez Polskę 6 września 2012 r. (Dz.U. z dnia 25 października 2012 r., poz. 1169).

19 <https://obywatel.gov.pl/ochrona-zdrowia-i-ubezpieczenia-spoleczne/orzeczenie-o-niepelnosprawnosci-dziecka-ktorema-mniej-niz-16>.

gdy dziecko musi po zaświadczeniu czy na komisję jechać do innej miejscowości. Przy utrudnionym dostępie do lekarzy specjalistów w ramach publicznej ochrony zdrowia sytuacja ta niekiedy wymusza też poniesienie kosztów prywatnych wizyt, których jedynym celem jest zdobycie aktualnego zaświadczenia o chorobie. Ponadto orzeczenia mają określoną ważność, zatem co jakiś czas trzeba od nowa przechodzić całą procedurę uzyskania jednego czy drugiego dokumentu²⁰.

Populacja dzieci niepełnosprawnych

W Polsce w 2014 r. żyło 390,5 tys. osób w wieku 0–19 lat niepełnosprawnych biologicznie (w porównaniu z 460 tys. w 2009 r.), co stanowi 4,97% ogółu populacji w tym wieku. W porównaniu z 2009 r. obserwujemy wyraźny spadek – dzieci i młodzieży niepełnosprawnej było wtedy 460,3 tys., co stanowiło 5,61% ogółu populacji w tym wieku (GUS, 2011). Wśród dzieci z niepełnosprawnością biologiczną u blisko 30% występowały poważne ograniczenia w wykonywaniu różnych czynności. Największy odsetek osób z niepełnosprawnością biologiczną odnotowano w grupie dzieci w wieku 10–14 lat (6,9%).

Tabela 7. Odsetek dzieci i młodzieży według wieku i stopnia niepełnosprawności biologicznej w 2014 r.

Wiek	Odsetek osób z niepełnosprawnością biologiczną	W tym z poważnymi ograniczeniami	W tym z niezbyt poważnymi ograniczeniami
0–4 lata	3,3	1,6	1,7
5–9 lat	4,5	0,8	3,7
10–14 lat	6,9	2,2	4,7
15–19 lat	5,5	1,4	4,0

Źródło: GUS (2016).

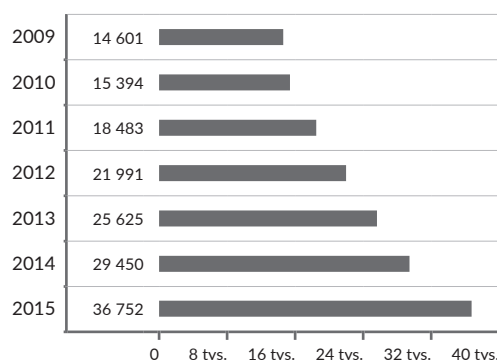
W 2014 r. 239 tys. osób w wieku 0–19 lat posiadało prawne orzeczenie o niepełnosprawności (spadek o 16 tys. w porównaniu z 2009 r.).

Wczesne wspomaganie rozwoju dziecka

Możliwość organizowania w systemie oświaty działań stymulujących rozwój małego dziecka niepełnosprawnego od chwili wykrycia niepełnosprawności do rozpoczęcia nauki w szkole wprowadzono w roku 2005. Zespoły wczesnego wspomaganie rozwoju dziecka w celu pobudzania jego psychoruchowego i społecznego rozwoju mogą powstawać w przedszkolach, innych formach wychowania przedszkolnego i szkołach podstawowych, w tym specjalnych, w ośrodkach szkolno-wychowawczych, specjalnych ośrodkach wychowawczych, ośrodkach, o których mowa w ustawie o systemie oświaty, oraz w publicznych i niepublicznych poradniach psychologiczno-pedagogicznych, w tym poradniach specjalistycznych. Organizację pracy tych zespołów określa rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej²¹.

W 2015 r. wczesnym wspomaganie rozwoju było objętych 36 752 dzieci, w tym 11 350 w poradniach psychologiczno-pedagogicznych, 11 202 przedszkolach, 4836 w specjalnych ośrodkach szkolno-wychowawczych, 4729 w szkołach podstawowych oraz 13 dzieci w zespołach wychowania przedszkolnego. Na przestrzeni ostatnich lat liczba dzieci objętych pomocą w ramach wczesnego wspomaganie stale rośnie.

Wykres 10. Liczba małych dzieci (w wieku 0–7 lat) objętych pomocą w ramach wczesnego wspomaganie w latach 2009–2015



Źródło: opracowanie własne na podstawie Informacji Rządu RP o realizacji Karty Praw Osób Niepełnosprawnych w latach 2009, 2010, 2011, 2012, 2013, 2014, 2015.

20 <http://www.wszystkojasne.waw.pl/krok-po-kroku-podstawowe-informacje/>.

21 Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 11 października 2013 r. w sprawie organizowania wczesnego wspomaganie rozwoju dzieci (Dz.U. poz. 1257).

Zajęcia rewalidacyjno-wychowawcze

Dzieci i młodzież z upośledzeniem umysłowym w stopniu głębokim spełniają obowiązek rocznego przygotowania przedszkolnego, obowiązek szkolny i obowiązek nauki poprzez udział w zajęciach rewalidacyjno-wychowawczych, organizowanych na podstawie orzeczenia o potrzebie zajęć rewalidacyjno-wychowawczych wydawanego przez zespoły orzekające działające w publicznych poradniach psychologiczno-pedagogicznych, w tym w publicznych poradniach specjalistycznych. Zajęcia te organizowane są w formie indywidualnej lub zespołowej. W roku 2015 zajęciami rewalidacyjno-wychowawczymi objętych było 10 085 uczestników, głównie w szkołach podstawowych (58,1%) i specjalnych ośrodkach szkolno-wychowawczych (27,5%)²².

Świadczenia dla rodzin dzieci niepełnosprawnych

Rodzice i opiekunowie osób niepełnosprawnych mogą starać się o kilka rodzajów państwowej pomocy:

- świadczenia pielęgnacyjne dla osób, które zrezygnowały z pracy w celu opieki nad osobą niepełnosprawną (niezależne od dochodu);
- dodatek do zasiłku rodzinnego (zależny od dochodu i wieku dziecka) – do zasiłku przysługuje też dodatek związany z kształceniem i rehabilitacją niepełnosprawnego dziecka.
- zasiłek lub dodatek pielęgnacyjny – w celu częściowego pokrycia wydatków, jakie ponoszą opiekunowie osób niepełnosprawnych.

W przypadku dzieci poniżej 18 r.ż. zasiłek lub dodatek pielęgnacyjny przysługuje:

- niepełnosprawnemu dziecku,
- osobie niepełnosprawnej w wieku powyżej 16 r.ż., o znacznym stopniu niepełnosprawności,
- osobie niepełnosprawnej w wieku powyżej 16 r.ż., o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności powstałej przed 21 r.ż.

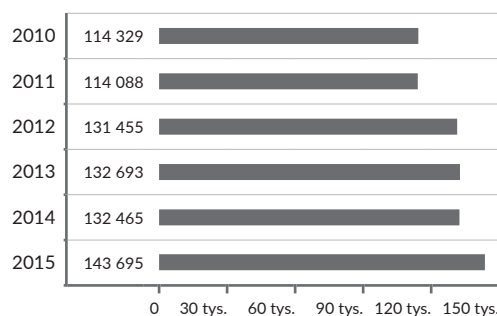
Zasiłku pielęgnacyjnego nie otrzyma jednak osoba, która ma prawo do dodatku pielęgnacyjnego – przyznanemu z kolei osobom uznanym za całkowicie niezdolne do pracy i samodzielnej egzystencji (Brzostek, 2016).

W 2015 r. 127 538 rodzin z dziećmi niepełnosprawnymi pobierało świadczenia rodzinne uzależnione od dochodu²³.

Zdrowie psychiczne

W ostatnich latach rośnie liczba dzieci i młodzieży objętych pomocą specjalistyczną ze względu na zaburzenia psychiczne. W roku 2015 z takiej pomocy korzystało ponad 143 000 osób do 18 r.ż., z których ponad 61% stanowili chłopcy. Ponad ¼ osób z tej grupy mieszkało w miastach. Niekoniecznie oznacza to, że nasilenie problemów psychicznych w mieście jest tak wyraźnie wyższe niż na wsi. Różnice te mogą wynikać z trudności w dostępie do oferty specjalistycznego wsparcia na obszarach wiejskich.

Wykres 11. Liczba dzieci i młodzieży do 18 r.ż. leczonych ambulatoryjnie z powodu zaburzeń psychicznych



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z Zakładu Zdrowia Publicznego Instytutu Psychiatrii i Neurologii na podstawie formularza MZ-15.

Najczęstszym rozpoznaniem są zaburzenia rozwojowe – 62% (w tym zaburzenia rozwoju mowy i języka, zaburzenia rozwoju umiejętności szkolnych, zaburzenia rozwoju funkcji motorycznych, całościowe zaburzenia rozwoju, w tym autyzm i zespół Aspergera, zaburzenia

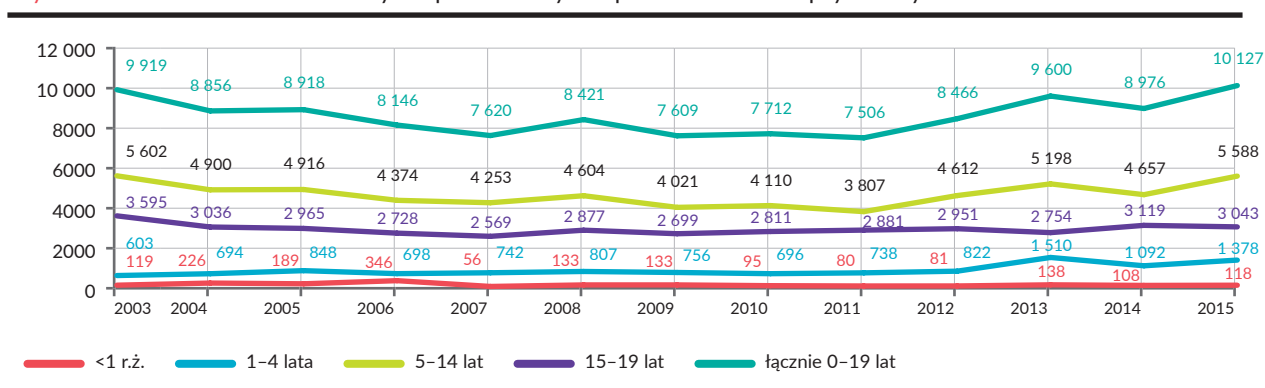
22 Informacja Rządu Rzeczypospolitej Polskiej o działaniach podejmowanych w 2015 roku na rzecz realizacji postanowień uchwały Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 1 sierpnia 1997 r. „Karta Praw Osób Niepełnosprawnych”.

23 Informacja Rządu Rzeczypospolitej Polskiej o działaniach podejmowanych w 2015 roku na rzecz realizacji postanowień uchwały Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 1 sierpnia 1997 r. „Karta Praw Osób Niepełnosprawnych”.

hiperkinetyczne, w tym ADHD, zaburzenia zachowania i in.; 89508 osób); zaburzenia nerwicowe – 14,5% (20816 osób), upośledzenie umysłowe – 7,7% (11087 osób); zaburzenia nastroju – 3,9% (5637 osób), zaburzenia spowodowane używaniem substancji psychoaktywnych – 3,3% (4726 osób).

Co roku w Polsce kilka tysięcy dzieci i nastolatków jest hospitalizowanych z powodu zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania. W 2015 r. liczba ta była najwyższa od kilkunastu lat i osiągnęła 10 127 osób do 19 r.ż., przy czym należy zauważyć, że w latach 2003–2015 liczba dzieci wieku 1–4 lat hospitalizowanych z tego powodu wzrosła ponad dwukrotnie.

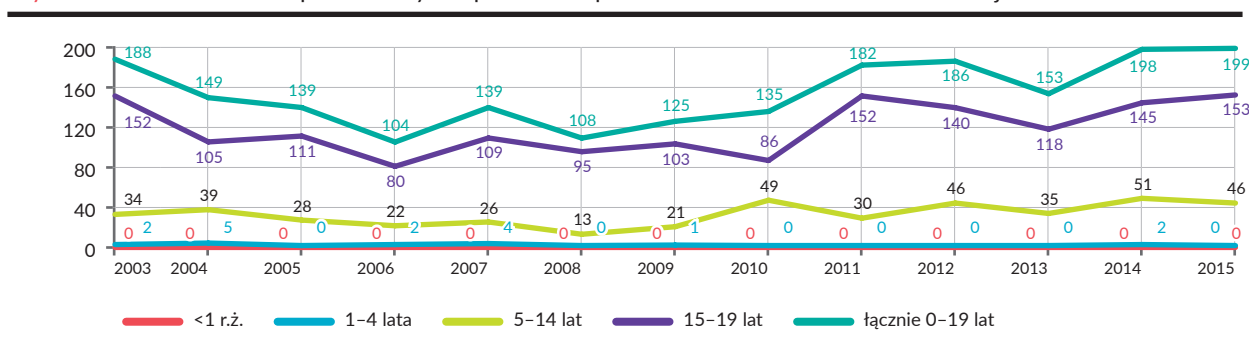
Wykres 12. Liczba dzieci i młodzieży hospitalizowanych z powodu zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z NIZP-PZH, www.statystyka.medstat.waw.pl.

W 2015 r. z powodu zaburzeń nastroju, w tym depresji, było hospitalizowanych blisko 200 dzieci, w tym 46 do 14 r.ż.

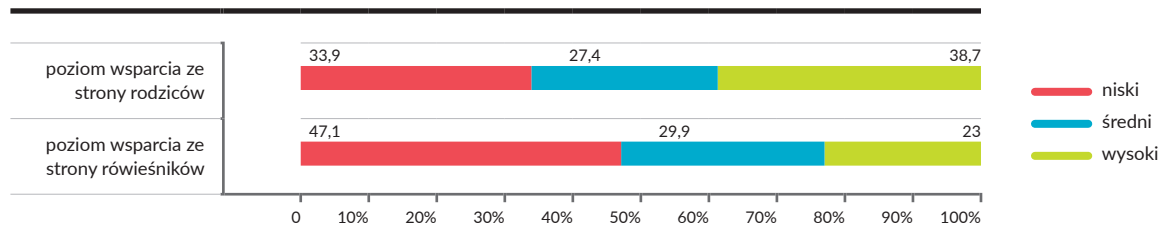
Wykres 13. Liczba dzieci hospitalizowanych z powodu rozpoznania F30-F39 – Zaburzenia nastroju w latach 2003–2015



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z NIZP-PZH, www.statystyka.medstat.waw.pl.

Jako czynniki zmniejszające ryzyko rozwoju zaburzeń psychicznych oraz zwiększające odporność psychiczną nastolatków wskazuje się w piśmiennictwie m.in. wsparcie ze strony rodziców (Colarossi, Eccles, 2003) i rówieśników (Pachucki, Ozer, Barrat, Cattuto, 2015) oraz dobre relacje w rodzinie. Według danych z ostatnich badań HBSC w całej badanej populacji wysoki poziom wsparcia ze strony rodziców notowano u 38,7% nastolatków, a ze strony rówieśników – u 23% ankietowanych. Niski poziom wskazywało, odpowiednio, 33,9% i 47,1% badanych.

Wykres 14. Poziom wsparcia ze strony rodziców i rówieśników postrzegany przez młodzież w wieku 11–15 lat w Polsce w roku szkolnym 2013/2014, %



Źródło: Mazur (2015).

Liczba młodych osób oceniających poziom wsparcia ze strony rodziców jako wysoki maleje wraz z wiekiem. Różnica między 11- a 15-latkami wynosiła około 20 punktów procentowych i była widoczna zarówno u chłopców, jak i u dziewczyn. W przypadku wsparcia ze strony rówieśników obniżanie się w starszych rocznikach odsetka osób z wysokim poziomem wsparcia widoczne jest tylko wśród dziewczyn. Postrzeganie wsparcia zarówno ze strony rodziców, jak i rówieśników poprawia się wraz ze wzrostem zamożności rodziny.

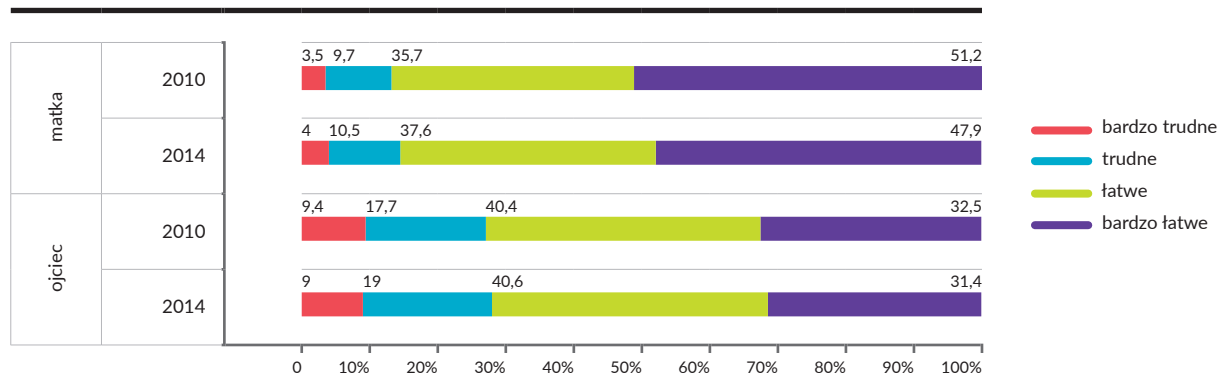
Za dobry wskaźnik relacji w rodzinie, jednocześnie będący czynnikiem chroniącym przed podejmowaniem zachowań ryzykownych, rozwojem zaburzeń psychicznych i zwiększającym satysfakcję młodzieży z życia, uznaje się m.in. łatwość komunikacji w rodzinie (Demidenko, Manion, Lee, 2015). Badania HBSC wskazują, że łatwość rozmów z rodzicami, która do 2002 r. była oceniana przez polskich nastolatków coraz bardziej pozytywnie (i wyjątkowo korzystnie w stosunku do innych krajów europejskich), od 2006 roku otrzymuje coraz więcej ocen negatywnych. W większości krajów zwiększanie się odsetka młodzieży mającej trudności w rozmowach z rodzicami następowało w latach 90. XX w., a później zaczęła następować stopniowa poprawa. Na tym tle pogłębiające się w Polsce niekorzystne zmiany w tym zakresie mogą budzić niepokój.

”

Czuję taki ból psychiczny, jest mi tak źle, tak słabo, tyle nienawiści do samej siebie. Dobrze, że mogę do was zadzwonić i rozmawiać o tym. Wtedy mam nadzieję, że coś może się zmienić.

*Dziewczyna, 15 lat
Z telefonów i maili do Telefonu
Zaufania dla Dzieci i Młodzieży
116 111*

Wykres 15. Wskaźnik łatwości rozmów z matką i ojcem wśród młodzieży w wieku 11–15 lat w latach 2010 i 2014 w Polsce, %



Źródło: Mazur (2015).

Łatwość rozmów z rodzicami pogarsza się z wiekiem, a rozmowy z ojcem są wyraźnie trudniejsze dla dziewczyn. Z wiekiem pogłębiają się różnice zależne od płci w zakresie łatwości porozumienia się z matką, a u 15-latków są to już różnice istotne. Rozmowy z rodzicami są najtrudniejsze dla nastolatków wychowywanych przez samotnych rodziców oraz mieszkających w dużych miastach.

Jednym z czynników, który natomiast może przyczyniać się do pogarszania się zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży, jest odczuwany stres, w tym stres szkolny. Według danych z ostatnich badań HBSC 10,2% ankietowanych uczniów odczuwa bardzo duży poziom stresu szkolnego, ponad 1/3 badanych odczuwa podwyższony jego poziom, a 18,5% nie odczuwa go wcale. W porównaniu z wynikami z 2010 r. stwierdzono wyraźny wzrost odsetka uczniów obciążonych stresem szkolnym – co trzeci nastolatek w roku szkolnym 2013/2014 odczuwał nasilenie stresu szkolnego. Odczuwanie obciążenia stresem szkolnym zwiększyło się istotnie zarówno w populacji chłopców, jak i dziewczyn – odpowiednio o 9 i 12 punktów procentowych. Przy czym bardziej obciążeni stresem szkolnym byli uczniowie z dużych miast, zwłaszcza dziewczyny.

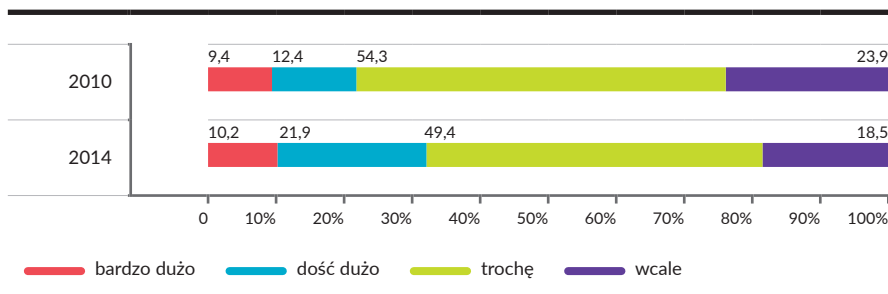
”

Wyszłam właśnie ze szpitala. 2 tygodnie temu nałykałam się tabletek. Chciałam po prostu zasnąć i już się nie obudzić. W szpitalu usłyszałam od matki, że nie wie, jak mogłam jej to zrobić. Ale po rozmowie z psychologiem bardzo się zmieniła. Oni chyba naprawdę się martwią o mnie. Pilnują, żebym tylko niczego sobie nie zrobiła.

Dziewczyna, 17 lat

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

Wykres 16. Nasilenie stresu szkolnego wśród młodzieży w wieku 11–14 lat w Polsce w latach 2010 i 2014, %

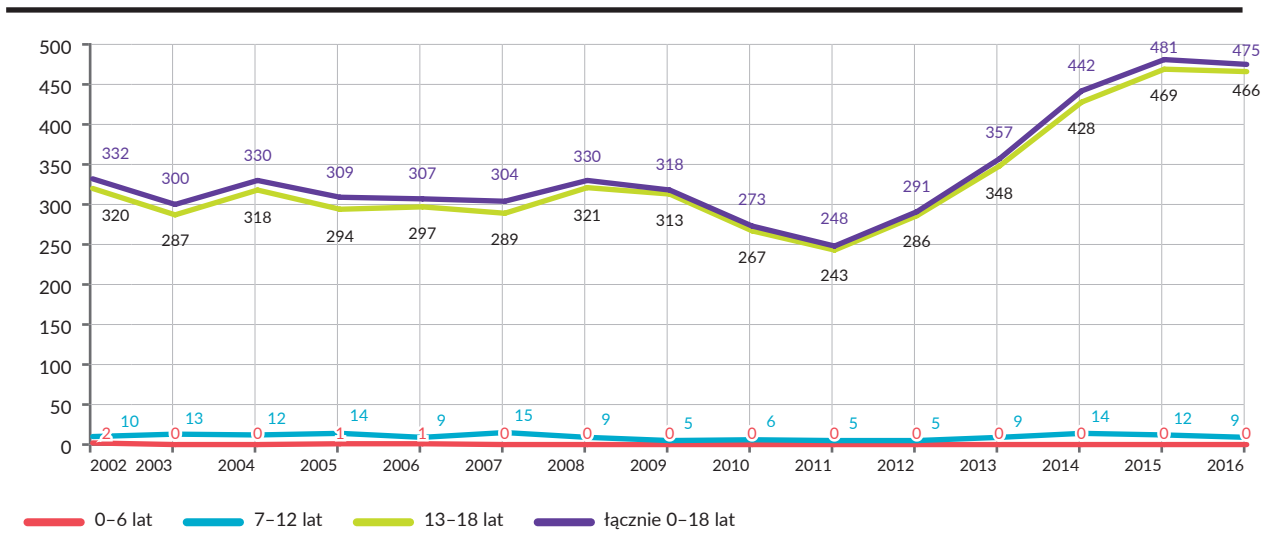


Źródło: Mazur (2015).

Samobójstwa

Kolejnym wskaźnikiem świadczącym o kondycji psychicznej dzieci i młodzieży jest liczba prób samobójczych, która utrzymuje się w Polsce na wysokim poziomie. W 2015 r. osiągnęła najwyższy wskaźnik od lat – 481 prób, w tym 12 podjętych przez dzieci do 12 r.ż. W roku 2016 wskaźnik ten był niewiele niższy – 475 prób.

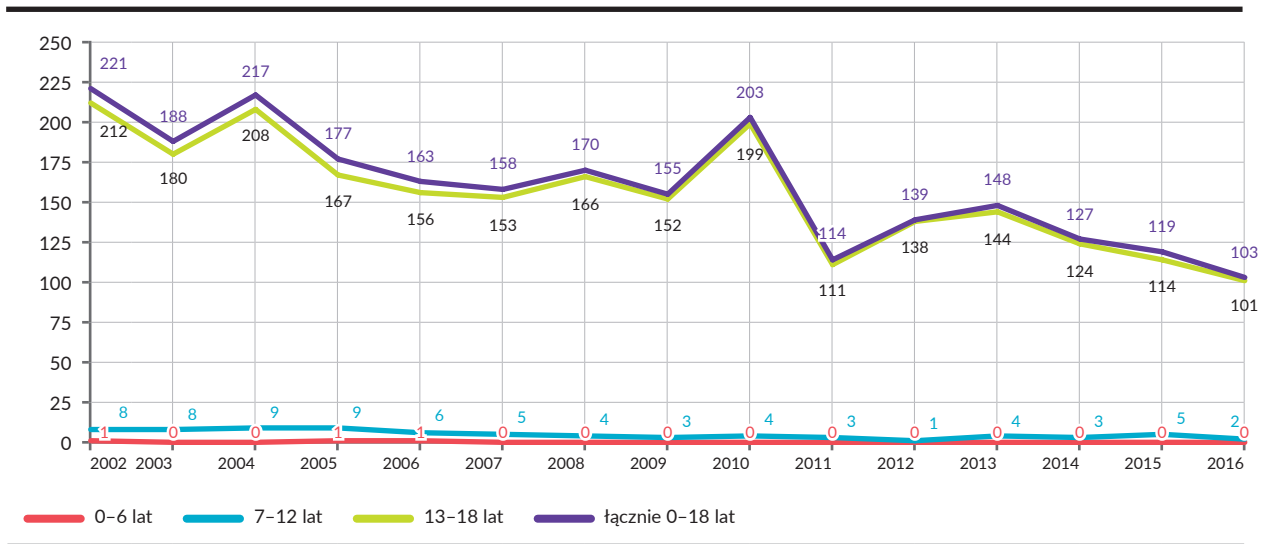
Wykres 17. Liczba prób samobójczych podejmowanych w latach 2002–2016 przez dzieci i młodzież w Polsce



Źródło: Komenda Główna Policji.

W 2016 r. 103 próby samobójcze zakończyły się śmiercią dziecka.

Wykres 18. Liczba prób samobójczych zakończonych zgonem dokonanych przez dzieci i młodzież w latach 2002–2016



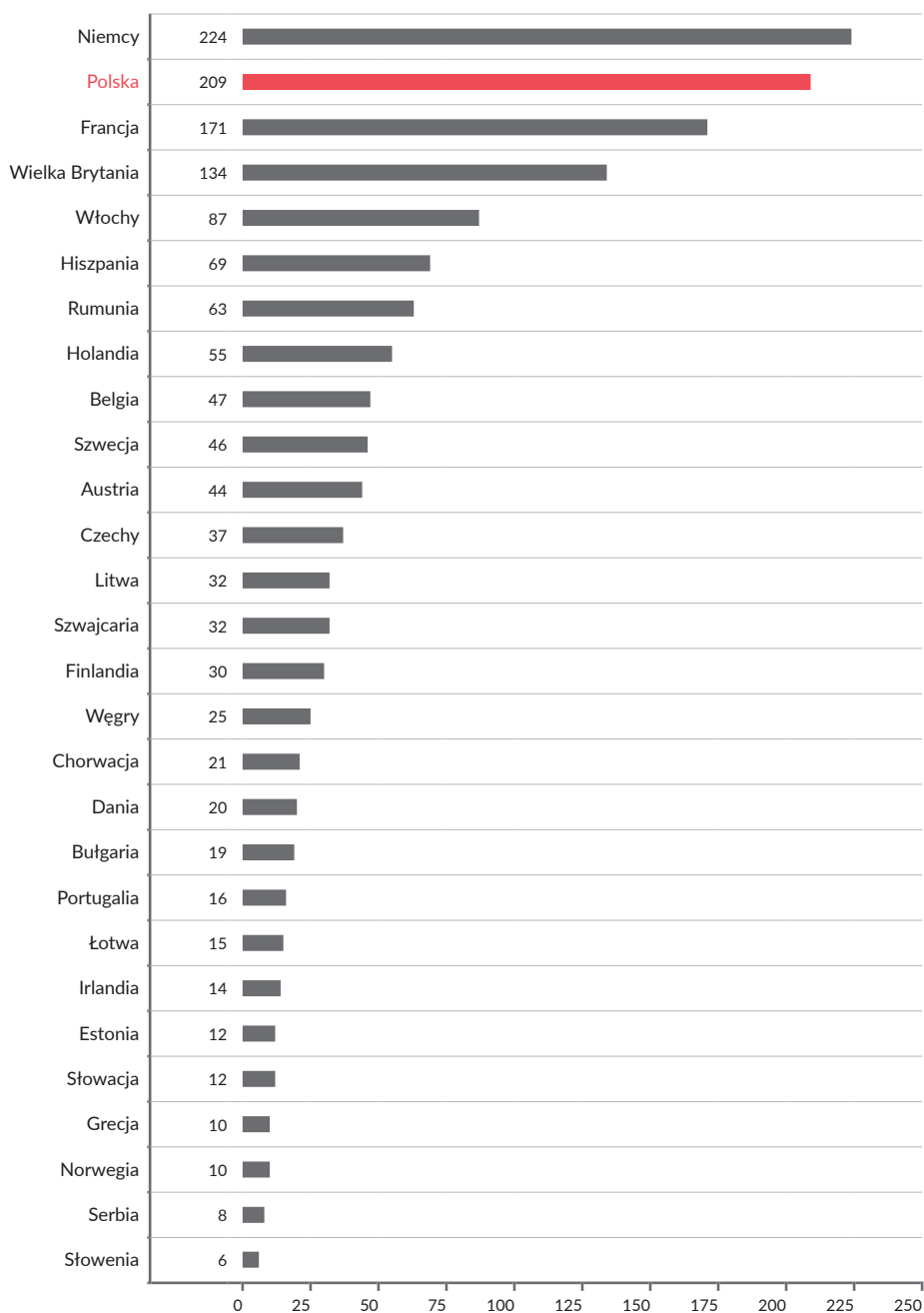
Źródło: Komenda Główna Policji.

W 2015 r. samobójstwa były drugą pod względem liczebności przyczyną zgonów dzieci i nastolatków w grupie wiekowej 10–19 lat – co piąty przypadek śmierci w tej grupie nastąpił w wyniku samobójstwa. Ponad 4-krotnie częściej próby samobójcze zakończone zgonem podejmowali chłopcy²⁴.

Pod względem liczby prób samobójczych podejmowanych przez dzieci i młodzież poniżej 19 r.ż. zakończonych zgonem Polska w 2014 r. zajmowała drugie miejsce w Europie, za Niemcami.

24 demografia.stat.gov.pl.

Wykres 19. Liczba zakończonych zgonem prób samobójczych podjętych w 2014 r. przez dzieci i młodzież poniżej 19 r.ż. w wybranych krajach Europy



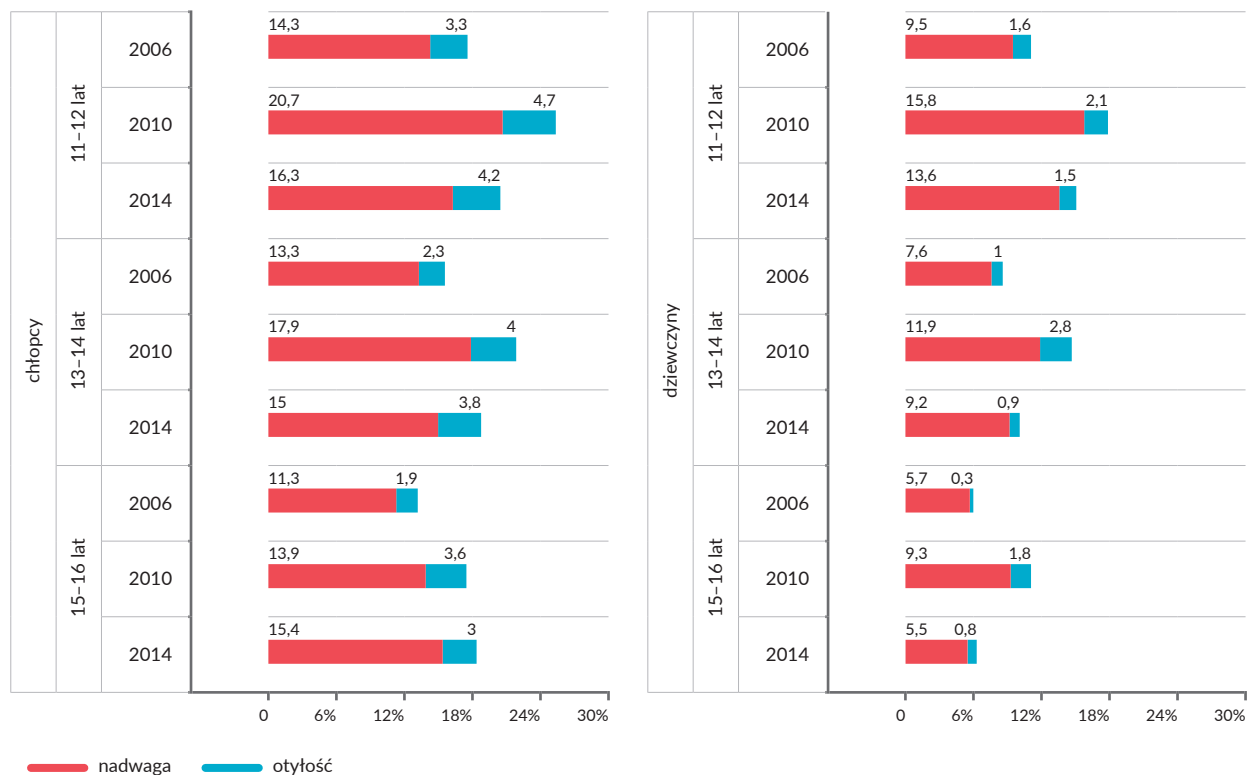
Źródło: Eurostat.

Zachowania antyzdrowotne

Złe odżywianie

Złe nawyki żywieniowe, skutkujące nadwagą i otyłością, są poważnym problemem zdrowotnym. Wyniki kolejnych edycji Badania Zachowań Zdrowotnych Młodzieży Szkolnej (HBSC) wskazują, że choć w 2014 r. sytuacja poprawiła się w porównaniu z rokiem 2010, ciągle jest mniej korzystna niż w 2008 r. Co ważne, otyłość i nadwaga częściej występują u chłopców.

Wykres 20. Rozpowszechnienie otyłości i nadwagi wśród młodzieży szkolnej w latach 2006–2014 w Polsce na podstawie danych HBSC, %



Źródło: Wojtyniak, Goryński (2016).

W badaniach wykazano związek między częstotliwością występowania otyłości u dzieci a strukturą rodziny. U nastolatków wychowywanych w rodzinach pełnych istotnie rzadziej występują nadwaga i otyłość niż u ich rówieśników dorastających w innych typach rodzin (niepełnych, rozbitych i rekonstruowanych; Tabak, Oblacińska, Jodkowska, Mikiel-Kostyra, 2012).

Istotną rolę w ograniczeniu występowania nadwagi i otyłości u dzieci i młodzieży odgrywają rodzice. Badania pokazują jednak, że znaczna część rodziców nie trafnie ocenia proporcje wagowo-wzrostowe swoich dzieci – 42,1% dzieci przedszkolnych z niedowagą i 60,9% dzieci z nadwagą

i otyłością jest postrzeganych przez swoich rodziców w kategoriach właściwej masy ciała. Natomiast w grupie badanych dzieci o prawidłowych proporcjach wagowo-wzrostowych, 13,3% ich rodziców uznało prawidłową masę ciała dziecka za niedowagę (Czajka, Kołodziej, 2015). Jest to o tyle niepokojące, że występowanie nadwagi i otyłości u dzieci w pierwszych latach życia jest silnym predyktorem utrzymywania się tych problemów w wieku dorosłym.

Ponadto tylko 42% uczniów w wieku 11–15 lat wskazuje, że ich masa ciała jest prawidłowa (36,5% dziewczyn i 48,6% chłopców). Pozostałe osoby znacząco częściej określają własną wagę jako zbyt dużą (42%) niż zbyt małą (15%). Postrzeganie własnej masy ciała jako zbyt dużej może stać się źródłem różnego rodzaju problemów psychofizycznych, niekontrolowanego stosowania różnych diet, a także problemów emocjonalnych i zaburzeń funkcjonowania w grupie rówieśniczej (Mazur, 2015). W 2014 r. blisko co czwarty nastolatek odchudzał się, co stanowi wzrost o 6 punktów procentowych w stosunku do 2010 r. Dziewczyny odchudzają się prawie dwukrotnie częściej niż chłopcy (30% vs 16%).

Niekontrolowane stosowanie różnych diet może prowadzić do rozwoju zaburzeń odżywiania. Z ich powodu w 2015 r. było leczonych w Polsce 2319 dzieci i nastolatków do 18 r.²⁵.

Spożycie warzyw i owoców

Według badania GUS w 2014 r. 72% dzieci powyżej 6 miesięcy życia jadło owoce przynajmniej raz dziennie, zaś warzywa (nie uwzględniając ziemniaków) – 62%. Częstość spożycia wyraźnie malała z wiekiem – codziennie jadło owoce 79% dzieci poniżej 5 r.ż., a warzywa – 69%, w wieku 10–14 lat odsetki te wynosiły, odpowiednio, 67% i 57%. Wszystkie dzieci częściej spożywały owoce niż warzywa.

Mniej korzystny obraz sytuacji przedstawia Badanie Zachowań Zdrowotnych Młodzieży Szkolnej (HBSC), według którego jedynie 34% uczniów w wieku 11–15 lat codziennie je owoce, zaś 29% – warzywa, przy czym dziewczyny odżywiają się lepiej. Tak duża rozbieżność w wynikach obu badań wynika przynajmniej częściowo z różnic metodologicznych – w badaniu GUS kwestionariusz ankietowy dotyczący dzieci wypełniali rodzice, w HBSC robili to sami uczniowie.

Zmniejszając się wraz z wiekiem spożycie owoców i warzyw może świadczyć o tym, że nawyki żywieniowe dzieci i młodzieży nie zostały prawidłowo ukształtowane. Podstawowym środowiskiem kształtowania u dzieci prawidłowych nawyków żywieniowych jest rodzina (Czajka, Kołodziej, 2015). Posiłki rodzinne stanowią jeden z fundamentalnych elementów zachowań żywieniowych dzieci i młodzieży. Umożliwiają m.in. modelowanie korzystnych

”

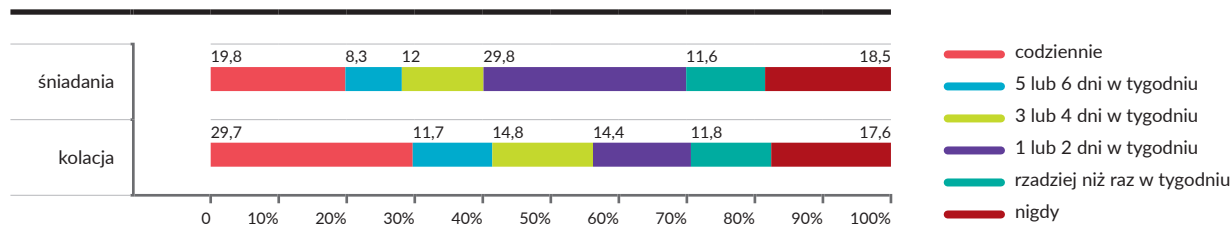
Moja przyjaciółka swoje poglądy dotyczące jedzenia przeniósła na 3-letnią córkę, która nie może jeść żadnego mięsa, je tylko owoce i warzywa, rzadko pieczywo. Dziewczynka nie może zjeść żadnego ciastka, cukierka, serka, szynki itp., mimo że mówi, że lubi mięsko. Przyjaciółka stała się agresywna, izoluje dziecko od innych dzieci, np. na plaży, by czasem ktoś nie dał jej ciastka lub cukierka. Twierdzi, że to jej dziecko i ma prawo je wychować jak chce

Z poradni mailowej dla rodziców

25 Dane uzyskane z Instytutu Psychiatrii i Neurologii.

wzorców w zakresie stosowania odpowiedniej diety. Badania wykazują, że około 30% dzieci i nastolatków w wieku 11–15 lat albo nigdy nie spożywa śniadań i kolacji razem z rodzicami, albo robi to rzadziej niż raz w tygodniu.

Wykres 21. Częstość spożywania posiłków razem z rodzicami przez młodzież w wieku 11–15 lat w 2014 r., %



Źródło: Mazur (2015).

Należy przy tym odnotować, że regularność spożywania śniadań i kolacji z rodzicami zmniejsza się z wiekiem oraz jest mniejsza u dziewczyn niż u chłopców, a pozytywne wzorce rodzinne częściej obserwuje się w rodzinach zamożnych.

Aktywność fizyczna

Zarówno wyniki badania EHIS (Europejskie Ankiety Badanie Zdrowia), jak i HBSC pokazują, że zwiększa się odsetek dzieci i młodzieży podejmujących aktywność fizyczną. Według badania EHIS 98% uczniów w wieku 6–14 lat bierze udział w obowiązkowych zajęciach wychowania fizycznego, i choć poza lekcjami regularne zajęcia sportowe lub rekreacyjne podejmuje tylko 49% z nich (54% chłopców i 44% dziewczyn), to i tak jest to wzrost o 13 punktów procentowych w stosunku do danych z 2009 r. Jednocześnie jednak 10% uczniów (9% chłopców i 12% dziewczyn) nie uczestniczy w żadnej formie aktywności fizycznej poza lekcjami. Podobne wnioski płyną z ostatniego Badania Zachowań Zdrowotnych Młodzieży Szkolnej (HBSC) z 2014 r. Mimo że w ciągu ostatnich 5 lat odsetek ćwiczących zwiększył się, nadal zaledwie 24% (30% chłopców i 19% dziewczyn) uczniów utrzymuje poziom aktywności fizycznej zalecany przez WHO dla prawidłowego rozwoju i zachowania zdrowia (tj. co najmniej 60 minut ćwiczeń o umiarkowanej lub wysokiej intensywności dziennie). Aktywność fizyczna młodzieży zmniejsza się w starszych grupach wieku, jednocześnie pogłębiają się różnice zależne od płci – zaledwie 11% dziewczyn w wieku 15–16 lat utrzymuje zalecany poziom aktywności. Oznacza to, że zdrowie ponad ¼ młodych ludzi w Polsce jest zagrożone z powodu niewystarczającej aktywności fizycznej (Wojtyniak, Goryński, 2016).

Jednocześnie analizy pokazują, że dużo czasu dzieci i nastolatki spędzają bez ruchu przed ekranem telewizora lub komputera. Blisko 60% dzieci w wieku 11–15 lat spędza ponad 2 godziny dziennie przed telewizorem, ponad 34% poświęca więcej niż 2 godziny na gry komputerowe, a ponad 54% spędza ponad 2 godziny dziennie na innych czynnościach przy komputerze.

Umieralność dzieci i młodzieży

Umieralność niemowląt (dzieci, które nie ukończyły pierwszego roku życia) zmniejsza się w Polsce od wielu lat. W 2015 r. zmarło 1476 niemowląt, czyli blisko 4,0 na 1000 urodzeń żywych. Dla porównania, w 2002 r. współczynnik ten wynosił 7,5.

Ponad połowa (51,6%) wszystkich zgonów niemowląt nastąpiła w pierwszym tygodniu życia, natomiast w wieku powyżej czterech tygodni życia, a przed ukończeniem pierwszego roku życia zmarło 409 niemowląt (27,7% ogółu).

Mimo że wskaźnik umieralności niemowląt w Polsce sukcesywnie maleje, to nadal jest wyższy niż średnia dla krajów Unii Europejskiej.

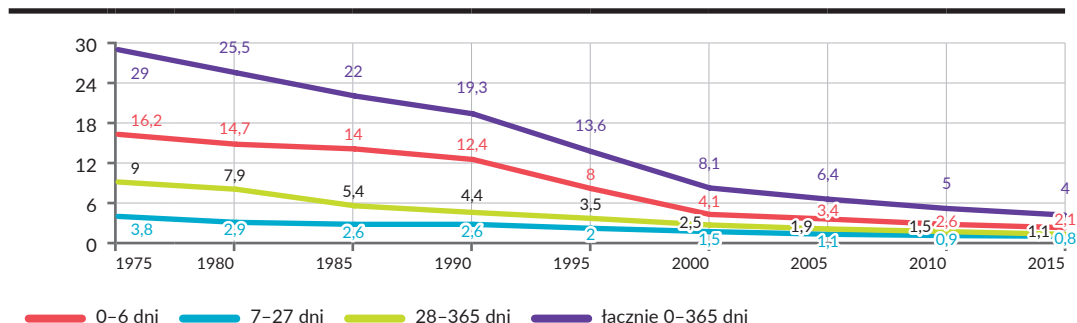
Wykres 22. Umieralność niemowląt (do 1 r.ż.) w 2014 r. (na 1000 urodzeń żywych)



Źródło: Eurostat.

Niska masa urodzeniowa jest jednym z głównych czynników ryzyka zgonu niemowląt. Na tę grupę noworodków, która w 2015 r. stanowiła zaledwie 5,8% wszystkich żywo urodzonych noworodków, przypadło aż 69% zgonów w okresie niemowlęcym, a współczynnik umieralności niemowląt ważących przy urodzeniu poniżej 2500 g był 37-krotnie większy niż współczynnik umieralności niemowląt, które ważyły więcej.

Wykres 23. Współczynnik zgonów niemowląt na 1000 urodzeń żywych w wybranych latach w okresie 1975–2015



Źródło: Wojtyniak, Goryński (2016).

W 2014 r. około połowa (51%) zgonów niemowląt była spowodowana stanami chorobowymi rozpoczynającymi się w okresie okołoporodowym, a 37% – wadami rozwojowymi wrodzonymi. Główną przyczyną zgonów niemowląt powstającą w okresie okołoporodowym są zaburzenia związane ze skróconym trwaniem ciąży i niską urodzeniową masą ciała. Drugim kompleksem przyczyn w tej grupie są zaburzenia oddechowe i sercowo-naczyniowe swoiste dla okresu okołoporodowego. Te dwie najczęstsze kategorie przyczyn są odpowiedzialne za 85% zgonów spowodowanych stanami chorobowymi powstającymi w okresie okołoporodowym.

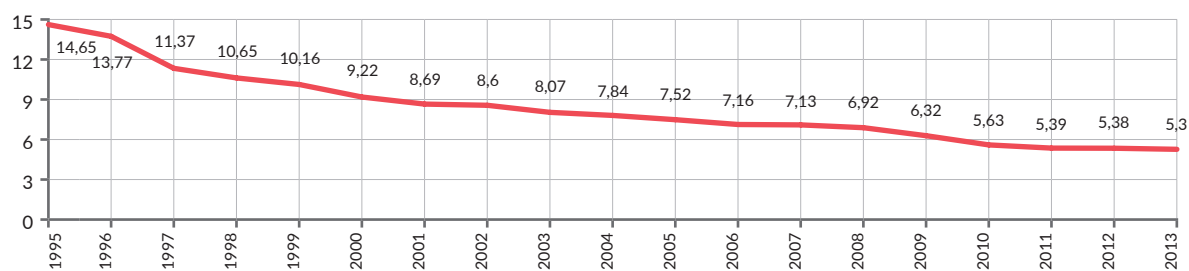
Wśród przyczyn zgonów z powodu wad rozwojowych wrodzonych dominują wady układu krążenia (37%). Do pozostałych przyczyn należą: bezmózgowie, rozszczep kręgosłupa i inne wady układu nerwowego.

Umieralność okołoporodowa, która obejmuje martwe urodzenia oraz zgony w pierwszym tygodniu życia, jest uważana za wskaźnikową w odniesieniu do funkcjonowania opieki medycznej nad kobietą w ciąży oraz noworodkiem.

Wprawdzie **poziom umieralności niemowląt** w naszym kraju od lat systematycznie maleje, a tempo spadku jest większe niż przeciętne dla krajów UE, to jednak współczynnik zgonów niemowląt w Polsce wciąż jest wyższy od średniej w UE (w 2014 r. 3,7 na 1000 urodzeń żywych).

W Polsce zmniejsza się również umieralność dzieci poniżej 5 r.ż. (wyk. 24).

Wykres 24. Umieralność dzieci poniżej 5 r.ż. w Polsce w latach 1995–2013



Źródło: UNICEFF, www.childmortalityrate.org.

Mimo tego korzystnego trendu Polska nadal jest w tyle za większością państw europejskich.

Wykres 25. Umieralność dzieci poniżej 5 r.ż. w 2015 r. (na 1000 urodzeń żywych)



Źródło: Światowa Organizacja Zdrowia.

Umieralność dzieci maleje sukcesywnie we wszystkich grupach wiekowych, zarówno wśród chłopców, jak i dziewczyn, przy czym warto zwrócić uwagę, że w najmłodszej i najstarszej z analizowanych grup wiekowych współczynnik zgonów chłopców jest znacząco wyższy – w grupie dzieci do 1 r.ż. wynosi 4,5 na 1000 wśród chłopców i 3,9 wśród dziewczynek, a wśród młodzieży w wieku 15–19 lat wynosi, odpowiednio, 0,57 i 0,23 (Wojtyniak, Goryński, 2016).

O ile, jak już wspomniano, w grupie dzieci do 1 r.ż. główną przyczyną zgonu są różne stany rozpoczynające się w okresie okołoporodowym oraz wrodzone wady rozwojowe, o tyle w starszych grupach wiekowych rośnie udział przyczyn zewnętrznych (w tym głównie wypadków i samobójstw), będących dominującymi przyczynami zgonu w grupie wiekowej 10–19 lat.

Tabela 8. Udział zgonów z powodu głównych przyczyn w ogólnej liczbie zgonów według grup wieku zmarłych, Polska, 2015

poniżej 1 r.ż.		1–4 lata		5–9 lat		10–14 lat		15–19 lat	
P	53%	Q	37%	C	30%	VY	36%	VY	65%
Q	35%	C	17%	VY	23%	C	19%	C	9%
R	4%	VY	17%	Q	17%	Q	10%	I	6%
J	2%	J	9%	G	8%	G	9%	R	5%
VY	2%	G	6%	J	5%	J	8%	J	4%

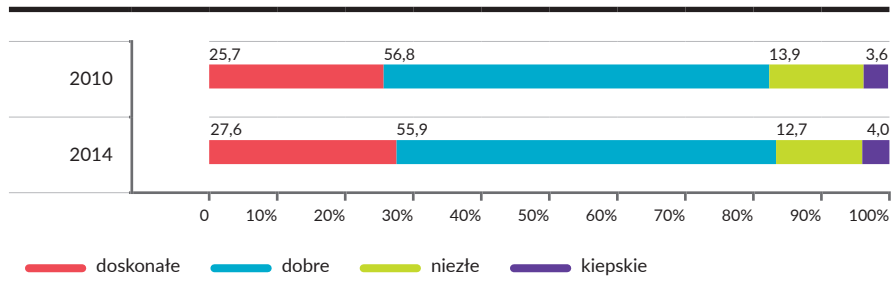
C nowotwory (C00.0–D48.9)
 G choroby układu nerwowego (G00.0–G98)
 I choroby układu krążenia (I00.0–I99)
 J choroby układu oddechowego (J00.0–J99.8)
 P wybrane stany rozpoczynające się w okresie okołoporodowym (P00.0–P96.9)
 Q wady rozwojowe wrodzone, zniekształcenia i aberracje chromosomowe (Q00.0–Q99.9)
 R objawy, cechy chorobowe przyczyny niedokładnie określone (R00.0–R99)
 VY zewnętrzne przyczyny zachorowania i zgonu (V01.0–Y89.9)

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych GUS, demografia.stat.gov.pl.

Ocena stanu zdrowia dzieci i młodzieży

Według danych z ostatnich badań HBSC 16,7% ankietowanych uczniów uważa swoje zdrowie za gorsze niż dobre, a 27,4% uważa je za doskonałe. Ocena skrajnie negatywna (zdrowie kiepskie) występowała rzadko (4% wskazań). Skala zjawiska może być jednak zaniżona. Młodzież była ankietowana na terenie szkoły w czasie zajęć lekcyjnych, co eliminuje uczestnictwo osób trwale lub okresowo nieuczęszczających do szkoły z powodu poważniejszych problemów zdrowotnych. W porównaniu z poprzednimi badaniami HBSC 2010 nie stwierdzono istotnych różnic w samoocenie zdrowia.

Wykres 26. Samoocena zdrowia młodzieży w wieku 11–15 lat w latach 2010 i 2014, %



Źródło: Mazur (2015).

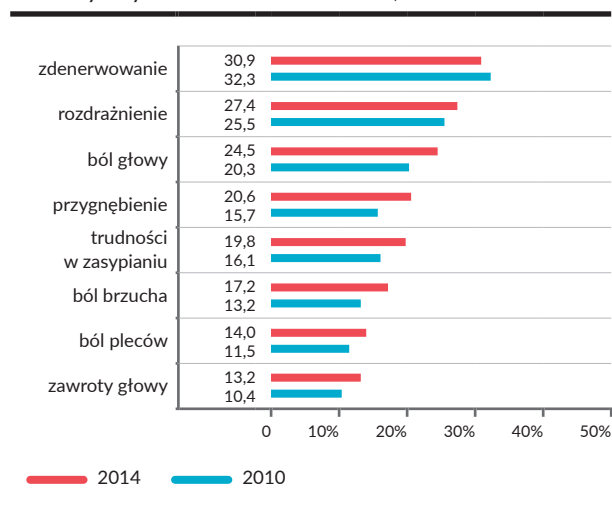
Samoocena zdrowia pogarsza się z wiekiem oraz jest wyraźnie gorsza u dziewczyn.

W porównaniu z wynikami z 2010 r. w badaniach HBSC z 2014 r. odnotowano nasilenie prawie wszystkich odczuwanych subiektywnych dolegliwości.

Prawie 40% nastolatków odczuwa powtarzające się dolegliwości o podłożu psychicznym lub somatycznym. Najczęściej notowane jest uczucie zdenerwowania i rozdrażnienia (złego humoru), a na trzecim miejscu – bóle głowy. W badanej grupie 28,3% osób odczuwało w minionych 6 miesiącach więcej niż jedną dolegliwość psychiczną, a 18,9% – somatyczną. Obciążenie zespołem mnogich dolegliwości jest istotnie większe u dziewczyn niż u chłopców oraz nasila się z wiekiem.

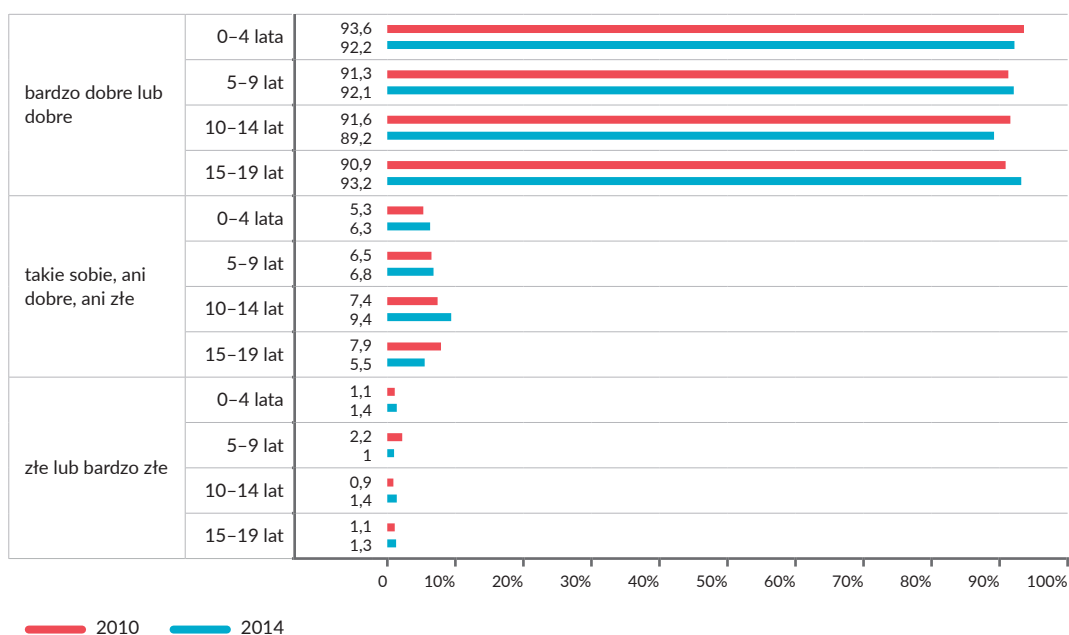
Nie stwierdzono również istotnych różnic w ocenie zdrowia dzieci przez rodziców między badaniami EHIS z 2009 a 2014 r. Znakomita większość osób ocenia zdrowie dzieci jako dobre lub bardzo dobre (od 89,2 % wskazań w przypadku dzieci w wieku 10–14 lat po 93,2% wskazań w przypadku młodzieży w wieku 15–19 lat). Jedynie ok. 1–1,5% respondentów oceniło w 2014 r. zdrowie dzieci jako złe lub bardzo złe.

Wykres 27. Częstotliwość odczuwania przez młodzież w wieku 11–15 lat powtarzających się dolegliwości subiektywnych w latach 2010–2014, %



Źródło: Mazur (2015).

Wykres 28. Ocena zdrowia dzieci i młodzieży na podstawie badań EHIS w Polsce z lat 2009 i 2014, %



Źródło: GUS (2011, 2016).

Zakończenie

Mimo zagwarantowania przez ustawodawcę szczególnej ochrony zdrowia dzieci i młodzieży nie wszystkie zapisy prawa są w pełni realizowane, w tym m.in. usługi zdrowotne dla dzieci najmłodszych w postaci wizyt patronażowych czy badań bilansowych. Niepokoić mogą również bariery w dostępie do specjalistów i badań specjalistycznych. Kolejnymi niekorzystnymi zjawiskami zwracającymi uwagę są utrzymująca się duża liczba wypadków i urazów u dzieci i nastolatków oraz pogarszająca się kondycja psychiczna tej grupy wiekowej. Natomiast niewątpliwie pozytywnym trendem jest stale zmniejszająca się, choć nadal wyższa niż średnia UE, umieralność dzieci, w tym niemowląt, i ogólnie polepszająca się ocena całościowego stanu zdrowia dzieci i młodzieży.

Mimo tych korzystnych tendencji obszar ochrony zdrowia powinien być nadal przedmiotem wnikliwych analiz, opartych na dokładnych danych i naukowych dowodach, uwzględniających perspektywę zarówno środowiska medycznego, jak i przede wszystkim dzieci i ich rodziców, by móc zapewnić jak najwyższej jakości opiekę medyczną oraz szybko i skutecznie reagować na niekorzystne dla zdrowia i życia dzieci zjawiska.

E-mail autorki: renata.szredzinska@fdds.pl.

Bibliografia

- Berent, D., Florkowski, A., Gątecki, P. (2010). Przeniesiony zespół Münchhausena. *Psychiatria Polska*, 44(2), 245–254.
- Borek, E., Libura, M., Chwiałkowska, A., Kołodziej, M., Turkiewicz, J. (2014). *Profilaktyka pediatryczna w Polsce z perspektywy rodziców małych dzieci*. Fundacja My Pacjenci, Fundacja Nutricia.
- Brzostek, A. (2016). *5 świadczeń, jakie może otrzymać opiekun osoby niepełnosprawnej*. Gazeta Prawna. Pobrane z: <http://praca.gazetaprawna.pl/artykuly/945942,opiekun-niepelnosprawnego-swiadczenie-pielegnacyjne-specjalny-zasilek-opiekunczy.html>.
- Colarossi, L. G., Eccles, J. S. (2003). Differential effects of support providers on adolescents' mental health. *Soc Work Res*, 27(1), 19–30.
- Czajka, K., Kołodziej, M. (2015). Postrzeganie przez rodziców masy ciała dzieci przedszkolnych oraz analiza związku wybranych czynników rodzicielskich z przeprowadzoną oceną masy ciała. *Developmental Period Medicine*, XIX,3,II, 375–382.
- Darmas, M., Wygnańska, J. (2015). *Monitoring dostępności do usług ginekologiczno-położniczych w ramach NFZ w Polsce*. Warszawa: Fundacja Rodzic po Ludzku.
- Demidenko, N., Manion, I., Lee, C. M. (2015). Father–Daughter Attachment and Communication in Depressed and Nondepressed Adolescent Girls. *Child Fam Stud*, 24, 1727–1734. DOI:10.1007/s10826-014-9976-6.
- Genowska, A., Grzegorzewska, I., Zalewska, M., Fryc, J. (2015). Nierówności w dostępie do opieki zdrowotnej według statusu społeczno-ekonomicznego. *Hygeia Public Health*, 50(2), 383–388.
- Grupa edukatorów seksualnych PONTON (2014). *Bezpieczny fotel? Kampania na rzecz dobrej opieki ginekologicznej*. Warszawa.
- GUS (2011). *Stan zdrowia ludności Polski w 2009 r.* Warszawa: GUS.
- GUS (2016a). *Stan zdrowia ludności Polski w 2014 r.* Warszawa: GUS.
- GUS (2016b). *Rocznik Statystyczny Rzeczypospolitej Polskiej*. Warszawa: GUS.
- Instytut Medycyny Wsi (2013). *Zachowania zdrowotne kobiet w ciąży. Raport*. Lublin: Instytut Medycyny Wsi.
- Janus, T. (2015). Przeniesiony zespół Münchhausena – sposoby indukowania objawów chorobowych u dzieci. *Dziecko Krzywdzone. Teoria, badania, praktyka*, 14(3), 9–37.
- Kaczmarek, T., Marcinkowski, T. J., Zysnarska, M., Maksymiuk, T., Majewicz, A. (2007). Nierówności społeczne w dostępie do zdrowia. *Problemy Higieny Epidemiologicznej*, 88(3), 259–266.
- Karmienie piersią w Polsce. Raport 2015
- Kornas-Biela, D. (2012). Zaniedbania prenatalne. *Dziecko Krzywdzone. Teoria, badania, praktyka*, 11(1), 24–33.
- Kowalska, J. D. (red.). (2016). *Opieka nad kobietą HIV-plus. Praktyczny poradnik dla lekarzy medycyny rodzinnej i innych specjalności*. Warszawa: Content ED Net, AbbVie Polska.
- Lewandowska, K. (2011). Zagrożenia wczesnego dzieciństwa. *Dziecko Krzywdzone. Teoria, badania, praktyka*, 10(3), 15–31.
- Mazowiecki Urząd Wojewódzki [MUW] (2014). *Opieka neonatologiczna wcześniaków na Mazowszu. Raport*. Warszawa.

- Mazur, J. (red.). (2015). *Zdrowie i zachowania zdrowotne młodzieży szkolnej w Polsce na tle wybranych uwarunkowań socjodemograficznych. Wyniki badań HBSC 2014*. Warszawa: Instytut Matki i Dziecka.
- Naczelna Izba Lekarska (2012). Biuletyn Naczelnej Izby Lekarskiej.
- Naczelna Izba Lekarska (2016). Biuletyn Naczelnej Izby Lekarskiej.
- NIK (2016a). System szczepień ochronnych dzieci. Informacja o wynikach kontroli. Warszawa.
- NIK (2016b). Badania prenatalne w Polsce. Informacja o wynikach kontroli. Warszawa.
- NIK (2016c). Realizacja zadań Narodowego Funduszu Zdrowia w 2015 roku. Informacja o wynikach kontroli. Warszawa.
- NIZP-PZH (2011). Biuletyn NIZP-PZH. *Szczepienia ochronne w Polsce w 2010 roku*.
- NIZP-PZH (2016). Biuletyn NIZP-PZH. *Szczepienia ochronne w Polsce w 2015 roku*.
- Okulicz-Kozaryn, K. (2015). *FASD w Polsce. Skala problemu i propozycje rozwiązań*. Warszawa: Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych.
- Otfinowska, A., Kubicka-Kraszyńska, U. (2012). Opieka nad matką i dzieckiem w czasie ciąży, porodu i połogu. *Dziecko Krzywdzone. Teoria, badania, praktyka*, 11(1), 12–23.
- Pachucki, M. C., Ozer, E. J., Barrat, A., Cattuto, C. (2015). Mental health and social networks in early adolescence: A dynamic study of objectively-measured social interaction behaviors. *Social Science & Medicine*, 125, 40–50.
- Perz, S., Steinborn, B. (2010). Zespół nagłej śmierci niemowlęcia. *Neurologia Dziecięca*, 19, 38, 65–73.
- Perz, S., Steinborn, B., Starega, B., Kara-Perz, H. (2011). Częstość występowania czynników ryzyka zespołu nagłej śmierci niemowlęcia. *Neurologia Dziecięca*, 20, 39, 29–38.
- Szredzińska, R., Lewandowska, K., Podlewska, J. (2012). Zdrowie małych dzieci. *Dziecko Krzywdzone. Teoria, badania, praktyka*, 11(1), 63–81.
- Szymańczak, J. (red.). (2014). *Zdrowie Dzieci i Młodzieży. Wybrane zagadnienia*. *Studia BAS*, 2(38). Warszawa: Biuro Analiz Sejmowych Kancelarii Sejmu.
- Tabak, I., Oblacińska A., Jodkowska M. i Mikiel-Kostyra K. (2012). Zmiany w strukturze i sytuacji ekonomicznej rodziny jako czynniki warunkujące nadmierną masę ciała nastolatków. *Pediatric Endocrinology, Diabetes and Metabolism*, 18(2), 70–75.
- Troszyński, M. (2013). Stan ludnościowy, umieralność okołoporodowa i opieka przedporodowa Polska 1950 i 1999–2012. Materiały z konferencji Fundacji Rodzic po Ludzku.
- Urmańska, W., Barańska, M. (2012). Małe dzieci z niepełnosprawnością. *Dziecko Krzywdzone. Teoria, badania, praktyka*, 11(1), 82–86.
- WHO (2012). *Spoteczne nierówności w zdrowiu w Polsce*.
- Wojtasik, M. (2011). Umieralność dzieci i młodzieży. *Dziecko Krzywdzone. Teoria, badania, praktyka*, 10(3), 33–45.
- Wojtyła, A., Goździewska, M., Paprzycki, P., Biliński, P. (2012). Tobacco-related Foetal Origin of Adult Diseases Hypothesis – population studies in Poland. *Annals of Agricultural and Environmental Medicine*, 19(1), 117–128.
- Wojtyła, A., Kapka-Skrzypczak, L., Diatczyk, J., Fronczak, A., Paprzycki, P. (2012). Alcohol-related Developmental Origin of Adult Health – population studies in Poland among and newborns (2010–2012). *Annals of Agricultural and Environmental Medicine*, 19(3), 365–377.
- Wojtyniak, B., Goryński, P. (2016). *Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania*. Warszawa: Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny.

Wojtyński, B., Mazur, J. (2016). *Spółeczne nierówności w zdrowiu dzieci i młodzieży w Polsce w świetle badań populacyjnych*. Warszawa: Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny.

Wystąpienie Rzecznika Praw Dziecka do Ministra Zdrowia (2016). Pobrane z: http://brpd.gov.pl/sites/default/files/wyst_2016_07_01_mz.pdf.

Strony internetowe

www.aids.gov.pl
www.childmortalityrate.org
www.cie.men.gov.pl
www.demografia.stat.gov.pl
<http://ec.europa.eu/eurostat/data/database>
www.mz.gov.pl
www.niepelnosprawni.gov.pl
www.obywatel.gov.pl
www.policja.pl
www.prog.nfz.gov.pl/
www.statystyka.medstat.waw.pl
www.who.int
www.wszystkojasne.waw.pl

Przepisy prawne

Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej, art. 68 ust. 3 (Dz.U. 1997 Nr 78 poz. 483)
Konwencja ONZ o Prawach Osób Niepełnosprawnych z 13 grudnia 2006 r., ratyfikowana przez Polskę 6 września 2012 r. (Dz.U. z dnia 25 października 2012 r., poz. 1169)
Konstytucja Światowej Organizacji Zdrowia, <http://isap.sejm.gov.pl/DetailsServlet?id=WDU19480610477>.
Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 20 września 2012 r. w sprawie standardów postępowania medycznego przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, połogu oraz opieki nad noworodkiem (Dz.U. 2012 poz. 1100)
Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 11 października 2013 r. w sprawie organizowania wczesnego wspomagania rozwoju dzieci (Dz.U. poz. 1257).
Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 28 października 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (Dz.U. z 2013 poz. 1248)
Ustawa z 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi (Dz.U. 1982 Nr 35 poz. 230)
Ustawa z 7 września 1991 r. o systemie oświaty, art.92 (Dz.U. z 2015 poz. 2156)
Ustawy z 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz.U. 1994 Nr 111 poz. 535)

Ustawa z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, art. 27 (6) (Dz.U. 2015 poz.581)

Ustawa z 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii (Dz.U. 2005 Nr 179 poz. 1485)

Zdrowie dzieci i młodzieży

Stan zdrowia jest jednym z podstawowych czynników stanowiących o jakości życia dzieci i młodzieży. Zły stan zdrowia w dzieciństwie jest szczególnie niebezpieczny, ponieważ może przeszkodzić w realizacji procesów rozwojowych i doprowadzić do długoterminowych i trwałych problemów zdrowotnych. Wskaźniki dotyczące zdrowia, w tym m.in. spadek umieralności dzieci i młodzieży, opieka perinatalna, zaszczepialność, opieka profilaktyczna, dostęp do specjalistów i in. są jednymi z głównych wyznaczników rozwoju cywilizacyjnego i poziomu opieki zdrowotnej. Artykuł stanowi przegląd dostępnych, aktualnych danych dotyczących wybranych aspektów stanu zdrowia dzieci i młodzieży w Polsce, ze szczególnym uwzględnieniem dzieci najmłodszych.

Słowa kluczowe

zdrowie, zdrowie psychiczne, zdrowie okołoporodowe, umieralność, zaniedbania prenatalne, niepełnosprawność, urazy

Child and adolescent health

The state of health is one of the key factors in the quality of life of children and adolescents. Poor health in childhood is particularly dangerous because it can interfere with the development process and lead to long-term and lasting health problems. Health indicators, including decrease in child mortality, perinatal care, immunization, preventive care, access to specialists and others are among main determinants of civilization development and the level of health care. The article provides an overview of available, up-to-date data on selected aspects of the health status of children and adolescents in Poland, with particular emphasis on the youngest children.

Keywords

health, mental health, perinatal health, mortality, prenatal neglect, disability, injuries

Cytowanie:

Szredzińska, R. (2017). Zdrowie dzieci i młodzieży. *Dziecko Krzywdzone. Teoria, badania, praktyka*, 16(1).



Artykuł jest dostępny na licencji Creative Commons Uznanie autorstwa – Użycie niekomercyjne – Bez utworów zależnych 4.0 Międzynarodowe.