

Zdrowie dzieci i młodzieży w Polsce

Redakcja naukowa:

Janusz Szymborski, Krzysztof Jakóbik

Publikacja wydana przy współpracy
Głównego Urzędu Statystycznego



MCMLXXXVIII – MMVIII

Warszawa 2008 r.

zeszyt nr 62

Autorzy:

Prof. dr hab. Janusz Szymborski (Redakcja naukowa, Nota redakcyjna, Rozdział VI, VII, IX, X)
Biuro Rzecznika Praw Obywatelskich
Wszechnica Polska, Szkoła Wyższa Towarzystwa Wiedzy Powszechnej w Warszawie

Dr Krzysztof Jakóbik (Redakcja naukowa, Nota redakcyjna, Rozdział I, II, III, IV)
Urząd Statystyczny w Krakowie

Prof. UW, Dr hab. Marek Zubik (Redaktor odpowiedzialny, Rozdział VII)
Z-ca Rzecznika Praw Obywatelskich
Uniwersytet Warszawski

Mgr Agnieszka Broś (Rozdział I, II, IV)
Urząd Statystyczny w Krakowie, Ośrodek Statystyki Zdrowia

Prof. dr hab. Bogdan Chazan (Rozdział VIII)
Szpital Położniczo – Ginekologiczny Św. Rodziny w Warszawie
Warszawski Uniwersytet Medyczny

Mgr Agnieszka Czekaj (Rozdział I, II)
Urząd Statystyczny w Krakowie, Ośrodek Statystyki Zdrowia

Mgr Katarzyna Gadocha (Rozdział I, II)
Urząd Statystyczny w Krakowie, Ośrodek Statystyki Zdrowia

Dr n. med. Joanna Mazur (Rozdział V)
Instytut Matki i Dziecka w Warszawie

Mgr Wojciech Marczak (Rozdział III)
Urząd Statystyczny w Krakowie, Ośrodek Statystyki Zdrowia

Mgr Maria Penpeska (Rozdział I, II, III, IV)
Urząd Statystyczny w Krakowie, Ośrodek Statystyki Zdrowia

Biuro RPO prowadzi dwie serie wydawnicze:

* **Biuletyn RPO**

* **Biuletyn RPO – Materiały**

(w tym dokumentację konferencji naukowych)

Coroczne Sprawozdania i Informacje o działalności Rzecznika
Praw Obywatelskich zostały opublikowane w Biuletynach RPO – Materiały
Nr 2, 5, 9, 12, 16, 21, 25, 29, 33, 35, 37, 39, 43, 44, 47, 48, 50, 52, 56, 63.
Komplety bądź pojedyncze egzemplarze do nabycia w siedzibie redakcji.

Zeszyt nr 62 zatwierdzono do druku w maju 2008 r.

BIULETYN RPO materiały

Zdrowie dzieci i młodzieży w Polsce

Redakcja naukowa:

Janusz Szymborski, Krzysztof Jakóbik

Publikacja wydana przy współpracy
Głównego Urzędu Statystycznego

Warszawa 2008 r.

Redakcja naukowa:

Prof. dr hab. Janusz Szymborski

Biuro Rzecznika Praw Obywatelskich

Dr Krzysztof Jakóbiak

Urząd Statystyczny w Krakowie

© Copyright by **Biuro Rzecznika Praw Obywatelskich**
Warszawa 2008

© English translation Tadeusz Z. Wolański

Skrót do cytowania
RPO-MAT. Nr 62

ISSN 0860-8334

Adres Redakcji:

Biuro RPO

00-090 Warszawa, Al. Solidarności 77

tel. centr. (022) 551-77-00; fax (022) 827-64-53

Oddano do składu w maju 2008 r.

Podpisano do druku w maju 2008 r.

Skład komputerowy i druk:

Agencja Reklamowo-Wydawnicza Arkadiusz Grzegorzcyk

www.grzeg.com.pl

SPIS TREŚCI

WPROWADZENIE	9
NOTA REDAKCYJNA	15
ROZDZIAŁ I. WARUNKI ŻYCIA I ROZWOJU	21
1.1. Trendy demograficzne, warunki tworzenia rodziny	21
1.1.1. Stan ludności i dynamika przyrostu.	21
1.1.2. Urodzenia i dzietność kobiet.	26
1.1.3. Małżeństwa, rozwody, separacje.	30
1.1.4. Rodziny w gospodarstwach domowych	37
1.2. Edukacja	39
1.3. Aktywność ekonomiczna	49
1.4. Zróżnicowanie socjalne	52
1.5. Oczekiwana długość życia i umieralność	55
1.5.1. Przeciętne trwanie życia.	55
1.5.2. Umieralność	58
ROZDZIAŁ II. STYL ŻYCIA I ZDROWIE	63
2.1. Ocena stanu zdrowia	63
2.2. Karmienie piersią	72
2.3. Wzrost i masa ciała	73
2.4. Styl życia dzieci w wieku 2-14 lat.	78
2.4.1. Sen	78
2.4.2. Czas wolny	79
2.4.2.1. Przebywanie na powietrzu	79
2.4.2.2. Oglądanie telewizji i korzystanie z komputera	80
2.4.3. Aktywność fizyczna uczniów	81
2.5. Styl życia młodzieży w wieku 15-29 lat	85
2.5.1. Spędzanie czasu wolnego	85
2.5.2. Jakość snu	89

2.5.3. Palenie tytoniu	91
2.5.4. Spożycie alkoholu	93
2.6. Długotrwałe problemy zdrowotne	97
2.7. Choroby przewlekłe	101
2.8. Wrodzone wady rozwojowe u dzieci w wieku 0-14 lat	108
2.9. Niepełnosprawność	110
2.10. Profilaktyka	119
2.11. Korzystanie z usług medycznych i zażywanie leków	120
2.11.1. Leczenie w szpitalach	121
2.11.2. Wizyty u lekarzy medycyny	126
2.11.3. Wizyty u lekarzy dentyków	130
2.11.4. Zażywanie leków	135

ROZDZIAŁ III. ŚWIADCZENIA OPIEKI ZDROWOTNEJ

I POMOCY SPOŁECZNEJ	139
3.1. Świadczenia w zakresie opieki zdrowotnej	139
3.1.1. Ambulatoryjna opieka zdrowotna	139
3.1.2. Opieka zdrowotna o charakterze stacjonarnym	142
3.1.3. Żłobki	148
3.2 Świadczenia w zakresie pomocy społecznej	151
3.2.1. Placówki opiekuńczo-wychowawcze	151
3.2.2. Rodziny zastępcze	156
3.2.3. Zakłady stacjonarne pomocy społecznej	160

ROZDZIAŁ IV. OCHRONA ZDROWIA W GOSPODARSTWACH

DOMOWYCH	163
4.1. Ocena stanu zdrowia	163
4.2. Korzystanie z usług opieki zdrowotnej	164
4.3. Przyczyny nie korzystania z usług opieki zdrowotnej	168
4.4. Wydatki gospodarstw domowych na produkty zdrowotne	170

ROZDZIAŁ V. ZDROWIE MŁODZIEŻY W OKRESIE DOJRZEWANIA . . .

5.1. Wprowadzenie	171
5.1.1. Informacja o badaniach HBSC	174
5.1.2. Organizacja badań	175
5.1.3. Założenia przyjęte w opracowaniu	176
5.1.4. Badana młodzież i jej środowisko	177

5.2. Wyniki	180
5.2.1. Rozwój	180
5.2.2. Zdrowie i zadowolenie z życia	185
5.2.3. Zachowania zdrowotne.	196
5.3. Podsumowanie	210
ROZDZIAŁ VI. WYBRANE PROBLEMY ZDROWOTNE	215
6.1. Zaburzenia zdrowia psychicznego	215
6.2. Choroby nowotworowe	221
6.3. Choroby zakaźne i zakażenia	226
6.3.1. Zakażenia szpitalne	227
6.3.2. Zakażenia jelitowe	230
6.3.3. Posocznica bakteryjna noworodka	232
6.3.4. Zachorowania na kiłę wrodzoną	233
6.3.5. Zakażenia HIV/AIDS	234
6.3.6. Gruźlica.	235
6.3.7. Zachorowania na jersiniozę	238
6.3.8. Eliminacja poliomielitis a ostre porażenia wiotkie.	239
ROZDZIAŁ VII. UWAGI O STANIE PRZESTRZEGANIA	
PRAWA DZIECI I MŁODZIEŻY DO ZDROWIA	241
7.1. Opieka okołoporodowa	242
7.1.1. Utrudnienia w dostępie kobiet ciężarnych i rodzących oraz noworodków do świadczeń medycznych	243
7.1.2. Pobieranie nienależnych opłat w związku z porodem	245
7.1.3. Wstrzymanie przez NFZ finansowania humanizowanej immunoglobuliny monoklonalnej	246
7.2. Medycyna szkolna	248
7.2.1. Problemy dzieci przewlekle chorych i niepełnosprawnych w szkole	248
7.2.2. Problemy w zakresie profilaktyki i korektywy wad postawy	258
7.2.3. Niedostatki w opiece stomatologicznej nad uczniami.	262
7.2.4. Problemy z zapewnieniem żywienia i aktywności fizycznej w szkole	264
7.2.5. Warunki techniczne i sanitarne w szkołach.	267
7.3. Lecznictwo pediatryczne	269
7.3.1. Zakłócenia w lecznictwie szpitalnym	269

7.3.2. Problemy w zakresie zapobiegania i zwalczania chorób zakaźnych.	271
7.3.3. Bariery w zapewnieniu dzieciom śmiertelnie chorym domowej opieki paliatywnej.	282
7.4. Bezpieczeństwo dzieci i młodzieży	285
7.4.1. Urazy niezamierzone	286
7.4.2. Przemoc.	290
7.5. Działania Rzecznika Praw Obywatelskich w obszarze głównych uwarunkowań zdrowia.	297
7.5.1. Edukacja przedszkolna dla dzieci ze środowisk wymagających szczególnego wsparcia	297
7.5.2. Przeciwdziałanie ubóstwu	298
7.5.3. Założenia koncepcyjne strategii polityki rodzinnej.	300

ROZDZIAŁ VIII. KU ZDROWEMU RODZICIELSTWU

– ZARYS PROGRAMU POLITYKI ZDROWOTNEJ.	303
---	-----

ROZDZIAŁ IX. GŁÓWNE WNIOSKI I REKOMENDACJE

DO NARODOWEJ STRATEGII NA RZECZ ZDROWIA

I ROZWOJU DZIECI I MŁODZIEŻY	315
---	------------

9.1. Główne wnioski.	315
9.2. Założenia koncepcyjne narodowej strategii na rzecz zdrowia, rozwoju i bezpieczeństwa dzieci	319

ROZDZIAŁ X. SUMMARY	323
--------------------------------------	------------

Wprowadzenie

Zainteresowanie zdrowiem i rozwojem dzieci i młodzieży ma uzasadnienie w przesłankach moralnych, społecznych i ekonomicznych sprowadzających nasze myślenie do korzyści, jakie inwestowanie w dzieci przyniesie w przyszłości dla całego społeczeństwa i poszczególnych jego członków.

Myśląc tak, zbyt często nasze zainteresowanie ograniczamy do składania deklaracji – „dzieci są naszą przyszłością”. Jednocześnie wynikające z tych słów powinności bywają postrzegane, także z perspektywy resortowej, w kategoriach problemu. Zmiana tego paradygmatu wydaje się nieodzownym warunkiem prowadzenia efektywnej polityki państwa na rzecz poprawy zdrowia i równości szans rozwojowych młodego pokolenia w Polsce.

Uznajmy, że dzieci nie są częścią uciążliwych problemów, z jakimi boryka się nasz kraj i działajmy w przekonaniu, iż w rzeczywistości dzieci stanowią szansę na rozwiązanie naszych dzisiejszych problemów.

Nieczęsto uświadamiamy sobie fakt, iż inwestując w zdrowie i rozwój młodego pokolenia stanowiącego dzisiaj zaledwie czwartą część ludności naszego kraju, w istocie inwestujemy w zdrowie i pomyślność 100% dorosłych Polek i Polaków, w kolejnym pokoleniu.

Istnieje jednak także prawny obowiązek ochrony dzieci i promowania ich praw, wynikający nie tylko z przepisów Konstytucji RP i Konwencji o prawach dziecka ale z sygnowanych przez Polskę dokumentów Rady Europy, Komisji Europejskiej i Parlamentu Europejskiego, m.in. Komunikatu „*w kierunku strategii UE na rzecz praw dziecka*” Komisji Wspólnot Europejskich z dnia 4 lipca 2006 r., Rezolucji PE z 16 stycznia 2008r „*w kierunku strategii UE na rzecz praw dziecka*”, oraz dokumentów Narodów Zjednoczonych: „*Milenijne Cele Rozwoju*”, „*Świat przyjazny dziecku*” z 10 maja 2002 roku, „*Europejska strategia na rzecz zdrowia i rozwoju dzieci i młodzieży*”.

Trwający w Polsce od 19. lat proces transformacji ustrojowej wywarł różnicowany wpływ na sytuację zdrowotną dzieci i młodzieży.

Z jednej strony nie możemy kwestionować faktu, że dzieci w Polsce cieszą się obecnie na ogół lepszym stanem odżywienia, zdrowia i roz-

woju niż kiedykolwiek w przeszłości. Znacznie obniżyła się umieralność dzieci we wszystkich grupach wiekowych. Realizacja programu szczepień ochronnych pozwoliła na wyeliminowanie zachorowań na błonicę i chorobę Heinego – Medina oraz na radykalne zmniejszenie zapadalności dzieci na odrę i wirusowe zapalenie wątroby. Wyniki leczenia dzieci obarczonych wrodzonymi wadami serca i chorobami nowotworowymi uległy znaczącej poprawie osiągając poziom krajów rozwiniętych.

Z drugiej strony te niewątpliwe osiągnięcia okresu transformacji rozkładają się nierówno wśród populacji polskich dzieci a ponadto pozostały krytyczne wyzwania i ujawniły się nowe zagrożenia dla ich zdrowia i rozwoju.

Poszerzające się ubóstwo znacznej części społeczeństwa dotyka szczególnie dzieci, stając się jednocześnie największą, obok zaniedbań opieki i nasilających się zjawisk patologicznych, przeszkodą w zaspokajaniu podstawowych potrzeb zdrowotnych, edukacyjnych, rozwojowych i socjalnych dzieci i w wypełnianiu należnych dzieciom praw.

Przyczyny wielu problemów zdrowotnych dzieci i młodzieży w Polsce tkwią jednak także w istotnych ograniczeniach, jakie czasami narzucają dzieciom, ich rodzinom i opiekunom, niska jakość, wąski zakres i utrudniona dostępność do opieki profilaktyczno – leczniczej i pomocy socjalnej, a będących przejawem braku spójnej, konsekwentnej polityki państwa wobec dzieci.

Te wszystkie uwarunkowania sprawiają, że wartości wielu mierników zdrowotnych naszych dzieci odbiegają niekorzystnie od tych, jakimi charakteryzuje się młode pokolenie w większości krajów Unii Europejskiej. Wzrasta w Polsce liczba dzieci obarczonych niepełnosprawnością, jednak nie są w pełni wykorzystywane istniejące możliwości w zakresie zapobiegania, wczesnego wykrywania i kompleksowego leczenia tych dzieci. Nasilają się wśród młodzieży postawy i zachowania antyzdrowotne i antyspołeczne, narasta zjawisko przemocy, także wobec siebie, a podejmowane kroki zaradcze wydają się nieadekwatne do rangi problemu. W okresie transformacji nastąpił rozpad systemu monitorowania i nadzoru organizacyjnego w opiece nad matką i dzieckiem oraz systemu medycyny szkolnej.

Instytucja Rzecznika Praw Obywatelskich wydaje się być idealnym miejscem do monitorowania stopnia wypełniania nałożonych przez prawo obowiązków wobec dzieci przez wszystkie odpowiedzialne organy władzy publicznej, instytucje, placówki, rodziny, przede wszystkim dlatego, że umożliwia widzenia potrzeb i praw dzieci w szerokim kontekście uwarunkowań.

Spraw dzieci nie można postrzegać w opozycji bądź w izolacji od rodziny, środowiska społecznego, kulturowego. Rzecznik Praw Obywatelskich dostrzega przenikanie się wymiarów dzieciństwa i dorosłości w szczególności w tych działaniach, które dotyczą: etapów rozwojowych, cechujących się integracją psychofizyczną matki i dziecka; funkcjonowania rodzin z dziećmi na utrzymaniu; osób dorosłych zajmujących się opieką nad dziećmi lub pracujących z dziećmi; oraz gdy zagrożenia i zaburzenia zdrowia i rozwoju dzieci – niepełnosprawność, choroby przewlekłe, urazy i przemoc, demoralizacja – mogą wywrzeć ujemny wpływ na późniejsze dorosłe życie.

We wszystkich takich przypadkach dzieci, rodzice, osoby i instytucje sprawujące opiekę lub pracujące z dziećmi mogą liczyć na efektywną pomoc instytucji Rzecznika Praw Obywatelskich.

Ocena napływających w ostatnich latach do Rzecznika Praw Obywatelskich skarg i wniosków, wyniki prowadzonego w sposób ciągły monitoringu sytuacji zdrowotnej dzieci we wszystkich jej wymiarach i uwarunkowaniach, konsultacje ze środowiskiem medycznym, a także treści odpowiedzi organów i instytucji państwa na wystąpienia Rzecznika Praw Obywatelskich, umożliwiają zarysowanie tych obszarów, w których stan przestrzegania prawa dzieci do zdrowia i harmonijnego rozwoju budzi szczególny niepokój.

Z perspektywy instytucji Rzecznika Praw Obywatelskich można dostrzec, że nie wszystkie i nie wszystkich dzieci w Polsce, potrzeby i prawa, są w ostatnich dwóch dekadach realizowane.

Niewątpliwie sprawami poruszającymi najbardziej opinię publiczną w naszym kraju są obserwowane od wielu miesięcy zakłócenia w funkcjonowaniu leczenia pediatrycznego, które pokazują ułomność znajdującego się w stanie krytycznym, niewydolnego, zbiurokratyzowanego, coraz mniej przychylnego pacjentowi, systemu ochrony zdrowia. Oceniając sposoby radzenia sobie z problemem oraz konsekwencje tych wydarzeń należy zwrócić uwagę nie tylko na doraźność podejmowanych rozwiązań zaradczych, ale także na informację o godzeniu się na nieuchronne obniżanie się jakości opieki nad dziećmi wymagającymi leczenia szpitalnego, czego tragiczne konsekwencje mogą ujawnić się w każdej chwili.

Z opinii specjalistów, towarzystw naukowych organizacji pozarządowych, z doniesień medialnych, ale także z opracowań sygnowanych przez samo Ministerstwo Zdrowia, wynika, iż w ostatnich latach pogorszyła się dostępność kobiet ciężarnych i rodzących oraz noworodków do adekwatnej do potrzeb opieki profilaktyczno – leczniczej. Ujawnia

się z całą ostrością problem braku miejsc na oddziałach położniczych i noworodkowych, pogarszają się standardy udzielanych świadczeń. W wielu rejonach kraju odstępuje się od realizacji zasad wypracowanych w latach 90-tych XX wieku i niestety zaniechanego przez Ministerstwo Zdrowia, trójstopniowego systemu opieki perinatalnej.

Trudna sytuacja panuje w województwie mazowieckim, zwłaszcza w Warszawie. Mimo oczywistych przecież prognoz prokreacyjnych dotyczących pokolenia wyżu demograficznego sprzed ćwierćwiecza, z zaskakującą niefrasobliwością od lat likwidowane są w stolicy oddziały i łóżka położniczo – noworodkowe i niemowlęce.

Dzisiejsza dramatyczna sytuacja, bo trudno inaczej określić urzędowe prognozy, iż w skali roku dla ok. 1500 pacjentek, zabraknie miejsc do porodu w Warszawie, choć ma szersze uwarunkowania, zdaje się wynikać także w dużej mierze z niedostatecznej świadomości, z braku woli lub braku umiejętności w rozwiązywaniu problemu na wszystkich szczeblach życia publicznego. Taki osąd wydaje się uzasadniony zwłaszcza wówczas, gdy dowiadujemy się, że w sytuacji braku miejsc szpitalnych i zagrażających bezpieczeństwu matki i dziecka warunków pobytu, nowy oddział pediatryczny oraz oddział ginekologiczno – położniczy stoją puste, a jedynym remedium ma być planowana budowa nowych oddziałów.

Rola Rzecznika Praw Obywatelskich jest w takiej sytuacji wszczęcie alarmu i zwrócenie uwagi na kwestie wiążące się z odpowiedzialnością, także wobec prawa, bowiem sygnalizowane zjawiska stoją w sprzeczności zarówno z art. 68 ust. 3 Konstytucji RP z dnia 2 kwietnia 1997 r., który stanowi, iż władze publiczne są obowiązane do zapewnienia szczególnej opieki zdrowotnej dzieciom i kobietom ciężarnym, jak i z prawem dziecka do ochrony zdrowia, zawartym w art. 24 Konwencji o Prawach Dziecka z dnia 20 listopada 1989 r. (Dz. U. z 1991 r. Nr 120, poz. 526), który wskazuje w ust. 2 pkt d, iż Państwa -Strony podejmą niezbędne kroki w celu zapewnienia matkom właściwej opieki zdrowotnej w okresie przed i po urodzeniu dziecka.

Nie jest lepiej z sytuacją zdrowotną dzieci i młodzieży uczącej się. Choć Ministerstwo Edukacji Narodowej i Ministerstwo Zdrowia, co wynika z prowadzonej od miesiący korespondencji wszczętej przez Rzecznika Praw Obywatelskich, pozostają w przekonaniu, że dzieci przewlekłe chore i niepełnosprawne mają pełne możliwości realizowania równego prawa do edukacji i prawa do odpowiedniej dla siebie opieki profilaktyczno – leczniczej, to wnikliwa analiza informacji medycznych, informacji docierających od rodziców i z mediów, może prowadzić

do wniosku przeciwnego – w Polsce zagrożone są prawa uczniów przewlekłe chorych do równych szans edukacyjnych oraz do adekwatnej do potrzeb opieki medycznej.

Brakuje zarówno międzyresortowej koordynacji, która stwarzała by takie szanse dzieciom przewlekłe chorym, jak i zrozumienia istoty problemów, z jakimi się boryka dziecko przewlekłe chore w szkole, co z całą jaskrawością ujawnia się w przypadku nierozwiązywalnego dotąd nieporadności problemu profilaktyki zaburzeń statyki ciała i leczenia dzieci obarczonych wadami postawy.

Rzecznik Praw Obywatelskich, poza występowaniem do odpowiednich organów państwa i alarmowaniem opinii publicznej, podjął w ostatnich dwóch latach wspólnie z zespołami ekspertów, prace analityczno-programowe, których owocami z jednej strony są przedłożone Ministrowi Zdrowia rekomendacje reformy systemu ochrony zdrowia ukierunkowane na poprawę funkcjonowania tego systemu a z drugiej strony Karta Praw Dziecka Śmiertelnie Chorego w Domu i Karta Żywienia i Aktywności Fizycznej Dzieci i Młodzieży w Szkole, mające na celu wsparcie środowisk medycznych w ich działaniach na rzecz poprawy sytuacji zdrowotnej młodego pokolenia.

Efektem takiego rozumienia roli i funkcji instytucji Rzecznika Praw Obywatelskich jest niniejsza publikacja, z którą łączę dwa oczekiwania.

Po pierwsze chodzi o najbardziej aktualne i rzetelne zobrazowanie i upowszechnienie wiedzy o sytuacji zdrowotnej dzieci i młodzieży w Polsce. Tylko solidne dane mogą stanowić podstawę zarówno planowania i realizacji, jak i monitorowania polityki na rzecz młodego pokolenia. Gwarancją najwyższej możliwej jakości tych ocen jest współudział w tym opracowaniu ekspertów Głównego Urzędu Statystycznego oraz polskiej grupy Międzynarodowych Badań Zachowań Zdrowotnych Młodzieży Szkolnej, dlatego składam gorące podziękowania Panu Prezesowi GUS, Prof. Józefowi Oleńskiemu i krajowemu koordynatorowi HBSC, Pani Dr Joannie Mazur za podjęcie tej inicjatywy Rzecznika i twórczą współpracę.

Po wtóre, rzetelne informacje powinny posłużyć do zbudowania i wdrożenia opartej na dowodach strategii na rzecz zdrowia i rozwoju dzieci i młodzieży w Polsce. Założenia koncepcyjne zostały opracowane w Biurze RPO, natomiast zarys programu ukierunkowanego na zdrowe rodzicielstwo jest dziełem Pana Prof. Bogdana Chazana, za co składam wyrazy wdzięczności.

Wyrażam głębokie i szczere przekonanie, że potrafimy zjednać do efektywnej współpracy na rzecz zaspokajania potrzeb dzieci i wypeł-

niania przynależnych dzieciom praw, wszystkich: ludzi, organy władzy publicznej, organizacje pozarządowe, rodziny, media, sektor prywatny, a także dzieci i młodzież.

dr Janusz Kochanowski
Rzecznik Praw Obywatelskich

Nota redakcyjna

Celem niniejszego opracowania jest ocena stanu zdrowia dzieci i młodzieży przy pomocy obiektywnych i subiektywnych mierników, z uwzględnieniem głównych uwarunkowań demograficznych i społeczno – ekonomicznych, jak również ocena stanu przestrzegania prawa młodego pokolenia do pełni zdrowia i harmonijnego rozwoju. Zamysłem autorów jest także podjęcie na tej podstawie próby zarysowania rekomendacji do działań programowych na rzecz zdrowia i rozwoju dzieci i młodzieży w Polsce.

Ocena stanu zdrowia dzieci i młodzieży dokonywana na podstawie danych na temat umieralności oraz na informacjach uzyskanych z rejestrów zachorowań i procedur profilaktycznych (szczepienia) podlegających obowiązkowemu zgłaszaniu, choć wykorzystuje najbardziej dostępne dane, nie jest oceną najpełniejszą i najbardziej przydatną w praktyce do skutecznego działania na rzecz poprawy sytuacji zdrowotnej młodego pokolenia.

Takie mierniki, jak *zachorowalność, chorobowość, śmiertelność, umieralność*, choć powszechnie stosowane do oceny stanu zdrowia, efektów postępowania medycznego, określania i hierarchizacji potrzeb zdrowotnych, mają w odniesieniu do populacji wieku rozwojowego ograniczoną wartość nie tylko z tej przyczyny, iż nie nadają się do oceny skuteczności działań z zakresu promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej. Dane te tylko w pewnym zakresie zbierane są w sposób ciągły lub systematycznie powtarzany, a w dodatku łatwo podlegają zakłóceniom związanym z postawami środowiska medycznego (np. strajki w latach 1997/98). Przede wszystkim jednak mierniki te z definicji ukierunkowane są na *problem zdrowotny* a nie na *osobę*, a podejście uznające dziecko za podmiot oceny stanowi klucz do racjonalnego inwestowania w rozwój i zdrowie dzieci i ludzi młodych.

W ostatnich latach podejmowane są próby zastosowania nowych mierników, które są oparte na bezpośrednich opiniach dzieci, młodzieży i młodych dorosłych, stanowiąc nieocenione narzędzia do badania sfery odczuć, emocji i relacji społecznych.

W rozumieniu Konwencji o Prawach Dziecka, która została przyjęta przez Zgromadzenie Ogólne Narodów Zjednoczonych 20 listopada 1989 r., a którą Polska ratyfikowała 30 września 1991 r., dziecko oznacza każdą istotę ludzką w wieku poniżej osiemnastu lat, chyba że zgodnie z prawem odnoszącym się do dziecka uzyska ono wcześniej pełnoletniość.

Definicja młodzieży nie znajduje się w żadnej konwencji międzynarodowej, której Polska jest stroną. Pojęciem tym obejmuje się różnie definiowane osoby w okresie przejściowym, pomiędzy zakończeniem dzieciństwa a uzyskaniem pełnej dojrzałości biologicznej i społecznej. Obie te granice są nieprecyzyjne, jednakże powszechnie za młodzież uważa się osoby w wieku 15-24 lat. Objęcie szczególną troską szerszej grupy wiekowej powyżej 18 roku życia jest o tyle uzasadnione, że są to często osoby uczące, próbujące dopiero uzyskać niezależność ekonomiczną, a wszelkie decyzje życiowe, też w obszarze troski o własne zdrowie, rzucają na ich przyszłość i funkcjonowanie ich przyszłych rodzin.

W publikacji zaprezentowano różnorodne dane z zakresu demografii i statystyki zdrowia odnoszące się do populacji dzieci, młodzieży i młodych dorosłych. Jednakże w zależności od źródła danych przedziały wiekowe przedstawione są niejednolicie, co bezpośrednio wynika z metodologii badań przeprowadzanych przez Główny Urząd Statystyczny, metodologii międzynarodowych badań nad zachowaniami zdrowotnymi młodzieży szkolnej a także metodologii zbierania danych przez instytuty naukowo – badawcze.

Rozdział pierwszy zawiera charakterystykę warunków życia i rozwoju dzieci i młodzieży. Przedstawiono podstawowe informacje o sytuacji demograficznej, edukacji, aktywności ekonomicznej oraz sytuacji materialnej gospodarstw domowych. Przy opracowaniu danych wykorzystano wyniki badań prezentowane w następujących publikacjach Głównego Urzędu Statystycznego: „Rocznik Demograficzny 2007”, „Gospodarstwa domowe i rodziny 2002”, „Oświata i wychowanie w roku szkolnym 2006/2007”, „Szkoły wyższe i ich finanse w 2006 r.”, „Aktywność ekonomiczna ludności Polski II kwartał 2007”, „Warunki życia ludności Polski w latach 2004-2005”, „Trwanie życia w 2006 r.”.

W drugim rozdziale omówiono wyniki drugiego ogólnopolskiego, reprezentacyjnego badania stanu zdrowia ludności Polski prezentując dane o dzieciach do 14 roku życia, młodzieży i młodych dorosłych w wieku 15-29 lat. Wyjściową populację do badania stanowiła próba 20 tysięcy wylosowanych mieszkańców. Badanie przeprowadzone przez Główny Urząd Statystyczny na przełomie listopada i grudnia 2004 roku

objęło ponad 14,5 tys. gospodarstw domowych. Do jego zrealizowania wykorzystano trzy formularze: AZD-1 przeznaczony dla gospodarstwa domowego, AZD-2 dla osób dorosłych w wieku 15 lat i więcej oraz AZD-3 dla dzieci do 14 roku życia. Prezentowane wyniki zostały uogólnione na ludność zamieszkującą na stałe w Polsce według stanu w dniu 31 grudnia 2004 roku. Zakres tematyczny i metodologia badania zostały przygotowane na podstawie rekomendacji Światowej Organizacji Zdrowia i Unii Europejskiej. W rozdziale tym przedstawiono między innymi zagadnienia dotyczące samooceny stanu zdrowia, chorób przewlekłych, występowania długotrwałych problemów zdrowotnych dzieci i młodzieży w Polsce. Omówiono również wybrane aspekty stylu życia, występowanie niepełnosprawności oraz zakres profilaktyki medycznej oraz korzystanie z usług medycznych. Metodologię badania stanu zdrowia ludności Polski, sposób jego realizacji oraz uzyskane wyniki prezentują publikacje Głównego Urzędu Statystycznego „Stan zdrowia ludności Polski w 2004 r.” i „Stan zdrowia ludności Polski w przekroju terytorialnym w 2004 r.”.

W rozdziale trzecim przedstawiono wyniki badań z zakresu ochrony zdrowia i opieki społecznej odnoszące się do dzieci i młodzieży w wieku do 18 lat, których podstawowym źródłem informacji jest roczna sprawozdawczość Głównego Urzędu Statystycznego z działalności następujących jednostek świadczących opiekę zdrowotną i społeczną:

- placówek leczenia uzdrowiskowego i sanatorium rehabilitacyjnego ZD-2,
- jednostek ambulatoryjnej opieki zdrowotnej ZD-3,
- jednostek ratownictwa medycznego i pomocy doraźnej ZD-4,
- żłobków ZD-6,
- placówek opiekuńczo-wychowawczych PS-01,
- rodzin zastępczych PS-02,
- zakładów stacjonarnej pomocy społecznej PS-03.

Dane o opiece szpitalnej i opiece długoterminowej pochodzą ze sprawozdawczości resortowej Ministerstwa Zdrowia. W rozdziale zaprezentowano dane na temat porad udzielonych dzieciom w wieku do 18 lat w ambulatoryjnej i stacjonarnej opiece zdrowotnej. Omówiono również działalność żłobków stanowiących część systemu opieki zdrowotnej. W ramach pomocy społecznej przedstawiono działalność placówek opiekuńczo-wychowawczych, rodzin zastępczych i stacjonarnych zakładów pomocy społecznej. Uwagi metodologiczne obejmujące określenia i definicje pojęć zastosowane w sprawozdawczości statystycznej stanowiącej źródło danych prezentowanych w tym rozdziale zawiera

publikacja Głównego Urzędu Statystycznego „Podstawowe dane z zakresu ochrony zdrowia w 2006 r.”.

Rozdział czwarty zawiera uogólnione wyniki badania modułowego „Ochrona zdrowia w gospodarstwach domowych”, przeprowadzonego na reprezentatywnej próbie 4728 gospodarstw domowych biorących udział w badaniach budżetów gospodarstw domowych w 2006 r. Dane zebrano metodą wywiadu bezpośredniego wykorzystując dwa kwestionariusze:

- „Kwestionariusz gospodarstwa domowego DS-50 G”, który odnosił się do gospodarstwa domowego jako całości,
- „Kwestionariusz indywidualny DS-50 I”, który przeznaczony był dla poszczególnych osób wchodzących w skład badanych gospodarstw domowych. W wywiadzie brały udział wszystkie osoby w wieku 15 lat i więcej, natomiast informacje o dzieciach w wieku do 14 lat podawali ich rodzice lub inne osoby dobrze orientujące się w sytuacji dzieci.

Badanie objęło okres od 1.01.2006 r. do 31.12.2006 r., aczkolwiek niektóre pytania odnosiły się tylko do IV kwartału 2006 r., np. dotyczące ambulatoryjnej opieki zdrowotnej, czy wydatków na leki. W rozdziale omówiono informacje na temat oceny stanu zdrowia dzieci i młodzieży w wieku do 24 lat, korzystania z usług medycznych oraz wydatków gospodarstw domowych ponoszonych w związku z ochroną zdrowia. Szczegółowe informacje na temat metodologii i realizacji badania modułowego, którego dane wynikowe zostały wykorzystane w niniejszym rozdziale, są zawarte w publikacji Głównego Urzędu Statystycznego „Ochrona zdrowia w gospodarstwach domowych w 2006 r.”.

W rozdziale piątym omówiono wyniki najnowszej polskiej edycji cyklicznych międzynarodowych badań nad zachowaniami zdrowotnymi młodzieży szkolnej (HBSC - Health Behaviour in School-aged Children - A WHO Collaborative Cross-national Study). Były to anonimowe badania ankietowe przeprowadzane w szkołach metodą audytoryjną w okresie od lutego do kwietnia 2006 roku. Badaniami objęta została młodzież w wieku 11, 13 i 15 lat, co odpowiada V klasie szkoły podstawowej oraz I i III klasie gimnazjum. Wylosowano ogólnopolską reprezentatywną próbę 272 klas z 246 szkół, uzyskując wskaźnik realizacji próby równy 82% (N=5489). Narzędziem badawczym był międzynarodowy, standardowy kwestionariusz, przetłumaczony na język polski na zasadzie tłumaczenia dwustronnego. Zawierał on pytania obowiązkowe i moduły dodatkowe, których wybór zależał od preferencji krajowego zespołu badawczego. W Polsce zadecydowano się na pogłębioną

analizę zdrowia, włączając moduł pytań na temat chorób przewlekłych i test oceny zdrowia psychicznego. Uwzględniono też dodatkowe pakiety pytań opisujących środowisko rodzinne i szkolne oraz kompetencje społeczne młodzieży.

Ostatnia edycja badań HBSC realizowana była w Polsce, jako projekt badawczy finansowany w latach 2006-2008 ze środków na naukę - tytuł projektu „Czynniki chroniące przed podejmowaniem ryzykownych zachowań oraz ich związek ze stanem zdrowia młodzieży szkolnej w Polsce i innych krajach”.

W rozdziale szóstym omówiono wybrane problemy zdrowotne dzieci i młodzieży: zaburzenia zdrowia psychicznego, choroby nowotworowe, choroby zakaźne i zakażenia. Informacje źródłowe pochodzą z Roczników Statystycznych GUS i Raportów Rządowej Rady Ludnościowej, a także z opublikowanych raportów Instytutu Psychiatrii i Neurologii (IPiN), Zakładu Epidemiologii Instytutu - Centrum Onkologii im. Marii Curie Skłodowskiej (CO), Państwowego Zakładu Higieny (PZH), Instytutu Gruźlicy i Chorób Płuc (IGiChP), Centrum Diagnostyki i Leczenia Chorób Przenoszonych Drogą Płciową (CDiLChPDP).

Rozdział siódmy zawiera ocenę stanu przestrzegania prawa dzieci i młodzieży do zdrowia dokonana na podstawie wyników badań Biura Rzecznika Praw Obywatelskich oraz informacji z działalności Rzecznika w 2007 roku. W szczególności omówiono problemy w opiece okołoporodowej, opiece profilaktyczno – leczniczej nad uczniami i problemy w funkcjonowaniu leczenia pediatrycznego, a także urazy i przemoc. Przedstawiono ponadto przykłady działań Rzecznika Praw Obywatelskich w obszarze głównych uwarunkowań zdrowia związanych z edukacją i rodziną.

W rozdziale ósmym zostały omówione założenia projektu polityki zdrowotnej „Ku zdrowemu rodzicielstwu”

Główne wnioski oraz rekomendacje do działań programowych na rzecz zdrowia i rozwoju dzieci i młodzieży w Polsce, zawarte są w rozdziale dziewiątym.

ROZDZIAŁ I.

WARUNKI ŻYCIA I ROZWOJU

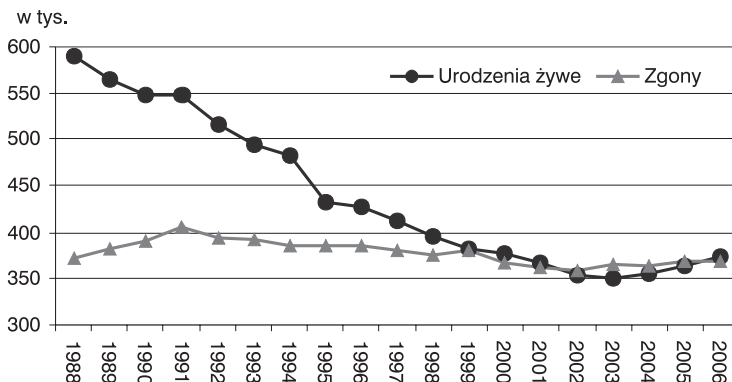
1.1. Trendy demograficzne, warunki tworzenia rodziny

1.1.1. Stan ludności i dynamika przyrostu

W dniu 31 grudnia 2006 roku ludność Polski liczyła 38125,5 tys. osób, tj. o 31,6 tys. mniej niż w roku poprzednim. Od 1997 roku populacja Polski stopniowo malała – w latach 1996-2006 spadek ten wyniósł 168,5 tys. osób.

Zjawiskami demograficznymi, które głównie wpłynęły na rozwój ludności Polski były urodzenia, zgony oraz migracje zagraniczne. W latach 1984–2003 odnotowano spadek liczby urodzeń, przy niewielkich zmianach w liczbie zgonów. Tę niekorzystną tendencję spadkową przerwał 2004 rok, od którego zarejestrowano stopniowy wzrost liczby urodzeń. W 2006 roku odnotowano dodatni przyrost naturalny (4,5 tys.) po czterech wcześniejszych latach charakteryzujących się ubytkiem naturalnym. Największy ubytek naturalny zarejestrowano w 2003 roku i wyniósł on minus 14,1 tys. Utrzymujące się w całym okresie powojennym ujemne

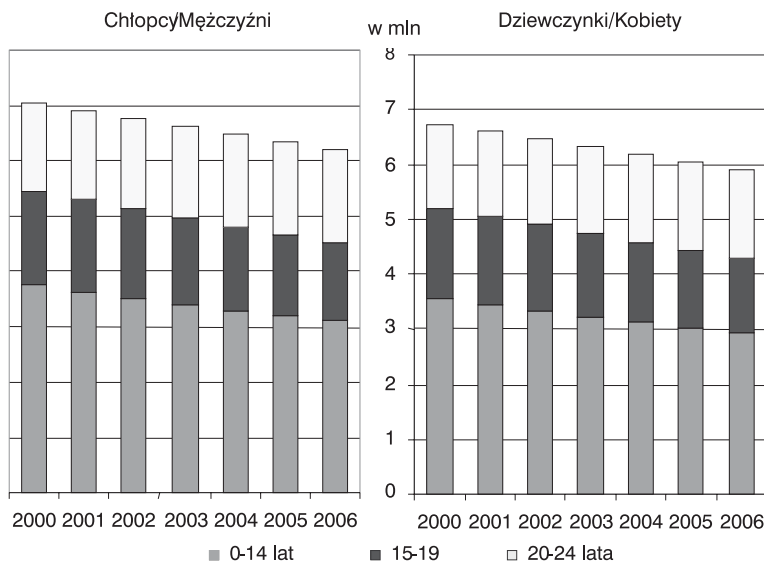
Wykres 1. Ruch naturalny ludności w latach 1988-2006



saldo migracji zagranicznych na pobyt stały w 2006 roku wyniosło 36,1 tys. i było o około 23 tys. większe w porównaniu do roku poprzedniego.

W latach 1995-2006 liczba dzieci i młodzieży (0-24 lata) zmniejszyła się o około 15%; w 2006 roku odnotowano 12096,5 tys. osób w wieku 0-24 lata, z tego w wieku 0-14 lat było 6022,4 tys., w wieku 15-19 lat – 2788,1 tys., a w wieku 20-24 lata – 3286,0 tys.

Wykres 2. Dzieci i młodzież według płci w latach 2000-2006



W 1995 roku udział dzieci i młodzieży w wieku 0-24 lata w ludności ogółem wynosił około 37%, natomiast dzieci w wieku 0-14 lat około 22%. W okresie kolejnych jedenastu lat zmniejszyła się populacja dzieci dla grup wiekowych 0-14 lat i 15-19 lat, przy jednoczesnym wzroście liczby osób w wieku 20-24 lata.

W latach 1995-2000 liczba dzieci w wieku 0-14 lat zmalała o około 12% i wyniosła 7294,5 tys. osób w 2000 roku. W okresie kolejnych 6 lat zmniejszyła się o 17,4% i w 2006 roku wyniosła 6022,4 tys. dzieci (w porównaniu do 1995 roku populacja dzieci w tym wieku zmalała o około 27%).

W przypadku młodzieży w wieku 15-19 lat w ostatnim pięcioleciu XX wieku zaobserwowano niewielki trend wzrostowy (wzrost w 2000 roku o około 8% w porównaniu do roku 1995). Jednak z początkiem nowego wieku liczba osób w tej grupie wiekowej zmalała, przy czym największy spadek odnotowano w latach 2003-2004 (w obu latach ubyło po ponad

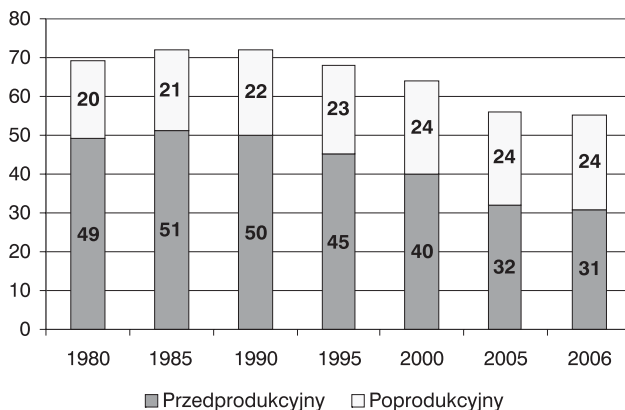
125 tys. osób w porównaniu do poprzedniego roku) oraz w 2005 roku (mniej o 111,2 tys. osób w stosunku do 2004 roku). W 2006 roku spadek liczby osób w wieku 15-19 lat był mniejszy niż w latach poprzednich (81,2 tys. w stosunku do roku poprzedniego), natomiast ogólna liczba młodzieży w tym wieku osiągnęła 2788,1 tys. Spadek liczby osób w wieku 15-19 lat w latach 1995-2006 nie był już tak znaczący, jak w przypadku liczby dzieci w wieku 0-14 lat i wyniósł około 10%.

Inna sytuacja przedstawiała się w przypadku liczby osób w wieku 20-24, która w latach 1995-2006 wzrosła o około 14%. Osoby należące do tej grupy to tzw. roczniki wyżu demograficznego z końca lat 70-tych i początku lat 80-tych. Stopniowo osoby ze wspomnianego wyżu opuszczają już tę grupę wiekową (ostatni rocznik wspomnianego wyżu to 1983 rok, a więc w roku 2008 osoby te skończą 25 lat i liczebność tej grupy wiekowej również będzie maleć od roku 2008), w związku z czym w najbliższym czasie i wśród starszej młodzieży także pojawi się tendencja spadkowa.

Niekorzystne zmiany w strukturze wiekowej ludności Polski, polegające na stopniowym ubywaniu osób w młodszych grupach wiekowych przy jednoczesnym zwiększaniu się grup starszych, miały swoje odbicie w proporcjach osób w wieku produkcyjnym i nieprodukcyjnym¹. W 1980 roku na 100 osób w wieku produkcyjnym przypadało 69 osób w wieku nieprodukcyjnym, z czego 49 w wieku przedprodukcyjnym i 20 w wieku poprodukcyjnym. Współczynnik obciążenia ludności produkcyjnej osobami w wieku nieprodukcyjnym osiągnął najwyższy poziom w 1988 roku, kiedy 74 osoby w wieku nieprodukcyjnym (52 w wieku przedprodukcyjnym i 22 w wieku poprodukcyjnym) przypadały na 100 osób w wieku produkcyjnym. W kolejnych latach współczynnik ten malał, co było spowodowane spadkiem liczebności osób w wieku 0-17 lat. W 2006 roku na 100 osób w wieku produkcyjnym przypadało 31 osób w wieku przedprodukcyjnym (w 1990 roku – 50 osób) i 24 osoby w wieku poprodukcyjnym (22 w 1990 roku). W miastach współczynnik ten wyniósł 51 osób (27 osób w wieku przedprodukcyjnym i 24 osoby w wieku poprodukcyjnym). Natomiast na wsi na 100 osób w wieku produkcyjnym przypadały 63 osoby w wieku nieprodukcyjnym (38 osób w wieku przedprodukcyjnym i 25 osób w wieku poprodukcyjnym).

W 2006 roku odsetek dzieci i młodzieży w wieku 0-24 lata stanowił 31,7% całej populacji, przy czym dzieci w wieku 0-14 lat – 15,8% całej populacji, młodzież w wieku 15-19 lat – 7,3%, natomiast osoby w wieku

¹ **Wiek produkcyjny:** mężczyźni 18-64 lat, kobiety 18-59 lat; **wiek przedprodukcyjny:** 0-17 lat; **wiek poprodukcyjny:** mężczyźni 65 lat i więcej, kobiety 60 lat i więcej.

Wykres 3. Ludność w wieku nieprodukcyjnym na 100 osób w wieku produkcyjnym w latach 1980-2006

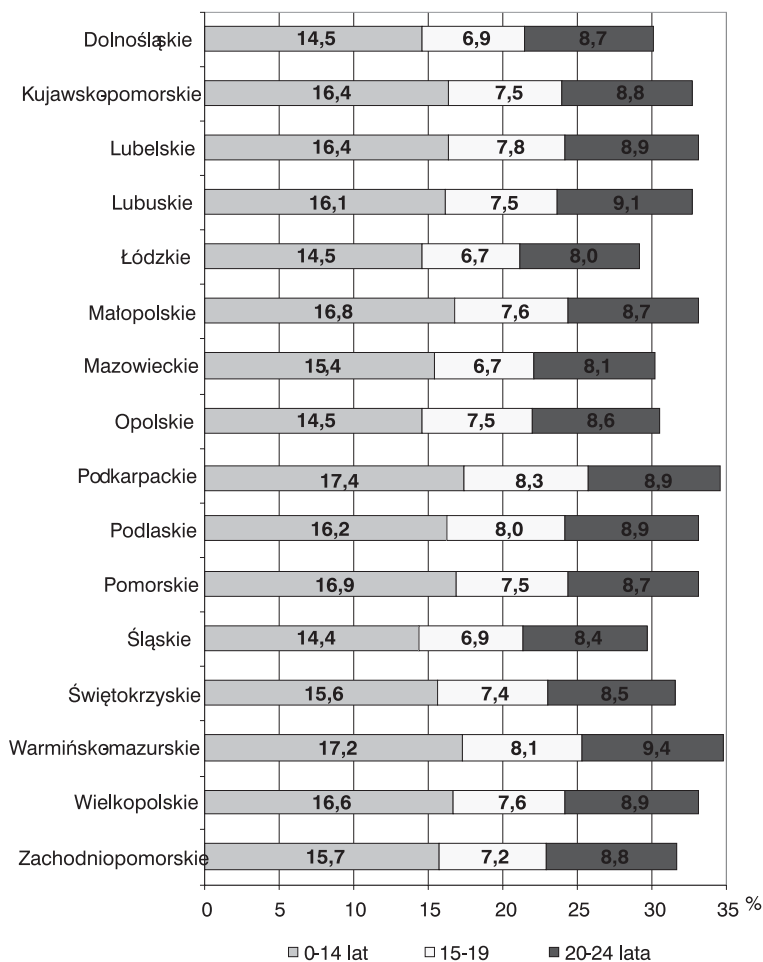
20-24 lata – 8,6%. We wszystkich analizowanych grupach wiekowych istniała przewaga chłopców nad dziewczynkami, która w najmłodszej grupie wiekowej 0-14 lat wynosiła 2,6 pkt proc. (udział dziewczynek w tej grupie wiekowej wynosił 48,7%). Dla dwóch starszych grup wiekowych różnica ta była mniejsza i wynosiła odpowiednio 2,2 i 1,8 pkt proc. Ta przewaga płci występowała zarówno w miastach, jak i na wsiach. Ponad połowa (57,2%) osób w wieku 0-24 lata mieszkała w miastach, przy czym udział dzieci i młodzieży w populacji miejskiej był niższy niż na wsi. Osoby w tym wieku stanowiły 29,6% ludności mieszkającej w miastach, podczas gdy na wsi odsetek ten wyniósł 35,1%.

Tabela 1. Ludność według wieku, płci i miejsca zamieszkania w 2006 r. (stan w dniu 31 XII)

WYSZCZEGÓLNIENIE	Ogółem	W tym w wieku:		
		0-14 lat	15-19	20-24 lata
		w tysiącach		
O G Ó Ł E M	38125,5	6022,4	2788,1	3286,0
Mężczyźni	18426,8	3086,8	1426,1	1671,4
Kobiety	19698,7	2935,6	1362,1	1614,7
Miasta	23368,9	3314,4	1595,5	2008,4
Mężczyźni	11083,8	1700,0	811,8	1012,7
Kobiety	12285,1	1614,5	783,7	995,7
Wieś	14756,6	2707,9	1192,6	1277,6
Mężczyźni	7343,0	1386,8	614,3	658,7
Kobiety	7413,6	1321,1	578,3	619,0

W 2006 roku w przekroju terytorialnym najmniejszy udział populacji dzieci i młodzieży w wieku 0-24 lata w całej populacji województwa odnotowano w województwach: łódzkim (29,2%), śląskim (29,7%), dolnośląskim (30,0%), mazowieckim (30,2%) i opolskim (30,6%). Natomiast największy udział osób w tym wieku w populacji województwa wystąpił w województwach: podkarpackim (34,7%) oraz w warmińsko-mazurskim (34,6%).

Wykres 4. Dzieci i młodzież według województw w 2006 r.

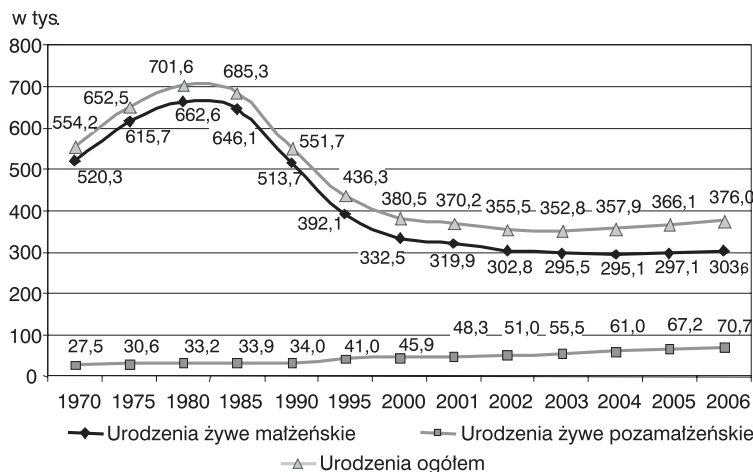


1.1.2. Urodzenia i dzietność kobiet

Od 1994 roku obowiązuje w Polsce definicja urodzenia i zgonu noworodka rekomendowana przez Światową Organizację Zdrowia (WHO), zgodnie z którą funkcjonują dwie kategorie urodzenia: żywe i martwe. Nowe kryteria dotyczące urodzenia i zgonu noworodka zastąpiły funkcjonującą definicję, na podstawie której wyróżniano cztery kategorie urodzenia: żywe, martwe, niezdolne do życia z oznakami życia oraz niezdolne do życia bez oznak życia. Po przyjęciu definicji zgodnej z rekomendacjami Światowej Organizacji Zdrowia urodzenie noworodka niezdolnego do życia z oznakami życia rejestruje się jako urodzenie żywe i jednocześnie jako zgon niemowlęcia, natomiast urodzenie noworodka niezdolnego do życia bez oznak życia traktuje się jako urodzenie martwe. Informacje o urodzeniach i zgonach, w tym zgonach niemowląt (omówione w dalszej części opracowania) dla wszystkich przedstawionych w retrospekcji lat, zostały zaprezentowane zgodnie z nową definicją.²

Po roku 1983, który był ostatnim rokiem wyżu demograficznego (723,6 tys. urodzeń żywych), odnotowywano coraz mniej urodzeń. Dopiero 2004 rok przerwał tę niekorzystną tendencję spadkową i w trzech kolejnych latach liczba urodzeń stopniowo wzrastała. W 2006 roku zarejestrowano 374,2 tys. urodzeń żywych (około 10 tys. więcej w porównaniu do roku poprzedniego).

Wykres 5. Urodzenia w latach 1970-2006



² Szczegółowe uwagi dotyczące przyjęcia nowych kryteriów definicji urodzenia i zgonu noworodka zawiera publikacja GUS „Rocznik demograficzny 2007”.

Podczas gdy zwiększenie liczby urodzeń żywych zaobserwowano na obszarach wiejskich w latach 2005-2006, w mieście tendencja wzrostowa miała swój początek 2 lata wcześniej (w 2003 roku wzrost o około 2 tys. urodzeń dzieci w porównaniu do roku poprzedniego).

W Polsce widoczna jest przewaga dzieci urodzonych przez kobiety pozostające w związku małżeńskim (prawie 81% urodzeń żywych ogółem w 2006 roku). W latach 1970-2006 odnotowano stopniowe zwiększanie udziału urodzonych dzieci pozamałżeńskich do urodzeń żywych ogółem, z 5,0% w 1970 roku do 18,9% w 2006 roku. Polska jest jednym z krajów o niskim udziale urodzeń dzieci pozamałżeńskich (17,1% w 2004 roku). Niższy wskaźnik charakteryzował kraje: Włochy (14,9%), Szwajcaria (13,3%), Macedonia (12,3%), Chorwacja (10,4%), Grecja (4,9%). Natomiast najwyższy wskaźnik wystąpił w: Islandii (63,7%), Estonii (57,8% w 2003 roku), Szwecji (55,4%), oraz Norwegii (51,4%).

Tabela 2. Urodzenia żywe i przyrost naturalny według województw w 2006 r.

WOJEWÓDZTWA	Urodzenia żywe	Przyrost naturalny
	na 1000 ludności ^a	
POLSKA	9,8	0,1
Dolnośląskie	9,2	-0,9
Kujawsko-pomorskie	10,2	0,7
Lubelskie	9,8	-0,5
Lubuskie	10,3	1,1
Łódzkie	9,1	-3,1
Małopolskie	10,0	1,2
Mazowieckie	10,2	0,1
Opolskie	8,1	-0,9
Podkarpackie	9,6	1,3
Podlaskie	9,2	-0,7
Pomorskie	11,0	2,5
Śląskie	9,1	-0,8
Świętokrzyskie	8,8	-1,9
Warmińsko-mazurskie	10,5	1,7
Wielkopolskie	10,8	1,7
Zachodniopomorskie	9,7	0,4

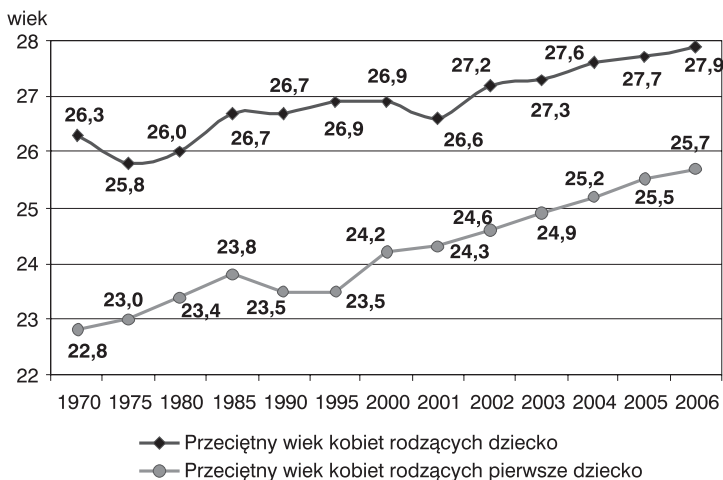
^a Zameldowane na pobyt stały.

W 2006 roku wskaźnik urodzeń żywych na 1000 ludności wyniósł przeciętnie 9,8. Taką wartość odnotowano w województwie lubelskim; poniżej tego wskaźnika znalazły się województwa: opolskie (które osiągnęło

nęło najniższą wartość – 8,1), świętokrzyskie, łódzkie (z najmniejszym przyrostem naturalnym na 1000 ludności), śląskie, dolnośląskie, podlaskie, podkarpackie oraz zachodniopomorskie. Najwyższą wartość wskaźnika osiągnęły województwa: pomorskie (11,0), wielkopolskie (10,8), warmińsko-mazurskie (10,5), lubuskie (10,3), kujawsko-pomorskie (10,2), mazowieckie (10,2) i małopolskie (10,0).

Obserwowana zmiana wzorców zachowań prokreacyjnych i związane z nią przełożenie urodzenia dziecka na późniejsze lata życia bardziej widoczne jest w dłuższym okresie. Od 1970 roku przeciętny wiek kobiet, które po raz pierwszy rodziły, przesunął się o prawie trzy lata z 22,8 do 25,7 w 2006 roku. Jednocześnie zmienił się średni wiek kobiet, które urodziły dziecko, z 26,3 w 1970 roku na 27,9 w 2006 roku.

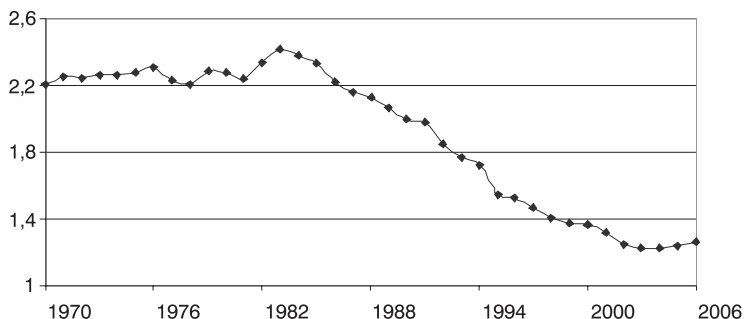
Wykres 6. Przeciętny wiek rodzących kobiet i przeciętny wiek kobiet rodzących pierwsze dziecko w latach 1970-2006



Współczynnik dzietności kobiet oznacza liczbę dzieci, którą urodziłaby przeciętnie kobieta w ciągu całego okresu rozrodczego (15-49 lat), przy założeniu, że w poszczególnych fazach tego okresu rodziłaby z intensywnością obserwowaną wśród kobiet w badanym roku. W 1970 roku współczynnik dzietności wyniósł 2,200, co oznacza, że na jedną kobietę będącą w wieku rozrodczym przypadała średnio nieco ponad dwójka dzieci. Od 1983 roku współczynnik ten systematycznie spadał z 2,416 do 1,222 w 2003 roku. Pomimo że w latach 2003-2006 odnotowano wzrost do 1,267, jego poziom od 1990 roku nie zapewnia prostej

zastępowalności pokoleń. W 2006 roku wyższy współczynnik dzietności odnotowano na wsi (1,409) niż w mieście (1,179).

Wykres 7. Współczynnik dzietności kobiet w latach 1970-2006



Płodność kobiet mierzy się współczynnikiem obliczonym jako iloraz liczby urodzeń żywych i liczby kobiet w wieku rozrodczym (15-49 lat). Poza ogólnymi współczynnikami płodności występują również współczynniki grupowe (częstkowe), które są ilorazem liczby urodzeń żywych z kobiet w danej grupie wieku i liczby kobiet w tej samej grupie wieku. Urodzenia z matek w wieku poniżej 15 lat włącza się do grupy 15-19 lat; urodzenia z matek w wieku 50 lat i więcej zalicza się do grupy 45-49 lat.

Tabela 3. Współczynnik płodności kobiet w latach 1970-2006

LATA	Urodzenia żywe na 1000 kobiet w grupach wieku:						
	15-19 lat	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49 lat
1970	30,0	165,0	126,0	71,0	36,0	11,0	1,0
1980	32,9	179,6	136,4	69,1	29,0	7,5	0,6
1990	31,5	165,2	121,4	58,6	24,5	6,2	0,3
2000	17,0	83,3	94,6	51,7	21,4	4,8	0,2
2005	13,5	58,7	90,3	59,2	22,7	4,8	0,2
2006	13,9	57,7	91,1	62,8	24,0	4,9	0,2

W 2006 roku współczynnik płodności był dwa razy mniejszy niż w 1980 roku. W tym czasie największy spadek płodności odnotowano dla kobiet w wieku 20-24 lata, dla których wskaźnik pomniejszył się o 67,9%. W 1980 roku współczynnik był najwyższy dla kobiet w wieku 20-24 lata, w 2006 roku dla kobiet w wieku 25-29 lata. To przesunięcie wieku, dla którego współczynnik osiąga swoje maksimum, wskazuje,

że w tym okresie nastąpiła zmiana wzorców zachowań prokreacyjnych – kobiety zaczęły odkładać decyzję o posiadaniu potomstwa na późniejsze lata życia. Tą tendencję zaobserwowano zarówno na wsi, jak i w mieście.

Większość dzieci w 2006 roku urodziły matki z wykształceniem średnim (37,1%) oraz z wyższym (29,1%). Odnotowano wysoki udział kobiet z wykształceniem wyższym i średnim, które urodziły swoje pierwsze dziecko, w ogólnej liczbie urodzeń (kobiety z wykształceniem średnim – 20,1%, a z wykształceniem wyższym – 17,4%).

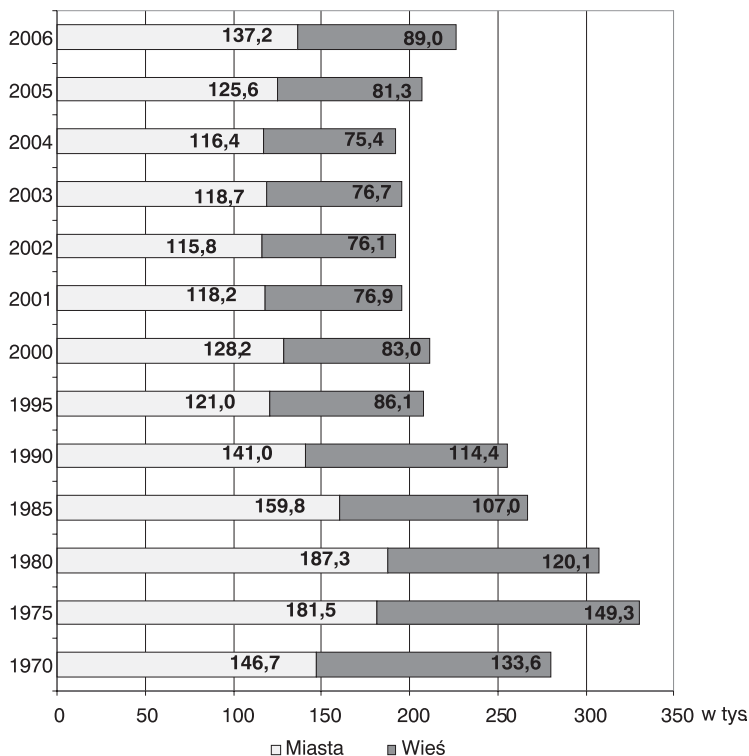
Tabela 4. Urodzenia według kolejności urodzenia dziecka i poziomu wykształcenia matki w 2006 r.

WYKSZTAŁCENIE MATKI	Ogółem	Kolejność urodzenia dziecka u matki			
		1	2	3	4 i więcej
		w tysiącach			
O G Ó Ł E M	376,0	192,7	122,9	37,7	22,8
Wyższe	109,4	65,6	36,1	6,3	1,5
Policealne	5,7	3,2	1,9	0,5	0,2
Średnie	139,6	75,6	46,4	12,6	5,0
Zasadnicze zawodowe	81,0	30,0	28,7	12,9	9,3
Gimnazjalne	7,9	7,0	0,8	0,1	0,0
Podstawowe	30,9	10,6	8,5	5,2	6,6
Niepełne podstawowe	0,4	0,1	0,1	0,1	0,1

1.1.3. Małżeństwa, rozwody, separacje

Lata 2005 i 2006 przerwały tendencję spadkową w liczbie zawieranych małżeństw. Od 1990 roku liczba związków zmniejszała się systematycznie z 255,4 tys. do 203,6 tys. w 1996 roku. W latach 1997-1999 zanotowano nieznaczny wzrost zawieranych małżeństw, po czym w kolejnych latach dalej utrzymywała się tendencja spadkowa (wyjątek stanowił rok 2003, gdy liczba związków wzrosła do poziomu z 2001 roku, by w 2004 roku wrócić do stanu z 2002 roku). Po latach spadku liczby zawieranych małżeństw, jak również liczby rodzących się dzieci, od roku 2005 pojawił się pozytywny trend w obydwu tych zjawiskach. W 2005 roku zawarto 206,9 tys. małżeństw – o 7,9% więcej niż w 2004 roku. Liczba związków zawartych w 2006 roku zwiększyła się do 226,2 tys., tj. o 9,3% w stosunku do roku poprzedniego.

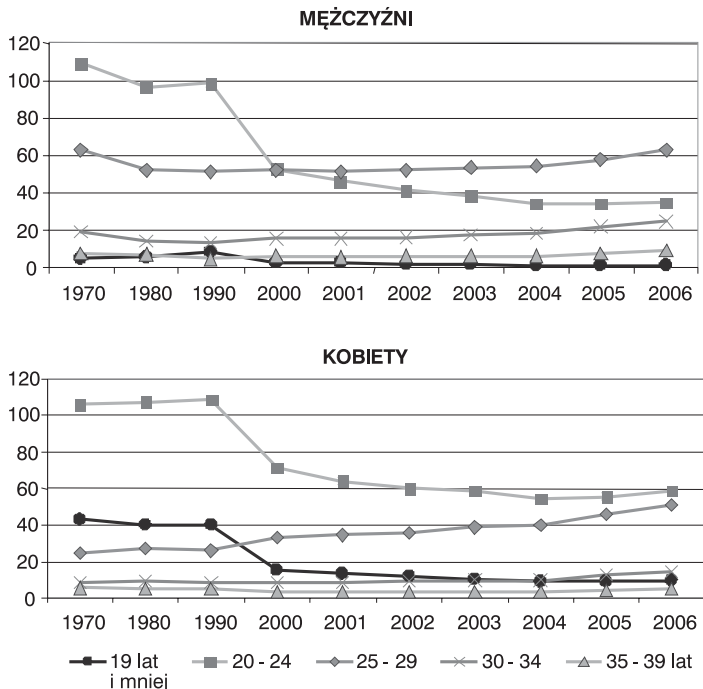
Wyraźnie opóźnił się moment zawierania małżeństw, co obrazują zmiany w strukturze nowożeńców według wieku w momencie zawiera-

Wykres 8. Małżeństwa zawarte w latach 1970-2006

nia małżeństwa. Wraz ze spadkiem liczby zawieranych małżeństw nastąpił spadek współczynników zawieranych małżeństw dla osób w wieku 19 lat i mniej oraz 20-24 lata, przy jednoczesnym wzroście tych współczynników dla osób w wieku 25-29 lat oraz 30-34 lata. Dynamika ta dotyczy zarówno kobiet, jak i mężczyzn.

W 2006 roku wśród mężczyzn zawierających związki małżeńskie wyraźnie przeważał wiek 25-29 lat (44% ogółu mężczyzn, którzy wstąpili w związki małżeńskie). Średnio 63 na 1000 mężczyzn w tym wieku zmieniło stan cywilny. Od 2002 roku ta grupa wiekowa przeważała wśród nowożeńców płci męskiej, a jej udział z roku na rok się powiększał. W grupie wiekowej 20-24 lata średnio 35 na 1000 mężczyzn w tym wieku wstąpiło w związki małżeńskie. Udział nowożeńców w tym wieku systematycznie spadał – w 2006 roku wynosił 26%, a w 2000 roku aż 40,7%. Wzrosła intensywność zawierania związków małżeńskich

Wykres 9. Nowożeńcy na 1000 ludności w wieku 15 lat i więcej danej płci i grupy wieku w latach 1970-2006

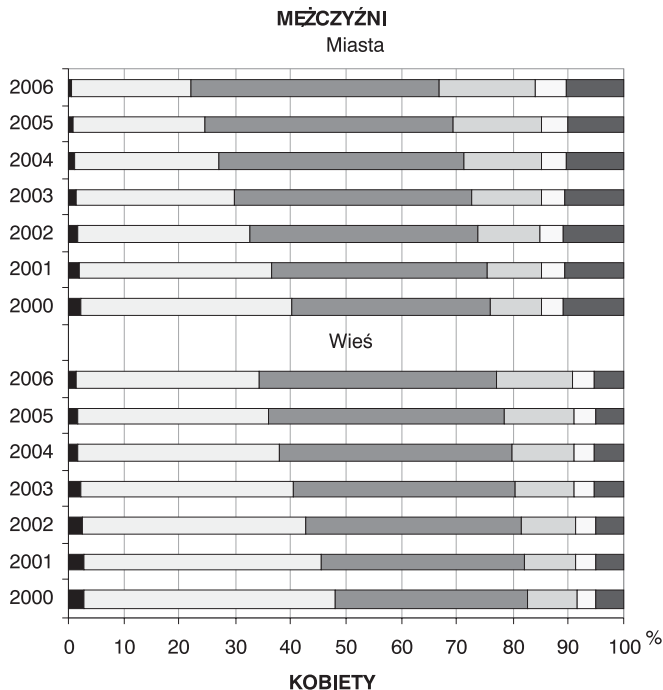


w grupie wiekowej 30-34 lata do poziomu średnio 25 na 1000 mężczyzn w 2006 roku. Mężczyźni w tym wieku stanowili prawie 16% ogółu mężczyzn zawierających związki małżeńskie w 2006 roku (w 2000 roku odsetek ten wyniósł ponad 9%).

Wśród kobiet, które wstąpiły w związki małżeńskie w 2006 roku 42% stanowiły osoby w wieku 20-24 lata. Średnio 59 na 1000 kobiet w tym wieku zmieniło stan cywilny. Pomimo że odsetek nowożeńców w tym wieku systematycznie spadał (w 2000 roku wynosił on prawie 53%), ta grupa wiekowa wśród kobiet miała przeważający udział w 2006 roku. Jednocześnie systematycznie wzrastał odsetek kobiet w wieku 25-29 lat wśród nowożeńców (z prawie 22% w 2000 roku do ponad 34% w 2006 roku) i intensywność zawierania związków małżeńskich w tej grupie wiekowej. W 2006 roku średnio 51 na 1000 kobiet w tym wieku wstąpiło w związki małżeńskie (w 2000 roku współczynnik ten osiągnął poziom średnio 33 na 1000 kobiet). W porównaniu do 2000 roku ponad dwukrotnie wzrósł odsetek ko-

biet w wieku 30-34 lata zawierających związki małżeńskie – z 4,7% w 2000 roku do 9% w 2006 roku. W 2000 roku na 1000 kobiet w tym wieku małżeństwo zawarło średnio 8, a w 2006 roku – przeciętnie 15.

Wykres 10. Nowożeńcy według wieku w momencie zawierania małżeństwa w miastach i na wsi w latach 2000-2006

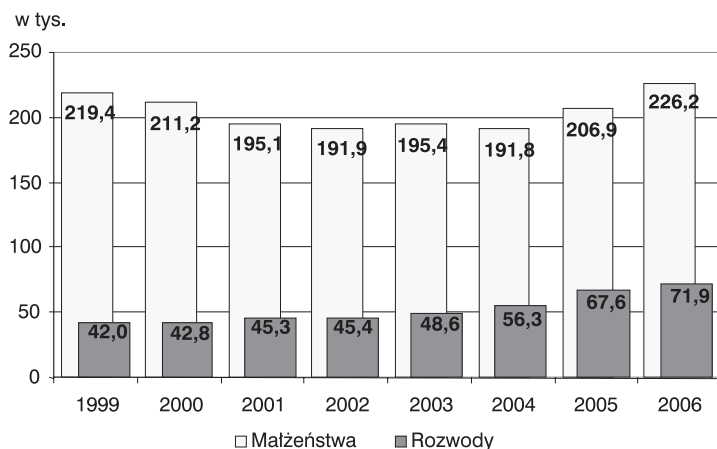


Zmiany w wieku zawierania małżeństw były bardziej widoczne w miastach niż na wsi. Wśród mężczyzn w miastach przewaga nowożeńców w wieku 25-29 lat pojawiła się 2 lata wcześniej niż na wsi. Istotna różnica pomiędzy miastem i wsią w przypadku mężczyzn wystąpiła w grupie wiekowej 20-24 lata – odsetek mężczyzn w tym wieku zawierających związki małżeńskie w 2006 roku wyniósł 21,6% w miastach, a 32,9% na wsi.

W przypadku kobiet zawierających małżeństwa, na wsi utrzymywała się zdecydowana przewaga kobiet w wieku 20-24 lata (w 2006 roku 50,6% nowożeńców), podczas gdy w miastach kobiety później decydowały się na zamążpójście (największy udział wśród nowożeńców w 2006 roku miały kobiety w wieku 25-29 lat – 38,4%).

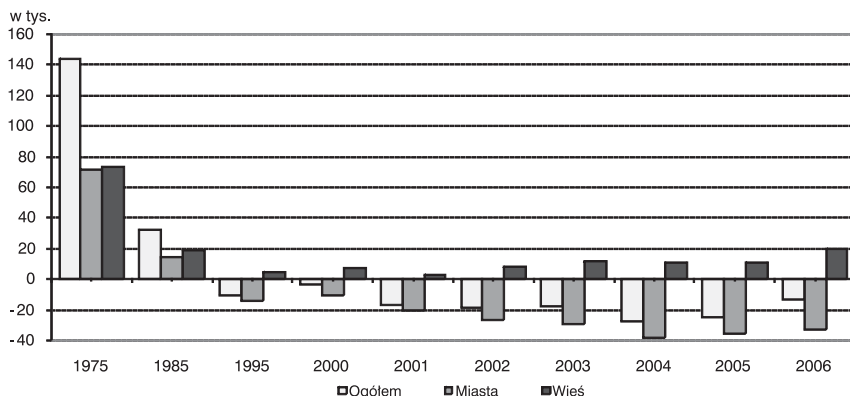
Z demograficznego punktu widzenia rozpad małżeństwa traktowany jest jako czynnik wstrzymujący prokreację i obniżający przyrost naturalny. W ostatnich latach liczba rozwodów w Polsce wyraźnie zwiększyła się. W 1999 roku zarejestrowano 42 tys. rozwodów. Przez cztery kolejne lata ich liczba rosła w wolnym tempie, osiągając 48,6 tys. w 2003 roku. W latach 2004-2006 tempo to wyraźnie wzrosło. Liczba rozwodów w 2004 i 2005 roku zwiększyła się odpowiednio o 15,8% i 20% w porównaniu do roku poprzedniego. W roku 2006 liczba rozwodów wyniosła 71,9 tys. i była wyższa o 6,4% względem roku poprzedniego i o 71% w stosunku do 1999 roku.

Wykres 11. Małżeństwa i rozwody w latach 1999-2006

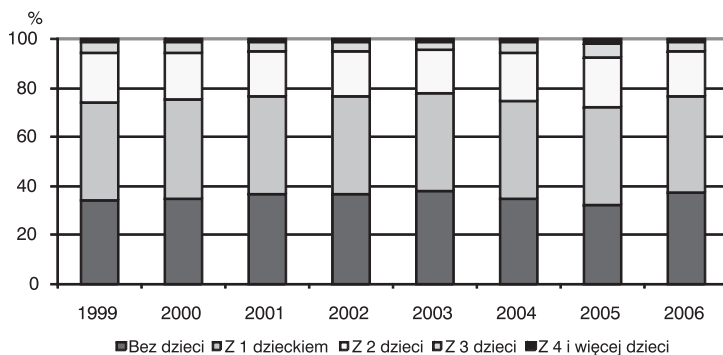


Na początku lat 90-tych pojawiło się negatywne zjawisko w postaci przewagi małżeństw rozwiązanych nad zawartymi³. Na to saldo rzutowała sytuacja w miastach, gdyż na wsi przez cały ten okres utrzymywała się przewaga małżeństw zawieranych nad rozwiązanymi, która w ostatnich latach jeszcze wzrosła (w 2006 roku wyniosła 19,5 tys.). W miastach ujemne saldo zwiększało się w szybkim tempie do 2004 roku, kiedy różnica między małżeństwami rozwiązanymi i zawartymi wyniosła 38,2 tys. W dwóch, kolejnych latach różnica ta zmniejszyła się do 32,6 tys. w 2006 roku, co było spowodowane głównie wzrostem liczby zawieranych małżeństw.

³ Rozwiązanie małżeństwa następuje przez śmierć lub rozwód.

Wykres 12. Różnica pomiędzy małżeństwami zawartymi i rozwiązanymi w latach 1975-2006

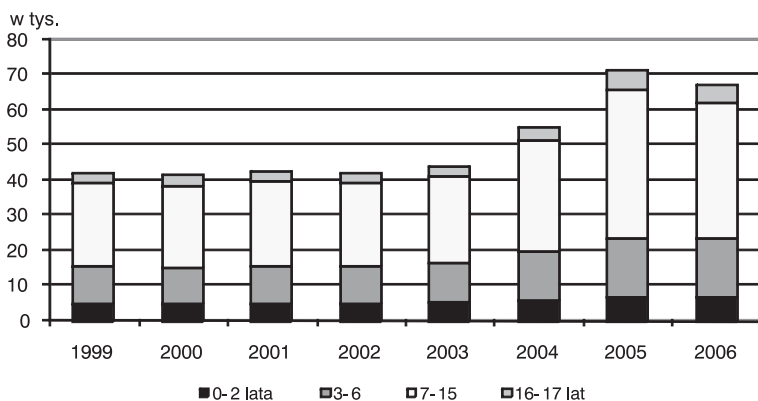
W 2006 roku rozwiódł się 26,9 tys. par małżeńskich bez dzieci, co stanowiło 37,4% wszystkich rozwodów. 62,6% rozwodów dotyczyło małżeństw z małoletnimi dziećmi, przy czym największy udział w ogólnej liczbie rozwodów miały małżeństwa z jednym dzieckiem (ponad 39%). Odsetek małżeństw z dwójką dzieci wśród ogółu rozwodzących się par stanowił 18%, z trójką dzieci – prawie 4%, natomiast z czwórką i większą liczbą dzieci – 1,5%.

Wykres 13. Rozwody według liczby małoletnich dzieci z rozwodzących się małżeństw w latach 1999-2006

W 2006 roku skutki rozvodu dotknęły 67,3 tys. dzieci w wieku poniżej 18 lat. W porównaniu do 2005 roku liczba ta spadła o 4,4

tys., aczkolwiek w stosunku do 1999 roku oznacza to wzrost o ponad 60%. W latach 1999-2006 nastąpiły zmiany w strukturze wieku dzieci z rozwodzących się małżeństw polegające na zmniejszeniu się odsetka dzieci najmłodszych oraz w wieku przedszkolnym na rzecz wzrostu udziału dzieci w wieku szkolnym. W 2006 roku ponad połowę (65,2%) stanowiły dzieci w wieku szkolnym (7-17 lat). Odsetek dzieci w wieku przedszkolnym stanowił 24,6%, natomiast udział dzieci najmłodszym wynosił 10,2%.

Wykres 14. Małoletnie dzieci pozostające z małżeństw rozwiedzionych według wieku w latach 1999-2006



W 2006 roku zdecydowanie najczęściej (61,7%) władza rodzicielska i opieka nad małoletnimi dziećmi przyznawana była matkom, ojcu – tylko w 3,8%, a razem matce i ojcu – w 32,4%. W niewielkiej liczbie przypadków dziecko powierzane było placówce wychowawczej lub rodzinie zastępczej (razem niespełna 1%). Najczęściej na rozwód decydowały się pary, których okres trwania małżeństwa wynosił 5-9 lat – 23,3% rozwodzących się par. Następną, pod względem częstości rozwodów, była grupa małżeństw ze stażem 0-4 lata wspólnego pożycia – 18,5% rozwodów ogółem. W przypadku pozostałych par im dłuższy staż wspólnego pożycia tym mniejszy odsetek w ogólnej liczbie rozwodów – wśród par, które przeżyły ze sobą 10-14 lat wyniósł on 17,6%, 15-19 lat – 15,4%, 20-24 lata – 12,1%, 25-29 lat – 7,6% oraz 30 lat i więcej – 5,5%. Spośród przyczyn rozkładu pożycia małżeńskiego dominowały niezgodność charakterów, niedochowanie wierności małżeńskiej i nadużywanie alkoholu.

Alternatywę dla rozwodów stanowi instytucja separacji wprowadzona w grudniu 1999 roku. W 2006 roku orzeczono prawomocnie prawie 8 tys. separacji. Mimo że ich liczba w porównaniu do 2005 roku spadła o ponad 30%, to i tak w stosunku do 2000 roku stanowiło to prawie sześciokrotny wzrost. Częściej na separację decydowali się małżonkowie mieszkający w mieście (prawie 70% separacji w 2006 roku) niż na wsi.

W 2006 roku separowane małżeństwa posiadały najczęściej jedno dziecko (31,1% ogółu par). Odsetek małżeństw bez dzieci, którym orzeczono separację, wyniósł 27%. Pary z dwójką dzieci stanowiły 25,5% ogółu separowanych małżeństw, z trojgiem lub większą liczbą dzieci – 16,4%. Liczba dzieci z separowanych małżeństw wyniosła 11,2 tys., z czego ponad połowa (ponad 62%) dzieci była w wieku 7-15 lat, 18,2% – w wieku 3-6 lat. Odsetek dzieci w wieku 16-17 lat i 0-2 lata utrzymywał się na podobnym poziomie – niecałe 10%.

Tabela 5. Małoletnie dzieci pozostające z separowanych małżeństw według wieku w latach 2001-2006

LATA	Ogółem	W wieku:			
		0-2 lata	3-6	7-15	16-17 lat
2001	2560	295	555	1462	248
2002	2916	368	593	1700	255
2003	3225	387	676	1894	268
2004	8831	921	1731	5289	890
2005	20254	1854	3760	12553	2087
2006	11226	1094	2042	6986	1104

1.1.4. Rodziny w gospodarstwach domowych

Źródłem informacji na temat rodzin i dzieci w rodzinach są wyniki spisów powszechnych – dla 1988 roku Narodowego Spisu Powszechnego, dla 2002 roku Narodowego Spisu Powszechnego Ludności i Mieszkań.

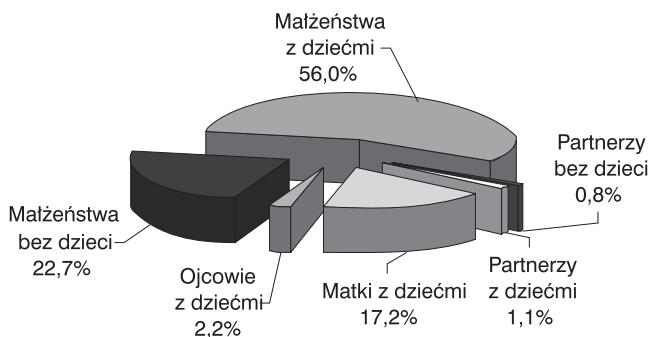
W 2002 roku liczba rodzin była wyższa w stosunku do 1988 roku o 231,4 tys., tj. o 2,3% i wyniosła 10 457,6 tys. Wzrost o 232,5 tys. rodzin (o 3,6%) odnotowano w miastach. Na wsi liczba rodzin spadła o 1,1 tys. (o 0,03%), co można tłumaczyć przemieszczeniem się ludności ze wsi do miast oraz zmianami administracyjnymi, prowadzącymi do włączania terenów wiejskich (wraz z mieszkającą tam ludnością) do terenów miejskich.

Tabela 6. Rodziny według typów w latach 1998 i 2002

TYPY RODZINY		Ogółem	Miasta	Wieś
		w tysiącach		
O G Ó Ł E M	1988	10226,2	6364,4	3851,8
	2002	10457,6	6596,9	3860,7
Małżeństwa bez dzieci		2369,8	1542,6	827,2
Małżeństwa z dziećmi		5860,3	3511,2	2349,1
Partnerzy bez dzieci		86,7	69,9	16,8
Partnerzy z dziećmi		110,7	78,1	32,6
Matki z dziećmi		1798,3	1241,3	557,0
Ojcowie z dziećmi		231,8	153,8	78,0

W Narodowym Spisie Powszechnym 2002 wyróżniono sześć typów rodzin: małżeństwo bez dzieci, małżeństwo z dziećmi, partnerzy bez dzieci, partnerzy z dziećmi, samotna matka z dziećmi, samotny ojciec z dziećmi, natomiast jako dziecko potraktowano osobę w każdym wieku mieszkającą i utrzymującą się z rodzicami (lub z jednym z rodziców).

W 2002 roku wśród rodzin dominowały małżeństwa z dziećmi – 56% spisanych rodzin. Drugim typem rodziny pod względem udziału w ogólnej liczbie rodzin, były małżeństwa bez dzieci – 22,7%. Liczba matek z dziećmi wyniosła 1798,3 tys. tj. 17,2% rodzin. Najmniej było rodzin typu ojciec z dziećmi (2,2%) i stanowiących związki partnerskie (1,9%), przy czym ponad połowa tych par miała dzieci.

Wykres 15. Rodziny według typów w 2002 roku

W 2002 roku w rodzinach spisano 14245,0 tys. dzieci, tj. o 404,9 tys. dzieci mniej w porównaniu do 1988 roku. Trzy czwarte z nich (10808,7 tys.) stanowiły dzieci w wieku poniżej 25 lat pozostające na utrzymaniu

rodzin. Przeciętna liczba dzieci na utrzymaniu zmniejszyła się w porównaniu z 1988 rokiem z 1,87 do 1,78 dzieci. 83% dzieci w wieku do 24 lat pozostających na utrzymaniu żyła w rodzinach typu małżeństwo z dziećmi. Drugim typem rodzin pod względem liczby dzieci były rodziny samotnych matek – przebywało w nich 14% dzieci. W rodzinach partnerów żyło 1,6% dzieci, natomiast samotnych ojców – 1,4%.

Tabela 7. Rodziny z dziećmi do 24 lat pozostającymi na utrzymaniu według typów rodzin w latach 1998 i 2002

TYPY RODZINY		Rodziny	Dzieci pozostające na utrzymaniu
		w tysiącach	
O G Ó Ł E M	1988	6209,9	11592,8
	2002	6079,4	10808,7
Małżeństwa		4854,8	8974,7
Partnerzy		99,1	173,0
Samotne matki		1019,3	1511,0
Samotni ojcowie		106,3	150,0

1.2. Edukacja

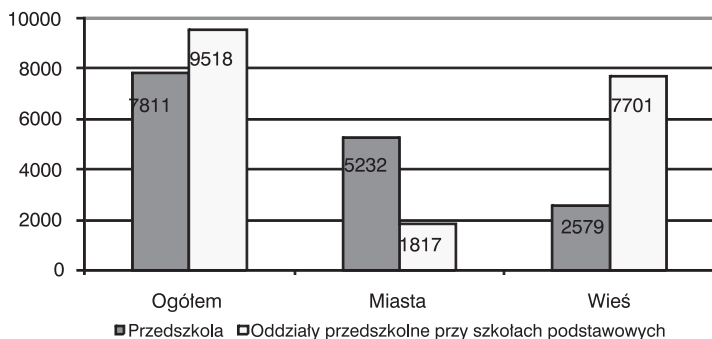
Poniższa analiza dotycząca edukacji dzieci i młodzieży oparta jest na wynikach badań pełnych, zrealizowanych przez Główny Urząd Statystyczny w formie sprawozdawczości rocznej instytucji oświaty i wychowania (przedszkola, szkoły podstawowe, gimnazja, szkoły ponadpodstawowe i ponadgimnazjalne) oraz szkół wyższych i placówek naukowych, niezależnie od ich struktury organizacyjnej i form własności.

Wychowanie przedszkolne realizowane jest w przedszkolach, do których uczęszczają dzieci w wieku 3-6 lat, oraz w oddziałach przedszkolnych przy szkołach podstawowych przeznaczonych głównie dla dzieci sześciolletnich.

Liczba przedszkoli w roku szkolnym 2006/2007 wyniosła 7811 i w porównaniu do roku szkolnego 2000/2001 spadła o 690. W większości placówki przedszkolne znajdowały się na obszarze miejskim (67% w roku szkolnym 2006/2007). W przeciwieństwie do przedszkoli zlokalizowanych na wsi, od roku szkolnego 2005/2006 liczba placówek w mieście zaczęła rosnąć i w roku szkolnym 2006/2007 w stosunku do roku poprzedniego była wyższa o 78. Na wsi tendencja spadkowa utrzymała się.

W roku szkolnym 2006/2007 w przedszkolach znajdowało się 697,8 tys. miejsc, z czego około 80% znajdowało się w placówkach w mieście. Do przedszkoli uczęszczało 676,4 tys. dzieci, o 3,4% więcej w porównaniu do roku poprzedniego. Średnio na 1 oddział przedszkola przypadało 23 dzieci, przy czym na 1 oddział na wsi o 3 osoby mniej niż w mieście. Odsetek dzieci niepełnosprawnych w przedszkolach wyniósł 1,0%.

Wykres 16. Placówki wychowania przedszkolnego w roku szkolnym 2006/2007



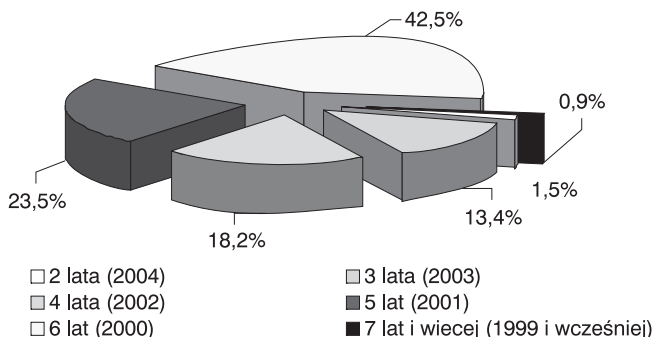
W roku szkolnym 2006/2007 funkcjonowało 9,5 tys. oddziałów przedszkolnych przy szkołach podstawowych, z czego ponad 80% działało na wsi. Oddziały przedszkolne były dominującym rodzajem jednostek organizacyjnych realizujących wychowanie przedszkolne – stanowiły prawie 55% wszystkich placówek wychowania przedszkolnego. Od roku szkolnego 2000/2001 do roku 2006/2007 liczba oddziałów przedszkolnych zlokalizowanych w mieście stopniowo powiększyła się (z 1379 do 1817), natomiast na wsi, z wyjątkiem roku szkolnego 2004/2005, wystąpiła inna sytuacja (spadek z 8123 do 7701).

W roku szkolnym 2006/2007 do oddziałów przedszkolnych uczęszczało 186,2 tys. dzieci, w tym większość (65,5%) do oddziałów znajdujących się na wsi. Średnio na 1 oddział przypadało 16 dzieci, na 1 oddział w mieście o 5 osób więcej niż na wsi. Odsetek dzieci niepełnosprawnych w oddziałach przedszkolnych wyniósł 0,6%.

Analiza struktury wiekowej dzieci, które uczęszczały do placówek wychowania przedszkolnego, wykazała, że w roku szkolnym 2006/2007 większość dzieci (65,9%) była w wieku 5-6 lat. Najmniejszymi grupami były dzieci w wieku 7 i więcej lat (0,9%) oraz najmłodsze w wieku 2 lat (1,5%).

W porównaniu do roku szkolnego 2000/2001 wzrósł udział dzieci w wieku 2 lat uczęszczających do placówek wychowania przedszkolnego z 0,9% do 1,5%, oraz dzieci w wieku 3-5 lat z 47,1% do 55,1%, natomiast spadł odsetek dzieci w wieku 6 lat z 51,0% do 42,5%.

Wykres 17. Dzieci w placówkach wychowania przedszkolnego^a w roku szkolnym 2006/2007



^a Nie uwzględniono dzieci w placówkach wychowania przedszkolnego przy zakładach opieki zdrowotnej.

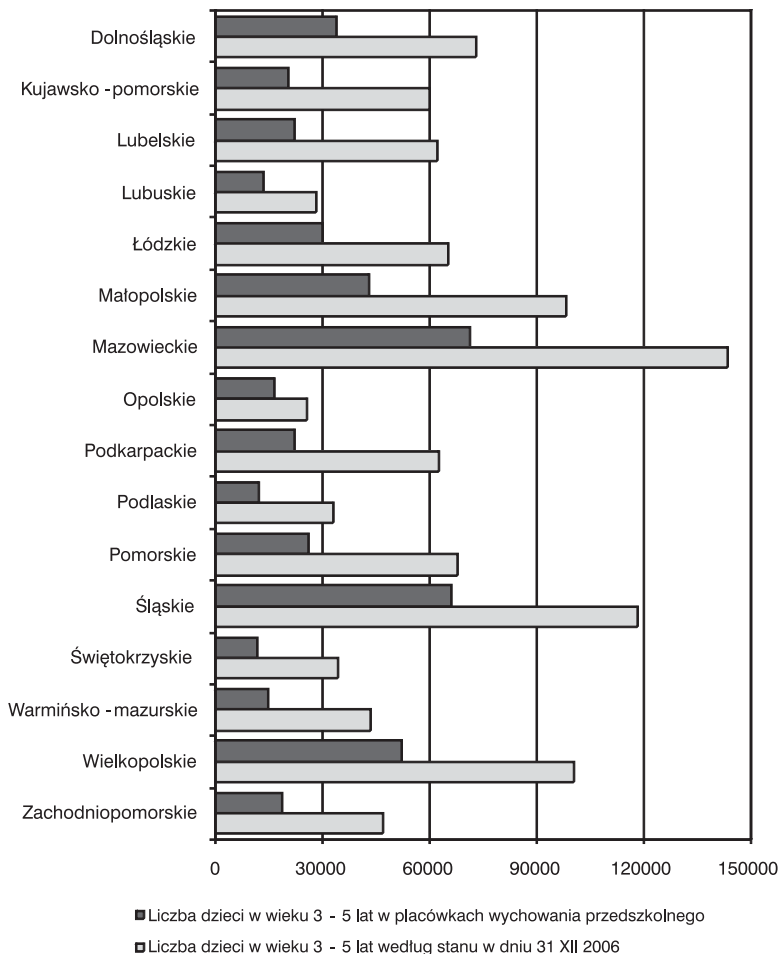
Wśród dzieci w wieku 3-5 lat uczęszczających do placówek wychowania przedszkolnego w roku szkolnym 2006/2007 największy udział stanowiły dzieci z województw: mazowieckiego (15,0%), śląskiego (14,0%), wielkopolskiego (11,0%), małopolskiego (9,1%) i dolnośląskiego (7,1%), a najmniejszy dzieci z województw: świętokrzyskiego (2,5%), podlaskiego (2,6%) i lubuskiego (2,8%).

Rok szkolny 1999/2000 był pierwszym rokiem realizacji nowego systemu edukacji w Polsce. Przekształcono ośmioletnie szkoły podstawowe w szkoły podstawowe z sześcioletnim okresem nauczania, utworzono gimnazja oraz powstały szkoły ponadgimnazjalne nowego typu.

W roku szkolnym 2006/2007 w 14503 szkołach podstawowych uczyło się 2484,8 tys. uczniów. W porównaniu do roku szkolnego 1999/2000 liczba szkół podstawowych zmalała o ponad 18%. Podobna sytuacja wystąpiła w odniesieniu do uczniów szkół podstawowych – ich liczba była niższa o około 37%.

Inna sytuacja przedstawiała się w przypadku gimnazjów dla dzieci i młodzieży, których liczba z roku na rok rosła. W roku szkolnym 2006/2007 w 7076 gimnazjach uczyło się 1528,8 tys. osób. Porównując do roku 1999/2000 (pierwszy rok funkcjonowania gimnazjów) było

Wykres 18. Dzieci w placówkach wychowania przedszkolnego w wieku 3-5 lat w porównaniu z liczbą dzieci w tym wieku według województw w 2006 r.



ich o około 16% więcej. W tym samym czasie o prawie dwa i pół razy wzrosła liczba uczniów uczęszczających do gimnazjów.

Szkolnictwo ponadgimnazjalne obejmuje: specjalne szkoły przysposabiające do pracy, zasadnicze szkoły zawodowe, licea ogólnokształcące, uzupełniające licea ogólnokształcące, licea profilowane, technika, technika uzupełniające oraz szkoły policealne. W roku szkolnym 2006/2007 najczęściej szkół dla młodzieży stanowiły szkoły policealne

Tabela 8. Szkoły dla dzieci i młodzieży według szczebli kształcenia w roku szkolnym 2006/2007

WYSZCZEGÓLNIENIE	Szkoły	w tysiącach	
		Uczniowie	Absolwenci ^a
Podstawowe	14503	2484,8	476,7
Gimnazjalne	7076	1528,8	527,1
Zasadnicze zawodowe	1760	229,2	75,7
Licea ogólnokształcące	2451	729,9	235,2
Uzupełniające licea ogólnokształcące	92	3,0	0,7
Licea profilowane	1416	160,0	69,0
Technika	2220	525,0	113,4
Technika uzupełniające	253	10,0	x
Artystyczne ^b	215	22,5	3,4
Policealne	3738	327,9	104,3

^a Z roku szkolnego 2005/2006 ^b Dające uprawnienia zawodowe.

(3738), do których uczęszczało 327,9 tys. młodzieży, na drugim miejscu były licea ogólnokształcące (2451), do których chodziło 729,9 tys. uczniów, na trzecim – technika (2220), w których kształciło się 525,0 tys. młodzieży, a na czwartym – zasadnicze szkoły zawodowe (1760) z 229,2 tys. uczniów. Od 2002 roku w wyniku reformy edukacji powstały licea profilowane, których w roku szkolnym 2006/2007 było 1416. Najwięcej absolwentów szkół zawodowych i liceów profilowanych dla młodzieży ukończyło kierunek ekonomiczno-administracyjny w liceach profilowanych (37,9 tys.), następnie inżynierijsko-techniczny w technikach (30,7 tys.) i zasadniczych szkołach zawodowych (23,6 tys.). W porównaniu do roku szkolnego 2000/2001 spadła liczba szkół zasadniczych zawodowych (o ponad 25%) i techników (o około 61%) przy jednoczesnym wzroście liczby liceów ogólnokształcących (o około 7%).

Do miary powszechności nauczania stosuje się współczynnik skolaryzacji netto. Wyraża on relację liczby osób (w danej grupie wieku) uczących się (stan na początku roku szkolnego) na danym poziomie kształcenia do liczby ludności (stan w dniu 31 XII) w grupie wieku określonej jako odpowiadająca temu poziomowi nauczania. W roku szkolnym 2006/2007 najwyższy współczynnik skolaryzacji netto wystąpił wśród dzieci w wieku 7-12 lat uczących się w szkołach podstawowych (97,6), natomiast najmniejszy współczynnik odnotowano dla młodzieży w wieku 19-21 lat uczącej się w szkołach policealnych (10,5). W przypadku szkół ponadgimnazjalnych współczynnik ten był najwyż-

szy dla młodzieży w wieku 16-18 lat uczęszczającej do liceów ogólnokształcących i profilowanych (52,9), a najniższy dla uczniów szkół zasadniczych zawodowych (10,5).

Tabela 9. Współczynniki skolaryzacji netto w roku szkolnym 2006/2007

SZKOŁY	Grupy wieku	Ogółem	Meżczyźni	Kobiety
		w odsetkach		
Podstawowe	7-12	97,6	97,7	97,5
Gimnazja	13-15	95,6	95,2	96,1
Ponadgimnazjalne:				
zasadnicze zawodowe ^a	16-18	12,3	16,9	7,5
licea ogólnokształcące ^b i profilowane	16-18	52,9	41,5	64,7
w tym licea ogólnokształcące	16-18	43,9	34,0	54,2
technika ^c	16-18	25,1	29,8	20,2
Policealne	19-21	10,5	10,3	10,7

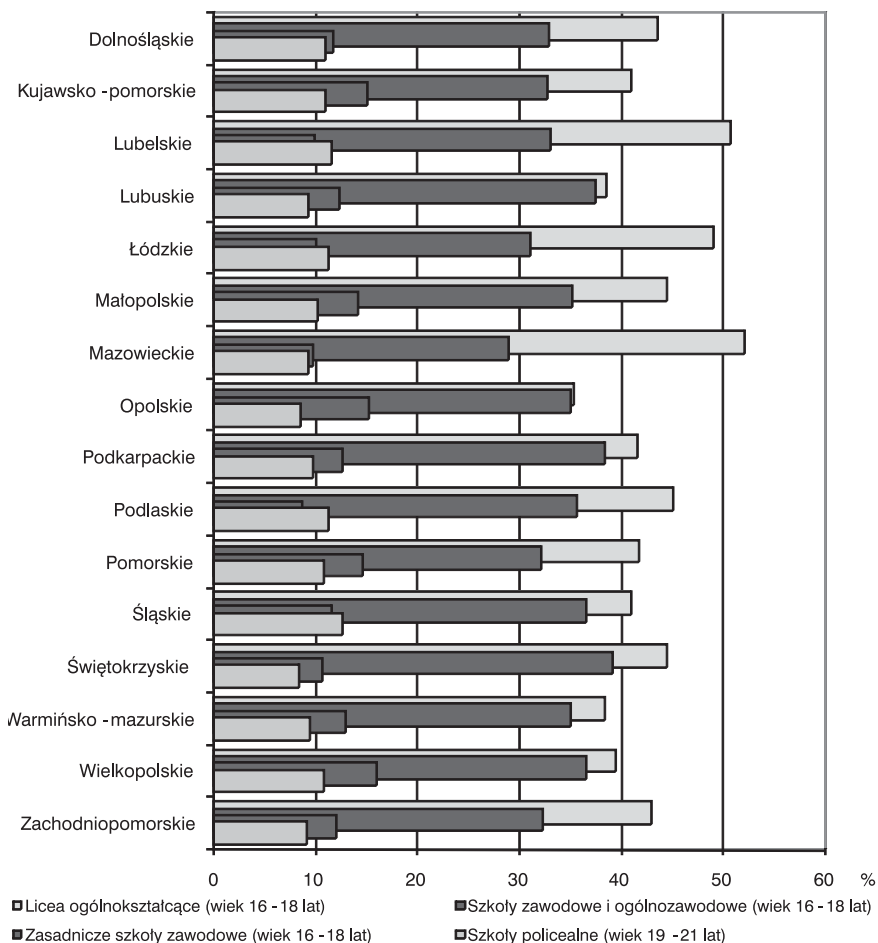
^a Łącznie ze specjalnymi szkołami przysposabiającymi do pracy.

^b Łącznie z ponadpodstawowymi liceami ogólnokształcącym dla dorosłych i ponadgimnazjalnymi uzupełniającymi liceami ogólnokształcącymi.

^c Łącznie z ponadpodstawowymi średnimi szkołami zawodowymi i technikami uzupełniającymi.

Najniższy współczynnik skolaryzacji netto dla osób w wieku 16-18 lat dla zasadniczych szkół zawodowych wystąpił w województwie podlaskim (8,7), dla liceów ogólnokształcących w województwie opolskim (35,3), a dla szkół zawodowych i ogólnozawodowych w województwie mazowieckim (29,0). Dla tej samej grupy wiekowej najwyższy wskaźnik wystąpił dla zasadniczych szkół zawodowych w województwie wielkopolskim (16,0), liceów ogólnokształcących w mazowieckim (52,1), a dla szkół zawodowych i ogólnozawodowych w województwie świętokrzyskim (39,1). Natomiast współczynnik skolaryzacji netto dla osób w wieku 19-21 dla szkół policealnych najwyższy był w województwie śląskim (12,6), a najniższy w województwie świętokrzyskim (8,4).

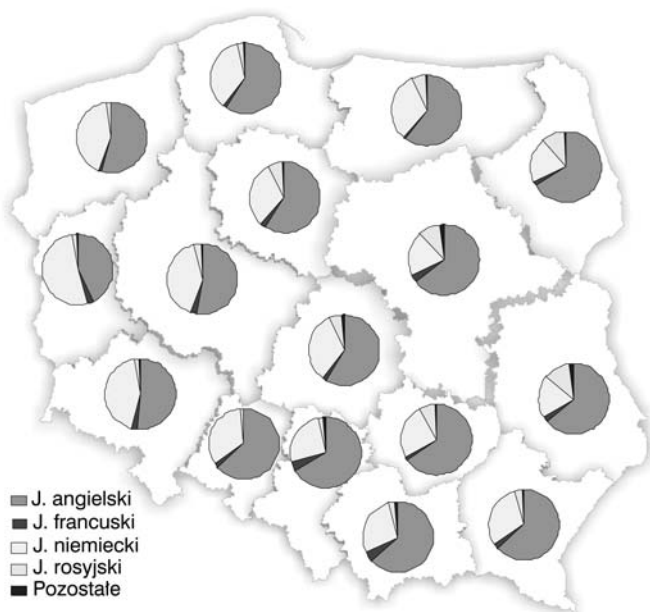
Nauczanie języków obcych stanowi ważny czynnik w procesie edukacji dzieci i młodzieży. Większość uczniów uczęszczających do szkół podstawowych, gimnazjów oraz szkół ponadgimnazjalnych i policealnych uczyła się języka angielskiego jako obowiązkowego języka obcego, prowadzonego w ramach nauczania programowego w roku szkolnym 2006/2007 (63,7% uczniów). Drugie miejsce zajmował język niemiecki (32,2%), a kolejne rosyjski (5,5%) i francuski (3,1%). W porównaniu do roku szkolnego 2001/2002 zwiększył się udział uczniów uczą-

Wykres 19. Współczynniki skolaryzacji netto według województw w roku szkolnym 2006/2007

cych się języka angielskiego jako przedmiotu obowiązkowego (o 5,5 pkt proc.), przy jednoczesnym spadku odsetka uczniów uczących się języka niemieckiego (o 1,5 pkt proc.), rosyjskiego (o 5,9 pkt proc.) oraz francuskiego (o 0,7 pkt. proc.).

W przekroju województw w roku szkolnym 2006/2007 dominował język angielski jako język obowiązkowy w prawie wszystkich województwach, oprócz województwa lubuskiego, w którym przeważał język niemiecki (53,8% uczniów). Najwyższy udział dzieci i młodzieży uczących

Wykres 20. Powszechność nauczania języka obcego jako języka obowiązkowego w poszczególnych województwach w roku szkolnym 2006/2007



się języka francuskiego jako obowiązkowego języka wystąpił w województwie śląskim (5,1% uczniów), a języka rosyjskiego w województwie lubelskim (13,0% uczniów).

Komputeryzacja jest kolejnym, istotnym elementem w systemie edukacji w XXI wieku. W roku szkolnym 2006/2007 w porównaniu do roku szkolnego 2005/2006 w szkołach podstawowych (bez szkół specjalnych) liczba pracowni komputerowych na 100 szkół podstawowych wzrosła z 85 do 95, a liczba uczniów przypadających na 1 pracownię komputerową zmalała z 218 do 188. W szkołach gimnazjalnych (bez szkół specjalnych) odnotowano wzrost liczby pracowni komputerowych na 100 szkół gimnazjalnych o 4, natomiast liczba uczniów przypadających na 1 pracownię komputerową zmalała z 268 do 244 uczniów. Podobną tendencję odnotowano w przypadku liceów ogólnokształcących (bez szkół specjalnych), gdzie zarejestrowano wzrost liczby pracowni o 10,0%. Liczba uczniów tego typu szkół przypadających na 1 pracownię komputerową spadła z 273 do 246.

Tabela 10. Komputery w szkołach w roku szkolnym 2006/2007

SZKOŁY	Komputery ^a	
	ogółem	w tym przeznaczone do użytku uczniów
	w tysiącach	
Podstawowe	222,5	173,5
Gimnazja	116,5	90,9
Zasadnicze zawodowe	12,9	10,1
Licea ogólnokształcące ^b	70,2	53,8
Licea profilowane	14,9	11,7
Technika ^c	72,4	56,8
Policealne	19,8	16,0

^a W przypadku wspólnego użytkowania komputerów przez kilka szkół – wykazane tylko raz.

^b Łącznie z uzupełniającymi liceami ogólnokształcącymi. ^c Łącznie z technikami uzupełniającymi i szkołami artystycznymi dającymi uprawnienia zawodowe.

Ustawa z dnia 27 lipca 2005 roku *Prawo o szkolnictwie wyższym*⁴ przekształciła studia prowadzone w systemie dziennym w studia stacjonarne, a studia wieczorowe, zaoczne i eksternistyczne – w studia niestacjonarne. W roku akademickim 2006/2007 w szkołach wyższych wszystkich typów szkół kształciło się 1941,4 tys. studentów, z czego 56,4% stanowiła płeć żeńska. W porównaniu do roku akademickiego 1990/1991 liczba studentów wzrosła prawie 5-cio krotnie (z 403,8 tys. studentów). Na studia stacjonarne uczęszczało w roku akademickim 2006/2007 950,4 tys. studentów, natomiast na studia niestacjonarne – 991,1 tys. Absolwentów studiów stacjonarnych z roku akademickiego 2005/2006 było 167,4 tys., a niestacjonarnych – 226,6 tys.

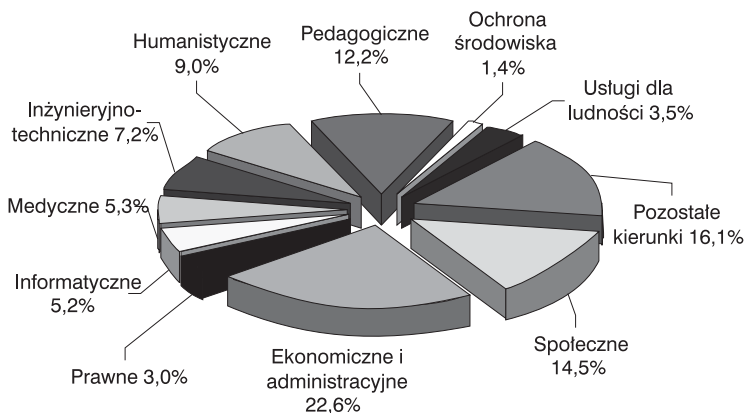
W roku akademickim 2006/2007 największą rzeszę studentów kształciły uniwersytety oraz wyższe szkoły ekonomiczne (odpowiednio 28,4% i 20,9% ogółu studentów). Do najpopularniejszych kierunków studiów należały ekonomiczne i administracyjne (22,6%), społeczne (14,5%) i pedagogiczne (12,2%). Kobiety najczęściej studiowały na kierunkach: opieki społecznej (89,7%), medycznych (76,2%), humanistycznych (71,9%) oraz pedagogicznych (70,7%). Do rzadkości należały wybierane przez płeć żeńską kierunki studiów: informatyka (11,0%), usługi transportowe (13,2%), ochrona i bezpieczeństwo (16,0%) oraz inżynierijsko-techniczne (16,9%).

⁴ Dz.U. z 2005 r. Nr 164, poz. 1365 z późniejszymi zmianami.

Tabl. 11. Szkoły wyższe w roku akademickim 2006/2007

WYSZCZEGÓLNIENIE	Szkoły	Studenci	Absolwenci ^a
		w tysiącach	
Uniwersytety	18	550,5	115,9
Wyższe szkoły techniczne	22	318,9	55,7
Wyższe szkoły rolnicze	8	92,0	16,6
Wyższe szkoły ekonomiczne	95	406,2	88,0
Wyższe szkoły pedagogiczne	17	117,4	32,7
Akademie medyczne	9	53,1	9,9
Wyższe szkoły morskie	2	10,5	2,4
Akademie wychowania fizycznego	6	29,0	5,7
Wyższe szkoły artystyczne	21	14,9	2,8
Wyższe szkoły teologiczne	14	10,7	2,7
Szkoły resortu obrony narodowej	5	11,7	1,8
Szkoły resortu spraw wewnętrznych i administracji	2	2,1	0,5
Pozostałe szkoły wyższe	229	324,5	59,4
wyższe szkoły zawodowe	193	244,5	42,0
inne niepubliczne szkoły wyższe	36	80,0	17,4

^a Z roku akademickiego 2005/2006.

Wykres 21. Studenci według grup kierunków studiów w roku akademickim 2006/2007

W roku 1990/1991 do najpopularniejszych kierunków studiów wśród 403,8 tys. studentów szkół wyższych należały techniczne (17%), biznesu i zarządzania (15%), pedagogiczne (14%), oraz medyczne (10%).

Do największych ośrodków akademickich należą Warszawa, Kraków, Wrocław, Poznań, Łódź, Lublin, Gdańsk i Katowice. W Warszawie w roku akademickim 2006/2007 kształciła się największa liczba studentów (14,6% ogółu studentów szkół wyższych).

1.3. Aktywność ekonomiczna

Źródłem informacji o aktywności ekonomicznej osób w wieku 15-24 lata były uogólnione wyniki reprezentacyjnego, kwartalnego Badania Aktywności Ekonomicznej Ludności (BAEL), przeprowadzonego przez Główny Urząd Statystyczny.

W badaniu za podstawowe kryterium podziału ludności na pracujących, bezrobotnych i biernych zawodowo przyjęto pracę, czyli wykonywanie, posiadanie bądź poszukiwanie pracy (każdą osobę zaklasyfikowano tylko do jednej kategorii).

Do ludności aktywnej zawodowo (tzw. siły roboczej) zaliczono wszystkie osoby uznane za pracujące lub bezrobotne. Osoby pracujące obejmują wszystkie osoby w wieku 15 lat i więcej, które w okresie badanego tygodnia: wykonywały przez co najmniej 1 godzinę pracę przynoszącą zarobek lub dochód tzn. były zatrudnione w charakterze pracownika najemnego, pracowały we własnym (lub dzierżawionym) gospodarstwie rolnym lub prowadziły własną działalność gospodarczą poza rolnictwem, pomagały (bez wynagrodzenia) w prowadzeniu rodzinnego gospodarstwa rolnego lub rodzinnej działalności gospodarczej poza rolnictwem. Do pracujących zaliczono również uczniów, z którymi zakłady pracy lub osoby fizyczne zawarły umowę o naukę zawodu lub przyuczenie do określonej pracy, jeżeli otrzymywali oni wynagrodzenie.

Za bezrobotne uznano osoby, które spełniły jednocześnie trzy warunki:

- w okresie badanego tygodnia nie były osobami pracującymi ,
- aktywnie poszukiwały pracy, tzn. podjęły konkretne działania w ciągu 4 tygodni (wliczając jako ostatni – tydzień badany), aby znaleźć pracę,
- były gotowe (zdolne) podjąć pracę w ciągu dwóch tygodni następujących po tygodniu badanym.

Do bezrobotnych zostały zaliczone także osoby, które nie poszukiwały pracy, ponieważ miały pracę załatwioną i oczekiwały na jej rozpoczęcie przez okres nie dłuższy niż 3 miesiące oraz były gotowe tę pracę podjąć.

W 2006 roku procentowy udział osób aktywnych zawodowo w wieku 15-24 lata w ogólnej liczbie ludności w tej grupie wieku wyniósł średnio 34,2. We wszystkich kwartałach 2006 roku oraz w I i II kwartale 2007 roku znacznie wyższy był współczynnik aktywności zawodowej dla mężczyzn niż dla kobiet. Najwyższy wskaźnik w badanym okresie dla obu płci wystąpił w III kwartale 2006 roku (odpowiednio 39,2 dla mężczyzn i 31,6 dla kobiet), natomiast najniższy odnotowano w przypadku mężczyzn w I kwartale 2007 roku (36,1), a w przypadku kobiet – w II kwartale 2007 roku (28,3).

Udział pracujących w wieku 15-24 lata w ogólnej liczbie ludności w tej grupie wieku wyniósł przeciętnie 24,0% w 2006 roku, przy czym udział ten był wyższy dla mężczyzn niż kobiet (o 5,9 pkt proc.). W okresie od I kwartału 2006 do II kwartału 2007 wskaźnik zatrudnienia dla obu płci w wieku 15-24 lata był najwyższy w III kwartale 2006 roku, a najniższy w I kwartale 2006.

Tabela 12. Współczynnik aktywności zawodowej^a osób w wieku 15-24 lata według płci

WYSZCZEGÓLNIENIE	Ogółem	Mężczyźni	Kobiety
	w %		
I kwartał 2006	33,4	36,6	30,1
II kwartał 2006	33,5	36,8	30,1
III kwartał 2006	35,5	39,2	31,6
IV kwartał 2006	34,3	37,4	31,0
Przeciętnie w roku 2006	34,2	37,5	30,7
I kwartał 2007	32,6	36,1	29,1
II kwartał 2007	32,4	36,4	28,3

^a Procentowy udział aktywnych zawodowo danej kategorii w ogólnej liczbie ludności danej kategorii.

Tabela 13. Wskaźnik zatrudnienia^a osób w wieku 15-24 lata według płci

WYSZCZEGÓLNIENIE	Ogółem	Mężczyźni	Kobiety
	w %		
I kwartał 2006	21,9	24,2	19,6
II kwartał 2006	23,5	25,9	20,9
III kwartał 2006	25,6	29,1	22,1
IV kwartał 2006	25,0	28,5	21,4
Przeciętnie w roku 2006	24,0	26,9	21,0
I kwartał 2007	24,3	27,4	21,0
II kwartał 2007	25,4	28,9	21,8

^a Procentowy udział pracujących danej kategorii w ogólnej liczbie ludności danej kategorii.

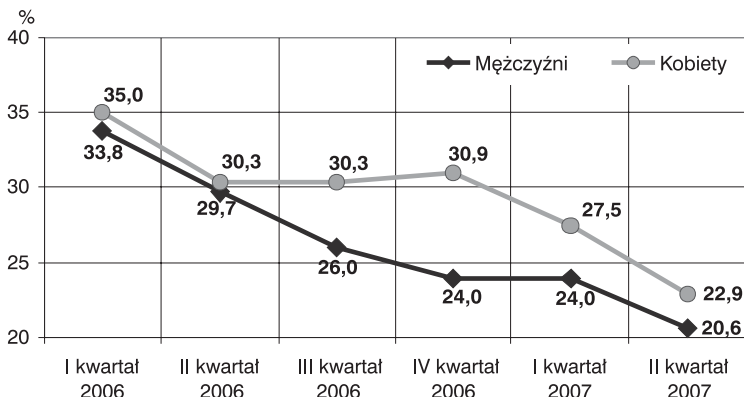
W II kwartale 2007 roku osób pracujących w wieku 20-24 lata było ponad osiem razy więcej niż pracujących w wieku 15-19 lat. Najwięcej osób pracujących w wieku 15-24 lata było zatrudnionych w sektorze prywatnym (1259 tys.), byli to przeważnie pracownicy najemni (1224 tys.). Osób pracujących jako pomagający członkowie rodzin w wieku 20-24 lata było prawie 2 razy więcej niż w wieku 15-19 lat. Podobnie było w przypadku osób pracujących w rolnictwie indywidualnym w wieku 20-24 lata, których liczba była ponad dwa i pół razy większa od liczby osób w wieku 15-19 lat. Pracujących kobiet w wieku 15-19 lat było prawie o połowę mniej niż mężczyzn. W następnej grupie wiekowej pracujących kobiet było o około 24% mniej niż mężczyzn.

Tabela 14. Pracujący w wieku 15-24 lata według statusu zatrudnienia w II kwartale 2007 r.

WYSZCZEGÓLNIENIE	Mężczyźni	Kobiety	Mężczyźni	Kobiety
	15-19 lat		20-24 lata	
	w tysiącach			
Ogółem	95	55	727	555
w tym w sektorze prywatnym	91	49	669	449
w tym w rolnictwie indywidualnym	33	16	90	39
Pracownicy najemni	63	38	620	503
w tym w sektorze prywatnym	58	32	562	397
Pracujący na własny rachunek	.	-	48	25
Pomagający członkowie rodzin	32	16	59	28

W II kwartale 2007 roku na 1433 tys. pracujących w wieku 15-24 lata, w handlu i naprawach pracowało 340 tys. osób, w przetwórstwie przemysłowym – 337 tys., w rolnictwie, łowiectwie i leśnictwie – 188 tys., w budownictwie – 94 tys. osób, w transporcie, gospodarce magazynowej i łączności – 61 tys., w edukacji – 38 tys., w ochronie zdrowia i pomocy społecznej – 36 tys.

W okresie od I kwartału 2006 do II kwartału 2007 procentowy udział bezrobotnych w wieku 15-24 lata w liczbie osób aktywnych zawodowo w tej samej grupie wieku spadł z 34,3% do 21,6%.

Wykres 22. Stopa bezrobocia^a osób w wieku 15-24 lata według płci w latach 2006-2007

^a Procentowy udział bezrobotnych danej kategorii w liczbie aktywnych zawodowo danej kategorii.

Najczęstszymi metodami poszukiwania pracy wśród bezrobotnych w wieku 15-19 lat oraz 20-24 lata w II kwartale 2007 roku było: poszukiwanie pracy przez krewnych i znajomych (41 tys. w wieku 15-19 lat oraz 284 tys. w wieku 20-24 lata), kontakt bezpośredni z zakładem pracy (odpowiednio 31 tys. i 218 tys.), poszukiwanie pracy przez powiatowy urząd pracy (odpowiednio 22 tys. i 239 tys.) i zamieszczanie lub odpowiadanie na ogłoszenia (odpowiednio 14 tys. i 135 tys.).

1.4. Zróżnicowanie socjalne

W poniższej analizie za wskaźnik sytuacji materialnej gospodarstwa domowego przyjęto dochód – lub w zastępstwie dochodu – poziom wydatków gospodarstwa domowego. Zaprezentowana analiza oparta jest na szacunkach zasięgu ubóstwa w Polsce wykonanych na podstawie wyników badań budżetów gospodarstw domowych w 2005 roku.

Do analiz ubóstwa obiektywnego, szacowanego w oparciu o wyniki badania budżetów gospodarstw domowych, GUS przyjmuje następujące granice ubóstwa:

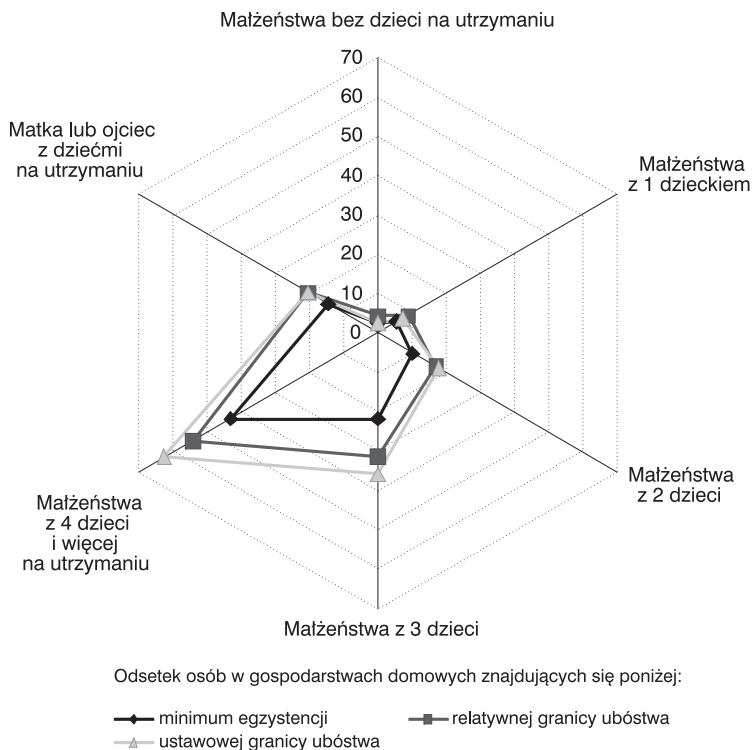
- 50% średnich wydatków gospodarstw domowych – jako relatywną granicę ubóstwa,
- kwotę, która zgodnie z obowiązującą ustawą uprawnia do ubiegania się o przyznanie świadczenia z pomocy społecznej – jako tzw. ustawową granicę ubóstwa,

- poziom minimum egzystencji obliczany przez Instytut Pracy i Spraw Socjalnych (IPiSS) – jako granicę ubóstwa skrajnego.

W 2005 roku osoby w wieku do 19 lat stanowiły 40% populacji osób żyjących w gospodarstwach domowych o wydatkach niższych od minimum egzystencji. Wśród osób w wieku 15-19 lat wskaźnik zagrożenia ubóstwem skrajnym wynosił około 18,5%, a dla dzieci do lat 14 – około 19%.

Najbardziej zagrożonymi ubóstwem były osoby żyjące w rodzinach wielodzietnych, spośród których najgorzej przedstawiała się sytuacja w rodzinach małżeństw z 4 dzieci i więcej na utrzymaniu. W tych rodzinach 43,5% osób żyło poniżej minimum egzystencji, 54,5% osób znalazło się poniżej relatywnej granicy ubóstwa, a poniżej ustawowej granicy ubóstwa – 63,1%. W rodzinach małżeństw z 3 dzieci poniżej minimum egzystencji żyła prawie co 5 osoba, 31,4% osób znalazło się poniżej relatywnej granicy ubóstwa, a poniżej ustawowej granicy ubóstwa – 35,8%.

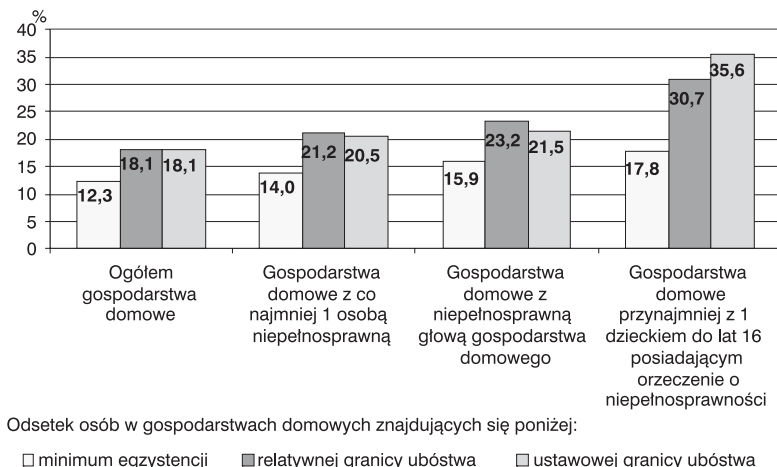
Wykres 23. Wskaźniki zagrożenia ubóstwem w gospodarstwach domowych według typu gospodarstwa w 2005 r.



W 2005 roku odsetek samotnych matek i ojców żyjących poniżej minimum egzystencji wynosił 14,5%, poniżej relatywnej granicy ubóstwa – 20,5%, a poniżej ustawowej granicy ubóstwa – 20,7%. Wskaźniki zagrożenia ubóstwem dla matek lub ojców z dziećmi na utrzymaniu były wyższe niż dla małżeństw z 2 dziećmi, ale mniejsze niż dla małżeństw z 3 dziećmi.

Wskaźnik zagrożenia ubóstwem w rodzinach z niepełnosprawnymi dziećmi był wyraźnie wyższy od przeciętnego; w 2005 roku 17,8% osób w gospodarstwach domowych z przynajmniej 1 dzieckiem do lat 16 posiadającym orzeczenie o niepełnosprawności znajdowało się poniżej minimum egzystencji.

Wykres 24. Wskaźniki zagrożenia ubóstwem w gospodarstwach domowych z osobami niepełnosprawnymi prawnie w 2005 r.



Sytuacja dochodowa gospodarstw domowych uzależniona jest w głównej mierze od rodzaju gospodarstwa domowego. W 2004 roku najwyższy udział dochodu ekwiwalentnego do dyspozycji w średniej krajowej wyniósł dla małżeństw bezdzietnych – 140%, niższy odnotowano dla małżeństw: z 1 dzieckiem na utrzymaniu – 118%, z 2 dziećmi na utrzymaniu – 94%, z 3 dziećmi na utrzymaniu – 67%. Rodzice samotnie wychowujący dziecko dysponowali dochodami na poziomie 82% średniej krajowej. Najgorzej uplasowały się małżeństwa z 4 i więcej dziećmi, dla których poziom dochodu do dyspozycji był o prawie połowę niższy od średniej krajowej.

Analogicznie do sytuacji dochodowej gospodarstw domowych, poziom miesięcznych wydatków zróżnicowany jest w zależności od rodzaju gospodarstwa domowego. Najwyższy poziom wydatków wystąpił dla małżeństw bezdzietnych (137% średniej krajowej), niższy odnotowano w przypadku małżeństw z 1 dzieckiem i 2 dzieci (odpowiednio 118% i 98% średniej krajowej) oraz rodziców samotnie wychowujących dzieci (93% średniej krajowej). Najniższym poziomem miesięcznych wydatków charakteryzowały się rodziny wielodzietne – dla małżeństw z 3 dzieci wyniósł 74% średniej krajowej, a dla małżeństw z 4 dzieci i więcej – 57%.

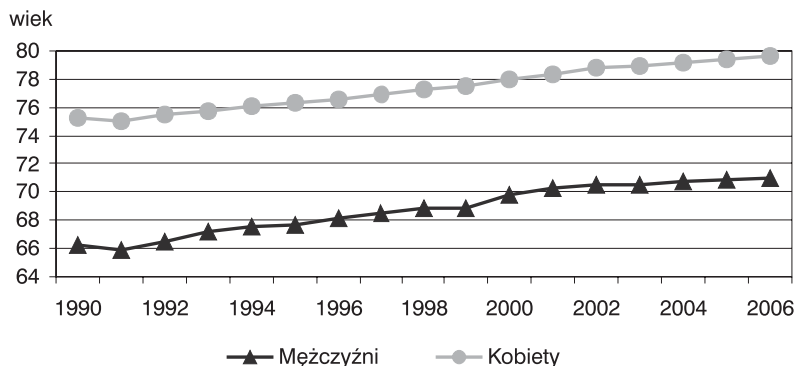
Dominującą pozycję w wydatkach gospodarstw domowych zajmują wydatki na żywność i napoje bezalkoholowe. W 2005 roku rodziny z 4 i więcej dzieci przeznaczyły na ten cel najwięcej – ponad 38% ogólnej kwoty wydatków, a najmniej – małżeństwa z jednym dzieckiem na utrzymaniu (25,3% ogólnej kwoty wydatków). Na wydatki związane z użytkowaniem mieszkania i nośnikami energii gospodarstwa domowe przeznaczyły około 19% ogólnych wydatków, z tego większość dotyczyła stałych opłat mieszkaniowych (najem mieszkania lub domu, zaopatrywanie w wodę, nośniki energii) – 16,0%. W przypadku wydatków na odzież i obuwie, gospodarstwa domowe przeznaczyły na ten cel 5,2% ogólnych wydatków, przy czym najmniej (4,0%) wydano wśród małżeństw bezdzietnych.

1.5. Oczekiwana długość życia i umieralność

1.5.1. Przeciętne trwanie życia

W 2006 roku przeciętne trwanie życia wynosiło 70,9 lat dla mężczyzn oraz 79,6 lat dla kobiet. W porównaniu do 1990 roku trwanie życia wydłużyło się o prawie 5 lat dla mężczyzn oraz o około 4,5 roku dla kobiet. Na coroczny wzrost średniej długości trwania życia istotny wpływ mają takie czynniki, jak lepsze wykształcenie, poprawa stylu życia, zwłaszcza żywienia, poprawa warunków życia, postęp medycyny, zwłaszcza profilaktyki zagrożeń i chorób.

W Polsce nadal utrzymuje się duża różnica między przeciętnym trwaniem życia mężczyzn i kobiet. W naszym kraju występuje zjawisko wysokiej nadumieralności mężczyzn ponad poziom umieralności kobiet. Od początku nowego stulecia różnica pomiędzy przeciętnym trwaniem życia kobiet i mężczyzn stale rosła, w 2001 wynosiła 8,2 lata,

Wykres 25. Przeciętne trwanie życia w latach 1990-2006

natomiast w 2006 roku osiągnęła wartość 8,7 lat. Zjawisko nadumieralności mężczyzn obserwuje się we wszystkich grupach wieku.

Tabela 15. Przeciętne trwanie życia noworodka urodzonego w latach 1950-2006^a

LATA	Chłopcy	Dziewczynki
1950	56,07	61,68
1960	64,94	70,60
1970	66,62	73,33
1980	66,01	74,44
1990	66,23	75,24
2000	69,74	78,00
2001	70,21	78,38
2002	70,42	78,78
2003	70,52	78,90
2004	70,67	79,23
2005	70,81	79,40
2006	70,93	79,62

^a Parametry trwania życia dla 1990 roku zostały przeliczone zgodnie z definicją urodzenia i zgonu noworodka obowiązującą od 1994 r.

W 2006 roku przeciętne dalsze trwanie życia 15-latków wynosiło 56,6 lat dla chłopców, natomiast dla dziewczynek 65,2 lata. Zarówno dla chłopców, jak i dziewczynek stanowiło to wzrost o ponad 3 lata w porównaniu z 1990 rokiem.

Różnica między miastem a wsią w długości przeciętnego trwania życia nie była duża. Przeciętnie dalsze trwanie życia mężczyzn zamiesz-

kałych w miastach było dłuższe (71,2 lata) niż na wsi (70,6 lat), natomiast wśród kobiet było odwrotnie – mieszkanki wsi żyły 79,9 lat, a w miastach 79,5 lat. Kobiety w miastach żyły o 8,3 roku dłużej niż mężczyźni, natomiast na wsi o 9,3 roku.

W Polsce ciągle utrzymuje się duże przestrzenne zróżnicowanie przeciętnego trwania życia. Najdłużej żyją mężczyźni w województwie podkarpackim i małopolskim (ponad 72 lata). Wśród kobiet najdłużej żyją mieszkanki następujących województw: podkarpackiego, podlaskiego, małopolskiego, świętokrzyskiego, lubelskiego i mazowieckiego, gdzie przeciętne trwanie życia sięga powyżej 80 lat. Natomiast najkrócej żyją zarówno mężczyźni, jak i kobiety w województwie łódzkim. Różnica pomiędzy województwami o skrajnych wartościach parametrów trwania życia wyniosła aż 4,1 lat dla mężczyzn, natomiast dla kobiet – 2,3 lata. We wszystkich województwach odnotowane zostały dysproporcje pomiędzy przeciętnym trwaniem życia kobiet i mężczyzn, różnice te wahały się w granicach od 7,9 w województwie wielkopolskim do 10,1 w województwie łódzkim na korzyść kobiet.

Tabela 16. Przeciętne trwanie życia noworodka urodzonego według województw w latach 1995 i 2006

WOJEWÓDZTWA	Chłopcy		Dziewczynki	
	lata			
	1995	2006	1995	2006
POLSKA	67,6	70,9	76,4	79,6
Dolnośląskie	67,0	70,3	75,7	79,1
Kujawsko-Pomorskie	67,4	70,6	75,9	79,3
Lubelskie	67,5	70,3	77,2	80,2
Lubuskie	67,1	70,4	75,6	78,9
Łódzkie	66,0	68,5	75,6	78,6
Małopolskie	69,2	72,5	77,0	80,5
Mazowieckie	67,7	71,4	76,7	80,1
Opolskie	68,3	71,8	76,4	79,9
Podkarpackie	69,1	72,6	77,6	80,8
Podlaskie	67,9	71,0	77,6	80,5
Pomorskie	68,5	71,7	76,3	79,8
Śląskie	67,5	70,5	75,7	78,8
Świętokrzyskie	68,2	70,9	77,2	80,3
Warmińsko-Mazurskie	66,9	70,1	76,8	79,5
Wielkopolskie	67,4	71,4	76,2	79,3
Zachodniopomorskie	66,5	70,5	75,8	79,1

1.5.2. Umieralność

W 2006 roku zarejestrowano 369,7 tys. zgonów, tj. o 1,4 tys. więcej niż w 2005 roku. Współczynnik natężenia zgonów, czyli liczba zgonów na 1000 ludności wyniósł 9,7‰ i nie zmienił się w porównaniu do roku poprzedniego. Więcej zgonów odnotowano wśród mężczyzn – 53,6%, co stanowiło wzrost o 0,2 pkt proc w porównaniu do roku wcześniejszego.

Głównymi przyczynami zgonów w Polsce są choroby cywilizacyjne, do których należą choroby układu krążenia, choroby nowotworowe oraz urazy i zatrucia. W 2006 roku choroby te były przyczyną blisko 80% wszystkich zgonów w Polsce. Taka tendencja utrzymuje się od wielu lat. Najwięcej osób umiera z powodu chorób układu krążenia (45,6% w 2006 roku). Jednakże od początku lat 90-tych odnotowano ciągle spadek umieralności spowodowany tą przyczyną, w 1991 roku na każde 100 tys. ludności z powodu chorób układu krążenia zmarło 625 osób, natomiast w 2006 roku wskaźnik ten wyniósł 380. Kolejną pod względem częstości występowania przyczyną zgonów są choroby nowotworowe. Obserwuje się wzrost liczby zgonów z powodu tych chorób, w 1990 roku nowotwory złośliwe były przyczyną 18,7% zgonów, w 2000 roku stanowiły 23,0%, natomiast w 2006 roku 24,8% wszystkich zgonów. Odnotowuje się spadek poziomu umieralności z powodu zewnętrznych przyczyn zgonów (wypadków, urazów i zatruc), który na początku lat 90-tych wyniósł 7,6%, a w 2006 roku odsetek ten stanowił 6,8%.

W okresie 1990-2006 spadła liczba zgonów niemowląt o prawie 80% (z 10,6 tys. w 1990 roku do 2,2 tys. w 2006 roku). Warto dodać, że na przestrzeni ostatnich dziesięciu lat we wszystkich krajach OECD doprowadzono do znacznego ograniczenia umieralności niemowląt. Przyczyniła się do tego poprawa ogólnych warunków ekonomicznych i socjalnych, wraz z usprawnieniami w zakresie opieki poporodowej, włączając w to dostęp do szczepień ochronnych.

W 2005 roku najczęstszą przyczyną zgonów niemowląt były choroby rozpoczynające się w okresie okołoporodowym, które stanowiły 50% wszystkich zgonów niemowląt. Wśród nich najczęściej były to zaburzenia związane z czasem trwania ciąży i rozwojem płodu (22,2% ogółu zgonów niemowląt) oraz niedotlenienie wewnątrzmaciczne i zamartwica urodzeniowa (6,0% ogółu zgonów niemowląt). Drugą pod względem częstości występowania przyczyną zgonów niemowląt były wady rozwojowe wrodzone (34,2%), a wśród nich najczęściej stanowiły wady wrodzone serca (10,9% ogółu zgonów niemowląt).

W Polsce w porównaniu z innymi krajami wskaźnik zgonów niemowląt na 1000 urodzeń jest jednym z wyższych – w 2003 wynosił on 7,0, a wyższe współczynniki odnotowały kraje: Białoruś (7,7), Bośnia i Hercegowina (7,4), Bułgaria (12,3), Łotwa (9,4), Rosja (12,4), Rumunia (16,7), Serbia i Czarnogóra (9,2), Słowacja (7,8), Ukraina (9,6), Węgry (7,3), podczas gdy najmniejsze współczynniki wystąpiły w krajach Europy Północnej – Islandii (2,4), Finlandii (3,1), Norwegii (3,4) i Szwecji (3,1).

W 2006 roku w Polsce wskaźnik zgonów niemowląt na 1000 urodzeń żywych wynosił 6,0. Na poziomie wojewódzkim najkorzystniejsza sytuacja przedstawiała się w mazowieckim, świętokrzyskim oraz warmińsko-mazurskim, dla których wskaźnik ten był najniższy i wynosił 5,0, podczas gdy w województwie podkarpackim oraz śląskim odnotowano najwięcej zgonów niemowląt na 1000 urodzeń żywych (odpowiednio 7,0 i 7,3).

Tabela 17. Zgony niemowląt na 1000 urodzeń żywych według województw w 2006 r.

WOJEWÓDZTWA	Ogółem	Miasta	Wieś
POLSKA	6,0	6,2	5,7
Dolnośląskie	6,9	6,8	7,0
Kujawsko-pomorskie	5,7	5,1	6,4
Lubelskie	6,4	6,2	6,6
Lubuskie	6,5	6,4	6,7
Łódzkie	5,5	6,1	4,6
Małopolskie	5,4	5,2	5,5
Mazowieckie	5,0	4,8	5,3
Opolskie	5,4	5,8	5,1
Podkarpackie	7,0	8,7	5,9
Podlaskie	6,2	6,8	5,3
Pomorskie	5,5	5,6	5,5
Śląskie	7,3	7,6	6,1
Świętokrzyskie	5,0	4,2	5,6
Warmińsko-mazurskie	5,0	5,0	4,9
Wielkopolskie	6,1	6,7	5,5
Zachodniopomorskie	6,6	6,9	6,1

Analizując umieralność dzieci i młodzieży w wieku 1-24 lata można odnotować, że z roku na rok liczba zgonów w tej grupie wieku malała. W 2006 roku zmarło 4,7 tys. osób w wieku 1-24 lata, natomiast w 1990 – 7,8 tys., co oznacza spadek o 40,2%. Na obniżenie ilości

zgonów w omawianej grupie osób miało wpływ również zmniejszenie się liczby dzieci i młodzieży, która w omawianym okresie zmalała o 18,4%.

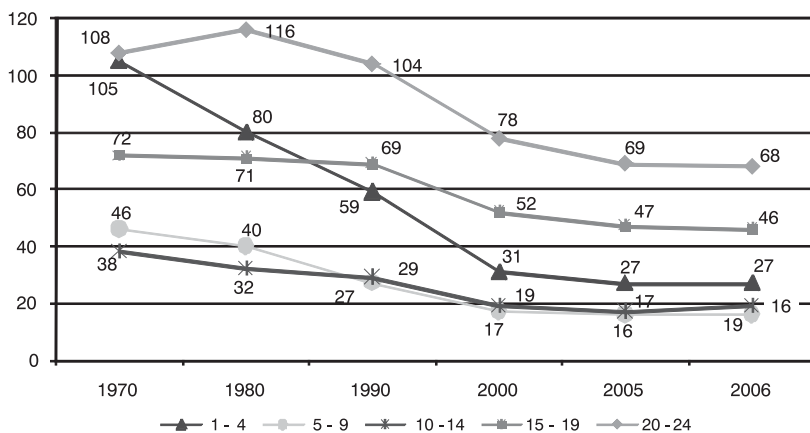
W porównaniu z początkiem lat 80-tych współczynniki zgonów (zgony na 100 tys. ludności danej płci i grupy wieku) zmniejszyły się we wszystkich analizowanych grupach wieku. Największy spadek odnotowano wśród najmłodszej grupy wieku (1-4 lata), w 2006 roku współczynnik zgonów wyniósł dla tej grupy 27 i w porównaniu do 1970 roku obniżył się aż o 74,3%. Zmniejszyła się również znacząco umieralność dzieci w wieku 5-9 lat oraz 10-14 lat. Dla tych grup wieku współczynniki zgonu zmalały, odpowiednio o 65,2% i 50,0%.

Współczynniki zgonów w poszczególnych grupach wieku były wyższe wśród chłopców/mężczyzn niż dziewczynek/kobiet. Największe różnice w wielkości zgonów odnotowano dla osób w wieku 15-19 lat i 20-24 lata. W 2006 roku współczynnik zgonów dla mężczyzn w wieku 20-24 lata był ponad 4 razy wyższy niż dla kobiet, natomiast dla wieku 15-19 lat prawie trzykrotnie wyższy.

W podziale na miasta i wieś, w 2006 roku współczynniki zgonów we wszystkich omawianych przedziałach wieku były wyższe na wsi niż w miastach. Jednakże różnice nie były tak bardzo znaczące jak w przypadku podziału ze względu na płeć.

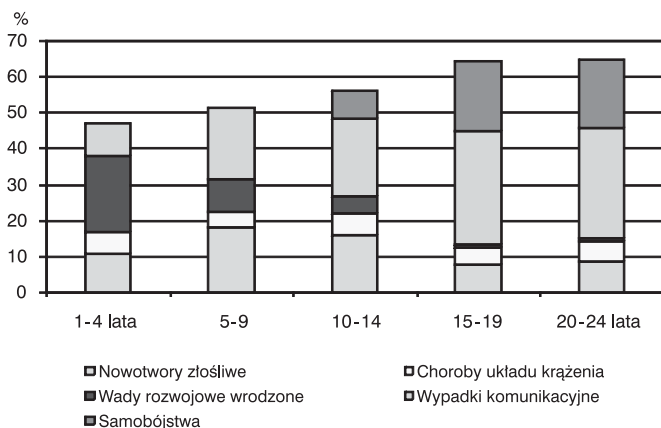
Analizując przyczyny zgonów dzieci i młodzieży w wieku 1-24 lata, można zauważyć, że dominującym powodem zgonów były zewnętrzne przyczyny, których odsetek w 2005 roku wyniósł 62,5% wszystkich

Wykres 26. Zgony dzieci i młodzieży według wieku w latach 1970-2006 (na 100 tys. ludności danej grupy wieku)



zgonów w omawianej grupie wieku. Do zewnętrznych przyczyn zgonu zalicza się między innymi wypadki komunikacyjne i samobójstwa, które stanowiły odpowiednio 27,8% i 15,3% zgonów ogółem w tej grupie wieku. Zewnętrzne przyczyny zgonu dominowały we wszystkich analizowanych grupach wieku, jednakże odsetek ten zwiększał się wraz z wiekiem – od 30% dla dzieci w wieku 1-4 lata, aż do około 70% dla młodzieży w wieku 15-19 lat i 20-24 lata. Kolejnym ważnym powodem zgonów były choroby nowotworowe, których odsetek kształtował się w przedziale od 17,8% dla dzieci w wieku 5-9 lat do 7,7% dla młodzieży w wieku 15-19 lat.

Wykres 27. Zgony dzieci i młodzieży według wybranych przyczyn w 2005 r.



ROZDZIAŁ II.

STYL ŻYCIA I ZDROWIE

W niniejszym rozdziale przedstawione zostały wyniki ogólnopolskiego, reprezentacyjnego badania stanu zdrowia ludności Polski, przeprowadzonego przez Główny Urząd Statystyczny na przełomie listopada i grudnia w 2004 roku. Prezentowane wyniki o sytuacji zdrowotnej ludności Polski zostały uogólnione na ludność zamieszkującą na stałe w Polsce według stanu w dniu 31 grudnia 2004 roku. Poniższa analiza dotyczy dzieci do 14 roku życia, w imieniu których odpowiadali rodzice lub opiekunowie oraz młodzieży w wieku 15-29 lat, która sama udzielała odpowiedzi.

2.1. Ocena stanu zdrowia

Dzieci w wieku 0-14 lat

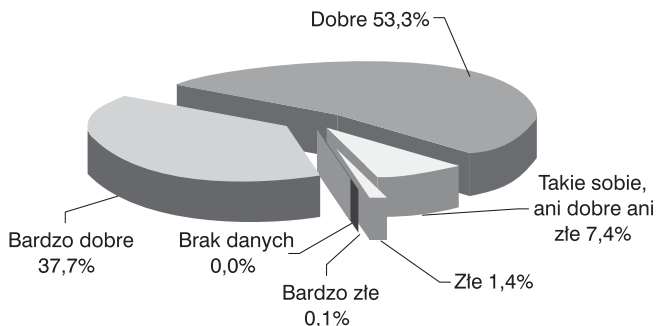
Stan zdrowia dzieci do 14 roku życia był oceniany przez rodziców lub opiekunów, którzy odpowiadali na następujące pytanie „Jak Pan/i ogólnie ocenia stan zdrowia swojego dziecka?”. Wyniki badania wskazują, że 91,1% rodziców określiło stan zdrowia swoich dzieci jako dobry i bardzo dobry, natomiast co 11 opiekun stwierdził, że zdrowie jego dziecka było takie sobie, złe lub bardzo złe.

Zdrowie dzieci mieszkających na wsi ocenione zostało lepiej (92,5% rodziców uważało je jako dobre i bardzo dobre) niż zdrowie rówieśników zamieszkujących miasta (odpowiednio 90,0%). Odsetek oceny bardzo złej i złej był wyższy w miastach, gdzie większy był również udział oceny bardzo dobrej. Opiekunowie dzieci z miast wskazali, że co 10 dziecko posiadało zdrowie poniżej oceny dobrej. Natomiast rodzice dzieci zamieszkujących na wsi ocenili, że ponad 55% dzieci miało dobry stan zdrowia.

Nieznacznie lepiej oceniane było zdrowie dziewczynek niż chłopców, prawie 39% rodziców określiło je jako bardzo dobre, natomiast dla chłopców odsetek ten stanowił 36,7%. Analizując wskaźnik zdrowia

poniżej dobrego można odnotować, że taki stan zdrowia posiadało 9,4% chłopców i 8,4% dziewczynek.

Wykres 1. Dzieci w wieku 0-14 lat według oceny stanu zdrowia w opinii opiekunów



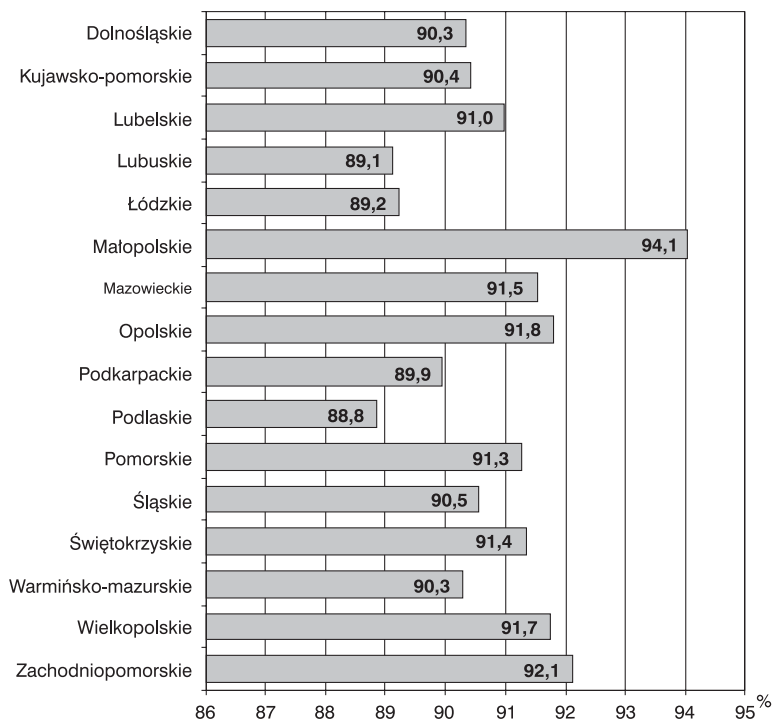
Opiekunowie ocenili najlepiej zdrowie dzieci w wieku 0-4 lata, blisko 94% rodziców określiło je jako bardzo dobre i dobre. Taka tendencja zachowana była w miastach i na wsi, jak również wśród chłopców i dziewczynek. Wraz z wiekiem pogorszył się stan zdrowia dzieci, zmniejszyła się ocena bardzo dobra do 33% dla dzieci w przedziale wieku 10-14 lat, natomiast powiększyło się grono dzieci z oceną dobrą oraz poniżej dobrej. Zdrowie u co 10 dziecka w wieku 10-14 lat zostało ocenione poniżej oceny dobrej.

Tabela 1. Dzieci w wieku 0-14 lat według stanu zdrowia, miejsca zamieszkania i płci

WYSZCZEGÓLNIENIE	Ocena stanu zdrowia				
	bardzo dobre	dobre	takie sobie, ani dobre ani złe	złe	bardzo złe
	w odsetkach				
O G Ó Ł E M	37,7	53,3	7,4	1,4	0,1
Miasta	38,3	51,7	8,2	1,6	0,2
Wieś	37,0	55,5	6,3	1,1	0,1
Płeć					
Chłopcy	36,7	53,8	7,7	1,5	0,2
Dziewczynki	38,8	52,9	7,0	1,3	0,1
Wiek					
0-4 lata	46,2	47,5	5,5	0,7	x
5-9	36,1	53,7	8,3	1,7	0,2
10-14 lat	33,0	57,2	8,0	1,6	0,2

Najlepiej ocenili stan zdrowia swoich dzieci rodzice z województwa małopolskiego, w którym ponad 94% opiekunów stwierdziło, że dzieci miały bardzo dobre i dobre zdrowie oraz z województwa zachodniopomorskiego – odpowiednio 92,1%. Najgorzej ocenione zostało zdrowie dzieci z następujących województw: podlaskiego, lubuskiego, łódzkiego i podkarpackiego. W tych czterech województwach odsetek oceny bardzo dobrej i dobrej ukształtował się na poziomie poniżej 90%. Najwięcej oceny złej i bardzo złej odnotowano w województwach lubelskim i lubuskim – prawie 3%.

Wykres 2. Dzieci w wieku 0-14 lat, których zdrowie zostało ocenione jako bardzo dobre i dobre według województw



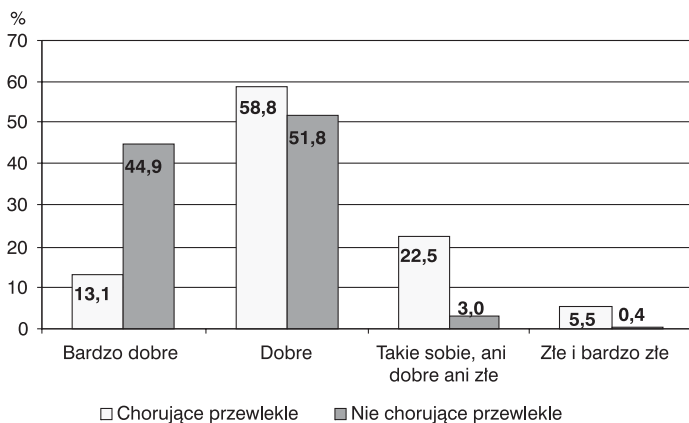
Zdrowie dziewczynek było na ogół lepiej oceniane niż zdrowie chłopców. Opiekunowie z województw: dolnośląskiego, lubuskiego, małopolskiego, mazowieckiego i pomorskiego lepiej ocenili zdrowie chłopców (ocena bardzo dobra i dobra) niż dziewczynek. Największe różnice

w ocenie zdrowia chłopców i dziewczynek wystąpiły w województwie podlaskim i wielkopolskim (odpowiednio – 8,2 pkt proc. i 5,2 pkt proc.) na korzyść dziewczynek, natomiast w województwie dolnośląskim i mazowieckim (odpowiednio 4,3 pkt proc. i 3,4 pkt proc.) na korzyść chłopców. Najzdrowsi chłopcy mieszkali w województwie małopolskim (94,3%) i mazowieckim (93,2%), natomiast dziewczynki – w województwie wielkopolskim (94,4%) i małopolskim (93,8%). Najwięcej oceny złej i bardzo złej odnotowano wśród chłopców z województwa zachodniopomorskiego (ponad 3%) a w przypadku dziewczynek w województwie dolnośląskim (blisko 4%).

Biorąc pod uwagę ocenę stanu zdrowia dzieci poniżej dobrego, najgorszy wynik odnotowano wśród chłopców z województwa podlaskiego, gdzie odsetek stanowił 15,1%. Natomiast wśród dziewczynek najczęściej osób o stanie zdrowia poniżej dobrego było w województwie dolnośląskim, lubuskim i mazowieckim (powyżej 10%).

Analizując stan zdrowia dzieci w powiązaniu z występowaniem chorób przewlekłych, można zauważyć, że rodzice ocenili gorzej zdrowie dzieci, które chorowały przewlekłe. Wśród dzieci, u których stwierdzono choroby przewlekłe odsetek oceny bardzo dobrej i dobrej ukształtował się na poziomie 71,9%, natomiast dla dzieci nie chorujących przewlekłe wyniósł 96,6%. Udział dzieci, których zdrowie zostało ocenione poniżej oceny dobrej w przypadku dzieci przewlekłe chorych wyniósł 28,1%, natomiast w grupie dzieci, u których nie stwierdzono chorób przewlekłych, stanowił 3,4%.

Wykres 3. Dzieci w wieku 0-14 lat według występowania chorób przewlekłych i oceny stanu zdrowia



Biorąc pod uwagę zależność pomiędzy sytuacją materialną gospodarstwa domowego a oceną stanu zdrowia można stwierdzić, że coraz niższe oceny stanu zdrowia dzieci pojawiały się wraz z coraz to gorszą sytuacją materialną rodziny. W gospodarstwach domowych, w których wystarczało na wszystko bez specjalnych ograniczeń zdrowie dzieci zostało ocenione najlepiej, odsetek oceny bardzo dobrej i dobrej wyniósł 95,2%. Blisko 8% wyniósł odsetek dzieci o bardzo złym i złym stanie zdrowia, których opiekunowie zadeklarowali, że mieli bardzo poważne problemy finansowe.

Tabela 2. Dzieci w wieku 0-14 lat według sytuacji materialnej gospodarstwa domowego i oceny stanu zdrowia

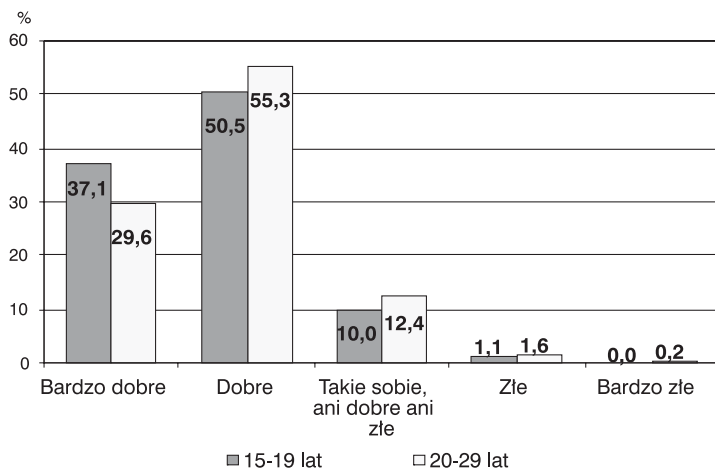
SYTUACJA MATERIALNA GOSPODARSTWA	Ocena stanu zdrowia		
	bardzo dobra i dobra	takie sobie, ani dobre ani złe	złe i bardzo złe
	w odsetkach		
Wystarcza nam na wszystko bez specjalnych ograniczeń	95,2	3,6	1,2
Żyjemy dość oszczędnie i wystarcza nam na wszystko	93,3	5,8	0,9
Żyjemy bardzo oszczędnie, aby odłożyć na poważniejsze zakupy	92,9	6,2	0,9
Po uiszczeniu opłat mieszkaniowych, pieniędzy wystarcza nam	89,1	9,3	1,6
Po zrobieniu opłat wystarcza na jedzenie nie na ubranie	85,0	12,2	2,8
Wystarcza na najtańsze jedzenie i ubranie nie na opłaty	85,5	10,2	4,3
Wystarcza na najtańsze jedzenie, ale nie na ubranie i opłaty	88,9	7,9	3,2
Nie wystarcza nawet na najtańsze jedzenie i ubranie	83,2	9,2	7,7

Młodzież w wieku 15-29 lat

Osoby w wieku powyżej 15 lat odpowiadały samodzielnie na zadane pytanie: „Jak ogólnie ocenia Pan/i stan swojego zdrowia?”. Blisko 88% młodzieży w wieku 15-19 lat oceniło swój stan zdrowia jako dobry i bardzo dobry; co 10 osoba stwierdziła, że był taki sobie, ani dobry ani zły; natomiast 1,1% jako zły. Następną grupą wiekową (20-29 lat) oceniła swój stan zdrowia gorzej, o 2,7 pkt proc. zmniejszyła się ocena

bardzo dobra i dobra, natomiast o 3,1 pkt proc. zwiększyła się ocena poniżej dobrej.

Wykres 4. Młodzież w wieku 15-29 lat według oceny stanu zdrowia



Osoby mieszkające na wsi, w przypadku obu analizowanych grup wieku lepiej ocenili swoje zdrowie niż ich rówieśnicy z miast; 90% młodzieży w wieku 15-19 lat z terenów wiejskich stwierdziło, że posiada bardzo dobry i dobry stan zdrowia, natomiast wśród osób w grupie wieku 20-29 lat odsetek ten wyniósł ponad 85%, co stanowiło odpowiednio o 4 pkt proc. i 0,8 pkt proc. lepsze oceny dla młodzieży na wsi niż w miastach. Prawie 41% młodzieży w wieku 15-19 lat z terenów wiejskich uważało swoje zdrowie za bardzo dobre, podczas gdy w grupie wieku 20-29 lat odsetek ten stanowił 28,9%. Udział oceny bardzo dobrej dla młodzieży w miastach w wieku 20-29 lat w porównaniu z osobami w wieku 15-19 lat był mniejszy tylko o 4,7 pkt proc.

Analizując samoocenę zdrowia według płci można stwierdzić, że w omawianych przedziałach wiekowych nie zauważa się dużych różnic. Zdrowie kobiet zostało ocenione nieznacznie gorzej niż mężczyzn (odpowiednio 87,4% i 87,8% dla osób w wieku 15-19 lat oraz 84,3% i 85,8% – 20-29 lat).

Młodzież w wieku 15-29 lat we wszystkich województwach oceniła stan swojego zdrowia jako bardzo dobry i dobry na poziomie powyżej 80%. Najwyższe wskaźniki były w następujących województwach: podkarpackim – 89,8%, zachodniopomorskim – 88,9% i świętokrzyskim

Tabela 3. Młodzież w wieku 15-29 lat według oceny stanu zdrowia, miejsca zamieszkania i płci

WYSZCZEGÓLNIENIE	Ocena stanu zdrowia				
	bardzo dobre	dobre	takie sobie, ani dobre, ani złe	złe	bardzo złe
	w odsetkach				
W WIEKU 15-19 LAT					
O G Ó Ł E M	37,1	50,5	10,0	1,1	0,0
Miasta	34,7	51,3	11,5	0,9	0,1
Wieś	40,9	49,1	7,7	1,3	x
Płeć					
Chłopcy/mężczyźni	40,7	47,1	8,9	1,2	x
Dziewczynki/kobiety	33,8	53,6	11,0	0,9	0,1
W WIEKU 20-29 LAT					
O G Ó Ł E M	29,6	55,3	12,4	1,6	0,2
Miasta	30,0	54,7	12,8	1,5	0,1
Wieś	28,9	56,6	11,6	1,7	0,4
Płeć					
Chłopcy/mężczyźni	33,7	52,1	10,9	1,5	0,4
Dziewczynki/kobiety	26,6	57,7	13,6	1,7	0,0

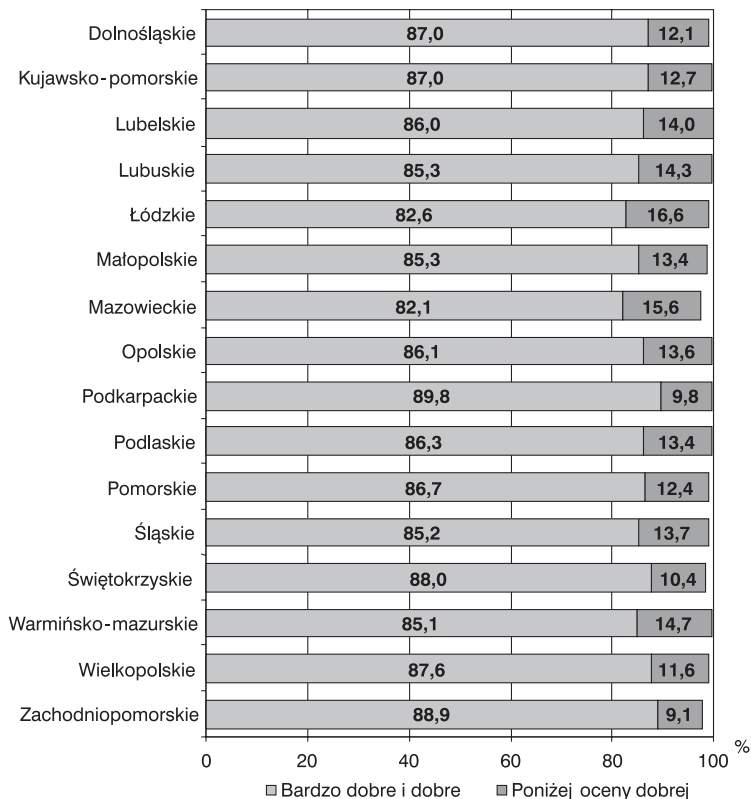
^a Dla osób w wieku 15 lat i więcej uwzględniono tylko osoby odpowiadające bezpośrednio na to pytanie.

– 88,0%. Najwięcej ocen poniżej dobrej odnotowano w województwach: łódzkim (16,6%) i mazowieckim (15,6%).

W omawianej grupie wiekowej mężczyźni lepiej ocenili swój stan zdrowia niż kobiety w 8 województwach: lubuskim, małopolskim, mazowieckim, podkarpackim, podlaskim, pomorskim, śląskim i świętokrzyskim. Największe różnice wystąpiły w województwie śląskim (88,6% mężczyzn wobec 82,5% kobiet), małopolskim (odpowiednio 88,5% i 82,8%) i mazowieckim (85,1% i 79,4%).

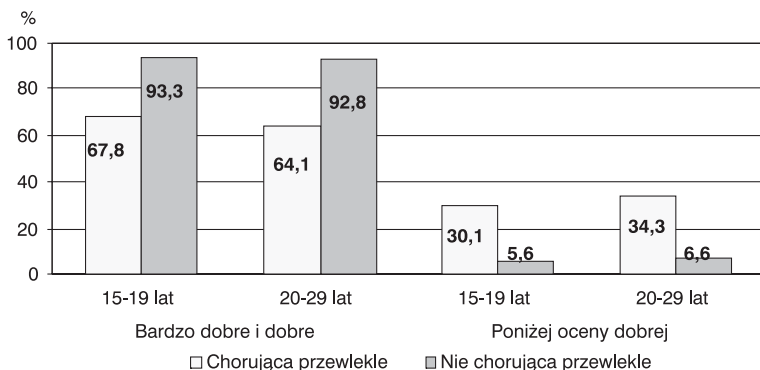
Analizując wskaźnik zdrowia poniżej dobrego można zauważyć, że prawie 12% mężczyzn w wieku 15-29 lat miało taki stan zdrowia, natomiast w przypadku kobiet wskaźnik ten wyniósł ponad 14%. Największy udział osób oceniających swoje zdrowie poniżej oceny dobrej odnotowano wśród mężczyzn w województwach: łódzkim, lubelskim i warmińsko-mazurskim, gdzie wskaźnik ukształtował się na poziomie powyżej 15%. Natomiast wśród kobiet najgorszy wskaźnik wystąpił na terenie województwa mazowieckiego – 19,9%.

Wykres 5. Młodzież w wieku 15-29 lat, której zdrowie zostało ocenione jako bardzo dobre i dobre oraz poniżej dobrej według województw



Biorąc pod uwagę ocenę stanu zdrowia młodzieży w powiązaniu z występowaniem chorób przewlekłych można stwierdzić, że osoby w obu omawianych grupach wieku określiły go podobnie. Młodzież, u której nie występowały choroby przewlekłe, lepiej oceniła swoje zdrowie niż osoby, które chorowały przewlekłe.

Analizując ocenę stanu zdrowia osób w wieku 15-29 lat w powiązaniu z sytuacją materialną gospodarstwa domowego, można odnotować, że najlepsze oceny wystąpiły dla młodzieży, której sytuacja finansowa gospodarstwa była bardzo dobra, natomiast najgorsze w przypadku występowania problemów materialnych gospodarstwa domowego. Najgorzej określiły swoje zdrowie osoby w wieku 20-29 lat w gospodarstwach, w których wystarczało środków finansowych na najtańsze jedzenie, ale

Wykres 6. Młodzież w wieku 15-29 lat według występowania chorób przewlekłych i oceny stanu zdrowia

brakowało pieniędzy na ubranie i opłaty (ponad 35% ocen poniżej dobrej). Najlepiej zostało ocenione zdrowie młodzieży w wieku 15-19 lat (92,9% ocen bardzo dobrych i dobrych), która mieszkała w gospodarstwach, gdzie wystarczyło na wszystko bez specjalnych ograniczeń.

Tabela 4. Młodzież w wieku 15-29 lat według sytuacji materialnej gospodarstwa domowego i oceny stanu zdrowia

SYTUACJA MATERIALNA GOSPODARSTWA	Ocena stanu zdrowia osób w wieku			
	15-19 lat		20-29 lat	
	bardzo dobra i dobra	poniżej oceny dobrej	bardzo dobra i dobra	poniżej oceny dobrej
	w odsetkach			
Wystarcza nam na wszystko bez specjalnych ograniczeń	92,9	7,1	89,7	9,1
Żyjemy dość oszczędnie i wystarcza nam na wszystko	92,0	7,4	88,5	10,6
Żyjemy bardzo oszczędnie, aby odłożyć na poważniejsze zakupy	87,4	10,2	84,3	14,8
Po uiszczeniu opłat mieszkaniowych, pieniędzy wystarcza nam	83,8	15,2	83,9	15,3
Po zrobieniu opłat wystarcza na jedzenie nie na ubranie	87,9	9,3	80,0	19,5
Wystarcza na najtańsze jedzenie i ubranie nie na opłaty	78,5	21,5	82,6	14,3
Wystarcza na najtańsze jedzenie, ale nie na ubranie i opłaty	82,5	17,5	64,7	35,3
Nie wystarcza nawet na najtańsze jedzenie i ubranie	90,2	9,8	74,8	25,2

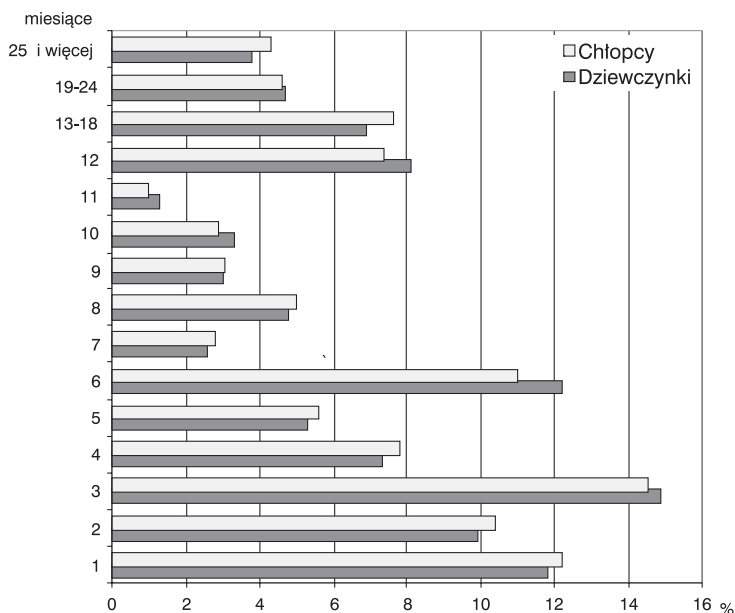
2.2. Karmienie piersią

Światowa Organizacja Zdrowia wydała zalecenie, aby niemowlęta były karmione wyłącznie piersią przez pierwszych sześć miesięcy życia i aby karmienie było kontynuowane do drugiego roku życia lub dłużej¹. Wyłączne karmienie piersią ma wpływ na zdrowie dziecka (wzmacnia układ odpornościowy) i matki (kobiety karmiące piersią rzadziej chorują na raka piersi i osteoporozę), jak również buduje więź emocjonalną pomiędzy matką i dzieckiem oraz korzystnie wpływa na przyszły rozwój intelektualny dziecka.

W badaniu stanu zdrowia zadano również pytania dotyczące karmienia piersią:

- Czy dziecko było karmione piersią w ciągu pierwszych 48 godzin życia?
- Ile miesięcy było karmione piersią?
- W tym wyłącznie piersią (bez dopajania i dokarmiania)?

Wykres 7. Dzieci w wieku 0-14 lat według okresu karmienia piersią w miesiącach^a oraz płci



^a Bez dzieci, które w momencie badania były karmione piersią

¹ Globalna strategia żywienia niemowląt i małych dzieci, WHO 16 kwietnia 2002.

Wyniki badania wykazały, że 88,1% badanych dzieci było karmionych piersią, dla chłopców odsetek ten wyniósł 87,6%, natomiast dla dziewczynek – 88,7%. Najwięcej dzieci było karmionych przez okres 3 miesięcy. Blisko 90% dzieci było karmionych piersią w ciągu pierwszych 48 godzin życia.

Ponad 85% dzieci objętych badaniem było karmionych wyłącznie piersią (bez dopajania i dokarmiania), chłopcy stanowili 84,5%, natomiast dziewczynki – 85,7%. Najwięcej dzieci było karmionych wyłącznie piersią przez okres 6 miesięcy.

2.3. Wzrost i masa ciała

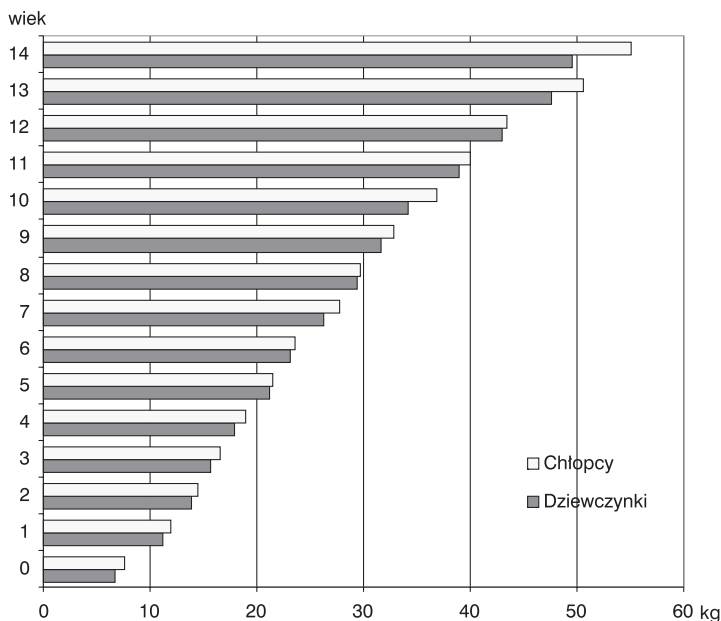
Dzieci w wieku 0-14 lat

Rodzice dzieci w wieku 0-14 lat odpowiadali także na następujące pytania:

- Wzrost dziecka w centymetrach?
- Waga dziecka w kilogramach?

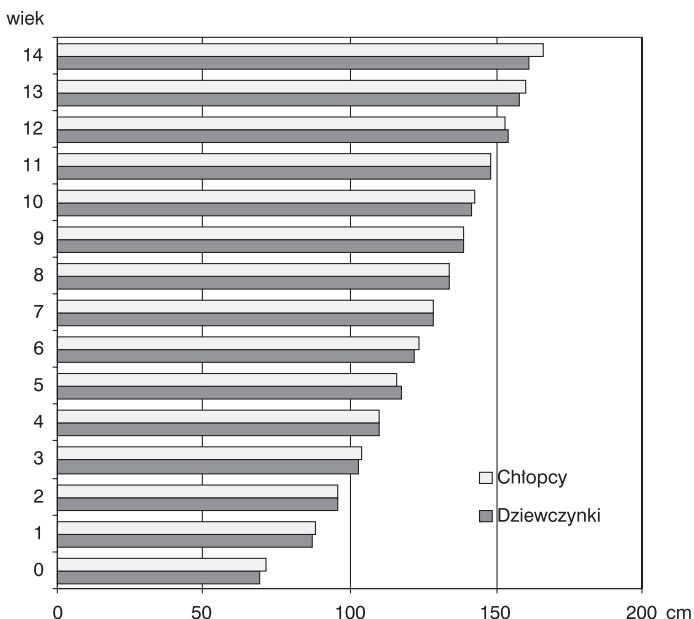
Na podstawie danych podanych przez opiekunów dzieci można odnotować, że średnia waga chłopców we wszystkich grupach wieku była

Wykres 8. Średnia waga dzieci w wieku 0-14 lat według płci i wieku



większa od średniej wagi dziewczynek. Natomiast w przypadku wzrostu tendencja była inna. Różnica pomiędzy średnim wzrostem chłopców i dziewczynek była uzależniona od wieku.

Wykres 9. Średni wzrost dzieci w wieku 0-14 lat według płci i wieku



Młodzież w wieku 15-29 lat

Osobom powyżej 15 roku życia również zadano pytania dotyczące wzrostu i wagi ciała. Na podstawie wyników badań obliczono wskaźnik BMI tzw. Indeks Masy Ciała (skrót od ang. Body Mass Index).

Wskaźnik ten używany jest, aby określić niedowagę, nadwyżkę wagi i otyłość. BMI oblicza się dzieląc kilogramy przez wzrost do kwadratu (kg/m^2). Zgodnie z raportem Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) masę ciała ocenia się jako prawidłową, gdy wartość BMI mieści się w zakresie od 18,5 do 25, poniżej 18,5 występuje niedowaga, powyżej 25 mamy nadwagę, natomiast po przekroczeniu 30 mówimy o otyłości. Wyróżniamy trzy stopnie otyłości:

- BMI 30,0–34,9 I stopień, otyłość średniego stopnia;
- BMI 35,0–39,9 II stopień, otyłość znacznego stopnia;
- BMI $\geq 40,0$ III stopień, otyłość olbrzymia lub śmiertelna.

BMI nie ma zastosowania u osób o rozbudowanej tkance mięśniowej, u kobiet ciężarnych oraz u dzieci szybko rosnących.

Wskaźnik masy ciała BMI pozwala określić ilość tkanki tłuszczowej oraz umożliwia ocenę zagrożenia śmiertelnością i ryzykiem nadciśnienia, jak również wystąpienia zawału czy chorób krążenia lub cukrzycy. Im mniejsza wartość BMI, tym ryzyko wystąpienia chorób jest mniejsze.

Tabela 5. Waga ciała osób w wieku 15-29 lat według płci

WYSZCZEGÓLNIENIE	Niedowaga <18,5	Prawidłowa 18,50- -24,99	Nadwaga 25,00 -29,99	Otyłość ≥30,00
	w odsetkach			
O G Ó Ł E M	10,2	72,1	14,9	2,8
15-19 lat	16,5	76,1	6,3	1,1
20-29 lat	7,2	70,3	18,9	3,6
Mężczyźni	4,5	70,1	21,5	4,0
15-19 lat	10,9	78,8	8,9	1,4
20-29 lat	1,4	66,0	27,4	5,3
Kobiety	16,2	74,3	8,1	1,5
15-19 lat	22,4	73,3	3,6	0,7
20-29 lat	13,3	74,7	10,1	1,9

Z przeprowadzonego badania wynika, że wśród młodzieży w grupie wieku 20-29 lat było więcej osób z nadwagą i otyłych niż w młodszej grupie – 15-19 lat. Analizując BMI według płci można odnotować, że kobiety miały lepsze wskaźniki niż mężczyźni. Prawie trzy razy więcej mężczyzn niż kobiet miało nadwagę i otyłość. Wyniki badania potwierdzają opinię, że kobiety bardziej dbają o odpowiednią dietę, co przekłada się na prawidłową wagę. Jednakże wraz z wiekiem powiększa się grono osób z nadwagą i otyłych, zarówno wśród mężczyzn, jak i kobiet. Można również zauważyć, że wśród kobiet było ponad 16% osób z niedowagą. Odnotowano ponad trzy razy więcej kobiet mających niedowagę niż mężczyzn.

Analizując wagę ciała młodzieży według województw można stwierdzić, że najwięcej mężczyzn posiadających nadwagę było w następujących województwach: podlaskim, opolskim, warmińsko-mazurskim, wielkopolskim i podkarpackim – ponad 24%. Natomiast w województwach śląskim i dolnośląskim było najwięcej mężczyzn otyłych (odpowiednio 7,0% i 5,2%). Najwięcej kobiet z nadwagą było w województwach: opolskim, zachodniopomorskim i lubelskim (powyżej 10%), natomiast otyłych – w opolskim i podkarpackim (odpowiednio 3,7%

Tabela 6. Waga ciała osób w wieku 15-29 lat według płci i województw

WOJEWÓDZTWA	Niedowaga	Prawidłowa	Nadwaga	Otyłość
	w odsetkach			
MĘŻCZYŹNI	4,5	70,1	21,5	4,0
Dolnośląskie	2,1	69,8	23,0	5,2
Kujawsko-pomorskie	3,2	76,1	16,4	4,3
Lubelskie	4,5	75,9	18,6	1,0
Lubuskie	5,3	70,8	20,5	3,4
Łódzkie	5,3	67,6	23,0	4,1
Małopolskie	5,3	69,2	21,6	3,9
Mazowieckie	5,6	68,0	22,1	4,4
Opolskie	5,8	66,1	24,9	3,2
Podkarpackie	3,4	70,6	24,3	1,8
Podlaskie	4,9	64,8	26,8	3,5
Pomorskie	5,8	66,6	22,7	4,9
Śląskie	3,4	75,3	14,2	7,0
Świętokrzyskie	4,2	68,0	23,5	4,2
Warmińsko-mazurskie	3,6	68,8	24,6	2,9
Wielkopolskie	3,9	69,0	24,6	2,5
Zachodniopomorskie	6,6	67,4	22,4	3,6
KOBIETY	16,2	74,3	8,1	1,5
Dolnośląskie	16,4	74,6	8,3	0,7
Kujawsko-pomorskie	17,1	74,2	8,3	0,4
Lubelskie	16,2	72,8	10,0	1,0
Lubuskie	16,5	73,7	9,3	0,5
Łódzkie	11,8	78,2	8,7	1,3
Małopolskie	15,7	77,9	5,8	0,6
Mazowieckie	13,8	78,5	6,4	1,3
Opolskie	16,6	68,8	10,9	3,7
Podkarpackie	14,1	74,4	8,2	3,3
Podlaskie	12,8	79,8	5,7	1,7
Pomorskie	18,9	69,8	9,3	2,0
Śląskie	18,6	69,6	9,1	2,7
Świętokrzyskie	18,4	74,2	6,5	0,9
Warmińsko-mazurskie	19,7	72,0	5,9	2,4
Wielkopolskie	17,6	73,6	8,3	0,5
Zachodniopomorskie	15,7	72,3	10,2	1,8

i 3,3%). Co 5 kobieta w województwie warmińsko-mazurskim miała niedowagę.

Dane zebrane w badaniu wskazują, że młodsze pokolenia osiągają coraz wyższy wzrost, co dotyczy zarówno młodych mężczyzn, jak i kobiet.

Tabela 7. Średni wzrost osób w wieku 15-29 lat według płci i wieku

WIEK W LATACH	Mężczyźni	Kobiety
O G Ó Ł E M	178	166
15 lat	173	165
16	175	165
17	177	166
18	178	166
19	179	166
20	179	167
21	179	166
22	179	166
23	179	167
24	179	167
25	178	167
26	178	166
27	178	166
28	179	166
29 lat	177	165

Tabela 8. Wzrost osób w wieku 14 oraz 20 lat według płci i województw

WOJEWÓDZTWA	Średni wzrost osób w wieku					
	14 lat			20 lat		
	ogółem	mężczyź- ni	ko- biety	ogółem	mężczyź- ni	ko- biety
O G Ó Ł E M	164	166	161	173	179	167
Dolnośląskie	163	166	160	173	180	165
Kujawsko-pomorskie	164	166	162	171	179	166
Lubelskie	166	168	163	173	179	165
Lubuskie	164	167	162	173	179	165
Łódzkie	163	165	161	174	180	165
Małopolskie	160	161	158	172	176	164
Mazowieckie	163	166	159	177	181	173
Opolskie	168	172	165	173	180	167
Podkarpackie	162	165	160	172	176	167
Podlaskie	163	164	161	172	179	167
Pomorskie	162	168	157	174	181	166
Śląskie	167	171	164	173	177	168
Świętokrzyskie	164	166	162	173	178	166
Warmińsko-mazurskie	161	160	161	174	180	168
Wielkopolskie	164	167	160	174	180	168
Zachodniopomorskie	164	168	159	172	179	166

2.4. Styl życia dzieci w wieku 2-14 lat

Opiekunom dzieci w wieku 2-14 lat zadano następujące pytania dotyczące stylu życia:

- Ile godzin na dobę dziecko zwykle sypia?
- O której godzinie dziecko idzie spać?
- Ile godzin dziennie dziecko średnio spędza przed telewizorem i/lub przy komputerze?
- Ile godzin dziennie dziecko średnio przebywa na powietrzu w okresie wiosennym, letnim, jesiennym oraz zimowym?

Dzieciom, które chodzą do szkoły zadano jeszcze następujące dodatkowe pytania dotyczące aktywności ruchowej:

- Czy dziecko uczestniczy w lekcjach wychowania fizycznego w szkole?
- Czy dziecko regularnie uczestniczy w zajęciach gimnastyki korekcyjnej (w szkole lub poza szkołą)?
- Czy dziecko regularnie uczestniczy w zorganizowanych zajęciach sportowych (w szkole poza lekcjami, w klubie sportowym, na pływalni)?

2.4.1. Sen

Przeciętnie dzieci spały prawie 10 godzin na dobę, równie długo chłopcy i dziewczynki. Średnia długość snu maleje wraz z wiekiem, najdłużej spały dwulatki – blisko 11 i pół godziny, natomiast najkrócej czternastolatki – niespełna 9 godzin na dobę.

Tabela 9. Dzieci w wieku 2-14 lat według liczby godzin snu na dobę

PŁEĆ, WIEK	Liczba godzin snu				
	8 i mniej	9	10	11	12 i więcej
	w odsetkach				
O G Ó Ł E M	18,6	23,0	39,4	8,7	9,8
Chłopcy	19,0	23,3	39,0	8,1	9,8
Dziewczynki	18,0	22,7	39,7	9,4	9,7
Wiek					
2-6 lat	5,4	9,2	41,1	17,3	25,4
7-10	14,8	26,0	49,6	6,7	2,8
11-14 lat	33,7	32,8	29,0	2,7	1,5

Większość dzieci w wieku 2-6 lat chodziło spać przed godziną 20. Wyniki badania wykazały, że od siódmego roku życia zmienia się godzina położenia dziecka do snu, najwięcej siedmiolatków kładło się spać o go-

dzinie 21. Trzynastolatki chodziły spać równie często o 21, jak i 22, natomiast czternastolatki wybierały zdecydowanie godzinę 22 (prawie 51%).

Tabela 10. Dzieci w wieku 2-14 lat według godziny, o której chodzą spać

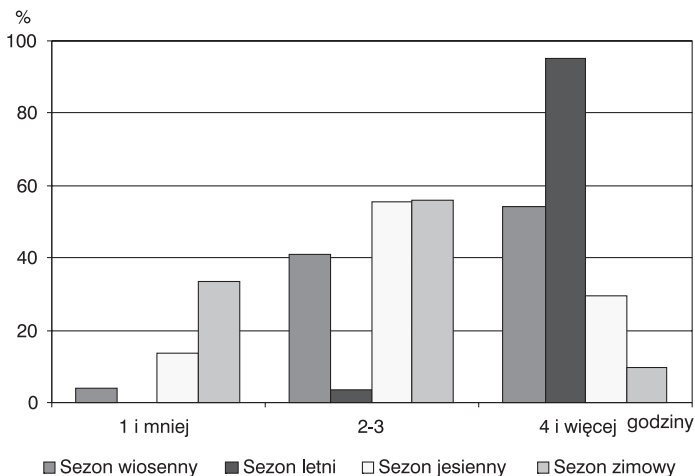
PŁEĆ, WIEK	Godzina			
	20 i wcześniej	21	22	23 i później
	w odsetkach			
O G Ó Ł E M	32,7	44,5	20,2	2,1
Chłopcy	32,4	43,7	21,3	1,9
Dziewczynki	32,9	45,3	19,1	2,2
Wiek				
2-6 lat	54,9	36,3	7,2	0,3
7-10	32,7	53,2	13,2	0,9
11-14 lat	12,5	44,5	38,1	4,7

2.4.2. Czas wolny

2.4.2.1. Przebywanie na powietrzu

Średni czas przebywania dzieci na powietrzu uzależniony jest od pory roku. Dzieci najwięcej czasu spędzały poza domem w lecie, średnio ponad 7 godzin oraz prawie 4 godziny w sezonie wiosennym, najmniej natomiast jesienią i zimą odpowiednio blisko 3 i 2 godziny. Zarówno chłopcy, jak i dziewczynki przebywały tyle samo czasu na powietrzu.

Wykres 10. Dzieci w wieku 2-14 lat według liczby godzin przebywania na powietrzu w sezonie wiosennym, letnim, jesiennym i zimowym



Ponad 95% dzieci w okresie letnim i około 54% w sezonie wiosennym spędzało na powietrzu ponad 4 godziny dziennie. W sezonie jesiennym i zimowym najczęściej dzieci przebywało na powietrzu od 2 do 3 godzin dziennie (odpowiednio 55,5% i 55,8%).

Analizując czas przebywania dzieci na powietrzu można odnotować, że najdłużej pozostawały na powietrzu dzieci w wieku przedszkolnym i młodszym szkolnym.

Tabela 11. Dzieci w wieku 2-14 lat według liczby godzin przebywania na powietrzu w sezonie wiosennym, letnim, jesiennym i zimowym według poci i wieku

LICZBA GODZIN DZIENNIE	Ogółem	Chłopcy	Dziewczynki	W wieku		
				2-6 lat	7-10	11-14 lat
	w odsetkach					
SEZON WIOSENNY						
1 i mniej	3,9	3,5	4,4	2,9	3,6	5,1
2-3	40,8	38,8	43,0	38,6	40,4	43,2
4 i więcej	54,1	56,5	51,6	56,0	55,4	51,4
SEZON LETNI						
1 i mniej	0,2	0,1	0,3	0,1	0,1	0,4
2-3	3,4	3,4	3,4	2,8	3,3	4,0
4 i więcej	95,3	95,3	95,3	94,5	96,2	95,3
SEZON JESIENNY						
1 i mniej	13,7	13,3	14,1	13,5	14,3	13,3
2-3	55,5	53,8	57,3	53,6	55,9	56,8
4 i więcej	29,7	31,7	27,6	30,3	29,2	29,6
SEZON ZIMOWY						
1 i mniej	33,5	32,7	34,3	40,1	31,0	29,6
2-3	55,8	55,2	56,4	50,0	59,0	58,3
4 i więcej	9,6	10,8	8,2	7,3	9,4	11,8

2.4.2.2. Oglądanie telewizji i korzystanie z komputera

Przeciętnie dzieci spędzały 2,5 godziny przed ekranem telewizora lub monitorem komputera. Już dwuletnie dzieci oglądały telewizję lub korzystały z komputera około 1 godzinę i 40 minut dziennie. Wraz z wiekiem czas spędzany przed monitorem telewizora lub komputera wydłużył się średnio do około 2 godzin i 40 minut dziennie wśród czternastolatków. Z przeprowadzonego badania wynika, że chłopcy nie-

znacznie dłużej oglądali telewizję lub korzystali z komputera niż dziewczynki (odpowiednio około 2 godziny 40 minut i 2 godziny 20 minut). Najczęściej dzieci spędzały 2 godziny przed monitorem telewizora lub komputera (36,3%), natomiast prawie co 14 dziecko spędzało na oglądaniu powyżej 5 godzin.

Wśród dwulatków prawie 39% dzieci spędzało przed monitorem (telewizora lub komputera) 1 godzinę dziennie, natomiast prawie co 25 dziecko, aż 5 i więcej godzin. Najwięcej dzieci w wieku 3-14 lat spędzało 2 godziny na oglądaniu telewizora lub korzystaniu z komputera.

Tabela 12. Dzieci w wieku 2-14 lat według liczby godzin spędzanych przed ekranem TV i/lub monitorem komputera

PLEĆ, WIEK	Według liczby godzin dziennie					
	mniej niż 1	1	2	3	4	5 i więcej
	w odsetkach					
OGÓŁEM	2,1	18,9	36,3	22,7	12,1	7,3
Chłopcy	1,8	17,3	35,4	23,3	13,1	8,4
Dziewczynki	2,4	20,6	37,4	22,1	11,0	6,1
Wiek						
2-6 lat	4,4	26,1	31,7	17,1	11,1	8,0
7-10	0,9	16,9	40,2	25,1	11,2	5,6
11-14 lat	0,9	14,0	37,3	25,8	13,6	8,0

2.4.3. Aktywność fizyczna uczniów

W lekcjach wychowania fizycznego uczestniczyło 93,7% dzieci w wieku 6-14 lat. Chłopcy uczestniczyli w zajęciach WF nieznacznie częściej niż dziewczynki. Lekcje WF trwały zwykle 2, 3 lub 4 godziny tygodniowo. Jednakże najwięcej dzieci ćwiczyło 3 godziny tygodniowo (37,4%). Odsetek dzieci uczestniczących w lekcjach WF dla siedmiolatków wyniósł 97,4%, wzrósł dla dziewięciolatków (98,1%), a następnie zmniejszył się do 95,2% dla czternastolatków.

Blisko 17% dzieci uczestniczyło w zajęciach gimnastyki korekcyjnej. Najczęściej były to zajęcia, które trwały 1 godzinę tygodniowo, na które uczęszczało około 45% dzieci. Natomiast prawie 5% osób w wieku 6-14 lat ćwiczyło 5 i więcej godzin tygodniowo.

Okolo 30% siedmio- i ośmiolatków oraz co czwarty dziewięciolatek korzystał z zajęć gimnastyki korekcyjnej, natomiast wśród czternastolatków odsetek wyniósł prawie 9%.

Tabela 13. Dzieci w wieku 6-14 lat według uczestnictwa w lekcjach wychowania fizycznego i liczby godzin

PŁEĆ, WIEK	Uczestniczący w lekcjach WF						
	tak	w tym według liczby godzin tygodniowo					nie
		1	2	3	4	5	
	w odsetkach						
O G Ó Ł E M	93,7	3,8	20,2	37,4	27,9	4,2	2,7
Chłopcy	93,8	3,7	19,6	38,4	27,6	4,4	2,3
Dziewczynki	93,6	3,9	20,9	36,5	28,2	4,1	3,0
Wiek							
6 lat	46,0	9,2	23,6	8,7	2,6	2,0	3,2
7	97,4	12,2	38,7	31,7	12,9	1,4	1,2
8	96,8	9,7	33,7	35,1	15,9	2,4	2,0
9	98,1	6,7	32,5	37,2	17,8	3,8	1,6
10	97,8	0,5	11,6	23,0	55,6	7,1	2,0
11	97,6	0,2	10,6	28,2	51,2	7,1	2,2
12	96,3	0,3	11,7	36,0	43,4	4,7	3,6
13	96,8	0,5	13,6	62,5	16,1	3,9	3,1
14 lat	95,2	0,4	14,4	55,5	20,7	4,0	4,6

Tabela 14. Dzieci w wieku 6-14 lat według uczestnictwa w zajęciach gimnastyki korekcyjnej i liczby godzin

PŁEĆ, WIEK	Uczestniczący w zajęciach					
	tak	w tym wg liczby godzin tygodniowo				nie
		1	2	3-4	5 i więcej	
	w odsetkach					
O G Ó Ł E M	16,7	45,4	33,3	16,6	4,7	79,2
Chłopcy	15,9	44,0	33,6	16,7	5,6	79,6
Dziewczynki	17,5	46,8	32,9	16,5	3,8	78,7
Wiek						
6 lat	10,0	51,7	41,7	6,5	x	38,5
7	31,1	60,4	30,0	9,0	0,6	67,5
8	28,5	52,8	29,9	15,1	2,2	69,6
9	24,4	54,4	37,7	6,5	1,4	74,9
10	13,0	28,8	48,3	16,2	6,7	86,1
11	13,2	42,2	22,7	25,7	9,4	86,3
12	14,0	23,9	40,6	30,5	5,0	85,1
13	10,1	26,8	29,6	29,5	14,1	89,4
14 lat	8,9	40,7	25,4	22,3	11,7	90,5

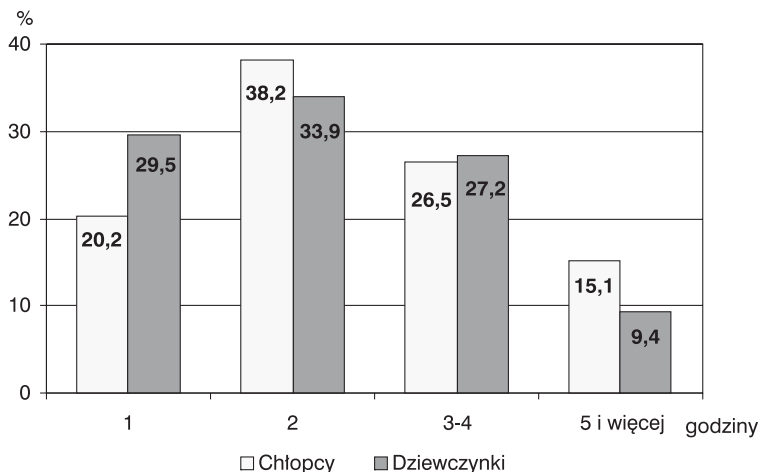
Prawie 31% dzieci w wieku 6-14 lat uprawiało sport poza lekcjami wychowania fizycznego. Ponad 36% dzieci trenujących sport ćwiczyło 2 godziny tygodniowo. Odsetek dzieci zaangażowanych w uprawianie sportu wraz z wiekiem powiększał się, aby osiągnąć najwyższy poziom wśród jedenastoletków (39,1%), natomiast wśród dwunasto-, trzynasto- i czternastoletków udział zmniejszył się i wyniósł odpowiednio – 33,6%, 35,9% i 35,3%.

Tabela 15. Dzieci w wieku 6-14 lat według uczestnictwa w zajęciach sportowych i liczby godzin

PŁEĆ, WIEK	Uczestniczący w zajęciach					
	tak	w tym wg liczby godzin tygodniowo				nie
		1	2	3-4	5 i więcej	
	w odsetkach					
O G Ó Ł E M	30,6	24,4	36,2	26,8	12,5	65,3
Chłopcy	33,2	20,2	38,2	26,5	15,1	62,4
Dziewczynki	27,9	29,5	33,9	27,2	9,4	68,2
Wiek						
6 lat	6,4	47,5	23,0	22,0	7,5	42,1
7	21,0	44,5	35,4	16,1	4,0	76,9
8	25,0	32,2	42,7	16,9	8,3	73,3
9	27,9	26,9	28,6	35,2	9,4	71,6
10	36,6	28,7	33,9	29,5	7,9	62,4
11	39,1	19,2	40,8	25,3	14,7	60,4
12	33,6	19,0	36,6	28,0	16,3	65,7
13	35,9	20,7	36,8	27,5	14,9	63,4
14 lat	35,3	17,2	35,5	30,1	17,3	64,4

Na treningi uczęszczał co 3 chłopiec oraz około 30% dziewczynek. Najwięcej chłopców i dziewczynek ćwiczyło 2 godziny tygodniowo. Ponad 15% chłopców trenowało 5 i więcej godzin tygodniowo. Najwięcej osób zaangażowanych w uprawianie sportu było pośród jedenastoletnich chłopców (48,2%) oraz dziesięcioletnich dziewczynek (34,5%).

Analizując uczestnictwo dzieci w zajęciach gimnastyki korekcyjnej oraz w zajęciach sportowych można odnotować, że osoby w wieku 6-14 lat średnio przeznaczały około 2 godziny i 20 minut tygodniowo na ćwiczenia. Najkrócej ćwiczyły dzieci w województwie opolskim i łódzkim, natomiast najdłużej w województwie śląskim. Odsetek dzieci uczestniczących w zajęciach sportowych największy był w województwie pomorskim (28,7%), najmniejszy natomiast w województwie podlaskim (16,0%).

Wykres 11. Dzieci w wieku 6-14 lat uczestniczące w zajęciach sportowych według liczby godzin i płci**Tabela 16. Dzieci w wieku 6-14 lat według uczestnictwa w zajęciach gimnastyki korekcyjnej oraz w zajęciach sportowych wg województw**

WOJEWÓDZTWA	Nie uczestniczące w zajęciach	Uczestniczące w zajęciach	Średnia liczba godzin zajęć
	w odsetkach		
O G Ó Ł E M	77,3	22,7	2,4
Dolnośląskie	73,1	26,9	2,3
Kujawsko-pomorskie	77,4	22,6	2,6
Lubelskie	82,6	17,4	2,4
Lubuskie	79,2	20,8	2,4
Łódzkie	79,3	20,7	1,8
Małopolskie	80,4	19,6	2,5
Mazowieckie	74,8	25,2	2,4
Opolskie	76,9	23,1	1,7
Podkarpackie	79,3	20,7	2,3
Podlaskie	84,0	16,0	2,5
Pomorskie	71,3	28,7	2,4
Śląskie	77,5	22,5	2,7
Świętokrzyskie	80,7	19,3	2,0
Warmińsko-mazurskie	78,2	21,8	2,6
Wielkopolskie	73,7	26,3	2,6
Zachodniopomorskie	78,6	21,4	2,2

2.5. Styl życia młodzieży w wieku 15-29 lat

Osobom powyżej 15 roku życia zadano następujące pytanie dotyczące stylu życia:

- Czy w czasie wolnym wykonuje Pan/i następujące czynności? Ankietowany mógł wskazać cztery poniższe odpowiedzi:
- Czytanie, oglądanie telewizji, słuchanie radia lub inne czynności niewymagające ruchu i wysiłku fizycznego;
- Spacer, gimnastyka, jazda na rowerze, deskorolce lub inny niezbyt intensywny ruch;
- Bieganie, pływanie, ćwiczenia aerobiku lub inny sport rekreacyjny, w sezonie praca na działce lub w ogrodzie;
- Uprawianie intensywnego treningu (np. siłownia), sportu wyczynowego.
- Ile godzin na dobę zwykle Pan/i sypia?
- Jak zwykle Pan/i sypia?
- Jeżeli nie sypia Pan/i dobrze, to głównie dlaczego?
- Czy obecnie jest Pan/i na diecie lub czy stosuje Pan/i specjalny sposób żywienia?
- Czy w ciągu ostatnich 3 lat zmienił/a Pan/i sposób odżywiania?
- Jaki był główny powód zmiany Pana/Pani sposobu odżywiania?

Podczas badania zadano również pytania dotyczące palenia papierosów, picia napojów alkoholowych oraz używania środków substancji psychoaktywnych.

2.5.1. Spędzanie czasu wolnego

W przeprowadzonym badaniu 99,4% osób w wieku 15-19 lat spędzało wolny czas na czytaniu, oglądaniu telewizji, słuchaniu radia lub innych czynnościach niewymagających ruchu i wysiłku fizycznego. Na taką formę wypoczynku młodzież w wieku 15-19 lat przeznaczyła średnio ponad 17 godzin tygodniowo, mężczyźni poświęcili 2 godziny więcej tygodniowo niż kobiety. Dla grupy wiekowej 20-29 lat odnotowano podobne wskaźniki, wystąpiła jedynie niewielka różnica między kobietami, a mężczyznami w średniej liczbie godzin przeznaczonych tygodniowo na tę bierną formę wypoczynku (około 20 minut na korzyść mężczyzn). Ponad 30% osób w obu omawianych grupach wieku spędzało 8-14 godzin tygodniowo w ten sposób.

Tabela 17. Osoby w wieku 15-29 lat spędzający czas wolny na czytaniu, oglądaniu telewizji, słuchaniu radia lub innych czynnościach niewymagających ruchu i wysiłku fizycznego

WIEK	Spędzający czas w ten sposób							
	tak	w tym według liczby godzin w tygodniu						nie
		do 7 godz.	8-14	15-21	22-28	29-35	36 godzin i więcej	
	w odsetkach							
15-19 lat	99,4	16,9	31,7	27,8	10,0	9,0	4,7	0,6
20-29 lat	99,0	17,8	31,0	28,1	9,2	8,8	4,9	0,9

Średnio około 9 godzin tygodniowo młodzież w wieku 15-19 lat i 20-29 lat przeznaczala na spacer, gimnastykę, jazdę na rowerze, deskorolce lub inny niezbyt intensywny ruch. Tę formę aktywności wybrało 87,1% osób w wieku 15-19 lat oraz 77,9% młodzieży w wieku 20-29 lat. Ponad 38% osób w obu analizowanych grupach przeznaczyło na ten sposób spędzania czasu 6-10 godzin tygodniowo.

Tabela 18. Osoby w wieku 15-29 lat według sposobu spędzania wolnego czasu

WYSZCZEGÓLNIENIE	Spędzający czas w ten sposób							
	tak	w tym według liczby godzin w tygodniu						nie
		1 godz.	2-3	4-5	6-10	11-15	16 godzin i więcej	
		w odsetkach						
SPACERY, GIMNASTYKA, JAZDA NA ROWERZE, DESKOROLCE LUB INNY NIEZBYT INTENSYWNY RUCH								
15-19 lat	87,1	1,7	15,1	19,8	38,2	13,6	11,3	12,8
20-29 lat	77,9	2,3	15,6	20,5	38,6	13,2	9,5	21,9
BIEGANIE, PŁYWANIE, ĆWICZENIA AEROBIKU LUB INNY SPORT REKREACYJNY, W SEZONIE PRACA NA DZIAŁCE LUB W OGRODZIE								
15-19 lat	49,8	8,3	33,4	22,5	25,6	5,5	4,4	50,1
20-29 lat	39,7	10,3	28,9	21,2	26,2	6,4	6,8	60,1
UPRAWIANIE INTENSYWNEGO TRENINGU (NP. SIŁOWNIA), SPORTU WYCZYNOWEGO								
15-19 lat	18,3	8,1	31,9	22,9	27,2	6,5	18,3	81,2
20-29 lat	11,9	9,0	28,8	26,5	27,2	4,2	11,9	87,6

Co druga osoba w wieku 15-19 lat i prawie co trzecia osoba w wieku 20-29 lat biegała, pływała, ćwiczyła aerobik lub uprawiała inny sport rekreacyjny. Średnio osoby w wieku 15-19 lat i 20-29 lat poświęciły około 6 godzin tygodniowo na te zajęcia. Najwięcej osób w obu omawianych grupach na te zajęcia przeznaczyło 2-3 godziny tygodniowo. Kobiety poświęciły na takie zajęcia mniej o ponad 1 godzinę tygodniowo, niż mężczyźni.

Intensywny trening uprawiało zaledwie 18,3% młodzieży w wieku 15-19 lat oraz blisko 12% osób w wieku 20-29 lat. Około 30% osób w wieku 15-19 lat i 20-29 lat ćwiczyło intensywnie 2-3 godziny tygodniowo. Mężczyźni średnio więcej czasu przeznaczyli na trening niż kobiety. Blisko 29% mężczyzn w wieku 15-19 lat oraz około 19% w wieku 20-29 lat zajmowało się sportem, natomiast dla kobiet odsetki te stanowiły odpowiednio około 8% i 5%.

Analizując czas wolny młodzieży w wieku 15-29 lat według województw, można odnotować, że w poszczególnych województwach wskaźniki ukształtowały się podobnie jak dla wyników ogólnopolskich.

Najwięcej czasu na czytanie, oglądanie telewizji oraz słuchanie radia przeznaczyli mężczyźni z województwa łódzkiego (średnio 20 godzin tygodniowo) oraz kobiety z województwa warmińsko-mazurskiego (prawie 19 godzin). Najmniej czasu natomiast na takie zajęcia poświęcili mężczyźni z województwa małopolskiego oraz kobiety z województwa podkarpackiego (około 15 godzin i 30 minut).

Na spacer, gimnastykę, jazdę na rowerze lub inny niezbyt intensywny ruch najwięcej czasu, bo ponad 10 godzin tygodniowo przeznaczali: mężczyźni i kobiety z województwa dolnośląskiego i lubuskiego, mężczyźni z województwa opolskiego i podlaskiego oraz kobiety z województwa zachodniopomorskiego.

Wśród mężczyzn najwięcej czasu na bieganie, pływanie i ćwiczenia poświęcili mieszkańcy województwa opolskiego, warmińsko-mazurskiego i zachodniopomorskiego (ponad 8 godzin tygodniowo), natomiast wśród kobiet – mieszkanki lubuskiego (7 godzin).

Intensywny trening zajmował najwięcej czasu mężczyznom w województwie dolnośląskim, świętokrzyskim i zachodniopomorskim (ponad 6 godzin tygodniowo) oraz mieszkankom województwa podlaskiego (blisko 8 godzin). Zdecydowanie więcej mężczyzn niż kobiet w każdym województwie uprawiało intensywny trening. Prawie 30% mężczyzn w województwie zachodniopomorskim wybrało taką formę aktywności. Wśród kobiet najwięcej uprawiało sport w województwie dolnośląskim, co 13 kobieta w tym województwie.

Tabela 19. Czas wolny młodzieży w wieku 15-29 lat według płci

WOJEWÓDZTWA	Sposób spędzania wolnego czasu			
	czytają, oglądają telewizję, słuchają radia itp.	spacerują, gimnastykują się, jeżdżą na rowerze, itp.	biegają, pływają, ćwiczą, itp.	uprawiają intensywny trening, itp.
	w odsetkach			
MĘŻCZYŹNI	99,2	78,5	45,5	22,1
Dolnośląskie	98,7	82,5	46,6	22,9
Kujawsko-pomorskie	99,7	77,6	44,9	19,0
Lubelskie	99,6	75,9	39,1	17,3
Lubuskie	99,5	80,5	50,2	26,2
Łódzkie	99,7	78,8	43,3	22,7
Małopolskie	97,8	72,5	43,0	17,4
Mazowieckie	100,0	85,2	48,2	28,7
Opolskie	97,5	84,6	46,4	26,5
Podkarpackie	99,6	74,5	46,2	15,5
Podlaskie	98,6	80,3	46,0	20,5
Pomorskie	97,7	79,9	45,2	26,0
Śląskie	99,5	74,7	47,3	21,3
Świętokrzyskie	99,5	79,2	44,6	18,4
Warmińsko-mazurskie	99,4	78,9	39,9	23,8
Wielkopolskie	100,0	76,6	48,0	18,7
Zachodniopomorskie	99,4	79,1	43,5	29,6
KOBIECY	99,0	83,2	40,2	5,6
Dolnośląskie	99,0	86,2	41,2	7,7
Kujawsko-pomorskie	99,6	81,8	36,7	4,5
Lubelskie	99,7	82,3	36,6	3,6
Lubuskie	98,3	84,5	42,8	6,8
Łódzkie	99,0	80,8	45,0	6,3
Małopolskie	99,6	81,7	41,5	5,3
Mazowieckie	99,4	86,3	43,8	7,4
Opolskie	100,0	86,3	41,8	7,4
Podkarpackie	99,5	79,4	43,9	3,7
Podlaskie	99,4	88,1	42,4	3,1
Pomorskie	97,3	82,7	41,3	6,1
Śląskie	98,3	77,5	35,2	5,1
Świętokrzyskie	99,1	83,3	40,1	3,5
Warmińsko-mazurskie	100,0	88,6	36,2	5,2
Wielkopolskie	99,1	85,7	38,4	5,4
Zachodniopomorskie	97,7	84,3	39,0	4,8

2.5.2. Jakość snu

Prawie 48% osób w wieku 15-19 lat spało 8 godzin na dobę, natomiast sen co trzeciej osoby trwał 9 i więcej godzin. W grupie wieku 20-29 lat blisko 45% osób spało 8 godzin na dobę. Wśród tej grupy zwiększył się również odsetek osób, które spały 7 godzin na dobę o 7,4 pkt proc. w porównaniu z grupą wieku 15-19 lat.

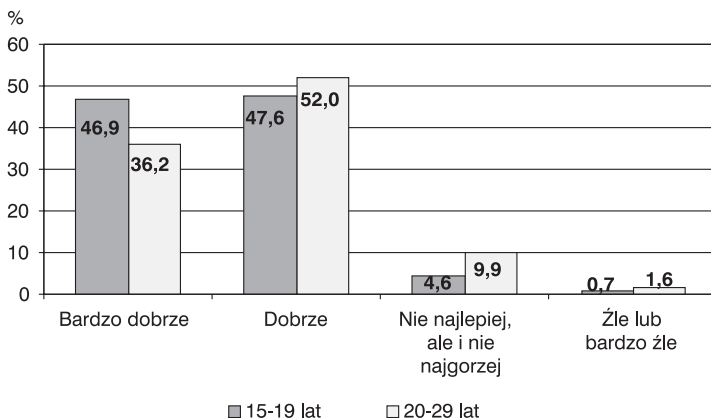
Tabela 20. Osoby w wieku 15-29 lat według długości snu

WIEK	Według liczby godzin snu na dobę					
	do 5 godz.	6	7	8	9	10 godzin i więcej
	w odsetkach					
15-19 lat	0,9	5,2	13,8	47,9	16,7	15,3
20-29 lat	2,1	11,1	21,2	44,9	9,4	11,2

Około 95% osób w wieku 15-19 lat oceniło swój sen jako bardzo dobry i dobry, wystąpił tylko niewielki odsetek osób śpiących źle lub bardzo źle. Wśród młodzieży w wieku 20-29 lat w porównaniu z grupą w wieku 15-19 lat zmniejszył się udział osób śpiących bardzo dobrze, natomiast powiększyło się grono osób, które uważało, że sypiało dobrze, a także nie najlepiej, ale i nie najgorzej oraz źle lub bardzo źle.

Co trzecia osoba w wieku 15-19 lat nie najlepiej sypiająca wskazała, że miała kłopoty z zasypianiem oraz często budziła się w nocy. Nato-

Wykres 12. Osoby w wieku 15-29 lat według jakości snu



miast ponad 10% osób stwierdziło, że budziło się zbyt wcześnie i nie mogło ponownie zasnąć. Wśród młodzieży w wieku 20-29 lat, która spała niezbyt dobrze najczęściej osób wskazało, że często budziło się w nocy (37,9%), ponad 26% stwierdziło, że ma kłopoty z zasypianiem, natomiast około 10% budziło się zbyt wcześnie i nie mogło ponownie zasnąć.

Kobiety w wieku 15-29 lat gorzej oceniły swój sen niż mężczyźni. 12% kobiet określiło swój sen poniżej oceny dobrej. Zarówno wśród mężczyzn, jak i kobiet, którzy posiadali problemy ze snem najważniejszą przyczyną wpływającą na jakość snu było częste budzenie się w nocy.

Najlepiej sypiali mieszkańcy województwa zachodniopomorskiego i małopolskiego oraz mieszkanki województwa świętokrzyskiego. Najwięcej osób, które oceniły swój sen poniżej oceny dobrej było wśród mężczyzn w województwie lubuskim, natomiast wśród kobiet w województwie lubelskim, śląskim i małopolskim.

Tabela 21. Osoby w wieku 15-29 lat według jakości snu, płci i województw

WOJEWÓDZTWA	Mężczyźni		Kobiety	
	bardzo dobrze i dobrze	poniżej dobrej	bardzo dobrze i dobrze	poniżej dobrej
	w odsetkach			
O G Ó Ł E M	92,6	7,2	87,8	12,0
Dolnośląskie	91,4	8,6	87,4	12,6
Kujawsko-pomorskie	93,7	6,3	89,1	10,9
Lubelskie	91,8	8,2	85,1	14,7
Lubuskie	89,1	10,9	86,8	13,2
Łódzkie	90,5	9,2	87,0	12,4
Małopolskie	94,2	5,2	85,7	14,3
Mazowieckie	91,6	8,4	86,8	13,2
Opolskie	92,5	6,5	90,2	9,8
Podkarpackie	92,9	7,1	92,1	7,8
Podlaskie	93,2	6,1	88,2	10,5
Pomorskie	92,8	7,2	86,6	12,5
Śląskie	93,5	6,0	85,2	14,4
Świętokrzyskie	92,4	7,3	93,0	7,0
Warmińsko-mazurskie	93,9	5,9	89,6	10,1
Wielkopolskie	92,2	7,5	90,5	9,0
Zachodniopomorskie	94,8	4,8	89,5	10,5

2.5.3. Palenie tytoniu

Ponad 80% osób w wieku 15-19 lat nigdy nie paliła papierosów, jednakże odsetek ten zmniejszył się dla młodzieży w wieku 20-29 lat i wyniósł 55,5%. Co 12 osoba w wieku 15-19 lat paliła papierosy codziennie, natomiast prawie 5% osób paliła okazjonalnie. W przypadku grupy wieku 20-29 lat sytuacja przedstawiała się bardziej niekorzystnie, prawie co 4 osoba paliła codziennie oraz 6,4% osób paliło okazjonalnie.

Tabela 22. Osoby w wieku 15-29 lat według informacji o paleniu tytoniu

WYSZCZE- GÓLNIENIE	Palący			Palący w przeszłości			Osoby nigdy nie palące
	razem	co- dzien- nie	oka- zjo- nalnie	razem	codzien- nie	oka- zjo- nalnie	
	w odsetkach						
O G Ó Ł E M	26,7	20,8	5,8	8,7	3,1	5,5	64,0
15-19 lat	12,7	8,1	4,6	4,3	0,8	3,5	82,2
20-29 lat	33,2	26,8	6,4	10,7	4,3	6,5	55,5
Mężczyźni	32,2	26,1	6,1	8,5	3,6	4,9	58,9
15-19 lat	15,4	9,8	5,6	4,8	0,9	3,9	78,8
20-29 lat	40,1	33,8	6,3	10,2	4,8	5,3	49,4
Kobiety	20,9	15,4	5,6	8,9	2,7	6,2	69,3
15-19 lat	9,9	6,4	3,5	3,8	0,6	3,1	85,7
20-29 lat	26,1	19,5	6,5	11,3	3,7	7,6	61,7

Wśród osób palących codziennie w wieku 15-19 lat najczęściej wypalało między 10 a 14 papierosów dziennie. Natomiast co 3 osoba paląca wśród młodzieży w wieku 20-29 lat sięgała po 20-29 papierosów dziennie.

Tabela 23. Osoby w wieku 15-29 lat palące tytoń codziennie według ilości wypalanych papierosów

WYSZCZEGÓLNIENIE	Palący papierosy według ilości					
	poniżej 5 szt.	5-9	10-14	15-19	20-29	30 szt. i więcej
	w odsetkach					
O G Ó Ł E M	12,5	8,1	31,0	14,7	31,6	2,2
15-19 lat	26,1	11,2	32,5	13,5	16,2	0,5
20-29 lat	10,5	7,7	30,8	14,8	33,8	2,4
Mężczyźni	9,1	6,0	30,1	14,8	37,2	2,8
15-19 lat	22,4	10,8	32,0	15,8	18,2	0,8
20-29 lat	7,2	5,4	29,9	14,6	39,8	3,1
Kobiety	18,4	11,7	32,4	14,4	21,9	1,1
15-19 lat	32,2	11,7	33,2	9,8	13,1	X
20-29 lat	16,3	11,7	32,3	15,1	23,2	1,3

Ponad 90% młodzieży palącej w wieku 15-19 lat rozpoczęła swój nałóg w okresie krótszym niż 5 lat. Natomiast ponad 20% osób w wieku 20-29 lat rozpoczęła palenie papierosów 10 i więcej lat wcześniej.

Tabela 24. Osoby w wieku 15-29 lat palące codziennie według długości okresu palenia

WYSZCZEGÓLNIENIE	Poniżej 5 lat	5-9	10-14	15-19	20-24 lata
	w odsetkach				
O G Ó Ł E M	52,0	27,6	18,3	1,4	0,1
15-19 lat	93,2	4,1	1,9	X	X
20-29 lat	46,2	30,9	20,6	1,6	0,1
Mężczyźni	50,3	28,8	18,9	1,4	0,1
15-19 lat	93,4	4,3	1,7	X	X
20-29 lat	44,4	32,2	21,2	1,6	0,1
Kobiety	55,0	25,4	17,1	1,5	X
15-19 lat	92,8	3,9	2,3	X	X
20-29 lat	49,3	28,6	19,4	1,7	X

Osoby palące w przeszłości stanowiły około 4% młodzieży w wieku 15-19 lat oraz prawie 11% pośród osób w wieku 20-29 lat. W obu analizowanych grupach najwięcej było osób, które nie paliły krócej niż rok.

Tabela 25. Osoby w wieku 15-29 lat palące w przeszłości według długości okresu niepalenia

WYSZCZEGÓLNIENIE	Krócej niż 1 rok	1 rok	2 lata	3 lata	4 lata	5-9 lat
	w odsetkach					
O G Ó Ł E M	31,6	13,2	19,4	12,5	7,7	12,4
15-19 lat	56,4	12,3	15,8	7,2	3,7	3,7
20-29 lat	27,0	13,3	20,1	13,5	8,4	14,0
Mężczyźni	32,3	13,7	17,4	13,7	9,7	11,3
15-19 lat	56,8	13,3	15,0	6,7	4,0	3,5
20-29 lat	26,8	13,8	17,9	15,3	10,9	13,0
Kobiety	31,0	12,7	21,4	11,3	5,7	13,5
15-19 lat	55,9	11,1	16,8	8,0	3,2	3,9
20-29 lat	27,2	12,9	22,1	11,9	6,1	14,9

Prawie dwa razy więcej mężczyzn niż kobiet w wieku 15-29 lat paliło papierosy codziennie. Natomiast w przypadku palenia okazjonalnego odsetek palących mężczyzn i kobiet był porównywalny (odpowiednio 6,1% i 5,6%).

Najwięcej mężczyzn palących codziennie zamieszkiwało następujące województwa: zachodniopomorskie, podlaskie, śląskie, warmińsko-mazurskie i lubuskie, gdzie udział tych osób ukształtował się powyżej 30% w ogólnej liczbie mieszkańców danego województwa. Największy odsetek kobiet palących codziennie był w województwach: opolskim, zachodniopomorskim i śląskim – powyżej 20%.

Tabela 26. Osoby w wieku 15-29 lat palące tytoń codziennie lub okazjonalnie według płci województw

WOJEWÓDZTWA	Mężczyźni		Kobiety	
	palący codziennie	palący okazjonalnie	palące codziennie	palące okazjonalnie
	w odsetkach			
O G Ó Ł E M	26,1	6,1	15,4	5,6
Dolnośląskie	26,3	5,2	16,1	6,8
Kujawsko-pomorskie	22,9	7,5	13,8	7,9
Lubelskie	27,8	6,5	13,2	4,8
Lubuskie	30,1	6,4	14,7	5,4
Łódzkie	24,6	9,6	14,5	2,9
Małopolskie	20,7	6,5	11,5	6,2
Mazowieckie	21,1	4,9	14,0	7,0
Opolskie	27,9	6,6	22,9	5,5
Podkarpackie	27,4	3,9	11,6	4,3
Podlaskie	31,4	5,2	15,1	4,2
Pomorskie	21,7	7,6	14,9	8,6
Śląskie	30,3	7,1	20,1	4,3
Świętokrzyskie	23,5	5,5	9,1	2,2
Warmińsko-mazurskie	30,3	5,7	15,3	4,2
Wielkopolskie	28,6	4,8	16,9	4,6
Zachodniopomorskie	33,1	4,8	21,4	7,4

2.5.4. Spożycie alkoholu

Ponad 45% osób w wieku 15-19 lat piło alkohol w okresie 12 miesięcy poprzedzających badanie, odsetek ten wśród mężczyzn wyniósł prawie 47%, natomiast pośród kobiet – blisko 44%. Udział osób pijących stanowił ponad 80% w grupie wieku 20-29 lat, więcej mężczyzn niż kobiet sięgało po alkohol (odpowiednio 87,8% i 78,5%).

Tabela 27. Osoby w wieku 15-29 lat według informacji o piciu alkoholu

WYSZCZEGÓLNIENIE	Osoby, które w okresie 12 miesięcy poprzedzających badanie	
	piły alkohol	nie piły alkoholu
	w odsetkach	
O G Ó Ł E M	71,1	28,4
15-19 lat	45,3	53,9
20-29 lat	83,2	16,4
Mężczyźni	74,7	24,9
15-19 lat	46,8	52,3
20-29 lat	87,8	12,0
Kobiety	67,5	31,9
15-19 lat	43,7	55,5
20-29 lat	78,5	21,0

Analizując częstotliwość picia alkoholu, można stwierdzić, że w grupie wieku 15-19 lat najczęściej zarówno mężczyźni, jak i kobiety sięgali po alkohol 2-5 razy w roku (odpowiednio 29,6% i 33,6%). Natomiast w starszej grupie wieku częstotliwość zwiększyła się i najwięcej osób spożywało alkohol już 1-3 razy w miesiącu.

Tabela 28. Osoby w wieku 15-29 lat według częstotliwości picia alkoholu

WYSZCZEGÓLNIENIE	Osoby pijące alkohol							
	codzien- nie	5-6 razy w tygo- dniu	3-4 razy w tygo- dniu	1-2 razy w tygo- dniu	1-3 razy w mies- iącu	6-11 razy w roku	2-5 razy w roku	1 raz w roku
	w odsetkach							
O G Ó Ł E M	0,6	1,5	3,9	16,7	27,2	16,8	25,1	8,0
15-19 lat	0,0	0,1	1,9	10,1	22,6	14,8	31,5	19,0
20-29 lat	0,8	1,9	4,4	18,4	28,4	17,4	23,5	5,2
Mężczyźni	0,8	2,2	4,9	21,7	28,6	16,7	19,8	5,3
15-19 lat	X	0,1	2,4	13,2	23,1	15,4	29,6	16,3
20-29 lat	1,0	2,8	5,6	23,8	30,0	17,0	17,3	2,6
Kobiety	0,4	0,8	2,7	11,1	25,6	17,0	31,3	11,1
15-19 lat	0,1	0,1	1,4	6,6	22,0	14,2	33,6	22,0
20-29 lat	0,5	0,9	3,0	12,3	26,5	17,8	30,7	8,3

Największy odsetek mężczyzn w wieku 15-29 lat, którzy pili alkohol w ciągu 12 miesięcy poprzedzających badanie było w województwie łódzkim (blisko 84%), wśród kobiet natomiast w następujących województwach: opolskim, śląskim mazowieckim i lubuskim (ponad 70%).

Tabela 29. Osoby w wieku 15-29 lat według informacji o piciu alkoholu, płci i województw

WOJEWÓDZTWA	Mężczyźni		Kobiety	
	pijący alkohol	niepijący alkoholu	pijące alkohol	niepijące alkoholu
	w odsetkach			
O G Ó Ł E M	74,7	24,9	67,5	31,9
Dolnośląskie	76,6	23,4	66,5	32,8
Kujawsko-pomorskie	72,5	27,5	65,5	34,5
Lubelskie	77,8	21,6	69,6	30,0
Lubuskie	83,4	16,6	70,2	29,2
Łódzkie	83,8	15,9	77,3	21,6
Małopolskie	71,6	28,0	67,4	32,2
Mazowieckie	76,9	23,1	70,7	28,5
Opolskie	71,9	28,1	74,5	25,5
Podkarpackie	68,1	31,1	55,9	43,1
Podlaskie	73,5	26,5	58,2	41,5
Pomorskie	75,9	23,8	67,4	32,2
Śląskie	72,8	25,4	71,7	27,1
Świętokrzyskie	73,6	26,1	59,3	40,4
Warmińsko-mazurskie	74,2	25,8	67,1	31,9
Wielkopolskie	69,7	30,0	63,6	36,4
Zachodniopomorskie	76,7	23,3	63,7	36,3

Młodzież w wieku 15-19 lat, jak i w wieku 20-29 lat najczęściej spożywała tylko wino. Drugim najczęściej wybieranym napojem było tylko piwo (odpowiednio 24,7% i 20,3%).

Tabela 30. Osoby w wieku 15-29 lat według rodzajów najczęściej spożywanego alkoholu

WYSZCZEGÓLNIENIE	Osoby pijące a						
	piwo, wino i wódka	wino i wódka	piwo i wódka	piwo i wino	tylko wódka	tylko piwo	tylko wino
	w odsetkach						
O G Ó Ł E M	9,4	3,2	11,0	10,6	15,5	21,2	49,5
15-19 lat	6,9	1,9	7,3	7,8	8,5	24,7	56,8
20-29 lat	10,1	3,5	12,0	11,3	17,3	20,3	47,7
Mężczyźni	10,4	2,0	16,4	6,7	18,1	8,2	60,1
15-19 lat	7,4	2,1	8,8	5,8	8,6	13,5	68,1
20-29 lat	11,1	1,9	18,3	6,9	20,5	6,9	58,1
Kobiety	8,4	4,5	4,8	15,1	12,5	36,1	37,4
15-19 lat	6,2	1,6	5,6	10,1	8,4	37,4	44,0
20-29 lat	8,9	5,3	4,6	16,3	13,6	35,7	35,7

^a Osoby badane mogły podać maksymalnie 2 wzory konsumpcji.

Przeciętnie mężczyzna w wieku 15-19 lat wypił 1,0 litr 100% alkoholu w ciągu roku, a kobieta 0,4 litra. Wraz z wiekiem konsumpcja alkoholu wzrastała – mężczyzna w wieku 20-29 lat spożył 4,6 litra w ciągu roku, natomiast kobieta 1,4 litra.

Tabela 31. Średnie roczne spożycie alkoholu na 1 osobę w wieku 15-29 lat

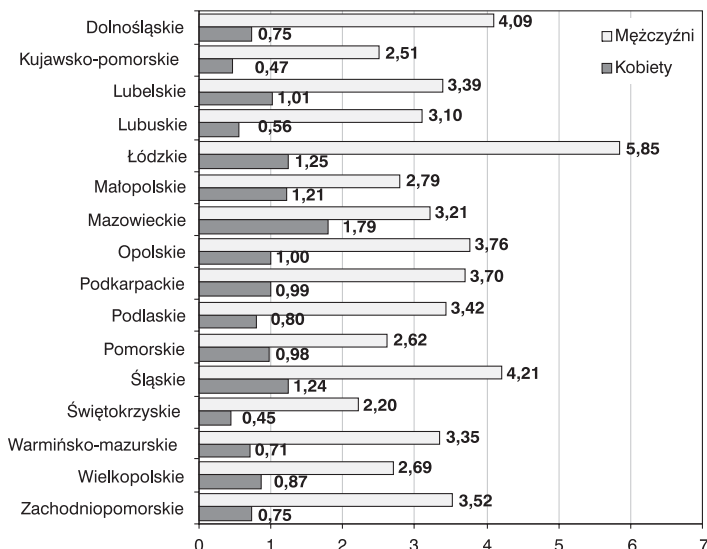
WYSZCZEGÓLNIENIE	Średnia	Piwa	Wina	Wódki
	w litrach 100% alkoholu			
O G Ó Ł E M	2,27	1,26	0,23	0,77
15-19 lat	0,71	0,44	0,07	0,20
20-29 lat	3,00	1,65	0,31	1,04
Mężczyźni	3,45	1,97	0,23	1,26
15-19 lat	1,00	0,62	0,09	0,29
20-29 lat	4,60	2,59	0,29	1,71
Kobiety	1,05	0,53	0,24	0,27
15-19 lat	0,40	0,25	0,05	0,11
20-29 lat	1,35	0,67	0,34	0,34

Tabela 32. Średnie roczne spożycie alkoholu na 1 osobę pijącą w wieku 15-29 lat

WYSZCZEGÓLNIENIE	Średnia	Piwa	Wina	Wódki
	w litrach 100% alkoholu			
O G Ó Ł E M	3,19	1,77	0,33	1,08
15-19 lat	1,56	0,97	0,15	0,44
20-29 lat	3,60	1,98	0,38	1,25
Mężczyźni	4,61	2,63	0,30	1,68
15-19 lat	2,13	1,33	0,19	0,61
20-29 lat	5,23	2,95	0,33	1,95
Kobiety	1,55	0,79	0,36	0,39
15-19 lat	0,91	0,56	0,10	0,25
20-29 lat	1,71	0,85	0,43	0,43

Najwięcej alkoholu wypili mężczyźni w wieku 15-29 lat w województwie łódzkim, aż prawie 6 litrów 100% alkoholu rocznie. Wśród kobiet najwięcej skonsumowano w województwie mazowieckim – 1,79 litra rocznie.

Wykres 13. Średnie roczne spożycie alkoholu na 1 osobę w wieku 15-29 lat (w litrach 100% alkoholu) wg płci i województw



2.6. Długotrwałe problemy zdrowotne

Długotrwałe problemy zdrowotne sygnalizowane w 2004 roku przez rodziców lub opiekunów dzieci (w wieku 0-14 lat) oraz przez respondentów (w wieku powyżej 15 lat) w trakcie badania stanu zdrowia mogły być nie tylko wynikiem choroby przewlekłej, ale i następstwem złego samopoczucia, niesprawności lub kalectwa. Niezależnie od przyczyny wystąpienia problemów zdrowotnych najważniejszy był fakt ich pojawienia się i trwania przez określony czas, tj. co najmniej 6 miesięcy.

Dzieci w wieku 0-14 lat

Długotrwałe problemy zdrowotne zaobserwowano u co 6 dziecka w wieku 0-14 lat. Najczęściej długotrwałe problemy zdrowotne występowały wśród najmłodszych dzieci w wieku 0-4 lata (12,7% populacji tej grupy wieku). Wśród kolejnych grup wiekowych częstość występowania problemów zdrowotnych u dzieci rosła wraz z ich wiekiem i była najwyższa u dzieci w wieku 10-14 lat (18,3%).

Tabela 33. Dzieci w wieku 0-14 lat z długotrwałymi problemami zdrowotnymi według miejsca zamieszkania

WYSZCZEGÓLNIENIE	Osoby z długotrwałymi problemami zdrowotnymi
	w odsetkach
O G Ó Ł E M	16,3
0-4 lata	12,7
5-9	16,9
10-14 lat	18,3
Miasta	18,7
0-4 lata	14,2
5-9	19,4
10-14 lat	21,4
Wieś	13,0
0-4 lata	10,4
5-9	13,9
10-14 lat	14,0

Rzadziej doświadczwały długotrwałych problemów zdrowotnych dzieci mieszkające na wsi niż w mieście (odpowiednio 13,0% i 18,7%). Częściej problemy zdrowotne odnotowano u chłopców w wieku 0-14 lat niż u dziewczynek (różnica o 2,7 pkt proc.).

Poważne kłopoty i trudności, które ograniczały aktywność dziecka w porównaniu z rówieśnikami i/lub wymagały korzystania z dodatkowych pomocy (np. aparatu słuchowego, kuli) dotyczyły 27,8% dzieci z długotrwałymi problemami zdrowotnymi. Na 1000 takich dzieci ponad połowa miała kłopoty ze wzrokiem, a u 285 dzieci wystąpiły kłopoty i trudności w mówieniu.

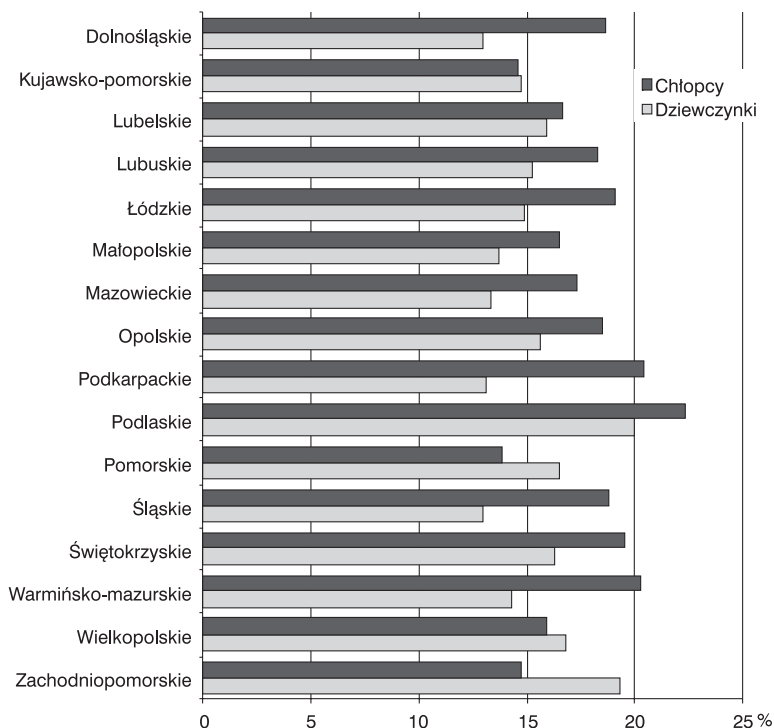
Tabela 34. Dzieci w wieku 0-14 lat według występowania długotrwałych problemów zdrowotnych oraz poważnych kłopotów i trudności zdrowotnych

WYSTĘPOWANIE DŁUGOTRWAŁYCH PROBLEMÓW ZDROWOTNYCH	Osoby bez kłopotów i trudności	Osoby z kłopotami i trudnościami	Rodzaj kłopotów i trudności				
			ze słuchem	ze wzrokiem	w mówieniu	w poruszaniu się	inne
			na 1000 osób z kłopotami i trudnościami				
Z problemami zdrowotnymi	72,2	27,8	157	572	285	190	167
Bez problemów zdrowotnych	94,0	6,0	69	765	197	30	21

Analiza zróżnicowania terytorialnego częstości występowania długotrwałych problemów zdrowotnych wśród dzieci w wieku 0-14 lat wykazała, że najrzadziej problemy zdrowotne dotyczyły dzieci z województwa kujawsko-pomorskiego (14,7%), małopolskiego, pomorskiego i mazowieckiego (odpowiednio 15,1%, 15,2% i 15,4%). Najwyższym udziałem dzieci z długotrwałymi problemami zdrowotnymi charakteryzowało się województwo podlaskie (21,3%).

W większości województw rodzice częściej uskarżali się na długotrwałe problemy zdrowotne swoich synów niż córek; największa różnica wystąpiła w województwie podkarpackim (o 7,3 pkt proc.). W przypadku województw kujawsko-pomorskiego, wielkopolskiego, pomorskiego i zachodniopomorskiego było odwrotnie. Odnotowano tu wyższy udział dziewczynek z problemami zdrowotnymi niż chłopców (odpowiednio o 0,2 pkt proc., 0,9 pkt proc., 2,6 pkt proc., 4,5 pkt proc.).

Wykres 14. Dzieci w wieku 0-14 lat z długotrwałymi problemami zdrowotnymi według płci i województw



Młodzież w wieku 15-29 lat

Ponad 15% populacji młodzieży w wieku 15-29 lat dotknięte było długotrwałymi problemami zdrowotnymi. Częściej na problemy zdrowotne uskarżała się młodzież w wieku 20-29 lat (o prawie 1 pkt proc. więcej) niż w wieku 15-19 lat. Mieszkańcy obszarów wiejskich w obu grupach wiekowych rzadziej informowali o swoich długotrwałych problemach zdrowotnych niż obszarów miejskich (różnica o około 4 pkt proc.). Częstość występowania długotrwałych problemów zdrowotnych była wyższa wśród mężczyzn niż kobiet w grupie wieku 15-19 lat (odpowiednio 15,1% i 14,4%). W kolejnej grupie wieku (20-29 lat) było odwrotnie – udział kobiet z problemami zdrowotnymi był wyższy niż wśród mężczyzn (odpowiednio 16,6% i 14,9%).

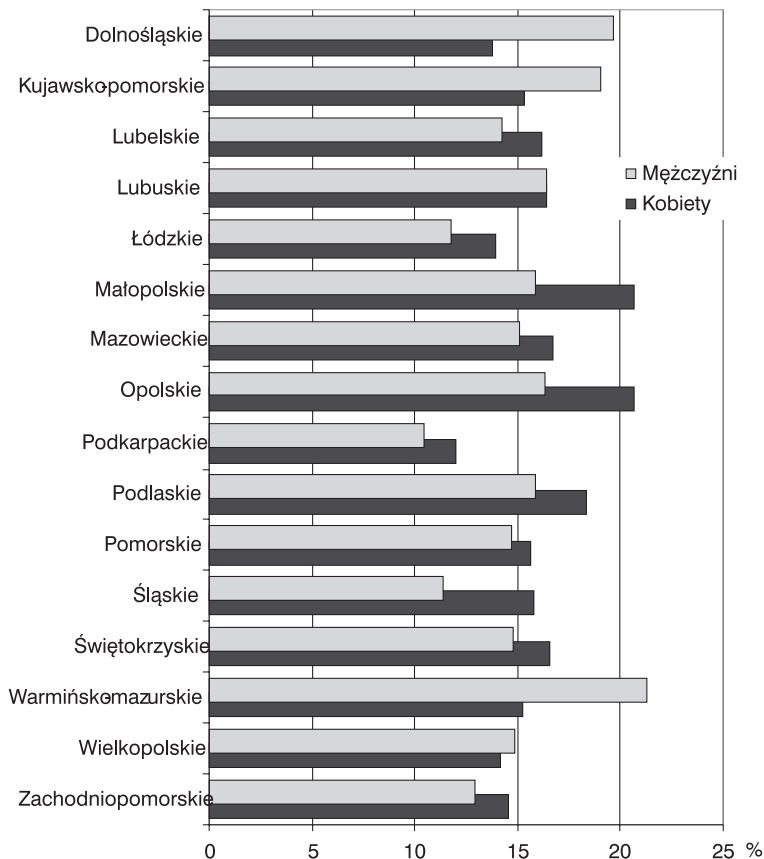
Tabela 35. Młodzież w wieku 15-29 lat z długotrwałymi problemami zdrowotnymi według miejsca zamieszkania

WYSZCZEGÓLNIENIE	Osoby z długotrwałymi problemami zdrowotnymi
	w odsetkach
O G Ó Ł E M	15,4
15-19 lat	14,8
20-29 lat	15,7
Miasta	
15-19 lat	16,6
20-29 lat	17,2
Wieś	
15-19 lat	12,3
20-29 lat	13,1

Analiza struktury płci osób w wieku 15-29 lat z długotrwałymi problemami zdrowotnymi wykazała zróżnicowanie terytorialne. W województwie podkarpackim udział zarówno mężczyzn, jak i kobiet z długotrwałymi problemami zdrowotnymi był najniższy w porównaniu z innymi województwami – wyniósł 10,5% dla mężczyzn i 12,0% dla kobiet. Najczęściej długotrwałe problemy zdrowotne dotyczyły kobiet z województwa małopolskiego i opolskiego (po 20,7% kobiet mieszkających w tych województwach), natomiast w przypadku mężczyzn – z warmińsko-mazurskiego (21,3%) i dolnośląskiego (19,7%). W większości województw kobiety częściej informowały o swoich problemach zdrowotnych niż mężczyźni (w skali kraju różnica wyniosła 0,9 pkt proc.). Największe różnice wystąpiły w województwach małopolskim (4,8 pkt proc.), opolskim i śląskim (po 4,4 pkt. proc.). Natomiast mężczyźni częściej niż

kobiety informowali o swoich długotrwałych problemach zdrowotnych w województwach: warmińsko-mazurskim (o 6,1 pkt proc.), dolnośląskim (o 5,9 pkt proc.) i kujawsko-pomorskim (o 3,7 pkt proc.).

Wykres 15. Młodzież w wieku 15-29 lat z długotrwałymi problemami zdrowotnymi według płci i województw



2.7. Choroby przewlekłe

W trakcie badania rodzice lub opiekunowie dzieci w wieku 0-14 lat oraz młodzież w wieku 15-29 lat udzielali odpowiedzi dotyczących występowania chorób przewlekłych, przy czym można było zaznaczyć do-

wolną liczbę chorób. W kwestionariuszach sporządzono 2 listy chorób (oddzielnie dla dzieci do 14 roku życia i dla osób od 15 roku życia). Za podstawę kryterium wyboru chorób przyjęto częstość występowania danej choroby oraz ocenę, na ile choroba jest poważna z medycznego i społecznego punktu widzenia.

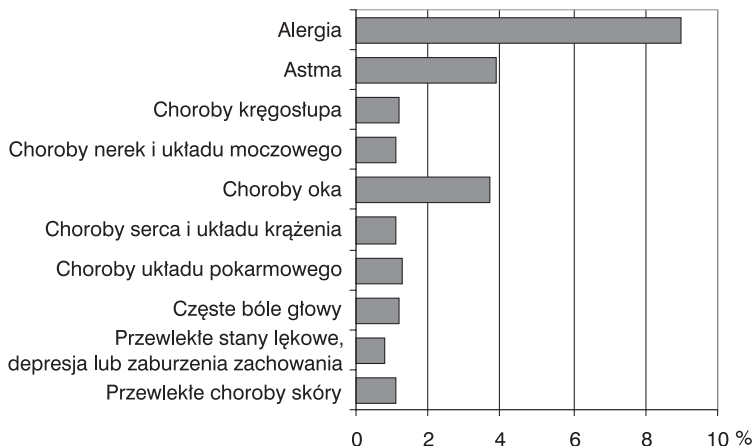
Dzieci w wieku 0-14 lat

Lista przeznaczona dla dzieci w wieku 0-14 lat obejmowała następujących 16 chorób:

- astma o podłożu alergicznym,
- astma niealergiczna,
- alergia (bez astmy alergicznej),
- cukrzyca,
- choroby serca i układu krążenia,
- choroby oka,
- choroby układu pokarmowego,
- choroby nerek i układu moczowego,
- choroby tarczycy,
- choroby kręgosłupa,
- częste bóle głowy,
- przewlekłe choroby skóry,
- przewlekłe stany lękowe, depresja lub zaburzenia zachowania (np. zespół ADHD),
- padaczka (epilepsja),
- nowotwór złośliwy (m.in. białaczka, chłoniak),
- inne choroby przewlekłe.

Rodzice zasygnalizowali występowanie co najmniej jednej choroby przewlekłej u prawie 23% dzieci w wieku 0-14 lat. Częściej na choroby przewlekłe zapadali chłopcy niż dziewczynki (odpowiednio 24% i prawie 21%). Wyniki badania pokazały, że odsetek dzieci chorujących przewlekłe był znacznie wyższy dla dzieci mieszkających w mieście (około 26%) niż na terenach wiejskich (około 18%).

Wśród dzieci w wieku 0-14 lat najczęściej stwierdzana była alergia (9,0%), choroby oka (3,7%) oraz astma alergiczna (3,1%). Analiza zróżnicowania rozpowszechnienia przewlekłych chorób względem płci wykazała, że zarówno chłopcy, jak i dziewczynki zdecydowanie najczęściej chorowali na alergię (odpowiednio 9,7% i 8,4%) oraz na choroby oka (odpowiednio 3,4% i 4,0%). Zachorowalność na astmę alergiczną była dwukrotnie wyższa wśród chłopców niż dziewczynek (odpowiednio 4,1% i 2,1%).

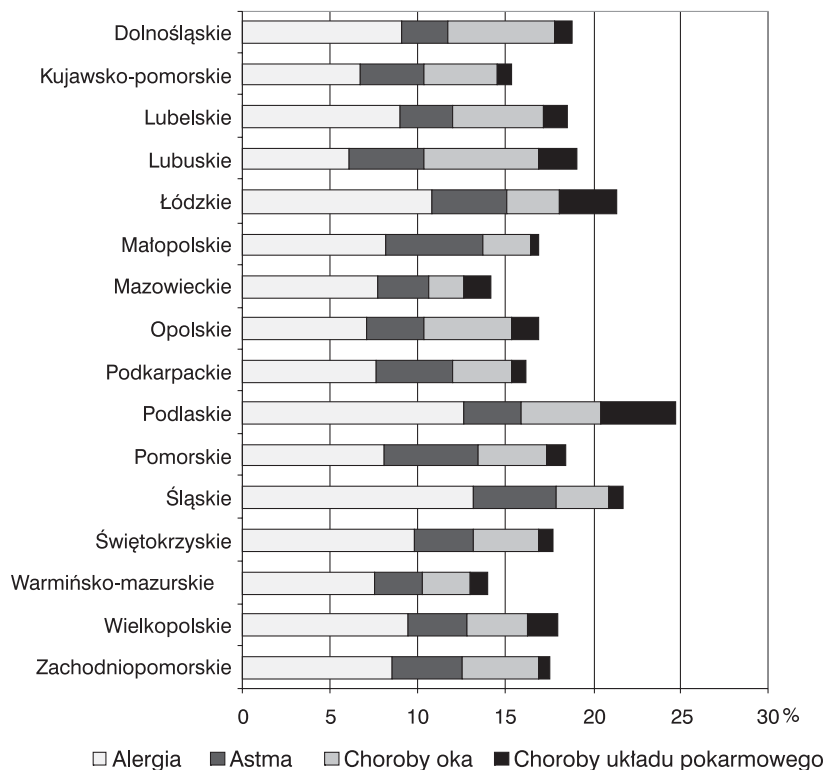
Wykres 16. Dzieci w wieku 0-14 lat chorujące przewlekłe według wybranych chorób

Prawie 27% dzieci w wieku 0-14 lat chorujących przewlekłe posiadało kłopoty i trudności zdrowotne. Głównie były to kłopoty i trudności zdrowotne ze wzrokiem oraz w mówieniu. Kłopoty i trudności w poruszaniu się częściej dotyczyły dzieci chorujących przewlekłe niż dzieci nie chorujących przewlekłe

Tabela 36. Dzieci w wieku 0-14 lat według występowania chorób przewlekłych oraz poważnych kłopotów i trudności zdrowotnych

WYSTĘPOWANIE CHOROBY PRZEWLEKŁEJ	Osoby bez kłopotów i trudności	Osoby z kłopotami i trudnościami	Rodzaj kłopotów i trudności				
			ze słuchem	ze wzrokiem	w mówieniu	w poruszaniu się	inne
			na 1000 osób z kłopotami i trudnościami				
Nie chorujące przewlekłe	95,4	4,6	121	636	271	71	56
Chorujące przewlekłe	73,4	26,6	104	696	219	126	110

Najczęściej choroby przewlekłe wystąpiły u dzieci w wieku 0-14 lat z województw podlaskiego (27,6%) i śląskiego (25,8%). Najrzadziej chorowały przewlekłe dzieci w województwach mazowieckim i opolskim (odpowiednio 17,5% i 18,8%).

Wykres 17. Dzieci w wieku 0-14 lat chorujące przewlekłe według wybranych chorób i województw

Uwzględniając zróżnicowanie terytorialne występowania chorób przewlekłych wśród dzieci w wieku 0-14 lat odnotowano, że astma najczęściej występuje u dzieci z województwa małopolskiego i pomorskiego.

W województwach śląskim, podlaskim, łódzkim, świętokrzyskim i wielkopolskim odsetek dzieci chorych na alergię był wyższy niż dla kraju. Choroby układu pokarmowego najczęściej występowały u dzieci z województwa podlaskiego, a choroby oka u dzieci z województw lubuskiego, dolnośląskiego i lubelskiego.

Młodzież w wieku 15-29 lat

Źródłem informacji o chorobach przewlekłych młodzieży w wieku 15-29 lat były odpowiedzi otrzymane w wywiadzie bezpośrednim w an-

kiecie dla dorosłych, w trakcie którego wymieniono 32 choroby lub grupy chorób przewlekłych:

- astma o podłożu alergicznym,
- astma niealergiczna,
- alergia (bez astmy alergicznej),
- cukrzyca,
- choroba wieńcowa z przebytym zawałem,
- choroba wieńcowa bez przebytego zawału,
- inne choroby serca,
- nadciśnienie tętnicze,
- miażdżyca,
- przebyty udar lub wylew krwi do mózgu,
- stwardnienie rozsiane,
- choroby kręgosłupa lub dyskopatia,
- osteoporoza (zrzesztnienie kości),
- przewlekłe zapalenie stawów (reumatyzm),
- inne choroby zwyrodnieniowe stawów (reumatyzm),
- choroba wrzodowa żołądka lub dwunastnicy,
- kamica żółciowa,
- inne przewlekłe choroby wątroby,
- kamica nerkowa,
- inne choroby nerek,
- zaćma,
- jaskra,
- przewlekłe zapalenie oskrzeli, rozedma płuc,
- choroby tarczycy,
- przewlekłe choroby skóry,
- padaczka,
- choroba Alzheimera lub otępienie,
- choroba Parkinsona,
- migrena i częste bóle głowy,
- nerwica lub depresja (stany lękowe, zaburzenia nastroju),
- nowotwór złośliwy (m.in. białaczka i chłoniak),
- inne choroby przewlekłe.

Ponad 23% młodzieży w wieku 15-29 lat uskarżało się na choroby przewlekłe. Kobiety znacznie częściej zgłaszały problemy zdrowotne niż mężczyźni (26,0% i 20,3%). Mieszkańcy miast znacznie częściej sygnalizowali o swoich chorobach przewlekłych od mieszkańców wsi (odpowiednio około 26% i 18%).

Najczęstszą chorobą przewlekłą młodzieży w wieku 15-19 lat i 20-29 lat była alergia (bez astmy alergicznej), która stanowiła odpowiednio 5,3% i 5,4%. Na drugim miejscu w ramach obu grup wiekowych wystąpiła migrena i częste bóle głowy (odpowiednio 3,0% i prawie 5%). Zaburzenia natury psychicznej takie jak nerwica, depresja, stany lękowe i zaburzenia nastroju wystąpiły u 2,2% młodzieży w wieku 15-19 lat oraz u 3,4% osób w wieku 20-29 lat.

Wystąpiła zależność pomiędzy płcią a rodzajem choroby przewlekłej: około 10 razy więcej kobiet w grupie wiekowej 15-19 lat i czternaście razy więcej kobiet w wieku 20-29 lat niż mężczyzn w tych grupach wiekowych chorowało na tarczycę, ponad dwa razy więcej kobiet w wieku 15-19 lat i cztery razy więcej kobiet w wieku 20-29 lat niż mężczyzn w tych grupach wiekowych chorowało na migrenę i częste bóle głowy. W przypadku zachorowalności na astmę o podłożu alergicznym było odwrotnie – chorowało na nią prawie dwa razy więcej mężczyzn w wieku 15-19 lat niż kobiet.

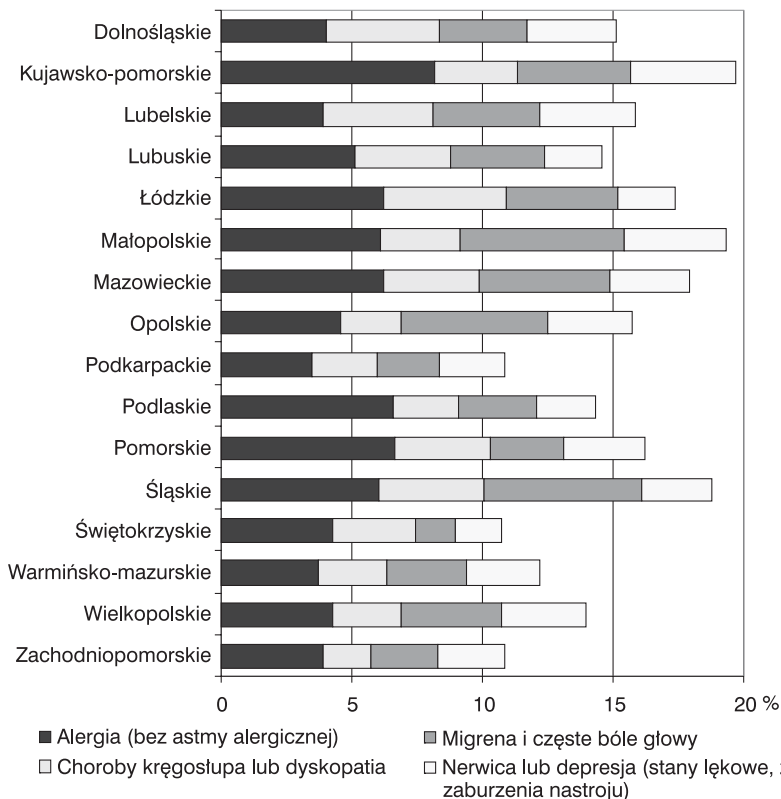
Tabela 37. Młodzież w wieku 15-29 lat chorująca przewlekłe według płci i wybranych chorób

WYSZCZEGÓLNIENIE	Mężczyźni	Kobiety	Mężczyźni	Kobiety
	15-19 lat		20-29 lat	
	w odsetkach			
Astma o podłożu alergicznym	3,0	1,8	1,7	1,7
Alergia (bez astmy alergiczej)	5,3	5,3	4,8	5,9
Choroby serca inne niż choroba wieńcowa	1,6	1,4	0,9	0,9
Nadciśnienie tętnicze	0,6	0,3	1,4	1,0
Choroby kręgosłupa lub dyskopatia	2,5	2,7	3,3	4,2
Przewlekłe zapalenie stawów (reumatyzm)	0,5	0,3	0,6	1,2
Choroba wrzodowa żołądka lub dwunastnicy	0,3	0,4	1,2	0,9
Kamica żółciowa	0,1	0,1	0,1	0,4
Kamica nerkowa	x	0,3	0,4	0,8
Jaskra	0,1	0,1	0,1	0,1
Przewlekłe zapalenie oskrzeli, rozedma płuc	0,6	0,7	0,8	1,1
Choroby tarczycy	0,3	2,9	0,2	2,7
Przewlekłe choroby skóry	1,0	1,7	1,2	2,2
Padaczka	0,1	0,9	0,7	0,5
Migrena i częste bóle głowy	1,8	4,2	1,9	7,7
Nerwica lub depresja (stany lękowe, zaburzenia nastroju)	1,8	2,6	2,2	4,6
Nowotwór złośliwy	x	0,1	0,1	0,1

W porównaniu z innymi województwami najczęściej na choroby przewlekłe uskarżali się mężczyźni mieszkający w województwie dolnośląskim, kujawsko-pomorskim i mazowieckim, podczas gdy wysoki udział kobiet chorujących przewlekłe odnotowano w województwach małopolskim, mazowieckim i kujawsko-pomorskim.

Na migrenę i częste bóle głowy zapadały najczęściej kobiety w wieku 15-29 lat z województw małopolskiego, śląskiego oraz mazowieckiego, alergia najczęściej dotykała mieszkanki województw mazowieckiego i kujawsko-pomorskiego, a choroby kręgosłupa lub dyskopatia – śląskiego, łódzkiego i dolnośląskiego. W przypadku mężczyzn na alergię najczęściej uskarżali się mieszkańcy województwa kujawsko-pomorskiego, podlaskiego, łódzkiego, małopolskiego i pomorskiego, a na choroby kręgosłupa lub dyskopatię – mazowieckiego i lubuskiego.

Wykres 18. Młodzież w wieku 15-29 lat chorująca przewlekłe według wybranych chorób i województw



2.8. Wrodzone wady rozwojowe u dzieci w wieku 0-14 lat

Wrodzone wady rozwojowe to takie, które powstały przed urodzeniem, w czasie rozwoju zarodka lub płodu w łonie matki i zostały wykryte przed ukończeniem drugiego roku życia. W ankiecie wymieniono następujące wrodzone wady rozwojowe: wady serca (układu krążenia), układu pokarmowego, układu moczowo-płciowego, układu mięśniowo-kostnego i powłok (włącznie z wytrzewieniem i przepukliną przeponową), rozszczep kręgosłupa, przepuklina mózgowa, wodogłowie, rozszczep wargi lub podniebienia, zaburzenie chromosomowe (np. zespół Downa) oraz wady innego narządu lub układu. Wady mogą być niedostrzegalne zewnętrznie, dotyczące narządów wewnętrznych i powodujące zaburzenia czynności organizmu, jak i łatwo dostrzegalne i upośledzające wygląd dziecka.

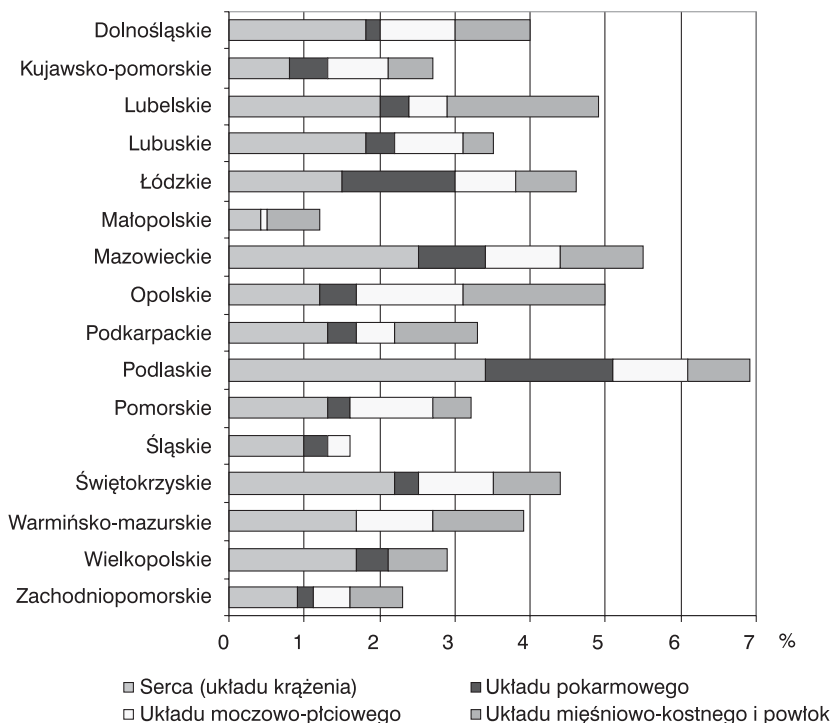
Prawie 6% populacji dzieci w wieku 0-14 lat posiadało wrodzone wady rozwojowe. Do częstych wad wrodzonych należały wady serca (układu krążenia), które stwierdzono u 27,2% dzieci z wrodzoną wadą rozwojową, w tym u 33,8% dziewczynek i wśród 21,1% chłopców. Wady układu mięśniowo-kostnego i powłok (włącznie z wytrzewieniem i przepukliną przeponową) wystąpiły u ponad 15% dzieci z niedorozwojem, w tym u 17,9% chłopców i u co około 8 dziewczynki. Rodzice najczęściej (42,4%) informowali o wadach innego narządu lub układu swoich dzieci od wymienionych na liście.

Tabela 38. Dzieci w wieku 0-14 lat z wrodzonymi wadami rozwojowymi

WRODZONE WADY ROZWOJOWE	Ogółem	W wieku		
		0-4 lata	5-9	10-14 lat
	w odsetkach			
Wady serca (układu krążenia)	27,2	31,3	29,3	22,1
Wady układu pokarmowego	8,6	15,6	7,4	3,9
Wady układu moczowo-płciowego	11,7	7,4	14,9	12,5
Wady układu mięśniowo-kostnego i powłok (włącznie z wytrzewieniem i przepukliną przeponową)	15,1	19,5	10,9	15,0
Rozszczep kręgosłupa, przepuklina mózgowa, wodogłowie	2,1	0,3	2,4	3,3
Rozszczep wargi lub podniebienia	1,8	1,3	2,5	1,5
Zaburzenia chromosomowe (np. zespół Downa)	3,5	5,1	1,4	4,1
Wady innego narządu lub układu	42,4	28,0	49,8	47,9

Do województw, gdzie częstość występowania wad wrodzonych była jedną z najwyższych należały: lubuskie, lubelskie, podlaskie, warmińsko-mazurskie, a także opolskie. Najniższy odsetek dzieci z wadami rozwojowymi odnotowano w województwach małopolskim oraz śląskim.

Wykres 19. Dzieci w wieku 0-14 lat z wybranymi wrodzonymi wadami rozwojowymi według województw



Najczęściej wady serca (układu krążenia) wystąpiły u dzieci w wieku 0-14 lat z województw podlaskiego, mazowieckiego i świętokrzyskiego. W przypadku wad układu pokarmowego ich częstość była najwyższa wśród dzieci z województw podlaskiego i łódzkiego. Wady układu moczowo-płciowego najczęściej dotyczyły dzieci z województwa opolskiego, a wady układu mięśniowo-kostnego i powłok – z województw lubelskiego i opolskiego. Rozszczep kręgosłupa, przepuklina mózgowa, wodogłowie wystąpiły najczęściej wśród dzieci z województw kujawsko-pomorskiego i pomorskiego, rozszczep wargi lub podniebienia – podlaskiego,

wielkopolskiego i lubuskiego. Najwyższy odsetek dzieci z zaburzeniami chromosomowymi odnotowano w województwie małopolskim, a innego narządu lub układu – w województwach lubuskim, podkarpackim oraz opolskim.

2.9. Niepełnosprawność

W trakcie badania stanu zdrowia rodzicom lub opiekunom dzieci zadawano dwa pytania o niepełnosprawność biologiczną i prawną.

Celem pytania o niepełnosprawność biologiczną (subiektywną) było wyodrębnienie dzieci, których sprawność fizyczna lub psychiczna potrzebna do wykonywania zadań życiowych była mniejsza w porównaniu z możliwościami dzieci w zbliżonym wieku i poważnie utrudniała bądź uniemożliwiała im normalne funkcjonowanie. W zależności od wieku badanego rodzaje czynności podstawowych wymienione w pytaniu różniły się. Były to:

- dla niemowląt – prawidłowa reakcja na bodźce zewnętrzne,
- dla małych dzieci – udział w grach i zabawach w grupie rówieśników,
- dla starszych dzieci – również uczęszczanie do przedszkola, szkoły, podstawowa samoobsługa (mycie, ubieranie się).

Badanie dotyczyło stanów długotrwałych, tj. takich, które trwały lub przewidywano, że będą trwały 6 miesięcy lub dłużej.

Badając niepełnosprawność prawną zadano pytanie dotyczące posiadania uprawnienia do otrzymywania zasiłku pielęgnacyjnego (dzieci do lat 16) bądź prawnego orzeczenia o niepełnosprawności lub inwalidztwie (osoby powyżej 16 lat).

Dane o zbiorowości osób niepełnosprawnych są prezentowane w rozbiu na następujące grupy:

- Osoby niepełnosprawne prawnie – razem
 - a. prawnie i biologicznie
 - b. tylko prawnie
- Osoby niepełnosprawne tylko biologicznie.

Dzieci w wieku 0-14 lat

Ponad 3,3% dzieci w wieku 0-14 lat było niepełnosprawnych. Dzieci niepełnosprawne prawnie i biologicznie stanowiły 1,3% populacji dzieci w wieku 0-14 lat, niepełnosprawne tylko prawnie – 1,4%, a niepełnosprawne tylko biologicznie – 0,6%.

W grupie wiekowej 0-14 lat największy udział osób niepełnosprawnych charakteryzował dzieci w wieku 10-14 lat – 4,2%, w tym 1,9% było niepełnosprawnych prawnie i biologicznie. Mniejszy udział odnotowano wśród dzieci w wieku 5-9 lat, gdzie odsetek niepełnosprawnych wyniósł 3,2%, w tym 1,1% niepełnosprawnych prawnie i biologicznie. W najmłodszej grupie dzieci (0-4 lata) udział niepełnosprawnych wyniósł 2,0%, spośród których 0,8% było niepełnosprawnych prawnie i biologicznie.

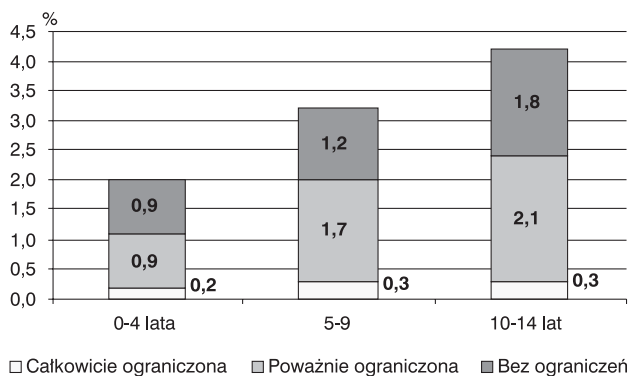
Niepełnosprawni stanowili 3,6% populacji dzieci mieszkających w mieście i 2,9% na wsi.

Tabela 39. Dzieci niepełnosprawne w wieku 0-14 lat według płci i miejsca zamieszkania

GRUPY WIEKOWE	Ogółem	Płeć		Miejsce zamieszkania	
		chłopcy	dziewczynki	miasta	wieś
	w odsetkach				
O G Ó Ł E M	3,3	3,7	2,8	3,6	2,9
0-4 lata	2,0	2,6	1,4	2,1	1,9
5-9	3,2	3,8	2,6	3,6	2,8
10-14 lat	4,2	4,6	3,9	4,7	3,6

Częściej niepełnosprawność wystąpiła wśród chłopców w wieku 0-14 lat (3,7%) niż u dziewczynek (2,8%). Największą różnicę pomiędzy odsetkiem niepełnosprawnych chłopców i dziewczynek odnotowano w grupach wieku 0-4 lata i 5-9 lat.

Wykres 20. Dzieci niepełnosprawne w wieku 0-14 lat według ograniczenia sprawności



Prawie 2% dzieci niepełnosprawnych w wieku 0-14 lat miało poważnie ograniczoną sprawność, brak ograniczeń odnotowano u 1,4% dzieci, a dzieci z całkowicie ograniczoną sprawnością było 0,3%. Najwyższy odsetek dzieci niepełnosprawnych, których sprawność była poważnie ograniczona, wystąpił wśród chłopców w wieku 5-9 lat (2,3%), a wśród dziewczynek w grupie wieku 10-14 lat (2,1%).

Tabela 40. Dzieci niepełnosprawne w wieku 0-14 lat według występowania poważnych kłopotów i trudności zdrowotnych oraz płci

WYSZCZEGÓLNIENIE	Osoby bez kłopotów i trudności	Osoby z kłopotami i trudnościami	Rodzaj kłopotów i trudności				
			ze słuchem	ze wzrokiem	w mówieniu	w poruszaniu się	inne
		w odsetkach		na 1000 osób z kłopotami i trudnościami			
O G Ó Ł E M	42,1	57,9	197	431	419	372	341
Chłopcy	45,7	54,3	189	361	520	354	351
Dziewczynki	37,1	62,9	207	516	296	393	328
Wiek							
0-4 lata	58,6	41,4	143	189	419	482	359
5-9	38,9	61,1	128	460	409	320	418
10-14 lat	38,6	61,4	252	467	425	378	290

Według opinii rodziców 42,1% dzieci niepełnosprawnych nie miało poważnych kłopotów i trudności zdrowotnych.

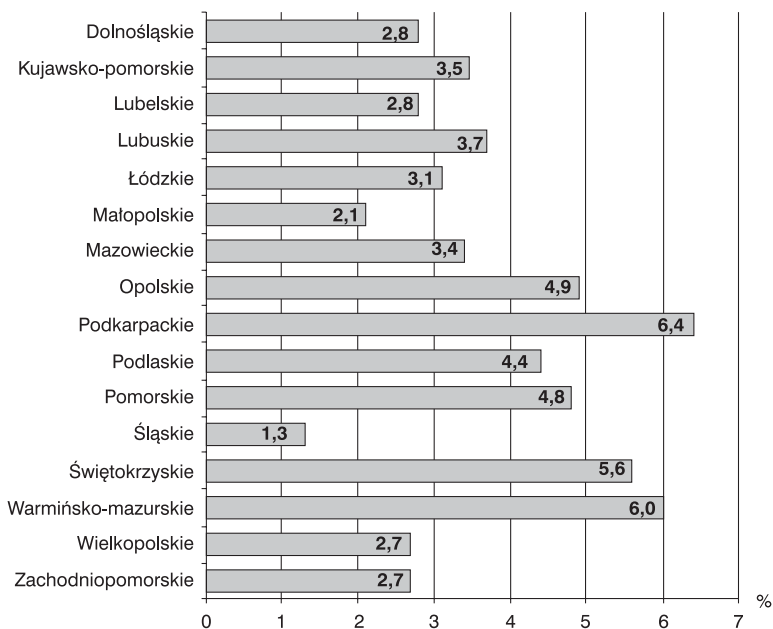
Kłopoty i trudności zdrowotne wystąpiły częściej wśród dziewczynek niepełnosprawnych (62,9%) niż chłopców (54,3%). Częściej problemy związane z niepełnosprawnością dotyczyły dzieci w wieku 5-9 lat oraz w wieku 10-14 lat (nieznacznie powyżej 61%) niż dzieci najmłodszych, w wieku 0-4 lata (ponad 41%).

Najczęściej dzieci niepełnosprawne miały kłopoty i trudności związane ze wzrokiem (431 na 1000 osób z kłopotami i trudnościami), które częściej dotyczyły dziewczynek (516/1000) niż chłopców (361/1000). Kolejnym były problemy z mówieniem, który rzadziej wystąpiły u dziewczynek (296/1000) niż u chłopców (520/1000). Pozostałe rodzaje kłopotów i trudności, które sygnalizowali rodzice niepełnosprawnych dzieci dotyczyły poruszania się (372/1000) oraz kłopotów ze słuchem (197/1000).

W przekroju województw najniższy udział dzieci niepełnosprawnych w wieku 0-14 lat wystąpił w województwach śląskim (1,3%), małopół-

skim (2,1%), wielkopolskim i zachodniopomorskim (po 2,7%). Najczęściej niepełnosprawność dotyczyła dzieci mieszkających w województwach podkarpackim (6,4%), warmińsko-mazurskim (6,0%) i świętokrzyskim (5,6%).

Wykres 21. Dzieci niepełnosprawne w wieku 0-14 lat według województw



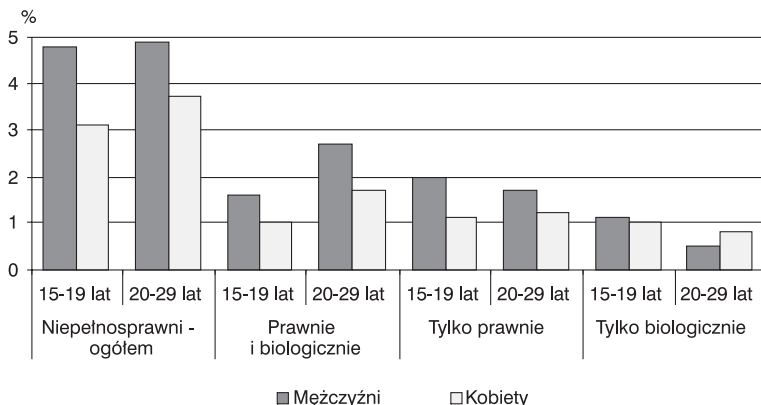
Najniższy udział niepełnosprawnych chłopców wystąpił w województwach śląskim i małopolskim, a najwyższy – w warmińsko-mazurskim, podkarpackim, świętokrzyskim i opolskim.

Najmniejszy odsetek niepełnosprawnych dziewczynek odnotowano w województwach śląskim, mazowieckim i zachodniopomorskim, a największy – w podkarpackim i świętokrzyskim.

Młodzież w wieku 15-29 lat

Odsetek niepełnosprawnej młodzieży w wieku 15-19 lat wyniósł 4,0%, a wśród osób w wieku 20-29 lat – 4,3%.

Niepełnosprawni płci męskiej stanowili około 5% w obu grupach wiekowych, w przypadku niepełnosprawnych kobiet ich udział wyniósł

Wykres 22. Osoby niepełnosprawne w wieku 15-29 lat według płci i typu niepełnosprawności

odpowiednio 3,1% i 3,7%. Najliczniejszą grupą niepełnosprawnych były osoby niepełnosprawne prawnie i biologicznie w wieku 20-29 lat, zarówno wśród kobiet, jak i mężczyzn.

Wyniki badania pokazały, że w grupie osób niepełnosprawnych w wieku 15-19 lat odsetek był wyższy wśród mieszkańców miast (4,1%) niż wsi (3,8%). W grupie osób w wieku 20-29 lat było odwrotnie. Tutaj większy odsetek osób niepełnosprawnych odnotowano na wsi (4,7%) niż w mieście (4,0%).

Tabela 41. Osoby niepełnosprawne w wieku 15-29 lat według płci i stopnia niepełnosprawności

TYP I STOPIEŃ NIEPEŁNOSPRAW- NOŚCI	Ogółem	Mężczyźni	Kobiety	Ogółem	Mężczyźni	Kobiety
	15-19 lat			20-29 lat		
	w odsetkach					
Niepełnosprawni prawnie – razem	2,9	3,7	2,2	3,6	4,4	2,9
znaczny	0,4	0,3	0,4	1,0	1,3	0,7
umiarkowany	1,1	1,1	1,0	1,4	1,8	1,0
lekki	1,0	1,6	0,4	1,2	1,3	1,2
zasilek pielęgnacyjny	0,5	0,6	0,3	x	x	x
Niepełnosprawni tylko biologicznie	1,0	1,1	1,0	0,6	0,5	0,8
całkowicie	0,2	0,2	0,2	0,0	x	0,0
poważnie	0,9	0,9	0,8	0,6	0,5	0,8

Wraz z wiekiem osób niepełnosprawnych rośnie udział niepełnosprawnych posiadających orzeczenia o niepełnosprawności, zarówno wśród mężczyzn, jak i kobiet.

Wystąpił czterokrotny wzrost odsetka niepełnosprawnych o znacznym stopniu niepełnosprawności wśród mężczyzn w wieku 20-29 lat w porównaniu z osobami płci męskiej w wieku 15-19 lat (odpowiednio 1,3% i 0,3%). Największy odsetek charakteryzował mężczyzn niepełnosprawnych o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności (1,8%), podczas gdy niższy udział odnotowano w przypadku mężczyzn niepełnosprawnych o lekkiej i znacznej niepełnosprawności (po 1,3%).

Udział osób niepełnosprawnych tylko biologicznie wśród młodzieży w wieku 15-29 lat wyniósł poniżej 1 procenta. Mniej osób niepełnosprawnych tylko biologicznie odnotowano wśród młodzieży w wieku 20-29 lat niż w grupie osób młodszych 15-19 lat.

Prawie 20% młodzieży niepełnosprawnej w wieku 15-19 lat i ponad 17% osób w wieku 20-29 lat przeczyta np. artykułu w gazecie, ale tylko w okularach.

3% osób niepełnosprawnych w wieku 15-19 lat było niewidomych lub poważnie niedowidzących, a w kolejnej grupie wiekowej (20-29 lat) odsetek ten był mniejszy i wynosił 1,7%. Ponad 15% młodzieży w wieku 15-19 lat przyznało, że dobrze widzi twarz z odległości 4 m, ale tylko w okularach, w kolejnej grupie osób niepełnosprawnych (20-29 lat) udział ten wyniósł 14,1%.

Odsetek osób niepełnosprawnych, które wyraźnie słyszą rozmowę z jedną osobą, ale tylko z aparatem słuchowym, wyniósł prawie 5% w grupie wieku 15-19 lat i ponad 2% w grupie wiekowej 20-29 lat.

Osób niechodzących w grupie osób niepełnosprawnych było 2,2% w wieku 15-19 lat i 2,6% w wieku 20-29 lat. Około 2% niepełnosprawnej młodzieży w wieku 15-19 lat i prawie 4% w wieku 20-29 lat było w stanie przejść samodzielnie 500 m, ale tylko z balkonikiem, laską lub kulą. Samodzielne wejście i zejście po schodach na 1 piętro możliwe było tylko z laską lub kulą dla 2,3% odsetka młodzieży niepełnosprawnej w wieku 15-19 lat i prawie 5% osób niepełnosprawnych w wieku 20-29 lat.

Niespełna 5% niepełnosprawnych osób w wieku 20-29 lat nie mogło samodzielnie odkręcić kurka od wody lub gazu, około 10% wśród młodzieży niepełnosprawnej w wieku 15-29 lat nie było w stanie podnieść i przenieść torby z zakupami o wadze 5 kg na odległość 10 m. Około 5% osób niepełnosprawnych w wieku 20-29 lat i 3,6% w wieku 15-19 lat potrzebowało pomocy przy ubieraniu i rozbieraniu się. 5,6% niepeł-

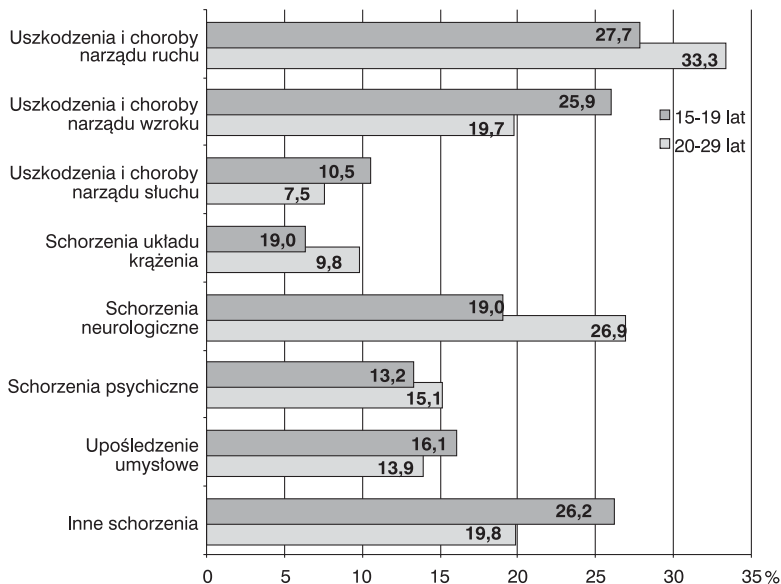
nosprawnych osób w wieku 20-29 lat nie było w stanie samodzielnie skorzystać z ubikacji (WC), natomiast 2,7% osób niepełnosprawnych w wieku 15-19 lat. Pomocy osób drugich podczas kąpania się lub brania prysznica potrzebowało prawie 4% niepełnosprawnych osób w wieku 15-19 lat i 6,7% w wieku 20-29 lat.

Najczęstszymi schorzeniami osób niepełnosprawnych zarówno wśród osób w wieku 15-19 lat, jak i w grupie wieku 20-29 lat były uszkodzenia i choroby narządu ruchu (odpowiednio 27,7% i 33,3%).

Wśród osób niepełnosprawnych w wieku 15-19 lat wystąpiły również uszkodzenia i choroby narządu wzroku (25,9%), a potem kolejno schorzenia neurologiczne (19,0%), upośledzenie umysłowe (16,1%) i schorzenia psychiczne (13,2%). W populacji niepełnosprawnych w wieku 15-19 lat odnotowano również uszkodzenia i choroby narządu słuchu (10,5%), a także schorzenia układu krążenia (6,3%). Pozostałe (inne niż wymienione) schorzenia zgłaszane były przez około co 4 osobę niepełnosprawną.

Częściej wśród osób w wieku 15-19 lat niż w wieku 20-29 wystąpiły uszkodzenia i choroby narządu wzroku, słuchu, upośledzenia umysłowe oraz inne schorzenia.

Wykres 23. Osoby niepełnosprawne w wieku 15-29 lat według występujących grup schorzeń



Wśród niepełnosprawnych kobiet w wieku 15-19 lat najczęstszymi grupami schorzeń były schorzenia neurologiczne (około co trzecia niepełnosprawna kobieta miała takie problemy zdrowotne i była to około trzykrotna przewaga w porównaniu z mężczyznami w tym wieku), uszkodzenia i choroby narządu wzroku oraz narządu ruchu (odpowiednio 30,1% i 29,5%).

W grupie niepełnosprawnych mężczyzn w tym wieku do najczęstszych grup schorzeń należały schorzenia związane z narządem ruchu oraz wzroku (około co czwarty niepełnosprawny). Częstymi schorzeniami wśród niepełnosprawnych płci męskiej były także: upośledzenie umysłowe (17,5%), schorzenia psychiczne (16,3%), uszkodzenia i choroby narządu słuchu (12,1%) oraz schorzenia układu krążenia (7,0%).

Wśród niepełnosprawnych w wieku 20-29 lat zaobserwowano różnice w częstości występowania omawianych schorzeń w porównaniu z młodzieżą w wieku 15-19 lat. Wzrosła o ponad 5 pkt proc. częstotliwość schorzeń związanych z narządem ruchu, zarówno u kobiet, jak i mężczyzn. Co trzeci niepełnosprawny w wieku 20-29 lat uskarżał się na schorzenia związane z narządem ruchu, a około co czwarty na schorzenia neurologiczne.

Zmalał udział schorzeń i chorób narządu wzroku u obydwu płci o ponad 6 pkt proc. w porównaniu z młodszą grupą wiekową.

Częstość schorzeń i chorób narządu słuchu wśród mężczyzn w wieku 20-29 lat zmalała w porównaniu z grupą wieku 15-19 lat (różnica o 4,6 pkt proc.).

Wzrósł odsetek osób niepełnosprawnych z chorobami układu krążenia w wieku 20-29 lat w porównaniu z grupą wieku 15-19 lat. W przypadku kobiet wzrost ten wyniósł 6,6 pkt proc., a u mężczyzn – 1,3 pkt proc.

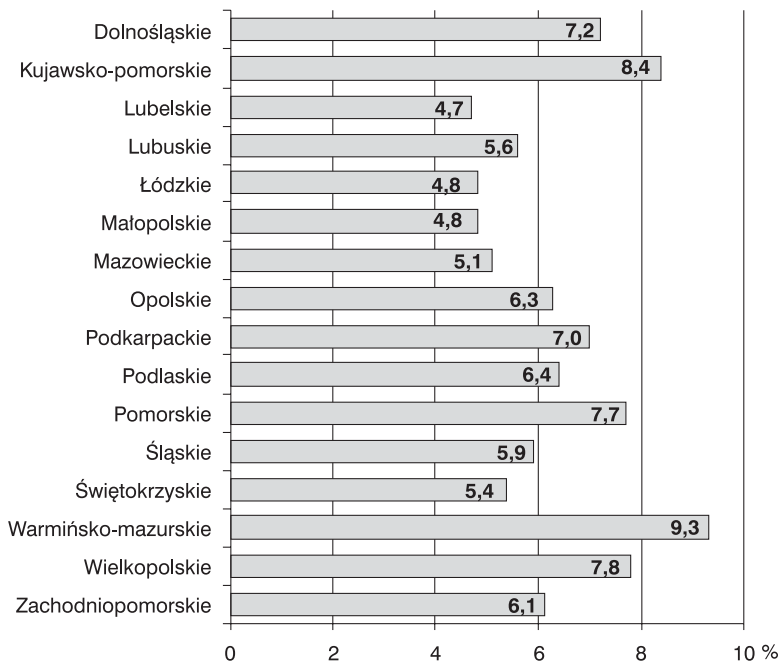
W przekroju województw największy odsetek osób niepełnosprawnych w wieku 15-29 lat odnotowano w województwie warmińsko-mazurskim (9,3%), kujawsko-pomorskim (8,4%), wielkopolskim (7,8%), pomorskim (7,7%) oraz dolnośląskim (7,2%).

Wśród niepełnosprawnych mężczyzn największy odsetek charakteryzował województwa: dolnośląskie, kujawsko-pomorskie, pomorskie, warmińsko-mazurskie oraz wielkopolskie, a w przypadku kobiet – w kujawsko-pomorskim, małopolskim, podkarpackim, świętokrzyskim oraz wielkopolskim.

W populacji osób niepełnosprawnych danego województwa najniższy odsetek osób z uszkodzeniami i chorobami narządu ruchu odnotowano w zachodniopomorskim (12,7%) i opolskim (16,9%), podczas gdy naj-

wyższe wartości wystąpiły w województwach lubelskim (43,2%), śląskim (39,5%), mazowieckim (39,4%) i dolnośląskim (35,6%). Uszkodzenia i choroby narządu wzroku najrzadziej były zgłaszane przez osoby niepełnosprawne z województw podlaskiego (4,2%), wielkopolskiego (16,0%) i podkarpackiego (16,6%), a najczęściej – w łódzkim (36,7%), świętokrzyskim (28,9%) i zachodniopomorskim (28,1%). Odsetek osób niepełnosprawnych z uszkodzeniami i chorobami narządu słuchu był najwyższy w województwach podkarpackim (24,9%), łódzkim (17,5%) i lubelskim (16,4%). Odsetek osób niepełnosprawnych ze schorzeniami układu krążenia wyniósł prawie 25% wśród niepełnosprawnych mieszkańców województwa świętokrzyskiego, 21,0% województwa mazowieckiego i 18,3% lubuskiego. Najmniejszy odsetek osób niepełnosprawnych ze schorzeniami neurologicznymi, które były drugą pod względem częstości (po schorzeniach i chorobach narządu ruchu) dysfunkcją organizmu wśród niepełnosprawnych w wieku 15-29 lat, odnotowano w województwach zachodniopomorskim (9,3%) i pomorskim (13,8%), a największy – w województwach lubelskim (42,6%) oraz wielkopolskim (38,7%). Schorzenia

Wykres 24. Osoby niepełnosprawne w wieku 15-29 lat według województw



psychiczne najrzadziej charakteryzowały osoby niepełnosprawne w województwach: świętokrzyskim (4,1%) i podkarpackim (5,3%), natomiast najczęściej – w małopolskim (25,0%) i podlaskim (24,4%).

Upośledzenie umysłowe najczęściej zgłaszane było wśród mieszkańców niepełnosprawnych województwa zachodniopomorskiego (39,9%) i lubelskiego (27,7%). Najwyższy odsetek osób niepełnosprawnych z innymi schorzeniami wystąpił w województwie pomorskim (31,2%).

2.10. Profilaktyka

W trakcie badania zadawano również pytania dotyczące zabiegów i badań profilaktycznych dotyczących m.in. badania ciśnienia krwi, poziomu cholesterolu, szczepień przeciw wirusowemu zapaleniu wątroby (WZW) oraz przeciw grypie. Pytania w zakresie szczepień przeciw grypie były zadawane wszystkim (przy czym w imieniu dzieci w wieku 0-14 lat odpowiadali na nie ich rodzice lub opiekunowie), a dotyczące wykonywania badań ciśnienia tętniczego krwi, poziomu cholesterolu i szczepień przeciwko wirusowemu zapaleniu wątroby zadawane były tylko osobom w wieku 15 lat i więcej.

Szczepienia przeciw grypie

Ponad 11% dzieci w wieku 0-14 lat zaszczepiło się przeciw grypie. W grupie osób w wieku 15-29 lat odsetek ten był wyższy i wyniósł 17,3%. Szczepienie zostało wykonane u 5,7% dzieci w wieku 0-4 lata, 12,2% w wieku 5-9 lat oraz u ponad 14% wśród osób w wieku 10-14 lat i 15-19 lat. U osób w wieku 20-29 lat odsetek ten wyniósł 18,5%.

W ciągu ostatniego roku poprzedzającego badanie zostało zaszczepionych prawie 60% wszystkich zaszczepionych dzieci w wieku 0-4 lata, prawie 40% w wieku 5-9 lat, ponad 37% w wieku 10-14 lat oraz ponad 31% w wieku 15-19 lat i prawie 35% zaszczepionych osób w wieku 20-29 lat.

Badanie ciśnienia krwi

Wśród młodzieży w wieku 15-19 lat ciśnienie zmierzono u 65,8%, a wśród osób w wieku 20-29 lat badanie to wykonano u niespełna 85%.

Spośród osób w wieku 15-19 lat, którym wykonano badanie ciśnienia krwi u 5,1% było ono podwyższone², natomiast prawie 6% nie wiedziało, jaki był wynik i czy ciśnienie było w normie czy też nie.

² Podwyższone ciśnienie krwi: skurczowe > 140 mmHg lub rozkurczowe > 90 mmHg

Z kolei wśród osób w wieku 20-29 lat, którym kiedykolwiek zbadano ciśnienie, u ponad 8,5% zdiagnozowano podwyższone ciśnienie krwi, natomiast 7,1% przebadanych osób nie wiedziało, na jakim poziomie było ich ciśnienie tętnicze krwi.

Badanie poziomu cholesterolu

Wśród młodzieży w wieku 15-19 lat badanie poziomu cholesterolu wykonano u niespełna 8% osób. W wyniku tych badań okazało się, że ponad 10% zbadanych osób miało podwyższony poziom cholesterolu, a prawie 10% nie wiedziało, czy wynik był w normie czy nie.

Wśród osób w wieku 20-29 lat badania te były już powszechniejsze, bo wykonała je co piąta osoba w tym wieku. Spośród nich u 9% okazało się, że poziom cholesterolu był podwyższony, natomiast 7,3% nie wiedziało, czy wynik był prawidłowy czy nie.

Szczepienia przeciw wirusowemu zapaleniu wątroby (WZW)

Szczepienie przeciw wirusowemu zapaleniu wątroby typu B (WZW typu B) było wykonane u 28,4% osób w wieku 15-19 lat i u 16,2% osób w wieku 20-29 lat. Najczęściej szczepienie to było wykonywane w okresie do 5 lat wstecz, rzadziej w odleglejszym czasie.

Najczęstszą przyczyną wykonania tych szczepień była inicjatywa własna (po ponad 37% wszystkich przyczyn zarówno wśród osób w wieku 15-19 lat, jak i w wieku 20-29 lat). Ważną przyczyną zaszczepienia się przeciw tej chorobie był także zabieg chirurgiczny (17,8% u młodzieży w wieku 15-19 lat i 34,5% u osób w wieku 20-29 lat). Kontakt z chorym na WZW był powodem zaszczepienia się 4,4% osób w wieku 15-19 lat i 7,3% w wieku 20-29 lat. Wśród młodzieży w wieku 20-29 lat ważnym powodem zaszczepienia się (8%) była także przynależność do grupy ryzyka (m.in. personel służby zdrowia – lekarze, pielęgniarki). Inne przyczyny stanowiły prawie 40% wśród młodzieży w wieku 15-19 lat i 12,2% wśród osób w wieku 20-29 lat.

2.11. Korzystanie z usług medycznych i zażywanie leków

Poniższa analiza usług medycznych obejmuje hospitalizację, ambulatoryjną opiekę lekarską, opiekę stomatologiczną oraz częstość zażywania leków. W badaniu uwzględniono po raz pierwszy nową formę leczenia typu szpitalnego, w tzw. szpitalach dziennych, gdzie pacjent

przyjmowany jest rano do szpitala i po wykonaniu niezbędnych badań czy zabiegów wraca tego samego dnia do domu.

2.11.1. Leczenie w szpitalach

Dzieci w wieku 0-14 lat

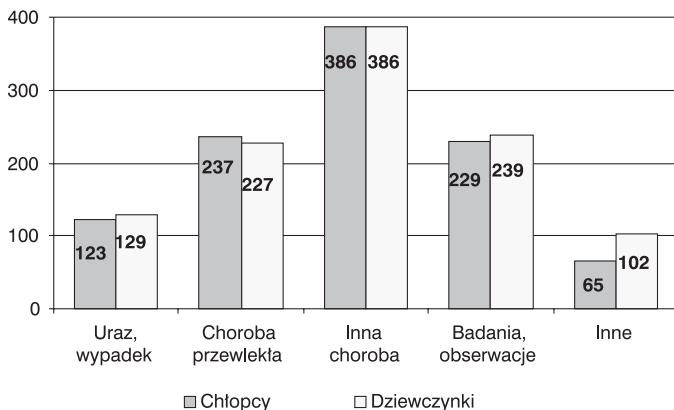
W populacji dzieci w wieku 0-14 lat zdecydowana większość (90,4%) nie była hospitalizowana w okresie ostatnich 12 miesięcy, a ponad 8% było pacjentami szpitali z noclegiem w tym czasie. Najczęściej w szpitalach przebywały najmłodsze dzieci – w wieku 0-4 lata, spośród których co ósme było pacjentem szpitala z noclegiem. W kolejnych grupach wiekowych odsetek hospitalizowanych wynosił: dla dzieci w wieku 5-9 lat – 8%, a wśród dzieci w wieku 10-14 lat – 6%. We wszystkich grupach wiekowych dzieci najczęściej przebywały w szpitalu tylko raz w ciągu roku.

Tabela 42. Dzieci w wieku 0-14 lat według pobytów w szpitalach z noclegiem

WIEK	Przebywający w szpitalach z noclegiem w ciągu 12 miesięcy poprzedzających badanie					
	tak	wg liczby pobytów				nie
		1	2	3	4 i więcej	
	w odsetkach					
O G Ó Ł E M	8,5	79,7	12,8	5,8	1,7	90,4
0-4 lata	12,5	78,0	13,4	6,8	1,9	86,4
5-9	8,0	78,6	14,5	5,2	1,6	91,0
10-14 lat	6,0	83,3	10,1	5,0	1,6	92,7

Chłopcy częściej niż dziewczynki przebywali w szpitalu (odpowiednio 9,5% i 7,4% populacji danej płci). Największa przewaga w hospitalizacji chłopców w porównaniu z dziewczynkami obserwowana była wśród najmłodszych dzieci w wieku 0-4 lata (odpowiednio 14,5% i 10,4%). Wraz z wiekiem malał poziom korzystania przez dzieci z leczenia szpitalnego i jednocześnie malała liczba pobytów w szpitalach chłopców w porównaniu z dziewczynkami – do 6,2% wśród chłopców i 5,8% wśród dziewczynek w grupie wieku 10-14 lat. Pobyty szpitalne dziewczynek były najczęściej jednorazowe (79,3% w wieku 0-4 lata, 81,9% w wieku 5-9 lat i 83,2% w wieku 10-14 lat), podobnie jak wśród chłopców (odpowiednio 77%; 76,4%; 83,4%). Więcej chłopców niż dziewczynek przebywało w szpitalu dwa oraz cztery razy i więcej w ciągu badanego roku, natomiast u dziewczynek częściej odnotowano trzy pobyty w szpitalu w obserwowanym okresie.

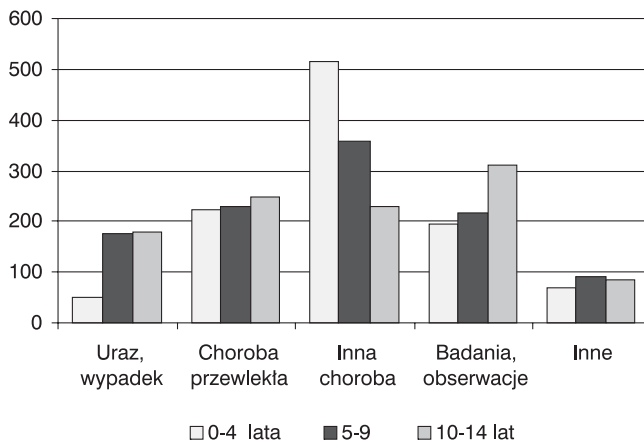
Wykres 25. Powody leczenia w szpitalach z noclegiem dzieci w wieku 0-14 lat według płci (na 1000 leczonych)



Najczęstszą przyczyną hospitalizacji dzieci było leczenie choroby innej niż przewlekła (zarówno wśród dziewczynek, jak i chłopców – 386/1000 leczonych), na kolejnych miejscach pod względem częstości lokowały się pobyty mające na celu badania, obserwacje (233/1000) oraz spowodowane chorobą przewlekłą (232/1000). Wśród przyczyn hospitalizacji wymieniano także urazy i wypadki, które stanowiły powód leczenia dla około 125 przypadków na 1000 leczonych oraz inne przyczyny – 81 na 1000 leczonych.

Nie ma większego zróżnicowania, jeśli chodzi o wyżej wymienione powody hospitalizacji pod względem płci dzieci, można jednak zauważyć, że chłopcy częściej niż dziewczynki przebywali w szpitalach w celu leczenia przewlekłych chorób, a dziewczynki – w celu przeprowadzenia u nich badań i obserwacji.

Leczenie chorób innych niż przewlekłe było przyczyną ponad połowy wszystkich pobytów w szpitalach wśród najmłodszych dzieci do 4 roku życia (514/1000 leczonych w szpitalach z noclegiem). W kolejnych grupach wiekowych współczynnik ten wyraźnie malał (358/1000 wśród dzieci w wieku 5-9 lat i 229/1000 wśród dzieci w wieku 10-14 lat). Choroby przewlekłe były przyczyną hospitalizacji w 224 przypadkach na 1000 leczonych wśród dzieci w wieku 0-4 lata, w 230 – w wieku 5-9 lat i 247 – w wieku 10-14 lat. Najczęściej badania i obserwacje były powodem pobytu w szpitalu w grupie wieku 10-14 lat. Urazy i wypadki jako powód leczenia odnotowano dla 50 przypadków na 1000 leczonych w wieku 0-4 lata, 177 – w wieku 5-9 lat oraz 180 – w wieku 10-14 lat.

Wykres 26. Powody leczenia w szpitalach z noclegiem dzieci w wieku 0-14 lat (na 1000 leczonych)

W przekroju województw najmniejszy odsetek hospitalizowanych chłopców odnotowano w województwach podkarpackim (6,3%) oraz kujawsko-pomorskim (7,3%), a największy – w podlaskim (13,1%) oraz lubelskim (12,4%). Dziewczynki najrzadziej były pacjentkami szpitali w województwach małopolskim (3,8%), kujawsko-pomorskim (5,8%) i lubuskim (6%), najczęściej – w mazowieckim (10,7%) i podlaskim (10,6%).

W populacji dzieci w wieku 0-14 lat prawie 2% było pacjentami tzw. szpitali dziennych, z tego prawie dwie trzecie przebywało w ciągu roku tylko jeden raz, prawie 25% dwa lub trzy razy, natomiast ponad 6% pacjentów było leczonych w takiej formie sześć i więcej razy.

Prawie 3% najmłodszych dzieci w wieku 0-4 lata przebywało w szpitalach dziennych, w grupie wieku 5-9 lat – 1,8%, natomiast w wieku 10-14 lat – 1,4%.

Najczęściej dzieci w wieku 0-14 lat były pacjentami szpitali dziennych w województwach świętokrzyskim (3,6%) oraz dolnośląskim (2,8%), a najrzadziej w łódzkim (1%) oraz warmińsko-mazurskim (1,2%) i lubelskim (1,2%).

Młodzież w wieku 15-29 lat

Prawie 6% młodzieży w wieku 15-19 i ponad 8% osób w wieku 20-29 lat przebywało w ostatnich dwunastu miesiącach poprzedzających badanie w szpitalu z noclegiem. Przeważały jednorazowe pobyty w cią-

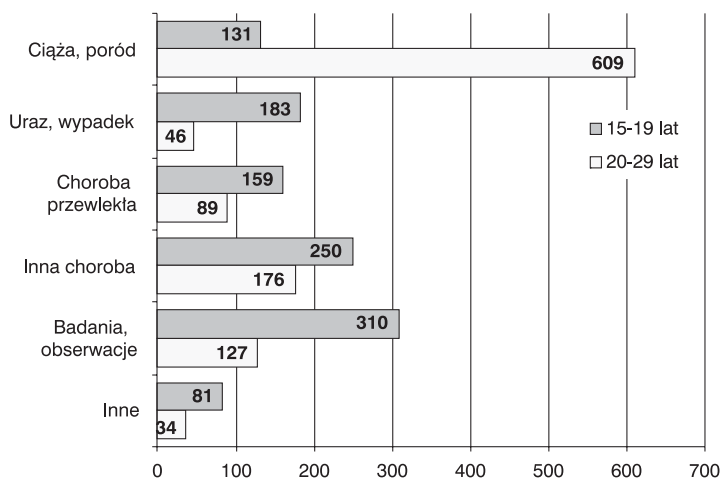
gu roku (82,4% osób przebywających w szpitalach w wieku 15-19 lat i 78,4% osób w wieku 20-29 lat). Co dziewiąty pacjent szpitala z noclegiem w wieku 15-19 lat przebywał w nim 2 razy, a prawie 5% pacjentów tym wieku było hospitalizowanych cztery i więcej razy. Co siódmy pacjent szpitala z noclegiem w wieku 20-29 lat przebywał w nim dwa razy w ciągu roku, a 7,6% przebywało w szpitalu co najmniej 3 razy.

Tabela 43. Młodzież w wieku 15-29 lat według pobytów w szpitalach z noclegiem

WIEK	Przebywający w szpitalach z noclegiem w ciągu 12 miesięcy poprzedzających badanie					
	tak	wg liczby pobytów				nie
		1	2	3	4 i więcej	
	w odsetkach					
15-19 lat	5,5	82,4	11,3	1,6	4,7	93,9
20-29 lat	8,4	78,4	14,1	3,5	4,1	91,2

Najczęstszym powodem pobytu kobiet w wieku 15-19 lat w szpitalach były badania i obserwacje (310 na 1000 leczonych), w dalszej kolejności do przyczyn ich hospitalizacji należały: leczenie chorób innych niż przewlekłe (250/1000), uraz bądź wypadek (183/1000), choroby przewlekłe (159/1000), oraz ciąża, poród (131/1000).

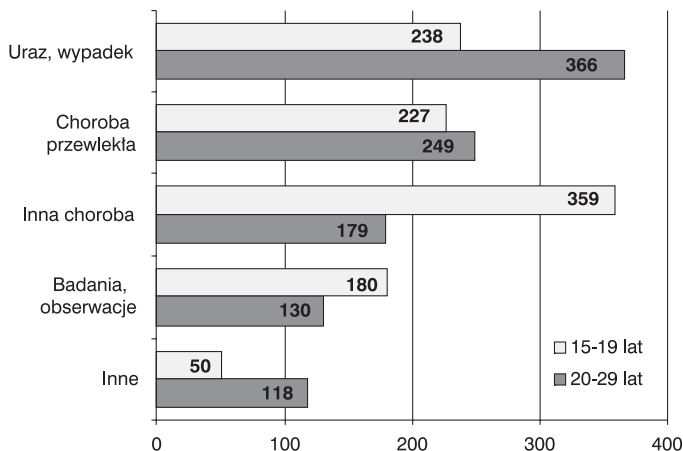
Wykres 27. Powody leczenia w szpitalach z noclegiem kobiet w wieku 15-29 lat (na 1000 leczonych)



Wśród kobiet w wieku 20-29 lat zdecydowanie najczęściej pobyt w szpitalu wiązał się z ciążą i porodem (609 na 1000 leczonych).

Wśród mężczyzn w wieku 15-19 lat najczęściej pobyty w szpitalu spowodowane były leczeniem choroby innej niż przewlekła (359 na 1000 leczonych), a następnie urazem i wypadkiem (238/1000), leczeniem choroby przewlekłej (227/1000), w mniejszym stopniu badaniami i obserwacją (180/1000). Mężczyźni w wieku 20-29 lat najczęściej przebywali w szpitalu z powodu wypadku i/lub urazu (366/1000 leczonych). Kolejnymi przyczynami hospitalizacji mężczyzn w tym wieku były: choroba przewlekła (249/1000 leczonych), inna choroba (179/1000) oraz badania i obserwacje (130/1000).

Wykres 28. Powody leczenia w szpitalach z noclegiem mężczyzn w wieku 15-29 lat (na 1000 leczonych)



Najrzadziej mężczyźni w wieku 15-29 lat byli leczeni w szpitalach w województwach: opolskim (2,1%), zachodniopomorskim (2,6%) i podkarpackim (2,7%), a najczęściej w województwach: podlaskim (7,4%) i dolnośląskim (7,3%). Wśród kobiet w omawianej grupie wiekowej najrzadziej pacjentkami szpitali były mieszkanki województw: opolskiego (7,6%), wielkopolskiego (7,6%) oraz kujawsko-pomorskiego (7,8%), natomiast najczęściej kobiety w województwach zachodniopomorskim (13,6%) i mazowieckim (12,4%).

Do tzw. szpitali dziennych zostało przyjętych 2,0% młodzieży w wieku 15-19 lat i 2,2% osób w wieku 20-29 lat. Najczęściej młodzi ludzie

korzystali z tej formy leczenia w województwach: mazowieckim (3,9%) oraz wielkopolskim (3%). Natomiast najmniej pobytów w szpitalach dziennych odnotowano w województwach: lubelskim (1%), małopolskim (1,1%) i warmińsko-mazurskim (1,1%).

2.11.2. Wizyty u lekarzy medycyny

W trakcie badania zadawano szereg pytań związanych z wizytą u lekarza rodzinnego lub specjalisty. Respondenci podawali przybliżoną liczbę wizyt w trakcie ostatnich 12 miesięcy poprzedzających badanie oraz opisywali datę wizyty, jej główny powód, specjalność lekarza oraz czy była ona odpłatna. W przypadku, gdy rezygnowali oni z wizyt u lekarza (ogólnego lub specjalisty) pomimo, że zaistniała taka potrzeba, informowali o głównym powodzie takiej decyzji.

Dzieci w wieku 0-14 lat

Z porady lekarskiej skorzystało ponad 80% dzieci w wieku 0-14 lat. Średnia liczba porad lekarskich na 1 dziecko wynosiła 3,46. Wśród dzieci, które skorzystały z pomocy lekarskiej w warunkach ambulatoryjnych, częściej niż co 4 dziecko odwiedziło lekarza 4-6 razy w ciągu roku, 21,3% – 2 razy, 20,5% – raz, 16,3% – 3 razy, 11,7% – 7-12 razy, a 3,9% – 13 i więcej razy. Najczęściej z porady lekarskiej korzystały dzieci w wieku 0-4 lata (91,4% tej grupy wieku). W kolejnych grupach wiekowych częstość wizyt u lekarza malała – 82,0% dzieci w wieku 5-9 lat i 72,1% dzieci w wieku 10-14 lat skorzystało z pomocy lekarskiej w warunkach ambulatoryjnych.

Pośród dzieci w wieku 0-14 lat mieszkających na obszarach wiejskich około 75% skorzystało z porady lekarskiej, podczas gdy około 85% dzieci z obszarów miejskich odwiedziło lekarza.

Odsetek chłopców w wieku 0-14 lat, którzy zasięgaliby porady lekarskiej był wyższy o 0,3 pkt proc. niż dziewczynek w tym samym wieku.

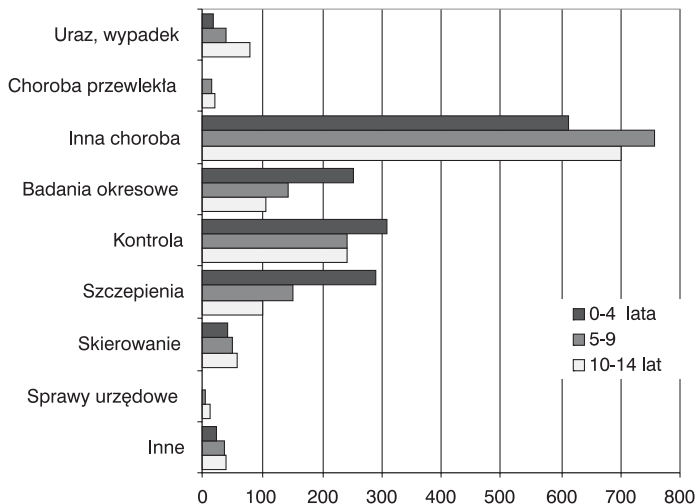
Do najczęstszych przyczyn wizyt dzieci u lekarza należały choroby inne niż przewlekłe (69,1% ogólnej liczby wizyt u lekarza), a w dalszej kolejności kontrola, szczepienia i badania okresowe (odpowiednio 26,3%, 17,6% i 16,4%). Częstość wizyt u lekarzy dzieci w wieku 0-14 lat z powodu urazów i wypadków rosła wraz z wiekiem (na 1000 leczonych 19 dzieci w wieku 0-4 lata, 41 w wieku 5-9 lat i 79 w wieku 10-14 lat z tego powodu odwiedziła lekarza). Podobna tendencja widoczna jest w przypadku chorób przewlekłych dzieci, wśród których najrzadziej z tego powodu skorzystała z porady lekarskiej grupa dzieci w wieku 0-4

lata (3 na 1000 leczonych), natomiast najczęściej grupa dzieci w wieku 10-14 lat (21 na 1000 leczonych). Choroby inne niż przewlekłe były najczęstszym powodem wizyty u lekarza dla dzieci w wieku 5-9 lat (758 na 1000 leczonych), a najrzadziej z pomocy lekarskiej z tej przyczyny skorzystały dzieci w wieku 0-4 lata (612 na 1000 leczonych). Badania okresowe najczęściej podawane były jako powód wizyty u lekarza w grupie dzieci w wieku 0-4 lata (253 na 1000), a najrzadziej w grupie dzieci w wieku 10-14 lat (105 na 1000).

Zarówno wśród dzieci w wieku 5-9 lat, jak i dla grupy wieku 10-14 lat wizyty kontrolne u lekarza były powodem skorzystania z porady lekarskiej 242 dzieci na 1000 osób leczonych, podczas gdy w najmłodszej grupie wieku wizyty z tego powodu były częstsze (308 na 1000 osób leczonych). Częstość wizyt dzieci u lekarzy z powodu szczepień malała wraz z wiekiem pacjentów (na 1000 leczonych 290 dzieci w wieku 0-4 lata, 149 w wieku 5-9 lat i 100 dzieci w wieku 10-14 lat z tego powodu odwiedziła lekarza).

Do najczęściej odwiedzanych przez dzieci w wieku 0-14 lat lekarzy należeli pediatrzy (927 na 1000 leczonych), następnie alergolodzy, okuliści, laryngolodzy i chirurdzy ortopedzi (odpowiednio 48, 45, 33, 33 na 1000 leczonych). W grupie najmłodszych dzieci w wieku 0-4 lata zdecydowanie najczęściej korzystano z porad lekarzy pediatrów (968

Wykres 29. Wizyty u lekarzy dzieci w wieku 0-14 lat według powodów (na 1000 osób leczonych)



na 1000 leczonych), w kolejnych grupach wieku oprócz pediatrów często korzystano z porad alergologów i okulistów – wśród dzieci w wieku 5-9 lat odpowiednio 61 i 49 na 1000 leczonych oraz okulistów i ortopedów – wśród dzieci w wieku 10-14 odpowiednio 71 i 52 na 1000 leczonych.

Większość wizyt była całkowicie bezpłatna (na 1000 leczonych dzieci było ich 958), całkowicie płatnych było 68, a częściowo płatnych 19.

Z pomocy lekarskiej zrezygnowali rodzice 3,9% dzieci w wieku 0-14 lat. Najczęściej (36,3% wszystkich przyczyn rezygnacji) rodzice woleli poczekać i zobaczyć, czy może problemy zdrowotne dziecka miną bez konieczności skorzystania z pomocy lekarskiej. Następnym powodem rezygnacji z wizyty u lekarza był brak pieniędzy i długa lista oczekujących (odpowiednio 31,8% i 15,8%).

Najczęściej z pomocy lekarskiej korzystały dzieci w wieku 0-14 lat mieszkające w województwach wielkopolskim (85,8%), łódzkim (84,3%) i śląskim (83,4%). Najrzadziej odwiedzały lekarza dzieci z województw: warmińsko-mazurskiego, pomorskiego i lubelskiego (odpowiednio 72,5%, 77,1% i 77,5%). Średnia liczba porad, która przypadała na 1 dziecko była najwyższa wśród dzieci mieszkających w województwie opolskim i wynosiła 4,28, a najniższa w województwie warmińsko-mazurskim – 2,81.

Chłopcy częściej korzystali z pomocy lekarskiej niż dziewczynki. Województwami, w których szczególnie widoczna była przewaga płci męskiej w ilości wizyt u lekarza nad żeńską były: dolnośląskie i śląskie. Inaczej sytuacja przedstawiała się w województwach: kujawsko-pomorskim, łódzkim, małopolskim, opolskim, podkarpackim, podlaskim, wielkopolskim i zachodniopomorskim, w których dziewczynki częściej odwiedzały lekarza niż chłopcy.

Najwyższy odsetek rezygnacji rodziców z wizyt lekarskich swoich dzieci odnotowano w województwach opolskim (5,9%), podlaskim (5,5%) oraz zachodniopomorskim (5,3%). Najwięcej rodziców, którzy nie zrezygnowali z żadnej wizyty swoich pociech u lekarza, mieszkało w województwach małopolskim (97,3%), warmińsko-mazurskim (97,1%) oraz mazowieckim (97,0%).

Młodzież w wieku 15-29 lat

Udział młodzieży korzystającej z porad lekarskich w warunkach ambulatoryjnych w grupie wieku 15-19 lat wynosił 57,6%, w kolejnej grupie wieku 20-29 lat odsetek ten stanowił o 2 pkt proc. mniej. Przeciętnie na 1 osobę w wieku 15-29 lat przypadało 2,06 wizyt lekarskich.

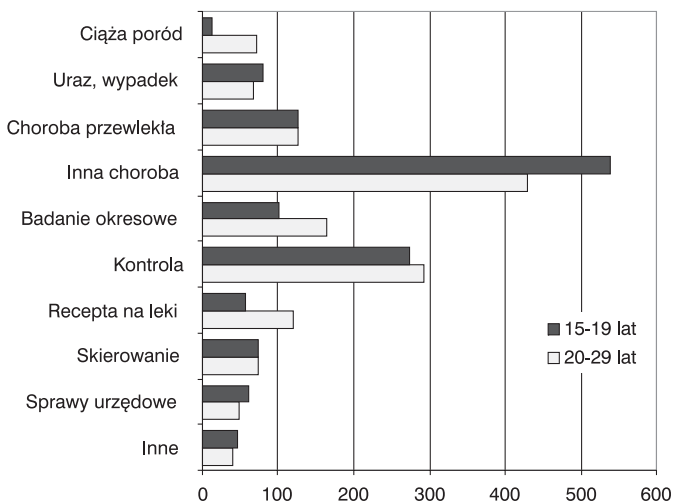
Prawie połowa młodzieży w wieku 15-19 lat i 20-29 lat mieszkającej na obszarach wiejskich odwiedziła lekarza, częściej z porady lekarskiej korzystała młodzież z obszarów miejskich – około 64% w wieku 15-19 lat i około 60% w wieku 20-29.

W obu grupach wiekowych odsetek kobiet, które odwiedziły lekarza był wyraźnie wyższy niż mężczyzn (o 8,2 pkt proc. w grupie wieku 15-19 lat i o 19,1 pkt proc. – w wieku 20-29 lat).

Wśród leczonych pacjentów około co 2 osoba w wieku 15-19 lat za powód swojej wizyty u lekarza wskazała chorobę inną niż przewlekłą, co 4 informowała, że była to wizyta kontrolna, a co 8 określiła, że wizyta była związana z jej chorobą przewlekłą. W grupie osób wieku 20-29 lat za powody swoich wizyt u lekarza wskazywano: prawie co 2 osoba – inną chorobę niż przewlekłą, co 4 – kontrolę, a ponad 16% osób – badania okresowe.

Młodzież w wieku 15-19 lat częściej niż w wieku 20-29 lat skorzystała z pomocy lekarskiej w warunkach ambulatoryjnych z powodów takich jak: uraz, wypadek (80 na 1000 leczonych w wieku 15-19 lat), choroba inna niż przewlekła (539 na 1000 leczonych), sprawy urzędowe (61 na 1000 leczonych) i inne (46 na 1000 leczonych). Znaczna przewaga osób w wieku 20-29 lat nad młodzieżą w wieku 15-19 w ilości wizyt u lekarza widoczna była wśród powodów: ciąża, poród (różnica o 59 na 1000 leczonych), badania okresowe (różnica o 62 na 1000 le-

Wykres 30. Wizyty u lekarzy osób w wieku 15-29 lat według powodów (na 1000 leczonych)



czonych), recepta na leki (różnica o 65 na 1000 leczonych). Na bardzo zbliżonym poziomie osoby w tych dwóch grupach wiekowych korzystały z wizyt lekarskich z powodu choroby przewlekłej oraz w wyniku skierowania.

Lekarzami, którzy zdecydowanie najczęściej odwiedzani byli przez osoby w wieku 15-19 lat oraz 20-29 byli interniści (odpowiednio 799 i 729 na 1000 osób leczonych). W następnej kolejności wśród młodszej grupy wiekowej – okuliści (71/1000), chirurdzy ortopedzi i dermatolodzy (po 52/1000) oraz chirurdzy ogólni i ginekolodzy (po 44/1000), a u osób w grupie wieku 20-29 lat – ginekolodzy (210/1000), okuliści i dermatolodzy (po 47/1000), ortopedzi (41/1000) oraz chirurdzy (36/1000).

W przypadków wizyt u lekarzy osób w wieku 15-29 lat większość wizyt była całkowicie bezpłatna (na 1000 leczonych było ich 950 w grupie 15-19 lat i 910 w starszej grupie 20-29 lat). Z całkowicie płatnych wizyt skorzystały 62 osoby na 1000 leczonych w wieku 15-19 lat i 128 w wieku 20-29 lat, a z częściowo płatnych – odpowiednio 14/1000 i 40/1000.

Zrezygnowało z wizyt u lekarza prawie 9% młodzieży w wieku 15-19 lat i 14,7 % w wieku 20-29 lat. Najczęstszą przyczyną rezygnacji młodzieży w wieku 15-19 lat była chęć poczekania w celu zobaczenia, czy problemy zdrowotne miną bez konieczności skorzystania z pomocy lekarskiej (28,6% rezygnacji), podczas gdy osoby w wieku 20-29 lat jako główną przyczynę wskazały brak czasu (28,4%).

Odsetek młodzieży w wieku 15-29 lat leczonej się u lekarza był najwyższy w województwie lubuskim (63,7%), w którym średnia liczba wizyt na 1 osobę wyniosła 2,1, a najniższy w województwie warmińsko-mazurskim (51,5%). Najwięcej osób w wieku 15-29 lat zrezygnowało z wizyty lekarskiej w województwach łódzkim (17,4%), mazowieckim (16,9%) i małopolskim (14,9%). Największy udział młodzieży, która nie zrezygnowała z wizyt u lekarzy przypadł na województwa: wielkopolskie (91,7%), kujawsko-pomorskie (90,5%) i warmińsko-mazurskie (90,3%).

2.11.3 Wizyty u lekarzy dentystów

Dzieci w wieku 2-14 lat

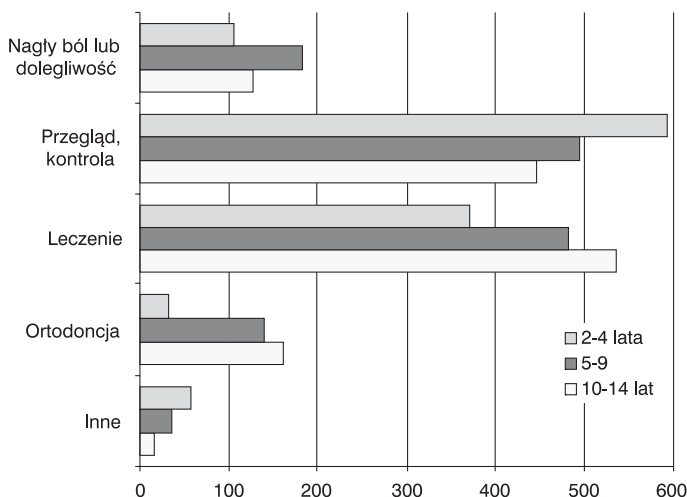
Część kwestionariusza dotycząca wizyt u dentystów uwzględniała osoby w wieku 2 lata i więcej. Analogicznie jak dla wizyt lekarskich, pytano o liczbę zrealizowanych wizyt u dentysty, a także o bardziej szczegółowe informacje dotyczące trzech ostatnich wizyt, tj. o ich powód i odpłatność.

54,1% dzieci w grupie wieku 2-14 lat było leczonych u dentysty. Zdecydowanie najczęściej do dentysty zgłaszały się dzieci w wieku szkolnym (10-14 lat), bo prawie co trzecie z nich (65,4%) odwiedziło stomatologa w ciągu 12 miesięcy poprzedzających badanie. Trochę rzadziej pacjentami gabinetów dentystycznych były dzieci w wieku 5-9 lat (56,7%), a wyraźnie rzadziej najmłodsze dzieci (2-4 lata), gdyż jedynie 23,0% z nich zostało przyprowadzonych do dentysty przez rodziców bądź opiekunów w ciągu roku.

Co trzecie dziecko w wieku 2-14 lat, które leczone było przez dentystę, złożyło mu tylko jedną wizytę. Najczęściej jednorazowa wizyta dotyczyła najmłodszych dzieci w wieku 2-4 lata, bo prawie połowy z nich. W kolejnych podgrupach wiekowych (5-9 i 10-14 lat) około jedna trzecia dzieci spośród tych, które pojawiły się u dentysty, odwiedziła go tylko jeden raz (odpowiednio 33,6% i 31,7%). Co czwarte dziecko w wieku 2-14 lat odwiedziło dentystę dwa razy w ciągu roku, zaś co siódme trzy razy, co jedenaste cztery razy, co dwudzieste pięć razy, natomiast co ósme było pacjentem dentysty sześć i więcej razy w ciągu roku.

Na jedną osobę korzystającą w wieku 2-4 lata przypadało średnio 2,32 wizyt w ciągu 12 miesięcy, w wieku 5-9 lat – 2,83 wizyt, natomiast w wieku 10-14 lat 3,14 wizyt. Ogółem na jedną osobę korzystającą w wieku 2-14 lat przypadało 2,95 wizyty.

Wykres 31. Wizyty u lekarzy dentystów dzieci w wieku 2-14 lat według powodów (na 1000 leczonych)



Częściej u dentysty leczone były dziewczynki (56,6%) niż chłopcy (51,7%).

Wśród powodów wizyt dzieci na 1000 leczonych u lekarzy dentystów najczęściej wystąpiło leczenie (503 na 1000 leczonych), następnie przegląd, kontrola (477/1000), nagły ból lub dolegliwość (147/1000) oraz ortodoncja (143/1000). Dziewczynki częściej leczone były ortodontycznie (164/1000) w porównaniu z chłopcami (122/1000), częściej zastosowano wobec nich także ogólnie leczenie dentystyczne (506/1000) niż wobec chłopców (499/1000). U chłopców natomiast częściej dokonywano przeglądu, kontroli, ponadto częściej musieli pojawić się u dentysty z powodu nagłego bólu lub dolegliwości.

Rozważając powody wizyt dzieci u lekarzy dentystów z uwzględnieniem grup wiekowych (2-4 lata, 5-9, 10-14 lat) zauważyć można, że wraz z wiekiem zmniejszył się odsetek wizyt, których powodem był przegląd i kontrola w gabinecie dentystycznym (592 na 1000 leczonych u dzieci w wieku 2-4 lata do 447 na 1000 leczonych wśród dzieci w wieku 10-14 lat).

Wzrosła częstotliwość wizyt mających na celu leczenie (z 371 na 1000 wśród dzieci w wieku 2-4 lata do 537 na 1000 wśród dzieci w wieku 10-14 lat). Wraz z wiekiem powiększyło się grono dzieci korzystających z leczenia u ortodonta (33/1000 leczonych wśród dzieci w wieku 2-4 lata, 141/1000 wśród dzieci w wieku 5-9 lat do 162/1000 wśród dzieci w wieku 10-14 lat).

Nagły ból lub dolegliwość najczęściej prowadzi do wizyty u lekarza dzieci w wieku 5-9 lat.

Okolo 70% wizyt u lekarzy dentystów było wizytami całkowicie bezpłatnymi. Na 1000 leczonych dzieci przypadało okolo 300 wizyt całkowicie płatnych. Najwięcej wizyt całkowicie płatnych dotyczyło dzieci w wieku 2-4 lata, a najmniej dzieci w wieku 5-9 lat. Wizyty 111 osób na 1000 leczonych były częściowo płatne. Najczęściej z tej formy odpłatności korzystali rodzice dzieci w wieku 10-14 lat.

W przypadku 5,8% dzieci w wieku 2-14 lat zrezygnowano z wizyt u dentysty. Najrzadziej dotyczyło to najmłodszych dzieci w wieku 2-4 lata – 2,2%, a najczęściej wśród osób w wieku 10-14 lat – 7,5%. Za najważniejszą przyczynę rezygnacji z wizyt swoich pociech u dentysty rodzice podawali brak pieniędzy – 44,1%, 12,5% w przypadku dzieci w wieku 2-4 lata, prawie 40% osób w wieku 5-9 lat i ponad 50% wśród dzieci w wieku 10-14 lat. Istotne znaczenie wśród dzieci miała obawa przed lekarzem, badaniem i leczeniem (16,7%), zwłaszcza wśród najmłodszych dzieci (2-4 lata), gdzie co trzecia rezygnacja była

tym spowodowana, natomiast wśród osób w wieku 10-14 lat – co dwięć. Za powód rezygnacji wskazywano również długą listę oczekujących (16,1%).

Najrzadziej pacjentami gabinetów dentystycznych były dzieci mieszkające w województwie warmińsko-mazurskim (48,4%) oraz kujawsko-pomorskim (49,1%), najczęściej w województwach: podlaskim (59,4%), śląskim (59%) i łódzkim (58,3%).

Najczęściej rodzice rezygnowali z wizyt dzieci u dentysty w województwach: opolskim (9,2%) i dolnośląskim (9,0%). Najrzadziej decyzję o rezygnacji z wizyty swoich dzieci podejmowali mieszkańcy województw warmińsko-mazurskiego (3,1%) i podkarpackiego (4,1%).

Młodzież w wieku 15-29 lat

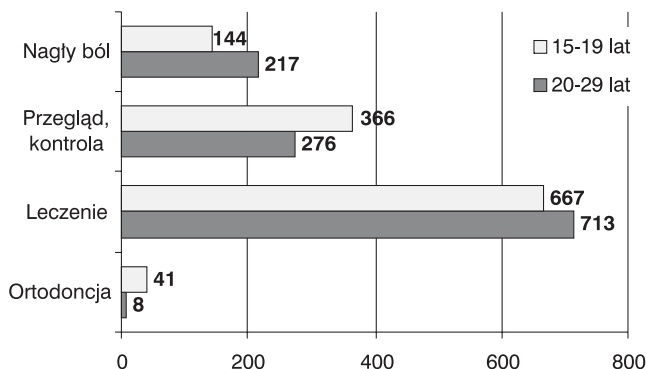
Młodzież na podobnym poziomie co dzieci korzystała z usług lekarzy dentystów – 52,5% osób w wieku 15-29 lat leczyło się u tych lekarzy w ciągu 12 miesięcy poprzedzających badanie. Częściej były to osoby w wieku 15-19 lat (54,4%) niż w wieku 20-29 lat (51,6%).

W obu analizowanych grupach wieku najczęściej składano dentyście jedną wizytę w ciągu roku (około 30% osób leczących się), niewiele rzadziej dwie (około 25%).

Ogólnie na jedną osobę przypadały około 3 wizyty, nieznacznie więcej w grupie osób w wieku 20-29 lat.

W omawianej grupie wiekowej przewaga w korzystaniu z usług stomatologicznych przez kobiety w porównaniu z mężczyznami była jeszcze większa niż w przypadku dzieci. 60,3% kobiet w wieku 15-19 lat leczyło się w ciągu roku u dentysty, a tylko 48,8% mężczyzn. Kobie-

Wykres 32. Wizyty u lekarzy dentystów młodzieży w wieku 15-29 lat według wybranych powodów (na 1000 leczonych)



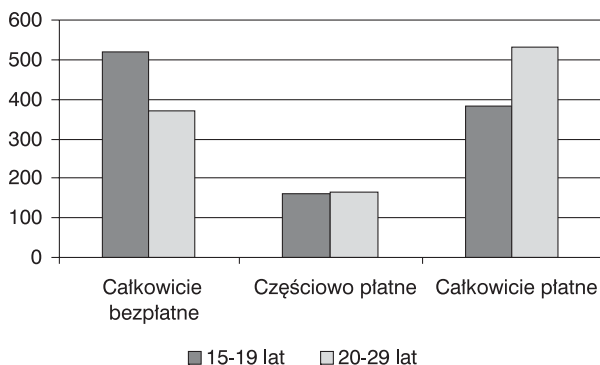
ty w wieku 20-29 lat także wyraźnie częściej leczyły się u dentysty od mężczyzn w tym wieku (odpowiednio 59,2% i 44,2%).

Najczęstszym powodem wizyt u lekarzy dentystów osób w wieku 15-29 lat było leczenie, kolejnym był przegląd, kontrola, oraz nagły ból.

Kobiety częściej przychodziły do dentysty w celu przeglądu, kontroli oraz leczenia, a mężczyźni z powodu nagłego bólu.

Analizując odpłatność za wizyty dentystyczne można zaobserwować, że wśród osób w wieku 15-19 lat przeważały wizyty całkowicie bezpłatne, u młodzieży w wieku 20-29 lat dominowały wizyty całkowicie płatne.

Wykres 33. Wizyty u lekarzy dentystów młodzieży w wieku 15-29 lat według odpłatności (na 1000 leczonych)



Mężczyźni częściej płacili za wizyty u dentysty, kobiety natomiast częściej korzystały z wizyt bezpłatnych lub częściowo płatnych.

Z wizyt stomatologicznych zrezygnowała prawie co dziewiąta osoba w wieku 15-19 lat oraz co szósta osoba w wieku 20-29 lat. Najczęstszą przyczyną takiej decyzji był brak pieniędzy (39,1% osób w wieku 15-19 lat i 45,6% w wieku 20-29 lat), brak czasu (odpowiednio 15,9% i 22,4%), obawa przed lekarzem, badaniem, leczeniem (odpowiednio 18,9% i 13,3%) oraz długa lista oczekujących (13,7% i 9,5%). Rzadziej młodzi ludzie woleli poczekać i zobaczyć, czy nie nastąpi poprawa (6,3% i 5,2%).

Najwyższymi odsetkami korzystających z usług dentystycznych w wieku 15-29 lat charakteryzowały się województwa łódzkie (59,2%), mazowieckie (58,2%) i małopolskie (57,5%), natomiast najniższymi – warmińsko-mazurskie (46,1%), świętokrzyskie (46,4%) i śląskie (47,0%).

Najwyższy odsetek osób w wieku 15-29, które przyznały, że przynajmniej raz zrezygnowały z wizyty u lekarza dentysty, wystąpił w województwach mazowieckim (18,6%) oraz łódzkim (16,4%). Najmniej osób rezygnujących z wizyt u dentysty było mieszkańcami województwa podlaskiego (11,4%), warmińsko-mazurskiego (11,8%) oraz świętokrzyskiego (11,9%).

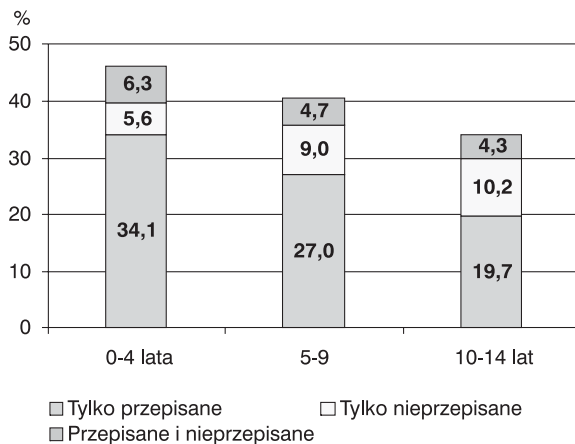
2.11.4. Zażywanie leków

W badaniu pytano również o zażywanie leków zarówno przepisanych przez lekarzy, jak i branych „na własną rękę” w okresie ostatnich 2 tygodni. Pytaniami objęto dorosłych i dzieci, lecz zadawane były według dwóch odrębnych list leków. Należy mieć na uwadze, że badanie to zostało przeprowadzone na przełomie listopada i grudnia, a więc w okresie zwiększonej zachorowalności na przeziębienia i grypę, co może wiązać się ze wzrostem liczby osób zażywających leki.

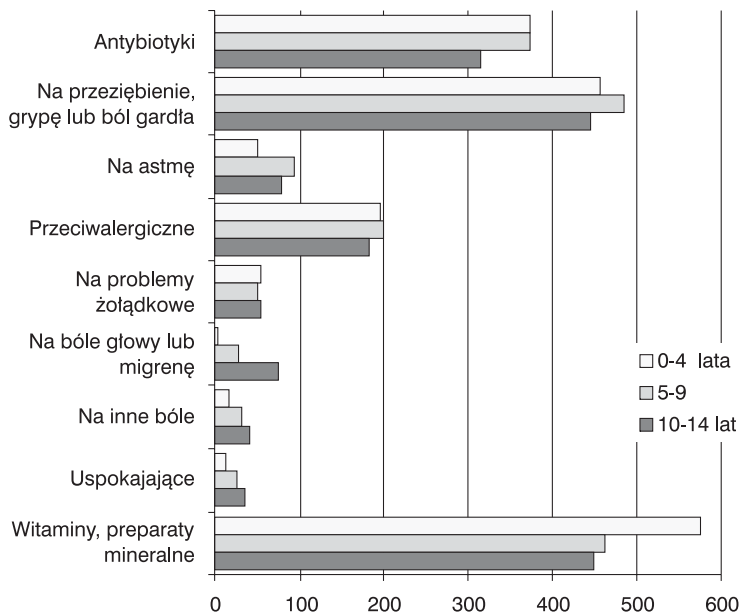
Dzieci w wieku 0-14 lat

Niespełna 40% dzieci do 14 roku życia zażywało leki w ciągu dwóch tygodni poprzedzających badanie. Odsetek dzieci zażywających leki zmniejszał się wraz z wiekiem. Najczęściej leki podawano najmłodszym dzieciom w wieku 0-4 lata (46,1% dzieci), przy czym większość z nich zażywała leki przepisane przez lekarzy – 34,1% dzieci w tym wieku.

Wykres 34. Dzieci w wieku 0-14 lat zażywające leki w ciągu dwóch tygodni poprzedzających badanie



Wykres 35. Dzieci w wieku 0-14 lat zażywające leki według wybranych rodzajów leków (na 1000 dzieci zażywających leki)



Wśród dzieci w wieku 5-9 lat odsetek dzieci zażywających leki wyniósł około 41%. Tylko leki przepisane przez lekarza zażywało 27% dzieci w tym wieku.

W grupie dzieci w wieku 10-14 lat leki zażywało średnio co trzecie dziecko. Odsetek dzieci w tym wieku zażywających leki przepisane przez lekarza był najmniejszy w porównaniu z poprzednimi grupami wiekowymi i wyniósł niecałe 20%, natomiast wzrósł odsetek dzieci, którym podawano leki „na własną rękę” – ponad 10% osób w tym wieku.

W młodszych grupach wiekowych leki podawano częściej chłopcom niż dziewczynkom (o około 2 pkt proc.), natomiast w grupie dzieci w wieku 10-14 lat odsetek chłopców i dziewczynek zażywających leki był na podobnym poziomie.

Dzieci do 14 roku życia najczęściej zażywały witaminy i preparaty mineralne, leki na przeziębienie, grypę lub ból gardła oraz antybiotyki. Na 1000 dzieci zażywających leki witaminy przyjmowało 494 dzieci, leki na przeziębienie – 461, antybiotyki – 355. Kolejnymi rodzajami leków pod względem częstości konsumpcji były środki przeciwalergiczne (192 dzieci na 1000 zażywających leki). Do mniej powszechnie stoso-

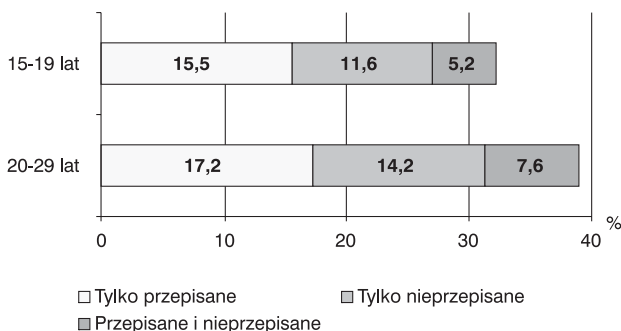
wanych leków u dzieci należały: leki na astmę (przyjmowało je 74 dzieci na 1000 zażywających leki), na problemy żołądkowe (54 dzieci), na bóle głowy lub migrenę (37 dzieci), leki uspokajające (26 dzieci).

Odsetki dzieci zażywających leki wykazywały dość duże zróżnicowanie w poszczególnych województwach. Najrzadziej leki zażywały dzieci z województwa lubuskiego (30,6%), a najczęściej z województwa łódzkiego (46,3%).

Młodzież w wieku 15-29 lat

W ciągu dwóch tygodni poprzedzających badanie leki przyjmowało około 37% osób w wieku 15-29 lat. Młodzież w wieku 15-19 lat charakteryzowała się najmniejszym odsetkiem osób zażywających leki wśród wszystkich grup wiekowych. Leki przyjmowało 32,3% osób w tym wieku. W grupie osób w wieku 20-29 lat odsetek ten wynosił 39%.

Wykres 36. Młodzież w wieku 15-29 lat zażywająca leki w ciągu dwóch tygodni poprzedzających badanie

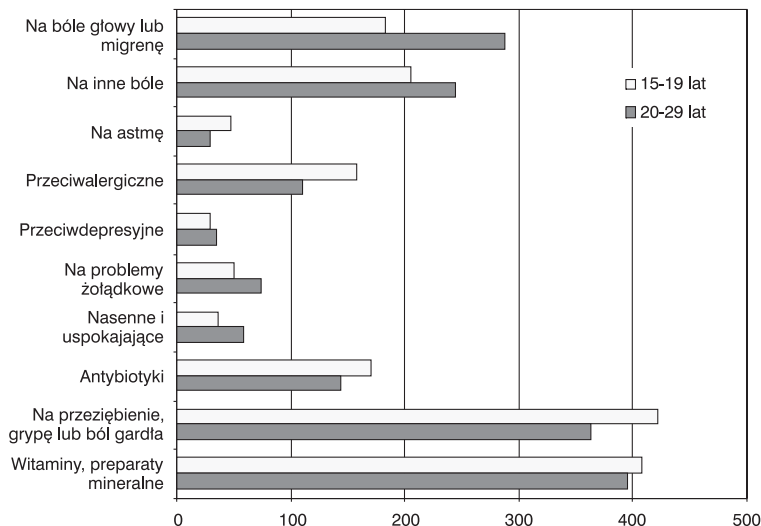


W obu grupach wiekowych przeważał odsetek osób zażywających leki tylko przepisane przez lekarza (odpowiednio 15,5% i 17,2%). Leki nieprzypisane przez lekarza stosowało 11,6% młodzieży w wieku 15-19 lat i 14,2% osób w wieku 20-29 lat.

Wśród osób w wieku 15-29 lat leki zażywały częściej kobiety niż mężczyźni. W grupie wieku 15-19 lat przewaga ta wyniosła około 5 pkt proc., natomiast w grupie wiekowej 20-29 lat był ona jeszcze bardziej znacząca i stanowiła około 9 pkt proc.

Lekami najczęściej zażywanyymi przez osoby w wieku 15-29 lat były witaminy i preparaty mineralne oraz leki na przeziębienie, grype lub

Wykres 37. Młodzież w wieku 15-29 lat zażywająca leki według wybranych rodzajów leków (na 1000 osób zażywających leki)



ból gardła. Witaminy przyjmowało w grupie wiekowej 15-19 lat 408 osób na 1000 zażywających leki, a wśród osób w wieku 20-29 lat – 394. Leki na przeziębienie zażywały w grupie wiekowej 15-19 lat 422 osoby na 1000 zażywających leki, a wśród osób w wieku 20-29 lat – 363. Kolejnymi rodzajami leków pod względem częstości konsumpcji były leki na bóle głowy, leki na inne bóle, antybiotyki i leki przeciwalergiczne.

W przekroju województw największy odsetek osób w wieku 15-29 lat zażywających leki charakteryzował województwo łódzkie (40,3%), a najniższy podkarpackie (30,3%) i świętokrzyskie (32,1%).

ROZDZIAŁ III.

ŚWIADCZENIA OPIEKI ZDROWOTNEJ I POMOCY SPOŁECZNEJ

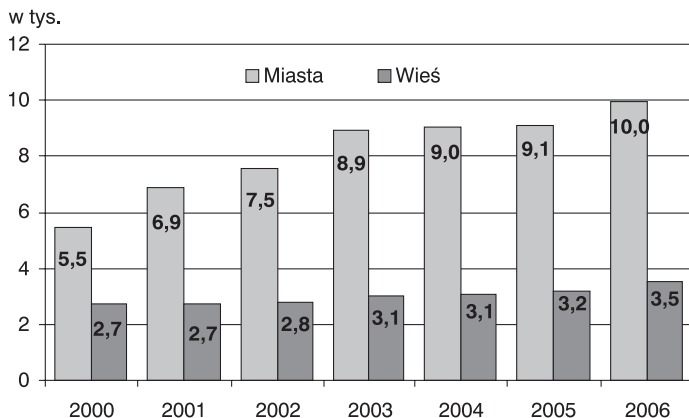
3.1. Świadczenia w zakresie opieki zdrowotnej

3.1.1. Ambulatoryjna opieka zdrowotna

Świadczenia ambulatoryjnej opieki zdrowotnej (świadczenia opieki zdrowotnej udzielane osobom niewymagającym leczenia w warunkach całodobowych lub całodziennych¹) realizowane są poprzez zakłady opieki zdrowotnej i praktyki lekarskie.

Według stanu na koniec 2006 r. w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej funkcjonowało 13473 zakładów opieki zdrowotnej, z czego 23,4% stanowiły zakłady publiczne, a 76,6% – niepubliczne. W miastach działało 9955 zakładów (o ponad 82% więcej w stosunku do 2000 roku), na wsi – 3518 (wzrost o 29,3% w porównaniu do 2000 roku).

Wykres 1. Zakłady ambulatoryjnej opieki zdrowotnej^a w latach 2000-2006 (stan w dniu 31 XII)

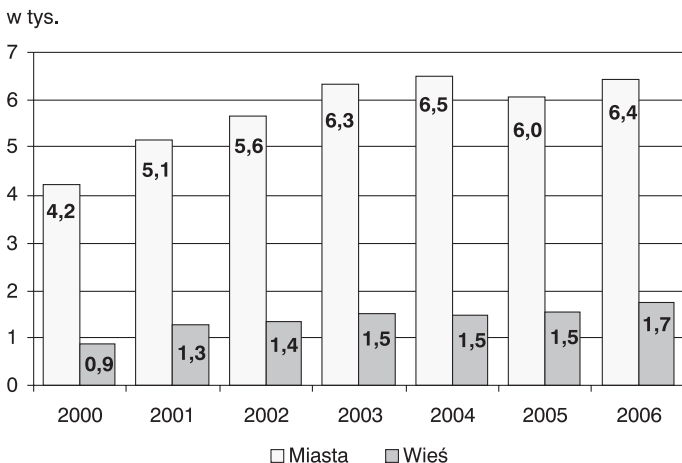


^a Bez resortu obrony narodowej oraz resortu spraw wewnętrznych i administracji.

¹ Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych Dz.U. Nr 210, poz. 2135 z późn. zm.

W latach 2000-2006 zwiększyła się również liczba zarejestrowanych praktyk lekarskich i stomatologicznych, realizujących świadczenia zdrowotne ambulatoryjnej opieki zdrowotnej w ramach środków publicznych, z 5080 do 8162. Na koniec 2006 r. liczba tego rodzaju praktyk działających w miastach wyniosła 6426 (o ponad 52% więcej niż w 2000 roku), a na wsi – 1736 (w stosunku do 2000 roku prawie dwukrotny wzrost).

Wykres 2. Praktyki lekarskie^a realizujące świadczenia finansowane ze środków publicznych w latach 2000-2006 (stan w dniu 31 XII)



^a Indywidualne i grupowe, łącznie z praktykami przeprowadzającymi badania profilaktyczne z zakresu medycyny pracy.

Porady w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej są udzielane przez lekarzy i lekarzy dentyków w ramach:

- podstawowej opieki zdrowotnej – porady udzielone w poradniach podstawowej opieki zdrowotnej i lekarza rodzinnego,
- opieki specjalistycznej – porady udzielone przez lekarzy specjalistów w danej dziedzinie medycyny oraz lekarzy dentyków.

W ciągu 2006 roku w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej zostało udzielonych 270 mln porad, w tym 242 mln porad lekarskich i 28 mln stomatologicznych. Wśród porad lekarskich 60% (ponad 142 mln) udzielono w podstawowej opiece zdrowotnej, a 40% (ponad 94 mln) w opiece specjalistycznej.

25,8% wszystkich porad udzielonych w podstawowej opiece zdrowotnej przez lekarza podstawowej opieki zdrowotnej i lekarza rodzinnego stanowiły porady udzielone dzieciom i młodzieży w wieku do 18 lat (w miastach 26,4%, na wsi 24,2%).

Tabela 1. Porady udzielone dzieciom i młodzieży w wieku do 18 lat^a w podstawowej opiece zdrowotnej w miastach i na wsi według województw w 2006 r.

WOJEWÓDZTWA	Miasta			Wieś ^c
	publiczne za- kłady opieki zdrowotnej	niepubliczne zakłady opie- ki zdrowotnej	praktyki lekarskie ^b	
	w tysiącach			
POLSKA	6181,3	20530,8	1111,4	8810,8
Dolnośląskie	486,4	1941,3	30,2	408,2
Kujawsko-pomorskie	240,1	1344,8	29,0	494,5
Lubelskie	274,5	1076,7	40,5	719,4
Lubuskie	30,2	836,7	39,3	159,3
Łódzkie	855,4	1452,5	5,3	571,3
Małopolskie	479,6	1611,3	23,9	1257,8
Mazowieckie	1620,8	1639,8	51,4	1119,0
Opolskie	67,8	519,3	98,5	209,5
Podkarpackie	424,8	709,8	103,1	745,3
Podlaskie	130,6	736,5	91,5	238,5
Pomorskie	355,7	1325,4	63,2	410,2
Śląskie	848,7	2652,4	37,1	814,8
Świętokrzyskie	208,1	479,6	-	439,2
Warmińsko-mazurskie	63,5	827,3	136,1	232,0
Wielkopolskie	22,5	2416,6	172,0	819,8
Zachodniopomorskie	72,5	961,0	190,6	172,1

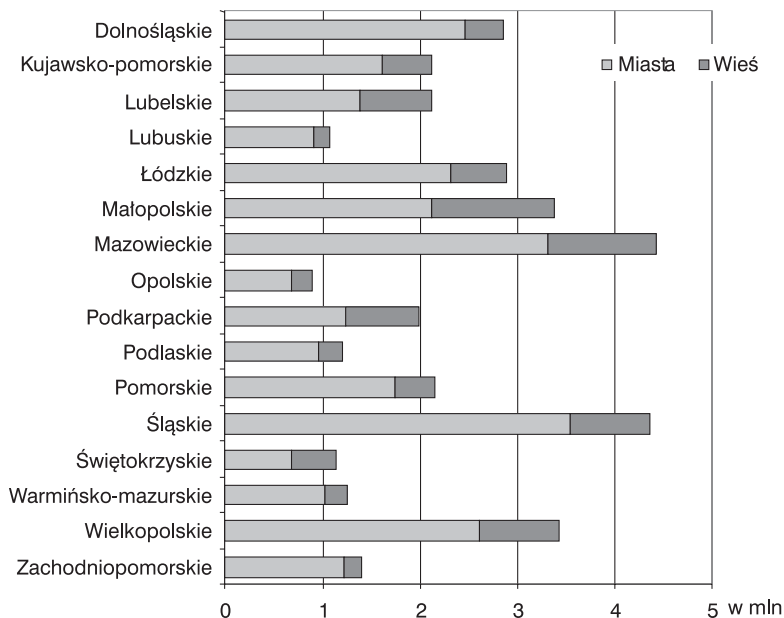
^a Bez porad z zakresy medycyny pracy. ^b Praktyki lekarskie (indywidualne i grupowe), realizujące świadczenia zdrowotne finansowane ze środków publicznych. ^c Łącznie z poradami udzielonymi w ramach praktyk lekarskich na wsi.

W 2006 roku lekarze podstawowej opieki zdrowotnej i lekarze rodzinni w ramach podstawowej opieki zdrowotnej udzielili dzieciom i młodzieży w wieku do 18 lat ponad 36,6 mln porad (bez porad z zakresu medycyny pracy), z czego 27,8 mln w miastach i 8,8 mln na wsi. 74% porad udzielonych tym osobom w miastach było zrealizowane przez niepubliczne zakłady ambulatoryjnej opieki zdrowotnej, 22% przez zakłady publiczne, a 4% w ramach praktyk lekarskich.

Najwięcej porad udzielono w województwach: mazowieckim i śląskim (około 4,4 mln), wielkopolskim i małopolskim (około 3,4 mln) oraz łódzkim i dolnośląskim (około 2,9 mln).

W 2006 roku w specjalistycznej lekarskiej opiece zdrowotnej 13,9% porad zostało udzielonych dzieciom i młodzieży w wieku do 18 lat

Wykres 3. Porady udzielone dzieciom i młodzieży w wieku do 18 lat^a w podstawowej opiece zdrowotnej według województw w 2006 r.



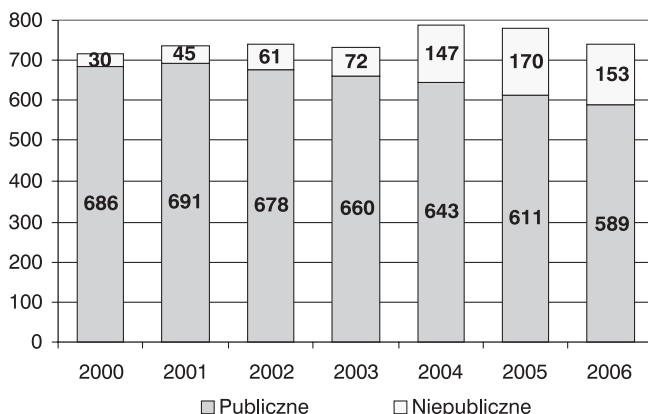
^a Bez porad z zakresu medycyny pracy; łącznie z poradami udzielonymi w ramach praktyk lekarskich w miastach i na wsi.

(w miastach 14%, na wsi 12%). Liczba udzielonych specjalistycznych porad pediatrycznych wyniosła 1011,6 tys. Natomiast w przypadku porad stomatologicznych odsetek porad udzielonych osobom w wieku do 18 lat wyniósł 28,6% (w miastach 28,2%, na wsi 30,4%).

3.1.2. Opieka zdrowotna o charakterze stacjonarym

Do stacjonarnych zakładów opieki zdrowotnej zalicza się szpitale ogólne, zakłady psychiatryczne, zakłady opieki długoterminowej (zakłady opiekuńczo-lecznicze, pielęgnacyjno-opiekuńcze, hospicja) oraz zakłady lecznictwa uzdrowiskowego.

W końcu 2006 roku funkcjonowało 742 szpitali ogólnych (bez szpitali MON, MSWiA i Ministerstwa Sprawiedliwości), z czego 79,4% stanowiły szpitale publiczne, 20,6% – niepubliczne.

Wykres 4. Szpitale^a publiczne i niepubliczne w latach 2000-2006

^a Bez szpitali MON, MSWiA i Ministerstwa Sprawiedliwości.

We wszystkich szpitalach ogólnych i ich oddziałach znajdowało się 176,7 tys. łóżek, z czego 24,6 tys. było przeznaczonych dla dzieci do lat 18 (o 2,9% mniej w stosunku do 2005 roku i o 6,4% mniej niż w 2004 roku). W ciągu roku we wszystkich szpitalach w trybie stacjonarnym leczonych było 1063,6 tys. osób w wieku do 18 lat (łącznie z ruchem międzyoddziałowym), tj. o 2,6% więcej niż w 2005 roku. Dzieci stanowiły 14,8% ogółu pacjentów. Najwięcej z nich (41,8%) przebywało na oddziale pediatrycznym, następnie na chirurgicznym dla dzieci (12,3%), otolaryngologicznym (7,2%), chirurgicznym ogólnym (4,3%) i chirurgii urazowo-ortopedycznej (3,5%).

Tabela 2. Dzieci do lat 18 leczone w szpitalach ogólnych^a i liczba łóżek dla dzieci na wybranych oddziałach w 2006 r.

WYSZCZEGÓLNIENIE	Łóżka (stan w dniu 31 XII)	Leczeni (łącznie z ruchem międzyoddziałowym)
O G Ó Ł E M	24556	1063625
w tym:		
Chirurgiczny dla dzieci	2418	130781
Chirurgiczny ogólny	737	45750
Chirurgii urazowo-ortopedycznej	996	36865
Neurologiczny	607	22617
Obserwacyjno zakaźny	630	26328
Okulistyczny	338	22138
Otolaryngologiczny	775	76298
Pediatryczny	10891	445026
Rehabilitacyjny	1898	24837

^a Bez szpitali MON, MSWiA i Ministerstwa Sprawiedliwości.

Najwięcej dzieci leczonych było w szpitalach zlokalizowanych na terenie województw: mazowieckiego – 14,5%, śląskiego – 10,6%, wielkopolskiego – 8,9%, dolnośląskiego – 8,7% i małopolskiego – 8,5%.

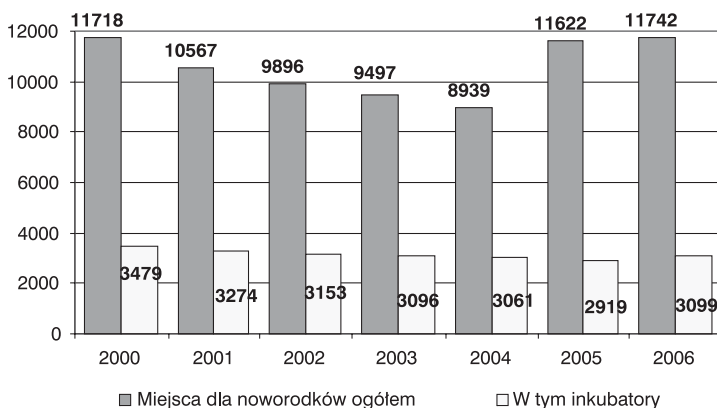
Tabela 3. Dzieci do lat 18 leczone w szpitalach ogólnych^a i liczba łóżek dla dzieci według województw w 2006 r.

WOJEWÓDZTWA	Łóżka (stan w dniu 31 XII)	Leczeni (łącznie z ruchem międzyoddziałowym)
POLSKA	24556	1063625
Dolnośląskie	1930	92031
Kujawsko-pomorskie	1405	57457
Lubelskie	1182	57674
Lubuskie	486	22983
Łódzkie	1790	70912
Małopolskie	2052	90924
Mazowieckie	3363	154566
Opolskie	473	20419
Podkarpackie	1019	49483
Podlaskie	951	49314
Pomorskie	1401	59287
Śląskie	3353	112621
Świętokrzyskie	780	34466
Warmińsko-mazurskie	1042	47875
Wielkopolskie	2207	94411
Zachodniopomorskie	1122	49202

^a Bez szpitali MON, MSWiA i Ministerstwa Sprawiedliwości.

W 2006 roku w szpitalach ogólnych przyjęto 369,3 tys. porodów, tj. o 2,7% więcej niż w roku poprzednim. Wykonano 106,3 tys. cięć cesarskich – w porównaniu do 2005 roku ich liczba wzrosła o 8%. Liczba noworodków żywo urodzonych wyniosła 371,8 tys. (362,2 tys. w 2005 roku).

Od 2000 roku liczba miejsc dla noworodków zmniejszała się systematycznie z 11,7 tys. do 8,9 tys. w 2004 roku. Lata 2005-2006 przeływały tę tendencję spadkową. W 2005 roku liczba miejsc przeznaczonych dla noworodków wzrosła o 30% w stosunku do roku poprzedniego. Na koniec 2006 roku szpitale dysponowały 11,7 tys. miejsc dla noworodków (o 120 miejsc więcej niż w 2005 roku), w tym inkubatory stanowiły 26,4%.

Wykres 5. Miejsca dla noworodków w szpitalach ogólnych^a w latach 2000-2006 (stan w dniu 31 XII)

^a Bez szpitali MON, MSWiA i Ministerstwa Sprawiedliwości.

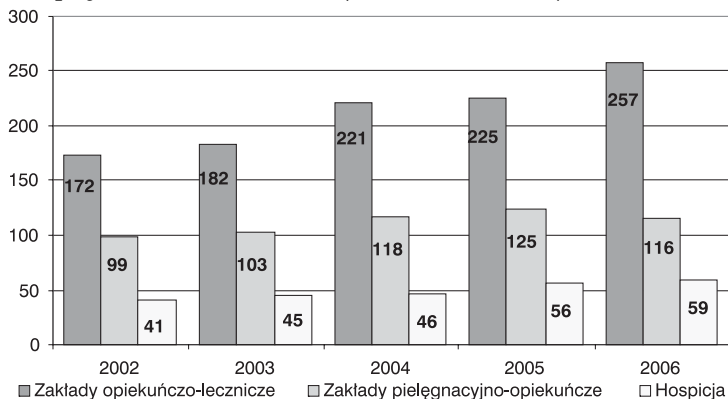
W 2006 roku w szpitalach ogólnych zdializowano 247 osób w wieku do 18 lat, u których wykonano 17,7 tys. dializ (w przychodniach specjalistycznych dializowano 2 osoby w tym wieku, a liczba przeprowadzonych u nich dializ wyniosła 313).

Świadczenia stacjonarnej opieki zdrowotnej realizowane są również przez zakłady opieki długoterminowej oraz zakłady leczenia uzdrowiskowego.

Do zakładów opieki długoterminowej zalicza się zakłady opiekuńczo-lecznicze, pielęgnacyjno-opiekuńcze oraz hospicja. Zakłady opiekuńczo-lecznicze i zakłady pielęgnacyjno-opiekuńcze udzielają całodobowych świadczeń zdrowotnych w zakresie pielęgnacji i rehabilitacji osób niewymagających hospitalizacji oraz zapewniają im środki farmaceutyczne i materiały medyczne. Hospicja sprawują wielodyscyplinarną opiekę medyczną, psychologiczną i społeczną nad chorymi znajdującymi się w terminalnym okresie choroby, oraz opiekę nad rodzinami chorych.

Na koniec 2006 roku działało 432 zakłady długoterminowej opieki zdrowotnej o charakterze ogólnym, z czego 257 zakładów opiekuńczo-leczniczych, 116 zakładów pielęgnacyjno-opiekuńczych oraz 59 hospicjów.

W latach 2002-2006 liczba dzieci i młodzieży leczona w zakładach opieki długoterminowej pozostawała na zbliżonym poziomie. Na koniec 2006 r. pacjenci w wieku 18 lat i więcej stanowili 3,5% ogółu pacjentów tego typu zakładów, w tym większość przebywała w zakładach opiekuńczo-leczniczych.

Wykres 6. Zakłady opiekuńczo-lecznicze i pielęgnacyjno-opiekuńcze^a oraz hospicja w latach 2002-2006 (stan w dniu 31 XII)

^a Bez zakładów opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych typu psychiatrycznego.

Tabela 4. Pacjenci zakładów długoterminowej opieki zdrowotnej według typów zakładów w 2006 r. (stan w dniu 31 XII)

WYSZCZEGÓLNIENIE	Zakłady opiekuńczo-lecznicze	Zakłady pielęgnacyjno-opiekuńcze	Hospicja
O G Ó Ł E M	11966	4258	692
w tym dzieci w wieku do 18 lat	505	72	16

Lecznictwo uzdrowiskowe obejmuje szpitale i sanatoria wykorzystujące w leczeniu, rehabilitacji i profilaktyce przede wszystkim naturalne surowce i właściwości lecznicze klimatu na terenach, na których są położone.

Na koniec 2006 roku funkcjonowało 257 zakładów lecznictwa uzdrowiskowego oraz 15 sanatoriów rehabilitacyjnych. W zakładach lecznictwa uzdrowiskowego z leczenia stacjonarnego skorzystało 548,8 tys. osób, w tym osoby w wieku do 18 lat stanowiły ponad 6%. Spośród 32,9 tys. leczonych w sanatoriach rehabilitacyjnych ponad 8% stanowiły dzieci w wieku do 18 lat.

Szybką pomoc medyczną w nagłych przypadkach zagrożenia życia lub zdrowia (z wyjątkiem zachorowań) świadczą zespoły ratownictwa medycznego, zgłoszone do systemu ratownictwa². W 2006 roku świadczeń zdrowotnych w miejscu zdarzenia udzielało 972 zespołów ratownictwa medycznego, z czego 469 wypadkowych, 426 reanimacyjnych, 54 ogólnych, 20 neonatologicznych i 3 kardiologiczne. Z ich pomocy

² Ustawa z dnia 25 VII 2001 r., o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz.U. Nr 113, poz. 1207).

skorzystało 3,1 mln osób, w tym 237,2 tys. dzieci i młodzieży w wieku do 18 lat. W porównaniu do 2003 roku liczba dzieci i młodzieży do lat 18, którym konieczne było udzielenie świadczenia zdrowotnego w ramach medycznych działań ratowniczych spadła o 6,4%.

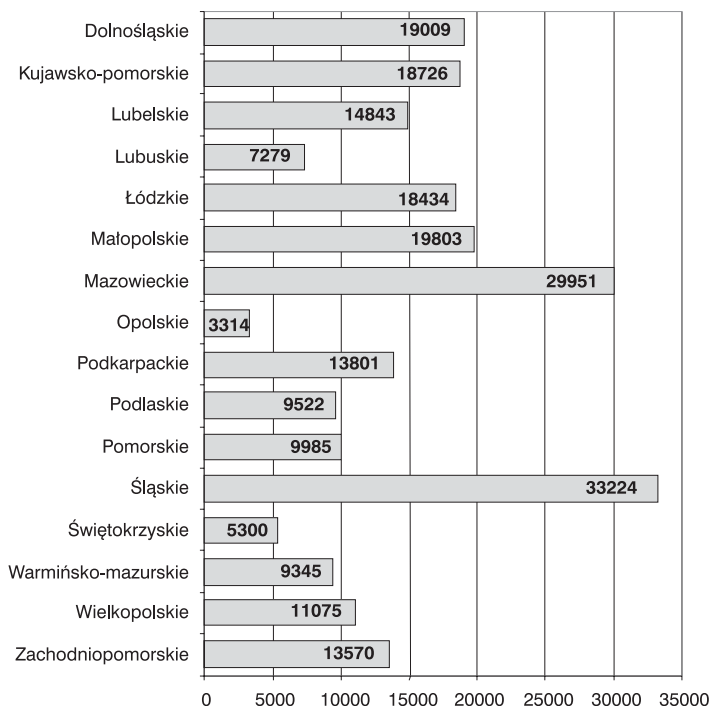
Tabela 5. Osoby, którym udzielono świadczenia zdrowotnego w miejscu zdarzenia^a w latach 2003-2006

WYSZCZEGÓLNIENIE	2003	2004	2005	2006
O G Ó Ł E M	3013127	2877489	3020524	3074132
w tym dzieci w wieku do 18 lat	253407	247427	245788	237181

^a Bez wyjazdów do zachorowań.

W 2006 roku najwięcej osób w wieku do 18 lat skorzystało z usług zespołów ratownictwa medycznego z województw: śląskiego, mazowieckiego, małopolskiego, dolnośląskiego, kujawsko-pomorskiego i łódzkiego.

Wykres 7. Dzieci w wieku do 18 lat, którym udzielono świadczenia zdrowotnego w miejscu zdarzenia^a według województw w 2006 r.



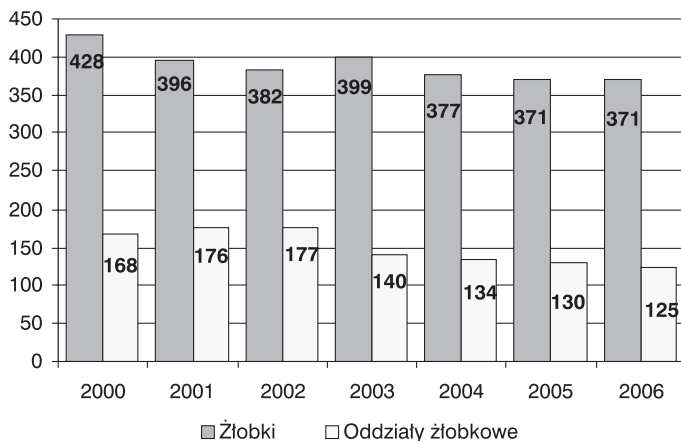
^a Bez wyjazdów do zachorowań.

3.1.3. Żłobki

Żłobki stanowią placówki udzielające świadczeń zdrowotnych, które obejmują swoim zakresem działania profilaktycznej i opiekę nad dzieckiem w wieku do 3 lat, w czasie pracy rodziców lub opiekunów.

W latach 2000-2006 liczba żłobków i oddziałów żłobkowych przy przedszkolach spadła o odpowiednio 13,3% i 25,6%. Na koniec 2006 roku działało 371 żłobków i 125 oddziałów. Zdecydowana większość z nich (96% żłobków i 92% oddziałów żłobkowych) stanowiła placówki publiczne.

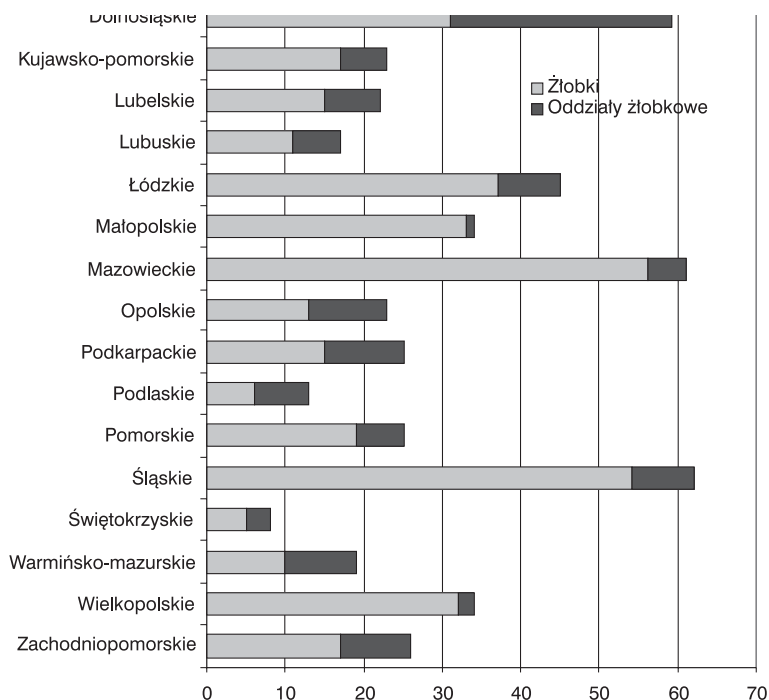
Wykres 8. Żłobki^a i oddziały żłobkowe w latach 2000-2006 (stan w dniu 31 XII)



^a Łącznie ze żłobkiem tygodniowym.

Najwięcej żłobków funkcjonowało w województwach: mazowieckim (15,1%), śląskim (14,6%), łódzkim (10,0%), małopolskim (8,9%), wielkopolskim (8,6%) i dolnośląskim (8,4%), natomiast oddziałów żłobkowych – w województwie dolnośląskim (22,4%), opolskim i podkarpackim (po 8%) oraz warmińsko-mazurskim i zachodniopomorskim (po 7,2%).

Żłobki i oddziały żłobkowe dysponowały łącznie na koniec 2006 roku 25,8 tys. miejsc (spadek o 13,5% w stosunku do 2000 roku), które zajmowało 25,1 tys. dzieci, w tym 47% stanowiły dziewczynki. Zaobserwowano dużą fluktuację dzieci – w ciągu roku w tego typu placówkach przebywało 50,8 tys. podopiecznych, czyli dwukrotnie więcej niż według stanu na koniec roku. Przeciętny pobyt dziecka w żłobku lub oddziale żłobkowym wyniósł 77 dni.

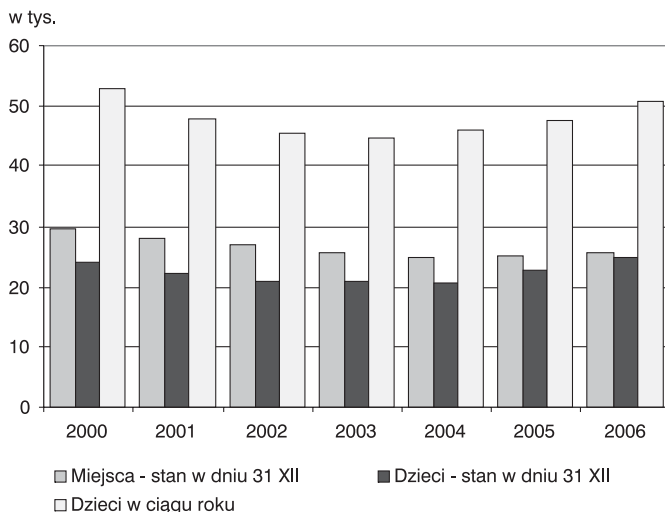
Wykres 9. Żłobki^a i oddziały żłobkowe według województw w 2006 r. (stan w dniu 31 XII)

^a Łącznie ze żłobkiem tygodniowym.

W ciągu 2000 roku w żłobkach i oddziałach żłobkowych przebywało 52,8 tys. dzieci. W kolejnych trzech latach ich liczba stopniowo zmniejszała się do 44,5 tys. dzieci w 2003 roku. Od 2004 roku zanotowano wzrost liczby podopiecznych korzystających z tego typu placówek, przy czym z roku na rok był on coraz większy (w 2004 roku wyniósł 3,1%, w 2005 roku – 3,8%, w 2006 roku – 6,6%).

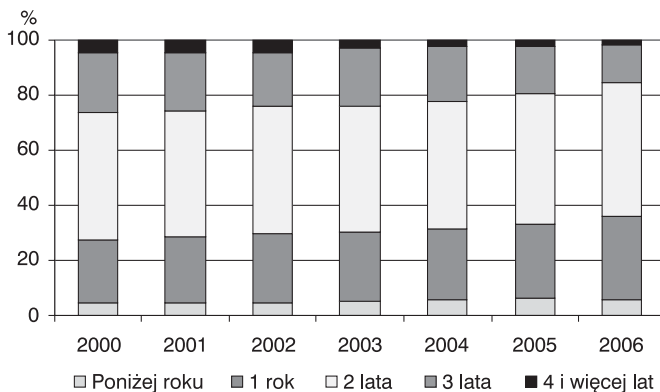
W latach 2000-2006 zmieniła się również struktura wiekowa dzieci, które przebywały w żłobkach i oddziałach żłobkowych. Zwiększył się udział dzieci w wieku poniżej 2 lat – z 27,6% w 2000 roku do 35,8% w 2006 roku. Najliczniejszą grupą byli dwulatkwie – na koniec 2006 roku stanowili oni 48,8% ogółu dzieci (w 2000 roku udział ten wyniósł 46,3%). Zmniejszyła się natomiast liczba dzieci w wieku powyżej 2 lat przebywająca w żłobkach i oddziałach żłobkowych – ich udział w ogólnej liczbie dzieci spadł z 26,2% w 2000 roku do 15,4% w 2006 roku.

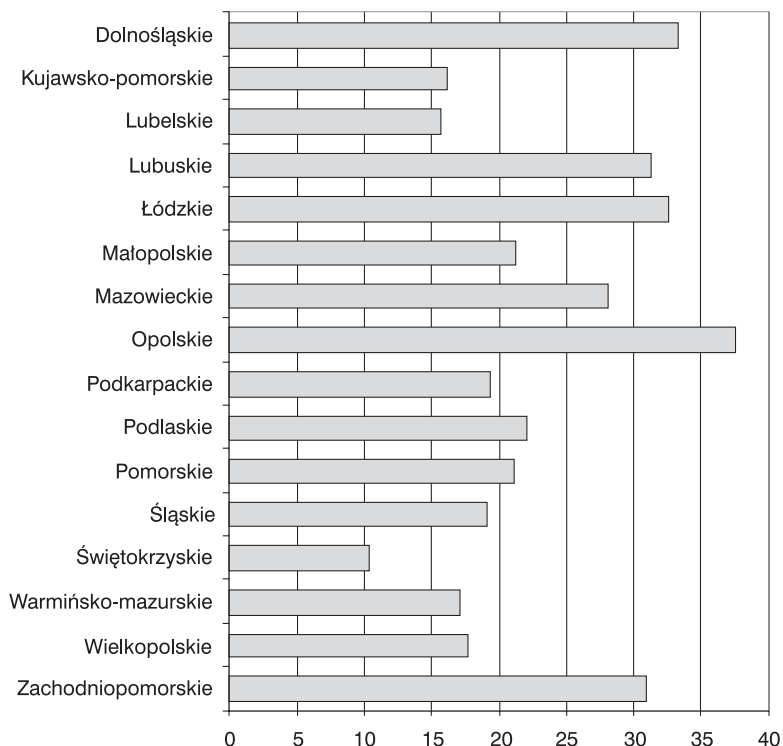
Wykres 10. Miejsca i dzieci przebywające w żłobkach i oddziałach żłobkowych w latach 2000-2006



W 2006 roku na każde 1000 dzieci w wieku do 3 lat w żłobkach i oddziałach żłobkowych przebywało 23 dzieci (w 2005 roku 21,5, w 2004 roku 20,0). W poszczególnych województwach wskaźnik ten kształtował się w przedziale od 10,4 w województwie świętokrzyskim do 37,5 w województwie opolskim. Również w województwach: dolnośląskim (33,3), łódzkim (32,5), lubuskim (31,2), zachodniopomorskim (30,9) i mazowieckim (28,1) wskaźnik ten osiągnął poziom wyższy niż średnia w kraju.

Wykres 11. Dzieci przebywające w żłobkach i oddziałach żłobkowych według wieku w latach 2000-2006 (stan w dniu 31 XII)



Wykres 12. Dzieci przebywające w żłobkach i oddziałach żłobkowych na 1000 dzieci w wieku do lat 3 w 2006 r. (stan w dniu 31 XII)

3.2. Świadczenia w zakresie pomocy społecznej

3.2.1. Placówki opiekuńczo-wychowawcze

Instytucjonalną formą opieki nad dziećmi i młodzieżą pozbawioną całkowicie lub częściowo wsparcia ze strony rodziny naturalnej są placówki opiekuńczo-wychowawcze. Zgodnie z ustawą o pomocy społecznej z dnia 12 marca 2004 roku³ placówki te zapewniają dziecku całodobową, ciągłą lub okresową opiekę i wychowanie oraz zaspokajają jego niezbędne potrzeby bytowe, rozwojowe, w tym emocjonalne, społeczne, religijne, a także zapewniają korzystanie z przysługujących na podsta-

³ Dz. U. z 2004 r., Nr 64, poz. 593.

wie odrębnych przepisów świadczeń zdrowotnych i kształcenia. Wyróżnia się placówki:

1. Wsparcia dziennego – działające w najbliższym otoczeniu dziecka spełniając funkcje opiekuńcze rodziny, wspierając rodziców w ich obowiązkach opiekuńczo-wychowawczych, świadcząc opiekę dzienną i zapewniając dziecku pomoc w nauce, organizację czasu wolnego, rozwój zainteresowań, organizację zabaw i zajęć sportowych, z tego:

- opiekuńcze – prowadzone w formie kół zainteresowań, świetlic, klubów, ognisk wychowawczych, które pomagają dzieciom w pokonywaniu trudności szkolnych i organizowaniu czasu wolnego,
- specjalistyczne – realizujące program psychokorekcyjny lub psychoprophylaktyczny, w tym terapię pedagogiczną, psychologiczną, rehabilitację, resocjalizację,

2. Interwencyjne – zapewniające na czas trwania sytuacji kryzysowej doraźną opiekę i wychowanie, kształcenie dostosowane do wieku i możliwości rozwojowych, przygotowujące diagnozę dziecka i jego sytuacji rodzinnej oraz ustalające wskazania do dalszej pracy z dzieckiem,

3. Rodzinne – tworzące wielodzietną rodzinę, umożliwiające całodobową opiekę i wychowanie np. licznemu rodzeństwu, zapewniają kształcenie, wyrównywanie opóźnień rozwojowych i szkolnych,

4. Socjalizacyjne – zapewniające całodobową opiekę, wychowanie i kształcenie oraz zaspokojenie niezbędnych potrzeb dziecka, zapewniające zajęcia korekcyjne, kompensacyjne, logopedyczne, terapeutyczne rekompensujące brak wychowania w rodzinie i przygotowujące do życia społecznego, a dzieciom niepełnosprawnym – odpowiednią rehabilitację i zajęcia specjalistyczne,

5. Wielofunkcyjne – zapewniające dzienną i całodobową opiekę oraz wychowanie poprzez realizację zadań przewidzianych dla placówki: wsparcia dziennego, interwencyjnej i socjalizacyjnej, a także łącząceienne i całodobowe działania terapeutyczne, interwencyjne i socjalizacyjne skierowane na dziecko i rodzinę dziecka.

Pod koniec 2006 roku działało 3396 placówek wsparcia dziennego (3030 opiekuńczych i 366 specjalistycznych), w tym 1855 pracowało minimum 5 dni i 20 godzin w tygodniu. Z placówek skorzystało w ciągu roku 161,4 tys. dzieci i młodzieży (140,0 tys. z opiekuńczych i 21,4 tys. ze specjalistycznych). W swojej działalności tego typu instytucje wspierane są pracą wolontariuszy. W 2006 roku pomoc taką świadczyło ponad 9,3 tys. osób.

Tabela 6. Placówki wsparcia dziennego i ich wychowankowie w latach 2001-2006

LATA	Placówki (stan w dniu 31 XII)	Wychowankowie ^a (w roku sprawozdawczym)
2001	1721	78698
2002	1575	70326
2003	2271	147536
2004	2637	146820
2005	2980	151800
2006	3396	161427

^a W latach 2001 i 2002 według stanu w dniu 31 XII.

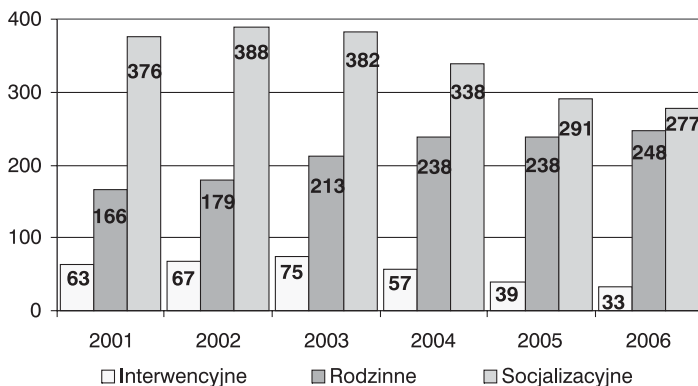
Obok placówek wsparcia dziennego pod koniec 2006 roku funkcjonowało 699 placówek całodobowych: 33 interwencyjne, 248 rodzinnych, 277 socjalizacyjnych oraz 141 wielofunkcyjnych, z czego 42 realizowały zadania przewidziane dla placówki wsparcia dziennego. Liczba wychowanków według stanu na 31 grudnia wyniosła 20,7 tys. osób (w ciągu roku przebywało w nich 33,5 tys. dzieci), w tym: w placówkach interwencyjnych – 1,3 tys. (4,6 tys. w ciągu roku), w rodzinnych – 2,0 tys. (2,2 tys. w ciągu roku), w socjalizacyjnych – 10,6 tys. (15 tys. w ciągu roku), w wielofunkcyjnych – 6,8 tys. (11,8 tys. w ciągu roku). W przekroju województw najwięcej wychowanków tego typu instytucji przebywało w placówkach zlokalizowanych na terenie województw śląskiego (12,1%), mazowieckiego (11,1%) i dolnośląskiego (11,0%).

Tabela 7. Całodobowe placówki opiekuńczo-wychowawcze i ich wychowankowie według województw w 2006 r. (stan w dniu 31 XII)

WOJEWÓDZTWA	Placówki	Wychowankowie
POLSKA	699	20663
Dolnośląskie	87	2266
Kujawsko-pomorskie	42	1224
Lubelskie	34	1240
Lubuskie	13	589
Łódzkie	43	1529
Małopolskie	54	1175
Mazowieckie	63	2294
Opolskie	17	623
Podkarpackie	37	929
Podlaskie	17	619
Pomorskie	49	1390
Śląskie	78	2501
Świętokrzyskie	34	559
Warmińsko-mazurskie	41	1034
Wielkopolskie	54	1425
Zachodniopomorskie	36	1266

W porównaniu do 2001 roku spadła liczba placówek interwencyjnych, z 63 do 33 (o 47,6%) i socjalizacyjnych, z 376 do 277 (o 26,3%), natomiast wzrosła liczba placówek rodzinnych, ze 166 do 248 (o 49,4%)

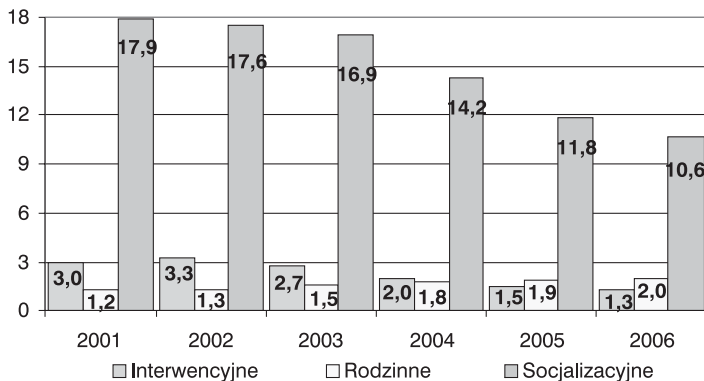
Wykres 13. Placówki interwencyjne, rodzinne i socjalizacyjne w latach 2001-2006 (stan w dniu 31 XII)



Analogicznie zmieniła się liczba dzieci przebywających w tego typu placówkach: w placówkach interwencyjnych i socjalizacyjnych spadła o odpowiednio 56,5% i 40,5%, a w placówkach rodzinnych wzrosła o 56,2%.

Wykres 14. Wychowankowie w placówkach interwencyjnych, rodzinnych i socjalizacyjnych w latach 2001-2006 (stan w dniu 31 XII)

w tys.



W latach 2004-2006 wzrosła dwu i pół-krotnie liczba placówek wielofunkcyjnych z 55 do 141 i przebywających w nich wychowanków z 2,7 tys. do 6,8 tys.

Tabela 8. Placówki wielofunkcyjne i ich wychowankowie w latach 2004-2006 (stan w dniu 31 XII)

LATA	Placówki		Wychowankowie	
	ogółem	w tym pełniące funkcje wsparcia dziennego	ogółem	w tym w placówkach pełniących funkcje wsparcia dziennego
2004	55	29	2713	932
2005	105	31	5045	1112
2006	141	42	6782	1162

Na koniec 2006 roku ponad połowa wychowanków całodobowych placówek opiekuńczo-wychowawczych przebywała w placówkach socjalizacyjnych. Najliczniejszą grupą wiekową w tego typu placówkach były dzieci w wieku 7-13 lat (34,6%) i 14-16 lat (31,6%). Młodzież w wieku 17-18 lat stanowiła 15,4% wychowanków, natomiast dzieci najmłodsze w wieku do 6 lat – 14,2% przebywających w placówkach socjalizacyjnych.

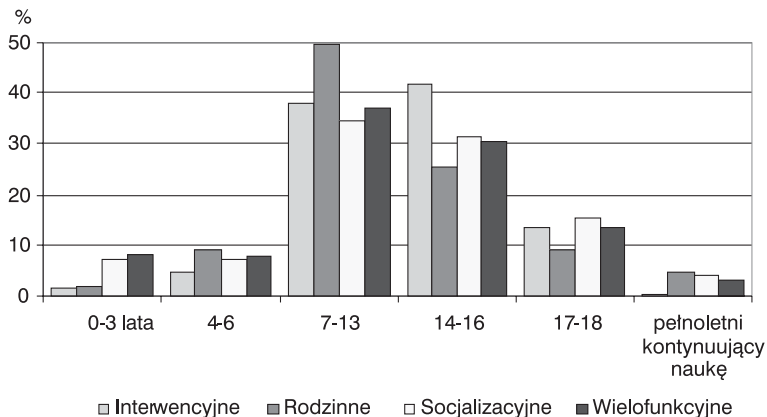
32,8% dzieci umieszczonych w całodobowych placówkach opiekuńczo-wychowawczych przebywała w placówkach wielofunkcyjnych. Również w tego typu instytucjach najliczniej była reprezentowana grupa dzieci w wieku 7-13 lat oraz 14-16 lat (odpowiednio 36,9% i 30,5%). Dzieci w wieku do 6 lat stanowiły 16,3% wychowanków tego typu placówek.

Wśród wszystkich placówek całodobowych najmniej wychowanków przebywało w placówkach rodzinnych (9,4% wychowanków) i interwencyjnych (6,3% wychowanków). W placówkach rodzinnych prawie połowę wychowanków stanowiły dzieci w wieku 7-13 lat, natomiast w placówkach interwencyjnych najliczniejszą była grupa dzieci w wieku 14-16 lat (41,7% wychowanków tego typu placówek).

Na koniec 2006 roku 21,6% (4,5 tys.) wychowanków całodobowych placówek opiekuńczo-wychowawczych było sierotami lub półsierotami, osoby niepełnosprawne stanowiły 9,1% (1,9 tys.), natomiast przewlekłe chore 8,5% (1,8 tys.).

W ciągu 2006 roku placówki całodobowe opuściło 12,9 tys. wychowanków, w tym 10,7 tys. dzieci w wieku do 18 lat. Wśród dzieci w wieku do 18 lat, które opuściły tego typu instytucje, ponad 37% powróciło do rodzin własnych, około 9% ubyło do rodzin adopcyjnych, prawie

Wykres 15. Wychowankowie w całodobowych placówkach opiekuńczo-wychowawczych według wieku w 2006 r. (stan w dniu 31 XII)



13% do rodzin zastępczych, natomiast 29% dzieci odeszło do innych placówek opiekuńczo-wychowawczych. Spośród pełnoletnich wychowanków, którzy opuścili placówki prawie połowa wróciła do rodzin własnych, a niespełna 40% założyła własne gospodarstwo domowe.

3.2.2. Rodziny zastępcze

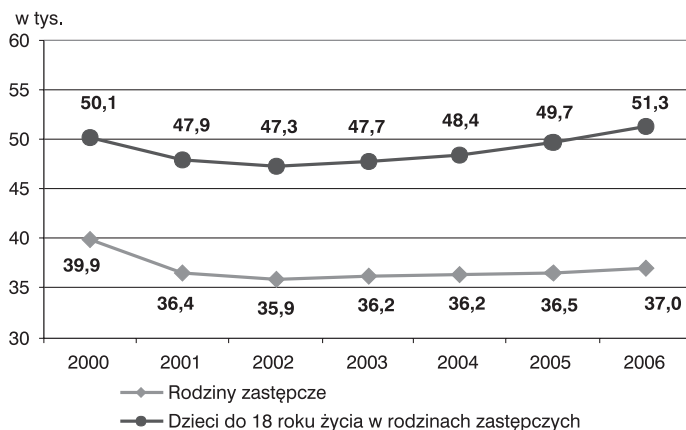
Alternatywę dla systemu instytucjonalnego stanowią rodziny zastępcze, które zapewniają na czas określony (zgodnie z ustawodawstwem do osiągnięcia pełnoletniości przez podopiecznego) opiekę i wychowanie dzieciom pozbawionym całkowicie lub częściowo opieki rodzicielskiej. Rodziny zastępcze dzielą się na:

- a) spokrewnione z dzieckiem;
- b) niespokrewnione z dzieckiem;
- c) zawodowe niespokrewnione z dzieckiem:
 - wielodzietne,
 - specjalistyczne,
 - o charakterze pogotowia rodzinnego

Na koniec 2006 roku funkcjonowało 37,0 tys. rodzin zastępczych, które wychowywały 51,3 tys. dzieci. Mimo że od 2003 roku zanotowano niewielki wzrost liczby rodzin zastępczych, to w porównaniu do 2000 roku liczba ta spadła o 7,3% (o 2,9 tys. rodzin). Największy spadek wystąpił w 2001 roku – w stosunku do roku poprzedniego liczba rodzin zastępczych zmalała o 3,4 tys. (8,6%).

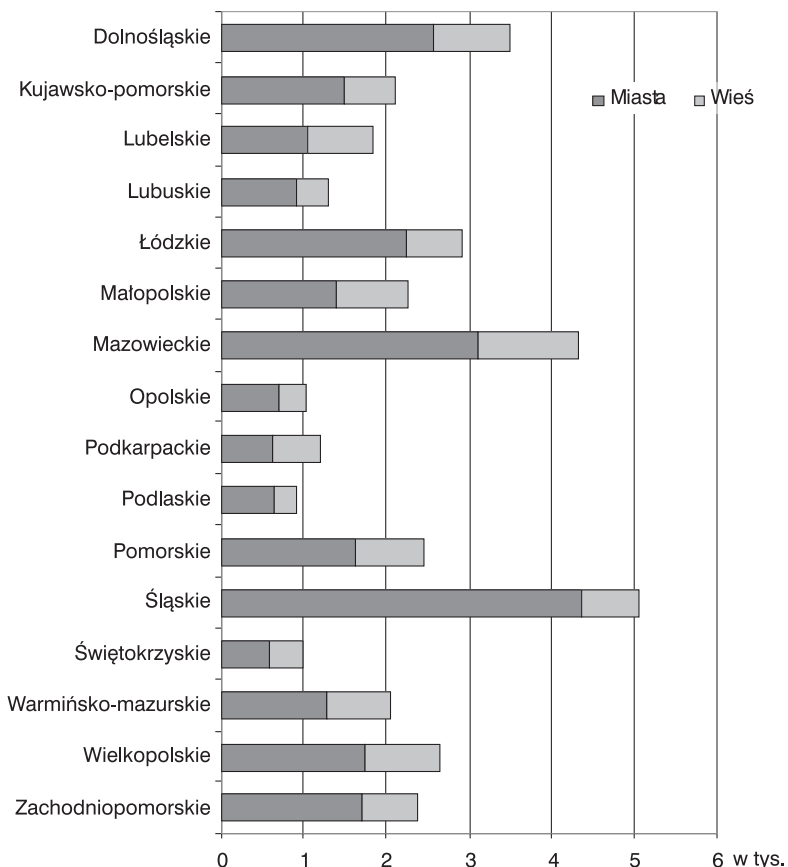
Od 2003 roku wraz ze wzrostem liczby rodzin zastępczych zwiększała się także liczba dzieci i młodzieży w wieku do 18 lat będących pod opieką tych rodzin, przy czym wzrost ten był większy niż w przypadku liczby rodzin zastępczych. W porównaniu do roku poprzedniego liczba dzieci wzrosła w 2003 roku o 0,9%, w 2004 roku o 1,5%, w 2005 roku o 2,5%, a w 2006 roku o 3,4%. W rezultacie tych zmian liczba osób w wieku do 18 lat pozostająca w rodzinach zastępczych wzrosła w stosunku do 2000 roku o 2,4%.

Wykres 16. Rodziny zastępcze i dzieci w rodzinach zastępczych w latach 2000-2006 (stan w dniu 31 XII)



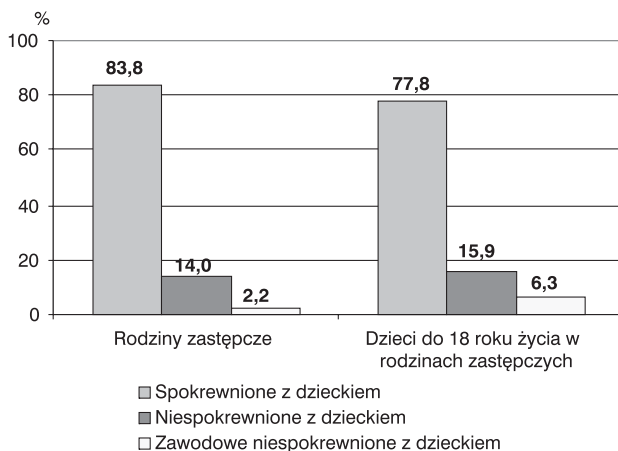
W 2006 roku zdecydowana większość rodzin zastępczych (70,5%) mieszkała w miastach, 10,9 tys. – na wsi. W przekroju województw najwięcej rodzin zastępczych mieszkało w województwach: śląskim (13,7%), mazowieckim (11,7%), dolnośląskim (9,5%), łódzkim (7,9%) i wielkopolskim (7,2%), a najmniej w województwach podlaskim (2,4%), świętokrzyskim (2,7%) i opolskim (2,8%).

W 2006 roku najwięcej rodzin zastępczych było spokrewnionych z dziećmi – 83,8% (w miastach 84,9%, na wsi 81,1%). Rodziny niespokrewnione z dzieckiem stanowiły 14% ogółu rodzin zastępczych (w miastach 13%, na wsi 16,3%), natomiast zawodowe rodziny zastępcze – 2,2%. Wśród zawodowych rodzin zastępczych ponad połowa to rodziny o charakterze pogotowia rodzinnego. Wśród osób w wieku do 18 lat przebywających w rodzinach zastępczych 77,8% dzieci wychowywało się w rodzinach spokrewnionych z dzieckiem, 15,6% – w niespokrewnionych z dzieckiem, a 6,3% – w zawodowych.

Wykres 17. Rodziny zastępcze według województw w 2006 r. (stan w dniu 31 XII)

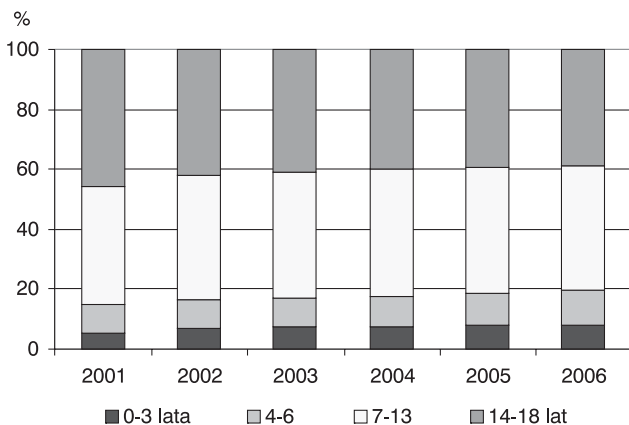
Rodziną zastępczą może być zarówno małżeństwo, jak i osoba samotna. Na koniec 2006 roku osoby samotne stanowiły 42,2% rodzin zastępczych, małżeństwa – 57,8%. W latach 2001-2006 odsetek osób samotnych pełniących funkcje rodziny zastępczej stopniowo spadał na rzecz małżeństw (w 2001 roku wynosił odpowiednio 45,6% i 54,4%).

Najwięcej rodzin zastępczych sprawowało opiekę nad jednym dzieckiem – w 2006 roku odsetek rodzin, które przyjęły jedno dziecko wyniósł 73,1% (w porównaniu do 2001 roku spadł o 3,3 pkt proc.). Rodziny zastępcze wychowujące dwójkę dzieci stanowiły 18% ogółu rodzin (w 2001 roku – 17,2%). W porównaniu do 2001 roku wzrosła liczba ro-

Wykres 18. Rodziny zastępcze i dzieci w rodzinach zastępczych według typów w 2006 r. (stan w dniu 31 XII)

dzin z trójką dzieci oraz rodzin z więcej niż trójką dzieci – w 2006 roku rodziny te stanowiły odpowiednio 5,3% i 3,4% ogółu rodzin zastępczych (w 2001 roku odpowiednio 4,4% i 2%).

Wśród dzieci i młodzieży w wieku do 18 lat przebywających w rodzinach zastępczych na koniec 2006 roku najwięcej było dzieci w wieku 7-13 lat (41,5%) oraz osób w wieku 14-18 lat (39,1%). Najmniej było dzieci najmłodszych tj. w wieku 0-3 lata (7,9%). Dzieci w przedziale

Wykres 19. Dzieci w rodzinach zastępczych według wieku w latach 2001-2006 (stan w dniu 31 XII)

wiekowym 4-6 lat stanowiły 11,5% dzieci w rodzinach zastępczych. W latach 2001-2006 zmieniła się struktura wiekowa dzieci przebywających w rodzinach zastępczych – wzrósł odsetek dzieci w wieku 0-3 lata i 4-6 lat (w 2001 roku odpowiednio 5,4% i 9,4%), natomiast spadł dla młodzieży w wieku 14-18 lat (w 2001 roku 45,7%).

W ciągu 2006 roku rodziny zastępcze opuściło 4,5 tys. wychowanków w wieku do 18 lat, w tym 34,2% powróciło do rodziny naturalnej, 25,2% zostało umieszczonych w innej rodzinie zastępczej, a 19% w placówce opiekuńczo-wychowawczej, 16% przekazano do adopcji.

3.2.3. Zakłady stacjonarnej pomocy społecznej

Domy i zakłady pomocy społecznej obejmują stacjonarne placówki takie jak: domy pomocy społecznej, rodzinne domy pomocy, placówki zapewniające całodobową opiekę osobom niepełnosprawnym, przewlekłe chorym, w podeszłym wieku w ramach działalności gospodarczej i statutowej, środowiskowe domy pomocy i inne ośrodki dla osób z zaburzeniami psychicznymi, domy dla matek z małoletnimi dziećmi i kobiet w ciąży, noclegownie oraz schroniska i domy dla bezdomnych.

W końcu 2006 roku działało 1255 zakładów stacjonarnych pomocy społecznej, w których przebywało 94,4 tys. mieszkańców. W porównaniu do 2000 roku liczba zakładów wzrosła o 34,1%, natomiast liczba mieszkańców tych placówek o 17,1%.

Tabela 9. Zakłady stacjonarnej pomocy społecznej w latach 2000-2006 (stan w dniu 31 XII)

LATA	Zakłady	Mieszkańcy	
		ogółem	w tym w wieku do 18 lat
2000	936	80634	3777
2001	983	85240	3702
2002	999	87500	3660
2003	1099	91824	3751
2004	1154	93930	3908
2005	1196	93372	3647
2006	1255	94418	3609

W przekroju województw najwięcej zakładów znajdowało się w: mazowieckim (14,3%), śląskim (10,5%), małopolskim (9,2%) i wielkopolskim (8,8%).

skim (8,5%). Mieszkańcy zakładów zlokalizowanych w tych województwach stanowili odpowiednio: 13,7%, 10,3%, 8,9% i 7,8% ogółu mieszkańców.

Tabela 10. Zakłady stacjonarne pomocy społecznej według województw w 2006 r. (stan w dniu 31 XII)

WOJEWÓDZTWA	Zakłady	Mieszkańcy	
		ogółem	w tym w wieku do 18 lat
POLSKA	1255	94418	3609
Dolnośląskie	75	6662	298
Kujawsko-pomorskie	75	5155	307
Lubelskie	62	5225	270
Lubuskie	36	2618	91
Łódzkie	77	7370	185
Małopolskie	116	8422	218
Mazowieckie	180	12908	478
Opolskie	49	3538	201
Podkarpackie	65	5130	155
Podlaskie	38	2878	137
Pomorskie	70	4988	171
Śląskie	132	9712	329
Świętokrzyskie	54	3697	73
Warmińsko-mazurskie	56	4111	200
Wielkopolskie	107	7341	295
Zachodniopomorskie	63	4663	201

Dzieci w wieku do 18 lat stanowiły najmniej liczną grupę mieszkańców zakładów stacjonarnych pomocy społecznej. Na koniec 2006 roku w tego typu instytucjach przebywało 3,6 tys. osób w tym wieku, co stanowiło 3,8% ogółu mieszkańców (w 2000 roku odpowiednio 3,8 tys. i 4,7%). 42,8% osób w wieku do 18 lat przebywało w domach dla dzieci i młodzieży niepełnosprawnych intelektualnie, 26,4% – w domach dla matek z małoletnimi dziećmi i kobiet w ciąży, 20,2% – w placówkach dla osób bezdomnych, 5,9% – w placówkach dla niepełnosprawnych intelektualnie. W porównaniu do 2001 roku spadł udział małoletnich mieszkańców przebywających w zakładach dla dzieci i młodzieży niepełnosprawnych intelektualnie (w 2001 roku – 59%), natomiast wzrósł dla placówek dla osób bezdomnych (w 2001 roku – 7,4%).

Tabela 11. Mieszkańcy zakładów stacjonarnych pomocy społecznej w wieku do 18 lat w wybranych rodzajach zakładów w latach 2000-2006 (stan w dniu 31 XII)

WYSZCZEGÓLNIENIE	2001	2002	2003	2004	2005	2006
O G Ó Ł E M	3702	3660	3751	3908	3647	3609
w tym w domach i zakładach dla:						
Dzieci i młodzieży niepełnosprawnych intelektualnie	2183	2108	2038	1853	1668	1543
Matek z małoletnimi dziećmi i kobiet w ciąży	703	782	899	1176	1047	953
Bezdomnych	275	258	288	476	547	728
Dorosłych niepełnosprawnych intelektualnie	289	264	258	184	220	213

ROZDZIAŁ IV.

OCHRONA ZDROWIA W GOSPODARSTWACH DOMOWYCH

Informacje prezentowane w niniejszym rozdziale stanowią wyniki badania modułowego „Ochrona zdrowia w gospodarstwach domowych” odnoszące się do dzieci i młodzieży w wieku do 24 lat. Badanie objęło okres od 1.01.2006 r. do 31.12.2006 r., z wyjątkiem niektórych pytań odnoszących się do IV kwartału 2006 r. np. dotyczących ambulatoryjnej opieki zdrowotnej, czy wydatków na leki.

4.1. Ocena stanu zdrowia

W 2006 roku zdecydowana większość (około 90%) osób w wieku do 24 lat oceniła swój stan zdrowia pozytywnie (jako bardzo dobry lub dobry), przy czym najwięcej pozytywnych ocen charakteryzowało grupę wiekową od 1 do 2 lat. W przypadku dzieci w wieku przedszkolnym (3-6 lat) odnotowano najwięcej ocen negatywnych – 3,4%.

Tabela 1. Dzieci i młodzież według oceny stanu zdrowia^a

WIEK	Bardzo dobry	Dobry	Taki sobie, ani dobry, ani zły	Zły	Bardzo zły
	w odsetkach				
0 lat	50,6	40,6	8,8	0,0	0,0
1-2	47,1	45,2	5,3	2,2	0,3
3-6	42,5	47,3	6,8	2,4	1,0
7-16	43,8	47,3	6,6	1,8	0,5
17-24 lata	42,7	48,2	7,6	1,3	0,2

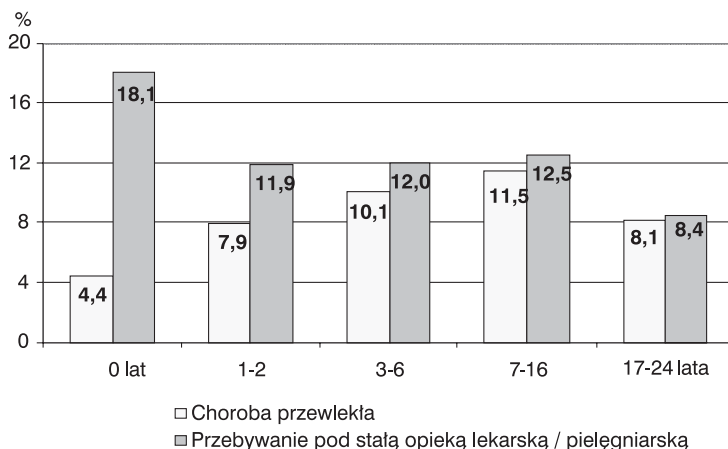
^a Informacje o dzieciach w wieku do 14 lat podawali ich rodzice lub inne osoby dobrze orientujące się w sytuacji dzieci.

Wyniki badania odnośnie występowania chorób przewlekłych oraz przebywania pod opieką lekarską wskazują, że wśród osób w wieku

do 24 lat największy odsetek dzieci i młodzieży cierpiących na choroby przewlekłe zanotowano w 2006 roku w grupie wiekowej 7-16 lat – 11,5%, a najmniejszy – 4,4% – w grupie dzieci do 1 roku życia. Jednocześnie największy odsetek dzieci przebywających pod stałą opieką lekarską/pielęgniarską charakteryzował najmłodsze dzieci (do 1 roku życia) i wynosił 18,1%. W następnych grupach wiekowych (1-2, 3-6, 7-16 lat) stałą opieką lekarską objętych było około 12% dzieci, natomiast w grupie osób w wieku 17-24 lata odsetek ten osiągnął poziom 8,4%.

W 2006 roku rentę lub zasiłek pielęgnacyjny z tytułu całkowitej niezdolności do samodzielnej egzystencji pobierało 1,4% dzieci w wieku 1-2 lata, 2,3% – w wieku 3-6 lat, 2,4% – w wieku 7-16 lat i 1,7% w wieku 17-24 lata.

Wykres 1. Dzieci i młodzież z chorobami przewlekłymi oraz przebywająca pod stałą opieką lekarską/pielęgniarską



4.2. Korzystanie z usług opieki zdrowotnej

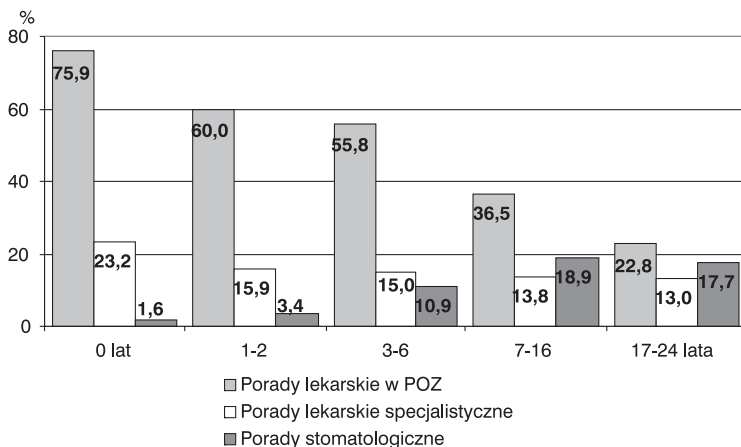
Analizując wyniki badania modułowego dotyczące skali korzystania z usług zdrowotnych przez osoby w wieku do 24 lat w IV kwartale 2006 roku można stwierdzić, że największy udział dzieci i młodzieży korzystających z porad lekarskich w podstawowej opiece zdrowotnej w analizowanych grupach wiekowych charakteryzował grupę niemowląt – ponad trzy czwarte dzieci do 1 roku życia korzystało z porad lekarzy POZ, a prawie połowa wymagała trzech i więcej porad. W grupie wiekowej 1-2 lata pa-

cjentami lekarzy POZ było 60% dzieci, a co czwarte dziecko w tym wieku było u lekarza co najmniej trzy razy w roku. Nieco rzadziej korzystały z opieki lekarskiej dzieci w wieku przedszkolnym – 55,8% dzieci w tym wieku. Zdecydowanie mniej było u lekarza POZ dzieci w wieku szkolnym (7-16 lat) – 36,5%. W grupie osób młodych (17-24 lata) odwiedziła lekarza POZ prawie co czwarta osoba, z tego połowa złożyła tylko jedną wizytę.

Ze specjalistycznych porad lekarskich również najczęściej korzystały niemowlęta – 23,2% dzieci w tym wieku. W następnych grupach wiekowych nie wystąpiły duże różnice, jeśli chodzi o korzystanie z usług lekarza specjalisty (od 13,0% do 15,9%), przy czym nieznacznie częściej z takich porad korzystały dzieci młodsze (1-2 oraz 3-6 lat) niż starsze (7-16 i 17-24 lata).

Pacjentami gabinetów stomatologicznych była prawie co piąta osoba w wieku szkolnym (7-16 lat), a mniej niż 5% dzieci w tym wieku trzy i więcej razy skorzystała z usługi stomatologicznej. W grupie wiekowej 17-24 lata z wizytą w gabinecie stomatologicznym było 17,7% osób.

Wykres 2. Dzieci i młodzież korzystająca z usług opieki zdrowotnej^a



^a IV kwartał.

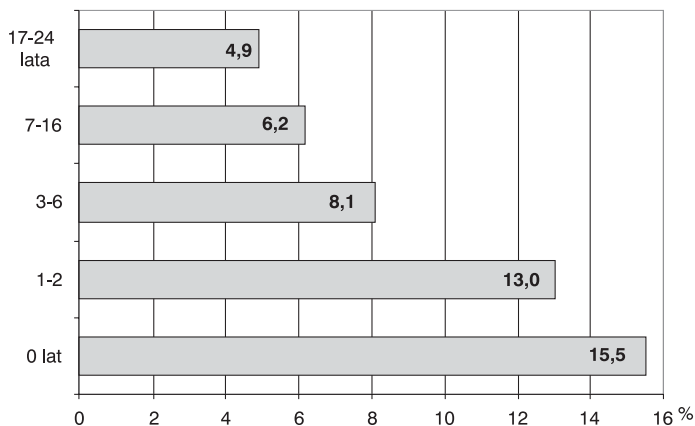
Z innych usług ambulatoryjnych obejmujących m.in. szczepienia, zmiany opatrunków, zabiegi fizykoterapii, najczęściej korzystały niemowlęta (21,3% dzieci w wieku do 1 roku). Wśród dzieci w wieku 1-2 lata odsetek dzieci korzystających z tego rodzaju usług wyniósł 5,9%, natomiast w grupach wiekowych 3-6 lat i 7-16 lat kształtował się na poziomie około 3%, a dla osób w wieku 17-24 lata stanowił 1%.

Z usług leczniczych w domu pacjenta (zarówno długoterminowych, jak i pozostałych) wykonywanych przez lekarzy, pielęgniarki środowiskowe i położne, osoby w wieku do 24 lat korzystały bardzo rzadko. W większym stopniu z tego typu usług korzystały niemowlęta – 2,3% dzieci w tym wieku skorzystało z opieki domowej długoterminowej, a 6,7% z pozostałych usług leczniczych w domu pacjenta.

Osoby w wieku do 24 lat przebywające w szpitalu lub innym stacjonarnym zakładzie opieki zdrowotnej w 2006 roku stanowiły 6,6% populacji w tej grupie wieku. Liczba pobyków dzieci i młodzieży w tego typu placówkach była większa o ponad 38% niż liczba korzystających z leczenia, gdyż niektóre osoby leczone przebywały w stacjonarnych zakładach opieki zdrowotnej więcej niż raz w ciągu roku.

Leczenia w stacjonarnych zakładach opieki medycznej najczęściej wymagały niemowlęta i małe dzieci w wieku 1-2 lata – odsetek dzieci leczonych w szpitalach i innych stacjonarnych zakładach opieki zdrowotnej wyniósł w podanych grupach wiekowych odpowiednio 15,5% oraz 13,0%. W starszych grupach wiekowych udział hospitalizowanych stopniowo malał do prawie 5% w grupie młodzieży w wieku 17-24 lata.

Wykres 3. Dzieci i młodzież korzystająca ze stacjonarnej opieki zdrowotnej



Zdecydowana większość (około 70%) pobyków dzieci i młodzieży w stacjonarnych zakładach opieki zdrowotnej przypadała na szpitale ogólne. Największa liczba pobyków w szpitalach specjalistycznych przypadała na dzieci w wieku 7-16 lat, następnie dzieci w wieku 1-2

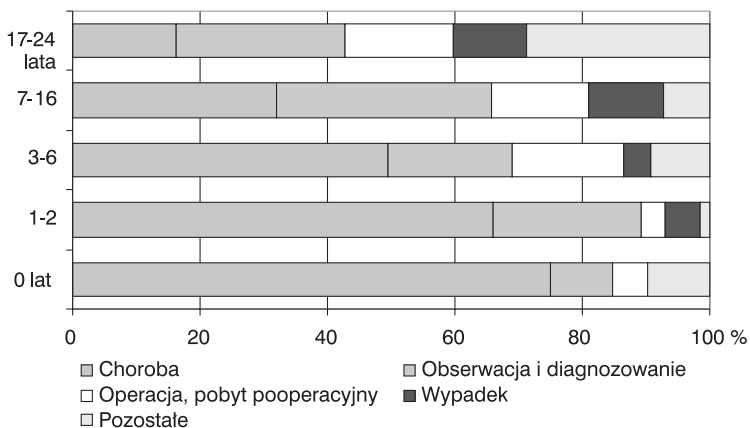
lata i młodzież w wieku 17-24 lata. Najrzadziej w szpitalach specjalistycznych przebywały niemowlęta. Pobyty w sanatoriach i zakładach uzdrowiskowych dotyczyły głównie dzieci w wieku 3-6 lat.

Tabela 2. Pobyty dzieci i młodzieży w stacjonarnych zakładach opieki zdrowotnej

WIEK	Szpital ogólny	Szpital specjalistyczny	Sanatorium lub zakład uzdrowiskowy
	w % przebywających danej grupy wieku		
0 lat	104,4	6,3	0,0
1-2	101,5	71,0	1,8
3-6	85,2	42,4	10,3
7-16	89,2	35,1	3,2
17-24 lata	111,3	31,4	0,0

Najczęstszą przyczyną hospitalizacji dzieci i młodzieży była choroba (ponad 37% pobyków w grupie wieku do 24 lat). Obserwacja i diagnozowanie stanowiły przyczynę hospitalizacji dla ponad 26% pobyków, ponad 13% było związanych z operacją i pobytem pooperacyjnym, natomiast prawie 9% pobyków osób w wieku do 24 lat była spowodowana przez wypadek. Niemowlęta i małe dzieci w wieku 1-2 lata przebywały w stacjonarnych zakładach opieki zdrowotnej głównie z powodu choroby lub na obserwacji. W starszych grupach wiekowych wzrosła liczba pobyków związanych z operacją lub wypadkiem.

Wykres 4. Pobyty dzieci i młodzieży w stacjonarnych zakładach opieki zdrowotnej według przyczyn

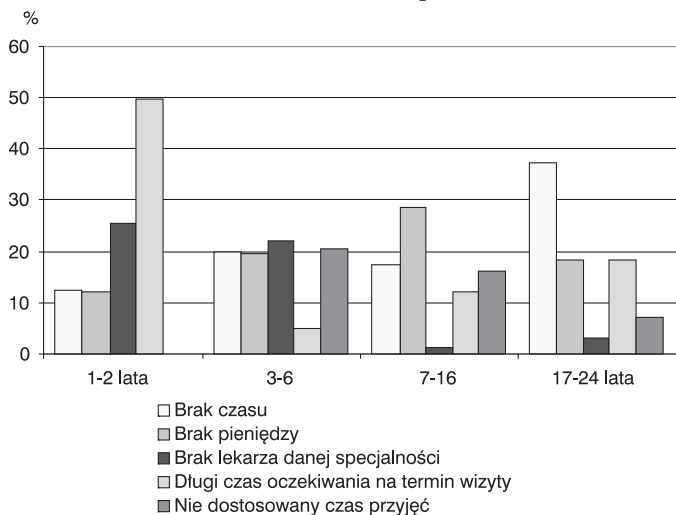


4.3. Przyczyny nie korzystania z usług opieki zdrowotnej

W badaniu modułowym gospodarstw domowych znalazły się również pytania, czy występowała konieczność korzystania z usług opieki zdrowotnej lekarskiej i czy dana osoba z niej skorzystała, a jeśli nie, to z jakiego powodu. Informacje w tym zakresie, stanowiące subiektywne odpowiedzi respondentów, nie muszą odzwierciedlać rzeczywiście istniejącej potrzeby/lub jej braku porady lekarskiej, aczkolwiek wskazują na określone zachowania i postawy w zakresie ochrony zdrowia oraz ograniczenia i trudności w korzystaniu z usług opieki zdrowotnej.

Analizując dane na temat grupy dzieci i młodzieży, która nie skorzystała z usług lekarskich, mimo że istniała taka potrzeba zdrowotna, można stwierdzić, że największy odsetek zanotowano w grupie wieku 17-24 lata – 7,8%. Wśród przyczyn nie korzystania z porad lekarskich w tej grupie wiekowej najczęściej wskazywano brak czasu (37,1%), a następnie brak pieniędzy i długi czas oczekiwania na termin wizyty (odpowiednio 18,5% i 18,4%). Z usług lekarskich nie skorzystało 1,9% dzieci w grupie wieku 1-2 lata, 2,8% w grupie 3-6 lat i 3,4% w grupie 7-16 lat, natomiast w odniesieniu do niemowląt takie sytuacje nie miały miejsca. W grupie 1-2-latków ich rodzice za powód nie korzystania z porad lekarskich w prawie połowie przypadków wymieniali długi

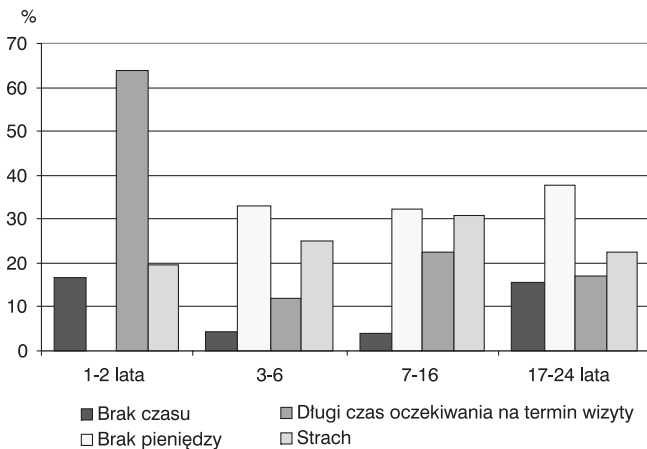
Wykres 5. Główne przyczyny nie korzystania z usług lekarskich przez dzieci i młodzież, mimo że istniała taka potrzeba



czas oczekiwania na wizytę, następnie brak lekarza danej specjalności (25,3%). Wśród dzieci w wieku przedszkolnym w podobnym stopniu wymieniano brak lekarza danej specjalności i nie dostosowany czas przyjęć (odpowiednio 22,2% i 20,6%), pewne znaczenie miał także brak czasu oraz brak pieniędzy. W grupie wiekowej 7-16 lat wśród przyczyn największą rolę odgrywał brak pieniędzy i czasu oraz niedostosowany czas przyjęć (odpowiednio 28,4%, 17,4% i 16,2%).

Podobnie jak w przypadku porad lekarskich, największy odsetek dzieci i młodzieży, która nie skorzystała z usług stomatologicznych pomimo takiej potrzeby wystąpił w grupie wieku 17-24 lata – 10,7%. Wśród tych osób do najczęściej wymienianych przyczyn nieskorzystania z tego typu porad należały brak pieniędzy (37,8%), strach (22,6%), długi czas oczekiwania na termin wizyty (17,2%) i brak czasu (15,7%). W pozostałych grupach wiekowych odsetek dzieci, które nie skorzystały z wizyty u stomatologa mimo potrzeby wynosił 1,4% w grupie wieku 1-2 lata, 2,8% w grupie 3-6 lat oraz 5,6% w grupie 7-16 lat. W grupach wieku 3-6 lat i 7-16 lat najczęściej wymienianymi powodami rezygnacji z usług stomatologicznych były brak pieniędzy (odpowiednio 32,9% i 32,2%), strach (odpowiednio 24,9% i 31%) i długi czas oczekiwania na termin wizyty (odpowiednio 11,8% i 22,5%). W najmłodszej grupie wiekowej (1-2 lat) zdecydowanie najważniejszą przyczyną nieskorzystania z usług stomatologicznych był długi czas oczekiwania na termin wizyty (63,9%), istotne znaczenie miał także strach (19,5%) oraz brak czasu (16,7%).

Wykres 6. Główne przyczyny nie korzystania z usług stomatologicznych przez dzieci i młodzież, mimo że istniała taka potrzeba



4.4. Wydatki gospodarstw domowych na produkty zdrowotne

Wydatki ponoszone przez gospodarstwa domowe na produkty zdrowotne są znacznie zróżnicowane w zależności od liczby dzieci (do 14. roku życia włącznie) w gospodarstwie domowym.

W IV kwartale 2006 roku na zakup leków i innych artykułów farmaceutycznych gospodarstwa, w których nie ma dzieci, wydały średnio 117,62 zł na osobę, ponad dwukrotnie więcej niż gospodarstwa z jednym dzieckiem (56,07 zł na osobę) i gospodarstwa z dwójką dzieci (53,81 zł na osobę). Gospodarstwa, w których wychowuje się troje i więcej dzieci przeznaczyły na ten cel średnio 34,90 zł na osobę czyli ponad trzykrotnie mniej niż gospodarstwa bez dzieci.

W ujęciu rocznym średnie wydatki na sprzęt medyczny i środki pomocnicze na osobę w gospodarstwach bez dzieci wyniosły 65,91 zł, w gospodarstwach z jednym dzieckiem – 39,23 zł, z dwójką dzieci – 34,18 zł, a w wychowujących troje i więcej dzieci – 17,55 zł na osobę. Wydatki na tego typu dobra medyczne w przeliczeniu na 1 osobę były dwukrotnie wyższe w gospodarstwach z jednym lub dwójką dzieci w porównaniu do gospodarstw, w których jest troje i więcej dzieci.

Tabela 3. Przeciętne wydatki na leki i artykuły medyczne trwałego użytku w przeliczeniu na 1 osobę w gospodarstwie domowym według liczby dzieci do 14 lat w gospodarstwie

WYSZCZEGÓLNIENIE	Leki i inne artykuły farmaceutyczne ^a	Dobra medyczne trwałego użytku ^b
	w złotych	
Gospodarstwa domowe razem	86,16	50,62
Bez dzieci	117,62	65,91
1 dziecko	56,07	39,23
2 dzieci	53,81	34,18
3 i więcej dzieci	34,90	17,55

^a IV kwartał. ^b Roczne.

ROZDZIAŁ V.

ZDROWIE MŁODZIEŻY W OKRESIE DOJRZEWANIA

5.1. Wprowadzenie

W krajowych raportach na temat stanu zdrowia ludności mało miejsca zajmują problemy zdrowotne młodzieży w okresie dojrzewania. Jest to populacja uznawana ogólnie za zdrową, ponieważ wskaźniki umieralności są dużo niższe niż u dorosłych, przestały dawać o sobie znać zaburzenia typowe dla małych dzieci, a jeszcze nie zdażyły ujawnić się choroby nękające osoby w średnim i starszym wieku (choroby układu krążenia, nowotwory, cukrzyca, choroby reumatyczne). Spojrzenie na stan zdrowia młodzieży ulega jednak w ostatnich latach przeobrażeniom. W międzynarodowych dokumentach strategicznych podkreśla się związek przedwczesnych zgonów osób dorosłych ze stylem życia ukształtowanym we wczesnej młodości. Niedostatki w zakresie zachowań prozdrowotnych (niska aktywność fizyczna, złe nawyki żywieniowe) oraz nasilenie zachowań antyzdrowotnych (używanie substancji psychoaktywnych, ryzykowne zachowania seksualne, ryzykowne zachowania w ruchu drogowym) uznaje się za przyczynę wielu chorób, a w konsekwencji za czynnik obniżający stan zdrowia całego społeczeństwa. W związku z tym, zainteresowanie zdrowiem nastolatków i młodych dorosłych można traktować jako inwestycję, która okaże się opłacalna z perspektywy następnych dziesięcioleci. Natomiast zaniedbania w opiece nad dziećmi w każdej fazie ich rozwoju (a więc też nad młodzieżą) mogą odbić się negatywnie na następnych pokoleniach.

Badania populacyjne ukierunkowane na zdrowia młodzieży mogą przyczynić się do większego uczulenia społeczeństwa i decydentów na problemy tej grupy ludności, pociągnąć za sobą zmiany systemowe i lepszą współpracę międzysektorową, szczególnie między resortami zdrowia, edukacji i polityki społecznej. Przykładem inicjatywy naświetlenia specyfiki okresu dojrzewania jest seria sześciu artykułów opubli-

kowanych w piśmie *Lancet* 27 marca 2007 roku¹. W Polsce, mimo powtarzanych wielokrotnie apeli i okazjonalnych publikacji², do zdrowia i rozwoju nastolatków nie przywiązuje się należytej wagi. Problemów tej grupy wieku nie udało się dotąd rozwiązać w ramach funkcjonującego systemu opieki pediatrycznej, medycyny szkolnej, poradni psychiatrycznych i poradni psychologiczno-pedagogicznych, a internści przyjmujący młodzież w poradniach dla dorosłych nie są przygotowani do porad w zakresie zdrowia psychospołecznego. Ogólnie przyjęta w wysokorozwiniętych krajach zasada edukacji w kierunku rozwijania umiejętności życiowych i promocji zdrowia psychicznego jest prawie nieobecna w obowiązujących w kraju podstawach programowych nauczania.

Badania ankietowe stanowią ważne źródło informacji o stanie zdrowia ludności, uzupełniając dane zbierane administracyjne oraz wtórną analizę dokumentacji medycznej. W przypadku dorastających chłopców i dziewcząt, szczególną wartość mają informacje uzyskiwane od nich samych, zbierane w warunkach sprzyjających anonimowości. Młodzież może lepiej niż odpowiadający w jej imieniu rodzice lub inne znaczące w ich życiu osoby dorosłe opisać swój stan zdrowia psychicznego. Jest to tym ważniejsze, że zaburzenia emocjonalne stanowią często spotykaną w tym wieku dolegliwość, a częstotści ich występowania nie oddają statystyki korzystania z usług medycznych, a tym bardziej statystyki zgonów. Jeżeli zaś ankietowani będą mieli pewność, że badanie jest anonimowe, chętniej odpowiedzą na pytania dotyczące używania substancji psychoaktywnych, kontaktów seksualnych, zachowań agresywnych a nawet różnych zachowań będących na granicy kolizji z prawem. Należy bowiem pamiętać, że zaburzenia zdrowia psychicznego obserwowane w wieku dorastania obejmują nie tylko problemy emocjonalne, ale też zachowania problemowe³, które często wymagają podjęcia terapii.

Mające już prawie 25-letnią tradycję, badania HBSC (*Health Behaviour in School-aged Children – A WHO Collaborative Cross-national Study*) pod wieloma względami spełniają kryteria wysokiej jakości metodologicznej. Stanowią szeroko zakrojony projekt badawczy ukierunkowany na zdrowie młodzieży i jego uwarunkowania, a range badań

¹ Kleinert S.: Adolescent health: an opportunity not to be missed. *Lancet* 2007, 369, 1057-58

² Woynarowska B., Jodkowska M.: Nastolatek też jest ważny – problemy zdrowotne młodzieży. Instytut Matki i Dziecka, Warszawa 1995

³ Rescorla L. i inn.: Epidemiological comparisons of problems and positive qualities reported by adolescents in 24 countries. *J Consult Clin Psychol.* 2007, 75, 2, 351-8

podnosi stała współpraca ze Światową Organizacją Zdrowia. Cyklicznie powtarzane badania ankietowe pozwalają monitorować stan zdrowia i zachowania zdrowotne w typowym okresie dojrzewania, śledzić tendencję zmian w czasie oraz porównania międzynarodowe. Pod względem zakresu tematycznego, badania HBSC przeprowadzone w 2006 roku w Polsce poruszały większość zagadnień zdefiniowanych jako priorytetowe obszary w wieku dorastania w *Europejskiej strategii dla zdrowia i rozwoju dzieci i młodzieży*⁴, a wyniki badań w świetle tej strategii w szczególności mogą służyć:

- Zapobieganiu używaniu substancji psychoktywnych;
- Zapobieganiu zachowaniom agresywnych;
- Zapobieganiu nadwadze i otyłości;
- Zapobieganiu zaburzeniom odżywiania.
- Promocji zdrowia i dobrego samopoczucia nastolatków.

Badania HBSC dostarczają szeregu wskaźników zalecanych do monitorowania Narodowego Programu Zdrowia⁵, a w jego obecnej wersji przyjętej na lata 2007-2015, do monitorowania realizacji celu operacyjnego 8: „*Wspieranie rozwoju i zdrowia fizycznego i psychospołecznego oraz zapobieganie najczęstszym problemom zdrowotnym i społecznym dzieci i młodzieży*”.

W poniższym rozdziale omówiono szereg wskaźników odnoszących się do zdrowia subiektywnego, zachowań zdrowotnych i warunków życia młodzieży w wieku 11-15 lat w Polsce. W opracowaniu położono na nacisk na zmiany w stanie zdrowia zachodzące w okresie dojrzewania, wskazując na konieczność opracowywania i wdrażania programów profilaktycznych. Trudno jest bowiem uznać, że tak znaczne pogorszenie stanu zdrowia młodzieży, jakie obserwuje się w Polsce około 15 roku życia jest zjawiskiem nieuniknionym, normalną konsekwencją dojrzewania, której skali w żaden sposób nie da się ograniczyć. Jak wynika z opracowań międzynarodowych wykorzystujących poprzednią edycję badań HBSC, na przykład znaczne pogorszenie samopoczucia dorastających dziewcząt (w porównaniu z chłopcami) jest bardziej widoczne w krajach Europy wschodniej i środkowej, a zjawisko to ma silne uwarunkowania społeczne i kulturowe⁶.

⁴ World Health Organization Regional Office for Europe: European strategy for child and adolescent health, Copenhagen 2005

⁵ Załącznik do Uchwały nr 90/2007 Rady Ministrów z dnia 15 maja 2007 r.

⁶ Torsheim T. i inn.: Cross-national variation of gender differences in adolescent subjective health in Europe and North America. Soc Sci Med 2006, 62, 815-827

5.1.1. Informacja o badaniach HBSC

HBSC (*Health Behaviour in School-aged Children – A WHO Collaborative Cross-national Study*) jest międzynarodową siecią naukowców, zrzeszającą obecnie 43 kraje. Są to kraje europejskie oraz Armenia, Izrael, Kanada i USA. Status odrębnego regionu ma Anglia, Szkocja i Walia oraz Belgia flamandzko- i francusko-języczna. Informacje na temat sieci HBSC można uzyskać na stronie www.hbsc.org. Europejskie Biuro Światowej Organizacji Zdrowia jest partnerem w sieci HBSC, wydając i rozpowszechniając międzynarodowe raporty z kolejnych edycji badań.

Głównym zadaniem krajów członkowskich HBSC jest prowadzenie cyklicznych badań ankietowych młodzieży szkolnej. Polska brała udział w pięciu kolejnych ich edycjach – w 1990, 1994, 1998, 2002 i 2006 roku.

Międzynarodowym koordynatorem badań jest obecnie prof. Candace Currie z Uniwersytetu w Edynburgu, a krajowym koordynatorem badań w Polsce dr Joanna Mazur z Instytutu Matki i Dziecka w Warszawie. Badanie te zostały w Polsce zainicjowane i do maja 2004 r. kierowane były przez prof. Barbarę Woynarowską.

Do głównych celów badań HBSC zalicza się⁷:

- Rozwijanie krajowych i międzynarodowych badań nad zachowaniami zdrowotnymi młodzieży w szerokim kontekście społecznym (rodzina, szkoła, grupa rówieśnicza);
- Dostarczanie teoretycznej i metodologicznej wiedzy w sferze badań nad zachowaniami zdrowotnymi i społecznym kontekstem zdrowia dzieci i młodzieży w wieku szkolnym;
- Gromadzenie danych mających znaczenie dla populacji w wieku szkolnym i monitorowanie zdrowia i zachowań zdrowotnych młodzieży w krajach uczestniczących w badaniach;
- Upowszechnianie wyników badań wśród kluczowych odbiorców m.in.: naukowców, decydentów w resorcie edukacji i zdrowia, promotorów zdrowia, nauczycieli, rodziców i młodzieży;
- Wspieranie rozwoju promocji zdrowia w środowisku szkolnym;
- Wspieranie tworzenia krajowych ekspertyz w dziedzinie zachowań zdrowotnych i społecznych oddziaływań na zdrowie młodzieży w wieku szkolnym.

⁷ Woynarowska B., Mazur J., Kołolo H., Małkowska A.: Zdrowie, zachowania zdrowotne i środowisko społeczne młodzieży w krajach Unii Europejskiej. Wydział Pedagogiczny UW i Instytut Matki i Dziecka, Warszawa 2005

Szczególną zaletą badań HBSC jest:

- Stosowanie wspólnego, standardowego kwestionariusza, zawierającego pytania o udowodnionej trafności i rzetelności;
- Przeprowadzanie badań w tym samym czasie i w tych samych grupach wieku;
- Powtarzalny charakter badań, który umożliwia dla wybranych zmiennych śledzenie tendencji zmian w czasie;
- Interdyscyplinarny charakter grupy badawczej i wielowątkowy kwestionariusz, co pozwala na ocenę stanu zdrowia i stylu życia młodzieży szkolnej w szerokim kontekście psychospołecznych uwarunkowań;
- Dynamiczny charakter badań, uwzględniający pojawianie się nowych problemów i nowych podejść do pomiaru zdrowia dzieci i młodzieży.

5.1.2. Organizacja badań

Badania ankietowe przeprowadzane są w szkołach metodą audytoryjną, we wszystkich krajach w tym samym roku szkolnym, zgodnie z zaleceniami zawartymi w międzynarodowym protokole badań. Badaniami objęta jest młodzież w wieku 11, 13 i 15 lat, co w Polsce odpowiada obecnie V klasie szkoły podstawowej oraz I i III klasie gimnazjum. Narzędziem badawczym jest międzynarodowy, standardowy kwestionariusz, opracowywany z udziałem członków sieci pracujących w roboczych grupach tematycznych (ang. *Focus Groups*), zatwierdzany przez zgromadzenie generalne krajowych kierowników badań. Kwestionariusz składa się z pytań obowiązkowych oraz pakietów do wyboru. W kolejnych edycjach badań obowiązują stale aktualizowane wersje protokołu i kwestionariusza badań.

W Polsce ośrodkiem koordynującym badania HBSC na szczeblu krajowym jest obecnie Instytut Matki i Dziecka, natomiast za organizację badań na terenie województw odpowiadają regionalni koordynatorzy pochodzący głównie z wojewódzkich centrów zdrowia publicznego. Dokładny opis organizacji badania, próby wylosowanej do badania w 2006 roku oraz użytych pytań i skal pomiarowych znajduje się w raporcie technicznym z badań⁸. Oryginalny opis kwestionariusza pochodzi z międzynarodowego protokołu badań edycji 2005/06, który jest nie opublikowanym materiałem wewnętrznym sieci HBSC, a stanowi modyfikację poprzedniego protokołu⁹.

⁸ Mazur J., Wonarowska B., Kołolo H.: Zdrowie subiektywne, styl życia i środowisko psychospołeczne młodzieży szkolnej w Polsce. Instytut Matki i Dziecka, Warszawa 2007

⁹ Health Behaviour in School-aged Children: a WHO Cross-national Study. Research Protocol for the 2001/2002 survey. University of Edinburgh 2001

Polska edycja badań HBSC przeprowadzonych w 2006 roku finansowana była ze środków na naukę (grant MNiSzW), w ramach projektu *„Czynniki chroniące przed podejmowaniem ryzykownych zachowań oraz ich związek ze stanem zdrowia młodzieży szkolnej w Polsce i innych krajach”*.

Organizacja omawianego badania oraz zakres tematyczny zbieranych informacji uzyskały w grudniu 2005 r. akceptację Komisji Bioetycznej działającej przy Instytucie Matki i Dziecka. Uzyskano zgodę na przeprowadzenie badań od dyrektorów wylosowanych szkół, rodziców i samych uczniów.

5.1.3. Założenia przyjęte w opracowaniu

W pracy tej przyjęto następujące założenia:

- Ograniczono się do analizy pytań obowiązkowych kwestionariusza HBSC, na które w Polsce odpowiadała w 2006 r. młodzież we wszystkich trzech grupach wieku, kładąc w ten sposób nacisk na procesy zachodzące między 11 a 15 rokiem życia;
- Przedstawiono tło społeczne, podając charakterystykę środowiska rodzinnego i szkolnego ankietowanej młodzieży;
- Skoncentrowano się na tematyce zdrowia, definiując ponad czterdzieści wskaźników dotyczących samooceny zdrowia i zadowolenia z życia oraz wybranych zachowań sprzyjających i niesprzyjających zdrowiu;
- Ograniczono się do danych polskich. Zestawienia międzynarodowe ukazujące miejsce Polski na tle 41 krajów¹⁰ dostępne będą w połowie 2008 r., po opublikowaniu międzynarodowego raportu z tej edycji badań HBSC¹¹.
- Opisując tendencje zmian w czasie, szczególnie między 2002 i 2006 rokiem, ograniczono się do cytowania wyników opublikowanych we wcześniejszych opracowaniach¹². Pełniejsza analiza trendów przekracza ramy tego opracowania, ponieważ wymaga standaryzacji na jednakową strukturę według płci i wieku, a w wielu przypadkach porównywalność wyników zakłócają zmiany w sposobie sformułowania pytań.

¹⁰ Albania i Armenia są członkami HBSC od 2007 r., a więc nie brały udziału w ostatnich badaniach

¹¹ Currie C. i inn.: Health inequalities in young people's health. HBSC International Report from the 2005/06 Survey. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen 2008 (w druku)

¹² Woynarowska B. i in.: Zachowania zdrowotne, zdrowie i postrzeganie szkoły przez młodzież w Polsce w 2002 roku. Wydział Pedagogiczny UW, Warszawa 2002

5.1.4. Badana młodzież i jej środowisko

Anonimowe badanie ankietowe przeprowadzono w Polsce w okresie od lutego do kwietnia 2006 r. Przedmiotem analizy są dane dotyczące 5489 uczniów w wieku od 10,8 lat do 16,5 lat. Wyniki analizowano w trzech grupach o średnim wieku odpowiednio 11,7; 13,7 i 15,7 lat. Chłopcy stanowili 48,3% badanych, a mieszkańcy miast 63,7% (tab.1).

Tabela 1. Młodzież ankietowana w 2006 roku w ramach badań HBSC według płci i wieku

Płeć	Razem	11 lat	13 lat	15 lat
Ogółem	5489	1550	1652	2287
Chłopcy	2649	756	801	1092
Dziewczęta	2840	794	851	1195

Do badania wylosowano 272 pełnych klas z 246 szkół z całej Polski. Wskaźnik realizacji próby w stosunku do liczebności badanych klas wynosił 82%. W badaniu III klas gimnazjum uczestniczyło 16 województw, natomiast w badaniu dwóch młodszych roczników 11 wylosowanych województw.

Ankietowana młodzież różniła się ze względu na charakterystykę społeczno-ekonomiczną rodzin oraz status materialny otoczenia zamieszkania, co szczegółowo opisano w raporcie poświęconym nierównościom w zdrowiu¹³.

Podstawowe informacje na temat struktury społecznej zawarto w tabeli 2.

Analizując **strukturę rodzin** podano, czy ankietowany uczeń mieszka z obojgiem rodziców, czy też w rodzinie niepełnej.

Status materialny rodziny oceniano za pomocą¹⁴:

- skali zasobów materialnych rodziny (*FAS – Family Affluence Scale*), która zbudowana jest na podstawie czterech pytań o: posiadanie samochodu, posiadanie komputera, dysponowanie przez ucznia własnym pokojem oraz wyjazdy na wakacje lub ferie z rodziną poza miejsce zamieszkania;
- wskaźnika subiektywnej oceny zamożności rodziny (*PFW – Perceived Family Wealth*), pytanie: *Jak sądzisz, czy Twoja rodzina jest bogata, tzn. dobrze się jej powodzi?*

¹³ Mazur J. (red.): Status materialny rodziny i otoczenia a samopoczucie i styl życia młodzieży 15-letniej. Instytut Matki i Dziecka Warszawa 2007

¹⁴ Mazur J., Woynarowska B.: Mierniki nierówności społecznych w badaniach ankietowych młodzieży szkolnej. Przegląd Epid. 2004, 58, 377-90

- pytania o odczuwanie głodu spowodowanego ubóstwem (Pytanie: *Niektórzy uczniowie przychodzą rano do szkoły lub kładą się wieczorem spać godni, ponieważ w domu jest zbyt mało jedzenia. Jak często Tobie się to zdarza?*).

Status materialny okolicy zamieszkania badano za pomocą wskaźnika LAP (ang. *Local Area Problems*), posługując się skalą opisującą nasilenie trzech grup problemów: obecności grup młodzieży stwarzającej problemy; śmieci potłuczonego szkła i leżących wszędzie odpadków oraz zaniedbanych domów i innych budynków.

Tabela 2. Charakterystyka rodzin młodzieży ankietowanej w badaniach HBSC w 2006 r. (% badanych)

Wskaźnik sytuacji społecznej	Ogółem	11 lat	13 lat	15 lat
Mieszkanie z obojgiem rodziców	83,4	83,8	84,2	82,4
Wskaźnik zamożności FAS				
rodzina biedna	32,2	29,0	33,8	33,2
rodzina przeciętna	43,5	44,2	43,3	43,1
rodzina zamożna	24,3	26,8	22,9	23,7
Wskaźnik zamożności PFW				
rodzina biedna lub raczej biedna	5,9	4,6	6,5	6,3
rodzina przeciętna	66,9	61,1	67,4	70,4
rodzina bogata lub raczej bogata	27,2	34,3	26,1	23,3
Głód w rodzinie				
zawsze lub często	1,1	1,0	1,3	1,1
Czasem	10,0	11,5	10,8	8,4
Nigdy	88,9	87,5	87,9	90,5
Problemy w okolicy zamieszkania				
Duże	32,5	31,1	31,3	34,2
Średnie	46,0	43,9	47,7	46,3
Małe	21,5	25,0	21,0	19,5

Analiza struktury społecznej ankietowanych rodzin wykazała, że co szósty uczeń wychowuje się w rodzinie niepełnej, jedna trzecia uczniów żyje w rodzinach mniej zamożnych (według bardziej obiektywnego wskaźnika FAS) i podobny odsetek mieszka w rejonach o znacznym nasileniu lokalnych problemów. Odsetek rodzin ubogich według wskaźnika subiektywnej oceny zamożności rodzin jest dużo mniejszy, jak również zjawisko głodu okazało się marginalne.

Analiza zmian w strukturze i sytuacji ekonomiczno-społecznej rodzin ankietowanych w 2002 i 2006 roku wykazała, że coraz większy odsetek młodzieży żyje w rodzinach niepełnych, natomiast poprawie

ulega ich sytuacja materialna. Stwierdzono również pogorszenie w zakresie łatwości komunikowania się młodzieży z rodzicami¹⁵.

Szkoła jest obok rodziny drugim środowiskiem mającym znaczny wpływ na zdrowie i rozwój dzieci i młodzieży. Jest ona miejscem zdobywania nowych doświadczeń, kształtowania tożsamości oraz nauki wchodzenia w relacje z innymi ludźmi. W kwestionariuszu badań HBSC uwzględniona została ocena środowisko psychospołecznego szkoły oraz przystosowanie do szkoły.

Środowisko psychospołeczne szkoły badano w 2006 roku w czterech obszarach: autonomii uczniów, wsparcia ze strony nauczycieli, wsparcia ze strony kolegów i postrzegania wymagań związanych z nauką. Wprowadzono do międzynarodowego kwestionariusza uwzględniający te cztery obszary prosty *indeks klimatu szkoły*, przyjmujący zakres od 0 do 32 punktów, który został szerzej opisany w poprzednich opracowaniach¹⁶.

Badania wykazały, że ocena klimatu szkoły znacznie pogarsza się w kolejnych badanych rocznikach – tab. 3. Uczniowie III klas gimna-

Tabela 3. Średnie wartości indeksu klimatu szkoły według wieku ankietowanych

Ocena środowiska szkoły	V klasa szk. podst.		I klasa gimn.		III klasa gimn.	
	średnia	SD	średnia	SD	średnia	SD
Ogółem	20,4	5,0	19,0	4,6	17,6	4,5
Wsparcie ze strony uczniów	5,5	1,7	5,3	1,6	5,1	1,7
Autonomia uczniów	4,3	2,1	4,3	1,9	4,1	1,9
Wsparcie ze strony nauczycieli	5,8	1,9	5,2	1,8	4,3	1,8
Wymagania szkolne	4,9	2,1	4,3	2,0	4,2	1,9

zjum oceniali szkołę tylko na 55% punktów możliwych do uzyskania, wobec 64% w V klasach szkoły podstawowej. Stwierdzono niewielkie zmiany związane z wiekiem w zakresie średniej oceny wsparcia ze strony kolegów i autonomii uczniów. W porównaniu ze szkołą podstawową, w gimnazjach uczniowie czują większe obciążenie nauką, ale najbardziej pogarsza się z wiekiem postrzeganie wsparcia ze strony nauczycieli. W opinii uczniów V klas szkoły podstawowej jest ono jeszcze najlepiej ocenianym elementem, podczas gdy w III klasach gimnazjum naj-

¹⁵ Tabak I., Woynarowska B., Mazur J.: Tendencje zmian w strukturze rodzin oraz łatwości komunikacji z rodzicami młodzieży 11-15-letniej w Polsce na przestrzeni lat 1994-2006 (praca złożona do Studiów Psychologicznych).

¹⁶ Mazur J., Małkowska-Szkatnik A.: Środowisko szkoły a zachowania ryzykowne gimnazjalistów. *Remedium* 2007 10, 1-3

lepiej oceniane jest już wsparcie ze strony rówieśników. Można uznać to za niepokojący sygnał dla nauczycieli i pedagogów, choć osłabienie roli dorosłych na rzecz wzrostu znaczenia grupy rówieśniczej, jest częściowo naturalnym procesem związanym z rozwojem psychospołecznym i dojrzwianiem emocjonalnym w okresie dorastania.

Przystosowanie do szkoły badano poprzez: postrzeganie osiągnięć szkolnych, poczucie obciążenia nauką i ogólne zadowolenie (satisfakcja) ze szkoły.

Badania wykazały, że odsetek uczniów, którzy na pytania: *Czy lubisz obecnie swoją szkołę?* odpowiedzieli negatywnie: *niezbyt ją lubię* lub *nie lubię jej wcale* kształtował się w kolejnych rocznikach na poziomie: 28,3%; 22,7% i 37,2%, co wskazuje na stosunkowo najkorzystniejszą sytuację w I klasach gimnazjum.

Ocena osiągnięć w nauce znacznie pogarsza się po przejściu ze szkoły podstawowej do gimnazjum. Odsetek oceny poniżej przeciętnej zwiększa się w kolejnych badanych rocznikach (2,6%; 5,0% i 6,9%), przy równoczesnym zmniejszeniu się odsetka bardzo dobrych uczniów (28,7%; 18,1% i 18,7%).

Natomiast odsetek uczniów, którzy na pytania: *W jakim stopniu czujesz się przeciążony nauką?* odpowiedzieli: *dość dużo* lub *bardzo dużo* zwiększył się liniowo wynosząc w kolejnych rocznikach: 37,0%; 51,2% i 63,4%.

Analiza zmian w środowisku szkolnym, jakie nastąpiły w latach 2002-2006 wskazuje na nieznaczłą poprawę przystosowania do szkoły we wszystkich trzech aspektach oraz poprawę w zakresie autonomii uczniów. Natomiast relacje międzyludzkie (wsparcie ze strony nauczycieli i kolegów) nieznacznie się nawet pogorszyły.

5.2. Wyniki

5.2.1. Rozwój

Zaburzenia stanu odżywienia

Podstawą oceny stanu odżywienia jest wskaźnik masy ciała (*BMI – Body Mass Index*). Młodzież odpowiadała na dwa pytania dotyczące wzrostu i masy ciała: *Jaki jest Twój wzrost bez obuwia?* oraz *Ile ważysz bez ubrania?* Podjęto starania, aby uczniowie byli ważeni i mierzni przez pielęgniarkę szkolną w tygodniu poprzedzającym ankietyzację, w celu zminimalizowania braków danych i zobiektywizowania podawanych przez młodzież wartości. Trudno jest jednak określić, w jakim stopniu szkoły

uczestniczące w ankietyzacji wypełniły to zalecenie. Zakłada się, że wartości BMI obliczone na podstawie danych deklarowanych wysoce korelują z rzeczywistymi pomiarami, jednak według wielu autorów u dziewcząt w okresie dojrzewania może wystąpić tendencja do zaniżania masy ciała, a u chłopców do zawyżania wzrostu, co rzutuje na wartości BMI¹⁷.

BMI obliczono według wzoru: masa ciała w kg/wzrost w m². Jako kryterium otyłości przyjęto wg WHO wartość BMI ≥ 95 centyla, jako kryterium nadwagi wartości pomiędzy 85 i 95 centylem, a dla niedoboru masy ciała BMI < 5 centyla. Zastosowano krajowe tabele wartości centylowych BMI według A. Krzyżaniak¹⁸.

Tabela 4. Młodzież według kategorii wskaźnika BMI, pici i wieku (% badanych)

Masa ciała	Chłopcy			Dziewczeta		
	11 lat	13 lat	15 lat	11 lat	13 lat	15 lat
Niedobór	4,1	4,1	3,3	8,1	5,2	4,5
W normie	81,0	80,1	83,2	79,7	83,2	86,7
Nadwaga	11,9	13,0	10,5	9,0	8,5	6,1
Otyłość	3,0	2,8	3,0	3,2	3,1	2,7
Chi=4,25; d.f.=6; p=0,643				Chi=20,19; d.f.=6; p=0,003		

Według danych deklaracyjnych, częstość występowania niedoborów masy ciała waha się od 3,3% u chłopców 15-letnich do 8,1% u dziewcząt 11-letnich (tab.4). Natomiast odsetek młodzieży, u której stwierdzono nadwagę lub otyłość waha się od 8,8% u dziewcząt 15-letnich do 15,8% u chłopców 13-letnich. Między 11 a 15 rokiem życia nie stwierdza się istotnych różnic w rozkładzie masy ciała mierzonej przez BMI u chłopców, natomiast u dziewcząt występują różnice zależne od wieku. Największy odsetek nieprawidłowości zanotowano u dziewcząt 11-letnich. Różnice między chłopcami i dziewczętami w rozkładzie wartości BMI są istotne we wszystkich grupach wieku, a otyłość i nadwaga częściej dotyka dorastających chłopców.

Analiza tendencji zmian wskaźnika BMI w latach 2002-2006 wskazała na wzrost odsetka 15-latków z nadmiarem masy ciała, co jest szczególnie widoczne u chłopców¹⁹.

¹⁷ Brenner N.D., McManus T., Galuska A. i inn.: Reliability and validity of self-reported height and weight among high school students. J. Adolesc. Health 2003, 32, 281-287

¹⁸ Krzyżaniak A.: Wartości centylowe wskaźnika Body Mass Index (BMI) [w:] Oblacińska A., Tabak I.: Jak pomóc otyłemu nastolatkowi? Rola pielęgniarki szkolnej i nauczyciela wychowania fizycznego we wspieraniu młodzieży z nadwagą i otyłością. Instytut Matki i Dziecka, Warszawa 2006: 99

¹⁹ Oblacińska A.: Zaburzenia stanu odżywienia.[w:] Mazur J. (red.): Status materialny rodziny i otoczenia a samopoczucie i styl życia młodzieży 15-letniej. Instytut Matki i Dziecka Warszawa 2007, str. 50-58

Obraz własnego ciała

Kwestionariusz HBSC zawierał pytanie dotyczące subiektywnej oceny masy ciała: *Gdy myślisz o swojej masie ciała, to sądzisz, że jesteś: zdecydowanie za szczupły; trochę za szczupły; w sam raz; trochę za gruby; zdecydowanie za gruby.*

Jak wynika z danych zawartych w tabeli 5, odsetek młodzieży oceniającej swoją masę ciała, jako *w sam raz* jest dużo mniejszy od odsetka młodzieży z prawidłową masą ciała według wskaźnika BMI. O ile też odsetek młodzieży z prawidłowy wskaźnikiem masy ciała BMI zwiększał się z wiekiem, o tyle odsetek młodzieży zadowolonej ze swojego wyglądu istotnie zmniejsza się. Samoocena wyglądu istotnie zmienia się z wiekiem zarówno u chłopców, jak i u dziewcząt. Odsetek dziewcząt, które uważają, że są za grube dochodzi do 54% u 15-latek. Negatywna subiektywna ocena wyglądu nie znajduje więc pokrycia w obiektywnych pomiarach. Jeżeli analizowaną grupę ograniczy się do osób z masą ciała prawidłową lub poniżej normy, nadal prawie połowa dziewcząt 15-letnich uważa się za osoby zbyt grube (ryc.1.).

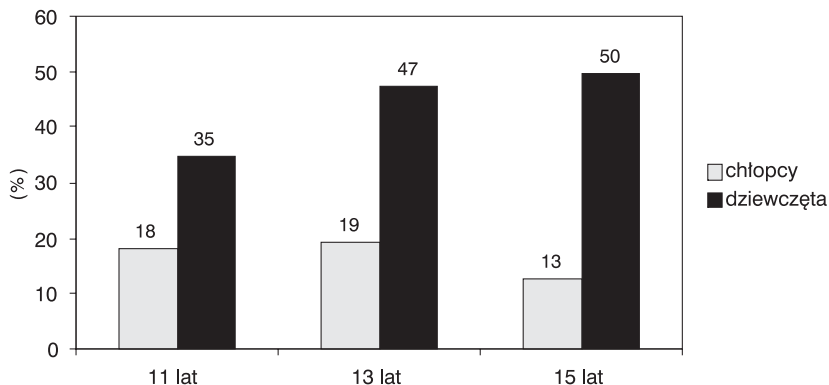
Tabela 5. Samoocena masy ciała według płci i wieku (% badanych)

Ocena wyglądu	Chłopcy			Dziewczęta		
	11 lat	13 lat	15 lat	11 lat	13 lat	15 lat
Zdecydowanie za szczupły	6,4	7,3	7,6	4,6	4,7	2,0
Trochę za szczupły	14,1	19,8	29,2	14,6	10,5	13,4
W sam raz	52,4	46,0	44,0	41,1	32,8	31,0
Trochę za gruby	21,6	22,6	16,5	31,1	39,2	45,1
Zdecydowanie za gruby	5,5	4,3	2,7	8,6	12,8	8,5
Chi=76,21; d.f.=8; p<0,001			Chi=68,80; d.f.=8; p<0,001			

We wszystkich grupach wieku, chłopcy częściej niż dziewczęta uważają, że ich masa ciała jest prawidłowa. U 11-latków odsetek młodzieży oceniającej się jako osoby zdecydowanie lub trochę za szczupłe jest zbliżony u obu płci, w starszych grupach wieku chłopcy częściej niż dziewczęta uważają się za zbyt szczupłych.

Niezadowolenie ze swojej masy ciała jest dużym problemem w okresie dojrzewania, kiedy młodym ludziom trudno jest pogodzić się ze zmieniającym się wyglądem, znacznie w ich opinii odbiegającym od ideału szczupłej figury kobiecej i umięśnionej sylwetki męskiej. Stwarza to niebezpieczeństwo podejmowania zachowań ryzykownych dla zdro-

Ryc. 1. Odsetek chłopców i dziewcząt uważających, że są zdecydowani za grubi lub trochę za grubi w grupie mających BMI poniżej 85 centyla.



wia – stosowania drastycznych diet odchudzających przez dziewczęta²⁰ oraz sięgania bo sterydy anaboliczne przez chłopców²¹.

Analiza tendencji zmian samooceny masy ciała w latach 2002-2006 wskazała na jej pogorszenie we wszystkich grupach wieku, co oznacza że coraz mniejszy odsetek młodzieży uważa swoją masę ciała za prawidłową.

Dojrzewanie

Dojrzewanie stanowi okres pośredni między dzieciństwem i dorosłością, kiedy następują zmiany w wyglądzie i budowie ciała, psychice i pełnieniu ról społecznych. W tym czasie młodzież jest niezwykle podatna na wpływy zewnętrzne, łatwo ulega presji otoczenia, poszukując własnej hierarchii wartości i miejsca w środowisku rówieśników²². Jest to też okres buntu, poszukiwania doświadczeń poza domem i rodziną, kiedy młodzież coraz częściej sięga po substancje psychoaktywne i angażuje się w działalność nieformalnych grup, mających działanie destrukcyjne (gangi, sekty).

Badania HBSC obejmują swym zasięgiem dzieci i młodzież w dość typowej, tzw. pubertalnej fazie dojrzewania właściwego, czyli między 11 a 15 rokiem życia, zahaczając jednak o fazę prepubertalną i postpubertalną.

²⁰ Kołło H., Woynarowska B.: Nieuzasadnione odchudzanie się dziewcząt w okresie dojrzewania a sytuacja ekonomiczno-społeczna ich rodzin. *Medycyna Wieku Rozwojowego* 2004, VIII, 3 cz. I, 611-622

²¹ Kanayama G., Barry S., Hudson J.I., Pope H.G.: Body image and attitudes toward male roles in anabolic-androgenic steroid users. *Am J Psychiatry*. 2006, 163, 4, 697-703

²² Obuchowska I.: *Drogi dorastania. Psychologia rozwojowa okresu dorastania dla rodziców i wychowawców*. Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne, Warszawa 2001

W ostatnich latach obserwuje się w wielu krajach akcelerację, czyli przyspieszone wchodzenie w wiek dojrzewania, związane głównie z poprawą warunków życia i lepszym odżywianiem dzieci. Zmiany związane z dojrzewaniem przebiegają w tempie indywidualnym dla każdej jednostki, odpowiadają bardziej wiekowi biologicznemu niż kalendarzowemu. Tempo zmian zależy od wielu czynników genetycznych, środowiskowych, klimatycznych i kulturowych. Dziewczeta wchodzą w okres pokwitania wcześniej niż chłopcy, a młodzież obojga płci będąca w tym samym wieku kalendarzowym, może różnić się od rówieśników wyglądem oraz zachowaniami, zgodnie z indywidualną fazą dojrzewania. W przypadku zbyt wczesnego lub zbyt późnego dojrzewania nastolatki mogą odczuwać niepokój i zaburzenia wynikające z poczucia „inności”. Pojawiają się wtedy i nasilają trudności adaptacyjne, zaburzenia w sferze zdrowia psychicznego oraz zwiększona skłonność do podejmowania ryzykownych zachowań²³.

W ostatniej edycji badań HBSC zadano młodzieży pytanie na temat subiektywnej oceny tempa dojrzewania. *Czy myślisz, że Twój rozwój fizyczny przebiega wcześniej, czy później, w porównaniu z większością dziewcząt/chłopców w Twoim wieku?*, z kategoriami odpowiedzi: *znacznie wcześniej, trochę wcześniej, podobnie jak u większości dziewcząt/chłopców w moim wieku, trochę później, znacznie później*. Badania walidacyjne wskazały, że opinie młodzieży na temat tempa dojrzewania znajdują pokrycie w innych parametrach rozwoju, jak wzrost i masa ciała (mierzona wskaźnikiem BMI) oraz pojawienie się pierwszej miesiączki u dziewcząt i stadium rozwoju zarostu na twarzy u chłopców.

Tabela 6. Samoocena tempa dojrzewania według wieku i płci (% badanych)

Tempo dojrzewania	Chłopcy			Dziewczeta		
	11 lat	13 lat	15 lat	11 lat	13 lat	15 lat
Znacznie wcześniej	10,2	9,6	7,8	7,9	5,8	4,7
Trochę wcześniej	16,2	16,2	15,7	14,3	12,1	13,3
Prawie tak samo*	62,5	62,7	65,5	62,9	66,0	71,3
Trochę później	8,5	8,7	9,4	11,1	14,3	9,6
Znacznie później	2,6	2,8	1,6	3,8	1,8	1,1
Chi=8,35; d.f.=8; p=0,400				Chi=42,84; d.f.=8; p<0,001		

*Jak u większości chłopców lub dziewcząt w tym samym wieku

Jak wynika z danych zawartych w tabeli 6, tylko 2/3 ankietowanej młodzieży uważa, że rozwija się z tempie typowym dla rówieśników tej

²³ Siegel J.M. i inn.: Body image, perceived pubertal timing and adolescent mental health. J Adolesc. Health 1999, 25, 155-165

samej płci. Większym problemem między 11 a 15 rokiem życia jest zbyt wczesne niż zbyt późne dojrzewanie. Rozkład odpowiedzi na pytanie o postrzegane tempo dojrzewania jest dla chłopców zbliżony w trzech grupach wieku, natomiast u dziewcząt występują w tym okresie różnice zależne od wieku. U dziewcząt 11-letnich odsetek dojrzewających wcześniej od rówieśniczek sięga 22%, wobec 18% u 15-latek, a odsetek dojrzewających później maleje między 11 a 15 rokiem życia z 15% do 11%.

5.2.2. Zdrowie i zadowolenie z życia

Samoocena zdrowia

W badaniach ankietowych często używany jest wskaźnik samooceny zdrowia (SRH – *self-rated health*)²⁴. Młodzieży zadano w 2006 roku pytanie: *Czy uważasz ze Twoje zdrowie jest: bardzo dobre, dobre, takie sobie, złe?*

Tabela 7. Samoocena zdrowia według płci i wieku (% badanych)

Zdrowie	Chłopcy			Dziewczeta		
	11 lat	13 lat	15 lat	11 lat	13 lat	15 lat
Bardzo dobre	51,1	49,1	40,5	46,7	37,6	25,8
Dobre	39,0	39,2	47,9	40,3	46,5	53,4
Takie sobie	9,0	10,2	10,7	12,2	14,1	19,5
Złe	0,9	1,5	0,9	0,8	1,8	1,3
	Chi=27,95; d.f.=6; p<0,001			Chi=99,79; d.f.=6; p<0,001		

Jak wynika z danych zawartych w tabeli 7, odsetek dziewcząt oceniających negatywnie swoje zdrowie (dwie skrajne odpowiedzi) zwiększa się od 13% u 11-latek do 21% u 15-latek. U chłopców, samoocena zdrowia też zmienia się z wiekiem, z tą różnicą, że wyraźnemu zmniejszeniu ulega odsetek oceny skrajnie pozytywnej, przy dość stabilnym odsetku podawania odpowiedzi *takie sobie* lub *złe*.

W grupie 11-latków dziewczęta i chłopcy oceniają swoje zdrowie bardzo podobnie ($p=0,135$), podczas gdy w dwóch starszych grupach wieku zaczynają się rysować istotne różnice na niekorzyść dziewcząt ($p<0,001$).

Analiza tendencji zmian w zakresie samooceny zdrowia w latach 2002-2006 wskazała na zmianę rozkładu odpowiedzi. W 2006 roku we wszystkich grupach wieku zwiększył się odsetek oceniających zdro-

²⁴ Boardman J.D.: Self-rated health among U.S. adolescents. *J Adolesc Health* 2006, 38, 4, 401-8

wie jako „dobre”, przy równoczesnym obniżeniu się częstości podawania odpowiedzi skrajnie pozytywnej i dwóch odpowiedzi negatywnych.

Choroby przewlekłe

W badaniach ankietowych istnieją różne podejścia do oceny częstości występowania chorób przewlekłych. Pierwsze, opierające się na diagnozie medycznej, ma na celu określenie częstości występowania głównych chorób przewlekłych w populacji, w drugim, tzw. nie skategoryzowanym (ang. *noncategorical*) oceniany jest raczej ogólny stopień obciążenia chorobą i jej wpływ na codzienne funkcjonowanie²⁵.

W badaniu HBSC 2006 zastosowano drugie podejście, pytając uczniów:

- *Czy chorujesz na jakąś przewlekłą (długotrwałą) chorobę lub jesteś niepełnosprawny lub masz inne poważne kłopoty ze zdrowiem (np. cukrzycę, zapalenie stawów, poważną alergię, mózgowie porażenie dziecięce), co zostało stwierdzone przez lekarza?*
- *Czy bierzesz leki w związku z przewlekłą chorobą, niepełnosprawnością lub innymi poważnymi kłopotami ze zdrowiem?*
- *Czy ta choroba przewlekła, niepełnosprawność lub inne poważne kłopoty ze zdrowiem ograniczają Twoją obecność w szkole i udział w zajęciach szkolnych?*

Wyniki zamieszczone są w tabeli 8, w której przedstawiono odsetek odpowiedzi twierdzących na każde z trzech podstawowych pytań, oraz łączną analizę pytań, w tym:

- *Odsetek młodzieży, która odpowiedziała pozytywnie na którekolwiek z trzech pytań, co jest miernikiem ogólnej częstości występowania problemów zdrowotnych deklarowanych przez młodzież;*
- *Odsetek młodzieży, która odpowiedziała pozytywnie na wszystkie trzy pytania, co jest miernikiem częstości występowania problemów zdrowotnych o większym obciążeniu;*
- *Odsetek młodzieży, która odpowiedziała pozytywnie na pierwsze pytanie oraz na drugie lub trzecie pytanie, co stanowi potwierdzenie choroby przewlekłej jakimkolwiek wynikającym z niej obciążeniem.*

Badania wykazały, że co dziesiąty uczeń choruje na chorobę przewlekłą, jest niepełnosprawny lub ma inne poważne kłopoty ze zdrowiem. Interpretując te wyniki należy mieć na względzie fakt, że w badaniach HBSC nie brała udziału młodzież uczęszczająca do szkół specjalnych oraz osoby, które ze względu na stan zdrowia, mogą realizować

²⁵ Stein R., Silver E.: Operationalizing conceptually based noncategorical definition. Arch Pediatr Adolesc Med. 1999, 153, 68-74

tylko nauczanie indywidualne w domu. Powyższe odsetki odnoszą się więc do populacji uznanej za zdrową, do osób którym stan zdrowia nie przeszkadza w wypełnianiu codziennych obowiązków.

Odsetek młodzieży, która odpowiedziała twierdząco na podstawowe pytanie dotyczące stwierdzonej przez lekarza choroby przewlekłej jest dość stabilny w trzech grupach wieku (11,4%; 11,2% i 11,8%). Występują jednak różnice zależne od płci. W grupie 11-latków częstość występowania chorób przewlekłych jest jeszcze nieznacznie (nieistotnie, $p=0,522$) większa u chłopców, podczas gdy w dwóch starszych grupach wieku zaczynają się rysować coraz większe różnice na niekorzyść dziewcząt (odpowiednio $p=0,061$ i $p=0,006$). Podobną prawidłowość stwierdza się, analizując częstość występowania chorób przewlekłych skorygowaną na współistniejące obciążenia (leki lub ograniczenia w zajęciach szkolnych).

Tabela 8. Występowanie chorób przewlekłych oraz związane z tym obciążenia według płci i wieku (% badanych)

Długotrwałe problemy zdrowotne	Chłopcy			Dziewczeta		
	11 lat	13 lat	15 lat	11 lat	13 lat	15 lat
Oryginalne pytania						
Chorują przewlekłe	12,0	9,6	9,8	10,9	12,6	13,6
Biorą leki	12,5	9,3	8,3	9,1	9,9	10,9
Mają ograniczenia w zajęciach szkolnych	7,5	3,8	3,9	4,2	7,6	6,2
Wtórne wskaźniki						
Jeden z trzech powyższych warunków	18,6	13,5	12,4	13,6	15,9	16,6
Wszystkie trzy powyższe warunki	3,2	1,9	2,3	2,1	3,5	3,3
Pierwszy warunek i jeden z pozostałych	9,3	6,9	7,1	8,0	10,1	10,5

Urazy

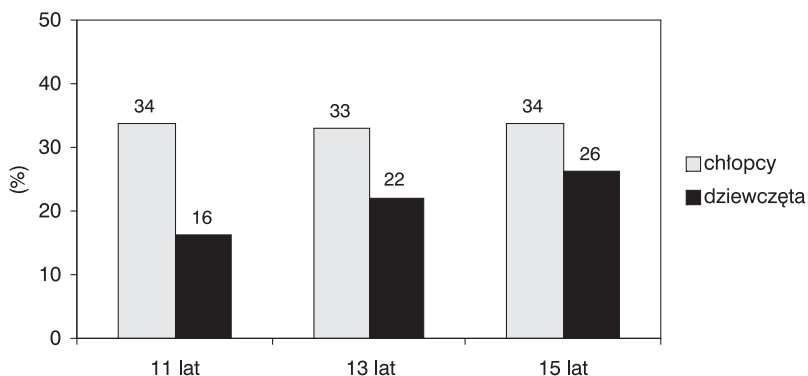
Zwiększona urazowość obserwowana w okresie dorastania jest niepotrzebną ceną, jaką dzieci i młodzież płacą za swój brak doświadczenia, nieznamość zagrożeń oraz bez troskę, a często bezmyślność dorosłych i rówieśników. Liczba zgonów młodych ludzi z przyczyn zewnętrznych przewyższa liczbę zgonów z powodu wszystkich pozostałych przyczyn. Nieobojętne dla zdrowia są nagminnie zdarzające się urazy lżejsze, leczone szpitalnie i ambulatoryjnie, będące częstą przyczyną krótko- lub długotrwałej niepełnosprawności²⁶.

²⁶ Mazur J.: Zapobieganie wypadkom, urazom i zatruciom. [w:] Woynarowska B. (red.): Profilaktyka w pediatrii PZWL Warszawa 1998

W kwestionariuszu badań HBSC pytano: *Ile razy w ostatnich 12 miesiącach doznałeś urazu, z powodu którego musiałeś być leczony przez lekarza lub pielęgniarkę*, z kategoriami odpowiedzi: *nie doznałem urazu w ostatnich 12 miesiącach, 1 raz, 2 razy, 3 razy, 4 lub więcej*. Pytanie poprzedzone było wstępem wyjaśniającym, co to jest uraz, aby wykluczyć nagminnie zdarzające się dzieciom i młodzieży drobne skaleczenia i stłuczenia oraz uniknąć traktowania chorób organicznych i towarzyszących im objawów jako urazów. Tak zdefiniowane urazy czasem określa się mianem „urazów lekkich” (ang. *nonfatal injuries*), dla odróżnienia od, będących przedmiotem wielu opracowań, urazów ciężkich, powodujących zgon lub trwale kalectwo.

Badania wykazały, że częstość urazów wymagających pomocy medycznej jest dość stabilna u chłopców między 11 a 15 rokiem życia, natomiast istotnie w tym okresie zwiększa się u dziewcząt. We wszystkich grupach wieku występowanie urazów jest częstsze u chłopców niż u dziewcząt (ryc.2). Rzeczywista częstość urazów jest jeszcze większa, ponieważ co dziesiąty ankietowany nastolatek doznał w ostatnich 12 miesiącach więcej niż jednego urazu.

Ryc.2. Młodzież, która w poprzednich 12 miesiącach doznała urazu wymagającego pomocy medycznej według płci i wieku (% badanych)



Analiza zmian w zakresie urazowości lekkiej młodzieży szkolnej w latach 2002-2006 wskazała na utrzymywanie się zjawiska na zbliżonych poziomach, to znaczy zahamowana została obserwowana wcześniej tendencja wzrostowa²⁷.

²⁷ Jodkowska M., Oblacińska A., Mazur J.: Urazy wymagające pomocy medycznej w retrospekcji uczniów w wieku 11-15 lat w Polsce (1994-2002). Przegląd Epidemiologiczny 2004, 58, 701-712

Dolegliwości subiektywne

W okresie dojrzewania znaczącym problemem zdrowotnym jest nasilenie dolegliwości o podłożu psychosomatycznym, których nie można wyjaśnić obecnością chorób organicznych. Nadaje im się ostatnio bardziej neutralną, bo nie wskazującą na etiologię, nazwę dolegliwości subiektywnych. W badaniach zwraca się uwagę na współwystępowanie grup dolegliwości, definiując zespoły symptomów, potencjalnie mających wspólne uwarunkowania²⁸.

W kwestionariuszu HBSC, w ośmioelementowym bloku dotyczącym subiektywnych dolegliwości młodzież podawała częstość odczuwania w ostatnich 6 miesiącach: *bólu głowy, bólu brzucha, bólu pleców, przygnębienia, rozdrażnienia lub złego humoru, zdenerwowania, trudności z zasypianiem i zawrotów głowy*²⁹. Przewidziano pięć kategorii odpowiedzi: *prawie codziennie, częściej niż 1 raz w tygodniu, prawie w każdym tygodniu, prawie w każdym miesiącu, rzadko lub nigdy*. Za częste odczuwanie wymienionych dolegliwości przyjmuje się odpowiedź *codziennie lub częściej niż 1 raz w tygodniu*. Analizowano też współwystępowanie wymienionych dolegliwości, wyróżniając młodzież, która odczuwała często dwa lub więcej symptomów.

Tabela 9. Dolegliwości subiektywne odczuwane przez młodzież szkolną prawie codziennie lub częściej niż 1 raz w tygodniu według płci i wieku (% badanych)

Dolegliwości	Chłopcy			Dziewczeta		
	11 lat	13 lat	15 lat	11 lat	13 lat	15 lat
Ból głowy	12,9	11,7	13,9	20,7	21,2	26,8
Ból brzucha	8,1	6,0	4,5	16,3	16,3	13,4
Ból pleców	7,0	7,5	8,8	9,7	11,4	11,1
Przygnębienie	12,4	12,7	12,8	13,9	19,6	26,4
Rozdrażnienie lub zły humor	23,9	19,8	21,7	23,5	30,0	33,0
Zdenerwowanie	26,0	29,8	29,8	29,3	39,2	43,0
Problemy z zasypianiem	13,6	13,1	11,4	13,8	15,1	17,0
Zawroty głowy	5,2	6,9	6,0	9,2	9,9	13,3

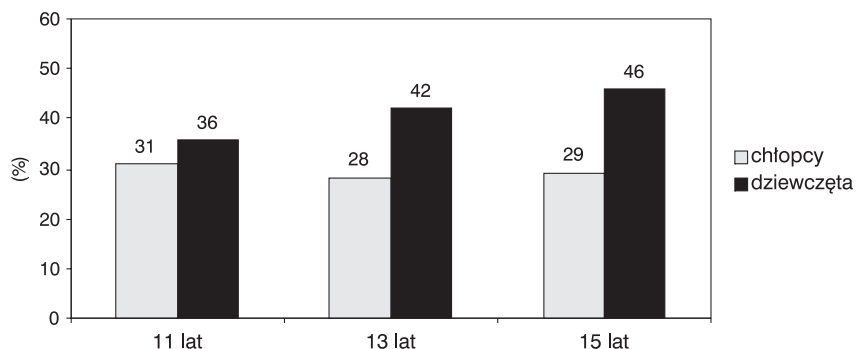
Ankietowana młodzież najczęściej skarżyła się z powodu dolegliwości o podłożu psychicznym, takich jak: zdenerwowanie oraz rozdrażnienie lub zły humor (tab.9). Częstość występowania ośmiu sympto-

²⁸ Hetland J., Torsheim T., Aaro L.E.: Subjective health complaints in adolescence. Dimensional structure and variation across gender and age. *Scan J Pub Health* 2002, 30, 223-230

²⁹ Haugland S., Wold B.: Subjective complaints in adolescence. Reliability and validity of survey methods. *J Adolesc* 2001, 24, 5, 611-624

mów okazała się dość stabilna u chłopców między 11 a 15 rokiem, kiedy zaobserwowano jedynie istotny spadek nasilenia bólów brzucha. U dziewcząt, występowanie symptomów istotnie się u nich nasila się z wiekiem (oprócz bólów brzucha i pleców).

Ryc. 3. Młodzież szkolna odczuwająca często dwie lub więcej dolegliwości subiektywne (%)



Częstość występowania zespołu nasilonych dwóch lub więcej dolegliwości subiektywnych waha się od 28,1% u chłopców 13-letnich do 45,9% u dziewcząt 15-letnich (ryc.3.). Podobnie jak w przypadku wielu omawianych wcześniej mierników zdrowia, różnice zależne od płci pogłębiają się w kolejnych grupach wieku, a związany z wiekiem wzrost częstości występowania mnogich dolegliwości dotyczy tylko dziewcząt.

Zadowolenie z życia

Ogólne zadowolenie z życia badano za pomocą skali Cantrila, zaliczanej w literaturze do prostych i powszechnie stosowanych mierników jakości życia związanej ze zdrowiem, z horyzontem czasowym zdefiniowanym jako *teraz*. Jest to jednoelementowa skala wizualna, mająca graficzny obraz „drabiny”, gdzie poziom „0” oznacza życie najgorsze, a poziom „10” – życie najlepsze, jakie może być³⁰.

Przyjęt o, że odpowiedź poniżej 6 punktów oznacza niskie zadowolenia z życia. Dla potrzeb tego raportu zastosowano trójpodział, wyróżniając dodatkowo osoby przeciętnie zadowolone i bardzo zadowolone ze swojego życia (9-10 punktów).

³⁰ Cantril H.: Pattern of human concern. Rutgers University Press. New Brunswick 1965

Tabela 10. Zadowolenie z życia młodzieży szkolnej wg płci i wieku (%)

Zadowolenie z życia (punkty)	Chłopcy			Dziewczęta		
	11 lat	13 lat	15 lat	11 lat	13 lat	15 lat
Niskie (0-5)	14,4	16,2	17,9	13,9	21,3	24,0
Dobre (6-8)	43,6	53,0	60,6	41,0	50,3	58,5
Bardzo dobre (9-10)	42,0	30,8	21,5	45,1	28,4	17,5
	Chi=89,51; d.f.=4; p<0,001			Chi=179,46; d.f.=4; p<0,001		

Badania wykazały, że w zależności od płci i wieku, odsetek młodzieży niezadowolonej z życia waha się od 13,9% do 24,0%, przy czym wahania są wyraźniejsze u dziewcząt (tab.10). W dwóch starszych grupach wieku dziewczęta oceniają swoje zadowolenie z życia zdecydowanie gorzej niż chłopcy.

Miedzy 11 a 15 rokiem życia, średnie zadowolenie z życia zmniejsza się u chłopców od 7,79 do 7,16 punktów, a dziewcząt u od 7,80 do 6,97 punktów. Istotna różnica między chłopcami i dziewczętami pojawia się dopiero w dwóch starszych grupach wieku.

Analiza zmian w zakresie zadowolenia z życia młodzieży szkolnej w latach 2002-2006 wskazała na poprawę, a po uwzględnieniu statusu materialnego rodzin stwierdzono, że korzystne zmiany nastąpiły głównie w rodzinach o niższym statusie ekonomiczno-społecznym.

Zdrowie psychiczne

Stan zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży badano przy pomocy polskiej wersji kwestionariusza Mocnych Stron i Trudności (SDQ – *Strengths and Difficulties Questionnaire*) Goodman'a, w wersji przeznaczonej do samodzielnego wypełniania przez dziecko³¹.

Przedmiotem analizy jest 20 podstawowych stwierdzeń zawartych w teście SDQ. Dotyczą one różnych mocnych i słabych cech ankietowanego, analizowanych przy pomocy czterech skal cząstkowych:

- zaburzenia emocjonalne (ang. *emotional problems*);
- zaburzenia zachowania (ang. *conduct problems*);
- nadaktywność i deficyt uwagi (ang. *hyperactivity*);
- problemy w kontaktach z rówieśnikami (ang. *peers problems*).

Możliwe były trzy warianty odpowiedzi: stwierdzenie jest – *całkowicie nieprawdziwe*, *częściowo prawdziwe*, *całkowicie prawdziwe*. Skale cząstkowe przyjmują wartości od 0 do 10 punktów, natomiast wynik

³¹ Goodman R.: The Strengths and Difficulties Questionnaire: a research note. J Child Psychol. Psychiatr. 1997, 38, 5, 5981-586

ogólny od 0 do 40 punktów. Wyższa punktacja oznacza większe nasilenie zaburzeń w wymienionych obszarach. Zgodnie z kryteriami przyjętymi dla SDQ, wyniki klasyfikowane na: w normie, na granicy normy (ang. *borderline*) oraz wynik nieprawidłowy.

Tabela 11. Ocena zdrowie psychicznego za pomocą testu SDQ według płci i wieku (% badanych)

Wynik testu SDQ	Chłopcy			Dziewczęta		
	11 lat	13 lat	15 lat	11 lat	13 lat	15 lat
W normie	81,1	83,6	82,5	84,4	80,8	81,8
Na granicy	11,9	10,4	11,5	9,4	12,4	11,7
Nieprawidłowy	7,0	6,0	6,0	6,2	6,8	6,5
	Chi=1,80; d.f.=4; p=0,772			Chi=4,36; d.f.=4; p=0,359		

Odsetek młodzieży, która uzyskała wynik testu SDQ odbiegający od normy (nieprawidłowy łącznie z wynikiem granicznym) waha się w grupach wyróżnionych ze względu na wiek i płeć od 15,6% do 19,2% (tab. 11). Odsetek wyników wyraźnie nieprawidłowych waha się od 6,0% do 7,0%. Nie stwierdzono istotnych różnic zależnych od płci i wieku.

Tabela 12. Zdrowie psychiczne poza normą skal cząstkowych testu SDQ, płci i wieku (% badanych)

Skale cząstkowe SDQ	Chłopcy			Dziewczęta		
	11 lat	13 lat	15 lat	11 lat	13 lat	15 lat
Wynik ogólny	18,9	16,4	17,5	15,6	19,2	18,2
Zaburzenia emocjonalne	9,0	7,7	7,8	12,1	16,5	18,9
Zaburzenia zachowania	27,2	26,2	24,9	16,4	18,9	17,7
Nadaktywność i deficyt uwagi	10,2	11,2	13,5	9,0	12,1	13,6
Problemy w kontaktach z rówieśnikami	29,0	25,9	22,3	21,2	19,2	17,5

Analizując skale cząstkowe testu SDQ, stwierdzono w trzech przypadkach znaczące różnice. U dziewcząt częściej niż u chłopców notuje się zaburzenia emocjonalne, natomiast u chłopców częściej występują zaburzenia zachowania i problemy w kontaktach z rówieśnikami (tab.12).

Zaburzenia emocjonalne wyraźnie nasilają się z wiekiem u dziewcząt. U chłopców między 11 a 15 rokiem życia zmniejsza się odsetek wyników nieprawidłowych w tym obszarze, przy nieznacznym wzroście wyników granicznych i dość stabilnym poziomie wyników prawidłowych.

Zaburzenia zachowania utrzymują się na stabilnym poziomie w trzech analizowanych grupach wieku, przy pewnej tendencji do obniżenia częstości wyników wykraczających poza normę u chłopców.

Występowania nadaktywności i deficytu uwagi utrzymuje się u chłopców na stabilnym poziomie w trzech grupach wieku, natomiast u dziewcząt odsetek wyników nieprawidłowych i granicznych wyraźnie zwiększa się z wiekiem.

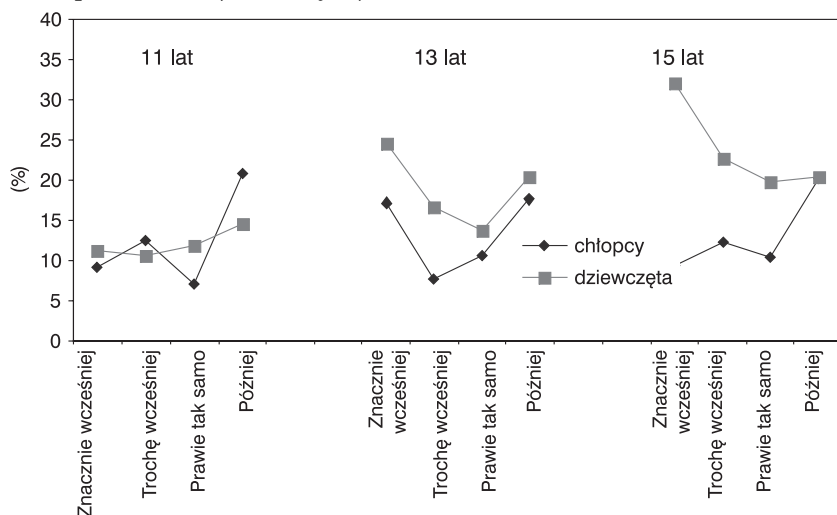
W przypadku zaburzeń w obszarze kontaktów z rówieśnikami, stwierdza się spadek odsetka wyników wykraczających poza normę w kolejnych grupach wieku, ale u dziewcząt występuje jedynie taka tendencja nie poparta testowaniem statystycznym ($p=0,129$).

Związek stanu zdrowia z aktualną fazą dojrzewania

Zbadano, w jaki sposób indywidualne tempo dojrzewania wpływa na przedstawione wcześniej wskaźniki zdrowia i jakości życia: samoocenę zdrowia (SRH), występowanie mnogich dolegliwości subiektywnych, ocenę zadowolenia z życia na skali Cantrila oraz wyniki testu zdrowia psychicznego SDQ.

Na rycinie 4 przedstawiono według wieku odsetki chłopców i dziewcząt negatywnie oceniających swoje zdrowie, w grupach różniących się tempem dojrzewania. Osoby znacznie później i trochę później dojrzewające połączono w jedną kategorię. Wyniki wskazują na silniejszy związek u chłopców niż u dziewcząt. U 11-letnich chłopców zbyt późne dojrzewanie wiąże się z pogorszeniem samooceny zdrowia. U 13-latków występuje zależność krzywoliniowa, najmniejszy odsetek złego stanu zdrowia podają chłopcy i dziewczęta dojrzewający w tempie zbliżonym do większości rówieśników tej samej płci (wynik na granicy istotności, odpowiednio $p=0,056$ i $p=0,083$ dla chłopców i dziewcząt). U 15-latków można natomiast zauważyć przeciwstawne tendencje u obu płci. Gorzej oceniają swoje zdrowie dziewczęta zbyt wcześnie dojrzewający i chłopcy zbyt późno dojrzewający (wynik istotny tylko dla chłopców, $p=0,020$) – ryc. 4.

Analiza związku częstości występowania mnogich dolegliwości subiektywnych z tempem dojrzewania wskazuje na istotną zależność u dziewcząt we wszystkich grupach wieku i w najmłodszej grupie chłopców. Dojrzewania w tempie zbliżonym do rówieśników tej samej płci sprzyja rzadszemu odczuwaniu badanych symptomów. Jest to znów zależność krzywoliniowa z tendencją do najwyższych wskaźników w grupie dojrzewających zdecydowanie za wcześnie. W grupie dziewcząt 13- i 15-letnich, które uważają, że dojrzewały znacznie

Ryc. 4. Zdrowie złe lub takie sobie według postrzeganego tempa dojrzewania, płci i wieku (% badanych)

wcześniej od rówieśniczek, odsetek odczuwających codziennie lub częściej niż 1 raz w tygodniu co najmniej dwa symptomy przekracza 60% (tab.13).

Tabela 13. Odczuwanie mnogich dolegliwości subiektywnych według postrzeganego tempa dojrzewania, płci i wieku (% badanych)

Tempo dojrzewania	Chłopcy			Dziewczęta		
	11 lat	13 lat	15 lat	11 lat	13 lat	15 lat
Znacznie wcześniej	44,7	35,5	34,1	48,4	63,3	64,3
Trochę wcześniej	37,5	28,1	31,8	38,4	46,1	51,6
Prawie tak samo*	25,0	26,1	27,4	30,3	40,1	43,1
Znacznie lub trochę później	40,2	33,0	34,5	48,7	39,4	49,2
p	<0,001	0,251	0,238	<0,001	0,012	0,005

*Jak u większości chłopców lub dziewcząt w tym samym wieku

Natomiast analiza związku między niezadowoleniem z życia a tempem dojrzewania wskazuje na istotną zależność u chłopców w dwóch młodszych grupach wieku i tylko u 11-letnich dziewcząt. U 11-latków obojga płci raczej postrzeganie siebie jako osoby dojrzewające później od rówieśników wpływa na mniejsze zadowolenie z życia (tab. 14).

Tabela 14. Niezadowolenie z życia według postrzeganego tempa dojrzewania, płci i wieku (% badanych)

Tempo dojrzewania	Chłopcy			Dziewczęta		
	11 lat	13 lat	15 lat	11 lat	13 lat	15 lat
Znacznie wcześniej	9,2	19,7	22,4	13,1	24,5	25,9
Trochę wcześniej	19,7	18,8	19,5	11,8	24,8	29,6
Prawie tak samo*	11,2	12,9	16,3	11,1	21,1	23,2
Znacznie lub trochę później	30,4	27,8	21,8	27,4	18,5	21,9
p	<0,001	0,003	0,266	<0,001	0,649	0,332

*Jak u większości chłopców lub dziewcząt w tym samym wieku

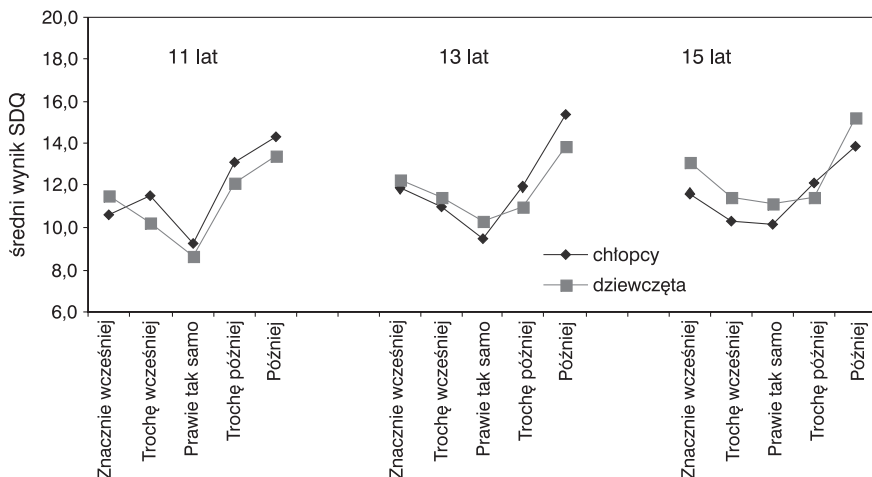
Badano także związek indywidualnego tempa dojrzewania z wynikami testu zdrowia psychicznego SDQ, podając odsetek młodzieży, która uzyskiwała ogólny wynik nieprawidłowy lub na granicy normy (tab.15) oraz średnią wartość ogólnego testu SDQ (ryc.5).

Tabela 15. Wynik testu SDQ nieprawidłowy lub graniczny według postrzeganego tempa dojrzewania, płci i wieku (% badanych)

Tempo dojrzewania	Chłopcy			Dziewczęta		
	11 lat	13 lat	15 lat	11 lat	13 lat	15 lat
Znacznie wcześniej	20,5	27,1	24,1	28,8	26,1	29,6
Trochę wcześniej	25,9	18,3	14,5	16,0	22,0	16,6
Prawie tak samo*	13,1	11,7	16,1	10,6	17,8	17,5
Znacznie lub trochę później	37,2	29,1	24,3	30,0	20,9	20,0
P	<0,001	<0,001	0,045	<0,001	0,419	0,135

*Jak u większości chłopców lub dziewcząt w tym samym wieku

Wyniki wskazują na istotny związek u chłopców w trzech grupach wieku oraz u najmłodszych dziewcząt. Młodzież, która uważa, że dojrzewa w tempie zbliżonym do większości rówieśników tej samej płci wykazuje dużo mniej zaburzeń w zakresie zdrowia psychicznego. U młodszych chłopców znacznie późniejsze dojrzewanie jest czynnikiem obciążającym, u starszych dziewcząt zaś wcześniejsze dojrzewanie (tab.15). Analiza średnich indeksów SDQ wskazuje na związek nieliniowy, szczególnie w dwóch młodszych grupach wieku (ryc.5).

Ryc. 5. Średni wynik testu SDQ według postrzeganego tempa dojrzewania, płci i wieku

5.2.3. Zachowania zdrowotne

Podejmowanie zachowań sprzyjających zdrowiu

Właściwy styl życia i odpowiednie nawyki żywieniowe gwarantują zdrowie i prawidłowy rozwój fizyczny, psychospołeczny i umysłowy. Zachowania nabyte w okresie dorastania prawdopodobnie będą kontynuowane będą w wieku dorosłym.

W obszarze zachowań sprzyjających zdrowiu analizowano zachowania żywieniowe, higienę jamy ustnej i poziom aktywności fizycznej.

Prawidłowe odżywianie w okresie dorastania przynosi efekty bezpośrednie i pośrednie, ponieważ z jednej strony już w chwili obecnej chroni przed wieloma chorobami (niedokrwistość, otyłość, próchnica), z drugiej zaś w perspektywie całego życia zmniejsza ryzyko chorób serca i układu krążenia, chorób metabolicznych oraz nowotworów³².

Za elementy zdrowego stylu życia uważa się regularne jedzenie posiłków, zwłaszcza pierwszego śniadania, spożywanie zalecanych ilości warzyw i owoców oraz minimalizowanie spożycia produktów mniej zdrowych, szczególnie zawierających cukier i tłuszcze. Opuszczanie pierwszego śniadania i/lub nie spożywanie posiłku w szkole wpływa

³² Diet, nutrition and prevention of chronic diseases. Report of a Joint WHO/FAO Expert Consultation, Geneva WHO 2003

niekorzystnie na funkcjonowanie mózgu i ogólną sprawność fizyczną ucznia, co może prowadzić do gorszego funkcjonowania na lekcjach, w czasie zajęć sportowych na lekcjach wychowania fizycznego oraz w trakcie innych zajęć w czasie wolnym.

W ostatniej edycji badań HBSC kwestionariusz zawierał pytanie dotyczące jedzenia śniadań w dni szkolne i dni weekendu. W raporcie posłużono się wskaźnikiem częstości spożywania śniadań w dni szkolne, podając liczbę uczniów, którzy spożywają śniadania codziennie. Zbadano też częstość jedzenia owoców i warzyw, identyfikując grupę młodzieży, która spożywa te produkty często, tzn. *codziennie lub codziennie częściej niż 1 raz*. Analizowano też dodatkowo o pytanie dotyczące posiłku w szkole: *Czy zjadłeś lub będziesz jadł dziś w szkole drugie śniadanie lub obiad?*, które zostało włączone do kwestionariusza w Polsce, poza protokołem międzynarodowym.

Tabela 16. Podejmowanie zachowań korzystnych dla zdrowia (% badanych)

Wskaźnik zachowań prozdrowotnych	Chłopcy			Dziewczęta		
	11 lat	13 lat	15 lat	11 lat	13 lat	15 lat
Śniadania we wszystkie dni szkolne	70,5	68,2	67,3	71,4	57,6	57,2
Posiłek w szkole	76,5	75,6	69,3	84,2	74,1	72,4
Owoce spożywane co najmniej 1 raz/dzień	31,1	30,7	24,3	44,6	42,4	33,6
Warzywa spożywane co najmniej 1 raz/dzień	29,2	24,9	24,9	36,4	32,0	28,9
Czyszczenie zębów częściej niż 1 raz/dzień	50,1	52,3	57,3	69,1	74,6	81,8
Aktywność fizyczna 60 min. na dzień przez co najmniej 5 dni w ostatnim tygodniu	51,7	49,1	45,4	45,4	36,4	26,6

Badania wykazały, że odsetek młodzieży szkolnej spożywającej śniadanie codziennie, przed wyjściem do szkoły, waha się w zależności od płci i wieku od 57,2% do 71,4%. W grupie 11-latków regularność spożywania śniadań jest zbliżona u chłopców i dziewcząt ($p=0,735$), natomiast w dwóch starszych grupach wieku dziewczęta jedzą regularne śniadania istotnie rzadziej niż chłopcy. Wobec tego między 11 a 15 rokiem życia, regularność spożywania śniadań utrzymuje się na zbliżonym poziomie u chłopców i znacznie zmniejsza się u dziewcząt (tab.16).

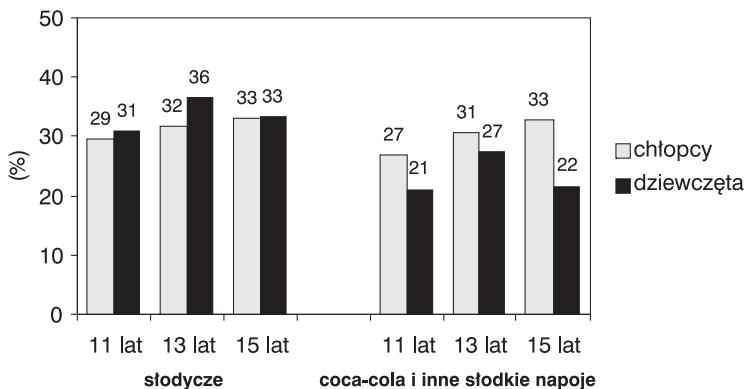
Częstość spożywania posiłku w szkole wahała się w zależności od płci i wieku od 69,3% u chłopców 15-letnich do 84,2% u dziewcząt 11-letnich. Tylko u 11-latków stwierdzono w tym zakresie istotne róż-

nice między chłopcami i dziewczętami, na korzyść dziewcząt. Częstość spożywania drugiego śniadania lub obiadu w szkole istotnie obniża się z wiekiem u obu płci (tab.16).

Regularne spożywanie owoców stwierdzono w zależności od płci i wieku u od 24,3% do 44,6%, a regularne spożywania warzyw u odpowiednio od 24,9% do 36,4% ankietowanych. We wszystkich grupach wieku dziewczęta częściej niż chłopcy jedzą owoce i warzywa. Istotny trend spadkowy częstości spożywania owoców, związany z wiekiem, dotyczy obu płci, natomiast częstość spożywania warzyw obniża się z wiekiem tylko u dziewcząt (tab.16).

Analizując analogicznie częstość spożywania produktów niezdrowych, nie stwierdzono dużych różnic związanych z wiekiem (ryc.6). Jedynie u chłopców zwiększa się z wiekiem spożycie coca-coli lub innych słodkich napojów gazowanych. Chłopcy sięgają po te napoje częściej niż dziewczęta.

Ryc.6. Młodzież spożywająca co najmniej 1 raz dziennie słodkie i słodkie napoje gazowane według płci i wieku (% badanych).



Kolejnym analizowanym wskaźnikiem zachowań prozdrowotnych była częstość czyszczenia zębów. Zakłada się, że próchnica zębów i inne choroby jamy ustnej są jednym z częściej występujących problemów zdrowotnych w populacji młodzieży w Polsce. Z danych międzynarodowych wynika, że występowanie problemów jamy ustnej u dzieci i młodzieży w krajach wysokorozwiniętych jest mniej powszechne³³.

³³ Wierzbicka M., Petersen P.E., Szatko F., Dybizbanska E., Kalo I.: Changing oral health status and oral health behaviour of schoolchildren in Poland. Community Dent Health. 2002, 19,4, 243-50

Młodzież pytano: *Jak często myjesz zęby?*, z możliwościami odpowiedzi: *częściej niż 1 raz dziennie; 1 raz dziennie; co najmniej 1 raz w tygodniu, ale nie codziennie; rzadziej niż 1 raz w tygodniu; nigdy*. Za pozytywną praktykę zdrowotną przyjmuje się czyszczenie zębów częściej niż 1 raz dziennie.

Odsetek młodzieży czyszczącej zęby co najmniej 1 raz dziennie waha się od 50,1% u chłopców 11-letnich do 81,8% u dziewcząt 15-letnich. We wszystkich grupach wieku dziewczęta częściej czyszczą zęby niż chłopcy. Poziom nawyków związanych z higieną jamy ustnej istotnie poprawia się z wiekiem u obu płci, bardziej u dziewcząt (tab.16).

Ważną grupę pytań obrazujących styl życia młodzieży szkolnej stanowią pytania na temat aktywności fizycznej i sposobu spędzania wolnego czasu. Pomiar **aktywności fizycznej**, zwłaszcza u dzieci, jest jednym z najtrudniejszych pomiarów pozytywnych mierników zdrowia i brak jest jednego narzędzia, które byłoby użyteczne przy jednoczesnym spełnianiu kryteriów rzetelności i trafności. W badaniu HBSC 2005/06 za podstawowy wskaźnik przyjęto MVPA (*moderate-to-vigorous physical activity*), czyli aktywność fizyczną od umiarkowanej do intensywnej, która przyspiesza czynność serca i przez jakiś czas powoduje brak tchu. Zadano pytanie pochodzące z testu przesiewowego J. Prochaski i wsp.³⁴, pozwalające oszacować liczbę dni w ostatnich siedmiu dniach, w których młodzież przeznaczała na aktywność fizyczną co najmniej 60 minut. Pytanie to poprzedzono wstępem, wyjaśniającym pojęcie aktywności fizycznej. Przyjmuje się, że wartość wskaźnika MVPA wynosząca co najmniej 5 (dni), oznacza aktywność fizyczną zaspakajającą podstawowe potrzeby rozwojowe i zdrowotne młodzieży w tej grupie wieku.

Badania wykazały, że odsetek młodzieży spełniającej kryterium minimalnej zalecanej aktywności fizycznej waha się w zależności od płci i wieku od 26,6% u dziewcząt 15-letnich do 51,7% u chłopców 11-letnich. Chłopcy wykazują większą aktywność fizyczną niż dziewczęta we wszystkich grupach wieku, a różnica na niekorzyść dziewcząt pogłębia się z wiekiem. Między 11 a 15 rokiem życia aktywność fizyczna pogarsza się u obu płci, bardziej u dziewcząt (tab.16).

Międzynarodowy protokołu badań HBSC edycji 2005/06 uwzględnił też blok pytań na temat sedenteryjnego trybu życia, czyli spędzania czasu w sposób bierny (siedzący). Pytania dotyczyły czasu spędzanego przed telewizorem lub przy komputerze, natomiast zrezygnowano ze stosowanych w poprzednich edycjach pytań na temat czasu prze-

³⁴ Prochaska J.J., Sallis J.F., Long B.: A physical activity screening measure for use with adolescent in primary care. Arch Pediatr Adolesc Med. 2001, 155, 5, 554-9

znaczanego na odrabianie lekcji. Zakłada się, że umiarkowane i kontrolowane korzystanie z telewizji, a tym bardziej z komputera, ma pozytywny wpływ na rozwój dorastającej młodzieży. Zbyt długie przebywanie w pozycji siedzącej może jednak wpływać negatywnie na rozwój fizyczny, tym bardziej jeśli odbywa się ono kosztem zajęć ruchowych oraz jeśli oglądaniu telewizji towarzyszy „podjadanie”³⁵. Jeżeli zaś filmy i gry komputerowe są nasycone agresją i fałszują obraz rzeczywistości, można się spodziewać negatywnych skutków dla rozwoju psychospołecznego³⁶. W związku z upowszechnieniem dostępu do komputerów, nowym zjawiskiem jest uzależnienie od komputera i Internetu, a symptomy uzależnienia pojawiają się już w okresie dorastania.

W kwestionariuszu HBSC pytano o liczbę godzin dziennie w czasie wolnym, odpowiednio w dniach szkolnych i w dniach weekendu przeznaczoną na: oglądanie telewizji (w tym video i DVD), granie w gry komputerowe lub inne wykorzystywanie komputera (czat, internet, e-maile, odrabianie lekcji itd.). Przewidziano dziewięć kategorii odpowiedzi: *wcale, około pół godziny dziennie, około 1 godziny dziennie, około 2 godzin dziennie, około 3 godzin dziennie, około 4 godzin dziennie, około 5 godzin dziennie, około 6 godzin dziennie, około 7 lub więcej godzin dziennie*. Brak jest jasnych kryteriów jaka dawka zajęć sedenteryjnych jest szkodliwa dla zdrowia, tym bardziej, że różne typy aktywności się kumulują. Przyjęto robocze założenie, że niepokojącym objawem jest spędzenie przed telewizorem więcej niż 3 godzin dziennie, a przy komputerze lub grach komputerowych po więcej niż 2 godziny dziennie.

W zakresie częstości oglądania telewizji nie stwierdzono dużych różnic zależnych od płci badanych. Porównując grupy wieku, stwierdzono istotnie częstsze oglądanie telewizji przez 13-latków w porównaniu z dwoma skrajnymi grupami.

We wszystkich grupach wieku chłopcy są częstszymi użytkownikami komputera niż ich rówieśniczki. U dziewcząt obniża się z wiekiem zainteresowanie grami komputerowymi, natomiast u chłopców szczyt zainteresowania tą formą aktywności przypada na I klasę gimnazjum (13 lat). U obu płci z wiekiem rośnie natomiast zainteresowanie innymi formami korzystania z komputera, to znaczy używanie go jako metody komunikacji i źródła pomocy w nauce.

³⁵ DeMattia L., Lemont L., Meurer L.: Do interventions to limit sedentary behaviours change behaviour and reduce childhood obesity? A critical review of the literature. *Obes Rev.* 2007, 8, 1, 69-81

³⁶ Krahé B., Möller I.: Playing violent electronic games, hostile attributional style, and aggression-related norms in German adolescents. *Adolesc.* 2004, 27, 1, 53-69

Ankietowana młodzież częściej ogląda telewizję i korzysta z komputera w czasie weekendu niż w dniach szkolnych, co dotyczy wszystkich analizowanych wskaźników (tab.17).

Tabela 17. Zajęcia sedenteryjne podejmowane przez młodzież szkolną według płci i wieku (% badanych)

Zajęcia sedenteryjne	Chłopcy			Dziewczęta		
	11 lat	13 lat	15 lat	11 lat	13 lat	15 lat
Oglądanie TV >3h w dniach szkolnych	25,9	29,5	25,5	21,6	25,4	17,2
Oglądanie TV >3h w dniach weekendu	47,9	59,2	50,4	43,6	59,9	49,6
Korzystanie z komputera >2h w dniach szkolnych	20,1	27,0	39,0	12,0	23,3	25,5
Korzystanie z komputera >2h w dniach weekendu	34,3	43,2	55,4	23,5	35,7	44,5
Gry komputerowe >2h w dniach szkolnych	32,6	37,3	38,8	10,0	10,8	4,8
Gry komputerowe >2h w dniach weekendu	53,1	64,1	59,8	26,2	25,2	13,6

Z pełnego rozkładu odpowiedzi na omawiane pytania można wyłonić grupę młodzieży przeznaczającej na zajęcia sedenteryjne 7 i więcej godzin dziennie. Na przykład, odpowiednio 7% i 17% chłopców 15-letni spędza tak dużo czasu przy grach komputerowych w dniach szkolnych i dniach weekendu.

Starano się zbadać, w jaki sposób indywidualne tempo dojrzewania wpływa na częstość podejmowania zachowań sprzyjających zdrowiu. Wnioskowanie zależy od płci, wieku i przyjętego wskaźnika, nie prowadząc do jednoznacznych wniosków.

Badając tendencje zmian w zakresie częstości podejmowania zachowań sprzyjających zdrowiu, stwierdzono w latach 2002-2006 zarówno korzystne, jak i niekorzystne tendencje. Pogorszeniu uległy zachowania żywieniowe, ponieważ coraz mniejszy odsetek uczniów spożywa śniadanie przed wyjściem do szkoły oraz obniżyła się częstość spożywania owoców i warzyw, przy równoczesnym wzroście częstości spożywania słodkich napojów gazowanych (szczególnie u 15-letnich chłopców)³⁷. Poprawie natomiast uległa higiena jamy ustnej, szczególnie u 15-latków. Coraz większy odsetek młodzieży spełnia kryteria minimalnej zalecanej aktywności fi-

³⁷ Dzińska A., Kołolo H., Mazur J.: Zachowania zdrowotne młodzieży związane z odżywianiem w kontekście czynników społeczno-ekonomicznych. Kierunek zmian w latach 2002-2006. Problemy Higieny i Epidemiologii 2008 (w druku)

zycznej, a najkorzystniejsze zmiany dotyczą 13-latków. Stwierdzono również obniżenie odsetka młodzieży spędzającej dużo czasu przed telewizorem. Trudno jest to interpretować, jako zachowanie pozytywne, ponieważ znaczny odsetek badanych spędza kilka godzin dziennie przy komputerze, a tendencje zmian w zakresie czasu spędzanego przy komputerze są trudne do zbadania z powodu zmian w sformułowaniu pytań.

Zachowania ryzykowne dla zdrowia

Przedstawiono siedem wskaźników dotyczących nadużywania substancji psychoaktywnych³⁸ i kontaktów z przemocą oraz stosowania diet odchudzających.

Palenie tytoniu uznane zostało za jeden z głównych czynników zwiększających ryzyko rozwoju chorób nowotworowych i przedwczesnej miażdżycy, a w efekcie za jedną z głównych przyczyn umieralności. Mimo, że umieralność z powodu chorób odytoniowych dotyczy osób dorosłych, początki nałogu przeważnie sięgają okresu adolescencji, a wiek sięgnięcia po pierwszego papierosa stale obniża się. W raporcie uwzględniono wskaźnik częstości palenia, uzyskany na podstawie pytania: *Jak często obecnie palisz papierosy?* (odpowiedź: *codziennie, co najmniej 1 raz w tygodniu, ale nie codziennie, rzadziej niż 1 raz w tygodniu, nie palę wcale*). Za ryzykowne zachowanie przyjęto palenie codziennie lub co najmniej 1 raz w tygodniu.

Badania wykazały, że częstość tak zdefiniowanego palenia tytoniu zwiększa się u chłopców od 1,9% w wieku 11 lat do 18,5% w wieku 15-lat, u dziewcząt zaś odpowiednio od 0,6% do 14,2%. U 13-latków odsetek palących chłopców i dziewcząt jest bardzo zbliżony ($p=0,774$) – tab.18.

Alkohol jest najczęściej stosowaną przez młodzież substancją psychoaktywną. Mimo, że nie prowadzi w tym wieku jeszcze do uzależnienia, może spowodować szereg szkód zdrowotnych i społecznych, jak:

- podejmowanie ryzykownych zachowań seksualnych (bez zabezpieczenia i/lub z przypadkowym partnerem);
- podejmowanie zachowań sprzyjających wypadkom (utonięcie lub uraz kręgosłupa w przypadku skoku do wody, wypadek drogowy, uraz w trakcie bójki);
- zaniedbywanie obowiązków szkolnych i utrata zainteresowań.

W bieżącym opracowaniu wykorzystano dostępne dla trzech grup wieku wskaźniki dotyczące częstości picia piwa oraz liczby epizodów

³⁸ Nie uwzględniono danych na temat częstości palenia marihuany, ponieważ pytanie na ten temat zadano tylko 15-latkom, a założeniem opracowania jest porównanie zmian między 11 a 15 rokiem życia.

upicia się w ciągu całego życia. Młodzież pytano: *Jak często obecnie pijesz piwo?*, z kategoriami odpowiedzi: *codziennie, w każdym tygodniu, w każdym miesiącu, rzadko, nigdy*. W kolejnym pytaniu zaś proszono o odpowiedź na pytanie: *Czy wypileś kiedyś tak dużo alkoholu, że czułeś się naprawdę pijany?*, z kategoriami odpowiedzi: *nie, nigdy; jeden raz; 2-3 razy; 4-10 razy; więcej niż 10 razy*.

Badania wykazały, że odsetek młodzieży pijącej piwo w każdym tygodniu lub codziennie zwiększa się u chłopców od 1,2% w wieku 11 lat do 14,9% w wieku 15 lat. U dziewcząt w tym okresie następuje wzrost od 0,5% do 5,1% często pijących piwo. Tylko u 15-latków, częstość picia piwa jest istotnie większa u chłopców niż u dziewcząt – tab.18.

Niepokojąco wysoki odsetek młodzieży przyznaje się do przeżycia stanu upojenia alkoholowego. Więcej niż jeden taki epizod przeżyło 4,5% ankietowanych 11-letnich chłopców, wobec 42% 15-latków. Wśród dziewcząt nasilenie nadużywania alkoholu mierzone mnogimi epizodami upicia się zwiększa się między 11 a 15 rokiem życia z 1,4% do 27,4%. We wszystkich grupach wieku notuje się istotne różnice zależne od płci, na niekorzyść chłopców – tab.18.

W ostatniej edycji badań HBSC 15-latkom zadano również pytanie o częstość używania marihuany lub haszyszu. Do palenia marihuany w ostatnich 12 miesiącach przyznało się 13,4% uczniów III klas gimnazjum, w tym dwukrotnie więcej chłopców niż dziewcząt – tab.18.

Tabela 18. Podejmowanie zachowań ryzykownych dla zdrowia według płci i wieku(% badanych)

Zachowania ryzykowne dla zdrowia	Chłopcy			Dziewczęta		
	11 lat	13 lat	15 lat	11 lat	13 lat	15 lat
Palenie tytoniu codziennie lub co najmniej 1 raz w tygodniu	1,9	5,1	18,5	0,6	4,8	14,2
Picie piwa codziennie lub w każdym tygodniu	1,2	3,8	14,9	0,5	2,2	5,1
Więcej niż 1 epizod upicia się w życiu	4,5	12,8	42,0	1,4	8,5	27,4
Palenie marihuany w ostatnich 12 miesiącach*	-	-	18,5	-	-	8,7
Bycie sprawcą przemocy w szkole 2-3 razy w miesiącu lub częściej w ostatnich 2 miesiącach	14,7	13,6	18,4	4,4	6,3	5,6
Udział w bójkę więcej niż 1 raz w ostatnich 12 miesiącach	41,8	35,8	28,7	11,2	9,0	6,8

* Pytanie na temat używania marihuany lub haszyszu zadawano tylko uczniom III klas gimnazjum

Wskaźniki odnoszące się do częstych kontaktów z przemocą dotyczyły bycia sprawcą przemocy wobec innych uczniów w szkole oraz uczestniczenia w bójkach.

Przemoc w środowisku szkolnym definiowana jest jako dręczenie (ang. *bullying*). Są to celowe działania w celu zrobienia drugiej osobie przykrości lub krzywdy, które są systematycznie powtarzane oraz występuje brak równowagi sił, pomiędzy ofiarą a sprawcą (sprawcami)³⁹. Protokół badania HBSC 2005/2006 zakładał obowiązkowe uwzględnienie dwóch pytań na temat częstości bycia ofiarą i sprawcą dręczenia w szkole: *Jak często Ty sam byłeś dręczony w szkole w ostatnich dwóch miesiącach?* i *Jak często Ty uczestniczyłeś w dręczeniu innego ucznia lub uczniów w szkole w ostatnich dwóch miesiącach?*, z kategoriami odpowiedzi: *nie byłem dręczony(nie dręczyłem innych)*, *zdarzyło się to jeden lub dwa razy, 2 lub 3 razy w miesiącu, prawie 1 raz w tygodniu, kilka razy w tygodniu*. Pytania były poprzedzone wstępem wyjaśniającym, co rozumiemy pod pojęciem dręczenia (dokuczania) innym. W pracy ograniczono się do analizy częstych przypadków bycia sprawcą *bullyingu*.

Badania wykazały, że odsetek uczniów, którzy 2-3 razy w miesiącu lub częściej dokuczali innym uczniom w szkole zwiększa się u chłopców od 14,7% w wieku 11-lat do 18,4% w wieku 15-lat ($p=0,012$). U dziewcząt między 11 a 15 rokiem życia zauważa się jedynie tendencję do wzrastającej częstości bycia sprawcą *bullyingu* ($p=0,256$) – tab. 18.

W kwestionariuszu HBSC uwzględniono też pytanie na temat uczestniczenia w bójkach: *Ile razy w ostatnich 12 miesiącach uczestniczyłeś w bójce?*, z kategoriami odpowiedzi: *nie uczestniczyłem w bójce, 1 raz, 2 razy, 3 razy, 4 lub więcej*. Wyodrębniono grupę tych, którzy bili się częściej niż jeden raz.

Badania wykazały, że częstość wielokrotnego uczestniczenia w bójce zmniejsza się z wiekiem: u chłopców z 41,8% do 28,7%, zaś u dziewcząt z 11,2% do 6,8%. We wszystkich grupach wieku uczestniczenie w bójkach jest kilka razy częstsze u chłopców niż u dziewcząt.

Analiza tendencji zmian w zakresie podejmowania wymienionych powyżej ryzykownych zachowań wskazała, że w odniesieniu do większości wskaźników zaszły niewielkie różnice w latach 2002-2006⁴⁰. Ob-

³⁹ Nansel TR, Overpeck M, Pilla RS, Ruan WJ, Simons-Morton B, Scheidt P.: Bullying behaviors among US youth: prevalence and association with psychosocial adjustment. *JAMA* 2001, 285, 16, 2094-100

⁴⁰ Woynarowska B., Mazur J.: Zmiany w używaniu substancji psychoaktywnych przez młodzież w wieku 11-15 lat w Polsce w latach 2002-2006. *Problemy Higieny i Epidemiologii* 2007, 84, 4, 428-436

niżył się odsetek młodzieży palącej tytoń. Najbardziej niepokojące jest podejmowanie wielu zachowań niekorzystnych dla zdrowia przez coraz szersze kręgi młodzieży, uznawanej dotąd za mało podatną (dziewczęta, młodsze dzieci, osoby z zamożniejszych rodzin).

Ostatnim ryzykownym zachowaniem, na które warto zwrócić uwagę jest nieuzasadnione nadmiarem masy ciała stosowanie diet odchudzających. Stanowi ono bezpośrednie zagrożenie dla zdrowia i prawidłowego rozwoju, szczególnie w okresie dojrzewania, gdzie zapotrzebowanie na energię i substancje odżywcze wzrasta.

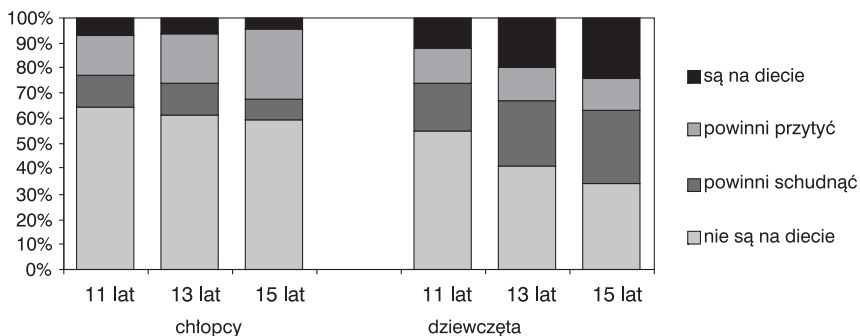
Tabela 19. Stosowanie diet odchudzających w zależności od płci i wieku (% badanych)

Czy stosują dietę?	Chłopcy			Dziewczęta		
	11 lat	13 lat	15 lat	11 lat	13 lat	15 lat
Nie, bo ważą, ile trzeba	57,4	55,9	54,9	50,7	36,5	31,6
Nie, ale powinni schudnąć	17,3	17,5	13,5	22,0	29,6	30,4
Nie, bo powinni przytyć	13,6	17,5	25,0	12,0	11,8	11,4
Tak	11,7	9,1	6,6	15,3	22,1	26,6
Chi=51,85; d.f.=6; p<0,001			Chi=87,80; d.f.=6; p<0,001			

W kwestionariuszu HBSC zastosowano pytanie: *Czy obecnie stosujesz dietę lub robisz coś innego, aby schudnąć?*, z kategoriami odpowiedzi: *nie, bo ważę tyle, ile trzeba; nie, ale powinienem trochę schudnąć; nie, bo powinienem przytyć; tak*. Rozkład odpowiedzi na to pytanie istotnie zmienia się z wiekiem – tab. 19.

Odsetek chłopców, którzy nie widzą potrzeby odchudzania się, ponieważ uznają swoją masę ciała za prawidłową jest dość stabilny i nie zmienia się między 11 a 15 rokiem życia. Zmniejsza się natomiast odsetek chłopców będących na diecie lub wyrażających chęć rozpoczęcia diety, przy równoczesnym zwiększeniu się odsetka chłopców chcących przytyć. U dziewcząt zaś między 11 a 15 rokiem życia zachodzą zupełnie inne zmiany. Zmniejsza się odsetek dziewcząt uważających, że ważą, ile trzeba, przy równoczesnym wzroście będących na diecie lub wyrażających chęć rozpoczęcia diety. Ogółem, stwierdza się, że 56% ankietowanych 15-letnich dziewcząt jest na diecie lub uważa, że powinno być.

Odrębna analiza wykonana tylko dla osób z masą ciała prawidłową lub z niedowagą, wykazała, że w grupie tej nadal na diecie jest w zależności od płci i wieku od 4,6% do 24,2% ankietowanych, a od 8,2% do 28,8% chce zacząć dietę. Nadal też prawie połowa dziewcząt 15-letnich podejmuje lub zamierza podjąć nieuzasadnione odchudzanie.

Ryc. 7. Stosowanie diet odchudzających przez młodzież prawidłową masą ciała

Związek zachowań antyzdrowotnych z aktualną fazą dojrzewania

Zbadano, w jaki sposób indywidualne tempo dojrzewania wpływa na częstość podejmowania zachowań niekorzystnych dla zdrowia w postaci palenie tytoniu i nadużywania alkoholu (tab.20).

O ile wyniki odnoszące się do zachowań prozdrowotnych były trudne do zinterpretowania, a tyle tu widać wyraźnie większą skłonność do nadużywania substancji psychoaktywnych przez młodzież, która dojrzewa wcześniej w porównaniu z rówieśnikami tej samej płci.

Istotny związek regularnego palenia tytoniu z wcześniejszym dojrzewaniem wykazano u 15-latków obojga płci. Istotną zależność częstego picia piwa od tempa dojrzewania wykazano u chłopców 11- i 13-letnich. Natomiast związek z częstym upijaniem się jest istotny u chłopców i dziewcząt w dwóch starszych grupach wieku, podczas gdy u 11-latków zarysowuje się jedynie pewna tendencja.

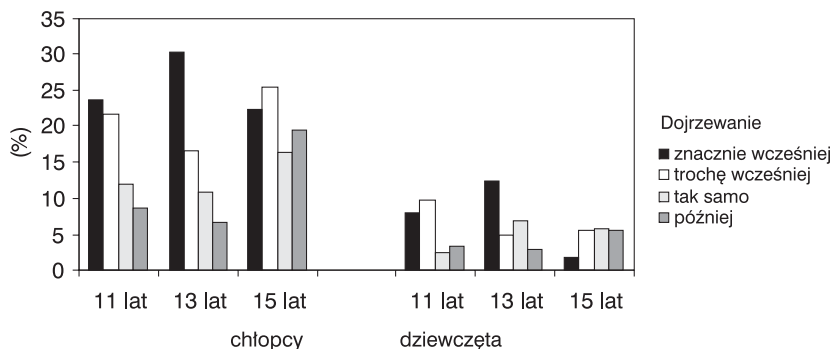
Młodzież dojrzewająca znacznie lub trochę wcześniej od rówieśników ma też większą skłonność do dręczenia innych uczniów w szkole, co jest widoczne u 13-latków (ryc.8). Zależność między tempem dojrzewania a byciem sprawcą przemocy w szkole jest istotna statystycznie we wszystkich grupach wieku u chłopców i tylko u 11-letnich dziewcząt.

Młodzież dojrzewająca znacznie lub trochę wcześniej od rówieśników wcześniej zaczyna podejmować diety odchudzające (ryc.9). Zależność między tempem dojrzewania a odchudzaniem się jest istotna statystycznie we wszystkich grupach wieku u dziewcząt. U 11-letnich chłopców występuje odwrotna tendencja, to znaczy częściej odchudza się chłopcy dojrzewający później od rówieśników.

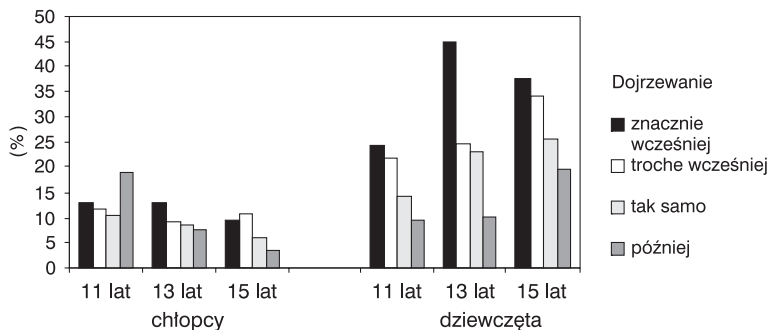
Tabela 20. Używanie substancji psychoaktywnych przez młodzież według płci, wieku i oceny tempa dojrzewania

Tempo dojrzewania	Palenie tytoniu – codziennie lub w każdym tygodniu		Picie piwa – codziennie lub w każdym tygodniu		Upijanie się – co najmniej 2 razy w życiu	
	Chłopcy	Dziewczeta	Chłopcy	Dziewczeta	Chłopcy	Dziewczeta
11-lat						
Znacznie wcześniej	1,3	1,6	2,7	0,0	9,2	3,3
Trochę wcześniej	1,7	1,8	0,8	0,9	4,2	2,7
Prawie tak samo*	1,3	0,4	1,1	0,2	3,5	0,6
Znacznie/trochę później	4,9	0,0	1,2	1,7	7,3	2,6
p	0,150	0,220	0,678	0,182	0,093	0,098
13 lat						
Znacznie wcześniej	13,2	6,1	8,0	2,1	25,0	12,2
Trochę wcześniej	10,2	8,8	4,8	3,9	16,4	15,7
Prawie tak samo*	3,0	4,5	2,9	2,3	10,6	8,2
Znacznie/trochę później	2,2	2,9	4,4	0,7	8,8	2,9
p	<0,001	0,177	0,160	0,435	0,002	0,004
15 lat						
Znacznie wcześniej	34,1	21,4	31,0	14,3	54,1	33,9
Trochę wcześniej	22,5	13,8	17,1	8,2	48,5	35,2
Prawie tak samo*	15,8	14,3	13,1	3,9	41,0	26,0
Znacznie/trochę później	16,8	10,9	10,9	4,7	27,7	24,2
p	<0,001	0,315	<0,001	0,001	<0,001	0,056

*Jak u większości chłopców lub dziewcząt w tym samym wieku

Ryc. 8. Nastolatki będące często sprawcami dręczenia innych uczniów w szkole według płci, wieku i oceny tempa dojrzewania (% badanych)

Ryc. 9. Nastolatki będące na diecie według płci, wieku i oceny tempa dojrzewania (% badanych)



Związek zdrowia z nasileniem ryzykownych zachowań

W wielu opracowaniach⁴¹, w tym w prezentowanych badaniach HBSC, wykazano związek między nasileniem zachowań problemowych a zdrowiem subiektywnym młodzieży. Świadomość zagrożeń, jakie niesie ze sobą niewłaściwy tryb życia jest ciągle mniejsza w krajach Europy wschodniej niż zachodniej⁴². W dotychczasowych opracowaniach wyników kolejnych badań HBSC większy nacisk położono na badanie wpływu zachowań ryzykownych na stan zdrowia 15-latków, niż zmiany zachodzące w tym zakresie między 11 a 15 rokiem życia⁴³.

W tabeli 21 przedstawiono częstość występowania mnogich dolegliwości subiektywnych w grupie młodzieży podejmującej oraz nie podejmującej zachowań problemowych związane z nadużywaniem substancji psychoaktywnych i przemocą. Wyniki przedstawiono w grupach jednorodnych ze względu na wiek i płeć badanych.

⁴¹ Bobrowski K.J., Czabała J.C., Brykczyńska C.: Zachowania ryzykowne jako wymiar oceny zdrowia psychicznego młodzieży. *Postępy Psychiatrii i Neurologii* 2005, 14, 4, 285-292

⁴² Steptoe A., Wardle J.: Health behaviour, risk awareness and emotional well-being in students from Eastern and Western Europe. *Soc Sci Med* 2001, 53, 12, 1621-1630

⁴³ Mazur J., Woynarowska B.: Zespół ryzykownych zachowań a zdrowie subiektywne i zadowolenie z życia młodzieży 15-latek. *Medycyna Wieku Rozwojowego* 2004, VIII, 3 cz. I, 567-584

Tabela 21. Odczuwanie mnogich dolegliwości subiektywnych w zależności od podejmowania zachowań ryzykownych (% badanych)

Zachowanie ryzykowne		2 lub więcej dolegliwości codziennie lub częściej niż 1 raz w tygodniu					
		Chłopcy			Dziewczęta		
		11 lat	13 lat	15 lat	11 lat	13 lat	15 lat
Regularne palenie	Tak	57,1	48,8	35,1	60,0	58,5	53,3
	Nie	30,2	26,9	28,0	35,6	41,2	44,6
	<i>p</i>	0,031	0,002	0,043	0,257	0,028	0,036
Częste upijanie się	Tak	67,6	45,1	34,1	63,6	58,3	53,5
	Nie	29,1	25,5	25,6	35,3	40,6	42,9
	<i>p</i>	<0,001	<0,001	0,002	0,052	0,003	0,001
Częste dręczenie innych uczniów w szkole	Tak	49,5	45,0	40,0	60,0	67,9	68,7
	Nie	27,4	25,5	26,8	34,7	40,4	44,5
	<i>p</i>	<0,001	<0,001	<0,001	0,002	<0,001	<0,001
Częste bójki	Tak	40,1	35,7	34,8	52,8	64,9	63,0
	Nie	24,0	23,7	27,0	33,7	39,8	44,6
	<i>p</i>	<0,001	<0,001	0,010	<0,001	<0,001	0,001

Jak wykazano w rozdziale poświęconym dolegliwościom subiektywnym, ich częstość jest dość stabilna u chłopców między 11 a 15 rokiem życia, natomiast wyraźnie wzrasta z wiekiem u dziewcząt. U młodzieży podejmującej zachowania problemowe można zaobserwować inny odmienny kierunek zmian. Osoby 11-letnie palące tytoń i nadużywające alkoholu częściej cierpią z powodu zespołu dolegliwości niż starsza młodzież. Na przykład u chłopców często upijających się, częstość występowania zespołu mnogich dolegliwości subiektywnych wynosi w kolejnych grupach wieku 67,6%; 45,1% i 34,1%. We wszystkich analizowanych przypadkach samopoczucie młodzieży nie podejmującej ryzykownych zachowań jest lepsze niż młodzieży „problemowej” (tab. 21).

Tabela 22. Odczuwanie mnogich dolegliwości subiektywnych w zależności od stosowania diety odchudzającej, płci i wieku (% badanych w grupie młodzieży z BMI <85 centyla)

Stosowanie diety	Chłopcy			Dziewczęta		
	11 lat	13 lat	15 lat	11 lat	13 lat	15 lat
Nie, bo ważą, ile trzeba	26,8	25,2	27,2	29,1	31,2	38,7
Nie, ale powinni schudnąć	38,2	30,9	40,0	40,5	46,9	51,6
Nie, bo powinni przytyć	30,9	29,3	26,1	45,6	44,9	39,1
Tak	45,5	42,5	40,5	42,7	54,5	53,3
<i>p</i>	0,026	0,105	0,029	0,003	<0,001	<0,001

Badania ankietowe przeprowadzone w 2006 roku wykazały też, że podejmowanie nieuzasadnionych diet odchudzających wpływa na nasilenie subiektywnych dolegliwości (tab.22). We wszystkich grupach wyróżnionych ze względu na wiek i płeć częste odczuwanie co najmniej dwóch z ośmiu symptomów najrzadziej obserwuje się u młodzieży nie odchudzającej się. Nasilenie dolegliwości gwałtownie rośnie u nastolatków będących na diecie lub uważającej, że powinni schudnąć, a badana zależność silniej zarysowuje się u dziewcząt.

5.3. Podsumowanie

Cyklicznie powtarzane międzynarodowe badania ankietowe HBSC stanowią unikatowe źródło informacji o zdrowiu i zachowaniach zdrowotnych młodzieży w wieku 11-15 lat. Badaniem objęta jest młodzież w okresie intensywnego dojrzewania, rozpatrywanego w aspekcie biologicznym, psychicznym i społecznym. W większości systemów zbierania danych operuje się zagregowanymi grupami wieku (co najmniej 5-letnimi), co uniemożliwia wychwycenie zmian zachodzących w tym okresie życia. Nieodłączną cechą dojrzewania są zmiany w samopoczuciu, znaczne nasilenie dolegliwości natury psychicznej, których nie można lekceważyć, chociażby ze względu na ryzyko rozwoju stanów depresyjnych i podejmowania prób samobójczych.

Wyniki badań przedstawione w tym rozdziale, bazujące na polskie edycji badań HBSC z 2006 roku, wskazują na znaczne pogorszenie stanu zdrowia młodzieży szkolnej między 11 a 15 rokiem życia, oraz na pojawienie się w tym okresie widocznych różnic zależnych od płci.

Analiza wybranych wskaźników zdrowia wykazała, że w grupie 15-latków, czyli uczniów III klasy gimnazjum:

- swoje zdrowie jako złe lub takie sobie oceniało 16,4% ankietowanych;
- u 11,8% stwierdzono chorobę przewlekłą, niepełnosprawność lub inne poważne kłopoty ze zdrowiem stwierdzone przez lekarza, a u 8,9% zaburzenia te związane były z pewnymi obciążeniami: koniecznością brania leków lub ograniczonym uczestnictwem w zajęciach szkolnych;
- co najmniej jednego urazu wymagającego pomocy medycznej doznało w roku poprzedzającym badanie 29,7% ankietowanych;
- niezadowolonych z życia było 21,1%;
- nasilenie dolegliwości subiektywnych (odczuwanie ich prawie codziennie lub częściej niż 1 raz w tygodniu) wahało się w zależności

od symptomu od 9,1% (ból brzucha) do 36,7% (zdeenerowanie), a zespół mnogich dolegliwości wystąpił u 37,9%;

- wynik testu zdrowia psychicznego SDQ nieprawidłowy lub na granicy normy uzyskało 17,9% ankietowanych.

Jeżeli weźmiemy pod uwagę łączne analizę tych sześciu wskaźników, okazuje się że 2/3 ankietowanych 15-latków (67,6%) podało wystąpienie co najmniej jednego powyższego problemu zdrowotnego, a u 35,8% stwierdzono więcej niż jedną odpowiedź obciążającą.

W odniesieniu do wielu wskaźników stwierdzono pogorszenie zdrowia między 11 a 15 rokiem życia, oraz istotnie gorsze wyniki i szybsze tempo zmian u dziewcząt. Co prawda odsetek młodzieży obciążonej negatywnym wynikiem w odniesieniu do co najmniej jednego wskaźnika jest zbliżony u chłopców i dziewcząt (65,7% i 69,4%), jednak częstszym problemem u chłopców są urazy, a u dziewcząt nasilenie dolegliwości subiektywnych, niezadowolenie z życia i ogólnie gorsza samoocena zdrowia. Młodzież wykazująca gorszą ocenę zdrowia subiektywnego wymaga specjalistycznej pomocy i wsparcia ze strony najbliższego otoczenia.

Badania wykazały, że subiektywna ocena zdrowia w dużej mierze zależy nie tylko od wieku kalendarzowego, ale też od wieku biologicznego. Tylko 2/3 młodzieży uważało, że dojrzewa w tempie zbliżonym do rówieśników tej samej płci. Zarówno przy wykorzystaniu bardziej obiektywnych, jak i bardziej subiektywnych mierników zdrowia, stwierdzono jego pogorszenie u młodzieży dojrzewającej w tempie odbiegającym od przeciętnej, a u dziewcząt szczególnie obciążające jest wcześniejsze dojrzewanie.

Ważnym problemem dla dojrzewających nastolatków jest zmieniający się wygląd, który nie zawsze jest przez nich akceptowany. Niezgodność postrzegania swego wyglądu z oczekiwaniami może być przyczyną zaburzeń emocjonalnych i podejmowania zachowań ryzykownych dla zdrowia.

Badania wykazały, że w świetle obiektywnych pomiarów za pomocą wskaźnika masy ciała BMI, niedobór masy ciała występuje u 4,4% ankietowanych 15-latków, a nadwaga lub otyłość u 10,7%, co oznacza, że w normie masy ciała znalazło się 84,9% ankietowanych. Jeżeli natomiast weźmiemy miernik subiektywnej oceny masy ciała, odsetek uważających, że ważą ile trzeba spada gwałtownie w tej grupie wieku – do 37,2%. Niezadowolenie z wyglądu jest większym problemem u dorastających dziewcząt, może być przyczyną podejmowania szkodliwych dla zdrowia restrykcyjnych diet odchudzających. W badaniu stwier-

dzono, że prawie połowa 15-latek z prawidłową masą ciała, albo jest na diecie, albo uważa że powinna być. Niezadowolenie ze swojego wyglądu współwystępuje z gorszym stanem zdrowia, szczególnie z nasileniem dolegliwości subiektywnych.

U badanej w 2006 r. młodzieży, podobnie jak we wcześniejszych edycjach badań HBSC, stwierdza się znaczne niedostatki zachowań prozdrowotnych (niską aktywność fizyczną, złe nawyki żywieniowe i higieniczne), jak również nasilającą się z wiekiem częstość podejmowania zachowań ryzykownych dla zdrowia. W przypadku nie zakończonego rozwoju biologicznego, intelektualnego, emocjonalnego i społecznego skutki zachowań ryzykownych mogą być poważne. Chłopcy częściej niż dziewczęta angażują się w zachowania problemowe związane z używaniem substancji psychoaktywnych i przemocą, natomiast pod wieloma względami występują u nich mniejsze niedostatki w zakresie zachowań sprzyjających zdrowiu – na przykład wykazują większą aktywność fizyczną i rzadziej opuszczają jedzenie pierwszego śniadania.

Zachowania zdrowotne, podobnie jak ocena zdrowia subiektywnego, w dużej mierze zależą od wieku biologicznego i zaawansowania procesu dojrzewania. Młodzież dojrzewająca wcześniej od rówieśników częściej pali papierosy i sięga po alkohol lub narkotyki, a podejmowanie takich zachowań w młodszym wieku, wiąże się z pogorszeniem oceny zdrowia i nasileniem dolegliwości typowych dla okresu dojrzewania.

Ze względu na powtarzalność badań HBSC oraz trzymanie się zbliżonej procedury badawczej i zakresu zbieranych informacji, możemy śledzić tendencję zmian między kolejnymi edycjami badań. Porównując wynik badań z 2002 i 2006 roku, stwierdzono szereg zmian pozytywnych i negatywnych. Brak poprawy, czy wręcz pogorszenie, stwierdzono w odniesieniu do wielu wskaźników opisujących środowisko rodzinne i relacje z rówieśnikami, chociaż równocześnie poprawiła się zamożność społeczeństwa. Swoją ocenę stanu zdrowia młodzież ankietowana w 2006 roku oceniła nieco lepiej niż 4 lata wcześniej. Narastającym problemem jest zwiększenie częstości występowania nadwagi, co szczególnie dotyczy młodych chłopców. Sprzyjać temu mogą obserwowane równocześnie negatywne zmiany stylu życia, a szczególnie spędzanie dużej liczby godzin przy komputerze. Znacznemu obniżeniu uległa częstość palenia tytoniu, jednak równocześnie zwiększył się odsetek młodzieży nadużywającej alkoholu. Szczegółowe analizy opublikowane w poprzednich opracowaniach wykazały, że kierunek i tempo zmian różnią się według płci i statusu społecznego ankietowanej młodzieży. Na przykład w grupie 15-letnich dziewcząt z rodzin zamożnych wzrasta częstość palenia

tytoniu i marihuany, mimo ogólnego braku tendencji wzrostowej w tej grupie wieku.

Jak wspomniano na wstępie, priorytetowe obszary związane ze zdrowiem młodzieży określono w *Europejskiej strategii dla zdrowia i rozwoju dzieci i młodzieży*. Na potrzebę i kierunki działań na rzecz zdrowia młodzieży zwrócono uwagę w ważnych wcześniejszych dokumentach międzynarodowych, w których formułowane były zbliżone rekomendacje dotyczące konieczności doskonalenia systemu opieki zdrowotnej, promocji zdrowego życia, doskonalenia umiejętności życiowych jako strategii współczesnej profilaktyki wielu zaburzeń. Istotnym postulatem jest włączanie młodych ludzi do ustalania priorytetów i konstruowania programów na rzecz ich zdrowia.

Na koniec warto wspomnieć, że członkowie sieci badawczej HBSC starają się w ostatnich latach nie tylko dostarczać na szczeblu krajowym i międzynarodowym rzetelnej diagnozy sytuacji, ale też podejmują wysiłki, aby wyniki badań przekładać na praktykę. Ważną inicjatywą jest organizacja cyklicznych seminariów, których celem jest propagowanie „dobrych praktyk” i dzielenie się doświadczeniami zdobytymi w różnych krajach.

Spotkania znane pod nazwą WHO/HBSC Forum odbyły się dwukrotnie we Włoszech w marcu 2006 i październiku 2007 roku. Pierwsze poświęcone było zapobieganiu otyłości poprzez promocję aktywności fizycznej i zdrowego odżywiania. Drugie spotkanie poświęcone było problemom zdrowia psychicznego młodzieży w kontekście uwarunkowań społecznych, obejmujących po stronie czynników ryzyka: ubóstwo, wykluczenie społeczne, przemoc, odrzucenie przez rówieśników, izolację i brak wsparcia ze strony rodziny, a po stronach czynników chroniących budowanie odpowiedniego kapitału społecznego.

ROZDZIAŁ VI.

WYBRANE PROBLEMY ZDROWOTNE DZIECI I MŁODZIEŻY W POLSCE

W niniejszym rozdziale omówiono te problemy zdrowotne dzieci i młodzieży w Polsce, które: 1) są przyczyną niepokojących zjawisk, takich jak depresja, samobójstwa, alkoholizm, nikotynizm, narkomania, przemoc, co wymaga podjęcia skoordynowanych działań zaradczych (**zaburzenia zdrowia psychicznego**); 2) są główną chorobową przyczyną zgonów ale jakość opieki medycznej w Polsce jest w zasadzie porównywalna z poziomem leczenia w krajach bogatych (**choroby nowotworowe**); 3) stanowią nadal aktualny problem zdrowia publicznego (**choroby zakaźne i zakażenia**).

6.1. Zaburzenia zdrowia psychicznego

Zainteresowanie zdrowiem dzieci i młodzieży koncentruje się tradycyjnie na zdrowiu fizycznym. Tymczasem przyczyną niepokoju w całej Europie stają się zaburzenia psychospołeczne i choroby psychiczne dotykające ludzi młodych. Problemy zdrowia psychicznego w okresie dorastania często przejawiają się w formie agresji i przemocy wobec innych osób i wobec samego siebie.

W ramach badań HBSC w roku 2002 oceniono w Polsce w grupie gimnazjalistów (średni wiek 15,7 lat) występowanie zespołu sześciu nasilonych zachowań ryzykownych: używanie tytoniu, alkoholu, narkotyków, kontakty seksualne, dręczenie innych, udział w bójkach. Okazało się, że u 42,8% badanych 15-latków wystąpiło co najmniej jedno nasilone zachowanie ryzykowne, w tym u 56,1% chłopców oraz 3,7% dziewcząt. Trzy lub więcej ryzykownych zachowań dotyczyło 12,2% gimnazjalistów, cztery lub więcej 6,2% a u 1% ankietowanej młodzieży wszystkie sześć zachowań. Niski status ekonomiczny oraz słabe wyniki w nauce sprzyjają występowaniu zachowań ryzykownych.

Samobójstwa stanowią corocznie w Polsce przyczynę kilkuset zgonów dzieci i ludzi młodych przed 19. rokiem życia. Wg danych GUS opartych na raportach policyjnych w kolejnych latach 2003 – 2005 notowano ponad czterysta zamachów samobójczych u dzieci i młodzieży do 19. roku życia: odpowiednio 401; 427 i 405, w tym dzieci w wieku 14 lat i młodszych było w kolejnych latach 52; 55 i 56. Natomiast wg danych GUS opartych na podstawie kart zgonów odnotowano w 2004 roku 303 samobójstwa dzieci i młodzieży w wieku 5 – 19 lat, w tym 50 dotyczyło dzieci poniżej 15. roku życia.

Często podłożem targnięcia się na własne życie są depresje¹. Stany depresyjne wśród dzieci i młodzieży przyczyniają się na ogół do pogorszenia osiągnięć edukacyjnych, do zachowań antyspołecznych, nadużywania alkoholu, narkomanii oraz do ciężkich zaburzeń odżywiania. Depresja naraża młodzież na cierpienie psychiczne, stwarza zagrożenie próbą samobójczą, zaburzeniami w funkcjonowaniu społecznym, zwłaszcza w tak ważnym dla tej populacji, funkcjonowaniu w szkole i w grupie rówieśniczej. Rozpowszechnienie depresji wynosi w Polsce 16% u dzieci dwunastoletnich, 19,0% u piętnastoletnich i prawie 30% u dziewiętnastoletniej młodzieży. Usiłowanie odebrania sobie życia przez dziecko jest nierzadko objawem poważnych zaburzeń osobowości, które nazywamy „zaburzeniami z pogranicza”². Zaburzenie psychiczne określane jako „osobowość borderline” to osobowość charakteryzująca się niestabilnym obrazem własnej tożsamości, niepewnością co do słuszności celów, do których człowiek dąży lub chciałby dążyć, pustką wewnętrzną, chwiejnością związków z innymi ludźmi i łatwością zrywania tych związków, ignorowaniem wartości moralnych regulujących życie społeczne. Osoby z tym zaburzeniem mają też skłonność do samookaleczeń, nierzadko podejmują próby samobójcze lub szantażują innych możliwością popełnienia samobójstwa. Podstawowymi problemami tych dzieci są trudności w nawiązywaniu takich relacji z innymi ludźmi, w których człowiek znajduje oparcie i poczucie bezpieczeństwa.

W świetle tych rozważań szczególnego znaczenia nabiera stan lecznictwa psychiatrycznego dla dzieci i młodzieży w Polsce.

Wg danych IPiN w 2005 roku w poradniach zdrowia psychicznego, odwykowych i uzależnień od substancji psychoaktywnych leczono z powodu zaburzeń psychicznych ogółem 126684 dzieci w wieku 0 – 18 lat (Tab. 1).

¹ Bomba J.: *Smutny świat młodych ludzi Sprawy Nauki*. 2.12.2005

² Żechowski C.: *Skaleczone pokolenie. Sprawy Nauki*. 2.01.2006

Liczba dzieci w wieku 0–18 lat leczonych ambulatoryjnie z powodu zaburzeń psychicznych była w 2005 roku o ok. 60% wyższa niż liczba takich pacjentów w populacji 0–19 lat w roku 2000. Jeszcze wyraźniejsze jest zwiększenie w okresie sześciu lat wskaźnika rozpowszechniania chorób psychicznych (odpowiednio 730,0 i 1477,2 na 100000 populacji).

Wśród ogółu leczonych ambulatoryjnie w 2005 roku dominowały dzieci z zaburzeniami psychicznymi niezwiązanymi z uzależnieniami – wskaźnik 1379,0 na 100000 (w 2000 roku 652,6).

Z kolei wskaźnik rozpowszechnienia zaburzeń psychicznych związanych z używaniem substancji psychoaktywnych wyniósł 107,0 (w 2000 roku 63,4), a zaburzeń psychicznych związanych z używaniem alkoholu 16,5 (w 2000 roku 14,0).

W poszczególnych województwach wskaźnik rozpowszechniania chorób psychicznych wśród dzieci leczonych ambulatoryjnie w 2005 roku wahał się od 624,2 na 100000 populacji w woj. świętokrzyskim do 2295,1 na 100000 w woj. kujawsko-pomorskim.

Tabela 1. Wskaźniki rozpowszechnienia zaburzeń psychicznych u dzieci w wieku 0 – 18 lat leczonych w 2005 roku w poradniach zdrowia psychicznego, odwykowych i uzależnień od substancji psychoaktywnych ogółem na 100000 populacji. N = 126684 (77738)*

Rozpoznanie	Wskaźnik na 100 000 populacji	Województwa o wskaźniku	
		najniższym	najwyższym
Zaburzenia psychiczne łącznie	1477,2 (730,0)**	624,2 świętokrzyskie	2295,1 kujawsko-pomorskie
w tym:			
Zaburzenia psychiczne niezwiązane z uzależnieniami	1379,0 (52,6)**	576,8 świętokrzyskie	2145,9 kujawsko-pomorskie
Zaburzenia psychiczne związane z używaniem substancji psychoaktywnych	107,0 963,4)**	25,7 podkarpackie	141,0 kujawsko-pomorskie
Zaburzenia psychiczne związane z używaniem alkoholu	16,5 (14,0)**	5,7 opolskie	36,6 dolnośląskie

* W nawiasie liczba dzieci i młodzieży w wieku 0-19 lat leczonych w roku 2000 ambulatoryjnie z powodu zaburzeń psychicznych.

** W nawiasach wskaźniki na 100000 populacji dzieci i młodzieży w wieku 0-19 lat w roku 2000.

Źródło: obliczenia własne na podstawie danych IPiN

Wśród 118258 dzieci wieku 0 – 18 lat leczonych w 2005 roku w poradniach zdrowia psychicznego zaburzenia psychiczne niezwiązane z uzależnieniami występowały z analogiczną częstością u obojga płci. (Tab. 2)

Najliczniejszą grupę pacjentów stanowiły dzieci z zaburzeniami zachowania i emocji rozpoczynającymi się w dzieciństwie (44792 dzieci; wskaźnik 522,3 na 100000; udział odsetkowy wśród ogółu zachorowań 37,9). Drugą co do liczebności grupę pacjentów stanowiły dzieci z zaburzeniami nerwicowymi związanymi ze stresem i somatoformiczne (21069 dzieci; wskaźnik 245,7 na 100000; udział odsetkowy wśród ogółu zachorowań 17,8). W roku 2005 leczono ambulatoryjnie 15628 dzieci z upośledzeniem rozwoju psychicznego (wskaźnik 182,2; odsetek 13,2). Z kolei zaburzenia nastroju, w tym depresje rozpoznano u 6781 dzieci (wskaźnik 79,1; odsetek 5,7). Dzieci ze schizofrenią było 2417 (wskaźnik 28,2 ; odsetek 2,0).

Tabela 2. Najczęstsze rozpoznania u dzieci w wieku 0 – 18 lat leczonych w poradniach zdrowia psychicznego w 2005 roku

Rozpoznanie	Liczba	Wskaźnik na 100000 populacji	%
Ogółem	118258	1379,0	100,0
Zaburzenia zachowania i emocji rozpoczynające się w dzieciństwie	44792	522,3	37,9
Zaburzenia nerwicowe związane ze stresem i somatoformiczne	21069	245,7	17,8
Upośledzenie umysłowe	15628	182,2	13,2
Zaburzenia nastroju, w tym depresje	6781	79,1	5,7
Schizofrenia	2417	28,2	2,0

Źródło: obliczenia własne na podstawie danych IPiN

Wśród 7011 dzieci będących w 2005 roku pacjentami poradni leczących uzależnienia od substancji psychoaktywnych, w 3294 przypadkach rozpoznano zespół uzależnienia i zespół abstynencyjny, zaś w 2619 przypadkach ostre zatrucie i używanie szkodliwe. Odnotowano znaczną przewagę płci męskiej (65,4%).

Wśród 1415 dzieci leczonych w 2005 roku w poradniach odwykowych u 698 rozpoznano zespół uzależnienia, u 466 używanie szkodliwe i u 108 ostre zatrucie alkoholem. Odnotowano niewielką przewagę chłopców (53,9%).

Wśród 237026 osób w wieku 19–29 lat leczonych ambulatoryjnie z powodu zaburzeń psychicznych odnotowano niemal dwukrotnie większą liczbę pacjentów zamieszkałych w mieście (4090,9 na 100000) niż na wsi (2140,0), oraz znaczną przewagę kobiet (4074,4 na 100000) nad mężczyznami (2689,4). (Tab. 3)

Tabela 3. Wskaźniki rozpowszechnienia zaburzeń psychicznych u osób w wieku 19–29 lat leczonych w 2005 roku w poradniach zdrowia psychicznego, wg miejsca zamieszkania i płci. N = 237026

Rozpoznanie	Wskaźnik na 100000 populacji	Miejsce zamieszkania		Płeć	
		miasto	wieś	M	K
Zaburzenia psychiczne łącznie	3370,7	4090,9	2140,6	2689,4	4074,4
w tym:					
Zaburzenia psychiczne nie związane z uzależnieniami	2769,9	3299,4	1865,5	1954,7	3611,9
Zaburzenia psychiczne związane z używaniem substancji psychoaktywnych	252,3	366,3	57,5	322,1	180,1
Zaburzenia psychiczne związane z używaniem alkoholu	348,5	25,2	217,6	412,6	282,4

Źródło: obliczenia własne na podstawie danych IPiN

Zbliżona była struktura miejsca zamieszkania i płci 194778 pacjentów cierpiących na zaburzenia psychiczne niezwiązane z uzależnieniami. Najczęściej u tych chorych rozpoznawano zaburzenia nerwicowe związane ze stresem i somatoformiczne (65352 osób; wskaźnik 929,4 na 100000; odsetek 33,6), zaburzenia nastroju (odp. 38624; 549,3; 19,8) oraz schizofrenię (odp. 22658; 322,2; 11,6). (Tab. 4)

Wśród 17739 osób w wieku 19 – 29 lat leczonych w poradniach uzależnień 11209 pacjentów miało rozpoznanie zespołu uzależnień i zespołu abstynencyjnego a 4178 osób leczono z powodu ostrego zatrucia i używania szkodliwego. Odnotowano znaczną przewagę mężczyzn (64,9%).

Wśród 24509 osób w wieku 19 – 29 lat leczonych w poradniach odwykowych u 17968 pacjentów rozpoznano zespół uzależnienia, u 1953 używanie szkodliwe i u 1930 ostre zatrucie alkoholem. Mężczyźni stanowili 60,1% ogółu leczonych.

Tabela 4. Najczęstsze rozpoznania u osób w wieku 19–29 lat leczonych w poradniach zdrowia psychicznego w 2005 roku

Rozpoznanie	Liczba	Wskaźnik na 100000 populacji	%
Ogółem	194778	2769,9	100,0
W tym:			
Zaburzenia nerwicowe związane ze stresem i somatoformiczne	65352	929,4	33,6
Zaburzenia nastroju (afektywne)	38624	549,3	19,8
Schizofrenia	22658	322,2	11,6
Upośledzenie umysłowe	17503	248,9	9,0
Organiczne zaburzenia psychiczne łącznie z zespołami objawowymi	15774	224,3	8,1

Źródło: obliczenia własne na podstawie danych IPiN

W statystyce opieki stacjonarnej w 2005 roku dokonano zmian kategorii wiekowych. Należy odnotować, że pomiędzy 2000 a 2005 rokiem zmniejszyła się liczba oddziałów psychiatrycznych dla dzieci i młodzieży z 39 do 36, oraz zmalała liczba łóżek z 1084 do 1012, tj. o 6,6 %.

Tabela 5. Najczęstsze rozpoznania u dzieci w wieku 0–18 lat leczonych na psychiatrycznych oddziałach stacjonarnych w roku 2005 w porównaniu do roku 2000 (wiek 0–19lat)

Rozpoznanie	Liczba	2000 rok Wskaźnik na 100000	Liczba	2005 rok Wskaźnik na 100000
Ogółem leczeni	10994	102,0	9886	115,3
w tym z:				
Zaburzeniami zachowania i emocji rozpoczynającymi się w dzieciństwie	2711	25,1	3854	44,9
Zaburzeniami spowodowanymi użytkowaniem substancji psychoaktywnych	2510	23,3	1938	22,6
Zaburzeniami nerwicowymi związanymi ze stresem i somatoformicznymi	1297	12,0	1079	12,6
Schizofrenia i innymi zaburzeniami psychiatrycznymi	1334	12,4	905	11,0
Upośledzeniem umysłowym	769	7,1	546	6,4

Źródło: obliczenia własne na podstawie danych IPiN

W 2005 roku w placówkach opieki pełnodobowej leczono 9886 dzieci, co dało wskaźnik 115,3 na 100000, o 13,3 większy niż w 2000 roku dla populacji 0–19 lat. Najbardziej wzrosła liczba dzieci leczonych z powodu zaburzeń zachowania i emocji rozpoczynającymi się w dzieciństwie (odp. 25,1 i 44,0 na 100000). (Tab. 5) W 2005 roku 1329 dzieci przebywało w szpitalu 1 rok i dłużej.

W 2005 roku na pełnodobowych oddziałach psychiatrycznych leczono ogółem 31821 osób w wieku 19–29 lat (452,5 na 100000), w tym z zaburzeniami spowodowanymi używaniem substancji psychoaktywnych – 7132 osób (101,4 na 100000), schizofrenią – 6015 osób (85,5 na 100000), zaburzeniami spowodowanymi używaniem alkoholu – 5811 osób (82,6 na 100000). Pobyty na oddziale szpitalnym przedłużone w czasie, trwające 1 rok i dłużej, dotyczyły 4398 osób.

6.2. Choroby nowotworowe

Nowotwory złośliwe są najczęstszą, chorobową przyczyną zgonów dzieci i młodzieży. W roku 1999 zmarło z tej przyczyny 473 osób w wieku do 19. roku życia (290 chłopców 183 dziewczęta) oraz 219 osób w wieku 20 – 24 lata (141 mężczyzn i 78 kobiet). Siedem lat później, w roku 2005, z powodu nowotworów złośliwych zmarły 282 osoby w wieku 0 – 19 lat (172 chłopców i 110 dziewcząt) oraz 197 osób w wieku 20 – 24 lata (118 mężczyzn i 79 kobiet).

W tym okresie współczynnik zgonów z powodu nowotworów na 100000 populacji obniżył się we wszystkich kategoriach wiekowych, szczególnie wśród dzieci małych (z 5,6 do 2,9 na 100000 populacji) i młodzieży w wieku 15 – 19 lat (5,2 do 3,6 na 100000 populacji), co świadczy o istotnej poprawie wyników leczenia. (Tab. 6)

Liczba zachorowań na nowotwory dzieci i młodzieży w wieku 0 – 19 lat ogółem wyniosła 1374 w roku 1999 oraz 1185 w 2005 roku. Mimo obniżenia się bezwzględnej liczby nowotworów, współczynnik zachorowań dzieci w wieku 0 – 14 lat był w 2005 roku wyższy niż siedem lat wcześniej, co wynika przede wszystkim ze spadku liczebności populacji. (Tab. 7)

W tym samym okresie liczba zachorowań wśród osób w wieku 20 – 24 lata wzrosła z 656 do 749 (wzrost współczynnika z 20,8 do 22,8 na 100000).

Tabela 6. Zgony dzieci i młodzieży z powodu nowotworów złośliwych w latach 1999-2005 wg grup wiekowych

Lata		Wiek w latach				
		0-4	5-9	10-14	15-19	20-24
1999	Liczba	118	80	98	177	219
	Wsp.	5,6	3,1	3,2	5,2	6,9
2000	Liczba	81	87	81	175	193
	Wsp.	4,0	3,4	2,7	5,2	6,0
2001	Liczba	97	114	103	150	190
	Wsp.	4,9	4,6	3,6	4,4	5,9
2002	Liczba	87	88	92	154	174
	Wsp.	4,6	3,9	3,3	4,7	5,5
2003	Liczba	66	60	81	137	183
	Wsp.	3,5	2,7	3,0	3,6	5,5
2004	Liczba	71	71	77	115	184
	Wsp.	3,9	3,3	3,0	3,7	5,5
2005	Liczba	53	57	66	106	197
	Wsp.	2,9	2,8	2,6	3,6	5,9

Źródło: Obliczenia własne na podstawie danych Zakładu Epidemiologii Centrum Onkologii – Instytutu im. Marii Skłodowskiej Curie w Warszawie

Dalsza obserwacja jest potrzebna dla ustalenia czy mamy do czynienia z faktycznym wzrostem zachorowalności, czy też zwiększenie współczynników zachorowalności związane jest z poprawą wykrywalności nowotworów wśród dzieci i młodzieży.

Tabela 7. Zachorowalność dzieci i młodzieży na nowotwory złośliwe w latach 1999-2005 wg grup wiekowych

Lata		Wiek w latach				
		0-4	5-9	10-14	15-19	20-24
1999	Liczba	296	262	251	565	656
	Wsp.	14,2	10,1	8,2	16,8	20,8
2000	Liczba	250	216	244	491	637
	Wsp.	12,5	8,6	8,4	14,6	20,0
2001	Liczba	247	236	235	467	649
	Wsp.	12,7	10,0	8,3	11,3	20,1
2002	Liczba	251	192	228	450	672
	Wsp.	13,3	8,4	8,2	11,0	21,2
2003	Liczba	259	219	250	456	678
	Wsp.	14,0	10,0	9,3	12,0	21,0
2004	Liczba	262	201	244	419	693
	Wsp.	14,4	9,6	9,4	13,7	21,0
2005	Liczba	275	218	234	458	749
	Wsp.	15,4	10,8	9,4	15,6	22,6

Źródło: Obliczenia własne na podstawie danych Zakładu Epidemiologii Centrum Onkologii – Instytutu im. Marii Skłodowskiej Curie w Warszawie

Na 97 rodzajów nowotworów złośliwych rejestrowanych w 2005 roku u ogółu ludności Polski Krajowym Rejestrze, u chłopców w wieku 0–19 lat odnotowano 46 rodzajów nowotworów a u dziewcząt w tym samym wieku 39 rodzajów nowotworów.

W 2005 roku u dzieci w wieku 0–4 lata, z podobną częstością u chłopców i dziewczynek, rozpoznano łącznie 70 przypadków białaczki limfatycznej, u 48 dzieci wykryto nowotwór złośliwy mózgu a u 28 nowotwór złośliwy nerki. (Tab. 8)

Tabela 8. Najczęściej rozpoznawane nowotwory złośliwe u dzieci w wieku 0–4 lata w roku 2005

Kod rozpoznania	Ogółem	Chłopcy	Dziewczynki
Ogółem nowotwory	275	143	132
w tym			
C91 Białaczka limfatyczna	70	33	37
C71 Nowotwór złośliwy mózgu	48	24	24
C64 Nowotwór złośliwy nerki	28	13	15
C69 Nowotwór złośliwy oka	16	8	8
C92 Białaczka szpikowa	16	7	9
C47 Nowotwory złośliwe nerwów obwodowych i autonomicznego układu nerwowego	14	7	7

Źródło: Obliczenia własne na podstawie danych Zakładu Epidemiologii Centrum Onkologii – Instytutu im. Marii Skłodowskiej Curie w Warszawie

W grupie wiekowej 5 – 9 lat nie zmieniła się kolejność występowania trzech najczęściej rozpoznawanych nowotworów złośliwych jednak białaczka limfatyczna (łącznie 63 przypadki) i guzy mózgu (łącznie 49 przypadków) częściej występowały u chłopców. (Tab. 9)

Tabela 9. Najczęściej rozpoznawane nowotwory złośliwe u dzieci w wieku 5–9 lat w roku 2005

Kod rozpoznania	Ogółem	Chłopcy	Dziewczynki
Ogółem nowotwory	218	128	90
w tym			
C91 Białaczka limfatyczna	63	36	27
C71 Nowotwór złośliwy mózgu	49	32	17
C64 Nowotwór złośliwy nerki	18	8	10
C49 Nowotwory złośliwe tkanki łącznej i innych tkanek miękkich	13	5	8
C81 Choroba Hodgkina	13	10	3
C83 Chłoniaki nieziarnicze rozlane	11	9	2

Źródło: Obliczenia własne na podstawie danych Zakładu Epidemiologii Centrum Onkologii – Instytutu im. Marii Skłodowskiej Curie w Warszawie

Wśród dzieci w wieku 10 -14 lat najczęściej odnotowywane nowotwory złośliwe – białaczka limfatyczna i guzy mózgu – występowały z podobną częstością (odp. 50 i 49). Trzecim w kolejności nowotworem złośliwym była choroba Hodgkina (25), następnie nowotwór złośliwy kości i chrząstki stawowej kończyn (22) i białaczka szpikowa (16).

Tabela 10. Najczęściej rozpoznawane nowotwory złośliwe u dzieci w wieku 10 – 14 lat w roku 2005

Kod rozpoznania	Ogółem	Chłopcy	Dziewczynki
Ogółem nowotwory	234	125	109
w tym			
C91 Białaczka limfatyczna	50	27	23
C71 Nowotwór złośliwy mózgu	49	21	28
C81 Choroba Hodgkina	25	15	10
C40 Nowotwór złośliwy kości i chrząstki stawowej kończyn	22	17	5
C92 Białaczka szpikowa	16	8	8
C41 Nowotwór złośliwy kości i chrząstki stawowej o innym umiejscowieniu	9	6	3

Źródło: Obliczenia własne na podstawie danych Zakładu Epidemiologii Centrum Onkologii – Instytutu im. Marii Skłodowskiej Curie w Warszawie

Choroba Hodgkina była, obok guzów mózgu, najczęściej w roku 2005 rozpoznawanym nowotworem złośliwym u młodzieży w wieku 15 – 19 lat (odp. 77 i 66 przypadków, z podobną częstością u obojga płci). Zwraca uwagę fakt, że w tej grupie wiekowej młodzieży odnotowano aż 61 przypadków nowotworów złośliwych gonad (45 – nowotwór jądra; 16 – nowotwór jajnika). Należy ponadto podkreślić występowanie w tym wieku, zwłaszcza u dziewcząt, raka tarczycy (23) i czerniaka złośliwego skóry (16). (Tab. 11)

W populacji osób młodych w wieku 20 – 24 lata najczęściej w 2005 roku odnotowywano nowotwory złośliwe gonad, w tym aż w 139 przypadkach z lokalizacją w jądrze a w 23 przypadkach w jajniku (ponadto u 11 młodych kobiet wykryto raka szyjki macicy i u 9 raka sutka). Nowotwór złośliwy tarczycy rozpoznano u 56 osób ze znaczną przewagą kobiet a czerniaka złośliwego skóry u 41 osób, częściej u kobiet. (Tab. 12)

Tabela 11. Najczęściej rozpoznawane nowotwory złośliwe u młodzieży w wieku 15–19 lat w roku 2005

Kod rozpoznania	Ogółem	Mężczyźni	Kobiety
Ogółem nowotwory	458	251	207
w tym			
C81 Choroba Hodgkina	77	39	38
C71 Nowotwór złośliwy mózgu	66	35	31
C62 N. jądra; C56 N. jajnika	45/16	45	16
C91 Białaczka limfatyczna	42	31	11
C40 Nowotwór złośliwy kości i chrząstki stawowej kończyn	25	15	10
C73 Nowotwór złośliwy tarczycy	23	5	18
C92 Białaczka szpikowa	20	13	7
C83 Chłoniaki nieziarnicze rozlane	17	11	6
C43 Czerniak złośliwy skóry	16	5	11

Źródło: Obliczenia własne na podstawie danych Zakładu Epidemiologii Centrum Onkologii – Instytutu im. Marii Skłodowskiej Curie w Warszawie

Tabela 12. Najczęściej rozpoznawane nowotwory złośliwe u młodzieży w wieku 20–24 lat w roku 2005

Kod rozpoznania	Ogółem	Mężczyźni	Kobiety
Ogółem nowotwory	749	397	352
w tym			
C62 N. jądra; C56 N. jajnika*	139/23	139	23
C81 Choroba Hodgkina	133	54	79
C71 Nowotwór złośliwy mózgu	63	29	34
C73 Nowotwór złośliwy tarczycy	56	9	47
C43 Czerniak złośliwy skóry	41	16	25
C92 Białaczka szpikowa	25	14	11
C83 Chłoniaki nieziarnicze rozlane	24	14	10
C40 Nowotwór złośliwy kości i chrząstki stawowej kończyn	23	12	11
C91 Białaczka limfatyczna	20	15	5

* Ponadto u 11 młodych kobiet wykryto raka szyjki macicy i u 9 raka sutka

Źródło: Obliczenia własne na podstawie danych Zakładu Epidemiologii Centrum Onkologii – Instytutu im. Marii Skłodowskiej Curie w Warszawie

Dane epidemiologiczne wskazują kierunki koniecznych działań w zakresie profilaktyki i wczesnego wykrywania nowotworów. Na przykład należy zwrócić uwagę na wzmocnienie profilaktyki nowotworów jądra u mężczyzn oraz nowotworów jajnika, tarczycy i skóry u kobiet w wieku 15–24 lata.

Wg danych krajowego konsultanta w dziedzinie onkologii pediatrycznej w Polsce istnieje 11 referencyjnych ośrodków regionalnych na bazie 19 klinik i oddziałów onkologii dziecięcej. Corocznie 2000 – 2200 dzieci poddawane jest leczeniu przeciwnowotworowemu a około 6000 dzieci wymaga monitorowania stanu zdrowia.

Standardowymi warunkami funkcjonowania dysponuje dziś większość oddziałów onkologii dziecięcej w Polsce, co oznacza, że zapewniają one chorym na nowotwory dzieciom w ciągu całej doby pełną, wielodyscyplinarną diagnostykę i leczenie, w tym pełno profilową chemioterapię, możliwość prowadzenia intensywnej chemioterapii oraz izolacji pacjentów w okresie neutropenii, a także monitorowanie pacjentów po zakończonym leczeniu.

Tym niemniej dla uzyskania dalszego postępu w onkologii pediatrycznej a zwłaszcza zwiększenia możliwości wcześniejszego rozpoznania choroby, konieczne jest w opinii specjalistów położenie nacisku na bardziej efektywne szkolenie lekarzy pierwszego kontaktu oraz na edukację całego społeczeństwa. Osiągnięcie postępu wyleczalności nowotworów u dzieci i młodzieży uwarunkowane jest także ciągłą dbałością o zapewnienie zgodnych ze standardami warunków lokalowych, dostosowaniem norm zatrudnienia lekarzy i pielęgniarek, zbliżonych do obowiązujących norm w oddziałach intensywnej terapii, zapewnieniem możliwości zatrudnienia psychologów, pedagogów, pracowników socjalnych, terapeutów zajęciowych. Postulowana jest też poprawa finansowania onkologii dziecięcej, zarówno procedur chemioterapii, radioterapii, jak i leczenia wspomagającego, które także powinno być refundowane. Miarą sukcesu w leczeniu dziecka z chorobą nowotworową jest nie tylko wyleczenie lub przedłużenie życia ale również jakość życia, czyli w miarę harmonijny rozwój i funkcjonowanie dziecka, co wymaga prowadzenia pełnej rehabilitacji fizycznej, psychologicznej i socjalnej. Temu celowi służą także wysiłki na rzecz utworzenia sieci hosteli dla matki z dzieckiem przy każdym ośrodku onkologicznym.

6.3. Choroby zakaźne i zakażenia

W Polsce zredukowano występowanie chorób poddających się zapobieganiu drogą szczepień ochronnych, jednak program szczepień musi nadal podlegać systematycznemu monitorowaniu i modyfikowaniu. Zważywszy na fakt, że przenoszenie wielu patogenów infekcyjnych ma charakter transgraniczny, z całą powagą należy traktować sygnały o po-

gorszeniu się w ostatnich latach zgłaszania zachorowań w naszym kraju. Zjawisko to łączone jest przede wszystkim z drastycznym zmniejszeniem liczby wykonywanych badań diagnostycznych (a więc pogorszeniem wykrywalności) oraz zaniedbywaniem obowiązku zgłaszania zachorowań przez niektóre placówki i lekarzy. Ogranicza to zaufanie do ocen sytuacji epidemiologicznej chorób zakaźnych w Polsce dokonywanych na podstawie oficjalnych danych z ostatnich lat (tj. rejestracji zachorowań)³.

6.3.1. Zakażenia szpitalne

Poważnym wyzwaniem epidemiologicznym w Polsce są zakażenia w zakładach opieki zdrowotnej. Zakażenia szpitalne w znacznym stopniu zwiększają zachorowalność, śmiertelność i koszty leczenia chorych a zapobieganie i ograniczanie częstości zakażeń szpitalnych jest odzwierciedleniem jakości opieki medycznej i ważnym kierunkiem zdrowotnej polityki państwa. W większości szpitali stopień wykorzystania diagnostyki mikrobiologicznej jest niski, szczególnie w oddziałach chirurgicznych, położniczo-ginekologicznych i pediatrycznych.

Sytuacja w zakresie zapobiegania i zwalczania zakażeń szpitalnych w Polsce, powszechnie uważana jest za złą m.in. na skutek: niedoboru fachowego personelu epidemiologicznego w zakładach opieki zdrowotnej, braku stosownych – odnoszących się do standardów europejskich, własnych uregulowań ustawowych i aktualnej sytuacji epidemiologicznej – przepisów wykonawczych, braku systemu monitorowania stanu szpitali i jakości usług leczniczych ze strony kadry zarządzającej. Nie-sprawność systemu informacyjnego uniemożliwia dokładną analizę zjawiska i stosowanie właściwych działań w zakresie profilaktyki zakażeń szpitalnych⁴. Z raportów Głównego Inspektora Sanitarnego o stanie sanitarnym kraju (2004r. i 2005 r.) wynika, że w Polsce wykonuje się za mało badań mikrobiologicznych. Liczba tych badań nie przekracza jedenastu na jedno łóżko rocznie. Tymczasem, aby diagnostyka mikrobiologiczna była właściwie wykorzystywana, a dane epidemiologiczne uzyskiwane na podstawie wyników badań były wiarygodne, w polskich szpitalach powinno być pobieranych co najmniej pięciokrotnie więcej badań. Taka sytuacja rodzi trudności w doborze antybiotykoterapii celowanej i zagraża bezpieczeństwu leczonych w szpitalu dzieci, ze względu na nieznanomość czynników etiologicznych zakażeń oraz ognisk epidemicznych. Wśród drobnoustrojów lekoopornych, które mają największe znaczenie dla stop-

³ Narodowy Plan Zdrowotny ogłoszony komunikatem Ministra Zdrowia 30 kwietnia 2004 r.

⁴ Zakażenia szpitalne w Polsce. M. Bulanda-red. PTZSz, Kraków 2003.

nia zagrożenia epidemiologicznego w szpitalu wymienia się: gronkowce z gatunku *Staphylococcus aureus* metycylinooporne (MRSA) lub oporne na glikopeptydy (VRSA); enterokoki oporne na wankomycynę (VRE); pałeczki Gram-ujemne produkujące beta-laktamazy (ESBL+); pałeczki Gram-ujemne produkujące metalo-betalaktamazy (MBL+); pałeczki *Pseudomonas* spp. wielooporne. Szczególny niepokój budzi mała liczba badań mikrobiologicznych wykonywanych w oddziałach zabiegowych, w których często dochodzi do zakażeń szpitalnych.

Specjaliści wskazują na coraz częstsza praktykę hospitalizowania dzieci na oddziałach internistycznych dla dorosłych, chirurgii dorosłych, urologii, ortopedii, neurochirurgii i kardiochirurgii dla dorosłych. Zjawisko to znajduje potwierdzenie w danych GUS. Zwraca uwagę fakt, iż mimo posiadania 2444 łóżek na oddziałach chirurgii dziecięcej, gdzie w 2005 roku leczono 133551 dzieci, równocześnie utrzymywano 773 łóżka dziecięce na oddziałach chirurgicznych ogólnych, gdzie leczono aż 50 085 dzieci. Pod tym względem najbardziej wyróżniają się woj. woj. dolnośląskie, lubelskie, małopolskie i zachodniopomorskie, gdzie liczba łóżek dla dzieci utrzymywanych na oddziałach chirurgii ogólnej i liczba leczonych dzieci w stosunku do sprofilowanych oddziałów chirurgii dziecięcej jest szczególnie wysoka. Z kolei na oddziałach chorób wewnętrznych utrzymywano 644 łóżka dla dzieci, gdzie leczono 22311 pacjentów do 18. roku życia. Szczególnie wysoki wskaźnik łóżek dziecięcych na internie i pacjentów do 18. r.ż. tam leczonych jest w woj. woj. dolnośląskim, małopolskim, mazowieckim i śląskim. Zastanawia fakt, iż w 13 województwach w szpitalach ogólnych, na oddziałach nie wykazujących w ogóle łóżek dla dzieci (oddziały internistyczne, chirurgii szczególnie – twarzowej, neurologii, neurochirurgii, gastroenterologii, urologii, psychiatrii, transplantologii, gruźlicy i chorób płuc, hematologii, onkologii, reumatologii, dermatologii, chorób zakaźnych) leczono łącznie ponad 3 000 dzieci. Tolerowanie takiej sytuacji może sprzyjać występowaniu zakażeń szpitalnych u dzieci.

Dotychczas nie udało się w Polsce powołać ośrodka referencyjnego, ani uzyskać dodatkowych środków na finansowanie restrukturyzacji szpitali w zakresie zwiększenia bezpieczeństwa epidemiologicznego. Epidemiolodzy alarmują, że w ramach źle pojętej oszczędności, menedżerowie szpitali rezygnują z finansowania laboratoriów mikrobiologicznych, co jednak powoduje zwiększenie wydatków na antybiotyki i podnosi ryzyko błędnych rozpoznań. Zmiany naprawcze następują powoli, często dopiero pod wpływem mediów, roszczeń i spraw sądowych toczących się przeciwko szpitalom z powodztwa cywilnego.

Z organizacją pracy szpitali łączy się problem „reprocesowania”, które to pojęcie oznacza uzdatnianie skontaminowanego wyrobu medycznego, określanego przez producentów jako wyrób jednorazowego użytku, w celu ponownego jego użycia w opiece nad chorym poprzez ciąg takich czynności, jak: wstępne mycie, dezynfekcja, mycie, płukanie, suszenie, testowanie, pakowanie, etykietowanie i sterylizacja. W takich krajach UE jak Francja i Wielka Brytania reprocessowanie jednorazówek jest kategorycznie zabronione, w innych, jak Niemcy i Dania, a także w USA, jest szeroko rozpowszechnione ale ściśle i jednoznacznie regulowane stosownymi normami i przepisami prawa. W 2004 roku w tzw. Deklaracji Wiedeńskiej, podpisanej również przez przedstawicieli Głównego Inspektoratu Sanitarnego zawarto między innymi apel, by dopuścić reprocessowanie wyrobów medycznych, również tych oznakowanych jako jednorazowe. Uważa się, iż w Polsce powszechna jest obecnie tzw. „dzika sterylizacja” jednorazówek w warunkach szpitalnych centralnej sterylizatorni. Drogie wyroby medyczne np. cewniki elektrofizjologiczne, staplery a nawet proste cewniki prowadzące są używane, z przyczyn finansowych, kilkakrotnie. Poddawane są one procesowi sterylizacji ale wyrób sterylizowany nie jest synonimem wyrobu sterylnego, czyli takiego, którego sterylność została sprawdzona i udowodniona w wyniku walidacji każdego typu wyrobu i każdego wsadu sterylizatora. W Polsce jest znikoma liczba szpitali prowadzących walidację procesów sterylizacji. Okazuje się, że praktyka „dzikiej sterylizacji” jest w Polsce powszechnie znana i równie powszechnie ignorowana. Zaledwie ok. 30% szpitali w Polsce ma centralne sterylizatornie ale tylko co trzecia z tych placówek (co dziesiąty szpital w Polsce) dopełnia podstawowych wymogów organizacyjnych gwarantujących skuteczną sterylizację, podczas gdy w dwu trzecich szpitali mających centralne sterylizatornie wszystkie etapy przygotowania do sterylizacji odbywają się poza nimi, na ogół w oddziałach szpitalnych. Udowodniona jest zależność pomiędzy takimi praktykami sterylizacji w polskich szpitalach a ryzykiem narażenia pacjentów i personelu na wzw typu B i wzw typu C.⁵

Odnosząc się do powyższych danych należy oczywiście uwzględnić opinie specjalistów, iż ryzyko zakażenia szpitalnego jest stale obecne w nowoczesnej medycynie. Nawet w dużych, dobrych, zagranicznych szpitalach zakażeniu ulega do 10 procent chorych. Nie zwalnia to nas jednak z obowiązku wykorzystania wszelkich dostępnych procedur zapobiegawczych, zarówno w obszarze oświaty zdrowotnej, legislacji, or-

⁵ Florkowski M.: Reprocessowanie wyrobów medycznych. Zakażenia, 6, 2006.

ganizacji i zarządzania szpitalami, zachowań personelu medycznego, jak i dostępności badań diagnostycznych.

Częstość zakażeń szpitalnych wśród noworodków w Polsce ocenia się na 3,2% i jest to najwyższy wskaźnik w porównaniu do wszystkich pozostałych grup wiekowych. Wskaźnik ten dla niemowląt w wieku 1 – 12 miesięcy wynosi 2,2%, dla dzieci w wieku 1 – 14 lat 1,4%. Jeżeli w Polsce w roku 2004 hospitalizowano 705,7 tys. dzieci i młodzieży w wieku 0-19 lat, a w poprzednich latach liczba hospitalizacji sięgała 1 mln osób w tym wieku, to jaskrawo uwidacznia się skala i znaczenie społeczne problemu zakażeń szpitalnych. Zwraca się uwagę na związek częstości występowania zakażeń szpitalnych z masą urodzeniową – u co trzeciego noworodka z masą urodzeniową 1500 gramów i poniżej dochodzi do zakażenia szpitalnego. Częstość biegunek szpitalnych ocenia się, w zależności od populacji oraz rodzaju i standardu opieki, na 1-226 na 1000 hospitalizowanych. Jest to trzecia w kolejności, po posocznicach i infekcjach układu oddechowego, manifestacja zakażeń szpitalnych. Biegunki szpitalne u dzieci, zwłaszcza najmłodszych, mają w ok. 70% etiologię wirusową, w tym w 31-69% rotawirusową. Z przeprowadzonych w Polsce wieloośrodkowych badań prospektywnych, przekrojowych wynika, że 32% biegunek rotawirusowych jest diagnozowane w szpitalu i są to zarówno zakażenia szpitalne, jak i pozaszpitalne. Na podstawie tych badań oszacowano, że w latach 1997-2000 występowało corocznie średnio 10753 biegunek szpitalnych o etiologii rotawirusowej i były one przyczyną od 15054 do 26882 dni dodatkowo spędzonych w szpitalu. Czynnikiem ryzyka biegunek szpitalnych są: nieużywanie jednorazowych rękawiczek podczas karmienia dzieci za pomocą zgłębnika, karmienie noworodków i niemowląt pokarmem sztucznym, niewystarczająca liczba pielęgniarek na oddziałach niemowlęcych, używanie szpitalnych zabawek i ich niedokładna dezynfekcja, wiek hospitalizowanych poniżej 36 miesięcy, a zwłaszcza poniżej 6 miesięcy, wielołożkowe sale (trzykrotnie wyższe ryzyko zakażenia w sali 4-osobowej, niż w sali 1-2 osobowej), nieprzestrzeganie przez personel opiekujący się dzieckiem zasady mycia rąk.

6.3.2. Zakażenia jelitowe

Od kilku lat odnotowywane są dane świadczące o niedostatkach w zakresie nadzoru epidemiologicznego nad chorobami biegunkowymi wśród małych dzieci w Polsce. Przy ustabilizowanej sytuacji epidemiologicznej, w miarę poprawy diagnostyki mikrobiologicznej liczba rejestrowanych rocznie biegunek powinna się stopniowo zmniejszać. Jeśli

liczba biegunek wzrasta (a takie trendy obserwujemy od 2004 roku), to sytuacja musi wzbudzać uzasadniony niepokój – przede wszystkim o stan i zakres diagnostyki mikrobiologicznej, nadzoru epidemiologicznego, a także o jakość opieki zdrowotnej nad dziećmi.

Ten ważny sygnał ostrzegawczy nie spowodował w 2004 roku odpowiedniej reakcji ze strony Ministerstwa Zdrowia, które pozostawało w przekonaniu, iż *„zakażenia jelitowe w grupie wiekowej 0 – 2 lata nie wykazują trendu wzrostowego, a jedynie sezonową i roczną zmienność a dalsze ograniczanie częstości występowania biegunek tylko w niewielkim stopniu zależy od działań kontrolnych organów państwa, a w większym stopniu od działań w zakresie promocji zdrowia i higieny codziennego życia polskich rodzin”*. Tymczasem w kolejnych latach odnotowywano stały wzrost liczby i współczynników zachorowań. W 2007 roku zarejestrowano 22 683 biegunki, co oznacza wzrost o niemal 40% w porównaniu do roku 2004. (Tab. 13) Rozwój sytuacji epidemiologicznej biegunek u dzieci do lat 2 w ostatnim kwartale ubiegłego i pierwszym kwartale 2008 roku potwierdza obawy specjalistów i powinien stanowić ważną przesłankę dla Ministerstwa Zdrowia do pilnej weryfikacji polityki zdrowotnej w tym zakresie. W ostatnim kwartale 2007 roku odnotowano 4976 biegunek u dzieci do lat 2. – o 33% więcej niż w ostatnim kwartale roku poprzedniego. W pierwszym kwartale 2008 roku obserwowano dalszy wzrost zachorowań – 9441 biegunek, o 43,5% więcej niż w pierwszym kwartale 2007 roku oraz niemal dwukrotnie (o 90%) więcej niż w poprzednim kwartale.

Tabela 13. Zapadalność na biegunki wśród dzieci do lat 2 w latach 1999-2007 na 100000 populacji

Rok	Ogółem		W tym: wirusowe	
	Liczba	na 100000	liczba	na 100000
1999	13146	1669,1	952	120,9
2000	17538	2285,1	2240	291,9
2001	14861	1977,9	2681	356,8
2002	17769	2464,0	3781	524,3
2003	16470	2329,6	4610	652,1
2004	16361	2326,6	5672	806,6
2005	17284	2428,9	6877	965,2
2006	21310	2945,9*	10036	1384,5*
2007	22683	3135,8**		

* W 2006 roku odnotowano znaczące różnice międzywojewódzkie w zapadalności na biegunki ogółem i na biegunki o etiologii wirusowej na 100000 populacji dzieci do lat 2

** Dane wstępne

Źródło: Obliczenia własne na podstawie danych PZH

Potwierdzeniem pogarszającej się sytuacji w zakresie diagnostyki i rejestracji zakażeń jelitowych są dane obrazujące drastyczny spadek liczby osób (głównie dzieci do lat 2) badanych w kierunku nosicielstwa pałeczek jelitowych, przy przyjęciu do szpitala i do żłobka, z następowym spadkiem liczby dzieci, u których wyizolowano pałeczki *Salmonella*. I tak w roku 1998, przy ograniczonej już tylko do połowy ówczesnych województw, diagnostyce, przebadano 62650 osoby wykrywając obecność pałeczek *Salmonella* w 616 przypadkach (0,98% pobranych próbek), natomiast w 2005 roku, już tylko w 3. województwach, przebadano zaledwie 3973 dzieci, przy czym u 67 nich wykryto pałeczki *Salmonella* (1,7%). W 2006 roku odnotowano wzrost liczby badań do 6790 w 11 województwach (co może świadczyć o rosnącej świadomości potrzeby wykonywania takich badań), przy czym bakterie *salmonella* wykryto aż w 445 przypadkach (6,5% pobranych próbek), co taką potrzebę przekonująco uzasadnia. (Tab. 14)

Tabela 14. Osoby profilaktycznie badane w kierunku pałeczek *Salmonella* przy przyjęciu do szpitala w latach 1998-2006(głównie dzieci do lat 2)

Rok	Liczba osób		Liczba województw w których badano pacjentów
	zbadanych ogółem	u których wykryto pałeczki <i>Salmonella</i>	
1988	62 650	616	25/49
1999	20 203	242	8
2000	14 974	259	6
2001	11 874	233	6
2002	8 796	84	4
2003	6 964	46	3
2004	4 073	51	3
2005	3 973	67	3
2006	6 790	445	11

Źródło: Obliczenia własne na podstawie danych PZH

6.3.3. Posocznica bakteryjna noworodka

W ostatnich latach odnotowuje się stały wzrost liczby zachorowań na posocznice bakteryjne noworodka. (Tab. 15) Pomiedzy 2003 a 2006 rokiem nastąpiło ponad dwukrotne zwiększenie zapadalności z 48,71 na 100000 do 105,0. Mimo znaczącej poprawy wyników leczenia posocznica bakteryjna noworodka obarczona jest wysoką śmiertelnością. Zakażenia okresu noworodkowego powinny być przedmiotem wnikliwego monitorowania, zwłaszcza iż odnotowano także wzrost zachorowań

na wrodzone (infekcyjne) zapalenie płuc (w 2005 r. 207 noworodków, tj. 56,8 na 100000; w 2006 r. 276 noworodków, tj. 73,7 na 100000) oraz wrodzone zakażenie wirusem cytomegalii (w 2005 r. 8 przypadków, tj. 2,20 na 100000; w 2006 r. 16 przypadków, tj. 4,28 na 100000)

Tabela 15. Posocznica bakteryjna noworodka w latach 2003 – 2006

Lata	Liczba zachorowań	Zapadalność na 100000	Liczba zgonów	Śmiertelność
2003 r.	171	48,71	100*	
2004 r.	277	77,78	119	43,0%
2005 r.	355	97,4	117	33,0%
2006 r.	393	105,0	114	29,0%

* Dane szacunkowe

Źródło: obliczenia własne na podstawie danych PZH

6.3.4. Zachorowania na kiłę wrodzoną

W grupie chorób, których sytuacja epidemiologiczna wzbudzać może poważne zaniepokojenie znajduje się kiła, ale także inne choroby przenoszone drogą płciową – w 2004 roku zarejestrowano 18 przypadków kiły wrodzonej, rok później 8 przypadków, w 2006 roku 14 przypadków. Od roku 1998 następuje częściowy demontaż sieci nadzoru nad chorobami przenoszonymi drogą płciową a liczba badań serologicznych w kierunku kiły zmniejszyła się prawie pięciokrotnie, co stawia pod znakiem zapytania wiarygodność danych pochodzących z rejestracji. (Tab. 16)

Tab. 16. Zachorowania na kiłę w Polsce w latach 1995–2007

Rok	Kiła			Kiła wrodzona na 100 tys. ż.u.	Liczba badań w pionie sw
	nabyta	wrodzona	ciężar-nych		
1990	2054	4	75	0,75	8218 674
1995	1565	10	88	2,3	6455 102
2000	968	7	39	1,85	1253 135
2001	1057	10	57	2,72	1409 611
2002	1149	16	72	4,52	1157 979
2003	969	13	55	3,70	941 932
2004	765	19	55	5,34	1051 456
2005	801	8	70	2,19	974 590
2006	922	14	83	3,80	943 380

Źródło: dane CDiLChPDP

O pogorszeniu się wykrywalności kiły w Polsce świadczą rejestrowane rokrocznie przypadki kiły wrodzonej, których liczba nie zmniejsza się mimo zmniejszającej się z roku na rok liczby urodzeń. Zapadalność na kiłę wrodzoną na 100000 ur. żywych w pięcioleciu 1990-1994 wynosiła średnio 2,1; w następnym pięcioleciu – 2,2 a w latach 2000-2004 zwiększyła się do 3,6.

Sytuacja epidemiologiczna wymaga niewątpliwie szybkiego zweryfikowania szeroko rozumianej polityki w zakresie zapobiegania chorobom szerzącym się drogą seksualną.

6.3.5. Zakażenia HIV/AIDS

W Polsce są dzieci zakażone HIV i chorujące na AIDS. Zdecydowana większość z nich nabywa zakażenie od swoich matek, jeszcze w życiu płodowym, w okresie okołoporodowym lub w czasie karmienia piersią. Szansa na to, by dziecko kobiety zakażonej HIV urodziło się zdrowe zależy od tego, czy wie ona o swoim zakażeniu. Jeśli wie, i podczas ciąży pozostaje pod opieką ginekologa-położnika oraz specjalisty terapii zakażeń HIV, wówczas ryzyko zakażenia dziecka w czasie ciąży lub porodu wynosi około 1%. Jeśli jednak kobieta nie wie o swoim zakażeniu ryzyko przeniesienia HIV na dziecko wynosi 40%. W pięcioleciu 2002 – 2006 odnotowano 24 zachorowania na AIDS u niemowląt i dzieci małych, przy czym w 18 przypadkach potwierdzono zakażenie odmatczyne. (Tab. 17)

Tabela 17. Zespół nabytego upośledzenia odporności u dzieci i młodzieży w wieku 0–19 lat w okresie 2002-2006

Lata	Razem	Płeć		Grupy przenoszenia zakażenia		
		M	K	Narkomania	Transmisja od matki	Niejasne
2002	2	1	1	1	1	
2003	6	5	1	1	4	1
2004	8	2	6		7	1
2005	4	2	2	1	2	1
2006	4	2	2		4	
2002-2006	24	12	12	3	18	3

Źródło: obliczenia własne na podstawie danych PZH

W pięcioleciu 2002 – 2006 u osób w wieku 20 – 29 lat wykryto łącznie 189 przypadków AIDS, dwukrotnie częściej u mężczyzn niż u kobiet. (Tab. 18) Przeważały zachorowania wśród narkomanów(121), zaś

osób zakażonych drogą stosunków heteroseksualnych było więcej (33) niż homo- i biseksualistów (20).

Tabela 18. Zespół nabytego upośledzenia odporności u osób w wieku 20–29 lat w okresie 2002–2006

Lata	Razem	Płeć		Grupy przenoszenia zakażenia			
		M	K	Homo-seksualiści/ Biseksualiści	Narko- mani	Heter-seks.	Inni
2002	43	32	11	4	32	7	-
2003	40	20	20	3	27	7	3
2004	38	27	11	5	20	8	5
2005	35	23	12	6	21	6	2
2006	33	24	9	2	21	5	5

Źródło: obliczenia własne na podstawie danych PZH

Wg wstępnych danych PZH w roku 2007 zarejestrowano 10 zakażeń HIV u niemowląt, w dwóch przypadkach rozpoznano AIDS, jedno dziecko zmarło. Odnotowano 12 nowych infekcji HIV u dzieci w wieku 1–14 lat a także 2 przypadki zgonów dzieci, których AIDS rozpoznano w poprzednich latach. Zarejestrowano 21 infekcji HIV u młodzieży w wieku 15–19 lat. Grupa wiekowa 20–29 lat charakteryzuje się najwyższą zapadalnością na infekcje HIV. U osób w tym wieku odnotowano w 2007 roku 50 przypadków AIDS oraz 11 zgonów. (Tab. 19)

Tabela 19. Liczba przypadków zakażenia HIV i zachorowań na AIDS zgłoszonych w okresie 1.01.–31.12.2007 r. wg płci i wieku

Wiek (w latach)	HIV			AIDS			Zgony		
	M	K	razem	M	K	razem	M	K	razem
niemowlęta	2	8	10	2		2	1		1
1-14	8	3	12*				2		2
15-19	13	8	21*						
20-29	213	58	274**	35	15	50	7	4	11

* W jednym przypadku brak danych

** W trzech przypadkach brak danych

Źródło: obliczenia własne na podstawie danych PZH

6.3.6. Gruźlica

Wg danych IGiChP w 2006 roku zarejestrowano 225 zachorowań na gruźlicę u dzieci i młodzieży, w tym 69 u dzieci w wieku 0 – 14 lat

oraz 156 u młodzieży w wieku 15 – 19 lat. (Tab. 20) Zachorowań wśród dzieci do 14 roku życia było o 30 mniej niż w roku poprzednim i odnotowano spadek współczynnika zapadalności z 1,6 do 1,1 na 100000. Wśród młodzieży odnotowano w roku tak jak w roku poprzednim 156 zachorowań, przy czym współczynnik zapadalności wzrósł z 5,3 do 5,5 na 100000.

Wśród ogółu zachorowań na gruźlicę dzieci i młodzieży zarejestrowano 155 przypadków gruźlicy płuc oraz 70 przypadków gruźlicy pozapłucnej. Zwraca uwagę fakt, iż w grupie dzieci w wieku 0 – 14 lat dominowała postać pozapłucna choroby a u młodzieży płucna postać gruźlicy. Większość zachorowań na gruźlicę pozapłucną u dzieci dotyczyło węzłów tchawiczo-oskrzelowych i wnęki.

Tabela 20. Zapadalność na gruźlicę w Polsce w 2006 roku wg lokalizacji zmian i wieku. Liczby bezwzględne i współczynniki na 100000.

Wiek w latach	Wszystkie postacie gruźlicy		Gruźlica płuc		Gruźlica pozapłucna	
	Liczba	Wsp.	Liczba	Wsp.	Liczba	Wsp.
0-14	69	1,1	26	0,4	43	0,7
15-19	156	5,5	129	4,6	27	1,0
Razem	225		155		70	

Źródło: na podstawie danych IGiChP

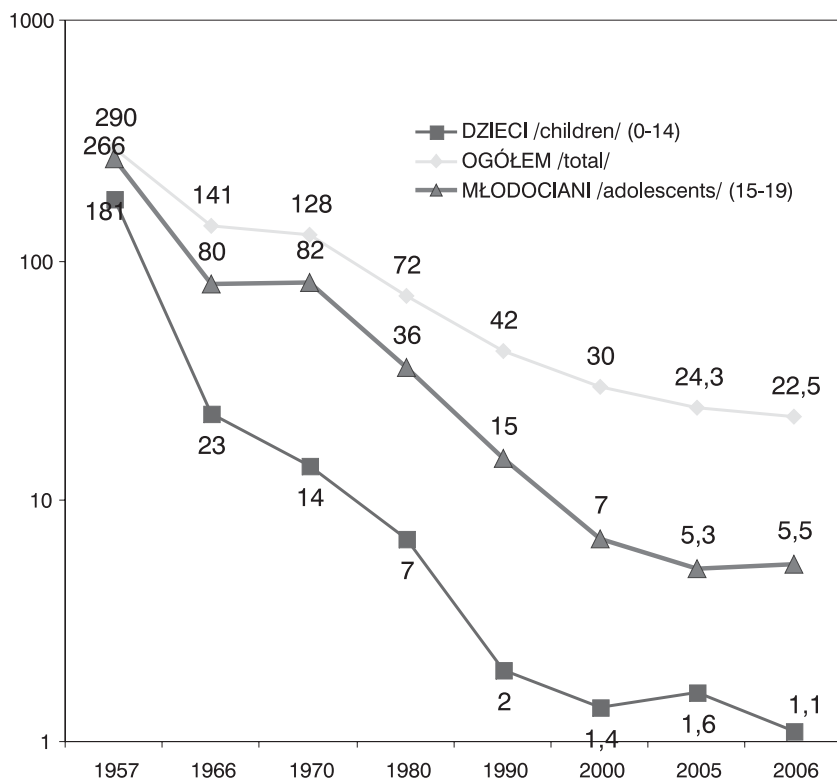
Gruźlica dzieci i młodzieży powinna stanowić nadal ważny obszar zainteresowania w polityce zdrowotnej państwa, chociaż gdy obecną sytuację epidemiologiczną gruźlicy porównać z rokiem 1957, kiedy odnotowano 16402 (181,0 na 100000) zachorowań u dzieci w wieku 0-14 lat oraz 5757 (266,1 na 100000) zachorowań u młodzieży w wieku 15-19 lat, to widać ogromny postęp w zwalczaniu tej choroby. W pięcioletniu 2002-2006 rejestrowana jest znacząca zmienność zapadalności na gruźlicę wśród dzieci i młodzieży, co sprawia, że krzywa zapadalności przybrała postać sinusoidalną. (Ryc. 1)

W 2006 roku w sześciu województwach w populacji dzieci w wieku 0 – 14 lat odnotowano współczynniki zapadalności na gruźlicę wyższe niż średnia dla Polski. Są to województwa: podlaskie, mazowieckie, zachodnio-pomorskie, kujawsko-pomorskie, lubelskie i pomorskie.

W 2006 roku w populacji wiekowej 15-19 lat wskaźniki zapadalności wyższe niż średnio w Polsce (5,3) odnotowano w sześciu województwach: lubelskim, łódzkim, kujawsko-pomorskim, śląskim, zachodnio-pomorskim i świętokrzyskim. (Tab. 21)

Te coroczne wahania współczynników zapadalności, którym towarzyszyła stała tendencja spadkowa zapadalności ogólnej uprawniają opinię, że rejestrowana zapadalność na gruźlicę wśród dzieci w Polsce bardziej odzwierciedla zmienność kryteriów diagnostycznych lekarzy rozpoznających chorobę u dzieci, niż rzeczywistą sytuację. Tak znaczne wahania zapadalności w tak krótkim czasie wskazują, zdaniem ekspertów z IGiChP na brak stabilnego systemu wykrywania i rejestracji nowych zachorowań. Na podkreślenie zasługuje fakt, że Światowa Organizacja Zdrowia systematycznie przypomina o ponownym wzroście znaczenia wielu chorób zakaźnych, w tym gruźlicy jako tzw. chorób nawracających.

Ryc. 1. Zapadalność dzieci i młodzieży na gruźlicę w latach 1957–2006



Źródło: IGiChP

Tab. 21. Zapadalność na gruźlicę wszystkich postaci wśród dzieci (0–14 lat) i młodzieży (15–19 lat) w Polsce wg województw w latach 2002–2006, na 100.000 populacji

Województwa	Dzieci 0–14 lat Współczynniki na 100000					Młodzież 15–19 lat Współczynniki na 100000				
	Lata					Lata				
	2002	2003	2004	2005	2006	2002	2003	2004	2005	2006
POLSKA	1,8	1,5	1,9	1,6	1,1	6,4	5,8	4,2	5,3	5,5
1. Dolnośląskie	0,8	0,4	1,8	1,6	0,2	7,0	4,3	3,2	5,2	1,5
2. Kujawsko-pomorskie	0,8	0,3	0,8	0,6	2,0	3,3	4,0	3,0	3,1	7,7
3. Lubelskie	0,5	1,2	1,3	2,1	1,7	9,7	4,2	12,5	6,8	9,3
4. Lubuskie	1,6	-	0,6	0,6	-	3,2	5,6	3,5	4,9	3,9
5. Łódzkie	6,3	3,4	3,5	0,3	0,5	9,8	9,2	5,9	6,1	8,6
6. Małopolskie	0,3	1,2	0,7	0,3	0,4	3,6	4,8	1,9	3,5	4,0
7. Mazowieckie	3,1	3,6	5,3	4,0	2,9	10,1	11,2	5,8	7,7	5,4
8. Opolskie	0,5	1,7	0,6	1,9	0,6	2,2	4,4	3,5	-	3,8
9. Podkarpackie	0,5	-	0,7	0,8	0,3	6,7	7,9	4,3	6,6	5,1
10. Podlaskie	3,0	2,7	2,3	2,4	3,0	4,6	7,5	3,9	6,0	3,1
11. Pomorskie	1,4	1,7	2,3	1,8	1,6	3,1	3,2	3,9	4,1	4,8
12. Śląskie	2,8	1,3	0,8	2,3	0,4	5,6	6,3	4,1	6,1	6,6
13. Świętokrzyskie	0,9	0,9	1,4	1,4	0,5	2,7	4,6	7,7	6,0	6,2
14. Warmińsko-Maz.	0,7	1,5	1,5	1,6	-	7,4	3,1	2,4	7,4	5,1
15. Wielkopolskie	1,9	1,3	1,5	0,7	0,7	7,4	3,1	1,1	3,0	5,0
16. Zachodnio-Pomorskie	1,0	-	0,3	-	2,2	8,2	2,8	1,5	5,4	6,4

Źródło: na podstawie danych IGiChP

6.3.7. Zachorowania na jersiniozę

Wg raportów PZH w 2005 roku odnotowano alarmujący wzrost zakażeń ludzi w Polsce „amerykańskim” typem serologicznym pałeczek *Yersinia enterocolitica* – 135 zachorowań. W 2006 roku zarejestrowano aż 199 przypadków a wstępne dane za rok 2007 wskazują, iż takich zachorowań było już 243.

Pałeczki *Y. enterocolitica* O:8 wywołują zwykle zakażenia sporadyczne, chociaż w USA opisywano również duże ogniska zatrucia pokarmowego wywołane przez te drobnoustroje. Najczęściej wśród nośników zarazka ekspersi PZH wymieniają surową wieprzowinę, wtórnie skażone lub źle pasteryzowane mleko, mleko w proszku, wodę z naturalnych źródeł i różne gotowe potrawy.

Cechą pałeczek *Yersinia* znacznie zwiększającą ryzyko zakażenia tymi bakteriami jest ich zdolność namnażania się w niskich temperaturach podczas przechowywania żywności w chłodni. Zakażenie może przebiegać jako nieżyt błony śluzowej żołądka i jelit, z wysoką gorączką i biegunką, ale może też być, zwłaszcza u starszych dzieci i młodzieży oraz młodych dorosłych, przyczyną rzekomego zapalenia wyrostka robaczkowego.

6.3.8. Eliminacja poliomyelitis a ostre porażenia wiotkie

Polska w 2002 roku została oficjalnie uznana za kraj wolny od *poliomyelitis*. Podstawowym warunkiem zachowania tego statusu jest utrzymanie wysokiego poziomu zaszczepienia dzieci przeciwko *poliomyelitis* i coroczna dokumentacja braku występowania zachorowań przy prawidłowo prowadzonym nadzorze epidemiologicznym i wirusologicznym nad ostrymi porażeniami wiotkimi (opw). Podczas gdy w ostatnich latach odsetek dzieci w 2. r.ż. zaszczepionych pełnym cyklem szczepień podstawowych wynosił zarówno na poziomie kraju, jak i w poszczególnych województwach, powyżej wymaganego progu 95%, to zachwianiu uległ system zgłaszania i nadzoru nad opw występującymi wśród dzieci w wieku do 15 lat. Rada Sanitarno-Epidemiologiczna na posiedzeniu 23 czerwca 2004 roku alarmowała w sprawie problemów sieci nadzoru nad zakażeniami wskazując, iż finansowanie badań (kosztowne odczynniki, aparatura i etaty dla pracowników) w kierunku diagnozowania tych zakażeń cały czas spada na PZH a np. do eradykacji polio zobowiązują Polskę przepisy międzynarodowe, za których realizację powinno odpowiadać państwo, a szczególnie Ministerstwo Zdrowia i GIS. W 2005 r. wykrywalność opw niezwiązanych z *polio* wyniosła zaledwie 0,51 na 100 tys. dzieci w wieku do 15 lat przy pożądanym poziomie powyżej 1 na 100 tys. Był to najniższy wskaźnik w ciągu ostatnich 5 lat. Systematycznie również pogarszał się wskaźnik terminowego pobierania prób kału od dzieci z opw (odsetek przypadków, dla których pobrano 2 próby kału w ciągu 14 dni od zachorowania, w odstępie co najmniej 1 dnia). Należy zaznaczyć, że ze względu na okres wydalaania wirusa *polio*, terminowe pobranie prób kału jest kluczowe dla wykrycia wirusa.

Analiza stopnia wykrywalności opw według województw wskazuje, że niedostateczna zgłaszalność dotyczy zwłaszcza kilku województw – w 2005 r. odnotowano szczególnie niską wykrywalność opw na terenie aż ośmiu województw: dolnośląskiego, lubelskiego, lubuskiego,

łódzkiego, pomorskiego, śląskiego, świętokrzyskiego i zachodniopomorskiego.

W roku 2006 odnotowano widoczną poprawę wykrywalności opw (wskaźnik 1,1), natomiast wstępne dane za rok 2007 wskazują, że był to tylko efekt przejściowy (wskaźnik 0,7). W pierwszym kwartale 2008 roku sytuacja pogorszyła się – odnotowano zaledwie 8 przypadków opw wobec 17. w pierwszym kwartale ubiegłego roku.

Tymczasem, w opinii ekspertów PZH, istnieje realna groźba zawleczenia dzikich szczepów wirusa polio do krajów, gdzie już doszło do jego eliminacji. Na świecie zawleczenia zachorowań wystąpiły ze szczególnym nasileniem w 2005 r. (łącznie 1.046 zachorowań związanych z zawleczeniem i następującą transmisją wirusa, w 2004 r. – 282). Ogółem od połowy 2002 r. dzikie szczepy typu 1 importowane z Nigerii wywoływały zachorowania w 21 krajach poprzednio wolnych od *poliomyelitis*. W 2005 r. w 4 krajach na skutek zawleczenia wirusa wystąpiły epidemie *poliomyelitis*: w Somalii (185), Indonezji (303), Jemenie (478) i Sudanie (146). Obserwacje epidemiologiczne oraz badania sekwencji nukleotydów izolowanych szczepów z zawleczonych zachorowań w 21 krajach Afryki i Azji jednoznacznie wskazują na ich pokrewieństwo ze szczepami endemicznymi występującymi w Nigerii. W 8 krajach, w których nie doszło do zasiedlenia dzikiego wirusa i wystąpiły jedynie zachorowania pojedyncze, odsetek dzieci w 2. roku życia, które otrzymały 3 dawki OPV wynosił 83%, a w krajach gdzie doszło do zasiedlenia i licznych zachorowań wynosił 40-50%, a w niektórych rejonach nie przekraczał 20%. Biorąc pod uwagę stosunkowo częste obecnie występowanie zawleceń wirusa *polio* do krajów, w których udało się uprzednio przerwać transmisję dzikich szczepów, należy liczyć się z możliwością zawleczenia *polio* także do Polski.

Pomimo, że wysoki poziom zaszczepienia populacji powinien zapobiec wybuchowi epidemii, w takiej sytuacji niezwykle istotne będzie szybkie podjęcie działań przeciwepidemicznych. Stąd też eksperci zalecają wzmocnienie współpracy pomiędzy ośrodkami hospitalizującymi dzieci z ostrymi porażeniami wiotkimi i Państwową Inspekcją Sanitarną, zwłaszcza w województwach o niskiej wykrywalności opw.

ROZDZIAŁ VII.

Uwagi o stanie przestrzegania prawa dzieci i młodzieży do zdrowia¹

Prawo do ochrony zdrowia należy do podstawowych praw człowieka i w polskim systemie prawnym jest chronione przez Konstytucję Rzeczypospolitej Polskiej, która w art. 68 gwarantuje prawo do ochrony zdrowia, w tym równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych, a w ust 3. tegoż artykułu stanowi, że władze publiczne są obowiązane do zapewnienia szczególnej opieki zdrowotnej dzieciom i kobietom ciężarnym².

Prawo do ochrony zdrowia dzieci znajduje także oparcie na gruncie Konwencji o prawach dziecka przyjętej przez Zgromadzenie Ogólne Narodów Zjednoczonych dnia 20 listopada 1989 r.³. Konwencja obliguje do traktowania jako sprawę nadrzędną najlepsze zabezpieczenie interesów dziecka, a w art. 24 wymienia prawo do jak najwyższego poziomu zdrowia i udogodnień w zakresie leczenia chorób.

Celem pracy jest ocena stanu przestrzegania prawa dzieci i młodzieży do zdrowia w Polsce.

Wyniki analizy napływających w 2007 roku do Rzecznika skarg i wniosków, wyniki prowadzonego w sposób ciągły monitoringu sytuacji zdrowotnej dzieci we wszystkich jej wymiarach i uwarunkowaniach, konsultacje ze środowiskiem medycznym, a także treść odpowiedzi organów i instytucji państwa, umożliwiają zarysowanie tych obszarów, w których stan przestrzegania prawa dzieci do życia i zdrowia budzi szczególny niepokój. Do tych obszarów zaliczyć należy opiekę okołoporodową, medycynę szkolną, leczenie pediatryczne, zapobieganie urazom i przemocy.

W niniejszym opracowaniu uwzględniono także inne, mające znaczenie dla zdrowia i rozwoju dzieci i młodzieży, pola aktywności Rzecznika.

¹ Rozdział zredagowany na podstawie wyników badań BRPO oraz Informacji z działalności RPO w 2007 r.

² Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r. (Dz.U. Nr 78, poz. 483 z późn. zm.)

³ Konwencja o prawach dziecka (Dz.U. z 1991 r. Nr 120, poz. 526, Dz.U. z 2000 r. Nr 2, poz.11)

7.1. Opieka okołoporodowa

Zdrowie i rozwój dziecka nierozzerwalnie wiążą się ze zdrowiem matki, jej stanem odżywienia i poziomem opieki socjalnej i zdrowotnej, jaką uzyskała w okresie ciąży i porodu. Opieka przedporodowa, podobnie jak opieka w czasie porodu i w pierwszych latach życia dziecka, ma kluczowe znaczenie dla optymalnego rozwoju dziecka w kolejnych etapach życia dziecka i wywiera wpływ na późniejsze dorosłe życie.

Choć w licznych placówkach ochrony zdrowia w Polsce zapewnia się dziś bardzo wysoki poziom opieki, to z przeprowadzonych w Biurze Rzecznika Praw Obywatelskich analiz wynika, że jest jeszcze wiele do zrobienia, aby w całym kraju opieka nad kobietą w wieku rozrodczym, nad kobietą ciężarną i rodzącą oraz opieka nad noworodkiem była łatwo dostępna, kompetentna i udzielana w stosownym czasie, bez opóźnień, a promocja zdrowia i profilaktyka zagrożeń i chorób uzyskiwała rzeczywisty, a nie tylko deklarowany, priorytet.

Dwudziesty pierwszy wiek rozpoczął się niekorzystnymi dla zdrowia matki i dziecka decyzjami w polityce zdrowotnej państwa. Od 2001 roku zaprzestano realizacji programu optymalizacji opieki okołoporodowej, od 2003 roku Narodowy Fundusz Zdrowia zaprzestał finansowania świadczeń udzielanych w ramach szkół rodzenia, a także ograniczył do 7 dni od porodu bezpłatną hospitalizację matek karmiących piersią. Tymczasem karmienie piersią jest wysoce skuteczną i wysoce opłacalną metodą dla poprawy stanu zdrowia niemowląt. Paradoksalnie, najczęściej pokarmu matki pozbawione są niemowlęta, dla których karmienie piersią byłoby najbardziej korzystne. W Polsce istnieje potrzeba efektywnej promocji karmienia piersią niemowląt i usuwania barier na tej drodze, w tym problemów z finansowaniem poradni laktacyjnych.

Stanowisko przyjęte w dniu 19 grudnia 2002 roku przez Komitet Rady Ministrów oraz zaakceptowane w dniu 14 stycznia 2003 roku przez Radę Ministrów: *Stan zdrowia dzieci i młodzieży kształtuje się w najwcześniejszych okresach rozwoju. W celu zmniejszenia częstości poronień, zgonów płodów i noworodków, wad rozwojowych i wcześniactwa konieczne jest nadanie priorytetu opiece okołoporodowej oraz usprawnienie zbierania i analizy informacji dotyczących zachorowalności i zgonów w opiece nad matką i dzieckiem. Ministerstwo Zdrowia dokona w związku z tym stosownych przewartościowań w realizacji Narodowego Programu Zdrowia nie zaowocowało konkretnymi rozwiązaniami systemowymi w polityce zdrowotnej państwa, które mogłyby świadczyć o nadaniu rzeczywistego priorytetu opiece okołoporodowej.*

Ministerstwo Zdrowia pod koniec 2001 roku zapowiadało przedstawienie do maja 2002 roku programu poprawy opieki nad matką i dzieckiem, jednak, jak wynikało z pisma Ministra Zdrowia z 30.03.04 (ZP-6444-073/1/04/KT) dopiero w 2003 roku Ministerstwo Zdrowia podjęło *działania związane z wypracowywaniem spójnej koncepcji i strategii opieki nad matką i dzieckiem w zakresie opieki przedkonceptyjnej jak i okołoporodowej. Po zakończeniu prac mających na celu opracowanie programu i akceptacji przez Ministra Zdrowia, informacje o planowanych zadaniach w zakresie opieki nad matką i dzieckiem w roku 2004 zostaną zamieszczone na stronie internetowej Ministerstwa Zdrowia.*

Trudno się jak dotąd doszukać informacji potwierdzających powyższe zapowiedzi. Konkretnych zadań realizacyjnych nie zawierają ani ogłoszony komunikatem Ministra Zdrowia z kwietnia 2004 roku Narodowy Plan Zdrowotny na lata 2004 – 2013 ani uchwalony przez Radę Ministrów w dniu 15 maja 2007r. Narodowy Program Zdrowia na lata 2007-2015. Nie został wdrożony zapowiadany przez Radę Ministrów program usprawniania informacji dotyczących zachorowalności i zgonów w opiece nad matką i dzieckiem. Jest to tym bardziej niepokojące, iż bez odpowiedniego systemu informacji nie można dokonać wiarygodnej oceny sytuacji w opiece okołoporodowej, określić priorytety, opracować plan i konkretne rozwiązania realizacyjne.

7.1.1. Utrudnienia w dostępie kobiet ciężarnych i rodzących oraz noworodków do świadczeń medycznych

Z opinii specjalistów, towarzystw naukowych (Polskie Towarzystwo Ginekologiczne, Polskie Towarzystwo Pediatryczne) organizacji pozarządowych (Fundacja „Rodzić po Ludzku”), a także z doniesień medialnych, wynika, iż w ostatnich latach pogorszyła się dostępność kobiet ciężarnych i rodzących oraz noworodków do adekwatnej do potrzeb opieki profilaktyczno – leczniczej. Ujawnia się z całą ostrością problem braku miejsc na oddziałach położniczych i noworodkowych, pogarszają się standardy udzielanych świadczeń.

Przygotowany przez Ministerstwo Zdrowia we współpracy z Funduszem Ludnościowym Narodów Zjednoczonych (UNFPA) w Polsce, raport *Zdrowie kobiet w wieku prokreacyjnym 15–49 lat. Polska 2006* przynosi szereg informacji o niedostatkach w zakresie zdrowia prokreacyjnego w Polsce na tle innych krajów Unii Europejskiej.

Opieka profilaktyczna nad ciężarną, szczególnie w pierwszym tryestrze ciąży, jest w wielu rejonach kraju niezadowolająca. Niedostatecz-

na jest wczesna zgłaszalność kobiet do lekarza, a dostępność do badań specjalistycznych jest często utrudniona.

Na duże trudności napotyka realizacja w pionie położniczym zasad wypracowanego w latach 90-tych trójstopniowego systemu opieki perinatalnej. Przyczyną jest niedostatek miejsc dla ciężarnych z ciążą patologiczną i niedobór miejsc intensywnej terapii noworodka. Duża liczba noworodków z niską i skrajnie niską masą ciała rodzi się na I i II poziomie opieki perinatalnej. Większość z tych dzieci wymaga intensywnej terapii dlatego przekazywane są do oddziałów intensywnej terapii dziecięcej lub neonatologicznej. Tymczasem z badań wynika, że to nie transport karetką ale transport płodu w łonie matki jest najlepszą, zarówno z ekonomicznego, jak i klinicznego punktu widzenia (znacznie zwiększa się szansa na przeżycie dziecka), formą przekazywania kobiet ciężarnych między współpracującymi ze sobą ośrodkami.

Zagrożeniem dla realizacji programu opieki perinatalnej jest brak znajomości jego zasad przez NFZ – wbrew przyjętym standardom opieki stwarzane są trudności w finansowaniu transportu noworodka. W całym kraju oddziały neonatologii wykazują duże braki sprzętu pod względem jakościowym – inkubatory, pompy infuzyjne, kardiomonytory wskutek długoletniej intensywnej eksploatacji wymagają wymiany, natomiast na oddziałach oddziałów III stopnia opieki perinatalnej brakuje respiratorów i monitorów.

Trudna sytuacja panuje w województwie mazowieckim, zwłaszcza w Warszawie⁴. W roku 2006 w porównaniu do roku 2005 zmniejszono o 7,22% liczbę oddziałów położniczo – ginekologicznych i o 2,01% liczbę łóżek. Liczba oddziałów patologii ciąży spadła aż o 16,67%, łóżek o 12,31%. Działo się tak mimo, że w 2006 r. o ok. 4% zwiększyła się liczba porodów. **Przy wzroście liczby porodów należy się spodziewać, że w skali roku dla ok. 1500 pacjentek, nie będzie miejsc do porodu w Warszawie.**

W tym samym czasie aż o jedną czwartą (o 24,53%) zmniejszono liczbę oddziałów noworodkowych, przy czym liczba łóżek, w tym stanowisk inkubatorów, wzrosła o 13,60%, co może świadczyć o pogorszeniu warunków leczenia.

⁴ „Ocena zabezpieczenia opieki zdrowotnej nad matką i dzieckiem w województwie mazowieckim”, Mazowieckie Centrum Zdrowia Publicznego, grudzień 2007, Warszawa.

7.1.2. Pobieranie nienależnych opłat w związku z porodem

W 2007 roku Rzecznik Praw Obywatelskich, na podstawie pozyskanych informacji o tym, że w publicznych szpitalach nie są przestrzegane prawa pacjentek korzystających ze świadczeń zdrowotnych w związku z porodem, w tym nie są powszechnie respektowane podstawowe zasady ubezpieczenia zdrowotnego, wynikające z przepisów art. 65 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, podjął wysiłki na rzecz poprawy sytuacji. W pierwszym wystąpieniu do Ministra Zdrowia Rzecznik wskazał, że naruszenie zasad polega między innymi na pobieraniu przez publiczne szpitale dodatkowych opłat za tzw. usługi „ponadstandardowe”, których katalog i ceny ustalane są przez poszczególne szpitale na podstawie zarządzeń ich kierowników. Do najczęściej pobieranych należą opłaty za osobną salę do porodu, jednoosobowy pokój po porodzie, indywidualną opiekę lekarza, położnej lub pielęgniarki podczas porodu, cesarskiego cięcia oraz po porodzie, poród rodzinny, znieczulenie zewnątrzoponowe. Pobieranie tych opłat stanowi niedopuszczalną, pozaprawną praktykę publicznych szpitali, prowadzącą do wytworzenia podwójnych standardów opieki. Wewnętrzne regulacje kierowników poszczególnych publicznych szpitali nie mogą bowiem decydować o prawach pacjentek i ubezpieczonych.

Z odpowiedzi Ministerstwa Zdrowia wynika przekonanie, że problem uzależniania udzielania świadczeń związanych z porodem i/lub opieką okołoporodową od wniesienia przez ubezpieczonych opłat bezpośrednio na rzecz świadczeniodawcy nie występuje, a w przypadku porodów rodzinnych szpital może pobierać opłaty z tytułu obecności w czasie porodu osoby bliskiej, jednak wysokość tych opłat nie może przekraczać kosztów ponoszonych przez szpital w związku z zapewnieniem realizacji tego prawa pacjenta.

W ponownym wystąpieniu do Ministra Zdrowia Rzecznik zwrócił uwagę, że opłaty od pacjentek pobierane są również za świadczenia objęte umowami z Narodowym Funduszem Zdrowia, a także różnicują poziom udzielanych świadczeń zdrowotnych związanych z opieką okołoporodową.

Ministerstwo Zdrowia po raz kolejny dokonało własnej interpretacji obowiązujących przepisów, a także poinformowało, że przygotowuje powołanie zespołu ds. opracowania projektu rozporządzenia w sprawie standardów opieki okołoporodowej. Ministerstwo nie dostarczyło jednak dotychczas zapowiadzianych dodatkowych wyjaśnień.

W związku z powyższym Rzecznik ponowił wystąpienie do nowego Ministra Zdrowia podkreślając konieczność pilnego rozwiązania problemu naruszania praw kobiet rodzących i ich dzieci. Za niezbędne uznał również opracowanie i upowszechnienie nowoczesnych standardów opieki okołoporodowej, które zapewnią szczególny status kobiety rodzącej w systemie opieki zdrowotnej. Wprowadzenie opłat za niektóre świadczenia zdrowotne związane z porodem i opieką okołoporodową wymaga, zdaniem Rzecznika, stosownych zmian legislacyjnych, a w szczególności ustalenia podstawowego zakresu świadczeń, umożliwiającego publicznym szpitalom legalne pobieranie opłat za tzw. świadczenia „ponadstandardowe”. Do tego czasu, zapewnić należy respektowanie aktualnie obowiązujących przepisów prawa.

7.1.3. Wstrzymanie przez NFZ finansowania humanizowanej immunoglobuliny monoklonalnej

Rzecznik Praw Obywatelskich zwrócił się do Minister Zdrowia o zainteresowanie się nagłośnioną w środkach masowego przekazu sprawą wstrzymaniu przez Narodowy Fundusz Zdrowia finansowania humanizowanej immunoglobuliny monoklonalnej stosowanej w profilaktyce zakażeń układu oddechowego u wcześniaków oraz niemowląt z grup podwyższonego ryzyka zakażeń.

Zgodnie z treścią Komunikatu Prezesa NFZ z 7.12.2007 r. *Prezes Funduszu rozpatrując możliwość objęcia terapeutycznym programem zdrowotnym preparatu synagis (paliwizumab), zwrócił się do Ministra Zdrowia z prośbą o zlecenie Dyrektorowi Agencji Oceny Technologii Medycznych (AOTM) przygotowania rekomendacji dla ww. preparatu. Prośba Ministra Zdrowia trafiła do AOTM we wrześniu br. Ponadto Centrala Narodowego Funduszu Zdrowia do czasu wydania przez AOTM komunikatu co do zasadności stosowania synagisu w ramach farmakoterapii niestandardowej, wstrzymała finansowanie nowych wniosków o farmakoterapię niestandardową preparatem synagis, uprzednio rozpoczęte, za zgodą Narodowego Funduszu Zdrowia terapię synagisem, są kontynuowane. Ostateczną decyzję w sprawie stosowania synagisu w immunoprofilaktyce noworodków przeciw RSV, Prezes Funduszu wyda po zapoznaniu się z decyzją AOTM i jej uzasadnieniem.*

Rzecznik Praw Obywatelskich nie kwestionując merytorycznej treści tego komunikatu zapoznał się jednak z opiniami wybitnych specjalistów w dziedzinie neonatologii. Grupa rekomendująca złożona z czołowych przedstawicieli polskiej neonatologii, w tym krajowego konsul-

tanta ds. neonatologii przypomina, że wcześniaki stanowią specyficzną grupę pacjentów pediatrii, m.in. z tego powodu, że układ odpornościowy wcześniaka wykazuje niedojrzałość funkcji swoistych i nieswoistych mechanizmów obronnych. Specjaliści rekomendują stosowanie hybrydyzowanej, humanizowanej immunoglobuliny monoklonalnej w celu zapobiegania zakażeniom wirusem syncytium nabłonka oddechowego dolnych dróg oddechowych (*Respiratory Syncytial Virus*) u dzieci z grup zwiększonego ryzyka. Grupa ta obejmuje wcześniaki poniżej 32. tygodnia ciąży, niemowlęta m.in. z przewlekłą chorobą płuc, mukowiscydozą, dysplazją oskrzelowo-płucną. Pacjenci z grupy ryzyka powinni otrzymywać jedną dawkę miesięcznie przez okres całego sezonu zwiększonej wirerii wirusa RS (od listopada do kwietnia).

Zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 25 października 2002 r. w sprawie konsultantów krajowych i wojewódzkich (Dz. U.Nr.188. Poz.1582) § 5 do zadań konsultanta krajowego, należy między innymi kontrola dostępności do świadczeń zdrowotnych, a także wydawanie opinii o stosowanym postępowaniu diagnostycznym, leczniczym i pielęgnacyjnym w zakresie jego zgodności z aktualnym stanem wiedzy, z uwzględnieniem dostępności metod i środków.

Jeżeli zatem konsultant krajowy w dziedzinie neonatologii uznaje, że dany lek ze ściśle określonych wskazań powinien być zastosowany, to zaprzestanie jego finansowania może nie tylko uzasadniać niepokój rodziców i lekarzy ale także wzbudzać wątpliwości co do przestrzegania praw dzieci do szczególnej opieki zdrowotnej.

W odpowiedzi, sekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia przekazał uzasadnienie stanowiska Rady Konsultacyjnej AOTM, rekomendującego niefinansowanie ze środków publicznych stosowania paliwizumabu w profilaktyce zakażeń wirusem RS: *Uzasadniając rekomendację, Rada wskazała, iż dostępne dowody nie potwierdzają tezy, że podawanie paliwizumabu zmniejsza śmiertelność pacjentów, jak również, że długoterminowy wpływ profilaktyki na późniejsze powikłania zakażenia RSV, w tym zachorowania na astmę jest niepewny. Ponadto Rada zaznaczyła, że z uwagi na bardzo wysokie koszty profilaktyki paliwizumabem i ograniczony do hospitalizacji efekt kliniczny, koszty uzyskania korzyści zdrowotnej pozostają nieakceptowalnie wysokie.*

Jednocześnie sekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia poinformował, że w związku z omawianą rekomendacją Rady Konsultacyjnej AOTM, podmiot odpowiedzialny złożył dodatkową dokumentację odnośnie efektywności klinicznej leku Synagis, która została przekazana do Agencji, w celu dokonania jej oceny, w tym wpływu na brzmienie wydanej rekomendacji

oraz że Konsultant Krajowy w dziedzinie Neonatologii przekazał do Ministerstwa Zdrowia dokumentację, obejmującą nowe doniesienia naukowe, dotyczące terapii lekiem Synagis w grupach dzieci szczególnie wysokiego ryzyka. Dokumentacja ta zostanie przekazana do rozpatrzenia przez Agencję a ewentualna zmiana rekomendacji może mieć wpływ na przywrócenie finansowania ze środków publicznych terapii lekiem Synagis.

W tej sytuacji pozostaje nadzieja na pozytywny finał interwencji i jednocześnie pozostaje wyrażona w wystąpieniu Rzecznika Praw Obywatelskich wątpliwość co do roli konsultantów krajowych w podejmowaniu decyzji o pozbawieniu rekomendowanej przez nich terapii ciężko chorych dzieci.

Sygnalizowane zjawiska stoją w sprzeczności zarówno z art. 68 ust. 3 Konstytucji RP, jak i z prawem dziecka do ochrony zdrowia, zawartym w art. 24 Konwencji o prawach dziecka, który wskazuje w ust. 2 pkt d, iż Państwa -Strony podejmą niezbędne kroki w celu zapewnienia matkom właściwej opieki zdrowotnej w okresie przed i po urodzeniu dziecka.

7.2. Medycyna szkolna

Niewiele krajów wypracowało strategię całościowo obejmującą problematykę zdrowia młodzieży, które zapewniają adekwatną do potrzeb opiekę zdrowotną nad młodzieżą. W świetle danych, jakimi dysponuje Rzecznik Praw Obywatelskich, nasuwają się wątpliwości, czy do tych krajów zalicza się Polska.

7.2.1. Problemy dzieci przewlekle chorych i niepełnosprawnych w szkole

Dzieci przewlekle chore, w zdecydowanej większości, powinny uczyć się w szkole razem ze zdrowymi rówieśnikami, ponieważ jest to warunkiem prawidłowego ich rozwoju. Tym niemniej choroba przewlekła może zaburzać rozwój dziecka, a także utrudniać realizację zadań edukacyjnych. Niezależnie od rodzaju i ciężkości zaburzeń u uczniów przewlekle chorych mogą istnieć inne czynniki ujemnie wpływające na funkcjonowanie dziecka w szkole:

- utrudniona dostępność i niska jakość specjalistycznej opieki medycznej nad dzieckiem przewlekle chorym oraz niska jakość lub brak opieki pielęgniarki szkolnej;

- ciężkość choroby i stan psychofizyczny ucznia;
- trudna sytuacja rodzinna – niski standard socjalny, niski poziom wykształcenia, zakłócone relacje między jej członkami, niedostateczne wsparcie społeczne;
- warunki i organizacja nauczania – odległość do szkoły, warunki nauczania, metody pracy;
- nieprzygotowanie nauczycieli do pracy z uczniem przewlekle chorym
 - nieznajomość specyfiki jego zaburzeń, stanu psychofizycznego, potrzeb, zasad udzielania pomocy przedmedycznej w przypadku wystąpienia objawów wymagających pomocy;
- długotrwała lub częsta absencja chorobowa uczniów powodująca zaległości, izolację społeczną, konieczność odroczenia obowiązku szkolnego lub wydłużenia nauki w szkole;
- zaburzenia psychofizycznej dyspozycji do nauki, np. trudności w koncentracji uwagi, męczliwość, wolne tempo pracy, zmienność zainteresowań; zaburzenia te są zależne od samopoczucia, współistniejących zaburzeń emocjonalnych, stosowanych leków, i mogą powodować zakłócenia w kontaktach społecznych ucznia;
- współistnienie w niektórych chorobach przewlekłych upośledzenia ogólnej sprawności fizycznej, sprawności manualnej, lub upośledzenia funkcji lokomocyjnych; może to zaburzać ogólną aktywność ucznia, jego kontakty społeczne, uzależniając go od innych osób;
- ograniczenia uczestnictwa w zajęciach wychowania fizycznego;
- ograniczenia w wyborze kolejnych etapów nauki oraz w wyborze przyszłego zawodu.

Należy przy tym mieć na uwadze fakt, że każda choroba przewlekła ma swoją specyfikę – odmienny przebieg, skutki, rokowanie i w różny sposób może wpływać na potrzeby dziecka, jego przystosowanie do szkoły, jej wymagań dydaktycznych i środowiska społecznego.

W tych sprawach prowadzona jest od wielu miesięcy wymiana korespondencji Rzecznika Praw Obywatelskich z Ministerstwem Edukacji Narodowej i Ministerstwem Zdrowia. Problemy uczniów przewlekle chorych były przedmiotem interwencji Rzecznika Praw Ucznia oraz poruszających opinię publiczną doniesień w mediach.

Rzecznik występował do Ministra Edukacji Narodowej w sprawie odmówienia przez dyrekcję szkoły możliwości zdawania egzaminu maturalnego razem z rówieśnikami przez uczennicę chorą na cukrzycę. W odpowiedzi poinformowano Rzecznika, że za organizację i przebieg egzaminu maturalnego w danej szkole odpowiada dyrektor szkoły. Zgodnie z obowiązującymi przepisami, dostosowanie warunków i formy

przeprowadzania egzaminu maturalnego może polegać na korzystaniu w czasie egzaminu maturalnego ze specjalistycznego sprzętu i środków dydaktycznych oraz urządzeń technicznych, sprzętu medycznego i leków koniecznych ze względu na chorobę lub niepełnosprawność oraz pomocy medycznej, pod warunkiem zgłoszenia takiej potrzeby w odpowiednim wniosku. Nie ma zatem przeszkód prawnych aby uczennica chora na cukrzycę pisała egzamin maturalny razem z innymi zdającymi, w tej samej sali. Jednocześnie obiecano, że zgłoszony problem zostanie z należytą powagą rozważony. Ponieważ do końca roku Rzecznik nie został poinformowany o podjęciu działań legislacyjnych ponownie zwrócił się do Ministra Edukacji Narodowej z prośbą o podjęcie stosownych kroków.

W innym wystąpieniu, w związku z przypadkiem odmowy przyjęcia do gimnazjum chłopca cierpiącego na hemofilię, Rzecznik zwrócił się do Ministra Edukacji Narodowej o udzielenie wyjaśnień oraz podjęcie wszelkich niezbędnych kroków umożliwiających dziecku, ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi, realizację prawa do edukacji w szkole.

Według doniesień prasowych, odmowa dyrektora szkoły zyskała wsparcie wydziału nadzoru pedagogicznego Kuratorium Oświaty, ale była sprzeczna z opinią specjalisty prowadzącego leczenie dziecka oraz opinii pielęgniarki szkolnej.

Ówczesny sekretarz stanu w MEN swoje stanowisko wyraził w sposób następujący: *Ze smutkiem przyjmuję informację o niesatysfakcjonującym rodziców chłopca, cierpiącego na hemofilię, rozstrzygnięciu dotyczącym niezapewnienia przez szkołę odpowiednich warunków kształcenia ich syna w wybranym przez nich gimnazjum, jednak decyzja o wyposażeniu szkoły należy do kompetencji organu prowadzącego.*

Te dwie indywidualne sprawy mogą stanowić przykład dyskryminacji uczniów ze względu na stan zdrowia i pozostają w sprzeczności z zasadami współżycia społecznego oraz konstytucyjną zasadą równości wobec prawa, dlatego nie mogły być przez Rzecznika Praw Obywatelskich odłożone *ad acta*.

Kolejne wystąpienia do Ministra Edukacji Narodowej i do Ministra Zdrowia dotyczyły problemów dzieci chorych w szkole w ujęciu całościowym i zostały poprzedzone badaniami przeprowadzonych w Biurze Rzecznika Praw Obywatelskich na podstawie danych GUS z 2004 roku. Z badań tych wynika, iż prawna i/lub biologiczna niepełnosprawność dotyczy 291,3 tys. dzieci i młodzieży w wieku 5 – 19 lat, co stanowi 3,8% tej populacji wiekowej. Jednakże znacznie więcej osób w tym wieku zmaga się z długotrwałymi problemami zdrowotnymi – ma kłopoty ze słuchem,

ze wzrokiem, w mówieniu, w poruszaniu się lub inne trudności – stwierdza się je u 1250,2 tys. dzieci w wieku 5 – 19 lat, co stanowi 16,5% populacji. Wiadomo ponadto, że 1569,7 tys. w wieku 5-19 lat (20,7% populacji) cierpi na choroby przewlekłe i są to najczęściej alergie – 577,8 tys. dzieci, astma – 279,3 tys., choroby kręgosłupa – 149,1 tys., przewlekłe stany lękowe, depresja lub zaburzenia zachowania – 114,2 tys., choroby serca i układu krążenia 109,5 tys., choroby nerek i układu moczowego – 85,2 tys., padaczka – 40,9 tys., cukrzyca – 8,1 tys..

Na podstawie cytowanych badań można oszacować, iż co szósty uczeń w wieku obowiązkowego nauczania ma długotrwałe kłopoty ze zdrowiem, a co piąty uczeń potrzebuje opieki z powodu choroby przewlekłej.

Tymczasem zgodnie z opublikowanymi ostatnio danymi GUS tylko 2,2% uczniów w Polsce (w tym 2,5% chłopców i 1,6% dziewcząt) posiada opinie bądź orzeczenia o specjalnych potrzebach edukacyjnych wydawane przez poradnie psychologiczno – pedagogiczne na wniosek rodziców (prawnych opiekunów) dziecka. Najlicniejsza grupa (1,6%) tych dzieci posiada orzeczenia o potrzebie kształcenia specjalnego.

Dotychczas w wielu ogólnodostępnych szkołach w Polsce zapewnia się dzieciom przewlekłe chorym, np. na hemofilię, możliwość dobrego funkcjonowania. W przypadku niektórych schorzeń dostępne są poradniki przeznaczone dla nauczycieli i wychowawców dzieci chorych, a także dla pracowników kuratorium oświaty.

Wprowadzane od kilku lat zmiany organizacji opieki zdrowotnej nad uczniami mogą sytuację tych dzieci znacznie pogorszyć, bowiem zmienia się też sposób podejścia władz oświatowych, wyrażony m.in. w komunikacie MEN z dnia 26 września 2007 w sprawie wykazywania w Systemie Informacji Oświatowej, uczniów i wychowanków z orzeczeniem o potrzebie kształcenia specjalnego, w tym niepełnosprawnością sprzężoną – *Przepisy prawa oświatowego nie przewidują organizowania dzieciom przewlekłe chorym kształcenia specjalnego.*

Mają powyższe na uwadze Rzecznik Praw Obywatelskich zwrócił się do Ministra Edukacji Narodowej i Minister Zdrowia o udzielenie pełniejszych informacji w kwestiach:

- zakresu i efektów realizacji przyjętego na posiedzeniu Komitetu Rady Ministrów w dniu 19.12.2002r i zaakceptowanego na posiedzeniu Rady Ministrów w dniu 14.01.2003r. zalecenia nr 9 Rządowej Rady Ludnościowej, w którym zapisano m.in. *Konieczne jest reaktywowanie przez Ministerstwo Zdrowia medycyny szkolnej we wszystkich jej funkcjach: promocji zdrowia i profilaktyki oraz leczenia i rehabilitacji;*

- efektów działalności międzyresortowego zespołu do spraw przygotowania powrotu opieki zdrowotnej do szkół oraz przedstawienia odpowiednich zmian prawnych do realizacji tego projektu; zespół został powołany w dniu 15 maja 2006 r. w wyniku spotkania Prezesa Rady Ministrów, Wicepremiera i Ministra Edukacji Narodowej oraz Ministra Zdrowia;
- zakresu i harmonogramu przyjętych przez oba resorty przedsięwzięć realizacyjnych w ramach Narodowego Programu Zdrowia na lata 2007 – 2015, a dotyczących dzieci przewlekle chorych i niepełnosprawnych; w NPZ zapisany został ósmy cel operacyjny w brzmieniu: *Wspieranie rozwoju i zdrowia fizycznego i psychospołecznego oraz zapobieganie najczęstszym problemom zdrowotnym i społecznym dzieci i młodzieży* i wśród ogólnych zadań realizacyjnych w obszarze „Polityka państwa, legislacja” zostało uwzględnione zadanie 3.: *Tworzenie, aktualizacja oraz egzekwowanie przestrzegania przepisów w zakresie: pomocy dla rodzin dzieci i młodzieży niepełnosprawnych i przewlekle chorych, eliminowania barier w dostępności do nauki, zajęć pozaszkolnych i ciągłej rehabilitacji dla dzieci i młodzieży niepełnosprawnej*;
- wspólnego stanowiska Ministerstwa Edukacji Narodowej i Ministerstwa Zdrowia odnośnie do kryteriów orzekania o niepełnosprawności uczniów i specjalnych potrzebach edukacyjnych dzieci przewlekle chorych oraz jednolitego stanowiska obu Ministerstw w sprawie sposobu realizacji tych potrzeb w warunkach szkolnictwa powszechnego;
- funkcjonowania szkół przy zakładach opieki zdrowotnej, w związku z sygnałami, że liczba takich szkół i liczba dzieci objętych nauczaniem, zmniejsza się;
- udostępnienia danych na temat liczby dzieci, które zostały w ostatnich latach objęte były nauczaniem indywidualnym w domu z powodu choroby przewlekłej.

W świetle odpowiedzi podsekretarza stanu w MEN ...w coraz większej liczbie szkół ogólnodostępnych uczniom przewlekle chorym *nie odmawia się prawa do „normalności” i na co dzień traktuje w szkole tak samo jak ich zdrowych rówieśników, bez etykietowania i „wypominania” choroby.*

Utożsamiając się z poglądem, iż tolerancja wobec „**Innego**” w szkole jest rzeczą ze wszech miar pożądaną, należy jednak zauważyć, iż podstawowe potrzeby dzieci przewlekle chorych i niepełnosprawnych uczęszczających do szkół ogólnodostępnych mają także wymiar fizyczny, psychiczny i społeczny – dlatego debata na temat wypełniania praw tych dzieci do równości szans edukacyjnych powinna również obejmować zasady i możliwości wypełniania takich potrzeb.

Z kolei obszerny fragment odpowiedzi podsekretarza stanu w Ministerstwie Zdrowia został poświęcony podważeniu wiarygodności wyników badań dotyczących oceny skali problemu niepełnosprawności i chorób przewlekłych w populacji dzieci w wieku szkolnym. Argumenty te są nieprzekonywujące, ponieważ suppozycje co do sprzeczności danych liczbowych oparte są na oczywistym różnicowaniu danych pomiędzy poszczególnymi latami – 2002, 2004 i 2005, a zbliżone do przytoczonych przez Rzecznika informacje zamieszczone są w opublikowanym w ubiegłym roku Raporcie 2005 – 2006 „Sytuacja Demograficzna Polski”. Raport ten jest dostępny organom państwa, Ministerstwo Zdrowia ma swego przedstawiciela w Rządowej Radzie Ludnościowej, do opublikowanych danych i formułowanych na ich podstawie wniosków nie zostały wniesione zastrzeżenia.

Wbrew stanowisku podsekretarza stanu w Ministerstwie Zdrowia należy uznać, że przytoczone w wystąpieniu Rzecznika dane GUS umożliwiają rzetelną analizę problemu, zwłaszcza, iż podane przez Ministerstwo Zdrowia informacje za 2005 rok niewiele odbiegają od danych GUS – liczba dzieci przewlekłe chorych w Polsce w roku wynosi wg Ministerstwa Zdrowia łącznie 1 521 608 osób. Można natomiast zgodzić się z przedstawionym w odpowiedzi stanowiskiem, że przy ocenie wybranych problemów zdrowotnych dzieci i młodzieży konieczne jest uwzględnianie sytuacji, gdy u jednego dziecka występuje więcej niż jeden problem zdrowotny. Takie stanowisko resortu napawa nadzieją, iż znikną sygnalizowane przez środowisko pediatryczne problemy z finansowaniem przez Narodowy Fundusz Zdrowia leczenia (głównie szpitalnego) dzieci cierpiących na kilka schorzeń.

Odnosząc się do przyjętego przez Radę Ministrów w dniu 14 stycznia 2003 r. Zalecenia nr 9 Rządowej Rady Ludnościowej, podsekretarz stanu w MZ poinformował, że w dniu 2 listopada 2004 r. został przyjęty i wdrożony Uchwałą Rady Ministrów Rządowy Program *Profilaktyczna opieka zdrowotna nad dziećmi i młodzieżą w środowisku nauczania i wychowania*, i że w ramach tego programu Ministerstwo Zdrowia we współpracy z Instytutem Matki i Dziecka w Warszawie systematycznie monitoruje dostępność i jakość profilaktycznej opieki zdrowotnej nad uczniami – trzyletni monitoring funkcjonowania Programu Rządowego wskazuje na systematyczną poprawę jakości i dostępności tej opieki.

Nie jest jasne na podstawie jakich danych przyjęte zostało takie stanowisko resortu zdrowia, ponieważ oba opublikowane raporty Instytutu Matki i Dziecka: *Ocena stanu profilaktycznej opieki zdrowotnej nad uczniami w szkole po dwóch latach funkcjonowania programu rzą-*

dowego 2004 – 2006 (z roku 2006) i *Nierówności w dostępie uczniów do profilaktycznej opieki zdrowotnej w Polsce w ostatnim roku wdrażania Programu Rządowego* (z roku 2007) zawierają głównie wybrane zestawienia statystyczne z wykonania badań przesiewowych i bilansowych i są raczej formą sprawozdania z działalności pielęgniarek i lekarzy ale nie przynoszą żadnych informacji na temat jakości tej opieki i nie odnoszą się do podmiotu tej opieki – uczniów. Brak oceny stopnia spełniania standardów wymagań w zakresie kwalifikacji i zatrudnienia pielęgniarek szkolnych i lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej, brak oceny wypełniania standardów postępowania medycznego w zakresie tej opieki, brak danych o odsetku uczniów z wykrytym i zdiagnozowanymi problemami zdrowotnymi uniemożliwia dokonanie rzeczywistej oceny spodziewanych efektów wdrożenia programu. Autorzy Raportów są świadomi tych niedostatków i postulują zmiany narzędzi statystycznych, jednak takie zmiany umożliwiające rzetelną ocenę opieki profilaktycznej nad uczniami miały być wprowadzone przez trzema laty, o czym świadczy przepis Rządowego Programu w rozdziale X „Monitorowanie stopnia zapewnienia profilaktycznej opieki zdrowotnej uczniom”: *Istnieje potrzeba modyfikacji zasad sprawozdawczości – obecnych formularzy MZ-06 „Sprawozdanie o opiece zdrowotnej w placówkach oświatowo – wychowawczych” oraz innych formularzy dotyczących profilaktycznej opieki nad dziećmi i młodzieżą, w tym MZ-11, obowiązujących w podstawowej opiece zdrowotnej. Jest to zadanie przewidziane do zrealizowania w II półroczu 2004 roku.* Postulowane zmiany nie zostały dokonane. Program o trudnej do oceny efektywności ze względu na brak narzędzi ewaluacyjnych, został zakończony i brak jest informacji o podjęciu prac nad jego kontynuacją.

Podsekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia zajął stanowisko, że Narodowy Program Zdrowia na lata 2007 – 2015 zgodnie z założeniami *uwzględnia główne kierunki polityki zdrowotnej i stwarza szansę na skuteczną realizację zadań związanych ze zdrowiem społeczeństwa. Podstawowym warunkiem osiągnięcia celów NPZ jest włączenie się do ich realizacji organów administracji rządowej, organizacji pozarządowych, a przede wszystkim samorządów, społeczności lokalnych i samych obywateli. Rolą rządu jest natomiast tworzenie warunków sprzyjających realizacji działań podejmowanych przez wszystkie ww. podmioty. Tylko przy wspólnym wysiłku i ścisłym współdziałaniu obywateli możemy poprawić stan zdrowia Polaków, a tym samym jakość ich życia. Wobec powyższego nie jest możliwe wskazanie w przedmiotowym dokumencie szczegółowych zadań przeznaczonych do wykona-*

nia przez Ministerstwo Edukacji Narodowej oraz Ministerstwo Zdrowia, w zakresie realizacji działań na rzecz dzieci przewlekle chorych.

W tym kontekście odnosząc się do odmowy przyjęcia do gimnazjum ucznia chorego na hemofilię, podsekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia podkreślił, że *w aktualnym stanie prawnym pracownicy resortu oświaty, nie posiadają stosownych uprawnień do realizacji zadań z zakresu wykonywania świadczeń zdrowotnych u dzieci i młodzieży (zwłaszcza do wykonywania na terenie szkoły takich specjalistycznych zabiegów, jak podanie we wlewie dożylnym koncentratu czynnika krzepnięcia krwi czy tamponada przednia nosa, które zostały wymienione w piśmie Pana Rzecznika).*

Należy zaznaczyć, iż w wystąpieniu Rzecznika zawarto zgodny z opiniami środowiska medycznego przepis w brzmieniu: w gabinecie medycznym powinien być spongostan i trombina w celu wykonania tamponady przedniej nosa w razie krwawienia z nosa przez przeszkoloną pielęgniarkę. Wbrew stanowisku podsekretarza stanu w Ministerstwie Zdrowia, sprawa leży w kompetencji także resortu zdrowia, który określa zadania pielęgniarki w szkole i nadzoruje ich wykonanie.

Podsekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia poinformował, że w wyniku spotkania w dniu 15 maja 2006 ówczesnego Premiera, Wicepremiera – Ministra Edukacji Narodowej oraz Ministra Zdrowia, w sprawie powołania międzyresortowego zespołu do spraw przygotowania powrotu opieki zdrowotnej do szkół, odbyły się 3 robocze spotkania przedstawicieli Ministerstwa Edukacji Narodowej i Ministerstwa Zdrowia (w dniach 17 maja, 31 maja oraz 21 czerwca 2006 r.) – na trzecim spotkaniu ustalono, iż dalsze spotkania przedstawicieli będą kontynuowane po powołaniu zespołu, jednak *do końca kadencji Rządu przedmiotowy zespół nie został powołany.*

Brak jest jednak informacji na temat aktualnych form współpracy obu resortów. O tym, że jest ona niezbędna świadczyć może brak w resorcie zdrowia informacji na temat funkcjonowania placówek oświatowo – wychowawczych przy zakładach opieki zdrowotnej. Placówki te pozostają wprawdzie we właściwości Ministra Edukacji Narodowej ale z uwagi na ich ogromną rolę w procesie przywracania zdrowia dzieci przewlekle chorych, winny znajdować się także w orbicie zainteresowania Ministerstwa Zdrowia.

Potrzeba międzysektorowej współpracy na rzecz zdrowia dzieci i młodzieży w wieku szkolnym rozciąga się również na inne ministerstwa, np. Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej. Badania przeprowadzone przez Biuro RPO w związku z doniesieniami prasowymi o zjawisku or-

ganizowania „kolonii” i „turnusów terapeutycznych” w szpitalach psychiatrycznych dla wychowanków placówek opiekuńczo – wychowawczych potwierdziły istnienie praktyk naruszających ustawę o ochronie zdrowia psychicznego, nie mających pełnego uzasadnienia terapeutycznego, prowadzących do stygmatyzacji pacjentów. Raport Rzecznika Praw Obywatelskich wskazał na niekorzystne zjawiska w zakresie realizacji standardu opieki zdrowotnej i wychowania, gwarantowanego na podstawie przepisów ustawy o pomocy społecznej, w szczególności w zakresie przestrzegania praw i zaspokajania potrzeb wychowanków. Odnotowano uchybienia w stosowaniu obowiązujących procedur, w tym niedopuszczalne posługiwanie się blankietową zgodą rodzica na wszelkiego rodzaju świadczenia medyczne, wydaną w momencie przyjmowania dziecka do placówki, czy brak wiedzy personelu na temat praw wychowanków, którzy ukończyli 16 lat.

Odnosnie do kryteriów w sprawie orzekania o niepełnosprawności uczniów oraz o specjalnych potrzebach edukacyjnych dzieci przewlekle chorych, podsekretarz stanu w MZ uznał, że obecnie nie ma podstaw prawnych do podejmowania przez Ministra Zdrowia zadań pozostających w kompetencji ministra właściwego do spraw zabezpieczenia społecznego oraz ministra właściwego do spraw oświaty, i jednocześnie zadeklarował wolę pełnej otwartości współpracy z innymi resortami, w celu rozwiązywania problemów zdrowotnych dotyczących osób niepełnosprawnych oraz jakości świadczeń zdrowotnych udzielanych tym osobom, w razie zaistnienia takiej potrzeby.

Choć Ministerstwo Edukacji Narodowej, co wynika z nadsyłanej korespondencji z MEN w odpowiedzi na kolejne wystąpienia RPO kierowane w 2007 roku, pozostaje w przekonaniu, że *uczniowie przewlekle chorzy mają zapewniony powszechny i równy dostęp do wykształcenia oraz pełne uczestnictwo w otaczającym życiu*, a Ministerstwo Zdrowia powołując się jedynie na stosowne przepisy prawa uznaje, że *Dzieci przewlekle chore i niepełnosprawne mają pełne prawo do korzystania ze świadczeń na równi z innymi osobami ubezpieczonymi, adekwatnie do istniejącego problemu zdrowotnego oraz Niezbędne świadczenia zdrowotne są udzielane przez fachowy personel medyczny w ramach funkcjonujących placówek opieki zdrowotnej i finansowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia*, to wnikliwa analiza informacji medycznych, informacji docierających od rodziców i z mediów, może prowadzić do wniosku przeciwnego – **w Polsce zagrożone są prawa uczniów przewle-**

kle chorych do równych szans edukacyjnych oraz do adekwatnej do potrzeb opieki medycznej.

Brakuje, o czym świadczą wzmiankowane powyżej problemy uczniów chorych na hemofilię i cukrzycę, zarówno międzyresortowej koordynacji, która stwarzałaby takie szanse dzieciom przewlekle chorym, jak i zrozumienia istoty problemów, z jakimi się boryka dziecko przewlekle chore w szkole.

Uwzględniając wymienione powyżej okoliczności, niezbędne wydaje się podjęcie szerokiej debaty publicznej na temat zapewnienia dzieciom przewlekle chorym równego prawa do nauki w szkołach ogólnodostępnych oraz wypracowania wspólnego stanowiska zainteresowanych resortów, środowisk oświatowych i medycznych, organizacji pozarządowych, a także rodziców i młodzieży. W debacie tej powinno chodzić przede wszystkim o określenie czynników utrudniających funkcjonowanie takich uczniów w szkole, specyficznych problemów uczniów cierpiących na najczęściej występujące choroby przewlekłe, a także powinności wobec tych dzieci w szkołach ogólnodostępnych, ze strony administracji szkolnej, nauczycieli, szkolnej służby zdrowia, placówek medycznych sprawujących opiekę medyczną podstawową i specjalistyczną, rodziców.

Pilności i aktualności podniesionym kwestiom nadaje ponadto *Rezolucja Parlamentu Europejskiego z dnia 16 stycznia 2008 r.: w kierunku strategii UE na rzecz praw dziecka (2007/2093(INI))*, w tym zapisy w brzmieniu:

148. *podkreśla, iż przyszła strategia UE powinna uznawać prawo do kształcenia w oparciu o równość szans oraz niedyskryminację;*

150. *wzywa do uwzględnienia wśród priorytetów strategii UE przyjęcia spójnego zestawu działań zmierzających do tego, aby dzieci niepełnosprawne mogły zawsze korzystać ze swych praw, w celu uniknięcia wszelkich form dyskryminacji oraz w celu wsparcia ich integracji w szkole, społeczeństwie i pracy na każdym etapie życia;*

151. *zaleca ponadto Komisji i państwom członkowskim zbadanie szczególnych potrzeb uczniów niepełnosprawnych i wprowadzenia programu szkolnego dopasowanego do ich potrzeb w celu wsparcia ich integracji społecznej;*

152. *wzywa Komisję i państwa członkowskie do zwrócenia szczególnej uwagi na edukację integracyjną dzieci niepełnosprawnych, a tym samym do zapewnienia ich niezakłóconej integracji społecznej już w okresie nauki szkolnej oraz podniesienia tolerancji dzieci niepełnosprawnych w stosunku do niepełnosprawności i różnic społecznych;*

7.2.2. Problemy w zakresie profilaktyki i korektywy wad postawy

Problemy w zakresie profilaktyki i korektywy wad postawy zostały wyodrębnione do osobnego omówienia ze względu na rozmiary problemu i skalę zaniedbań w tym w zakresie.

Rzecznik Praw Obywatelskich w wystąpieniach skierowanych do Ministra Edukacji Narodowej i do Ministra Zdrowia wnioskował o:

1/ rozwiązanie problemu nadmiernego obciążenia uczniów plecakami/tornistrami poprzez wprowadzenie takich regulacji prawnych, które zawierałyby dopuszczalne normy obciążenia ciężarem noszonych przez dzieci tornistrów/plecaków;

2/ udzielenie informacji na temat skali problemu zaburzeń statyki ciała, funkcjonowania systemu zapobiegania powstawaniu wad postawy, wczesnego wykrywania, specjalistycznej diagnostyki oraz kompleksowego leczenia rehabilitacyjnego dzieci cierpiących z tej przyczyny; istotne było pytanie o podstawę prawną, treść i stan realizacji standardów obowiązujących obecnie w zakresie profilaktyki i leczenia wad postawy wśród dzieci.

Wymienione problemy zostały szeroko nagłośnione przez środki masowego przekazu, wywołały żywe zainteresowanie opinii publicznej, a także odzew ze strony przedstawicieli środowisk medycznych. Napływające do Rzecznika Praw Obywatelskich opinie wydają się potwierdzać istnienie znaczących zaniedbań w zakresie opieki profilaktyczno – leczniczo – rehabilitacyjnej nad dziećmi obciążonymi wadami postawy.

Rzecznik Praw Obywatelskich po przeanalizowaniu treści odpowiedzi Ministra Edukacji Narodowej i Ministra Zdrowia, wyrażając satysfakcję z deklarowanego dostrzegania roli i znaczenia opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą, w ponowionych wystąpieniach zwrócił jednak uwagę na istotne niejasności w odniesieniu do dwu kluczowych problemów:

1) *W sprawie nadmiernego obciążenia uczniów tornistrami/plecakami* sekretarz stanu w Ministerstwie Edukacji Narodowej poinformował wprawdzie o podjęciu prac nad obniżeniem ciężaru książek w ramach systemu jakości podręczników szkolnych, jednak stwierdził, iż nie ma delegacji ustawowej umożliwiającej wprowadzenie regulacji prawnych, które unormowałyby dopuszczalne obciążenie plecaków szkolnych pozostawiając możliwość wprowadzenia zapisu o dopuszczalnej wadze tornistra do wewnętrznych instrukcji i do statutu szkoły.

Z kolei podsekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia poinformował, iż można rozważać wprowadzenie postulowanych przez Rzecznika

Praw Obywatelskich regulacji prawnych poprzez wprowadzenie stosownych przepisów do rozporządzenia MENiS z dnia 31 grudnia 2002 roku w sprawie bezpieczeństwa i higieny w publicznych i niepublicznych szkołach i placówkach jednak według Ministerstwa Zdrowia, z uwagi na trudności w ustaleniu adresata takich przepisów (dzieci, rodzice, nauczyciele), problematyczne byłoby egzekwowanie normy. Stwierdził ponadto, że: *W Polsce dotychczas nie przeprowadzono badań dotyczących dopuszczalnych norm obciążenia tornistrami lub plecakami dzieci w wieku szkolnym. Zatem istnieje potrzeba wypracowania wspólnego stanowiska specjalistów w sprawie obciążenia narządu ruchu i wpływu noszonego przez uczniów ciężaru na funkcjonowanie i rozwój ich organizmu.*

Takie stanowiska resortów budzą zasadnicze zastrzeżenia.

Po pierwsze skala problemu zdaje się narzucać potrzebę potraktowania działań zaradczych jako ważnego zadania polityki edukacyjnej i zdrowotnej państwa. Rzecznik Praw Obywatelskich wyraził uznanie dla oddolnych inicjatyw, takich jak opisany przez red. Marka Kozubalę w „Rzeczpospolitej” (21.09.07, Nr 221) a zorganizowany przez Biuro Edukacji Miasta Stołecznego Warszawy wśród nauczycieli szkół podstawowych konkurs na pomysł, jak zmniejszyć ciężar tornistrów. Zwrócenie uwagi na ciężar samego tornistra, a także zwiększenie nadzoru rodziców i nauczycieli nad zawartością tornistrów/plecaków, umożliwienie pozostawiania części podręczników i przyborów w szkołach, wystąpienie z inicjatywą wydawania podręczników w formie skoroszytu – to tylko niektóre przykłady godne upowszechnienia, dowodzące, iż można liczyć na współpracę ze strony dzieci, rodziców i nauczycieli. Wydaje się, że dodatkowe możliwości zaangażowania rodziców zostały stworzone w wyniku wprowadzenia od 1 września br. regulacji ustawowych gwarantujących radom rodziców wpływanie na funkcjonowanie szkoły ich dzieci – w sprawie podjęcia stosownych działań wspierających akcje informacyjne i edukacyjne Rzecznik Praw Obywatelskich wystąpił 1 września br. do Ministra Edukacji Narodowej.

Po drugie, wydaje się, iż przy współpracy obu Ministerstw istnieją możliwości prawnego uregulowania dopuszczalnych ciężarów noszonych przez dzieci w wieku szkolnym, choćby poprzez uznanie, w drodze nowelizacji wspomnianego wyżej rozporządzenia, ustalonej przez Państwową Inspekcję Sanitarną masy 3 kg za dopuszczalny ciężar dla tornistrów/plecaków noszonych przez uczniów klas I – III szkół podstawowych. Można także rozpatrywać może wydanie rekomendacji przez Ministerstwo Edukacji Narodowej w celu upowszechnienia sprawdzonych w niektórych szkołach sposobów skutecznego działania. Rzecznik

nie może podzielić wątpliwości podsekretarza stanu w Ministerstwie Zdrowia co do wyboru adresata takich uregulowań oraz argumentacji dotyczącej trudności w egzekwowaniu takich przepisów. Podnoszona przez Ministerstwo Zdrowia potrzeba wypracowania wspólnego stanowiska specjalistów w sprawie obciążenia narządu ruchu i wpływu noszonego przez uczniów ciężaru na funkcjonowanie i rozwój ich organizmu nie może być kwestionowana jednak ze zgromadzonych w Biurze Rzecznika opinii pediatrów i ortopedów jednoznacznie wynika, że noszenie plecaków ważących nawet 6 – 7 kg może powodować wady postawy, w tym skrzywienie kręgosłupa.

2) *W sprawie zapobiegania i ograniczania ujemnych następstw zdrowotnych wad postawy* Rzecznik Praw Obywatelskich zwrócił się o dodatkowe informacje dotyczące aktualnego i docelowego stanu profilaktyki i leczenia wad postawy.

Panuje zgodność co do tego, iż zaburzenia statyki ciała wśród dzieci i młodzieży, ze względu na rozpowszechnienie i długotrwale ujemne następstwa, stanowią ważny problem zdrowia publicznego i problem społeczny. Według danych zawartych w odpowiedzi Ministerstwa Zdrowia przewlekłe zniekształcenia kręgosłupa są najczęstszym przewlekłym schorzeniem występującym u dzieci i młodzieży – w roku 2006 odnotowano to schorzenie u 420 989 osób w wieku 0 – 18 lat. Z innych badań wiadomo, że znacznie częściej występują nieprawidłowości krzywizn fizjologicznych kręgosłupa, płaskostopie, koślawość kolan, skrót kończyny dolnej.

Niejasności dotyczą natomiast oceny stanu opieki nad dziećmi we wszystkich fazach postępowania zapobiegawczo – leczniczego: prowadzenia promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej w zakresie aktywności fizycznej oraz zajęć wychowania fizycznego w szkole przy użyciu metod sprzyjających profilaktyce zaburzeń statyki ciała; wykrywania zaburzeń statyki ciała drogą badań przesiewowych wykonywanych przez pielęgniarki szkolne oraz badań bilansowych wykonywanych przez lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej; specjalistycznej diagnostyki i kompleksowej opieki obejmującej prowadzenie korektywy w szkole, leczenie rehabilitacyjne i leczenie operacyjne.

W 2007 roku wystąpiły kontrowersje pomiędzy obu Ministerstwami w sprawie rekomendowania dla szkół jednej z metod profilaktyki wad postawy opracowanej przez Klinikę Ortopedii i Rehabilitacji Dziecięcej Akademii Medycznej w Lublinie, czego rezultatem było wycofanie tych rekomendacji. W tej sytuacji zrozumiałe zaniepokojenie budzi fakt, iż dopiero teraz planuje się powołanie zespołu ekspertów, których zada-

niem będzie opracowanie zaleceń dla nauczycieli wychowania fizycznego, uwzględniających promowanie w szkołach ćwiczeń profilaktycznych wad postawy i skolioz, co może oznaczać, iż uczniowie w naszych szkołach nie korzystali od lat i nie korzystają obecnie z prawa do właściwej profilaktyki w tym zakresie. Sprawa wymaga pilnego wyjaśnienia zwłaszcza, że:

1) przywołane przez podsekretarza stanu w Ministerstwie Zdrowia obowiązujące rozporządzenia nie odnoszą się niestety w żadnym przepisie do standardów ćwiczeń profilaktycznych w szkołach;

2) przywołany Narodowy Program Zdrowia na lata 1996 – 2005, jak dowodzi raport Ministerstwa Zdrowia z jego realizacji, właśnie w odniesieniu do pierwszego celu operacyjnego obejmującego poprawę aktywności fizycznej zakończył się całkowitym niepowodzeniem a *poziom sprawności i wydolności fizycznej dzieci i młodzieży w Polsce ulega systematycznemu pogorszeniu, co kontrastuje z obserwowaną w tym samym czasie poprawą wskaźników rozwoju somatycznego*;

3) przyjęty w maju 2007 roku Narodowy Program Zdrowia na lata 2007 – 2015 również może nie spełnić oczekiwań co do poprawy sprawności fizycznej dzieci i młodzieży, jeżeli od początku jego realizacji nie są dostępne odpowiednie narzędzia wykonawcze w postaci standardów postępowania profilaktycznego przeznaczonych dla nauczycieli wychowania fizycznego w szkołach.

Z kolei w informacji Ministerstwa Zdrowia dotyczącej realizacji przyjętego przez Radę Ministrów 2 listopada 2004 roku Rządowego Programu *Profilaktyczna opieka zdrowotna nad dziećmi i młodzieżą w środowisku nauczania i wychowania na lata 2004 – 2006* brak jest danych o efektach realizacji programu, w tym danych o odsetku uczniów z wykrytymi i zdiagnozowanymi wadami postawy ciała, liczbie dzieci skierowanych przez lekarzy do leczenia rehabilitacyjnego oraz liczbie dzieci faktycznie leczonych w sposób systemowy.

Wobec braku nadal wiarygodnych danych trudno jest wiązać nadzieje na poprawę sytuacji w opiece profilaktycznej nad dziećmi z realizacją nowego Narodowego Programu Zdrowia. Co więcej informacje na ten temat przekazane przez Ministerstwo Zdrowia rodzą dodatkowe wątpliwości interpretacyjne, zwłaszcza co do stanu opieki nad dziećmi w wieku przedszkolnym. Cel siódmy NPZ ma dotyczyć noworodków, niemowląt i małych dzieci a cel ósmy w podanych zadaniach – uczniów. Tymczasem przytoczone w wystąpieniu Rzecznika Praw Obywatelskich wyniki badań przesiewowych przeprowadzonych pod kątem wad po-

stawy dzieci w wieku 4–5 lat w przedszkolach wskazują, iż prawidłową postawę, uwzględniając drobne zaburzenia postawy, czyli szeroko pojętą normę, stwierdzono zaledwie u 20,39% dzieci. Oznacza to, iż niemal 80% czterolatków i pięciolatków wykazywało odchylenia od normy, a zatem z perspektywy zdrowia przyszłych pokoleń celowe jest objęcie systematycznymi badaniami przesiewowymi i wczesne wdrożenie programów rehabilitacyjnych dzieci już w przedszkolu. Należy uściślić, który przepis Narodowego Programu Zdrowia odnosi się do dzieci w wieku przedszkolnym, gdyż inaczej uzasadnione będą wątpliwości, czy podawane przez Ministerstwo Zdrowia największe natężenie występowania zniekształceń kręgosłupa wśród dzieci w wieku 10 – 14 lat to problem pojawiający się w tym wieku *de novo*, czy też jest rezultatem kumulacji u tych dzieci wieloletnich, ciągnących się od wieku przedszkolnego, zaniedbań w opiece profilaktycznej.

W odpowiedzi Ministerstwa Zdrowia podano liczne przykłady finansowanych przez samorządy lokalne programów zdrowotnych obejmujących zapobieganie występowaniu i ograniczanie następstw wad postawy. Dowodzi to dużego, godnego pochwały, zaangażowania społecznego i troski o harmonijny rozwój dzieci. Nie wiadomo jednak jaka liczba dzieci została nimi objęta w stosunku do rzeczywistych potrzeb zdrowotnych w tym zakresie, jakie mierzalne, zweryfikowane przez specjalistów, efekty zdrowotne przyniosła realizacja tych programów a nade wszystko, czy spełniają one kryteria *Evidence Based Medicine*, co zgodnie z informacją Ministerstwa Zdrowia jest warunkiem dopuszczenia programu do realizacji, i czego brak miał być przyczyną zdyskwalifikowania programu lubelskiego.

Należy oczekiwać podjęcia przez oba resorty konstruktywnej współpracy – udostępnienia zaleceń dla nauczycieli wychowania fizycznego w zakresie profilaktyki wad postawy, podania sposobu implementacji tych zaleceń w polskich szkołach oraz liczby uczniów i szkół, w których ten program profilaktyki jest dziś realizowany; zgodnie z treścią pisma Sekretarza Stanu w Ministerstwie Edukacji Narodowej opracowaniem programu miałyby zająć się zespół specjalistów.

7.2.3. Niedostatki w opiece stomatologicznej nad uczniami

Wyniki badań epidemiologicznych opracowane na podstawie danych GUS i opublikowane w 2001 roku wskazywały na poważne zaniechania stanu zdrowia jamy ustnej wśród dzieci i młodzieży, szczególnie w środowisku wiejskim i w rodzinach o gorszym statusie materialnym.

Wśród 4,5 mln dzieci do 14. roku życia, nie korzystających w okresie 3 miesięcy poprzedzających badanie z porady stomatologa, aż u 750 tys. dzieci taka potrzeba istniała a nie mogła być zrealizowana z powodu utrudnionego dostępu lub braku pieniędzy. O ograniczonej dostępności do stomatologa świadczył odsetek (13,9%) dzieci w wieku 10 – 14 lat z brakami w uzębieniu stałym. Wśród młodzieży w wieku 15 – 19 lat braki w uzębieniu stałym miało 36% populacji.

Opublikowane w 2004 roku wyniki monitoringu stanu zdrowia jamy ustnej ujawniły, że grupie wiekowej 7-latków oznaki próchnicy ma 90,9% dzieci, a współczynnik zapadalności na próchnicę wśród dzieci w wieku 7 lat w roku 2003 okazał się wyższy od obserwowanego w latach poprzednich. Nasilenie próchnicy w uzębieniu stałym wzrosło w latach 1995- 2003 o 15%. Mimo to, tylko 16,6% dzieci zostało objętych programem zapobiegania próchnicy. Programy profilaktyczne, których celem jest m.in. hamowanie przyrostu i postępu próchnicy nie były dostępne dla dzieci w wieku 7 lat uczęszczających do szkół w większości regionów w kraju, tj. w woj. dolnośląskim, lubuskim, mazowieckim, opolskim, podkarpackim, pomorskim, śląskim, świętokrzyskim i wielkopolskim a w części pozostałych województw odsetek dzieci korzystających z systematycznej opieki prewencyjnej był znikomy i wynosił np. 0,6 w woj. kujawsko-pomorskim.

W populacji wiekowej dzieci 12 – letnich odsetek próchnicy wyniósł w kraju 87,1 ale np. wśród mieszkańców miast w woj. mazowieckim próchnicę odnotowano aż u 95,9% dzieci. U dzieci wiejskich stwierdzono więcej zębów z nie leczonymi ubytkami próchnicowymi niż u mieszkańców miast. Łącznie potrzebę leczenia próchnicy stwierdzono u 63,5% badanych dzieci, z tego 16,6%wymagało leczenia 1 zęba, 13,5% dwóch zębów, 8,3% trzech zębów a 24,1% czterech i więcej zębów. W badanej populacji obserwowano przypadki braku pojedynczych zębów stałych, usuniętych z powodu następstw próchnicy a odsetek dzieci z usuniętym co najmniej jednym zębem stałym wyniósł w Polsce 7,2.

Tak dramatyczne wyniki badań wskazują na konieczność położenia większego nacisku na profilaktykę i wprowadzenie odpowiednich dla tej grupy programów, w tym na kontynuację szkolnych programów edukacji prozdrowotnej. Jednak w Polsce odstąpiono od realizacji krajowego programu zapobiegania próchnicy dla grupy wysokiego narażenia na czynniki ryzyka tej choroby. Podejmowane w ostatnich latach przez Ministerstwo Zdrowia inicjatywy legislacyjne nie zagwarantowały dzieciom świadczeń adekwatnych do potrzeb mierzonych skalą dotych-

czasowych zaniedbań w profilaktyce i opiece stomatologicznej i dokumentowanych wynikami analiz epidemiologicznych.

Pominięte zostały problemy z zapewnieniem odpowiednich świadczeń dzieciom z upośledzeniem umysłowym w stopniu lekkim i umiarkowanym. Utrzymano nierówności w dostępie dzieci do odpowiedniego poziomu świadczeń ortodontycznych ze względu na zablokowanie dostępu do aparatów stałych i ograniczenie bezpłatnych wizyt kontrolnych wyłącznie do dzieci posiadających aparaty wykonanych w ramach świadczeń gwarantowanych.

Niekorzystne porównania międzynarodowe i znaczny dystans w stosunku do większości krajów UE uzasadniają włączenie problematyki zdrowia jamy ustnej do priorytetowych obszarów działań na rzecz dzieci w Polsce.

7.2.4. Problemy z zapewnieniem żywienia i aktywności fizycznej w szkole

Racjonalne żywienie jest podstawą prawidłowego rozwoju wszystkich dzieci. Nieprawidłowe żywienie prowadzi do zaburzeń zdrowia, niedożywienia oraz nadwagi i otyłości. W wielu krajach UE kwestia żywienia dzieci w szkołach została dawno rozwiązana, wobec czego dyskusje dotyczą jakości pożywienia i jego zawartości energetycznej.

Zapewnienie wszystkim uczniom we wszystkich polskich szkołach możliwości spożywania posiłków jest najpewniejszą metodą wyrównania szans dzieci pochodzących ze środowisk upośledzonych społecznie. Tymczasem wg raportów Głównego Inspektora Sanitarnego, choć stopniowo zwiększa się odsetek szkół wydających obiady, to od lat nie zwiększa się odsetek dzieci korzystających z tych posiłków i w roku 2006, podobnie jak w roku 2000, nie przekraczał on 16,0. Odsłania to zawstydzający dla naszego kraju fakt, iż zaledwie co 6 uczniów spędzający w szkole zazwyczaj 5 do 8 godzin, spożywa w niej ciepły posiłek. Jeżeli uświadomimy sobie ponadto, że w 2006 roku jedynie 19,6% szkół organizowało śniadania, z których skorzystało tylko 158 204 dzieci, podczas gdy w roku szkolnym 1999/2000 w podobnym odsetku - 18,3% - szkół zorganizowano śniadania dla 435 094 uczniów, to uwiidocznia się zarówno rzeczywista skala problemu, jak i nieskuteczność w jego rozwiązywaniu.

Z kolei niezmiernie ważną funkcją kultury fizycznej, na wszystkich szczeblach edukacji, jest promocja zdrowia oraz rozwijanie sprawności

fizycznej. Nie mniej istotną rolę spełnia kultura fizyczna w zakresie zapobiegania czynnikom ryzyka, zagrożeniom i problemom zdrowotnym. Tymczasem według Głównego Inspektora Sanitarnego w 2006 roku odnotowano aż 19,3% szkół nieposiadających ani sali gimnastycznej, ani rekreacyjnej (2000 r. - 23,4%, w 2005 r. 18,8%). Ponadto w skontrolowanych w 2004 r. szkołach podstawowych i gimnazjach Najwyższa Izba Kontroli, w większości placówek stwierdziła niewystarczający nadzór pedagogiczny nad pracą nauczycieli wychowania fizycznego, zastrzeżenia budził stopień zapewnienia bezpieczeństwa i higieny na zajęciach wychowania fizycznego oraz organizacja i jakość opieki medycznej. Właściwa diagnoza stanu zdrowia uczniów jest nieodzownym warunkiem dopuszczenia ich do zajęć sportowych oraz właściwego doboru ćwiczeń i gier zespołowych.

Zapewnienie zdrowego żywienia oraz możliwości bezpiecznego uprawiania aktywności fizycznej w szkole stanowią realizację należnych wszystkim obywatelom praw, które powinny być wspólnym zadaniem szkoły, rodziców, samorządu lokalnego oraz podlegać programowemu nadzorowi i wsparciu w ramach zdrowotnej, edukacyjnej i socjalnej polityki państwa.

W celu realizacji tych idei Rzecznik Praw Obywatelskich oraz Instytut Żywności i Żywienia wraz z Instytutem „Pomnikiem – Centrum Zdrowia Dziecka” opracowali **Kartę Żywienia i Aktywności Fizycznej Dzieci i Młodzieży w Szkole**. Jednym z głównych punktów **Karty** jest zapewnienie uczniom racjonalnych posiłków i napojów, a także odpowiednich i bezpiecznych warunków do uprawiania aktywności fizycznej, we wszystkich szkołach. Kolejną istotną pozycją na liście jest wprowadzenie kontroli masy i wysokości ciała, a także monitoringu sprawności fizycznej dzieci, bowiem z raportu o efektach realizacji *Narodowego Programu zdrowia 2004* wynika, że poziom sprawności i wydolności fizycznej dzieci i młodzieży w Polsce ulega systematycznemu pogorszeniu co kontrastuje z obserwowaną w tym samym czasie poprawą wskaźników rozwoju somatycznego.

Karta Żywienia i Aktywności Fizycznej Dzieci i Młodzieży w Szkole ma do spełnienia różnorakie funkcje. Po pierwsze stanowi katalog udokumentowanych naukowo potrzeb zdrowotnych i rozwojowych dzieci i młodzieży w zakresie żywienia i aktywności fizycznej.

Jest też formą realizacji praw dzieci i młodzieży do zdrowia i harmonijnego rozwoju zapisanych w Konwencji o prawach dziecka oraz

przejawem wypełniania zobowiązań zawartych w Milenijnych Celach Rozwoju.

Karta może stanowić pomoc dla władz publicznych odpowiedzialnych za przygotowanie i wdrażanie polityki na rzecz dzieci, a także może służyć jako narzędzie realizacji *Narodowego Programu Zapobiegania Nadwadze i Otyłości oraz Przewlekłym Chorobom Niezakaźnym poprzez Poprawę Żywienia i Aktywności Fizycznej POLHEALTH*, nad którym patronat objął Rzecznik Praw Obywatelskich.

Zapisy Karty są zgodne z ideami Europejskiej Karty Walki z Otyłością podpisaną w listopadzie 2006r. przez ministrów i delegatów 48 krajów Regionu Europejskiego Światowej Organizacji Zdrowia oraz zaleceniami Białej Księgi Komisji UE *Strategia dla Europy w sprawie żywienia, nadwagi i otyłości w aspekcie zdrowia* z lipca 2007 r.

KARTA ŻYWIENIA I AKTYWNOŚCI FIZYCZNEJ DZIECI I MŁODZIEŻY W SZKOLE

- 1) *Dzieci i młodzież, na wszystkich etapach obowiązkowego kształcenia, mają prawo do uzyskania wiedzy oraz ukształtowania umiejętności i motywacji związanych z racjonalnym żywieniem i aktywnością fizyczną dla zachowania zdrowia;*
- 2) *Wszyscy uczniowie mają prawo do korzystania z żywienia w szkole oraz do zaspokajania naturalnych potrzeb ruchowych drogą bezpiecznego uprawiania aktywności fizycznej w szkole;*
- 3) *Dzieci w wieku szkolnym pozostające w miejscu zamieszkania w okresie zimowych i letnich ferii mają prawo do żywienia w szkole oraz infrastruktura szkolna powinna być udostępniana dzieciom (sale gimnastyczne, boiska, baseny, itp.), do uprawiania zajęć sportowych i rekreacyjnych, pod odpowiednim nadzorem;*
- 4) *Każda szkoła powinna zapewnić uczniom racjonalne posiłki i napoje oraz należyte warunki sanitarne i organizacyjne do ich spożywania, a także odpowiednie, bezpieczne warunki techniczno – organizacyjne do uprawiania aktywności fizycznej;*
- 5) *Zadania z zakresu żywienia i aktywności fizycznej w szkole powinny być realizowane przez personel legitymujący się odpowiednimi kwalifikacjami merytorycznymi, przygotowany do pracy z dziećmi i młodzieżą;*
- 6) *Posiłki i napoje oferowane uczniom w szkole powinny odpowiadać wymaganiom jakościowym i mieć wartość odżywczą, w tym energetyczną, dostosowaną do wieku uczniów;*

- 7) *Dzieci pozostające na długotrwałej diecie z przyczyn chorobowych lub na dietach alternatywnych (np. wegetariańskiej, uwarunkowanej przekonaniem religijnym i innymi) powinny otrzymać w szkole posiłki i napoje zgodnie z zaleceniami lekarza prowadzącego lub rodziców po konsultacji z lekarzem;*
- 8) *Szkoła nie może być miejscem reklamy produktów żywnościowych. Szkoła nie może być miejscem sprzedaży produktów żywnościowych o nieodpowiedniej jakości zdrowotnej, nie zalecanych w żywieniu dzieci. Asortyment produktów spożywczych i napojów sprzedawanych w szkole powinien odpowiadać zasadom racjonalnego żywienia;*
- 9) *Dzieci powinny mieć w szkole monitorowaną masę i wysokość ciała; dzieci z zaburzeniami stanu odżywienia muszą podlegać dyspanseryzacji i mieć zapewnioną specjalistyczną opiekę medyczną;*
- 10) *Dzieci powinny mieć w szkole monitorowaną sprawność fizyczną – dzieci z nadwagą i otyłością powinny być objęte programem aktywności fizycznej, dostosowanym do ich potrzeb; dzieci z obniżoną sprawnością fizyczną z przyczyn chorobowych powinny być otoczone specjalistyczną opieką medyczną; dzieci z zaburzeniami statyki ciała powinny mieć w szkole zapewniony dostęp do odpowiedniej dla siebie korektywy.*

7.2.5. Warunki techniczne i sanitarne w szkołach

Oddziaływanie środowiska fizycznego w szkole na intensywnie rozwijający się organizm dziecka obejmuje szerokie spektrum zagadnień.

Po ogłoszeniu przez Najwyższą Izbę Kontroli raportu o *wynikach kontroli utrzymania obiektów oraz przestrzegania bezpieczeństwa i higieny w publicznych szkołach i placówkach oświatowych* do opinii publicznej dotarły niepokojące informacje: spośród 66 skontrolowanych szkół i placówek oświatowych tylko jedna szkoła uzyskała ocenę pozytywną w zakresie zapewnienia bezpiecznych i higienicznych warunków pobytu i nauki uczniów oraz wychowanków; w pozostałych placówkach stwierdzono szereg nieprawidłowości niejednokrotnie utrudniających proces dydaktyczny i wychowawczy a niekiedy stwarzających realne zagrożenie dla uczniów, wychowanków i personelu.

W większości szkół stwierdzono nieprawidłowości w wykonywaniu obowiązków związanych z postępowaniem w razie wypadków, którym ulegli uczniowie lub wychowankowie, a także ograniczenia możliwości pobierania nauki przez uczniów niepełnosprawnych, ze względu na ba-

riery architektoniczne w obiektach oświatowych. W części jednostek odnotowano nieprawidłowości lub brak dostępu do profilaktycznej opieki zdrowotnej oraz możliwości korzystania z urządzeń sportowych i rekreacyjnych.

Ustalenia kontroli NIK mogą świadczyć o poważnym naruszeniu praw przysługujących dzieciom pobierającym naukę w szkołach lub przebywającym w innych placówkach oświatowo – wychowawczych (Ustawa z dnia 7 września 1991r. o systemie oświaty – Dz.U. Nr 95, poz. 425 z późn. zm.), zwłaszcza, jeżeli niekorzystna ocena 65. skontrolowanych jednostek odzwierciedlałaby sytuację w pozostałych placówkach.

Publikowane corocznie przez Głównego Inspektora Sanitarnego raporty o stanie sanitarnym kraju pozwalają na ocenę sytuacji w dłuższym horyzoncie czasowym w odniesieniu do niemal wszystkich funkcjonujących placówek. I tak w roku 2006 pracownicy Państwowej Inspekcji Sanitarnej w ramach nadzoru nad warunkami pobytu dzieci i młodzieży w placówkach nauki i wychowania skontrolowali, spośród 35 779 ujętych w ewidencji, aż 32 814 szkół i innych placówek oświatowo-wychowawczych, w których uczyło się lub przebywało 5 738 881 uczniów lub wychowanków. Dane z lat 1995 – 2000 dokumentowały znaczącą poprawę warunków do nauki – technicznych i sanitarnych, zwłaszcza w szkolnictwie podstawowym. W kolejnych latach można było zaobserwować dalszą, choć w zróżnicowanym tempie, poprawę sytuacji w odniesieniu do większości problemów środowiska fizycznego szkół, jednak od 2000 roku nie odnotowuje się spadku odsetka szkół o złym stanie technicznym. Poprawę stanu technicznego i sanitarnego bazy szkolnictwa podstawowego w latach 90-tych łączono z dobrą pracą samorządów lokalnych (Por. Rządowa Rada Ludnościowa: *Medycyna Szkolna. Główne problemy i kierunki rozwiązań systemowych*, Warszawa, 2002), dlatego dziś zasadne wydaje się poszukiwanie przyczyn stagnacji w tym zakresie, np. w niekorzystnych zmianach organizacyjnych, finansowych, prawnych, uniemożliwiających dyrektorom szkół i organom założycielskim wypełnianie swych zobowiązań. Do zapewnienia bezpiecznych i higienicznych warunków nauki zobowiązany jest dyrektor szkoły, a organizacyjnie i finansowo powinien mu to umożliwić organ prowadzący placówkę – obecnie z reguły samorząd terytorialny.

W zakresie użytkowania mebli szkolnych dostosowanych do wzrostu dzieci i młodzieży zaobserwowano znaczną poprawę. I tak w 2006 roku stwierdzono, iż w 28,8% szkół podstawowych część uczniów używa mebli niedostosowanych do wzrostu (w 1996 r. – 58,5%, w 2000

r. – 51,7%). Pomiary sztucznego oświetlenia wykonane w 2006 roku w około połowie wszystkich placówek wykazały niezgodność oświetlenia z wymogami Polskich Norm w około 40% oddziałów szkolnych. Dla porównania wyrwykowe badania 2000 roku ujawniły niedostateczne oświetlenie elektryczne w połowie skontrolowanych szkół.

W ocenie specjalistów z Inspekcji Sanitarnej na właściwy rozwój ucznia wpływa m.in. organizacja procesu nauczania i wychowania w szkołach. W roku 2006 stwierdzono niezgodność tygodniowego rozkładu lekcji z przepisami prawnymi oraz z zasadami higieny w 27,7% oddziałów z 32,1% skontrolowanych szkół podstawowych oraz w 36% oddziałów z 39,6% skontrolowanych gimnazjów. Stwierdzone corocznie nieprawidłowości dotyczą zbyt krótkich przerw, łączenia przedmiotów trudnych, umieszczania przedmiotów trudnych na pierwszej bądź ostatniej lekcji, rozpoczynania zajęć lekcyjnych o różnych porach.

Rzecznik Praw Obywatelskich wystąpił w tych sprawach do Minister Edukacji Narodowej. Jednocześnie, nawiązując do obowiązujących od 1 września 2007 r. regulacji ustawowych wyposażających rady rodziców w uprawnienia gwarantujące tym radom wpływanie na funkcjonowanie szkoły ich dzieci Rzecznik zwrócił uwagę na możliwość aktywnego włączania rad rodziców do procesu poprawy warunków nauki dzieci. Na przykład wyniki corocznych kontroli prowadzonych przez pracowników Państwowej Inspekcji Sanitarnej mogłyby być udostępniane radom i stanowić podstawę do opiniowania projektu planu finansowego składanego przez dyrektora szkoły.

7.3. Lecznictwo pediatryczne

7.3.1. Zakłócenia w lecznictwie szpitalnym

Niewątpliwie sprawami poruszającymi najbardziej opinię publiczną w naszym kraju były obserwowane przez cały 2007 rok zakłócenia w funkcjonowaniu lecznictwa pediatrycznego.

Na początku 2007 roku z Wrocławia dotarły dramatyczne informacje o możliwości zaprzestania leczenia dzieci z chorobą nowotworową w Klinice Transplantacji Szpiku, Onkologii i Hematologii Dziecięcej Akademii Medycznej. Terenowy pełnomocnik Rzecznika Praw Obywatelskich zapoznał się z zaistniałą sytuacją oraz prognozą dotyczącą ciągłości leczenia małych pacjentów kliniki i uzyskał zapewnienie, że dzięki ofiarności społecznej oraz w wyniku negocjacji z wierzycielami, klinika będzie w stanie

udzielać świadczeń bez większych zakłóceń przez dwa miesiące. Choć oddaliła się groźba pozbawienia chorych dzieci niezbędnej opieki medycznej, to Rzecznik Praw Obywatelskich zwrócił uwagę na doraźność tego rozwiązania, nie dającego wystarczających gwarancji niezakłóconej pracy kliniki w dłuższym wymiarze czasowym.

Pod koniec 2007 roku ujawniły się dalsze skutki zapóźnień w racjonalnym reformowaniu systemu ochrony zdrowia i znowu najbardziej dramatyczną formę przybrały one w lecznictwie pediatrycznym. W związku z trudną sytuacją Wojewódzkiego Szpitala Dziecięcego im. J. Bogdanowicza w Warszawie pełnomocnik Rzecznika Praw Obywatelskich na podstawie ustaleń z kierownictwem i przedstawicielami Związków Zawodowych działających w szpitalu, członkiem Zarządu Województwa Mazowieckiego, a także na podstawie rozmów z personelem medycznym na oddziałach szpitalnych, zweryfikował prasowe informacje na temat zagrożenia funkcjonowania szpitala od 1 stycznia 2008 r. oraz zapoznał się z podejmowanymi krokami zaradczymi. W szpitalu rocznie hospitalizuje się ok. 12 tys. dzieci, udziela on ok. 100 tys. porad ambulatoryjnych, dysponuje, dzięki wsparciu finansowemu organu założycielskiego, unikatowym oddziałem ratownictwa. Od 2005 roku narasta zadłużenie placówki – za 11 miesięcy 2007 r. wyniosło ono 5 677 tys. zł a główną przyczyną kłopotów finansowych jest według rozmówców niedofinansowanie świadczeń przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Propozycje NFZ kontraktów na 2008 rok są nieadekwatne do potrzeb, w tym potrzeb związanych z postulatami lekarzy wynikającymi z klauzuli opt – out, umożliwiającej wydłużenie tygodniowego czasu pracy powyżej 48 godzin (1,4 średniej płacy podstawowej dla specjalisty II stopnia; 1,2 średniej płacy dla spec. I stopnia oraz 1,0 średniej płacy dla lekarza bez specjalizacji). Uzyskano zapewnienie, iż, mimo niekorzystnego projektu kontraktu z NFZ, zostanie on podpisany, co spowoduje jednak pewne pogorszenie jakości obsługi pacjentów już od 1 stycznia 2008 roku i nie daje gwarancji prawidłowej działalności szpitala w przyszłości.

W swym oświadczeniu Rzecznik wskazał, iż wydarzenia w szpitalach pediatrycznych, związane z zajęciem środków finansowych tych placówek przez komorników wskutek wieloletniego niedofinansowania, po raz kolejny pokazały ułomność systemu ochrony zdrowia, który znajduje się w stanie krytycznym, jest niewydolny, zbiurokratyzowany, coraz mniej przychylny pacjentowi. Należy zwrócić uwagę nie tylko na doraźność rozwiązań zaradczych, ale także na informacje o nieuchronnym obniżaniu się jakości opieki nad dziećmi wymagającymi leczenia szpitalnego, czego tragiczne konsekwencje mogą ujawnić się w każdej chwili.

Konieczne jest uważne monitorowanie sytuacji, a ponadto przeprowadzenie pogłębionej analizy dostępnych danych GUS na temat ambulatoryjnego i szpitalnego leczenia pediatrycznego, zapoznanie się z opiniami środowiska pediatrycznego i przedstawienie założeń koncepcyjnych narodowej strategii na rzecz zdrowia i rozwoju dzieci i młodzieży w Polsce.

Dotychczas zebrane informacje mogą wskazywać na zasadność następujących wniosków:

- 1) obowiązek posiadania skierowania do specjalistów medycyny wieku rozwojowego, ogranicza dostępność i jakość świadczeń zdrowotnych dla dzieci oraz może przyczyniać się do wzmożonego napływu do szpitalnych izb przyjęć, pacjentów wymagających udzielenia specjalistycznej porady pediatrycznej;
- 2) nie w pełni kontrolowana likwidacja łóżek pediatrycznych, bez uwzględniania potrzeb zdrowotnych populacji, bez uwzględniania specyfiki chorób dzieci (sezonowość), bez odniesienia aktualnego stanu bazy łóżkowej do podstawowych wymogów jakościowych (zagęszczenie sal, sale wielołożkowe, umieszczanie małych dzieci z pacjentami w wieku dorastania, brak warunków do pobytu rodziców, brak oddziałów i pododdziałów młodzieżowych, oddziałów i pododdziałów jednego dnia, hospitalizacja dzieci na oddziałach dla dorosłych) może zagrażać bezpieczeństwu chorych dzieci, ograniczać dostęp do diagnostyki i leczenia szpitalnego, narażać dziecko na zakażenia szpitalne;
- 3) przedsięwzięcia zaradcze podejmowane są z opóźnieniem, w trybie doraźnym, przy braku koordynacji oraz niezbędnej współpracy poszczególnych partnerów odpowiedzialnych za funkcjonowanie leczenia pediatrycznego na danym terenie;
- 4) sytuacja w zakresie pediatrycznej opieki ambulatoryjnej i szpitalnej zagraża bezpieczeństwu zdrowotnemu dzieci, odnotowuje się wypadki naruszenia konstytucyjnych praw dzieci do ochrony zdrowia, co powinno zobowiązywać organy władzy publicznej, w których zakresie działalności leży kształtowanie polityki zdrowotnej, do pilnego podjęcia systemowych kroków zaradczych.

7.3.2. Problemy w zakresie zapobiegania i zwalczania chorób zakaźnych

Zakłócenia w organizacji szczepień ochronnych

Rzecznik Praw Obywatelskich zwrócił się do Minister Zdrowia o udzielenie informacji w sprawie sygnalizowanych przez media zakłó-

ceń w organizacji szczepień ochronnych u dzieci i młodzieży. Według doniesień prasowych („Gazeta Prawna” z 15 X 2007 r. 2; „Metro” z 19 XII 2007 r.; „Metro” z 25-27 I 2008 r.), których autorzy powoływali się na wypowiedzi pracowników Ministerstwa Zdrowia lub jednostek naukowo – badawczych podległych Ministrowi Zdrowia po upływie ponad pół roku od dnia wejścia w życie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 marca 2007 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie zakresu i organizacji profilaktycznej opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą (Dz.U.07.56.379) do części lekarzy pierwszego kontaktu wciąż nie dotarły karty szczepień uczniów. Tylko w województwie lubelskim wskutek nieprzekazania lekarzom rodzinnym kart uodpornienia nawet kilkanaście tysięcy uczniów może mieć problemy z wykonaniem obowiązkowych szczepień ochronnych, ponieważ, wobec braku kart uodpornienia, nie jest możliwe wezwanie dzieci na szczepienia. Zgodnie z ustaleniami Polskiego Towarzystwa Pediatrycznego w województwie lubelskim na szczepienia zgłosiło się zaledwie 40% a w woj. mazowieckim nawet jeszcze mniej dzieci.

Jednocześnie Rzecznik wystąpił o udzielenie informacji w istotnej sprawie podnoszonej przez Narodowy Fundusz Zdrowia w toku prac legislacyjnych nad powyższym rozporządzeniem i wynikającej z faktu, iż w obowiązującym dziś porządku prawnym każda osoba ubezpieczona w Narodowym Funduszu Zdrowia wybiera lekarza podstawowej opieki zdrowotnej a w imieniu dzieci czynią to rodzice lub opiekunowie. Zasadne jest więc uzyskanie informacji co do skali występowania oraz sposobu rozwiązywania problemów w realizacji obowiązkowych szczepień ochronnych tych młodych ludzi, którzy nie zostali zarejestrowani (poprzez złożenie deklaracji) do żadnego lekarza podstawowej opieki zdrowotnej.

W odpowiedzi podsekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia wyjaśnił, że wprowadzenie przedmiotowych regulacji nie wynikało z chęci ujednolicenia w Polsce sposobu realizacji szczepień ochronnych u uczniów, a zostało podyktowane koniecznością likwidacji 1,5 rocznego ostrego konfliktu lekarsko – pielęgniarskiego, braku współpracy w zakresie wykonywania szczepień, a w części także zaniechania ich wykonywania na niektórych terenach Polski. Narastający konflikt pomiędzy lekarzami podstawowej opieki zdrowotnej a pielęgniarkami szkolnymi, dotyczący szkół w niektórych powiatach w województwie lubelskim, małopolskim i częściowo w wielkopolskim oraz nieskuteczność działań w celu jego likwidacji, podejmowanych między innymi przez Wojewodę Lubelskiego, Narodowy Fundusz Zdrowia, Wojewódzką Stację

Sanitarно – Epidemiologiczną w Lublinie, Okręgową Izbę Pielęgniarek i Położnych i inne zainteresowane podmioty spowodował, że zaistniała konieczność przygotowania odpowiednich regulacji prawnych, skutecznie niwelujących znaczące opóźnienia w realizacji szczepień, a w części szkół – wręcz zaniechanie ich wykonywania. Konflikt spowodowany był odmową kwalifikacji uczniów do szczepień na terenie szkół, przez lekarzy zrzeszonych w *Porozumieniu Zielonogórskim*. Przyjęty kierunek zmian – to nałożenie na *właściwego dla ucznia lekarza podstawowej opieki zdrowotnej* odpowiedzialności za realizację pełnej procedury szczepień zgodnie z obowiązującym kalendarzem szczepień. Tak więc, zawiadamianie rodziców/opiekunów dziecka o terminach szczepień, kwalifikacja do szczepienia, wykonanie szczepienia zgodnie z obowiązującym kalendarzem szczepień, dokumentowanie oraz prowadzenie sprawozdawczości realizuje właściwy dla ucznia lekarz podstawowej opieki zdrowotnej (wybrany na podstawie *deklaracji wyboru lekarza* złożonej przez rodziców/opiekunów dziecka).

Zdaniem resortu, sygnalizowany w wystąpieniu Rzecznika – w ślad za artykułami prasowymi – problem trudności w przekazywaniu dokumentacji szczepień przez pielęgniarki środowiska nauczania i wychowania lekarzom poz nie znajduje potwierdzenia w opiniach wyrażonych przez konsultanta krajowego w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego oraz przez konsultanta krajowego w dziedzinie medycyny rodzinnej.

Podsekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia przedstawił także opinię ekspertów z Departamentu Przeciwepidemicznego w Głównym Inspektoracie Sanitarnym – *...szczepienia ochronne dzieci w wieku szkolnym są szczepieniami we wcześniejszych latach życia, dlatego pomimo wystąpienia ewentualnych przesunięć tych szczepień w czasie, nie powinno to stanowić zagrożenia dla zdrowia publicznego w postaci spadku uodpornienia populacji pod warunkiem, iż będą one uzupełnione tak szybko, jak to będzie możliwe.*

Resort zdrowia dostrzega i uznaje za niepokojący, sygnalizowany przez Rzecznika problem realizacji profilaktycznej opieki zdrowotnej (w tym szczepień ochronnych) w odniesieniu do dzieci i młodzieży, których rodzice/opiekunowie nie złożyli deklaracji wyboru do żadnego lekarza podstawowej opieki zdrowotnej: *...aktualnie jest przedmiotem podjęcia działań w celu rozpoznania skali tego zjawiska. Ministerstwo Zdrowia zwróci się do Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z prośbą o wsparcie w szczegółowym rozpoznaniu problemu.*

Rzecznik Praw Obywatelskich będzie oczekiwał na informacje w tej sprawie, a także na temat stopnia zaszczepienia populacji. Zdaniem re-

sortu będzie to możliwe po zamknięciu okresu sprawozdawczego, w połowie 2008r. : *wówczas, w przypadku stwierdzenia ewidentnych różnic w porównaniu z latami ubiegłymi, stacje sanitarno – epidemiologiczne spowodują wzmoczenie nadzoru nad wyszczepialnością dzieci i młodzieży w powiatach, w których obserwuje się spadek wyszczepialności, a także ewentualne wprowadzenie interwencyjnych szczepień ochronnych.*

Pogorszenie sytuacji epidemiologicznej chorób przenoszonych drogą płciową

Rzecznik Praw Obywatelskich na podstawie wiarygodnych informacji o pogorszeniu się sytuacji epidemiologicznej niektórych chorób przenoszonych drogą płciową (patrz: rozdział VI) mogących świadczyć o naruszeniu zasady bezpieczeństwa zdrowotnego obywateli i o pilnej potrzebie podjęcia skutecznych środków zaradczych ze strony organów odpowiedzialnych za politykę zdrowotną państwa wystąpił w tej sprawie do Minister Zdrowia. Należy podkreślić, że wystąpienie Rzecznika Praw Obywatelskich do Ministra Zdrowia z 8 lutego 2008 r. w sprawie pogorszenia się sytuacji epidemiologicznej niektórych chorób przenoszonych drogą płciową zostało przygotowane także z uwzględnieniem wielu innych źródeł, np.:

- sygnowanego przez Ministerstwo Zdrowia, cytowanego wyżej raportu o stanie zdrowia kobiet w Polsce, w którym znajdują się analogiczne oceny sytuacji epidemiologicznej, jakie zostały podane w wystąpieniu Rzecznika;
- artykułu „Kiła ciągłym wyzwaniem dla lekarzy” autorstwa specjalistów z Katedry i Kliniki Dermatologii Akademii Medycznej im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu zamieszczonym w „Przewodniku Lekarza” (2/2003), w którym zawarto następujący wniosek: *Po wprowadzeniu reformy służby zdrowia wiele przychodni i wojewódzkich poradni skórno-wenerycznych uległo rozwiązaniu i praktycznie upadł system nadzoru epidemiologicznego;*
- publikowanych wypowiedzi wybitnych specjalistów chorób zakaźnych, w tym prof. Army Kacprzak-Bergman z Katedry i Kliniki Chorób Zakaźnych Dzieci (Słowo Polskie Gazeta Wrocławska „Kiła – zapomniana choroba powraca” 29.11.2005) – *Ostatni przypadek kiły wrodzonej, jaki pamiętałam zdarzył się podczas moich studiów czy też stażu. Od czterech lat znowu się pojawiają. Dlaczego kiła wraca? Według lekarzy takie są skutki zaniechania profilaktyki. – Wydawało się, że uporaliśmy się z tym problemem. Zaniechano badań WR – twierdzi profesor Kacprzak-Bergman. Kiedyś przy każdej wizycie w szpitalu,*

zlecano je. Nie ma już takiego wymogu. Od czasu reformy służby zdrowia w 1999 roku.

W odpowiedzi podsekretarz stanu w MZ stwierdził, że *obawy, co do załamania się nadzoru epidemiologicznego nad chorobami przenoszonymi drogą płciową nie znajdują potwierdzenia w rzeczywistości; nie znajduje potwierdzenia w rzeczywistości również stwierdzenie, iż wielkość funduszy przekazywanych przez Główny Inspektorat Sanitarny na wykonywanie zadań z zakresu nadzoru epidemiologicznego (tj. prowadzenie rejestrów zachorowań i sporządzanie raportów o zachorowaniach) jest niewystarczająca, co skutkuje pogorszeniem jakości nadzoru;*

Ponadto resort uznał, że: nie jest możliwe oszacowanie liczby przypadków zachorowań na choroby przenoszone drogą płciową rozpoznanych, a nie zgłoszonych do rejestrów zachorowań prowadzonych przez wojewódzkie poradnie wenerologiczne; wzrost rozpoznanych przypadków kiły wrodzonej z 70 w 2005 do 83 w 2006 roku świadczy, iż problem kiły w największym stopniu dotyczy osób młodych (kobiet w wieku rozrodczymi ich partnerów seksualnych); badania diagnostyczne i leczenie osób zakażonych lub podejrzanych o zakażenie chorobami przenoszonymi drogą płciową nie należą do kompetencji Państwowej Inspekcji Sanitarnej; zadania te są finansowane ze środków NFZ; przepisy ustawy z dnia 6 września 2001 roku o chorobach zakaźnych i zakażeniach nie zapewniają bezpłatnego diagnozowania i leczenia osób innych niż ww. wskazanych nieubezpieczonych chorych na choroby przenoszone drogą płciową; ponadto ww. ustawa uchyliła obowiązujące do 2001 r. rygorystyczne przepisy w sprawie badań lekarskich mających na celu wykrywanie chorób wenerycznych co skutkowało wspomnianym siedmiokrotnym spadkiem liczby wykonywanych badań przesiewowych po 1998 roku; nie przewiduje się prowadzenia szeroko zakrojonych badań przesiewowych w celu wykrywania chorych na choroby weneryczne, a jedynie diagnozowanie osób podejrzanych o zakażenie chorobami wenerycznym; w obecnej, stabilnej sytuacji epidemiologicznej chorób przenoszonych drogą płciową w Polsce nie ma bowiem uzasadnienia do nakładania tak szerokiego obowiązku, zaś jego efektywność w zwalczaniu chorób wenerycznych mierzona w stosunku do ponoszonych na ten cel nakładów byłaby niska.

Stanowisko Ministerstwa Zdrowia podważające w znacznej części wiarygodność danych z wystąpienia Rzecznika Praw Obywatelskich nie może być pozostawione, w trosce o bezpieczeństwo zdrowotne obywateli, bez komentarza. Sprostowania wymagają oczywiste błędy

w odpowiedzi podsekretarza stanu w Ministerstwie Zdrowia, takie jak dane liczbowe rozpoznanych przypadków kiły wrodzonej, które zgodnie z raportem Centrum Diagnostyki i Leczenia Chorób Przenoszonych Drogą Płciową nie dotyczą kiły wrodzonej lecz kiły kobiet ciężarnych. Błędne oceny odnośnie do sytuacji epidemiologicznej, stanu nadzoru i oświaty zdrowotnej mają poważniejsze znaczenie, bowiem mogą rzucać na zaniechanie działań naprawczych i zagrażać bezpieczeństwu pacjentów.

Podsekretarz stanu zapewnia, że pismo resortu zostało wystosowane po zapoznaniu się z raportem Centrum Diagnostyki i Leczenia Chorób Przenoszonych Drogą Płciową. Warto sięgnąć do głównych ustaleń powszechnie dostępnego raportu, na którym oparte zostało wystąpienie Rzecznika Praw Obywatelskich:

1) w 2006 r. doszło do dalszego pogorszenia sytuacji epidemiologicznej, co w dużej mierze jest konsekwencją złego stanu profilaktyki, diagnostyki i nadzoru nad chorobami wenerycznymi;

2) pogorszenie sytuacji epidemiologicznej ma ścisły związek z obserwowanym od 1998 roku demontażem sieci nadzoru nad chorobami przenoszonymi drogą płciową, drastycznym ograniczaniem wykonywania badań przesiewowych w kierunku kiły i pogłębiającym się z roku na rok spadkiem liczby badań serologicznych w kierunku kiły w pionie skórno – wenerologicznym, co stawia pod znakiem zapytania wiarygodność danych pochodzących z rejestracji; w 2006 r. zbadano 943.380 próbek krwi, co oznacza w porównaniu do roku 1995 siedmiokrotny spadek liczby badań, w konsekwencji niedostateczne jest rozpoznawanie kiły utajonej;

3) nie poprawiają się wskaźniki leczenia natychmiastowego (profilaktycznego) tzw. kontaktów, w przypadku kiły i rzeżączki; pacjenci nie ujawniają personaliów swoich partnerów seksualnych i często nie informują ich o konieczności zgłoszenia się do lekarza;

4) obecne regulacje prawne (Ustawa o chorobach zakaźnych i zakażeniach z 6 września 2001 roku) powodują ograniczenia w dostępności do leczenia, ponieważ nie zapewniają bezpłatnego diagnozowania, leczenia i kontroli po leczeniu dla wszystkich chorych; bezpłatną opiekę wenerologiczną mają zapewnioną osoby objęte ubezpieczeniem zdrowotnym;

5) nadzór epidemiologiczny, w tym rejestracja chorych wenerycznie działa niesprawnie, ponieważ fundusze przekazywane na ten cel przez Główny Inspektorat Sanitarny są niewystarczające, a ponadto część lekarzy nie dopełnia ustawowego obowiązku zgłaszania zachorowań; dlatego dane o zachorowaniach są niepełne;

6) poważne zaniedbania odnotowuje się na polu oświaty zdrowotnej; brak środków na prowadzenie badań profilaktycznych i działań edukacyjnych sprawił, że od 2000 r., mimo niskiego w tym zakresie poziomu świadomości znacznej części naszego społeczeństwa, nie ukazały się w Polsce jakiegokolwiek materiały informacyjne o chorobach przenoszonych drogą płciową.

W opisaney sytuacji nasuwają się wątpliwości, czy sam fakt uchwalenia przygotowanego przez Głównego Inspektora Sanitarnego i złożonego przez Radę Ministrów do laski marszałkowskiej projektu nowej ustawy o chorobach zakaźnych i zakażeniach, która ma zapewnić bezpłatne diagnozowanie i leczenie nieubezpieczonych chorych na kiłę i rzeżączkę, będzie automatycznie oznaczać, że nastąpi poprawa sytuacji epidemiologicznej chorób przenoszonych drogą płciową. Wszak do obecnej trudnej sytuacji epidemiologicznej przyczyniły się niefortunne zapisy obecnie obowiązującej ustawy, także przygotowanej przez GIS.

Nagłąca potrzeba wydaje się więc przede wszystkim weryfikacja obecnej polityki zdrowotnej, co wymaga poważnego potraktowania zagrożeń epidemiologicznych związanych z załamaniem się nadzoru, systemu oświaty zdrowotnej i niekorzystną sytuacją epidemiologiczną za wschodnią granicą Polski, a także nie ignorowania ostrzeżeń, zawartych w corocznych raportach Centrum Diagnostyki i Leczenia Chorób Przenoszonych Drogą Płciową.

Wzrost zachorowań małych dzieci na biegunki

Rzecznik Praw Obywatelskich, po zapoznaniu się z danymi na temat niepokojącej sytuacji epidemiologicznej zachorowań na biegunki u dzieci do lat 2, wystąpił do Minister Zdrowia o zajęcie stanowiska w sprawie przyczyn wzrostu zachorowań oraz o udzielenie informacji w przedmiocie podejmowanych przez resort środków zaradczych.

Rzecznik z należytą uwagą odniósł się do wiarygodnych źródeł informacji, wg których od kilku lat zastrzeżenia budzi jakość nadzoru epidemiologicznego i skuteczność działań w zakresie oświaty zdrowotnej.

W ogłoszonym przez Ministra Zdrowia w dniu 30 kwietnia 2004r. Narodowym Planie Zdrowotnym, wybitni eksperci MZ zwrócili uwagę na fakt, że *sytuacja epidemiologiczna biegunek stanowi wstępny, lecz ważny sygnał ostrzegawczy, gdyż zachorowania na biegunkę u dzieci do lat 2 uchodzą za czuły i wiarygodny wskaźnik stanu opieki zdrowotnej (nie tylko nad dziećmi). Jeśli liczba biegunek wzrasta (a takie trendy eksperci Ministerstwa Zdrowia odnotowali w 2004 roku) , to sytuacja musi wzbudzać uzasadniony niepokój – przede wszystkim o stan i za-*

kres diagnostyki mikrobiologicznej, nadzoru epidemiologicznego, a także o jakość opieki zdrowotnej nad dziećmi.

Zbieżne oceny formułowała także Rada Sanitarno – Epidemiologiczna, która jest organem doradczym i opiniodawczym Głównego Inspektora Sanitarnego w sprawach objętych zakresem działania Państwowej Inspekcji Sanitarnej a w jej skład wchodzi pracownicy naukowcy, posiadający jednocześnie wybitne przygotowanie praktyczne z dziedziny sanitarno – epidemiologicznej:

- wniosek Rady przyjęty 2 kwietnia: *W świetle dużych zmian kadrowych, pogarszającej się zgłaszalności chorób zakaźnych i zdarzających się przypadków uchybień popełnianych przy opracowywaniu ognisk epidemicznych, konieczne wydaje się zorganizowanie kilkudniowych, doskonalących kursów przeznaczonych dla dyrektorów WSSE i PSSE oraz kierowników Działów Epidemiologii. Głównym celem tych szkoleń byłoby przypomnienie podstaw epidemiologii i zdrowia publicznego oraz zasad epidemiologicznej analizy danych i opracowania ogniska epidemicznego.*

-- na posiedzeniu Rady w dniu 23 czerwca 2004 roku: *„Prof. Andrzej Zieliński podkreślił także, że wiedza z zakresu epidemiologii niektórych osób kierujących WSSE i PSSE wymaga uaktualnienia.*

- na posiedzeniu Rady w dniu 29 czerwca 2007 roku zauważono, że *W zmieniającej się sytuacji społeczno – ekonomicznej dotychczasowy sposób prowadzenia zarówno nadzoru nad zakażeniami pokarmowymi, jak również dochodzeń epidemiologicznych nie zawsze przynosi pożądane efekty, a także zilustrowano następujące problemy: wzrastający odsetek ognisk o nieustalonym czynniku etiologicznym, nośniku oraz źródle zatrucia/zakażenia pokarmowego, niewystarczającą współpracę pomiędzy instytucjami zajmującymi się różnymi aspektami związanymi z problemem zatruc/zakażeń pokarmowych; brak identyfikacji głównych czynników zwiększających ryzyko wystąpienia zatruc/ zakażeń pokarmowych (*risk assessment*); brak przepływu informacji niezbędnych w ramach współpracy ogólnoeuropejskiej dotyczącej bezpieczeństwa żywności; brak zewnętrznej kontroli w dochodzeniach w ogniskach (przykład włośnicy). W dyskusji Prof. Andrzej Zieliński zauważył konieczność wzbogacenia nadzoru epidemiologicznego. Obecny system, który jest systemem biernym powinien zostać rozszerzony o badania celowane i mikrobiologiczne finansowane z budżetu państwa.*

Ważnym źródłem informacji dla Rzecznika był też udostępniony w 2007 roku Raport 2005 – 2006 Rządowej Rady Ludnościowej – *Sytu-*

acja demograficzna Polski – zawierający dane i wnioski zbieżne z przekazanymi w wystąpieniu do Minister Zdrowia. Nie można zlekceważyć zwłaszcza stanowiska Krajowego Specjalisty ds. Epidemiologii, Prof. Andrzeja Zielińskiego, który w Raporcie uznał m.in. , że Poważny problem epidemiologiczny stanowią biegunki u dzieci do lat dwóch – wirusowe, bakteryjne i bliżej nieokreślone, prawdopodobnie o zakaźnym pochodzeniu. W 2004 r. Zarejestrowano ogółem 16361 przypadków, a w 2005 r. 17306. W grupie tej mieści się ważny problem biegunek rotawirusowych, nabywanych zarówno w środowisku, jak i w szpitalu.; Poważnym problemem epidemiologicznym chorób zakaźnych w Polsce są znaczne różnice w zapadalności na poszczególne choroby w różnych regionach kraju,... mogą one świadczyć o niedostatkach w zakresie prewencji lub nadzoru epidemiologicznego; Utrzymującą się od lat słabością nadzoru epidemiologicznego w Polsce jest niski odsetek zachorowań z potwierdzonym rozpoznaniem.

Należy podkreślić, że dane epidemiologiczne w roku 2007 , kiedy to zarejestrowano aż 22 683 biegunki, co oznacza wzrost o niemal 40% w porównaniu do roku 2004, w pełni uzasadniały niepokój Rzecznika w kwestii zagrożenia bezpieczeństwa epidemiologicznego dzieci.

Sprawą przesądzającą o zajęciu się problemem przez Rzecznika Praw Obywatelskich były narastające zakłócenia w funkcjonowaniu szpitali pediatrycznych, co w opinii specjalistów, przyczynia się do pogorszenia warunków sanitarnych oddziałów i sprzyja szerzeniu się zakażeń szpitalnych, w tym biegunek rotawirusowych.

W obszernej odpowiedzi podsekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia, opierając się głównie na opiniach Departamentu Przeciwepidemicznego w Głównym Inspektoracie Sanitarnym, do którego przede wszystkim należałoby adresować cytowane powyżej stanowiska Rady Sanitarnej – Epidemiologicznej, dane z raportu Rządowej Rady Ludnościowej i opinie wybitnych specjalistów w dziedzinie epidemiologii, a dotyczące pogorszenia nadzoru epidemiologicznego, zakwestionował zasadność ocen ekspertów.

W opinii Departamentu Przeciwepidemicznego w Głównym Inspektoracie Sanitarnym, w wystąpieniu Rzecznika Praw Obywatelskich dokonano wybiórczej i pobieżnej analizy danych pochodzących z nadzoru epidemiologicznego z kilku wcześniejszych lat, a następnie na ich podstawie wywiedziono daleko idące wnioski dotyczące rzekomego narastania zagrożenia epidemiologicznego dla dzieci w wieku do lat 2,

spowodowanego przez zakażenia jelitowe i zatrucia pokarmowe, a także wysnuto daleko idące wnioski dotyczące *rzekomych zaniedbań poprzednich Ministrów Zdrowia* w zakresie zapobiegania występowaniu biegunkom u dzieci do lat 2 i o pogarszaniu się jakości nadzoru epidemiologicznego.

Tymczasem najnowsze dane PZH o sytuacji epidemiologicznej biegunek u dzieci do lat 2. wskazują, że:

- w ostatnim kwartale 2007 roku odnotowano 4976 biegunek u dzieci do lat 2. tj. **o 33%** więcej niż w ostatnim kwartale roku poprzedniego,
- w pierwszym kwartale 2008 roku obserwowano dalszy wzrost zachorowań – 9441 biegunek, **o 43,5%** więcej niż w pierwszym kwartale 2007 roku oraz niemal dwukrotnie – **o 90%** – więcej niż w poprzednim kwartale.

Mając na uwadze dalszy niepokojący rozwój sytuacji epidemiologicznej biegunek u małych dzieci, zasadne wydaje się oczekiwanie, iż będzie to stanowić ważną przesłankę dla Ministerstwa Zdrowia do pilnej weryfikacji polityki zdrowotnej w tym zakresie, w tym także do weryfikacji przedstawionych w odpowiedzi podsekretarza stanu w MZ innych budzących wątpliwości ocen, głównie autorstwa Departamentu Przeciwepidemicznego GIS.

Podważanie wiarygodności obowiązującego sposobu rejestracji biegunek, poprzez uznanie go *jako historyczny*, stoi w sprzeczności z przytoczonymi wyżej opiniami wybitnych ekspertów Ministerstwa Zdrowia, a także może zagrażać dalszemu funkcjonowaniu systemu rejestracji.

Twierdzenie, że do zakażeń i zatruc pokarmowych u dzieci do lat 2. dochodzi niemal wyłącznie w środowisku domowym, stoi w sprzeczności z cytowanymi wyżej opiniami ekspertów, i może być przejawem niedoceniań innych ważnych źródeł zakażeń, np. w środowisku szpitalnym. W Raporcie Rządowej Rady Ludnościowej podane są wyniki wielośrodkowych, przekrojowych badań prospektywnych (Szajewska H.: *Biegunki szpitalne u dzieci. Zakażenia*, 6, 2006), wg których oszacowano, że w latach 1997 – 2000 występowały corocznie średnio 10753 biegunki szpitalne o etiologii rotawirusowej.

Przekonanie wyrażane przez Departament, że w Polsce jest właściwie prowadzona diagnostyka przyczyn biegunki, a rozpoznane przypadki zachorowań są zgłaszane do organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej, kłóci się cytowanymi opiniami ekspertów Ministerstwa Zdrowia i Głównego Inspektoratu Sanitarnego, którzy alarmują o niepełnej zgłaszalności zachorowań.

Powoływanie się przez Departament na art. 6 ustawy z dnia 6 września 2001 r. o chorobach zakaźnych i zakażeniach (Dz.U. Nr 126, poz.1384, z 2003 r. Nr 45, poz. 391) , dla uzasadnienia rezygnacji z badań w kierunku nosicielstwa pałeczek jelitowych, nie uwzględnia autorstwa obowiązujących uregulowań prawnych, w tym niefortunnych przepisów, które spowodowały drastyczny spadek wykonywania badań profilaktycznych, (vide: stanowisko Centrum Profilaktyki i Leczenia Chorób Przenoszonych Drogą Płciową), a także faktu, iż środowiska epidemiologów i klinicystów z nadzieją oczekuje na nową ustawę, której projekt znajduje się w lasce marszałkowskiej.

Passus bezprawne i naruszające prawa dzieci jest odmawianie hospitalizacji lub przyjęcia do żłobka dzieci będących bezobjawowymi nosicielami pałeczek jelitowych Salmonella rodzi pytanie dlaczego i pod czym adresem taki zarzut sformułowano, a także może świadczyć o nieznamości dobrych praktyk pediatrycznych (niestety z przeszłości), zgodnie z którymi wymaza na badanie w kierunku pałeczek jelitowych pobierano na izbie przyjęć, a małemu dziecku zapewniano pobyt w izolacie do chwili uzyskania wyniku badania. Nigdy nie odmawiano hospitalizacji, natomiast były warunki do właściwej z epidemiologicznego punktu widzenia organizacji pracy szpitala.

Przy potwierdzeniu opinii z wystąpienia Rzecznika o pięciokrotnie zaniżonej liczbie badań mikrobiologicznych w polskich szpitalach w odpowiedzi Ministerstwa Zdrowia znajduje się informacja, że jedynie w nielicznych typach oddziałów, liczba badań jest większa (np. oddziały OIOM, oddziały noworodkowe), co stoi w sprzeczności z opublikowanym przez GIS Raportem o stanie sanitarnym kraju 2006: *Utrzymuje się niekorzystne zjawisko niedoboru badań mikrobiologicznych oraz stopniowego wzrostu częstości występowania wieloopornych drobnoustrojów, szczególnie w oddziałach intensywnej terapii, chirurgii, ortopedii i noworodkowych*”.

Usprawiedliwianie znacznie zaniżonego poziomu wykonywania badań mikrobiologicznych w szpitalach takimi okolicznościami, jak, *często braku w szpitalu laboratorium mikrobiologicznego, a także prawdopodobnie ze zbyt niskich środków finansowych przekazywanych szpitalom w ramach kontraktu z NFZ – niewystarczających na prowadzenie kosztownej diagnostyki mikrobiologicznej u chorych w szpitalu. Powoduje to, iż nie jest możliwe w każdym przypadku stosowanie u chorych antybiotykoterapii celowej* rodzi pytania o rolę organów kreujących politykę zdrowotną państwa.

Twierdzenia – *zakażenia rotawirusowe zazwyczaj mają lekki przebieg i nie powodują trwałych następstw zdrowotnych przebiegania choro-*

by i niskie koszty leczenia zazwyczaj lekko przebiegających biegunek rotawirusowych – mogą świadczyć o bagatelizowaniu wpływu zakażeń rotawirusowych na niekorzystne rokowanie w chorobach podstawowych (najczęściej związanych z okresem okołoporodowym oraz wad wrodzonych), pomijaniu cierpień dzieci, a także ignorowaniu aspektów finansowych zakażeń (w cytowanej pracy z Raportu Rządowej Rady Ludnościowej oszacowano, że biegunki szpitalne o etiologii rotawirusowej były przyczyną od 15054 dni do 26882 dni dodatkowo spędzonych w szpitalu). Można sądzić, iż te niebagatelne kwoty mogłyby być przeznaczone na poprawę profilaktyki, w tym na oświaty zdrowotnej.

Dla dopełnienia obrazu sytuacji epidemiologicznej niektórych chorób zakaźnych należy wziąć pod uwagę omówione w rozdziale VI zakłócenia w nadzorze nad ostrymi porażeniami wiotkimi oraz takie opinie wybitnych ekspertów, jak Prof. dr hab. Kazimierz Roszkowski: *Występująca w ostatnich latach w wielu województwach znaczna zmienność współczynników zapadalności w krótkim okresie wskazuje na brak stabilności w zakresie wykrywania chorych. Jest to następstwem dokonywanej od kilku lat reformy ochrony zdrowia, której skutkiem są nieprzeemyślane decyzje organizacyjne m.in. likwidacja infrastruktury organizacyjnej walki z gruźlicą. Instytut Gruźlicy i Chorób Płuc zwracał się w tej sprawie do Ministerstwa Zdrowia i odpowiednich władz wojewódzkich.* (Sprawozdanie z posiedzenia Rady Sanitarnej – Epidemiologicznej przy GIS z 27 października 2004 r.)

W opisanej sytuacji epidemiologicznej, poważnie podchodząc do opinii wybitnych ekspertów, w tym Krajowych Specjalistów (w dziedzinach epidemiologii, wenerologii, gruźlicy) zasadne wydaje się oczekiwanie na ponowne, wnikliwe przeanalizowanie przez resort zdrowia wszystkich aspektów związanych z zapobieganiem i zwalczaniem chorób zakaźnych i zakażeń wśród dzieci.

7.3.3. Bariery w zapewnieniu dzieciom śmiertelnie chorym domowej opieki paliatywnej

Rzecznik Praw Obywatelskich wystąpieniach do Ministra Zdrowia, a także w przekazach adresowanych do szerokiej opinii publicznej w formie konferencji i publikacji prasowych (J. Kochanowski: *Gdy dziecko umiera w domu*, miesięcznik „Więź”, nr 11/12, 2007) podkreślał, że domowa opieka hospicyjna nad dziećmi dotyczy bardzo cierpiących, nie-

uleczalnie chorych dzieci i ich rodzin i dlatego nie można jej rozpatrywać wyłącznie w suchych kategoriach prawnych i ekonomicznych. Zachęcał także do wsłuchiwania się opinii ekspertów: opieka paliatywna nad dziećmi stanowi część pediatrii, a nie medycyny paliatywnej dla dorosłych i powinna być objęta także nadzorem Konsultanta Krajowego w dziedzinie Pediatrii; takie pojęcia, jak „stan terminalny”, używane w medycynie paliatywnej dla dorosłych, są w odniesieniu do dzieci kwalifikowanych do domowej opieki paliatywnej nieprzydatne, z powodu specyfiki przebiegu nieuleczalnych schorzeń dziecięcych; opieka paliatywna obejmuje całą rodzinę, na której spoczywa ogromnie stresująca odpowiedzialność za całodobową pielęgnację dziecka w domu; dzieci będące pod opieką hospicjów domowych są nadal leczone, przy czym celem leczenia nie jest przedłużanie życia, ale poprawa jego jakości przy zastosowaniu najnowocześniejszych metod postępowania paliatywnego.

Istotną wagę trzeba przywiązywać do faktu, że zasady opieki domowej opieki paliatywnej nad dziećmi zostały wypracowane w okresie ostatnich kilkunastu lat przez zespoły naukowców i lekarzy w renomowanych instytutach naukowych (Instytucie Matki i Dziecka, Centrum Zdrowia Dziecka), bezpośrednio podległych Ministerstwu Zdrowia, a ich aktualność potwierdza opinia Konsultanta Krajowego w dziedzinie Pediatrii – także powołanego przez Ministra Zdrowia. To może stanowić ważną przesłankę dla Ministra Zdrowia do wydania rozporządzenia sprawie standardów opieki paliatywno – hospicyjnej nad dziećmi, wychodzącego naprzeciw oczekiwaniom hospicjów i ekspertów, a przede wszystkim odpowiadającego na realny problem. W ślad za nim powinny iść zmiany przepisów wydawanych w tym zakresie przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

Zdaniem Rzecznika Praw Obywatelskich odpowiednie rozporządzenie Ministra Zdrowia musi być wsparte kompleksową pracą środowiska medycznego nad poprawą jakości domowej opieki, bowiem obecnie tylko nieliczne hospicja spełniają wszystkie standardy konieczne do prowadzenia odpowiedniej opieki paliatywnej nad dziećmi w ich domach. Chodzi zarówno o stronę organizacyjną – zaplecze kadrowe i sprzętowe, jak i o stosowanie procedur leczenia objawowego i zasad kwalifikowania pacjentów do domowej opieki paliatywnej oraz o koszty.

Gdyby aktualne zapotrzebowanie na domową opiekę paliatywną nad dziećmi oszacować na podstawie danych epidemiologicznych, mówiących o ok. 570 dzieci leczonych w domu w tym samym czasie, to przyjęcie przez NFZ proponowanej przez specjalistów stawki 100 zł za jeden dzień leczenia, oznaczałoby dla NFZ w skali całego kraju przybliżone

koszty w wysokości 20 805 000 zł (570 pacjentów x 100 zł x 365 dni). Pozostałe koszty powinny być – tak jak dotychczas – pokrywane przez organizacje pozarządowe, utrzymujące się dzięki ofiarności obywatelskiej. Biorąc pod uwagę pełne wykorzystanie istniejącego potencjału hospicjów oraz znaczne koszty tworzenia *de novo* równoległego systemu opieki nad dziećmi nieuleczalnie chorymi z przyczyn innych niż choroby nowotworowe, można zakładać, że proponowane rozwiązania w opiece hospicyjnej nad dziećmi mają także pełne uzasadnienie ekonomiczne. Nie jest ono najważniejsze, niemniej gdy niedobór środków doskwiera całej służbie zdrowia, trudno zbagatelizować tak ważny argument.

Po przeanalizowaniu istniejącej sytuacji prawnej oraz problemów organizacyjnych i finansowych związanych z domową opieką paliatywną nad dziećmi Rzecznik Praw Obywatelskich, wraz z gronem ekspertów, przygotował dokument ujmujący w syntetycznej formie wszystkie wskazane zasady opieki nad dziećmi śmiertelnie chorymi w warunkach domowych – zasady mające konkretne odniesienia do Ustawy zasadniczej i Konwencji o Prawach Dziecka. Powinny one stanowić wspólny przedmiot troski organów państwa odpowiedzialnych za zdrowie publiczne oraz organizacji i ludzi zaangażowanych w sprawowanie tej opieki. Dokument ten, sformułowany w formie Karty Praw, nie ma na celu wypełniania luki prawnej w zakresie opieki paliatywno – hospicyjnej nad dziećmi ale może stanowić moralny, prawny i merytoryczny punkt odniesienia dla wszystkich, którym leży na sercu misja zapewnienia dzieciom śmiertelnie chorym pełnej opieki w warunkach domowych.

Pod Kartą zamieszczoną na stronie www.brpo.gov.pl podpisało się dotąd niemal 1000 osób z całego kraju.

KARTA PRAW DZIECKA ŚMIERTELNIE CHOREGO W DOMU

1. *Każde śmiertelnie chore dziecko, bez względu na schorzenie podstawowe i stan psychofizyczny, ma prawo do godności, szacunku oraz intymności, w warunkach domowych.*
2. *Chore dziecko zachowuje prawo do nauki w domu w wymiarze dostosowanym do jego stanu.*
3. *Dzieciom śmiertelnie chorym przysługuje aktywna i całościowa opieka hospicjum domowego, zapewniająca adekwatne do potrzeb leczenie paliatywne nakierowane na poprawę jakości życia.*
4. *Dzieci te powinny być chronione przed bólem, cierpieniem oraz zbędnymi zabiegami leczniczymi i badaniami.*

5. *Opieka nad śmiertelnie chorym dzieckiem spoczywa głównie na barkach rodziców, którzy winni być traktowani przez personel medyczny po partnersku. Rodzice mają prawo do otrzymywania pełnych informacji i do podejmowania wszelkich decyzji zgodnych z interesem ich dziecka.*
6. *Każde chore dziecko ma prawo do informacji i do udziału w podejmowaniu decyzji dotyczących sprawowanej nad nim opieki, zgodnie ze swoim wiekiem i pojmowaniem.*
7. *Personel hospicjum domowego powinien posiadać określone kwalifikacje zawodowe, aby zapewnić w pełnym wymiarze zaspokajanie potrzeb fizycznych, emocjonalnych, socjalnych i duchowych dziecka i jego rodziny.*
8. *Rodzice powinni mieć możliwość uzyskania konsultacji z pediatrą, będącym specjalistą w zakresie schorzenia dotyczącego ich dziecka.*
9. *Rodzice mają prawo do podjęcia świadomej decyzji o umieszczeniu dziecka na oddziale szpitalnym dostosowanym do potrzeb śmiertelnie chorych dzieci.*
10. *Cała rodzina dziecka ma prawo do wsparcia w okresie żałoby tak długo, jak okaże się to potrzebne.*

Przy współpracy przedstawiciela Rzecznika i reprezentantów Naczelnej Rady Adwokackiej w Warszawskim Hospicjum dla Dzieci został opracowany projekt rozporządzenia w sprawie pediatrycznej opieki paliatywnej. Autorzy propozycji wzorując się na medycznym modelu brytyjskim, definiują schorzenia (nie tylko nowotworowe), które warunkują przyjęcie do hospicjum. W projekcie znalazły się także inne warunki (np. zaprzestanie specjalistycznego leczenia) oraz standardy, które musi spełniać samo hospicjum, by móc sprawować opiekę nad nieuleczalnie chorymi dziećmi. Dotyczy to np. niezbędnego personelu, jego kwalifikacji i sprzętu. W marcu 2008 roku projekt został przekazany do Minister Zdrowia.

7.4. Bezpieczeństwo dzieci i młodzieży

Bezpieczeństwo, podobnie jak zdrowie, można zaliczyć do podstawowych praw człowieka. Jest ono wartością, zasobem, środkiem dzięki czemu jednostka lub grupa społeczna może realizować swoje aspiracje, radzić sobie w środowisku, rozwijać się, osiągać odpowiednią jakość życia, tworzyć dobra materialne i kulturowe. Ponieważ bezpieczeństwo nie jest statyczne, to we wszystkich okresach życia należy zapobiegać sytuacjom, w których bezpieczeństwo jest zagrożone (prewencja), do-

skonalić i zwiększać jego potencjał (promocja bezpieczeństwa), przywracać, gdy nastąpi naruszenie bezpieczeństwa (restytucja bezpieczeństwa). Tak rozumiane bezpieczeństwo obejmuje wszystkie dzieci i wszystkie przyczyny zagrożeń tego bezpieczeństwa. Jeżeli każde nasze dziecko jest podmiotem bezpieczeństwa to na plan dalszy schodzi rozstrzyganie wątpliwości, czy dzisiaj faktycznie więcej odnotowuje się urazów i przemocy wobec dzieci, demoralizacji i przestępczości nieletnich, czy może wynika to tylko z większej niż kiedyś ilości informacji, które do nas docierają poprzez media.

U podstaw zalecanego przez Światową Organizację Zdrowia szerokiego podejścia do problematyki bezpieczeństwa dzieci i młodzieży leżą racjonalne przesłanki:

- podobieństwo uwarunkowań urazów niezamierzonych i zamierzonych, a także przypadków zaniedbania dzieci, demoralizacji i przestępczości nieletnich; chodzi np. o zbliżone uwarunkowania społeczne, ekonomiczne, środowiskowe oraz podobne czynniki ryzyka (np. alkohol);
- we wszystkich wymienionych przypadkach szczególnie narażone są te same, najbardziej upośledzone socjalnie, grupy dzieci i młodzieży;
- istnieje analogiczny wymóg podejścia wielosektorowego w celu ograniczenia negatywnego wpływu środowiska i usunięcia czynników ryzyka;
- istnieje potrzeba tworzenia synergistycznego systemu nadzoru publicznego;
- oczywisty jest także wymóg stosowania podobnego postępowania ratowniczego, medycznego, rehabilitacyjnego, psychologicznego;
- niezależnie od przyczyny wyrządzonej dziecku szkody niezbędne jest uruchomienie zbliżonych procedur dochodzeniowych i prawnych.

7.4.1. Urazy niezamierzone

Dane epidemiologiczne wskazują, że w Polsce podobnie jak w innych krajach UE więcej dzieci umiera z powodu urazów niż z powodu wszystkich chorób łącznie. Notuje się istotny gradient społeczno – ekonomiczny odnośnie do skali występowania i skutków wypadków u dzieci, w tym zgonów i trwałej niepełnosprawności, na niekorzyść środowisk upośledzonych społecznie.

Doświadczenia krajów rozwiniętych dowodzą, że jedynie prewencja znacząco zmniejsza umieralność pourazową u dzieci. W Polsce notuje

się wysoki udział urazów i zatruc w umieralności i chorobowości dzieci i młodzieży a porównania międzynarodowe są niekorzystne dla naszego kraju. W tej sytuacji szczególnie groźne są wszelkie zaniedbania w zakresie prewencji urazów u dzieci. Wiele szkół w Polsce nie zapewnia bezpiecznych warunków nauki. W roku szkolnym 2003/04 w szkołach i placówkach oświatowych zarejestrowano 149 494 wypadki – zginęło 88 uczniów a 1248 doznało ciężkich urazów. W 2001 roku z powodu urazów zmarło 1640 dzieci i młodzieży. Jeśli współczynnik zgonów z powodu urazów w Polsce zostałby przez wdrożenie znanych procedur prewencyjnych, zredukowany do poziomu współczynnika w Szwecji, to można byłoby uratować życie 855 polskich dzieci.

Raport⁵ opracowany w ramach Programu Zdrowia Publicznego Komisji Europejskiej „Planowanie Działań na rzecz Bezpieczeństwa Dzieci z inicjatywy Europejskiego Sojuszu na rzecz Bezpieczeństwa Dzieci (Krajowy Koordynator Programu: dr Marta Malinowska-Cieślak, Instytut Zdrowia Publicznego Uniwersytetu Jagiellońskiego, Collegium Medicum w Krakowie) zawiera ocenę dziewięciu najważniejszych obszarów prewencji urazów dzieci: bezpieczeństwo pieszego, bezpieczeństwo pasażera, bezpieczeństwo rowerzysty, bezpieczeństwo na skuterze i motorowerze, bezpieczeństwo w wodzie, prewencja upadków, prewencja oparzeń, prewencja zatruc, prewencja uduszeń i zadławień. W raporcie przeprowadzono również ocenę przywództwa krajowego, nadzoru nad urazami dzieci oraz potencjalnych możliwości rozwijania zdolności w zakresie bezpieczeństwa dzieci. Wskaźniki dla tych obszarów zostały zdefiniowane na podstawie wcześniejszych lub realizowanych aktualnie polityk i programów na szczeblu krajowym, których skuteczność została udowodniona.

Z oceny wynika, że w Polsce istnieje potrzeba zaplanowania i realizowania skutecznej polityki i programów w obszarze prewencji upadków, oparzeń, zatruc, uduszeń i zadławień, a także w zakresie bezpieczeństwa dziecka jako rowerzysty, bezpieczeństwa w wodzie i prewencji utonień. Ważne jest zwrócenie uwagi na działania w zakresie prewencji urazów małych dzieci występujących wewnątrz i wokół domu. Aby zapewnić skuteczność podejmowanych działań wskazane jest wspieranie i finansowanie takich programów, których skuteczność została udowodniona, tzw. „dobrych praktyk”. Polska posiada wprawdzie podstawową infrastrukturę nadzoru nad urazami dzieci, lecz zasoby kadrowe i finansowe oraz poziom tworzenia zdolności rozwojowych w zakresie bezpieczeństwa

⁵ MacKay M. and Vincenten J. : Child Safety Report Card 2007 – Poland. Amsterdam: European Child Safety Alliance, Eurosafe; 2007

dzieci, a zwłaszcza przywództwo krajowego (leadership) ze strony rządu zostały ocenione jako słabe lub niedostateczne. Polityka państwa powinna koordynować i wspierać działania wdrażające dobre praktyki oparte na dowodach w zakresie ochrony życia i zdrowia dzieci.

Bezpieczeństwo zabawek

Rzecznik Praw Obywatelskich, w związku z doniesieniami prasowymi dotyczącymi zagrożeń bezpieczeństwa dzieci związanych z zabawkami, wystąpił do Prezesa Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumenta o udzielenie informacji na temat funkcjonowania w Polsce systemu monitorowania wypadków konsumenckich a także o rozważenie możliwości podjęcia kroków w kierunku obligatoryjnego oznaczania sprzedawanych na rynku polskim zabawek znakiem zgodności PN – EN 71.

W Polsce podobnie jak w innych krajach Unii Europejskiej istnieją normy bezpieczeństwa zabawek. Wielu producentów i sprzedawców zabawek wykazuje dbałość o bezpieczeństwo małych konsumentów, działa państwowy i prowadzony przez organizacje konsumenckie nadzór nad rynkiem zabawek – dzięki czemu większość sprzedawanych w oficjalnym obiegu zabawek jest bezpieczna. Mimo podejmowanych licznych akcji edukacyjnych oraz szerokiego nadzoru nad rynkiem wyrobów dla dzieci ze strony Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumenta oraz Inspekcji Handlowej na rynek trafiają jednak zabawki, które mogą przyczynić się do narażenia dzieci na wypadki i urazy. Dotyczy to zarówno zabawek posiadających wymagane przepisami oznaczenia, jak i sprzedawanych z naruszeniem przepisów lub poza oficjalną siecią handlową. Ostatnio przeprowadzone badania Inspekcji Handlowej na zlecenie UOKiK pokazały, że znaczna część (prawie 35%) zabawek wprowadzanych na polski rynek, może być się niebezpieczna dla najmłodszych. Wykryto wady konstrukcyjne, zakwestionowano niedbałe wykonanie zabawek, a także brak realizacji obowiązku podawania rzetelnej informacji o nabywanym produkcie.

Zapewnienie wysokiego poziomu ochrony zdrowia i bezpieczeństwa konsumentów stanowi priorytet na obszarze jednolitego rynku Unii Europejskiej. W celu zapewnienia szybkiej wymiany informacji między państwami członkowskimi i Komisją Europejską na temat produktów stwarzających zagrożenie oraz środków podjętych w danym kraju, by wykluczyć lub ograniczyć ich wprowadzanie na rynek, a także ewentualnie użytkowanie, został utworzony, na mocy Dyrektywy 2001/95/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z 3 grudnia 2001 r. w sprawie ogólnego bezpieczeństwa produktów, system RAPEX (*Rapid Alert Sy-*

stem for Non-Food Products). Okazuje się, że w systemie RAPEX najczęściej odnotowywanymi produktami są zabawki.

Ważnym elementem funkcjonowania systemu ochrony konsumentów, jest rejestr wypadków konsumenckich Unii Europejskiej, który przewiduje m.in. zbieranie informacji dotyczących zgonów i obrażeń ciała powstałych w wyniku używania różnych produktów przeznaczonych dla dzieci. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 28 kwietnia 2004 roku w sprawie sposobu działania krajowego systemu monitorowania wypadków konsumenckich wydane na podstawie art. 32 ust.8 ustawy z dnia 12 grudnia 2003 r. o ogólnym bezpieczeństwie produktów (Dz.U. Nr 229, poz. 2275) przewiduje pozyskiwanie szerokiego zakresu informacji niezbędnych do ustalenia produktu mającego związek z wypadkiem konsumenckim, okoliczności zdarzenia, skutków zdrowotnych, wnioskowania o przyczynach zależnych i niezależnych od osoby poszkodowanej. Administrator systemu, jeżeli okoliczności wypadku konsumenckiego wskazywałyby na konieczność niezwłocznego podjęcia działań w celu usunięcia związanych z produktem zagrożeń bezpieczeństwa, ma przekazywać dane na temat wypadku oraz propozycje odpowiednich działań Prezesowi UOKiK nie później niż w ciągu 48 godzin od ich uzyskania. Przepisy art. 5 rozporządzenia przewidują sporządzanie przez administratora systemu raz na kwartał opracowań zbiorczych zawierających dane o wypadkach konsumenckich, w tym analizę okoliczności i przyczyn zdarzenia oraz wnioski dotyczące przeciwdziałania tym wypadkom. Opracowania zbiorcze kwartalne i roczne miały być przekazywane ministrowi właściwemu do spraw zdrowia oraz Prezesowi UOKiK. W myśl wspomnianego Rozporządzenia w celu zorganizowania i zapewnienia właściwego funkcjonowania systemu monitorowania niezbędne było m.in. dokonanie wyboru placówek terenowych – co najmniej jednej w każdym województwie, uzgodnienie z placówkami terenowymi warunków zbierania danych do systemu monitorowania, przeszkolenie osób zbierających dane i tworzących zapisy elektroniczne, utworzenie centralnej bazy danych o wypadkach konsumenckich.

System monitorowania wypadków konsumenckich powinien odgrywać istotną rolę prewencyjną, między innymi poprzez ukierunkowywanie planów kontroli prowadzonych przez UOKiK. Jednym z kierunków działań zapobiegawczych powinno być wytwarzanie zabawek w taki sposób, aby potencjalna możliwość obrażeń odniesionych przez dzieci podczas użytkowania tych wyrobów była zminimalizowana. Od projektantów należy wymagać przemyślenia aspektów bezpieczeństwa pod-

czas tworzenia nowego wyrobu. Producenci powinni być świadomi stosowania właściwych materiałów i technologii, a razem z dystrybutorami zabawek powinni zadbać o uświadamianie klientom kupującym te wyroby wszystkich możliwych sytuacji zagrażających bezpieczeństwu dzieci. Mogą wypełnić ten obowiązek przekazując wraz z zakupionym wyrobem odpowiednie materiały informacyjne i ostrzeżenia. Wszystkie zabawki sprzedawane na rynku UE powinny posiadać znak CE, co jednak nie stanowi gwarancji jakości lub bezpieczeństwa. Należy zatem postulować, by wszystkie zabawki dostępne na naszym rynku zabawki odpowiadały normie PN – EN 71 i było zaopatrzone w odpowiednie oznakowanie, bowiem tylko znak PN – EN 71 umieszczony na zabawce lub jej opakowaniu wskazuje, iż zabawka została wyprodukowana zgodnie z normami bezpieczeństwa.

7.4.2. Przemoc

Koalicja na Rzecz Przyjaznego Przesłuchiwanie Dzieci

W odpowiedzi na inicjatywę Fundacji Dzieci Niczyje, w dniu szczególnej pamięci o ofiarach przestępstw (22 lutego 2007 r.) Rzecznik przystąpił do Koalicji na Rzecz Przyjaznego Przesłuchiwanie Dzieci, która ma na celu stworzenie warunków godnego udziału dzieci w czynności procesowej, jaką jest przesłuchiwanie ich w charakterze świadka przestępstwa. Kolejnym celem Koalicji jest zapewnienie dzieciom ochrony w postępowaniu karnym przed psychicznym skrzywdzeniem, przede wszystkim poprzez zmianę praktyki przesłuchiwanie dzieci. Nieodzowne jest też podniesienie kompetencji osób mających styczność z dziećmi w toku postępowania karnego oraz podniesienie wrażliwości społeczeństwa na specyficzną sytuację dzieci – ofiar i świadków przestępstw.

W dniu 27 kwietnia 2007 r. Rzecznik zorganizował pierwsze spotkanie Koalicji, w którym uczestniczyli także przedstawiciele Ministerstwa Sprawiedliwości, Rzecznika Praw Dziecka, Policji, Sądów, Prokuratur, Instytucji Samorządowych i Organizacji Pozarządowych oraz osoby, które do Koalicji wstąpiły indywidualnie.

Zasadnicze wątpliwości budzi traktowanie dziecka przez organy procesowe, jedynie jako źródła dowodowego. Wyniki analizy kierowanych do Rzecznika pism oraz akt spraw, w których zeznawały dzieci, wskazują, iż nie zawsze organy procesowe dostrzegają konieczność przesłuchiwanie dzieci w odpowiednich warunkach, w przyjaznych dlań miejscach, w miarę możliwości w trybie jednokrotnego przesłuchania, z dostosowaniem formy i tempa przesłuchania do poziomu roz-

woju i stanu psychicznego dziecka, przy udziale psychologa. Często nie korzysta się z możliwości przesłuchania dzieci w tzw. *niebieskich pokojach*, nie reaguje się na prośby rodziców dzieci o przesłuchanie małoletnich w ich miejscu zamieszkania. Dzieci nierzadko stykają się bezpośrednio ze sprawcami przestępstw na sali rozpraw, są przesłuchiwane wielokrotnie, zdarzają się też przypadki błędnego uznania, że dane dziecko nie może być przesłuchane w trybie art. 185a Kpk.

Wśród kierowanych do Rzecznika skarg, znajdują się i takie, które zawierają np. prywatnie wykonane protokoły przesłuchania małych dzieci przez ich najbliższych członków rodziny, starających się w ten sposób dowieść, że przesłuchanie dziecka w toku postępowania karnego było niepełne, niewystarczające czy sprzeczne z tym, co tak naprawdę przeżyło i widziało ich dziecko.

Te dwie okoliczności dowodzą, że wiedza o konieczności przeprowadzania przyjaznego dla dziecka i wyłącznie profesjonalnego przesłuchania powinna być upowszechniona. Wiedzę tę powinny wesprzeć odpowiednio skonstruowane przepisy prawa.

Tymczasem unormowania zawarte w przepisach art. 185 a Kpk i art. 185 b Kpk stanowią niewystarczającą gwarancję ochrony dzieci – ofiar przestępstw, przed powtórna wiktylizacją. Uwagi dotyczące tej kwestii przedstawione przez Rzecznika już w roku 2005 Ministrowi Sprawiedliwości – Prokuratorowi Generalnemu, wydają się wciąż aktualne. W obecnym stanie prawnym, dziecko, które nie ukończyło w chwili przesłuchania 15 lat, a jest ofiarą przestępstwa przeciwko wolności seksualnej i obyczajności czy też przestępstwa przeciwko rodzinie i opiece, zgodnie z art. 185a Kpk można przesłuchiwać tylko raz. Od reguły jednorazowego przesłuchania dziecka są jednak pewne wyjątki, stawiające dobro postępowania karnego powyżej dobra dziecka. Przykładem jest tu żądanie oskarżonego, który nie miał obrońcy w czasie pierwszego przesłuchania pokrzywdzonego dziecka, aby ponownie przesłuchiwać dziecko. Żądanie oskarżonego może być zupełnie bezpodstawne, a jednak musi być spełnione.

Inną ważną kwestią jest niefortunna konstrukcja przepisów art. 185 a i art. 185 b Kpk, nakładająca wymóg zastosowania trybu przesłuchania uzależniony od wieku świadka w czasie przesłuchania. Górny pułap wieku budzi wątpliwości, bowiem dobro dzieci między 15 a 18 rokiem życia jest stawiane poza ochroną, m.in. przed ponowną wiktylizacją. Poza taką ochroną stoi też dobro dzieci skrzywdzonych m.in. przestępstwem handlu ludźmi (handlowi dziećmi może bowiem nie towarzyszyć przemoc czy groźba bezprawna, a czyn ten opisany jest w art. 253 Kk,

w rozdziale XXXII Kodeksu karnego, czyli poza rozdziałami wymienionymi w art. 185a Kpk) .

Należy przy tym zauważyć, w myśl Konwencji Praw Dziecka, że dziecko to istota ludzka poniżej 18 lat. Podobnie dziecko, jako osobę do 18 roku życia określają inne dokumenty międzynarodowe, które powinny zostać wzięte pod uwagę w treści naszych kodyfikacji karnych, jak np. Protokół fakultatywny do Konwencji o prawach dziecka w sprawie handlu dziećmi, dziecięcej prostytucji i dziecięcej pornografii.

Rzecznik ma na względzie także uprawnienia osób oskarżonych do obrony i kontradyktoryjności rozprawy, jednak kwestie te nie wykluczają się wzajemnie i przy dobrej woli można je połączyć. Dobrym przykładem jest wyznaczenie przez sąd decydujący się na przesłuchanie dziecka w trybie art. 185 a Kpk obrońcy obowiązkowego oskarżonemu czy też podejrzanemu. W ten sposób oskarżony w chwili przesłuchania dziecka ma obrońcę. Tego typu, dobre praktyki powinny być szerzej niż dotąd upowszechniane.

Zagrożenie dobra dzieci wskutek oddzielenia dzieci od matki na mocy wyroku sądu

Rzecznik Praw Obywatelskich wystąpił do Sądu Rejonowego dla m. st. Warszawy w wnioskiem o rozstrzygnięcie w trybie art. 577 kpc w przedmiocie ograniczenia władzy rodzicielskiej Cezarego D. i Izabeli D. nad małoletnimi Michaliną i Marią D., i wydanie stosownych zarządzeń, odpowiednich z uwagi na sytuację psychologiczną małoletnich, na podstawie art. 109 kodeksu rodzinnego i opiekuńczego.

Konieczność złożenia wniosku wynikała z bezpośredniego zagrożenia dobra dzieci; w opinii Rzecznika Praw Obywatelskich, w sytuacji zaistniałej po wydaniu orzeczenia Sądu Okręgowego w Warszawie z dnia 14 stycznia 2008 r. w sprawie sygn. VI Ca 375/07, istnieje realne ryzyko zaburzenia rozwoju emocjonalnego dzieci, a także deprywacji ich podstawowych potrzeb życiowych.

Orzeczeniem z dnia 14 stycznia 2008 r. Sąd Okręgowy w Warszawie postanowił umieścić małoletnie Marię i Michalinę D. w wielofunkcyjnej placówce opiekuńczo – wychowawczej dla dzieci z zaburzeniami emocjonalnymi, zobowiązując jednocześnie placówkę do poddania małoletnich odpowiedniej terapii.

Sąd zakwestionował jedyną opinię biegłego psychologa, sporządzoną w trakcie postępowania, a która stwierdzała występowanie u dziewczynek tzw. syndromu Gardnera (PAS). Niemniej jednak – niezależnie od podważenia samej diagnozy – Sąd zastosował środki oddziaływania

wskazane przez biegłą, o bardzo inwazyjnym charakterze: (nieokreślona) terapia dzieci ma być przeprowadzona w placówce opiekuńczo – wychowawczej. W opinii Sądu, umieszczenie dzieci w placówce ma na celu terapię odbywającą się – z założenia – bez udziału matki, której postępowanie jest czynnikiem leżącym u podstaw zdiagnozowanych zaburzeń emocjonalnych dzieci, w rezultacie czego odseparowanie od matki stanowi warunek powodzenia samego leczenia.

Tymczasem wszelkie ustalenia, które poczynił Sąd Okręgowy w sprawie sygn. VI Ca 275/07, nastąpiły w zasadzie w „diagnostycznej próżni”. Sąd nie podjął się fachowej kwalifikacji zaburzeń emocjonalnych dziewczynek. Tymczasem skoro Sąd podważył diagnozę biegłej, to – znając wyłącznie obraz samych objawów – nie może, bez uciekania się do wiedzy specjalistycznej, określić ani źródeł tych zachowań, ani elementów terapii.

Należy w tym miejscu podkreślić, że – w szczególności w przypadku małych dzieci – okoliczność odbywania terapii w środowisku rodzinnym bądź poza nim jest istotnym, merytorycznym elementem samej terapii.

Przy nieustalonej diagnozie Sąd nie może także przyjąć, iż zyski z nieokreślonej terapii, o nieoznaczonym czasie trwania, przeważa nad jej ewentualnymi negatywnymi aspektami, a psychiczne skutki oddzielenia od matki nie będą znaczące.

W opinii Rzecznika Praw Obywatelskich, istnieje realne zagrożenie, że wykonanie przedmiotowego orzeczenia może stanowić przeżycie urazowe dla obu dziewczynek, którego konsekwencje zaważą zarówno na ich rozwoju emocjonalnym, jak i na relacjach z obojgiem rodziców. Obecnie orzeczenie takiego środka należy traktować jako działanie przedwczesne, a ze względu na stopień ingerencji w sferę relacji rodzinnych – także jako zagrażające dobru dziecka.

Ze streszczonym powyżej wystąpieniem Rzecznika do sądu wiąże się będące od kilkunastu lat przedmiotem kontrowersji zarówno w środowiskach naukowych, jak i w orzecznictwie sądowym a opisane w 1985 roku przez Richarda Gardnera, zaburzenie występujące u dziecka, *„które w kontekście rozvodu rodziców jest zaangażowane w nieuzasadnione i/lub przesadzone deprecjonowanie i krytykowanie jednego z rodziców”*,

Szczególny niepokój łączy się z niekiedy bezkrytycznym posługiwaniem się gardnerowskimi zasadami postępowania wobec dziecka: dziecko może pozostać u rodzica oddzielającego go od drugiego rodzica pod warunkiem przydzielenia terapeuty i przestrzegania zasad widywania

się z drugim rodzicem ustalonych przez sąd; terapeuta monitoruje rygorystycznie restrykcyjny program wizyt, który może być rozszerzany lub ograniczany; jeśli stopień agresji podstawowego opiekuna w ocenie terapeuty jest zbyt duży, należy dziecko umieścić w neutralnym miejscu i powoli przywracać kontakty z obojgiem rodziców.

W prezentacji podczas ogólnopolskiej konferencji⁶ specjaliści psychiatrii dzieci i młodzieży oraz psychiatrii sądowej, zwracali uwagę, że uwikłanie dziecka w konflikt rodziców niekiedy bezpardonowo walczących między sobą o tzw. pierwszeństwo opieki rodzicielskiej i eliminację jednego z nich, wywiera bez wątpienia negatywny wpływ na zdrowie i rozwój psychiczny dziecka.

Potrzebna jest zdaniem psychiatrów rozważa przy klasyfikowaniu problemu, wydawaniu i realizacji orzeczeń sądowych, także w sprawie zastosowania środków leczniczych lub wychowawczych i uwzględnianie następujących okoliczności:

- postrzegania PAS raczej w kontekście diagnozy problemów rodziny niż diagnozy problemów dziecka i możliwego wpływu, jaki może mieć przyjęcie koncepcji zespołu PAS na zaostrzenie a nie na uregulowanie konfliktu pomiędzy rodzicami dziecka;
- negatywnych konsekwencji posługiwania się koncepcją Gardnera dla rozwoju dziecka i jego sytuacji w rodzinie a zwłaszcza możliwości nie tyle zapobiegania krzywdzie, jaką byłoby odcięcie od kochającego rodzica, co raczej maskowania realnej krzywdy wyrządzonej dziecku, w formie zaniedbywania, molestowania seksualnego, przemocy fizycznej i psychicznej; przyjęcie tej koncepcji grozi nadmierną unifikacją i schematycznym przyjmowaniem rozwiązań, które nie będą uwzględniały indywidualnych potrzeb każdego dziecka i rodziny. Nie różnicuje na przykład postępowania w zależności od intencji rodziców
- nie w pełni przemyślanych i pochopnych decyzji o umieszczeniu dziecka poza rodziną lub u nieakceptowanego rodzica; stosowanie rozwiązań terapeutycznych, proponowanych przez Gardnera, szczególnie w sposób sztywny, niesie za sobą niebezpieczeństwo pochopnego separowania dziecka od rodziców; umieszczenie dziecka w rodzinie zastępczej, bądź instytucji wychowawczej pozbawia go poczucia bezpieczeństwa i zagraża jego prawidłowemu rozwojowi co najmniej tak samo, jak izolowanie od jednego z rodziców.

⁶ Namysłowska, J. Heitzman, A. Siewierska: Zespół Gardnera – Zespół oddzielenia od drugoplanowego opiekuna (PAS) Rozpoznanie czy rzeczywistość rodzinna?, 23. Ogólnopolska Konferencja Psychiatrów Dzieci i Młodzieży, Warszawa, 28-30 marca 2008

- o tym, czy w przypadku konkretnej rodziny pomocne będą działania prawne, w postaci wizyt pod kontrolą terapeuty czy wyszkolonego kuratora lub zmiany opiekującego się rodzica lub nawet (w ostateczności) umieszczenie dziecka poza rodziną, czy też raczej wskazana jest psychoterapia muszą decydować konkretne dane o możliwościach, zasobach i motywacjach rodziców oraz reakcjach dzieci. Wskazania takie powinny być formułowane przez profesjonalistów dla każdej rodziny, a nie dla rozpoznawanego zespołu.

Ochrona dzieci przed krzywdzeniem seksualnym

Wykorzystywanie seksualne dzieci przez osoby dorosłe jest poważnym problemem społecznym, wobec którego nie można pozostać obojętnym. Szacuje się, że w Polsce, podobnie jak w innych krajach Unii Europejskiej, zjawisko to dotyczy 10–20% dzieci.

Uraz związany z doznaniem cierpieniem – często przeżywanym w milczeniu – wywiera głęboki, negatywny wpływ na zdrowie i rozwój dziecka w wymiarze fizycznym, psychicznym i społecznym. Skutki krzywdzenia seksualnego w dzieciństwie rozciągają się na całe dorosłe życie ofiary. Dramat seksualnego wykorzystywania i molestowania dzieci pogłębiany jest nie tylko w wyniku przedostających się do opinii publicznej informacji o rozległości i brutalności urazów (śmierć dziecka, kazirodztwo, prostytutka, handel żywym towarem, pornografia), lecz także przez fakt, iż sprawcami są na ogół osoby dorosłe z bliskiego otoczenia dziecka.

Postulaty środowisk zajmujących się ochroną dzieci, formułowane także w wystąpieniach Rzecznika, wprowadzenia do ustawodawstwa niezbędnych instrumentów prawnych, które umożliwiłyby skuteczne wyeliminowanie możliwości kontaktu z dziećmi osób stanowiących dla nich tak poważne zagrożenie, znalazły swój wyraz w zapisach ustawowych. Ustawą z dnia 27 lipca 2005 r. o zmianie ustawy – Kodeks karny, ustawy – Kodeks postępowania karnego i ustawy – Kodeks karny wykonawczy (Dz.U. Nr 163, poz. 1363 z późn zm.) zaczęły obowiązywać z dniem 26 września 2005 r. przepisy, które znacznie rozszerzają zakres postępowania z różnymi kategoriami sprawców przestępstw o charakterze seksualnym.

W roku 2007 Rzecznik monitorował stan realizacji tych przepisów w aspekcie ochrony dzieci przed krzywdzeniem seksualnym.

Rzecznik pismem z dnia 17 kwietnia 2007 r. (RPO-230517-VII/04) wystąpił do Ministra Zdrowia w związku z brakiem realizacji rozwiązań ustawowych zawartych w znowelizowanych art. 72 § 1 i art.

95a § 1 Kodeksu karnego a nakładających obowiązków na organy wymiaru sprawiedliwości oraz placówki opieki zdrowotnej, podejmowania wobec sprawców przestępstw o charakterze seksualnym odpowiednich przedsięwzięć prawno – karnych, organizacyjnych i leczniczo – terapeutycznych. Z informacji medialnych pod koniec pierwszego kwartału 2007 roku wynikało (por. np. „Wydarzenia” w „Polsacie” z 20 marca, „Dziennik” i „Metro” z 21 marca), że resorty zdrowia i sprawiedliwości dopiero przygotowują projekt zmian w Kodeksie karnym umożliwiające przymusowe leczenie pedofilów, podczas gdy podsekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia, pismem z dnia 12 grudnia 2006 r. (MZ – ZPP-073-3194-20/sk/06), informował, że już od 11 lipca 2006 r. w Ministerstwie Zdrowia pracuje międzyresortowy zespół, którego zadaniem jest przygotowanie w oparciu o obowiązujące prawo nowej strategii leczenia osób z zaburzeniami preferencji seksualnych, czemu ma służyć opracowanie i wdrożenie kompleksowych, profesjonalnych programów terapeutycznych dla osób z zaburzeniami preferencji seksualnych.

Wobec tych sprzecznych informacji w wystąpieniu Rzecznika z kwietnia 2007 roku znalazło się pytanie – jakie zostały podjęte i w jakich terminach będą zakończone działania w resorcie zdrowia zmierzające do wdrożenia w życie przepisów cytowanej ustawy z dnia 27 lipca 2005 r. w zakresie dotyczącym sposobów postępowania ze sprawcami przestępstw o charakterze seksualnym?

Treść odpowiedzi Podsekretarza Stanu w Ministerstwie Zdrowia nie daje podstaw do przekonania, iż jakiegokolwiek kroki realizacyjne w tej mierze zostały, lub w określonych terminach będą, podjęte.

Wobec uzasadnionego przypuszczenia, iż przynajmniej część ustawowych rozwiązań, które weszły w życie ponad dwa lata temu, w praktyce pozostaje martwa, w Biurze Rzecznika zostały podjęte prace nad oceną stanu realizacji innych zmian w ustawie z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny (art. 39 pkt 2a, art. 41 pkt 1a oraz pkt 1b, art. 41A, art. 106A), zmian w ustawie z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks postępowania karnego (art. 275 § 2), a także zmian w ustawie z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny wykonawczy (art. 181A). Przywołane normy prawne umożliwiają stosowanie specjalnych wymogów formalnych oraz poddanie szczególnej kontroli osób, ubiegających się o zatrudnienie lub pracujących w placówkach zajmujących się opieką, leczeniem, kształceniem i wychowaniem dzieci, organizacją ich wypoczynku oraz rozwijaniem zainteresowań artystycznych i sportowych.

Dodatkowego waloru aktualności i pilności działań na rzecz wzmocnienia ochrony dzieci przez wykorzystywaniem i molestowaniem sek-

sualnym, między innymi poprzez rzetelną realizację obowiązujących w porządku prawnym rozwiązań ustawowych, nałożyła podpisana przez Polskę w dniu 25 października 2007 r. Konwencja Rady Europy w sprawie ochrony dzieci przed seksualnym wykorzystywaniem i molestowaniem.

7.5. Działania Rzecznika Praw Obywatelskich w obszarze głównych uwarunkowań zdrowia⁷

7.5.1. Dostęp do edukacji przedszkolnej

W dniu 17 października 2007 r. odbyła się VII Konwencja Ruchu przeciw Bezradności Społecznej. To ważne wydarzenie, któremu przyświecało hasło: *Edukacja przedszkolna dla dzieci ze środowisk wymagających szczególnego wsparcia – perspektywy samoorganizacji społeczeństwa obywatelskiego na rzecz edukacji przedszkolnej*, było centralnym elementem obchodów w Polsce Międzynarodowego Dnia Walki z Ubóstwem, odbywającymi się pod patronatem Rzecznika Praw Obywatelskich.

W zgodnej opinii uczestników Konwencji edukacja przedszkolna jest najlepszym okresem na wyrównywanie szans edukacyjnych i potrzebna jest zwłaszcza dzieciom z rodzin ubogich, bezradnych życiowo, bezrobotnych, bowiem wczesne dzieciństwo to najbardziej intensywny okres rozwoju człowieka, największej wrażliwości na bodźce stymulacyjne, jeśli chodzi o proces uczenia. Wtedy najintensywniej rozwijają się wszystkie funkcje i procesy poznawcze. To wówczas dzieci uczą się rozwiązywania trudności, wyrabiają odporność na stres, uczą się wiary we własne siły. Jak podkreślano podczas obrad, to co dziecko otrzyma w tym czasie od innych ludzi będzie jego kapitałem na całe życie. Dzieci w rodzinach bezrobotnych, bezradnych życiowo, dotkniętych patologią obserwując bliskich nasiakają tym światem, dziedziczą biedę, pogląd na życie, nieradzenie sobie z problemami i wchodzą z nimi w dorosłe życie. Dzieci z rodzin z problemami szczególnie potrzebują edukacji przedszkolnej m.in. dlatego, że okres przedszkolny to również najlepszy czas na wyrównywanie szans i pracę z dziećmi potrzebującymi specjalistycznej pomocy. Efekty tej pracy są lepsze niż później w okresie szkolnym. Tymczasem odsetek dzieci w wieku 3 – 5 lat zapisanych do przed-

⁷ W opracowaniu podano przykładowe działania; szczegółowy opis działań RPO w obszarze edukacji, pomocy socjalnej, rodziny, znajduje się w Informacji rocznej z działalności RPO w 2007 roku.

szkoli w Polsce jest najniższy wśród krajów UE – wynosi tylko ok. 40 proc., podczas gdy np. na Węgrzech, w Belgii i Irlandii wynosi 100 proc., a w Czechach, Włoszech i Szwajcarii – ponad 90 proc. Prowadzenie przedszkoli jest zadaniem własnym samorządów – oznacza to, że utrzymanie placówek oraz wynagrodzenia nauczycieli tam pracujących finansowane są ze środków własnych samorządów. Ograniczenia finansowe gmin doprowadziły do zamknięcia pomiędzy 1990 a 2001 r. ponad 30 proc. przedszkoli, większość z nich to były przedszkola w małych miejscowościach i na wsi.

7.5.2. Przeciwdziałanie ubóstwu

Poszerzające się i utrwalające się ubóstwo znacznej części społeczeństwa zaczyna być w Polsce największą przeszkodą w zaspokajaniu podstawowych potrzeb zdrowotnych, edukacyjnych, rozwojowych i socjalnych dzieci i w wypełnianiu należnych dzieciom praw. Bieda dotycząca nasze dzieci pociąga też za sobą dalekosieźne ujemne następstwa określane mianem dziedziczenia ubóstwa, marginalizacji i wykluczenia społecznego, co podważa idee równości szans i wspólnotę wartości wewnątrz kraju oraz ogranicza możliwości pełnego korzystania z szans rozwoju, jakie stwarza uczestnictwo w Unii Europejskiej.

W Polsce obchody 20. Międzynarodowego Dnia Walki z Ubóstwem, 17 października 2007 r. miały, jak się wydaje, autentycznie ogólnonarodowy charakter. Dzięki inicjatywie wielu organizacji pozarządowych (w większości obywatelskich, ale też instytucji publicznych reprezentujących np. władze samorządowe), został utworzony przy Rzeczniku Praw Obywatelskich Komitet Organizacyjny, który zdołał w krótkim czasie zmobilizować wielu ludzi do zaangażowania się w celu wprowadzenia w życie hasła obchodów: *Dużo robimy osobno, zrobmy jeszcze więcej wspólnie*. Jednym z ważniejszych wydarzeń tego dnia była VII Konwencja Ruchu przeciw Bezradności Społecznej pt. *Edukacja przedszkolna dla dzieci ze środowisk wymagających szczególnego wsparcia*.

W swym wystąpieniu Rzecznik Praw Obywatelskich uznał za oczywistą zbieżność celów ustanowienia tego Dnia i celów Ruchu przeciw Bezradności Społecznej. Każdego dnia w Polsce około 5 milionów osób musi stawać do osobistej walki z ubóstwem, a kolejne kilka milionów stara się zapewnić sobie i swoim rodzinom choćby minimum socjalne, czyli zaspokojenie podstawowych potrzeb. Wykluczenie społeczne, jakie dotyka te osoby warunkuje często także przyszłość ich dzieci, które mają znikomą szansę na wyrwanie się z zakłętego kręgu ubóstwa. Bie-

da i ubóstwo dzieci musi budzić największy niepokój. Zjawisko to powinno mobilizować nie tylko ONZ na rzecz realizacji Milenijnych Celów, czy Unię Europejską do skuteczniejszej realizacji polityki integracji społecznej, nie tylko państwa i ich rządy, ale nas wszystkich. Potrzebne jest zaangażowania społeczeństwa obywatelskiego w działania na rzecz dzieci ze środowisk wymagających szczególnego wsparcia.

Rzecznik podkreślił, że objęcie patronatem oraz przewodniczenie działaniom mającym na celu utworzenie społecznego ruchu zrzeszającego ludzi i organizacje działające na rzecz przeciwdziałania ubóstwu, jest logiczną konsekwencją misji Rzecznika Praw Obywatelskich. Przez misję Rzecznika Praw Obywatelskich należy rozumieć inspirowanie i wspieranie wszelkich działań umożliwiających w praktyce realizację praw człowieka i praw obywatelskich. Oznacza to przede wszystkim przyczynianie się do zapewnienia sprawiedliwego udziału wszystkich obywateli w życiu społecznym, politycznym, kulturalnym i ekonomicznym. Niestety, ubóstwo, wykluczenie społeczne, rosnące nierówności społeczne, stanowią najpoważniejsze zagrożenie realizacji zasady tego „sprawiedliwego udziału”. Jest rolą Rzecznika Praw Obywatelskich podejmowanie działań, które będą stanowiły odpowiedź na najważniejsze problemy społeczne. Wśród nich na wyróżnienie zasługuje realizacja praw w zakresie równych szans dla wszystkich w uzyskaniu możliwie najwyższego wykształcenia. Powołując się na opublikowany w 2007 roku raport ekspertów – Hugh Frazera i Erica Marliera – dotyczący walki z ubóstwem dzieci w Unii Europejskiej Rzecznik Praw Obywatelskich przywołał opinię, iż dla wyeliminowania tego problemu realizowane są dwa podstawowe kierunki działań: zwiększenie dostępu rodziców do rynku pracy oraz zapobieganie deficytom edukacyjnym. Uzyskanie dobrego wykształcenia i odpowiednich kwalifikacji zawodowych stanowi bowiem formę zabezpieczenia przed społeczną degradacją i materialną deprywacją. Troskę budzić musi fakt, że w naszym kraju aż 29% dzieci, w wieku do 17 roku życia, jest zagrożonych ubóstwem. Faktycznie oznacza to, że większość z nich żyje na granicy albo nawet poniżej granicy minimum egzystencji. Dla tych dzieci musi zostać stworzony system intensywnego wsparcia, zwłaszcza tam, gdzie rodzice z jakichkolwiek powodów nie są w stanie zapewnić im właściwych warunków do nauki oraz rozwoju ich osobowości. Odpowiedzialność w tym zakresie ciąży przede wszystkim na organach władzy publicznej we współpracy ze społeczeństwem obywatelskim.

7.5.3. Założenia koncepcyjne strategii polityki rodzinnej⁸

Celem strategicznym polityki rodzinnej powinna być poprawa warunków powstawania i funkcjonowania rodzin oraz podnoszenie poziomu urodzeń. Polityka rodzinna nie może jednak skupiać się wyłącznie na aspekcie ilościowym – na wzroście dzietności – a powinna uwzględniać także poprawę jakości funkcjonowania rodziny we wszystkich jej wymiarach, w tym powinna uwzględniać potrzeby starszego pokolenia.

Dla osiągnięcia celu strategicznego niezbędne jest określenie celów pośrednich i zadań realizacyjnych.

Jednym z takich celów pośrednich powinno być tworzenie warunków sprzyjających powstawaniu rodzin, przede wszystkim poprzez zawieranie małżeństw i realizację planów prokreacyjnych. Pociąga to za sobą potrzebę: zagwarantowania warunków sprzyjających osiągnięciu i utrzymaniu samodzielności ekonomicznej przez osoby młode oraz utrzymaniu niezależności ekonomicznej przez rodziny, zarówno w sferze edukacji, w sferze działań prozatrudnieniowych, jak i w sferze przedsiębiorczości; tworzenia warunków umożliwiających uzyskanie samodzielnego mieszkania przez osoby młode oraz pozwalających na dostosowanie warunków mieszkaniowych w miarę rozwoju rodziny; doskonalenia systemu opieki nad małym dzieckiem jako elementu umożliwiającego godzenie obowiązków zawodowych z rodzinnymi (opieka rodziców, formy opieki zinstytucjonalizowanej); kształtowania systemu wartości prorodzinnych w społeczeństwie, szczególnie wśród osób młodych; rozwoju edukacji prorodzinnej – promowanie wartości rodzinnych i przygotowanie do życia w rodzinie.

Kolejnym celem pośrednim powinno być tworzenie warunków sprzyjających rozwojowi młodego pokolenia w rodzinie i w środowiskach pozarodzinnych, jako czynnika poprawy jakości kapitału ludzkiego. Wymaga to wspierania rodziny w ponoszeniu kosztów utrzymania i wychowania dzieci, poszerzaniu oferty usług społecznych dla dzieci i młodzieży sprzyjających rozwojowi młodej generacji, stworzenia systemu pozwalającego na zapewnienie dostępu dzieci i młodzieży do usług społecznych na zasadzie równych szans, a także efektywnego włączenia rodziców do współpracy z placówkami wychowawczymi w procesach edukacyjnych i wychowawczych.

Jako trzeci cel operacyjny należy widzieć pomoc rodzinom w trudnych sytuacjach: rodzinom niepełnym, wielodzietnym, obciążonym osobą nie-

⁸ Wstępne ustalenia Zespołu eksperckiego RPO ds. opracowania strategii polityki rodzinnej

pełnosprawną. Realizacja tego celu narzuca konieczność podjęcia kroków na rzecz: tworzenia warunków sprzyjających podejmowaniu świadomych decyzji macierzyńskich i rodzicielskich; poprawy stanu zdrowia jako czynnika ograniczającego umieralność osób w okresie aktywnego rodzicielstwa; rozwoju poradnictwa małżeńskiego jako warunku sprzyjającego utrzymaniu trwałości małżeństwa i ograniczaniu liczby rozwodów; zapewnienia warunków dla prawidłowego realizowania funkcji ekonomicznej, opiekuńczej, wychowawczej i emocjonalnej rodziny niepełnej z dziećmi na utrzymaniu; pomocy rodzinom niepełnym w przezwyciężaniu trudności: materialnych, emocjonalnych, wychowawczo – społecznych i innych, których nie są w stanie same pokonać; tworzenia warunków sprzyjających podejmowaniu świadomych decyzji o wielodzietności (działania na rzecz świadomego rodzicielstwa i rozwoju edukacji zdrowotnej); ograniczania skali ubóstwa i zapobiegania marginalizacji rodzin wielodzietnych jako warunku zapewnienia rozwoju młodego pokolenia; stworzenia możliwości poprawy warunków mieszkaniowych sprzyjających właściwemu funkcjonowaniu rodziny; zwiększenia aktywności rodzin wielodzietnych w zakresie rozwiązywania własnych problemów; tworzenia warunków na rzecz rozwoju dzieci i młodzieży na zasadach równości szans; kształtowania pozytywnych postaw wobec wielodzietności; tworzenia warunków do większej aktywności zawodowej osób niepełnosprawnych jako podstawy społecznej integracji i poprawy warunków ich życia; wspierania dochodów rodzin z osobą niepełnosprawną; zapewnienia osobom niepełnosprawnym dostępu do usług społecznych jako warunek integracji; działania na rzecz dostosowania mieszkań do potrzeb osób niepełnosprawnych; kształtowania pozytywnych postaw wobec niepełnosprawności.

Realizacja kolejnego celu operacyjnego, jakim jest poprawa opieki zdrowotnej nad matką i dzieckiem wiąże się z koniecznością: doskonalenia czynnej opieki nad kobietą ciężarną, rodzącą i nad noworodkiem jako warunku podniesienia jakości prokreacji; działań na rzecz ograniczania zachorowań i zgonów wśród dzieci i młodzieży; a także z odbudową medycyny szkolnej i rozwojem promocji zdrowia.

W pracach programowych nad strategią polityki rodzinnej powinny być uwzględnione wyniki prognoz na temat kształtowania się w kolejnych dziesiątkach lat sytuacji demograficznej, w tym migracyjnej.

ROZDZIAŁ VIII.

Ku zdrowemu rodzicielstwu – zarys programu polityki zdrowotnej

Urodzenie dziecka to bardzo ważny moment w życiu rodziny a prawidłowy przebieg ciąży i porodu, prawidłowy przedurodzeniowy i pourodzeniowy rozwój dzieci to istotny czynnik warunkujący poczucie osobistego szczęścia i pomyślny rozwój społeczności. Rodzicielstwo, oparte na fizjologicznych procesach przebiegających przed zapłodnieniem w organizmach matki i ojca a później, po zapłodnieniu w narządach rodnych kobiety, najczęściej przebiega prawidłowo. Rolą opieki medycznej jest wówczas monitorowanie przebiegu ciąży, porodu, rozwoju dziecka oraz analizowanie obecności i oddziaływania potencjalnie niebezpiecznych czynników ryzyka, które mogą prawidłowy przebieg prokreacji zakłócić. Następnie podejmujemy działania mające na celu wyeliminowanie tych czynników lub zmniejszenie siły ich oddziaływania.

Czasem pojawiają się problemy. Niektórych z nich nie jesteśmy w stanie wyeliminować. Wiadomo, że duża część zarodków obumiera we wczesnej ciąży. Przyczyną jest najczęściej zakłócenie rozwoju uwarunkowane genetycznie, związane z wiekiem kobiety, rzadziej męczyzny, spowodowane zaburzeniami chromosomalnymi, mutacjami genów. Im wcześniejszy okres rozwoju, tym tych strat jest więcej. Niektóre wady rozwojowe, nieprawidłowości anatomiczne narządu rodnej kobiety mogą utrudnić proces prokreacji prowadząc do niepłodności, poronienia lub porodu przedwczesnego.

Zakłócenia prawidłowego przebiegu prokreacji, przebiegu ciąży i/ lub rozwoju dziecka są spowodowane przez czynniki środowiskowe, zewnętrzne, pochodzące z otaczającego środowiska lub wewnętrzne, obecne w organizmie kobiety. Niektóre czynniki środowiska, zwłaszcza zewnętrznego trudno usunąć, są one mniej lub bardziej trwale związane z postępowaniem cywilizacyjnym, stylem życia, sposobem odżywiania się.

Jednym z ważnych czynników utrudniających realizację planów prokreacyjnych jest zwiększenie się średniego wieku, w którym kobie-

ta rodzi swoje dziecko niezależnie od kolejności urodzenia. Wynosi on obecnie około 28 lat. Nie jest to wiek optymalny z biologicznego punktu widzenia. W tym wieku częściej zdarzają się trudności z zapłodnieniem, większa w porównaniu z matkami w wieku 20 – 24 lata jest częstość poronień, wad rozwojowych, zgonów okołoporodowych.

Trudne do zauważenia, czasem lekceważone dolegliwości u dorastającej dziewczyny lub chłopca, wczesna inicjacja seksualna, papierosy, alkohol to ważne, choć niedoceniane przyczyny późniejszych zaburzeń płodności, trudności w donoszeniu ciąży, chorób u dzieci, nowotworów u ich matek. W takich sytuacjach pomoc można uzyskać od medycyny naprawczej. Jednak leczenie chorób jest mniej skuteczne i bardziej kosztowne od zapobiegania. W takich sytuacjach konieczne są czasem długotrwałe starania, wydatki finansowe ze strony Narodowego Funduszu Zdrowia, rodziny, interwencja personelu medycznego by doszło do zapłodnienia i urodzenia zdrowego dziecka.

Niektóre czynniki będące przyczyną niepłodności, poronień, wad rozwojowych, zgonów wewnątrzmacicznych, wcześniactwa, zgonów noworodków trudno rozpoznać i wyeliminować.

Polska znajduje się obecnie w stanie prawdziwego kryzysu demograficznego. Dzietność kobiet jest jedną z najniższych w Europie. Co prawda, liczba urodzeń od dwóch lat nieco się zwiększa, ale wynika to raczej z wyjątkowej liczebności roczników kobiet urodzonych na początku lat osiemdziesiątych ubiegłego stulecia, będących obecnie w wieku prokreacyjnym, niż średniej liczby dzieci urodzonych teraz przez kobietę. Zastępowalność pokoleń zapewnia liczba średnio 2,1 dzieci pochodzącej od jednej matki, obecnie liczba ta w Polsce wynosi 1,2.

Obecna sytuacja demograficzna oznacza w niedalekiej przyszłości mniejszą liczebność roczników osób pracujących zawodowo, groźbę załamania systemu emerytalnego i systemu ochrony zdrowia a w odleglejszej ale wcale nie abstrakcyjnej perspektywie stopniowe wyludnianie obszaru Polski z wszystkimi społecznymi, ekonomicznymi i politycznymi konsekwencjami.

Nie tylko możliwości realizacji planów prokreacyjnych ale również indywidualne decyzje dotyczące czasowego lub trwałego hamowania płodności wpływają na demograficzne zjawiska w skalo makro. Dzietność kobiet a więc i liczba urodzeń pozostają w związku z liczbą zawieranych małżeństw, są uwarunkowane przez czynniki ekonomiczne (dochód, warunki mieszkaniowe), dostępność żłobków czy przedszkoli, czas trwania urlopów macierzyńskich, wysokość zasiłków, przepisy prawa pracy. Stworzenie mechanizmów ekonomicznych i prawnych,

które korzystnie wpłyną na sytuację materialną rodzin przyczyni się do stworzenia warunków sprzyjających decyzjom o powiększeniu rodziny. Nie można zapominać o istotnym czynniku, jakim jest miejsce rodzicielstwa, miejsce dziecka i rodziny na liście uznawanych wartości. Jest to czynnik niedoceniany a prawdopodobnie bardzo istotny.

Można więc powiedzieć, że na zachowania i decyzje prokreacyjne wpływ mają różne zmienne natury ekonomicznej, społecznej, aksjologicznej i psychologicznej.

Tak więc na dietność kobiet, na wielkość przyrostu naturalnego mają negatywny wpływ:

- czynniki niezależne od woli, choroby, powikłania, uwarunkowania pozamedyczne, które w części dają się usunąć, oraz
- decyzje o zapobieganiu ciąży, odłożeniu jej na później, czy samotnym życiu bez potomstwa.

Na instytucjach, organizacjach i osobach zajmujących się finansowaniem, organizacją i bezpośrednim prowadzeniem opieki medycznej dotyczącej prokreacji ciąży obowiązek podejmowania kompleksowych, skoordynowanych działań ukierunkowanych na profilaktykę i promocję zdrowia, leczenie i rehabilitację. Najskuteczniejsza i najtańsza jest profilaktyka, zwłaszcza pierwotna. Leczenie jest droższe i mniej skuteczne ale o tym nie pamiętamy będąc pod ciśnieniem bieżących pilnych potrzeb medycyny naprawczej. Dawno udowodniona hipoteza, że zapobieganie jest opłacalne nie może znaleźć odpowiedniego odniesienia w polityce zdrowotnej. Obecnie realizowane programy zdrowotne nie obejmują zdrowia prokreacyjnego w stopniu takim, jak na to zasługuje jego znaczenie dla kondycji zdrowotnej obecnego i przyszłych pokoleń.. Zagadnienia te zniknęły z najnowszej wersji Narodowego Programu Zdrowia. W całym tekście tego Programu nie ma słowa „poród”. Owszem, finansowany jest program ukierunkowany na profilaktykę wtórną, wykrywanie wad wrodzonych przed urodzeniem dziecka. Nie zwraca się natomiast uwagi na pierwotną profilaktykę tych wad, propagowanie zachowań prozdrowotnych, zalecanie odpowiedniej diety, przeprowadzanie przed ciążą szczepień by usunąć czynniki ryzyka zaburzające rozwój dziecka.

Bardzo ważne jest więc podjęcie wielokierunkowych, nawzajem się uzupełniających działań o udowodnionej w badaniach naukowych i praktyce skuteczności, których celem byłoby zwiększenie szansy na prawidłowy przebieg procesów prokreacji. Umożliwi to w następnej kolejności zmniejszenie stopnia kryzysu demograficznego.

Szczególną uwagę należy zwrócić na ochronę naturalnych mechanizmów warunkujących prawidłową prokreację, ograniczenie częstości bezmyślnego niszczenia własnego zdrowia, w tym prokreacyjnego w wyniku niezdrowego stylu życia, nieuzasadnionego stosowania niektórych procedur medycznych i preparatów farmakologicznych. Naszym priorytetem powinno być zmniejszenie oddziaływania szkodliwych czynników zewnętrznych i niekorzystnych wpływów cywilizacyjnych. Konieczne są działania natury edukacyjnej i organizacyjnej, a więc tańsze niż zakup kosztownej aparatury medycznej służącej leczeniu chorób. Używanie wiedzy i idącej za nią motywacji do właściwych, prozdrowotnych zachowań to prawo każdego młodego człowieka w naszym kraju, każdej rodziny.

Uświadomienie konieczności wzięcia odpowiedzialności za własne zdrowie, afirmacja płodności i jej ochrona, uznanie podmiotowości kobiety w ciąży i jej dziecka, poprawa organizacji opieki medycznej, zmniejszenie częstości nieuzasadnionych procedur medycznych przyczynią się do zmniejszenia częstości niepłodności, częstości występowania powikłań przebiegu ciąży i nieprawidłowości rozwoju dziecka przed i po urodzeniu, zdrowej i szczęśliwej prokreacji.

Uzasadnione jest przyjęcie założenia, że zwiększenie możliwości realizacji indywidualnych planów prokreacyjnych poprzez promocję zachowań sprzyjających zdrowiu a także zmiana postaw wobec rodzicielstwa doprowadzi do zwiększenia dzietności kobiet i zmniejszenia stopnia kryzysu demograficznego w Polsce.

Profilaktyka pierwotna, polegająca na eliminacji czynników ryzyka, zmniejszeniu szkodliwego oddziaływania czynników zewnętrznych na płodność kobiet i mężczyzn, zmniejszeniu częstości wykonywania nieuzasadnionych a szkodliwych dla płodności i prawidłowego przebiegu ciąży i porodu procedur medycznych, wyeliminowaniu form opieki medycznej „nieprzyjaznych” dla matek, dzieci i rodzin, stworzy sytuację sprzyjającą rodzicielstwu i ułatwiającą realizację planów prokreacyjnych. Zmniejszy się częstość niepłodności, poronień samoistnych, wad wrodzonych, zaburzeń przebiegu ciąży i porodów, zgonów okołoporodowych, częstość nieprawidłowego rozwoju dzieci po urodzeniu. Mniejsza liczba dzieci wynika nie tylko z mniejszej dzietności kobiet, ale w pewnym stopniu ze strat w okresie ciąży i po urodzeniu. Każdemu przypadkowi zgonu płodu lub noworodka odpowiadają przypadki ciężkich przed i pourodzeniowych zachorowań, kiedy do zgonu nie dochodzi, ale choroba prowadzi do trwałych następstw, zaburzeń upośledzających wzrastanie i rozwój dziecka. Na przykład w grupie noworodków o masie

ciała 500 – 999 gramów liczącej każdego roku około 1800 noworodków umiera w Polsce co drugie dziecko a 15 % z tych, które przeżyły ma trwałe nieprawidłowości dotyczące funkcjonowania centralnego układu nerwowego, wzroku, słuchu, rozwoju intelektualnego.

Poniżej przedstawiono zadania, których realizacja, na poziomie lokalnym lub ogólnokrajowym może ułatwić realizację wymienionych wyżej celów. Oczywiście ranga tych zadań, możliwość ich realizacji i efektywność jest zróżnicowana. Na konieczność realizacji programu wskazują duże zróżnicowania wskaźników zdrowotnych pomiędzy poszczególnymi regionami kraju. Dowodzą one istnienia dużych „zasobów” czynników szkodliwych dla zdrowia, głównie w sferze stylu życia. Różnice warunków życia, czynników socjo – ekonomicznych nie są takie duże i nie tłumaczą różnic poziomu zdrowia. Są one gorsze w województwach zachodnich i północnych a przecież poziom życia na przykład w województwie dolnośląskim nie jest gorszy niż w lubelskim. W tych regionach, jak wskazują dane Głównego Urzędu Statystycznego, największy jest odsetek wcześniactwa, umieralności okołoporodowej i niemowląt, zgonów z powodu nowotworów, ludzie żyją krócej. Tam też jest największa częstość ciąż u młodocianych, rozwodów i urodzeń pozamałżeńskich. Możliwe, że realizacja programu promocji zdrowia prokreacyjnego w tych regionach przyniosłaby najlepsze rezultaty ze względu na największą liczbę czynników ryzyka dla udanej prokreacji.

Realizacja zadań wchodzących w zakres proponowanego Programu polegać ma przede wszystkim na działaniach w obszarze profilaktyki pierwotnej, wykrywaniu i eliminacji bądź zmniejszaniu oddziaływania czynników ryzyka. Przewiduje się też wdrażanie elementów wtórnej profilaktyki, to znaczy wczesnego wykrywania nieprawidłowości procesów prokreacji. Najwyższy czas by promocja zdrowia uzyskała rzeczywisty a nie tylko deklarowany priorytet.

Zadanie 1. Opóźnienie inicjacji seksualnej wśród młodzieży.

Opóźnienie inicjacji seksualnej wśród dziewcząt i chłopców jest możliwe, jak wykazują wyniki programów realizowanych w różnych krajach, zwłaszcza w Stanach Zjednoczonych. Pożyteczne skutki zdrowotne obejmują mniejszą częstość zaburzeń emocjonalnych, nieplanowanych ciąż, zakażeń, niepłodności, a w odleglejszej perspektywie mniejszą częstość raka szyjki macicy. Zabiegi operacyjne stosowane w leczeniu stanów przedrakowych i nowotworów szyjki mogą całkowicie lub częściowo upośledzać płodność.

Zadanie 2. Zmniejszenie częstości chorób przenoszonych drogą płciową oraz ekspozycji młodych ludzi na czynniki zakłócające płodność, przebieg ciąży i rozwój płodu.

Choroby przenoszone drogą płciową, zwłaszcza zakażenie chlamydiami w szczególny sposób są niebezpieczne wówczas, kiedy dotyczą młodych kobiet. Doświadczenia z programów zdrowotnych prowadzonych w Ugandzie wykazały skuteczność i korzystne skutki zdrowotne działań, których celem było dochowanie wierności partnerowi (partnerce), zmniejszenie liczby partnerów seksualnych. Nieuporządkowane życie seksualne, papierosy, alkohol, narkotyki to większe ryzyko niepłodności, chorób ogólnoustrojowych, przyczyna krótszego trwania życia, chorób dzieci.

Zadanie 3. Profilaktyka poronień i wad rozwojowych.

Profilaktyka taka jest możliwa. Działania zapobiegawcze trzeba podjąć przed zapłodnieniem i kontynuować we wczesnym okresie ciąży. Polegają one na stosowaniu odpowiedniej diety wzbogaconej kwasem foliowym, unikaniu używek i narażeń na szkodliwe czynniki fizyczne, chemiczne i biologiczne w środowisku domowym i miejscu pracy. Korzystne efekty przyniesie stosowanie szczepień przed ciążą, badań przesiewowych pod kątem chorób metabolicznych i niektórych zakażeń.

Zadanie 4. Zmniejszenie częstości wcześniactwa.

Wcześnieństwo jest rezultatem przedwczesnego zakończenia ciąży. To największy problem medycyny perinatalnej, przyczyna zgonów okołoporodowych i nieprawidłowego rozwoju dzieci. Małej urodzeniowej masie ciała można zapobiec w niektórych przypadkach poprzez prawidłową opiekę medyczną podczas ciąży, zalecenia higieniczne, modyfikację stylu życia. monitorowanie i wczesne leczenie zakażeń. Istnieją też możliwości minimalizacji skutków wcześniactwa dla zdrowia i prawidłowego rozwoju dziecka.

Zadanie 5. Zmniejszenie częstości zgonów okołoporodowych i zachorowań płodów i noworodków.

W okresie okołoporodowym ginie około 6 – 7 dzieci na 1000. Dużo większej ich liczby dotyczy choroba przed lub po urodzeniu, mogąca zaburzyć przyszły rozwój somatyczny i/lub psychiczny. Monitorowanie przebiegu ciąży i porodu, realizowanie zmodyfikowanego programu medycznej opieki przedporodowej, odpowiedni styl życia kobiety, stosowanie się do zaleceń lekarskich mogą zmniejszyć częstość zarówno

zachorowań jak i zgonów okołoporodowych a więc urodzeń martwych dzieci i śmierci noworodków.

Zadanie 6. Upowszechnienie zasad prawidłowego postępowania po stracie dziecka (odpowiednie podejście do rodziców, pomoc w przeżyciu żałoby) oraz postępowania z ciałem dziecka po poronieniu lub zgonie okołoporodowym.

Dużo zrobiono w celu poprawy stylu opieki medycznej podczas porodu, wdrożenia opieki ukierunkowanej na potrzeby rodziny. Zastrzeżenia budzi nadal jakość opieki medycznej nad kobietą rodzącą martwe dziecko lub roniącą. Brakuje często atmosfery wsparcia psychicznego, wychodzenia naprzeciw oczekiwaniom rodziców dotyczących warunków w jakich odbywa się poronienie, są trudności w uzyskaniu dokumentów umożliwiających pogrzebanie ciała dziecka. Trudne doświadczenia powodują czasem odejście od realizacji planów prokreacyjnych, są źródłem przykrych wspomnień.

Zadanie 7. Przygotowanie i realizacja programu promocji metod rozpoznawania płodności.

Znajomość objawów i oznak płodności to jeden z celów przygotowania młodych ludzi do życia w rodzinie. Wykorzystanie tej wiedzy może ułatwić wczesne rozpoznanie schorzeń ginekologicznych, uzyskanie ciąży lub odłożenie zapłodnienia na później. Pomoże więc skutecznie realizować plany prokreacyjne dostosowując je do okoliczności życiowych, stanu zdrowia, uczy szacunku dla ciała, dla jego możliwości przekazywania życia. Stosowanie metod rozpoznawania płodności w planowaniu rodziny nie pociąga za sobą negatywnych następstw zdrowotnych.

Zadanie 8. Opracowanie i wdrożenie poradnictwa przedkonceptyjnego.

Udowodniono, że opieka medyczna podczas ciąży korzystnie wpływa na jej przebieg, pozwala uniknąć wielu powikłań, poprawić szanse na urodzenie zdrowego dziecka. Obecnie wiadomo, że objęcie kobiety opieką przed zapłodnieniem również jest korzystne dla udanej prokreacji. Opieka medyczna podczas ciąży nie jest w stanie znacząco zmniejszyć częstość wad rozwojowych i poronień, zwłaszcza wczesnych. Powikłania te biorą swój początek wówczas, kiedy kobieta nie wie jeszcze, że jest w ciąży. Wykonanie niezbędnych badań, modyfikacja przyjmowanych leków, zaprzestanie palenia, normalizacja wagi ciała, elimina-

cja szkodliwych czynników środowiskowych, zalecenie przyjmowania kwasu foliowego to podstawowe elementy opieki prekoncepcyjnej. Jej wdrożenie nie zwiększy znacząco kosztów natomiast może zwiększyć szanse na udaną prokreację. Kilka lat temu prowadziłem zlecony przez Ministerstwo Zdrowia program upowszechnienia opieki prekoncepcyjnej. W rezultacie tych działań świadomość potrzeby zgłoszenia się do lekarza znacząco wzrosła. Można taki program wznowić łącząc z programem promocji stosowania przed ciążą i we wczesnej ciąży kwasu foliowego, który zmniejsza częstość niektórych wad rozwojowych.

Zadanie 9. Upowszechnienie modelu NaProTechnology®, którego zasadą jest rozpoznawanie i leczenie zaburzeń prokreacji bez stosowania metod i środków niszczących naturalne jej mechanizmy.

W stosowaniu modelu „NaPro” zakłada się rozpoznawanie i leczenie schorzeń ginekologicznych w tym zaburzeń płodności bez stosowania środków i metod eliminujących prawidłową owulację oraz bez uciekania się do sposobów wspomaganej prokreacji. Wykorzystując współczesną wiedzę i technologię w zakresie endokrynologii, chirurgii ginekologicznej lekarz może w sposób skuteczny pomóc kobiecie lub małżeństwu, które nie akceptuje pewnych metod postępowania wobec problemów z zapłodnieniem. Liczba tych osób jest duża, są one obecnie pozbawione możliwości fachowej pomocy medycznej.

Zadanie 10. Przygotowanie i realizacja przygotowania do rodzicielstwa według zmodyfikowanego programu „Szkoły Rodzenia” uwzględniającego wszechstronne przygotowanie rodziny do nowej sytuacji i dialog z dzieckiem przed urodzeniem.

Przygotowanie do ciąży i porodu, uzyskanie wiedzy na temat prawidłowego przebiegu prokreacji, wczesnych objawów zagrożenia, zdobywanie praktycznej wiedzy na temat sprzyjających zdrowiu zachowań podczas ciąży i podczas porodu to podstawowe, uznane cele edukacji przedporodowej. Powinna ona zmieniać podejście rodziców, uczyć odpowiedzialności za siebie i dziecko. Kursy Szkoły Rodzenia powinny być bezpłatne, udowodniono, że skorzystanie z nich korzystnie wpływa na przebieg ciąży i porodu, opiekę nad noworodkiem. Konieczne jest uzupełnienie programów Szkoły Rodzenia o zagadnienia nowej sytuacji rodziny po jej powiększeniu, harmonijne i właściwe wykonywanie nowych „ról” matki, ojca, babci czy dziadka. Wydaje się też potrzebne kształcenie rodziców do akceptacji dziecka jako nowego członka rodziny przed jego urodzeniem.

Zadanie 11. Przygotowanie i wdrożenie modelu porodu domowego w szpitalu.

Coraz większa liczba kobiet w ciąży pragnie urodzić dziecko w domu. Chodzi o nasycenie porodu atmosferą domową wolną od szpitalnych, cywilizacyjnych naleciałości. Poród w domu wiąże się jednak z realnym zagrożeniem dla zdrowia a nawet życia matki i/lub dziecka. Konieczne wydaje się organizowanie w szpitalach położniczych oddziałów porodów domowych, gdzie poród przebiegałby w odpowiednim otoczeniu, obecności członków rodziny, przy udziale położnej. Kobieta po porodzie nie byłaby transportowana do oddziału położniczego ale przebywałaby w tym samym pomieszczeniu do momentu wypisania. Taki oddział powstanie w modernizowanym obecnie Szpitalu Św. Rodziny w Warszawie, którym kieruję. Świadomość możliwości odbycia w przyszłości porodu w takich warunkach mogłaby sprzyjać podejmowaniu decyzji prokreacyjnych.

Zadanie 12. Zwiększenie płodności kobiet poprzez ograniczanie częstości nieuzasadnionego wykonywania cięcia cesarskiego.

Częstość cięć cesarskich wzrasta w naszym kraju w tempie około 2 % rocznie, obecnie odsetek cięć wynosi około 27 %. Ta częstość cięć niepotrzebnie zwiększa występowanie zachorowań a także zgonów kobiet w związku z ciążą, porodem i położeniem. Najnowsze badania wykazują, że zakończenie ciąży lub porodu cięciem cesarskim wpływa na plany prokreacyjne. Nie dochodzi do sytuacji, kiedy kobieta usatysfakcjonowana urodzeniem dziecka bez bolesnych skurczów macicy i w sposób zaplanowany pragnie mieć nawet więcej dzieci niż zamierzała. Przeciwnie, okazuje się, że wykonanie cięcia cesarskiego powoduje, że rezygnuje czasem z planów powiększenia rodziny. Obecna „epidemia” cięć cesarskich może być jedną z przyczyn małej liczby urodzeń. Wyniki programów prowadzonych w Stanach Zjednoczonych wskazują, że można wpłynąć na zmniejszenie częstości cięć bez negatywnego wpływu na częstość powikłań i zgonów okołoporodowych.

Zadanie 13. Upowszechnienie inicjatywy „Szpital Przyjazny Dziecku” poprzez włączenie wszystkich szpitali do programu promocji karmienia piersią.

Okolo 60 na 340 szpitali w Polsce mających oddziały położniczo – noworodkowe uzyskało już wyróżnienie tytułem „Szpital Przyjazny Dziecku”. Przyznawane jest ono przez Komitet Upowszechnienia Karmienia Piersią tym szpitalom, które wdrożyły, według kryteriów usta-

lonych przez WHO i UNICEF, 10 kroków udanego karmienia piersią. Naturalne karmienie zmniejsza częstość zachorowań dzieci i matek, sprzyja budowaniu więzi dziecka z matką. W wyróżnionych szpitalach kładzie się również nacisk na upowszechnienie opieki okołoporodowej ukierunkowanej na potrzeby rodzin. Sądzę, że byłoby właściwe, by wzorem choćby Szwecji zobowiązać wszystkie Szpitale, by po przeszkoleniu pracowników i modyfikacji procedur postępowania starały się o uzyskanie tytułu. Konieczne byłoby w tym celu wsparcie organizacyjne i finansowe Komitetu Upowszechnienia Karmienia Piersią.

Zadanie 14. Przygotowanie i realizacja programu kształcenia i wsparcia rodziców po porodzie w celu ułatwienia im radzenia sobie w trudnościach dotyczących matki, dziecka i rodziny.

Okres poporodowy niesie ze sobą częste problemy natury medycznej, społecznej, psychologicznej. Wizja idealnego macierzyństwa zderza się z realnymi problemami, dolegliwościami poporodowymi u matki, zakłóceniami jej relacji z mężem czy swoją matką. Nierzadkie są problemy związane z zachowaniem noworodka, karmieniem. System opieki zdrowotnej nad matką i dzieckiem po wypisaniu ze szpitala nie radzi sobie z niesieniem indywidualnej pomocy i wsparcia. Stąd powstał realizowany już w kilku ośrodkach w kraju pomysł edukacji poporodowej dla grup matek po porodzie prowadzonej przez personel medyczny oraz matki z własnym doświadczeniem problemów poporodowych. Wdrożenie programu na szerszą skalę pozwoli zapobiec problemom somatycznym i psychologicznym związanym z okresem poporodowym, zmniejszyć częstość depresji poporodowej, rezygnacji na tym tle z dalszych planów prokreacyjnych.

Zadanie 15. Zapobieganie krzywdzeniu dzieci w okresie prenatalnym.

Niektóre zachowania kobiet podczas ciąży mogą w poważnym stopniu zagrażać zdrowiu dziecka, zaburzać jego somatyczny i psychiczny rozwój. Ma to miejsce wówczas, kiedy kobieta w sposób świadomy lub przez zaniedbanie zachowuje się w nieodpowiedzialny sposób: pali papierosy, pije alkohol lub zażywa narkotyki lub bez zalecenia lekarza stosuje leki. Wiedza na temat szkodliwości niektórych czynników zewnętrznych jest powszechna i wymienione powyżej zachowania są powszechnie znane jako szkodzące dziecku. Lekarz, położna czy pielęgniarka opiekujący się kobietą podczas ciąży pełnią również rolę strażników dobra dziecka. Powinni poprzez edukację, inicjowanie przepisów

prawnych i porządkowych wpływać na zmniejszenie częstości i stopnia prenatalnego maltretowania dzieci. Istotna wydaje się postawa ojca dziecka (bierne palenie papierosów), innych osób z otoczenia kobiety, konflikty, warunki socjalne, wiek i wykształcenie kobiety, stan cywilny, planowanie czy nie planowanie ciąży, system wartości. Aktywność personelu medycznego może w sposób skuteczny zmniejszyć częstość krzywdzenia dzieci w okresie prenatalnym.

Wśród realizatorów Programu szczególnie istotna rola przypada personelowi medycznemu, zwłaszcza podstawowej opieki zdrowotnej. Odpowiednia wagę należy przywiązać także do zaangażowania organizacji pozarządowych, nauczycieli i wychowawców oraz mediów.

ROZDZIAŁ IX.

GŁÓWNE WNIOSKI I REKOMENDACJE

9.1. Główne wnioski

- 1) W ostatnich latach w wielu rejonach kraju narastają nierówności w dostępie kobiet ciężarnych i rodzących oraz noworodków do adekwatnej do potrzeb opieki profilaktyczno-leczniczej; zaniechano stosowania zasad trójstopniowej opieki okołoporodowej; ujawnił się z całą ostrością problem braku miejsc na oddziałach położniczych i noworodkowych – w szczególności brakuje miejsc dla ciężarnych z ciążą patologiczną i dla noworodków wymagających intensywnej terapii; pogorszyły się standardy udzielanych świadczeń; występują niedobory sprzętu i aparatury medycznej; kierownicy zakładów opieki zdrowotnej wprowadzają niedopuszczalne, pozaprawne opłaty za świadczenia zdrowotne związane z opieką okołoporodową; budzi zastrzeżenia praktyka odstępowania od finansowania procedur leczniczych rekomendowanych przez krajowych konsultantów.
- 2) Poruszające opinię publiczną zakłócenia w funkcjonowaniu szpitali pediatrycznych, pokazały ułomność systemu ochrony zdrowia, który znajduje się w stanie krytycznym, jest niewydolny, zbiurokratyzowany, coraz mniej przychylny pacjentowi. Problemy lecznictwa pediatrycznego związane są nie tylko z wieloletnim niedofinansowaniem, ale także z brakiem spójnej polityki zdrowotnej na rzecz dzieci. Nie w pełni kontrolowana likwidacja łóżek pediatrycznych, bez uwzględniania potrzeb zdrowotnych populacji, specyfiki chorób dzieci (sezonowość), podstawowych wymogów jakościowych (zagęszczenie sal, sale wielolóżkowe, umieszczanie małych dzieci z pacjentami w wieku dorastania, brak warunków do pobytu rodziców, brak oddziałów i pododdziałów młodzieżowych, oddziałów i pododdziałów jednego dnia, hospitalizacja dzieci na oddzia-

łach dla dorosłych) może zagrażać bezpieczeństwu chorych dzieci, ograniczać dostęp do diagnostyki i leczenia szpitalnego, narażać dziecko na zakażenia szpitalne. Podejmowanie kroków zaradczych o charakterze doraźnym, godzenie się na obniżanie jakości leczenia szpitalnego, może mieć tragiczne konsekwencje dla chorych dzieci.

- 3) Sytuacja epidemiologiczna zakażeń szpitalnych, kiły kobiet ciężarnych i kiły wrodzonej noworodków, a także biegunek u małych dzieci budzi poważny niepokój. O systemowych niedostatkach w zakresie prewencji chorób zakaźnych i nadzoru epidemiologicznego w Polsce świadczą znaczne różnice w zapadalności na poszczególne choroby w różnych regionach kraju, niepełna zgłaszalność zachorowań, niski odsetek zachorowań z potwierdzonym rozpoznaniem, bagatelizowanie opinii ekspertów wskazujących na pilną potrzebę weryfikacji polityki zdrowotnej w tym zakresie. Niski wskaźnik wykrywalności ostrych porażeń wiotkich wskazuje na konieczność wzmocnienia współpracy pomiędzy ośrodkami hospitalizującymi dzieci z ostrymi porażeniami wiotkimi i Państwową Inspekcją Sanitarną, pomimo, iż wysoki poziom zaszczepienia populacji ma znaczenie ochronne przed skutkami zawleczenia do Polski dzikich szczepów wirusa *polio*.
- 4) Współczynnik zgonów dzieci i młodzieży z powodu nowotworów obniżył się we wszystkich kategoriach wiekowych, co świadczy o istotnej poprawie wyników leczenia. Mimo obniżenia się bezwzględnej liczby nowotworów, współczynnik zachorowań dzieci w wieku 0 – 14 lat był w 2005 roku wyższy niż siedem lat wcześniej, co wynika przede wszystkim ze spadku liczebności populacji. Dalsza obserwacja jest potrzebna dla ustalenia czy mamy do czynienia z faktycznym wzrostem zachorowalności, czy też zwiększenie współczynników zachorowalności związane jest z poprawą wykrywalności nowotworów wśród dzieci i młodzieży. Opinia publiczna reaguje poważnym zaniepokojeniem na przypadki zakłócenia funkcjonowania oddziałów onkologii dziecięcej wskutek zajęcia środków finansowych przez komornika, a także na skutki braku systemowych rozwiązań w domowej opiece hospicyjnej nad dziećmi śmiertelnie chorymi. Rzecznik Praw Obywatelskich, wraz z gronem ekspertów, przygotował dokument ujmujący w formie Karty Praw zasady opieki nad dziećmi śmiertelnie chorymi w warunkach domowych, jednak w celu wypełnienia istniejącej luki prawnej, konieczne jest wydanie rozporządzenia przez Ministra Zdrowia w sprawie pediatrycznej opieki pa-

liatywnej.

- 5) Zdrowie młodzieży w Polsce jest najbardziej zaniedbywanym, marginalizowanym, ignorowanym obszarem medycyny i polityki zdrowotnej, pomimo, iż ten okres życia decyduje o kapitale, z jakim młodzi ludzie wejdą w dorosłe życie, czy zyskają zasoby korzystne dla zdrowia, czy też ujawnią się u nich problemy będące przyczyną rozwoju wielu chorób. Jak wykazano na podstawie badań nad zachowaniami zdrowotnymi HBSC z 2006 roku, w okresie dojrzewania znacznemu pogorszeniu ulega samoocena zdrowia fizycznego i psychospołecznego, młodzież coraz częściej podejmuje ryzykowne zachowania oraz nasilają się nierówności w zdrowiu zależne od płci. Występowanie zaburzeń zależy od wieku biologicznego, a chłopcy i dziewczęta dojrzewający w innym tempie niż większość rówieśników mają większe problemy ze zdrowiem. Stwierdzono, że przy wzroście zamożności rodzin obserwuje się negatywne zmiany w zakresie ich funkcjonowania, co może rzutować na ograniczenie poczucia bezpieczeństwa i dalsze pogorszenie kondycji psychicznej młodego pokolenia. Warunkiem poprawy stanu zdrowia nastolatków jest stworzenie odpowiadającego ich potrzebom systemu świadczenia usług medycznych oraz poradnictwa psychologicznego, intensyfikacja działań z zakresu promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej oraz szkolenie pracowników służby zdrowia w zakresie potrzeb młodzieży w okresie dorastania.
- 6) Choć Ministerstwo Edukacji Narodowej, pozostaje w przekonaniu, że uczniowie przewlekle chorzy mają zapewniony powszechny i równy dostęp do wykształcenia oraz pełne uczestnictwo w otaczającym życiu, a Ministerstwo Zdrowia deklaruje że dzieci przewlekle chore i niepełnosprawne mają pełne prawo do korzystania ze świadczeń na równi z innymi osobami ubezpieczonymi, adekwatnie do istniejącego problemu zdrowotnego, to wnikliwa analiza danych statystycznych, informacji pochodzących ze środowiska medycznego, skarg rodziców i interwencji środków masowego przekazu, upoważnia do wniosku, że w Polsce zagrożone są prawa uczniów przewlekle chorych do równych szans edukacyjnych oraz do adekwatnej do potrzeb opieki medycznej. Brakuje zarówno międzyresortowej współpracy i koordynacji działań na rzecz zdrowia dzieci, jak i zrozumienia istoty problemów, z jakimi się boryka dziecko przewlekle chore w szkole.
- 7) Wiele szkół w Polsce nadal nie zapewnia bezpiecznych warunków nauki, możliwości żywienia oraz bezpiecznego uprawiania aktywności fizycznej, co powinno być wspólnym zadaniem administracji

szkolnej, rodziców i samorządu lokalnego oraz podlegać programowemu nadzorowi i wsparciu w ramach zdrowotnej, edukacyjnej i socjalnej polityki państwa. Tym działaniom może pomóc, ale ich nie zastąpi, inicjatywa Rzecznika Praw Obywatelskich, który wraz z zespołem ekspertów opracował *Kartę Żywienia i Aktywności Fizycznej Dzieci i Młodzieży w Szkole*.

- 8) Sygnalizowane w niniejszym opracowaniu zjawiska mogą świadczyć o poważnych naruszeniach w Polsce jednego z podstawowych praw człowieka – prawa do zdrowia. Zjawiska te stoją bowiem w sprzeczności zarówno z Konstytucją Rzeczypospolitej Polskiej, która w art. 68 gwarantuje prawo do ochrony zdrowia, w tym równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych, a w ust 3. tegoż artykułu stanowi, że władze publiczne są obowiązane do zapewnienia szczególnej opieki zdrowotnej dzieciom i kobietom ciężarnym, jak i z Konwencją o prawach dziecka, która oblige do traktowania jako sprawę nadrzędną najlepsze zabezpieczenie interesów dziecka, w art. 24 wymienia prawo do jak najwyższego poziomu zdrowia i udogodnień w zakresie leczenia chorób, a w w ust. 2 pkt d, stanowi, iż Państwa-Strony podejmą niezbędne kroki w celu zapewnienia matkom właściwej opieki zdrowotnej w okresie przed i po urodzeniu dziecka.
- 9) Rzecznik Praw Obywatelskich jest obecnie instytucją udzielającą efektywnej pomocy dzieciom i młodzieży w potrzebie, rodzicom, osobom i placówkom sprawującym opiekę lub pracującym z dziećmi. Jak wskazuje niniejsza publikacja instytucja Rzecznika Praw Obywatelskich może być też idealnym miejscem do monitorowania stopnia wypełniania nałożonych przez prawo obowiązków wobec dzieci i młodzieży przez wszystkie odpowiedzialne organy władzy publicznej, instytucje, placówki, rodziny, przede wszystkim dlatego, że umożliwia widzenie potrzeb i praw dzieci w szerokim kontekście uwarunkowań oraz tworzy platformę współpracy z Głównym Urzędem Statystycznym, środowiskami naukowymi, organizacjami pozarządowymi, mediami. Efektem tej współpracy są rzetelne informacje na temat zdrowia i jego uwarunkowań, które powinny posłużyć do zbudowania i wdrożenia opartej na dowodach strategii na rzecz zdrowia i rozwoju dzieci i młodzieży w Polsce.

9.2. Założenia programowe narodowej strategii na rzecz zdrowia, rozwoju i bezpieczeństwa dzieci

Głównym celem narodowej strategii powinno być umożliwienie dzieciom i młodzieży w naszym kraju realizowania pełnego ich potencjału życiowego dla zdrowia i rozwoju a także zmniejszenie chorobowości i umieralności z przyczyn poddających się zapobieganiu zwłaszcza z powodu urazów i przemocy.

Wymienione poniżej, w liczbie ośmiu, zasady kierunkowe pozwalają na lepsze zrozumienie koncepcji budowania strategii:

- 1) *Podejście uwzględniające etapy rozwoju dziecka.* Poczynania polityczne i programowe powinny uwzględniać specyfikę wyzwań w sferze zdrowia i bezpieczeństwa dla każdego etapu rozwojowego począwszy od życia wewnątrzmacicznego aż po okres pokwitania.
- 2) *Sprawiedliwość.* Szczególnie powinny być uwzględniane potrzeby dzieci z rodzin najbardziej upośledzonych socjalnie, zwłaszcza kiedy oceniana jest sytuacja zdrowotna i stan bezpieczeństwa młodego pokolenia oraz budowana jest polityka i planowane są świadczenia dla dzieci w tym zakresie.
- 3) *Działania międzysektorowe.* Podczas wypracowywania polityki i planów poprawy sytuacji zdrowotnej i stanu bezpieczeństwa dzieci należy kierować się podejściem międzysektorowym, co jest nieodzowne w celu uwzględnienia zasadniczych uwarunkowań zdrowia, rozwoju i bezpieczeństwa oraz w celu wyboru najefektywniejszych działań zaradczych.
- 4) *Współuczestnictwo.* W proces planowania, funkcjonowania i monitorowania polityki i działań na rzecz zdrowia, rozwoju młodego pokolenia powinni być włączeni przedstawiciele społeczeństwa i samej młodzieży oraz organizacje i instytucje pozarządowe, sektor prywatny i media.
- 5) *Równorzędność działań prewencyjnych i naprawczych.* Podczas opracowywania i wdrażania polityki i programów na rzecz poprawy zdrowia, rozwoju dzieci należy w równym stopniu przykładać wagę do prewencji, jak i interwencji naprawczych. Budowaniu polityki zdrowotnej i polityki bezpieczeństwa nakierowanych na młode pokolenie powinna towarzyszyć promocja zdrowia i bezpieczeństwa adresowana do ogółu obywateli.
- 6) *Podejście siedliskowe.* Strategia powinna być nakierowana na te siedliska, w których, na poszczególnych etapach życia, najczęściej dochodzi do zaburzeń zdrowia i rozwoju oraz zagrożeń bezpieczeń-

stwa dzieci: dom i okolica, szkoła i placówka oświatowo – wychowawcza, jezdnia, miejsce spędzania czasu wolnego i uprawiania aktywności fizycznej.

- 7) *Wykorzystanie dotychczasowych doświadczeń krajowych i europejskich.* Z zasady należy uwzględniać wyniki dotychczas realizowanych w Polsce i w innych krajach UE programów zdrowotnych i programów na rzecz bezpieczeństwa młodego pokolenia. Źródeł finansowania i efektywności zadań realizacyjnych należy poszukiwać w racjonalnym wykorzystaniu już istniejących w poszczególnych sektorach sił i środków.
- 8) *Łączne podejście do urazów i przemocy.* W planowaniu działań prewencyjnych i naprawczych w sferze szeroko rozumianego bezpieczeństwa młodego pokolenia istnieje konieczność uwzględnienia podobieństw uwarunkowań obu rodzajów urazów, podobnych czynników ryzyka, a także wymogu stosowania analogicznych procedur ratowniczych, medycznie – psychologicznych i prawnych.

Do priorytetowych obszarów warunkujących zdrowie i rozwój dzieci zaliczono: zdrowie matki i noworodka; żywienie i aktywność fizyczną; choroby zakaźne; urazy i przemoc; środowisko naturalne; zdrowie dzieci i młodzieży w wieku szkolnym, zdrowie psychiczne; zdrowie jamy ustnej. Struktura priorytetów odzwierciedla główne uwarunkowania, problemy i zagrożenia dla zdrowia i rozwoju młodego pokolenia w Polsce, ocenione na podstawie dowodów naukowych.

Do priorytetowych zagadnień z zakresu bezpieczeństwa dzieci zaliczono istniejące od dawna w Polsce oraz pojawiające się nowe problemy wywierające wpływ na bezpieczeństwo dzieci na wszystkich etapach życia: zaniedbanie i przemoc; samobójstwa; demoralizację i przestępczość; zagrożenia ze strony środowiska fizycznego i masowe katastrofy; urazy niezamierzone, w tym tzw. konsumenckie. Priorytety obejmują te obszary bezpieczeństwa, w których zaniechania opieki i obowiązujących procedur prewencyjnych oraz zamierzone lub niezamierzone działania powodują takie zagrożenia bezpieczeństwa dzieci, iż dla wyjaśnienia przyczyn, podjęcia działań naprawczych i prewencyjnych, niezbędne staje się zaangażowanie administracji państwowej, aparatu dochodzeniowego i wymiaru sprawiedliwości.

Rolą Rzecznika Praw Obywatelskich jest nie tylko monitorowanie stanu realizacji prawa dzieci do ochrony zdrowia i szeroko rozumianego bezpieczeństwa ale również współuczestnictwo w opracowaniu i wdrożeniu strategii, ocena jakości współpracy międzysektorowej, programowanie działań w kontekście uwarunkowań tkwiących w rodzi-

nie, społeczności lokalnej, środowisku wychowania i nauczania, oraz udzielanie wsparcia władzom publicznym, m.in. w opracowywaniu, wdrażaniu i ewaluacji całościowych i celowanych programów na rzecz zdrowia, rozwoju i bezpieczeństwa dzieci, w doskonaleniu systemu informacji i nadzoru w tych obszarach, a także w rozwijaniu współpracy z organizacjami pozarządowymi, w tym młodzieżowymi.

ROZDZIAŁ X.

SUMMARY

In this publication there are presented various data from the field of demographics and health statistics referring to the population of children, youths and young adults. Depending, however, on the source of the data, the age divisions are presented in a diverse manner, which directly ensues from the methodology of the research conducted by the Central Statistical Office, the methodology of the international research into the health behaviour of schoolchildren and also the methodology of the collection of data by scientific and research institutes.

The first chapter contains the characteristics of the conditions of the life and development of children and youths. Basic information is presented on the demographic situation, education, economic activity and material situation of households.

The second chapter discusses the results of the second pan-Polish official research on the state of health of the Polish population, presenting data on children up to the age of 14 and on youths and young adults aged 15-29 years. In this chapter there are presented, among other things, issues concerning the self-assessment of the state of health, chronic illnesses and the occurrence of long-term health problems among children and youths in Poland. There is also a discussion on selected aspects of life-style, the occurrence of disabilities and the range of medical prophylaxis as well as the utilisation of medical services.

The third chapter presents the results of research from the field of health protection and social care with reference to children and youths up to 18 years of age, whose basic source of information is the annual report of the Central Statistical Office on the activity of the institutions offering health and social care. The data on hospital care and long-term care come from the report of the Ministry of Health. The chapter also presents data on the subject of the counselling offered to children up to 18 years of age in out-patient and in-patient health care, the

activity of crèches, welfare and education centres, foster families and social care day centres.

The fourth chapter contains the generalised results of the modular research entitled “Health protection in households” and conducted on a representative sample of 4728 households participating in the research into household budgets in 2006. The chapter discusses information on the subject of the assessment of the state of health of children and youths aged up to 24, the utilisation of medical services and the outlay of households incurred in connection with health protection.

The fifth chapter discusses the results of the latest Polish edition of the cyclical international research on the health behaviour of school-children (HBSC - Health Behaviour in School-aged Children – A WHO Collaborative Cross-national Study). The research tool was an international standard questionnaire, translated into Polish on the basis of bilateral translation. In Poland, it was decided to conduct a deeper analysis of health, including a module of questions on the subject of chronic diseases and a test on the assessment of mental health. In addition there were also packets of questions describing the family and school environments and the social competences of the children.

The sixth chapter discusses those health problems of children and youths which are: the cause of growing social unrest (mental health disturbances), the main causes of the deaths through illness of children and youths (neoplastic diseases), still a current public health problem (infectious diseases and infections).

The seventh chapter contains an assessment of the state of the observance of the rights of children and youths to health, carried out on the basis of the research results from the Office of the Commissioner for Civil Rights Protection and information from the Commissioner’s activity in 2007. In particular, the chapter discusses problems of perinatal care, prophylactic and therapeutic care for pupils and problems in the functioning of paediatric treatment as well as traumas and violence. There is also a presentation of examples of the activity of the Commissioner for Civil Rights Protection in the field of the main determinants of health connected with education and the family.

The eighth chapter presents the principles underlying the programme for health policy entitled “Towards healthy parenthood”.

The main conclusions and recommendations for programme activity for the health and development of children and youths in Poland are presented in the ninth chapter.

Main conclusions

1. In recent years in many regions of the country there has been an increasing inequality in the access of pregnant women and those giving birth as well as newborns to prophylactic and medical care adequate to their needs; there has been a deterioration in the standard of services offered and in particular there is a lack of places for women with pathological pregnancies and for newborns demanding intensive therapy.
2. The problems of paediatric treatment are connected not only with the fact that it has been under-financed for many years but also with the lack of a cohesive health policy for children. The not fully controlled elimination of paediatric beds, without consideration for the health needs of the population, the specific nature of children's diseases, and the fundamental quality requirements can all threaten the safety of sick children, limit accessibility to hospital diagnostics and treatment and expose children to the risk of hospital infections.
3. The epidemiological situation of hospital infections, the syphilis of pregnant women and the congenital syphilis of newborns and also the diarrhoea of small children arouse considerable concern. The systemic inadequacies in the field of the prevention of infectious diseases and epidemiological supervision in Poland are testified to by the fact that there exist significant differences in the incidence of particular diseases in different regions of the country, an incomplete notifiability of illnesses and a low percentage of illnesses with confirmed diagnosis.
4. The death rate caused by neoplasms among children and youths has decreased in all age categories, which testifies to the significant improvement in the effects of treatment. Public opinion reacts with considerable concern to cases of disturbances in the functioning of children's oncology departments as the result of financial difficulties and also to the effects of a lack of systemic solutions in domestic hospice care for terminally ill children.
5. The health of youths in Poland is the most neglected, marginalised and ignored area of medicine and health policy in Poland. Young people are undertaking more risky behaviour and there are appear increased inequalities in health depending on gender. The condition necessary for an improvement in the state of health of teenagers is the creation of a system of medical services adequate to their needs

together with psychological counselling, an intensification of activities aimed at the promotion of health and health education as well as the training of health service employees in the field of the needs of youths during puberty.

6. In Poland, there is a threat to the rights of chronically ill pupils to equal educational opportunities and to medical care adequate to their needs. There is also a lack of inter-ministerial cooperation and coordination of activities for children's health and of understanding in the matter of the essence of the problems faced by a chronically ill child in school.
7. Many schools in Poland still do not ensure safe conditions for learning, the possibility of feeding and the safe undertaking of physical activity, which ought to be the common task of the school administration, the parents and the local government and should be subject to programmed supervision and support within the framework of the health, education and social policies of the state. These actions could be aided but not replaced by the initiative of the Commissioner for Civil Rights Protection, who, together with a team of experts, prepared "The Charter for the Nutrition and Physical Activity of Children and Youths in School".
8. The signalled phenomena are in contradiction to the Constitution of the Republic of Poland, which, in article 68, guarantees the right to the protection of health, and states, in paragraph 3 of this article, that the public authorities are obliged to guarantee particular health care for children and pregnant women and also in contradiction to the Convention for Children's Rights, which requires the best protection of children's interests to be treated as a matter of supreme importance and which, in article 24, names the right to the highest possible level of health and conveniences in the field of the treatment of illnesses.
9. The Commissioner for Civil Rights Protection is currently the institution offering effective help to children and youths in need, to parents and to persons and institutions caring for or working with children. The institution of the Commissioner for Civil Rights Protection can also be the ideal place for the monitoring of the degree to which the responsibilities imposed by the law towards children and youths are being fulfilled by the responsible organs of public authority, institutions, facilities and families because, above all, it creates a platform of cooperation with the Central Statistical Office, academic milieux, non-governmental organisations and the media.

Among the effects of this cooperation is reliable information on the subject of health and its determinants, which ought to serve the construction and implementation of an evidence-based strategy for the health and development of children and youths in Poland.

The creative principles of the national strategy for the health, development and safety of children

The main aim of the national strategy should be to enable children and youths in our country to realise their full life potential for health and development and also to decrease the rates of morbidity and mortality caused by factors which could be eliminated, particularly in the case of traumas and violence. The eight guiding principles listed below allow for a better understanding of the conception of the construction of the strategy:

1) *An approach taking into consideration the stages of the child's development.* Political and programme actions should take into consideration the specific nature of challenges in the field of health and safety at each stage of development, beginning from life in the womb until the age of puberty.

2) *Justice.* Particular consideration should be paid to the needs of children from the most socially disadvantaged families, particularly when assessing the health situation and the state of the safety of the young generation, when constructing the policy and when planning services for children in this field.

3) *Inter-sector activities.* During the preparation of the policy and the plans for the improvement of the health situation and the state of the safety of the children, work should be directed by an inter-sector attitude, which is indispensable in order to take into consideration the fundamental determinants of health, development and safety and in order to select the most effective preventative activities.

4) *Participation.* Representatives of society and the young people themselves together with non-governmental organisations and institutions, the private sector and the media should all be included in the process of the planning, functioning and monitoring of policy and actions for the health and development of the young generation.

5) *The equal status of preventative and remedial activities.* During the preparation and implementation of the policy and the programmes for improving the health and development of children, attention should be paid in equal measure to prevention and to remedial intervention.

The construction of health policy and safety policy directed towards the young generation ought to be accompanied by the promotion of health and safety addressed to all citizens.

6) *The environmental approach.* The strategy ought to be directed towards those environments in which, at various stages of life, there occur the most frequent disturbances in health and development and threats to the safety of children: the home and its surroundings, the school and educational institutions, the road, places for leisure activities and physical exercise.

7) *The utilisation of earlier national and European experiences.* As a matter of principle, consideration should be taken of the results of health programmes and programmes for the safety of the young generation previously realised in Poland and in other countries of the European Union. The sources of financing and of the effectiveness of the tasks for realisation ought to be sought in a rational utilisation of the strengths and means already existing in particular sectors.

8) *A combined approach to traumas and violence.* In the planning of preventative and remedial actions in the sphere of the broadly understood safety of the young generation, there exists the need for taking into consideration the similarities in the determinants of both kinds of traumas, similar risk factors and also the requirement to apply analogous emergency medical, psychological and legal procedures.

Among the priority areas conditioning the health and development of children are: the health of the mother and the newborn; nutrition and physical activity; infectious diseases; traumas and violence; the natural environment; the health of children and youths of school age; mental health; the health of the oral cavity. The structure of priorities reflects the main determinants, problems and threats to the health and development of the young generation in Poland, as assessed on the basis of scientific evidence.

Among the priority issues from the field of the safety of children there are problems that have existed for a long time in Poland together with new ones that are exerting an influence on the safety of children at all phases of their lives: neglect and violence; suicide; demoralisation and crime; threats from the side of the physical environment and mass catastrophes; unintentional traumas, including the so-called consumer ones. The priorities embrace those areas of safety in which the abandonment of care and the binding preventative procedures, together with intended or unintended actions, cause such a danger to the safety of children that, in order to explain the causes and to un-

dertake remedial and preventative actions, it is becoming essential to engage the state administration, the investigative authorities and the justice department.

The Commissioner for Civil Rights Protection not only sees the role of the institution directed by him in the monitoring of the state of the realisation of children's rights to the protection of health and broadly understood safety and in participation in the preparation and implementation of strategies but he will also undertake efforts so that the Commissioner's Office will be able to assess effectively the quality of inter-sector cooperation, to programme activities within the context of the conditions prevalent in the family, local community, the teaching and upbringing environment and also to offer support to public authorities in, among other things, the preparation, implementation and evaluation of comprehensive and task-directed programmes for the health, development and safety of children, improving the system of information and supervision in these fields and also developing cooperation with non-governmental organisations, including youth organisations.

Ośrodek Statystyki Zdrowia
Urząd Statystyczny w Krakowie
ul. K. Wyki 3
31-223 Kraków
tel. 012-415-50-62, 012-420-44-70
e-mail: m.penpeska@stat.gov.pl, a.czekaj@stat.gov.pl
www.stat.gov.pl/krak

Ośrodek Statystyki Zdrowia jest specjalistycznym ośrodkiem działającym w strukturze organizacyjnej Urzędu Statystycznego w Krakowie, powołanym przez Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego zarządzeniem nr 3 z dnia 9 lutego 2007 r. Ośrodek realizuje zadania ogólnopństwowe wykonywane w ramach prac prowadzonych na rzecz statystyki publicznej jako całości w dziedzinie statystyki zdrowia - przygotowywanie zasad metodologicznych, prowadzenie badań oraz wykonywanie opracowań i analiz.

Do szczegółowych zadań Centrum Statystyki Zdrowia należy:

- 1) badanie zapotrzebowania na dane i analizy statystyczne z zakresu ochrony zdrowia oraz prowadzenie badań w tym zakresie,
- 2) opracowywanie zasad metodologicznych badań z zakresu ochrony zdrowia i współpraca w tym zakresie z departamentami branżowymi GUS, urzędami statystycznymi, urzędami administracji publicznej, wyższymi uczelniami, placówkami naukowo-badawczymi oraz innymi instytucjami działającymi w obszarze zdrowia,
- 3) rozpoznanie administracyjnych systemów informacyjnych w zakresie ochrony zdrowia oraz proponowanie sposobów ich wykorzystania dla potrzeb statystyki publicznej,
- 4) opracowywanie analiz i publikacji statystycznych z zakresu ochrony zdrowia,
- 5) prowadzenie analiz w zakresie wydatków ponoszonych na opiekę zdrowotną, źródeł finansowania ochrony zdrowia oraz kosztów leczenia,
- 6) współudział w opracowywaniu programu badań statystycznych statystyki publicznej w zakresie ochrony zdrowia.

Ośrodek Statystyki Zdrowia pracuje pod nadzorem dr Krzysztofa Jakóbika Dyrektora Urzędu Statystycznego w Krakowie, kierownikiem Ośrodka jest mgr Maria Penpeska.