

Ocena prewencji urazów i promocji bezpieczeństwa dzieci i nastolatków w Polsce

Marta Malinowska-Cieślik¹, Bartosz Balcerzak¹,
Anna Mokrzycka², Iwona Kowalska², Monika Ścibor¹

¹ Zakład Zdrowia i Środowiska, Instytut Zdrowia Publicznego, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum, Kraków

² Zakład Polityki Zdrowotnej i Zarządzania, Instytut Zdrowia Publicznego, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum, Kraków

Adres do korespondencji: Marta Malinowska-Cieślik, Instytut Zdrowia Publicznego, ul. Grzegorzewska 20, 31-531 Kraków, mxciesli@cyf-kr.edu.pl

Abstract

Assessment of child and adolescent injury prevention and safety promotion in Poland

Injury is the leading cause of death and disability in children and adolescents in Poland. In 2009, 1220 children age 0–19 years died as a result of injury. If the rate of injury deaths in Poland could be reduced to the level of the Netherlands, it is estimated that 703 (58%) of these lives could have been saved.

The aim of this study was to assess child and adolescent unintentional injury prevention in Poland through national law and policy.

The study was based on an examination of law and policies existing and implemented or enforced in Poland which support child safety, including specific injury areas such as road safety, water safety, fall prevention, poisoning prevention, burn and scalds prevention, choking and strangulation prevention. The review of law and policy documents, as well as interviews by phone or e-mail with representatives of government departments was conducted. The questionnaire developed in the frame of the European Project TACTICS (Tools to Address Childhood Trauma, Injury and Children's Safety) was applied. Each policy and law as a marker for specific injury areas was assessed on 3-points scale.

The following scores were obtained for each of the areas of child and adolescent injury prevention in Poland (out of possible 100%): 89% in moped and motor scooter safety, 86% in poisoning prevention, 75% in pedestrian safety, 75% in cycling safety, 75% in water safety and drowning prevention, 64% in burn and scalds prevention, 59% in passenger and driver safety, 59% in choking and strangulation prevention, 50% in fall safety.

Child home safety related to prevention of falls, burns and scalds, choking and strangulation has not received the adequate attention. The greatest gains in injury prevention have been made in road safety and poisoning prevention. It is important to both continue these efforts and give equal attention to injuries occurring in and around the home, sport and leisure environments. There is a need to support and fund good practices injury prevention measures based on community level targeting families with low socio-economic status.

Key words: adolescents, children, injury, injury prevention, law, Poland, policy, socio-economic inequalities

Słowa kluczowe: dzieci, nastolatki, nierówności społeczno-ekonomiczne, polityka, Polska, prawo, prewencja urazów, urazy

Wprowadzenie

Częste występowanie urazów wśród dzieci i młodzieży oraz ich skutki zdrowotne i społeczno-ekonomiczne sprawiają, że jest to poważny problem w zdrowiu publicznym w Polsce. Uraz to fizyczna szkoda, powstająca gdy organizm człowieka jest nagle lub intensywnie narażony na energię, która przekracza granicę jego fizjologicznej tolerancji. Uraz może być skutkiem braku jednego z podstawowych czynników życiowych, np. tlenu lub

ciepła (utonięcia, uduszenia, zamarznięcia). Energia ta może być mechaniczna, termiczna, elektryczna, chemiczna lub radiacyjna. Czas pomiędzy ekspozycją na energię powodującą uraz a jego wystąpieniem jest krótki [1].

Urazy są kategoryzowane ze względu na intencję lub zamiar. Do niezamierzonych urazów zalicza się urazy z powodu wypadków komunikacyjnych, w tym wypadków drogowych, utonięcia, upadki, oparzenia i przypadkowe zatrucia, uduszenia i zadławienia. Do urazów zamierzonych zalicza się urazy spowodowane

intencjonalnym stosowaniem przemocy wobec siebie samego, wobec drugiej osoby, wobec dużej grupy lub narodu [1].

W Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób ICD-10 urazy są klasyfikowane na dwa sposoby, według skutków: „Urazy, zatrucia i inne określone skutki działania czynników zewnętrznych” (kody: S00-T98) oraz według przyczyn: „Zewnętrzne przyczyny zachorowania i zgonu” (kody: V01-Y84). Do zewnętrznych przyczyn zgonów i hospitalizacji z powodu niezamierzonych urazów zalicza się: wypadek komunikacyjny, utonięcie lub zanurzenie, upadek, przypadkowe zatrucie, uduszenie, zadławienie, oparzenie prądem elektrycznym, promieniowaniem, zmianami temperatury i ciśnienia, działaniem dymu, ognia i płomieni oraz substancjami gorącymi i wrzącymi [2].

Praca ta dotyczy oceny prewencji niezamierzonych urazów i promocji bezpieczeństwa związanej z tymi urazami występującymi u dzieci i młodzieży w wieku 0–19 lat w Polsce.

Spośród wszystkich niezamierzonych urazów wypadki komunikacyjne są dominującą przyczyną zgonów dzieci i młodzieży. Grupa ta jest często ekspozycja i szczególnie narażona na wypadki drogowe jako tzw. niechronieni użytkownicy drogi, czyli piesi, rowerzyści lub motorowerzyści [3].

Utonięcia są drugą przyczyną zgonów z powodu niezamierzonych urazów dzieci i młodzieży w Polsce. Największym ryzykiem zgonu z tej przyczyny obarczone są małe dzieci oraz dorastająca młodzież. Wiele spośród osób, które zostały uratowane, pozostaje do końca życia niepełnosprawnymi w wyniku nieodwracalnych zmian, jakie następują w mózgu na skutek niedotlenienia. Rokowania dla uratowanej osoby zależą głównie od efektywności udzielonej jej pierwszej pomocy, a w mniejszym stopniu od dalszego leczenia [4, 5].

Upadki, szczególnie z dużych wysokości, np. z okien, balkonów wielokondygnacyjnych budynków, są poważnym problemem szczególnie wśród małych dzieci. W grupie nastolatków najczęstszy jest uraz sportowy, występujący w czasie uprawiania sportu, w miejscach rekreacji i wypoczynku oraz w szkole, najczęściej w czasie zajęć wychowania fizycznego [6, 7].

Oparzenia najczęściej występują wśród małych dzieci i są spowodowane kontaktem z otwartym z ogniem, porażeniem prądem oraz promieniowaniem ultrafioletowym. Wśród nastolatków oparzenia są często spowodowane odpaleniem fajerwerków [6, 7].

Zatrucia są trzecią przyczyną zgonów dzieci z powodu niezamierzonych urazów w Polsce. Małe dzieci ulegają zatruciom na skutek przedostania się do organizmu substancji farmakologicznych, chemicznych oraz żrących dostępnych w domach [6, 7]. Innym poważnym problemem dotyczącym całe rodziny są zaccadzenia, czyli zatrucia tlenkiem węgla wydobywającym się z niesprawnych piecyków gazowych w łazienkach lub z urządzeń grzewczych, szczególnie w sezonie zimowym. Ponadto specyficznym dla Polski, powtarzającym się co roku problemem są zatrucia grzybami leśnymi, w tym muchomorem sromotnikowym [8].

Ostatnia z kategorii niezamierzonych urazów to zadławienia i uduszenia z powodu zewnętrznego ucisku lub zamknięcia dróg oddechowych ciałem obcym, które najczęściej zdarzają się niemowlętom i małym dzieciom w wieku do 3 lat [6, 7].

Urazy są dominującą przyczyną zgonów i niepełnosprawności nie tylko w grupie wiekowej 0–19 lat, lecz także są główną przyczyną zgonów i niepełnosprawności całej młodej populacji do 44 lat. Dlatego też są podstawową przyczyną potencjalnie utraconych lat życia (YPLL), jak również lat życia z niepełnosprawnością (DALY) [7].

W 2009 roku w Polsce z powodu zewnętrznych przyczyn zmarło 1220 dzieci i młodzieży w wieku 0–19 lat, w tym 504 w wyniku wypadków komunikacyjnych [9]. Szacuje się, że jeżeli współczynnik zgonów dzieci z powodu urazów w Polsce byłby zredukowany do poziomu współczynnika zgonów dzieci w Holandii, kraju o najniższym współczynniku w Europie, to można by uratować 703 (58%) dzieci i nastolatków [10].

Wraz z wiekiem udział urazów w zgonach dzieci i młodzieży jest coraz większy, szczególnie wśród młodych mężczyzn. W Polsce w 2009 roku współczynnik zgonów z powodu zewnętrznych przyczyn w całej grupie wiekowej 0–19 lat wyniósł 9,9 na 100 tys., w tym u dzieci w wieku 0–4 lat – 2,8, w wieku 5–9 lat – 4,2, w wieku 10–14 lat – 7,6, a w wieku 15–19 lat współczynnik ten wyniósł aż 34,9 na 100 tys. [9]. Warto zauważyć, że w grupie młodzieży w wieku 15–19 lat współczynnik zgonów z powodu urazów był ponadczterokrotnie wyższy niż zgonów nastolatków w wieku 10–14 lat. Zapewne wpływ na tę różnicę miał z jednej strony większy udział urazów z powodu wypadków drogowych, z drugiej zaś z powodu samobójstw w starszej grupie nastolatków [11].

Urazy, które nie skutkują zgonem, wiążą się często z kosztownym leczeniem i rehabilitacją, długo- lub krótkotrwałą niepełnosprawnością, ograniczeniami w rozwoju oraz innymi problemami, w tym również emocjonalnymi, poszkodowanych dzieci i ich rodzin. Problemy w codziennym funkcjonowaniu, ograniczenia w aktywności społecznej, współwystępujące zaburzenia somatyczne lub psychiczne związane z doświadczeniem traumy powypadkowej, problemy psychologiczne, w tym poczucie winy u rodziców lub opiekunów, oraz dodatkowe obciążenia finansowe składają się na obniżenie jakości ich życia.

Wypadki urazowe można przewidzieć i można im zapobiegać, a ich negatywne skutki zredukować. Badania z zakresu prewencji urazów dowodzą, że 2/3 urazów można skutecznie zapobiegać. Skuteczna prewencja urazów oraz promocja bezpieczeństwa wymaga interdyscyplinarnego podejścia i wielosektorowej współpracy, zarówno w fazie planowania, jak i wdrażania programu. Rekomenduje się, aby działania na rzecz poprawy bezpieczeństwa były realizowane przez samorząd terytorialny, w społecznościach lokalnych, w środowisku życia dzieci i młodzieży [12].

Zapobieganie wypadkom i urazom wśród dzieci i młodzieży zostało uznane za jeden z priorytetów działań zdrowia publicznego w Europie [13]. Światowa

Organizacja Zdrowia rekomenduje łączenie w prewencji urazów i promocji bezpieczeństwa trzech głównych strategii działania, czyli stosowanie tzw. podejścia 3xE's (*Engineering x Enforcement x Education*). Polega ono na wprowadzaniu rozwiązań inżynierskich związanych z poprawą bezpieczeństwa produktów, z którymi dzieci mają kontakt, zmian technologicznych w środowisku, w którym przebywają, zmian w prawie, jego wdrażaniu i skutecznym egzekwowaniu razem z realizowaniem polityki, programów, strategii prewencji urazów i promocji bezpieczeństwa od szczebla centralnego po społeczności lokalne. Działania te powinny być wspierane informowaniem o zagrożeniach i skutkach urazów, sposobach ich zapobiegania, w formie kampanii medialnych i bezpośredniej edukacji, mającej na celu redukcję zachowań ryzyka i uczenie zachowań prewencyjnych. Strategie takie powinny obejmować nie tylko całą populację, ale przede wszystkim należy je kierować do społeczności, grup, rodzin zagrożonych, szczególnie tych o niskim statusie społeczno-ekonomicznym [7].

Wśród krajów europejskich istnieje duże zróżnicowanie współczynników zgonów dzieci i młodzieży z powodu urazów. Odzwierciedla to różnice w realizacji polityk, programów, w istnieniu i egzekwowaniu prawa, w infrastrukturze odpowiedzialnych instytucji administracji centralnej i terytorialnej, w istniejących zasobach kadrowych oraz w liczbie i jakości prowadzonych kampanii medialnych i edukacji na rzecz bezpieczeństwa dzieci i młodzieży w poszczególnych krajach [14]. Wiąże się również z różnicami w jakości ratownictwa, leczenia i rehabilitacji. Wiele badań wskazuje na wpływ czynników społeczno-ekonomicznych na zróżnicowanie w zgonach dzieci i młodzieży z powodu urazów. Wyniki tych badań podkreślają istotny związek nierówności w dostępie do działań w ramach programów prewencji urazów i promocji bezpieczeństwa dzieci i młodzieży ze statusem społeczno-ekonomicznym rodziny [15–18].

■ Cel

Celem prezentowanych badań była ocena prewencji urazów i promocji bezpieczeństwa dzieci i młodzieży w wieku 0–19 lat w Polsce w roku 2011.

Postawiono pytania o to, czy i w jakim stopniu jest realizowana prewencja urazów i promocja bezpieczeństwa dzieci i młodzieży w Polsce w następujących dziedzinach:

- bezpieczeństwo drogowe: pieszego, pasażera i kierującego pojazdem, rowerzysty, motorowerzysty;
- bezpieczeństwo w wodzie i prewencja utonięć;
- prewencja upadków;
- prewencja zatruc;
- prewencja oparzeń;
- prewencja zadławień i uduszeń.

Aby dokonać tej oceny, podjęto się analizy istniejącego prawa i jego egzekwowania oraz krajowej polityki w postaci uchwalonych i wdrażanych programów, strategii, odpowiedzialnej instytucji administracji centralnej oraz realizowania ogólnopolskich kampanii medialnych.

■ Metoda i materiał

Zastosowane w niniejszym badaniu wskaźniki do oceny prawa i polityki prewencji poszczególnych rodzajów urazów dzieci i młodzieży zostały opracowane na podstawie Przewodnika po Dobrych Praktykach w zakresie Bezpieczeństwa Dziecka [19] oraz raportu europejskiego projektu Planowania Działań na rzecz Bezpieczeństwa Dzieci (*Child Safety Action Plan – CSAP*) koordynowanego przez Europejski Sojusz na rzecz Bezpieczeństwa Dzieci [20]. Dodatkowo, na podstawie przeglądu literatury przedmiotu, zostały dodane wskaźniki dotyczące programów redukcji nierówności społeczno-ekonomicznych w dostępie do edukacji w zakresie prewencji urazów oraz do produktów i sprzętu ochronnego służącego bezpieczeństwu dziecka [15–18].

W zbieraniu danych zastosowano przegląd aktów prawnych: ustaw, rozporządzeń, uchwał oraz przegląd programów krajowych, w których analizowano cele i zadania oraz fazy ich implementacji. Posłużono się również metodą sondażu diagnostycznego przy zastosowaniu techniki wywiadu telefonicznego i elektronicznego w celu zebrania danych bezpośrednio od przedstawicieli odpowiednich jednostek administracji centralnej, departamentów ministerstw (Ministerstwo Edukacji Narodowej – MEN, Ministerstwo Transportu, Budownictwa i Gospodarki Morskiej – MTBiGM, Ministerstwo Zdrowia – MZ, Rzecznik Praw Dziecka – RPD), centralnych urzędów (Urząd Ochrony Konkurencji i Konsumenta – UOKiK, Główny Urząd Nadzoru Budowlanego – GUNB, Główny Inspektorat Sanitarny – GIS) oraz przedstawicieli Komendy Głównej Policji (KGP) i Komendy Głównej Państwowej Straży Pożarnej (KGPPS). Dane zbierano również na podstawie informacji zamieszczonych na stronach internetowych (m.in. w Biuletynach Informacji Publicznej – BIP).

Badanie to miało charakter badania jakościowego. Analizie poddano dane uzyskane w wyniku przeglądu wybranych dokumentów i z przeprowadzonych wywiadów.

W badaniu wykorzystano kwestionariusz, który został opracowany przez komitet naukowy pracujący w ramach europejskiego projektu o nazwie „Opracowanie narzędzi oceny traumy, urazów i bezpieczeństwa dzieci” (*Tools to Address Childhood Trauma, Injury and Children's Safety – TACTICS*) [10]. Kwestionariusz ten zawierał pytania na temat prewencji poszczególnych rodzajów urazów i promocji bezpieczeństwa dzieci i młodzieży realizowanych na poziomie kraju. Dotoczyły one prawa, standardów, polityki, programów, strategii, odpowiedzialnych jednostek administracji centralnej, kampanii medialnych. Poniżej przedstawiono definicje wskaźników zastosowanych w kwestionariuszu.

Prawo to dyrektywy postępowania legalnie i ogólnie obowiązujące oraz egzekwowane, kontrolowane przez odpowiednie służby lub rządowe agendy, urzędy regulacyjne.

Standard to ustalony zestaw parametrów, który zapewnia odpowiedni poziom jakości, w tym bezpieczeństwa produktu lub usługi, wypracowany przez ciała ds.

standardów i normalizacji oraz udziałowców, czyli producentów i konsumentów. Wskazuje na techniczne wymogi i zalecenia dla producentów i określa, jak produkt lub usługa ma funkcjonować. W Polsce istnieje zestaw takich regulacji o nazwie „Polska Norma” (PN).

Krajowy program to ogólny plan zaakceptowany na poziomie administracji centralnej odnoszący się do danego zakresu działań prewencji, wdrażany również na poziomie samorządowym.

Strategia to oficjalny dokument podpisany przez rząd, który zawiera ocenę problemu, zestaw stwierdzeń i decyzji określających odpowiedzialność, zasady, cele, zadania, priorytety i główne kierunki działań osiągania tych celów oraz ramy czasowe ich realizacji. Może to być dokument dotyczący określonych urazów dzieci lub szerszy, ale zawierający cele związane z redukcją takich urazów.

Jednostka administracji centralnej to organ publiczny lub instytucje współpracujące działające na poziomie administracji centralnej, odpowiedzialne za bezpieczeństwo dzieci i młodzieży (według udokumentowanego planu ministerialnego, założonych celów zdrowotnych, międzyministerialnego porozumienia).

Krajowy program wizyt domowych zawierający edukację na rzecz bezpieczeństwa dziecka to sieć, struktura lub możliwości w systemie ochrony zdrowia edukowania rodziców lub opiekunów dziecka w wieku 0–4 lat na temat jego bezpieczeństwa. Na przykład w Wielkiej Brytanii pracownicy ochrony zdrowia odwiedzają rodziców i oprócz edukowania ich na temat zdrowia i rozwoju małego dziecka udzielają informacji na temat zapobiegania urazom dziecka. W Austrii natomiast położne rodzinne są szkolone w prowadzeniu edukacji rodziców lub opiekunów na temat prewencji urazów małego dziecka.

Krajowa kampania medialna to kampania obejmująca cały kraj z wykorzystaniem środków masowego przekazu, np. ogólnopolskich programów telewizyjnych, rozgłośni radiowych, billboardów, mediów drukowanych oraz Internetu.

Przyjęte wskaźniki dotyczące prawa i polityki w zakresie poszczególnych zakresów prewencji urazów dzieci i młodzieży oceniano w 3-stopniowej skali od „0” do „2”.

Ocena „0” oznaczała, że dane prawo, polityka nie istnieją lub nie są jasno sformułowane. Ocena „1” oznaczała, że dane prawo, polityka istnieją, są jasno sformułowane, ale tylko częściowo realizowane, wdrażane lub egzekwowane, lub że prawo, polityka, standard są w procesie wdrażania lub wdrożone, ale nieegzekwowane lub wdrożone i egzekwowane, ale nieregularnie lub nieskutecznie (np. zbyt małe kary, mandaty). Ocena „2” oznaczała, że dane prawo, polityka istnieją, są jasno sformułowane, realizowane, wdrażane lub egzekwowane, że prawo, polityka lub standard są w praktyce w pełni kontrolowane, nadzorowane przez odpowiednie służby, inspekcje oraz egzekwowane (np. przez nakładanie dostatecznie dotkliwych mandatów lub kar).

Oceniano istniejące prawo i politykę na dzień 30 lipca 2011 roku.

Wyniki

Oceny prawa dotyczącego prewencji urazów dzieci i młodzieży dokonano na podstawie analizy dokumentów prawnych: ustaw, uchwał, rozporządzeń obowiązujących w Polsce w dniu 30 lipca 2011 roku. Analizowano jasność sformułowań odpowiednich przepisów odnoszących się do dzieci oraz stopień ich kontrolowania i egzekwowania.

Oceny polityki w zakresie prewencji urazów dzieci i nastolatków dokonano pod kątem istnienia i realizowania odpowiednich krajowych programów, strategii działań, odpowiedzialności instytucji administracji centralnej oraz realizacji kampanii medialnych.

Na wstępie analizie poddano dwa krajowe programy zdrowotne koordynowane przez Ministerstwo Zdrowia, które zawierają cele związane z prewencją urazów dzieci i młodzieży:

1. Narodowy Program Zdrowia 2007–2015 [21];
2. Plan Dotyczący Zdrowia i Środowiska Dzieci 2011–2015 [22].

Trzeci Cel Strategiczny Narodowego Programu Zdrowia (NPZ) 2007–2015 dotyczy zmniejszenia częstości urazów powstałych w wyniku wypadków i ograniczenia ich skutków. Jest to cel ogólny odnoszący się do wszystkich rodzajów wypadków oraz całej populacji bez względu na wiek. W omawianym dokumencie do zagadnień związanych z urazami dzieci i młodzieży nawiązuje się w celu operacyjnym numer 8, poświęconemu tematyce wspierania rozwoju, zdrowia fizycznego i psychospołecznego oraz zapobiegania najczęstszym problemom zdrowotnym i społecznym dzieci i młodzieży. Jednym z takich problemów są urazy, które wiążą się z licznymi negatywnymi skutkami społeczno-ekonomicznymi. Program ten zakłada, zgodnie z Europejską Strategią na rzecz Zdrowia i Rozwoju Dzieci i Młodzieży Światowej Organizacji Zdrowia [23], jako główne kierunki działań: zmniejszenie nierówności, rozwijanie zasobów oraz eliminowanie czynników ryzyka dla zdrowia i rozwoju dzieci i młodzieży w Polsce.

Za priorytety w tym zakresie uznano:

- intensyfikację działań z zakresu promocji zdrowia i bezpieczeństwa dzieci i nastolatków;
- zapobieganie: urazom, otyłości, używaniu substancji psychoaktywnych, przemocy w rodzinie (w tym seksualnej) i rówieśniczej, chorobom przenoszonym drogą płciową oraz ciężom wśród małych dzieci.

W nawiązaniu do wytycznych Światowej Organizacji Zdrowia [23] celem działań państwa związanym z redukowaniem przyczyn urazów i wypadków dzieci nakreślonym w NPZ na lata 2007–2015 jest:

1. Opracowanie krajowej strategii działań w zakresie zdrowia publicznego i promocji zdrowia w odniesieniu do dzieci i młodzieży, spójnej z obowiązującymi dokumentami i programami krajowymi, Unii Europejskiej oraz rekomendacjami Światowej Organizacji Zdrowia.
2. Cykliczne opracowywanie i upowszechnianie informacji o stanie zdrowia, rozwoju i zachowaniach zdrowotnych dzieci i młodzieży.

3. Tworzenie, aktualizacja oraz egzekwowanie przestrzegania przepisów w zakresie:
 - pomocy dla rodzin dzieci i młodzieży niepełnosprawnych i przewlekle chorych, w tym ofiar wypadków;
 - eliminowania barier w dostępności do nauki, zajęć pozaszkolnych i ciągłej rehabilitacji dla dzieci i młodzieży niepełnosprawnej;
 - wdrażanie standardów bezpieczeństwa dzieci w ruchu drogowym;
 - ograniczenia dostępu młodzieży do tytoniu, alkoholu i innych substancji psychoaktywnych.
4. Tworzenie systemu poradnictwa dla rodziców najmłodszych dzieci z zaburzeniami rozwoju lub psychospołecznymi oraz dla młodzieży zagrożonej uzależnieniem i wystąpieniem innych szkód związanych z używaniem substancji psychoaktywnych, w tym picia alkoholu.
5. Prowadzenie kształcenia lekarzy, pielęgniarek i położnych w zakresie pomocy młodzieży w rozwiązywaniu jej problemów zdrowotnych, w tym udzielania pierwszej pomocy.
6. Zapewnienie uczniom wszystkich szkół profilaktycznej opieki zdrowotnej, zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie standardami.
7. Tworzenie warunków do uzyskiwania odpowiednich kwalifikacji przez pielęgniarki sprawujące profilaktyczną opiekę zdrowotną w szkołach i innych placówkach oświatowych.
8. Stworzenie systemu nadzoru (na poziomie kraju, województwa, powiatu) w zakresie profilaktycznej opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą.

Podstawową strategią realizowania celów NPZ jest delegowanie uprawnień na rzecz zdrowia na poziom niższy, głównie samorządu terytorialnego, którego zaangażowanie na rzecz zdrowia i bezpieczeństwa lokalnych społeczności oraz lepsze możliwości rozpoznawania problemów mają duże znaczenia dla działań prewencyjnych. Również w kontekście działań na rzecz prewencji urazów wśród dzieci aktywność jednostek samorządu terytorialnego, często współpracujących w tym zakresie z podległymi sobie instytucjami, takimi jak żłobki, przedszkola, szkoły, jednostki ochrony zdrowia czy z organizacjami pozarządowymi, jest niezwykle ważna. Aktywność ta wpływa na efektywność podjętych i wdrożonych działań, do których zalicza się:

1. Opracowanie, wdrażanie i systematyczne monitorowanie programów działań na rzecz wspierania rozwoju i zdrowia dzieci i młodzieży, dostosowanych do lokalnych potrzeb i opracowywanych z udziałem samej młodzieży.
2. Tworzenie warunków do spędzania czasu wolnego w sposób korzystny dla rozwoju i zdrowia.
3. Realizację w szkołach wszystkich typów edukacji zdrowotnej ukierunkowanej na rozwijanie umiejętności życiowych oraz edukacji dla bezpieczeństwa [24].
4. Dokonanie zmian w programie wychowania fizycznego w szkole, sposobach jego realizacji i sprawowania nad nim nadzoru, ukierunkowa-

nych na zwiększenie aktywności fizycznej uczniów.

5. Prowadzenie kampanii społecznych propagujących aktywność fizyczną oraz zasady bezpieczeństwa.
6. Ograniczanie prezentowania w środkach masowego przekazu programów oraz reklam zwiększających ryzyko podejmowania przez młodzież zachowań ryzykownych.

Wdrożenie przedstawionych powyżej działań ma doprowadzić m.in. do zmniejszenia liczby urazów i ich skutków wśród dzieci i młodzieży oraz osiągnięcia dla współczynników umieralności i hospitalizacji z powodu urazów i zatruc przynajmniej średniego poziomu dla krajów Unii Europejskiej.

Drugi Cel Krajowego Planu Dotyczącego Zdrowia i Środowiska Dzieci 2011–2015 (*Children Environmental Health Action Plan – CEHAP*) jest sformułowany zgodnie z 2. Regionalnym Celem Priorytetowym (*Regional Priority Goal – RPG 2*) i brzmi następująco: „Ograniczanie konsekwencji zdrowotnych wypadków i urazów oraz umacnianie aktywności fizycznej” [22]. Deklaracja dotycząca opracowania Planu CEHAP w Polsce została potwierdzona przez Minister Zdrowia w trakcie V Ministerialnej Konferencji Środowiska i Zdrowia zorganizowanej przez Biuro Regionalne dla Europy Światowej Organizacji Zdrowia w Parmie w 2010 roku. Plan ten jest dokumentem rządu polskiego określającym diagnozę sytuacji w dziedzinie najważniejszych środowiskowych zagrożeń zdrowia dzieci i młodzieży, wskazującym na konieczne działania prewencyjne ze strony organów administracji centralnej i samorządowej oraz organizacji pozarządowych. Jednak do momentu zbierania danych w celu przeprowadzenia tego badania nie została opracowana strategia działań na rzecz redukcji środowiskowych zagrożeń zdrowia dzieci, w tym prewencji urazów dzieci i nastolatków w Polsce.

Wskaźniki zastosowane do oceny prewencji poszczególnych rodzajów urazów dzieci i młodzieży w Polsce są zawarte w tabelach (I–IX). Każdy z nich był oceniany w skali 0–2. Ocena „0” oznacza, że dany wskaźnik nie istnieje lub nie jest jasno sformułowany, ocena „1” oznacza, że wskaźnik istnieje, jest jasno sformułowany, ale jest tylko częściowo wdrażany lub niedostatecznie egzekwowany; ocena „2” oznacza, że wskaźnik istnieje, jest jasno sformułowany, realizowany lub dostatecznie egzekwowany. Ogólny wynik uzyskanej oceny danego zakresu prewencji urazów został wyrażony wartością procentową.

W zakresie bezpieczeństwa drogowego dzieci i młodzieży w Polsce od wielu lat jest realizowana krajowa strategia o nazwie Krajowy Program Bezpieczeństwa Ruchu Drogowego 2005–2007–2013 GAMBIT [25]. Strategia ta koordynowana jest przez międzyministerialną Krajową Radę Bezpieczeństwa Ruchu Drogowego (KRBRD) przy Ministerstwie Transportu. Warto podkreślić, że policja, która podlega Ministrowi Spraw Wewnętrznych, sprawuje nadzór nad wypadkami drogowymi, w tym również wypadkami dzieci i młodzieży jako poszkodowanych lub sprawców. Trzeci cel szczegółowy

Zakres działań	Przyjęte wskaźniki	Ocena
Prawo	obowiązek ograniczenia prędkości na osiedlach (np. wokół szkół, placów zabaw)	2
	prawo analizujące odpowiedzialność kierowcy za wypadek z udziałem dziecka jako pieszego z określeniem miejsca i okoliczności	1
Polityka	polityka rządu zachęcająca producentów do zmiany konstrukcji pojazdów w kierunku obniżenia ryzyka urazów dzieci i młodzieży jako pieszych (np. wysokość zderzaka)	0
	krajowa strategia na rzecz bezpieczeństwa dzieci i młodzieży jako pieszych z określonymi celami i ramami czasowymi	2
	jednostki administracji centralnej odpowiedzialne za bezpieczeństwo dzieci i młodzieży jako pieszych	2
	krajowa kampania medialna w ostatnich pięciu latach na rzecz bezpieczeństwa dzieci i młodzieży jako pieszych	2
Ogólny wynik	$[(2 \times 4) + (1 \times 1) + (0 \times 1)] / 12 \times 100$	75%

Tabela I. Ocena bezpieczeństwa dziecka i nastolatka jako pieszego w Polsce.

Źródło: Opracowanie własne.

Programu GAMBIT odnosi się do dzieci i dotyczy ochrony pieszych, dzieci i rowerzystów. Większość celów i zadań oraz działań skierowanych jest do szerszych grup użytkowników dróg, w tym również dzieci i nastolatków. W strategii tej brakuje wyróżnionych jasnych sformułowań odnoszących się wyłącznie do bezpieczeństwa dziecka lub nastolatka jako niechronionego uczestnika ruchu drogowego, czyli pieszego, rowerzysty i motorowerzysty oraz jako pasażera lub kierującego pojazdem.

W ramach Programu GAMBIT realizowanych jest wiele ogólnopolskich kampanii medialnych. Z informacji zawartych na stronach internetowych programu wynikało, że w analizowanym okresie od stycznia do lipca 2011 roku odbywało się około 20 kampanii i programów edukacyjnych prewencji wypadków drogowych wśród dzieci i młodzieży koordynowanych przez KRBRD, a realizowanych przez Główną Komendę Policji [26].

Tabele (I–IV) przedstawiają oceny wskaźników związanych z bezpieczeństwem drogowym dzieci i młodzieży w Polsce. Tabela I przedstawia zastosowane wskaźniki

i ich ocenę związane z bezpieczeństwem dziecka i nastolatka jako pieszego w Polsce.

W zakresie bezpieczeństwa dziecka jako pieszego na sześć analizowanych wskaźników cztery oceniono jako dobrze realizowane lub egzekwowane, a jeden jako niedostatecznie wdrażany lub egzekwowany. Wiąże się on z oceną, w jakim stopniu są stosowane przepisy prawa karnego i kodeksu drogowego w postępowaniu z zakreślenia odpowiedzialności kierowcy w wypadku drogowym z udziałem dziecka jako pieszego (tzn. jak przebiega proces badania winy kierowcy) [27, 28]. W Polsce na poziomie ustawowym istnieją przepisy określające zasady dotyczące obiektywnego stwierdzenia winy i określenia jej stopnia pozwalające na właściwe ustalenie zakresu odpowiedzialności kierowcy, ale nie są one w pełni egzekwowane. W wyniku analizy dostępnych dokumentów stwierdzono, że częściej postępowania w sądzie kończą się wskazaniem winy po stronie rodziców lub opiekuna dziecka za brak należytego nadzoru i opieki nad dzieckiem niż po stronie kierującego

Zakres działań	Przyjęte wskaźniki	Ocena
Prawo	obowiązek przewożenia małych dzieci w odpowiednich fotelikach samochodowych	2
	obowiązek przewożenia dzieci w wieku do 4 lat na tylnym siedzeniu tyłem do kierunku jazdy	0
	obowiązek przewożenia dzieci w wieku do 13 lat na tylnym siedzeniu samochodu	1
	przepisy dotyczące stopniowego uzyskiwania prawa jazdy przez nowych kierowców	2
	zakaz kierowania traktorami rolniczymi przez niepełnoletnich	1
	zakaz kierowania otwartymi pojazdami terenowymi (tzw. ATV, 3-kołowce triki lub 4-kołowce, tzw. quady)	1
Polityka	krajowy program wspierający rodziny o niskim statusie ekonomicznym w dostępie do dziecięcych fotelików samochodowych	0
	krajowa strategia na rzecz bezpieczeństwa dzieci i młodzieży jako pasażerów lub kierujących pojazdem z określonymi celami i ramami czasowymi	2
	jednostki działające w administracji centralnej lub instytucje współpracujące odpowiedzialne za bezpieczeństwo drogowe dzieci i młodzieży jako pasażerów lub kierujących pojazdem	2
	krajowy program wizyt domowych zawierający edukację rodziców lub opiekunów na temat bezpieczeństwa dziecka jako pasażera	0
	ogólnopolska kampania medialna na rzecz bezpieczeństwa dzieci i młodzieży jako pasażerów w ostatnich 5 latach	2
Ogólny wynik	$[(2 \times 5) + (1 \times 3) + (0 \times 3)] / 22 \times 100$	59,1%

Tabela II. Ocena bezpieczeństwa dziecka i nastolatka jako pasażera lub kierującego pojazdem w Polsce.

Źródło: Opracowanie własne.

Zakres działań	Przyjęte wskaźniki	Ocena
Prawo	prawo ograniczające wiek dopuszczający do kierowania motorowerem, skuterem	1
	wymagane minimum kwalifikacji uprawniających do kierowania motorowerem, skuterem (np. egzamin na kartę motorowerową)	2
	prawo ograniczające wiek lub liczbę niepełnoletnich jako pasażerów motoroweru, skutera	1
	prawo ograniczające prędkość dla motorowerów	2
	obowiązek stosowania kasku przez motorowerzystów i pasażerów	2
	przepisy określające dopuszczalny poziom alkoholu w czasie kierowania motorowerem lub skuterem	2
Polityka	krajowa strategia na rzecz bezpieczeństwa dzieci i młodzieży jako motorowerzystów, z określonymi celami i ramami czasowymi	2
	jednostki administracji centralnej odpowiedzialne za bezpieczeństwo dzieci i młodzieży jako motorowerzystów	2
	ogólnopolska kampania medialna na rzecz bezpieczeństwa dzieci i młodzieży jako motorowerzystów w ostatnich 5 latach	2
Ogólny wynik	$[(2 \times 7) + (1 \times 2) + (0 \times 0)] / 18 \times 100$	88,9%

Tabela III. Ocena bezpieczeństwa dziecka i nastolatka jako motorowerzysty w Polsce.

Źródło: Opracowanie własne.

Obszar działań	Przyjęte wskaźniki	Ocena
Prawo	obowiązek stosowania kasku w czasie jazdy na rowerze	0
Polityka	krajowa strategia na rzecz bezpieczeństwa dzieci i młodzieży jako rowerzystów, z określonymi celami i ramami czasowymi	2
	jednostki administracji centralnej odpowiedzialne za bezpieczeństwo dzieci i nastolatków jako rowerzystów	2
	ogólnopolska kampania medialna na rzecz bezpieczeństwa dzieci i młodzieży jako rowerzystów w ostatnich 5 latach	2
Ogólny wynik	$[(2 \times 3) + (1 \times 0) + (0 \times 1)] / 8 \times 100$	75%

Tabela IV. Ocena bezpieczeństwa dziecka i nastolatka jako rowerzysty w Polsce.

Źródło: Opracowanie własne.

pojazdem, co może wynikać z błędnego założenia, że w każdym przypadku brak tego nadzoru przesądza o winie lub jej braku po stronie kierowcy. W obowiązujących przepisach nie ma żadnej podstawy do przyjęcia takiego rozumowania *a priori*. Istniejące i w pełni egzekwowane okazało się prawo dotyczące ograniczenia prędkości do 30 km/h na osiedlach, terenach zamieszkałych [28].

Tabela II przedstawia ocenę wskaźników związanych z bezpieczeństwem dziecka i nastolatka jako pasażera lub kierującego pojazdem w Polsce.

W zakresie bezpieczeństwa dziecka jako pasażera lub kierującego pojazdem okazało się, że brak jest prawa nakładającego na kierowcę obowiązek przewożenia dziecka w wieku do 4 lat tyłem do kierunku jazdy [27, 28]. Pomimo że istnieje obowiązek przewożenia dzieci w wieku do 13 lat na tylnym siedzeniu, to nie jest on przestrzegany i dostatecznie egzekwowany. Podobnie rzecz się ma w przypadku zakazu kierowania przez dzieci traktorami. Przepis ten jest często łamany na wsiach w okresie prac rolnych w czasie wakacji.

Również w przypadku obowiązku posiadania karty motorowerowej uprawniającej do kierowania przez nieletnich otwartymi pojazdami terenowymi (ATV), czyli pojazdem 3-kołowym (typu trike) lub 4-kołowym (typu quad), przepis ten jest często łamany i niedostatecznie egzekwowany. Jasno sformułowane i egzekwowane okazały się tylko dwa na sześć badanych przepisów prawa.

Był to obowiązek przewożenia dzieci w odpowiednich fotelikach samochodowych oraz program uzyskiwania stopniowych uprawnień na prawo jazdy dla nowych kierowców.

W Polsce nie istnieje program wspierający rodziny o niskim statusie społeczno-ekonomicznym w dostępie do dziecięcych fotelików samochodowych oraz program wizyt domowych zawierający edukację rodziców lub opiekunów na temat bezpieczeństwa dziecka jako pasażera. Tego typu działania są udowodnioną dobrą praktyką służącą bezpieczeństwu dziecka jako pasażera. Stwierdzono, że w Polsce nie realizuje się tego typu działań.

Tabela III przedstawia ocenę wskaźników związanych z bezpieczeństwem dziecka i nastolatka jako motorowerzysty w Polsce.

W zakresie bezpieczeństwa dziecka jako motorowerzysty na dziewięć analizowanych wskaźników siedem było dobrze realizowanych lub egzekwowanych, a dwa niedostatecznie. Wykazano, że pomimo istnienia przepisu określającego dolny limit wieku, w którym można kierować motorowerem, skuterem, to jest on często łamany i słabo egzekwowany, szczególnie w miesiącach wakacji letnich. Ponadto zauważono, że prawo nie definiuje dolnej granicy wieku nieletniego pasażera [27, 28].

Tabela IV przedstawia ocenę wskaźników związanych z bezpieczeństwem dziecka i nastolatka jako rowerzysty w Polsce.

Zakres działań	Przyjęte wskaźniki	Ocena
Prawo	obowiązek grodzenia basenu publicznego	2
	obowiązek grodzenia prywatnego basenu domowego	0
	obowiązek regularnego odnawiania uprawnień ratowników	2
	przepisy określające minimalną liczbę ratowników na strzeżonych kąpieliskach	2
	przepisy określające minimalną liczbę ratowników na basenach	2
	krajowe standardy obowiązkowych oznakowań, w tym głębokości basenu	2
	krajowe standardy dotyczące sygnałów i symboli dotyczących stanu bezpieczeństwa na strzeżonych kąpieliskach	2
	krajowe standardy profesjonalnej oceny ryzyka dla wszystkich projektowanych obszarów rekreacji i sportów wodnych	1
	obowiązek stosowania sprzętu ratunkowego, kapoków na sprzęcie pływającym	2
Polityka	polityka realizowania programów bezpieczeństwa w wodzie w miejscach rekreacji i wypoczynku w społecznościach lokalnych (minimum superwizji, szkoleń, sprzętu ratunkowego)	1
	krajowy program obowiązkowej nauki pływania i radzenia sobie w wodzie we wszystkich szkołach podstawowych	1
	programy poprawy infrastruktury w celu równego dostępu do basenów w ramach lekcji pływania dla dzieci w wieku szkolnym	2
	jednostka administracji centralnej odpowiedzialna za bezpieczeństwo dziecka w wodzie	2
	krajowa strategia zawierająca specyficzne cele, zadania, ramy czasowe związane z bezpieczeństwem dzieci w wodzie	0
	krajowy program wizyt domowych, który zawiera edukację dla rodziców lub opiekunów o bezpieczeństwie dziecka w wodzie	1
	ogólnopolska kampania medialna dotycząca bezpieczeństwa dziecka w wodzie w ostatnich 5 latach	2
Wynik ogólny	$[(2 \times 10) + (1 \times 4) + (0 \times 2)] / 32 \times 100$	75%

Tabela V. Ocena bezpieczeństwa dziecka i nastolatka w wodzie i prewencji utonięć w Polsce.

Źródło: Opracowanie własne.

W zakresie bezpieczeństwa dziecka jako rowerzysty zwrócono uwagę na to, że w Polsce pomimo wcześniejszych prób uchwalenia odpowiednich przepisów wciąż brakuje obowiązku stosowania kasków rowerowych w czasie jazdy na rowerze. Obowiązek ten ma być wprowadzony w znowelizowanym prawie o ruchu drogowym w 2013 roku.

Podsumowując ocenę poziomu prewencji wypadków drogowych i bezpieczeństwa drogowego dzieci i młodzieży w Polsce, na 30 analizowanych wskaźników odnoszących się do prawa i polityki 19 było jasno sformułowanych, dobrze realizowanych lub egzekwowanych w prawie drogowym, a sześć było niejasno sformułowanych lub w stopniu niedostatecznym wdrażanych lub egzekwowanych [25–29].

Tabela V przedstawia ocenę wskaźników związanych z bezpieczeństwem w wodzie i prewencji utonięć dzieci i młodzieży w Polsce.

W zakresie bezpieczeństwa w wodzie i prewencji utonięć zauważono, że brakuje w Polsce przepisu nakazującego grodzenie prywatnych basenów domowych. Na 16 badanych wskaźników 10 było jasno sformułowanych, realizowanych lub dobrze egzekwowanych. Były to przepisy nakazujące grodzenie basenów publicznych, recertyfikacji ratowników, określonej minimalnej liczby ratowników na kąpieliskach strzeżonych i na basenach, obowiązujące standardy oznakowań na basenach oraz symboli i sygnałów na kąpieliskach, obowiązek stosowania kapoków i sprzętu ratowniczego na wyposażeniu jednostek pływających [30–32]. Straż pożarną podległą MSW uznano za jednostkę administracji centralnej od-

powiedzialną za bezpieczeństwo w wodzie i prewencję utonięć. Straż pożarna koordynuje i realizuje wiele programów i kampanii medialnych [33]. W dziedzinie ratownictwa wodnego analizowano zakres, kompetencje i działania Wodnego Ochotniczego Pogotowia Ratunkowego (WOPR), specjalistycznego stowarzyszenia kultury fizycznej o zasięgu ogólnokrajowym. Nadzór nad ratownictwem wodnym, w tym nad działalnością WOPR, sprawuje i wspiera Minister Spraw Wewnętrznych. Do działań WOPR należy m.in. nauczanie pływania oraz edukacja dzieci i młodzieży w zakresie bezpiecznych zachowań na wodach.

W sferze ogólnopolskich kampanii medialnych znaleziono liczne przykłady działań współfinansowanych przez MSW, a realizowanych przez WOPR we współpracy z innymi partnerami, głównie organizacjami komercyjnymi. Przykładem takiej kampanii jest program edukacyjny „Już pływam”, który miał na celu propagowanie nauki pływania wśród dzieci w wieku szkolnym, popularyzowanie problematyki ratownictwa wodnego oraz świadomego podejścia do stosowania zasad bezpiecznego zachowania na obszarze wodnym i terenie przywodnym. Program ten był realizowany na pływalniach w całym kraju. Był adresowany szczególnie do dzieci w wieku szkolnym z domów dziecka, domów opieki społecznej oraz organizacji opiekujących się statutowo dziećmi znajdującymi się w trudnej sytuacji rodzinno-finansowej [34]. Stwierdzono, że w Polsce nie jest realizowana krajowa strategia działań mająca na celu zwiększenie bezpieczeństwa w wodzie i prewencji utonięć dzieci i młodzieży.

Zakres działań	Przyjęte wskaźniki	Ocena
Prawo	standardy bezpieczeństwa sprzętu i powierzchni na placach zabaw	2
	zakaz marketingu i sprzedaży chodzików dla małych dzieci	0
	przepisy wymagające instalowania mechanizmów zabezpieczających okna przed wypadnięciem dzieci w budynkach mieszkalnych wyższych niż jedno piętro (np. blokady okien)	0
	standardy projektowania poręczy, balustrad uniemożliwiających upadki dzieci z balkonów lub ze schodów w budynkach publicznych i prywatnych domach	2
Polityka	krajowy program wspierający rodziny o niskim statusie społeczno-ekonomicznym w dostępie do sprzętu ochronnego dla dzieci instalowanego w domu, np. barierki, bramki na schody	0
	krajowa strategia prewencji upadków dzieci, z określonymi celami i ramami czasowymi	1
	jednostka administracji centralnej odpowiedzialna za prewencję upadków dzieci	2
	program wizyt domowych zawierający edukację rodziców lub opiekunów na temat zapobiegania upadkom dzieci	1
	ogólnopolska kampania medialna dotycząca prewencji upadków dzieci i młodzieży w ostatnich 5 latach	2
Wynik ogólny	$[(2 \times 4) + (1 \times 1) + (0 \times 5)] / 18 \times 100$	50%

Tabela VI. Ocena prewencji upadków dzieci i nastolatków w Polsce.

Źródło: Opracowanie własne.

Zakres działań	Przyjęte wskaźniki	Ocena
Prawo	obowiązek produkowania i sprzedaży leków w opakowaniach uniemożliwiających ich otwarcie przez dzieci	2
	obowiązek produkowania i sprzedaży detergentów używanych w gospodarstwie domowym w opakowaniach uniemożliwiających ich otwarcie przez dzieci	2
Polityka	krajowy program wspierający działania regionalnych centrów kontroli zatruc	2
	strategia prewencji zatruc wśród dzieci z określonymi celami i ramami czasowymi	1
	jednostka administracji centralnej odpowiedzialna za prewencję zatruc wśród dzieci i młodzieży	2
	program wizyt domowych zawierający edukację rodziców lub opiekunów na temat zapobiegania zatruciom wśród dzieci	1
	ogólnopolska kampania medialna dotycząca prewencji przypadkowych zatruc dzieci i młodzieży w ostatnich 5 latach	2
Ogólna ocena	$[(2 \times 5) + (1 \times 2) + (0 \times 0)] / 14 \times 100$	85,7%

Tabela VII. Ocena wskaźników związanych z prewencją zatruc dzieci i młodzieży w Polsce.

Źródło: Opracowanie własne.

Aby ocenić wskaźnik odnoszący się do programu wizyt domowych zawierającego edukowanie rodziców lub opiekunów na temat bezpieczeństwa dziecka w wodzie, analizowano zakres świadczeń gwarantowanych w czasie wizyt patronażowych realizowanych przez położne rodzinne w domu noworodka. W dokumencie tym znaleziono odpowiednie zapisy, lecz są one sformułowane w sposób ogólny i niedostatecznie sprecyzowany [35].

Następnie analizowano prewencję upadków, zatruc, oparzeń, zadławień i uduszeń dzieci i młodzieży. Stwierdzono, że zdarzenia te są objęte przez działania określone w strategii bezpieczeństwa konsumenckiego zawartej w Polityce Konsumenckiej na lata 2010–2013 [36]. Strategia ta jest koordynowana przez Urząd Ochrony Konkurencji i Konsumenta (UOKiK). Dokument ten zawiera założenia dotyczące bezpieczeństwa dzieci jako konsumentów oraz bezpieczeństwa produktów w przypadku kontaktu z dzieckiem, szczególnie ochrony najmłodszych konsumentów, czyli dzieci w wieku do 3 lat. Są w nim zawarte cele i wskaźniki ich realizacji w odniesieniu do bezpieczeństwa produktów przeznaczonych dla dzieci, w szczególności zabawek. W celu monitorowania i oceny nadzoru nad bezpieczeństwem produktów są określone dwa wskaźniki: zwiększenie wykorzystywania

systemu RAPEX jako źródła informacji o produktach niebezpiecznych oraz skupienie kontroli dokonywanych przez Inspekcję Handlową na zagadnieniach szczególnie wrażliwych, czyli produktach przeznaczonych dla dzieci oraz produktach, do których wprowadza się nowe normy i wymagania (np. opakowania leków i produkty toksyczne używane w gospodarstwach domowych, zabezpieczenia zapalniczek i samogasnące papierosy, pionowe rolety i żaluzje z długimi sznurkami lub łańcuszkami).

Tabela VI przedstawia ocenę wskaźników związanych z prewencją upadków dzieci i nastolatków w Polsce.

W prewencji upadków spośród dziewięciu badanych wskaźników cztery były jasno sformułowane, realizowane lub egzekwowane [37–40]. W Polsce brakuje przepisów zakazujących marketingu i sprzedaży chodzików dla dzieci, instalowania w budynkach mieszkalnych, domach prywatnych blokad uniemożliwiających otwarcie okien przez małe dziecko. W zakresie krajowych strategii realizowane są głównie działania na rzecz bezpieczeństwa dzieci na placach zabaw. Jedną z nich jest koordynowany przez Ministerstwo Edukacji Narodowej rządowy program wspierania w latach 2009–2014 organów prowadzących w zapewnieniu bezpiecznych warunków nauki, wychowania i opieki w klasach I–III szkół podstawo-

Zakres działań	Przyjęte wskaźniki	Ocena
Prawo	wymóg ustawiania temperatury maksymalnej dla grzejników wody i dla ciepłej wody bieżącej (do 50°C)	0
	prawo budowlane wymagające instalacji czujników dymu we wszystkich prywatnych domach i budynkach mieszkalnych	0
	prawo budowlane wymagające instalacji czujników dymu we wszystkich instytucjach publicznych (szpitale, szkoły, ośrodki wychowawczo-opiekuńcze)	2
	przepisy wymagające produkowania i sprzedaży papierosów o zmniejszonym ryzyku pożarowym	1
	obowiązek produkowania i sprzedaży zapalniczek z mechanizmami zabezpieczającymi ich uruchomienie przez dzieci	2
	zakaz produkowania i sprzedaży dziecięcej bielizny nocnej z surowców łatwopalnych	1
	zakaz sprzedaży fajerwerków i materiałów pirotechnicznych niepełnoletnim	2
Polityka	przyjęta przez rząd strategia na rzecz prewencji oparzeń dzieci, z określonymi celami i ramami czasowymi	1
	jednostka administracji centralnej odpowiedzialna za prewencję oparzeń wśród dzieci i młodzieży	2
	program wizyt domowych zawierający edukację rodziców/opiekunów na temat zapobiegania oparzeniom dzieci	1
	ogólnopolska kampania medialna dotycząca prewencji oparzeń dzieci i młodzieży w ciągu ostatnich 5 lat	2
Wynik ogólny	$[(2 \times 5) + (1 \times 4) + (0 \times 2)] / 22 \times 100$	63,6%

Tabela VIII. Ocena wskaźników związanych z prewencją oparzeń dzieci i młodzieży w Polsce.

Źródło: Opracowanie własne.

wych i ogólnokształcących szkół muzycznych I stopnia – „Radosna szkoła”, który obejmuje bezpieczeństwo szkolnych placów zabaw [41].

W Polsce nie jest wdrażany krajowy program wspierający ubogie rodziny, rodziny zagrożone, o niskim statusie społeczno-ekonomicznym w dostępie do sprzętu ochronnego dla dzieci instalowanego w domu, np. barierki, bramki na schody. Analiza zakresu świadczeń gwarantowanych w czasie wizyt patronażowych realizowanych przez położne rodzinne w domu noworodka wykazała, że odpowiednie zapisy są sformułowane w sposób ogólny i niedostatecznie sprecyzowany [35].

Przykładem krajowej kampanii medialnej był program dotyczący budowania i utrzymywania bezpiecznych placów zabaw realizowany przez UOKiK we współpracy z Głównym Urzędem Nadzoru Budowlanego [42].

Tabela VII przedstawia ocenę wskaźników związanych z prewencją zatruc wśród dzieci i młodzieży w Polsce.

W prewencji przypadkowych zatruc na siedem ocenianych wskaźników uznano, że pięć jest jasno sformułowanych i realizowanych lub egzekwowanych. W Polsce istnieją standardy bezpieczeństwa dotyczące produkowania i sprzedaży produktów chemicznych używanych w gospodarstwie domowym oraz opakowań leków odpowiednio zabezpieczonych, uniemożliwiających otwarcie ich przez małe dziecko. Oceniono, że są one dobrze egzekwowane przez inspekcję handlową [43–45].

Uznano, że strategią realizowaną w zakresie prewencji zatruc, ale tylko w grupie dzieci do 4 lat, jest Polityka Konsumencka na lata 2010–2013 realizowana przez UOKiK [36]. Stwierdzono też, że UOKiK jest instytucją odpowiedzialną za prewencję zatruc dzieci związanych z niebezpiecznymi produktami.

Analiza zakresu świadczeń gwarantowanych w czasie wizyt patronażowych realizowanych przez położne rodzinne w domu noworodka wykazała, że odpowiednie zapisy są sformułowane w sposób ogólny i niedostatecznie sprecyzowany [35].

Poważnym i rozpowszechnionym problemem zdrowotnym w Polsce są zatrucia tlenkiem węgla wśród rodzin, w tym dzieci. Jednak problem ten nie jest wyróżniony i jasno sformułowany w żadnym z analizowanych dokumentów. Działania związane z prewencją zatruc tlenkiem węgla w domach realizuje straż pożarna. Przykładem ogólnopolskiej kampanii społecznej jest koordynowany przez Komendę Główną Państwowej Straży Pożarnej, a realizowany na szczeblu wojewódzkim i powiatowym program prewencji zatruc tlenkiem węgla „Nie dla czadu” skierowany zarówno do dorosłych, jak i do dzieci [33].

Tabela VIII przedstawia ocenę wskaźników związanych z prewencją oparzeń wśród dzieci i młodzieży w Polsce.

W prewencji oparzeń na 11 badanych wskaźników pięć oceniono jako jasno sformułowane i dobrze realizowane lub egzekwowane, a cztery jako niedostatecznie sformułowane lub realizowane. Stwierdzono, że brakuje przepisu nakazującego regulowanie temperatury ciepłej wody do 50°C. W przeciwieństwie do obowiązku instalowania detektorów dymu w budynkach publicznych [46, 47] brakuje takiego obowiązku w prywatnych budynkach mieszkalnych. Istnieje zakaz produkcji i sprzedaży bielizny nocnej, piżam dla dzieci uszytych z łatwopalnych surowców, ale na rynku są dostępne w sprzedaży produkty niespełniające tych standardów, zawierające poliester. Oceniono, że kontrola rynku i egzekwowanie tych przepisów są niedostateczne. UOKiK wprowadził nakaz sprzedaży wyłącznie zapalniczek zabezpieczonych przed uruchomieniem przez dzieci oraz zakaz wprowadzania na rynek zapalniczek-gadżetów. Od 2007 roku obowiązuje w Polsce całkowity zakaz wprowadzania do obrotu zapalniczek nieposiadających zabezpieczeń oraz zapalniczek-gadżetów, ale jest on niedostatecznie kontrolowany i egzekwowany. Na podstawie procedur wskazanych w dyrektywie ds. ogólnego bezpieczeństwa produktów od 2011 roku Polska została zobligowana do egzekwowania wymagań dotyczących bezpieczeństwa

Zakres działań	Przyjęte wskaźniki	Ocena
Prawo	prawo umożliwiające nałożenie restrykcji lub wprowadzenie zakazu sprzedaży produktów niebezpiecznych	2
	wymóg, by produkty dla dzieci (np. zabawki) zawierały ostrzeżenia dla nabywców przed ryzykiem uduszenia lub zadławienia dziecka	2
	zakaz produkowania i sprzedaży balonów z lateksu	0
	zakaz używania niejadalnych elementów w produktach spożywczych dla dzieci	0
	standardy bezpieczeństwa regulujące projektowanie i sprzedaż żaluzji i rolet	1
	standardy bezpieczeństwa dla łózek dziecięcych	2
	zakaz produkcji i sprzedaży ubranek dziecięcych z tasiemkami, sznurkami itp.	2
Polityka	przyjęta przez rząd strategia na rzecz prewencji uduszeń i zadławień dzieci, z określonymi celami i ramami czasowymi	1
	jednostki działające w ramach administracji centralnej odpowiedzialne za prewencję uduszeń i zadławień dzieci	2
	krajowy program wizyt domowych, który zwiera edukowanie rodziców lub opiekunów na temat zapobiegania zadławieniom, uduszeniom dziecka	1
	ogólnopolska kampania medialna dotycząca prewencji uduszeń i zadławień u dzieci w ostatnich 5 latach	0
Wynik ogólny	$[(2 \times 5) + (1 \times 3) + (0 \times 3)] / 22 \times 100$	59,1%

Tabela IX. Ocena wskaźników związanych z prewencją zadławień i uduszeń dzieci i młodzieży w Polsce.

Źródło: Opracowanie własne.

papierosów, czyli sprzedaży tylko tzw. samogasnących papierosów o zmniejszonym ryzyku wywołania pożaru (ang. *reduced ignition propensity – RIP cigarettes*). Oceniono, że pomimo iż przepis ten został wprowadzony, jest niedostatecznie egzekwowany [40, 48]. W Polsce prawo dotyczące zakazu sprzedaży fajerwerków i materiałów pirotechnicznych niepełnoletnim wydaje się jasno sformułowane i dostatecznie egzekwowane [48, 49].

Polityka Konsumencka na lata 2010–2013 zawiera jedynie ogólne sformułowania dotyczące bezpieczeństwa produktów dla dzieci, które nie są jasno sformułowane w odniesieniu do prewencji oparzeń [36].

Analiza zakresu świadczeń gwarantowanych w czasie wizyt patronażowych realizowanych przez położne rodzinne w domu noworodka wykazała, że odpowiednie zapisy są sformułowane w sposób ogólny i niedostatecznie sprecyzowany [35].

Centralnym organem administracji rządowej w sprawach organizacji krajowego systemu ochrony przeciwpożarowej jest Komendant Główny Państwowej Straży Pożarnej, podległy Ministrowi Spraw Wewnętrznych. W ramach swojej działalności straż pożarna realizuje działania prewencyjne, w tym m.in. ogólnopolskie kampanie społeczne. Przykładem takich działań jest edukacyjny program skierowany do dzieci „Bezpieczny dom, bezpieczna szkoła, bezpieczny las”, który jest koordynowany przez Komendę Główną Państwowej Straży Pożarnej, a realizowany na szczeblach wojewódzkich i powiatowych [33].

Tabela IX przedstawia ocenę wskaźników związanych z prewencją zadławień i uduszeń wśród dzieci i młodzieży.

W prewencji zadławień i uduszeń dzieci spośród 11 badanych wskaźników pięć zostało ocenionych jako jasno sformułowanych, realizowanych lub egzekwowanych, a trzy jako zbyt ogólnie lub niejasno sformułowane, niedostatecznie realizowane lub egzekwowane.

W Polsce brakuje przepisów zabraniających produkcji i sprzedaży balonów lateksowych, zakazu umieszczania niejadalnych produktów wewnątrz artykułów spożywczych dla dzieci (np. „jajka niespodzianki”). Istnieją i są sprecyzowane przepisy dotyczące możliwości wprowadzenia restrykcji lub zakazu sprzedaży niebezpiecznych produktów oraz obowiązku umieszczania informacyjnych etykiet ostrzegawczych na produktach dla dzieci, na zabawkach, standardów bezpieczeństwa regulujących projektowanie i sprzedaż dziecięcych łózek, kojców. Oceniono, że zakaz produkcji i sprzedaży ubranek dla dzieci ze sznurkami, tasiemkami jest dobrze kontrolowany i egzekwowany [39, 40, 48, 50]. Uznając, że pętle utworzone ze sznurków przy roletach czy żaluzjach pionowych stanowią zagrożenie dla życia lub zdrowia dla małych dzieci w wieku poniżej 3 lat, w ramach swoich uprawnień UOKiK podjął działania związane z opracowaniem normy określającej długość sznurka lub łańcuszka używanego do podnoszenia i opuszczania rolety. Norma ta zawiera wymagania bezpieczeństwa dla żaluzji i rolet w postaci normy PN – EN 13120: 2010 o nazwie: „Zasłony wewnętrzne – wymagania eksploatacyjne łącznie z bezpieczeństwem” i ma na celu wyeliminowanie ryzyka uduszenia małych dzieci przez sznurki do regulowania różnego rodzaju rolet i żaluzji. Na podstawie zebranych informacji oceniono, że w sprzedaży są dostępne żaluzje i rolety niespełniające tych wymagań.

W ocenie krajowej strategii analizowano Politykę Konsumencką na lata 2010–2013, która zawiera jedynie ogólne sformułowania dotyczące bezpieczeństwa konsumenckiego małego dziecka. Brakuje w niej specyficznych sformułowań w odniesieniu do prewencji zadławień i uduszeń dzieci [36].

W ocenie realizacji krajowego programu wizyt domowych stwierdzono, że opis zakresu czynności w czasie wizyt patronażowych położnych w domu noworodka nie jest dostatecznie jasno sformułowany w odniesieniu do

Zakres prewencji urazów dzieci i młodzieży	Ogólny wynik (maksymalnie 100%)
Bezpieczeństwo motorowerzysty	89%
Prewencja zatruc	86%
Bezpieczeństwo pasażera	75%
Bezpieczeństwo rowerzysty	75%
Bezpieczeństwo w wodzie, zapobieganie utonięciom	75%
Prewencja oparzeń	64%
Bezpieczeństwo pasażera lub kierującego pojazdem	59%
Prewencja zadławień lub uduszeń	59%
Prewencja upadków	50%

Tabela X. Porównanie ocen poszczególnych zakresów prewencji urazów i promocji bezpieczeństwa dzieci i młodzieży w Polsce.

Źródło: Opracowanie własne.

edukowania rodziców lub opiekunów na temat zapobiegania zadławieniom i uduszeniom dziecka [35].

Nie znaleziono żadnej krajowej kampanii medialnej dotyczącej prewencji uduszeń lub zadławień dzieci realizowanej w ostatnich 5 latach.

Na koniec zestawiono uzyskane w niniejszej analizie ogólne wyniki dotyczące poszczególnych zakresów prewencji urazów i promocji bezpieczeństwa dzieci i młodzieży w Polsce. **Tabela X** przedstawia porównanie tych ocen. Najwyżej oceniono realizację działań w zakresie: prawa i polityki, bezpieczeństwa dziecka i nastolatka jako motorowerzysty oraz prewencji zatruc. Wysoko również oceniono prawo i politykę związaną z bezpieczeństwem pasażera, rowerzysty, bezpieczeństwem w wodzie i prewencją utonięć wśród dzieci i nastolatków. Nisko oceniono działania w zakresie prewencji oparzeń, zadławień i uduszeń oraz bezpieczeństwa dziecka jako pasażera lub kierującego pojazdem. Najniżej, jako niedostateczne, oceniono istniejące prawo i jego egzekwowanie oraz politykę i jej realizację w zakresie zapobiegania upadkom dzieci i młodzieży.

Dyskusja

W Polsce w ostatnich latach, w porównaniu z wynikami raportu programu Planowanie Działań na rzecz Bezpieczeństwa Dzieci z 2007 roku [20], uchwalono i wprowadzono nowe uregulowania prawne oraz krajowe programy i strategie w celu poprawy prewencji urazów i wzmocnienia bezpieczeństwa dzieci i młodzieży. Szczególnie dużo wysiłku włożono w poprawę bezpieczeństwa drogowego dziecka i nastolatka jako niechronionego użytkownika drogi, czyli pieszego, rowerzysty i motorowerzysty. Jest to ważne z tego względu, że to właśnie wypadki drogowe mają największy udział w zgonach dzieci i młodzieży z powodu niezamierzonych urazów [9]. Ponadto wyraźną poprawę zauważono w zakresie bezpieczeństwa konsumenckiego małego dziecka dzięki wysiłkom podejmowanym przez UKiOK w ramach Polityki Konsumenckiej 2010–2013. Działania realizowane w tej strategii skierowane są na eliminowanie z rynku niebezpiecznych dla dzieci produktów, stanowiących zagrożenie upadkiem, zatruciem, oparzeniem, zadławieniem lub uduszeniem.

Wyniki wcześniej wspomnianych badań pokazują, że silny wpływ na występowanie urazów mają różnice społeczno-ekonomiczne [15, 51, 52]. Nierówności społeczno-ekonomiczne wpływają na wysoką „podatność” na częstsze występowanie urazów oraz związane z nimi poważniejsze skutki zdrowotne, w tym również zgony. Badania analizujące mechanizmy urazów wskazują na rolę społecznych norm i zachowań jako jeden z głównych czynników ryzyka urazów dzieci i młodzieży. Jest to m.in. wysoka ekspozycja na czynniki ryzyka w środowisku domowym, sąsiedzkim, drogowym. To wysokie narażenie charakteryzuje szczególnie dzieci i młodzież z zagrożonych, ubogich, zaniedbanych środowisk. Strategie legislacyjne i polityczne związane z prewencją urazów, które są tematem niniejszej pracy, poprawiają poziom bezpieczeństwa w środowisku życia i redukują czynniki ryzyka, na które jest narażona cała populacja dzieci i młodzieży. Jednak oprócz działań skierowanych do całej populacji powinny być realizowane działania wspierające dzieci i ich rodziny szczególnie zagrożone, często o niskim statusie społeczno-ekonomicznym. Sytuacje, w których prawo i polityka wiążą się z koniecznością ponoszenia kosztów ze strony rodziców lub opiekunów, prowadzą do nierówności. Na przykład są to wymagania dotyczące instalowania detektorów dymu, kontrolowania i wymiany niesprawnego, starego sprzętu gazowego w domu, brak obowiązku bezpłatnej nauki pływania dla wszystkich uczniów szkół podstawowych, wyroki sądowe częściej wskazujące na winę rodziców lub opiekunów niż kierowców w wypadku z udziałem dziecka, brak wsparcia finansowego w dostępie i dystrybucji sprzętu ochronnego zabezpieczającego małe dziecko w domu i wokół niego oraz w ruchu drogowym. W planowaniu i realizowaniu strategii aktywnych, które są związane z edukacją i promocją prewencyjnych zachowań sprzyjających bezpieczeństwu, należy skupić szczególną uwagę na dobrym zdiagnozowaniu potrzeb dziecka i jego rodziny, np. rodzin migrantów, romskich, wykluczonych, o niskim dochodzie lub żyjących w ubóstwie. Na podstawie zdiagnozowania potrzeb należy dobierać rozwiązania, które mogą być adaptowane do specyficznego środowiska oraz możliwości i zdolności społeczności lokalnej.

Chociaż prawo, polityka w postaci krajowych programów, strategii czy kampanii medialnych są bardzo ważne w poprawianiu i wzmacnianiu bezpieczeństwa dzieci, to podstawową zasadą jest rozwijanie i realizowanie działań będących dobrymi praktykami, których skuteczność została udowodniona i które mogą być adaptowane i wdrażane na poziomie regionalnym lub lokalnym [19]. W programach działań na rzecz bezpieczeństwa dzieci i młodzieży realizowanych przez samorząd terytorialny bardzo ważna jest wielosektorowa współpraca w ich wdrażaniu (ochrony zdrowia, transportu, edukacji, opieki społecznej, sportu i turystyki, bezpieczeństwa konsumenta oraz służb ratowniczych). W zakresie prewencji urazów dzieci i młodzieży istnieje wiele interwencji o udowodnionej skuteczności bez względu na uwarunkowania środowiskowe czy siedliskowe. Można je znaleźć w raportach opublikowanych w ostatnich latach przez Światową Organizację Zdrowia oraz Europejski Sojusz na rzecz Bezpieczeństwa Dzieci – Eurosafe [7, 19, 53]. W raportach tych rekomenduje się interwencje tzw. *safety-for-all*, które powinny realizować następujące strategie:

- wprowadzanie legislacji, regulacji prawnych i skuteczne ich egzekwowanie (*enforcement*) [53, 54];
- realizowanie programów opartych na społeczności lokalnej (*community-based programs*) [55];
- edukowanie w zakresie bezpieczeństwa dziecka w ramach programów wizyt domowych [56].

W Polsce istnieje niewykorzystana możliwość realizowania programu wizyt domowych zawierającego edukację w zakresie bezpieczeństwa dziecka. Może się to odbywać w ramach wizyt patronażowych świadczonych przez położne rodzinne w podstawowej opiece zdrowotnej w domach nowo narodzonych dzieci [35]. Takie wizyty domowe powinny służyć nie tylko edukowaniu rodziców, lecz również identyfikowaniu rodzin i dzieci zagrożonych. Skuteczne wdrażanie strategii wspierania tych rodzin i ich dzieci w dostępie do usług i sprzętu służącego bezpieczeństwu i zdrowiu dziecka jest uzależnione od wielosektorowej współpracy na poziomie lokalnym.

Wnioski

Jak pokazała przeprowadzona analiza, nie we wszystkich zakresach prewencji urazów dzieci i młodzieży w Polsce dokonywane są równomierne wysiłki w postaci wprowadzenia i egzekwowania nowych regulacji prawnych oraz realizowania krajowych programów i strategii czy kampanii medialnych. Najmniej uwagi przywiązuje się 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 lub edukacji. Możliwość edukowania rodziców lub opiekunów małego dziecka w zakresie jego bezpieczeństwa, szczególnie w domu, dają wizyty patronażowe realizowane przez położne rodzinne POZ w domach noworodków. Jednak zapisy zawarte w dokumencie o świadczo-

nych usługach dotyczące edukacji zdrowotnej są zbyt ogólne, niesprecyzowane i w praktyce słabo realizowane. Dwa krajowe programy, Narodowy Program Zdrowia 2007–2015 i Plan Dotyczący Zdrowia i Środowiska Dzieci 2011–2015, koordynowane przez Ministerstwo Zdrowia, których cele zawierają m.in. prewencję urazów dzieci, nie są w pełni realizowane w postaci konkretnych strategii z określonymi celami i zadaniami, odpowiedzialnością instytucji administracji centralnej i ramami czasowymi. Natomiast strategia działań zawartych w Polityce Konsumenckiej na lata 2010–2013 obejmuje prewencję wypadków i urazów dziecka jako konsumenta oraz bezpieczeństwo produktu.

1. W zakresie poprawienia bezpieczeństwa drogowego dziecka najniżej oceniono poziom bezpieczeństwa dziecka lub nastolatka jako pasażera i jako kierującego pojazdem. Pomimo obowiązujących uregulowań prawnych w tym zakresie zauważono, że są one niedostatecznie egzekwowane i często łamane. Analizowane krajowe kampanie medialne dotyczące bezpieczeństwa drogowego dziecka w większości kierowane były do dzieci i młodzieży jako osób, które mogą być potencjalnie poszkodowane. W zakresie poprawy bezpieczeństwa motorowozysty niedostatecznie egzekwowane są przepisy dotyczące kontrolowania wieku motorowozysty i pasażerów. W zakresie poprawy bezpieczeństwa rowerzysty w Polsce ciągle brakuje przepisu nakazującego dzieciom stosowanie kasku rowerowego w czasie jazdy na rowerze.
2. W zakresie bezpieczeństwa w wodzie i prewencji utonięć zauważono, że w treściach podstaw programowych z wychowania fizycznego w szkołach podstawowych brakuje zapisu o obowiązkowej nauce pływania i radzenia sobie w wodzie dla wszystkich uczniów szkół podstawowych. Nauka pływania nie jest dostępna dla wszystkich dzieci. Organizowanie zajęć na basenie zależy od decyzji samorządu terytorialnego, dyrektora i rodziców, co powoduje duże zróżnicowanie w dostępie wszystkich dzieci do nauki pływania i radzenia sobie w wodzie.
3. W zakresie prewencji upadków w polskim prawie budowlanym brakuje nakazu montowania blokad okiennych w budynkach mieszkalnych wielokondygnacyjnych. W prewencji upadków małych dzieci nie podejmuje się działań skierowanych na zakaz marketingu i sprzedaży chodzików dla małych dzieci. Brakuje polityki wspierania rodzin zagrożonych, o niskim statusie społeczno-ekonomicznym w dostępie do sprzętu ochronnego, typu barierki na schody i inne zabezpieczenia.
4. W zakresie prewencji przypadkowych zatruc w Polsce brakuje w prawie budowlanym obowiązku instalowania detektorów tlenku węgla, a zatrucia tym gazem są w Polsce poważnym i rozpowszechnionym problemem, szczególnie w sezonie grzewczym, i zdarzają się najczęściej w rodzinach o niskim statusie społeczno-ekonomicznym.
5. W zakresie prewencji oparzeń nie są dostatecznie egzekwowane kontrole dotyczące zakazu sprzedaży bielizny i piżam dla dzieci z surowców łatwopalnych,

niezabezpieczonych zapalniczek czy papierosów. Tego typu produkty są tańsze i łatwo dostępne na rynku. W prawie budowlanym brakuje zapisu o obowiązku instalowania czujników dymu we wszystkich prywatnych budynkach mieszkalnych.

6. W zakresie prewencji zadławień i uduszeń brakuje zakazu produkowania i sprzedaży balonów lateksowych oraz produktów spożywczych dla dzieci, które zawierają elementy niejadalne. Okazało się, że jest to jedyny obszar prewencji urazów dzieci, w którym nie zrealizowano żadnej ogólnopolskiej kampanii medialnej w ostatnich 5 latach.

Podziękowania

Koncepcja badania została opracowana w ramach projektu TACTICS (*Tools to Address Childhood Trauma, Injury and Children's Safety*) w wyniku pracy zespołowej następujących ośrodków: European Child Safety Alliance of EuroSafe, The Nordic School of Public Health, Maastricht University, Swansea University, Dublin City University, The European Public Health Alliance, Instytut Zdrowia Publicznego, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum w Krakowie.

Finansowanie

Badanie zrealizowano w ramach projektu TACTICS (*Tools to Address Childhood Trauma, Injury and Children's Safety*) finansowanego przez Komisję Europejską na podstawie kontraktu nr 20101212 w ramach EC Public Health Program 2010.

Piśmiennictwo:

1. Baker S.P., O'Neill B., Ginsburg M.J., Li G., *The Injury Fact Book*, 2nd ed. Oxford University Press, New York 1992.
2. *Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych. Rewizja dziesiąta. ICD-10. Kategorie 3-znakowe*. Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Vesalius”, Kraków 1996: 70–82.
3. Peden M., Scurfield R., Sleet D. et al., *World report on traffic injury prevention*. World Health Organization, Geneva 2004.
4. Van Beek E., *A New definition of drowning: towards documentation and prevention of a global public health problem*. „Bulletin of the World Health Organization” 2005; 83: 853–856.
5. *Guidelines for Safe Recreational Water*. Vol. 1. *Coastal and freshwater*. Chapter 2. *Drowning and Injury Prevention*. World Health Organization, Geneva 2003.
6. Peden M., Oyegbite K., Ozanne-Smith J. et al. (red.), *World report on child injury prevention*. World Health Organization and United Nations Children's Fund, Geneva 2008.
7. Sethi D., Towner E., Vincenten J., Segui-Gomez M., Racioppi F., *European Report on Child Prevention*, World Health Organization Regional Office for Europe, Copenhagen 2008.
8. Malinowska-Cieslik M., van den Borne B., *Prevention of mushroom poisoning of children: effectiveness of a community-based school education programme*. „Health Education Research” 1998; 1: 13–23.
9. *Rocznik demograficzny 2011*. Główny Urząd Statystyczny, Warszawa 2011.
10. MacKay M., Vincenten J., *Child Safety Report Card-Poland*. ECSA, Eurosafe, Birmingham 2012.
11. Mazur J., Malinowska-Cieslik M., *Perspektywy dalszego obniżenia umieralności dzieci i młodzieży w Polsce*. „Medycyna Wieku Rozwojowego” 2010; XIV, 2: 150–159.
12. Malinowska-Cieslik M., *Kontrola i prewencja urazów*. w: Czupryna A., Ryś A., Poździejch S., Włodarczyk W.C. (red.), *Zdrowie publiczne. Wybrane zagadnienia*. Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Vesalius”, Kraków 2001: 395–405.
13. European Commission Working Party on Accidents and Injuries: Action on Accidents and Injuries. Priority Areas; Luxembourg 2005; <http://www.actiononinjuries.org/csi/wpai.nsf/wwwVwContent/l2priorityareas.htm> (dostęp 29.10.2012).
14. MacKay M., Vincenten J., *Child Safety Report Card 2012: Europe Summary for 31 Countries*, European Child Safety Alliance-Eurosafe, Birmingham 2012.
15. Cubbin C., Smith G., *Socioeconomic inequalities in injuries: critical issues in design and analysis*. „Annual Reviews of Public Health” 2002; 23: 347–375.
16. Laflamme L., Burrows S., Hasselberg M., *Socioeconomic difference in injury risks. A review of findings and a discussion of potential countermeasures*. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen 2009.
17. Sethi D., Racioppi F., Baumgarten I., Vida P., *Injury and Violence in Europe: why matter and what can be done*. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen 2006.
18. Towner E., *Injury and inequalities: bridging the gap*. „International Journal of Injury Control and Safety Promotion” 2005; 12: 79–84.
19. MacKay M., Vincenten J., Brussoni M., Towner L., *Child Safety Good Practice Guide: Good investment in unintentional child injury prevention and safety promotion*. European Child Safety Alliance, Eurosafe, Amsterdam 2006.
20. MacKay M., Vincenten J., *Child Safety Report Card 2007 – Poland*. European Child Safety Alliance, Eurosafe, Amsterdam 2007.
21. *Narodowy Program Zdrowia na lata 2007–2015*, Uchwała Nr 90/2007 Rady Ministrów z dnia 15 maja 2007 roku. Załącznik do Uchwały, Warszawa 2007.
22. *Plan Dotyczący Zdrowia i Środowiska Dzieci 2011–2015*, Uchwała Nr 79/2011 Rady Ministrów z dnia 24 maja 2011 roku. Załącznik do Uchwały, Warszawa 2011.
23. *European Strategy for Child and Adolescent Health and Development*, World Health Organization Regional Office for Europe, Copenhagen 2005; www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0020/79400/E87710.pdf (dostęp 9.11.2012).
24. Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej w sprawie programu nauczania edukacji dla bezpieczeństwa z dnia 23 grudnia 2008 roku. Dz.U. z dnia 15 stycznia 2009 Nr 4 poz. 17.
25. *Krajowy Program Bezpieczeństwa Ruchu Drogowego 2005–2007–2013-GAMBIT*. Uchwała Nr 92/93 Rady Mini-

- strów z dnia 19 kwietnia 2005 roku. Załącznik do Uchwały, Warszawa 2005.
26. Program „Żyj Bezpiecznie”, Główna Komenda Policji <http://www.zyjbezpiecznie.policja.pl/wai/zb/>; <http://www.policja.pl/portal/zb/909/> (dostęp 29.10.2012).
 27. Ustawa prawo o ruchu drogowym z dnia 20 czerwca 1997 roku Dz. U. 2005 Nr 108 poz. 908.
 28. Ustawa z dnia 22 lipca 2010 roku o zmianie ustawy Prawo o ruchu drogowym oraz niektórych innych ustaw. Dz.U. 2010 Nr 152 poz. 1018.
 29. Rozporządzenia Ministra Infrastruktury w sprawie warunków technicznych pojazdów oraz zakresu ich niezbędnych wyposażenia z dnia 31 grudnia 2002 roku. Dz.U. 2003 Nr 32 poz. 262.
 30. Ustawa o kulturze fizycznej z dnia 18 stycznia 1996 roku z późn. zm., Dz.U. 2001 Nr 81 poz. 889; Dz.U. 2002 Nr 102 poz. 1115; Dz.U. 2005 Nr 85 poz. 726.
 31. Ustawa o bezpieczeństwie osób przebywających na obszarach wodnych z dnia 18 sierpnia 2011 roku, Dz.U. 2011 Nr 208 poz. 1240.
 32. Rozporządzenie Rady Ministrów w sprawie określenia warunków bezpieczeństwa osób przebywających w górach, pływających, kąpiących się i uprawiających sporty wodne z dnia 6 maja 1997 roku Dz.U. 1997 Nr 57 poz. 358.
 33. Programy prewencji Komendy Głównej Państwowej Straży Pożarnej; <http://www.straz.gov.pl/page/index.php?p=/prewencja> (dostęp 29.10.2012).
 34. Krajowa kampania medialna „Już pływam”; http://www.wopr.pl/?option=com_content&view=article&id=625%3A2011&Itemid=75 (dostęp 9.11.2012).
 35. Rozporządzenie Ministra Zdrowia zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej z dnia 22 października 2010 roku Dz.U. 4.11.2010 Nr 208 poz. 1376. Załącznik nr 3.
 36. *Polityka Konsumencka na lata 2010–2013*. Uchwała Rady Ministrów z dnia 27 lipca 2010 roku. Załącznik do Uchwały, Warszawa 2010.
 37. Ustawa prawo budowlane z dnia 7 lipca 1994 roku, Dz.U. 2003 Nr 207 poz. 2016.
 38. Ustawa o dozorcze technicznym z dnia 21 grudnia 2000 roku Dz.U. 2000 Nr 122 poz. 1321.
 39. Ustawa o normalizacji z dnia 12 września 2002 roku, Dz.U. Nr 169 poz. 1386.
 40. Ustawa o ogólnym bezpieczeństwie produktów z dnia 12 grudnia 2003 roku, Dz.U. 2003 Nr 229 poz. 2275.
 41. *Rządowy program wspierania w latach 2009–2014 organów prowadzących w zapewnieniu bezpiecznych warunków nauki, wychowania i opieki w klasach I–III szkół podstawowych i ogólnokształcących szkół muzycznych I stopnia* – „Radosna Szkoła” (szkolne place zabaw). Uchwała Rady Ministrów Nr 112/2009 z dnia 07 lipca 2009 roku. Załącznik do Uchwały, Warszawa 2009.
 42. Program „Bezpieczny Plac Zabaw”, Urząd Ochrony Konkurencji i Konsumenta i Główny Urząd Nadzoru Budowlanego; www.uokik.gov.pl; www.placezabaw.uokik.gov.pl (dostęp 9.11.2012).
 43. Ustawa o substancjach i preparatach chemicznych z dnia 11 stycznia 2001 roku Dz.U. 2001 Nr 11 poz. 84.
 44. Ustawa prawo farmaceutyczne, Dz.U. 2008 Nr 45 poz. 271.
 45. Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie rodzajów substancji niebezpiecznych i programów niebezpiecznych, których opakowania zaopatruje się w zamknięcia utrudniające otwarcie przez dzieci i wyczuwalne dotykiem ostrzeżenie o niebezpieczeństwie z dnia 29 kwietnia 2010 roku Dz.U. 2010 Nr 83 poz. 544.
 46. Ustawa o ochronie przeciwpożarowej z dnia 24 sierpnia 1991 roku Dz.U. 2003 Nr 52 poz. 452.
 47. Rozporządzenie Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji w sprawie ochrony przeciwpożarowej budynków, innych obiektów budowlanych i terenów z dnia 7 czerwca 2010 roku Dz.U. z dnia 22 czerwca 2010 Nr 109 poz. 719.
 48. Ustawa o Inspekcji Handlowej z dnia 15 grudnia 2000 roku Dz.U. 2001 Nr 4 poz. 25.
 49. Ustawa o wykonywaniu działalności gospodarczej w zakresie wytwarzania i obrotu materiałami wybuchowymi z dnia 22 czerwca 2001 roku Dz.U. 2001 Nr 67 poz. 679.
 50. Rozporządzenie Ministra Gospodarki, Pracy i Polityki Społecznej w sprawie zasadniczych wymagań dla zabawek z dnia 14 listopada 2003 roku Dz.U. 2003 Nr 210 poz. 2045.
 51. Birken C.S., Macarthur C., *Socioeconomic status and injury risk in children*. „Paediatric Child Health” 2004; 9: 323–325.
 52. Dowswell T., Towner E., *Social deprivation and the prevention of unintentional injury in childhood: a systematic review*. „Health Education Research” 2002; 17: 221–237.
 53. *Preventing Injuries and Violence. A Guide for Ministries of Health*. World Health Organization, Geneva 2007.
 54. Sethi D., Racioppi F., Baumgarten I., Bertoloni R., *Reducing inequalities from injuries in Europe*. „Lancet” 2006; 368: 224–250.
 55. Klassen T.P., MacKay M., Moher D., Walker A., Jones A.L., *Community – based injury prevention interventions*. „Future Children” 2002; 10: 83–110.
 56. Kenderick D., Coupland C., Mulvaney C., *Home safety education and provision of safety equipment for injury prevention*. Cochrane Database of Systematic Review 2007, Jan 24 (1): CD005014.