

Częstość występowania urazów wieku dziecięcego

Childhood injuries – frequency of occurrence

SYLWIA WIEDER-HUSZLA^{1, A, E}, AGATA HRYNKIEWICZ^{1, 2, A, B}, JOLANTA TUSZYŃSKA-STASIAK^{1, 3, E}, ANNA JURCZAK^{1, D}, KATARZYNA AUGUSTYNIUK^{1, F}, ELŻBIETA BARYŁA-PANKIEWICZ^{1, 4, C}, ELŻBIETA GROCHANS^{1, C, D}

¹ Zakład Pielęgniarstwa Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie

² Studenckie Koło Naukowe przy Zakładzie Pielęgniarstwa Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie

³ Studium Doktoranckie Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie

⁴ Klinika Neonatologii Katedry Położnictwa i Ginekologii Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie

A – przygotowanie projektu badania, **B** – zbieranie danych, **C** – analiza statystyczna, **D** – interpretacja danych, **E** – przygotowanie maszynopisu, **F** – opracowanie piśmiennictwa, **G** – pozyskanie funduszy

Streszczenie Wstęp. Urazy i wypadki wieku dziecięcego stanowią istotny problem zdrowotny i społeczno-ekonomiczny. W poważniejszych obrażeniach konieczna jest interwencja chirurgiczna i hospitalizacja. W pozostałych przypadkach leczenie odbywa się w trybie ambulatoryjnym, a pacjenci opuszczają szpital w ciągu kilku godzin po wykonaniu diagnostyki i chirurgicznym zaopatrzeniu obrażeń. Pomimo tendencji spadkowej urazy nadal są główną przyczyną zgonów wśród dzieci i młodzieży. Zatem zrozumienie i dążenie do wyjaśnienia ich epidemiologii pozwoli na formułowanie programów prewencyjnych opartych na dowodach naukowych (*evidence based medicine*).

Cel pracy. Próba analizy urazów wieku dziecięcego leczonych ambulatoryjnie.

Materiał i metody. Badaniem objęto 2182 dzieci w przedziale wiekowym 0–18 lat, w tym 692 płci żeńskiej i 1490 – płci męskiej. Dzieci leczone operacyjnie stanowiły grupę 1024 osób, a ambulatoryjnie 1158 osób. W badaniu o charakterze retrospektywnym posłużono się metodą analizy dokumentacji medycznej pacjentów leczonych w roku 2012 w Oddziale Chirurgii Dziecięcej i Urazowo-Ortopedycznej z Blokiem Operacyjnym Szpitala Wojewódzkiego im. Mikołaja Kopernika w Koszalinie. Analizy dokonano na podstawie protokołów operacyjnych w przypadku schorzeń i urazów wymagających zabiegu operacyjnego oraz dokumentacji przyjęć ambulatoryjnych w przypadku dzieci zaopatrywanych w trybie ambulatoryjnym.

Wyniki. Wśród dzieci przyjmowanych ambulatoryjnie największą grupę urazów stanowiły rany tłuczone, cięte, szarpane itp. – 34,83% (403). Kolejne pod względem częstości występowania były urazy okolicy dłoni – 14,35% (166) oraz złamania kończyny górnej – 13,47% (159).

Wnioski. 1. Wiek i płeć pacjentów to czynniki determinujące urazy. 2. Pora roku ma wpływ na strukturę urazowości wśród dzieci. 3. Konieczne jest zwiększenie świadomości społeczeństwa w zakresie negatywnych skutków oparzeń i ich profilaktyki.

Słowa kluczowe: dzieci, urazy, profilaktyka.

Summary Background. Childhood injuries and accidents constitute an important health, social and economic problem. Serious injuries require surgical intervention and hospitalization. In other cases, patients leave hospital within several hours after diagnosis and non-operative treatment, and then they receive outpatient care. Despite a downward trend, injuries remain the main cause of death among children and adolescents. Therefore, understanding their epidemiology, which would allow us to create prevention programmes based on scientific evidence (*evidence based medicine*), is so important.

Objectives. The study's objective was an attempt at analyzing childhood injuries treated in outpatient clinics.

Material and methods. The study comprised 2182 children aged 0–18, including 692 females and 1490 males. Among them 1024 children treated surgically and 1158 outpatients. In the retrospective study the authors used a method of analysis of medical records of patients treated in 2012 at the Department of Child Surgery and Traumatology and Orthopaedics with the Operating Theatre in the Nicolaus Copernicus Province Hospital in Koszalin. The analysis was conducted on the basis of operative reports in the case of afflictions and injuries requiring surgery, and outpatient admissions reports in the case of outpatients.

Results. Among the outpatients, the biggest group of injuries (34.83% or 403) included bruises, cuts, lacerations etc. Regarding frequency, injuries of hand area – 14.35% (166) and arm fractures – 13.4% (159) followed.

Conclusions. 1. The age and gender of patients were factors determining injuries. 2. Seasons of the year have an influence on the structure of injuries among children. 3. It is necessary to increase social awareness on the prevention and negative effects of burns.

Key words: children, injuries, prevention.

Fam Med Prim Care Rev 2016; 18(1): 58–62

Wstęp

Urazy wieku dziecięcego wymagające leczenia chirurgicznego bywają niejednokrotnie jednymi z bardziej trau-

matycznych przeżyć w życiu dziecka, dlatego są szczególnie ważne zarówno dla rodziców, opiekunów, jak i wszystkich pracowników ochrony zdrowia. W Polsce urazy są główną przyczyną zgonów wśród dzieci i młodzieży



w przedziale wiekowym 0–19 lat. W latach 90. ubiegłego wieku średnio rocznie w wyniku urazu umierało 2600 osób w wieku 0–19 lat, około 120 000 trafiało do szpitala, a około 900 000 wymagało zaopatrzenia ambulatoryjnego. Tak duża liczba urazów u dzieci i młodzieży oraz generowane przez nie niekorzystne skutki zdrowotne oraz społeczno-ekonomiczne powodują, że są one poważnym problemem zdrowia publicznego w Polsce [1–4].

Cel pracy

Celem pracy była próba analizy urazów występujących w wieku dziecięcym leczonych ambulatoryjnie.

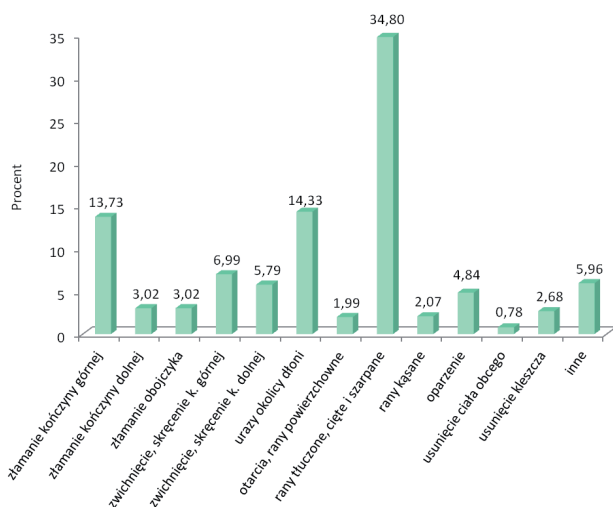
Materiał i metody

W badaniu o charakterze retrospektywnym posłużono się metodą analizy dokumentacji medycznej pacjentów leczonych operacyjnie i ambulatoryjnie w roku 2012 w Oddziale Chirurgii Dziecięcej i Urazowo-Ortopedycznej z Blokiem Operacyjnym Szpitala Wojewódzkiego im. Mikołaja Kopernika w Koszalinie. Analizy dokonano na podstawie protokołów operacyjnych w przypadku schorzeń i urazów wymagających zabiegu operacyjnego i hospitalizacji oraz dokumentacji przyjęć dzieci z urazami zaopatrywanymi w trybie ambulatoryjnym. Przeanalizowano dokumentację 2182 dzieci w przedziale wiekowym 0–18 lat, w tym 692 – płci żeńskiej i 1490 – płci męskiej. Dzieci leczone ambulatoryjnie stanowiły grupę 1158 osób, a operacyjnie 1024 osób. Najczęściej w przypadku leczenia ambulatoryjnego zaopatrywane były dzieci w przedziale wiekowym 8–14 lat, tj. 33,94% (393), następnie 2–4 lata, tj. 24,87% (288) oraz 5–7 lat, tj. 21,16% (245). Najmniej liczna grupa to dzieci w przedziale wiekowym < 1 roku życia 5,53% (64) oraz 15–18 lat – 14,51% (168).

Analizę wyników przeprowadzono za pomocą pakietu statystycznego Pastat ver. 1.4.2.324. Zależności między występowaniem poszczególnych schorzeń i urazów a grupą wiekową, płcią i porą roku analizowano testem χ^2 . Za istotne przyjęto prawdopodobieństwo testowe na poziomie $p < 0,05$, a za wysoce istotne – $p < 0,01$.

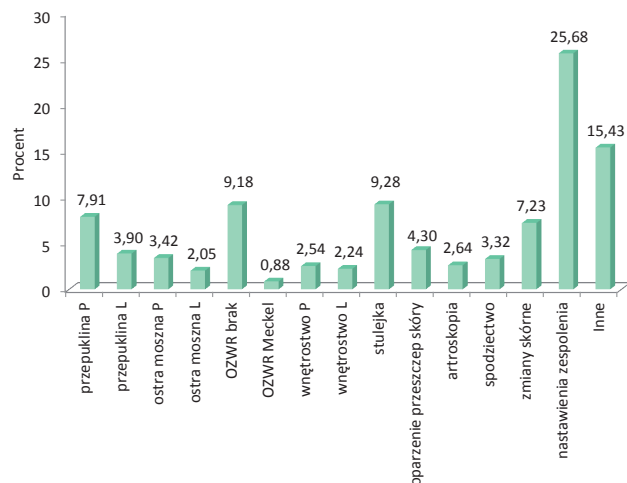
Wyniki

Wśród dzieci przyjmowanych i leczonych ambulatoryjnie największą grupę urazów stanowiły rany tłuczone, cięte, szarpane – 34,83% (403). Kolejne pod względem częstości występowania były urazy okolicy dłoni – 14,35% (166) oraz złamania kończyny górnej – 13,47% (159) (ryc. 1).



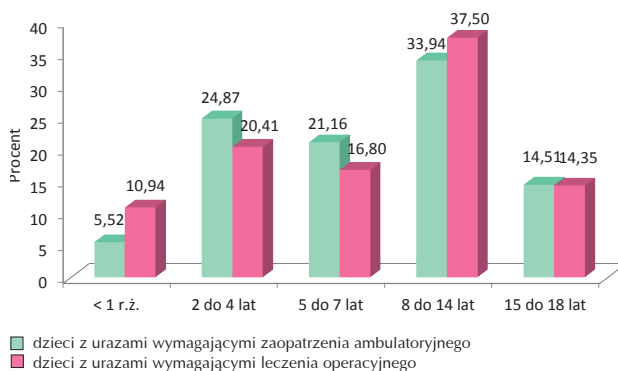
Rycina 1. Udział procentowy urazów wieku dziecięcego leczonych w trybie ambulatoryjnym

Najczęstszymi schorzeniami wieku dziecięcego wymagającymi leczenia operacyjnego i hospitalizacji były nastawienia i zespolenia kości stanowiące 25,71% (263) wszystkich zabiegów. Kolejną pod względem częstości grupą – 15,44% (158) – były schorzenia sklasyfikowane jako inne, czyli schorzenia występujące jednostkowo, jednak wymagające uwzględnienia z powodu swojej istotności, tj. wszczepianie zastawki komorowo-otrzewnowej, zwężenie odźwiernika, torbiel włosowata, rektoskopia, krótkie wędzidełko języka, sklejenie warg sromowych, niedrożności przewodu pokarmowego, trepanacje i kraniotomie itp. Ważnym pod względem częstości występowania schorzeniem była również przepuklina pachwinowa stanowiąca 11,83% (121), stulejka – 9,29% (95) oraz ostre zapalenie wyrostka robaczkowego (OZWR) – 10,07% (103) (ryc. 2).



Rycina 2. Udział procentowy schorzeń wieku dziecięcego leczonych operacyjnie

Porównując obie grupy dzieci (ambulatoryjną i zabiegową), zauważono bardzo istotną zależność ($p < 0,0001$; $\chi^2 = 31,82$; $df = 4$) w rozkładzie grup wiekowych. W grupie dzieci leczonych operacyjnie było więcej pacjentów < 1 roku życia oraz w wieku 8–14 lat, niż w grupie dzieci przyjmowanych ambulatoryjnie. Natomiast w grupie dzieci leczonych ambulatoryjnie było więcej dzieci w wieku 2–4 lat oraz 5–7 lat (ryc. 3).



Rycina 3. Struktura przedziałów wiekowych badanych dzieci

W grupie dzieci leczonych ambulatoryjnie większość stanowili chłopcy – 63,47% (735), natomiast dziewczynki – 36,53% (423). W przypadku pacjentów leczonych operacyjnie chłopcy stanowili 73,73% (755), a dziewczynki tylko 26,27% (269) wszystkich dzieci. Analiza dokumentacji wykazała wysoce istotną różnicę rozkładu płci w obu grupach ($\chi^2 = 26,41$; $df = 1$; $p < 0,0001$). Ogółem w obu grupach chłopcy byli płcią przeważającą 68,29% (1490), natomiast dziewczynki to jedynie 31,71% (692) wszystkich pacjentów.

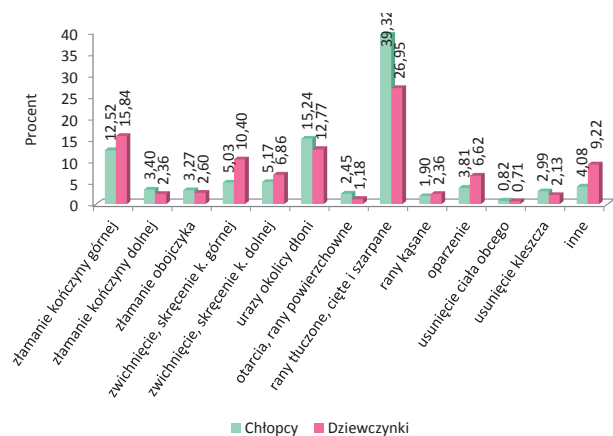
Uraz	Wiek (przedziały)										p
	< 1 r.ż. n = 64		2–4 lat n = 288		5–7 lat n = 245		8–14 lat n = 393		15–18 lat n = 168		
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Złamanie kończyny górnej	5	7,81	30	10,42	42	17,14	74	18,88	8	4,76	> 0,05
Złamanie kończyny dolnej	2	3,13	8	2,78	5	2,04	15	3,83	5	2,98	< 0,05
Złamanie obojczyka	1	1,56	7	2,43	4	1,63	12	3,06	11	6,55	≤ 0,05
Zwichnięcie, skręcenie kończyny górnej	1	1,56	18	6,25	16	6,53	35	8,93	11	6,55	> 0,05
Zwichnięcie, skręcenie kończyny dolnej	0	0,00	10	3,47	15	6,12	24	6,12	18	10,71	≤ 0,05
Urazy okolicy dłoni	3	4,69	25	8,68	22	8,98	75	19,13	41	24,40	< 0,05
Otarcia, rany powierzchowne	0	0,00	5	1,74	8	3,27	5	1,28	5	2,98	> 0,05
Rany tłuczone, cięte i szarpane	22	34,38	129	44,79	96	39,18	111	28,32	45	26,79	< 0,05
Rany kłusane	1	1,56	4	1,39	5	2,04	10	2,55	4	2,38	> 0,05
Oparzenie	16	25,00	19	6,60	8	3,27	11	2,81	2	1,19	< 0,05
Ciało obce	0	0,00	3	1,04	1	0,41	5	1,28	0	0,00	> 0,05
Kleszcz	3	4,69	14	4,86	10	4,08	2	0,51	2	1,19	≤ 0,05
Inne	10	15,63	16	5,56	13	5,31	14	3,57	16	9,52	> 0,05

W przypadku złamania kończyny dolnej stwierdzono wysoce istotną zależność występowania tego urazu w zależności od wieku dzieci ($\chi^2 = 27,00$; $df = 4$; $p < 0,0001$). Częstość występowania tego urazu wzrastała w kolejnych grupach wiekowych, aby ulec obniżeniu w grupie 15–18 lat. Istotną zależność wykazano w przypadku złamania obojczyka ($\chi^2 = 9,55$; $df = 4$; $p = 0,0488$), częstość tego urazu wzrasta systematycznie wraz z wiekiem. Podobnie było w przypadku zwichnięcia/skręcenia kończyny dolnej ($\chi^2 = 14,40$; $df = 4$; $p = 0,0062$). Stwierdzono istotne statystycznie zależności między wiekiem badanych a występowaniem: urazów okolicy dłoni ($\chi^2 = 39,16$; $df = 4$; $p < 0,0001$), których częstość wzrastała wraz z wiekiem; ran tłuczonych, ciętych, szarpanych ($\chi^2 = 26,95$; $df = 4$; $p < 0,0001$); oparzeń oraz konieczności usunięcia kleszcza ($\chi^2 = 16,64$; $df = 4$; $p = 0,0023$), które to w starszych grupach wiekowych występowały sporadycznie.

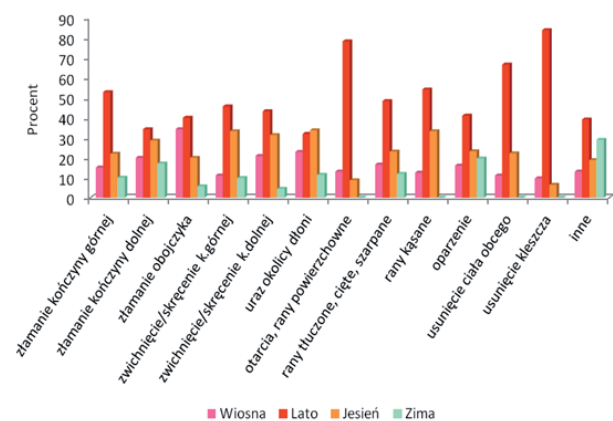
Największe zmiany, czyli wzrost częstości występowania wraz z wiekiem stwierdzono w przypadku urazów okolicy dłoni i złamań kończyn górnych. Oparzenia najczęściej dotyczyły dzieci poniżej 1 roku życia (tab. 1).

Zaobserwowano również statystycznie istotne zależności między niektórymi rodzajami urazów a płcią badanych dzieci. Do takich urazów należy zwichnięcie/skręcenie kończyny górnej ($\chi^2 = 11,89$; $df = 1$; $p = 0,0006$), gdzie częstsze występowanie stwierdzono wśród płci żeńskiej. Inaczej było w przypadku ran tłuczonych, ciętych, szarpanych itp. ($\chi^2 = 18,10$; $df = 1$; $p < 0,0001$), ponieważ częściej występowały wśród chłopców. Oparzenia ($\chi^2 = 4,61$; $df = 1$; $p = 0,0319$) dominowały wśród dziewczyn (ryc. 4).

Analiza rozkładu poszczególnych rodzajów urazów w kolejnych porach roku wśród dzieci wykazała, że najczęściej dochodziło do nich latem – 46,37% (537) (zwłaszcza w miesiącu lipcu 19,26% oraz sierpniu 19,60%), najrzadziej wiosną – 17,18% i zimą – 11,49%. Wyraźnie zaobserwowano, że w miesiącach letnich przeważały: otarcia/rany powierzchowne – 78,26% (18), rany cięte/tłuczone/szarpane i inne rany – 48,39% (195), wczeszenie się kleszcza – 83,87% (26) czy złamania kończyny górnej – 52,83% (84). Nie bez znaczenia jest fakt, iż badany ośrodek znajduje się w nadmorskiej miejscowości turystycznej odwiedzanej w okresie wakacji szkolnych przez dużą liczbę dzieci (ryc. 5).



Rycina 4. Struktura procentowego rozkładu urazów z uwzględnieniem płci badanych pacjentów



Rycina 5. Rozkład poszczególnych rodzajów urazów w kolejnych porach roku

Dyskusja

Niektóre urazy i schorzenia wieku dziecięcego wymagają leczenia szpitalnego, co wiąże się z koniecznością ho-

szpitalizacji. Jednak pewne urazy można zaopatrzyć i leczyć ambulatoryjnie.

Wyniki badań własnych wykazały, że zaopatrzenia ambulatoryjnego w wyniku urazu bądź z innej przyczyny wymagało 1158 dzieci. Najczęściej pomocy medycznej wymagały dzieci w przedziale wiekowym 8–14 lat. Urazy częściej miały miejsce wśród chłopców, co znajduje potwierdzenie w materiale własnym (63,47% – chłopcy, 36,53% – dziewczynki) oraz w badaniach Mazur i Chańskiej [2]. Z kolei Barczykowska i wsp. na podstawie swoich badań określili, że urazy występowały u chłopców 1,5 razy częściej niż u dziewczynek [5].

Leczenia chirurgicznego najczęściej w badanej grupie wymagały złamania (25,71%). Zaobserwowano wzrost liczby złamań wymagających nastawienia i zespolenia kości wraz z wiekiem dzieci. Być może dodatkowo na rozmiar występowania tego schorzenia ma wpływ fakt, iż badany ośrodek położony jest w miejscu atrakcyjnym turystycznie, co sprawia, że zwłaszcza w okresie wiosennym i letnim odnotowuje się kilka razy więcej przyjęć wśród dzieci, także ze złamaniami. Podobne wyniki uzyskał zespół Rusek badający urazy kończyn górnych i dolnych u dzieci i młodzieży, odnotowując wzrost częstości takich przypadków również wiosną i latem oraz stwierdzając nasilenie zachorowalności wraz z wiekiem pacjentów [6].

Oparzenia są najbardziej traumatycznymi i najpoważniejszymi urazami u dzieci. Według Światowej Organizacji Zdrowia, na świecie tylko w 2004 r. prawie 96 000 dzieci i młodzieży poniżej 20. roku życia doznało śmiertelnych obrażeń wynikających z oparzeń ciała. Blisko 75% małych dzieci, które uległy oparzeniu, doznały tego w wyniku kontaktu z gorącym płynem, gorącą wodą z kranu i parą wodną [7]. W badanej grupie oparzenia najczęściej występowały u dzieci do 4. roku życia, z czego wymagające przeszczepu skóry dotyczyły przede wszystkim dzieci w przedziale wiekowym od 2 do 4 lat, częściej dziewczynek. Gontko i wsp. wskazują, że oparzeniom częściej ulegają dzieci między 1. a 2. rokiem życia oraz chłopcy [8].

Szczególnym rodzajem urazów wśród dzieci są rany kątane, ponieważ stanowią nie tylko uraz fizyczny, ale też psychiczny. Tego typu ranom towarzyszą często złamania kości, stłuczenia tkanek, amputacje dystalnych części kończyn oraz obrażenia wewnętrzne [9]. Jednak większość pacjentów z ranami kątanymi nie wymaga hospitalizacji, a pomoc medyczna udzielenia jest w oddziałach ratunkowych [10]. W materiale własnym dzieci z ranami kątanymi stanowiły 2,07% ogółu badanych. Częściej tego typu rany dotyczyły starszych dzieci i dziewcząt. Według zespołu Kubusa, grupą bardziej narażoną na rany kątane są chłopcy w wieku 6–12 lat, najczęściej do tego typu zdarzeń docho-

dzi w godzinach popołudniowych, w domu [9]. Rany kątane w zdecydowanej większości zlokalizowane są w obrębie twarzy i szyi. Im dziecko starsze, tym lokalizacja ran obejmuje kończyny górne i dolne [11].

Urazy, które nie powodują zgonu, bardzo często wiążą się z generującym wysokie koszty leczeniem i rehabilitacją. Oprócz urazu tkanek ciała bardzo często dochodzi do problemów na tle emocjonalnym i społecznym. Dzieci, które doznały nawet niewielkiego urazu, często w związku z tym doświadczają ograniczeń w codziennym funkcjonowaniu, aktywności fizycznej i społecznej. Wszystkie te czynniki powodują obniżenie jakości życia pacjentów [3]. Wypadki wśród dzieci zazwyczaj można przewidzieć, a tym samym niwelować ich negatywne skutki. Według Malinowskiej-Cieślik i wsp., aż 2/3 urazów można zapobiegać [3]. Analiza zebranego materiału własnego wykazała, że najczęściej do urazów dochodziło w okresie wiosenno-letnim. Wyniki te znajdują potwierdzenie w pracy zespołu Barczykowskiej [5], gdyż do urazów dochodziło w okresie wiosenno-letnim, a najczęstszą ich przyczyną były upadki, potwierdzają to również wyniki Mackiewicza i Łaskowskiego [12]. Według Malinowskiej-Cieślik i wsp. do najczęstszych czynników ryzyka w grupie wiekowej 5–14 lat zalicza się wypadki komunikacyjne, w których dziecko jest pasażerem, potrącenia, upadki, utonięcia oraz wypadki rowerowe [3].

Schorzenia i urazy wieku dziecięcego są rzadko podejmowanym tematem badań. Jest to obszar pomijany, choć obserwuje się wyższy wskaźnik urazów o najpoważniejszych skutkach. W 2007 r. powstał Raport dla Polski na temat poziomu prewencji urazów i promocji bezpieczeństwa. W raporcie tym bardzo wyraźnie sprecyzowano i wskazano obszary działań w zakresie zapobiegania urazom przez: zwiększenie bezpieczeństwa dzieci w ruchu drogowym, wzmocnienie zapobiegania utonięciom, wzmocnienie prewencji upadków, oparzeń, uduszeń i zadławień oraz podnoszenie świadomości społeczeństwa polskiego dotyczącego zagrożeń i skutków urazów wśród dzieci [13]. Państwo polskie dysponuje podstawową infrastrukturą pełniącą nadzór nad urazami wśród dzieci, niestety ma bardzo niewielkie zasoby finansowe i kadrowe.

Wnioski

1. Wiek i płeć pacjentów to czynniki determinujące urazy.
2. Pora roku ma wpływ na strukturę urazowości wśród dzieci.
3. Konieczne jest zwiększenie świadomości społeczeństwa w zakresie negatywnych skutków oparzeń i ich profilaktyki.

Źródło finansowania: Praca sfinansowana ze środków własnych autorek.

Konflikt interesów: Autorki nie zgłaszają konfliktu interesów.

Piśmiennictwo

1. Jończyk R, Ożóg A. Wybrane problemy chirurgiczne wieku dziecięcego w praktyce lekarza rodzinnego. *Prz Med Uniw Rzesz Inst Leków* 2008; 1: 84–90.
2. Mazur J, Chańska M. Zagrożenie wypadkami w pierwszych latach życia: od epidemiologii do prewencji. *Pediatr Pol* 1998; LXXIII(2): 133–140.
3. Malinowska-Cieślik M, Balcerzak B, Mokrzycka A, i wsp. Ocena prewencji urazów i promocji bezpieczeństwa dzieci i nastolatków w Polsce. *Zdr Publ Zarz* 2012; 10(2): 80–94.
4. Długoń I, Cichocka J, Gołębiak I, i wsp. Urazy głowy i kończyn u dzieci jako przyczyna konsultacji w izbie przyjęć wybranego szpitala pediatrycznego. *Fam Med Prim Care Rev* 2014; 16(1): 16–19.
5. Barczykowska E, Żurawska M, Daniluk-Matras I, i wsp. Ocena urazowości u dzieci hospitalizowanych w Klinice Chirurgii Dziecięcej Szpitala Uniwersyteckiego nr 1 w Bydgoszczy w latach 2005–2009. *Pielęg Chir Angiol* 2012; 6(4): 142–150.
6. Rusek W, Pop T, Jarołowicz S, i wsp. Najczęstsze urazy kończyn górnych i dolnych u dzieci i młodzieży. *Prz Med Uniw Rzesz Inst Leków* 2010; 8(4): 427–434.
7. World Report on Child Injury Prevention. Children and burns [online] [cyt. 15.01.2014]. Dostępny na URL: http://www.ki.se/csp/pdf/Publications/children_and_burns_engl.pdf.

8. Gontko K, Ratajczak K, Naskręt M. Oparzenia u dzieci w województwie wielkopolskim w 2010 roku. *Anest Ratow* 2012; 6: 402–408.
9. Kubus M, Andrzejewska E, Kuzański W. Rany kłusane u dzieci – problem leczniczy i społeczny. *Prz Pediatr* 2012; 42(1): 5–9.
10. Daniels DM, Ritzi RB, O’Neil J, et al. Analysis of nonfatal dog bites in children. *J Trauma* 2009; 66(3): 17–22.
11. Langley RL. Human fatalities resulting from dog attacks in the United States, 1979–2005. *Wilderness Environ Med* 2009; 20(1): 19–25.
12. Mackiewicz B, Łaskowski W. Zgłaszalność dzieci z urazami głowy do szpitala i struktura ich obrażeń. *Rocz Dziec Chir Uraz* 2001/2002; 29(5): 36–40.
13. MacKay M, Vincenten J. *Child Safety Report Card 2007 – Poland*. Amsterdam: European Child Safety Alliance, Eurosafe; 2007.

Adres do korespondencji:

Dr n. med. Sylwia Wieder-Huszla
Zakład Pielęgniarstwa PUM
ul. Żołnierska 48
71-210 Szczecin
Tel.: 608 115-008
E-mail: sylwiahuszla@op.pl

Praca wpłynęła do Redakcji: 19.05.2015 r.

Po recenzji: 02.07.2015 r.

Zaakceptowano do druku: 15.07.2015 r.