

Aleksandra Gromelska

Uniwersytet Wrocławski

SYTUACJA ZDROWOTNA DZIECI W POLSCE – AKTUALNE PROBLEMY I WYZWANIA DLA POLITYKI ZDROWOTNEJ

Streszczenie: Artykuł ukazuje najważniejsze czynniki warunkujące stan zdrowia dzieci i problemy zdrowotne młodego pokolenia. Zwraca uwagę na aktualne wyzwania, przed jakimi staje państwo przy realizacji zdrowotnej polityki publicznej wobec dzieci. Wszelkie błędy organizacyjne i systemowe w tym zakresie mogą prowadzić do poważnych konsekwencji zdrowotnych całego pokolenia, stąd tak ważne jest wypracowanie skoordynowanego, całościowego i powszechnego systemu opartego na rzetelnej ocenie sytuacji. Szczególne miejsce w opracowaniu poświęcone zostało problematyce opieki zdrowotnej nad uczniem, a zwłaszcza rozwojowi takich funkcji w zakresie medycyny szkolnej, jak: promocja zdrowia i profilaktyka, a także rehabilitacja.

Słowa kluczowe: zdrowie, rodzina, dzieci, polityka zdrowotna.

1. Wstęp

Znaczenie rodziny jako „...podstawowej komórki społeczeństwa” zostało zaakcentowane w preambule Konwencji Praw Dziecka. Podkreślono tu jednocześnie, iż właśnie rodzina stanowi „naturalne środowisko rozwoju i dobra wszystkich jej członków, a w szczególności dzieci”¹, dlatego tak ważna jest ochrona oraz wsparcie gwarantujące jej pełnię możliwości wypełniania swoich obowiązków w społeczeństwie. Taka gwarancja i wsparcie należą do podstawowych obowiązków państwa. W dokumencie tym sformułowano także katalog praw nadrzędnych, które należy zapewnić w celu pełnego i harmonijnego rozwoju dziecka, w tym m.in. prawo dziecka do jak najwyższego poziomu zdrowia i udogodnień w zakresie leczenia chorób².

Warto również zwrócić uwagę na zapis w Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej, gdzie podkreśla się obowiązek zapewnienia przez władze publiczne szczególnej opieki zdrowotnej dzieciom i kobietom w ciąży³. Problematyka zdrowia dzieci

¹ *Konwencja o prawach dziecka, przyjęta przez Zgromadzenie Ogólne Narodów Zjednoczonych dnia 20 listopada 1989 r.* (DzU 1991, nr 120, poz. 526), art. 24.

² Tamże, Preambuła.

³ *Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r.* (DzU 1997, nr 78, poz. 483), art. 68.

stanowi także ważne zagadnienie w dokumencie określającym cele i kierunki zdrowotnej polityki publicznej w Polsce – w Narodowym Programie Zdrowia na lata 2007-2015. Poprawa opieki zdrowotnej nad dzieckiem oraz jego matką, a także stworzenie warunków sprzyjających zachowaniu zdrowia wśród najmłodszej populacji to jeden z najważniejszych celów tego dokumentu.

Narodowy Program Zdrowia na lata 2007-2015 zwraca uwagę na konieczność wzmocnienia uczestnictwa społeczeństwa, a szczególnie rodziny, w działaniach zmierzających do poprawy stanu zdrowia jej członków, zwłaszcza dzieci. Dokument podkreśla iż poprawę zdrowia ludności Polski należy rozpocząć m.in. od wyrównywania szans w budowaniu zdrowia wśród dzieci⁴.

Stan zdrowia najmłodszego pokolenia jako przyszłego kapitału ludzkiego ma niebagatelne znaczenie dla dalszego rozwoju społeczno-gospodarczego każdego kraju, w tym także i Polski, i będzie determinować jego przyszłą pozycję na arenie międzynarodowej. Dlatego tak ważna jest odpowiednia troska o stworzenie warunków do prawidłowego rozwoju dzieci, monitorowanie ich stanu zdrowia oraz podejmowanie działań w zakresie promocji zdrowia, profilaktyki zagrożeń i chorób oraz restytucji zdrowia w odniesieniu do tej najmłodszej części społeczeństwa.

Celem artykułu jest ukazanie najważniejszych problemów zdrowotnych dzieci (w tym zwłaszcza dzieci w wieku szkolnym), a także głównych uwarunkowań sytuacji zdrowotnej najmłodszego pokolenia oraz wyzwań, przed jakimi staje państwo przy realizacji zdrowotnej polityki publicznej wobec dzieci.

2. Sytuacja demograficzna i stan zdrowia dzieci i młodzieży w Polsce

Zdrowie dzieci nabiera szczególnego znaczenia zwłaszcza w kontekście występujących w Polsce niekorzystnych zjawisk demograficznych, dotyczących zmian w liczbie i strukturze ludności w wieku produkcyjnym. Wprawdzie w ciągu ostatnich czterech lat odnotowano dodatni przyrost naturalny, jednakże w latach 2002-2005 przyrost ten był ujemny, przy czym największy ubytek naturalny wystąpił w 2003 r. i wyniósł –14,1 tys. Rosnąca liczba urodzeń w Polsce w latach 2006-2009 jest niewątpliwie determinowana wejściem w wiek płodności kobiet urodzonych w okresie wyżu demograficznego w latach 1979-1985, jak też i późniejszą decyzją o rodzicielstwie kobiet urodzonych w latach siedemdziesiątych XX wieku⁵. Jednakże nadal współczynnik dzietności odnotowany w Polsce w 2008 r., mimo iż zwiększył się

⁴ Narodowy Program Zdrowia na lata 2007-2015, Załącznik do Uchwały nr 90/2007 Rady Ministrów z dnia 15 maja 2007 roku. http://www.mz.gov.pl/wwwfiles/ma_struktura/docs/zal_urm_npz_90_15052007p.pdf, [data dostępu: 30.04.2010].

⁵ Główny Urząd Statystyczny, Departament Badań Demograficznych, *Podstawowe informacje o rozwoju demograficznym Polski w latach 2000-2009*, Warszawa 2010, s. 1-3, http://www.stat.gov.pl/cps/rde/xbcr/gus/PUBL_lu_podsta_info_o_rozwoju_demograf_polski_2000-2009.pdf [data dostępu: 30.04.2010].

nieznacznie w porównaniu z 2003 r. o około 0,17 pkt. proc., odbiega od wielkości optymalnej określanej jako korzystna dla stabilnego rozwoju demograficznego.

Niekorzystne zmiany demograficzne obserwowane w Polsce w okresie ostatniego dwudziestolecia wywarły również silny wpływ na populację osób najmłodszych, znaczącej zmianie uległy bowiem wielkość i udział najmłodszego pokolenia w strukturze ludności naszego kraju. W roku 1990 liczba dzieci w wieku od 0-14 lat stanowiła 24,4% ogółu ludności, a w 2008 r. udział dzieci w tej grupie wiekowej w ogólnej liczbie ludności zmniejszył się do 15,5%. Szybko postępujący proces starzenia się ludności, będący konsekwencją obniżania się liczby urodzeń i jednoczesnego wydłużania przeciętnego trwania życia, przyczynia się do niekorzystnych następstw natury ekonomicznej i społecznej. W okresie ostatniego dwudziestolecia systematycznej zmianie ulega struktura osób w wieku przedprodukcyjnym i poprodukcyjnym w stosunku do grupy osób w wieku produkcyjnym, co niewątpliwie determinuje obecne i przyszłe rozmiary podaży zasobów siły roboczej na rynku pracy. W roku 1990 na 100 osób w wieku produkcyjnym przypadało 50 osób w wieku przedprodukcyjnym, które nie ukończyły jeszcze 18 roku życia, gdy tymczasem w 2008 r. już tylko 30 osób⁶.

W świetle prognoz Głównego Urzędu Statystycznego te niekorzystne zmiany demograficzne będą się pogłębiać. W roku 2035 liczba dzieci w wieku 0-17 lat zmniejszy się o ponad 1,7 mln osób w stosunku do 2008 roku⁷.

Zdrowie najmłodszego pokolenia stanowi więc jeden z najważniejszych czynników decydujących o wartości przyszłego kapitału ludzkiego w państwie i powinna być traktowana priorytetowo. W kontekście zmian cywilizacyjnych ostatnich lat, technizacji niemal wszystkich dziedzin ludzkiego życia, szczególnej wagi nabierają działania w zakresie profilaktyki i edukacji zdrowotnej prowadzone wśród dzieci.

Odwołując się do głównych wskaźników obrazujących sytuację zdrowotną dzieci w Polsce na przestrzeni ostatniego dwudziestolecia, wyraźnie widać pozytywne zmiany. Między innymi odnotowano tendencję spadkową w odniesieniu do liczby zmarłych niemowląt, jak też stały spadek umieralności dzieci w wieku 1-14 lat (w tym szczególnie zmalała umieralność dzieci między 5 a 14 rokiem życia). I tak np. w 2009 r. zmarło blisko 2,4 tys. dzieci w wieku poniżej 1 roku życia, gdy tymczasem w 1990 r. aż 10,6 tys. Podobnie w 2008 r. na 100 tys. dzieci w wieku 1-14 lat zmarło 18 z nich, a w 1990 r. aż 28⁸.

Od roku 1990 osiągnięto również lepsze wyniki leczenia osób najmłodszych z wrodzonymi wadami serca i chorobami nowotworowymi. Znaczącą poprawę odnotowano w walce z takimi schorzeniami, jak odra, wirusowe zapalenie wątroby, błonica czy choroba Heinego-Medina⁹.

⁶ Główny Urząd Statystyczny, *Rozwój i zmiany w strukturze ludności w latach 1950-2008*, tablice przeglądowe, http://www.stat.gov.pl/gus/5840_646_PLK_HTML.htm [data dostępu: 30.04.2010].

⁷ Główny Urząd Statystyczny, Departament Badań Demograficznych..., s. 14-15.

⁸ Tamże, s. 10-11 i 17.

⁹ J. Szymborski, *Opieka medyczna nad dzieckiem w Polsce*, „Polityka Społeczna” 2004, nr 9, s. 39-40.

Ponadto na podstawie wyników ogólnopolskiego, reprezentacyjnego badania stanu zdrowia ludności Polski, przeprowadzonego przez Główny Urząd Statystyczny na przełomie listopada i grudnia 2004 r., można zauważyć, że ocena stanu zdrowia dzieci jest dużo lepsza w porównaniu z osobami dorosłymi i wyższa niż w badaniu z 1996 roku¹⁰. Wśród ogółu badanych dzieci do lat 14 uzyskano ocenę złą lub bardzo złą tylko dla 1,5% dzieci, średnią (ani dobrą, ani złą) dla 7,4%. Natomiast najwięcej rodziców i opiekunów (dopuszczano również wywiad z dzieckiem 13-letnim i starszym) oceniło stan zdrowia swojego dziecka jako bardzo dobry (37,7%) i dobry (53,3%). Dla porównania w badaniach przeprowadzonych w 1996 r. uzyskano ocenę złą lub bardzo złą dla 2,7% dzieci, a ocenę średnią dla 12,4% dzieci. Oceny pozytywne – bardzo dobre dotyczyły ponad 25% badanych dzieci, a oceny dobre około 59% badanych. Warto jednocześnie podkreślić, że jeśli chodzi o dzieci, nieznacznie lepiej oceniane było zdrowie dziewczynek oraz mieszkańców wsi.

Z wyników badań wynika również, że blisko 20,5% ogółu badanych dzieci choruje przewlekłe na co najmniej jedną chorobę. Dominowały tutaj zachorowania na takie choroby przewlekłe, jak alergia, astma alergiczna i choroby oka¹¹. Najwyższy odsetek chorujących przewlekłe dzieci cechował następujące grupy wiekowe: od 5 do 9 lat i od 10 do 14 lat.

Pozytywną zmianę można zaobserwować również w odniesieniu do liczby dzieci niepełnosprawnych. W roku 1996 liczba ta przekraczała 288 tys., a w 2004 r. o ponad 27% mniej, bo 209 tys. Analizując zjawisko niepełnosprawności według stopnia ograniczenia sprawności, widoczna jest także tendencja spadkowa. Dzieci z całkowicie ograniczoną sprawnością w Polsce w 1996 r. było ponad 26 tys., a w 2004 r. już tylko 16,5 tys. Natomiast dzieci z poważnie ograniczoną niepełnosprawnością w 1996 r. było 158 tys., a w 2004 r. – 106 tys.¹²

Warto zwrócić uwagę, że mimo tych pozytywnych zmian nadal odsetek niepełnosprawnych dzieci w Polsce w wieku 0-14 lat jest wysoki. W roku 2004 wyniósł on 3,3%. Wśród dzieci w wieku 15-19 lat odsetek ten był jeszcze wyższy. W tej grupie wiekowej dzieci niepełnosprawne stanowiły około 4%¹³.

Niepokojącym zjawiskiem jest również nadal duża liczba dzieci cierpiących na długotrwałe problemy zdrowotne, trwające co najmniej 6 miesięcy i będące następ-

¹⁰ GUS, *Stan zdrowia ludności Polski w 2004 r., wykres 5. Ludność oceniająca swoje zdrowie poniżej oceny dobrej – w odsetkach*, Warszawa 2006, s. 23 http://www.stat.gov.pl/cps/rde/xbcr/gus/PUBL_stan_zdrowia_2004.pdf [data dostępu: 30.04.2010].

¹¹ GUS, Departament Badań Społecznych, *Dzieci – rodzina, zdrowie, wychowanie i edukacja, Materiał na konferencję prasową w dniu 25 listopada 2009 r.*, s. 3-4, http://www.stat.gov.pl/cps/rde/xbcr/gus/PUBL_wz_dzieci_rodzina_zdr_wychow_edu.pdf [data dostępu: 30.04.2010] oraz GUS, *Stan zdrowia ludności Polski w 2004 r. ...*, s. 24-26.

¹² GUS, *Stan zdrowia ludności w 1996 r., Niepełnosprawność dzieci według stopnia ograniczenia sprawności oraz województw w 1996r.*, http://www.stat.gov.pl/gus/5840_1167_PLK_HTML.htm [data dostępu: 30.04.2010] oraz GUS, *Stan zdrowia*, wyd. cyt., s. 269.

¹³ J. Szymborski, K. Jakóbiak, *Zdrowie dzieci i młodzieży*, Biuletyn RPO (materiały0 nr 62, GUS, Warszawa 2008, s. 110-113, <http://www.rpo.gov.pl/pliki/12242300580.pdf> [data dostępu: 30.04.2010].

stwem nie tylko choroby przewlekłej, ale także złego samopoczucia czy niepełnosprawności. W roku 2004 odsetek dzieci w wieku 0-14 lat z długotrwałymi problemami zdrowotnymi stanowił ponad 16%. Blisko połowa z nich miała kłopoty ze wzrokiem, a ponad ¼ miała trudności z mówieniem. Osoby między 16 a 19 rokiem życia z długotrwałymi problemami zdrowotnymi to blisko 15%¹⁴.

Kolejnym, bardzo niepokojącym zjawiskiem jest rosnąca na przestrzeni ostatnich lat liczba dzieci w wieku do lat 18 leczonych z powodu zaburzeń psychicznych. W okresie 2000-2005 liczba pacjentów w wieku 0-19 leczonych ambulatoryjnie z powodu zaburzeń psychicznych wzrosła o ok. 60%. Wśród ogółu zachorowań u dzieci dominowały zaburzenia zachowania i emocji rozpoczynające się w dzieciństwie, a także zaburzenia nerwicowe związane ze stresem i somatoformiczne. U blisko 6% leczonych dzieci rozpoznano zaburzenia nastroju, w tym depresję¹⁵.

Warto tu jednocześnie zwrócić uwagę na wyniki badań ankietowych z 2004 r., dotyczące ogólnej jakości życia dziecka związanej ze zdrowiem, a także pytania odnoszące się do interakcji i uczestnictwa w życiu społecznym. U dzieci w wieku 12-14 lat przeważały odpowiedzi o wydzźwięku negatywnym¹⁶.

W roku 2005 nieznacznie wzrósł wskaźnik dzieci w wieku 0-18 lat leczonych na psychiatrycznych oddziałach stacjonarnych na 100 000 dzieci ogółem w porównaniu z 2000 rokiem. Wynika to przede wszystkim ze spadku liczebności populacji, ponieważ ogólnie liczba leczonych dzieci nieznacznie się zmniejszyła. W badanym okresie największy wzrost odnotowano w grupie dzieci leczonych z powodu zaburzeń zachowania i emocji rozpoczynających się w dzieciństwie¹⁷.

Niepokojącym zjawiskiem jest również styl życia najmłodszego pokolenia. Zaniedbania w kształtowaniu już od najmłodszych lat właściwych postaw, zachowań prozdrowotnych mogą w przyszłości prowadzić do ogromnych kosztów społecznych. Prawidłowy rozwój fizyczny, psychospołeczny i umysłowy dzieci uzależniony jest od właściwego stylu życia i odpowiednich nawyków żywieniowych.

Tymczasem przemiany gospodarcze, jakie dokonały się w Polsce po 1989 r., przyniosły zwiększenie dostępności wielu różnych używek. Na podaż zalegalizowanych substancji psychoaktywnych, alkoholu i papierosów miała wpływ szeroko rozpowszechniona w mediach promocja i reklama. Coraz częściej ich konsumentami stawały się również dzieci. Przeprowadzone w latach 2003 i 2008 badania wśród młodzieży z ostatnich klas szkół ponadgimnazjalnych, publicznych i niepublicznych, dotyczące spożywania substancji psychoaktywnych, wykazały, że alkohol cieszył się większą popularnością wśród młodzieży ponadgimnazjalnej w porównaniu z papierosami i narkotykami.

¹⁴ Tamże, s. 97-100.

¹⁵ Tamże, s. 215-218.

¹⁶ GUS, Departament Statystyki Społecznej, *Stan zdrowia ludności Polski*, notatka informacyjna, s. 7, http://www.stat.gov.pl/gus/5840_1167_PLK_HTML.htm [data dostępu: 30.04.2010].

¹⁷ J. Szymborski, K. Jakóbiak, wyd. cyt., s. 221.

Respondentów pytano o picie trzech rodzajów alkoholu – piwa, wina i wódki, w ciągu ostatniego miesiąca przed pomiarem. Wyniki badań z 2008 r. przedstawiały się następująco: 75% młodych ludzi przynajmniej raz spożywało piwo, 54% wódkę (i inne mocne alkohole) i 29% wino. Jednocześnie aż 22% badanych regularnie paliło papierosy, choć warto zwrócić uwagę, że odnotowano tu pewną poprawę, gdyż w 2003 r. do regularnego palenia przyznało się aż 31% badanych¹⁸.

W grupie młodzieży niepalącej mamy do czynienia ze sporym zwiększeniem się ich odsetka. Według ostatniego badania 62% uczniów deklaroowało, że nie pali. Dotąd najwięcej młodzieży nie sięgającej po papierosy zaobserwowano w 1996 r. – 60%, natomiast najmniej w 2003 r. – 50% (tab. 1).

Tabela 1. Badania statutowe CBOS, badania IPiN oraz badania KBPN dotyczące palenia papierosów młodzieży z ostatnich klas szkół ponadgimnazjalnych, publicznych jak i niepublicznych

Czy palisz papierosy?	Badania statutowe CBOS			Badania IPiN	Badania KBPN	
	IV '92	IV '94	IV '96	XII '99	XII '03	XII '08
	w procentach					
Tak, regularnie	23	17	25	30	31	22
Tak, ale w wyjątkowych sytuacjach	18	15	15	17	18	16
Nie	59	58	60	54	50	62

Źródło: Centrum Badania Opinii Społecznej, *Konsumpcja substancji psychoaktywnych przez młodzież szkolną – młodzież 2008*. Raport końcowy z badania zrealizowanego na zlecenie Krajowego Biura do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii w ramach Krajowego Programu Przeciwdziałania Narkomanii, Warszawa grudzień 2008, s. 8, <http://www.narkomania.gov.pl/mlodziez2008.pdf> [data dostępu: 30.04.2010].

Od lat dziewięćdziesiątych kwestia zażywania narkotyków przez młodzież zyskała na znaczeniu. Aby powstrzymać nasilanie się niepokojącego zjawiska, pojawiło się wiele kampanii w mediach, poza tym podjęto więcej akcji uświadamiających i zapobiegawczych zaadresowanych do młodzieży. Ostatnie badania dowodzą, że minione lata przyniosły spadek rozmiaru spożywania nielegalnych substancji psychoaktywnych przez uczniów.

W roku 2008 wyraźnie zmniejszył się odsetek młodych ludzi sięgających po narkotyki i środki odurzające. W latach 1994-1996 odsetek ten utrzymywał się na poziomie 10%. W ciągu następnych lat odnotowano tendencję wzrostową. W roku 1999 już 18% młodych ludzi sięgało po narkotyki i środki odurzające, a w 2004 r. aż

¹⁸ Centrum Badania Opinii Społecznej, *Konsumpcja substancji psychoaktywnych przez młodzież szkolną – młodzież 2008*. Raport końcowy z badania zrealizowanego na zlecenie Krajowego Biura do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii w ramach Krajowego Programu Przeciwdziałania Narkomanii, Warszawa grudzień 2008, s. 11-16, <http://www.narkomania.gov.pl/mlodziez2008.pdf> [data dostępu: 30.04.2010].

Tabela 2. Badania statutowe CBOS, badania IPiN oraz badania KBPN dotyczące używania narkotyków i środków odurzających wśród młodzieży z ostatnich klas szkół ponadgimnazjalnych, publicznych jak i niepublicznych

Czy w ciągu ostatniego roku używałeś(aś) narkotyków, środków odurzających?	Badania statutowe CBOS			Badania IPiN	Badania KBPN	
	IV '92	IV '94	IV '96	XII '99	XII '03	XII '08
	w procentach					
Tak	5	10	10	18	24	15
Nie	95	90	90	82	76	85

Źródło: jak w tab. 1, s. 19.

24% badanych. Pomiary z 2008 r. wskazują na zmniejszenie tego poziomu do 15% (tab. 2).

Począwszy od 1992 r., sondaże pokazują, iż chłopcy posiadają częstszy kontakt z nielegalnymi substancjami niż dziewczęta. Badanie w 2003 r. ujawniło, że 32% chłopców oraz 13% dziewcząt przynajmniej raz zażywało narkotyki. Natomiast w 2008 r. nastąpił spadek tych wskaźników, mianowicie odpowiednio 23 i 9%.

Badanie z 2003 r. wykazało, że najwięcej do czynienia z narkotykami miała młodzież liceów ogólnokształcących prywatnych – 31%, a także techników – 28%. Według ostatniego badania najczęstszy kontakt z narkotykami mają uczniowie zasadniczych szkół zawodowych – 21% oraz prywatnych liceów ogólnokształcących – 18%. W innych typach szkół odsetek tych uczniów wyniósł: 15% w technikach i publicznych liceach ogólnokształcących, a najmniej – 10% w liceach profilowanych, zawodowych i technicznych.

Podsumowując, warto jeszcze raz wspomnieć iż zgodnie z wynikami badań z 2008 r. następuje stopniowe zmniejszanie się liczby uczniów palących papierosy oraz zażywających narkotyki i środki odurzające w stosunku do 2003 roku. Natomiast spożycie alkoholu utrzymuje się na niezmiennym poziomie. Jednocześnie na większą uwagę zasługuje sytuacja młodzieży z miast do 20 tys. mieszkańców. Mianowicie zaobserwowano tam największe odsetki: regularnego palenia – 29%, upijania się – 45%, picia wódki na przestrzeni miesiąca przed badaniem – 58%, a także zażywania narkotyków w ciągu ostatniego roku – 21%¹⁹. Przyczyny tego zjawiska to niewątpliwie utrudniony dostęp do dóbr kulturalno-oświatowych i ograniczone możliwości spędzania wolnego czasu młodzieży z małych miejscowości, zwłaszcza w porównaniu z mieszkańcami większych miast. To właśnie dzieci z małych miast powinny być głównym adresatem kampanii medialnych, a także akcji uświadamiających i zapobiegawczych, ale także działań o charakterze profilaktyczno-edukacyjnym, podejmowanych w ich środowisku lokalnym. Tylko takie, prowadzone na różnych poziomach,

¹⁹ Tamże, s. 11-24.

inicjatywy mogą zaowocować trwałym ograniczeniem spożycia substancji psychoaktywnych właśnie wśród młodzieży. Ważne jest również zapewnienie młodym ludziom interesujących, alternatywnych form spędzania wolnego czasu.

Kolejnym, niepokojącym zjawiskiem ostatnich lat jest nadwaga i otyłość w wieku dziecięcym. Zwiększają one ryzyko rozwoju wielu chorób u dzieci, takich jak: choroby układu krążenia, choroby przewodu pokarmowego, niektóre nowotwory i cukrzyca typu 2, osteoporoza i próchnica zębów. Najczęstsza przyczyna nadmiernego gromadzenia się tkanki tłuszczowej u dzieci to spożywanie pokarmów o dużej zawartości tłuszczów i łatwo przyswajalnych węglowodanów, nieregularne posiłki i ograniczona aktywność ruchowa. W Polsce około 12% dzieci cierpi na nadwagę lub otyłość²⁰. Wśród dzieci w wieku 13-15 lat problem ten odnotowano u ponad 13%²¹. Wyniki badań naukowych wskazują na wyraźny związek między otyłością wieku dziecięcego a jej późniejszym występowaniem. Warto tu jednocześnie podkreślić, że otyłość i nadwaga prowadzą do poważnych konsekwencji ekonomicznych, w tym m.in. wyższego o blisko 44% kosztu opieki zdrowotnej nad osobami z nadwagą i otyłością niż nad osobami o prawidłowej wadze²². Tylko zmiana stylu życia, w tym przede wszystkim sposobu odżywiania dzieci, jak również zachęcanie do podejmowania różnych form aktywności fizycznej, mogą przyczynić się do ograniczenia tego problemu.

Jednakże, jak pokazują wyniki badań, w ostatnim czasie zwiększa się liczba godzin spędzanych przez najmłodsze pokolenie przed ekranem telewizora lub monitorem komputera. I tak w 2004 r. dzieci w wieku 2-14 lat przebywały średnio 2,5 godziny dziennie przed telewizorem lub monitorem (gdy tymczasem w 1996 r. ok. 2 godzin), przy czym odsetek dzieci spędzających tak 4 godziny stanowił aż 12,1% oraz 5 godzin – ponad 7%.

Jednocześnie poziom aktywności fizycznej i sprawności ruchowej dzieci jest wysoce niezadowalający. Bierny tryb życia sprzyja rozwojowi schorzeń narządu ruchu oraz wadom postawy. Szacuje się, że w Polsce u ponad 50% dzieci występują wady postawy, a jedna trzecia osób, które nie ukończyły 18 roku życia, ma utrwalone zaburzenia statyki kręgosłupa²³. Mogą one prowadzić w przyszłości do dysharmonii w rozwoju i poważnych dysfunkcji narządu ruchu. Odpowiednia gimnastyka korekcyjno-kompensacyjna, połączona z działaniami w zakresie profilaktyki i edu-

²⁰ Wystąpienie prof. Mirosława Jarosza, dyrektora Instytutu Żywności i Żywienia – 14 listopada 2007 r., s.1, <http://www.rpo.gov.pl/pliki/1195045369.pdf> [data dostępu: 30.04.2010].

²¹ A. Oblacińska, M. Jodkowska, Instytut Matki i Dziecka, Zakład Medycyny Szkolnej, *Otyłość u polskich nastolatków, epidemiologia, styl życia, samopoczucie*, Raport z badań uczniów gimnazjów w Polsce, Warszawa 2007, s. 21, <http://www.imid.med.pl/klient/file/otylosc.pdf> [data dostępu: 30.04.2010].

²² Wystąpienie prof. Mirosława Jarosza, wyd. cyt., s. 1.

²³ Konferencja prasowa organizowana przez dr. Janusza Kochanowskiego, Rzecznika Praw Obywatelskich i przez prof. Mirosława Jarosza, dyrektora Instytutu Żywności i Żywienia związana z objęciem patronatu nad realizacją Narodowego Programu Zapobiegania Nadwadze i Otyłości oraz Przewlekłym Chorobom Niezakaźnym poprzez Poprawę Żywienia i Aktywności Fizycznej POL-HEALTH, s. 3, <http://www.rpo.gov.pl/pliki/1195042943.pdf> [data dostępu: 30.04.2010].

kacji zdrowotnej, w tym m.in. wyrabianiem u dzieci trwałego nawyku prawidłowej postawy ciała we wszystkich sytuacjach i czynnościach dnia codziennego, może zaowocować znaczną poprawą. Jednakże w wielu polskich szkołach wciąż brakuje odpowiedniego wyposażenia i odpowiednio przystosowanych pomieszczeń do aktywności ruchowej dzieci, w tym przede wszystkim sal gimnastycznych i pływalni.

Według danych Głównego Urzędu Statystycznego w roku szkolnym 2008/2009 aż 38,7% szkół podstawowych w Polsce nie posiadało sali gimnastycznej. W znacznie gorszej sytuacji znajdowały się szkoły wiejskie, bowiem zaledwie 47,6% tych szkół wyposażonych było w sale gimnastyczne, gdy tymczasem w miastach wskaźnik ten osiągnął blisko 95%. Jeszcze gorzej przedstawia się sytuacja, jeśli idzie o wyposażenie szkół podstawowych w pływalnie. Jak wynika z badań, w roku szkolnym 2008/2009 niecałe 1% tego typu szkół w Polsce posiadało własną pływalnię, przy czym były to przede wszystkim szkoły w miastach (tab. 3).

Tabela 3. Wyposażenie szkół podstawowych w miastach i na wsi w sale gimnastyczne i pływalnie w roku szkolnym 2008/2009 (bez szkół specjalnych)

Wyszczególnienie	Liczba szkół podstawowych ogółem	Sale gimnastyczne ogółem	Pływalnie	Odsetek szkół wyposażonych w sale gimnastyczne	Odsetek szkół wyposażonych w pływalnie
Polska	13 291	8 155	108	61,3	0,8
Miasto	3 903	3 684	102	94,4	2,6
Wieś	9 388	4 471	6	47,6	0,06
Województwo dolnośląskie	738	531	16	71,9	2,2
Miasto	324	302	15	93,2	4,6
Wieś	414	229	1	55,3	0,24

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych GUS, *Oświata i wychowanie w roku szkolnym 2008/2009*, Warszawa 2009, s. 162-163, http://www.men.gov.pl/images/pdf/statystyka/ow2008_2009.pdf [data dostępu: 30.04.2010].

W województwie dolnośląskim udział szkół wyposażonych w sale gimnastyczne i pływalnie w stosunku do ogółu szkół podstawowych był nieco wyższy niż w Polsce i wynosił odpowiednio 71,9 i 2,2%.

Niepokojącym zjawiskiem jest również pogarszający się poziom sprawności i wydolności fizycznej dzieci w Polsce mimo jednoczesnej poprawy wskaźników rozwoju somatycznego. Z prowadzonych badań wynika, że osiągnięcia dzieci w próbach wydolności i siły są porównywalne z osiągnięciami rówieśników sprzed ponad 20 lat lub gorsze. Tylko 30% badanych chłopców uzyskało wyniki lepsze od swoich rówieśników z 1979 roku²⁴.

²⁴ Tamże, s. 3.

Jednocześnie w ciągu ostatnich 20 lat nastąpił spadek uczestnictwa dzieci w pozaszkolnej aktywności fizycznej. Według danych Głównego Urzędu Statystycznego zaledwie 30% uczniów szkół podstawowych uprawia aktywność fizyczną rekreacyjnie co najmniej raz w tygodniu przez godzinę lub więcej. Wyniki z przeprowadzonych w Polsce badań HBSC (Health Behaviour in School-aged Children) na próbie dzieci w wieku 11-15 lat również ukazują zaniedbania w tym zakresie. Blisko 65% uczniów nie osiąga zalecanego poziomu aktywności fizycznej, co może prowadzić do zakłócenia ich prawidłowego rozwoju fizycznego i psychospołecznego. Dodatkowo zauważono tendencję do osłabienia aktywności fizycznej wraz z wiekiem, jak również spadek postrzegania tej formy spędzania czasu wolnego jako niezwykle ważnej. Odsetek dzieci uznających uczestnictwo w zajęciach ruchowych jako bardzo ważną formę spędzania wolnego czasu wynosił w 2006 r.: u 11-latków ponad 66%, u 13-latków ponad 62% i u 15-latków około 61%²⁵. Zmieniający się styl życia najmłodszej części populacji może w przyszłości prowadzić do wielu poważnych zaburzeń zdrowotnych, w tym m.in. rozwoju chorób przewlekłych, otyłości, zaburzeń układu ruchu czy przedwczesnego rozwoju miażdżycy.

Mimo opisanych powyżej licznych problemów zdrowotnych młodego pokolenia, w tym zwłaszcza znacznego odsetka dzieci chorujących przewlekle czy też cierpiących na długotrwałe dolegliwości zdrowotne, a także licznych urazów i wypadków uczniów w placówkach edukacyjnych, liczba gabinetów lekarskich w szkołach i gabinetów profilaktyki zdrowotnej i pomocy przedlekarskiej jest bardzo ograniczona. W roku szkolnym 2008/2009 tylko 15,5% szkół podstawowych, gimnazjalnych i ponadgimnazjalnych w Polsce dla dzieci i młodzieży posiadało gabinet lekarski, a gabinet stomatologiczny ok. 9,5% szkół (tab. 4 i 5).

Od roku 2000 podejmowano inicjatywy wspierające wprowadzenie profilaktycznej opieki zdrowotnej nad uczniami, czego przykładem może być realizowany od 2004 r. rządowy program „Profilaktyczna opieka zdrowotna nad dziećmi i młodzieżą w środowisku nauczania i wychowania”. Podmiotem odpowiedzialnym za realizację profilaktycznej opieki zdrowotnej nad uczniami były odtąd pielęgniarki szkolne i lekarze podstawowej opieki zdrowotnej. Mogła być również sprawowana przez higienistki lub położne, jeśli ukończyły kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa środowiska nauczania i wychowania²⁶. Podmioty te były zobowiązane m.in. do wykonywania testów przesiewowych u uczniów, zgodnie z obowiązującym programem i procedurami, przygotowania uczniów do badań bilansowych lekarskich, udzielania pierwszej pomocy w stanach zagrożenia życia, nagłych zachoro-

²⁵ Europejski System Dotyczący Informacji o Środowisku i Zdrowiu (ENHIS), *Aktywność fizyczna dzieci i młodzieży*, opracowano na podstawie materiałów uzyskanych od prof. Jadwigi Charzewskiej z Instytutu Żywności i Żywienia i dr Joanny Mazur z Instytutu Matki i Dziecka oraz udostępnionych przez Ministerstwo Edukacji, http://www.enhis.pl/index.php/main/index/2-1-2-6/Aktywnosc_fizyczna_dzieci_i_mlodziyzy.html [data dostępu: 30.04.2010].

²⁶ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 28 sierpnia 2009 r. w sprawie organizacji profilaktycznej opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą (DzU 2009, nr 139, poz. 1133).

Tabela 4. Gabinety medyczne i pomocy psychologiczno-pedagogicznej w szkołach podstawowych, gimnazjach i szkołach ponadgimnazjalnych dla dzieci i młodzieży według województw w roku szkolnym 2008/2009 (stan w dniu 30 IX)

Wyszczególnienie	Gabinety lekarskie	Gabinety stomatologiczne	Gabinety profilaktyki zdrowotnej i pomocy przedlekarskiej	Gabinety psychologiczne	Gabinety pedagogiczne	Gabinety logopedyczne	Liczba szkół dla dzieci i młodzieży ogółem
Polska	2 099	1 275	8 919	2 096	10 188	2932	13 542
Dolnośląskie	115	102	718	213	901	248	882
Kujawsko-pomorskie	114	112	442	88	627	236	791
Lubelskie	143	206	375	95	465	96	935
Lubuskie	32	20	328	47	365	102	382
Łódzkie	164	61	564	77	601	115	826
Małopolskie	237	113	608	140	811	170	1 263
Mazowieckie	370	103	872	457	1 241	531	1 744
Opolskie	44	23	261	54	255	63	319
Podkarpackie	100	96	666	66	522	142	942
Podlaskie	39	39	270	60	258	77	431
Pomorskie	116	84	514	177	665	305	763
Śląskie	292	36	1 355	254	1 354	273	1 441
Świętokrzyskie	69	32	255	25	292	35	457
Warmińsko-mazurskie	63	80	360	53	434	152	551
Wielkopolskie	128	100	818	224	865	236	1191
Zachodniopomorskie	73	68	513	66	532	151	624

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych GUS, *Oświata i wychowanie w roku szkolnym 2008/2009*, Warszawa 2009, s. 450-471, http://www.men.gov.pl/images/pdf/statystyka/ow2008_2009.pdf [data dostępu: 30.04.2010].

waniach i w wypadkach i urazach, przeprowadzenia grupowej profilaktyki fluorkowej, realizowania programów profilaktycznych, prowadzenia edukacji zdrowotnej uczniów, doradzanie dyrektorowi szkoły w sprawie warunków bezpieczeństwa uczniów, organizacji posiłków i warunków sanitarnych w szkole oraz prowadzenia dokumentacji medycznej uczniów²⁷.

Tabela 5. Procentowy udział wybranych gabinetów lekarskich w liczbie szkół podstawowych, gimnazjach i ponadgimnazjalnych dla dzieci i młodzieży ogółem według województw w roku szkolnym 2008/2009 (stan w dniu 30 IX)

Wyszczególnienie	Udział gabinetów lekarskich w liczbie szkół ogółem (w %)	Udział gabinetów stomatologicznych w liczbie szkół ogółem (w %)	Udział gabinetów profilaktyki zdrowotnej i pomocy przedlekarskiej w liczbie szkół ogółem (w %)
Polska	15,50	9,42	65,86
Dolnośląskie	13,04	11,56	81,41
Kujawsko-pomorskie	14,41	14,16	55,88
Lubelskie	15,29	22,03	40,11
Lubuskie	8,38	5,24	85,86
Łódzkie	19,85	7,38	68,28
Małopolskie	18,76	8,95	48,14
Mazowieckie	21,22	5,91	50,00
Opolskie	13,79	7,21	81,81
Podkarpackie	10,62	10,19	70,70
Podlaskie	9,05	9,05	62,65
Pomorskie	15,20	11,01	67,37
Śląskie	20,26	2,50	94,03
Świętokrzyskie	15,10	7,00	55,80
Warmińsko-mazurskie	11,43	14,52	65,34
Wielkopolskie	10,75	8,40	68,68
Zachodniopomorskie	11,70	10,90	82,21

Źródło: obliczenia własne na podstawie danych GUS (jak w tab. 4).

W roku szkolnym 2008/2009 liczba szkół podstawowych, gimnazjalnych i ponadgimnazjalnych w Polsce wyposażonych w gabinety profilaktyki zdrowotnej i pomocy przedlekarskiej dla dzieci i młodzieży stanowiła blisko 66%. Warto tu jednocześnie podkreślić, że w najgorszej sytuacji znajdowały się województwa lubelskie, małopolskie i mazowieckie, w których ponad 50% szkół nie posiadało takich gabi-

²⁷ A. Leńczuk-Gruba, E. Kobos, I. Wrońska, *Przyczyny utrudnionej realizacji edukacji zdrowotnej w szkole w opinii pielęgniarek środowiska nauczania i wychowania*, Zakład Pielęgniarstwa Społecznego, „Problemy Pielęgniarstwa” 2007, tom 15, nr 4, s. 3, <http://www.viamedica.pl/> [data dostępu: 30.04.2010].

netów. Natomiast w najlepszej sytuacji były szkoły w województwach: śląskim – aż 95% z nich wyposażona była w gabinety profilaktyki zdrowotnej i pomocy przedlekarskiej, w lubuskim ponad 85%, zachodniopomorskim ponad 82% oraz w dolnośląskim niecałe 82% (por. tab. 4 i 5).

Analizując udział szkół podstawowych wyposażonych w gabinet lekarski, gabinet stomatologiczny, czy gabinet profilaktyki zdrowotnej i pomocy przedlekarskiej, można zauważyć poważne ograniczenia. Tylko niecałe 8,5% szkół podstawowych posiadało gabinet lekarski w roku szkolnym 2008/2009, a gabinet dentystyczny zaledwie 5,5%. Natomiast w gabinet profilaktyki zdrowotnej i pomocy przedlekarskiej było wyposażonych 36% szkół podstawowych (tab. 6). W kontekście tych danych statystycznych trudno mówić o zapewnieniu odpowiedniego poziomu bezpieczeństwa dzieciom w placówkach edukacyjnych, zwłaszcza że szkoła jest również miejscem, w którym ulegają one wypadkom i odnoszą różne urazy. Na przykład w roku szkolnym 2005/2006 liczba dzieci, które uległy wypadkom na terenie szkoły, wynios-

Tabela 6. Gabinety medyczne w szkołach podstawowych według województw w roku szkolnym 2008/2009 (stan w dniu 30 IX)

Wyszczególnienie	Gabinety lekarskie w szkołach podstawowych	Gabinety stomatologiczne w szkołach podstawowych	Gabinety profilaktyki zdrowotnej i pomocy przedlekarskiej w szkołach podstawowych	Liczba szkół podstawowych ogółem	Udział gabinetów lekarskich w liczbie szkół podstawowych (w %)
Polska	1 128	731	4 812	13 291	8,49
Dolnośląskie	62	60	377	738	8,40
Kujawsko-pomorskie	63	81	229	665	9,47
Lubelskie	79	100	178	1 056	7,48
Lubuskie	21	10	177	321	6,54
Łódzkie	80	31	296	816	9,80
Małopolskie	132	77	316	1 440	9,17
Mazowieckie	173	63	451	1 681	10,29
Opolskie	25	10	144	389	6,43
Podkarpackie	62	51	414	1128	5,50
Podlaskie	27	25	142	442	6,11
Pomorskie	64	51	276	656	9,76
Śląskie	165	15	769	1 160	14,22
Świętokrzyskie	39	17	125	591	6,60
Warmińsko-mazurskie	33	38	192	516	6,40
Wielkopolskie	73	61	449	1217	6,00
Zachodniopomorskie	30	41	277	475	6,32

Źródło: jak w tab. 4, s. 450-471 i 162.

ła ponad 112 tys., a odsetek dzieci, które doznały różnego rodzaju urazów wymagających pomocy medycznej, to 27,7% uczniów (33% chłopców i 21% dziewcząt)²⁸.

Sprawowanie profilaktycznej opieki zdrowotnej nad uczniami zostało negatywnie ocenione przez Najwyższą Izbę Kontroli, która wskazała na liczne wady tego systemu. Przede wszystkim za niepokojące zjawisko w świetle tych wyników uznano liczbę uczniów przypadających na jedną pielęgniarkę; przekraczała ona przyjęte wskaźniki, dodatkowo stwierdzono zróżnicowany dostęp w skali kraju do tego typu świadczeń, a także znaczne różnice w liczbie uczniów w poszczególnych regionach kraju, objętych testami przesiewowymi, profilaktycznymi badaniami lekarskimi czy grupową profilaktyką fluorkową. Źle oceniono również nadzór nad podmiotami świadczącymi tego typu opiekę oraz brak znaczących postępów w sprawowaniu profilaktycznej opieki zdrowotnej nad uczniami. Innym czynnikiem ograniczającym dostępność opieki pielęgniarskiej był brak gabinetu w szkole²⁹.

Jednocześnie, jak wynika z badań przeprowadzonych wśród pielęgniarek sprawujących profilaktyczną opiekę zdrowotną nad uczniami, większość z nich miała pod opieką uczniów w dwóch szkołach, co utrudniało realizację edukacji zdrowotnej z powodu ograniczonego czasu pobytu w placówce. Ponadto problemem była również zbyt duża liczba uczniów przypadająca na jedną pielęgniarkę, co wpływało niekorzystnie na jakość sprawowanej opieki. Badane pielęgniarki wskazywały także na zbyt małe zainteresowanie ze strony rodziców, którzy sporadycznie włączali się w proces edukacji zdrowotnej swoich dzieci³⁰.

Na uwagę zasługują również wyniki badań dotyczące stanu opieki zdrowotnej nad populacją w środowisku nauczania i wychowania w województwie mazowieckim. Wynika z nich m.in., że od 2004 r. obserwuje się spadek zainteresowania pielęgniarek udziałem w realizacji edukacji zdrowotnej w szkołach. Przyczyną tego zjawiska jest obszerna lista zadań realizowanych przez pielęgniarkę w ramach profilaktycznej opieki zdrowotnej nad uczniem i zbyt duża liczba uczniów przypadająca na jedną pielęgniarkę. Ponadto w roku szkolnym 2006/2007 zbyt mała liczba uczniów została objęta profilaktyką fluorkową, bo tylko 36% uczniów, leczenie stomatologiczne dzieci opierało się zaś głównie na świadczeniach w prywatnych gabinetach stomatologicznych. W roku 2007 wyeliminowano z zakresu obowiązków pielęgniarki wykonawstwo i prowadzenie dokumentacji oraz sprawozdawczości ze szczepień ochronnych. Jednocześnie, jak wynika z badań prowadzonych w województwie mazowieckim, w 2007 r. znacznie zwiększyła się liczba dzieci nie obję-

²⁸ CEHAP, Instytut Medycyny Pracy, *Wypadki w szkole – diagnoza*, <http://cehap.pl/3-7-1/Diagnoza.html> [data dostępu: 30.04.2010].

²⁹ Najwyższa Izba Kontroli, *Informacja o wynikach kontroli sprawowania profilaktycznej opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą w wieku szkolnym w latach 2005-2007 (I półrocze)*, Bydgoszcz, grudzień 2008, http://bip.nik.gov.pl/pl/bip/wyniki_kontroli3/px_remote_lby_p_07_132_200902041431591233754319_01 [data dostępu: 30.04.2010].

³⁰ A. Leńczuk-Gruba, E. Kobos, I. Wrońska, wyd. cyt., s. 218-220.

tych szczepieniami obowiązkowymi w porównaniu z rokiem poprzednim³¹. Z podobnym problemem spotkano się i w innych województwach. Niepokojącym zjawiskiem był również poziom przygotowania do profilaktycznej opieki medycznej nad dzieckiem w placówkach edukacyjnych. Jak wynika z badań, ponad 40% pielęgniarek i higienistek osiągnęła wiek umożliwiający im przejście na emeryturę. Ponad 10% z nich nie posiadała odpowiedniego przygotowania specjalistycznego. Ponadto większość badanych pielęgniarek i higienistek zatrudnionych w szkołach nie była zainteresowana dokończaniem w zakresie promocji zdrowia czy rozwiązywania problemów społecznych. Blisko połowa z nich nie realizowała w szkole zadań z zakresu edukacji zdrowotnej³².

3. Podsumowanie

W świetle powyższych rozważań nasuwa się wniosek, iż dotychczasowe rozwiązania przyjęte w Polsce w zakresie opieki zdrowotnej nad dzieckiem w wieku szkolnym nie są pozbawione wad i mają charakter fragmentaryczny. Różnicują one dostępność uczniów do świadczeń zdrowotnych, a także przyczyniają się do niskiej ich jakości. Wciąż zbyt małą wagę przywiązują do działań w zakresie promocji zdrowia. Brak skoordynowanego nadzoru zdrowotnego nad populacją dzieci w wieku 7-18 lat, systematycznego monitorowania ich sytuacji zdrowotnej, wykonawstwa szczepień ochronnych, promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej, a także wczesnego wykrywania zaburzeń zdrowotnych – to główne problemy w opiece zdrowotnej nad uczniem, które są widoczne już dziś, a w przyszłości mogą doprowadzić do poważnych zagrożeń i kłopotów zdrowotnych młodego pokolenia. Jeżeli nie zostaną szybko rozwiązane, to mogą spowodować zaprzepaszczenie osiągnięć minionych lat w zakresie poprawy stanu zdrowia dzieci i prowadzić do ogromnych kosztów społecznych.

Wyniki badań pokazują, jak bardzo ważne jest w naszym kraju podejmowanie inicjatyw w zakresie profilaktyki i edukacji zdrowotnej. Obecnie w Polsce realizuje się kilka programów profilaktycznych skierowanych do dzieci. Pierwszym z nich jest *program badań przesiewowych noworodków*, polegający na wstępnej identyfikacji chorób wrodzonych. Kolejnym programem jest *projekt szansa dla młodego serca*, który ma na celu wprowadzenie do polskich szkół nauczania promocji zdrowia oraz prewencji chorób serca i naczyń. Na uwagę zasługuje również *narodowy program zapobiegania nadwadze i otyłości oraz przewlekłym chorobom niezakaźnym poprzez poprawę żywienia i aktywności fizycznej na lata 2007-2011 Pol-Health*. Jego celem jest zmniejszenie częstości występowania nadwagi i otyłości poprzez poprawę żywienia i wzrost aktywności, a także zmniejszenie zachorowalności i umie-

³¹ Mazowiecki Urząd Wojewódzki Wydział Polityki Społecznej, *Informacja dotycząca stanu opieki zdrowotnej nad populacją w środowisku nauczania i wychowania w województwie mazowieckim*, s. 15-16, http://www.mczp.pl/pdf/informacja_opieka_zdr_w_srodowisku_nauczania_i_wychowania.pdf [data dostępu: 30.04.2010].

³² Tamże, s. 26-29.

ralności na choroby przewlekłe. Programy te wychodzą naprzeciw najważniejszym problemom zdrowotnym dzieci. Jednakże tylko skoordynowany, całościowy i powszechny system opieki zdrowotnej nad dziećmi, uwzględniający rolę rodziny jako podstawowego siedliska prozdrowotnego, może przyczynić się do znaczącej poprawy sytuacji zdrowotnej najmłodszego pokolenia.

Literatura

- CEHAP, Instytut Medycyny Pracy, *Wypadki w szkole – diagnoza*, <http://cehap.pl/3-7-1/Diagnoza.html> [data dostępu: 30.04.2010].
- Centrum Badania Opinii Społecznej, *Konsumpcja substancji psychoaktywnych przez młodzież szkolną – młodzież 2008*. Raport końcowy z badania zrealizowanego na zlecenie Krajowego Biura do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii w ramach Krajowego Programu Przeciwdziałania Narkomanii, Warszawa grudzień 2008, <http://www.narkomania.gov.pl/mlodziez2008.pdf> [data dostępu: 30.04.2010].
- Europejski System Dotyczący Informacji o Środowisku i Zdrowiu (ENHIS), *Aktywność fizyczna dzieci i młodzieży*, opracowano na podstawie materiałów uzyskanych od prof. Jadwigi Charzewskiej z Instytutu Żywności i Żywienia i dr Joanny Mazur z Instytutu Matki i Dziecka oraz udostępnionych przez Ministerstwo Edukacji, http://www.enhis.pl/index.php/main/index/2-1-2-6/Aktywnosc_fizyczna_dzieci_i_mlodziezy.html [data dostępu: 30.04.2010].
- Główny Urząd Statystyczny, Departament Badań Demograficznych, *Podstawowe informacje o rozwoju demograficznym Polski w latach 2000-2009*, Warszawa 2010, http://www.stat.gov.pl/cps/rde/xbcr/gus/PUBL_lu_podsta_info_o_rozwoju_demograf_polski_2000-2009.pdf [data dostępu: 30.04.2010].
- Główny Urząd Statystyczny, *Rozwój i zmiany w strukturze ludności w latach 1950-2008*, tablice przeglądowe, http://www.stat.gov.pl/gus/5840_646_PLK_HTML.htm [data dostępu: 30.04.2010].
- GUS, Departament Badań Społecznych, *Dzieci – rodzina, zdrowie, wychowanie i edukacja, Materiał na konferencję prasową w dniu 25 listopada 2009 r.*, http://www.stat.gov.pl/cps/rde/xbcr/gus/PUBL_wz_dzieci_rodzina_zdr_wychow_edu.pdf [data dostępu: 30.04.2010].
- GUS, Departament Statystyki Społecznej, *Stan zdrowia ludności Polski*, notatka informacyjna, http://www.stat.gov.pl/gus/5840_1167_PLK_HTML.htm [data dostępu: 30.04.2010].
- GUS, *Oświata i wychowanie w roku szkolnym 2008/2009*, Warszawa 2009, http://www.men.gov.pl/images/pdf/statystyka/ow2008_2009.pdf [data dostępu: 30.04.2010].
- GUS, *Stan zdrowia ludności Polski w 2004 r., wykres 5. Ludność oceniająca swoje zdrowie poniżej oceny dobrej – w odsetkach*, Warszawa 2006, http://www.stat.gov.pl/cps/rde/xbcr/gus/PUBL_stan_zdrowia_2004.pdf [data dostępu: 30.04.2010].
- GUS, *Stan zdrowia ludności w 1996 r. Niepełnosprawność dzieci według stopnia ograniczenia sprawności oraz województw w 1996r.*, http://www.stat.gov.pl/gus/5840_1167_PLK_HTML.htm [data dostępu: 30.04.2010].
- Konferencja prasowa organizowana przez dr. Janusza Kochanowskiego, Rzecznika Praw Obywatelskich i przez prof. Mirosława Jarosza, dyrektora Instytutu Żywności i Żywienia związana z objęciem patronatu nad realizacją Narodowego Programu Zapobiegania Nadwadze i Otyłości oraz Przewlekłym Chorobom Niezakaźnym poprzez Poprawę Żywienia i Aktywności Fizycznej POL-HEALTH, <http://www.rpo.gov.pl/pliki/1195042943.pdf> [data dostępu: 30.04.2010].
- Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej* z dnia 2 kwietnia 1997 r. (DzU 1997, nr 78 poz. 483).
- Konwencja o prawach dziecka, przyjęta przez Zgromadzenie Ogólne Narodów Zjednoczonych dnia 20 listopada 1989 r.* (DzU 1991 nr 120 poz. 526).

- Leńczuk-Gruba A., Kobos E., Wrońska I., *Przyczyny utrudnionej realizacji edukacji zdrowotnej w szkole w opinii pielęgniarek środowiska nauczania i wychowania*, Zakład Pielęgniarstwa Społecznego, Problemy Pielęgniarstwa tom 15 nr 4 / 2007, <http://www.viamedica.pl/> [data dostępu: 30.04.2010].
- Mazowiecki Urząd Wojewódzki Wydział Polityki Społecznej, *Informacja dotycząca stanu opieki zdrowotnej nad populacją w środowisku nauczania i wychowania w województwie mazowieckim*, http://www.mczp.pl/pdf/informacja_opieka_zdr_w_srodowisku_nauczania_i_wychowania.pdf [data dostępu: 30.04.2010].
- Najwyższa Izba Kontroli, *Informacja o wynikach kontroli sprawowania profilaktycznej opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą w wieku szkolnym w latach 2005-2007 (I półrocze)*, Bydgoszcz, grudzień 2008, http://bip.nik.gov.pl/pl/bip/wyniki_kontroli3/px_remote_lby_p_07_132_200902041431591233754319_01 [data dostępu: 30.04.2010].
- Narodowy Program Zdrowia na lata 2007-2015, Załącznik do Uchwały nr 90/2007, Rady Ministrów z dnia 15 maja 2007, http://www.mz.gov.pl/wwwfiles/ma_struktura/docs/zal_urm_npz_90_15052007p.pdf [data dostępu: 30.04.2010].
- Oblacińska A., Jodkowska M., Instytut Matki i Dziecka, Zakład Medycyny Szkolnej, *Otyłość u polskich nastolatków, epidemiologia, styl życia, samopoczucie*, Raport z badań uczniów gimnazjów w Polsce, Warszawa 2007, <http://www.imid.med.pl/klient/file/otylosc.pdf> [data dostępu: 30.04.2010].
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 28 sierpnia 2009 r. w sprawie organizacji profilaktycznej opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą (DzU 2009, nr 139, poz. 1133).
- Szyborski J., *Opieka medyczna nad dzieckiem w Polsce*, „Polityka Społeczna” 2004, nr 9,
- Szyborski J., Jakóbiak K., *Zdrowie dzieci i młodzieży*, Biuletyn RPO (materiały) nr 62, GUS, Warszawa 2008, <http://www.rpo.gov.pl/pliki/12242300580.pdf> [data dostępu: 30.04.2010].
- Wystąpienie prof. Mirosława Jarosza, Dyrektora Instytutu Żywności i Żywienia – 14 listopada 2007 r., <http://www.rpo.gov.pl/pliki/1195045369.pdf> [data dostępu: 30.04.2010].

THE HEALTHCARE SITUATION OF CHILDREN IN POLAND – CURRENT PROBLEMS AND CHALLENGES OF THE HEALTHCARE SYSTEM

Summary: The article presents the most important factors determining children's health and the health problems of the younger generation. It points out the challenges a modern country faces while running the public healthcare system for children. Any mistakes in implementing and coordinating the healthcare policies might lead to serious consequences affecting whole generations, therefore one unified system based on objective and reliable research is required. The article focuses on healthcare situation of students, and the development of health promotion, prophylaxis and rehabilitation within that group.