

# Zdrowie dzieci i młodzieży

Renata Szredzińska – Fundacja Dajemy Dzieciom Się

## Spis zagadnień

---

- 109 System ochrony zdrowia dzieci i młodzieży w Polsce
- 113 Stan zdrowia dzieci w Polsce
- 131 Ocena stanu zdrowia dzieci i młodzieży
- 132 Zakończenie
- 133 Bibliografia
- 134 Akty prawne i wytyczne
- 135 Strony internetowe

**D**efinicja zdrowia Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) skupia się na pozytywnych aspektach, wskazując, że zdrowie to stan pełnego dobrostanu fizycznego, umysłowego i społecznego, a nie jedynie brak choroby lub niepełnosprawności (WHO, 1948). Chociaż krytykowana jako zbyt ogólna oraz nieprzystająca do obecnych czasów, wyznacza kierunek aspiracji myślenia o zdrowiu jako nie tylko kondycji fizycznej, ale także dobrym funkcjonowaniu w sferach psychicznej i społecznej. Wskaźniki dotyczące zdrowia są jednymi z głównych wyznaczników rozwoju cywilizacyjnego. Dzieciństwo jest szczególnym okresem w rozważaniach o zdrowiu, gdyż zaburzenie dobrostanu fizycznego czy psychicznego w tym okresie może przeszkodzić w realizacji procesów rozwojowych i doprowadzić do długotrwałych problemów zdrowotnych. W niniejszym rozdziale przyjrzymy się wybranym aspektom stanu zdrowia fizycznego dzieci i młodzieży w Polsce, ze szczególnym uwzględnieniem dzieci najmłodszych oraz z pełną świadomością, że przedstawiony zostanie tylko fragment tego złożonego zagadnienia. Tam, gdzie definicje ani obraz statystyczny nie uległy zmianom, korzystano z ustaleń poprzedniej edycji raportu *Dzieci się liczą 2017*. Kwestie zdrowia psychicznego omówiono w osobnym rozdziale.

## System ochrony zdrowia dzieci i młodzieży w Polsce

Zgodnie z art. 24 Konwencji o prawach dziecka „dziecko ma prawo do jak najwyższego poziomu zdrowia i leczenia oraz rehabilitacji zdrowotnej”. Konstytucja RP w art. 68 stanowi natomiast, że „władze publiczne są obowiązane do zapewnienia szczególnej opieki zdrowotnej dzieciom, kobietom ciężarnym, osobom niepełnosprawnym i osobom w podeszłym wieku”.

Opieka nad dziećmi jest sprawowana jeszcze przed ich urodzeniem, m.in. w oparciu na tzw. **Standardzie organizacyjnym opieki okołoporodowej** wprowadzonym rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 16 sierpnia 2018 r. (Dz.U. 2018 poz. 1756). Standard ten jest ważnym dokumentem mającym na celu zapewnienie kobietom i noworodkom dostępu do wysokiej jakości opieki, opartej na dowodach i pozwalającej na wczesne wykrycie różnych zagrożeń, co zwiększa bezpieczeństwo zarówno matki, jak i dziecka. Określa on m.in. zadania osób sprawujących opiekę nad ciężarnymi i noworodkami, zakres świadczeń profilaktycznych i działań w obszarze promocji zdrowia oraz badań diagnostycznych i konsultacji medycznych wykonywanych u kobiet w okresie ciąży, czynniki ryzyka powikłań okołoporodowych i sposoby przeciwdziałania ich wystąpieniu, edukację przedporodową, postępowanie w czasie porodu, zakres opieki nad noworodkiem, zakres opieki nad położnicą i noworodkiem w miejscu zamieszkania, opiekę nad kobietą w sytuacjach szczególnych, np. rozpoznania podczas ciąży ciężkiej choroby

lub wady dziecka, poronienia, urodzenia dziecka martwego, niezdolnego do życia, chorego lub z wadami wrodzonymi.

Również Ustawa z dnia 4 listopada 2016 r. o **wspieraniu kobiet w ciąży i rodzin „Za życiem”** (Dz.U. 2016 poz. 1860) omawia dostęp do opieki okołoporodowej oraz wsparcie dla rodzin, ze szczególnym uwzględnieniem rodzin dziecka, u którego zdiagnozowano ciężkie i nieodwracalne upośledzenie lub nieuleczalną chorobę zagrażającą jego życiu, które powstały w prenatalnym okresie rozwoju dziecka lub w czasie porodu.

Kolejnym aktem prawnym normującym zakres opieki zdrowotnej nad dziećmi jest Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 24 września 2013 r. w **sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej** (Dz.U. 2013 poz. 540) regulujące zakres i warunki świadczeń lekarza, pielęgniarki, położnej podstawowej opieki zdrowotnej oraz świadczeń 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 badań przesiewowych.

Zapisy o profilaktycznej opiece nad dziećmi i młodzieżą w środowisku nauczania i wychowania znajdują się również w Ustawie z 27 sierpnia 2004 r. o **świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych** (Dz.U. 2004 poz. 581), a także w Ustawie z 7 września 1991 r. o **systemie oświaty** (art. 92; Dz.U. 1991 poz. 2156).

Regulacje dotyczące dzieci i młodzieży zawiera także Ustawa z 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii (Dz.U. 2005 poz. 2050 t.j.) oraz Ustawa z 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi (Dz.U. 1982 poz. 1119 t.j.), 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 oraz 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 uznano je za 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 godz. 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 nad noworodkiem i jego pielęgnacji, ocenia relacje w rodzinie, interweniuje w przypadku zaobserwowania przemocy lub innych występujących nieprawidłowości, udziela wskazówek na temat zdrowego stylu życia i porad na temat radzenia sobie ze stresem oraz ocenia możliwości udzielania pomocy i wsparcia dla położnicy przez osobę bliską. Ponadto prawo określa porady patronażowe udzielane przez lekarza i pielęgniarki, a także zakres i częstotliwość badań bilansowych, którymi powinny być objęte wszystkie dzieci.

Jak wynika jednak z danych udostępnionych przez Centrum e-Zdrowie, w 2020 r. 21% niemowląt do 4 tygodnia życia nie było objętych opieką lekarską, a odsetek ten rósł do 35% w 9 miesiącu życia (tab. 1). Należy wspomnieć, że rok 2020 był naznaczony ograniczeniami pandemicznymi i liczba dzieci nieobjętych opieką profilaktyczną wyraźnie zwiększyła się w stosunku do roku 2019 (w 2019 r. było to, odpowiednio, 13% i 27%). Przy czym występują znaczące różnice między województwami, od 59% dzieci objętych w 2020 r. opieką lekarską do 4 tygodnia życia w województwie podkarpackim i opolskim po 91% w województwie kujawsko-pomorskim.

Nie jest również w pełni realizowany obowiązek przeprowadzenia minimum czterech wizyt patronażowych położnej w domu zamieszkania dziecka. W 2020 r. średnia liczba wizyt przypadających na jedno dziecko wyniosła 3,28, przy czym tylko 30% dzieci do 4 doby życia zostało objętych taką wizytą (gwarantowaną wg prawa). Należy zaznaczyć, że część wizyt została przeprowadzona nie faktycznie w domu pacjentki, a za pomocą systemów teleinformatycznych, zgodnie z Zaleceniami w stanie epidemii

**Tabela 1.** Porady patronażowe oraz badania bilansowe, w tym przesiewowe niemowląt (lekarskie) w latach 2019 i 2020

	1-4 tygodnia		2-6 miesięcy		9 miesiąc		12 miesiąc	
	podlegających badaniu	zbadanych	podlegających badaniu	zbadanych	podlegających badaniu	zbadanych	podlegających badaniu	zbadanych
2019	272 853	236 478	349 609	283 673	248 362	182 516	252 221	188 759
		87%		81%		73%		75%
2020	248 938	195 766	339 790	253 104	236 091	152 795	237 727	164 735
		79%		74%		65%		69%

Źródło: dane udostępnione przez Centrum e-Zdrowie.

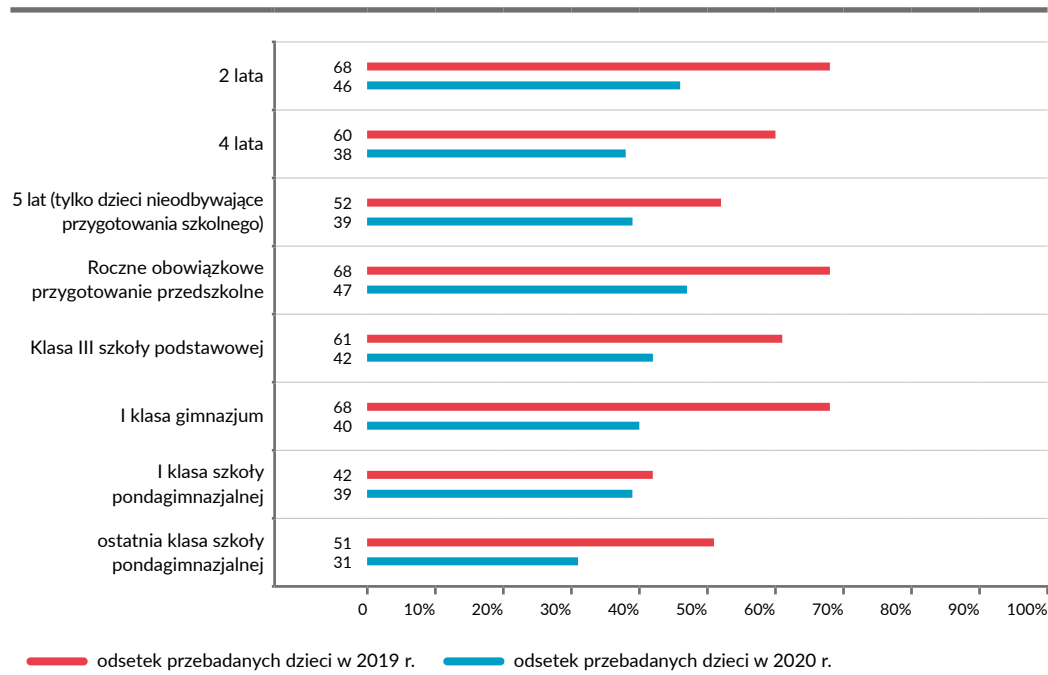
wirusa SARS-CoV-2 wywołującego chorobę COVID-19 dla położnych rodzinnych / położnych podstawowej opieki zdrowotnej z 30 marca 2020 r. W przypadku wizyt w domu zamieszkania dziecka odnotowano spadek w stosunku do roku 2019, gdy średnia liczba wizyt na jedno dziecko wynosiła 3,45. Również w przypadku wizyt patronażowych obserwuje się znaczące zróżnicowanie między województwami. Tylko cztery województwa przekroczyły w 2020 r. średnią czterech wizyt na noworodka (kujawsko-pomorskie, lubuskie, wielkopolskie i zachodniopomorskie). Przed pandemią, w roku 2019, takich województw było osiem. Jednocześnie są też województwa, w których średnia liczba wizyt wynosi poniżej trzech. W 2020 r. takich regionów było siedem (dolnośląskie, lubelskie, mazowieckie, opolskie, pomorskie, świętokrzyskie, warmińsko-mazurskie), a w 2019 r. – sześć, co wyraźnie wskazuje, że ustawy obowiązek nie jest realizowany.

Także badania wśród matek potwierdzają znaczące niedociągnięcia w realizacji tej usługi zdrowotnej. W 2018 r. tylko 57% ankietowanych zadeklarowało, że odbyły się co najmniej cztery wizyty położnej POZ w pierwszych miesiącach życia ich dziecka, 25% stwierdziło, że odbyło się 2-3 wizyt, 12% wskazało, że odbyła się tylko jedna taka wizyta, a 6% respondentek twierdziło, że położna nie odwiedziła ich ani razu. Jednocześnie młodsze kobiety (15-24 lat) znacząco częściej twierdziły, że nie odbyła się żadna wizyta (34%) lub odbyła się tylko jedna (35%; Iwanowicz-Palus i Bogusz, 2018).

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

Również badania profilaktyczne i bilansowe nie obejmują wszystkich dzieci – na różnych etapach życia dziecka realizacja badań waha się od 51% do 68% przed pandemią, w roku 2019, oraz 31-48% w 2020 r. w trakcie pandemii (wyk. 1).

Wykres 1. Profilaktyczne badania lekarskie dzieci i młodzieży w latach 2019 i 2020



Źródło: dane udostępnione przez Centrum e-Zdrowie

### Szczepienia

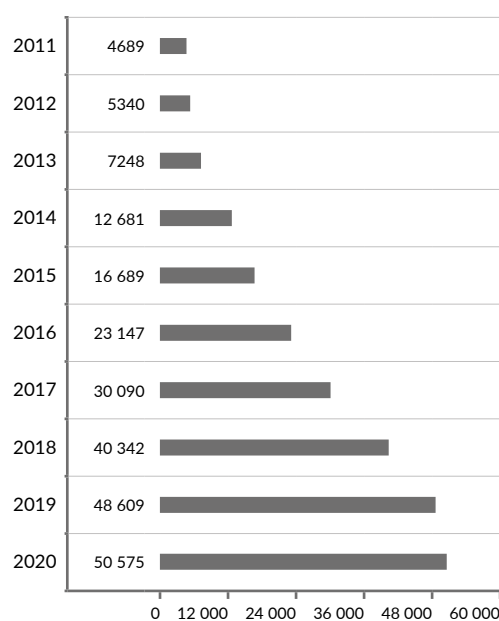
Stan zaszczepienia dzieci w Polsce utrzymuje się na dość wysokim poziomie, jednak można zauważyć, że rośnie odsetek dzieci, które nie przechodzą obowiązkowych i zalecanych szczepień ochronnych. W przypadku niektórych chorób, np. odry, nie jest osiągnięty poziom wyszczepialności, który gwarantuje odporność zbiorową całej populacji. Ponadto rośnie liczba rodziców, którzy odmawiają wykonania szczepień – w 2010 r. odmowa rodziców była przyczyną niezaszczepienia ok. 3,5 tys. dzieci, w 2019 r. – już ok. 48,6 tys. dzieci (Kuchar, 2021). Według danych GUS oraz NIZP–PZH odnotowany w 2020 r. poziom zaszczepienia dzieci obowiązkowymi szczepieniami (w 3 r.ż. dziecka) zmniejszył się w zakresie wszystkich chorób w porównaniu z 2010 r., w tym:

- WZW typu B z 99,4% do 95,4%,
- błonica/tężec z 95,6% do 85,4%,
- krztusiec z 95,6% do 85,4%,
- odra, świnka i różyczka z 98,2% do 94,8%,
- ostre nagminne porażenie dziecięce (polio, choroba Heinego-Medina) z 95,6% do 85,5%.

Według danych NIZP–PZH spada również wyszczepialność noworodków i niemowląt (do 12 miesiąca życia) przeciwko gruźlicy, która obecnie wynosi 91,1%.

Od lat rośnie liczba dzieci i młodzieży niezaszczepionych z powodu uchylania się od szczepień (wyk. 2).

Wykres 2. Liczba dzieci i nastolatków niezaszczepionych z powodu uchylania się od obowiązkowych szczepień w latach 2011–2020



Źródło: NIZP–PZH, 2021.

Z badań prowadzonych w 2018 r. wynika, że do najczęstszych przyczyn odmowy zaszczepienia dziecka należą: strach przed działaniami niepożądanymi (64%), wątpliwości dotyczące skuteczności szczepionek (24%), opinie znajomych (3%) i informacje zaczerpnięte z internetu (3%). Aż jedna czwarta spośród przeciwników szczepień nie określiła powodu odmowy zaszczepienia (Stroba-Żelek i in., 2019).

### 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 środowisko szkolne i domowe, a dodatkowo wśród dzieci cudzoziemskich – różnice kulturowe i barierę językową, co ma niewątpliwie znaczenie w obecnym kryzysie humanitarnym wywołanym wojną w Ukrainie.

Jeśli chodzi o osiągalność opieki medycznej w zakresie zdrowia fizycznego, to na podstawie danych Naczelnej Izby Lekarskiej można zauważyć, że liczba wybranych specjalistów opieki nad dziećmi w ostatnich latach nieznacznie zwiększyła się, np. pediatrów z 14 893 w 2016 r. do 15 147 w 2022 r., neonatologów z 1484 do 1664, kardiologów dziecięcych z 136 do 176, psychiatrów dziecięcych z 393 do 498 i chirurgów dziecięcych z 1101 do 1148. Według danych Ministerstwa Zdrowia (MZ) liczba miejsc rezydenckich dla lekarzy na specjalizacjach związanych z pediatrią w większości przypadków jednak zmniejszyła się w ostatnich latach, co w dłuższej perspektywie może potęgować problemy z dostępem do specjalistów (tab. 2).

Jednocześnie czas oczekiwania dzieci na wizyty u wielu specjalistów jest bardzo długi. W 2020 r. na leczenie na oddziale chirurgii urazowo-ortopedycznej dzieci oczekiwały przeciętnie 590 dni, na wizytę w poradni ortodontycznej – 329 dni, na przyjęcie na oddział okulistyki – 246 dni, na operację wad wrodzonych serca i wielkich naczyń u dzieci do ukończenia 1 r.ż. – 181 dni, na wizytę w poradni

**Tabela 2.** Liczba miejsc rezydenckich dla lekarzy i lekarzy dentyistów, którzy rozpoczną szkolenie specjalizacyjne na podstawie postępowania kwalifikacyjnego przeprowadzonego w latach 2020 i 2022

Dziedzina medycyny	Liczba miejsc w 2020 r.	Liczba miejsc w 2022 r.
chirurgia dziecięca	51	40 ▼
choroby płuc dzieci	32	11 ▼
endokrynologia i diabetologia dziecięca	0	7 ▲
gastroenterologia dziecięca	15	7 ▼
kardiologia dziecięca	7	5 ▼
medycyna rodzinna	297	169 ▼
nefrologia dziecięca	12	9 ▼
neonatologia	0	74 ▲
neurologia dziecięca	14	10 ▼
onkologia i hematologia dziecięca	21	19 ▼
otorynolaryngologia dziecięca	10	8 ▼
pediatria	260	95 ▼
pediatria metaboliczna	5	4 ▼
położnictwo i ginekologia	140	45 ▼
psychiatria dzieci i młodzieży	33	28 ▼
stomatologia dziecięca	15	7 ▼

Źródło: MZ, gov.pl.

neurochirurgicznej dla dzieci – 171 dni, w poradni endokrynologii i diabetologii dziecięcej – 170 dni, poradni chorób metabolicznych dla dzieci – 169 dni i zakładzie/ośrodku rehabilitacji leczniczej dziennej dla dzieci – 163 dni. Należy zaznaczyć, że utrzymują się znaczne różnice w tym zakresie między województwami (MZ, 2022).

## Stan zdrowia dzieci w Polsce

Ta część rozdziału poświęcona będzie 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 podczas 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, którego zdrowie i przyszły rozwój mogą zależeć od zachowania i stylu życia ciężarnej. W okresie ciąży, porodu i połogu mogą pojawić się czynniki wpływające negatywnie na rozwój dziecka. Mogą być to działania (przemoc prenatalna) lub zaniechania (zaniedbania prenatalne) osób dorosłych, głównie matki. Działania te i zaniedbania mogą być intencjonalne lub niezamierzone oraz wynikać z braku wiedzy i kompetencji rodziców, ich niewydolności intelektualnej, niezaradności życiowej, niedojrzałej osobowości, historii życia, trudności związanych z zajściem w ciążę lub odrzucenia dziecka (Wójcik, 2007). 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 mogą również 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. Od kilku lat odnotowujemy coraz wyższe odsetki ciężarnych, które coraz później trafiają pod opiekę lekarza. Dane na temat liczby porad udzielonych kobietom do 10 tygodnia ciąży wskazują, że w 2020 r. tzw. wczesna zgłaszalność kształtowała się na poziomie 55%, podczas gdy w 2015 r. – 63%. Spadek mógł być spowodowany ograniczeniami związanymi z pandemią COVID-19. Oznacza to jednak, że blisko połowa 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. m.in. alkoholu, narkotyków i papierosów, w I trymestrze ciąży jest szczególnie szkodliwy i może prowadzić do ciężkiego upośledzenia u dziecka, a nawet jego zgonu lub poronienia. Aby zmotywować ciężarne do wcześniejszego poddania się opiece lekarskiej, rząd przyjął w 2010 r. rozporządzenie uzależniające uzyskanie dodatku z tytułu urodzenia dziecka od zgłoszenia się do lekarza do 10 tygodnia ciąży, które miało obowiązywać od początku 2012 r., jednak nie przyniosło spodziewanego efektu (tab. 3).

**Tabela 3.** Odsetek ciężarnych objętych opieką lekarską w latach 2015–2020

	Kobiety, które zgłosiły się do poradni po raz pierwszy		
	do 10 tygodnia ciąży	w 10–14 tygodniu ciąży	po 14 tygodniu ciąży
2015	63%	19%	18%
2016	60%	19%	21%
2017	59%	19%	22%
2018	57%	19%	24%
2019	58%	19%	23%
2020	55%	19%	26%

Źródło: oprac. własne na podstawie danych z Centrum e-Zdrowie.

Późne zgłaszanie się ciężarnej może jednak wynikać nie tylko z zaniechania czy opieszałości, ale również z barier w dostępie do ginekologa i położnej. W listopadzie 2020 r. średni czas oczekiwania na wizytę w poradni ginekologiczno-położniczej w Polsce wynosił 38 dni (MZ, 2022).

#### Badania prenatalne

W ostatnich latach rośnie liczba kobiet przechodzących badania prenatalne, 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. Według danych MZ w 2015 r. z takiej możliwości skorzystało ponad 90,6 tys. kobiet, spośród których 49 tys. miało mniej niż 35 lat, a 41,6 tys. było w wieku 35 lat i więcej. W 2019 r. było to 111,7 tys. kobiet, w tym 64,6 tys. przed 35 r.ż. i 47 tys. w wieku 35 lat i więcej. Mimo że programem nieodpłatnych badań prenatalnych objęte są jedynie kobiety po 35 r.ż., to wyraźniej wzrosła liczba kobiet młodszych wykonujących badania. Jest to o tyle korzystne, że jak wynika z informacji Naczelnej Izby Kontroli (NIK), w 2014 r. 79% dzieci z wadami układu krążenia urodziły matki poniżej 35 r.ż., a współczynnik występowania wrodzonych wad rozwojowych układu mięśniowo-szkieletowego (na tysiąc urodzeń) mimo że faktycznie był najwyższy 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 do 3,1 wśród kobiet w wieku 30–34 lat (NIK, 2016).

#### Używanie alkoholu w ciąży

Alkohol używany podczas ciąży szkodzi dziecku bardziej niż jakakolwiek inna substancja psychoaktywna, w tym marihuana, heroina i kokaina. 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 wagę 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,



*Złamałam na WF-ie nogę i martwię się, czy poradzę sobie w szkole z nogą w gipsie. Boję się, że wszyscy będą się na mnie patrzeć i że nie dam rady poruszać się po szkole na przerwach. Chcę jeszcze zostać w domu. Rodzice nie rozumieją tego, jak się czuję.*

*Dziewczyna, 13 lat*

*Z telefonów i maili do 116 111*

*- telefonu zaufania dla dzieci i młodzieży*

np. nieprawidłowych odruchów neurologicznych, ADHD oraz zaburzeń percepcji, orientacji, uwagi, pamięci, uczenia się, rozwiązywania problemów, uczuć lub zachowania. Picie alkoholu w ciąży może też prowadzić do większej zachorowalności dziecka (np. na ostrą białaczkę szpikową) oraz wystąpienia spektrum poalkoholowych uszkodzeń płodu (*fetal alcohol spectrum disorder*, FASD) lub płodowego zespołu alkoholowego (*fetal alcohol syndrome*, FAS), który stanowi poważną przyczynę opóźnień w rozwoju fizycznym i psychicznym dziecka (Kornas-Biela, 2012)

Niepokojący jest stosunek społeczny do picia alkoholu przez ciężarne. Z badań przeprowadzonych przez Państwową Agencję Rozwiązywania Problemów Alkoholowych (PARPA) wynika, że tylko 74% badanych zdecydowanie zgadza się ze stwierdzeniem, że kobieta w ciąży nie powinna pić alkoholu, 15% raczej się zgadza, ale aż co dziesiąty badany raczej lub zdecydowanie nie zgadza się z tym stwierdzeniem. W grupie wiekowej 18–34 lat uzyskano niższe wskaźniki przyzwolenia – ze stwierdzeniem, że kobieta w ciąży nie powinna pić alkoholu zdecydowanie lub raczej zgadzało się 87% respondentów. Badania nie wykazały różnic w poglądach w tym aspekcie między kobietami a mężczyznami.

Wśród kobiet, które były kiedykolwiek w ciąży, 7% przyznało się do spożywania alkoholu w tym okresie. To



niższe wskazanie niż w poprzednich badaniach PARP-y (16% w 2005 r., 12% w 2008 r.).

Tylko 35% respondentek stwierdziło, że lekarz poruszał z nimi temat szkodliwości picia alkoholu podczas ciąży, 41% wskazało, że ten temat się nie pojawił, a jedna czwarta nie pamiętała, czy ta kwestia była przedmiotem rozmowy z lekarzem. Wiek respondentek miał znaczenie: 90% kobiet w wieku 18–34 lat, które były kiedykolwiek w ciąży, powiedziało, że lekarz odradzał spożywanie alkoholu w ciąży, w porównaniu z tylko 35% respondentek powyżej 65 r.ż., co może świadczyć, że zwiększa się zaangażowanie lekarzy w edukację pacjentek nt. szkodliwego wpływu alkoholu na płód (PARPA, 2021).

W badaniu przeprowadzonym w 2017 r. przez Główny Inspektorat Sanitarny (GIS) analizowano także świadomość samych matek dotyczącą szkodliwości picia alkoholu – 98% respondentek stwierdziło, że istnieje istotne ryzyko zdrowotne dla dziecka, jeśli matka spożywa znaczne ilości alkoholu w trakcie ciąży, ale już tylko trzy czwarte respondentek było świadomych wysokiego ryzyka w przypadku jego niewielkich ilości. Bardzo nieliczna grupa kobiet twierdziła, że spożywanie niewielkich czy znacznych ilości alkoholu w ciąży nie wiąże się z żadnym ryzykiem (odpowiednio, 1% i 0,4%; GIS, 2017).

### Palenie tytoniu

Dzieci kobiet palących cechują się z reguły niższą masą 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 od tej substancji w późniejszym życiu dziecka. Niezalecane jest również używanie e-papierosów. Z badań wynika, że w 2017 r. 5,9% kobiet przyznawało się do aktywnego palenia w trakcie ciąży. Trend powoli spada – w 2013 r. wskaźnik ten przekraczał 7% (GIS, 2017).

W trakcie ciąży liczba wypalanych papierosów zmniejsza się, choć w I trymestrze nadal palące ciężarne wypalają średnio 4 papierosy dziennie. To jednak też niższe wskazanie niż w 2013 r.

**Tabela 4.** Liczba wypalanych papierosów przez kobiety tuż przed ciążą, w jej trakcie i bezpośrednio po urodzeniu dziecka w latach 2013 i 2017

Okres życia	Średnia w 2013 r.	Średnia w 2017 r.
Kiedykolwiek wcześniej niż 3 miesiące przed ciążą	11,17	9,77
W ostatnich 3 miesiącach przed ciążą	9,47	8,77
W pierwszych miesiącach obecnej ciąży	4,48	4,00
W ostatnich 3 miesiącach obecnej ciąży	2,68	2,23
Obecnie	1,30	1,21

Źródło: GIS, 2017.

Dla rozwijającego się płodu szkodliwe jest także bierne palenie matek. Blisko 18% ciężarnych respondentek twierdzi, że codziennie jest narażone na wdychanie dymu papierosowego w domu, a blisko 10% – w pracy. Oba wskaźniki są niższe niż w 2013 r.

### 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 i zaburzeń zachowania u dziecka.

Zaledwie 1,64% ciężarnych deklarowało w 2017 r. przyjmowanie środków uspokajających lub nasennych (spadek w stosunku do 2,2% w 2013 r.), 0,72% kobiet przyznało się do stosowania leków dostępnych bez recepty, część kobiet (0,77%) do używania leków na receptę za wiedzą lekarza i tylko 0,1% kobiet stosowało leki na receptę bez wiedzy lekarza. Jedynie 0,2% respondentek przyznaje się do używania innych substancji psychoaktywnych w czasie ciąży i 3 miesiące przed zajściem w ciążę. Najczęściej były to haszysz i marihuana.

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

### Zakażenia wertykalne HIV

Ludzki wirus niedoboru odporności (*human immunodeficiency virus*, HIV) może się przenieść z matki na dziecko podczas ciąży, porodu lub karmienia piersią. Ryzyko odmatczynego zakażenia HIV wynosi 15–30%. Przy karmieniu piersią ponad 6 miesięcy lub karmieniu mieszanym wzrasta do ok. 50%. W latach 2010–2019 w Polsce zarejestrowano ok. 224 zakażeń wertykalnych HIV (z matki na dziecko; WHO, 2020). Stanowią one ok. 90% z wszystkich stwierdzonych zakażeń w grupie do 18 r.ż. (Krajowe Centrum ds. AIDS, 2021). W 2019 r. zarejestrowano pięć takich przypadków (Krajowe Centrum ds. AIDS, 2021). Należy zaznaczyć, że u dziecka zakażenie HIV ma znacznie szybszy przebieg oraz wiąże się z większym ryzykiem rozwoju AIDS i zgonu w porównaniu z dorosłymi. Nawet 10% nieleczonych dzieci jest narażonych na zgon w 1 r.ż. 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). Aby rozpocząć leczenie, niezbędne jest wykonanie testów na obecność HIV. W Polsce zaleca się badanie w kierunku HIV u wszystkich ciężarnych do 10 tygodnia ciąży i między 33 a 37 tygodniem ciąży. Niestety badanie to jest wykonywane jedynie u ok. 30–33% ciężarnych w naszym kraju. Konsekwencją jest to, że ryzyko odmatczynego zarażenia HIV u dziecka w Polsce wynosi ok. 20%, podczas gdy w zachodnich państwach UE i Stanach Zjednoczonych oscyluje wokół 1% (RPO, 2019). Przyczyną małej liczby 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. Ponad 80% zbadanych podmiotów mających kontrakt z NFZ przyznaje, że nie realizuje w pełni programu profilaktycznego w zakresie przeciwdziałania zakażeniom wertykalnym HIV (RPO, 2019).

### Płodowy zespół alkoholowy

Alkohol używany przez matkę w czasie ciąży może stać się przyczyną poważnych uszkodzeń organizmu dziecka jeszcze w czasie rozwoju płodowego. Jak już wspomniano,

spożywanie alkoholu może powodować przedwczesny poród, poronienia i wady płodu, w tym zaburzenia psychiczne i fizyczne w organizmie dziecka określane jako FASD.

Termin ten obejmuje:

- FAS (w ICD-10 kod Q86,0),
- niepełny FAS (*partial FAS*),
- neurorozwojowe zaburzenia zależne od alkoholu (*alcohol related neurodevelopmental disorder*, ARDN).

Wspólnym elementem wszystkich rozpoznań FASD jest nieprawidłowy rozwój ośrodkowego układu nerwowego (OUN). Uszkodzeniom 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 późniejszym.
2. Charakterystyczne zmiany dysmorficzne twarzy.
3. Nieprawidłowy rozwój OUN.

Brak systematycznych badań i statystyk, które pozwoliłyby określić skalę występowania FASD. Szacuje się jednak, że pełen FAS występuje w czterech przypadkach na 1000 osób, zaś któreś z zaburzeń FASD przynajmniej w 20 przypadkach na 1000 osób. Szacuje się także, że w Europie FASD jest najbardziej rozpowszechnionym, niegenetycznym schorzeniem neurorozwojowym, dotyczącym ok. 1% wszystkich żywych urodzeń.

Ważne jest jak najwcześniejsze rozpoznanie FASD (zaraz po urodzeniu lub w pierwszych latach życia), co zwiększa szansę na wprowadzenie skutecznej terapii, by osoba chora mogła funkcjonować jak najbardziej samodzielnie. Dlatego PARPA wraz z gronem ekspertów opracowała zalecenia dotyczące rozpoznawania spektrum płodowych zaburzeń alkoholowych (PARPA, 2020).

### Zdrowie okołoporodowe

W odniesieniu do opieki perinatalnej WHO opracowała grupę wskaźników podstawowych i rekomendowanych,

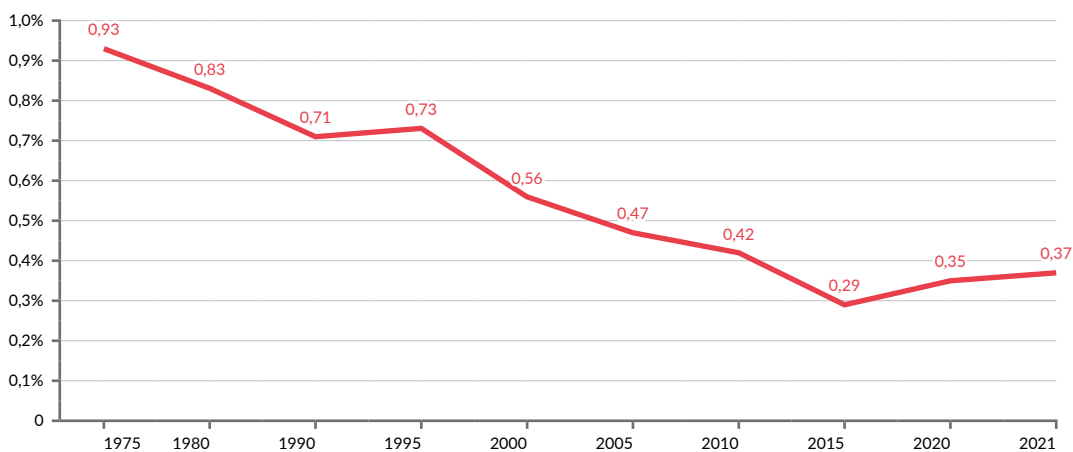
których monitorowanie umożliwi analizę sytuacji zdrowotnej najmłodszej populacji. W Polsce monitorowane są w całości wskaźniki z grupy podstawowych, do których należą:

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

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

W Polsce od lat obserwujemy spadek odsetka urodzeń martwych. W 2020 r. stanowiły one 0,37% ogółu urodzeń i występowały tak samo często na wsi i w mieście (wyk. 3).

**Wykres 3.** Odsetek urodzeń martwych w Polsce w latach 1975–2015



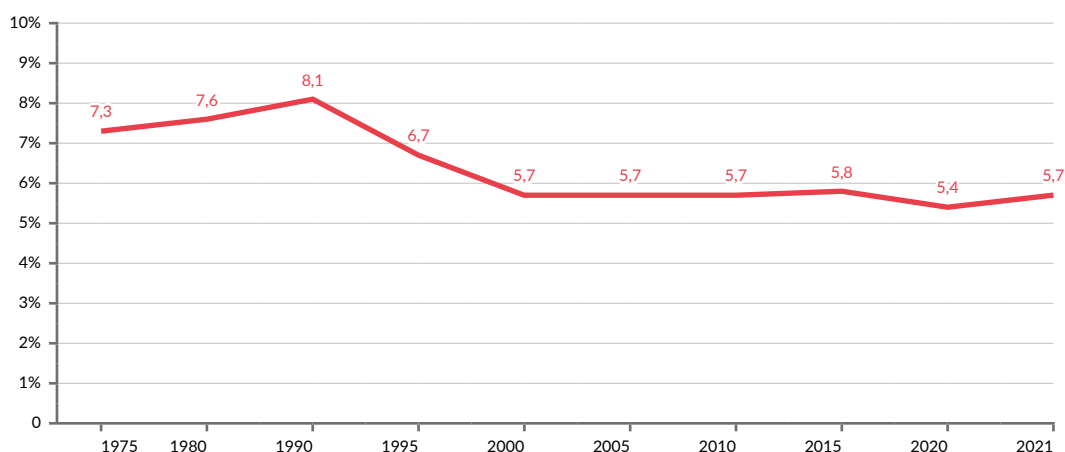
Źródło: Wojtyniak i Goryński, 2016; demografia.stat.gov.pl (dane do 2015 r.).

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

W 2021 r. 5,7% 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

niemalże na tym samym poziomie, to i tak jest nieco niższy niż średnia dla państw UE, którą WHO szacuje na 6,1% (wyższe wskaźniki niż Polska osiąga m.in. Bułgaria – 9,5%, Grecja – 9,4%, Portugalia – 8,9%, Węgry – 7,8%, Hiszpania – 7,5% i Austria – 6,1%).

**Wykres 4.** Odsetek noworodków o wadze poniżej 2500 g (urodzenia żywe) w latach 1975–2021



Źródło: Wojtyniak i Goryński, 2020; GUS.

Za dzieci przedwcześnie urodzone uznaje się te, które przyszły na świat przed 37 tygodniem ciąży, natomiast poród przed 28 tygodniem ciąży uznaje się za skrajnie przedwczesny. Według GUS w roku 2021 przed 37 tygodniem ciąży urodziło się 24 523 dzieci, co stanowiło 7,37% wszystkich urodzeń, zaś dzieci skrajnie przedwcześnie urodzonych było 1369, co stanowiło 0,41% wszystkich urodzeń. Przez ostatnie lata wskaźnik porodów przedwczesnych nieznacznie wzrasta, od 6,49% w roku 2002 do 7,37% w roku 2021.

Na całym świecie urodzenia przedwczesne są najczęstszą przyczyną okotoporodowej zachorowalności i umieralności noworodków. U ok. 30% dzieci urodzonych przed terminem stwierdza się dodatkowe problemy zdrowotne, co wiąże się z koniecznością intensywnej i długotrwałej opieki medycznej oraz różnorodnych interwencji specjalistycznych. Wśród noworodków o masie poniżej 1500 g obserwuje się 200-krotne ryzyko zgonu w 1 r.ż. w porównaniu z noworodkami o masie powyżej 2500 g (Mazowiecki Urząd Wojewódzki, 2014). Ponadto przedwczesne urodzenie jest skorelowane z wyższym ryzykiem krzywdzenia, na co może się składać zarówno pogorszenie relacji rodzic–dziecko w wyniku stresu i długotrwałej opieki medycznej, jak i nadopiekuńczość (Walczak-Kozłowska i Chrzan-Dętkoś, 2019).

Wśród czynników ryzyka wystąpienia porodu przedwczesnego wymienia się:

- niski status socjoekonomiczny;
- wiek ciężarnej poniżej 18 lat lub powyżej 40 lat;
- 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 (m.in. cukrzycą, padaczką);
- nadciśnienie tętnicze, choroby nerek, wady serca;
- palenie tytoniu, używanie alkoholu lub narkotyków;
- niedostateczną opiekę prenatalną.

### Karmienie piersią

Karmienie wyłącznie piersią do minimum 6 miesiąca życia dziecka uznaje się za złoty standard żywienia niemowląt, promowany przez wszystkie towarzystwa naukowe i autorytety w dziedzinie zdrowia, pediatrii, żywienia, m.in. Amerykańską Akademię Pediatrii, WHO i Dyrektoriat Zdrowia Publicznego UE. Zaleca się również karmienie piersią do 2 r.ż., jeśli chcą tego matka i dziecko. 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 oraz redukcję ryzyka cukrzycy typu 1 i 2. Karmienie piersią stanowi również element wzmacniający kompetencje matki i jest czynnikiem chroniącym dziecko przed krzywdzeniem (Baranowska, 2016)

Standard ten nie jest jednak w Polsce realizowany. Z danych udostępnionych przez Centrum e-Zdrowie wynika, że w 2020 r. tylko 74% dzieci w wieku 1–4 tygodnie było karmionych wyłącznie piersią. Odsetek ten malał wraz z wiekiem dziecka.

**Tabela 5.** Odsetki dzieci według sposobów karmienia, 2020 r.

Karmienie	1–4 tygodnia	2–6 miesiąca	9 miesiąc	12 miesiąc
wyłącznie piersią	74%	56%	27%	14%
mieszane	16%	24%	32%	24%
sztuczne	10%	20%	41%	62%

Źródło: dane udostępnione przez Centrum e-Zdrowie.

Przyczyn upatruje się w niewystarczającym systemie wsparcia merytorycznego i praktycznego dla kobiet karmiących. Z raportu *Czy Polska jest krajem przyjaznym matce karmiącej i jej dziecku* z 2018 r. wynika, że tylko 43% ankietowanych kobiet, które urodziły siłami natury, i tylko jednak czwarta, u których rozwiązanie nastąpiło w wyniku cięcia cesarskiego, uzyskało pomoc w przystawieniu dziecka do piersi od razu po porodzie, mimo że standard opieki okołoporodowej stanowi, że taki instruktaż powinien być zapewniony.

”

*Długo czekałem na wizytę u specjalisty, a teraz czekam na wyniki badań i bardzo się nimi martwię. Wcześniej miałem chorobą nowotworową, ale już z niej wyzdrowiałem. Boję się, że może wrócić. Często martwię się, że coś złego mogłoby się wydarzyć, chociaż wiem, że takie zamartwianie się nie ma sensu. Muszę czekać, aż sprawa się wyjaśni.*

*Chłopak, 16 lat*

*Z telefonów i maili do 116 111*

*– telefonu zaufania dla dzieci i młodzieży*

Tylko 38% kobiet miało możliwość skorzystania z porady doradcy laktacyjnego podczas pobytu w szpitalu po urodzenia dziecka, a 57% kobiet stwierdziło, że w trakcie pobytu w szpitalu ich dzieci były dokarmiane mlekiem modyfikowanym (Centrum Nauki o Laktacji, 2018).

#### Zespół nagłego zgonu niemowląt

Zespół nagłego zgonu niemowląt (*sudden infant death syndrome* – SIDS), inaczej zwany śmiercią łóżeczkową, jest to nagła śmierć niemowlęcia do 1 r.ż., której nie wyjaśnia autopsja, badanie miejsca śmierci ani analiza wywiadu klinicznego. W Polsce rejestrowanych jest kilkadziesiąt takich przypadków rocznie. W roku 2020 r. SIDS był przyczyną zgonu 15 dzieci (tab. 6).

**Tabela 6.** Liczba zgonów dzieci w wyniku zespołu nagłego zgonu niemowląt w Polsce w latach 2011–2020

Rok	Chłopcy	Dziewczynki	Ogółem
2011	28	29	57
2012	30	21	51
2013	21	20	41
2014	28	14	42
2015	21	18	39
2016	26	18	44
2017	2	4	6
2018	16	15	31
2019	13	10	23
2020	5	10	15

Źródło: Eurostat, GUS, 2021.

Etiologia SIDS nie została do końca poznana. Uznaje się, że jej przyczyny leżą po stronie czynników środowiskowych i genetycznych. Do czynników środowiskowych zalicza się: palenie papierosów i picie alkoholu w okresie ciąży (w szczególności w I trymestrze), zaniedbania opieki medycznej w okresie prenatalnym, przedwczesny poród i niską masę urodzeniową, ekspozycję dziecka na dym papierosowy po urodzeniu, zbyt miękką materac w łóżku dziecka, wyziębienie lub przegrzanie dziecka, a także spanie z dzieckiem w jednym łóżku. Inne czynniki ryzyka SIDS wiążą się z samotnym macierzyństwem, trudną sytuacją materialną, powikłaniami ciąży i porodu, ciążami w krótkim odstępie czasu lub mnogimi, układaniem dziecka do snu na brzuchu, powikłaniami zdrowotnymi u niemowlęcia i oceną noworodka w skali Apgar na poziomie 5 pkt lub mniej. Najważniejszym aspektem postępowania profilaktycznego w stosunku do SIDS jest identyfikacja czynników ryzyka oraz edukacja rodziców dotycząca działań prewencyjnych.

### Zespół dziecka potrząsanego

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

W większości przypadków SBS diagnozowany jest u dzieci od 5 do 9 miesiąca życia. Duża podatność mózgu noworodka na urazy wynika z kilku czynników, m.in. z nieproporcjonalnie dużej głowy noworodka, stosunkowo słabych mięśni szyjnych, niezarośniętego ciemiączka, rozległej przestrzeni podpajęczynówkowej i dużej zawartości wody w strukturach mózgu.

Powyższe czynniki w sposób szczególny predysponują niemowlęta do poważnych urazów, gdy są chwywane za tułów lub ramiona i potrząsane.

Według danych NIZP-PIH w 2020 r. z powodu urazów głowy do szpitali trafiło 3147 dzieci poniżej 1 r.ż., w tym 167 z urazem śródczaszkowym lub urazem mózgu.

Dostępne statystyki, zbierane według obowiązującej klasyfikacji ICD-10, zaliczają SBS (jeśli powstał w skutek świadomego działania rodziców) do grupy tzw. zespołów maltretowania dziecka (T74). Według danych PZH w 2020 r. odnotowano 25 rozpoznań T74, co z pewnością nie oddaje jednak całości skali problemu. W Polsce obowiązuje podwójne kodowanie. Jako pierwszy podaje się kod wskazujący na istotę obrażenia, a jako drugi – wskazujący

na jego przyczynę. Część podmiotów leczniczych nie przestrzega obowiązku podania przyczyny urazu.

### Zastępczy zespół Münchhausena

Zastępczy/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 do 6 r.ż. Wśród wywoływanych objawów najczęściej zdarzają się: niezdolność ruchowa i patologiczna senność na skutek podawania dzieciom dużych dawek barbituranów, uporczywe wymioty na skutek mechanicznej prowokacji, hipoglikemia po podaniu insuliny i zakażenia wywołane wstrzykiwaniem zanieczyszczonych substancji. Według statystyk w 95–98% przypadków przeniesionego zespołu Münchhausena sprawcą jest matka biologiczna. W grupie podwyższonego ryzyka znajdują się matki z powikłaniami okołoporodowymi, z doświadczeniem krzywdzenia w dzieciństwie, cierpiące na zaburzenia psychiczne i związane z zawodami medycznymi (Yates i Bass, 2020). 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 ok. 1200 przypadków tego zaburzenia rocznie (Berent i in., 2010).

### Główne powody hospitalizacji dzieci i młodzieży w Polsce

Najczęstszym powodem hospitalizacji dzieci i nastolatków są wybrane stany rozpoczynające się w okresie okołoporodowym (m.in. związane z chorobami wrodzonymi, powikłaniami w czasie porodu, czynnikami odmatczynymi itd.). Na drugim miejscu plasują się urazy, zatrucia i inne skutki działania czynników zewnętrznych. W 2020 r. łącznie z tego powodu opieki szpitalnej wymagało ponad 146 tys. dzieci i nastolatków. Jest to o tyle niepokojące, o ile w tej

grupie najczęściej mieszczą się urazy i inne stany spowodowane przemocą lub zaniedbaniem, zwłaszcza w grupie dzieci najmłodszych (tab. 7).

**Tabela 7.** Główne przyczyny hospitalizacji dzieci i młodzieży w 2020 r.

Lp.	Schorzenie	Kody ICD-10	<1 r.ż.	1-4 lat	5-14 lat	15-19 lat	Razem: 0-19 lat
1.	Wybrane stany rozpoczynające się w okresie okołoporodowym	P00-P96	157 116	36	0	0	157 152
2.	Urazy, zatrucia i inne określone skutki działania czynników zewnętrznych	S00-T98	5294	32 348	75 128	33 693	146 468
w tym	uraz śródczaszkowy	S06	167	957	2301	1231	4656
	inne urazy głowy	S00-S05, S07-S09	2980	12 052	11 052	4103	30 187
	oparzenia	T20-T32	454	2857	823	301	4435
	zatrucie lekami, środkami farmakologicznymi i substancjami biologicznymi oraz toksyczne skutki działania substancji zazwyczaj niestosowanych w celach leczniczych	T36-T65	358	2553	1951	3710	8572
	następstwa urazów, zatruc i innych skutków działania czynników zewnętrznych	T90-T98	7	213	2863	1617	4700
3.	Choroby układu oddechowego	J00-J99	28 370	41 730	39 972	6270	116 342
4.	Wybrane choroby zakaźne i pasożytnicze	A00-B99	12 871	20 312	14 421	3523	51 127
5.	Choroby układu pokarmowego	K00-K93	6399	10 594	20 935	12 590	50 518

Źródło: NIZP-PZH, <http://www.statystyka.medstat.waw.pl>.

Skrajne przypadki maltretowania dzieci i ich konsekwencje klasyfikowane są w ICD-10 w kategorii T74 – zespoły maltretowania dzieci. Niestety, jak już wspomniano, 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 T-74, najczęściej dotyczy dzieci najmłodszych – poniżej 4 r.ż. (tab. 8).

**Tabela 8.** Zdiagnozowane zespoły maltretowania dzieci T74 według międzynarodowej klasyfikacji chorób i problemów zdrowotnych ICD-10

Rok	Dziewczynki	Chłopcy	Ogółem
2016	12	9	21
2017	20	13	33
2018	20	12	32
2019	18	11	29
2020	17	8	25

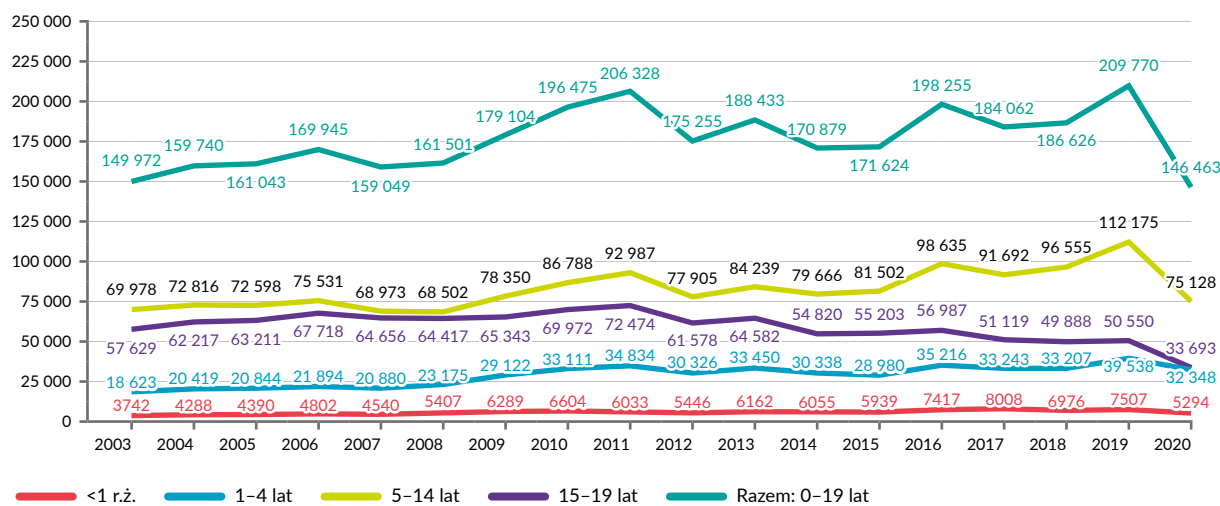
Źródło: NIZP-PZH.



### Bezpieczeństwo dzieci: wypadki i urazy

Analizując dane z ostatnich kilkunastu lat, można zauważyć, że co roku 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 2020 r. wzrósł udział dzieci zarówno najmłodszych, poniżej 1 r.ż. jak i poniżej 5 r.ż. (odpowiednio, z 2,4% do 3,6% i z 14,9% do 22,3%). Wyraźny spadek hospitalizacji z powodu urazów w 2020 r. w porównaniu z 2019 r. może wiązać się z pandemią COVID-19 i mniejszą aktywnością dzieci, które przez znaczną część roku odbywały naukę w sposób zdalny i przez kilka tygodni pierwszego *lockdownu* (marzec–kwiecień 2020 r.) nie mogły poruszać się w przestrzeni publicznej bez dorosłych opiekunów (wyk. 5).

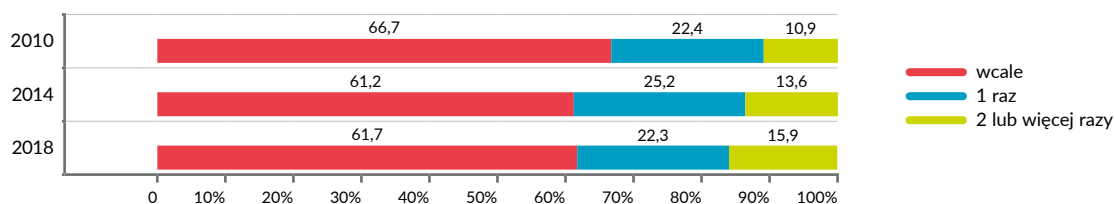
Wykres 5. Liczba hospitalizacji z powodu urazów wywołanych przyczynami zewnętrznymi wg wieku w latach 2003–2020



Źródło: oprac. własne na podstawie danych z NIZP-PZH (<http://www.statystyka.medstat.waw.pl>).

Ostatnie polskie badania HBSC (*Health Behaviour in School-aged Children* [Zachowania zdrowotne wśród dzieci i młodzieży szkolnej]) z roku 2018 wykazało, że 38,2% nastolatków, czyli co trzeci z badanych uczniów, w ostatnich 12 miesiącach doznał przynajmniej jednego urazu wymagającego pomocy medycznej, a 15,9% – doznało powtarzających się urazów. W porównaniu z poprzednimi edycjami badania HBSC ten ostatni wskaźnik wyraźnie rośnie (wyk. 6; Mazur i Małkowska-Szkutnik, 2018).

Wykres 6. Częstość występowania urazów wymagających pomocy medycznej u dzieci w wieku 11–15 lat w Polsce w latach 2010, 2014 i 2018



Źródło: wyniki badań HBSC 2014 i 2018.

### Wypadki w placówkach szkolno-oświatowych

Szkoła jest jednym z ważniejszych środowisk życia dzieci i młodzieży. Uczęszcza do niej ponad 5 mln uczniów. Ministerstwo Edukacji i Nauki (MEiN) w ramach Systemu Informacji Oświatowej (SIO) gromadzi informacje na temat wypadków w placówkach szkolnooświatowych. W roku szkolnym 2019/2020 doszło do 22 509 wypadków. Jest to zdecydowanie mniej niż w latach wcześniejszych – np. w roku szkolnym 2017/2018 takich wypadków było 54 459. Zapewne powodem zmniejszenia liczby wypadków był *lockdown* związany pandemią COVID-19 i przejście na naukę zdalną. W 2020 r. głównymi powodami wypadków były nieuwaga ucznia i nieumyślne działanie ucznia lub innej osoby (tab. 9).

**Tabela 9.** Przyczyny wypadków w latach szkolnych 2017/2018 i 2019/2020

Przyczyna wypadku	Liczba wypadków	
	rok szkolny 2017/2018	rok szkolny 2019/2020
nieuwaga ucznia	35 120	12 080
inne przyczyny	10 465	4004
działania nieumyślne ucznia	-	2779
działania nieumyślne innej osoby	-	1546
uderzenie nieumyślne	7806	1346
działania umyślne innej osoby	-	331
działania umyślne ucznia	-	179
pobicie, umyślne uderzenie	740	160
nieznajomość lub nieprzestrzeganie przepisów BHP	138	26
zły stan zdrowia lub niepełna zdolność do zajęć	77	-
brak lub niedostateczny nadzór nad uczniem	45	10
zły stan techniczny obiektów	28	16
zły stan techniczny wyposażenia, sprzętów	8	13
niewłaściwe posługiwanie się maszynami i urządzeniami	12	9
niewłaściwe zabezpieczenie maszyn i urządzeń	7	6
niewłaściwe zabezpieczenie substancji i preparatów chemicznych	-	2
niewłaściwe zabezpieczenie klatek schodowych i korytarzy	5	-
zły stan techniczny maszyn i urządzeń	5	1
przewodzenie zajęć niezgodne z programem	3	1

Źródło: dane.gov.pl.

## Zachowania antyzdrowotne

### Złe odżywianie

Złe nawyki żywieniowe, skutkujące nadwagą i otyłością, są poważnym problemem zdrowotnym. Wyniki kolejnych edycji badania HBSC wskazują, że sytuacja jest niepokojąca, a trend nie wykazuje stałej poprawy. W 2018 r. w zależności od płci i grupy wiekowej otyłością i nadwagą dotkniętych było od 5,5% (dziewczyny w wieku 15–16 lat) do 21,5% populacji (chłopcy w wieku 13–14 lat; wyk. 7).

**Wykres 7.** Rozpowszechnienie otyłości i nadwagi wśród młodzieży szkolnej w latach 2006–2018 w Polsce na podstawie danych HBSC



Źródło: Wojtyniak i Goryński, 2020.

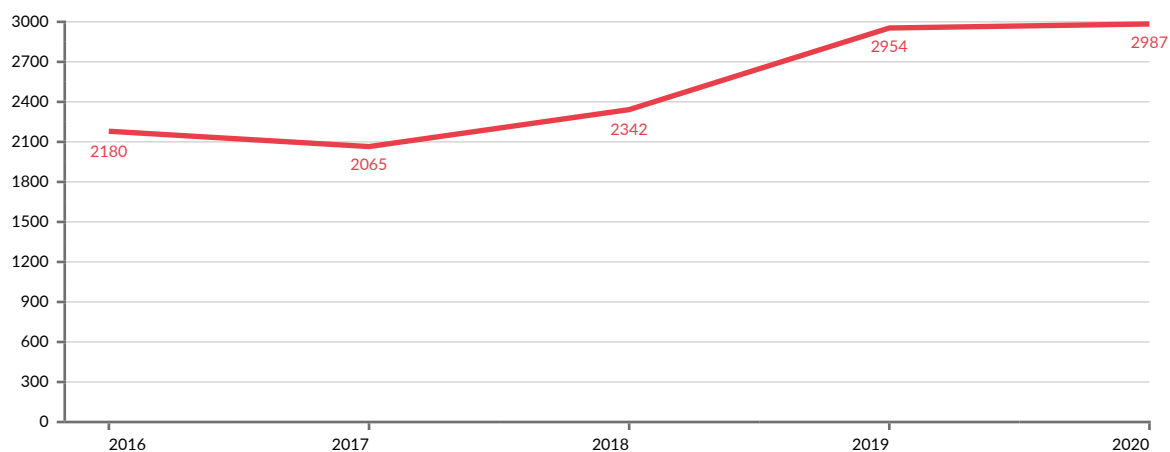
Istotną rolę w ograniczeniu nadwagi i otyłości u dzieci i młodzieży odgrywają rodzice. Badania pokazują jednak, że znaczna część rodziców nietrafnie ocenia proporcje wagowo-wzrostowe swoich dzieci (Czajka i Kołodziej, 2015). Jest to o tyle niepokojące, że występowanie nadwagi i otyłości u dzieci jest silnym predyktorem utrzymywania się tych problemów w wieku dorosłym.

Ponadto tylko 50% uczniów w wieku 11–15 lat o prawidłowym wskaźniku masy ciała (*body mass index*, BMI) uważa, że ich masa ciała jest prawidłowa (46% dziewczyn i 56% chłopców). Czternaście procent osób o prawidłowym wskaźniku BMI uznaje się za zbyt szczupłe (odpowiednio, 6% i 23%), a 36% – za grube (48% i 21%).

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. W 2018 r. co piąty nastolatek (21%) odchudzał się. Dziewczyny podejmują takie działania znacząco częściej niż chłopcy (25% vs 16%; Mazur i Małkowska-Szkućnik, 2018).

Niekontrolowane stosowanie różnych diet może prowadzić do rozwoju zaburzeń odżywiania. Według danych uzyskanych z Instytutu Psychiatrii i Neurologii z ich powodu w 2020 r. w Polsce było leczonych 2987 dzieci i nastolatków do 18 r.ż. (wyk. 8).

**Wykres 8.** Liczba dzieci leczonych ambulatoryjnie ze względu na zaburzenia odżywiania



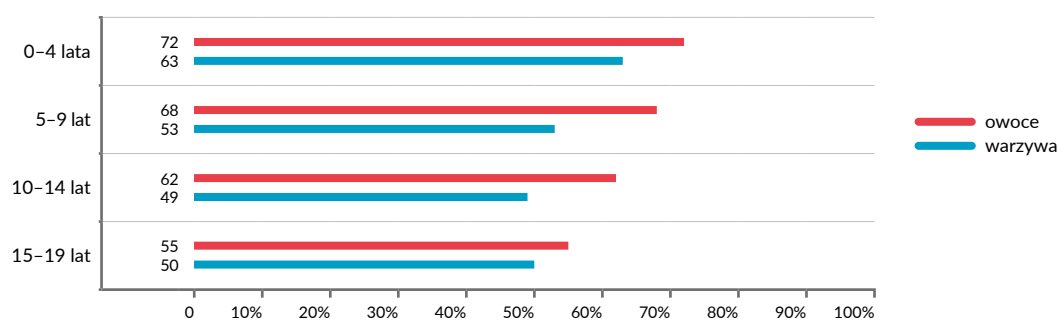
Źródło: Dane udostępnione przez Instytut Psychiatrii i Neurologii.

#### Spożycie warzyw i owoców

Zgodnie z zaleceniami WHO podstawą diety powinny być warzywa i owoce, które powinny stanowić co najmniej połowę posiłków spożywanych w ciągu dnia (Jarosz, 2016).

Według badania GUS w 2019 r. 72% dzieci w przedziale wiekowym 0,5–4 lat jadło owoce przynajmniej raz dziennie, a warzywa (nie uwzględniając ziemniaków) – 63%. Częstość spożycia wyraźnie malała z wiekiem. Wszystkie dzieci częściej jadły owoce niż warzywa (wyk. 9).

**Wykres 9.** Odsetek dzieci spożywających owoce i warzywa przynajmniej raz dziennie w 2019 r. (wg wieku)



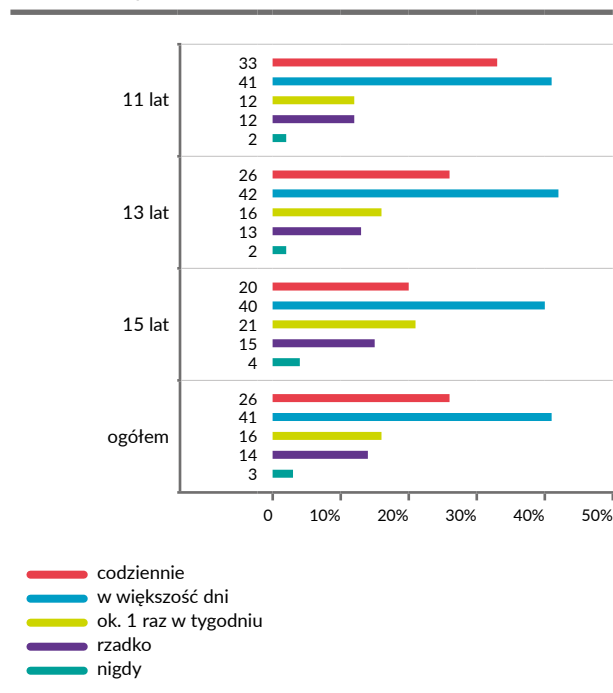
Źródło: GUS, 2021.

Mniej korzystny obraz sytuacji przedstawia badanie HBSC z 2018 r., w którym wykazano, że jedynie 38% uczniów w wieku 11–15 lat codziennie je owoce, a 34% – warzywa, przy czym dziewczyny odżywiają się lepiej. Tak duża rozbieżność w wynikach obu badań przynajmniej częściowo jest

związana z różnicami metodologicznymi – w badaniu GUS kwestionariusz ankietowy dotyczący dzieci wypełniali rodzice, w HBSC robili to sami uczniowie.

Zmniejszające się wraz z wiekiem spożycie owoców i warzyw może świadczyć o tym, że nawyki żywieniowe dzieci i młodzieży nie zostały poprawnie ukształtowane. Podstawowym środowiskiem kształtowania u dzieci właściwych nawyków żywieniowych jest rodzina. Posiłki rodzinne stanowią jeden z fundamentalnych elementów zachowań żywieniowych dzieci i młodzieży. Umożliwiają m.in. modelowanie korzystnych wzorców w zakresie stosowania odpowiedniej diety. Badania wykazują, że ok. 16% dzieci w wieku 11–15 lat albo nigdy nie spożywa posiłków razem z rodzicami, albo robi to rzadziej niż raz w tygodniu (wyk. 10).

**Wykres 10.** Częstość spożywania posiłków razem z rodzicami przez młodzież w wieku 11–15 lat w 2018 r.



Źródło: Mazur i Małkowska-Szkutnik, 2018.

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

Aktywność fizyczna jest jednym z najważniejszych czynników pozwalających na zachowania zdrowia zarówno fizycznego, jak i psychicznego. Rekomendowana częstość intensywnej aktywności fizycznej dla dzieci i młodzieży to wg WHO co najmniej trzy razy w tygodniu.

Wyniki badania zarówno EHIS (*European Health Interview Survey* [Europejskie ankietowe badanie zdrowia]), jak i HBSC pokazują, że zwiększa się odsetek dzieci i młodzieży podejmujących aktywność fizyczną. Według badania EHIS z 2019 r. 98% uczniów w wieku 6–14 lat bierze udział w obowiązkowych zajęciach wychowania fizycznego i chociaż poza lekcjami regularne zajęcia sportowe lub rekreacyjne podejmuje tylko 51% z nich (55% chłopców i 47% dziewczyn), to i tak jest to wzrost o 2 pkt procentowe w stosunku do danych z 2014 r. i 15 pkt procentowych w stosunku do danych z 2009 r. Jednocześnie jednak 14% uczniów (12% chłopców i 15% dziewczyn) nie uczestniczy w żadnej formie aktywności fizycznej poza lekcjami, co też stanowi wzrost w stosunku do wyników z 2014 r., kiedy 10% dzieci i nastolatków nie podejmowało żadnej aktywności fizycznej poza szkołą (GUS, 2021).

Podobne wnioski płyną z ostatniego badania HBSC z 2018 r. Wykazano w nim, że 33% uczniów (38% chłopców i 28% dziewczyn) utrzymuje poziom aktywności fizycznej zalecany przez WHO dla prawidłowego rozwoju i zachowania zdrowia. Aktywność fizyczna młodzieży zmniejsza się w starszych grupach wieku i jednocześnie pogłębiają się różnice zależne od płci – zaledwie 22% dziewczyn w wieku 15–16 lat utrzymuje zalecany poziom aktywności (Mazur i Małkowska-Szkutnik, 2018). Oznacza to, że zdrowie ponad trzech czwartych młodych ludzi w Polsce jest zagrożone z powodu niewystarczającej aktywności fizycznej.

Dodatkowo te niekorzystne trendy spotęgowała pandemia COVID-19. Według badań firmy Kantar wykonanych w ramach programu Polskiego Związku Lekkiej Atletyki średni dzienny czas poświęcany przez dzieci i młodzież na aktywność fizyczną skrócił się o ponad jedną trzecią – z 84 min przed pandemią do 53 min w jej trakcie (badanie wykonano we wrześniu 2020 r.; PZLA, 2021). Więcej o sytuacji dzieci w pandemii można przeczytać w rozdziale: Sytuacja dzieci i młodzieży w kontekście doświadczeń pandemii COVID-19.

Jednocześnie analizy pokazują, że nieznacznie rośnie liczba dzieci i nastolatków, które poświęcają 2 lub więcej godzin dziennie na zajęcia sedentarne: oglądanie filmów, gry komputerowe, sprawdzanie smartfona itd. (tab. 10).

**Tabela 10.** Odsetek młodzieży w wieku 11–15 lat spędzającej w bezruchu przed ekranem powyżej 2 godz. dziennie w Polsce w latach 2014–2018

	2014 r.	2018 r.
<b>Oglądanie filmów lub innych programów</b>		
dni szkolne	60%	61%
weekendy	80%	83%
<b>Gry na komputerze lub na innych urządzeniach</b>		
dni szkolne	34%	34%
weekendy	53%	56%
<b>Korzystanie z komputera, tabletu lub smartfona w innym celu</b>		
dni szkolne	55%	56%
weekendy	67%	66%

Źródło: Mazur i Małkowska-Szcutnik, 2018.

Jednocześnie odsetek dzieci i młodych osób, które poświęcają 6 lub więcej godzin w ciągu dni szkolnych na zajęcia sedentarne wynosi: 5% – oglądanie filmów lub innych programów, 3% – gry komputerowe i 18% – korzystanie z urządzeń ekranowych w innych celach. W weekendy odsetki te są jeszcze wyższe i wynoszą, odpowiednio, 16%, 12% i 19% (Mazur i Małkowska-Szcutnik, 2018).

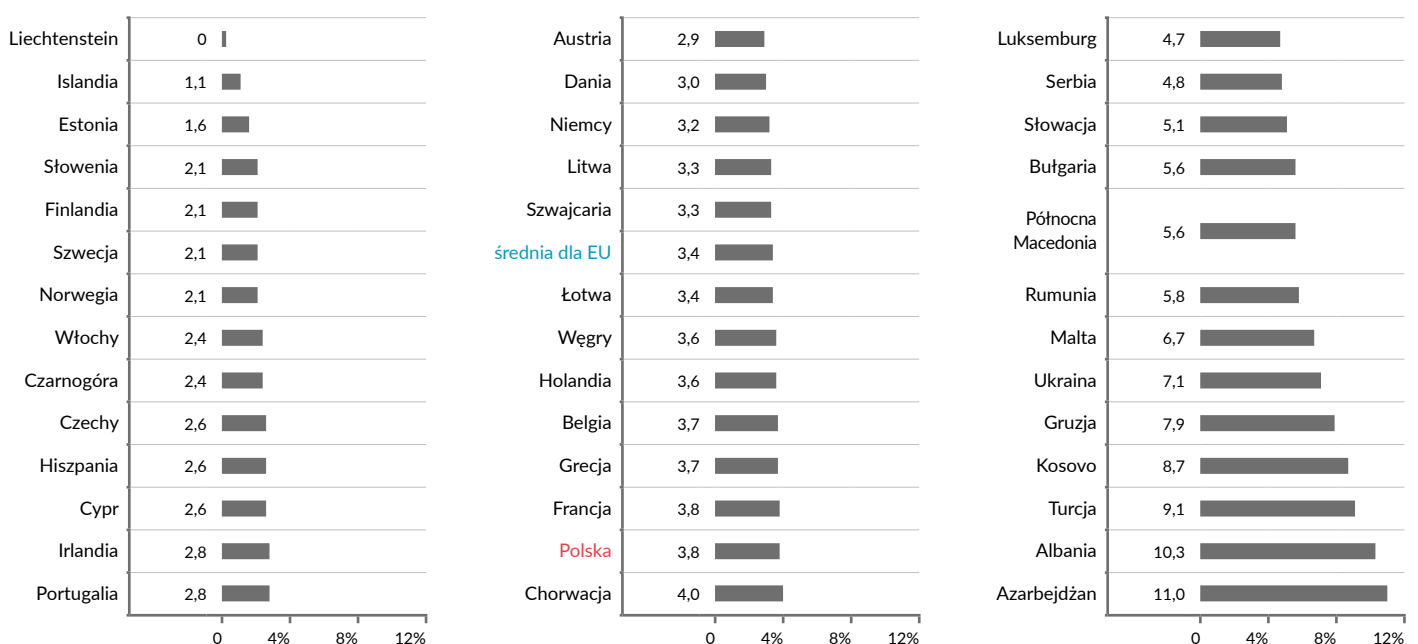
### Umieralność dzieci i młodzieży

Umieralność niemowląt (dzieci, które nie ukończyły 1 r.ż.) zmniejsza się w Polsce od wielu lat. Według GUS w 2021 r. zmarło 1306 niemowląt, tzn. blisko 3,9 na 1000 urodzeń żywych. Dla porównania w 2002 r. współczynnik ten wynosił 7,5.

Mimo że w Polsce wskaźnik umieralności niemowląt sukcesywnie maleje, to nadal jest wyższy niż średnia dla państw UE, która w 2019 r. wynosiła 3,4 (wyk. 11).

Niska masa urodzeniowa jest jednym z głównych czynników ryzyka umieralności niemowląt. Na tę grupę noworodków, która wg GUS w 2021 r. stanowiła w Polsce zaledwie 5,7% wszystkich żywych urodzeń, przypadło aż 68% zgonów w okresie niemowlęcym.

**Wykres 11.** Umieralność niemowląt (do 1 r.ż.) w 2019 r.



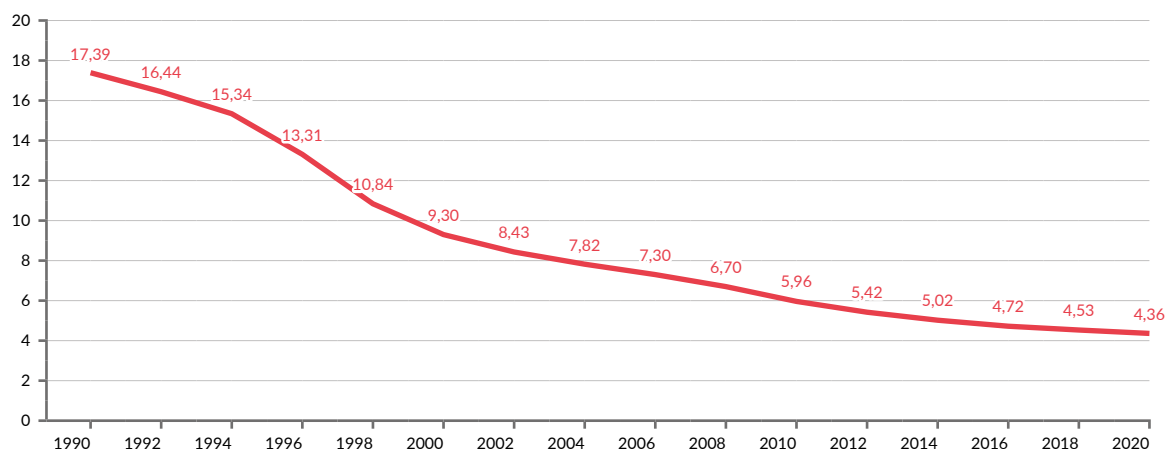
Źródło: Eurostat.

W 2020 r. połowa zgonów niemowląt była spowodowana stanami chorobowymi rozpoczynającymi się w okresie okołoporodowym, a 40% – wrodzonymi wadami rozwojowymi. Główną przyczyną zgonów niemowląt powstającą w okresie okołoporodowym są zaburzenia związane ze skróconym trwaniem ciąży i niską urodzeniową masą ciała.

W Polsce zmniejsza się również umieralność dzieci poniżej 5 r.ż. (wyk. 12).

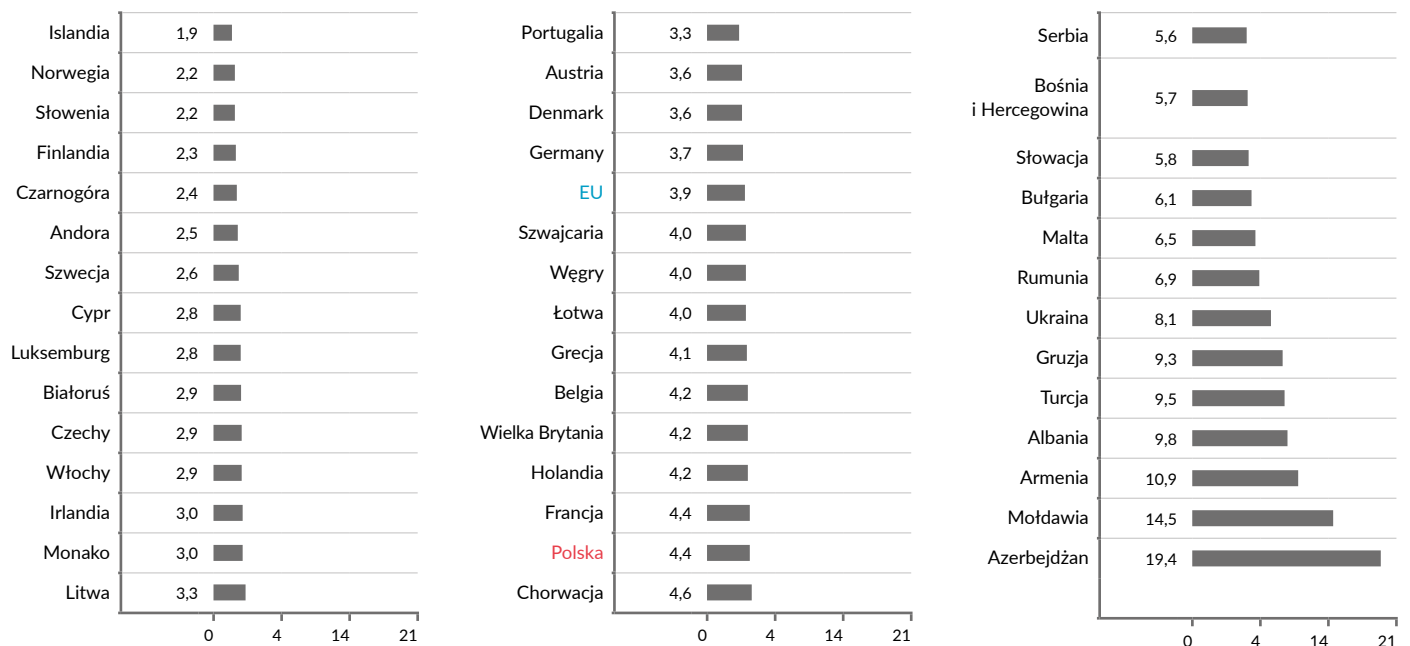
Mimo tego korzystnego trendu Polska nadal jest w tyle za większością państw europejskich (wyk. 13).

Wykres 12. Wskaźnik umieralności dzieci poniżej 5 r.ż. na 1000 urodzeń żywych w Polsce w latach 1990–2020



Źródło: UNICEF (www.childmortality.org).

Wykres 13. Śmiertelność dzieci poniżej 5 r.ż. (na 1000 urodzeń żywych w 2020 r.)



Źródło: data.worldbank.org.

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 dominującą przyczyną zgonu w grupie wiekowej 10–19 lat. Jest to niepokojące, ponieważ właśnie te powody są możliwe do wyeliminowania (tab. 11).

**Tabela 11.** Udział zgonów z powodu głównych przyczyn w ogólnej liczbie zgonów wg grup wieku zmarłych w Polsce w 2020 r.

poniżej 1 r.ż.		1–4 lat		5–9 lat		10–14 lat		15–19 lat	
P	50%	Q	35%	C	30%	VY	45%	VY	69%
Q	40%	C	17%	VY	20%	C	18%	C	7%
VY	2%	VY	16%	Q	19%	Q	9%	J	5%
J	2%	J	9%	G	10%	J	8%	G	4%

C nowotwory (C00.0–D48.9)

G choroby układu nerwowego (G00.0–G98)

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)

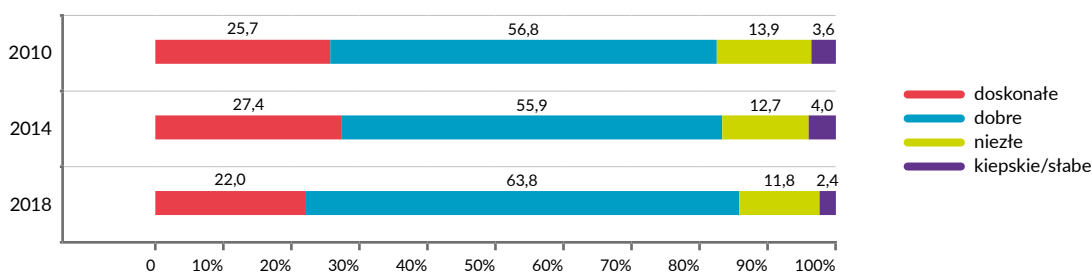
VY zewnętrzne przyczyny zachorowania i zgonu (V01.0–Y89.9)

Źródło: oprac. własne na podstawie danych GUS (demografia.stat.gov.pl).

## Ocena stanu zdrowia dzieci i młodzieży

Według danych z ostatnich badań HBSC dwie trzecie dzieci i nastolatków w wieku 11–15 lat ocenia swoje zdrowie jako dobre lub doskonałe. Ocena skrajnie negatywna (zdrowie słabe) występowała rzadko (2,4% wskazań). Skala zjawiska złego samopoczucia może być jednak zaniżona, ponieważ badani wypełniali ankiety na terenie szkoły w czasie zajęć lekcyjnych, co eliminowało osoby trwale lub okresowo nieuczęszczające do szkoły z powodu poważniejszych problemów zdrowotnych (wyk. 14).

**Wykres 14.** Samoocena zdrowia młodzieży w wieku 11–15 lat w latach 2010–2018



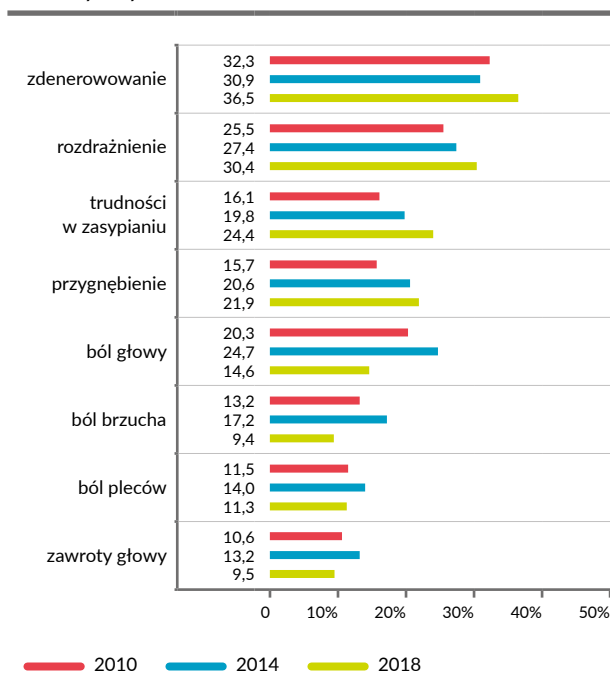
Źródło: Mazur i Małkowska-Szkutnik, 2018.



Ponadto samoocena zdrowia pogarsza się z wiekiem i jest wyraźnie gorsza u dziewczyn.

W porównaniu z wynikami badań HBSC z 2010 r. w 2018 r. odnotowano natomiast nasilenie wszystkich odczuwanych subiektywnych dolegliwości o podłożu psychicznym oraz zmniejszenie nasilenia wszystkich badanych dolegliwości somatycznych (wyk. 15).

**Wykres 15.** Częstotliwość odczuwania przez młodzież w wieku 11–15 lat powtarzających się dolegliwości subiektywnych w latach 2010–2018



Źródło: Mazur i Małkowska-Szkutnik, 2018.

Prawie 42% nastolatków odczuwa często dwie lub więcej dolegliwości o podłożu psychicznym lub somatycznym, w tym częściej są to dziewczyny niż chłopcy (49% vs 34%) oraz starsza młodzież niż młodsza (50% 15-latków vs 32% 11-latków).

Nie stwierdzono również istotnych różnic w ocenie zdrowia dzieci przez rodziców między badaniami EHS z 2019 r. Znakomita większość osób ocenia zdrowie dzieci jako dobre lub bardzo dobre (od 92,9% wskazań w przypadku młodzieży w wieku 15–19 lat po 95% wskazań w przypadku dzieci w wieku 5–9 lat). Jedynie ok. 0,9–1,6% respondentów oceniło w 2019 r. zdrowie dzieci jako złe lub bardzo złe (GUS, 2021).

## Zakończenie

Mimo zagwarantowania przez ustawodawcę szczególnej ochrony zdrowia dzieci i młodzieży nie wszystkie zapisy prawa są w pełni realizowane. Podobnie jak w poprzedniej edycji *Raportu Dzieci się liczą 2017* niepokoi niepełna realizacja usług zdrowotnych dla dzieci najmłodszych w postaci wizyt patronażowych czy badań bilansowych. Jest to o tyle ważny aspekt opieki medycznej, o ile wizyta patronażowa czy wizyta u lekarza to często jedyne okazje, by profesjonalista spoza rodziny obejrzał dziecko, ocenił stan jego zdrowia i relacje z opiekunami. Zaniedbania w tym zakresie stanowią niewykorzystaną szansę ochrony dzieci, nie tylko pod względem aspektów medycznych, ale także w kontekście potencjalnego krzywdzenia.

Kolejnym niepokojącym trendem jest zmniejszająca się wyszczepialność dzieci, co stanowi zagrożenie populacyjne chorobami, które wydawało się, że odeszły już w niepamięć, oraz bariery w dostępie do specjalistów i badań specjalistycznych. Ponadto niekorzystnymi zjawiskami zwracającymi uwagę są utrzymujące się duże liczby wypadków i urazów u dzieci i młodzieży skutkujące hospitalizacją, ale też zgonem.

Niewątpliwie korzystnym trendem jest natomiast 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.

Do opisanych w niniejszym rozdziale wyzwań w ostatnim okresie dochodzą nowe. Jesteśmy świeżo po pandemii COVID-19, która może wiązać się z długotrwałymi, niemożliwymi jeszcze w tej chwili do przewidzenia konsekwencjami zdrowotnymi w całej populacji. Stoimy również przed potrzebą zapewnienia właściwej opieki setkom tysięcy dzieci z Ukrainy, które w naszym kraju szukają schronienia przed wojną. Stąd też obszar ochrony zdrowia powinien być nadal przedmiotem wnikliwych analiz oraz skoordynowanych działań opartych na dokładnych danych i dowodach naukowych, 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.

## Bibliografia

- Baranowska, B. (2016). Karmienie piersią jako czynnik chroniący dzieci przed krzywdzeniem. *Dziecko Krzywdzone. Teoria, badania, praktyka*, 15(4), 44–64.
- Berent, D., Florkowski, A., Gatecki, P. (2010). Przeniesiony zespół Münchhausena. *Psychiatria Polska*, 44(2), 245–254.
- Centrum Nauki o Laktacji. (2018). *Czy Polska jest krajem przyjaznym matce karmiącej i jej dziecku? Opieka położnej na oddziale położniczym, wizyta u lekarza medycyny rodzinnej oraz wizyty u doradców/konsultantów laktacyjnych. Raport 2018*. Pobrane z: [https://cnol.kobiety.med.pl/wp-content/uploads/2019/01/Raport\\_karmienie\\_w\\_Polsce\\_2018.pdf](https://cnol.kobiety.med.pl/wp-content/uploads/2019/01/Raport_karmienie_w_Polsce_2018.pdf)
- Czajka, K., Kołodziej, M. (2015). Postrzeżenie przez rodziców masy ciała dzieci przedszkolnych oraz analiza związku wybranych czynników rodzicielskich z przeprowadzoną oceną masy ciała. *Developmental Period Medicine*, XIX, 3(1317).
- GIS. (2017). *Raport z badania. Zachowania zdrowotne kobiet w ciąży*. Główny Inspektorat Sanitarny.
- GUS. (2021). *Stan zdrowia ludności Polski w 2019 r.* Główny Urząd Statystyczny.
- Iwanowicz-Palus, G., Bogusz, R. (2018). *Raport z badań. Opinie młodych matek na temat laktacji i roli położnej w promowaniu karmienia piersią*. Uniwersytet Medyczny w Lublinie.
- Jarosz, M. (2016). *Piramida zdrowego żywienia i aktywności fizycznej*. Instytut Żywności i Żywienia.
- 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*. Content ED Net, AbbVie Polska.
- Krajowe Centrum ds. AIDS. (2021). *Sprawozdanie z realizacji Krajowego Programu Zapobiegania Zakażeniom HIV i zwalczania AIDS w 2020 r.* Krajowe Centrum ds. AIDS.
- Kuchar, E. (2021). Szczepienia dzieci. W: *Stosunek do szczepień ochronnych. Sceptycyzm wobec nauki* (s. 55–71). Instytut Problemów Współczesnej Cywilizacji im. Marka Dietricha.
- Mazowiecki Urząd Wojewódzki. (2014). *Raport. Opieka neonatologiczna wcześniaków na Mazowszu*. Mazowiecki Urząd Wojewódzki.
- Mazur, J., Małkowska-Szkućnik, A. (red.). (2018). *Zdrowie uczniów w 2018 roku na tle nowego modelu badań HBSC*. Instytut Matki i Dziecka.
- MZ. (2022). *Baza Analiz Systemowych i Wdrożeniowych*. <https://basiw.mz.gov.pl/>.
- Naczelna Izba Lekarska. (2022). *Zestawienie liczbowe lekarzy i lekarzy dentyków wg dziedziny i stopnia specjalizacji*. Naczelna Izba Lekarska.
- NIK. (2016). *Badania prenatalne w Polsce. Informacja o wynikach kontroli*. Naczelna Izba Kontroli.
- NIZP–PZH. (2021). *Szczepienia ochronne w Polsce w 2020 r.* Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny.
- PARPA. (2020). *Rozpoznawanie spektrum płodowych zaburzeń alkoholowych. Zalecenia opracowane przez interdyscyplinarny zespół polskich ekspertów*. Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych.
- PARPA. (2021). *Wzory konsumpcji alkoholu w Polsce Raport z badań kwestionariuszowych 2020 r.* Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych.
- Polski Związek Lekkiej Atletyki. (2021). *Raport. Aktywność fizyczna i żywienie dzieci w czasie pandemii*. Polski Związek Lekkiej Atletyki.

- RPO. (2019). *Wystąpienie Rzecznika Praw Obywatelskich do Ministra Zdrowia z 11.03.2019 w sprawie profilaktyki HIV*. Pobrane z: <https://bip.brpo.gov.pl/sites/default/files/WG%20do%20Ministra%20Zdrowia%20ws%20profilaktyki%20HIV%2C%2011.03.2019.pdf>
- Stroba-Żelek, A., Kubala, P., Krawczyk, A., Kasperczyk, J. (2019). Analiza postaw rodziców i ich wiedzy na temat szczepień ochronnych dzieci. *Pediatrics i Medycyna Rodzinna*, 15(2), 171–179.
- Szredzińska, R. (2017). *Zdrowie dzieci i młodzieży*. W: M. Sajkowska (red.), *Raport Dzieci się liczą 2017* (s. 92–129). Fundacja Dajemy Dzieciom Siłę.
- Walczak-Kozłowska, T., Chrzan-Dętkoś, M. (2019). Zapobieganie przemocy i wspieranie relacji wczesniak–opiekunowie. *Dziecko Krzywdzone. Teoria, badania, praktyka*, 18(2), 59–75.
- WHO. (2020). *HIV/AIDS surveillance in Europe*. World Health Organization.
- Wojtyniak, B., Goryński, P. (2020). *Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania w 2020 r.* Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny.
- Wójcik, W. (2007). Wczesna diagnoza i interwencja wobec zachowań świadczących o zaniedbaniu prenatalnym. *Dziecko Krzywdzone. Teoria, badania, praktyka*, 6(2), 119–129.
- Yates, G., Bass, Ch. (2020). Sprawcy medycznego krzywdzenia dzieci (przeniesionego zespołu Munchausena) – przegląd systematyczny 796 przypadków. *Dziecko Krzywdzone. Teoria, badania, praktyka*, 19(1), 93–115.

## Akty prawne i wytyczne

- Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r. (Dz.U. 1997 Nr 78 poz. 483).
- Konwencja o prawach dziecka, przyjęta przez Zgromadzenie Ogólne Narodów Zjednoczonych dnia 20 listopada 1989 r. (Dz.U. 1991 Nr 120 poz. 526).
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 14 września 2010 r. w sprawie formy opieki medycznej nad kobietą w ciąży, uprawniającej do dodatku do tytułu urodzenia dziecka oraz wzoru zaświadczenia potwierdzającego pozostawanie pod tą opieką (Dz.U. Nr 183 poz. 1234).
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 24 września 2013 w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (Dz.U. 2021 poz. 540).
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 16 sierpnia 2018 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej (Dz.U. 2018 poz. 1756).
- Ustawa z 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi (Dz.U. 2021 poz. 1119 t.j.).
- Ustawa o systemie oświaty z 7 września 1991 r. (Dz.U. 2015 poz. 2156).
- Ustawa z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. 2015 poz. 581).
- Ustawa z 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii (Dz.U. 2020 poz. 2050 t.j.).
- Ustawa z dnia 4 listopada 2016 r. o wsparciu kobiet w ciąży i rodzin „Za życiem” (Dz.U. 2016 poz. 1860).
- WHO. (1948). 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. (Dz.U. 1948 Nr 61 poz. 477).

Zalecenia w stanie epidemii wirusa SARS-CoV-2 wywołującego chorobę COVID-19 dla położnych rodzinnych / położnych podstawowej opieki zdrowotnej. Wytyczne dla poszczególnych zakresów i rodzajów świadczeń – Ministerstwo Zdrowia – Portal Gov.pl (www.gov.pl).

## Strony internetowe

Baza Analiz Systemowych i Wdrożeniowych – <https://basiw.mz.gov.pl>

Baza Demografia – <https://demografia.stat.gov.pl/>

Eurostat – <http://ec.europa.eu/eurostat/data/database>

Krajowe Centrum ds. AIDS – <https://aids.gov.pl/>

Otwarte Dane – <http://www.dane.gov.pl>

UN Inter-agency Group for Child Mortality Estimation – <https://childmortality.org/>

World Bank Open Data – <https://data.worldbank.org/>

Zakład Monitorowania i Analiz Stanu Zdrowia Ludności – <http://www.statystyka.medstat.waw.pl>

### Cytowanie:

Szredzińska, R. (2022). Zdrowie dzieci i młodzieży. W: M. Sajkowska, R. Szredzińska (red.), *Dzieci się liczą 2022. Raport o zagrożeniach bezpieczeństwa i rozwoju dzieci w Polsce* (s. 108–135). Fundacja Dajemy Dzieciom Siłę.



Artykuł jest dostępny na licencji Creative Commons Uznanie autorstwa – Użycie niekomercyjne – Bez utworów zależnych 3.0 Polska.

