

Bogdan Chazan

Ochrona życia matki i dziecka

Studia nad Rodziną 7/1 (12), 89-97

2003

Artykuł został zdigitalizowany i opracowany do udostępnienia w internecie przez Muzeum Historii Polski w ramach prac podejmowanych na rzecz zapewnienia otwartego, powszechnego i trwałego dostępu do polskiego dorobku naukowego i kulturalnego. Artykuł jest umieszczony w kolekcji cyfrowej bazhum.muzhp.pl, gromadzącej zawartość polskich czasopism humanistycznych i społecznych.

Tekst jest udostępniony do wykorzystania w ramach dozwolonego użytku.

Bogdan CHAZAN

OCHRONA ŻYCIA MATKI I DZIECKA

Polska znajduje się obecnie w niekorzystnej fazie rozwoju demograficznego. Ogromny spadek dzietności kobiet jest przyczyną szybkiego starzenia się społeczeństwa. Zwiększający się czas trwania życia budzi optymizm, ale jednocześnie nasila proces starzenia się populacji. Liczba urodzeń jest dalece za mała, by zapewnić tzw. zastępowalność pokoleń.

Fakt, że rodzi się nas coraz mniej, wynika nie tylko z małej liczby poczęć, ale również ze strat populacyjnych w różnych okresach życia przed urodzeniem.

W najwcześniejszym okresie życia dziecka, od zapłodnienia do zakończenia okresu noworodkowego mają miejsce najliczniejsze straty populacyjne, które można podzielić na tzw. poronienia przedkliniczne, kiedy fakt ciąży nie jest jeszcze nikomu znany, poronienia samoistne martwego lub żywego płodu, martwe urodzenia, zgony noworodków. Każdemu przypadkowi zgonu płodu lub noworodka towarzyszy kilkanaście przypadków ciężkich zachorowań, kiedy do zgonu nie dochodzi, ale choroba prowadzi do trwałych zaburzeń upośledzających wzrost i rozwój dziecka.

Postęp wiedzy i technologii medycznej ułatwił rozpoznawanie chorób matki oraz dziecka przed i po urodzeniu. Istotny okazał się zwłaszcza postęp w dziedzinie ultrasonografii. Pozwala ona wcześniej rozpoznać fakt zapłodnienia, potwierdzić życie dziecka, a w późniejszym okresie ciąży wykryć zaburzenia wzrostu płodu i wady wrodzone.

Nowoczesne metody biochemiczne, immunologiczne, badania cytogenetyczne i molekularne umożliwiły wraz z badaniami biofizycznymi diagnostykę przed- i pourodzeniową. Precyzyjne rozpoznanie pozwala na właściwie ukierunkowane, skuteczne leczenie.

Życie dziecka zaczyna się po połączeniu komórek rozrodczych, męskiej i żeńskiej. Wczesnoporonne środki „antykonceptyjne” mogą niszczyć życie dziecka zaraz po jego poczęciu. Liczbę zarodków, które nie zostały dopuszczone do zagnieżdżenia w błonie śluzowej macicy matki, trudno oszacować. Są to straty populacyjne celowo, chociaż przeważnie w sposób nieświadomy, spowodowane przez matkę, która zwykle nie zdaje sobie sprawy z mechanizmu działania środka „antykonceptyjnego”.

Około 30-40% zarodków w najwcześniejszej fazie życia ginie wówczas, kiedy fakt poczęcia dziecka nie jest jeszcze uświadomiony przez matkę i nie

rozpoznany przez lekarza. Prawdopodobnie niektóre z tych strat są do uniknięcia. Dotyczy to tych, których przyczyną są niekorzystne wpływy środowiskowe, choroby matki. Większości z tych bardzo wczesnych niepowodzeń prokreacji, spowodowanych zaburzeniami rozwoju zarodka na podłożu genetycznym, nie da się uniknąć.

Samoistnemu poronieniu już rozpoznanej ciąży ulega około 10% wszystkich ciąży. Jako poronienie określa się stratę dziecka przed 22 tygodniem ciąży. Dokładna liczba poronień nie jest znana, szacunkowo jest to ponad 40 tysięcy poronień w kraju w ciągu roku¹. Prawdopodobnie rzeczywista liczba poronień samoistnych jest większa niż szacowana. Znanych jest wiele przyczyn poronień, do najczęstszych należą przyczyny genetyczne, zaburzenia hormonalne, choroby immunologiczne, anatomiczne nieprawidłowości narządu rodnego. Jedno poronienie w niewielkim stopniu zmniejsza możliwość donoszenia następnej ciąży. W przypadku tzw. poronień nawykowych, kilku po sobie następujących, ryzyko poronienia następnej ciąży jest zwiększone.

Rozpatrując zagrożenie dla zdrowia i życia dzieci w najwcześniejszym okresie ich życia nie można pominąć poronień sztucznych, czyli przerwania ciąży. Ustawodawstwo naszego kraju przewiduje odstąpienie od karania lekarza za wykonanie tego zabiegu, jeżeli doszło do niego ze ściśle określonych powodów. Faktyczna liczba tych procedur nie jest znana. Szacunki są bardzo rozbieżne. Najbardziej zbliżone do rzeczywistości wydają się te, które oceniają liczbę aborcji w ciągu roku na 20 do 50 tysięcy. Przerwanie ciąży oznacza zakończenie życia tej liczby dzieci. W następstwie przerwania ciąży, a zwłaszcza po kilku takich zabiegach dojść może do niepłodności lub niemożności donoszenia następnej ciąży. Pogorszenie jakości życia kobiet może być spowodowane dolegliwościami somatycznymi i syndromem paborcyjnym, dotyczącym sfery psychiki.

W końcowym okresie ciąży w wyniku niekorzystnego oddziaływania czynników zewnętrznych, np. palenia tytoniu, chorób matki lub powikłań ciąży, pojawia się czasem zagrożenie dla prawidłowego przebiegu ciąży, tendencja do przedwczesnego porodu czy niedotlenienie dziecka, zagrażające jego życiu. Jeżeli zagrożenia zostały wystarczająco wcześnie wykryte, można je zmniejszyć, przedłużyć ciążę do momentu, kiedy dziecko będzie już zdolne do samodzielnego życia. W przypadku zagrożenia życia dziecka można wówczas podjąć w porę decyzję o wcześniejszym ukończeniu ciąży. Przeżywalność noworodków o bardzo małej urodzeniowej masie (500-999g) ciała zwiększyła się od 10% w roku 1989 do nieco ponad 50% w roku

¹ Por. B. Chazan, Demograficzne i społeczne aspekty rodzicielstwa, *Medycyna Wieku Rozwojowego* 1997, nr 2, s. 5-15.

2001. Umożliwia to podejmowanie decyzji o wcześniejszym urodzeniu dziecka bez zwiększania ryzyka dla jego zdrowia i życia, jeżeli dalszy pobyt w macicy matki naraża je na niebezpieczeństwo.

Trzeba stwierdzić, że postęp w zakresie diagnostyki chorób i zaburzeń rozwoju dziecka wyprzedził możliwości leczenia dziecka przed urodzeniem. Opracowano metody leczenia farmakologicznego niektórych wrodzonych zaburzeń metabolicznych i chorób. Lek trafia do dziecka za pośrednictwem matki, poprzez łożysko. Niektóre wady rozwojowe, np. układu moczowego czy centralnego układu nerwowego, są leczone przy pomocy technik chirurgicznych po otwarciu macicy lub pod kontrolą ultrasonograficzną. Początkowe duże zaufanie do skuteczności tych metod ostatnio nieco się zmniejszyło. Ostateczne leczenie chirurgiczne wad rozwojowych ma miejsce po urodzeniu.

Czasem przyspiesza się moment porodu, by nie dopuścić do nieodwracalnych uszkodzeń narządów dziecka w wypadku pogłębiania się nieprawidłowości rozwojowej, co zwiększa szansę dziecka na przeżycie po urodzeniu.

Około 2-3% noworodków rodzi się z zaburzeniami rozwoju. Nie wszystkie wady wrodzone są widoczne w momencie urodzin, część ujawnia się później. Niektóre wady, tzw. letalne, uniemożliwiają przeżycie dziecka, inne można leczyć chirurgicznie. Metody diagnostyki przedurodzeniowej: nieinwazyjne (ultrasonografia) i inwazyjne (amniopunkcja, biopsja kosmówki), pomagają rozpoznać wadę rozwojową przed urodzeniem. Trzeba jasno powiedzieć, że inwazyjne metody diagnostyki prenatalnej stosowane na początku ciąży wykorzystuje się dla rozpoznania nieuleczalnej choroby płodu i wykonania następnie zabiegu aborcji. Zespół poaborcyjny jest w tych przypadkach bardzo częsty i trwa nieraz przez całe życie rodziców. Część zaburzeń rozwojowych stanowią nieprawidłowości zachowania się. Ich przyczyny sięgają okresu ciąży, zaburzenia behawioralne ujawniają się w różnych fazach życia dziecka.

Zdarza się, że dziecko rodzi się martwe. Jak każde niepowodzenie położnicze, poronienie czy urodzenie dziecka z wadą rozwojową, wydarzenie takie jest powodem ogromnego stresu rodziców. W latach 1991-2000 współczynnik martwych urodzeń (na tysiąc urodzeń żywych i martwych) zmniejszył się o 18%. Na tle innych krajów postęp w tym zakresie nie jest zadowalający. Każdego roku rodzi się w Polsce ponad 2000 martwych dzieci, w tym około 1100 z małą masą ciała².

Innym problemem, który łączy się z początkowym okresem życia dziecka, jest właśnie mała urodzeniowa masa ciała. Termin „hipotrofia” ozna-

² Główny Urząd Statystyczny, Rocznik Demograficzny, Warszawa 2002.

cza masę ciała noworodka za małą w stosunku do wieku ciąży. Przyczyną są najczęściej przewlekłe choroby matki, np. nadciśnienie tętnicze, a także niekorzystny wpływ środowiska zewnętrznego, np. palenie papierosów, intensywna praca zawodowa. Noworodki z hipotrofią wymagają po urodzeniu szczególnego postępowania, ale zwykle dość szybko uzupełniają niedobory masy ciała. Inną grupę małej urodzeniowej masy ciała stanowią wcześniaki. Szanse ich przeżycia po urodzeniu i późniejszego prawidłowego rozwoju zależą od tego, w jakim stopniu przyspieszyło się ich urodzenie, co było przyczyną porodu przedwczesnego, ile ważyły po porodzie. Poród przedwczesny jest najważniejszym problemem położnictwa, przyczyną około 70% okołoporodowych zgonów płodów i noworodków. W grupie wagi ciała 500-999 gramów umiera w Polsce co drugie dziecko, a 15% z tych, które przeżyły, ma trwałe nieprawidłowości w zakresie funkcjonowania centralnego układu nerwowego, wzroku, słuchu, potencjału rozwoju intelektualnego³. W 2001 roku urodziło się w Polsce 1330 takich dzieci. Ta grupa noworodków wymaga olbrzymich nakładów finansowych. Najważniejszą przyczyną porodów przedwczesnych są zakażenia. Porody przedwczesne częściej występują w ciążyach bliźniaczych, u bardzo młodych matek, u matek niewykształconych, niezamężnych, mieszkających w dużych miastach w trudnych warunkach socjoekonomicznych. Znane jest zjawisko „dziedziczenia” porodów przedwczesnych, które powtarzają się w kolejnych pokoleniach.

W ostatnich latach doszło w Polsce do zwiększenia się częstości urodzeń dzieci z małą masą ciała. Część noworodków umiera po urodzeniu. Rocznie umiera w Polsce ponad 1500 noworodków (do 6 dnia życia). Główną przyczyną ich zgonów jest wcześniactwo, poza tym wady wrodzone i zakażenia⁴.

Martwe urodzenia i zgony noworodków to razem umieralność okołoporodowa. Wysokość tego wskaźnika jest uznanym miernikiem poziomu zdrowia prokreacyjnego populacji oraz jakości opieki okołoporodowej. W ciągu ostatnich dziesięciu lat liczba zgonów okołoporodowych, do których doszło w ciągu całego roku, zmniejszyła się dwukrotnie. W ostatnim czasie tempo spadku tej liczby zwolniło się. Dotyczy to zwłaszcza martwych urodzeń⁵.

³ Por. Ministerstwo Zdrowia i Opieki Społecznej, Narodowy Program Zdrowia 1996-2005, Warszawa 1996.

⁴ Por. Główny Urząd Statystyczny, Rocznik Demograficzny, dz. cyt.; Sprawozdanie Rady Ministrów z wykonania w roku 2001 Ustawy z dnia 7 stycznia 1993 roku o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży, Warszawa 2002.

⁵ Por. Ministerstwo Zdrowia i Opieki Społecznej, Narodowy Program Zdrowia 1996-2005, dz. cyt.

Dziecko w najwcześniejszym okresie swojego życia ma prawo oczekiwać szczególnej opieki nad nim samym i nad rodziną, w której rośnie. Powinniśmy zrobić wszystko, co możliwe, by zmniejszyć liczbę czynników ryzyka i siłę ich oddziaływania. Im młodsze jest dziecko, tym tych zagrożeń więcej. Części z nich, zwłaszcza wynikających ze schorzeń genetycznie uwarunkowanych, nie jesteśmy w stanie uniknąć. Inne, możliwe do uniknięcia, znajdują się w obszarach stylu życia, wpływu środowiska zewnętrznego oraz jakości opieki medycznej⁶.

Współczesne położnictwo, podobnie jak cała medycyna, ukierunkowane jest na leczenie. W codziennej praktyce ciągle za mało uwagi zwraca się na zapobieganie zakłóceniom zdrowia matki i dziecka, promocję zdrowego stylu życia. Jest to prawdopodobnie jedna z przyczyn obserwowanego w ostatnim czasie pogorszenia wskaźników zdrowotnych odnoszących się do okresu okołoporodowego. Wśród priorytetów dotyczących zdrowia matek i dzieci opieka profilaktyczna nad kobietą w ciąży nie zajęła należnego jej miejsca. Wprowadziłem (będąc konsultantem krajowym) do programów specjalizacji lekarzy ginekologów zagadnienia promocji zdrowia, opracowałem program opieki nad kobietą w ciąży. Medycyna „naprawcza” znowu bierze górę nad promocją zdrowia, wbrew zaleceniom Światowej Organizacji Zdrowia. Zwiększa się odsetek małej urodzeniowej masy ciała, m.in. wcześniactwa. Przedwczesne urodzenie to poważny problem dla rodziny, źródło stresu, zapowiedź wydatków finansowych obciążających rodzinę i całe społeczeństwo. Dawno udowodniona hipoteza, że zapobieganie jest opłacalne, szczególnie widoczna w odniesieniu do porodów przedwczesnych, nie może znaleźć odniesienia w polityce zdrowotnej⁷. Jednak najlepsza nawet opieka podczas ciąży nie przyczyni się do zmniejszenia częstości bardzo wczesnych poronień „przedklinicznych”, wad rozwojowych i części poronień samoistnych. Powikłania te mają swój początek wówczas, kiedy kobieta nie wie jeszcze, że jest w ciąży, lub zastanawia się, co może być przyczyną braku miesiączki. Kluczem do rozwiązania tego zagadnienia jest wdrożenie powszechnej opieki prekoncepcyjnej. Celem jednego z prowadzonych przeze mnie programów polityki zdrowotnej było opracowanie i wdrożenie edukacji przed-

⁶ Por. K. Szamotulska, N. Stankiewicz, Masa urodzeniowa, czas trwania ciąży i rozwój wewnątrzmaciczny noworodków oraz umieralność okołoporodowa noworodków w Polsce u progu nowego tysiąclecia, Warszawa 2000.

⁷ Por. M. Troszyński, B. Banach, P. Raczyński, Umieralność okołoporodowa wczesna płodów i noworodków w szpitalach publicznej służby zdrowia, Warszawa 2002; W. Wróblewska, Wybrane aspekty zdrowia reprodukcyjnego w Polsce, Studia Demograficzne 2002, nr 1, s. 11-42; Zdrowie naszych dzieci, red. J. Szyborski, Warszawa 2001.

ciążowej. Kobiety lub pary małżeńskie coraz częściej zgłaszają się po poradę przed ciążą, nie jest to jednak jeszcze zjawisko powszechne. Skutkiem takiej porady jest zwiększenie wiedzy na temat planowania rodziny, szczepienia przeciwko różyczce i wirusowemu zapaleniu wątroby, zmniejszenie ryzyka szkodliwego oddziaływania zewnętrznych czynników środowiskowych, w tym składników dymu tytoniowego i szkodliwości zawodowych. Podanie kwasu foliowego przed ciążą, poprawa nawyków żywieniowych przyczynią się do zmniejszenia ryzyka wad rozwojowych. Wdrożenie opieki prekonceptyjnej nie zwiększy kosztów, natomiast poprzez zmianę podejścia do promocji zdrowia prokreacyjnego poprawi szanse na sukces prokreacji w rodzinach i przyjście na świat zdrowego dziecka. Odsetek poronień samoistnych w stosunku do liczby urodzeń jest w Polsce dość stały, w latach 1981-2001 wynosił od 9,8 do 11,1%⁸. Dla zmniejszenia tego odsetka konieczne jest zwiększenie jakości opieki przed ciążą i w wczesnym okresie ciąży.

O istniejących możliwościach poprawy jakości opieki położniczej świadczą różnice, jakie obserwuje się obecnie w naszym kraju pomiędzy poszczególnymi regionami. Największa częstość małej urodzeniowej masy ciała występuje w województwach zachodnich i północnych. W tych samych okolicach jest największy wskaźnik bezrobocia, tam najczęściej kobiety palą papierosy, tam jest największa częstość rozwodów, ciąż u młodocianych i urodzeń pozamałżeńskich. W północno-zachodniej Polsce jest najwięcej zachorowań i zgonów z powodu nowotworów. Tam występuje największa liczba czynników ryzyka udanej prokreacji.

Pogarszające się lub wykazujące stagnację wskaźniki określające stan zdrowia prokreacyjnego w naszym kraju wymagają podjęcia od zaraz badań w celu wykrycia przyczyn i podjęcia działań ukierunkowanych na identyfikację czynników ryzyka i przeciwdziałanie im, szkolenie personelu medycznego i edukację prozdrowotną społeczeństwa, poprawę jakości opieki medycznej. Opieka przed ciążą i podczas ciąży powinna być łatwo dostępna, kompetentna i nie spóźniona. Promocja zdrowia i profilaktyka powinna uzyskać rzeczywisty, a nie tylko deklarowany priorytet.

Poziom opieki nad matką i dzieckiem zależy też od kadr medycznych, lekarzy, położnych i pielęgniarek. Lekarze ginekolodzy stanowią dużą grupę zawodową, znaczącą część wszystkich lekarzy w Polsce. Są odpowiedzialni za profilaktykę, rozpoznawanie i leczenie chorób narządów płciowych u kobiet, opiekują się kobietami przed ciążą, podczas ciąży, porodu i po porodzie oraz nad dziećmi przed urodzeniem. Położne nie

⁸ Por. B. Chazan, Demograficzne i społeczne aspekty rodzicielstwa, art. cyt.

mają jeszcze w Polsce w pełni samodzielnej pozycji zawodowej, stąd więcej obowiązków spoczywa na lekarzach. Zgodnie z nowym programem jednostopniowej specjalizacji kształcenie lekarzy ginekologów trwa sześć lat.

Ginekolog w codziennej swojej zawodowej pracy styka się z medycznymi, etycznymi i psychologicznymi problemami, które towarzyszą początkowi ludzkiego życia oraz narodzinom człowieka. Lekarz ginekolog udziela porad przed zamierzonym poczęciem dziecka, m.in. związanych z planowaniem rodziny, jest świadkiem narodzin dziecka – ważnego wydarzenia w życiu rodziny. Właściwe wykonywanie zawodu przez lekarzy ginekologów zależy od ich systemu wartości, osobistych poglądów, od przygotowania zawodowego, właściwego podejścia do zawodu, umiejętności komunikowania się. Prawidłowe wykształcenie i odpowiednie wykorzystanie umiejętności przyczyniają się do zmniejszenia częstości następstw chorób ginekologicznych, powikłań ciąży i porodu. Tym, co wyróżnia zawód lekarza ginekologa wśród specjalności medycznych, jest związek czynności, które wykonuje w miejscu pracy, z systemem wartości, z religią, w odniesieniu do niego samego, pacjentki i jej rodziny. W codziennej swojej praktyce ginekolog musi zajmować stanowisko w sprawach antykoncepcji, diagnostyki prenatalnej, aborcji, musi umieć doradzać, wypowiadać opinie. Jaki odsetek lekarzy ginekologów w Polsce stosuje w swoim zawodowym działaniu zasadę poszanowania dla życia człowieka od momentu jego poczęcia?

Ilu z nich pojmuje swoją rolę jako rolę sługi i obrońcy życia? Prawdopodobnie mniej niż połowa.

Dlaczego tak się dzieje? Dlaczego tak mały jest odzew na prośbę Ojca Świętego Jana Pawła II, który podczas audiencji dla lekarzy ginekologów z całego świata, uczestników Kongresu „Płód jako Pacjent”, w Fuggi koło Rzymu w dniu 2 kwietnia 2002 roku powiedział m. in.: *I trust that your work will always be inspired by a clear recognition of the dignity proper to every human being, each of whom is an incomparable gift of the creative love of God.* „Wierzę, że wasza praca będzie zawsze inspirowana nie budzącym wątpliwości uznaniem dla godności przynależnej każdej ludzkiej istocie, która zawsze jest darem twórczej miłości Boga”.

Wiele prac naukowych prezentowanych podczas tego Kongresu przez lekarzy obecnych na audiencji nie było zgodnych z życzeniem wyrażonym przez Ojca Świętego. To samo można powiedzieć w odniesieniu do codziennej praktyki w szpitalach i przychodniach w Polsce i w Europie.

Martwi fakt, że wśród lekarzy metody naturalnego planowania rodziny nie znajdują uznania. Producenci środków antykoncepcyjnych wywierają na nich ogromny wpływ, angażują ogromne środki, by zyskać ich przychyl-

ność. Minister Zdrowia w 2002 roku zawiesił działalność Krajowego Zespołu Promocji Metod Naturalnego Planowania Rodziny.

Po uchwaleniu w 1993 roku nowej ustawy „O ochronie dziecka poczętego” liczba procedur aborcji w szpitalach gwałtownie zmalała. Prawdopodobnie zmniejszyła się bezwzględna liczba tych zabiegów wykonywanych w kraju, o czym świadczy m.in. zmniejszanie się częstości wcześniactwa. Kobiety, u których dzieci wykryto przed urodzeniem wady rozwojowe, nakłaniane są, czasem bardzo energicznie, przez lekarzy ginekologów do wcześniejszego ukończenia ciąży. Niezbyt liczne, lecz krzykliwe i wpływowe organizacje feministyczne oddziałują na administrację państwa, są obecne w mediach, ich poglądy za pośrednictwem dużej części „czołówki” ginekologów wpływają na prezentowaną na zewnątrz postawę lekarzy. Od opinii profesorów zależy naukowa i zawodowa kariera lekarza, uzyskanie grantu, zdanie egzaminu specjalizacyjnego, a nawet otrzymanie etatu.

Niektórzy lekarze publicznie wyrażają własne zdanie na tematy związane z ich zawodem, m.in. broniąc nienaruszalności życia człowieka. Jednak wkrótce potem stają się negatywnymi bohaterami niektórych mediów publicznych. Zagrożona jest natychmiast ich pozycja zawodowa, są zwalniani z pracy, możliwości wykonywania zawodu. Jeżeli ich etyka kłóci się z przepisami prawa popadają w konflikt z prawem, wytyczane są przeciwko nim procesy cywilne i karne. Koledzy boją się stanąć w ich obronie. Pozostają sami, odseparowani od tego, co robili do tej pory. W ostatnich dziesięciu latach dokonała się zmiana na lepsze w sposobie widzenia przez ginekologów problemów kobiety, jej dziecka i rodziny, w stylu poradnictwa, stosunku do życia nienarodzonych dzieci.

Jednak to, co dzieje się w ostatnim roku, ten optymizm burzy. Widoczny jest bardzo wyraźny powrót do mentalności i praktyk tzw. minionego okresu nie tylko w zakresie poglądów na świat i życie ludzkie, ale też stylu kierowania zespołami medycznymi, z niespotykanym przedtem bezwzględnym niszczeniem lekarzy za ich „niewłaściwe” poglądy. Rządowa Rada Ludnościowa analizę sytuacji demograficznej Polski w latach 2000-2001 zakończyła wnioskami i zaleceniami. Znajduje się tam zalecenie następującej treści: „Stan zdrowia dzieci i młodzieży kształtuje się w najwcześniejszych okresach rozwoju. W celu zmniejszenia częstości poronień, zgonów płodów i noworodków, wad rozwojowych i wcześniactwa konieczne jest nadanie priorytetu opiece okołoporodowej oraz usprawnienie zbierania i analizy informacji dotyczących zachorowalności i zgonów w opiece nad matką i dzieckiem. Ministerstwo Zdrowia dokona w związku z tym stosownych przewartościowań w realizacji Narodowego Programu Zdrowia”. Należy mieć nadzieję, że te zalecenia zostaną wprowadzone do codziennej praktyki.

Wnioski:

1. Życie i zdrowie dziecka w najwcześniejszym okresie jego rozwoju zależy od poprawy sytuacji socjo-ekonomicznej i stanu zdrowia całego społeczeństwa, od systemu prawa, od miejsca macierzyństwa w systemie wartości, od jakości kadr medycznych.

2. Na stan zdrowia dziecka ma wpływ zdrowie jego matki przed ciążą i podczas ciąży oraz odpowiedni poziom opieki profilaktyczno – leczniczej.

3. Pojawiają się oznaki, które mogą sygnalizować pogorszenie w najbliższych latach stanu zdrowia dzieci. Sprawą pilną jest opracowanie i wdrożenie odpowiednich programów polityki zdrowotnej.

Bogdan Chazan: The protection of the Mother's and Child's lives

The life and health of the child at the very beginning of his/her development depends on the improvement of socio-economic situation and the state of health of the whole society, on the legislative system, on the of maternity in the system of values and on the quality of medical staff.

The state of health of a child is affected by the health of the mother before and during pregnancy and an adequate level of prophylactics of health care.

There are indications which might signalize the worsening of the children's health in the close future. Working out and implementation of adequate health policies becomes and urgent matter.