

## 12. Zdravotní a sociální problematika dětské populace

### Cíl kapitoly:

Seznámení s přehledem mortality a morbidity dětí v ČR, se současnými trendy, nejčastějšími a nejzávažnějšími onemocněními dětského a dorostového věku.

Mezi klíčové – a velmi sledované - druhy mortality patří především novorozenecká a kojenecká, popř. perinatální úmrtnost.

Základním předpokladem pro výpočet údajů o kojenecké úmrtnosti jsou jasně **vymezené pojmy narození živého a mrtvého dítěte**.

Současně platné definice vychází ze Závazných pokynů ÚZIS a shodují se s mezinárodně doporučenými definicemi Světové zdravotnické organizace (WHO).

Za **živě narozené dítě** se považuje plod, bez ohledu na délku těhotenství, který po narození dýchá nebo projevuje alespoň jednu ze známek života, to je srdeční činnost, pulsaci pupečnicku nebo nesporný pohyb kosterního svalstva bez ohledu na to, zda byl pupečník přerušen nebo placenta připojena.

Za **mrtvě narozené dítě** se považuje plod, který neprojevuje ani jednu známku života a má porodní hmotnost 500 gramů a vyšší, nelze-li porodní hmotnost určit, narozený po 22. dokončeném týdnu těhotenství, a nelze-li délku těhotenství určit, nejméně 25 cm dlouhý.

Pokud plod, neprojevující žádnou známku života, váží méně než 500 g, a pokud ji nelze zjistit, je-li těhotenství kratší než 22 týdnů, je ukončení těhotenství považováno za **potrat**.

**Naše země patří mezi ty, které dlouhodobě vykazují velmi nízké kojenecké, resp. novorozenecké úmrtnosti – cca 2,6 – 2,8 promile (resp. 1,8 – 2,0 promile)**

Nejčastější „chorobou“ dětského věku je zubní kaz. Na to nesmíme zapomínat. Naštěstí nikoli nejzávažnější.

Narůstá počet alergií a to jak u dětí tak i dorostenců. V současnosti je těch diagnostikovaných alergiků 16 %. V dorosteneckém věku je číslo ještě vyšší (22 %). Podle dalších studií je alergiků skoro třetina.

Mezi dětmi do 15 let bylo dispenzarizováno 597,4 tisíc onemocnění či vad, tedy 392 onemocnění na 1000 registrovaných pacientů – tedy téměř 40 % pacientů do 15 let je dispenzarizováno. Nejčastější důvody pro dispenzarizaci byly nemoci dýchací soustavy, dále nemoci nervové soustavy, oka a očních adnex. Třetím nejčastějším byly nemoci kůže a podkožního vaziva.

U pacientů dorostového věku (15-18 let) bylo dispenzarizováno 267,8 tisíc onemocnění či vad, tedy 670,4 onemocnění na 1000 registrovaných pacientů – tedy 67 %. Je to nárůst o více než 5 %. Nejčastějším důvodem byly (stejně jako v mladší věkové skupině) nemoci dýchací soustavy, druhé místo bylo také stejné (nemoci nervové soustavy, oka a očních adnex), ale na třetím místě již byly nemoci endokrinní, výživy a přeměny látek.

Alarmující je vývoj počtu dětí a dorostenců dispenzarizovaných pro diagnózu E 66 - E 68= obezita, hyperalimentace a její následky. Od roku 1996 se jejich absolutní počet více než ztrojnásobil (z 10,4 na 30,9 tisíc u dětí v roce 2012). U dorostu je vzestup ještě vyšší z 6,1 tisíc na 20,1 tisíc.

Výskyt dětské nadváhy v ČR překonal nejpesimističtější předpoklady z 80. let minulého století. Za čtvrtstoletí epidemie obezity došlo k dvojnásobnému nárůstu nadváhy v rámci celého populačního spektra a v dětské populaci k pateronásobku počtu obézních dětí. Nadváhou v dětství trpí každé 4 dítě, obezitou každé sedmé. Extrémní obezitou 4 % dětí. V mezinárodním srovnání je 24% (dvacetičtyřprocentní) výskyt nadváhy u českých dětí na úrovni okolních středoevropských zemí a začíná se přibližovat výskytu v jihoevropských státech (World Obezity). Přestože ještě nedosahujeme 32% výskytu v USA, překonala 12% skupina českých obézních adolescentů 11% skupinu amerických vrstevníků. Alarmující situaci v naší dětské populaci demonstruje 4,7% výskyt extrémní obezity, které představuje třetinu obézních dětí. V neposlední řadě je potřeba si uvědomit vztah obezity k civilizačním chorobám a především skutečnost, že předpokládaná doba dožití této generace je nižší než jejich rodičů. A to si myslím, že je hodně závažné a lidé si to ani nechtějí uvědomovat.

Nesmíme rovněž zapomínat na nárůst ortopedických vad (VDT, skoliózy, ploché nohy etc.), psychických potíží a nutností péče nejen klinických psychologů, ale i dětských psychiatrů, nárůst diabetiků prvního typu atd...

Specifickou problematikou dětského a dorostového věku jsou úrazy a otravy.

### **Sociální aspekty**

Identifikace sociálního znevýhodnění reflektuje situace, podmínky a důvody, v jejichž důsledku dochází ke znevýhodnění případně až sociálnímu vyloučení. Znevýhodnění nezpůsobuje samotný fakt odlišností, ale způsobují jej kontextualizace těchto odlišností. Typické pro znevýhodnění je, že jej přináší série problémů, mezi něž mj. patří nízký nebo žádný příjem, špatná kvalita bydlení, špatný zdravotní stav včetně vysoké nemocnosti, nízké vzdělání, nízký stupeň profesních znalostí a dovedností, vysoká nezaměstnanost, vysoká kriminalita, závislosti různého typu, rozpad rodin atd. - uvedené problémy se obvykle různě kombinují a vytvářejí začarovaný kruh, ze kterého se jen obtížně nalézají východiska.

Problém znevýhodnění a odlišností lze v teoretické rovině úvah vztáhnout také k různým modelům sociální stratifikace. Mnoho z nich vyzdvihuje významnou roli kultury, která přispívá k utváření sociálních nerovností.

Znevýhodněné prostředí vymezujeme podmínkami ovlivňujícími kvalitu života. Znevýhodněné prostředí je mj. charakteristické vysokým stupněm dezintegrace, málo rozvinutými sociálními službami (včetně vzdělávacích příležitostí), případně omezeným přístupem k těmto službám.

V českých zdrojích lze nalézt různé definice znevýhodněného a odlišného prostředí: sociokulturně znevýhodněné prostředí je takové, které neumožňuje dostatečně rozvinout potenciál člověka (především dítěte), včetně jeho schopností a dovedností. Většinou je charakterizováno minimálně třemi rizikovými faktory z následujícího výčtu:

- věk matky v době narození dítěte nižší než 17 let nebo u matky proběhlo tři a více porodů do 20 let nebo jsou příliš mladí rodiče (adolescenční)
- nedokončené základní vzdělání alespoň jednoho z rodičů související s jejich nedostatečnou profesionální kvalifikací
- chronické onemocnění nebo postižení rodičů snižující schopnost o dítě pečovat
- těžké psychické onemocnění jednoho z rodičů snižující schopnost pečovat o dítě
- nedostatečná sociální integrace rodičů (např. cizinců s jazykovou bariérou, chybějícím zázemím atd.) nebo chybějící či nedostatečná podpora rodiny
- nedostatečné zabezpečení výživy a ošacení, nevyhovující bytové podmínky
- domácí násilí
- používání návykových látek v rodině
- odůvodněné a potvrzené vyšetřování orgánů zabezpečujících ochranu práv a zájmů dítěte

**Chudoba** označuje sociální status člověka vyznačující se hmotným nedostatkem. Chudobu lze v zásadě rozdělit na dvě velké skupiny, které se dále dělí. Horším stadiem chudoby je tzv. **absolutní chudoba**, o které hovoříme v případě, že se člověk dostane do stavu, kdy není schopen uspokojit své nezákladnější potřeby, jako je zajištění potravy a ošacení. Tento druh chudoby může dojít až do stavu, kdy je ohrožen život takto postižené osoby. Druhým druhem je tzv. **relativní chudoba**, což je stav, kdy jedinec nebo rodina uspokojují své sociální potřeby na výrazně nižší úrovni než je průměrná úroveň v dané společnosti.