

Barbara Woynarowska*, Anna Oblacińska**

Stan zdrowia dzieci i młodzieży w Polsce. Najważniejsze problemy zdrowotne

Health condition of children and adolescents in Poland: This article discusses the most serious and frequent health problems among children and adolescents in Poland, the main reasons causing these problems and prospects for the future. The paper begins with a rationale for promoting children's and adolescents' healthcare and the modern approaches to the health assessment. In the next sections selected issues related to health condition of children and adolescents are discussed: trends in physical and motor developments, subjective health status, health behaviours, mortality, main health problems (injuries, psychosocial health problems, chronic diseases, obesity, dental caries, disability, cancer, infectious diseases, disorders of vision, hearing and motor systems).

Słowa kluczowe: *dzieci i nastolatki, mierniki zdrowia, profilaktyka, zachowania zdrowotne, zdrowie, zdrowie subiektywne*

Keywords: *children and adolescents, health indicators, prevention, health behaviours, health, subjective health status*

* Profesor doktor hab. n. med., profesor zwyczajny w Katedrze Biomedycznych Podstaw Rozwoju i Seksuologii, Wydział Pedagogiczny Uniwersytetu Warszawskiego; e-mail: b.woynarowska@uw.edu.pl.

** Doktor hab. n. med., profesor w Instytucie Matki i Dziecka, kierownik Zakładu Zdrowia Dzieci i Młodzieży Instytutu Matki i Dziecka; e-mail: anna.oblacinska@imid.med.pl.

Wkład autorek w opracowanie artykułu: B. Woynarowska – 50%, A. Oblacińska – 50%.

Wstęp

Prawidłowy rozwój oraz dobre zdrowie w dzieciństwie i młodości są zasobem dla zdrowia i jakości życia w dalszych jego latach. Niektóre choroby i zaburzenia, które ujawniły się dzieciństwie, utrzymują się przez całe

życie (np. choroby genetycznie uwarunkowane, cukrzyca typu 1). Są choroby, które ujawniają się w dorosłości, a których „korzenie” tkwią w pierwszych dekadach życia (np. miażdżyca, osteoporoza). Znaczenie inwestycji w zdrowie dzieci podkreślono w „Europejskiej strategii dla zdrowia i rozwoju dziecka i nastolatka”¹:

- *Dzieci są naszą inwestycją w przyszłe społeczeństwo. Ich zdrowie i sposób wychowywania będą wpływać na stabilność i rozwój ekonomiczny krajów w regionie europejskim w nadchodzących dekadach.*
- *Dobre zdrowie od okresu prenatalnego do adolescencji jest zasobem dla rozwoju społecznego i ekonomicznego.*

Podstawą do planowania działań w zakresie ochrony i promocji zdrowia populacji są dane o aktualnym stanie jej zdrowia, tendencjach zmian, różnicach w stosunku do innych krajów. Uzyskanie pełnych danych epidemiologicznych nie jest jednak łatwe. Zdrowie jest trudne do zdefiniowania, ma kilka wymiarów i pozostaje trudno mierzalne. Tradycyjnie używane są mierniki negatywne, takie jak umieralność, zachorowalność, hospitalizacja, występowanie problemów zdrowotnych. Tymczasem zdrowie jest kategorią pozytywną, oznacza dobrostan, pełnię możliwości. W ocenie stanu zdrowia dzieci i młodzieży występują dodatkowe trudności. Wynikają one między innymi z:

- ścisłego powiązania zdrowia z przebiegiem rozwoju osobniczego; istnieją w nim tzw. okresy krytyczne, w których ujawniają się lub pogłębiają niektóre zaburzenia (np. krótkowzroczność, boczne skrzywienie kręgosłupa w okresie dojrzewania płciowego). W niektórych chorobach (np. w astmie oskrzelowej) nasilenie objawów często zmniejsza się z wiekiem; rodzaj mierników zdrowia zmienia się w zależności od etapu rozwoju i powinny być one dostosowane do specyfiki danego okresu rozwoju²,
- odrębności w czynnikach warunkujących zdrowie dzieci i młodzieży w stosunku do ludzi dorosłych; czynniki te są zależne m.in. od okresu rozwoju, sytuacji rodzinnej, pełnionych przez dzieci ról społecznych, stopnia ich autonomii, wpływu rówieśników³.

¹ World Health Organization, *European strategy for child and adolescent health and development*, Regional Office for Europe, Copenhagen 2005 (EURO/05/5048378).

² J. Mazur, E. Mierzejewska, *Współczesne podejście do oceny stanu zdrowia dzieci i młodzieży na poziomie populacji*, „Medycyna Wieku Rozwojowego” 2004, t. 8, nr 3, cz. I, s. 459–484.

³ M. Blair, S. Steward-Brown, T. Waterson, R. Crowther, *Child public health*, Oxford University Press, Oxford 2004.

W ostatnich dekadach, m.in. w wyniku wdrażania biopsychospołecznego modelu zdrowia i promocji zdrowia, zmieniło się podejście do oceny stanu zdrowia jednostki i populacji. Znacznie zwiększył się zakres i liczba jego mierników. Uwzględnia się wszystkie aspekty zdrowia, mierniki pozytywne, wskaźniki zdrowia subiektywnego, uwarunkowania zdrowia. Przykładem takiego szerokiego podejścia są opracowania dotyczące sytuacji zdrowotnej ludności Polski z ostatnich lat⁴.

Celem artykułu jest:

- przedstawienie aktualnej sytuacji w stanie zdrowia dzieci i młodzieży w Polsce, w tym występowania problemów zdrowotnych o poważnych skutkach dla funkcjonowania i jakości życia w dzieciństwie oraz dalszym życiu i/lub o największym rozpowszechnieniu, a także głównych przyczyn tych problemów i tendencji zmian,
- dokonanie oceny dotychczasowych działań profilaktycznych lub leczniczych w odniesieniu do omawianych problemów.

Wykorzystano dane zawarte w rejestrach/biuletynach/rocznikach agend rządowych i różnych organizacji oraz dane z piśmiennictwa prezentującego wyniki badań reprezentatywnych grup dzieci i młodzieży. Większość przedstawionych danych epidemiologicznych dotyczy dzieci w wieku 5–19 lat⁵ i tej grupie populacji poświęcono najwięcej uwagi. Analiza stanu zdrowia dzieci młodszych, a szczególnie w okresie okołoporodowym, noworodkowym i niemowlęcym, ze względu na odrębności wielu problemów zdrowotnych, wymaga oddzielnego opracowania.

Tendencje w rozwoju fizycznym i motorycznym populacji dzieci i młodzieży

Do mierników zdrowia dzieci i młodzieży zalicza się wskaźniki rozwoju fizycznego i motorycznego. Wynika to z istnienia ścisłego związku między zdrowiem a rozwojem. Zdrowie jest również definiowane jako potencjał fizyczny i psychiczny człowieka, stwarzający możliwości rozwijania różnych aktywności, a także jako zdolność do rozwoju.

⁴ *Stan zdrowia ludności Polski w 2009 r.*, Główny Urząd Statystyczny, Warszawa 2011; *Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania*, B. Wojtyniak, P. Goryński, B. Moskalewicz (red.), Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny, Warszawa 2012.

⁵ W niektórych przypadkach podano dostępne dane dla dzieci młodszych dla uwiarygodnienia dynamiki zmian z wiekiem.

Korzystnym wskaźnikiem zdrowia populacji jest zwiększanie się w kolejnych pokoleniach średniej wysokości ciała dzieci, młodzieży i dorosłych. Zjawisko to (zwane trendem sekularnym) jest rejestrowane od ponad 100 lat i towarzyszy mu przyspieszenie (akceleracja) dojrzewania płciowego. Za główną jego przyczynę uważa się poprawę warunków środowiskowych, standardu życia, w tym m.in. sposobu żywienia, zmniejszenie obciążenia wysiłkiem fizycznym, zachorowalności na różne choroby. Sprzyja to osiągnięciu tzw. indywidualnego, genetycznie zaprogramowanego potencjału wzrostowego człowieka. W krajach wysoko rozwiniętych zaobserwowano zahamowanie tego trendu, co tłumaczy się osiągnięciem pewnego „optimum” standardu życia. W Polsce zjawisko to nadal utrzymuje się, choć jego nasilenie w ostatniej dekadzie jest wyraźnie mniejsze. Na przykład u dzieci krakowskich w wieku 7–15 lat wysokość ciała w latach 1983–2000 zwiększyła się u obu płci średnio o 1,8 cm/dekadę, a w latach 2000–2009 tylko 0,32 cm/dekadę⁶.

Należy dodać, że we współczesnym świecie przyspieszeniu osiągnięcia przez dzieci dojrzałości fizycznej nie towarzyszy przyspieszenie dojrzewania psychicznego i równocześnie opóźnia się dojrzewanie społeczne (efekt wydłużania się okresu edukacji i przygotowania do pracy zawodowej). Zjawisko to określane jako „rozszczepienie” dojrzewania, może stwarzać problemy samym młodym ludziom, a także rodzicom i nauczycielom.

Równocześnie w ostatniej dekadzie odnotowano dwa niekorzystne zjawiska w zakresie rozwoju dzieci.

- **Zwiększanie się masy ciała i wskaźnika BMI (*Body Mass Index*).** Tendencję tę odnotowano w badaniach wykonanych w różnych krajach, w tym w Polsce, i zastąpiła ona wcześniejszą tendencję pozytywną, jaką było smuklenie sylwetki u dzieci. Jest to efekt zwiększania się częstości nadwagi i otyłości u dzieci.
- **Pogarszanie się sprawności fizycznej dzieci i młodzieży.** Wyniki badań licznej, ogólnopolskiej próby uczniów w wieku 6–19 lat wykazały, że w latach 1999–2009 wystąpiły u obu płci negatywne tendencje w sprawności motorycznej i to w coraz młodszych rocznikach⁷.

⁶ M. Kowal i in., *Międzypokoleniowe zmiany w budowie ciała i akceleracja pokwitania u dzieci i młodzieży w wieku 7–15 lat w populacji wielkomiejskiej w świetle uwarunkowań psychosocjalnych*, Akademia Wychowania Fizycznego im. Bronisława Czecha, Kraków 2011.

⁷ N. Wolański, J. Dobosz, *Tendencja przemian motoryczności człowieka (międzydekadowe zmiany efektywności)* [w:] *Uwarunkowania rozwoju dzieci i młodzieży wiejskiej*, A. Wilczewski (red.), AWF w Warszawie, Wydział Wychowania Fizycznego i Sportu w Białej Podlaskiej, Biała Podlaska 2012, s. 8–44.

Pogorszenie wyników dotyczyło sześciu spośród dziewięciu prób (testów), regres w największym stopniu dotyczył gibkości, wytrzymałości i siły, w mniejszym stopniu szybkości biegowej. Przyczyną tego niekorzystnego zjawiska upatruje się w zmniejszeniu aktywności fizycznej i wydłużaniu się czasu spędzanego przez dzieci we względnie bezruchu (duży udział zajęć w pozycji siedzącej, przy komputerze czy oglądaniu TV).

Subiektywna ocena zdrowia

W badaniach nad stanem zdrowia szczególną wagę przywiązuje się obecnie do subiektywnej oceny zdrowia. Dokonują jej sami ludzie na podstawie osobistych ocen. Wskaźniki zdrowia subiektywnego są szczególnie przydatne u dzieci, gdyż powszechnie stosowane mierniki negatywne (np. umieralność, hospitalizacja) dotyczą tylko niewielkiej części populacji. Nie dostarczają one informacji o stanie zdrowia pozostałej, większej części, u której nie występują (lub nie zostały ujawnione) kliniczne objawy chorób, ale której stan zdrowia jest zróżnicowany i wymaga systematycznego monitorowania. Analiza subiektywnych wskaźników zdrowia pozwala na identyfikowanie grup ryzyka wystąpienia różnych problemów zdrowotnych i społecznych i na tej podstawie planowania programów profilaktycznych i interwencyjnych.

Badanie zdrowia subiektywnego dzieci i młodzieży ma ograniczenia zależne od wieku. Samodzielnej oceny mogą dokonać dzieci w drugiej dekadzie życia, u dzieci młodszych oceny tej dokonują rodzice/opiekunowie. W Polsce dysponujemy dwoma źródłami danych o zdrowiu subiektywnym dzieci i młodzieży: danymi z międzynarodowych badań HBSC młodzieży w wieku 11–18 lat⁸ oraz danymi GUS, w których oceny zdrowia dzieci w wieku 0–14 lat dokonywali ich rodzice/opiekunowie, a powyżej 15 lat sama młodzież⁹.

Subiektywna ocena zdrowia młodzieży w wieku 11–18 lat

Wyniki badań HBSC wskazują, że większość młodzieży uważa, że jej zdrowie jest dobre lub znakomite i jest zadowolona ze swego życia. Równocześnie u dużego odsetka nastolatków występują często różnorodne do-

⁸ Międzynarodowe badania nad zachowaniami zdrowotnymi młodzieży szkolnej HBSC (Health Behaviour in School-aged Children. A WHO Collaborative Cross-national Study) są wykonywane co 4 lata, w Polsce od 1990 r. Wyniki badań z ostatniej serii badań zob. *Wyniki badań HBSC 2010. Raport techniczny*, J. Mazur, A. Małkowska-Szkatnik (red.), Instytut Matki i Dziecka, Warszawa 2011.

⁹ *Stan zdrowia ludności, op. cit.*

legliwości somatyczne i negatywne stany emocjonalne. Mniej korzystnie postrzegają własne zdrowie dziewczęta niż u chłopcy (różnice zależne od płci pogłębiają się z wiekiem), młodzież starsza niż młodsza (tabela 1).

Tabela 1. Subiektywna ocena zdrowia młodzieży w wieku 11–18 lat w Polsce w 2010 r. według płci i wieku (% badanych)

Wskaźniki	Chłopcy (wiek w latach)			Dziewczęta (wiek w latach)		
	11–12	15–16	17–18	11–12	15–16	17–18
Samooceńca zdrowia						
• znakomite i dobre	90,2	82,8	79,0	86,3	69,1	60,3
• niezłe lub słabe	9,8	17,2	21,0	13,7	30,9	29,7
Zadowolenie z życia						
• duże i przeciętne	86,1	80,8	79,6	84,5	68,8	66,5
• małe	13,9	19,2	20,4	15,5	31,2	33,5
Częste* występowanie						
• bólów głowy	16,5	12,8	13,6	21,3	31,8	39,1
• bólów brzucha	10,8	6,8	8,7	20,4	16,2	16,2
• bólów pleców	6,9	10,5	11,8	11,8	15,3	21,5
• zdenerwowania	16,1	29,0	22,1	26,7	39,2	36,3
• rozdrażnienia lub złego humoru	21,9	21,8	29,8	23,5	33,0	38,2
• przygnębienia	10,3	13,2	14,5	16,0	23,0	28,4

* Prawie codziennie lub częściej niż jeden raz w tygodniu.

Źródło: Wyniki badań HBSC 2010. Raport techniczny, J. Mazur, A. Małkowska-Szcutnik (red.), Instytut Matki i Dziecka, Warszawa 2011.

Zdrowie dzieci w wieku 0–14 lat w ocenie ich rodziców/opiekunów

Zdaniem ponad 93% rodziców zdrowie ich dzieci jest bardzo dobre lub dobre. Najlepiej ocenili oni zdrowie dzieci najmłodszych (tabela 2). W stosunku do danych z 2004 r. odsetek oceniających zdrowie dzieci jako bardzo dobre zwiększył się o 10 punktów procentowych¹⁰.

Tabela 2. Ogólna ocena stanu zdrowia dzieci w wieku 0–14 lat dokonana przez ich rodziców/opiekunów (% badanych)

Ogólna ocena zdrowia	Ogółem 0–14 lat	0–4 lat	5–9 lat	10–14
Bardzo dobre	49,2	56,2	43,7	43,7
Dobre	43,9	37,4	47,6	47,9
Takie sobie, ani dobre, ani złe	5,5	5,3	6,5	7,4
Złe lub bardzo złe	1,3	1,1	2,2	0,9

Źródło: Stan zdrowia ludności Polski w 2009 r., Główny Urząd Statystyczny, Warszawa 2011.

¹⁰ *Ibidem*, s. 46.

Zachowania zdrowotne młodzieży

Zachowania zdrowotne są przydatnymi wskaźnikami zdrowia dzieci i młodzieży. Ich znajomość umożliwia ograniczanie czynników ryzyka lub wzmocnienia zasobów dla zdrowia¹¹. Zachowania zdrowotne najczęściej dzieli się na zachowania prozdrowotne (sprzyjające zdrowiu, pozytywne) i ryzykowne dla zdrowia (problemowe, negatywne, antyzdrowotne). Najpełniejszym źródłem wiedzy o obu tych grupach zachowań zdrowotnych młodzieży w Polsce są badania HBSC, a w odniesieniu do zachowań ryzykownych także badania ESPAD¹².

Wyniki badań HBSC wskazują, że u młodzieży w wieku 11–18 lat występuje wiele niedostatków w zakresie zachowań prozdrowotnych, w tym niespożywanie codziennie śniadań, owoców i warzyw, niski poziom aktywności fizycznej i niedostatek higieny jamy ustnej (tabela 3). Nastolatki podejmują często zachowania ryzykowne dla zdrowia, zwłaszcza nadużywają alkoholu (tabela 4). Zachowania te często kumulują się, tworząc zespół zachowań ryzykownych. Na przykład w grupie 15-latków u 43% stwierdzono więcej niż jedno z sześciu analizowanych zachowań ryzykownych, a u 12% trzy lub więcej. Nastolatki z mnogimi zachowaniami ryzykownymi częściej gorzej oceniają swoje zdrowie, mają mniejsze zadowolenie z życia i częściej odczuwają dolegliwości somatyczne i negatywne stany emocjonalne. Nasiłone zachowania ryzykowne mogą być zarówno skutkiem, jak też przyczyną gorszego samopoczucia fizycznego i społecznego młodych ludzi¹³.

W 2010 r. w porównaniu z 1990 r. stwierdzono następujące zmiany w zachowaniach zdrowotnych nastolatków w Polsce¹⁴:

- **zmiany korzystne** – zwiększenie aktywności fizycznej, częstości czyszczenia zębów, zmniejszenie częstości palenia tytoniu,
- **zmiany niekorzystne** – zmniejszenie częstości spożywania śniadań, warzyw i owoców, zwiększenie częstości upijania się, dziewczęta „doganiają” chłopców w podejmowaniu zachowań ryzykownych.

¹¹ J. Mazur, E. Mierzejewska, *Współczesne podejście do oceny stanu zdrowia*, op. cit.

¹² ESPAD (European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs) wykonywane są w grupach wieku 15–15 oraz 17–18 lat. Wyniki badań w Polsce zob. <http://www.kbnp.gov.pl/portal?id=1953025>.

¹³ J. Mazur, B. Woynarowska, *Zespół zachowań ryzykownych a zdrowie subiektywne i zadowolenie z życia młodzieży 15-letniej*, „Medycyna Wieku Rozwojowego” 2004, t. 8, nr 3, cz. 1, s. 567–583.

¹⁴ *Tendencje zmian zachowań zdrowotnych i wybranych wskaźników zdrowia młodzieży szkolnej w latach 1990–2010*, B. Woynarowska, J. Mazur (red.), Instytut Matki i Dziecka, Wydział Pedagogiczny Uniwersytetu Warszawskiego, Warszawa 2012.

Tabela 3. Niedostatki zachowań prozdrowotnych młodzieży w wieku 11–18 lat w Polsce w 2010 r. według płci (% badanych)

Zachowanie	Chłopcy (wiek w latach)			Dziewczęta (wiek w latach)		
	11–12	15–16	17–18	11–12	15–16	17–18
Nie zjadają śniadania w dni szkolne nigdy lub tylko 1–2 razy w tygodniu	27,3	29,1	27,8	25,2	31,3	34,1
Nie zjadają codziennie						
• owoców	66,5	80,1	84,8	55,6	73,8	79,6
• warzyw	73,9	64,2	78,1	64,7	69,9	75,5
Spożywają codziennie słodczyce	26,1	29,9	21,1	28,9	36,3	29,5
Poziom aktywności fizycznej niższy od zalecanego*	68,6	77,0	80,1	76,8	90,4	95,8
Czyszczą zęby tylko 1 raz dziennie, rzadziej lub nigdy	42,3	40,5	-	31,2	15,0	-
Nieuzasadnione odchudzanie się**	7,6	5,4	-	10,9	19,9	-

* Zalecany poziom aktywności fizycznej – wysiłki co najmniej 60 minut dziennie przez 7 dni w tygodniu.

** Stosowanie diet i innych sposobów odchudzania się przez młodzież bez nadmiaru masy ciała.

Źródło: jak pod tabelą 1.

Tabela 4. Zachowania ryzykowne młodzieży w wieku 11–18 lat w Polsce w 2010 r. według płci (% badanych)

Zachowanie	Chłopcy (wiek w latach)			Dziewczęta (wiek w latach)		
	11–12	15–16	17–18	11–12	15–16	17–18
Próby palenia tytoniu	16,9	56,5	69,3	9,4	52,3	66,5
Palenie tytoniu regularne*	1,8	17,2	26,3	0,7	12,5	24,9
Piją często**						
• piwo	1,2	15,2	-	0,5	7,4	-
• wino	0,9	3,6	-	0,4	1,4	-
• wódkę	1,1	4,4	-	0,4	2,4	-
Byli w stanie upojenia alkoholowego (w całym życiu)						
• co najmniej 1 raz	8,8	52,5	78,6	5,8	42,0	69,4
• cztery lub więcej razy	1,1	20,3	44,6	0,4	11,4	22,9
Używali marihuany lub haszyszu co najmniej 1 raz						
• w całym życiu	-	24,9	38,3	-	14,3	25,0
• w ostatnich 30 dniach	-	12,1	12,1	-	4,7	8,1
Byli sprawcami przemocy rówieśniczej w szkole dwa razy lub częściej w poprzednich dwóch miesiącach	16,9	6,5	-	8,2	5,8	-
Zachowania seksualne						
• odbyli już stosunek płciowy	-	20,0	45,3	-	13,7	38,5
• nie użyli prezerwatywy w ostatnim stosunku płciowym***	-	21,6	25,6	-	19,6	34,1

* Palenie codziennie lub co najmniej 1 raz w tygodniu, ale nie codziennie.

** Piją dany napój alkoholowy w każdym tygodniu lub codziennie.

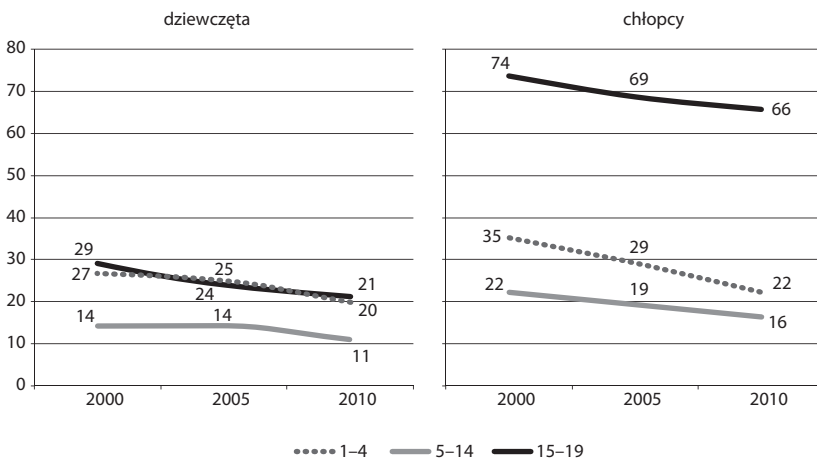
*** Odsetek młodzieży, która odbyła inicjację seksualną.

Źródło: jak pod tabelą 1.

Umieralność

Wskaźniki umieralności należą do najczęściej wykorzystywanych w ocenie stanu zdrowia. W 2011 r. zmarło w Polsce 1895 dzieci w wieku 1–19 lat. Od początku 2000 r. umieralność ma tendencję spadkową u obu płci i we wszystkich grupach wieku (wykres 1). Utrzymują się natomiast duże różnice we współczynnikach umieralności chłopców i dziewcząt w wieku 15–19 lat – są one ponaddwukrotnie większe u chłopców. Sytuacja ta nie ulega zmianie od 40 lat i jest związana z dużym udziałem w umieralności chłopców w tej grupie wieku tzw. przyczyn zewnętrznych (wypadków, urazów i zatruc). W 2010 r. stanowiły one ok. 72% przyczyn ogółu zgonów u chłopców w wieku 15–19 lat i ok. 53% u dziewcząt w tym wieku¹⁵.

Wykres 1. Współczynniki zgonów dziewcząt i chłopców w latach 2000–2010
(na 100 tys. osób danej płci, w grupach wieku)



Źródło: *Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania*, B. Wojtyniak, P. Goryński, B. Moskałowicz (red.), Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny, Warszawa 2012.

Udział zgonów z powodu głównych przyczyn w ogólnej liczbie zgonów w populacji dzieci i młodzieży¹⁶ różni się w zależności od grupy wieku. U niemowląt i dzieci do lat 4 przeważają przyczyny związane ze stanami

¹⁵ *Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania*, op. cit., s. 53.

¹⁶ *Ibidem*, s. 56.

rozpoczynającymi się w okresie okołoporodowym (44%) i wady wrodzone (33%). Przyczyny zewnętrzne stanowią w tym okresie życia 4,5%, a nowotwory złośliwe – ok. 2% przyczyn zgonów. W wieku 5–10 lat na pierwsze miejsce wysuwają się przyczyny zewnętrzne (36,5%), które w okresie dojrzewania i młodzieńczym (15–24 lata) stanowią już prawie 70% przyczyn zgonów. Nowotwory stanowią drugą przyczynę zgonów w grupie 5–14 lat (20%) i 15–24 lata (7%).

Problemy zdrowotne

Termin „problem zdrowotny” jest obecnie powszechnie stosowany w ochronie zdrowia dzieci i młodzieży. Można go rozpatrywać z punktu widzenia:

- dziecka (jednostki) – choroba, niepełnosprawność, inne zaburzenie rozwoju lub zdrowia, które mogą wpływać niekorzystnie na funkcjonowanie i jakość życia w dzieciństwie, młodości, a nawet w okresie dorosłości,
- populacji – znaczenie mają problemy zdrowotne (choroby), które szerzą się w dużym skupisku ludzi (np. w szkole) i/lub są uciążliwe dla innych osób.

Niżej omówiono problemy zdrowotne, które można określić jako „poważne” ze względu na skutki zdrowotne oraz społeczne i/lub bardzo często występują.

Urazy

Termin „uraz” jest definiowany jako: *niezamierzone lub zamierzone uszkodzenie ciała w wyniku nagłej ekspozycji na czynniki (energie) mechaniczne, termiczne, elektryczne, chemiczne lub brak tlenu i ciepła*¹⁷. Uraz może być skutkiem wypadku lub zatrucia. Urazy dzieci i młodzieży są bardzo poważnym problemem zdrowotnym z kilku, wymienionych poniżej, względów.

- Duża częstość występowania:
 - urazy są pierwszą przyczyną zgonów dzieci i młodzieży powyżej 1. r.ż.; w 2011 r. zmarło z powodu zewnętrznych przyczyn¹⁸ 977 dzieci w wieku 1–19 lat, co stanowiło 52% ogółu zgonów (w grupie wieku 15–19 lat aż 68%); przyczyną połowy tych zgonów były urazy doznane w wypadkach komunikacyjnych,

¹⁷ Centers for Disease Control and Prevention, *School health guidelines to prevent unintentional injuries and violence*, „Morbidity and Mortality Weekly Report” MMWR 2001, nr RR-22, s. 25–39.

¹⁸ Terminem tym określa się urazy i zatrucia w Międzynarodowej Klasyfikacji Choroób (ICD-10).

- urazy są jedną z głównych przyczyn hospitalizacji dzieci i młodzieży: u chłopców są one pierwszą jej przyczyną już w wieku 5 lat, u dziewcząt od 10 do 15 lat¹⁹,
- częstości urazów leczonych ambulatoryjnie, a zwłaszcza urazów lekkich leczonych w domu jest wielokrotnie większa; w 2010 r. urazom wymagającym pomocy medycznej lekarza lub pielęgniarki uległ co trzeci nastolatek w wieku 11–15 lat; w latach 1994–2010 utrzymywała się stała tendencja wzrostowa częstości występowania tej grupy urazów u nastolatków²⁰,
- częstość urazów, niezależnie od ich rodzaju i ciężkości, jest większa u chłopców niż u dziewcząt i różnica ta zwiększa się z wiekiem.
- Skutki zdrowotne i społeczne – urazy są główną przyczyną niepełnosprawności.
- Złożoność przyczyn i trudności zapobiegania im ze względu na wieloczynnikowe ich uwarunkowania i konieczność wielodyscyplinarnego podejścia.

W Polsce wprowadzono w ostatnich latach wiele nowych regulacji prawnych oraz krajowych programów i strategii w celu poprawy prewencji urazów i zapewnienia dzieciom bezpieczeństwa. Uregulowania prawne są w praktyce niedostatecznie egzekwowane i często łamane. Nie we wszystkich zakresach prewencji podejmowane są odpowiednie działania. *Najmniej uwagi przywiązuje do bezpieczeństwa małego dziecka w domu i wokół niego, czyli prewencji upadków, oparzeń, zatruc, uduszeń i zadławień. Brakuje działań ukierunkowanych na wspieranie rodzin zagrożonych, o niskim statusie społeczno-ekonomicznym, w dostępie do sprzętu ochronnego i edukacji*²¹.

Zaburzenia zdrowia psychospołecznego

Zaburzenia te stanowią liczną i zróżnicowaną grupę²². W ich powstawaniu odgrywa rolę wiele czynników biologicznych i psychospołecznych,

¹⁹ *Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania, op. cit.*

²⁰ M. Malinowska-Cieślik, *Urazy wymagające pomocy medycznej [w:] Tendencje zmian zachowań zdrowotnych i wybranych wskaźników zdrowia młodzieży szkolnej w latach 1990–2010*, B. Woynarowska, J. Mazur (red.), Instytut Matki i Dziecka, Wydział Pedagogiczny Uniwersytetu Warszawskiego, Warszawa 2012, s. 207–214.

²¹ M. Malinowska-Cieślik i in., *Ocena prewencji urazów i promocji bezpieczeństwa dzieci i nastolatków w Polsce*, „Zdrowie Publiczne i Zarządzanie” 2012, t. 18, nr 2, s. 80–94.

²² Zagadnienie to omówiono szerzej w artykule I. Tabak, *Zdrowie psychiczne dzieci i młodzieży. Wsparcie dzieci i młodzieży w pokonywaniu problemów*, s. 115–140 niniejszej publikacji.

związanych z rodziną, szkołą, grupą rówieśniczą, środowiskiem lokalnym²³. Dokonujące się w ostatnim ćwierćwieczu w Polsce gwałtowne przemiany społeczno-ekonomiczne i towarzyszące im takie zjawiska, jak: nierówności społeczne, bezrobocie, wydłużenie czasu pracy rodziców, osłabienie poczucia bezpieczeństwa osobistego, nadmiar stresów, szybkie tempo życia, rywalizacja, nie stwarzają korzystnych warunków dla rozwoju i zdrowia psychicznego dzieci. W wyniku postępu medycyny i techniki zmniejszyła się umieralność dzieci (zwłaszcza niemowląt) z wadami rozwojowymi i chorobami genetycznie uwarunkowanymi. W tej grupie dzieci większe jest ryzyko wystąpienia zaburzeń rozwoju i zdrowia psychospołecznego.

Istnieje wiele danych potwierdzających, że częstość zaburzeń zdrowia psychospołecznego wśród dzieci i młodzieży zwiększa się. Z tego powodu znalazły się one wśród siedmiu priorytetowych obszarów „Europejskiej strategii dla zdrowia i rozwoju dziecka i nastolatka”, opracowanej przez WHO w 2005 r.²⁴.

W Polsce nie dysponujemy danymi o rzeczywistym rozpowszechnieniu zaburzeń zdrowia psychicznego w populacji dzieci i młodzieży. Podstawowym źródłem są dane Instytutu Psychiatrii i Neurologii o osobach w wieku do 18. r.ż. leczonych w placówkach leczenia psychiatrycznego (tabela 5). Liczba dzieci i młodzieży z zaburzeniami zdrowia psychicznego jest jednak znacznie większa, gdyż wiele osób pozostaje poza profesjonalną opieką, głównie z powodu małej dostępności do tej opieki i obawy przed stygmatyzacją. Szacuje się, że zaburzenia te występują u 10–20% populacji²⁵. Wyniki badań z wykorzystaniem wskaźników subiektywnych wskazują, że wśród 15-latków z gimnazjów warszawskich 40% miało problemy psychiczne o różnym stopniu nasilenia, u 5% występowały poważne problemy (potwierdzone testami psychologicznymi) utrudniające normalne funkcjonowanie²⁶.

System opieki nad dziećmi i młodzieżą z zaburzeniami psychicznymi w Polsce jest niezadowolający. Cechuje go m.in.: nierównomierne rozmieszczenie placówek (większość w dużych miastach), koncentracja na

²³ I. Namysłowska, *Zdrowie psychiczne dzieci i młodzieży w Polsce – stan rozwoju opieki psychiatrycznej i zadania na przyszłość*, „Postępy Nauk Medycznych” 2013, nr 1, s. 4–9.

²⁴ Zob. przypis 1 na s. 43.

²⁵ I. Namysłowska, *Zdrowie psychiczne dzieci i młodzieży*, op. cit.

²⁶ K. Okulicz-Kozaryn, A. Borucka, *Oszacowanie stanu zdrowia psychicznego nastolatków na podstawie subiektywnych ocen ich zdrowia*, „Medycyna Wieku Rozwojowego” 2004, t. 8, nr 3 cz. 1, s. 499–512.

Tabela 5. Dzieci i młodzież do lat 18 z zaburzeniami psychicznymi leczeni w placówkach lecznictwa psychiatrycznego w 2011 r.

Leczeni w	Liczba	Wskaźnik na 100 tys. ludności
Oddziałach psychiatrycznych całodobowych	10 040	128,8
Oddziałach opieki dziennej	2 209	29,6
Poradniach zdrowia psychicznego dla dzieci i młodzieży	100 659	261,3
Poradniach zdrowia psychicznego, terapii uzależnień od alkoholu i terapii uzależnień od substancji psychoaktywnych	114 088	1484,4

Źródło: Formularz MZ-15. Roczne sprawozdanie o leczonych w poradniach zdrowia psychicznego, poradniach zdrowia psychicznego dla dzieci i młodzieży, poradniach odwykowych dla uzależnionych od alkoholu i w poradniach profilaktyki, leczenia i rehabilitacji osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych w 2011 roku, Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 2012.

opiece szpitalnej, niedostatki finansowania, brak psychiatrów dziecięcych (obecnie ok. 250 osób, zajmujemy pod tym względem jedno z ostatnich miejsc w Europie), niedostatek placówek pomocy rodzinie²⁷. Niska jest także jakość i mała skuteczność działań profilaktycznych w zakresie przeciwdziałania narkomanii²⁸ i agresji w szkołach.

Choroby przewlekłe

Termin „choroba przewlekła” odnosi się do chorób, które trwają 3 miesiące lub dłużej, nawracają lub mogą nawracać, nie są w pełni (obecnie) wyleczalne lub trudno poddają się leczeniu. Choroby przewlekłe mogą wpływać na rozwój i samopoczucie fizyczne, psychiczne i społeczne dziecka w następstwie występujących objawów, konieczności leczenia i ograniczeń w aktywności w rodzinie, szkole i wśród rówieśników.

W Polsce nie ma dokładnych danych o częstości występowania chorób przewlekłych w populacji dzieci i młodzieży. Jest to spowodowane różnicami w definiowaniu choroby przewlekłej, sposobach rejestracji i źródłach informacji.

- W ocenie rodziców/opiekunów dzieci w 2009 r. w wieku 0–14 lat:
 - na co najmniej jedną chorobę (w okresie badania) chorowało 28% dzieci, najczęściej były to alergie (17% dzieci) i astma oskrzelowa (3%),

²⁷ I. Namysłowska, *Zdrowie psychiczne dzieci i młodzieży, op. cit.*

²⁸ Najwyższa Izba Kontroli. *Profilaktyka narkomanii w szkołach. Informacja o wynikach kontroli*, nr ewid. 152/2013/P/12/094/KPB, NIK, Warszawa, lipiec 2013 r., www.nik.gov.pl [dostęp 15 grudnia 2013 r.].

- długotrwałe problemy zdrowotne (choroby przewlekłe i inne dolegliwości trwające lub przewidywane, że będą trwały 6 miesięcy lub więcej) miało 15,6% dzieci; poważne kłopoty i trudności (wymagające ograniczania aktywności dziecka w porównaniu z rówieśnikami i/lub korzystania z pomocy dodatkowych, np. okulary, aparat słuchu) miało 10,6% dzieci, najczęściej były to kłopoty ze wzrokiem²⁹.
- Według samej młodzieży w 2010 r. choroby przewlekłe lub inne poważne kłopoty ze zdrowiem (stwierdzone przez lekarza) występowały u: 17% 13-latków; 22,4% 15-latków i 21,4% 17-latków³⁰.

Na podstawie dostępnych danych można szacować, że choroby przewlekłe (bez uwzględnienia otyłości, która jest też chorobą przewlekłą) występują w zależności od wieku u 20–25% populacji dzieci i młodzieży. Do najczęstszych chorób należą: choroby alergiczne, astma oskrzelowa, padaczka, cukrzyca, choroby układu krążenia, choroby genetycznie uwarunkowane (fenyloketonuria, mukowiscydoza, hemofilia). Choroby te w różnym stopniu upośledzają funkcjonowanie dziecka i jego jakość życia³¹. Jest to zatem bardzo liczna grupa młodych ludzi o specjalnych potrzebach zdrowotnych i edukacyjnych.

Nadwaga i otyłość

Otyłość u dzieci i młodzieży jest najczęstszym zaburzeniem dotyczącym odżywiania i zaliczana jest do chorób przewlekłych. Ze względu na duże i zwiększające się jej rozpowszechnienie otyłość uznaje się za epidemię XXI wieku.

W krajach UE nadwaga i otyłość występuje u co czwartego dziecka/nastolatka w wieku szkolnym. W Polsce w 2009 r. stwierdzono je u 16,4% dzieci w wieku 6–19 lat (u 18,7% chłopców i 14,3% dziewcząt)³². Otyłość występuje częściej u chłopców niż u dziewcząt we wszystkich grupach wie-

²⁹ Stan zdrowia ludności, *op. cit.*

³⁰ J. Mazur i in., *Obciążenie chorobami przewlekłymi w okresie dorastania mierzone na podstawie szkolnych badań ankietowych*. „Medycyna Wieku Rozwojowego” 2013, t. 17, nr 2, s. 157–164.

³¹ Problemy związane z chorobą przewlekłą dzieci omówiono w artykule: A. Małkowska-Szcutnik, *Choroby przewlekłe u dzieci i młodzieży jako narastający problem społeczny*, s. 91–114 tej publikacji.

³² A. Grajda, Z. Kułaga, B. Gurzkowska i in., *Regional differences in prevalence of overweight, obesity and underweight among Polish children and adolescents*, „Medycyna Wieku Rozwojowego” 2011, t. 15, nr 3 cz. I, s. 258–265.

ku. Z porównania z wcześniejszymi badaniami wynika, że częstość nadwagi i otyłości wśród dzieci i młodzieży szkolnej w Polsce zwiększa się o ok. 2–3% na dekadę. Szczególnie wzrastająca tendencja w częstości występowania nadwagi i otyłości u chłopców w okresie dojrzewania w ostatnich 5 latach może w najbliższej dekadzie spowodować dalsze narastanie tego problemu u mężczyzn w wieku 35–44 lata w Polsce, który według badań WOBASZ dotyczy już prawie 70% z nich³³.

W ponad 90% przypadków przyczyną otyłości jest przewlekły brak równowagi między energią dostarczaną z pożywieniem a energią wydatkowaną. Na jej wystąpienie wpływa współistnienie czynników genetycznych i środowiskowych. W najwcześniejszym okresie życia wewnątrzłonowe zmiany metaboliczne, które mogą być spowodowane zarówno przekarmieniem, jak i niedożywieniem matki lub dysfunkcją łożyska i hipoglikemią płodową mogą powodować płodowy i noworodkowy wzrost poziomu insuliny. Wiąże się to ze zwiększeniem ryzyka wystąpienia otyłości i zaburzeń metabolicznych w późniejszym okresie życia dziecka³⁴. Uważa się, że wpływ środowiska ma większe znaczenie niż czynniki genetyczne i stanowi ok. 60–75% przyczyn nadmiernych przyrostów masy ciała. Środowisko sprzyjające otyłości (*obesogenic environment*) tworzone jest przez dostępność wysoko przetworzonych, kalorycznych produktów spożywczych i ich reklamę, zmniejszenie aktywności fizycznej w codziennym życiu i zajęcia związane z siedzącym trybem życia (korzystanie z komputera, telewizji).

Powikłania otyłości występują już w dzieciństwie i młodości. Są to: zespół metaboliczny, cukrzyca typu 2, nadciśnienie tętnicze, zespół bezdechu sennego, koślawość kolan i płaskostopie. Występują także powiązane z otyłością problemy psychospołeczne i emocjonalne, uwarunkowane wieloma czynnikami, w tym negatywnym postrzeganiem otyłych dzieci przez otoczenie. Skutkiem tego jest obniżone poczucie własnej wartości, brak wiary we własne możliwości, obniżone zadowolenie z życia. U ok. 80% otyłych nastolatków otyłość utrzymuje się w wieku dorosłym ze wszystkimi konsekwencjami zdrowotnymi i psychospołecznymi – choroby układu krążenia, cukrzyca, niektóre postaci nowotworów, nerwice, depresja.

Leczenie otyłości jest trudne i długotrwałe. Wymaga działań kompleksowych, obejmujących m.in. regularne monitorowanie przyrostów masy

³³ U. Biela, A. Pająk, K. Kaczmarczyk-Chałas i in., *Częstość występowania nadwagi i otyłości u kobiet i mężczyzn w wieku 20–74 lat. Wyniki programu WOBASZ*, „Kardiologia Polska” 2005, nr 63(supl. 4), s. 632–635.

³⁴ G. Dorner, A. Plagemann, *Perinatal hiperinsulinizm as possible predisposing factor for diabetes mellitus, obesity, and enhanced cardiovascular risk in later life*, „Horm. Met. Res.” 1994, nr 26, s. 213–221.

ciała, zmianę diety, odpowiednio dobraną aktywność fizyczną, wsparcie psychologiczne. Działania prewencyjne, adresowane do ogółu populacji dzieci i młodzieży, a szczególnie grup ryzyka, powinny stać się ogólnie dostępne dla całych rodzin. W ostatnich latach podejmowane są w tej sprawie w kraju liczne inicjatywy, ale nie ma dowodów na ich skuteczność.

Próchnica zębów

Próchnica zębów jest najczęściej występującą chorobą u dzieci i młodzieży. Próchnica zębów mlecznych może się rozpocząć już w pierwszym roku życia i jeśli skutecznie się jej nie zapobiega, częstość i intensywność próchnicy zwiększa się z wiekiem. Wolnych od próchnicy jest tylko ok. 14% 6-latków i 4% 18-latków. Z wiekiem zwiększa się też odsetek dzieci o znacznej próchnicy (tabela 6).

Tabela 6. Wskaźniki charakteryzujące występowanie i nasilenie próchnicy zębów u dzieci w wieku 6, 12 i 18 lat w Polsce w 2012 r.

Wskaźnik	6-latki	12-latki	18-latki
Odsetek dzieci wolnych od próchnicy	14,4	20,9	3,9
Średnia liczba zębów z ubytkami próchnicowymi (dotyczy zębów mlecznych u 6-latków i stałych u 12- i 18-latków)	4,3	1,9	3,1
Wskaźnik dużej próchnicy (% badanych)	10,0	7,4	13,2
Odsetek dzieci niewymagających leczenia zachowawczego i/lub chirurgicznego (wskazane tylko działania profilaktyczne)	14,2	25,2	13,9

Źródło; na podstawie badań epidemiologicznych prowadzonych w ramach programu „Monitoring zdrowia jamy ustnej w 2012 r.”, dane Departamentu Matki i Dziecka Ministerstwa Zdrowia, www.mz.gov.pl [dostęp 12 stycznia 2014 r.].

Zachorowalność na próchnicę zębów w Polsce w porównaniu z wieloma krajami UE, w tym także znajdującymi się podobnie jak Polska w okresie transformacji systemowej, nadal utrzymuje się na wysokim poziomie³⁵.

Próchnica jest chorobą, której w pełni można zapobiegać. Niezbędna jest profilaktyka zintegrowana obejmująca higienę jamy ustnej, racjonalne żywienie i zapewnienie stomatologicznej opieki zapobiegawczej. U dzieci niezbędna jest profilaktyka fluorkowa (nadzorowane szczotkowanie zębów

³⁵ Wyniki badań przeprowadzonych w 2009 r. wśród ludzi dorosłych w krajach UE wykazały, że w Polsce tylko 28% miało pełne uzębienie (średnia dla UE 41%); zajmowaliśmy czwarte miejsce od końca. Polska należała także do krajów o najniższym odsetku osób (44%), które corocznie zgłaszają się do dentysty (piąte miejsce od końca): Special Eurobarometr 330 „Oral health” (2010) TNS Opinion & Social.

preparatami fluorkowymi, uszczelnianie bruzd powierzchni żujących w zębach mlecznych i stałych oraz systematyczne wizyty kontrolne u dentysty). W Polsce publiczne programy profilaktyczne funkcjonują w niewielkim stopniu. Na przykład w 2011 r. profilaktyką fluorkową objęto tylko ok. 4% dzieci 5-letnich, 48% 12-latków i 7% 15-latków. Poziom uszczelnienia bruzd zębów we wszystkich grupach wieku był bardzo niski³⁶. Z powodu niezadowalającego zapewnienia dzieciom profilaktycznej opieki stomatologicznej, wysokich kosztów leczenia próchnicy i leczenia ortodontycznego oraz niskiej świadomości społeczeństwa w zakresie zdrowia jamy ustnej, nie można oczekiwać poprawy zdrowia jamy ustnej w najbliższych latach.

Niepełnosprawność

Niepełnosprawność u dzieci i młodzieży jest skutkiem urazów, wad wrodzonych i chorób przewlekłych. Jest to poważny problem zdrowotny i społeczny wiążący się z wieloma ograniczeniami w codziennym życiu, obniżeniem jakości życia dzieci nią dotkniętych i ich rodzin oraz wysokimi kosztami leczenia i rehabilitacji.

Nie ma jednej powszechnie uznanej definicji niepełnosprawności, co utrudnia ocenę częstości jej występowania. Według WHO niepełnosprawna jest osoba z długotrwałą obniżoną sprawnością fizyczną, umysłową lub sensoryczną, która może ograniczać jej pełne i efektywne uczestnictwo w życiu społecznym na równych zasadach z innymi obywatelami. W Polsce przyjmuje się co najmniej dwie definicje niepełnosprawności:

- **biologiczna**, według kryterium UE występuje u osób, które z powodów zdrowotnych mają ograniczoną zdolność do wykonywania czynności, jakie ludzie zwykle wykonują,
- **prawna** dotycząca osób, które mają orzeczenia prawne o niepełnosprawności (różnego stopnia), wydawane przez różne instytucje i dla różnych celów.

Na podstawie kryteriów niepełnosprawności przyjętych przez GUS w Polsce w 2009 r. odsetek osób z niepełnosprawnością wynosił 3,5% w grupie wieku 0–14 lat, w wieku 15–19 lat – 4,4% ogółu populacji (w tym z niepełnosprawnością tylko biologiczną odpowiednio 0,2% i 1,1%; tylko prawną odpowiednio 2,5% i 2,3%)³⁷.

³⁶ E. Jodkowska, M. Wierzbicka, E. Rusyan, I. Strużycka, *Publiczny program zapobiegania próchnicy w Polsce u dzieci w wieku 5, 7 i 15 lat realizowany w roku 2011*, „Przebieg Epidemiologiczny” 2013, t. 67, nr 4, s. 765–769.

³⁷ *Stan zdrowia ludności, op. cit.*

Dzieci z niepełnosprawnościami są grupą o specjalnych potrzebach zdrowotnych i edukacyjnych. Mimo poprawy w zaspokajaniu ich potrzeb w ostatnich latach, wiele problemów zdrowotnych i społecznych tej grupy nie jest rozwiązanych.

Nowotwory

Nowotwory w populacji dzieci i młodzieży występują rzadko, jednak ze względu na charakter choroby, przebieg leczenia i szanse powrotu do zdrowia, a także to, że nowotwory są drugą przyczyną zgonów u dzieci powyżej 4. r.ż., stanowią one wyzwanie dla systemu ochrony zdrowia i zdrowia publicznego.

W Polsce w 2011 r. zarejestrowano 1002 nowe przypadki zachorowań na nowotwory złośliwe u dzieci i młodzieży do 19. r.ż.³⁸. Współczynnik zachorowań na nowotwory w wieku rozwojowym wyniósł 121 na milion populacji w wieku 0–19 lat i był większy u chłopców niż u dziewcząt. W porównaniu z danymi sprzed dekady liczba i współczynnik zachorowań na nowotwory złośliwe w grupie wieku 0–19 lat pozostają na podobnym poziomie. Najczęstszymi nowotworami u dzieci w Polsce w 2011 r. były: białaczki (25% wszystkich nowotworów w wieku rozwojowym), nowotwory mózgu (15,5%), chłoniaki (11%), mięsaki (5,5%).

Według danych Polskiej Pediatricznej Grupy ds. Leczenia Białaczek i Chłoniaków oraz Polskiej Pediatricznej Grupy Guzów Litych³⁹ we wczesnym, I i II, stadium choroby nowotworowej rozpoznawane jest średnio jedynie 10–15% nowotworów u dzieci i młodzieży w Polsce. Wpływa to negatywnie na wyniki leczenia, którego skuteczność zależy od wczesnego rozpoznania choroby. W zależności od stadium zaawansowania odsetek wyleczonych z choroby nowotworowej wzrasta, w przypadku różnych nowotworów od 20% do 60%. Niezbędne są zatem działania dla zwiększenia wczesnej wykrywalności nowotworów u dzieci. Szczególna rola przypada tu lekarzom rodzinnym i pediatrom, którzy podczas badań profilaktycznych i bilansów zdrowia powinni zwracać uwagę na objawy mogące sugerować nowotwór.

Choroby zakaźne

Sytuacja epidemiologiczna w zakresie chorób zakaźnych u dzieci i młodzieży od wielu lat jest w Polsce korzystna. Dotyczy to szczególnie chorób

³⁸ Krajowy Rejestr Nowotworów, raporty na podstawie danych Instytutu Onkologii, <http://epid.coi.waw.pl/krn> [dostęp 23 stycznia 2014 r].

³⁹ J. Wachowiak, *Nowotwory u dzieci – epidemiologia, wczesna diagnostyka i podstawy terapii ze szczególnym uwzględnieniem roli lekarza rodzinnego*, www.pedhemonko.ump.edu.pl/pdf/lekarski [dostęp 23 stycznia 2014 r].

objętych programem obowiązkowych szczepień ochronnych. Całkowicie wyeliminowano błonicę i poliomyelitis. W 2011 r. nie zanotowano żadnego przypadku różyczki wrodzonej. W odniesieniu do pozostałych chorób zakaźnych, przeciw którym prowadzi się obowiązkowe szczepienia (tabela 7), odnotowuje się następujące zjawiska⁴⁰:

- utrzymuje się tendencja spadkowa zachorowań na świnkę, różyczkę, odrę i wirusowe zapalenie wątroby typu B; zarejestrowane przypadki dotyczą w zdecydowanej większości osób nieszczepionych lub nieprawidłowo szczepionych i w starszych grupach wieku,
- zmniejszyła się częstość zachorowań na zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych i/lub mózgu wywołane przez *Haemophilus influenzae* typu b (w 2011 r. zarejestrowano 11 przypadków, w latach 2005–2009 średnio 35),
- zwiększa się zapadalność na krztusiec, połowa zarejestrowanych przypadków dotyczy osób powyżej 15. r.ż.; wzrost ten jest spowodowany krążeniem drobnoustrojów w środowisku i wrażliwością populacji na zakażenie.

Tabela 7. Zachorowania na choroby zakaźne, przeciw którym prowadzi się obowiązkowe szczepienia ochronne w Polsce w 2011 r.

Choroba zakaźna	Liczba zachorowań	Współczynnik na 100 tys. ludności
Różyczka	4290	11,1
Świnka	2585	6,7
Krztusiec	1669	4,3
Wirusowe zapalenie wątroby typu B	104	0,27
Odra	38	0,1

Źródło: na podstawie danych epidemiologicznych („Kronika Epidemiologiczna”) za rok 2011 w porównaniu z latami wcześniejszymi, zawartych w specjalnym wydaniu kwartalnika „Przegląd Epidemiologiczny” 2013, t. 67, nr 2.

Wśród chorób objętych szczepieniami ochronnymi znajduje się również gruźlica. W populacji dzieci i młodzieży zarejestrowano w 2011 r.: w wieku 0–14 – 111; 15–19 lat – 130 zachorowań. Stanowiło to 1,3% ogółu zachorowań. Współczynniki na 100 tys. wynosiły odpowiednio 1,9%, 5,4% i utrzymywały się w ostatniej dekadzie na podobnym poziomie. Zapadalność na gruźlicę u dzieci w Polsce na tle innych krajów UE jest niska. Najczęstszą postacią

⁴⁰ Wykorzystano dane epidemiologiczne („Kronika Epidemiologiczna”) za rok 2011 w porównaniu z latami wcześniejszymi zawarte w specjalnym wydaniu kwartalnika „Przegląd Epidemiologiczny” 2013, t. 67, nr 2.

choroby u dzieci i młodzieży jest gruźlica węzłów chłonnych klatki piersiowej i gruźlica płuc. W tej populacji w 2011 r. nie było zachorowań na gruźlicze zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych i zgonów z powodu gruźlicy⁴¹.

Poziom zaszczepienia dzieci w zakresie obowiązkowych szczepień ochronnych jest w Polsce wysoki, wykonuje się je u blisko 95% populacji. Jest to poziom wystarczający dla osiągnięcia odporności zbiorowskiej, zapobiegającej epidemicznemu szerzeniu się zachorowań. Odsetek dzieci poddawanych szczepieniom zalecanym (np. przeciw ospie wietrznej, pneumokokom) jest wciąż bardzo niski. Niekorzystnym zjawiskiem są nasilające się w ostatnich latach ruchy antyszczepionkowe i zwiększająca się liczba osób odmawiających obowiązkowego szczepienia dzieci (w 2011 r. ponad 4500 osób)⁴².

Nadal wysoka jest zachorowalność na choroby nieobjęte programem szczepień obowiązkowych. W 2011 r. w populacji 0–19 lat zarejestrowano:

- ponad 18 tys. zachorowań na płonicę, najwięcej (49%) dotyczyło dzieci w wieku 5–9 lat,
- prawie 163 tys. zachorowań na ospę wietrzną, 51% to dzieci w wieku 3–6 lat; utrzymuje się tendencja wzrostowa zapadalności na ospę wietrzną.

Nowym problemem w populacji dzieci i młodzieży są zakażenia HIV. Należy to rozpatrywać w kontekście zwiększania się zapadalności na HIV w Polsce. W 2011 r. u osób w wieku poniżej 20. r.ż. zarejestrowano 19 nowych zakażeń (1,7% ogółu), w tym: troje niemowląt, czworo dzieci w wieku 1–8 lat i 12 w wieku 17–19 lat⁴³. Dokładna liczba dzieci zakażonych HIV w Polsce nie jest znana i szacowana jest na ok. 1000. W październiku 2013 r. leczeniem antyretrowirusowym (ART) objętych było 118 dzieci (1,7% ogółu leczonych)⁴⁴.

Do zakażenia HIV u dzieci dochodzi najczęściej (ponad 90% przypadków) w wyniku transmisji wertykalnej z matki na dziecko w czasie ciąży, porodu i karmienia piersią. Drogi zakażenia HIV u młodzieży są podobne

⁴¹ M. Korzeniewska-Kosęła, *Gruźlica w Polsce w 2011 roku*, „Przegląd Epidemiologiczny” 2013, t. 67, nr 2, s. 375–378.

⁴² M. P. Czarkowski, M. Rosińska, M. Sadkowska-Todys, *Zachorowania na choroby zakaźne i pasożytnicze [w:] Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania*, B. Wojtyński, P. Goryński, B. Moskalewicz (red.), Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny, Warszawa 2012, s. 189–223.

⁴³ M. Niedźwiedzka-Stadnik, M. Rosińska, *Zakażenia HIV i zachorowania na AIDS w Polsce w 2011 roku*, „Przegląd Epidemiologiczny” 2013, t. 67, nr 2, s. 369–372.

⁴⁴ Dane Krajowego Centrum ds. AIDS, www.aids.gov.pl [dostęp 12 stycznia 2014 r.].

jak u dorosłych, szczególnie przez kontakty seksualne, używanie dożylnych narkotyków, tatuaże i inne nacięcia skóry⁴⁵. Warunkiem zmniejszenia częstości zakażeń HIV u dzieci są badania przesiewowe kobiet ciężarnych pod kątem zakażenia HIV i przy potwierdzonym rozpoznaniu wdrożenie terapii ART. U młodzieży niezbędne są działania profilaktyczne i edukacyjne w celu przeciwdziałania ryzykownym zachowaniom seksualnym i używaniu substancji psychoaktywnych.

U osób zakażonych podstawowe znaczenia ma wczesne rozpoznanie i rozpoczęcie leczenia ART. Zmniejsza to w dużym stopniu ryzyko progresji zakażenia do pełnoobjawowego AIDS i zgonu. U dzieci żyjących z HIV mogą występować zaburzenia w rozwoju psychospołecznym, rzadziej fizycznym, trudności w funkcjonowaniu w szkole. Są one skutkiem zmian w ośrodkowym układzie nerwowym, leczenia antyretrowirusowego, a także negatywnych czynników w środowisku rodzinnym⁴⁶.

Zaburzenia wybranych układów

Procesom wzrastania mogą towarzyszyć zaburzenia w budowie i funkcji różnych układów spowodowane specyficznymi właściwościami indywidualnymi i czynnikami środowiskowymi. Do najczęstszych należą zaburzenia wzroku, słuchu i układu ruchu.

Zaburzenia narządu wzroku występują, w zależności od wieku, u ok. 15–25% dzieci i ich częstość nie ulega zmianie. Najczęstsze to: wady refrakcji (krótkowzroczność, dalekowzroczność i astygmatyzm, wymagające korekcji za pomocą okularów) i zez, który powinien być leczony w pierwszych latach życia.

Zaburzenia narządu słuchu (niedosłuch, szumy uszne, nadwrażliwość słuchowa) występują u prawie 20% dzieci w wieku szkolnym⁴⁷. Częstość zaburzeń słuchu u młodzieży ma tendencję wzrostową, ze względu na narażenie na hałas pochodzący z różnych źródeł. Mogą być one przyczyną m.in. zaburzeń mowy, trudności szkolnych. Obecnie istnieją obiektywne metody wczesnego diagnozowania zaburzeń słuchu i większość dzieci może otrzymać skuteczną pomoc.

⁴⁵ M. Marczyńska, *Zakażenie HIV i AIDS u kobiet i dzieci* [w:] *Choroby zakaźne i pasożytnicze*, J. Cianciara, J. Juszczyk (red.), Wydawnictwo Czelej, Lublin 2007.

⁴⁶ M. Marczyńska, M. Szczepańska-Putz, *Zakażenie HIV* [w:] *Uczniowie z chorobami przewlekłymi. Jak wspierać ich rozwój, zdrowie i edukację*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2010, s. 210–221.

⁴⁷ M. Mueller-Malesińska, *Niedosłuch* [w:] *Uczniowie z chorobami przewlekłymi. Jak wspierać ich rozwój, zdrowie i edukację*, B. Woynarowska (red.), Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2010, s. 160–178.

Zaburzenia układu ruchu są związane z intensywnym wzrastaniem i kształtowaniem się postawy ciała. Według różnych autorów występują one u 10–80% dzieci w wieku szkolnym. Tak duże różnice tego odsetka wynikają z braku ujednoczonych kryteriów diagnostycznych oraz indywidualnego przebiegu posturogenezy. W praktyce to, co dla jednego lekarza ortopedy jest „normą”, dla innego jest już zaburzeniem. Można szacować, że zaburzenia, które można uznać za „poważne”, dotyczą ok. 10–15% dzieci. Do najczęstszych należą:

- boczne skrzywienie kręgosłupa (skolioza) występuje u 2–4% dzieci i młodzieży,
- młodzieńcza kifoza piersiowa (choroba Scheuermana) występuje u 3–5% nastolatków,
- zniekształcenia statyczne kończyn dolnych, dotyczą ok. 10–15% dzieci,
- wady postawy – odchylenia w ułożeniu poszczególnych części ciała względem siebie oraz osi tułowia, widoczne w pozycji stojącej. Są one kategorią czynnościową, nie ma ustalonych kryteriów prawidłowej postawy ciała w różnych okresach życia dziecka i dlatego zbyt często są rozpoznawane.

W zapobieganiu zaburzeniom układu ruchu niezbędne są: aktywność fizyczna, zapewnienie dzieciom odpowiedniego łóżka, mebli do zajęć wykonywanych w pozycji siedzącej w domu i w szkole oraz dobrego obuwia.

Podsumowanie

Zdrowie populacji dzieci i młodzieży jest stanem dynamicznym i podlega zmianom zależnie od czynników społeczno-ekonomicznych, polityki zdrowotnej, postępów w diagnozowaniu i leczeniu chorób oraz świadomości zdrowotnej społeczeństwa, a zwłaszcza rodziców. W okresie ostatnich dwóch dekad w Polsce odnotowuje się zarówno korzystne, jak i negatywne zjawiska.

- **Zmiany pozytywne**, w tym m.in.: utrzymanie się tendencji do zwiększania się wysokości ciała, systematyczne obniżanie się umieralności i zachorowalności na choroby zakaźne, przeciw którym wykonuje się obowiązkowe szczepienia ochronne, nastąpił znaczny postęp w leczeniu dzieci z chorobami nowotworowymi. Jest to efektem poprawy w diagnozowaniu i leczeniu chorób, upowszechnianiu szczepień, a także polepszenia warunków i standardu życia.
- **Nowe problemy zdrowotne** – takie jak nadwaga i otyłość, obniżanie się sprawności fizycznej, zaburzenia zdrowia psychicznego, choro-

by alergiczne, skutki zachowań ryzykownych (zwłaszcza używania substancji psychoaktywnych), zakażenia HIV. Jest to związane m.in. z warunkami współczesnego życia, pogłębianiem się nierówności społecznych, niedostatkami zachowań prozdrowotnych, utrzymaniem przy życiu noworodków o bardzo małej urodzeniowej masie ciała, z wadami rozwojowymi, które wcześniej nie miały szans na przeżycie.

W Polsce w minionych dwóch dekadach opracowano wiele dokumentów, programów i aktów prawnych, które dotyczą działań w zakresie ochrony i promocji zdrowia dzieci i młodzieży i określają kierunki tych działań. Jednak ich wdrażanie jest niezadowolające, wiele zapisów pozostaje „na papierze”. W okresie transformacji ustrojowej zaistniały niekorzystne zmiany w systemie opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą, w tym:

- zmniejszyła się znacznie liczba lekarzy pediatrów, mało jest psychiatrów dziecięcych,
- lekarze rodzinni nie sprawują w zadowalającym stopniu profilaktycznej opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą, sprawowanej przed okresem transformacji przez pediatrów i lekarzy szkolnych,
- załamał się system opieki stomatologicznej,
- nie ma mechanizmów i struktury do programowania, monitorowania i nadzorowania jakości profilaktycznej opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą sprawowanej przez lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej i pielęgniarki szkolne.

W obecnej sytuacji za **zadania priorytetowe** należy uznać przede wszystkim:

- **zapewnienie profilaktycznej opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą** o wysokiej jakości i skuteczności, z uwzględnieniem nowoczesnych założeń promocji zdrowia i propozycji zawartych w „Europejskiej strategii dla zdrowia i rozwoju dziecka i nastolatka”; ze względu na zmiany w stanie zdrowia oraz sytuację demograficzną należałoby dokonać modyfikacji dotychczasowego zakresu tej opieki (w tym testów przesiewowych), pozostawiając tylko elementy badań o sprawdzonej skuteczności i dostępności skutecznego leczenia lub korekcji,
- **poprawę jakości i skuteczności edukacji zdrowotnej i programów profilaktyki w szkołach**; stwarza to możliwość efektywnego dotarcia do prawie całej populacji w wieku szkolnym i pośrednio rodziców (łącznie 25–30% ogółu ludności); ukształtowanie prozdrowotnego

stylu życia, umiejętności dbania o zdrowie, korzystania ze świadczeń medycznych, odpowiedzialności za zdrowie własne innych ludzi i środowisko może w dłuższej perspektywie przyczynić się do poprawy zdrowia społeczeństwa, wydłużenia okresu życia w zdrowiu, opóźnienia starzenia i jego negatywnych skutków⁴⁸.

Bibliografia

- Blair M., Steward-Brown S., Waterson T., Crowther R., *Child public health*, Oxford University Press, Oxford 2004.
- Stan zdrowia ludności Polski w 2009 r.*, Główny Urząd Statystyczny, Warszawa 2011.
- Zdrowie dzieci i młodzieży w Polsce w 2009 r.*, Główny Urząd Statystyczny, Kraków 2011.
- Mazur J., Mierzejewska E., *Współczesne podejście do oceny stanu zdrowia dzieci i młodzieży na poziomie populacji*, „Medycyna Wieku Rozwojowego” 2004, t. 8, nr 3, cz. I.
- Mazur J., Woynarowska B., *Zespół zachowań ryzykownych a zdrowie subiektywne i zadowolenie z życia młodzieży 15-letniej*, „Medycyna Wieku Rozwojowego” 2004, t. 8, nr 3, cz. 1.
- Okulicz-Kozaryn K., Borucka A., *Oszacowanie stanu zdrowia psychicznego nastolatków na podstawie subiektywnych ocen ich zdrowia*, „Medycyna Wieku Rozwojowego” 2004, t. 8, nr 3 cz. 1.
- Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania*, B. Wojtyniak, P. Goryński, B. Moskalewicz (red.), Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny, Warszawa 2012.
- World Health Organization, *European strategy for child and adolescent health and development*, WHO Regional Office for Europe, Copenhagen 2005 (EURO/05/5048378).
- Wyniki badań HBSC 2010. Raport techniczny*, J. Mazur, A. Małkowska-Szcutnik (red.), Instytut Matki i Dziecka, Warszawa 2011.
- Tendencje zmian zachowań zdrowotnych i wybranych wskaźników zdrowia młodzieży szkolnej w latach 1990–2010*, B. Woynarowska, J. Mazur (red.), Instytut Matki i Dziecka, Wydział Pedagogiczny Uniwersytetu Warszawskiego, Warszawa 2012.

⁴⁸ Zagadnienie to omówiono w artykule: B. Woynarowska, K. Ostaszewski, L. Kulmatycki, *Działania szkół na rzecz zdrowia w Polsce. Diagnoza i rekomendacje*, s. 171–188 tej publikacji.