

RZĄDOWA RADA LUDNOŚCIOWA

Zdrowie publiczne i polityka ludnościowa

Pod redakcją
Janusza Szymborskiego



TOM II

Warszawa 2012

Public Health and Population Policy

Edited by *Janusz Szymborski*

RZĄDOWA RADA LUDNOŚCIOWA

Warszawa 2012

Copyright © by Rządowa Rada Ludnościowa

Warszawa 2012

ISBN 978-83-7027-489-4

Redaktor *Władysława Czech-Matuszewska*

Rządowa Rada Ludnościowa

Al. Niepodległości 208

00-925 Warszawa

tel. (48) 22 449 40 40

(48) 22 608 30 40

(48) 22 608 31 75

Fax (48) 22 608 38 87

e-mail: kongresdemograficzny@stat.gov.pl

SPIS TREŚCI

Przedmowa – Zbigniew Strzelecki	7
Foreword – Zbigniew Strzelecki	8
Nota redakcyjna – Janusz Szymborski	9
Rozdział 1. Zdrowie publiczne w projektach programowych polityki ludnościowej – Janusz Szymborski	11
Wprowadzenie	11
1.1. Miejsce i rola zdrowia publicznego w <i>Założeniach polityki ludnościowej w Polsce</i>	12
1.2. Wybrane aspekty rozwoju sytuacji zdrowotnej w Polsce w latach 2005–2010 jako przesłanki aktualizacji <i>Założeń polityki ludnościowej</i>	18
Bibliografia	23
Rozdział 2. Poprawa stanu zdrowia matek oraz dzieci przed urodzeniem i noworodków – Bogdan Chazan	24
2.1. Diagnoza sytuacji w ostatnim dziesięcioleciu i obecnego stanu	24
2.2. Rekomendacje kierunkowe	37
2.3. Rekomendacje szczegółowe	37
2.4. Źródła i sposoby finansowania	38
2.5. Tematy prac naukowo-badawczych	38
Bibliografia	39
Rozdział 3. Zdrowie dzieci i młodzieży w Polsce. Zarys diagnozy i kierunków poprawy – Janusz Szymborski	40
Wprowadzenie	40
3.1. Charakterystyka demograficzna	41
3.2. Wybrane informacje z prognozy demograficznej do 2035 roku	43
3.3. Wybrane aspekty zdrowia dzieci i młodzieży na podstawie Europejskiego Ankietowego Badania Zdrowia	44
3.4. Świadczenia zdrowotne dla dzieci i młodzieży	51
3.5. Wnioski odnośnie do sytuacji zdrowotnej dzieci i młodzieży	52
3.6. Propozycje strategicznych przedsięwzięć na rzecz zdrowia i rozwoju dzieci i młodzieży	58
Bibliografia	64
Rozdział 4. Ograniczenie chorobowości i umieralności z powodu chorób układu krążenia jako priorytetowy cel polityki zdrowotnej i ludnościowej – Wojciech Drygas	65
4.1. Choroby serca i naczyń jako główna przyczyna umieralności społeczeństwa polskiego	65
4.2. Najważniejsze czynniki kształtujące sytuację zdrowotną w zakresie chorób układu krążenia w okresie ostatnich 10 lat	70
4.3. Rekomendacje do działań koniecznych w celu ograniczenia chorobowości i umieralności z powodu CHUK w Polsce	72
4.4. Wskazane kierunki dalszych badań naukowych i analiz	74
4.5. Uwagi końcowe	75
Bibliografia	76
Rozdział 5. Ograniczanie zachorowalności i umieralności z powodu chorób nowotworowych – Witold Zatoński, Krzysztof Przewoźniak	78
5.1. Epidemiologiczna diagnoza sytuacji w ostatnim dziesięcioleciu i obecnego stanu ...	78
5.2. Kierunki dalszych działań	86
5.3. Propozycje źródeł finansowania	87
5.4. Uwarunkowania realizacji celów	87
Bibliografia	88

Rozdział 6. Poprawa żywienia i zwiększenie aktywności fizycznej jako determinanty poprawy zdrowia – Mirosław Jarosz, Włodzimierz Sekuła	90
Wstęp	90
6.1. Sytuacja zdrowotna uwarunkowana modyfikowalnymi czynnikami stylu życia, w tymżywieniem i aktywnością fizyczną	91
6.2. Zmiany w żywieniowych uwarunkowaniach sytuacji zdrowotnej	92
6.3. Konsekwencje zdrowotne i ekonomiczne otyłości i małej aktywności fizycznej	94
6.4. Wnioski i zalecenia	95
Bibliografia	96
Rozdział 7. Poprawa stanu zdrowia psychicznego Polaków. Diagnoza i rekomendacje – Jacek Moskalewicz, Ludmiła Boguszevska	101
7.1. Epidemiologiczna diagnoza sytuacji	101
7.2. Działania programowe w zakresie organizacji opieki, zapobiegania i leczenia podejmowane w latach 2003–2011	106
7.3. Rekomendacje	107
7.4. Propozycje źródeł finansowania	109
Bibliografia	109
Rozdział 8. Promocja zdrowia jako strategia rozwiązywania współczesnych problemów zdrowotnych – Zofia Słońska	110
8.1. Model i status promocji zdrowia w krajowym systemie ochrony zdrowia	110
8.2. Rozwój infrastruktury dla promocji zdrowia (zasoby ludzkie, instytucje, legislacja, system finansowania, rozwiązania organizacyjne) oraz działań w obszarze zdrowia publicznego	114
8.3. Rozwój infrastruktury dla promocji zdrowia (zasoby ludzkie, instytucje, legislacja, system finansowania) oraz działań w obszarze opieki zdrowotnej	116
Bibliografia	118
Rozdział 9. Szkolna edukacja zdrowotna jako priorytet zdrowia publicznego – Marianna Charzyńska-Gula	119
9.1. Edukacja zdrowotna w szkole – podstawowe informacje	119
9.2. Środowiskowy program wychowania zdrowotnego w szkole – koncepcja, konstrukcja, podstawowe zagadnienia, realizacja	121
9.3. Ewaluacja Programu	126
9.4. Perspektywy upowszechnienia Programu	128
Podsumowanie	129
Bibliografia	130
Rozdział 10. Zdrowie prokreacyjne w świetle badania zachowań ryzykownych u kobiet w ciąży – Przemysław Biliński, Andrzej Wojtyła	131
10.1. Epidemiologiczna diagnoza zachowań ryzykownych u kobiet w ciąży	131
10.2. Koncepcja badania zachowań zdrowotnych u kobiet ciężarnych w 2010 r.	135
10.3. Zachowania ryzykowne u kobiet w ciąży w badaniach ankietowych 2010	136
10.4. Główne wnioski i rekomendacje	144
Wybór piśmiennictwa	149
Rozdział 11. Zamiast podsumowania – główne wnioski i rekomendacje – oprac. Janusz Szymborski	152
Noty biograficzne autorów	174
Summary	182

LIST OF CONTENTS

Foreword – Zbigniew Strzelecki	7
Editor's note – Janusz Szymborski	9
Chapter 1. Public health in the population policy programming projects – Janusz Szymborski	11
Introduction	11
1.1. The place and role of public health in the <i>Assumptions to the population policy in Poland</i>	12
1.2. Selected aspects of the development in the health situation in Poland in the years 2005–2010 as the premises to updating the <i>Assumptions to the population policy</i>	18
References	23
Chapter 2. Improvement in the health status of mothers, pre-born children and newborns – Bogdan Chazan	24
2.1. Diagnosing the situation in the last decade and the current status	24
2.2. General recommendations	37
2.3. Specific recommendations	37
2.4. Sources and modes of financing	38
2.5. Topics of scientific and research studies	38
References	39
Chapter 3. Health status of children and young people in Poland. Outlined diagnosis and improvement direction – Janusz Szymborski	40
Introduction	40
3.1. Demographic features	41
3.2. Selected information on the demographic forecast until 2035	43
3.3. Selected aspects of the health status of children and young people, based on the European Health Survey	44
3.4. Health benefits for children and young people	51
3.5. Conclusions regarding the health status of children and young people	52
3.6. Proposals for strategic initiatives for health and development of children and young people	58
References	64
Chapter 4. Reducing morbidity and mortality due to the circulatory system diseases as the priority objective of health and population policy – Wojciech Drygas	65
4.1. Heart and vascular diseases as the principal cause of death in the Polish society	65
4.2. The most significant determinants of health in terms of the circulatory system diseases in the last decade	70
4.3. Recommended measures to be undertaken in order to reduce the morbidity and mortality due to the diseases of the circulatory system in Poland	72
4.4. Recommended directions of further scientific studies and analyses	74
4.5. Final remarks	75
References	76
Chapter 5. Reducing morbidity and mortality due to neoplastic diseases – Witold Zatoński, Krzysztof Przewoźniak	78
5.1. Epidemiologic diagnosis of the situation in the last decade and the current status	78
5.2. Directions of further actions	86
5.3. Proposed sources of financing	87
5.4. Conditions to the implementation of the objectives	87
References	88

Chapter 6. Improved nutrition patterns and increased physical activity as determinants of improving health – Mirosław Jarosz, Włodzimierz Sekuła	90
Introduction	90
6.1. Health conditioned by modifiable lifestyle factors, including nutrition and physical activity	91
6.2. Changes in the nutritional determinants to the health status	92
6.3. Health and economic consequences of obesity and limited physical activity	94
6.4. Conclusions and recommendations	95
References	96
Chapter 7. Improvement in the mental health status of the Polish people. Diagnosis and recommendations – Jacek Moskalewicz, Ludmiła Boguszcowska	101
7.1. Epidemiologic diagnosis of the situation	101
7.2. Programming activities regarding healthcare, prevention and treatment undertaken in the years 2003–2011	106
7.3. Recommendations	107
7.4. Proposed sources of financing	109
References	109
Chapter 8. Health promotion as a strategy of solving contemporary health problems – Zofia Słońska	110
8.1. The model and status of health promotion in the national healthcare system	110
8.2. Infrastructure development for health promotion (human resources, institutions, legislation, financing system, organisational solutions) and activities in the area of public health	114
8.3. Infrastructure development for health promotion (human resources, institutions, legislation, financing system) and activities in the area of healthcare	116
References	118
Chapter 9. Health education at school as the priority in public health – Marianna Charzyńska-Gula	119
9.1. Health education at school – background information	119
9.2. Environmental programme for health education at school – the concept, structure, basic issues and implementation	121
9.3. Evaluation of the Programme	126
9.4. Publicity prospects of the Programme	128
Summary	129
References	130
Chapter 10. Procreative health in the light of the study on risky behaviour among pregnant women – Przemysław Biliński, Andrzej Wojtyła	131
10.1. Epidemiologic diagnosis of risky behaviour among pregnant women	131
10.2. Concept of the study on risky behaviours among pregnant women in 2010	135
10.3. Risky behaviours among pregnant women in 2010 questionnaire surveys	136
10.4. Main conclusions and recommendations	144
Selected literature	149
Chapter 11. Instead of a summary – main conclusions and recommendations – prepared by Janusz Szymborski	152
Biographical notes of the authors	174
Summary	182

PRZEDMOWA

Oddajemy do rąk Czytelników jedną z pierwszych książek, która została przygotowana z okazji II Kongresu Demograficznego w Polsce. Nieprzypadkowo jej treść dotyczy miejsca zdrowia publicznego w polityce ludnościowej. Zarówno polityka zdrowotna kształtująca poziom i jakość zdrowia społeczeństwa, rozumiana najkrócej jako troska o zaspokojenie potrzeb zdrowotnych ludności, jak i polityka ludnościowa, określana w skrócie jako celowe i długofalowe działania wielu podmiotów na przebieg procesów demograficznych w celu osiągnięcia pożądanego stanu i struktury mieszkańców kraju, w istocie mają wspólny cel i wspólne podmioty je realizujące.

Można przyjąć, że m.in. polityka zdrowotna może i powinna przyczyniać się do realizacji celów polityki ludnościowej Polski. Potrzeby opracowania i realizacji w naszym kraju polityki ludnościowej nikt już dzisiaj nie kwestionuje. Polska znalazła się bowiem w fazie kryzysowej rozwoju demograficznego. Od wielu już lat liczba mieszkańców kraju się nie zwiększa, co wynika z zerowego bilansu liczby urodzeń i zgonów bądź w niektórych latach nawet z ubytku naturalnego; jednocześnie Polska niemal przez cały okres powojenny traci ludność na rzecz innych państw, szczególnie Europy Zachodniej i USA.

Te niezbyt korzystne przejawy rozwoju demograficznego w zakresie urodzeń i zgonów w dużym stopniu są także związane z poziomem i jakością zdrowia publicznego. Wystarczy jedynie wskazać na najistotniejsze straty ponoszone przez Polskę w wielu jego obszarach w porównaniu chociażby z państwami Europy Zachodniej. W dalszym ciągu przeciętne dalsze trwanie życia kobiet w Polsce jest dłuższe o 8,5 roku od przeciętnego dalszego trwania życia mężczyzn i nadal różnica ta jest znacznie wyższa w stosunku do krajów o najniższej umieralności. Pomimo niskiego już poziomu umieralności niemowląt wciąż jest on dwukrotnie wyższy niż w przodujących pod tym względem krajach Europy. Wysoki jest poziom przedwczesnej umieralności przed 65. rokiem życia, większy o 50% od poziomu w „starych” krajach UE. Z tym wiąże się wyższy w Polsce niż w tych krajach poziom umieralności spowodowanej chorobami układu krążenia, chorobami nowotworowymi czy tzw. zgonami nadzwyczajnymi. W Polsce notuje się także wysoki poziom niepłodności i brak rozwiązań w pomocy państwa w zapobieganiu i leczeniu tych dysfunkcji kobiet i mężczyzn. Niepokojące są zaniedbania w profilaktyce zdrowotnej dzieci i młodzieży oraz niedostatki organizacyjne w opiece zdrowotnej. Jeśli do tego dodamy niski poziom świadomości zdrowotnej społeczeństwa i błędy w stylu życia mieszkańców skutkujące poważnymi konsekwencjami zdrowotnymi, otrzymujemy obraz wyzwań, jakie stoją przed instytucjami zdrowia publicznego, aby zmienić na korzyść wskaźniki demograficznego rozwoju Polski, ściśle uwarunkowane stanem zdrowia społeczeństwa. Głównym jednak obszarem do odrobienia powinna być podjęta i realizowana na szeroką skalę profilaktyka chorób i zagrożeń zdrowotnych. Wydana bowiem na ten cel przysłowiowa złotówka zwróci się po wielokroć przez oszczędzenie na wydatkach na medycynę naprawczą.

Autorzy książki – wybitni eksperci – nie tylko przybliżają nam wiele problemów z obszaru zdrowia publicznego i polityki ludnościowej, ale także wskazują sposoby korzystnego rozwiązania tych problemów.

Przewodniczący Rządowej Rady Ludnościowej
dr hab. Zbigniew Strzelecki, prof. SGH

FOREWORD

We are pleased to present our Readers with one of the first publications developed as part of the 2nd Demographic Congress in Poland. Not incidentally, its contents concerns the role of public health in the population policy. Actually, health policies, shaping the level and quality of health in the society, basically construed as the intent to satisfy health-related needs of the community, as well as population policies, briefly defined as specific and long-term activities of various entities, influencing the course of demographic processes, with a view to achieving the desired population status and structure, have both the same purpose and are implemented by the same entities.

It can be assumed, among others, that the health policy can, and should, contribute to the implementation of the population policy objectives in Poland. The need to develop and implement such a policy in our country is no longer questioned as Poland has reached a critical stage of its demographic development. For a couple of years, the number of residents has not been growing, which results from the generally zero, and in some years even negative, balance between the number of births and deaths. At the same time, for almost the entire post-war period, Poland has been losing its population for the benefit of other countries, especially Western European and the USA.

These rather unfavourable demographic development features regarding births and deaths are also largely related to the level and quality of public health. Let us just consider the most significant disadvantages displayed by Poland in various areas of public health, as compared to Western European countries. The average life expectancy of women in Poland is still by 8.5 years longer than the average life expectancy of men, and this gap is much bigger than in the countries with the lowest mortality rate. Despite the low level of deaths among newborn children, it is still twice as high as in the European countries which are leading in this respect. The level of premature deaths, i.e. before the age of 65 years, is still by 50% higher than in the "old" EU countries. This is related to the level of mortality due to circular diseases, cancer or the so-called extraordinary deaths, which in Poland is still higher than in the reference countries. Poland also displays a large number of infertility cases, combined with the lack of national solutions to prevent and treat such malfunctions in men and women. The negligence in health prophylaxis among children and young people, as well as organisational deficiencies in health-care, seem rather alarming. As these issues are combined with the low level of health awareness in the society, and with seriously wrong lifestyle choices, which have grave health consequences, we should become mindful of the challenges which need to be faced by public health institutions in order to improve the demographic indicators in Poland, which closely depend on the health status of the society. Nevertheless, the major area for elaboration should entail a thorough prophylaxis of diseases and health risks. Every zloty spent on this purpose will be returned manifold by saving the costs of medical treatment.

The authors of this publication, who are eminent experts, not only bring us closer to various problems related to public health and population policies, but also indicate certain feasible and favourable solutions.

President of the Government Population Council
Zbigniew Strzelecki, PhD hab.
Professor at Warsaw School of Economics

NOTA REDAKCYJNA

Na mocy decyzji z dnia 14 stycznia 2011 roku przewodniczącego Rządowej Rady Ludnościowej prof. Zbigniewa Strzeleckiego został powołany zespół ds. aktualizacji *Założeń programu działań w zakresie polityki ludnościowej* pod przewodnictwem prof. Bożenney Balcerzak-Paradowskiej. Dokument ten ma stanowić podstawę debaty w trakcie planowanego II Kongresu Demograficznego i do opracowania „Narodowego Programu Polityki Ludnościowej”.

Przyjęto koncepcję struktury dokumentu analogiczną jak w projekcie *Założeń polityki ludnościowej w Polsce* z 2004 roku z podziałem na cztery grupy tematyczne:

1. Poprawa warunków powstawania i funkcjonowania rodzin oraz warunków sprzyjających rodzeniu dzieci i zwiększaniu liczby urodzeń.
2. Tworzenie warunków sprzyjających integracji w starzejącym się społeczeństwie – zmniejszenie skali zagrożenia wykluczeniem społecznym ludzi starszych, niesamodzielnych i niepełnosprawnych.
3. Poprawa stanu zdrowia ludności i ograniczenie umieralności.
4. Określenie kierunków i zasad polityki migracyjnej Polski w dobie integracji europejskiej.

Do opracowania diagnozy stanu obecnego, rekomendacji działań kierunkowych, propozycji rozwiązań szczegółowych, przypisanych głównym celom polityki ludnościowej, a także do określenia podmiotów realizujących oraz sposobów finansowania zadań zostały powołane podzespoły eksperckie.

W skład działającego pod przewodnictwem prof. Janusza Szymborskiego podzespołu opracowującego cel III *Założeń* pt. „Poprawa stanu zdrowia ludności i ograniczenie umieralności” weszli zarówno członkowie Rządowej Rady Ludnościowej, jak i eksperci zdrowia publicznego z resortowych instytucji naukowo-badawczych.

Spotkania robocze podzespołu były otwarte dla przedstawicieli Ministerstwa Zdrowia i zaowocowały opracowaniem ekspertyz obejmujących sześć zagadnień zdrowia publicznego, które uznano za priorytetowe z punktu widzenia polityki ludnościowej:

- poprawa stanu zdrowia matek i dzieci;
- ograniczenie zachorowalności i umieralności z powodu chorób układu krążenia;
- ograniczanie zachorowalności i umieralności z powodu chorób nowotworowych;
- ograniczenie zachorowalności i umieralności z powodu przewlekłych chorób niezakaźnych przez poprawę żywienia i zwiększenie aktywności fizycznej społeczeństwa;
- poprawa stanu zdrowia psychicznego Polaków;
- promocja zdrowia jako strategia rozwiązywania współczesnych problemów zdrowotnych.

Przygotowane materiały stały się przedmiotem pogłębionej debaty eksperckiej na seminarium naukowym w GUS w dniu 17.05.2011 r. i po zredagowaniu zostały przekazane Przewodniczącej Zespołu prof. B. Balcerzak-Paradowskiej.

W niniejszym wydaniu książkowym zamieszczono poszerzone i zaktualizowane ekspertyzy tematyczne opracowane w formie artykułów naukowych, przy czym materiał dotyczący poprawy stanu zdrowia matek i dzieci został przypisany do dwóch rozdziałów: rozdziału 2. „Poprawa stanu zdrowia matek oraz dzieci przed urodzeniem i noworodków” oraz rozdziału 3. „Zdrowie dzieci i młodzieży w Polsce. Zarys diagnozy i kierunków poprawy”.

Otwierający książkę rozdział 1. „Zdrowie publiczne w projektach programowych polityki ludnościowej” został poświęcony opisaniu miejsca i roli zdrowia publicznego w *Założeniach*

polityki ludnościowej w Polsce z 2004 r. oraz omówieniu wybranych aspektów rozwoju sytuacji zdrowotnej w Polsce w latach 2005–2010, które stanowią przesłanki do aktualizacji *Założeń polityki ludnościowej*.

Na podkreślenie zasługuje dokonanie przez Autorów pogłębionych analiz epidemiologicznych odnośnie do czynników kształtujących w ostatnich latach i obecnie sytuację w zakresie priorytetowych z punktu widzenia polityki ludnościowej problemów zdrowotnych, przedstawienie opartych na mocnych dowodach naukowych rekomendacji dla koniecznych działań zaradczych w sferze polityki zdrowotnej, określenie podmiotów realizujących, wskazanie źródeł finansowania, a także kierunków dalszych badań naukowych.

Z lektury wszystkich rozdziałów wypływa wspólny postulat reorientacji dotychczasowego systemu ochrony zdrowia w takim kierunku, aby rozwojowi nowoczesnych metod diagnostycznych i leczniczych towarzyszyło docenienie roli edukacji zdrowotnej, promocji zdrowia oraz profilaktyki zagrożeń i chorób, co pociąga za sobą konieczność zbudowania odpowiedniej infrastruktury i podstaw legislacyjnych do efektywnych działań w zakresie zdrowia publicznego. Doceniając wagę tego zagadnienia, zdecydowano się poszerzyć wyniki prac podzespołu o zawartą w rozdziale 9. publikację pracownika naukowego LUM, poświęconą szkolnej edukacji zdrowotnej.

Z kolei przedstawione w rozdziale 10. wyniki przeprowadzonego przez Główny Inspektorat Sanitarny z udziałem wielu ekspertów badania zachowań ryzykownych u kobiet w ciąży mogą być postrzegane jako ważne uzupełnienie ekspertyzy dotyczącej poprawy stanu zdrowia matek oraz dzieci przed urodzeniem i noworodków.

Publikacja prezentowanej książki przed II Kongresem Demograficznym (marzec–czerwiec 2012), umożliwi – jak się wydaje – przeprowadzenie w jego trakcie poszerzonej debaty z udziałem środowisk naukowych i zawodowych na planowanej konferencji naukowej „Zdrowie publiczne i polityka ludnościowa”. Wyniki tej debaty mogą okazać się pomocne w nadaniu ostatecznego kształtu treści celu głównego III w projekcie „Założeń polityki ludnościowej”.

Prof. Janusz Szymborski

Rozdział 1

ZDROWIE PUBLICZNE W PROJEKTACH PROGRAMOWYCH POLITYKI LUDNOŚCIOWEJ

Wprowadzenie

Zdrowie jest podstawową wartością w życiu ludzi, a prawo do zdrowia należy do katalogu podstawowych praw człowieka. Realizacja tego prawa w stopniu gwarantującym zaspokojenie potrzeb zdrowotnych obywateli ma istotne znaczenie z punktu widzenia polityki ludnościowej i musi być wspierana skuteczną polityką państwa.

Polityka ludnościowa jest definiowana jako celowe, długofalowe oddziaływanie państwa i innych podmiotów publicznych i niepublicznych na przebieg procesów ruchu naturalnego i wędrownego ludności służące ukształtowaniu pożądanego stanu i struktury ludności, przez tworzenie warunków społecznych, ekonomicznych i politycznych korzystnych dla przebiegu procesów demograficznych zapewniających biologiczne przetrwanie narodu i zrównoważony rozwój społeczno-ekonomiczny. Współczesna polityka ludnościowa wpływa na kształtowanie procesów ludnościowych pośrednio przez stosowanie odpowiednich instrumentów polityki społecznej, także w obszarze ochrony zdrowia. Głównymi celami tak rozumianej polityki ludnościowej są: oddziaływanie na procesy związane z tworzeniem się i funkcjonowaniem rodzin, rozrodczością, poprawą stanu zdrowia i ograniczaniem umieralności oraz na procesy migracyjne, tak aby ich przebieg sprzyjał kształtowaniu optymalnego stanu i struktury ludności. Do osiągnięcia tych celów powinny być wykorzystane wszystkie środki i metody stosowane w polityce społecznej i gospodarczej państwa, które jest głównym podmiotem realizującym cele polityki ludnościowej, jest ono bowiem odpowiedzialne za tworzenie systemu prawa i warunków społeczno-ekonomicznych oddziałujących na procesy demograficzne. Państwo dzieli swoje zadania i uprawnienia między odpowiednie organy rządowe i samorządowe oraz tworzy warunki do efektywnego włączania w realizację celów polityki ludnościowej wielu innych podmiotów, w tym: organizacji pozarządowych, związkowych, pracodawców, mediów, a także kościołów różnych wyznań (RRL, 2006).

Zdrowie publiczne definiowane jest z kolei jako „nauka i sztuka zapobiegania chorobom, przedłużania życia oraz promowania zdrowia poprzez organizację zbiorowych wysiłków społeczeństwa” (Acheson, 1988). W rozszerzonej definicji nazywanej „nowym zdrowiem publicznym” zdrowie publiczne jest określane jako troska o zachowanie i umacnianie zdrowia w wymiarze makrospołecznym, lokalnym i środowiskowym, polegająca na naukowym rozpoznawaniu stanu zdrowia i potrzeb zdrowotnych zbiorowości oraz inicjowaniu i organizowaniu skoordynowanych wysiłków instytucji rządowych, samorządowych i pozarządowych w celu osiągnięcia pożądanego standardu zdrowia. Cel ten uzyskuje się przez kontrolę czynników ekologicznych, tworzenie sprzyjających zdrowiu warunków społeczno-ekonomicznych, zapobieganie zakaźnym i niezakaźnym chorobom społecznym, powszechny i równy dostęp do opieki me-

dycznej, a przede wszystkim w wyniku kształtowania nawyków zdrowego stylu życia w ramach edukacji przedszkolnej i szkolnej oraz realizacji programów promocji zdrowia w środowisku ludzi dorosłych (Miller, Opolski, 2009).

W większości krajów rola i zadania zdrowia publicznego są powiązane z polityką państwa i odpowiedzialnością władzy publicznej wszystkich szczebli za organizację opieki zdrowotnej i dostęp do niej. Chodzi głównie o organizację i udostępnienie świadczeń zdrowotnych, nastawionych na problemy o znaczeniu społecznym wpływające na sytuację zdrowotną populacji zwłaszcza w okresie rozrodczym. Należy mieć także na uwadze obowiązek zapewnienia świadczeń zdrowotnych dla grup ludności znajdujących się w trudnych sytuacjach, w tym z powodu ubóstwa, starości, patologii, obciążonych chorobami przewlekłymi, niepełnosprawnościami, chorobami psychicznymi.

W celu zaspokojenia potrzeb zdrowotnych populacji musi funkcjonować skoordynowany, efektywny system opieki zdrowotnej, nakierowany zarówno na poprawę stanu zdrowia ludzi, jak i na zapobieganie niepełnosprawności i niezdolności do samodzielnej egzystencji. System opieki zdrowotnej powinien zapewnić i dostarczyć wszystkim obywatelom możliwie pełny zakres świadczeń medycznych, których oni wymagają, bez względu na różnicujące ich kryteria ekonomiczne, społeczne, kulturowe i geograficzne. Usługi i świadczenia profilaktyczno-lecznicze i rehabilitacyjne powinny się charakteryzować możliwie najwyższą jakością i efektywnością, odpowiednią do poziomu wiedzy medycznej i zasad dobrej praktyki oraz umożliwiać osiągnięcie satysfakcji dla wszystkich uczestników tego systemu.

Z kolei efekty działań promujących zdrowie zależą głównie od zorganizowanych, finansowanych i koordynowanych działań władz publicznych wszystkich szczebli w różnych siedliskach: rodzina, przedszkole, szkoła, miejsce pracy i wypoczynku, placówka ochrony zdrowia.

Odnosząc w tym szerokim ujęciu zdrowie publiczne do polityki ludnościowej, należy mieć na uwadze zmieniającą się w czasie sytuację zdrowotną i konieczność podejmowania działań wykraczających poza sferę ściśle medyczną.

Celem niniejszej pracy jest ukazanie miejsca i roli zdrowia publicznego w *Założeniach polityki ludnościowej* opracowanych w 2004 r. oraz omówienie przesłanek i propozycji programowych w tym zakresie przygotowanych w 2011 r. w kontekście aktualnych danych o rozwoju zdrowotnej sytuacji ludności Polski.

1.1. Miejsce i rola zdrowia publicznego w *Założeniach polityki ludnościowej w Polsce*

Rządowa Rada Ludnościowa przyjęła w 2004 r. opracowane przez zespół ekspertów *Założenia polityki ludnościowej w Polsce*, które w 2006 r. przekazano Radzie Ministrów. Pośród czterech celów ogólnych bezpośrednio zdrowia publicznego dotyczył cel III – „Poprawa stanu zdrowia ludności i ograniczanie umieralności”, jednak zadania szczegółowe ściśle związane z ochroną zdrowia zostały zawarte zarówno w celu ogólnym I – „Poprawa warunków powstawania i funkcjonowania rodzin oraz sprzyjających rodzeniu dzieci i zwiększaniu liczby urodzeń”, jak i w celu ogólnym II – „Tworzenie warunków sprzyjających integracji w starzejącym się społeczeństwie” (RRL, 2006).

Dla osiągnięcia celu ogólnego I zostały sformułowane cele szczegółowe, m.in. cel ukierunkowany na tworzenie warunków sprzyjających rozwojowi młodego pokolenia w rodzinie i środowiskach pozarodzinnych jako czynnik poprawy jakości kapitału ludzkiego. Zostały tu wymienione działania realizacyjne na rzecz rozwoju usług społecznych dla dzieci i młodzieży sprzyjające rozwojowi młodej generacji. W ramach tych działań położono nacisk na zwiększe-

nie socjalnej funkcji szkoły m.in. przez rozwój systemu żywienia uczniów we wszystkich typach szkół oraz rozwój usług społecznych sprzyjających poprawie zdrowia dzieci i młodzieży, w tym:

- przywrócenie opieki medycznej (pielęgniarsko-lekarskiej, m.in. stomatologicznej, prowadzenie szczepień) w szkołach, co zapewniłoby właściwą opiekę zdrowotną dla dzieci oraz sprzyjałoby prowadzeniu działań profilaktycznych i promocji zdrowia wśród uczniów i ich rodzin;
- poprawę stanu bezpieczeństwa i higieny w szkołach;
- edukację żywieniową uczniów w ramach ścieżki edukacyjnej „wychowanie prozdrowotne”, kształtującej umiejętności i postawę odpowiedzialności za swój sposób żywienia;
- rozwój kompleksowego, powszechnie dostępnego poradnictwa dla uczniów z zaburzeniami i wadami rozwoju oraz z chorobami przewlekłymi;
- zapewnienie w pełni powszechnych szczepień ochronnych;
- zapewnienie wczesnego wykrywania zagrożeń i odchyień w stanie zdrowia oraz zapewnienie orzecznictwa lekarskiego do potrzeb ucznia i szkoły;
- promocję wśród dzieci i młodzieży oraz rodziców aktywnych form spędzania czasu wolnego w ośrodkach młodzieżowych, domach kultury, ośrodkach rekreacyjnych w miejscu zamieszkania.

Także w pozostałych celach szczegółowych – „Tworzenie warunków sprzyjających powstawaniu rodzin (zawieraniu małżeństw) i decyzjom prokreacyjnym” oraz „Pomoc rodzinom w trudnych sytuacjach” – zostały zawarte działania ważne z punktu widzenia zdrowia publicznego. Chodzi m.in. o budowanie warunków sprzyjających podejmowaniu świadomych decyzji macierzyńskich i rodzicielskich przez rozwój edukacji i poradnictwa rodzinnego, a także o poprawę zdrowia jako czynnika ograniczającego umieralność osób w okresie aktywnego rodzicielstwa przez promocję zdrowia obejmującą osoby w tym okresie, szerokie działania profilaktyczne na rzecz wczesnej wykrywalności niektórych chorób, w tym chorób nowotworowych u kobiet, działania profilaktyczne i edukację zdrowotną mającą na celu ograniczanie zachorowalności i umieralności mężczyzn na choroby układu krążenia, nowotwory i inne.

Do osiągnięcia celu ogólnego II zostały również sformułowane cele szczegółowe i zadania realizacyjne mieszczące się w obszarze zdrowia publicznego, w tym tworzenie warunków sprzyjających godnej i aktywnej starości przez m.in. poprawę ochrony zdrowia i dostępu do usług medycznych i pielęgnacyjnych oraz system pomocy w organizowaniu samodzielnego życia. Formy świadczenia usług medycznych i opiekuńczych powinny być ukierunkowane na działania podtrzymujące aktywność ludzi starszych i ich samodzielność w zaspokajaniu potrzeb związanych z codziennym funkcjonowaniem w domu i środowisku lokalnym. Chodzi o rozwój usług innych niż tylko leczenie szpitalne i domy opieki społecznej. Usługi medyczne powinny być wspierane działaniami o charakterze rehabilitacyjnym i terapeutycznym, wspomagającym dodatkowo samodzielność w zaspokajaniu codziennych potrzeb tych osób. Realizacji tych zamierzeń powinno sprzyjać m.in.:

- rozwijanie sieci geriatrycznych placówek opiekuńczych i medycznych w celu zapewnienia równego dostępu do ich usług, bez względu na miejsce zamieszkania pacjentów, oraz skrócenia czasu oczekiwania na miejsce w domach pomocy społecznej;
- zweryfikowanie zasady odpłatności za usługi medyczne i opiekuńcze oraz dostosowanie ich do sytuacji dochodowej pacjentów, umożliwiając w ten sposób korzystanie z nich osobom najuboższym; zwłaszcza samotnym i niepełnosprawnym;
- rozwijanie zakresu i rodzajów usług medycznych i opiekuńczych świadczonych w miejscu zamieszkania.

W kolejnym celu szczegółowym – „Wspieranie rodzin z osobą niepełnosprawną (jako czynnik ograniczania skutków pogarszania się stanu zdrowia społeczeństwa i starzenia się ludności)” – zostały sformułowane (jako warunek integracji) działania kierunkowe i zadania realizacyjne gwarantujące osobom niepełnosprawnym, dorosłym i dzieciom, m.in.:

- dostęp do usług społecznych w zakresie zdrowia, rehabilitacji zdrowotnej i społeczno-zawodowej, zwłaszcza niepełnosprawnym zamieszkałym na wsi;
- zapewnienie większego zakresu usług opiekuńczych, zarówno dla starszych osób samotnych, jak i dla rodzin z dziećmi niepełnosprawnymi;
- rozwój poradnictwa i szkoleń w zakresie pielęgnacji i opieki nad osobami niepełnosprawnymi dla członków ich rodzin;
- rozwój systemu poradnictwa psychologicznego, pozwalający opiekunom na radzenie sobie w trudnej sytuacji oraz zwiększenie dostępu do informacji o istniejących formach pomocy.

Wymienione powyżej przykładowe przedsięwzięcia kierunkowe i zadania realizacyjne zostały rozwinięte i uzupełnione w III celu ogólnym *Założeń*, gdzie poprawę stanu zdrowia ludności i ograniczanie umieralności uzależniono od działań w obrębie czterech obszarów priorytetowych: poprawy opieki medycznej nad matką i dzieckiem; ograniczenia zachorowań i umieralności z powodu chorób układu krążenia; ograniczenia zachorowań i umieralności z powodu chorób nowotworowych; rozwoju promocji zdrowia (Szymborski, 2009).

Poprawę opieki medycznej nad matką i dzieckiem, w kontekście polityki ludnościowej, wiążano z działaniami na rzecz: poprawy jakości prokreacji, ograniczenia zachorowań i zgonów wśród dzieci i młodzieży oraz przywrócenia medycyny szkolnej.

W pierwszym przypadku położono nacisk m.in. na:

- kształtowanie prozdrowotnych postaw i przeciwdziałanie antyzdrowotnym zachowaniom kobiet w wieku rozrodczym,
- poprawę dostępności i jakości świadczeń profilaktyczno-leczniczych dla kobiet w ciąży, podczas porodu i połogu,
- zapewnienie kompleksowej opieki medycznej noworodkom o niskiej masie i wcześniakom, z realizacją sprawdzonego w praktyce trójstopniowego systemu referencyjnego,
- przywrócenie wypracowanego w latach 2000–2001 systemu nadzoru i monitorowania.

W celu poprawy sytuacji w zakresie chorobowości i ograniczania umieralności dzieci i młodzieży zalecono podjęcie skoordynowanych działań na wszystkich szczeblach zdrowotnej polityki publicznej, w szczególności w zakresie:

- eliminacji czynników usposabiających i przyczynowych mających wpływ na powstawanie wad rozwojowych, chorób przewlekłych i niepełnosprawności, w tym czynników środowiskowych i wynikających z roli dziecka jako konsumenta;
- pełnej realizacji powszechnych badań profilaktycznych w placówkach podstawowej opieki zdrowotnej i oświatowo-wychowawczych z kluczową rolą pediatrów;
- utrzymania osiągnięć hematologii i kardiologii dziecięcej przez zapewnienie adekwatnego do potrzeb finansowania świadczeń oraz rozwój wczesnej diagnostyki m.in. wad rozwojowych, chorób uwarunkowanych genetycznie, chorób metabolicznych, alergicznych, neurologicznych;
- adekwatnej do potrzeb opieki zdrowotnej i pomocy socjalnej dla dzieci i rodzin obciążonych wadami rozwojowymi, chorobami przewlekłymi, niepełnosprawnością, w tym upośledzeniem umysłowym, w szczególności dla środowisk znajdujących się w trudnej sytuacji społeczno-ekonomicznej i dotkniętych patologią;

- opracowanie i wdrożenie Narodowego Programu Zapobiegania i Ograniczania Następstw Zdrowotnych Wypadków u Dzieci i Młodzieży, z uwzględnieniem problematyki przemocy w rodzinie, w szkole i w społeczności lokalnej,
- restytucję i rozwój ogólnokrajowego, zintegrowanego systemu organizacji, monitorowania i nadzoru w opiece nad dzieckiem.

W celu przywrócenia w Polsce medycyny szkolnej zaproponowano m.in.:

- podjęcie prac legislacyjnych prowadzących do przyjęcia ustawy o medycynie szkolnej, na wzór ustawy o medycynie pracy,
- zorganizowanie systemu edukacji zdrowotnej dla wszystkich dzieci w wieku obowiązkowego nauczania, aby ukształtować prozdrowotne postawy, zachowania, umiejętności i motywacje oraz zapobiegać zachowaniom antyzdrowotnym;
- upowszechnienie systemu dożywiania w szkołach;
- poprawę warunków technicznych i sanitarnych szkół;
- rozwój sieci szkół promujących zdrowie;
- propagowanie wykonawstwa szczepień ochronnych na terenie szkół;
- wdrożenie systemu wczesnego wykrywania zagrożeń, odchyłeń w stanie zdrowia i w rozwoju psychicznym i somatycznym, z uwzględnieniem badań przesiewowych bilansów zdrowia, profilaktyki stomatologicznej, w szkołach i w placówkach podstawowej opieki zdrowotnej;
- zapewnienie dostępu do adekwatnej do potrzeb opieki specjalistycznej, w tym rehabilitacji i korektywy oraz do opieki stomatologicznej;
- wdrożenie systemu orzecznictwa lekarskiego do potrzeb ucznia i szkoły, w tym do oceny dojrzałości szkolnej, kwalifikacji do zajęć wychowania fizycznego i sportu oraz poradnictwa zawodowego;
- rozwój systemu kształcenia przeddyplomowego i podyplomowego nauczycieli, psychologów, lekarzy i pielęgniarek w zakresie edukacji zdrowotnej, promocji zdrowia, i wczesnego wykrywania problemów zdrowotnych uczniów;
- stworzenie zintegrowanego, trójstopniowego systemu organizacji, nadzoru i monitorowania w medycynie szkolnej;
- przywrócenie specjalizacji lekarskiej z zakresu medycyny szkolnej;
- zapewnienia finansowania systemu medycyny szkolnej na podstawie finansów samorządów terytorialnych (warunki do sprawowania opieki medycznej w szkole, powiecie i województwie, promocja zdrowia) oraz funduszu zdrowia (świadczenia zdrowotne, programy profilaktyczne, programy promocji zdrowia), budżetu państwa (programy polityki zdrowotnej, nadzór specjalistyczny i metodyczno-organizacyjny, inspekcja sanitarna, kształcenie, badania naukowe).

Ograniczanie zachorowań i umieralności z powodu chorób układu krążenia zostało w *Założeniach* związane z koniecznością kontynuacji realizowanego od 1993 r. Narodowego Programu Ochrony Serca (NPOS). W jego ramach rekomendowano realizację szeregu celów operacyjnych i zadań realizacyjnych, w tym:

1. Rozwój pierwotnej prewencji chorób układu krążenia (CHUK) dzieci i dorosłych przez: rozwijanie i upowszechnienie działań w zakresie promocji zachowań prozdrowotnych (właściwe odżywianie, odpowiednia kultura fizyczna, harmonijne stosunki między ludźmi); zapobieganie zachowaniom antyzdrowotnym i ich zwalczanie, zwłaszcza palenia tytoniu, walka z otyłością, nadciśnieniem tętniczym, stresem; wdrażanie i udostępnianie systemowych programów umożliwiających przesiewową ocenę czynników ryzyka, np. badań cholesterolemii i glikemii; nadanie odpowiedniej rangi poczynaniom prewencyjnym w zdrowotnej polityce publicznej we

wszystkich sektorach życia społecznego i politycznego, na wszystkich szczeblach zarządzania; nadanie odpowiedniego miejsca i roli prewencji pierwotnej CHUK w pracy personelu medycznego, a zwłaszcza lekarzy pierwszego kontaktu, na co muszą być przeznaczone odpowiednie środki finansowe oraz wsparcie dydaktyczne i organizacyjne; uznanie, że warunkiem efektywnej prewencji pierwotnej CHUK jest przywrócenie i rozwój zintegrowanego systemu medycyny szkolnej.

2. Zapewnienie powszechnego dostępu wszystkim potrzebującym do procedur wyspecjalistycznych – kardiologicznych i kardiochirurgicznych przez: wdrożenie ujednoliconego, zintegrowanego systemu ratownictwa, w tym organizacji całodobowych dyżurów hemodynamicznych oraz intensywnego rozwoju nowoczesnych technik kardiologii inwazyjnej, elektrotterapii i kardiochirurgii; umocnienie istniejących regionalnych i centralnych ośrodków kardiologicznych i kardiochirurgicznych, tak aby mogły one rozwijać i wdrażać najnowsze osiągnięcia światowe w zakresie technologii medycznej oraz diagnostyki i leczenia chorób układu krążenia.

3. Wprowadzenie i zapewnienie dostępności nowoczesnych metod diagnostycznych i terapeutycznych w celu właściwego leczenia osób z chorobami układu krążenia, przez poprawę bazy łóżkowej do potrzeb intensywnej opieki kardiologicznej i rehabilitacji kardiologicznej oraz wyposażenie ośrodków kardiologicznych w ultrasonografy, angiokardiografy i aparaturę do elektrotterapii.

4. Upowszechnienie stosowania i monitorowania skuteczności odpowiednich leków kardiologicznych przez: udostępnienie możliwości adekwatnego do potrzeb stosowania leków kardiologicznych zmniejszających ryzyko zgonu, zawału serca i udaru mózgu (leki przeciwplatekcyjne, inhibitory konwertazy angiotenzyny, statyny, beta-adrenolityki) oraz monitorowania farmakoterapii w opiece ambulatoryjnej; prowadzenie odpowiednich szkoleń dla personelu medycznego.

5. Optymalizację funkcjonowania systemu organizacji i nadzoru w opiece kardiologicznej zarówno na szczeblu krajowym, jak i regionalnym z wprowadzeniem systemu akredytacji ośrodków kardiologicznych wypracowanego przez Polskie Towarzystwo Kardiologiczne.

Ograniczanie zachorowalności i umieralności z powodu chorób nowotworowych wiązano z uchwaleniem i wdrożeniem Narodowego Programu Zwalczenia Chorób Nowotworowych (NPZChN). W *Założeniach* zawarto katalog działań niezbędnych do realizacji celów NPZChN, w tym:

1) rozwój edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia ukierunkowanych na ograniczenie palenia tytoniu i kształtowanie właściwych nawyków żywieniowych oraz redukcję narażeń rakotwórczych w środowisku pracy i w środowisku zamieszkania;

2) poprawę efektywności edukacji prozdrowotnej i ekologicznej m.in. przez pilne odbudowanie systemu medycyny szkolnej;

3) upowszechnianie populacyjnych, prowadzonych przez wyspecjalizowane ośrodki, badań przesiewowych dla wykrywania stanów przedrakowych i nowotworów we wczesnej fazie rozwoju: raka szyjki macicy (badania cytologiczne), raka piersi (badania mammograficzne), raka jelita grubego i żołądka (badania endoskopowe), raka gruczołu krokowego (badanie PSA) przez: działania edukacyjne skierowane do całego społeczeństwa, odpowiednie zmiany kształcenia przeddyplomowego personelu medycznego oraz stworzenie systemu permanentnego szkolenia lekarzy różnych specjalności i systemu szkolenia pielęgniarek onkologicznych, cytotekników i techników radiologii;

4) upowszechnienie nowoczesnych metod wczesnej diagnostyki nowotworów: szyjki macicy i piersi – zwłaszcza u kobiet po 50. roku życia i kobiet z rodzin o podwyższonym ryzyku zachorowań (mammografia, sonomammografia, biopsja aspiracyjna cienkoigłowa), gruczołu krokowego, przewodu pokarmowego, czerniaka skóry;

5) modernizację bazy specjalistycznego leczenia nowotworów, w tym dalszą rozbudowę i modernizację bazy do leczenia promieniami (radioterapia) – tak, aby metoda ta była powszechnie dostępna wszystkim potrzebującym – z jednoczesnym wdrożeniem standardów zapewnienia jakości w radioterapii;

6) wdrożenie w sieci specjalistycznych szpitali onkologicznych i akademiach medycznych nowych metod leczenia skojarzonego (chirurgia + chemioterapia + radioterapia) nowotworów w kilku częstych lokalizacjach;

7) wdrażanie metod molekularnych i immunologicznych umożliwiających przewidywanie zagrożenia chorobą nowotworową, zwiększenie odsetka wczesnych rozpoznań nowotworów złośliwych, przewidywanie odpowiedzi na różne metody leczenia jako podstawy do optymalizacji terapii, rozwój skuteczniejszych metod leczenia nowotworów;

8) upowszechnienie metod rehabilitacji po leczeniu onkologicznym oraz wdrożenie nowych metod leczenia objawowego i walki z bólem oraz współpraca z ukształtowanym w Polsce pionem medycyny paliatywnej;

9) zapewnienie warunków do dalszego rozwoju przez wdrażanie i upowszechnianie postępów wiedzy, diagnostyki i leczenia białaczek i nowotworów limfoidalnych u dorosłych oraz nowotworów dziecięcych;

10) wdrożenie systemu monitorowania skuteczności interwencji w zwalczaniu chorób nowotworowych przez rozwój i modernizację systemu rejestracji zachorowań i zgonów na nowotwory złośliwe w Polsce tak, aby można było uzyskać pełne informacje o zachorowaniach, o stopniach zaawansowania w czasie podjęcia leczenia i o 5-letnich przeżyciach chorych we wszystkich regionach kraju.

Promocja zdrowia jako czynnik poprawy zdrowia ludności i związanej z nim jakości życia została uznana w *Założeniach* za obszar priorytetowy ze względu na stale zmieniające się uwarunkowania zdrowia zależne od zjawisk zachodzących w życiu politycznym, społecznym i gospodarczym. W związku z tym rekomendowano podjęcie wielu interdyscyplinarnych działań, w tym:

1) uchwalenie ustawy o nowym Narodowym Programie Zdrowia, z wyraźnym określeniem warunków i zakresu finansowania działań wynikających z realizacji celów Programu;

2) lepszą realizację zadań samorządu terytorialnego w zakresie polityki zdrowia publicznego wynikającej z tzw. ustaw samorządowych, obligujących samorządy wszystkich szczebli do ochrony i promocji zdrowia;

3) ustanowienie Państwowego Monitoringu Zdrowia, który służyłby jako jednorodne źródło informacji dotyczących zdrowia, bez potrzeby konstruowania systemu monitoringu wyników i realizacji celów operacyjnych każdej wersji Narodowego Programu Zdrowia;

4) utworzenie w ramach powołanego przed rokiem Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego struktur zajmujących się w szerokim zakresie promocją zdrowia;

5) realizację projektów i programów Światowej Organizacji Zdrowia, takich jak: Zdrowe Miasta, Zdrowe Miejsce Pracy, Szkoła Promująca Zdrowie, Szpital Promujący Zdrowie, projekt CINDI, oraz wdrażanie i rozwijanie takich projektów i programów „rodzimych”, jak: Samorządowy Ośrodek Ekologii i Zdrowia, Zdrowy Dom, Promocja Zdrowia w Podstawowej Opiece Zdrowotnej;

6) organizację i koordynację działań w zakresie zapobiegania i ograniczania skutków urazów i wypadków; utworzenie Krajowego Centrum Zapobiegania Urazom i Zwalczania Następstw Wypadków;

7) rozwój istniejącego systemu opieki zdrowotnej i promocji zdrowia, z koniecznością rozwijania i wdrażania działań i metod umożliwiających korzystanie z systemu opieki zdrowotnej

i programów promocji zdrowia oraz przygotowywania tzw. bezpiecznych programów polityki zdrowotnej, do których należą: rozwijanie umiejętności odczytywania zdrowia, ocena wpływu na zdrowie przygotowywanych i realizowanych programów polityki zdrowotnej.

1.2. Wybrane aspekty rozwoju sytuacji zdrowotnej w Polsce w latach 2005–2010 jako przesłanki aktualizacji *Założeń polityki ludnościowej*

W drugiej połowie ubiegłej dekady przyjęto w Polsce wiele rozwiązań legislacyjnych, które były wcześniej rekomendowane przez Rządową Radę Ludnościową. Przede wszystkim na mocy Uchwały Rady Ministrów Nr 90/2007 z dnia 15 maja 2007 r., został przyjęty Narodowy Program Zdrowia na lata 2007–2015 (NPZ). Jako *cele główne* przyjęto poprawę zdrowia i związanej z nim jakości życia ludności oraz zmniejszanie nierówności w zdrowiu przez:

- kształtowanie prozdrowotnego stylu życia społeczeństwa,
- tworzenie środowiska życia, pracy i nauki sprzyjającego zdrowiu,
- aktywizowanie jednostek samorządu terytorialnego i organizacji pozarządowych do działań na rzecz zdrowia (NPZ, 2007).

NPZ wyznacza cele strategiczne i operacyjne, wskazuje priorytetowe populacje, na których powinna koncentrować się ich realizacja. *Celami strategicznymi* NPZ są:

- 1) zmniejszenie zachorowalności i przedwczesnej umieralności z powodu chorób naczyniowo-sercowych, w tym udarów mózgu;
- 2) zmniejszenie zachorowalności i przedwczesnej umieralności z powodu nowotworów złośliwych;
- 3) zmniejszenie częstości urazów powstałych w wyniku wypadków i ograniczenie ich skutków;
- 4) zapobieganie zaburzeniom psychicznym przez działania prewencyjno-promocyjne;
- 5) zmniejszenie przedwczesnej zachorowalności i ograniczenie negatywnych skutków przewlekłych schorzeń układu kostno-stawowego;
- 6) zmniejszenie zachorowalności i przedwczesnej umieralności z powodu przewlekłych chorób układu oddechowego;
- 7) zwiększenie skuteczności zapobiegania chorobom zakaźnym i zakażeniom;
- 8) zmniejszenie różnic społecznych i terytorialnych w stanie zdrowia populacji.

Następujące *cele operacyjne* dotyczą czynników ryzyka i działań w zakresie promocji zdrowia:

- 1) zmniejszenie rozpowszechnienia palenia tytoniu;
- 2) zmniejszenie i zmiana struktury spożycia alkoholu oraz zmniejszenie szkód zdrowotnych spowodowanych alkoholem;
- 3) poprawa sposobu żywienia ludności i jakości zdrowotnej żywności oraz zmniejszenie występowania otyłości;
- 4) zwiększenie aktywności fizycznej ludności;
- 5) ograniczenie używania substancji psychoaktywnych i związanych z tym szkód zdrowotnych;
- 6) zmniejszenie narażenia na czynniki szkodliwe w środowisku życia i pracy oraz ich skutków zdrowotnych i poprawa stanu sanitarnego kraju.

Kolejne cele operacyjne NPZ dotyczą wybranych populacji:

- 1) poprawa opieki zdrowotnej nad matką, noworodkiem i małym dzieckiem;

2) wspieranie rozwoju i zdrowia fizycznego, psychospołecznego oraz zapobieganie najczęstszym problemom zdrowotnym i społecznym dzieci i młodzieży;

3) tworzenie warunków do zdrowego i aktywnego życia osób starszych;

4) tworzenie warunków do aktywnego życia osób niepełnosprawnych;

5) intensyfikacja zapobiegania próchnicy zębów u dzieci i młodzieży.

NPZ rekomenduje także niezbędne *kierunki działań*, które mają sprzyjać jego realizacji:

- aktywizacja jednostek samorządu terytorialnego i organizacji pozarządowych do działań na rzecz zdrowia społeczeństwa;
- poprawa jakości świadczeń zdrowotnych w zakresie skuteczności, bezpieczeństwa i akceptowalności społecznej, w tym przestrzegania praw pacjenta;
- usprawnienie wczesnej diagnostyki i czynnej opieki nad osobami zagrożonymi chorobami układu krążenia, udarami mózgowymi, nowotworami, powikłaniami cukrzycy, chorobami układu oddechowego oraz chorobami reumatycznymi, szczególnie przez działania podstawowej opieki zdrowotnej;
- zwiększenie i optymalne wykorzystanie systemu ochrony zdrowia oraz infrastruktury samorządowej dla potrzeb promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej.

Uchwalenie NPZ zostało poprzedzone przyjęciem finansowanych z budżetu Ministerstwa Zdrowia postulowanych w *Założeniach polityki ludnościowej w Polsce* z 2004 r. programów zdrowia publicznego: Narodowego Programu Profilaktyki i Leczenia Chorób Układu Sercowo-Naczyniowego POLKARD na lata 2007–2015 oraz Narodowego Programu Zwalczania Chorób Nowotworowych na lata 2007–2015.

W związku z realizacją tych programów można było oczekiwać kontynuacji obserwowanych w pierwszej dekadzie transformacji ustrojowej w Polsce korzystnych procesów w zakresie sytuacji zdrowotnej, w tym istotnego dla polityki ludnościowej wzrostu przeciętnej długości życia oraz obniżania umieralności z powodu choroby niedokrwiennej serca. Te korzystne zmiany były bowiem wynikiem zarówno prozdrowotnych zmian w stylu życia ludności, zwłaszcza wzrostu spożycia tłuszczów roślinnych, jak i realizowanych wówczas programów polityki zdrowotnej państwa (EUGLOREH 2007). Uzasadniona była także nadzieja na poprawę pewnych niepokojących trendów zdrowotnych, jakie zaobserwowano w kolejnej dekadzie transformacji, co wyraża się m.in:

- spowolnieniem trendu wzrostu długości życia z narastaniem dysproporcji w stosunku do przeciętnych wskaźników w krajach Unii Europejskiej; przeciętne dalsze trwanie życia noworodka płci męskiej w 2010 r. wynosiło 72,1 lat (najdłuższe w województwie podkarpackim i małopolskim – 73,7 lat, najkrótsze w województwie łódzkim – 70,1 lat), natomiast przeciętne dalsze trwanie życia noworodka płci żeńskiej – 80,6 lat (najdłuższe w woj. podlaskim – 81,9 lat, najkrótsze w woj. łódzkim – 79,4 lat);
- wzrostem wskaźnika redukcji długości trwania życia w wyniku przedwczesnej umieralności; fakt ten powinien stanowić istotne wyzwanie dla polityki zdrowia publicznego w kontekście polityki ludnościowej, umieralność przedwczesna dotyczy bowiem populacji o decydującym potencjale prokreacyjnym; w 2009 r. przedwczesna umieralność przed 65. rokiem życia powodowała w Polsce redukcję oczekiwanej długości życia aż o 6,42 lat (średnia dla krajów–członków UE od 2004 r. lub 2007 r. – 6,53 lat, średnia dla „starych” krajów UE – 4,04 lat);
- silnym różnicowaniu długości życia przez czynniki społeczne, w tym wykształcenie i warunki bytu;
- spowolnieniem spadku przedwczesnej umieralności z powodu chorób układu krążenia – schorzenia te są znacznie częstszą przyczyną przedwczesnych zgonów mieszkańców Polski niż przeciętnie w UE;

- wysoką śmiertelnością chorych z udarami mózgu przy stosunkowo niskiej obecnie na tle innych krajów śmiertelności szpitalnej w Polsce z powodu zawału serca;
- wysokimi wskaźnikami przedwczesnych zgonów kobiet z powodu nowotworów, przy czym nie zmniejszającą się umieralnością kobiet z powodu raka sutka, a z powodu raka szyjki macicy zmniejszającą się bardzo powoli i zawstydzająco wysoką na tle większości krajów UE;
- powolnym trendem spadkowym natężenia zgonów z powodu ogółu przyczyn zewnętrznych tylko w przypadku kobiet, natomiast w przypadku mężczyzn nie zmieniającym się w ostatnich latach i znacznie wyższym od przeciętnego w UE (wśród zewnętrznych przyczyn zgonów dominujące znaczenie mają wypadki drogowe, w wyniku których ginie jednak coraz mniej osób; mimo trendu spadkowego na uwagę zasługuje wciąż wysoki udział pieszych – 32% w 2010 r. – w liczbie osób zabitych w wypadkach drogowych, w tym osób starszych wiekiem; znaczenia nabierają zgony z powodu samobójstw, których częstość w ostatniej dekadzie wzrasta);
- dużą częstością hospitalizacji najmłodszych roczników, poniżej 5. roku życia, przy znacznie rzadszej hospitalizacji osób najstarszych, powyżej 75. roku życia, co sytuację w Polsce różni od większości krajów UE;
- wyższą niż przeciętna w krajach UE zapadalnością na wiele chorób zakaźnych, mimo stałej poprawy sytuacji epidemiologicznej; niewystarczającym rozwojem diagnostyki laboratoryjnej i jej zbyt małą dostępnością, co utrudnia rozpoznanie sytuacji epidemiologicznej niektórych chorób i opóźnia wypracowywanie skutecznych metod zapobiegania tym chorobom; niską wiarygodnością danych epidemiologicznych, w tym danych z rejestracji zachorowań;
- utrudnieniami w nadzorze nad HIV/AIDS w Polsce z niedostatkami kluczowych informacji dotyczących aktualnych dróg szerzenia się wirusa w populacji; niebezpiecznym wzrostem liczby zakażeń wzw C; niepokojącym trendem wzrostowym zachorowań na kiłę wrodzoną; silnym trendem wzrostowym zachorowań na biegunki u dzieci do lat 2; zagrożeniami epidemicznymi na oddziałach położniczo-noworodkowych;
- utrzymującym się problemem niepłodności będącej w dużym stopniu następstwem chorób przenoszonych drogą płciową;
- niedostatkami nadzoru nad realizacją zadań w zakresie opieki nad matką i dzieckiem przez wiele jednostek samorządu terytorialnego i ich niską świadomością co do jakości oferowanej na danym terenie opieki okołoporodowej oraz tolerowaniem naruszających prawa pacjenta poborem dodatkowych opłat; brakiem współdziałania różnych szczebli samorządu w obszarze opieki nad matką i dzieckiem;
- zaniedbaniami zdrowia młodzieży ze strony medycyny i polityki zdrowotnej, mimo iż ten okres życia decyduje o kapitale zdrowotnym, z jakim młodzi ludzie wchodzi w dorosłość;
- nierównym dostępem dzieci i młodzieży szkolnej do profilaktycznej opieki zdrowotnej sprawowanej przez lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej, lekarzy dentystów i pielęgniarki bądź higienistki szkolne; istotną wadą tej organizacji jest znaczne rozproszenie podmiotów świadczących usługi w zakresie profilaktyki, a także instytucji sprawujących nadzór nad tymi podmiotami;
- nasilającą się od 2002 r. dysfunkcją systemu publicznej ochrony zdrowia, czego wyrazem są:
 - o niska pozycja zdrowia publicznego, w tym promocji zdrowia,
 - o zakłócenia w funkcjonowaniu opieki podstawowej, zwłaszcza opieki profilaktycznej nad kobietami, dziećmi i młodzieżą,
 - o niedostatki ambulatoryjnego leczenia specjalistycznego, zwłaszcza w opiece nad dziećmi, młodzieżą, pacjentami z zaburzeniami zdrowia psychicznego, osobami w wieku podeszłym,

- o problemy w funkcjonowaniu lecznictwa stacjonarnego, w tym oddziałów położniczo-noworodkowych, pediatrycznych i wysokospecjalistycznych,
- o do tej dysfunkcji systemu przyczyniła się także migracja lekarzy i pielęgniarek spowodowana brakiem satysfakcji finansowej pracowników ochrony zdrowia (CO-I, 2011; Wojtyński, Goryński, red., 2008; Niemiec, red., 2007).

Opracowany w 2009 r. przez Zespół Doradców Strategicznych Prezesa Rady Ministrów raport na temat wyzwań rozwojowych Polski do roku 2030 potwierdza, że wysiłek reformatorski okresu transformacji, koncentrując się na udanej rekonstrukcji demokratycznych instytucji, budowie zrębów gospodarki rynkowej oraz tworzeniu podstaw samorządności i społeczeństwa obywatelskiego, jedynie w niewielkim stopniu niwelował deficyty związane z nierównomiernością szans i możliwości osób mniej wykształconych, o gorszej kondycji zdrowotnej, niskich dochodach czy w zaawansowanym wieku (KPRM, 2009).

Rządowa Rada Ludnościowa w stanowisku na temat bezpieczeństwa zdrowotnego (2008 r.) zwróciła uwagę na to, że wydatki na ochronę zdrowia w Polsce zarówno w przeliczeniu na jednego mieszkańca, jak i jako procent PKB należą do jednych z najniższych w krajach Unii Europejskiej. Notuje się także bardzo niski poziom wydatków na zdrowie publiczne. Udział wydatków na hospitalizację w wydatkach na ochronę zdrowia jest niższy niż w większości krajów UE, niemniej jednak poziom współpłacenia pacjentów jest również niski, natomiast udział wydatków na leki w wydatkach na ochronę zdrowia jest wysoki, przy jednocześnie niskim udziale środków publicznych. Na podstawie analizy aktualnej sytuacji i wyważenia proporcji pomiędzy obciążeniem publicznym, obciążeniem państwa a obciążeniem indywidualnym na zdrowie, RRL postulowała podjęcie systemowych zmian w ochronie zdrowia. Chodziło o to, by działania mające na celu zwiększenie możliwości dostępu pacjentów do świadczeń zdrowotnych, zniesienie limitów w rozumieniu dostępności do świadczeń, podniesienie jakości świadczeń medycznych, dokonanie rzeczywistej wyceny świadczeń zdrowotnych, zwiększenie limitów przyjęć na studia medyczne (lekarze, pielęgniarki) były połączone z reorientacją opieki medycznej i dostrzeżeniem istotnej roli zdrowia publicznego w systemie ochrony zdrowia.

Zespół ekspertów Rządowej Rady Ludnościowej po dokonaniu analizy aktualnej sytuacji zdrowotnej ludności Polski uznał, że w celu zaspokojenia ważnych z punktu widzenia polityki ludnościowej potrzeb zdrowotnych społeczeństwa musi funkcjonować zarówno skoordynowany, efektywny system zdrowia publicznego, jak i system opieki zdrowotnej – oba zorientowane na poprawę stanu zdrowia populacji, w szczególności matki i dziecka, zapobieganie niepełnosprawności i niezdolności do samodzielnej egzystencji, szczególnie osób starszych wiekiem oraz na ograniczanie liczby zgonów, zwłaszcza umieralności przedwczesnej.

Eksperti RRL przywiązują wielkie znaczenie do współpracy zdrowia publicznego, w tym promocji zdrowia, i opieki zdrowotnej, co jest niezwykle istotne z punktu widzenia zwalczania głównych przyczyn umieralności przedwczesnej. Także autorzy najnowszego raportu Amerykańskiego Towarzystwa Kardiologicznego (AHA) oraz europejskiego dokumentu *European Healthy Heart Charter* jednoznacznie podkreślają, że chorobom serca i naczyń można skutecznie zapobiegać pod warunkiem przeorientowania systemu ochrony zdrowia w kierunku nowocześnie rozumianej promocji zdrowia i profilaktyki. Również w *Europejskim Kodeksie Walki z Rakiem* zostały uwypuklone zadania zdrowia publicznego w zakresie prewencji chorób nowotworowych.

Poważne wyzwania dla polityki zdrowia publicznego związane są z kształtowaniem się przyszłości demograficznej Polski. Badanie wykonane na podstawie prognozy demograficznej GUS do roku 2035 wskazuje, że zmiany przewidziane prognozą będą miały znaczący wpływ na sytuację zdrowotną ludności. Tylko z powodu starzenia się populacji istotnie zwiększy się odsetek osób potrzebujących podstawowej i specjalistycznej opieki medycznej. Jeżeli nie zaistnieją

inne czynniki – o charakterze pozytywnym, oddziałujące w odwrotnym kierunku – znacznie pogorszy się stan zdrowia populacji, wzrośnie odsetek populacji obciążonej niepełnosprawnością i chorobami przewlekłymi, co zwiększy zarówno potrzeby, jak i wydatki na świadczenia medyczne oraz usługi opiekuńcze. Zgodnie z przyjętymi w przeprowadzonych obliczeniach założeniami metodologicznymi można się spodziewać znaczącego wzrostu odsetka populacji osób dorosłych cierpiących na: chorobę wieńcową, nowotwory, nadciśnienie tętnicze, astmę, cukrzycę, zapalenie stawów; mniejszy wzrost odsetka może dotyczyć chorób, które występują z istotną częstością również w młodszych grupach wieku dorosłego: schorzeń kręgosłupa i nerwicy. Można przewidywać także zmniejszenie udziału osób nieleczących się, a także: zwiększenie udziału pacjentów korzystających w ciągu roku z wizyt lekarskich czterokrotnie i częściej, udziału osób leczonych w szpitalach, poważny wzrost odsetka osób zażywających leki.

Zmiany demograficzne, w tym starzenie się społeczeństw, wpływają na zmianę struktury chorób, znacząco podnoszą koszty i zagrażają równowadze systemów ochrony zdrowia we wszystkich krajach Unii Europejskiej. Zmiany warunków środowiskowych, w tym związanych z poszerzającą się sferą nierówności społecznych, zwiększają ryzyko masowych katastrof, zagrożeń epidemicznych, patologii społecznych. Rozwój nowych strategii zdrowia publicznego oraz nowych technologii rewolucjonizuje sposób, w jaki promuje się zdrowie, zapobiega zagrożeniom zdrowotnym i leczy choroby, stwarzając szanse poprawy stanu zdrowia ludności i ograniczenia umieralności (HEIDI, EUGLOREH).

W obliczu tych wyzwań Komisja Wspólnoty Europejskiej przyjęła na lata 2008–2013 trzy cele strategiczne:

- wspieranie rozwoju zdrowia w starzejącej się Europie przez promocję zdrowia i zapobieganie chorobom;
- ochrona obywateli przed zagrożeniami zdrowia;
- wspieranie rozwoju dynamicznych systemów zdrowotnych i nowych technologii.

Ponadto UE przyjęła określone zasady działania w zakresie zdrowia, w tym:

1) zasadę równości obywateli w dostępie do opieki zdrowotnej, co oznacza, że każdy bez względu na wiek, płeć, miejsce zamieszkania i zamożność w razie zagrożenia zdrowotnego powinien mieć możliwość skorzystania z wysokiej jakości opieki zdrowotnej;

2) zasadę działania na rzecz wzmacniania roli obywateli przez rozwój ich kompetencji zdrowotnych oraz umożliwienie uczestnictwa w podejmowaniu i wdrażaniu decyzji dotyczących zdrowia zbiorowości;

3) zasadę działania na rzecz zmniejszenia nierówności w zdrowiu przez ukierunkowaną promocję zdrowia.

Uwzględniając aktualną sytuację zdrowotną społeczeństwa, wyzwania związane z przyszłością demograficzną Polski oraz doświadczenia innych krajów, eksperci RRL uznali, że osiągnięcie strategicznych z punktu widzenia polityki ludnościowej celów polityki zdrowia publicznego będzie możliwe pod warunkiem realizacji sześciu priorytetów zdrowotnych. Trzy priorytety:

- 1) poprawa ochrony zdrowia kobiet oraz opieki medycznej nad matką i dzieckiem,
- 2) ograniczenie zachorowań i umieralności z powodu chorób układu krążenia,
- 3) ograniczenie zachorowań i umieralności z powodu chorób nowotworowych,

są analogiczne jak w *Założeniach polityki ludnościowej w Polsce* z 2004 roku. Dwa kolejne priorytety zostały dodane w aktualnej wersji *Założeń*:

- 4) poprawa stanu zdrowia psychicznego,

5) ograniczenie zachorowań i umieralności z powodu przewlekłych chorób niezakaźnych przez poprawę żywienia i zwiększenie aktywności fizycznej społeczeństwa.

Ostatni obszar priorytetowy:

6) promocja zdrowia jako strategia rozwiązywania współczesnych problemów zdrowotnych, chociaż występuje w poprzedniej wersji *Założeń*, został poddany gruntownej przebudowie.

Uzasadnienie takiego podejścia, poparte wynikami badań naukowych i analiz, przynoszą kolejne artykuły zamieszczone w niniejszej monografii.

Bibliografia

- Acheson E.D (1988), *Public health in England. Report of the Committee of Inquiry into the future development of the public health function*, HMSO, London.
- Centrum Onkologii-Instytut (2011), *Różnice w zdrowiu populacji Polski*. Materiały naukowe Konferencji 29.09.2011–01.10.2011, Warszawa.
- EUGLOREH 2007 Project, *The Status of Health in the European Union: Towards a Healthier Europe*.
- GUS (2011a), *Rocznik Demograficzny 2011*, Warszawa.
- GUS (2011b), *Stan zdrowia ludności Polski w 2009 r.*, Warszawa.
- HEIDI, *Health in Europe: Information and Data Interface*.
- KPRM (2009), *Raport Polska 2030 – wyzwania rozwojowe*, Boni M., red., Zespół Doradców Strategicznych Prezesa Rady Ministrów, Warszawa.
- Miller M., Opolski J. (2009), *Zdrowie publiczne w Polsce a polityka zdrowotna w świetle dokumentów Światowej Organizacji Zdrowia*, „Postępy Nauk Medycznych” 4, 282–289. *Narodowy Program Zdrowia na lata 2007–2015*,
http://www.mz.gov.pl/wwwfiles/ma_structura/docs/zal_nrm_npz_90-15052007p.pdf.
- Niemiec T., red. (2007), *Zdrowie kobiet w wieku prokreacyjnym 15–49 lat. Polska 2006*, UNDP i Ministerstwo Zdrowia, Warszawa.
- RRL (2006), *Sytuacja demograficzna Polski i założenia polityki ludnościowej w Polsce. Raport 2004*, Rządowa Rada Ludnościowa, Warszawa.
- Szymborski J. (2009), *Problematyka zdrowia publicznego w działalności Rządowej Rady Ludnościowej ze szczególnym uwzględnieniem lat 2000–2009*, „Biuletyn” nr 54, Rządowa Rada Ludnościowa, Warszawa.
- Wojtyniak B., Goryński P., red. (2008), *Sytuacja zdrowotna ludności Polski*, Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego-Państwowy Zakład Higieny, Warszawa.
- Zatoński W. (2007), *The East-West Health Gap in Europe – what are the causes?* „European Journal of Public Health”, 17, 2, 121.

Rozdział 2.

POPRAWA STANU ZDROWIA MATEK ORAZ DZIECI PRZED URODZENIEM I NOWORODKÓW

2.1. Diagnoza sytuacji w ostatnim dziesięcioleciu i obecnego stanu

Zdrowy start do życia, rodzicielstwo zdrowe od początku i harmonijny rozwój młodego pokolenia są wyodrębnionymi, ważnymi celami programu Światowej Organizacji Zdrowia – „Zdrowie 21” i zajmują istotne miejsce wśród celów i zadań Narodowego Programu Zdrowia oraz mają szczególną podbudowę legislacyjną w zapisach *Konstytucji RP, Konwencji o prawach dziecka* i w dokumentach Światowego Szczytu w Sprawach Dzieci ONZ. Urodzenie dziecka to bardzo ważny moment w życiu rodziny, a prawidłowy przebieg ciąży i porodu, prawidłowy rozwój dzieci przed i po urodzeniu to istotne czynniki warunkujące często poczucie osobistego szczęścia i właściwy rozwój społeczności.

Skoordynowane działania na rzecz poprawy opieki nad kobietą w ciąży, rodzącą i noworodkiem były podejmowane w latach 80. XX wieku w ramach Centralnego Programu Badawczo-Rozwojowego. W tym czasie Instytut Matki i Dziecka zaczął wprowadzać w kraju, zgodnie z ówczesnymi wzorami światowymi, system trójstopniowej opieki okołoporodowej, którego celem było zróżnicowanie ośrodków według stopnia referencyjności i koncentracja wykwalifikowanego personelu medycznego, sprzętu i aparatury w ośrodkach akademickich, do których kierowano przypadki najcięższych powikłań. Jednocześnie wzmocniono system nadzoru specjalistycznego, centralnego, regionalnego i lokalnego, wprowadzając obowiązek analizowania przyczyn niepowodzeń położniczych, przede wszystkim zgonów matek, ale również martwych urodzeń i zgonów noworodków.

W latach 90. opracowano i wdrożono do praktyki ogólnopolski „Program Poprawy Opieki Perinatalnej”. Wśród jego założeń były: podział oddziałów położniczo-noworodkowych na trzy poziomy, szczegółowe określenie zakresu ich kompetencji i zasad współpracy, a zwłaszcza transportu kobiet ciężarnych i noworodków, ciągłe monitorowanie poziomu opieki perinatalnej, szkolenie personelu medycznego i promocja zdrowia. W większości stolic regionów utworzono i wyposażono regionalne ośrodki opieki perinatalnej. Celem Programu było wdrożenie kompleksowego podejścia do opieki perinatalnej, począwszy od okresu przedkoncepcyjnego, oraz partnerska współpraca wielodyscyplinarna lekarzy położników, neonatologów, położnych i innych specjalistów oraz przedstawicieli pacjentów.

W ubiegłych dziesięcioleciach programy profilaktyczne były finansowane przez resort zdrowia, na przykład „Program promocji zdrowia matki i dziecka”, „Program poprawy opieki perinatalnej” oraz programy prewencji wcześniactwa czy upowszechnienia opieki przed ciążą. Funkcjonowały wojewódzkie ośrodki matki i dziecka, których zadaniem było monitorowanie jakości opieki medycznej podczas ciąży i porodu, zbieranie i analiza informacji epidemiolo-

gicznych. Były one źródłem wiadomości i narzędziem działania dla wojewódzkiego nadzoru specjalistycznego. Na poziomie centralnym nadzór specjalistyczny oraz organizacyjny koncentrował się w Instytucie Matki i Dziecka.

Opracowano i wdrożono wówczas także inne programy zdrowotne dotyczące zdrowia prokreacyjnego, ukierunkowane między innymi na wdrożenie opieki medycznej przed ciążą i zmniejszenie następstw wcześniactwa. Podstawowym dokumentem określającym te priorytety jest *Narodowy Program Zdrowia*¹. Dokument dotyczący lat 2007–2015 jest załącznikiem do Uchwały Rady Ministrów z dnia 15 maja 2007 roku. Jest on integralną częścią *Strategii Rozwoju Ochrony Zdrowia w Polsce* przyjętej w czerwcu 2005 roku w zakresie zdrowia publicznego. Określono w nim osiem strategicznych celów zdrowotnej polityki państwa. Wśród nich nie znalazły się niestety cele związane ze zdrowiem prokreacyjnym. Znaczenie tych zagadnień dla stanu zdrowia obecnego i przyszłych pokoleń zostało, moim zdaniem, niewłaściwie ocenione jako mało istotne.

Wśród celów operacyjnych dotyczących wybranych populacji znalazła się poprawa opieki zdrowotnej nad matką, noworodkiem i małym dzieckiem (cel operacyjny 7). Określone zostały efekty oczekiwane do 2015 r. oraz zadania dotyczące unowocześnienia programu trójstopniowej opieki perinatalnej, poprawa opieki przedporodowej i zmniejszenie umieralności niemowląt. Wśród celów operacyjnych nie znalazła się jednak prewencja niepłodności i jej leczenie – zadanie bardzo ważne, biorąc pod uwagę zakres kryzysu demograficznego.

Zdrowie jednostek i pokoleń determinowane jest przez stan zdrowia rodziców, zwłaszcza matek, oraz przez czynniki genetyczne i środowiskowe. Dobry stan zdrowia społeczeństwa zależy od prawidłowego przebiegu procesów prokreacji, stanu zdrowia matek przed ciążą, w okresie ciąży i porodu, od zdrowia ich dzieci przed urodzeniem oraz noworodków i niemowląt. Dzieje się tak dlatego, że stan zdrowia w dorosłym okresie życia i czas trwania życia w dużym stopniu uwarunkowane są przebiegiem ciąży i porodu u matki, prawidłowym rozwojem dziecka przed urodzeniem i po jego urodzeniu. Duże znaczenie mają czynniki genetyczne, na które nie mamy wpływu. Inaczej jest ze środowiskiem zewnętrznym. Zanieczyszczenie środowiska zamieszkania i pracy może niekorzystnie wpływać na przebieg ciąży i rozwój płodu. Większe znaczenie ma jednak styl życia matki w okresie ciąży, zachowania jej samej i dziecka sprzyjające lub szkodzące zdrowiu. Podsumowując, czynniki genetyczne i środowiskowe oddziałujące w okresie prokreacji, interferując ze sobą, wpływają na płodność, zdrowie w wieku dorosłym oraz na zdrowie następnych pokoleń.

Indywidualne decyzje dotyczące urodzenia dziecka i warunki korzystne lub niekorzystne dla możliwości ich realizacji leżą u podstaw zjawisk demograficznych w skali makro. Liczba urodzeń ciągle pozostaje w związku z liczbą zawieranych małżeństw i jest uwarunkowana przez czynniki ekonomiczne (dochód, warunki mieszkaniowe, dostępność żłobków i przedszkoli). Nie można zapominać o istotnym czynniku, jakim jest miejsce rodzicielstwa oraz dziecka na liście ważnych wartości. Na zachowania i decyzje prokreacyjne mają więc wpływ różne zmienne natury ekonomicznej, społecznej, psychologicznej. Między nimi a zakończonym urodzeniem zdrowego dziecka (biologicznym procesem prokreacji) pośredniczą czynniki wpływające na możliwość poczęcia, przebieg ciąży i porodu.

Stan zdrowia prokreacyjnego odnosi się do samopoczucia fizycznego, psychicznego i w jakimś sensie społecznego w obszarze związanym z dojrzewaniem seksualnym, współżyciem płciowym, płodnością i niepłodnością, przebiegiem ciąży i porodu, schorzeniami narządów płciowych, w tym chorobami nowotworowymi. Stan ten można mierzyć, posługując się

¹ *Narodowy Program Zdrowia na lata 2007–2015*, Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego.

informacjami uznanymi za mierniki stanu zdrowia (np. częstością niepłodności, zgonów okołoporodowych płodów i noworodków czy zgonów matek). Jakość tych informacji jest w Polsce zróżnicowana, często niewystarczająca. Jest to następstwem niepodejmowania badań epidemiologiczno-klinicznych czy demograficznych, braku programów zdrowotnych dotyczących zdrowia prokreacyjnego, słabością nadzoru specjalistycznego. Z rozpoznania najważniejszych problemów dotyczących zdrowia prokreacyjnego powinny wynikać działania ukierunkowane na ich usunięcie, podejmowane na szczeblu centralnym lub regionalnym, połączone z ewaluacją i ciągłym monitorowaniem najważniejszych wskaźników. Brak informacji o czynnikach ryzyka, brak pogłębionych indywidualnych analiz niepowodzeń prokreacji utrudnia lub wręcz uniemożliwia utworzenie i wdrożenie skutecznych programów z zakresu profilaktyki pierwotnej i wtórnej. Obecnie realizowane na szczeblu centralnym programy zdrowotne nie obejmują zdrowia prokreacyjnego w stopniu takim, jak na to zasługuje jego znaczenie dla kondycji zdrowotnej obecnego i przyszłych pokoleń. Owszem, finansowany jest program ukierunkowany na profilaktykę wtórną, wykrywanie wad wrodzonych przed urodzeniem dziecka. Nie ma natomiast takiego programu, który dotyczyłby pierwotnej profilaktyki tych wad, propagowania zachowań prozdrowotnych, odpowiedniej diety, przeprowadzenia przed ciążą szczepień, by usunąć czynniki ryzyka zaburzające w przyszłości rozwój dziecka. Istotne wydaje się więc podjęcie działań o charakterze organizacyjnym i edukacyjnym. Zakup kosztownego sprzętu i aparatury nie jest do ich przeprowadzenia konieczny.

Stan zdrowia prokreacyjnego kobiet można oceniać w czasie, porównując nasze wskaźniki z odpowiadającymi im informacjami pochodzącymi z innych krajów. Interesujące mogą być porównania wskaźników pochodzących z różnych regionów kraju.

Kobiety stanowią 51,6% populacji całego kraju, a ich przewaga liczbowa wobec mężczyzn jest wyraźniejsza w miastach. Czas trwania życia noworodka płci żeńskiej zwiększył się w Polsce o 2,5 roku w 2009 r. w porównaniu z 2000 r. i wynosił 80,1 lat (GUS, 2010). Jest to parametr wskazujący na poprawę stanu zdrowia populacji kobiet. Następstwem zmian liczby urodzeń w latach po II wojnie światowej są różnice liczebności kolejnych roczników.

Liczba urodzeń w 2009 r. zwiększyła się nieznacznie (o mniej niż 3 tys.) w porównaniu z rokiem poprzednim (GUS, 2010). W roku 2010 zanotowano ponad 413 tys. urodzeń żywych, około 4 tys. mniej niż rok wcześniej. Liczba urodzeń jest o około 40% mniejsza niż w latach wyżu demograficznego, a poziom reprodukcji nie gwarantuje prostej zastępowalności pokoleń (RM, 2011).

Tabela 2.1. Urodzenia żywe w Polsce w latach 1980–2010

Rok	Urodzenia żywe	
	w tys.	na 1000 ludności
1980	695,8	16,9
1990	547,7	14,3
2000	378,3	9,9
2009	417,6	11,0
2010	413,3	10,8

Źródło: GUS.

Średni wiek matki w momencie urodzenia dziecka jest coraz bardziej zaawansowany. W roku 2000 było to 27,5 r. życia, w roku 2009 – 28,8 r. życia (RRL, 2010). Późniejsze podejmowanie decyzji o urodzeniu dziecka jest jednym z najważniejszych czynników wpływających na zmniejszenie płodności całej populacji kobiet. Czynniki ten może zmniejszać szanse realizacji planów prokreacyjnych poprzez zwiększanie się wraz z wiekiem matki częstości poronień samoistnych oraz wad rozwojowych u dzieci, w tym wad letalnych. Wraz ze wzrostem wieku kobiet zachodzących w ciążę i rodzących zwiększa się również częstość ich zachorowań i zgonów w związku z ciążą, porodem i położeniem. Odkładanie decyzji prokreacyjnych na późniejsze lata życia, jakkolwiek uzasadnione przyczynami socjalnymi, koniecznością zdobycia wykształcenia i mieszkania, jest z biologicznego punktu widzenia zjawiskiem niekorzystnym.

Innym obserwowanych zjawiskiem jest zwiększanie się od 2006 r. płodności kobiet w wieku 15–19 lat. W roku 2005 wskaźnik ten wynosił 12,6 na 1000 kobiet w tej grupie wiekowej, w roku 2009 wzrósł do 16,0. W przeszłości wskaźnik ten był najwyższy w latach 1986–1988 i wynosił 29,0 (RRL, 2010).

Tabela 2.2. Urodzenia pozamałżeńskie w Polsce w latach 1980–2010

Rok	Urodzenia pozamałżeńskie w % urodzeń żywych
1980	4,8
1990	6,2
2000	12,1
2005	18,5
2009	20,2
2010	20,6

Źródło: GUS.

Ten stan rzeczy może zwiększać częstość wcześniactwa, powikłań ciąży i porodu. W Polsce nie obserwuje się większej częstości zgonów matek młodocianych w porównaniu z częstością tych zgonów w grupie wiekowej kobiet od 20. do 24. roku życia. Ciąża i poród u młodocianych to częściej urodzenie nieplanowane, zwykle pozamałżeńskie. Niedożywienie, niewłaściwy tryb życia, często palenie tytoniu, jakie towarzyszą zwykle pozamałżeńskim ciążom, są przyczyną hipotrofii płodu (małej masy ciała dziecka w porównaniu z masą należną dla danego wieku ciąży). Zmniejszeniu częstości ciąż u młodocianych powinno sprzyjać właściwe przygotowanie młodego pokolenia do życia w rodzinie, upowszechnienie wiedzy na temat objawów płodności. Działania w kierunku opóźnienia wieku, w którym ma miejsce inicjacja seksualna, obok zmniejszenia częstości ciąż u dziewcząt mogą zmniejszyć liczbę przypadków zakażeń narządów płciowych, niepłodności, a w odleglejszej perspektywie zmniejszyć częstość raka szyjki macicy. Najwięcej porodów u młodocianych obserwuje się w północnych i zachodnich województwach Polski. Częstość urodzeń wśród kobiet przed 20. rokiem życia jest jednak w Polsce mniejsza w porównaniu z prawie wszystkimi krajami Europy Środkowej. Wyróżnia nas to niewątpliwie korzystnie, wystawia nienajgorsze świadectwo środowiskom, gdzie wzrasta i wychowuje się młode pokolenie.

Tabela 2.3. Urodzenia pozamałżeńskie w Polsce w roku 2010 według województw

Województwa	Urodzenia pozamałżeńskie w % urodzeń żywych
POLSKA	20,6
Dolnośląskie	29,5
Kujawsko-pomorskie	25,7
Lubelskie	13,9
Lubuskie	36,4
Łódzkie	20,8
Małopolskie	10,7
Mazowieckie	16,6
Opolskie	21,3
Podkarpackie	11,0
Podlaskie	13,7
Pomorskie	26,0
Śląskie	19,4
Świętokrzyskie	13,9
Warmińsko-mazurskie	29,6
Wielkopolskie	21,7
Zachodniopomorskie	37,4

Źródło: GUS.

Zwiększa się liczba urodzeń pozamałżeńskich. W roku 2009 ich odsetek wynosił 20,2%, natomiast w 2000 r. – 12,1% (RRL, 2010). Nierównomierny jest odsetek ciąż pozamałżeńskich w poszczególnych województwach. Na przykład w województwie zachodniopomorskim jest on znacznie wyższy (38%) niż w województwach południowo-wschodnich (małopolskie 10,4%).

Ocena wpływu tego zjawiska na zdrowie prokreacyjne kobiet nie jest jednoznaczna. Z dużym stopniem prawdopodobieństwa można jednak sądzić, że ciąża i urodzenie dziecka poza związkiem małżeńskim jest dla części kobiet wydarzeniem, które negatywnie wpływa na ich samopoczucie, samoocenę, łączy się nierzadko z perspektywą trudności ekonomicznych.

Zwiększa się odsetek kobiet z wyższym wykształceniem. Wśród tej grupy kobiet mniejsza jest częstość nowotworów szyjki macicy oraz powikłań ciąży i porodu, zwłaszcza przedwczesnych porodów. Wiek inicjacji seksualnej jest wyższy u studentek w porównaniu z młodzieżą pracującą. Kobiety z wyższym wykształceniem lepiej się odżywiają, częściej uczęszczają podczas ciąży do szkół rodzenia. Jednocześnie kobiety te rodzą swoje dzieci w bardziej zaawansowanym wieku (RRL, 2010), co z punktu widzenia biologii procesów prokreacji nie jest korzystne. Ogólnie można jednak stwierdzić, że zmiany struktury wykształcenia kobiet oddziałują korzystnie na stan ich zdrowia prokreacyjnego.

Choroby przenoszone drogą płciową są istotnym czynnikiem ryzyka zaburzeń zdrowia prokreacyjnego kobiet. Choroby te towarzyszą nieuporządkowanemu życiu seksualnemu, paleniu papierosów oraz nadużywaniu alkoholu i narkotyków. Sprzyjają rozwojowi niektórych nowotworów złośliwych narządów płciowych (wirus brodawczaka – HPV), mogą być przyczyną zapalenia narządów miednicy małej prowadzącego do przewlekłych bólów w podbrzuszu pogarszających jakość życia i do niepłodności (Chlamydia, rzeżączka); mogą przyczyniać się do skrócenia czasu trwania życia i chorób potomstwa. Stany przednowotworowe szyjki macicy i nowotwory prowadzą czasem do ograniczenia płodności. Choroby przenoszone drogą płciową mogą być też przyczyną zakażenia zarodka, płodu podczas ciąży, prowadząc do poronień, wad rozwojowych, chorób płodu, mogą też być przyczyną zakażenia noworodka. Na zakażenie szczególnie narażone są młode kobiety. Brak precyzyjnych danych epidemiologicznych utrudnia ocenę stopnia zagrożenia zdrowia kobiet ze strony tych chorób. Choroby przenoszone drogą płciową nie są już obecnie zgłaszane do rejestru, a stosowane metody diagnostyki są niepewne (Majewski, Młynarczyk, 2007).

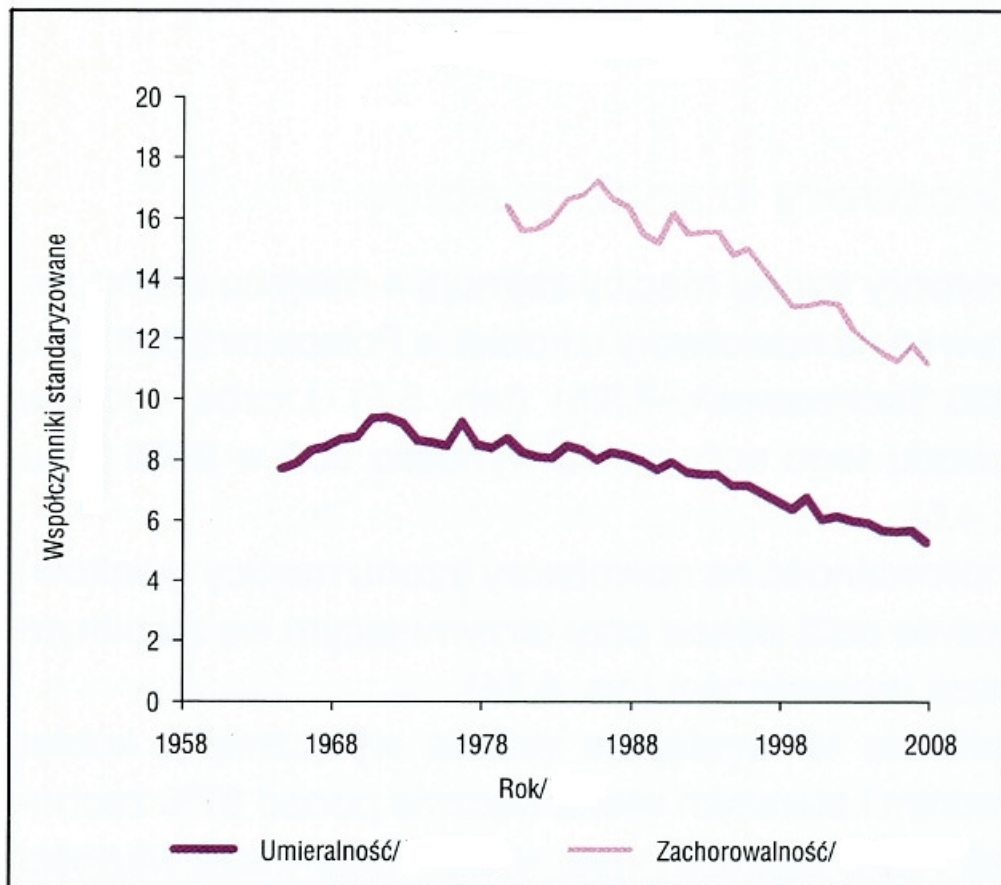
Nie mamy w Polsce programu zdrowotnego ukierunkowanego na profilaktykę pierwotną, wczesne wykrywanie i leczenie chorób przenoszonych drogą płciową. Szczepienia mogą ograniczyć częstość zakażeń wirusami brodawczaka (HPV) i zmniejszyć dzięki temu zachorowalność na raka szyjki macicy. Upowszechnienie szczepień nie powinno jednak zmniejszyć zainteresowania innymi skutecznymi metodami pierwotnej profilaktyki tego nowotworu (opóźnienie inicjacji seksualnej i zmniejszenie liczby partnerów). W Polsce obserwujemy zmniejszenie umieralności z powodu nowotworów szyjki macicy, ale wartość współczynnika umieralności w 2008 r. ($5,3/10^5$) jest u nas znacznie wyższa niż średnia ($1,6/10^5$) dla państw „starej” Unii Europejskiej (Wojciechowska, Didkowska, Zatoński, 2010).

Częstość zakażeń wirusem HIV jest w Polsce mniejsza w porównaniu z wszystkimi sąsiadującymi krajami (20–30 tys. przypadków rocznie). Przyczyną większości zakażeń wirusem HIV są obecnie kontakty heteroseksualne, szczególnie wśród młodych ludzi. W roku 2006 było leczonych 2700 osób (Marzec-Bogusławska, 2007). Kobiety stanowią około 30% zakażonych osób. Korzystna sytuacja epidemiologiczna w Polsce w porównaniu z krajami sąsiednimi może być następstwem wprowadzenia programów zdrowotnych, a także bardziej sprzyjających zdrowiu zachowań w sferze seksualnej. Został wdrożony program wczesnego wykrywania zakażeń HIV u kobiet w ciąży, finansowany ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia. Testy są oferowane kobietom na zasadzie dobrowolności.

Styl życia kobiety ma duży wpływ na jej zdrowie, także prokreacyjne. Aktywność fizyczna, sposób spędzania wolnego czasu i odżywiania, używki, narkotyki to czynniki możliwe do uniknięcia w odróżnieniu od czynników genetycznych, na które nie mamy wpływu, i tych czynników szkodliwych pochodzących ze środowiska zewnętrznego, na które mamy niewielki wpływ.

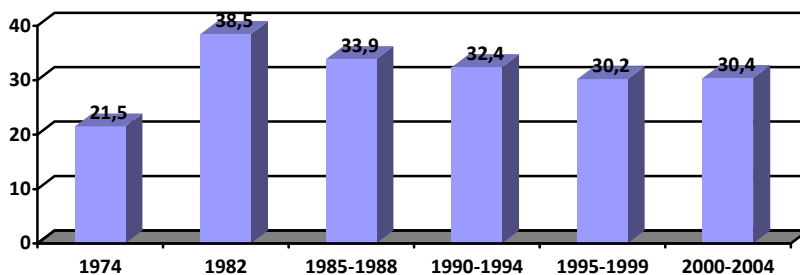
Palenie tytoniu to najważniejszy, odwracalny szkodliwy czynnik pochodzący z otaczającego środowiska. U kobiet składniki dymu tytoniowego działają na organizm podobnie jak na organizm mężczyzn, będąc przyczyną przewlekłej choroby płucnej czy raka płuc. Dodatkowo zakłócają zdrowie prokreacyjne. Palenie tytoniu może być przyczyną zaburzeń cyklu miesięczkowego, ograniczenia płodności, poronień samoistnych, porodów przedwczesnych, małej urodzeniowej masy ciała. Kobiety palące wcześniej przestają miesiączkować, częściej chorują na raka szyjki macicy.

Rysunek 2.1. Standaryzowane współczynniki zachorowalności i umieralności według wieku z powodu raka szyjki macicy, Polska 2008



Źródło: Wojciechowska, Didkowska, Zatoński (2010).

Rysunek 2.2. Odsetek kobiet w Polsce w wieku 15–49 lat codziennie palących papierosy



Źródło: Zatoński (2007).

Częstość nałogu wśród mężczyzn się zmniejsza, natomiast wśród kobiet nie zmienia się od lat 90. Częściej palą kobiety młode, przed 19. rokiem życia, a przede wszystkim kobiety w wieku 40–49 lat (Zatoński, Przewoźniak, 2005). Z punktu widzenia zdrowia prokreacyjnego niepokoi szczególnie popularność palenia papierosów wśród dziewcząt, które palą częściej niż ich rówieśnicy. Palenie może być u nich przyczyną zaburzeń okresu pokwitania, nieprawidłowego miesiączkowania, zwłaszcza w przypadkach kiedy paleniu towarzyszy zbyt mała waga ciała. Palenie przez kobiety po 40. roku życia zmniejsza ich wagę ciała, sprzyja osteoporozie, nowotworom płuc i szyjki macicy, przyspiesza menopauzę. Nie zmniejsza się częstość palenia wśród kobiet z wykształceniem podstawowym i zawodowym, u kobiet mieszkających na wsi i w dużych miastach. Konieczne z punktu widzenia zdrowia prokreacyjnego jest wdrożenie programu zdrowotnego ukierunkowanego na populację kobiet, dziewcząt i kobiet w ciąży, zobowiązanie lekarzy ginekologów i pediatrów do prowadzenia skutecznego poradnictwa antytytoniowego. Trzeba zwrócić uwagę na to, że nałóg palenia czasem wyprzedza wśród młodych kobiet nadużywanie alkoholu i stosowanie środków psychoaktywnych. Korzystne byłoby, jak się wydaje, zaliczenie dymu tytoniowego do odurzających środków psychoaktywnych.

Alkohol oddziałuje na organizm kobiety silniej niż na organizm mężczyzny. Najczęściej nadużywają alkoholu kobiety wykształcone w wieku 20–29 lat, a więc wówczas, kiedy ich płodność jest największa. Picie alkoholu przez młode kobiety sprzyja zaburzeniom odżywiania, małej masie ciała, zaburzeniom cyklu miesięcznego, chorobom przenoszonym drogą płciową, wykluczeniu społecznemu. Picie podczas ciąży jest przyczyną zespołu wad wrodzonych u dziecka. Korzystnym zjawiskiem jest zmniejszanie się konsumpcji alkoholu wśród kobiet w Polsce, niestety nie dotyczy to dziewcząt.

Szczególnie ważnym okresem dla zdrowia prokreacyjnego w dorosłym życiu jest okres dojrzewania i młodości, kiedy układ rozrodczy dziewczyny czy chłopca jest szczególnie podatny na szkodliwe oddziaływanie czynników zewnętrznych. Problemy zdrowotne tej grupy wiekowej wywierają wpływ na płodność, procesy demograficzne, przyrost naturalny, zastępowalność pokoleń i stan zdrowia następnych generacji. Są więc ważne dla rozwoju społeczeństwa i przyszłości państwa, powinny mieć znaczące miejsce wśród priorytetów polityki zdrowotnej. Wczesna inicjacja seksualna dziewcząt nie sprzyja zdrowiu prokreacyjnemu. Choroby przenoszone drogą płciową, nieplanowana ciąża, a w okresie późniejszym zespół bólowy miednicy małej, utrudniający współżycie płciowe, zaburzenia płodności, ciąża pozamaciczna, rak szyjki macicy – to ciężkie zdrowotne następstwa wcześniej podejmowanych niedojrzałych decyzji. Ryzyko zwiększa duża liczba partnerów seksualnych. Wcześniej rozpoczynają współżycie dziewczęta ze szkół zawodowych, mieszkające w mieście. Obserwuje się „dziedziczenie” zachowań – córka powiela zachowania matki z przeszłości. Zachęcanie młodych ludzi do zdobywania wykształcenia wyższego niż zawodowe, informacje o negatywnych następstwach wczesnego rozpoczynania współżycia seksualnego, objęcie szczególną opieką rodzin patologicznych, ograniczenie dostępu do pornografii, alkoholu i narkotyków – to przykłady działań, które mogą sprzyjać ograniczaniu częstości zbyt wczesnej inicjacji seksualnej.

Planowanie rodziny dzieli się na antykoncepcję i metody naturalnego planowania rodziny. Poradnictwo w tym zakresie nie spełnia jakościowych wymagań. Osoby zainteresowane nie otrzymują zwykle wystarczających informacji o skuteczności, objawach ubocznych i mechanizmie działania metod i środków planowania rodziny. W rezultacie ich niekontrolowane długotrwale stosowanie bywa przyczyną powikłań zdrowotnych. Antykoncepcja hormonalna zwiększa częstość raka piersi i szyjki macicy, przyczynia się do zmniejszenia częstości raka trzonu macicy i jajników. Koszt niektórych hormonalnych środków antykoncepcyjnych jest finansowany przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Koszty uczenia metod naturalnego planowania rodziny ponoszą użytkownicy.

Zagadnienia związane z planowaniem rodziny mogą i powinny być częścią opieki przeciążkowej (prekonceptyjnej). W ubiegłej dekadzie był finansowany program promocji takiej opieki. Udowodniono, że objęcie opieką medyczną kobiety przed ciążą jest korzystne dla udanej prokreacji. Przygotowanie do ciąży i ról rodzicielskich ma na celu usunięcie czynników ryzyka prawidłowego przebiegu ciąży i rozwoju dziecka przez zapłodnieniem. Wykonanie niezbędnych badań, modyfikacja rodzaju i dawek przyjmowanych leków, normalizacja wagi ciała, eliminacja szkodliwych czynników środowiskowych, zalecenie przyjmowania kwasu foliowego – to podstawowe elementy opieki medycznej prekonceptyjnej.

Płodność kobiety i mężczyzny oraz płodność małżeńska dotycząca obojga wymaga troski i ochrony. W mechanizmie płodności zaangażowane są procesy fizjologiczne podatne na oddziaływanie szkodliwych czynników zewnętrznych, zwłaszcza w młodym wieku. Jak już wspomniano, istotnym czynnikiem zwiększającym częstość niepłodności jest odkładanie decyzji prokreacyjnych na późniejsze lata życia. W części przypadków nie można odróżnić prawdziwej niepłodności od trudności donoszenia wczesnej ciąży. Nie ma wiarygodnych badań epidemiologicznych określających częstość niepłodności, prawdopodobnie dotyczy ona około 10–15% małżeństw. W części przypadków możliwa jest prewencja chorób mężczyzny lub kobiety prowadzących do niepłodności czy eliminacja czynników ryzyka. Nie powstał do tej pory program prewencji niepłodności w Polsce. Brakuje też wyspecjalizowanych, wielodyscyplinarnych ośrodków zajmujących się leczeniem niepłodności, usługi medyczne są rozproszone, reprezentują zróżnicowany poziom. Narodowy Fundusz Zdrowia nie finansuje nowoczesnych metod leczenia niepłodności, ani procedur sztucznego rozrodu.

Ciąża i poród mogą czasem stanowić zagrożenie dla zdrowia kobiety. Częstość zgonów matek oraz ich poważnych zachorowań podczas ciąży, porodu i połogu wskazuje w pewnym stopniu na jakość opieki położniczej, a każdy taki przypadek to tragedia dla rodziny i bliskich. Pogorszyła się jakość analiz zgonów matek, są one często powierzchowne i nie prowadzą do ujawnienia czynników mających związek przyczynowo-skutkowy a możliwych do uniknięcia. Wynika to ze słabości i z braku zaangażowania nadzoru specjalistycznego oraz z likwidacji nadzoru merytoryczno-organizacyjnego. W latach 2000–2004 współczynnik zgonów matek (na 100 000 żywych urodzeń) zmniejszył się z 7,7 do 6,4 (Troszyński, 2007). Dane te są porównywalne z informacjami pochodzącymi z większości krajów europejskich.

Tabela 2.4. Zgony kobiet związane z ciążą, porodem i pologiem w latach 1991–2004

Rok	Zgony kobiet na 100 tys. żywych urodzeń
1991	15,0
1993	12,4
1995	12,7
1997	11,2
1999	7,3
2001	8,4
2003	7,4
2004	6,7

Źródło: Troszyński (2007).

Na świecie odchodzi się od analiz zgonów matek (mających miejsce coraz rzadziej) jako jedyne narzędzia oceny jakości opieki okołoporodowej i bezpiecznego macierzyństwa. Analizuje się raczej częstość ciężkich zachorowań matek i na tej podstawie ustala się obecność czynników „do uniknięcia”, których wcześniejsza identyfikacja i usunięcie pozwoliłoby uniknąć tragedii – zgonu lub ciężkiego dla matki powikłania przebiegu ciąży albo porodu.

Jako niepowodzenie prokreacji określa się poronienie, urodzenie martwego dziecka, zgon dziecka podczas porodu lub bezpośrednio po nim. Liczba strat populacyjnych jest największa w najwcześniejszym okresie rozwoju, po zapłodnieniu (zgony zarodków, poronienia, wady rozwojowe), później maleje wraz z zaawansowaniem ciąży u matki (martwe urodzenia, zgony noworodków). Część dzieci rodzi się z wadami rozwojowymi i różnego rodzaju niepełnosprawnością czy chorobą.

Częstość poronień samoistnych nie jest dokładnie znana, szacunkowo wynosi ona około 10% liczby urodzeń. Częstość wczesnych niepowodzeń prokreacji można w pewnym stopniu zmniejszyć, upowszechniając opiekę zdrowotną przed ciążą i wczesne objęcie opieką zdrowotną kobiet będących we wczesnej ciąży.

W ostatnim czasie przywiązuje się większą wagę do martwych urodzeń jako niedoszacowanego do tej pory problemu zdrowotnego, którego rozmiary można zmniejszyć przez poprawę opieki medycznej podczas ciąży i porodu. Dopiero niedawno zaczęto w krajach rozwiniętych przywiązywać wagę do znaczenia martwego urodzenia dla rodziny, jej przyszłości. Częstość martwych urodzeń w niektórych krajach rozwiniętych, w tym w Polsce, przestała się zmniejszać w ostatnich latach. Obserwuje się znaczne zróżnicowanie przestrzenne, większą częstość w zaniedbanych ekonomicznie i kulturowo populacjach. W Polsce częstość urodzeń martwych zmniejszyła się w latach 2003–2010 o 0,7 ‰. W tym czasie współczynnik zgonów noworodków zmniejszył się o 1,1 ‰ (Troszynski, 2009).

W celu zmniejszenia częstości martwych urodzeń w krajach rozwiniętych zaleca się działania mające na celu identyfikację i usuwanie czynników ryzyka (m.in. otyłości, palenia papierosów, opóźnianie decyzji prokreacyjnych), poprawę opieki medycznej podczas ciąży, wczesne rozpoznawanie hipotrofii płodu i szczegółową przyczynową analizę każdego przypadku martwego urodzenia.

Wśród zgonów niemowląt największą grupę stanowią zgony noworodków. Duży odsetek zgonów noworodków, a więc także niemowląt, jest następstwem wcześniactwa, kiedy dziecko rodzi się przed terminem porodu, i hipotrofii, czyli stanu, kiedy masa ciała noworodka jest mniejsza niż powinna być dla danego wieku ciążowego. Prawidłowy przebieg ciąży, odpowiednia opieka medyczna podczas ciąży, porodu i po porodzie, wczesna identyfikacja czynników ryzyka, ich usuwanie lub zmniejszanie oddziaływania wpływają na wynik ciąży, na częstość zgonów noworodków i niemowląt.

Współczynnik umieralności okołoporodowej (martwe urodzenia i zgony noworodków) w latach 2000–2010 zmniejszył się z 9,7 ‰ do 6,8 ‰. Podobnie jak w przypadku innych wskaźników zdrowia prokreacyjnego najwyższą częstość zgonów okołoporodowych notuje się w województwach zachodnich i północnych (GUS, 2010). Na wielkość tego współczynnika wpływa częstość urodzeń dzieci o małej wadze urodzeniowej (poniżej 2500 g). Chodzi o wcześniactwo i hipotrofię płodu. W roku 2008 częstość urodzeń w klasie masy urodzeniowej poniżej 2500 g w Polsce wynosiła 6,0%. Najwięcej takich dzieci urodziło się w województwach zachodnich i północnych (Troszynski, 2009). Jest to najbardziej prawdopodobna przyczyna większej w tych województwach liczby zgonów okołoporodowych.

Tabela 2.5. Umieralność okołoporodowa w Polsce w latach 1970–2010

Rok	1970	1980	1990	2000	2005	2006	2009	2010
Umieralność okołoporodowa w ‰	27,4	21,2	19,8	9,9	8,4	8,3	7,4	6,9

Źródło: GUS.

Tabela 2.6. Umieralność okołoporodowa według województw w 2010 r.

Województwa	Współczynnik umieralności okołoporodowej w ‰
POLSKA	6,9
Dolnośląskie	7,6
Kujawsko-pomorskie	6,9
Lubelskie	5,6
Lubuskie	6,7
Łódzkie	6,0
Małopolskie	6,7
Mazowieckie	8,3
Opolskie	7,5
Podkarpackie	6,5
Podlaskie	6,9
Pomorskie	5,6
Śląskie	6,6
Świętokrzyskie	10,6
Warmińsko-mazurskie	6,0
Wielkopolskie	6,7
Zachodniopomorskie	7,4

Źródło: GUS.

Za ważny czynnik rozwoju ekonomicznego, poziomu kulturowego i stanu opieki medycznej nad matkami i dziećmi uznaje się współczynnik zgonów niemowląt. W latach 2000–2009 współczynnik ten zmniejszył się z 8,1 do 5,6 na 1000 żywych urodzeń. W krajach sąsiadujących współczynnik ten jest mniejszy niż w Polsce (Czechy, Chorwacja, Słowenia), identyczny (Węgry) lub wyższy niż w Polsce (Rosja, Ukraina). W krajach Europy Zachodniej jest często dwukrotnie mniejszy (GUS, 2011).

Tabela 2.7. Zgony niemowląt w Polsce w latach 1980–2010 (na 1000 urodzeń żywych)

Rok	Zgony w ‰
1980	25,5
1990	19,3
2000	8,1
2005	6,4
2009	5,6
2010	5,0

Źródło: GUS.

Udowodniono, że prawidłowa opieka medyczna nad kobietą przed ciążą, nad matką i dzieckiem podczas ciąży, porodu i po porodzie mają znaczący wpływ na przebieg procesów prokreacji, zmniejszenie częstości jej niepowodzeń oraz na prawidłowy rozwój dziecka i jego zdrowie. Prawidłowy przebieg procesów prokreacji zależy też od czynników natury pozamedycznej. Ważne znaczenie mają: sytuacja ekonomiczna rodzin i pojedynczych osób, polityka państwa, system prawny, czynniki natury psychologicznej, styl życia oraz system wartości.

Stan zdrowia prokreacyjnego, jakość opieki nad matką i dzieckiem nie są w sposób ciągły i konsekwentny monitorowane. Promocja zdrowia i profilaktyka w większości województw pozostają poza zasięgiem zainteresowania instytucji i osób, które mają wpływ na poziom opieki medycznej nad matkami i dziećmi. Opieka szpitalna i ambulatoryjna, w tym środowiskowa, funkcjonują niezależnie od siebie, ordynatorzy oddziałów zostali pozbawieni możliwości kontroli, szkolenia i koordynacji. Opieka ambulatoryjna podczas ciąży jest prowadzona bez nadzoru, cięższe powikłane nie są kierowane do poradni konsultacyjnych, bo ich zwykle nie ma. W rezultacie w przypadkach powikłań kwalifikowana pomoc pojawia się za późno. Istnieją duże trudności w niektórych województwach ze skierowaniem przypadków powikłań ciąży czy zagrożenia przedwczesnym porodem do ośrodków referencyjnych.

Nie może zatem dziwić mały postęp w zakresie zmniejszania umieralności okołoporodowej, zgonów niemowląt czy zgonów kobiet w związku z ciążą, porodem i położeniem. Zaniechanie indywidualnych analiz niepowodzeń położniczych (zgonów okołoporodowych płodów i noworodków), zerwanie związków między poradniami dla kobiet, opieką środowiskową a szpitalami powodują, że nie identyfikuje się niedociągnięć organizacyjnych, błędów wynikających z braku wiedzy czy wyszkolenia personelu medycznego.

Sytuacja w Polsce jest zróżnicowana. Są województwa, gdzie system trójstopniowej opieki okołoporodowej funkcjonuje lepiej, a niedonoszone dzieci rodzą się w ośrodkach klinicznych. Są jednak i takie regiony, gdzie system referencyjny funkcjonuje słabo, nie przywiązuje się znaczenia do profilaktyki, szkoły rodzenia są rzadkością, a szpitali przyjaznych dziecku, wdrażających prawidłowo karmienie piersią nie ma wcale. W tych samych województwach, na ogół zamożniejszych, umieralność okołoporodowa od wielu lat jest najwyższa, programy naprawcze koncentrują się na zakupach nowoczesnego sprzętu, a nie na promocji zdrowia i lepszej organizacji opieki medycznej.

Duże różnice geograficzne wartości wskaźników dotyczących zdrowia prokreacyjnego wskazują, że są znaczne rezerwy możliwości poprawy. Rezerwy te dotyczą, jak się wydaje, lepszej organizacji opieki medycznej, większego nacisku na profilaktykę i promocję zdrowia. Tam, gdzie dużo jest zgonów okołoporodowych i wcześniactwa (województwa zachodnie

i północne), matki częściej palą papierosy, więcej jest ciąż u młodocianych i u kobiet niezamężnych, gorsze są wyniki egzaminów maturalnych czy egzaminów dzieci kończących szkołę podstawową. W tych samych regionach więcej jest rozwodów, większa jest częstość nowotworów, krótszy czas trwania życia, mniejsze są też aspiracje edukacyjne młodego pokolenia.

Jest zaskakujące, że nieprawidłowym wskaźnikom dotyczącym zdrowia prokreacyjnego nie towarzyszy gorszy poziom ekonomiczny społeczeństwa. Informacje te wskazują na to, że poprawa zdrowia prokreacyjnego jest dość skomplikowanym zadaniem, zależy od wielu czynników, a czynnik ekonomiczny nie jest tak ważny, jak często się podaje. Należy zwrócić większą uwagę na czynniki kulturowe, ogólne wykształcenie czy system wartości. W nastawionych tradycyjnie i konserwatywnie oraz w ekonomicznie zaniedbanych regionach Polski południowej i wschodniej wiele wskaźników wskazuje lepszy stan zdrowia populacji, w tym zdrowia prokreacyjnego.

Kompleksową ocenę stanu zdrowia prokreacyjnego kobiet w Polsce można przeprowadzić, analizując poszczególne wskaźniki i na tej podstawie sformułować uogólnienia. Zmniejszenie umieralności kobiet, przedłużenie szacowanego trwania życia noworodka płci żeńskiej, zmniejszenie częstości zgonów matek – to pozytywne sygnały. Korzystna jest stosunkowo mała liczba zakażeń HIV. Nie osiągamy sukcesu w opóźnianiu momentu inicjacji seksualnej, zmniejszaniu częstości palenia papierosów wśród kobiet, zwłaszcza młodych, tempo spadku częstości zachorowań na nowotwory także nie jest satysfakcjonujące. Poważnym problemem pozostaje nieplodność będąca w dużym stopniu następstwem chorób przenoszonych drogą płciową i odkładania poczęcia dziecka.

Konieczna jest rzetelna analiza sytuacji na poziomie ogólnokrajowym, ale przede wszystkim w regionach czy województwach, sytuacja w kraju jest bowiem zróżnicowana. Potrzebna jest mobilizacja, działania rzeczywiste, a nie pozorne, i zwrócenie szczególnej uwagi na profilaktykę pierwotną zaburzeń zdrowia prokreacyjnego. Niezbędna jest edukacja społeczeństwa, oddziaływanie w kierunku poprawy życiowych aspiracji młodych ludzi, być może ich obywatelskiego wychowania, szanującego wartości i tradycje.

Program poprawy zdrowia prokreacyjnego powinien być dobrze zaplanowany, a jego cele mierzalne i możliwe do osiągnięcia. Należy ustalić możliwe przeszkody, sposób monitorowania programu, inwestować w lepszą organizację, wiedzę, umiejętności, a niekoniecznie w sprzęt medyczny.

W ostatnich miesiącach weszło w życie Rozporządzenie Ministra Zdrowia dotyczące opieki podczas prawidłowo przebiegającej ciąży i porodu (Dz. U. z dnia 8 kwietnia 2011 roku Nr 187, poz. 1259). Inicjatywę tę należy ocenić pozytywnie, także kontrowersyjną sprawę porodów, które będą się odbywać w domu. Wzrosnąć ma rola i kompetencje położnych, które będą mogły samodzielnie prowadzić ciążę i poród. Wdrożenie tych zasad do praktyki nie jest jednak możliwe, ponieważ Narodowy Fundusz Zdrowia nie uwzględnia możliwości sprawowania opieki przez położną, co Rozporządzenie nie tylko uwzględnia, ale wręcz nakazuje. Założeniem nowych przepisów była zmniejszona medykalizacja ciąży i porodu, co należy powitać z uznaniem. Poszczególne zapisy Rozporządzenia idą jednak w przeciwnym kierunku, na przykład zalecenie badania ginekologicznego podczas każdej wizyty, czterokrotnego badania ultrasonograficznego, wizyt co 2–3 dni w pierwszym tygodniu po terminie porodu, a po upływie tygodnia po terminie porodu obowiązkowa będzie hospitalizacja. Zalecenia te są niezgodne ze współczesną podręcznikową wiedzą, znacznie zwiększą wydatki na opiekę położniczą podczas prawidłowo przebiegającej ciąży i porodu. Można się obawiać, że optymalizacja kosztów opieki medycznej i adekwatna do potrzeb dystrybucja środków finansowych wbrew intencjom autorów nowych przepisów nie będzie osiągnięta.

Konieczne jest opracowanie standardów postępowania podczas powikłanej ciąży i nieprawidłowo przebiegającego porodu. Powinno to poprawić jakość opieki medycznej. Konieczne jest również opracowanie i wdrożenie spójnego, ogólnopolskiego, międzysektorowego programu poprawy stanu zdrowia prokreacyjnego uwzględniającego zróżnicowane warunki i potrzeby lokalne, obejmującego działania w zakresie profilaktyki i promocji zdrowia prokreacyjnego, leczenia chorób i restytucji zdrowia.

Uświadomienie przez obywateli konieczności wzięcia odpowiedzialności za własne zdrowie, ochrona płodności, uznanie podmiotowości matki i jej dziecka, położenie nacisku na profilaktykę i promocję zdrowia, dobrze zorganizowanej, efektywnej opieki medycznej, zmniejszenie częstości nieuzasadnionych procedur medycznych powinny przyczynić się do zmniejszenia częstości niepłodności, częstości występowania powikłań przebiegu ciąży, porodu i porożu, chorób i nieprawidłowości rozwoju dziecka oraz zdrowej prokreacji.

2.2. Rekomendacje kierunkowe

1. Poprawa stanu zdrowia kobiet w wieku prokreacyjnym w celu zmniejszenia częstości schorzeń narządów płciowych, w tym nowotworów, oraz zaburzeń płodności.
2. Poprawa szans realizacji planów prokreacyjnych przez zmniejszenie częstości niepowodzeń prokreacji: poronień, wad rozwojowych, wcześniactwa, martwych urodzeń i zachorowań oraz zgonów noworodków.
3. Zapewnienie optymalnych warunków do bezpiecznego macierzyństwa, małej częstości zgonów i ciężkich zachorowań kobiet w związku z ciążą, porodem i porożem w następstwie realizacji programu kształcenia rodziców i poprawy jakości opieki położniczej.

2.3. Rekomendacje szczegółowe

1. Kształtowanie wśród dziewcząt i chłopców – przyszłych rodziców – prozdrowotnych postaw, odpowiedzialności za własne zdrowie oraz przeciwdziałanie zachowaniom niesprzyjającym zdrowiu prokreacyjnemu: przedwczesnej inicjacji seksualnej, uzależnieniom i chorobom przenoszonym drogą płciową.
2. Upowszechnianie w społeczeństwie zachowań sprzyjających zdrowiu i realizacji planów prokreacyjnych.
3. Przygotowanie i upowszechnienie programu prewencji niepłodności.
4. Upowszechnienie poradnictwa przedciążowego w celu zmniejszenia częstości poronień, wad rozwojowych u potomstwa i innych niepowodzeń położniczych.
5. Prewencja wcześniactwa oraz małej urodzeniowej masy ciała.
6. Poprawa dostępności, skuteczności i jakości okołoporodowej opieki medycznej profilaktyczno-leczniczej zarówno ambulatoryjnej, jak i szpitalnej, dostosowanej do stanu zdrowia, potrzeb i oczekiwań matek i ich dzieci podczas ciąży, porodu i porożu.
7. Upowszechnienie inicjatywy „Szpital Przyjazny Dziecku” poprzez włączenie wszystkich szpitali położniczo-noworodkowych do realizacji programu promocji karmienia piersią.
8. Zmniejszenie zagrożeń dla zdrowia prokreacyjnego kobiet (w tym zaburzeń płodności, powikłań następnych ciąży i porodów) oraz zdrowia dzieci przez ograniczanie częstości wykonywania cięć cesarskich.
9. Przygotowanie i wdrożenie modelu bezpiecznego porodu poza szpitalem.
10. Modyfikacja i konsekwentne wdrażanie trójstopniowego systemu organizacji opieki okołoporodowej dostosowanej do stopnia i rodzaju ryzyka oraz systemu zarządzania jakością.

11. Zorganizowanie i wdrożenie nadzoru merytoryczno-organizacyjnego i ordynatorskiego, usprawnienie nadzoru specjalistycznego w opiece zdrowotnej nad matką i dzieckiem w celu zmniejszenia częstości zgonów okołoporodowych, zachorowań płodów i noworodków oraz umożliwienia dzieciom pełnej realizacji ich potencjału rozwojowego.
12. Edukacja i wsparcie rodziców po porodzie w celu ułatwienia im radzenia sobie w trudnościach dotyczących zdrowia matki, dziecka i funkcjonowania powiększonej rodziny.
13. Zapewnienie kompleksowej środowiskowej opieki medycznej nad matkami i noworodkami, uwzględniającej karmienie naturalne.
14. Zapewnienie równego dostępu do świadczeń medycznych, badań przesiewowych, szkół rodzenia, systemowej medycznej i socjalnej pomocy dostosowanej do potrzeb rodzin wielodzietnych oraz pochodzących ze środowisk zaniedbanych ekonomicznie i kulturowo, rodzin niewydolnych wychowawczo bądź patologicznych, przeciwdziałanie zdrowotnym następstwom ubóstwa, marginalizacji i wykluczenia społecznego.
15. Udoskonalenie i konsekwentne wdrażanie systemu zbierania informacji pozwalającego na systematyczne prowadzenie analiz umożliwiających identyfikację czynników ryzyka, analizę przyczyn niepowodzeń i powikłań zdrowotnych oraz optymalizację opieki medycznej i usprawnianie postępowania profilaktyczno-leczniczego.
16. Wdrożenie standardów postępowania profilaktyczno-leczniczego podczas prawidłowo przebiegającej ciąży i porodu oraz w przypadkach ich powikłań.
17. Monitorowanie wyposażenia zakładów opieki zdrowotnej, systemu szkolenia oraz zasobów kadr medycznych.
18. Usunięcie niedoborów lekarzy ginekologów, neonatologów i pediatrów, anestezjologów oraz pielęgniarek i położnych, zapewnienie im stabilizacji zawodowej.
19. Poprawa systemu finansowania opieki zdrowotnej nad matkami i dziećmi uwzględniającego nie tylko koszty leczenia, ale również promocji zdrowia, sprzyjającego wprowadzaniu nowych technologii medycznych. Stworzenie we współpracy z Narodowym Funduszem Zdrowia mechanizmu cyklicznej analizy i oceny procedur medycznych.
20. Tworzenie prawa sprzyjającego prawidłowemu przebiegowi procesów prokreacji.
21. Wspieranie prac naukowo-badawczych oraz opracowań dotyczących oceny i zmniejszania wpływu czynników ryzyka, sytuacji demograficznej i epidemiologicznej, społecznych warunków zdrowia matek i dzieci oraz prognozowania kierunków zmian.
22. Wspieranie lokalnych inicjatyw prozdrowotnych, współpraca z organizacjami pozarządowymi.

2.4. Źródła i sposoby finansowania

- Narodowy Fundusz Zdrowia.
- Ministerstwo Zdrowia (zdrowotne programy profilaktyczne).
- Unia Europejska.

2.5. Tematy prac naukowo-badawczych

1. Ocena wpływu cięcia cesarskiego na częstość powikłań podczas następnej ciąży i porodu.
2. Ocena wpływu przebytego cięcia cesarskiego na plany prokreacyjne i możliwości ich realizacji.
3. Badania zależności pomiędzy małą urodzeniową masą ciała a występowaniem chorób w wieku dojrzałym.

4. Medyczna, społeczna i psychologiczna analiza przyczyn uwarunkowań różnic geograficznych występowania niepowodzeń prokreacji w Polsce.
5. Badania nad medycznymi, społecznymi i psychologicznymi czynnikami ryzyka niepłodności.
6. Ocena częstości występowania niepłodności małżeńskiej w Polsce.
7. Przygotowanie i wdrożenie modelu przyczynowej analizy zachorowań i zgonów matek.
8. Ocena bezpieczeństwa porodu w domu.
9. Ocena zależności pomiędzy prawidłowym funkcjonowaniem systemu referencyjnego a częstością zachorowań i zgonów noworodków i niemowląt.
10. Przygotowanie, wdrożenie i ocena skuteczności programu ukierunkowanego na opóźnienie wieku inicjacji seksualnej.
11. Przyczynowa ocena niepowodzeń w upowszechnianiu badań przesiewowych ukierunkowanych na wczesne wykrywanie nowotworów narządów płciowych i piersi.

Bibliografia

- GUS (2010), *Rocznik Demograficzny 2010*, Główny Urząd Statystyczny, Warszawa.
- GUS (2011), *Rocznik Demograficzny 2011*, Główny Urząd Statystyczny, Warszawa.
- Majewski S., Młynarczyk B. (2007), *Sexually Transmitted Infections*, w: *Women's Reproductive Health in Poland 2006*, United Nations Development Programme, 53–59.
- Marzec-Bogusławska A. (2007), *HIV/AIDS infections*, w: *Women's Reproductive Health in Poland 2006*. United Nations Development Programme, 60–63.
- RM (2011), *Sprawozdanie Rady Ministrów z wykonywania oraz o skutkach stosowania w roku 2010 Ustawy z dnia 7 stycznia 1993 roku o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży*, Rada Ministrów, Warszawa.
- RRL (2010), *Sytuacja Demograficzna Polski. Raport 2009–2010*, Rządowa Rada Ludnościowa, Warszawa.
- Troszyński M. (2009), *Umieralność okołoporodowa wczesna płodów i noworodków – Polska 2008*, Instytut Matki i Dziecka, Warszawa.
- Troszyński M. (2007), *Maternal Mortality*, w: *Women's Reproductive Health in Poland 2006*, United Nations Development Programme.
- Wojciechowska U., Didkowska J., Zatoński W. (2010), *Nowotwory złośliwe w Polsce w 2008 roku*, Ministerstwo Zdrowia, Warszawa.
- Zatoński W. (2007), *Tobacco Use*, w: *Women's Reproductive Health in Poland 2006*, United Nations Development Programme.
- Zatoński W., Przewoźniak K. (2005), *Cel operacyjny nr 3 „Zmniejszenie rozpowszechnienia palenia tytoniu”*, w: Goryński P., Wojtyniak B., Kuszewski K., *Monitoring oczekiwanych efektów realizacji narodowego Programu Zdrowia 1996–2005*, Ministerstwo Zdrowia, Państwowy Zakład Higieny, Warszawa.

Rozdział 3.

ZDROWIE DZIECI I MŁODZIEŻY W POLSCE. ZARYS DIAGNOZY I KIERUNKÓW POPRAWY

Wprowadzenie

Potrzebę ochrony zdrowia i inwestowania w rozwój dzieci i młodzieży można uzasadnić przesłankami moralnymi, medycznymi, społecznymi i ekonomicznymi, jak również prawnym obowiązkiem wynikającym z przepisów *Konstytucji RP* oraz *Konwencji o prawach dziecka*.

Opieka nad dziećmi bywa niekiedy postrzegana w perspektywie krótkofalowej w kategoriach problemu, tymczasem w istocie zdrowe młode pokolenie stanowi szansę na rozwiązanie w przyszłości wielu problemów, z którymi borykamy się dzisiaj, także tych, które wynikają z prognoz demograficznych.

Trwający w Polsce od 22 lat proces transformacji ustrojowej wywarł zróżnicowany wpływ na sytuację zdrowotną dzieci i młodzieży. Z jednej strony dzieci w Polsce cieszą się obecnie na ogół lepszym stanem odżywienia, zdrowia i rozwoju niż kiedykolwiek w przeszłości. Z drugiej strony osiągnięcia zdrowotne okresu transformacji rozkładają się nierównomiernie wśród populacji polskich dzieci, a ponadto pozostały krytyczne wyzwania i ujawniły się nowe zagrożenia dla ich zdrowia i rozwoju (Szymborski, Jakóbiak, red., 2008). Poszerzające się ubóstwo znacznej części społeczeństwa dotyka szczególnie dzieci, stając się jednocześnie największą, obok zaniedbań opieki i nasilonych zjawisk patologicznych, przeszkodą w zaspokajaniu podstawowych potrzeb zdrowotnych, edukacyjnych, rozwojowych i socjalnych dzieci oraz młodzieży. W Polsce zagrożenie ubóstwem dzieci i młodzieży jest znacznie silniejsze niż dorosłych. W roku 2010 około 12% dzieci do lat 18 wchodziło w skład gospodarstw, w których poziom wydatków był niższy od ustawowej granicy ubóstwa. W gospodarstwach, których wydatki były niższe od minimum egzystencji, żyło natomiast ponad 8% osób poniżej 18. roku życia. Grupę najbardziej zagrożoną ubóstwem stanowią rodziny wielodzietne. Wśród małżeństw z co najmniej czworgiem dzieci na utrzymaniu około 34% osób żyło w 2010 r. w sferze ubóstwa ustawowego i około 24% w sferze ubóstwa skrajnego (GUS, 2011c).

Przyczyny wielu problemów zdrowotnych dzieci i młodzieży w Polsce tkwią jednak także w istotnych ograniczeniach, jakie czasami narzucają dzieciom, ich rodzinom i opiekunom: niska jakość, wąski zakres i utrudniona dostępność do opieki profilaktyczno-leczniczej i pomocy socjalnej, a będących przejawem braku spójnej, konsekwentnej polityki państwa wobec dzieci (Szymborski, 2008).

Pełniejszych informacji na temat różnych aspektów zdrowia dzieci i młodzieży dostarczają opracowania Biura Rzecznika Praw Obywatelskich oraz Głównego Urzędu Statystycznego:

Zdrowie dzieci i młodzieży w Polsce (Szymborski, Jakóbiak, red., 2008), *Dzieci w Polsce w 2008 roku* (GUS, 2009) oraz *Ochrona dzieci a przyszłość demograficzna Polski* (Szymborski, red., 2010).

Ocena stanu zdrowia dzieci i młodzieży, dokonywana na podstawie danych na temat umieralności oraz informacji uzyskanych z rejestrów zachorowań i procedur profilaktycznych podlegających obowiązkowemu zgłaszaniu, choć wykorzystuje najbardziej dostępne dane, nie jest oceną najpełniejszą i najbardziej przydatną w praktyce do skutecznego działania na rzecz poprawy sytuacji zdrowotnej młodego pokolenia. Dane te tylko w pewnym zakresie zbierane są w sposób ciągły lub systematycznie powtarzany, z definicji są ukierunkowane na problem zdrowotny, a nie na osobę, podczas gdy podejście uznające dziecko za podmiot oceny stanowi klucz do racjonalnego inwestowania w rozwój i zdrowie dzieci i młodzieży. Dlatego ważnym źródłem informacji na ten temat są „Badania stanu zdrowia ludności” GUS, których podstawę stanowią subiektywne oceny respondentów odnoszone do wielu aspektów zdrowia, co pozwala wyznaczyć profil zdrowotny danego dziecka lub zbiorowiska dzieci i określić, w jakich wymiarach uzyskane wyniki szczególnie odbiegają od normy lub średniej populacyjnej.

Reprezentacyjne ankietowe badania stanu zdrowia ludności Polski GUS przeprowadzał już dwukrotnie – w latach 1996 i 2004. Były one przygotowane zgodnie z zaleceniami międzynarodowych organizacji zajmujących się statystyką zdrowia. W roku 2009 po raz pierwszy przeprowadzono w Polsce „Europejskie Ankietowe Badanie Zdrowia” (EABZ) zgodnie z wytycznymi Eurostatu (GUS, 2011b). Uzyskane informacje statystyczne zostały uogólnione na ludność Polski zamieszkałą w gospodarstwach domowych według stanu z 31 grudnia 2009 r.; pozyskane wyniki są reprezentatywne na poziomie kraju, a wybrane informacje – również na poziomie województw. W niniejszym opracowaniu wykorzystano dane odnośnie do samooceny stanu zdrowia, występowania długotrwałych problemów zdrowotnych, chorób przewlekłych, niepełnosprawności, wybranych aspektów stylu życia dzieci w wieku 0–14 lat i młodzieży w wieku 15–19 lat. Metodologię badania stanu zdrowia ludności Polski, sposób jego realizacji oraz uzyskane wyniki zawiera publikacja GUS *Stan zdrowia ludności Polski w 2009 r.* (GUS, 2011b). Informacje na temat korzystania z usług medycznych zaczerpnięto z publikacji GUS: *Podstawowe dane z zakresu ochrony zdrowia w 2009 r.* (GUS, 2011a). Dane na temat ruchu naturalnego ludności odnoszące się do populacji dzieci i młodzieży pozyskano z publikacji GUS: *Rocznik Demograficzny 2011* (GUS, 2011b). W zależności od źródła danych przedziały wiekowe przedstawione są niejednolicie, co wynika z metodologii badań przeprowadzanych przez GUS, a zawartej w podanych wyżej opracowaniach.

3.1. Charakterystyka demograficzna

W końcu 2010 r. ludność Polski liczyła 38 200 tys. mieszkańców, z tego 7140,2 tys. to dzieci i młodzież w wieku 0–17 lat, co stanowiło około 19% ogółu ludności. Odsetek dzieci i młodzieży w ogólnej populacji maleje nieprzerwanie od połowy lat 80. ubiegłego wieku. W roku 1990 populacja dzieci i młodzieży w wieku 0–17 lat stanowiła prawie 30% społeczeństwa, zaś na początku tego wieku tylko niespełna 25%. W 2010 r. było 5758 tys. dzieci w wieku 0–14 lat, tj. 15,1% ogółu ludności wobec prawie 25% w 1990 roku.

Wśród dzieci i młodzieży w wieku 0–17 lat występuje liczebna przewaga chłopców, gdyż rodzi się ich więcej – średnio około 51,4% ogólnej liczby urodzeń. Na 100 chłopców przypada 95 dziewcząt, podczas gdy ogólny współczynnik feminizacji dla Polski wynosi 107, co jest wynikiem nadumieralności mężczyzn w starszych grupach wieku.

Urodzenia żywe. Zasadniczym czynnikiem determinującym liczebność populacji dzieci i młodzieży w wieku 0–17 lat jest liczba urodzeń. W latach 1984–2003 obserwowano systematyczny spadek liczby urodzeń – od 723 tys. do 351 tys., co decydowało o stałym zmniejszaniu się liczebności dzieci i młodzieży. Rok 2009 był szóstym i ostatnim z kolei, w którym liczba urodzeń rosła. W roku 2009 urodziło się ponad 418 tys. dzieci, tj. o ponad 67 tys. więcej niż w 2003 r., ale o około 25% mniej w stosunku do roku 1990 i ponad 40% mniej niż w 1983 roku. W 2010 r. odnotowano spadek liczby urodzeń do 413,3 tysięcy.

Mimo rosnącej od 2004 r. liczby urodzeń (obecnie kobiety urodzone w latach ostatniego wyżu demograficznego z lat 1979–1983, a także z lat 1984–1988 znajdują się w wieku najwyższej lub wysokiej płodności), nadal utrzymuje się obserwowana w Polsce od 1989 r. depresja urodzeniowa. W 2010 r. współczynnik dzietności wynosił 1,382.

Przeobrażenia demograficzne obserwowane w ostatnim dwudziestoleciu wyrażają się m.in. przesunięciem najwyższej płodności kobiet z grupy wieku 20–24 lata do grupy 25–29 lat, a także znaczącym wzrostem płodności w grupie wieku 30–34 lata. Przesuwa się także średni wiek matki, który w 2010 r. wynosił 28,6 lat wobec około 26 lat w połowie lat 90., jak i średni wiek matki w momencie urodzenia pierwszego dziecka – 26,6 lat w 2010 r. wobec około 23 lat w latach 90. Zmieniła się też struktura wykształcenia matek; w stosunku do początku lat 90. ponad pięciokrotnie wzrósł odsetek matek z wykształceniem wyższym, natomiast prawie trzykrotnie zmniejszył się odsetek kobiet z wykształceniem podstawowym i bez wykształcenia.

Małżeństwa i rozwody. Na dzietność kobiet w znacznym stopniu wpływa liczba zawieranych związków małżeńskich – w 2010 r. zawarto w Polsce 228 337 małżeństw, o 22,5 tys. mniej niż w roku poprzednim. Zdecydowana większość dzieci rodzi się w rodzinach tworzonych przez prawnie zawarte związki małżeńskie – 79,4% w 2010 r., jednak od kilkunastu lat systematycznie rośnie odsetek urodzeń pozamałżeńskich. Na początku lat 90. ze związków pozamałżeńskich rodziło się około 6–7% dzieci, zaś w ostatnich latach od 17% do 20,6% w 2010 roku. Odsetek ten jest zdecydowanie wyższy w miastach niż na wsi. Rosnący współczynnik dzietności pozamałżeńskiej może oznaczać, że zwiększa się liczba rodzin tworzonych przez związki partnerskie lub wzrasta liczba matek samotnie wychowujących dzieci, tj. tworzących rodziny niepełne. Wyniki spisu powszechnego wykazały, że w 2002 r. w Polsce istniało 6079 tys. rodzin z dziećmi w wieku do 24 lat pozostającymi na utrzymaniu. Wśród tych rodzin największy był udział małżeństw – prawie 80%, samotne matki stanowiły niemal 17%, samotni ojcowie – niespełna 2%, a około 2% tzw. związki partnerskie.

W wyniku rozwodu rodziców co roku około 50–60 tys. dzieci w wieku poniżej 18 lat pozostaje poza pełną rodziną. W latach 1990–2003 liczba rozwodów kształtowała się na poziomie 40–45 tys., natomiast w latach 2004–2006 liczba rozwodów gwałtownie wzrosła do 72 tysięcy. W roku 2010 rozwiodło się około 61 300 par małżeńskich (o ponad 4 tys. mniej niż rok wcześniej), przy czym w miastach liczba rozwodów jest prawie trzykrotnie wyższa niż na wsi. W tym samym roku orzeczono 2789 separacji – o 444 mniej niż przed rokiem. Wśród rozwiedzionych w 2010 r. małżeństw wychowywało się 52,2 tys. dzieci, wśród małżeństw w separacji – prawie 2,8 tys. dzieci.

Umieralność dzieci i młodzieży. W Polsce z roku na rok obserwuje się spadek liczby zgonów niemowląt. W 2010 r. odnotowano zgony 2057 niemowląt, a współczynnik wyrażający liczbę zgonów niemowląt na 1000 urodzeń żywych wyniósł 5,0‰ i był o 0,6‰ niższy niż przed rokiem – dla porównania w 1990 r. wynosił 19,3‰, a w 2000 r. – 8,1‰.

Współczynnik umieralności niemowląt płci męskiej był wyższy niż niemowląt płci żeńskiej (5,3‰ wobec 4,6‰). Współczynnik umieralności noworodków w wieku 0–27 dni wyniósł

3,5%, natomiast noworodków w wieku 0–6 dni – 2,6%. W roku 2010 w jedenastu województwach odnotowano współczynnik poniżej średniej dla Polski, w tym najniższy w woj. świętokrzyskim (4,2‰), natomiast w pięciu województwach umieralność niemowląt była powyżej średniej, w tym najwyższa w śląskim (7,19‰).

Przyczyną ponad połowy zgonów niemowląt są choroby i stany okresu okołoporodowego, 1/3 zgonów spowodowana jest wadami rozwojowymi, a pozostałe zgony są skutkiem chorób nabytych w okresie niemowlęcym lub urazów.

W Polsce notuje się także spadek umieralności dzieci i młodzieży, najszybszy w grupie wiekowej 1–4 lata (tab. 3.1).

Tabela 3.1. Umieralności dzieci i młodzieży w grupach wiekowych na 100 tys. populacji

Rok	Wiek w latach (na 100 000 danej populacji)			
	1–4	5–9	10–14	15–19
1990	59	27	29	69
2000	31	17	19	52
2005	27	16	17	47
2009	22	14	18	49
2010	21	12	15	44

Źródło: zestawienie własne na podstawie danych GUS (2011b).

Współczynnik umieralności w 2010 r. był wyższy u chłopców niż u dziewcząt w każdej populacji, przy czym w grupie wiekowej 1–4 lata różnica wyniosła 2 pkt. proc., w populacji 5–9 lat 3 pkt., a w populacji 10–14 lat 6 pkt., natomiast u młodzieży w wieku 15–19 lat odnotowano ponad trzykrotną przewagę zgonów u chłopców (66 na 100 tys. wobec 21 na 100 tys. w grupie dziewcząt).

Najczęstszą przyczyną zgonów dzieci i młodzieży w wieku 1–19 lat są urazy i zatrucia, które odpowiadają za ponad połowę zgonów, przy czym w populacji 15–19 lat przyczyniają się do ponad 60% wszystkich zgonów. Są to przede wszystkim urazy spowodowane wypadkami komunikacyjnymi (prawie 50% zgonów w wyniku urazów). Samobójstwa są przyczyną 23% zgonów (wśród chłopców ok. 26%, wśród dziewcząt ok. 16%), przy czym obserwuje się niepokojący trend wzrostowy samobójstw wśród dzieci i młodzieży – na początku lat 90. samobójstwa stanowiły około 10% zgonów w wyniku urazów w populacji wiekowej 5–19 lat. Najczęstszą chorobową przyczyną zgonów dzieci i młodzieży są nowotwory – prawie 13% zgonów.

3.2. Wybrane informacje z prognozy demograficznej do 2035 roku

Zgodnie z wynikami opublikowanej przez GUS w lipcu 2008 r. nowej prognozy ludności w Polsce do 2035 r. wystąpią istotne przemiany ludnościowe, przede wszystkim systematyczne zmniejszanie się liczby ludności i postępujący proces starzenia społeczeństwa. Przewiduje się znaczne zmiany struktury populacji według wieku, w tym obniżanie się odsetka dzieci i młodzieży.

Przyjęto, że współczynnik dzietności będzie kształtował się w granicach 1,42 w 2015 r. do 1,45 począwszy od 2022 roku. Prognozowany jest stały spadek liczby urodzin – do 272 tys.

w 2035 roku. Przewiduje się, że liczba dzieci i młodzieży w wieku 0–18 lat zmniejszy się z 7884,3 tys. w roku 2008 do 6020,1 tys. w 2035 r., tj. o ponad 1,8 mln osób, a udział dzieci i młodzieży w populacji ogółem wyniesie tylko 16,7%. Populacja dzieci w wieku do 14 lat zmniejszy się w 2035 r. o 1,4 mln.

3.3. Wybrane aspekty zdrowia dzieci i młodzieży na podstawie Europejskiego Ankietowego Badania Zdrowia w 2009 r.

Stan zdrowia populacji w wieku 0–14 lat. W ciągu pięciu lat od ostatniego badania subiektywna ocena stanu zdrowia dzieci do lat 14 uległa poprawie, przy czym uwidocznił się wzrost odsetka ocen bardzo dobrych (o 10 pkt. proc.) kosztem zmniejszenia ocen dobrych i niższych. Dla 47,9% ogółu dzieci do lat 14 uzyskano bardzo dobrą ocenę stanu zdrowia, dobrą – dla 44,3%, średnią (ani dobrą ani złą) – dla 6,4%, zaś ocenę złą lub bardzo złą – dla 1,3% dzieci. W poprzednim badaniu odsetki te wynosiły odpowiednio 38%, 53%, 7% oraz 1,5%.

U niemal 31% dzieci do 14. roku życia odnotowano kiedykolwiek przynajmniej jedną chorobę lub dolegliwość przewlekłą, natomiast 27,1% ogółu badanych dzieci choruje obecnie na co najmniej jedną przewlekłą chorobę. Dla porównania w 2004 r. obecność chorób przewlekłych odnotowano u 22,4% dzieci. Częściej chorują dzieci w wieku 5–9 lat (31%) oraz 10–14-letnie (ponad 30%) niż najmłodsze w wieku 0–4 lata (około 23%). Dzieci najczęściej chorują przewlekłe na różnego rodzaju alergie (17%) – prawie dwukrotnie częściej w porównaniu do wyników poprzedniego badania (tab. 3.2).

Tabela 3.2. Dzieci w wieku 0–14 lat cierpiące na choroby przewlekłe. N = 5783 tys.

Choroba lub uraz	Wiek w latach				Wiek w latach			
	Ogółem	0–4	5–9	10–14	Ogółem	0–4	5–9	10–14
	w tysiącach				w odsetkach			
Razem	1557,2	442,7	535,3	579,3	27,1	22,7	30,0	28,7
Alergia	977,9	294,2	371,0	312,7	17,0	15,1	20,8	15,5
Astma	164,4	23,4	73,5	67,5	2,9	1,2	4,1	3,3
Choroby oka	246,7	38,4	60,7	147,7	4,3	2,0	3,4	7,3
Choroby kręgosłupa	86,9	6,3	22,8	57,8	1,5	0,3	1,3	2,9
Częste bóle głowy	105,2	0,6	27,1	77,6	1,8	–	1,5	3,8
Trwały uraz	29,6	6,3	6,2	17,1	0,5	0,3	0,3	0,8
Inne choroby	443,5	152,9	146,8	143,8	7,7	7,9	8,2	7,1

Źródło: zestawienie własne na podstawie danych GUS (2011b).

Kolejne, stosunkowo często występujące schorzenia to choroby oka – 4,3% oraz astma – 2,9%. Na bóle głowy lub migrenę cierpi 1,8% dzieci, a na choroby kręgosłupa 1,5%. Chłopcy chorują częściej niż dziewczynki i jest to widoczne w każdej grupie wiekowej. Przewlekłe choruje obecnie 26% chłopców w wieku 0–4 lata, 34% w wieku 5–9 lat oraz 31% 10–14-latków. Odsetki chorujących dziewczynek wynoszą odpowiednio – 20%, 29% i 30%. Wyraźnie częściej, niezależnie od grupy wiekowej, chorują dzieci mieszkające w miastach niż na wsi.

Istnienie długotrwałych problemów ze zdrowiem zgłaszali rodzice 15,6% badanych dzieci (w 2004 r. 16,3%). Wynika z tego, że niemal co szóste dziecko ma długotrwałe dolegliwości zdrowotne. Największą grupę wieku z takim problemami stanowią dzieci w wieku 5–9 lat (19,1%), najmniejszą – dzieci najmłodsze do czwartego roku życia. Znacznie częściej długotrwałe problemy zdrowotne dotyczą dzieci mieszkające w miastach – 17,5% niż na wsi – 13,2% oraz częściej chłopców – 17,4% niż dziewcząt – 13,7%.

Badanie dotyczyło ponadto takich kłopotów lub trudności, które ograniczają aktywność dziecka w porównaniu z rówieśnikami i/lub wymagają korzystania z dodatkowego sprzętu (np. okularów, aparatu słuchowego, kuli). Ponad 10% dzieci w wieku 0–14 lat (najczęściej 14,5% w grupie wiekowej 10–14 lat) ma poważne kłopoty lub trudności związane z funkcjonowaniem narządów zmysłu lub ruchu. Częściej dotyczą one chłopców (11,2%) niż dziewcząt (9,9%). Głównie występują problemy ze wzrokiem – u prawie 600 na 1000 dzieci z kłopotami i trudnościami, najczęściej u 816 na 1000 dzieci w grupie wiekowej 10–14 lat. Częściej dotyczą one dziewcząt.

Trudności w mówieniu wśród 5–9-latków występują nieco częściej niż kłopoty ze wzrokiem – odpowiednio u 447 i 415 na 1000 dzieci z problemami. W tej grupie wiekowej częściej niż w pozostałych są notowane kłopoty ze słuchem. Wśród dzieci korzystających z urządzeń pomocniczych największą grupę (8,2% ogółu) stanowią dzieci noszące okulary lub szkła kontaktowe i są to najczęściej 10–14-latkowie – 15,6% dzieci. Niewiele ponad 1% ogółu badanych korzysta z innych urządzeń, jak: aparat słuchowy, kula, balkonik, wózek inwalidzki itp.

Liczba dzieci niepełnosprawnych (0–14 lat) ogółem wynosi prawie 180 tys. (w 2004 r. 208,9 tys.), w tym ponad 46 tys. dzieci niepełnosprawnych prawnie i biologicznie, blisko 123 tys. tylko z prawnym orzeczeniem oraz niemal 11 tys. dzieci niepełnosprawnych tylko biologicznie (tab. 3.3).

**Tabela 3.3. Dzieci niepełnosprawne według kryterium
Narodowego Spisu Powszechnego**

Wiek w latach	Razem	Prawnie i biologicznie	Tylko prawnie	Tylko biolog.	Razem	Prawnie i biolog.	Tylko prawnie	Tylko biolog.
	w tysiącach				w odsetkach			
0–14	179,8	46,4	122,7	10,7	3,1	0,8	2,1	0,2
0–4	43,3	9,7	31,6	2,0	2,2	0,5	1,6	0,1
5–9	71,1	17,4	47,3	6,3	4,0	1,0	2,7	0,4
10–14	65,3	19,2	43,8	2,4	3,2	1,0	2,2	0,1

Źródło: jak w tabeli 3.2.

Największy odsetek dzieci niepełnosprawnych odnotowano w grupie wiekowej 5–9 lat – 4,0%. Wśród 10–14-latków jest 3,2% niepełnosprawnych, a wśród najmłodszych – 2,2%. W najstarszej grupie jest też relatywnie najwięcej dzieci niepełnosprawnych prawnie i jednocześnie biologicznie – 1,0% oraz tylko prawnie – 2,2%. Natomiast największą liczbę dzieci niepełnosprawnych tylko biologicznie odnotowano w grupie 5–9-latków. Chłopców obciążonych niepełnosprawnością jest więcej niż dziewczynek (odpowiednio 102,1 tys. i 77,7 tys.). Z kolei według kryterium niepełnosprawności UE w populacji 2–14 lat jest 264 tys. dzieci

niepełnosprawnych, w tym 57 tys. z poważnym, a 207 tys. z niezbyt poważnym ograniczeniem sprawności (tab. 3.4). Niepełnosprawność według tych kryteriów występuje u 5,4% chłopców w wieku 2–14 lat, najczęściej w grupie 5–9 lat (7,1%) oraz u 3,8% dziewczynek najczęściej w wieku 10–14 lat (4,2%).

Tabela 3.4. Dzieci niepełnosprawne biologicznie według kryteriów UE i stopnia ograniczenia sprawności w 2009 r.

Wiek w latach	Razem	Ograniczenie	Ograniczenie, ale niezbyt poważne	Razem	Ograniczenie	Ograniczenie, ale niezbyt poważne
	w tysiącach			w odsetkach		
2–14	264,0	57,0	207,0	4,6	1,0	3,6
2–4	56,7	11,7	45,0	2,9	0,6	2,3
5–9	98,0	23,8	74,2	5,5	1,3	4,2
10–14	109,4	21,6	87,8	5,4	1,1	4,3

Źródło: jak w tabeli 3.2.

Stan zdrowia młodzieży w wieku 15–19 lat. Oceniając stan swego zdrowia, 48,9% osób w wieku 15–19 lat uznało go za bardzo dobry, 42,0% za dobry, 7,9% za średni i tylko 1,1% za zły lub bardzo zły. Częściej bardzo dobre oceny stanu zdrowia zgłaszali mężczyźni (50,9%) niż kobiety (46,8%), które jednocześnie nieco rzadziej oceniały stan zdrowia jako zły lub bardzo zły (0,9% wobec 1,1%).

Długotrwałe problemy zdrowotne odnotowano u 501,7 tys. młodzieży w wieku 15–19 lat, tj. u 20,5% tej populacji, tak samo często u chłopców i dziewcząt. Dla porównania w 2004 r. problemy te dotyczyły 14,8% młodzieży. Średnia liczba schorzeń przewlekłych na 1 osobę w wieku 15–19 lat chorującą obecnie wynosi 1,5 i jest nieco wyższa u kobiet (1,5) niż u mężczyzn (1,4). Prawie 23% ludzi młodych (odsetek taki jak w badaniu z 2004 r.) zgłasza obecnie chorobę przewlekłą, częściej dziewczęta (niemal co czwarta) niż chłopcy (ponad jedna piąta).

Z rozkładu chorobowości zilustrowanego w tab. 3.5. wynika, że u dziewcząt znacznie częściej niż u chłopców występuje astma, przewlekłe choroby nerek, choroby tarczycy i depresja. Z kolei chłopcy częściej zgłaszają występowanie przewlekłego zapalenia oskrzeli, choroby wrzodowej żołądka lub dwunastnicy, silnych bólów głowy, bólów szyi, przewlekłych stanów lękowych. Aż trzykrotnie częściej u chłopców niż u dziewcząt występuje trwały uraz po wypadkach.

Niepełnosprawnością według kryteriów NSP obarczonych jest 103,4 tys. (w 2004 r. 118,3 tys.) młodych osób w wieku 15–19 lat, co stanowi 4,2% tej populacji. Niepełnosprawność prawną i biologiczną odnotowano u 0,9%, tylko prawną u 2,6%, a wyłącznie biologiczną u 0,7% młodzieży. Najczęściej przyczynami niepełnosprawności były uszkodzenia i choroby narządu ruchu (36,5%), schorzenia neurologiczne (32,5%), upośledzenie umysłowe (25,0%), uszkodzenia i choroby narządu wzroku (24,6%) oraz schorzenia psychiczne (18,4%).

Niepełnosprawnymi biologicznie według kryteriów UE było 196,2 tys. (8,0%) osób w wieku 15–19 lat (chłopcy 7,5%, dziewczęta 8,5%), przy czym poważne ograniczenie sprawności stwierdzono u 39,6 tys. (1,6%), natomiast ograniczenie sprawności, ale niezbyt poważne u 156,6 tys. (6,4%) młodzieży.

Tabela 3.5. Młodzież w wieku 15–19 lat cierpiąca na choroby przewlekłe w 2009 r.
N=2446,3 tys.

Choroba lub uraz	Ogółem	Ogółem	Mężczyźni	Kobiety
	w tysiącach	w odsetkach		
Razem	561,1	22,9	21,1	24,9
Alergia	270,9	11,1	9,3	13,0
Astma	89,7	3,7	3,5	3,9
Przewlekłe zapalenie oskrzeli	37,2	1,5	1,9	1,1
Wysokie ciśnienie krwi	14,6	0,6	0,5	0,7
Zapalenie kości i stawów	9,7	0,3	0,4	0,4
Cukrzyca	7,3	0,3	0,2	0,3
Choroba wrzodowa żołądka lub dwunastnicy	14,8	0,6	0,8	0,4
Marskość wątroby, zaburze- nia czynności wątroby	9,4	0,4	0,3	0,5
Przewlekłe choroby nerek	30,0	1,2	0,4	2,1
Choroby tarczycy	32,1	1,3	0,5	2,1
Nowotwór złośliwy	1,4	0,1	0,0	0,1
Bóle pleców	82,6	3,4	3,1	3,7
Bóle szyi	30,4	1,2	1,5	1,0
Silne bóle głowy	75,7	3,1	3,4	2,8
Przewlekłe stany lękowe	13,6	0,6	0,9	0,2
Przewlekła depresja	9,5	0,4	0,1	0,7
Inne problemy ze zdrowiem psychicznym	23,9	1,0	1,1	0,8
Inne choroby	125,9	5,1	5,4	4,9
Trwały uraz wskutek wy- padku	43,5	1,8	2,7	0,9

Źródło: jak w tabeli 3.2.

Młodzież była także ankietowana co do samopoczucia psychofizycznego. Ból i dyskomfort fizyczny w ciągu ostatnich czterech tygodni przed badaniem odczuwało 24,6% młodzieży w wieku 15–19 lat (21,9% chłopców, 27,5% dziewcząt), przy czym 15,2% miało dolegliwości o niewielkim nasileniu, 7,2% w stopniu umiarkowanym, zaś 1,9% miało silne, a 0,2% wyjątkowo silne poczucie dyskomfortu psychicznego. Z kolei na stałe złe samopoczucie psychiczne uskarżało się 9,7% młodzieży, a na złe przez większość dni 16,6% osób.

Konsumpcja leków. W ciągu ostatnich dwóch tygodni przed badaniem ankietowym 64,5% dzieci (0–14 lat) zażywało leki, w tym leki przepisane i nie przepisane przez lekarza – 17,9%, tylko przepisane – 15,5% oraz tylko nieprzepisane, bez recepty – 31,1%.

Leki przepisane przez lekarza stosowało ponad 1,9 mln dzieci, czyli prawie 1/3 osób w wieku 0–14 lat. Na 1000 dzieci stosujących leki receptowe 626 przyjmowało leki na przeziębienie, 368 antybiotyki, a 279 leki przeciwalergiczne. Leki przepisane przez lekarza najczęściej podawano dzieciom najmłodszym, z grupy wiekowej 0–4 lata.

Leki kupowane bez recepty przyjmowała blisko połowa badanych dzieci. Spośród tych leków najczęściej stosowane były witaminy, preparaty mineralne i środki wzmacniające – korzystało z nich 826 dzieci na 1000 stosujących leki – oraz środki na przeziębienie, grypę lub ból gardła – 404 na 1000. Zwraca uwagę stosunkowo wysoki poziom konsumpcji leków na bóle głowy, migrenę lub inne bóle. Już w wieku 0–4 lata 24 dzieci na 1000 i w wieku 5–9 lat 61 na 1000 otrzymuje leki przeciwbólowe, a w grupie wiekowej 10–14 lat dotyczy to aż 124 na 1000 zażywających leki bez recepty.

W populacji wiekowej 15–19 lat 52,4% osób zażywało leki w okresie dwóch tygodni przed badaniem, w tym 11,7% przepisane i nieprzepisane przez lekarza, 8,6% tylko przepisane i 32,1% tylko nieprzepisane. Dziewczeta w tym wieku zażywają leki bez recepty znacznie częściej niż chłopcy (58,4% wobec 46,5%), także leki bez recepty (35,4% wobec 29,0%).

Na 1000 osób w wieku 15–19 lat zażywających leki przepisane przez lekarza najczęściej – 378, stosuje je na dolegliwości bólowe różnego rodzaju (404 na 1000 dziewcząt i 100 na 1000 chłopców). Antybiotyki zażywa 315 na 1000 młodych osób (353 na 1000 dziewcząt i 265 na 1000 chłopców), leki na schorzenia o podłożu alergicznym – 265 na 1000 (282 na 1000 kobiet i 243 na 1000 mężczyzn), leki przeciwastmatyczne – 105 na 1000.

Zwraca uwagę fakt, iż leki przeciwalergiczne i antybiotyki są stosowane u młodzieży w wieku 15–19 lat trzykrotnie częściej niż średnio przez ogół ludzi w wieku 15 lat i więcej poddanych badaniu.

Na 1000 osób w wieku 15–19 lat zażywających leki nieprzepisane przez lekarza 659 młodych ludzi konsumuje witaminy, preparaty mineralne lub środki wzmacniające, leki na dolegliwości bólowe różnego rodzaju – 426, przy czym niemal dwukrotnie częściej sięgają po nie kobiety niż mężczyźni (616 wobec 354), na przeziębienie, grypę lub ból gardła – 517.

Odżywianie i aktywność fizyczna. Z ogólnej liczby badanych dzieci 86% było chociaż przez pewien czas karmione piersią, a najwięcej z nich przez okres 6 miesięcy (14,3%). Nieco mniej dzieci (11%) było karmionych przez 3 miesiące. Warto zwrócić uwagę, że blisko 9% matek karmiło dzieci piersią do 12. miesiąca życia.

Spośród dzieci powyżej szóstego miesiąca życia 76,9% jada owoce codziennie, jednak aż 45,9% czyni to tylko 1 raz dziennie, a tylko 30,9% – 2 razy dziennie lub częściej, 9,5% dzieci konsumuje owoce 1–3 razy w tygodniu lub jeszcze rzadziej a 0,8% nigdy.

70,3% dzieci w wieku 0–14 lat codziennie zjada warzywa (z wyjątkiem ziemniaków), ale tylko 21,1% dwa razy lub częściej, a jeden raz dziennie 49,3%. Tylko 1–3 razy w tygodniu, albo jeszcze rzadziej, zjada warzywa 12% dzieci, a 0,8% nigdy.

Soki owocowe lub warzywne pije codziennie 67,5% badanych dzieci. Prawie co trzecie dziecko spożywa je co najmniej 2 razy dziennie, a kolejne 36% – 1 raz. Kilka razy w tygodniu pije soki co siódme dziecko, natomiast 1–3 razy tygodniowo (lub jeszcze rzadziej) czyni to 15,2% dzieci, a 1,8% dzieci nigdy nie pije soków.

Częstość spożycia warzyw, owoców i soków maleje wraz z wiekiem dziecka. Najczęściej jedzą warzywa i owoce oraz piją soki dzieci najmłodsze, najrzadziej 10–14-latki i młodzież 15–19-letnia. Wprawdzie 66,7% młodzieży w wieku 15–19 lat codziennie zjada owoce, ale 42,1% konsumuje je jeden raz, natomiast 15,0% czyni to zaledwie 1–3 razy w tygodniu lub rzadziej. Podobnie 63,4% młodzieży codziennie zjada warzywa, ale aż 46,5% czyni to jeden raz, natomiast 16,5% zjada warzywa tylko 1–3 razy w tygodniu lub rzadziej. 52,7% młodzieży w wieku 15–19 lat pije soki owocowe lub warzywne codziennie, ale 32,1% czyni to tylko 1 raz dziennie, aż 28,4% wypija soki zaledwie 1–3 razy w tygodniu lub jeszcze rzadziej, a 1,3% nigdy.

Spośród 3124,3 tys. objętych badaniami dzieci w wieku 6–14 lat 97,3% uczestniczy w lekcjach wychowania fizycznego a wśród zwolnionych z zajęć przeważają chłopcy (3,4% wobec 1,3% dziewczynek). Najwięcej zwolnień z lekcji wf jest wśród dzieci 12-letnich – 4,8%.

Aktywność fizyczną w zwykłym tygodniu, poza lekcjami wychowania fizycznego, ale poświęcając na to średnio tylko 4,4 godziny, przejawia 84,9% uczniów, nieco częściej chłopcy (85,6%) niż dziewczynki (84,2%). Prawie co siódme dziecko w wieku 6–14 lat w ogóle nie przejawia innej aktywności fizycznej poza obowiązkowymi lekcjami w szkole, a co szóste robi to rzadko.

Dzieci w wieku 2–14 lat spędzają przed ekranem telewizora lub monitorem komputera średnio 2,4 godziny dziennie (chłopcy 2,5 godz., dziewczynki 2,2 godz.), przy czym już dwulatki oglądają telewizję przeciętnie przez 1,6 godziny w ciągu dnia. Średnio najwięcej czasu (prawie 3 godziny) spędzają w ten sposób dzieci 13 i 14-letnie. Co piąte dziecko spędza przed ekranem bądź monitorem 3 godziny, 11,7% – 4 godziny, natomiast 5 lub więcej godzin dziennie poświęca na to 6,9% dzieci w wieku 2–14 lat.

Jeżeli chodzi o młodzież w wieku 15–19 lat, to codziennie czynności wymagające dużego wysiłku fizycznego odbywa 27,8% osób średnio przez 60 min., wykonywanie czynności wymagających umiarkowanego wysiłku fizycznego zadeklarowało 64,0% osób średnio przez 70 min., natomiast chodzenie lub spacerowanie – 81,2% młodzieży średnio przez 73 min.

Wzrost i masa ciała. Średnia wzrostu dzieci w 2009 r. w przypadku młodszych roczników wieku jest nieznacznie niższa od tej w badaniu poprzednim. Natomiast dzieci 10-letnie i starsze są wyższe od swoich rówieśników badanych wcześniej.

W porównaniu z badaniem przeprowadzonym w 2004 r. zauważalne jest również zwiększanie się średniej wagi ciała prawie dla każdego rocznika wieku. Jest to szczególnie widoczne dla grupy dzieci w wieku 9 lat i więcej.

Około trzy czwarte populacji młodzieży w wieku 15–19 lat ma prawidłową masę ciała. Zwraca uwagę, iż nadwaga i otyłość występują znacznie częściej u młodych mężczyzn niż u kobiet (15,4% wobec 5,6%), natomiast niedowaga blisko dwukrotnie częściej u dziewcząt niż u chłopców (16,2% wobec 9,2%) – tabela 3.6.

Tabela 3.6. Wskaźnik masy ciała u młodzieży w wieku 15–19 lat. N = 1851,7 tys. (w %)

Masa ciała	Razem	Mężczyźni	Kobiety
Znaczna niedowaga (BMI poniżej 16,0)	0,5	0,3	0,7
Niedowaga (BMI 16,0–18,49)	12,2	8,9	15,5
W normie – niski przedział (BMI 18,5–22,99)	62,0	57,9	66,2
W normie – wysoki przedział (BMI 23,0–24,99)	14,8	17,4	12,0
Nadwaga – niski przedział (BMI 25,0–27,49)	6,4	9,4	3,4
Nadwaga wysoki przedział (BMI 27,5–29,99)	2,6	4,2	0,9
Otyłość (BMI 30,0 i więcej)	1,6	1,8	1,3

Źródło: jak w tabeli 3.2.

Wybrane dane nt. profilaktyki chorób i zagrożeń zdrowotnych wśród młodzieży. Tylko u 63,5% młodych osób w wieku 15–19 lat został kiedykolwiek wykonany przez lekarza lub pielęgniarkę pomiar ciśnienia tętniczego krwi, przy czym tylko nieco ponad połowa tych osób (53,4%) miała aktualne wyniki badania wykonane w ciągu ostatnich 12 miesięcy. Dane te dowodzą, że około jedna trzecia młodzieży, tj. 795,7 tys. nie miała wykonanego pomiaru ciśnienia tętniczego, chociaż pomiar ten stanowi integralny element każdego badania lekarskiego w przypadku wizyty spowodowanej chorobą lub badania lekarskiego i pielęgniarskiego w przypadku wizyty profilaktycznej.

Badanie laboratoryjne poziomu cholesterolu w surowicy krwi zostało wykonane kiedykolwiek u 9,5%, natomiast oznaczenie w laboratorium poziomu cukru we krwi u 23,6% młodzieży w wieku 15–19 lat.

Badania cytologiczne zostały wykonane u 11,1% dziewcząt w wieku 15–19 lat (13,3% w miastach i 8,5% na wsi), przy czym u 66,8% młodych kobiet badania wykonano w ostatnim roku, a u 30,6% w przedostatnim roku.

Wybrane dane nt. zachowań ryzykownych i uwarunkowań środowiskowych. Wyniki badań odnośnie do występowania wypadków, których skutkiem były niezamierzone lub zamierzone urazy i zatrucia, wskazują, że w okresie 12 miesięcy poprzedzających badanie, 250,2 tys. dzieci w wieku 0–14 lat (4,4% ogółu tej populacji) uległo różnego rodzaju wypadkom i większość z nich otrzymała fachową pomoc medyczną; 127,0 tys. dzieci doznało urazu w domu lub w czasie wolnym, 105,5 tys. w żłobku, przedszkolu lub szkole, 26,8 tys. zostało poszkodowanych w wypadkach drogowych. Łącznie prawie 200 tys. uczniów uległo wypadkowi w czasie nauki lub pobytu w placówce wychowawczej. Odsetek dzieci narażonych na urazy wskutek wypadków wzrasta wraz z wiekiem (dzieci małe – 2,2%, dzieci w wieku 5–9 lat – 4,1%, dzieci starsze – 6,6%).

W populacji młodzieży w wieku 15–19 lat 181,3 tys. (7,4%) doznało urazów: 86,1 tys. w domu lub w czasie wolnym, 66,6 tys. w szkole lub na uczelni, 40,9 tys. na drodze, a 3,8 tys. w pracy.

Wyniki badań co do narażenia dzieci i młodzieży w ciągu ostatnich 12 miesięcy na przestępstwo, przemoc, akty wandalizmu w domu lub w pobliżu miejsca zamieszkania wskazują, że takie sytuacje miały miejsce w przypadku 301,2 tys. dzieci w wieku 0–14 lat oraz 213,0 tys. młodzieży w wieku 15–19, przy czym ankietowani rodzice dzieci w różnym wieku oraz ludzie młodzi przeważnie oceniali stopień narażenia jako umiarkowany (tab. 3.7).

Tabela 3.7. Dzieci i młodzież narażeni w ciągu ostatnich 12 miesięcy na przestępstwo, przemoc, akty wandalizmu w domu lub w pobliżu miejsca zamieszkania

Wiek w latach	Liczba narażonych	Odsetek narażonych		
		Razem	poważnie	Umiarkowanie
Dzieci (0–14)	301,2 tys.	5,2	0,8	4,5
w tym				
0–4		2,3	0,4	1,9
5–9		5,0	0,7	4,2
10–14		8,3	1,1	7,1
Młodzież (15–19)	213,0 tys.	11,0	1,3	9,7

Źródło: jak w tabeli 3.2.

Częstość narażenia w domu na dym tytoniowy dzieci w wieku 0–14 lat wynosi ogółem 24,9%, przy czym krócej niż przez jedną godzinę dziennie musi wdychać dym tytoniowy 13,3% dzieci, 1–5 godzin dziennie 9,5%, a dłużej niż przez 5 godzin dziennie 2,1% dzieci. Najbardziej narażone są dzieci w wieku 10–14 lat (odpowiednio 32,1%, 15,7%, 13,7% i 2,6%).

Wśród młodzieży w wieku 15–19 lat pali papierosy 11,8%, w tym codziennie 7,3% okazjonalnie 4,5%. Chłopcy palą częściej (odpowiednio 15,7%, 9,5%, 6,3%) niż dziewczęta (odpowiednio 7,8%, 5,2%, 2,6%); 59% palących wypala 10 papierosów dziennie i więcej, natomiast 18,3% pali już od 5 do 9 lat.

Do picia alkoholu w ciągu ostatnich 12 miesięcy przyznało się 42,0% młodzieży w wieku 15–19 lat, w tym 2,5% osób piło 2–3 razy w tygodniu lub częściej. Mężczyźni pili częściej (odpowiednio 48,4% i 4,0%) niż kobiety (odpowiednio 35,3% i 0,8%). Wśród osób w tym wieku 23,5% jeden raz w miesiącu, 32,8 % jeden raz w tygodniu, a 1,8% codziennie konsumowało jednorazowo co najmniej 60 g czystego alkoholu (60 g czystego alkoholu to: 3 lub więcej półlitrowych butelek piwa, 6 lub więcej kieliszków wina, 4 kieliszki po 50 g wódki lub innego napoju spirytusowego).

3.4. Świadczenia zdrowotne dla dzieci i młodzieży

W 2009 roku spośród 183,0 tys. łóżek odnotowanych w szpitalach ogólnych łóżek neonatologicznych było 10,9 tys. (5,9%), a pediatrycznych 10,8 tys. (5,9%). Dla porównania w 1991 r. było 21,4 tys. łóżek pediatrycznych. Liczba leczonych pacjentów do 18. roku życia wyniosła 1,1 mln, tj. o 31,3 tys. (2,9%) mniej niż w roku poprzednim. Udział hospitalizowanych osób w tym wieku wśród wszystkich leczonych w szpitalach ogólnych w Polsce wyniósł 14,5%. Najwięcej dzieci wśród wszystkich pacjentów hospitalizowanych w danym województwie leczono w województwie podlaskim (18,3%), najmniej w województwie lubuskim (11,5%).

Wśród ogółu porad udzielonych w ramach podstawowej opieki zdrowotnej (POZ) przez lekarza POZ i lekarza rodzinnego porady udzielone dzieciom i młodzieży do lat 18 stanowiły 24,1% (37,3 mln porad) – 24,7% w miastach i 22,3% na wsi. W poszczególnych województwach wartość maksymalną – 26,6% – odnotowano w województwie małopolskim, a minimalną – 20,9% – w zachodniopomorskim).

Ogółem porad lekarskich udzielonych dzieciom i młodzieży do lat 18 w ramach specjalistycznej opieki zdrowotnej (SOZ) było 14,9 mln, czyli 15,0% wszystkich porad lekarskich udzielonych w tej formie opieki. W poszczególnych województwach udział specjalistycznych porad lekarskich w tej populacji wiekowej wyniósł od 13,0% województwie śląskim do 16,9% w warmińsko-mazurskim. W ramach SOZ ze wszystkich porad lekarskich udzielonych w roku 2009 w miastach 15,0% stanowiły porady udzielone dzieciom i młodzieży do lat 18, na wsi 15,5%. Jeśli chodzi o porady stomatologiczne w miastach, to prawie 30% udzielono dzieciom i młodzieży do lat 18, na wsi odsetek był wyższy o prawie 2 punkty procentowe.

Wśród nieco ponad 2,9 mln osób, którym udzielono pomocy podczas przeprowadzonych akcji ratowniczych, 6,8% stanowiły dzieci i młodzież do 18 lat. Udział procentowy dzieci i młodzieży był najniższy w województwie opolskim (4,6%), a najwyższy w województwie warmińsko-mazurskim (9,2%). W roku 2009 spośród 106,5 tys. osób leczonych w szpitalnych oddziałach ratunkowych (SOR) w trybie stacjonarnym 12,5% stanowiły dzieci i młodzież do 18 lat. Świadczeń medycznych w trybie ambulatoryjnym – w izbie przyjęć lub SOR – udzielono w 2009 r. 4,3 mln osób, w tym dzieci i młodzieży do lat 18 było 22,8%.

3.5. Wnioski odnośnie do sytuacji zdrowotnej dzieci i młodzieży

3.5.1. Ograniczanie umieralności dzieci i młodzieży musi pozostawać priorytetowym celem medycyny wieku rozwojowego. Najbardziej syntetycznym, obiektywnym i najczęściej używanym do porównań międzynarodowych miernikiem stanu zdrowia dzieci, a także rzetelną miarą poziomu cywilizacyjnego danego kraju w dziedzinie zdrowotności społeczeństwa jest współczynnik umieralności niemowląt. Według opublikowanego w listopadzie 2008 r. raportu Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego-PZH, spadek umieralności niemowląt w Polsce uległ zahamowaniu w 2007 r., ale poziom umieralności był jeszcze wyraźnie wyższy od przeciętnego w UE, przy czym głównym problemem jest umieralność wczesna niemowląt, tzn. w pierwszym tygodniu życia, która w dużym stopniu zależy od jakości opieki medycznej (Wojtyński, red., 2008). Diagnozę tę potwierdziły dane z dwóch kolejnych lat – 2008 i 2009 – kiedy współczynnik umieralności niemowląt wyniósł 5,6‰. Opublikowane przez GUS w listopadzie 2011 r. dane wskazują jednak na znaczący spadek umieralności niemowląt w 2010 roku. Wprowadzie współczynnik umieralności w Polsce pozostaje około 25% powyżej średniego poziomu dla UE, to po raz pierwszy w historii polskiej perinatologii i pediatrii umieralność niemowląt spadła poniżej 5,0‰ (4,95‰). Warunkiem dalszego postępu w tym zakresie jest zwalczanie egzogenicznych, w większości poddających się zapobieganiu, przyczyn zgonów. Przyczyną ponad połowy zgonów niemowląt są choroby i stany okresu okołoporodowego, 1/3 zgonów spowodowana jest wadami rozwojowymi, a pozostałe zgony są skutkiem chorób nabytych w okresie niemowlęcym lub urazów. Szczególna uwaga powinna być zogniskowana na ograniczeniu tzw. wczesnej umieralności noworodków (obecnie ponad połowa ogółu zgonów w pierwszym roku życia) oraz na zniwelowaniu różnic w umieralności niemowląt pomiędzy regionami geograficznymi (obecnie między województwami o najniższym i najwyższym współczynniku umieralności wynosi aż 3,0‰. Stawką jest uratowanie życia około tysiąca niemowląt w skali jednego roku.

Umieralność dzieci i młodzieży w wieku 1–19 lat z roku na rok także się zmniejsza i proces ten dotyczy wszystkich grup wieku. Najczęstszą przyczyną zgonów dzieci i młodzieży są urazy i zatrucia, które odpowiadają za ponad połowę zgonów, przy czym udział zgonów z tych przyczyn wyraźnie zwiększa się wraz z wiekiem. Wyniki badań wskazują, że w prewencji zgonów z powodu przyczyn zewnętrznych niezamierzonych należy położyć nacisk przede wszystkim na

urazy spowodowane wypadkami komunikacyjnymi, które odpowiadają za połowę zgonów w wyniku urazów. Wśród zgonów spowodowanych urazami zamierzonymi szczególnie musi niepokoić fakt, że co czwarty zgon z powodu ogółu urazów wynika z zamachu samobójczego i w Polsce od lat utrzymuje się trend wzrostowy samobójstw w populacji wiekowej 5–19 lat. Doświadczenia międzynarodowe wskazują, że tylko nastawienie na prewencję pierwotną przynosi pożądany efekt w postaci obniżenia liczby zgonów powypadkowych. Nastawienie na leczenie, z pomijaniem prewencji, przynosi w skali kraju jedynie wzrost wskaźników inwalidztwa powypadkowego. Głównymi metodami skutecznej prewencji są działania legislacyjne, modyfikacja środowiska i edukacja społeczeństwa, monitorowane i skoordynowane w ramach centralnego programu polityki zdrowotnej państwa. Brak narodowego programu zapobiegania wypadkom i urazom u dzieci, z uwzględnieniem problematyki przemocy i samobójstw, jest jednym z najbardziej palących problemów w systemie ochrony zdrowia. Stawką jest uratowanie życia około 750 dzieci rocznie.

Najczęstszą chorobową przyczyną zgonów dzieci i młodzieży są nowotwory – prawie 13% zgonów. Ostatnie dwie dekady zaowocowały w Polsce ogromnym postępem w zakresie diagnostyki i leczenia chorób nowotworowych oraz wad rozwojowych, w tym wad serca, u dzieci. Przyczyniły się do tego wysiłki środowiska hematologów dziecięcych oraz kardiologów i kardiochirurgów dziecięcych, którzy potrafili nie tylko wyszkolić kadry medyczne, zorganizować dobrze wyposażone ośrodki wysokospecjalistyczne, zapewnić kompleksową, odpowiadającą światowym standardom opiekę dla chorych dzieci, ale także zachęcić do ścisłej współpracy lekarzy pierwszego kontaktu. Utrzymanie tych spektakularnych osiągnięć wymaga jednak zapewnienia odpowiedniego poziomu finansowania.

3.5.2. Poprawa stanu zdrowia dzieci i młodzieży powinna stać się priorytetowym celem polityki zdrowotnej państwa, realizowanym na podstawie rzetelnych badań naukowych. Ocena stanu zdrowia dzieci i młodzieży dokonywana na podstawie danych na temat umieralności nie jest w praktyce oceną najpełniejszą i najbardziej przydatną do skutecznego działania na rzecz poprawy sytuacji zdrowotnej młodego pokolenia. Racjonalne inwestowanie w rozwój i zdrowie dzieci i młodzieży wymaga dodatkowych informacji odnoszonych do wielu aspektów zdrowia i jego uwarunkowań.

Szczególnie zwodnicze i powierzchowne mogą być opinie odnośnie do stałej poprawy stanu zdrowia populacji wieku rozwojowego formułowane na podstawie subiektywnych ocen stanu zdrowia. Notowany w ostatnich latach wzrost odsetka ocen bardzo dobrych i niewielki udział ocen złych nie może przesłonić napawających niepokojem danych o rzeczywistym stanie zdrowia dzieci i młodzieży:

- według EABZ częściej niż w badaniu sprzed pięciu lat dzieci chorują obecnie na choroby przewlekłe zwłaszcza na różnego rodzaju alergie;
- niemal co szóste dziecko ma długotrwałe problemy zdrowotne, w tym ograniczające jego aktywność w porównaniu z rówieśnikami i/lub wymagające korzystania z pomocy dodatkowych urządzeń, a są to głównie problemy ze wzrokiem; prawie 180 tys. dzieci dotyka niepełnosprawność;
- co czwarty młody człowiek w wieku 15–19 lat cierpi na chorobę przewlekłą, u jednej piątej populacji występują długotrwałe problemy zdrowotne, ponad 100 tys. młodzieży okazuje się niepełnosprawna;
- wyniki badań epidemiologicznych dowodzą poważnych zaniedbań stanu zdrowia jamy ustnej wśród dzieci i młodzieży, szczególnie w środowisku wiejskim i w rodzinach o gorszym statusie materialnym; wśród siedmiolatków oznaki próchnicy ma około 90% dzieci, a wśród dzieci 12-letnich odsetek próchnicy jest tylko niewiele niższy;

- według EABZ co czwarty młody człowiek w wieku 15–19 lat odczuwał ból i dyskomfort fizyczny w ciągu ostatnich 4 tygodni przed badaniem i podobny jest udział młodzieży uskarżającej się stale lub przez większość dni na złe samopoczucie psychiczne;
- na podstawie badań nad zachowaniami zdrowotnymi HBSC wykazano, że w okresie dojrzewania znacznemu pogorszeniu ulega samoocena zdrowia fizycznego i psychospołecznego, młodzież coraz częściej podejmuje ryzykowne zachowania oraz nasilają się nierówności w zdrowiu zależne od płci;
- według EABZ dwie trzecie dzieci i ponad połowa młodzieży w ciągu ostatnich dwóch tygodni przed badaniem zażywała leki, przy czym niepokojący jest wysoki poziom konsumpcji leków na receptę i bez recepty na różnego rodzaju dolegliwości bólowe oraz częstość stosowania antybiotyków przepisywanych przez lekarza;
- w 2009 r. ponad 1,1 mln pacjentów do 18. roku życia było leczonych w szpitalach, w izbach przyjęć lub w szpitalnych oddziałach ratunkowych; w szpitalach udzielono pomocy ponad 1 mln dzieci; w ramach ambulatoryjnej, specjalistycznej opieki zdrowotnej udzielono dzieciom i młodzieży 14,9 mln porad, a w podstawowej opiece zdrowotnej 37,3 mln porad;
- według danych Instytutu Psychiatrii i Neurologii leczenie psychiatryczne dla dzieci i młodzieży w Polsce boryka się ze stale rosnącym zapotrzebowaniem na świadczenia i zmniejszającą się liczbą specjalistów w tej dziedzinie medycyny;
- według EABZ różnego rodzaju wypadki, urazy i zatrucia dotyczą 4,4% populacji dzieci oraz 7,4% populacji młodzieży, przy czym prawie 200 tys. uczniów uległo wypadkowi w czasie nauki lub pobytu w placówce wychowawczej; w 2009 roku prawie 13 tys. dzieci leczono w szpitalnych oddziałach ratunkowych;
- według GUS ponad 300 tys. dzieci i ponad 210 tys. młodych ludzi było w ciągu ostatniego roku narażonych na przestępstwo, przemoc, akty wandalizmu w domu lub w pobliżu miejsca zamieszkania;
- wyniki badań HBSC wykazują, że niemal jedna trzecia uczniów w wieku 11–15 lat w Polsce była ofiarami dręczenia przez innych uczniów w szkole; odsetek uczniów, którzy 2–3 razy w miesiącu lub częściej dokuczali innym uczniom w szkole zwiększa się u chłopców od 14,7% w wieku 11 lat do 18,4% w wieku 15 lat;
- wykorzystywanie seksualne dzieci przez osoby dorosłe wydaje się poważnym problemem społecznym, szacuje się bowiem, że w Polsce, podobnie jak w innych krajach Unii Europejskiej, zjawisko to dotyczy około 10–20% dzieci.

3.5.3. Niedostatki w zakresie promocji zdrowia oraz profilaktyki zagrożeń i chorób w wieku rozwojowym pogarszają stan zdrowia populacji oraz rzutują negatywnie na stan zdrowia w późniejszym, dorosłym życiu. Promocja zdrowego żywienia ogrywa ważną rolę w każdym wieku. Od sposobu żywienia matki przed oraz w czasie trwania ciąży może zależeć prawidłowy przebieg ciąży, rozwój dziecka w okresie płodowym, a także stan jego zdrowia w dzieciństwie i w wieku dorosłym. Podczas ciąży wzrasta zapotrzebowanie na żelazo i inne ważne składniki pokarmowe, takie jak witaminy antyoksydacyjne (E, C), jod, cynk, białko. Dieta niedoborowa może przyczynić do licznych zaburzeń rozwoju płodu, np. niedobór kwasu foliowego w okresie okołokoncepcyjnym może być przyczyną wrodzonych wad cewy nerwowej u dziecka. Optymalnym sposobem żywienia niemowląt jest karmienie piersią, w tym wyłącznie karmienie piersią w I półroczu oraz wprowadzanie żywności uzupełniającej według określonych zasad postępowania. Udowodniono liczne korzyści zdrowotne wynikające z karmienia piersią w I półroczu życia dziecka, w tym ochronną rolę karmienia piersią w odniesieniu do ostrych i przewlekłych chorób we wczesnym i późniejszym okresie dzieciństwa. Według EABZ w Polsce jedynie co

siódme niemowlę jest karmione piersią przez okres 6 miesięcy. Wśród czynników zaburzających wyłączne karmienie piersią należy wymienić nieprzygotowanie personelu medycznego oraz niewłaściwe praktyki okołoporodowe. Istnieje potrzeba dalszej promocji karmienia piersią niemowląt i usuwania barier na tej drodze, w tym problemów z finansowaniem poradni laktacyjnych. W żywieniu sztucznym niemowląt zaleca się stosowanie mleka modyfikowanego początkowego i następnego oraz mieszanek modyfikowanych i żywności uzupełniającej – produktów wzbogaconych w żelazo, przeznaczonych dla niemowląt i małych dzieci.

Racjonalne żywienie jest podstawą prawidłowego rozwoju dzieci w kolejnych latach. Nieprawidłowe żywienie prowadzi do zaburzeń zdrowia, niedożywienia lub nadwagi i otyłości. W ostatnich latach zauważalne jest zwiększanie się średniej masy ciała prawie dla każdego rocznika wieku, zwłaszcza jednak u dzieci w wieku 9 lat i więcej. Według EABZ co szósty dorastający chłopiec ma nadwagę i otyłość, i jest to zjawisko notowane trzykrotnie częściej niż u dziewcząt, natomiast niedowaga występuje u co szóstej dorastającej kobiety – blisko dwukrotnie częściej niż u chłopców. Niezadowolenie z wyglądu jest większym problemem u dziewcząt i może być przyczyną podejmowania szkodliwych dla zdrowia restrykcyjnych diet odchudzających. W badaniu HBSC stwierdzono, że prawie połowa 15-latek z prawidłową masą ciała albo jest na diecie, albo uważa, że powinna ją stosować. Niezadowolenie ze swojego wyglądu współwystępuje z gorszym stanem zdrowia, szczególnie z nasileniem dolegliwości subiektywnych.

Wyniki EABZ wykazują, że około trzy czwarte dzieci powyżej szóstego miesiąca życia zjada owoce i warzywa codziennie, jednak niemal połowa z nich czyni to tylko 1 raz dziennie, co dziesiąte dziecko bardzo rzadko konsumuje owoce i warzywa. Zbliżone wskaźniki odnoszą się do picia soków owocowych lub warzywnych. Częstość spożycia warzyw, owoców i soków maleje wraz z wiekiem dziecka.

W wielu krajach UE kwestia żywienia dzieci w szkołach została dawno rozwiązana, wobec czego dyskusje dotyczą jakości pożywienia i jego zawartości energetycznej. Zapewnienie wszystkim uczniom we wszystkich polskich szkołach możliwości spożywania posiłków jest najpewniejszą metodą wyrównania szans dzieci pochodzących ze środowisk upośledzonych społecznie. Ponieważ obecnie kilkanaście procent uczniów przychodzi do szkoły na czczo, a obiad w domu spożywa tylko 70–80% dzieci w wieku szkolnym, jednym z głównych zadań jest zapewnienie uczniom racjonalnych posiłków i napojów, a także odpowiednich i bezpiecznych warunków do uprawiania aktywności fizycznej we wszystkich szkołach.

Niezmiernie ważną funkcją kultury fizycznej na wszystkich szczeblach edukacji jest promocja zdrowia oraz rozwijanie sprawności fizycznej. Równie istotną rolę spełnia kultura fizyczna w zakresie zapobiegania zagrożeniom, czynnikom ryzyka i problemom zdrowotnym.

Z monitoringu sprawności fizycznej dzieci wynika, że poziom sprawności i wydolności fizycznej dzieci i młodzieży w Polsce systematycznie się pogarsza, co kontrastuje z obserwowaną w tym samym czasie poprawą wskaźników rozwoju somatycznego. Według EABZ prawie co siódme dziecko w wieku 6–14 lat nie przejawia innej aktywności fizycznej poza obowiązkowymi lekcjami w szkole, a co szóste czyni to rzadko. Z kolei codzienne czynności wymagające dużego wysiłku fizycznego wykonuje tylko co czwarty młody człowiek średnio przez 1 godzinę, a wykonywanie czynności wymagających umiarkowanego wysiłku fizycznego przez niewiele ponad 1 godzinę dziennie deklaruje dwie trzecie młodzieży. Dzieci w wieku 2–14 lat spędzają przed ekranem telewizora lub monitorem komputera średnio 2,4 godziny dziennie.

Wyniki EABZ wskazują, że tylko dwie trzecie młodych osób w wieku 15–19 lat miało kiedykolwiek dokonany przez lekarza lub pielęgniarkę pomiar ciśnienia tętniczego krwi, przy czym tylko nieco ponad połowa tych osób ma aktualne wyniki badania z ostatnich 12 miesięcy.

Można szacować, że znaczący odsetek młodzieży, która nie miała wykonanego pomiaru ciśnienia tętniczego, wchodzi w dorosłość z nierozpoznanym nadciśnieniem tętniczym, będącym istotnym czynnikiem ryzyka chorób układu krążenia i przedwczesnej umieralności z tej przyczyny. Szczególnie niepokoi brak poprawy sytuacji w porównaniu do poprzedniego badania GUS, co może świadczyć o utrwalonych zaniedbaniach w zakresie profilaktyki zdrowotnej wśród młodzieży.

Mimo zatrważającego rozpowszechnienia próchnicy, tylko co szóste dziecko jest objęte programem zapobiegania próchnicy. Programy profilaktyczne, których celem jest m.in. hamowanie przyrostu i postępu próchnicy, nie są dostępne dla dzieci uczęszczających do szkół w wielu regionach kraju.

Mimo że wypadki i urazy u dzieci i młodzieży są w Polsce poważnym problemem zdrowia publicznego, to z raportu opracowanego w ramach Programu Zdrowia Publicznego Komisji Europejskiej „Planowanie Działań na rzecz Bezpieczeństwa Dzieci”, wynika, że w Polsce istnieje potrzeba zaplanowania i realizowania skutecznej polityki i programów w obszarze prewencji upadków, oparzeń, zatruć, uduszeń i zadławień, a także w zakresie bezpieczeństwa dziecka jako rowerzysty, bezpieczeństwa w wodzie oraz prewencji utonień. Ważne jest zwrócenie uwagi na działania w zakresie prewencji urazów małych dzieci wewnątrz i wokół domu. Aby zapewnić efektywność podejmowanych działań, wskazane jest wspieranie i finansowanie takich programów, których skuteczność została udowodniona, tzw. „dobrych praktyk”. Polska posiada wprawdzie podstawową infrastrukturę nadzoru nad urazami dzieci, lecz zasoby kadrowe i finansowe oraz poziom tworzenia zdolności rozwojowych w zakresie bezpieczeństwa dzieci, a zwłaszcza przywództwo krajowe (*leadership*) ze strony rządu zostały ocenione jako słabe lub niedostateczne. Polityka państwa powinna koordynować i wspierać działania wdrażające dobre praktyki oparte na dowodach w zakresie ochrony życia i zdrowia dzieci, także w zakresie prewencji przemocy wobec dzieci.

Wyniki większości badań wskazują na związek przemocy w domu z takimi dysfunkcjami rodzinnymi, jak rozwód emocjonalny między małżonkami, częstość kar fizycznych, brak ciepła w procesie wychowywania, a także choroba psychiczna lub alkoholizm jednego z partnerów.

W przypadku szkół zmiany systemowe, a przede wszystkim reformy systemu oświaty, mogły naruszyć poczucie bezpieczeństwa i stabilności uczniów. Także grupa rówieśnicza, która zwłaszcza dla młodzieży stanowi źródło siły i oparcia, szczególnie w procesie separacji od rodziców, może stać się źródłem zagrożeń dla zdrowia psychicznego. W sytuacji względnie małej dostępności rodziców, to właśnie grupa rówieśnicza zaczyna odgrywać coraz ważniejszą rolę w życiu młodzieży.

Ujawnianie w ostatnich latach przypadki krzywdzenia seksualnego dzieci wywołują głębokie poruszenie opinii publicznej, która domaga się podjęcia skutecznych środków zaradczych. Uraz związany z doznaniem cierpienia – często przeżywanym w milczeniu – wywiera głęboki, negatywny wpływ na zdrowie i rozwój dziecka w wymiarze fizycznym, psychicznym i społecznym. Skutki krzywdzenia seksualnego w dzieciństwie rozciągają się na całe dorosłe życie ofiary. Dramat seksualnego wykorzystywania i molestowania dzieci pogłębiany jest nie tylko w wyniku przedostających się do opinii publicznej informacji o rozległości i brutalności urazów (śmierć dziecka, kazirodztwo, prostytutka, handel żywym towarem, pornografia), lecz także przez fakt, iż sprawcami są na ogół osoby dorosłe z bliskiego otoczenia dziecka – z rodziny, spośród znajomych, opiekunów, a także spośród osób, które wykonują swój zawód w kontakcie z dziećmi. Wspólną cechą krzywdzenia seksualnego w takich okolicznościach jest wielokrotność i długotrwałość urazu doznawanego przez dziecko.

Według EABZ picie alkoholu deklaruje niemal połowa młodzieży płci męskiej i co trzecia dziewczyna. Co czwarta osoba w tym wieku jeden raz w miesiącu, co trzecia jeden raz w tygodniu lub częściej konsumuje jednorazowo co najmniej 60 g czystego alkoholu.

Co czwarte dziecko jest narażone w domu na wdychanie dymu tytoniowego. Wśród młodzieży w wieku 15–19 lat, co szósty mężczyzna i co 12. kobieta palą papierosy, a spośród palących prawie dwie trzecie osób wypala 10 papierosów dziennie i więcej, natomiast blisko jedna piąta pali od ponad pięciu lat. Badanie laboratoryjne poziomu cholesterolu w surowicy krwi zostało wykonane kiedykolwiek u co dziesiątej, a oznaczenie w laboratorium poziomu cukru we krwi u co czwartej osoby w wieku 15–19 lat. Badania cytologiczne wykonano u co dziesiątej dorastającej dziewczyny.

3.5.4. Zdrowie dzieci i młodzieży szkolnej jest najbardziej marginalizowanym problemem w medycynie i polityce zdrowotnej, co wymaga podjęcia systemowych działań zaradczych ze strony państwa. System opieki medycznej nad dziećmi i młodzieżą szkolną realizowany w Polsce do początku lat 90. nie był wolny od wad: deklaratywności działań, niskiej atrakcyjności w porównaniu z medycyną kliniczną, niedofinansowania. System ten charakteryzował się jednak logiką organizacyjną, powszechnością i kompleksowością opieki profilaktycznej, leczniczej, orzecznictwa, korektywy i rehabilitacji. Lansowany od 1992 r. program „opieki profilaktycznej w środowisku nauczania i wychowania” w praktyce okazał się niezdolny do zapewnienia adekwatnej do potrzeb kompleksowej opieki medycznej dla uczniów, ograniczył świadczenia zdrowotne w szkole do czynności pielęgniarских, „wyprowadzając” personel lekarski poza szkołę. Destrukcję systemu medycyny szkolnej pogłębiło wprowadzenie w 1999 r. reformy służby zdrowia, w wyniku czego doszło do poważnych zakłóceń w opiece profilaktyczno-leczniczej nad populacją w wieku 7–18 lat, m.in. w zakresie nadzoru, wczesnego wykrywania zaburzeń w stanie zdrowia i wykonawstwa szczepień ochronnych.

Od początku 2000 r., z inicjatywy minister zdrowia Franciszki Cegielskiej, rozpoczęto wdrażanie programu odbudowy systemu nadzoru w opiece nad matką i dzieckiem ze szczególnym uwzględnieniem medycyny szkolnej, uzyskując w okresie dwóch lat widoczne pozytywne rezultaty. Te dobre doświadczenia zostały praktycznie zaniechane począwszy od 2002 roku. W to miejsce zaproponowano fragmentaryczne rozwiązania w zakresie opieki profilaktycznej sprawowanej przez pielęgniarki, co nie odpowiada oczekiwaniom środowisk od lat walczących o nowoczesną medycynę szkolną, potrzebom dzieci i młodzieży oraz realnym możliwościom organizacyjnym i finansowym systemu ochrony zdrowia i systemu edukacji. Jest to zarazem znaczący regres w stosunku do wypracowanego w latach 2000–2001 wspólnie z kasami chorych, administracją rządową szczebla wojewódzkiego i z samorządami terytorialnymi standardu opieki medycznej nad uczniami.

Nie doczekało się dotąd realizacji zalecenie nr 9 Rządowej Rady Ludnościowej przyjęte na posiedzeniu Komitetu Rady Ministrów w dniu 19 grudnia 2002 r. i zaakceptowane na posiedzeniu Rady Ministrów w dniu 14 stycznia 2003 r., w którym zapisano m.in.: *Konieczne jest reaktywowanie przez Ministerstwo Zdrowia medycyny szkolnej we wszystkich jej funkcjach: promocii zdrowia i profilaktyki oraz leczenia i rehabilitacji.*

Publicznie zapowiadany przed pięcioma laty, 15 maja 2006 r. – po spotkaniu Premiera RP, ministra edukacji narodowej oraz ministra zdrowia – powrót opieki zdrowotnej do szkół okazał się słowną deklaracją, powołany wówczas na szczeblu dyrektorów departamentów resortów edukacji narodowej i zdrowia zespół ds. opieki zdrowotnej nad uczniami nigdy nie podjął bowiem prac merytorycznych.

18 marca 2009 r. ministrowie: edukacji narodowej, zdrowia i pełnomocnik rządu do spraw równego traktowania zaprezentowali, kierowane do nauczycieli, rodziców i uczniów (ale nie do

środowiska medycznego i administracji publicznej), sposoby przeciwdziałania dyskryminacji uczniów przewlekle chorych, uznając, że *dzieci chorujące przewlekle nie są dziećmi niepełnosprawnymi, nie wymagają szczególnej troski czy wsparcia, ale wymagają od czasu do czasu odpowiedniej reakcji*. Tymczasem choroba przewlekła może zaburzać rozwój dziecka, a także utrudniać realizację zadań edukacyjnych, ujemnie wpływać na funkcjonowanie dziecka w szkole, na co ma także wpływ słaba dostępność i niska jakość specjalistycznej opieki medycznej nad dzieckiem przewlekle chorym oraz niska jakość lub brak opieki pielęgniarki szkolnej. Nie wszyscy nauczyciele są przygotowani do pracy z uczniem przewlekle chorym – chodzi o nieznamość specyfiki jego zaburzeń, stanu psychofizycznego, potrzeb, zasad udzielania pomocy przedmedycznej w przypadku wystąpienia objawów wymagających pomocy. Nie można pominąć faktu, że każda choroba przewlekła ma swoją specyfikę – odmienny przebieg, skutki, rokowanie i w różny sposób może wpływać na potrzeby dziecka, jego przystosowanie do szkoły, jej wymagań dydaktycznych i środowiska społecznego. Dzieci przewlekle chore mają bezpośrednie i pośrednie potrzeby medyczne, jak również potrzeby edukacyjne, socjalne, potrzeby życia codziennego. Spełnienie tych potrzeb ma na celu nie tylko poprawę diagnostyki, leczenia, rokowania, ale także poprawę jakości życia dziecka i rodziny. Problemy z wypełnianiem tych potrzeb narastają, gdy dzieci i rodzice żyją w niedostatku, gdy spotykają się ze słabą orientacją lekarza co do zdiagnozowania choroby, z brakiem z jego strony zrozumienia czy wsparcia. Jest to poważny problem zdrowia publicznego, w Polsce co czwarty uczeń potrzebuje bowiem odpowiedniej opieki medycznej z powodu przewlekłej choroby.

Przedmiotem uzasadnionego niepokoju jest niezadowolający stan opieki nad dziećmi i młodzieżą z zaburzeniami zdrowia psychicznego wynikający z jednej strony ze wzrostu chorobowości, a z drugiej – ze zmniejszania się liczby psychiatrów dziecięcych. Wiek dorastania jest okresem realizacji czasami ryzykownych zachowań. Utrwalone w tym okresie postawy i zachowania mogą wywrzeć wpływ na całe przyszłe życie. Problemy zdrowia psychicznego w okresie dorastania często przejawiają się w formie agresji i przemocy wobec innych osób i wobec samego siebie. Stany depresyjne wśród dzieci i młodzieży przyczyniają się na ogół do pogorszenia osiągnięć edukacyjnych, do zachowań antyspołecznych, nadużywania alkoholu, narkomanii oraz do ciężkich zaburzeń odżywiania. Obserwuje się narastanie występowania problemów psychospołecznych w populacji wieku rozwojowego – w zależności od metodologii badań notuje się te problemy wśród 10–50% populacji.

Przedstawione dane wskazują, że brak systemu medycyny szkolnej pociąga za sobą narastanie zagrożeń i problemów zdrowotnych młodego pokolenia. Bez przywrócenia systemu medycyny szkolnej nie będzie możliwe osiągnięcie w populacji osób dorosłych należytego postępu w zakresie prewencji pierwotnej chorób układu krążenia i chorób nowotworowych.

3.6. Propozycje strategicznych przedsięwzięć na rzecz zdrowia i rozwoju dzieci i młodzieży

Nadanie opiece nad dzieckiem rzeczywistego priorytetu w polityce państwa powinno się wyrażać przede wszystkim w przyjęciu **Narodowej Strategii na rzecz Zdrowia i Rozwoju Dzieci i Młodzieży**, której **strategicznym celem** powinno być zapewnienie dzieciom i młodzieży w naszym kraju możliwości pełnego realizowania ich potencjału zdrowia i rozwoju, a także zmniejszenie chorobowości i umieralności z przyczyn, którym można zapobiegać. Narodowa strategia na rzecz zdrowia i rozwoju dzieci i młodzieży powinna być opracowana z myślą o wspomoczeniu władz regionalnych w osiągnięciu następujących celów operacyjnych: wypracowanie podstaw opartego na dowodach nadzoru i poprawy regionalnej polityki, progra-

mów i projektów na rzecz zdrowia i rozwoju dzieci i młodzieży, uwzględniających perspektywę wieku rozwojowego; wsparcie poczyniń wielosektorowych, obejmujących główne problemy zdrowotne dzieci i młodzieży w regionie (WHO, 2005).

Wymienione poniżej **zasady kierunkowe** pozwalają na lepsze zrozumienie koncepcji budowania strategii w Polsce.

- *Podejście uwzględniające etapy rozwoju dziecka.* Poczynania polityczne i programowe powinny uwzględniać specyfikę wyzwań w sferze zdrowia dla każdego etapu rozwoju poczynawszy od życia wewnątrzmacicznego aż po okres pokwitania.
- *Sprawiedliwość.* Szczególnie powinny być uwzględniane potrzeby dzieci z rodzin najbardziej upośledzonych socjalnie, zwłaszcza kiedy oceniana jest sytuacja zdrowotna młodego pokolenia oraz budowana jest polityka i planowane są świadczenia dla dzieci w tym zakresie.
- *Działania międzysektorowe.* Podczas wypracowywania polityki i planów poprawy sytuacji zdrowotnej dzieci należy kierować się podejściem międzysektorowym, co jest nieodzowne w celu uwzględnienia zasadniczych uwarunkowań zdrowia i rozwoju oraz do wyboru najefektywniejszych działań zaradczych.
- *Współuczestnictwo.* W proces planowania, funkcjonowania i monitorowania polityki i działań na rzecz zdrowia i rozwoju młodego pokolenia powinni być włączeni przedstawiciele społeczeństwa i samej młodzieży oraz organizacje i instytucje pozarządowe, sektor prywatny i media.
- *Równorzędność działań prewencyjnych i naprawczych.* Podczas opracowywania i wdrażania polityki i programów na rzecz poprawy zdrowia i zapewnienia harmonijnego rozwoju dzieci należy w równym stopniu przykładać wagę do prewencji i interwencji naprawczych. Budowaniu polityki zdrowotnej nakierowanej na młode pokolenie powinna towarzyszyć promocja zdrowia adresowana do ogółu obywateli.
- *Podejście siedliskowe.* Strategia powinna być nakierowana na te siedliska, w których na poszczególnych etapach życia najczęściej dochodzi do zaburzeń zdrowia i rozwoju, a także zagrożeń bezpieczeństwa dzieci: dom i okolica, szkoła i placówka oświatowo-wychowawcza, jezdnia, miejsce spędzania czasu wolnego i uprawiania aktywności fizycznej.
- *Wykorzystanie dotychczasowych doświadczeń i zasobów krajowych i europejskich.* Z zasady należy uwzględniać wyniki dotychczas realizowanych w Polsce i w innych krajach UE programów na rzecz zdrowia i rozwoju młodego pokolenia. Źródeł finansowania i efektywności zadań realizacyjnych należy poszukiwać w racjonalnym wykorzystaniu już istniejących w poszczególnych sektorach sił i środków.
- *Łączne podejście do urazów i przemocy.* W planowaniu działań prewencyjnych i naprawczych w sferze szeroko rozumianego bezpieczeństwa młodego pokolenia istnieje konieczność uwzględnienia podobieństw uwarunkowań obu rodzajów urazów, podobnych czynników ryzyka, a także wymogu stosowania analogicznych procedur ratowniczych, medyczno-psychologicznych i prawnych.

Oparte na dowodach określenie i hierarchizacja głównych problemów zdrowotnych dzieci i młodzieży stanowią podstawę do programowania ogólnopolskich i regionalnych, systemowych działań promocyjnych, prewencyjnych i restytucyjnych w ochronie zdrowia młodego pokolenia. Wprawdzie każdy region charakteryzuje się różnorodnymi uwarunkowaniami zdrowia, wobec czego decyzje dotyczące wyboru własnych priorytetów leżą w gestii władz lokalnych, to jednak istnieją uniwersalne metody podejścia i ogólne zasady tworzące fundament zdrowia i rozwoju dzieci, choć różne mogą być sposoby realizacji zadań w poszczególnych regionach i społecznościach lokalnych.

Wyniki badań, także te przywołane w niniejszym opracowaniu, wskazują, że do strategicznych obszarów zainteresowania zdrowia publicznego należy zaliczyć problemy zdrowotne w dwóch specyficznych okresach rozwojowych: *w okresie okołoporodowym* i *w wieku dorastania*. Zdrowie matki i noworodka ma oczywisty wpływ na zdrowie i rozwój w następującym potem dzieciństwie. Podobnie stan zdrowia i poziom rozwoju młodzieży stanowi podstawę zdrowia w późniejszym, dorosłym życiu. Pozostałe priorytetowe obszary strategii – *żywienie, zakażenia i choroby zakaźne, urazy i przemoc, środowisko naturalne* – dotyczą wzajemnie powiązanych problemów mających wpływ na zdrowie i rozwój na wszystkich etapach życia. Odzwierciedlają one istniejące od dawna oraz pojawiające się nowe zagrożenia zdrowia i rozwoju młodego pokolenia w Polsce i wielu krajach europejskich. Ze względu na dystans dzielący nasz kraj od wielu innych państw europejskich, mierzony stanem uzębienia, zwłaszcza wskaźnikami zachorowalności na próchnicę zębów, narodowa strategia powinna objąć także *zdrowie jamy ustnej* dzieci i młodzieży.

W celu poprawy sytuacji w zakresie chorobowości i ograniczania umieralności oraz w celu zapewnienia warunków harmonijnego rozwoju młodego pokolenia potrzebne są liczne skoordynowane działania na wszystkich szczeblach zdrowotnej polityki publicznej, w tym:

1. podjęcie skoordynowanych, wymienionych w rozdziale 2. działań na rzecz poprawy opieki okołoporodowej, z uwzględnieniem promocji karmienia piersią i usuwanie barier organizacyjnych i finansowych w funkcjonowaniu poradni laktacyjnych;
2. eliminacja i zmniejszenie oddziaływania czynników pochodzących ze środowiska domowego i zewnętrznego, związanych z powstawaniem nieprawidłowości rozwojowych, chorób przewlekłych i niepełnosprawności u dzieci;
3. powszechna i pełna realizacja zdrowotnej opieki profilaktycznej ze zwróceniem szczególnej uwagi na opiekę nad dziećmi pochodzącymi ze środowisk zaniedbanych;
4. zapobieganie zakażeniom i chorobom zakaźnym i ich zwalczanie, m.in. poprzez pełną realizację i systematyczny rozwój programu szczepień ochronnych;
5. optymalizacja opieki medycznej nad dziećmi na podstawowym poziomie z zapewnieniem pełnej dostępności i odpowiedniej jakości świadczeń zdrowotnych, m.in. przez zniesienie obowiązku posiadania skierowania do pediatry;
6. optymalizacja ambulatoryjnej opieki specjalistycznej z wprowadzeniem katalogu gwarantowanych, bezpłatnych medycznych świadczeń zdrowotnych dla dzieci i młodzieży – w tym stomatologicznych, psychologicznych, rehabilitacyjnych, logopedycznych i innych;
7. organizacja, rozwój i odpowiednie wyposażenie w sprzęt diagnostyczno-leczniczy ośrodków zapewniających wysokospecjalistyczną opiekę pediatryczną na terenie całego kraju;
8. w trakcie przyjmowania dziecka do szpitala, w toku leczenia szpitalnego, przygotowania dziecka do zabiegów, w zakresie profilaktyki i leczenia bólu uwzględnianie psychicznych i emocjonalnych potrzeb dzieci w różnym wieku, specyfiki populacji młodzieży; nadanie mocy legislacyjnej Karcie Praw Dziecka w Szpitalu;
9. przywrócenie i doskonalenie ogólnokrajowego systemu nadzoru merytoryczno-organizacyjnego w ochronie zdrowia dzieci oraz zintegrowanego systemu organizacji oraz nadzoru i monitorowania opieki zdrowotnej nad uczniami (medycyny szkolnej) umożliwiającego wczesne wykrywanie zagrożeń, odchyłeń w stanie zdrowia oraz w rozwoju psychicznym i somatycznym, z uwzględnieniem badań przesiewowych, bilansów zdrowia, profilaktyki stomatologicznej w szkołach i placówkach podstawowej opieki zdrowotnej; zapewnienie dostępu do adekwatnej do potrzeb opieki specjalistycznej, w tym rehabilitacji i korektywy oraz do opieki stomatologicznej;

10. wdrożenie systemu orzecznictwa lekarskiego do potrzeb ucznia i szkoły, w tym do oceny dojrzałości szkolnej, kwalifikacji do zajęć wychowania fizycznego i sportu oraz poradnictwa zawodowego;
11. przywrócenie specjalizacji lekarskiej z zakresu medycyny szkolnej oraz rozwój systemu kształcenia przeddyplomowego i podyplomowego nauczycieli, psychologów, lekarzy i pielęgniarek w zakresie edukacji zdrowotnej, promocji zdrowia i wczesnego wykrywania problemów zdrowotnych uczniów;
12. rozwój sieci szkół promujących zdrowie;
13. zapewnienie wszystkim uczniom we wszystkich polskich szkołach możliwości spożywania posiłków jako najpewniejszej metody promocji zdrowego żywienia oraz wyrównania szans na zdrowie dzieci pochodzących ze środowisk upośledzonych społecznie; nadanie mocy legistycznej Karcie Żywienia i Aktywności Fizycznej Dzieci i Młodzieży w Szkole;
14. system medycyny szkolnej może funkcjonować w ramach finansów: samorządów terytorialnych (warunki do sprawowania opieki medycznej w szkole, w powiecie i województwie, promocja zdrowia), funduszu zdrowia (świadczenia zdrowotne, programy profilaktyczne, programy promocji zdrowia) i budżetu państwa (programy polityki zdrowotnej, nadzór specjalistyczny i metodyczno-organizacyjny, inspekcja sanitarna, kształcenie, badania naukowe);
15. poprawa warunków technicznych i sanitarnych szkół oraz stworzenie odpowiednich warunków krzewienia aktywności fizycznej uczniów;
16. opracowanie i wdrożenie krajowego programu prewencji wypadków i urazów wśród dzieci i młodzieży z uwzględnieniem problematyki przemocy i samobójstw, m.in. poprzez: działania legislacyjne, modyfikację środowiska, w którym dziecko się rozwija, edukację społeczeństwa, rzetelne monitorowanie sytuacji, zapewnienie zasobów kadrowych i finansowych oraz przywództwa krajowego (*leadership*) ze strony rządu; polityka państwa powinna koordynować i wspierać działania wdrażające dobre praktyki oparte na dowodach w zakresie ochrony życia i zdrowia dzieci, także w zakresie prewencji przemocy wobec dzieci;
17. planowanie i realizowanie skutecznej polityki i programów regionalnych i lokalnych w obszarze prewencji upadków, oparzeń, zatruc, uduszeń i zadławień, a także w zakresie bezpieczeństwa dziecka jako rowerzysty, bezpieczeństwa w wodzie i prewencji utonięć; zwrócenie uwagi na prewencję urazów małych dzieci wewnątrz i wokół domu;
18. wczesna diagnostyka i skuteczna interwencja w przypadkach przemocy wobec dzieci jako priorytet zdrowia publicznego.

Opracowanie i wdrożenie strategii na rzecz zdrowia i rozwoju dzieci i młodzieży łączy się z koniecznością sprostania istotnym wyzwaniom realizacyjnym, takim jak: konieczność zapewnienia dzieciom i młodzieży równości w zdrowiu; sprecyzowanie roli sektora zdrowia i pobudzanie do współdziałania wielu sektorów; wzmocnienie systemu informacji niezbędnego do podejmowania decyzji (WHO, 2005).

1) Promocja równości w zdrowiu dzieci i młodzieży. W krajach o najwyższej skali nierówności społecznych zawsze występują największe nierówności w zdrowiu między bogatymi a biednymi warstwami ludności. Taka sytuacja panuje w Polsce. Na ogół niewiele wysiłku potrzeba ze strony polityków i pracowników ochrony zdrowia, aby skutecznie działać na rzecz równości w zdrowiu dzieci i młodzieży, żeby wymienić tylko potrzebę: dokonania analizy sytuacji zdrowotnej dzieci i młodzieży z uwzględnieniem grup wiekowych; zajęcia się podstawowymi warunkowaniami złego stanu zdrowia dzieci (takimi na przykład, jak nieodpowiednie żywienie i złe warunki mieszkaniowe); nadania priorytetowego znaczenia najbardziej podatnym na nie-

bezpieczeństwo stadium rozwoju dziecka (okres prenatalny, niemowlęstwo, okres dorastania); inwestowania w zapobieganie i zwalczanie chorób, które nieproporcjonalnie często dotyczą dzieci z biednych rodzin; inwestowania w gospodarstwa domowe wystawione na największe zagrożenia; poprawy jakości podstawowej i szpitalnej opieki nad dziećmi i młodzieżą; ustalenia właściwych mierników równości oraz celów działania.

2) *Sprecyzowanie roli sektora zdrowia i zachęcanie do współdziałania wielu sektorów.* Jest oczywiste, iż sektor zdrowia ma do odegrania kluczową rolę nie tylko jako dostawca podstawowych świadczeń, ale także jako stymulator działań w rządzie. Minister zdrowia oraz władze zdrowia publicznego wszystkich szczebli powinni działać jako orędownicy zdrowia i rozwoju dzieci i młodzieży pozyskujący wszystkich – ludzi i instytucje – którzy mogą być przydatni w tym dziele. Zdrowie jest sprawą złożoną, często uwarunkowaną czynnikami pozostającymi poza bezpośrednim wpływem sektora zdrowia. Ważnym zadaniem Ministerstwa Zdrowia jest zwracanie uwagi innym ministerstwom na fakt, że ich polityka może wywierać wpływ na zdrowie dzieci i młodzieży. Politycy mają do dyspozycji szeroki wachlarz instrumentów: inicjatywa legislacyjna, regulaminy, zmiany organizacyjne, kształcenie zawodowe, opracowywanie podstaw programowych dla szkół, edukacja publiczna, środki fiskalne, alokacja środków budżetowych, finansowanie akcji medialnych, polityka społeczna, ochrona środowiska – to kilka spośród wielu przykładów. Politycy, zwłaszcza zarządzający ochroną zdrowia, muszą się upewnić, czy w samym sektorze zdrowia nadaje się odpowiednią rangę potrzebom dzieci i młodzieży. Wiadomo, że efektywna opieka zdrowotna nie może ograniczać się do zapewnienia określonej liczby świadczeń i środków; chodzi także o jakość porad i obsługi. Nie można przecenić roli odpowiednio przeszkolonego personelu medycznego. Niedobór lub niefachowość personelu obniża jakość świadczeń medycznych, a także może szkodzić zdrowiu dzieci. Władze zdrowia publicznego wszystkich szczebli, szczerze zaangażowane w inwestowanie w zdrowie i rozwój dzieci i młodzieży, powinny dopilnować, żeby:

- została przyjęta całościowa strategia na rzecz zdrowia dzieci i młodzieży albo jako program niezależny, albo jako część innej strategii, np. zdrowia narodu lub narodowego programu na rzecz dzieci;
- zostały wykorzystane w pełni doświadczenia i wyniki uzyskane w toku realizowanych w przeszłości ze środków publicznych programów polityki zdrowotnej państwa;
- sektor zdrowia miał jasno określoną pozycję do angażowania na rzecz zdrowia i rozwoju dzieci i młodzieży innych sektorów, na przykład edukacji, polityki społecznej, rolnictwa;
- struktura organizacyjna Ministerstwa Zdrowia oraz organów władzy rządowej i samorządowej w terenie została dostosowana do potrzeb skutecznej realizacji programu na rzecz zdrowia i rozwoju dzieci;
- zostało skonsolidowane funkcjonowanie jednostek organizacyjnych, w tym instytutów badawczo-rozwojowych bezpośrednio nadzorowanych przez ministra zdrowia w celu najbardziej efektywnego wykonywania zadań na rzecz zdrowia i rozwoju dzieci;
- poprawa zdrowia dzieci i młodzieży była integralnym elementem działalności i oceny placówek działających w sektorze zdrowia;
- był prowadzony „audyt równości” w celu upewnienia się, że sektor zdrowia programując i realizując politykę zdrowotną, nie zaniedbuje potrzeb dzieci i młodzieży ze środowisk upośledzonych społecznie, na przykład żeby dzieci te miały dostęp do właściwej opieki zdrowotnej.

Współpraca międzysektorowa wykracza jednak poza struktury resortowe. Dla przykładu, w ostatniej dekadzie gwałtownie rozwinęły się telekomunikacja i przemysł informatyczny. Młodzi ludzie nie tylko korzystają z bogactwa wiadomości i obrazów, ale są też wystawieni na ich negatywne wpływy. Środki masowego przekazu mogą propagować dobro lub zło; niestety często przeważa to ostatnie. Zarówno wyznawane wartości, jak i postawy oraz przekonania mogą podlegać wpływowi przekazów medialnych. Z jednej strony media mogą przedstawiać publiczne opinie i kształtować klimat dla opinii sprzyjającym korzystnym zmianom, z drugiej zaś sektor zdrowia ma obowiązek reagować, gdy przekazy medialne mogłyby być szkodliwe dla zdrowia. Z kolei umocnienie rodzin i społeczności, w których one żyją, jest sednem działalności na rzecz zdrowia i rozwoju dzieci. Rodziny funkcjonują w miejscu zamieszkania oraz w szerszym środowisku społecznym. O dostępie każdej rodziny do wyrobów i usług związanych ze zdrowiem decyduje wiele czynników: możliwości czasowe, zasoby finansowe, transport, wiedza i umiejętności, a także oferowana dostępność tych wyrobów i usług, by wymienić tylko niektóre. Zasoby finansowe rodzin limitują ich możliwości działania. Ubóstwo, poziom wykształcenia, brak pracy oraz warunki życiowe są najważniejszymi czynnikami określającymi zdolność rodziny do zachowania i poprawy stanu zdrowia jej członków. Rodziny najbardziej upośledzone społecznie potrzebują największego wsparcia. Każda inwestycja dla poprawy warunków mieszkaniowych i wykształcenia albo zapewniająca lepsze odżywianie, zwiększa szanse życiowe dzieci z ubogich rodzin.

3) *Wzmocnienie systemu informacji niezbędnego do podejmowania decyzji.* Solidne, zgodne z rzeczywistością informacje stanowią podstawę zarówno planowania, realizacji, jak i monitorowania polityki oraz działań na rzecz dzieci i młodzieży. Brak takich danych nieuchronnie pociąga za sobą niedostatek wiedzy potrzebnej do budowania strategii prowadzącej do lepszego zdrowia dzieci i młodzieży.

W celu zaplanowania najlepszych opłacalnych kierunków realizacyjnych, a także do monitorowania postępu prac i upewnienia się, iż wyznaczone cele zostały osiągnięte, niezbędne są dobre informacje z terenu. Niestety, mimo iż żyjemy w wieku gwałtownego rozwoju wysublimowanych technologii informacyjnych, zebranie danych na temat sytuacji zdrowotnej dzieci i młodzieży jest niezwykle trudne. Istniejące informacje o stanie zdrowia dzieci bywają często niekompletne, niewiarygodne lub chaotyczne. Różnorodność używanych metod statystycznych definicji i sposobów obliczeń zwiększa trudności w dokonywaniu poważnych analiz porównawczych. Dlatego niezbędna jest poprawa jakości pozyskiwania i gromadzenia zbieranych danych statystycznych i informacji. Istnieją dwa klucze do pozyskiwania dobrych informacji.

1. Właściwe dane z terenu, zbierane i zestawiane konsekwentnie i rzetelnie przez dłuższy czas, umożliwią ocenę potrzeb, zasobów, działań i rezultatów. Analiza trendów pokaże kierunek oraz tempo zmian. Analiza porównawcza między ośrodkami terenowymi ujawni odpowiednie potrzeby i możliwości w skali kraju, natomiast porównania międzynarodowe na podstawie wspólnych kwestionariuszy pozwolą na ustalenie standardów w podobnych do siebie krajach.

2. Drugim aspektem informacji jest dostarczenie dowodów, które powinny określić odpowiednie działania w zależności od potrzeb i grup populacyjnych. Takie dowody powinny pomóc w praktycznym działaniu, umożliwiając przejście od teoretycznych rozważań, „co może skutecznie działać”, do nabycia pewności, że już „są dobre, skuteczne programy”, oraz że mogą one pomóc w wyborze realistycznych celów w miejsce takich, których przydatność nie została potwierdzona dowodami. W celu ustalenia infrastruktury, zespołu fachowców oraz przeszkolenia niezbędnego do wypracowania efektywnego systemu informacyjnego niezbędna jest ścisła

współpraca z GUS oraz jednostkami prowadzącymi obecnie rejestry chorób zakaźnych, w tym gruźlicy i chorób przenoszonych drogą płciową, a także chorób psychicznych i nowotworowych.

W podsumowaniu należy podkreślić, że korzyści wynikające ze wsparcia udzielonego dzieciom we wczesnych latach życia odczuwane są przez całe życie. W ciągu dwóch pierwszych dekad życia młode pokolenie powinno mieć zapewnione optymalne możliwości służące zdrowiu i rozwojowi, badania naukowe wskazują bowiem na istnienie ścisłego związku między jakością życia we wczesnych fazach rozwoju, włącznie z okresem okołoporodowym, a stanem zdrowia w późniejszym, dorosłym życiu.

Bibliografia

- GUS (2009), *Dzieci w Polsce w 2008 roku* (notatka), Główny Urząd Statystyczny, Departament Badań Demograficznych, Warszawa, 19 listopada.
- GUS (2011), *Podstawowe dane z zakresu ochrony zdrowia w 2009 r.*, Warszawa.
- GUS (2011a), *Rocznik Demograficzny 2011*, Warszawa.
- GUS (2011b), *Stan zdrowia ludności Polski w 2009 r.*, Warszawa.
- GUS (2011c), *Ubóstwo w Polsce w 2010 r.*, Informacja sygnałna – materiał na konferencję prasową w dniu 26 lipca 2011 r., Główny Urząd Statystyczny, Departament Badań Społecznych i Warunków Życia.
- Kubicka-Kraszyńska U., Siemińska A., oprac. i red. (2009), *Monitoring realizacji działań administracji samorządowej w zakresie opieki nad matką i dzieckiem*, Fundacja Rodzić po Ludzku, Warszawa.
- Niemiec T., red. (2007), *Zdrowie kobiet w wieku prokreacyjnym 15–49 lat. Polska 2006*, UNDP i Ministerstwo Zdrowia, Warszawa.
- Szymborski J. (2008), *System opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą. Stan i zagrożenia*, „Biuletyn” nr 53, Rządowa Rada Ludnościowa, Warszawa.
- Szymborski J., Jakóbk K., red. (2008), *Zdrowie dzieci i młodzieży w Polsce*, „Biuletyn RPO – Materiały” nr 62, BRPO, GUS, Warszawa.
- Szymborski J., red. (2010), *Ochrona dzieci a przyszłość demograficzna Polski*, „Biuletyn RPO – Materiały” nr 68, Zeszyty Naukowe, BRPO, Warszawa, luty.
- WHO (2005), *Regional Office for Europe: European strategy for child and adolescent health and development*, Fifty Fifth Session, Bucharest, 12–15 September.
- Wojtyniak B., Goryński P., red. (2008), *Sytuacja zdrowotna ludności Polski*, Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego-Państwowy Zakład Higieny, Warszawa.

Rozdział 4.

OGRANICZENIE CHOROBOWOŚCI I UMIERALNOŚCI Z POWODU CHORÓB UKŁADU KRAŻENIA JAKO PRIORYTETOWY CEL POLITYKI ZDROWOTNEJ I LUDNOŚCIOWEJ

*Choroba serca przed 80. rokiem życia to nie jest wola Boga czy Natury,
lecz wina człowieka.*

Paul Dudley White (1886–1973),
jeden z najwybitniejszych kardiologów XX wieku

4.1. Choroby serca i naczyń jako główna przyczyna umieralności społeczeństwa polskiego

Choroby układu krążenia pozostają niezmiennie od ponad 50 lat najważniejszą przyczyną umieralności mieszkańców naszego kraju. Według najnowszych dostępnych danych w roku 2009 około 45% zgonów spowodowane było chorobami układu krążenia (CHUK), które należą także do wiodących przyczyn umieralności przedwczesnej (szczególnie wśród mężczyzn), chorobowości szpitalnej oraz trwałej lub okresowej niezdolności do pracy.

Warto podkreślić, że ta dominująca pozycja CHUK jako najważniejszej przyczyny umieralności dotyczy większości krajów naszego kontynentu, szczególnie zaś krajów Europy Środkowej i Wschodniej. CHUK są przyczyną ponad 4,3 mln zgonów w krajach należących do regionu europejskiego WHO i około 1,9 mln w krajach Unii Europejskiej. Według analiz Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego, koszt związany z leczeniem CHUK przekracza rocznie 169 mld euro. Eksperti WHO przewidują, że CHUK pozostaną wiodącą przyczyną umieralności ogólnej w krajach rozwiniętych gospodarczo przynajmniej do roku 2030, zaś na dwóch pierwszych pozycjach wśród przyczyn zgonów pozostaną, tak jak obecnie, choroba niedokrwienna serca (CHNS) i choroby naczyń mózgowych (CHNM).

Według najnowszych dostępnych danych liczba zgonów z powodu chorób serca i naczyń w Polsce w 2009 r. wyniosła 177 965, w tym 83 613 zgonów dotyczyło mężczyzn, zaś 94 352 – kobiet. Najważniejszymi przyczynami umieralności spośród CHUK w naszym kraju pozostają niezmiennie choroba niedokrwienna serca i choroby naczyń mózgowych (tab. 4.1 i 4.2). Zgony z powodu tych dwóch grup chorób stanowią prawie 50% zgonów z powodu CHUK wśród mężczyzn oraz około 44% – wśród kobiet. Te grupy chorób dominują także jako przyczyny umieralności przedwczesnej (w wieku 25–64) z powodu CHUK zarówno wśród mężczyzn jak i wśród kobiet (tab. 4.3 i 4.4). Wśród innych najbardziej rozpowszechnionych przyczyn umieralności z powodu CHUK w Polsce należy wymienić miażdżycę, niewydolność serca, nadciśnienie tętnicze oraz zgony nagłe.

Tabela 4.1. Zmiany standardowych współczynników zgonów z powodu chorób serca i naczyń w Polsce w latach 1999–2009 (mężczyźni, wiek > 1r)

Przyczyna zgonu	Współczynniki zgonów w 1999	Współczynniki zgonów w 2009	Różnica w %
Zgony ogółem	1340,62	1120,52	–16,42
Zgony z powodu ChUK	606,01	472,36	–22,05
Choroba niedokrwienna serca	216,32	141,91	–34,40
Zawał serca	126,15	62,67	–50,32
Choroby naczyń mózgowych	114,62	82,91	–27,67
Miażdżyca	104,97	74,02	–29,48
Nadciśnienie tętnicze	13,35	14,61	9,44
Kardiomiopatia	10,10	10,22	1,19
Wady serca	2,36	2,84	20,34
Niewydolność serca	56,01	78,30	39,80
Zator tętnicy płucnej	8,36	7,64	– 8,61
Inne przyczyny sercowo-naczyniowe	9,09	12,35	35,86
Zgony nagłe	35,03	50,03	42,82

Uwaga: standardowe współczynniki zgonów na 100 000 mieszkańców ważone strukturą populacji europejskiej w 5-letnich grupach wieku.

Tabela 4.2. Zmiany standardowych współczynników zgonów z powodu chorób serca i naczyń w Polsce w latach 1999–2009 (kobiety, wiek > 1r)

Przyczyna zgonu	Współczynniki zgonów w roku 1999	Współczynniki zgonów w roku 2009	Różnice w %
Zgony ogółem	734,80	585,29	–20,35
Zgony z powodu ChUK	380,06	280,34	–26,24
Choroba niedokrwienna serca	100,89	67,17	–33,42
Zawał serca	45,25	23,61	–47,82
Choroby naczyń mózgowych	89,68	57,42	–35,97
Miażdżyca	84,62	57,69	–31,82
Nadciśnienie tętnicze	12,01	10,87	–10,17
Kardiomiopatia	4,31	2,98	–30,86
Wady serca	1,78	1,97	10,67
Niewydolność serca	39,46	48,68	23,37
Zator tętnicy płucnej	5,14	4,66	–9,34
Inne przyczyny sercowo-naczyniowe	3,72	4,59	23,39
Zgony nagłe	10,78	13,76	27,64

Uwaga: standardowe współczynniki zgonów na 100 000 mieszkańców ważone strukturą populacji europejskiej w 5-letnich grupach wieku.

Tabela 4.3. Zmiany liczby zgonów z powodu chorób serca i naczyń w Polsce w latach 1999–2009 (mężczyźni, wiek > 1r)

Przyczyna zgonu	Liczba zgonów w 1999	Liczba zgonów w 2009	Różnica w liczbach bezwzględnych	Różnica w %
Zgony ogółem	204 016	203 826	–190	–0,09
Zgony z powodu ChUK	87 081	83 613	–3 468	–3,98
Choroba niedokrwienna serca	32 275	25 407	–6 868	–21,28
Zawał serca	19 670	11 462	–8 208	–41,73
Choroby naczyń mózgowych	16 756	14 918	–1 838	–10,97
Miażdżycy	13 302	12 391	–911	–6,85
Nadciśnienie tętnicze	2 016	2 615	599	29,71
Kardiomiopatia	1 550	1 878	328	21,16
Wady serca	381	533	152	39,90
Niewydolność serca	7 808	13 709	5 901	75,58
Zator tętnicy płucnej	1 300	1 392	92	7,08
Inne przyczyny sercowo-naczyniowe	1 426	2 281	855	59,96
Zgony nagłe	5 725	9 350	3 625	63,32

Źródło: dane opracowane w Zakładzie Epidemiologii, Prewencji ChUK i Promocji Zdrowia Instytutu Kardiologii w Warszawie na podstawie zbiorów danych udostępnionych przez GUS.

Tabela 4.4. Zmiany liczby zgonów z powodu chorób serca i naczyń w Polsce latach 1999–2009 (kobiety, wiek > 1r)

Przyczyna zgonu	Liczba zgonów w 1999	Liczba zgonów w 2009	Różnica w liczbach bezwzględnych	Różnica w %
Zgony ogółem	177 399	181 114	3 715	2,09
Zgony z powodu ChUK	94 396	94 352	–44	–0,05
Choroba niedokrwienna serca	24 796	22 368	–2 428	–9,79
Zawał serca	10 780	7 382	–3 398	–31,52
Choroby naczyń mózgowych	22 112	18 886	–3 226	–14,59
Miażdżycy	21 633	20 788	–845	–3,91
Nadciśnienie tętnicze	2 940	3 573	633	21,53
Kardiomiopatia	1 053	936	–117	–11,11
Wady serca	416	634	218	52,40
Niewydolność serca	9 895	16 616	6 721	67,92
Zator tętnicy płucnej	1 205	1 380	175	14,52
Inne przyczyny sercowo-naczyniowe	878	1 355	477	54,33
Zgony nagłe	2 471	3 641	1 170	47,35

Źródło: dane opracowane w Zakładzie Epidemiologii, Prewencji ChUK i Promocji Zdrowia Instytutu Kardiologii w Warszawie na podstawie zbiorów danych udostępnionych przez GUS.

Aby lepiej ocenić obecną sytuację zdrowotną mieszkańców naszego kraju i kierunek przewidywanych zmian, warto przypomnieć, że na początku okresu transformacji społeczno-ekonomicznej w Polsce, tj. w latach 1989–1990, CHUK były przyczyną ponad 52% zgonów, zaś bezwzględna liczba zgonów spowodowanych chorobami serca i naczyń sięgała 210 000 w skali roku. Polska była w owym czasie w gronie niechlubnych liderów europejskich statystyk umieralności z powodu CHUK, zaś w przeciwieństwie do krajów Europy Zachodniej czy USA, w naszym kraju w latach 70. i 80. obserwowano bardzo niekorzystne zjawisko wzrostu ogólnej liczby zgonów oraz umieralności przedwczesnej z powodu CHUK.

Ten niekorzystny trend epidemiologiczny wzrostu umieralności z powodu CHUK udało się zatrzymać na początku lat 90. Od roku 1991 aż do połowy pierwszej dekady XXI wieku obserwowano systematyczny spadek liczby zgonów z powodu chorób serca i naczyń. Tempo spadku wskaźników umieralności z powodu chorób serca i naczyń w Polsce na przełomie XX i XXI wieku było bardzo szybkie i zjawisko to zostało dostrzeżone i opisane w piśmiennictwie fachowym zarówno przez ekspertów krajowych jak i zagranicznych (m.in. Zatoński i in., 1998; Podolec i in. 2006; Jasiński i in., 2008). Aktualne wskaźniki umieralności z powodu CHUK, a zwłaszcza wieloletnie trendy zmian w Polsce są bardziej korzystne niż w większości krajów Europy Środkowej i Wschodniej. Warto dodać, że redukcja umieralności z powodu CHUK była najważniejszym czynnikiem, który spowodował wyraźne wydłużenie średniej długości życia społeczeństwa polskiego w latach 1991–2005 (Wojtyniak i in., 2008). Należy podkreślić, że ta korzystna redukcja umieralności dotyczyła zarówno mężczyzn jak i kobiet i była obserwowana we wszystkich grupach wiekowych. Wśród czynników związanych ze stylem życia, wymienianych jako odpowiedzialne za owe korzystne zmiany, wymieniano przede wszystkim zadawalające przemiany w sposobie żywienia (mniejsze spożycie tłuszczów pochodzenia zwierzęcego, większa konsumpcja olejów roślinnych oraz owoców i warzyw), ograniczenie palenia tytoniu wśród mężczyzn, nieco większy poziom aktywności fizycznej.

W Raporcie Rządowej Rady Ludnościowej z 2004 r. przedstawiono najważniejsze przyczyny przezwyciężenia owego fatalnego trendu epidemiologicznego, podkreślając przede wszystkim korzystne zmiany wynikające z realizacji *Narodowego Programu Ochrony Serca i Naczyń* (NPOS) w latach 1993–2000. Autorzy Raportu z 2004 roku słusznie zwrócili uwagę na istotną rolę NPOS, w ramach którego podjęto działania w zakresie promocji zdrowia i profilaktyki chorób serca i naczyń wśród całego społeczeństwa, a także uzyskano znaczną poprawę dostępności i skuteczności świadczeń diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych dla mieszkańców naszego kraju. Dzięki realizacji NPOS w okresie 1992–2001 wzrosła aż sześciokrotnie liczba zabiegów koronarografii, zaś liczba pacjentów poddanych ratującej życie angioplastyce naczyń wieńcowych zwiększyła się prawie 20-krotnie. W analizowanym okresie wzrosła trzykrotnie ogólna liczba operacji kardiologicznych oraz prawie trzykrotnie liczba pacjentów, którym wszczepiono stymulatory serca (Sadowski, 2002).

Trudno zatem zrozumieć, dlaczego decyzję o kolejnej edycji *Narodowego Programu Profilaktyki i Leczenia Chorób Serca i Naczyń POLKARD* podjęto dopiero po dwóch latach, tj. w 2003 roku. *Narodowy Program POLKARD*, zaakceptowany przez Sejm RP i finansowany ze środków Ministerstwa Zdrowia, realizowany w kolejnych edycjach w latach 2003–2005, 2006–2008 oraz 2009–2011 miał istotne znaczenie dla dalszej poprawy sytuacji zdrowotnej w odniesieniu do chorób serca i naczyń w okresie ostatnich ośmiu lat, choć nie ulega wątpliwości, że jego aktualny zakres i poziom finansowania (około 30 mln zł rocznie) jest niewspółmierny do zagrożenia CHUK i skali potrzeb naszego kraju.

Korzystne zmiany dotyczące redukcji liczby zgonów z powodu CHUK w ostatnich 10–20 latach w Polsce nie powinny jednak przesłonić kilku znacznie mniej pozytywnych

faktów. W dalszym ciągu standaryzowane wskaźniki umieralności z powodu chorób serca i naczyń w naszym kraju są około dwukrotnie wyższe niż w wielu krajach Europy Zachodniej, zaś wskaźniki umieralności przedwczesnej w Polsce są nawet 2–3-krotnie wyższe. Dotyczy to także umieralności z powodu najważniejszych przyczyn, tj. choroby niedokrwiennej serca oraz chorób naczyń mózgowych.

Korzystny spadkowy trend umieralności z powodu CHUK uległ zahamowaniu w połowie pierwszej dekady XXI stulecia. Wprawdzie standaryzowane wskaźniki umieralności z powodu chorób serca i naczyń nie zmieniły się znacznie w latach 2005–2009 zarówno wśród mężczyzn jak i wśród kobiet, to jednak bezwzględna liczba zgonów z powodu CHUK wyraźnie się zwiększyła. W roku 2009 liczba zgonów z powodu CHUK u mężczyzn była o 4358, zaś u kobiet o 5380 większa niż w 2005 roku. Jedną z istotnych przyczyn tego zjawiska są niekorzystne zmiany demograficzne i starzenie się populacji naszego kraju, jednak konieczna jest dalsza wszechstronna analiza uwarunkowań i możliwości przeciwdziałania tym niekorzystnym tendencjom.

Z najnowszych niepublikowanych dotąd analiz epidemiologów z Instytutu Kardiologii w Aninie wynika, że w ostatnich 10 latach zmniejszyła się w sposób znaczący liczba zgonów z powodu choroby niedokrwiennej serca i zawału serca (zarówno wśród mężczyzn jak i kobiet) oraz chorób naczyniowych mózgu (CHNM), wzrosła natomiast liczba zgonów nagłych, liczba zgonów z powodu niewydolności serca oraz nadciśnienia tętniczego u mężczyzn (tabele 4.1–4.4). O ile spadkowy trend umieralności z powodu CHNS jest obserwowany od prawie 20 lat, to spadek umieralności z powodu CHNM rozpoczął się znacznie później (lata 2000–2001) i zapewne wynika z wdrożenia specjalnych ogólnopolskich programów prewencji i leczenia (m.in. Jasiński i in., 2008).

Wielu ekspertów zwraca uwagę, że wobec poprawy skuteczności leczenia choroby niedokrwiennej serca (m.in. coraz powszechniej stosowane leczenie inwazyjne), wysokiej częstości nadciśnienia tętniczego oraz wskutek zjawiska starzenia się społeczeństwa wzrost w sposób znaczący liczba pacjentów z niewydolnością serca. Zapewne także niewydolność serca będzie coraz bardziej znaczącym powodem umieralności i niepełnosprawności, a także ograniczenia zdolności do pracy. Niepokojącym zjawiskiem obserwowanym w naszym kraju jest wzrost liczby nagłych zgonów, szczególnie wśród mężczyzn.

Ograniczone ramy niniejszego opracowania nie pozwalają na bardziej szczegółową analizę aktualnej sytuacji epidemiologicznej dotyczącej CHUK oraz przyczyn zmian obserwowanych w ostatnich 10 latach. Należy wszakże zaakcentować następujące zjawiska:

- Wyniki najważniejszych badań epidemiologicznych przeprowadzonych w latach 1990–2005 (WOBASZ, POLMONICA, NATPOL, CINDI, POLSCREEN) wskazują na bardzo duże rozpowszechnienie w naszym kraju najważniejszych czynników ryzyka chorób serca i naczyń (a także innych chorób przewlekłych). Częstość hipercholesterolemii (ponad 50% dorosłych), nadciśnienia tętniczego (30–40%), otyłości (20–25%), zespołu metabolicznego (ponad 20%) wśród dorosłych Polaków jest wysoka i w odniesieniu do niektórych ma tendencję rosnącą. Wysoki odsetek osób o niedostatecznej aktywności fizycznej (ponad 50% dorosłych Polaków), palących papierosy czy niewłaściwie odżywiających się zwraca uwagę na konieczność dalszych i bardziej skutecznych działań z zakresu promocji zdrowia, które powinny obejmować nie tylko osoby dorosłe, ale także dzieci i młodzież (m.in. Broda, Rywik, 2005; Zdrojewski i in; 2004; Tykarski i in., 2005; Podolec i in., 2006).
- Niepokojącym zjawiskiem są bardzo duże dysproporcje w średniej długości życia oraz poziomie umieralności z powodu chorób serca i naczyń w niektórych miastach, regionach kraju, a nawet dzielnicach dużych miast.

- Zjawisko nierówności społecznych w poziomie stanu zdrowia, a także w poziomie wiedzy, tzw. kompetencji zdrowotnych, oraz dostępności do świadczeń profilaktycznych i leczniczych jest wyraźnie widoczne w naszym kraju i wymaga nie tylko dalszych badań, ale odpowiednich środków zaradczych.
- Poziom wiedzy społeczeństwa polskiego na temat czynników ryzyka i metod prewencji chorób serca i naczyń jest nadal niezadowalający, zaś udział publicznych mediów w misji edukacyjnej, szczególnie telewizji, zbyt skromny.

4.2. Najważniejsze czynniki kształtujące sytuację zdrowotną w zakresie chorób układu krążenia w okresie ostatnich 10 lat

Wśród czynników, które w istotnym stopniu kształtowały sytuację zdrowotną w zakresie CHUK w Polsce w ostatnich 10 latach, należy wymienić przede wszystkim poziom finansowania, a także sposób kontraktowania (co wpływa na dostępność) świadczeń w zakresie chorób serca i naczyń przez Narodowy Fundusz Zdrowia oraz tzw. wysokospecjalistycznych świadczeń z zakresu kardiologii/kardiochirurgii finansowanych w ramach programów specjalnych przez Ministerstwo Zdrowia oraz Narodowy Program Profilaktyki i Leczenia Chorób Serca i Naczyń POLKARD wdrożony do realizacji w 2003 roku.

Decyzja o kolejnej edycji Narodowego Programu POLKARD podjęta przez rząd i zaakceptowana przez Sejm RP była niezwykle cenna i przyczyniła się do znacznej poprawy dostępności świadczeń diagnostycznych, leczniczych, wdrożenia nowych metod diagnostyki i leczenia oraz zmniejszenia dysproporcji w dostępności nowoczesnych metod leczenia w zakresie kardiologii, kardiochirurgii, a także leczenia chorób naczyniowych mózgu (Opolski i in., 2003; Podolec i in., 2007, 2010).

Wspólne konstruktywne działania Rady Programowej POLKARD, grupującej czołowych polskich specjalistów z różnych ośrodków naukowych i reprezentujących wszystkie dziedziny szczegółowe, oraz dobra (przez większość okresu realizacji Programu) współpraca z kierownictwem Ministerstwa Zdrowia przyczyniły się do właściwego zdefiniowania najważniejszych obszarów interwencji oraz odpowiedniej alokacji środków finansowych dla rozmaitych działań z zakresu nie tylko medycyny naprawczej, ale także promocji zdrowia, profilaktyki oraz monitorowania (epidemiologii).

Trudno w krótkim opracowaniu wymienić wszystkie osiągnięcia Narodowego Programu POLKARD w latach 2003–2010; są one przedstawione szczegółowo w materiałach Ministerstwa Zdrowia i sprawozdaniach przygotowanych przez kierownictwo Rady POLKARD. Niewątpliwym sukcesem Programu było zapewnienie dostępności ośrodków kardiologicznych prowadzących 24-godzinny dyżur, poprawa dostępności i jakości leczenia ostrych zespołów wieńcowych oraz udarów mózgu, znacząca poprawa w dziedzinie diagnostyki kardiologicznej (zakup nowoczesnej aparatury diagnostycznej i sprzętu), wprowadzenie rejestrów najważniejszych chorób serca i naczyń.

Jednym ze sztandarowych produktów Programu POLKARD jest prowadzony w sposób wzorowy przez Śląskie Centrum Kardiologii w Zabrzej rejestr ostrych zespołów wieńcowych (OZW). Powszechne wprowadzenie tego rejestru (początkowo w kilku województwach, a później w skali ogólnopolskiej) umożliwiło nie tylko precyzyjną ocenę epidemiologiczną, ale także możliwość oceny sposobu postępowania i jakości leczenia, rokowania itp. Dane z tego rejestru, największego obecnie w Europie (obejmującego ponad 350 000 przypadków OZW), wykorzystano także do poprawy jakości leczenia OZW (Poloński i in., 2007). W efekcie uzyskano w całej Polsce znaczący spadek umieralności wewnątrzszpitalnej oraz znaczącą redukcję ogół-

nej liczby zgonów z powodu OZW. Z najnowszych danych ESC wynika, że umieralność wewnętrzzszpitalna z powodu OZW w naszym kraju jest obecnie niższa niż w Japonii, RFN, Wielkiej Brytanii, Szwecji czy Kanadzie, choć nakłady finansowe na leczenie w tych krajach są wielokrotnie większe niż w Polsce.

Ze środków Programu POLKARD sfinansowano także największe reprezentacyjne wieloosrodkowe badanie stanu zdrowia, czynników ryzyka i zachowań zdrowotnych społeczeństwa polskiego WOBASZ i WOBASZ Senior, które pozwalają na obiektywną ocenę sytuacji zdrowotnej mieszkańców nie tylko całego kraju, ale także poszczególnych województw.

Po raz pierwszy w naszym kraju opracowano i wdrożono tak ważne i nowoczesne projekty interwencyjne w zakresie promocji zdrowia i prewencji chorób serca i naczyń, jak: Polski Projekt 400 Miast, Program POLKARD Media „Pamiętaj o Sercu” czy adresowany do dzieci i młodzieży Program SMS „Szansa dla Młodego Serca” (m.in. Wierucki i in., 2004; Zdrojewski i in., 2006; Drygas i in., 2007). Program IMPACT Poland pozwolił na precyzyjne oszacowanie przyczyn korzystnej redukcji liczby zgonów z powodu choroby niedokrwiennej serca w latach 1991–2005 i potwierdził kapitalne znaczenie działań z zakresu promocji zdrowia i prewencji w celu poprawy stanu zdrowia społeczeństwa (Bandosz i in., 2012). Dodatkowym efektem Programu POLKARD były liczne prace naukowe opublikowane także w prestiżowych pismach krajowych i zagranicznych oraz wzrost uznania dla naszego kraju w rozmaitych gremiach: WHO, Unii Europejskiej i Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego.

Nie ulega wątpliwości, że dzięki realizacji Programu POLKARD, a wcześniej w latach 1993–2001 Narodowego Programu Ochrony Serca i Naczyń (NPOS) w niektórych dziedzinach kardiologii i kardiochirurgii w ostatnich 10–15 latach dokonał się prawdziwy przełom. Polska z pozycji europejskiego Kopciuszka (na początku lat 90.) w niektórych dziedzinach (szczególnie w zakresie diagnostyki i leczenia inwazyjnego ostrych zespołów wieńcowych) dołączyła do grona europejskich liderów. Świadczy to o możliwości realnego pozytywnego kształtowania sytuacji zdrowotnej w naszym kraju pod warunkiem zastosowania właściwych i skutecznych rozwiązań organizacyjnych i finansowych.

Z materiałów udostępnionych przez krajowego specjalistę w dziedzinie Kardiologii prof. Grzegorza Opolskiego wynika, że obecnie w Polsce funkcjonuje 105 ośrodków z całodobowym dyżurem kardiologii inwazyjnej, przy czym ośrodki takie istnieją we wszystkich województwach, zaś odległość do każdego z nich nie przekracza 50 km.

W roku 2009 w naszym kraju wykonano ponad 180 000 koronarografii, ponad 101 000 przezskórnych zabiegów udrożnienia naczyń wieńcowych (PCI), ponad 27 000 zabiegów wszczepienia rozruszników oraz 6390 ablacji. Okres oczekiwania na wysokospecjalistyczne procedury kardiologiczne z reguły nie przekraczał kilku-kilkunastu tygodni, np. w przypadku zabiegu przezskórnego udrożnienia naczyń wieńcowych – 2–4 tygodni, zaś ablacji – 4–12 tygodni.

Z danych Ministerstwa Zdrowia wynika, że obecnie prawie 3000 lekarzy w Polsce posiada specjalizację z kardiologii, zaś ponad 1000 lekarzy jest w trakcie specjalizacji. Mimo to okres oczekiwania na wizyty konsultacyjne u lekarzy kardiologów w wielu regionach kraju jest niepokojąco długi i sięga wielu miesięcy.

Istotne znaczenie dla poprawy jakości leczenia kardiologicznego w analizowanym okresie miało upowszechnienie nowoczesnego leczenia farmakologicznego zgodnego ze standardami (m.in. stosowanie inhibitorów konwertazy, statyn, leków przeciwplatek itp.) oraz szersze stosowanie kardiowerterów-defibrylatorów w zapobieganiu nagłego zgonu.

W okresie ostatniej dekady opracowano także i wdrożono do realizacji w 2004 r. w skali całego kraju Program Profilaktyki Chorób Układu Krążenia, finansowany przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Ten nowoczesny program, opracowany przez ekspertów z Uniwersytetu Medycznego w Łodzi, pozwala na identyfikację najważniejszych czynników ryzyka oraz na ocenę globalnego ryzyka (SCORE) u osób bez rozpoznanej do tej pory CHUK przez lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej (POZ). Stwarza to możliwość wdrożenia skutecznej profilaktyki, ewentualnie dalszej diagnostyki i leczenia u osób objętych tym Programem. W latach 2006–2008 w ramach Programu badano rokrocznie około 300 000 kobiet i mężczyzn w wieku 35–55 lat, wśród których identyfikowano około 16% wymagających dalszej pogłębionej diagnostyki bądź leczenia.

Zmiany zasięgu Programu wprowadzone po 2007 r. (ograniczenie zaproszeń wyłącznie do osób, które w danym roku ukończyły 35, 40, 45, 50, 55 lat) oraz niewystarczający, zdaniem lekarzy POZ, poziom finansowania spowodowały jednak, że liczba uczestników zmniejszyła się do około 100 000 w skali ogólnopolskiej, zaś w niektórych województwach liczba uczestników nie przekracza 1500 osób. Program ten, co wynika także ze szczegółowych analiz przeprowadzonych przez wieloosrodkowy zespół ekspertów (Pająk i in., 2010), wymaga z pewnością pewnej rekonstrukcji i działań poprawiających jego zasięg i skuteczność. Te działania powinny być przeprowadzone wspólnie przez kierownictwo NFZ i najlepszych polskich specjalistów w dziedzinie prewencji populacyjnej i medycyny rodzinnej.

4.3. Rekomendacje do działań koniecznych w celu ograniczenia chorobowości i umieralności z powodu CHUK w Polsce

Dalsza poprawa sytuacji zdrowotnej w odniesieniu do chorób serca i naczyń, a w szczególności ograniczenie umieralności ogólnej i przedwczesnej z powodu CHUK, jest możliwa. Wskazują na to zarówno doświadczenia naszego kraju z ostatnich 10–20 lat, jak i krajów, które w dziedzinie profilaktyki i leczenia CHUK osiągnęły największe sukcesy (m.in. kraje Europy Zachodniej, USA, Japonia, Kanada).

Należy jednak zdawać sobie sprawę z tego, że znacząca poprawa w tej w dziedzinie będzie trudniejsza niż poprzednio. Wynika to zarówno z opisywanego wcześniej wielokrotnie zjawiska starzenia się populacji, wysokiej częstości rozpowszechnienia chorób serca i naczyń w Polsce, wysokiego poziomu warunkujących te choroby czynników ryzyka, jak i konieczności intensyfikacji i zwiększenia skuteczności działań we wszystkich istotnych obszarach, tj. polityki zdrowotnej państwa, promocji zdrowia, profilaktyki oraz diagnostyki, leczenia i rehabilitacji chorób serca i naczyń.

Autorzy Raportu Rządowej Rady Ludnościowej *Założenia Polityki Ludnościowej w Polsce* z 2004 roku wśród najważniejszych celów operacyjnych koniecznych do zrealizowania celów strategicznych zmierzających do ograniczenia chorobowości i umieralności z powodu CHUK w Polsce wymienili :

1. Rozwój pierwotnej prewencji chorób układu krążenia dzieci i dorosłych.
2. Zapewnienie powszechnego dostępu wszystkim potrzebującym do wysokospecjalistycznych procedur kardiologicznych i kardiochirurgicznych.
3. Wprowadzenie i zapewnienie dostępności nowoczesnych metod diagnostycznych i terapeutycznych w celu właściwego leczenia osób z chorobami układu krążenia.
4. Upowszechnienie stosowania i monitorowania skuteczności odpowiednich leków kardiologicznych.
5. Optymalizację funkcjonowania organizacji i nadzoru w opiece kardiologicznej.

Nie ulega wątpliwości, że te zdefiniowane precyzyjnie cele operacyjne nie straciły swej aktualności obecnie. Wśród postulowanych wówczas działań, nie zrealizowanych w optymalny sposób w latach 2003–2011, których kontynuacja wydaje się szczególnie ważna, należy wymienić:

- Konieczność nadania odpowiedniej rangi działaniom prewencyjnym w zdrowotnej polityce publicznej, przeznaczenie na to odpowiednich środków finansowych, rozwijanie i upowszechnianie efektywnych działań z zakresu promocji zdrowia.
- Kontynuację tworzenia sieci pododdziałów udarowych, wysokospecjalistycznych oddziałów leczenia udaru mózgu, dalsze doskonalenie diagnostyki i nowoczesnego leczenia udarów, zwiększenie liczby ośrodków rehabilitacji pacjentów po udarze mózgu.
- Skrócenie czasu docierania pacjentów z ostrymi zespołami wieńcowymi oraz udarami mózgu do odpowiednich wysoko wyspecjalizowanych ośrodków. W tym celu konieczna jest zarówno poprawa stanu wiedzy całego społeczeństwa na temat postępowania w przypadku podejrzenia OZW lub udaru mózgu, jak i usprawnienie systemu transportu/ratownictwa medycznego.
- Wzmocnienie znaczenie krajowego i regionalnego nadzoru kardiologicznego w podejmowaniu strategicznych decyzji na temat systemu akredytacji ośrodków kardiologicznych, wyposażania i organizacji nowych ośrodków czy ich przekształcania.

Wśród działań, które powinny być realizowane w pierwszej kolejności i które mogą przynieść największe efekty w perspektywie najbliższych lat, należy wymienić:

1. Opracowanie nowej edycji Narodowego Programu Profilaktyki i Leczenia Chorób Serca i Naczyń POLKARD. W programie tym powinny być uwzględnione nie tylko niezwykle ważne i aktualne zadania medycyny klinicznej (naprawczej), ale w znacznie większym stopniu zadania z zakresu promocji zdrowia oraz zintegrowanej profilaktyki chorób przewlekłych. Narodowy Program POLKARD, finansowany ze środków Ministerstwa Zdrowia, realizowany w kolejnych edycjach w latach 2003–2005, 2006–2008 i 2009–2011, miał istotne znaczenie dla dalszej poprawy sytuacji zdrowotnej w odniesieniu do chorób serca i naczyń w ostatnich ośmiu latach. Nie ulega jednak wątpliwości, że jego obecny zakres i poziom finansowania (30–33 mln zł rocznie, a poprzednio około 60–70 mln zł rocznie) jest niewspółmierny do zagrożenia CHUK i skali potrzeb naszego kraju oraz rażąco odbiega od nakładów na realizację Narodowego Programu profilaktyki i leczenia chorób nowotworowych. Poważnym błędem ze strony kierownictwa Ministerstwa Zdrowia w ostatnim etapie realizacji Programu POLKARD było wykluczenie z zakresu realizowanych priorytetów zadań dotyczących epidemiologii (monitorowania), promocji zdrowia i profilaktyki, a także opracowań analitycznych ważnych dla doskonalenia polityki zdrowotnej kraju. Program POLKARD powinien mieć zapewniony poziom finansowania adekwatny do skali zagrożenia CHUK w Polsce oraz poziomu chorobowości i umieralności z tego powodu. W opracowaniu założeń Programu oraz w jego kierowaniu powinni uczestniczyć najlepsi specjaliści z różnych dziedzin medycyny i zdrowia publicznego. Kontynuacja Programu i poziom finansowania nie może być przedmiotem doraźnych rozgrywek politycznych czy działań lobbingsowych rozmaitych środowisk.

2. Weryfikacja założeń, systemu organizacji, finansowania oraz monitorowania i ewaluacji Programu Profilaktyki Chorób Układu Krążenia, finansowanego z budżetu Narodowego Programu Zdrowia. Zadanie to powinno zostać zrealizowane wspólnie przez kierownictwo NFZ, autorów Programu oraz ekspertów w dziedzinie profilaktyki populacyjnej CHUK, przedstawicieli środowiska lekarzy rodzinnych oraz lekarzy innych specjalności. Należy zdecydowanie wzmocnić „ramię interwencyjne” Programu i zachęcić lekarzy POZ do bardziej skutecznych i szerzej zakrojonych działań.

3. Należy opracować i wdrożyć system systematycznego monitorowania czynników ryzyka i zachowań zdrowotnych, podobnie jak ma to miejsce w wielu innych krajach (Finlandii, Holandii, Norwegii, USA). Założenia tego systemu powinien opracować zespół ekspertów powołany przez Ministerstwo Zdrowia.

4. Należy ocenić zakres i poziom finansowania świadczeń z zakresu kardiologii, finansowanych ze środków budżetowych (NFZ, Ministerstwo Zdrowia), i zidentyfikować te obszary diagnostyki, leczenia i rehabilitacji, których dostępność i poziom finansowania (np. rehabilitacja kardiologiczna czy niektóre zabiegi kardiochirurgiczne) są niedostateczne, a których znaczenie dla poprawy stanu zdrowia społeczeństwa jest niepodważalne.

5. Należy rozważyć i ewentualnie podjąć działania na rzecz zwiększenia możliwości kształcenia lekarzy specjalistów w dziedzinie kardiologii, co ma ważne znaczenie wobec istotnych ograniczeń w dostępności ambulatoryjnej opieki specjalistycznej

6. Należy ocenić skalę migracji zarobkowych lekarzy i innych specjalistów w dziedzinie kardiologii i pokrewnych dziedzin oraz zidentyfikować potencjalne zagrożenia wynikające z niedostatecznej liczby lekarzy i innych specjalistów związanych z diagnostyką, leczeniem, rehabilitacją oraz opieką nad osobami z CHUK.

7. Należy w większym stopniu zaangażować i wykorzystać możliwości mediów (szczególnie publicznych) w edukacji zdrowotnej oraz w przekazywaniu pozytywnych informacji na temat możliwości promocji zdrowia, leczenia chorób o znaczeniu społecznym itp. i zapobiegania im. Problematyka zdrowotna w mediach państwowych, a zwłaszcza w telewizji publicznej, jest prezentowana zbyt rzadko. Audycje o tematyce zdrowotnej adresowane do dzieci czy młodzieży lub osób starszych są nieomal nieobecne w naszym kraju.

8. Należy zachęcić władze samorządowe, uczelnie medyczne, a także inne uczelnie oraz organizacje pozarządowe do działań na rzecz promocji zdrowia i prewencji chorób przewlekłych w środowiskach lokalnych. Programy te o charakterze edukacyjnym lub interwencyjnym mogą przyczynić się do korzystnej zmiany zachowań zdrowotnych (np. palenia tytoniu, aktywności fizycznej, sposobu odżywiania czy radzenia sobie ze stresem).

9. Wzorcowe programy w tej dziedzinie, adresowane np. do osób starszych czy do określonej grupy odbiorców (np. matki z małymi dziećmi, osoby otyłe czy niepełnosprawne itp.), powinny być opracowane przez ekspertów z odpowiednich dziedzin i zaproponowane do wykorzystania w różnych środowiskach.

10. Należy wzmocnić działania na rzecz zintegrowanej profilaktyki chorób przewlekłych, które mają podobne uwarunkowania w postaci wspólnych czynników ryzyka, takich jak: palenie tytoniu, wadliwe odżywianie, niedostateczna aktywność fizyczna czy nadmierna konsumpcja alkoholu. Przedsięwzięcia na rzecz integrowania różnych środowisk ekspertów zajmujących się chorobami przewlekłymi powinny być przedmiotem działania kierownictwa Ministerstwa Zdrowia, GIS oraz Biura WHO w Polsce. W tym kontekście na szczególne uznanie zasługuje działalność Polskiego Forum Profilaktyki, szczególnie zaś opracowywanie wytycznych oraz podręczników adresowanych do szerokiego grona lekarzy w naszym kraju.

4.4. Wskazane kierunki dalszych badań naukowych i analiz

Należy z ubolewaniem stwierdzić, że problematyka badań z zakresu zdrowia publicznego, które mogą mieć istotne znaczenie dla pozytywnego kształtowania stanu zdrowia społeczeństwa polskiego czy ograniczenia chorobowości lub umieralności z powodu chorób serca i naczyń, jest bardzo rzadko inicjowana i finansowana przez Ministerstwo Nauki czy Ministerstwo Zdro-

wia. Ministerstwo Nauki z reguły finansuje projekty o budżecie, który nie przekracza kilkuset tysięcy złotych, co często nie wystarcza do przeprowadzenia dużych wieloosrodkowych badań epidemiologicznych czy projektów interwencyjno-badawczych.

Poniżej przedstawiono kilka wybranych ważnych problemów badawczych związanych z problematyką chorób serca i naczyń, ważnych z punktu widzenia zdrowia publicznego w naszym kraju:

- Wprowadzenie systematycznego systemu monitorowania stanu zdrowia, czynników ryzyka i zachowań zdrowotnych polskiego społeczeństwa. Duże reprezentacyjne badania epidemiologiczne, jak WOBASZ, powinny być realizowane systematycznie (np. co 5 lat). Należy opracować poprawną metodykę zbierania danych dotyczących aktywności fizycznej. Sposoby zbierania danych powinny być konsultowane z odpowiednimi placówkami naukowymi (NIZP-PZH, Instytut Kardiologii, Centrum Onkologii, Instytut Żywności i Żywienia itp.);
- Badania dotyczące wyjaśnienia przyczyn znaczących różnic w poziomie umieralności z powodu chorób serca i naczyń oraz umieralności ogólnej w niektórych regionach Polski;
- Analiza przyczyn wzrostu liczby nagłych zgonów w Polsce w okresie ostatnich 15–20 lat;
- Badanie epidemiologiczne dotyczące rzeczywistej częstości występowania niewydolności serca oraz wieloletnich trendów zmian chorobowości i umieralności z tej przyczyny w Polsce;
- Analiza odległych wyników leczenia pacjentów poddanych leczeniu interwencyjnemu (angioplastyka) z powodu ostrych zespołów wieńcowych z uwzględnieniem korzystania z ambulatoryjnej i stacjonarnej rehabilitacji kardiologicznej, stosowanego leczenia farmakologicznego itp.;
- Opracowanie i wdrożenie optymalnego modelu organizacyjnego prewencji chorób serca i naczyń (lub chorób przewlekłych NCD) w naszym kraju z uwzględnieniem rozwiązań organizacyjnych, poziomu finansowania, metod ewaluacji itp.;
- Badania dotyczące poziomu kompetencji zdrowotnych mieszkańców naszego kraju z uwzględnieniem zróżnicowań wynikających z miejsca zamieszkania, poziomu wykształcenia, wieku oraz innych ważnych uwarunkowań społecznych i ekonomicznych;
- Opracowanie specjalnego raportu na temat działań z zakresu polityki zdrowotnej stosowanych w innych krajach, które mogą w największym stopniu przyczynić się do ograniczenia chorobowości i umieralności z powodu chorób serca i naczyń w Polsce.

4.5. Uwagi końcowe

Autorzy najnowszego raportu Amerykańskiego Towarzystwa Kardiologicznego (AHA) *Forecasting the Future of Cardiovascular Disease in the United States*, opublikowanego niedawno na łamach najbardziej prestiżowego na świecie pisma kardiologicznego „Circulation”, przewidują do roku 2030 znaczący wzrost liczby chorób serca i naczyń w USA oraz ogromny wzrost kosztów ich leczenia. Podobnie jak w Polsce zasadniczą przyczyną będzie starzenie się populacji i bardzo duża częstość warunkujących te choroby czynników ryzyka. Koszty bezpośrednie leczenia mogą wzrosnąć z 273 mld USD do gigantycznej kwoty 818 mld USD. Autorzy raportu wielokrotnie podkreślają, że chorobom serca i naczyń można skutecznie zapobiegać, zaś podstawową strategią w walce z epidemią CHUK w USA powinno być przeorientowanie systemu ochrony zdrowia w kierunku skutecznej promocji zdrowia i profilaktyki (Heidenreich i in., 2011). Podobne wnioski wynikają z europejskiego dokumentu *European Healthy Heart Charter*, opracowanego wspólnie przez ekspertów UE, WHO i wielu współpracujących ze sobą europejskich towarzystw naukowych.

Nie ulega wątpliwości, że także w naszym kraju niezbędne jest skoncentrowanie większej uwagi na możliwości ograniczenia skutków zagrożenia CHUK w niedalekiej przyszłości. W sytuacji Polski konieczne jest uwzględnienie zarówno możliwości lepszej organizacji, odpowiedniego finansowania i poprawy dostępności diagnostyki, leczenia i rehabilitacji chorób serca i naczyń, jak też zdecydowana orientacja w kierunku nowoczesnej promocji zdrowia oraz skutecznej i podjętej odpowiednio wcześniej profilaktyki.

Bibliografia

- Bandosz P., Flaherty M.O., Drygas W. i in. (2012), Analysing the decline in coronary heart disease mortality in Poland after socioeconomic transition. A modeling study, "British Medicine Journal" (w druku).
- Broda G., Rywik S. (2005), *Wieloośrodkowe ogólnopolskie badanie stanu zdrowia ludności – projekt WOBASZ. Zdefiniowanie problemu oraz cele badania*, „Kardiologia Polska”, 63, Supl. 4, 601–604.
- Drygas W., Zdrojewski T., Pająk A. i in. (2009), *Opracowanie strategii rozwoju prewencji w Polsce i zasad ogólnopolskich programów prewencji na lata 2009–2019. Raport dla Ministerstwa Zdrowia opracowany w ramach Programu POLKARD*, Warszawa.
- Drygas W., Słońska Z., Torbicki A. i in. (2007), *Kampanie medialne w promocji zdrowia i profilaktyce chorób serca i naczyń – doświadczenia międzynarodowe*, w: *Podręcznik Polskiego Forum Profilaktyki* (pod red. P. Podolec), Medycyna Praktyczna, t. 1, Kraków, 131–134.
- European cardiovascular disease statistics: 2008 edition. European Heart Network*, III Edition, 2010.
- Heidenreich P.A., Trogdon J.G., Khavjou O.A. (2011), *Forecasting the future of cardiovascular disease in the United States: a policy statement from the American Heart Association*, "Circulation", 123, 933–944.
- Jasiński B., Piotrowski W., Kuriata P., Salaterki W., Broda G., Drygas W. (2008), *Atlas umieralności spowodowanej chorobami układu krążenia w Polsce w latach 1997–2005*, Instytut Kardiologii, Warszawa.
- Lloyd-Jones D., Hong Y., Labarthe D. i in. (2010), *Defining and setting national goals for cardiovascular health promotion and disease reduction: The American Heart Associations strategic impact goal through 2020 and beyond*, "Circulation", 121, 586–613.
- Narodowy Program Profilaktyki i Leczenia Chorób Układu Sercowo-Naczyniowego POLKARD 2003–2005* (2003), „Kardiologia Polska”, 59, 535–544.
- Opolski G., Cieśliński A., Kawalec W. i in. (2003), *Narodowy Program Profilaktyki i Leczenia Chorób Układu Sercowo-Naczyniowego POLKARD 2003–2005*, Via Medica, Gdańsk.
- Pająk A., Szafranec B.K., Janion M. i in. (2010), *The impact of the Polish National Programme of Cardiovascular Disease prevention on the quality of primary cardiovascular prevention in clinical practice*, „Kardiologia Polska”, 68/12, 1332–1340.
- Pietrasik A., Starczewska M., Głowczyńska R. i in. (2006), *Prewencja wtórna zawału serca w warunkach podstawowej opieki zdrowotnej w Polsce – wybrane wyniki programu POLKARD-SPOKOŁO*, „Kardiologia Polska”, 648 (Supl. 3), 1–12.
- Podolec P., Karch I., Pająk A. i in. (2006), *Review of epidemiologic studies in cardiology in Poland*, „Kardiologia Polska”, 64(9), 1031–1037.
- Podolec P., red. (2007, 2010), *Podręcznik Polskiego Forum Profilaktyki*, t. 1, t. 2, Medycyna Praktyczna, Kraków.
- Polonowski L., Gąsior M., Gierlotka M. i in. (2007), *Polish Registry of Acute Coronary Syndromes (PL-ACS). Characteristics, treatments and outcomes of patients with acute coronary syndromes in Poland*, „Kardiologia Polska”, 65/8, 861–872.

- Sadowski Z. (2002), *Narodowy Program Ochrony Serca 1993–2000*, w: *Chirurgia naczyń wieńcowych*, Zembala M., red., PZWL, Warszawa.
- RRL (2010), *Sytuacja demograficzna Polski. Raport 2009–2010*, Rządowa Rada Ludnościowa, Warszawa.
- Tarride J.E., Lim M., DesMeules M. i in. (2009), *A review of the cost of cardiovascular disease*, "Can J Cardiol", 25/6, 195.
- Tykowski A., Posadzy-Mańczyńska A., Wyrzykowski B. i in. (2005), *Rozpowszechnienie nadciśnienia tętniczego oraz skuteczność jego leczenia u dorosłych mieszkańców naszego kraju. Wyniki programu WOBASZ*, „Kardiologia Polska”; 63 (6 Suppl. 4), S614–619.
- Wierucki Ł., Zdrojewski T., Mogilnaya I. i in. (2004), *Polski Projekt 400 Miast: wyniki badań pilotażowych*, „Nadciśnienie Tętnicze”, 8(5), 307–317.
- RRL (2006), *Założenia polityki ludnościowej w Polsce: Raport 2004*, Rządowa Rada Ludnościowa, Warszawa.
- Zatoński W.A., McMichael A.J., Powles J.W. (1998), *Ecological study of reasons for sharp decline in mortality from ischaemic heart disease in Poland since 1991*, "BMJ", 316(7137), 1047–1051.
- Zdrojewski T., Bandosz P., Szpakowski P. i in. (2004), *Rozpowszechnienie głównych czynników ryzyka chorób układu sercowo-naczyniowego w Polsce. Wyniki badania NATPOL PLUS*, „Kardiologia Polska”, 61 (Supl. 4), IV1–IV26.
- Zdrojewski T., Wyrzykowski B., Wierucki Ł. i in. (2006), *Attempt to eliminate health inequalities in Poland arising at the time of political and economic transformation: Polish 400 Cities Project*, „European Journal of Cardiovascular Prevention & Rehabilitation”, 13(5), 832–838.

Rozdział 5.

OGRANICZANIE ZACHOROWALNOŚCI I UMIERALNOŚCI Z POWODU CHORÓB NOWOTWOROWYCH

5.1. Epidemiologiczna diagnoza sytuacji w ostatnim dziesięcioleciu i obecnego stanu

Nowotwory złośliwe należą do najpoważniejszych zagrożeń zdrowia i życia Polaków, a także stanowią rosnący problem demograficzny i społeczno-ekonomiczny w polskim społeczeństwie. Choroby nowotworowe od wielu lat są drugą przyczyną zgonów w Polsce (25% wszystkich zgonów). Prognozy na najbliższe lata pokazują, że ogólna liczba zachorowań i zgonów na nowotwory złośliwe w Polsce będzie systematycznie rosła, stając się w niedalekiej przyszłości zarówno u mężczyzn jak i kobiet pierwszą przyczyną zgonów przed 65. rokiem życia (przed dominującymi obecnie zgonami na choroby układu sercowo-naczyniowego).

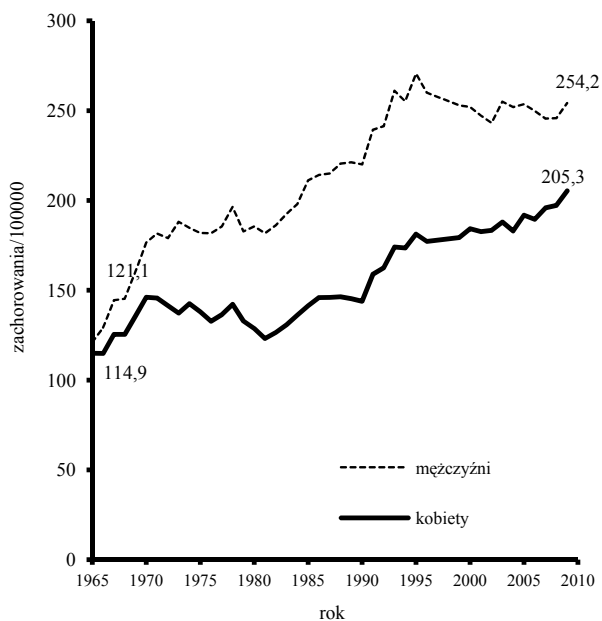
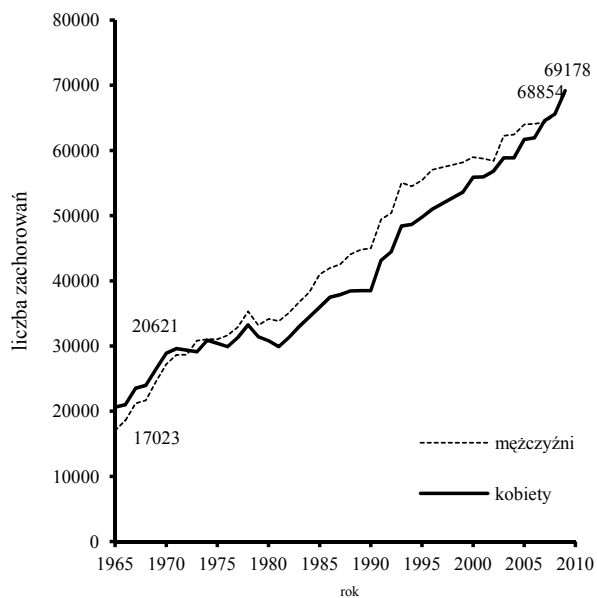
W 2008 r. u mężczyzn najczęściej rejestrowano nowotwory złośliwe płuca (21,6%), a także gruczołu krokowego (12,6%) i jelita grubego (12,2%). Mężczyźni często też chorowali na nowotwory złośliwe pęcherza moczowego (6,9%) i żołądka (5,0%). Te nowotwory były również najczęstszą przyczyną zgonów nowotworowych u mężczyzn, przy czym zgony na nowotwory złośliwe płuca stanowiły prawie 1/3 zgonów nowotworowych w populacji mężczyzn (32,3%).

U kobiet najczęściej rejestrowano w 2008 r. nowotwór złośliwy piersi (22,2%). Często były również zachorowania na nowotwory złośliwe jelita grubego (10,1%), płuca (8,1%), trzonu (7,3%) i szyjki (5,0%) macicy oraz jajnika (5,0%). Podobnie jak u mężczyzn najczęstszą przyczyną zgonów u kobiet był jednak nowotwór złośliwy płuca (13,8%). Odsetek zgonów na nowotwory złośliwe piersi utrzymywał się w populacji kobiet na podobnym poziomie (13,1%). Niewiele rzadsze były zgony na nowotwory złośliwe jelita grubego (11,6%). Często przyczyną zgonów nowotworowych w populacji kobiet były także nowotwory złośliwe jajnika (6,1%), trzustki (5,6%), żołądka (5,0%) i szyjki macicy (4,3%).

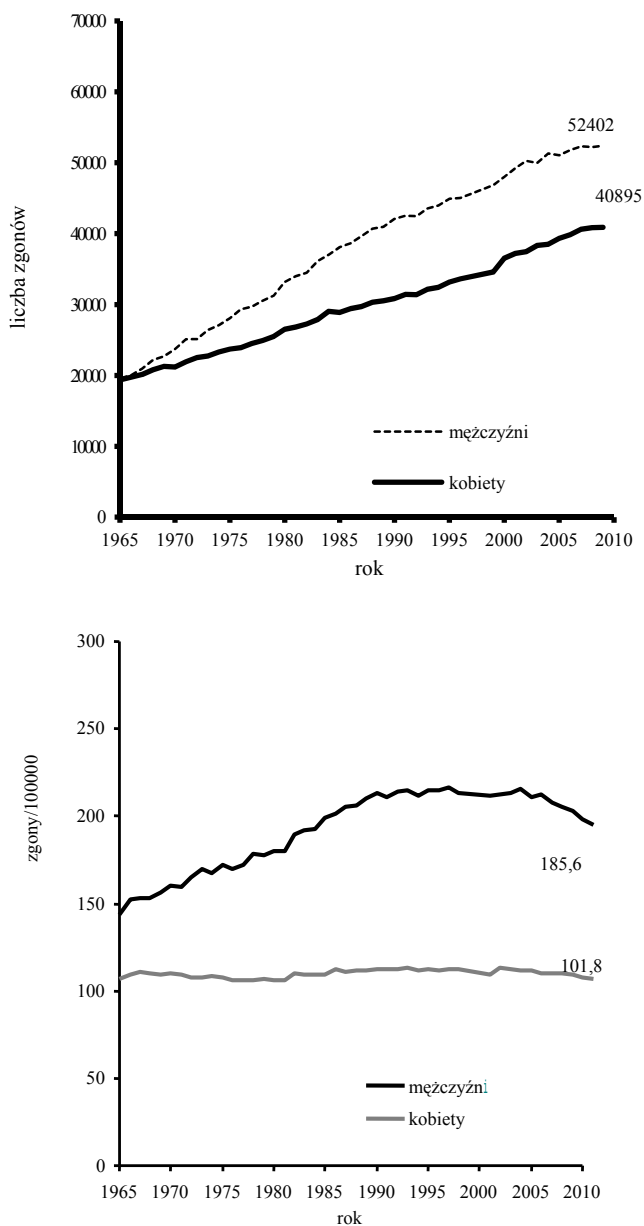
Od 1965 r. ogólna liczba nowotworów złośliwych w Polsce znacząco wzrosła. Dotyczy to zarówno populacji mężczyzn, jak i kobiet. Według danych Krajowego Rejestru Nowotworów w 1965 r. zarejestrowano 17 023 nowotworów złośliwych u mężczyzn i 20 621 u kobiet (rys. 5.1). W roku 2009 bezwzględna liczba pierwszorazowych zgłoszeń zachorowania na nowotwory złośliwe w populacji mężczyzn osiągnęła poziom 68 854 przypadków, a u kobiet 69 178 przypadków.

W tym czasie standaryzowany współczynnik zachorowalności na nowotwory złośliwe wzrósł wśród mężczyzn z 121,1/100 000 do 254,2/100 000, a wśród kobiet z 114,9/100 000 do 205,3/100 000. Wzrostowi zachorowań towarzyszył także wzrost zgonów na nowotwory złośliwe. W badanym okresie liczba zgonów z powodu nowotworów wzrosła u mężczyzn z 19 600 do 52 402, a w populacji kobiet z 19 370 do 40 895 (rys. 5.2). Na przyrost umieralności w populacji mężczyzn i kobiet wskazują także standaryzowane współczynniki zgonów, które między 1965 r. a 2008 r. wzrosły odpowiednio u mężczyzn z 143,7/100 000 do 185,6/100 000, a u kobiet obniżyły się z 114,9/100 000 do 101,8/100 000.

Rysunek 5.1. Zarejestrowane zachorowania na nowotwory złośliwe. Polska lata 1965–2009



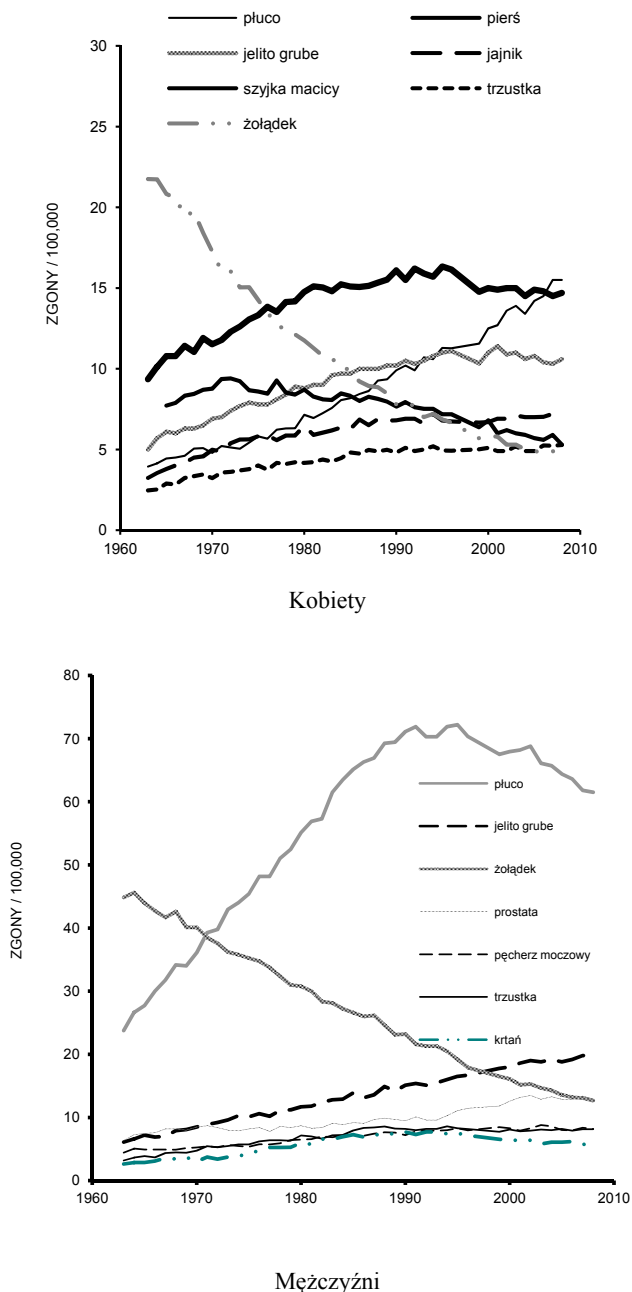
Źródło: badania własne.

Rysunek 5.2. Zgony na nowotwory złośliwe. Polska lata 1965–2009

Źródło: badania własne.

Zmiany w zachorowalności i umieralności na nowotwory złośliwe w ostatnim półwieczu miały jednak różny przebieg w czasie i charakteryzowały się różnymi wzorcami w grupach płci i wieku. Trendy czasowe zachorowalności i umieralności na nowotwory złośliwe różniły się także w przypadku różnych lokalizacji nowotworowych (rys. 5.3).

Rysunek 5.3. Umieralność na nowotwory złośliwe w Polsce w latach 1965–2008 (współczynniki standaryzowane, na 100 000 ludności)



Źródło: badania własne.

W populacji mężczyzn standaryzowany współczynnik zachorowalności znacząco wzrósł między 1965 r. a 1995 r. (do poziomu 270,6 zarejestrowanych zachorowań na 100 000), a następnie zaczął spadać. Umieralność na nowotwory złośliwe u mężczyzn osiągnęła także najwyższy poziom w 1995 r. (206,3 zgonów/100 000), w kilku kolejnych latach utrzymywała się powyżej 200 zgonów na 100 000, a od 2004 r. zaczęła spadać. W populacji kobiet zarówno współczynniki zachorowalności, jak i umieralności na nowotwory złośliwe rosły od początku lat 80.

U dzieci (0–19 lat) nowotwory złośliwe, w większości białaczki (ok. 40% zachorowań i 60% zgonów nowotworowych w tym wieku), są rzadkim schorzeniem, a umieralność z powodu nowotworów od wielu lat spada. Wskazuje to, przy utrzymującym się wzroście zachorowalności na choroby nowotworowe u dzieci, na postęp w leczeniu nowotworów wieku dziecięcego.

W populacji młodych dorosłych Polaków (20–44 lata) zachorowalność na nowotwory złośliwe jest od początku lat 80. wyższa u kobiet niż u mężczyzn. U młodych kobiet od lat 90. obserwuje się niewielki wzrost zachorowalności na nowotwory złośliwe, natomiast poziom umieralności do lat 90. nie zmieniał się istotnie, zaczął zaś spadać po tym okresie. Najczęstszym nowotworem u młodych kobiet jest od wielu lat rak piersi (w 2008 r. 26% zachorowań i 20% zgonów z powodu nowotworów w tej grupie wieku w populacji kobiet). W populacji młodych mężczyzn zachorowalność na nowotwory złośliwe pozostaje na niezmiennym poziomie od początku lat 90. Umieralność na nowotwory złośliwe u młodych mężczyzn rosła natomiast do połowy lat 80., po czym nastąpił obserwowany do dzisiaj spadek zgonów w tej grupie mężczyzn. Najczęstszym nowotworem występującym u młodych mężczyzn jest rak jądra (24% zachorowań, 6% zgonów).

Największym wyzwaniem dla prewencji i leczenia nowotworów w Polsce jest wysoka zachorowalność i umieralność na nowotwory złośliwe w średnim wieku (45–64 lata). W populacji mężczyzn w średnim wieku zgony na nowotwory złośliwe są od ponad trzydziestu lat drugą, po chorobach układu krążenia, przyczyną zgonów. U kobiet w średnim wieku prawie co druga (47%) przyczyna zgonu to nowotwory złośliwe. Zarówno zachorowalność jak i umieralność na nowotwory złośliwe znacząco rosła do początku lat 90. Od tego czasu notuje się spadek zachorowań i zgonów z powodu nowotworów w tej grupie wieku mężczyzn. Najczęstszym nowotworem złośliwym u mężczyzn w średnim wieku jest od wielu lat rak płuca (24% zachorowań, 36% zgonów). U kobiet w średnim wieku zachorowalność na nowotwory złośliwe rośnie co najmniej od 30 lat, przy czym tempo wzrostu zachorowalności na nowotwory złośliwe w tej grupie wieku kobiet wydaje się zwiększać od początku lat 90. Umieralność nowotworowa u kobiet w średnim wieku utrzymuje się od połowy lat 60. na niezmiennym poziomie. Kobiety w średnim wieku najczęściej chorują na nowotwory złośliwe piersi (28% wszystkich zachorowań), a umierają na nowotwory złośliwe płuca (19%) i piersi (17%). Zgony na raka płuca od paru lat zaczynają stanowić pierwszą przyczynę zgonów z powodu nowotworów w tej grupie wieku kobiet.

Zachorowalność i umieralność na nowotwory złośliwe w najstarszej wiekowo populacji mężczyzn (powyżej 65. roku) przez wiele lat rosła. Od około dziesięciu lat obserwuje się jednak zahamowanie wzrostu zachorowalności na nowotwory złośliwe w tej grupie wieku mężczyzn, a od około pięciu lat – spadek współczynników umieralności. Najczęstszym nowotworem złośliwym u mężczyzn powyżej 65. roku życia jest rak płuca (22% zachorowań i 31% zgonów). U kobiet zachorowalność na nowotwory złośliwe ciągle rośnie, umieralność natomiast utrzymuje się od ponad 40 lat na niezmiennym poziomie. Dominującymi przyczynami zgonów nowotworowych u kobiet w starszym wieku są nowotwory złośliwe piersi (16% zachorowań i 11% zgonów), jelita grubego (odpowiednio 14% i 14%) i płuca (8% i 12%).

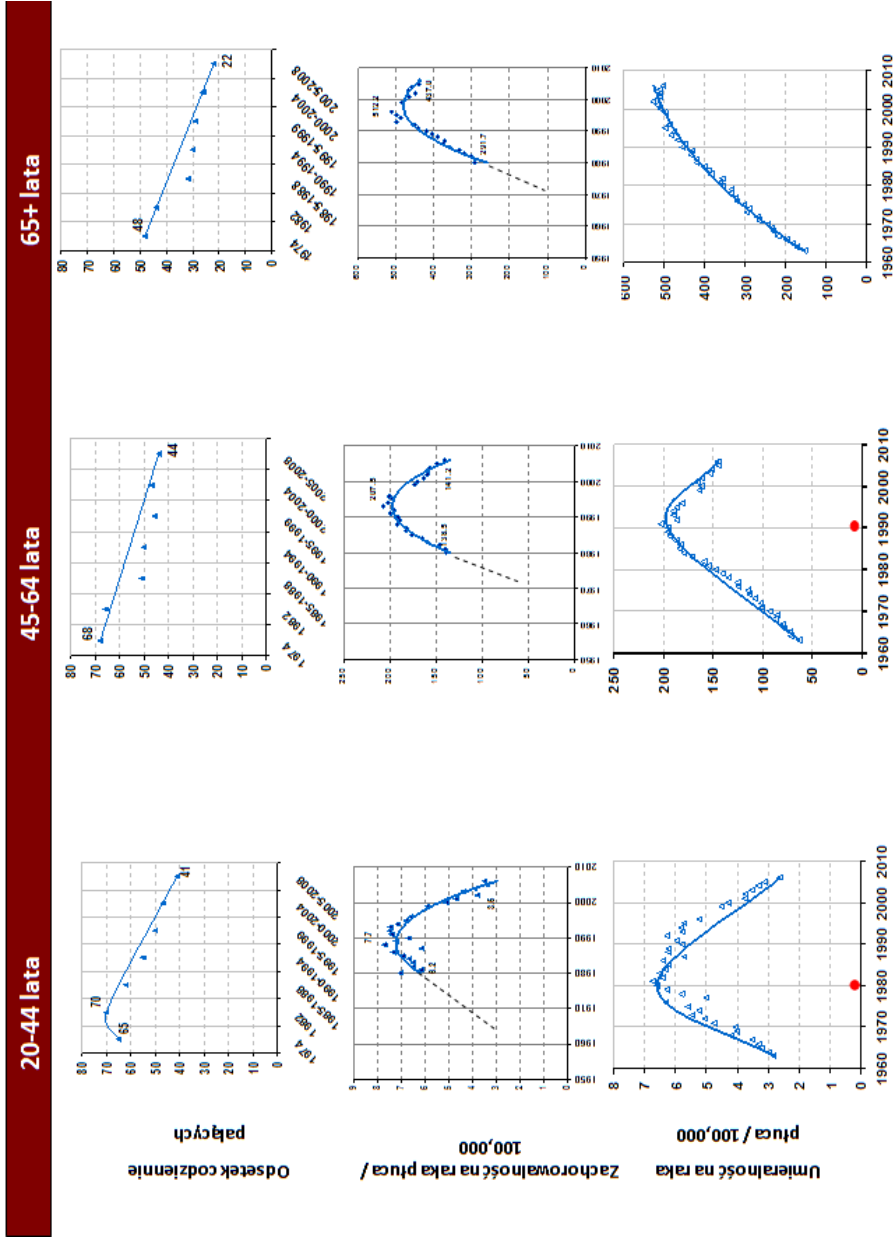
Przyrost liczby zachorowań i zgonów na nowotwory złośliwe w Polsce w ostatnim półwieczu wynika głównie ze starzenia się ludności Polski (zwiększania się liczby ludności po 65. roku życia) oraz częstego narażenia populacji na czynniki rakotwórcze, przede wszystkim związane ze stylem życia Polaków.

Rosnące szybko po wojnie zagrożenie nowotworem złośliwym płuca, związane z rozszerzającą się epidemią palenia tytoniu, stanowi modelowy przykład wpływu zachowań zdrowotnych na zmianę obrazu nowotworów złośliwych w Polsce, przede wszystkim w populacji mężczyzn. U mężczyzn nowotwór ten od połowy lat 60. stał się główną przyczyną umieralności z powodu nowotworów złośliwych (rys. 5.3). W ostatnim dwudziestolecu obserwuje się znaczny spadek zachorowań i zgonów na nowotwory złośliwe płuca u młodych mężczyzn i mężczyzn w średnim wieku, spowodowany stałym spadkiem odsetka palących mężczyzn we wszystkich grupach wieku notowanym od początku lat 80. (rys. 5.4). Zmniejszenie liczby zachorowań na raka płuca w Polsce, przede wszystkim u mężczyzn (o ponad 1200 przypadków rocznie u mężczyzn w wieku 20–64 lat), jest największym sukcesem Polski w walce z rakiem w ostatnich dekadach.

W populacji kobiet również obserwowano od połowy lat 60. stały wzrost zachorowalności i umieralności na raka płuca (rys. 5.3). Od roku 2007 jest to najczęstsza przyczyna zgonów z powodu nowotworów u kobiet. Mający miejsce po 1982 r. dramatyczny spadek częstości palenia w najmłodszej grupie wieku dorosłych kobiet (20–44 lata) doprowadził do obserwowanego od połowy lat 90. spadku zachorowań i zgonów w tej grupie kobiet (rys. 5.5).

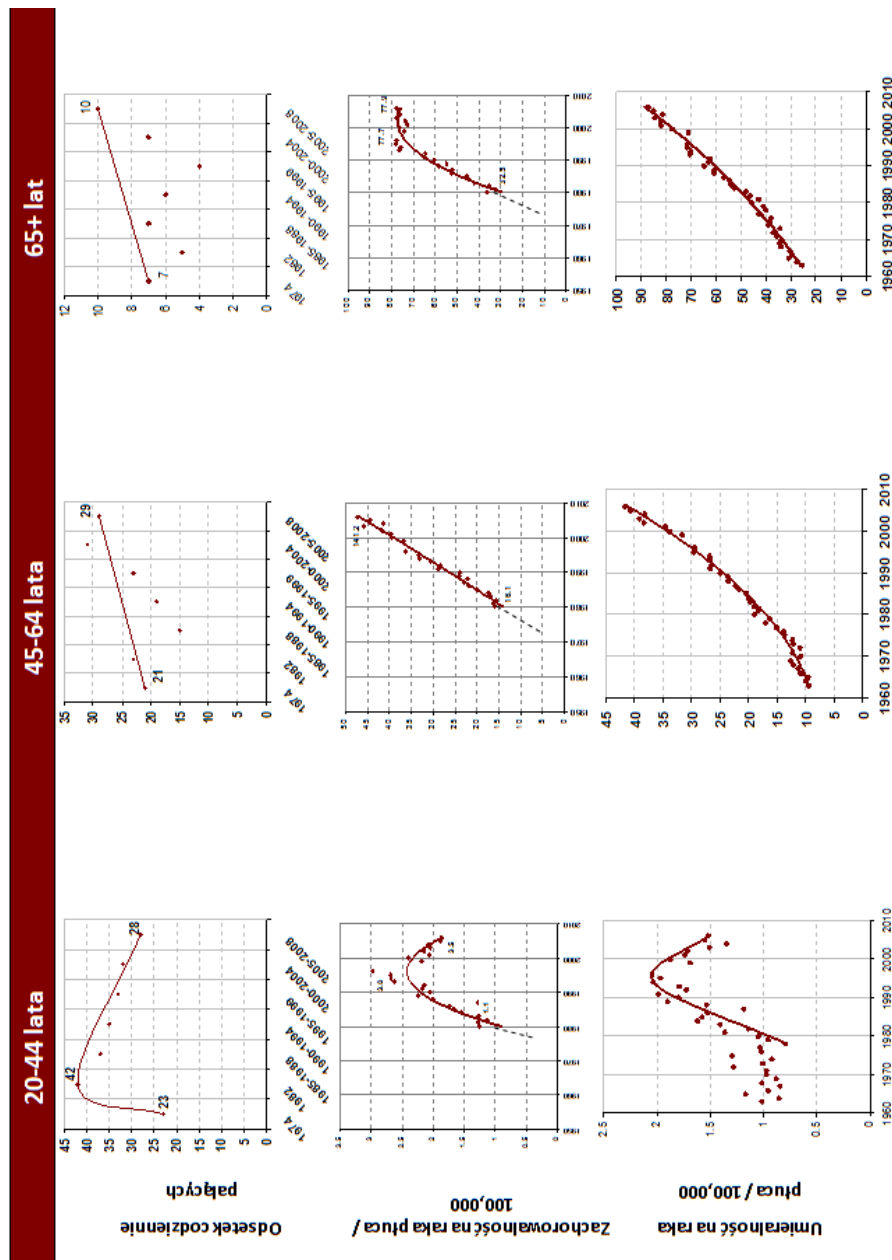
Do przyczyn wzrostu zagrożenia chorobami nowotworowymi w Polsce można także zaliczyć nieodpowiedni tryb odżywiania (nadmierne spożywanie tłuszczów zwierzęcych, dietę ubogą w warzywa i owoce), nadmierne picie alkoholu, niską aktywność fizyczną, ekspozycję na kancerogeny miejsca pracy, a ponadto brak świadomości zagrożenia nowotworami i, co za tym idzie, niechęć społeczeństwa do wykonywania badań przesiewowych oraz do wczesnego zgłaszania się do lekarza z powodu potencjalnych objawów chorobowych. Niski w porównaniu z innymi krajami odsetek wczesnych rozpoznań nowotworów złośliwych – zwłaszcza raka szyjki macicy, piersi, jelita grubego i gruczołu krokowego – jest m.in. spowodowany niedostatecznym przygotowaniem lekarzy rodzinnych i innych specjalistów oraz niewystarczającym upowszechnieniem metod wczesnego rozpoznawania raka. Związane jest to m.in. z ograniczonym finansowaniem prewencji pierwotnej i wtórnej nowotworów złośliwych, a także z niewystarczającym rozwojem edukacji onkologicznej w polskim środowisku medycznym. Mimo postępu skuteczności leczenia nowotworów i wprowadzenia nowych leków ciągle istnieje potrzeba doposażenia ośrodków onkologicznych w sprzęt do diagnostyki i leczenia nowotworów oraz wykrywania nowotworów w późnych stadiach rozwoju choroby.

**Rysunek 5.4. Częstość palenia a zachorowalność i umieralność na raka płuca.
Polska, mężczyźni**



Źródło: badania własne.

Rysunek 5.5. Częstość palenia a zachorowalność i umieralność na raka płuca
Polska, kobiety



Źródło: badania własne.

5.2. Kierunki dalszych działań

Podstawowe cele i kierunki dalszych działań na rzecz ograniczenia epidemii chorób nowotworowych w Polsce są nakreślone w „Narodowym programie zwalczania chorób nowotworowych” w Polsce, powołanym do życia ustawą z dnia 1 lipca 2005 roku (Dz. U. z 2005 r. Nr 143, poz. 1200). Jego celem strategicznym jest zahamowanie wzrostu zachorowań i zmniejszenie umieralności na nowotwory. W programie zakłada się osiągnięcie następujących celów operacyjnych w zakresie zwalczania nowotworów w Polsce:

- osiągnięcie średnich europejskich wskaźników w zakresie wczesnego wykrywania i skuteczności leczenia nowotworów,
- stworzenie warunków do wykorzystania w praktyce onkologicznej postępu wiedzy o przyczynach i mechanizmach rozwoju nowotworów złośliwych,
- utworzenie systemu ciągłego monitorowania skuteczności zwalczania nowotworów w skali kraju i w poszczególnych regionach Polski.

W zakresie prewencji chorób nowotworowych podstawowe kierunki działań, które powinny zostać w Polsce przyjęte na najbliższe lata, zostały określone w Europejskim Kodeksie Walki z Chorobami Nowotworowymi. Wychodząc z założeń Kodeksu, zadań ujętych w „Narodowym programie zwalczania chorób nowotworowych” oraz oceny aktualnej sytuacji epidemiologicznej w zakresie chorób nowotworowych, postuluje się pilne podjęcie następujących działań w dziedzinie walki z rakiem:

- szeroki rozwój profilaktyki pierwotnej nowotworów złośliwych, w szczególności w zakresie palenia tytoniu i niewłaściwego odżywiania;
- wdrożenie populacyjnych, prowadzonych przez wyspecjalizowane ośrodki programów wczesnego wykrywania nowotworów, w szczególności raka szyjki macicy, piersi, jelita grubego oraz wybranych nowotworów u dzieci;
- zwiększenie dostępności do metod wczesnego rozpoznawania oraz wdrożenie procedur zapewniających wysoką jakość diagnostyki i terapii nowotworów;
- dla uzyskania poprawy wyników leczenia konieczne jest upowszechnienie optymalnych metod diagnostyki (uwzględniających stopień zaawansowania choroby) i terapii, odpowiadających obecnemu stanowi klinicznie sprawdzonej wiedzy, a także upowszechnienie metod terapii skojarzonej oraz maksymalne skrócenie czasu oczekiwania na leczenie;
- modernizacja bazy specjalistycznego leczenia nowotworów, w tym uzupełnienie oraz wymiana wyeksploatowanych urządzeń do radioterapii i diagnostyki nowotworów;
- upowszechnienie metod rehabilitacji po leczeniu onkologicznym oraz wdrożenie najnowszych metod leczenia objawowego i walki z bólem;
- rozwój i upowszechnienie nauczania onkologii w kształceniu przed i podyplomowym lekarzy, lekarzy dentyków, pielęgniarek, położnych i przedstawicieli innych zawodów medycznych;
- stworzenie systemu permanentnego szkolenia lekarzy różnych specjalności i systemu szkolenia pielęgniarek onkologicznych, cytotechników i techników radiologii;
- dalszy rozwój kadr onkologicznych i badań naukowych, zwłaszcza w dziedzinach rokujących szybkie zastosowanie praktyczne (epidemiologia analityczna, biologia molekularna, genetyka, immunologia);
- szybkie wdrożenie do praktyki diagnostycznej i leczniczej najnowszych zdobyczy naukowych w dziedzinie onkologii i w dziedzinach pokrewnych, w tym biologii molekularnej i immunologii umożliwiających przewidywanie zagrożenia chorobą nowotworową;

- poprawę sposobu zbierania danych o stopniu zaawansowania nowotworów i wdrożenie systemu monitorowania skuteczności interwencji w zwalczaniu chorób nowotworowych;
- upowszechnianie wiedzy w społeczeństwie na temat profilaktyki, wczesnego rozpoznawania i leczenia nowotworów zgodnie z zasadami Europejskiego Kodeksu Walki z Chorobami Nowotworowymi.

5.3. Propozycje źródeł finansowania

Środki na walkę z chorobami nowotworowymi powinny przede wszystkim pochodzić z budżetu państwa. Przemawia za tym doświadczenie wszystkich krajów, które osiągnęły wymierne efekty w zakresie walki z chorobami nowotworowymi. Nadzór nad realizacją programu powinna sprawować Rada Naukowa przy ministrze zdrowia, w skład której, obok onkologów i specjalistów z zakresu zdrowia publicznego i finansów, powinny wchodzić osoby cieszące się zaufaniem publicznym.

Wskazane jest także wsparcie przez instytucje rządowe aplikacji polskich ośrodków naukowych i medycznych, a także organizacji pozarządowych działających w zakresie zdrowia publicznego o granty międzynarodowe, w tym Komisji Europejskiej.

5.4. Uwarunkowania realizacji celów

- Rozwój edukacji zdrowotnej, promocji zdrowia i profilaktyki nowotworowej powinien być harmonijnie powiązany z zapewnieniem powszechnej dostępności i wysokiej jakości opieki diagnostyczno-leczniczej i rehabilitacyjnej.
- Istnieje potrzeba podejmowania skoordynowanych działań systemowych, najlepiej w postaci długofalowego narodowego programu zwalczania chorób nowotworowych. Program taki powinien być kontynuowany w kolejnych dekadach i finansowany stosownie do potrzeb zdrowotnych i społecznych.
- Istnieje też potrzeba dostosowania odpowiednich regulacji prawnych i struktur organizacyjnych do potrzeb realizacji ww. programu.
- Walka z chorobami nowotworowymi powinna też uwzględniać aktualne i przyszłe wyzwania w zakresie walki z rakiem, koncentrować się na grupach wysokiego ryzyka oraz brać pod uwagę pogłębiające się nierówności społeczno-ekonomiczne i regionalne w dostępie do zdrowia i opieki zdrowotnej.
- Bardzo ważną potrzebą jest umożliwienie polskim ośrodkom i kadrom onkologicznym dostępu do nowoczesnych, systemowych rozwiązań w zakresie informacji, edukacji, diagnostyki i terapii medycznej.

Bibliografia

- Boffetta P., Hashibe M., La Vecchia C., Zatoński W., Rehm J. (2006), *The burden of cancer attributable to alcohol drinking*, "International Journal of Cancer", 119, 884–887.
- Boyle P., Anderson B.O., Andersson L.C., Ariyaratne Y., Auleley, G.R., Barbacid M., Bartelink H., Base-lga J., Behbehani K., Belardelli F., Berns A., Bishop J., Brawley O., Burns H., Clanton M., Cox B., Currow D., Dangou J.M., de Valeriola D., Dinshaw K., Eggermont A., Fitzpatrick J., Forstmane M., Garaci E., Gavin A.T., Kakizoe T., Kasler M., Keita N., Kerr D., Khayat D., Khleif S., Khuhaprema T., Knezevic T., Kubinova R., Mallath M., Martin-Moreno J., McCance D., McVie J.G., Merriman A., Ngoma T., Nowacki M., Orgelbrand J., Park J.G., Pierotti M., Ashton L.P., Puska P., Escobar C.V., Rajan B., Rajkumar T., Ringborg U., Robertson C., Rodger A., Roovali L., Santini L.A., Sarhan M., Seffrin J., Semiglazov V., Shrestha B.M., Soo K.C., Stamenic V., Tamblyn C., Thomas R., Tuncer M., Tursz T., Vaitkiene R., Vallejos C., Veronesi U., Wojtyla A., Yach D., Yoo K.Y., Zatoński W., Zaridze D., Zeng Y.X., Zhao P., Zheng T. (2008), *Need for global action for cancer control*, "Annals of Oncology", 19(9), 1519–1521.
- Boyle P., Autier P., Bartelnik H., Baselga J., Boffetta P., Burn J., Burns H.J.G., Christensen L., Denis L., Dicato M., Diehl V., Doll R., Franceschi S., Gillis C.R., Gray N., Gričiute L., Hackshaw A., Kasler M., Kogevinas M., Kvinnsland S., La Vecchia C., Levi F., McVie J.G., Maisonneuve P., Martin-Moreno J.M., Newton Bishop J., Oleari F., Perrin P., Quinn M., Richards M., Ringborg U., Scully C., Siracka E., Storm H., Tubiana M., Tursz T., Veronesi U., Wald N., Weber W., Zaridze D.G., Zatoński W., zur Hausen H. (2003), *European Code Against Cancer and scientific justification: third version*, "Annals of Oncology", 14(7), 973–1005.
- Didkowska J., Manczuk M., McNeill A., Powles J., Zatoński W. (2005), *Lung cancer mortality at ages 35–54 in the European Union: ecological study of evolving tobacco epidemics*, "British Medicine Journal", 331, 189–191.
- Didkowska J., Wojciechowska U., Zatoński W. (2006), *Nowotwory szyjki macicy w Polsce – epidemiologiczny bilans otwarcia i perspektywy*, „Ginekologia Polska”, 77(9), 660–666.
- Didkowska J., Wojciechowska U., Zatoński W. (2009), *Prognozy zachorowań i umieralności na wybrane nowotwory złośliwe w Polsce do 2025 roku*, Centrum Onkologii-Instytut im. M. Skłodowskiej-Curie, Warszawa.
- Didkowska J., Zatoński W. (2006), *Choroby nowotworowe*, w: Strzelecki Z., red., *Sytuacja demograficzna Polski*, rozdz. 7.2, Warszawa, 184–192.
- Levi L., Lucchini F., Negri E., Zatoński W., Boyle P., La Vecchia C. (2004), *Trends in cancer mortality in the EU and accession countries, 1980–2000*, "Annals of Oncology", 15(9), 1425–1431.
- Rudnicka L., Zatoński W., Maj M., Rakowska A. (2003), *Increasing melanoma morbidity and mortality in Poland*, "Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology", 17(3), 113–114.
- Wojciechowska U., Didkowska J., Zatoński W. (2010), *Pięcioletnie przeżycia chorych na nowotwory złośliwe w Polsce*, „NOWOTWORY Journal of Oncology”; 60(2), 122–128.
- Wojciechowska U., Didkowska J., Zatoński W. (2010), *Nowotwory złośliwe w Polsce w 2008 roku*, Centrum Onkologii-Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie, Warszawa.
- Zatoński W., red. (2007) (współpraca: Lissowska J., Didkowska J., Jabłońska J.), *Europejski Kodeks Walki z Rakiem*. Wersja trzecia. Wydanie polskie, Medycyna Praktyczna, Kraków.
- Zatoński W., ed. (2008) with collaborators: Mańczuk M., Sulkowska U., and the HEM project team (Cedzyńska M., Didkowska J., Gumkowski J., Jabłońska J., Janik-Koniewicz K., Przewoźniak K., Tarkowski W., Wojciechowska U., Ziemińska A.), *Closing the health gap in European Union*, Cancer Center and Institute, Warsaw.
- Zatoński W., Didkowska J. (2006), *Epidemiologia nowotworów złośliwych*, w: Krzakowski M., red., *Onkologia Kliniczna*. Tom I, Wydawnictwo Medyczne Borgis, Warszawa, 28–52.

- Zatoński W., Didkowska J. (2008), *Closing the gap: Cancer in Central and Eastern Europe (CEE)*, "European Journal of Cancer", 44, 1425–1437.
- Zatoński W., Didkowska J., Wojciechowska U. (2009), *Epidemiologia chorób nowotworowych w Europie Środkowej i Wschodniej w porównaniu z Europą Zachodnią i Polską*, „Polski Przegląd Chirurgiczny”, 81(10), 808–837.
- Zatoński W., Didkowska J., Olszewski W. (2011), *Epidemiologia nowotworów i badania przesiewowe*, w: Szczeklik A., red., *Choroby wewnętrzne. Stan wiedzy na rok 2011*, Medycyna Praktyczna, Kraków, 2045–2050.
- Zatoński W., Manczuk M., Powles J., Negri E. (2007), *Convergence of male and female lung cancer mortality at younger ages in the European Union and Russia*, "European Journal of Public Health", Oct., 17(5), 450–454.
- Zatoński W., Mańczuk M., Sulkowska U. oraz zespół projektu HEM (Cedzyńska M., Didkowska J., Gumkowski J., Jabłońska J., Janik-Konieczny K., Przewoźniak K., Tarkowski W., Wojciechowska U., Ziemnicka A.) (2008), *Wyrównanie różnic zdrowotnych w Unii Europejskiej. Opis stanu zdrowia: Polska*, Centrum Onkologii-Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie, Warszawa.
- Zatoński W., Mańczuk M., Sulkowska U. oraz zespół projektu HEM (Cedzyńska M., Didkowska J., Gumkowski J., Jabłońska J., Janik-Konieczny K., Przewoźniak K., Tarkowski W., Wojciechowska U., Ziemnicka A.) (2011), *Wyrównanie różnic w zdrowiu między krajami Unii Europejskiej*, Centrum Onkologii-Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie, Warszawa.
- Zatoński W., Mańczuk M., Sulkowska U. oraz zespół projektu HEM (Cedzyńska M., Didkowska J., Gumkowski J., Jabłońska J., Janik-Konieczny K., Przewoźniak K., Tarkowski W., Wojciechowska U., Ziemnicka A.) (2011), *Wyrównanie różnic zdrowotnych w Unii Europejskiej. Czynniki ryzyka: palenie tytoniu*, Fundacja „Promocja Zdrowia”, Warszawa.
- Zatoński W., Mańczuk M., Sulkowska U., Przewoźniak K. (2009), *Palenie tytoniu a umieralność na choroby odtytoniowe w Europie Środkowo-Wschodniej*, „Zeszyty Naukowe Ochrony Zdrowia. Zdrowie Publiczne i Zarządzanie”, 7(2), 58–77.
- Zatoński W., Mańczuk M. (2010), *Tobacco smoking and tobacco-related harm in the European Union with special attention to the new EU member states*, w: Boyle P., Gray N., Henningfield J., Seftin J., Zatoński W., eds., *Tobacco Science, Policy and Public Health*, Second edition, Oxford University Press, 221–240.

Rozdział 6.

POPRAWA ŻYWIENIA I ZWIĘKSZENIE AKTYWNOŚCI FIZYCZNEJ JAKO DETERMINANTY POPRAWY ZDROWIA

Wstęp

Żywnienie i aktywność fizyczna są powszechnie uznawane za główne czynniki ryzyka przewlekłych chorób niezakaźnych, do których należą choroby układu krążenia, nowotwory, otyłość, zaburzenia gospodarki lipidowej, cukrzyca typu 2, osteoporoza oraz alergie pokarmowe i choroba trzewna (WHO, 2003; WOBASZ, 2005; Jarosz, red., 2006). Istnieje także powszechna zgodność co do tego, że czynniki te są modyfikowalne, a poprawa żywienia i zwiększenie aktywności fizycznej przynosi efekty w postaci poprawy zdrowia publicznego. W uznaniu tej zależności Światowa Organizacja Zdrowia sformułowała „Globalną strategię dotyczącą żywienia, aktywności fizycznej i zdrowia” (WHO, 2004), zalecając krajom członkowskim wdrażanie polityk i programów promujących zdrowie – w skali jednostek i społeczeństw poprzez poprawę żywienia i aktywności fizycznej – zmniejszających ryzyko przewlekłych chorób niezakaźnych. Zalecenia zawarte w Strategii, przyjętej 22 maja 2004 r. na 57. Światowym Zgromadzeniu Zdrowia, znalazły następnie odbicie i rozwinięcie w wielu innych dokumentach, jak Europejska Karta Walki z Otyłością (WHO/Europe, 2006), Biała Księga Komisji Europejskiej: „Europejska strategia dla problemów zdrowotnych związanych z odżywianiem się, nadwagą i otyłością” (COM, 2007), II Plan Działania WHO dotyczący Polityki w dziedzinie Żywności i Żywienia na lata 2007–2012 (WHO, 2007), Plan Działania na lata 2008–2013 dotyczący globalnej strategii na rzecz zapobiegania chorobom niezakaźnym i ich zwalczania (WHO, 2009).

W nawiązaniu do „Europejskiej strategii dla problemów zdrowotnych związanych z odżywianiem się, nadwagą i otyłością” Komisja Europejska utworzyła w 2007 r. Grupę Roboczą Wysokiego Szczebla ds. Odżywiania i Aktywności Fizycznej, zajmującą się identyfikacją priorytetów dla działań na szczeblu międzynarodowym i krajowym. W roku 2007 rozpoczęto z inicjatywy Instytutu Żywności i Żywienia „Narodowy Program zapobiegania nadwadze i otyłości oraz przewlekłym chorobom niezakaźnym poprzez poprawę żywienia i aktywności fizycznej 2007–2011”, finansowany z budżetu Ministerstwa Zdrowia (w 2010 r. program włączono jako moduł I do Narodowego Programu Chorób Cywilizacyjnych, obejmującego jeszcze dwa następujące moduły: II – Program prewencji i leczenia cukrzycy w Polsce na lata 2010–2011 i III – Program Eliminacji Niedoboru Jodu w Polsce na lata 2009–2011).

Słabością „Narodowego programu zapobiegania nadwadze i otyłości...” było jego finansowanie, zdecydowanie niewystarczające w stosunku do potrzeb i jednocześnie niewspółmiernie niższe w porównaniu z jego pierwotnym kosztorysem. Mogło to stanowić jedną z przyczyn wykazanego dalej pogorszenia w występowaniu nadwagi i otyłości w naszym kraju i nieko-

rzystnych skutków tej epidemii (Goryński, Wojtyniak, 2009). Należy żywić nadzieję, że planowanej kontynuacji programu w latach 2012–2016 będą towarzyszyć zdecydowanie większe środki na jego realizację.

6.1. Sytuacja zdrowotna uwarunkowana modyfikowalnymi czynnikami stylu życia, w tym żywnością i aktywnością fizyczną

W ostatniej dekadzie transformacji ustrojowej uwidoczniły się niekorzystne trendy w sytuacji zdrowotnej, w tym spowolnienie tempa wzrostu długości życia; notuje się wysokie wskaźniki umieralności przedwczesnej, co może wynikać między innymi z narastania epidemii nadwagi i otyłości oraz niedostatecznej aktywności fizycznej ludności (RRL, 2010).

Występowanie nadwagi i otyłości w naszym kraju zwiększa się niestety w szybkim tempie. Na podstawie pomiarów antropometrycznych przeprowadzonych w 2000 r. w ramach projektu „Badania indywidualnego spożycia żywności i stanu odżywienia w gospodarstwach domowych”, wykonanego przez Instytut Żywności i Żywienia we współpracy z Głównym Urzędem Statystycznym, nadmierną masę ciała stwierdzono u 56,7% dorosłych mężczyzn (otyłość u 15,7%) i u 48,6% kobiet (otyłość u 19,9%). Wykazano także, iż częstość otyłości zwiększała się wraz z wiekiem (Szponar i in., 2003). Nadmierną masę ciała stwierdzono także u 19,9% chłopców (u 4% otyłość) i u 14,5% dziewcząt (u 3,5% otyłość).

Wyniki kolejnych pomiarów antropometrycznych, obejmujących podobnie jak poprzednie ogólnopolską reprezentatywną próbę, przeprowadzone w latach 2003–2005 w ramach „Wieloośrodkowego ogólnopolskiego badania stanu zdrowia ludności – program WOBASZ” (WOBASZ, 2005), ujawniły wzrost występowania nadmiernej masy ciała wśród osób dorosłych w stosunku do badań z 2000 r., a w tym w zwłaszcza wzrost otyłości u mężczyzn (20,6% w latach 2003–2005 wobec 15,7% w 2000 r.).

Szczególnie niepokojące informacje, świadczące o gwałtownym przyspieszeniu dynamiki występowania nadwagi i otyłości w dalszych latach w naszej populacji, pochodzą z badania: „Stan zdrowia ludności Polski w 2009 r.”, przeprowadzonego przez Główny Urząd Statystyczny zgodnie z zaleceniami Eurostatu (GUS, 2010, 2011). Badanie obejmowało również samoocenę wysokości i masy ciała, na podstawie której zidentyfikowano, przyjmując powszechnie uznane kryteria, nadwagę i otyłość. Według uzyskanych wyników nadwagę miało 44,8% dorosłych mężczyzn, a otyłość 16%. Łącznie nadmierną masę ciała charakteryzowało się aż 61,4% dorosłych mężczyzn.

Wskaźniki nadwagi i otyłości wśród dorosłych kobiet wynosiły odpowiednio 29,4% i 15,2%. W taki sam sposób (samoocena) zidentyfikowano nadmierną masę ciała we wcześniejszych badaniach stanu zdrowia, przeprowadzonych przez Główny Urząd Statystyczny kolejno w latach 1996 i 2004. Wprawdzie wiarygodność uzyskanych w ten sposób rezultatów jest kwestionowana (zanizana jest masa ciała, a jednocześnie zawyżana wysokość, w wyniku czego następuje niedoszacowanie nadwagi i otyłości), to jednak ich przydatność do pomiaru zmian w czasie nie budzi wątpliwości. Między latami 1996 a 2004 nadmierna masa ciała u mężczyzn zwiększyła się o 4 punkty procentowe (w tym o 2 punkty otyłość), wśród kobiet zaś pozostała bez zmian. W 2009 r. wskaźnik nadmiernej masy ciała u mężczyzn był natomiast aż o 9 punktów procentowych wyższy w stosunku do 2004 r. (otyłość wzrosła o 4 punkty), a u kobiet zwiększył się o 5 punktów procentowych (otyłość prawie o 3 punkty). Nastąpił również, w porównaniu z badaniem przeprowadzonym w 2004 r., wzrost średniej wagi ciała prawie dla każdego rocznika wieku wśród dzieci (GUS, 2010, 2011).

Niekorzystne jest, w kontekście nadwagi i otyłości, że według badań krajowych zaledwie 30% młodzieży uczestniczy w zajęciach poprawiających sprawność fizyczną w czasie wolnym od zajęć i pracy, a odsetek ten zmniejsza się do jedynie 5% w wieku dojrzałym. Sprawność fizyczna młodzieży, mierzona międzynarodowymi testami, uległa niestety pogorszeniu w ostatnim dziesięcioleciu. Stwierdzono również, że poziom aktywności fizycznej osób dorosłych w Polsce jest jednym z najniższych w Europie. Wskazują na to m.in. badania przeprowadzone w sześciu krajach europejskich w ramach programu CINDI WHO. 72,9% zbadanych osób w Polsce zakwalifikowano do prowadzących siedzący tryb życia, podczas gdy np. w Finlandii do tej grupy zaliczono jedynie co dziesiątą osobę.

Według badań UE (Eurobarometr 2009), aż 49% Polaków odpowiedziało, że nigdy nie ćwiczy ani nie uprawia sportu, przy średniej dla ogółu krajów członkowskich wynoszącej 39%. Z pewną regularnością (od 1 do 4 razy w tygodniu aktywność fizyczną wykazywało 19% Polaków, podczas gdy średnia dla całej Unii wynosiła 31%).

6.2. Zmiany w żywieniowych uwarunkowaniach sytuacji zdrowotnej

W ostatnim dziesięcioleciu nastąpiło wygaśnięcie dynamiki tych korzystnych zmian w diecie, które uznano za ważne determinanty poprawy sytuacji zdrowotnej w pierwszej dekadzie okresu transformacji. Należały do nich w szczególności: wzrost spożycia owoców oraz zmiana struktury spożycia tłuszczów wydzielonych, polegająca na wzroście udziału tłuszczów pochodzenia roślinnego.

Chociaż spożyciu owoców i warzyw przyznano wysoki priorytet wśród wskaźników zdrowego żywienia, to niestety spożycie owoców przeciętnie na mieszkańca, po istotnej poprawie w latach 90., nie zwiększyło się w następnych latach (rys. 6.1). Ze względu na to dystans dzielący Polskę od innych krajów członkowskich nie zmniejszał się, a raczej się powiększał. Zgodnie z danymi z raportu OECD (*Health at a Glance 2010*), pod względem wysokości spożycia owoców w 2007 r. Polska zajmowała ostatnie miejsce wśród 31 krajów europejskich, uwzględnionych w cytowanym raporcie. Spożycie to było dwukrotnie niższe w stosunku do średniej dla EU, wynoszącej 105 kg na mieszkańca. Wprawdzie zaciążyło na tym katastrofalnie niskie spożycie owoców w naszym kraju w wymienionym roku, ale i w pomyślniejszych latach ujemna różnica w jego wysokości w stosunku do innych krajów pozostawała bardzo znaczna.

Silna dodatnia zależność pomiędzy spożyciem owoców a dochodami oraz nierówności w rozkładzie dochodów pociągają za sobą nierówności w rozkładzie spożycia. Zgodnie z wynikami badań budżetów, 30% łącznej konsumpcji owoców przez wszystkie gospodarstwa domowe w 2009 r. przypadało na 20% tych gospodarstw, które uzyskiwały najwyższe dochody, podczas gdy na 20% gospodarstw domowych o najniższych dochodach tylko 13% (GUS, 2009). W ciągu ostatniego dziesięciolecia nie nastąpiła poprawa w omawianym rozkładzie: na skrajne kwintyle w aspekcie dochodów przypadało odpowiednio 31% i 12% całkowitej konsumpcji owoców przez gospodarstwa domowe w 2001 r. (GUS, 2001).

W roku 2009 blisko 40% całorocznego spożycia owoców przypadało na okres zbiorów (czerwiec, lipiec, sierpień, wrzesień). Oznaczało to znaczną poprawę w rozkładzie sezonowym spożycia w porównaniu z okresem przed transformacją, bowiem w 1988 r. w wymienionych miesiącach koncentrowało się 55% całorocznego spożycia owoców. Brak tendencji wzrostu spożycia owoców w ostatnim dziesięcioleciu pozwala zakładać, że powyższy efekt został uzyskany wcześniej niż w ostatnim dziesięcioleciu.

W spożyciu warzyw natomiast Polska zajmuje stosunkowo wysoką, dziewiątą pozycję wśród krajów europejskich wziętych pod uwagę w cytowanym raporcie OECD (*Health at a Glance*

2010). Wysokość spożycia w ostatnim dziesięcioleciu wahała się w stosunkowo wąskich granicach (110–120 kg na mieszkańca), nie wykazując tendencji wzrostu. Spożycie warzyw jest także uzależnione od dochodów, choć zależność ta nie jest tak silna jak w przypadku owoców. Niemniej jednak w 2009 r. na 20% gospodarstw domowych o najwyższych dochodach przypadało 25% łącznej konsumpcji warzyw przez gospodarstwa domowe ogółem, a na grupę o najniższych dochodach – 16%. Nierówności w rozkładzie spożycia warzyw na tle nierówności w dochodach pogłębiają się znacznie, jeśli uwzględnić droższe rodzaje warzyw, jak pomidory.

O niewystarczającym udziale owoców i warzyw w naszej diecie świadczą też wyniki cytowanego wcześniej badania „Stan zdrowia ludności Polski w 2009 r.”: *Wśród dzieci powyżej 6 miesiąca życia największa grupa (45%) spożywa owoce 1 raz dziennie, a tylko 30% – 2 razy dziennie lub częściej. Raz dziennie jada warzywa 47% dzieci, a 2 razy dziennie – 20%. Niepokoić może fakt, że co dziesiąte dziecko jada warzywa tylko 1–2 razy w tygodniu. Soki owocowe lub warzywne pija 1 raz dziennie lub częściej 1/3 badanych.* Badanie wykazało, że osoby dorosłe rzadziej spożywają owoce i warzywa niż dzieci, przy czym odnosi się to szczególnie do mężczyzn. *Tylko co drugi dorosły mężczyzna codziennie je zarówno owoce, jak i warzywa (inne niż ziemniaki), a w przypadku kobiet – ponad 2/3. Także soki owocowe czy warzywne zbyt rzadko stanowią składnik codziennej diety. Niewiele ponad 41% osób dorosłych podało, że pije soki codziennie* (GUS, 2011).

Od 2002 r. nie jest już kontynuowana tendencja wzrostu w spożyciu tłuszczów wydzielonych pochodzenia roślinnego, obserwowana w poprzednim dziesięcioleciu (rys. 6.2). Jednocześnie jeszcze wcześniej ustabilizowało się spożycie masła. W rezultacie udział tłuszczów roślinnych w spożyciu tłuszczów ogółem w 2009 r. wynoszący 66% był tylko nieznacznie wyższy w stosunku do 2000 r. (62%), podczas gdy w dziesięcioleciu 1990–2000 zwiększył się aż o 30 punktów procentowych (byłoby pożądane w celu zapewnienia ciągłości danych i ich źródeł, aby GUS powrócił do praktyki publikowania danych o spożyciu tłuszczów roślinnych na mieszkańca, zaniechanej od 2005 r.).

W ostatnim dziesięcioleciu nie było także poprawy w stosunku kwasów tłuszczowych wielonienasyconych do nasyconych, zawartych w diecie, których źródłem były zarówno tłuszcze wydzielone, jak i tłuszcze ukryte, zawarte w artykułach żywnościowych. Ilość kwasów wielonienasyconych w diecie (obliczenia Instytutu Żywności i Żywienia na podstawie danych o spożyciu żywności przeciętnie na mieszkańca oraz tabel składu i wartości odżywczej żywności) w 2009 r. wynosiła 21 g/dzień, a kwasów nasyconych 46 g (rys. 6.3). Stosunek zawartości kwasów wielonienasyconych do nasyconych (P:S) nie uległ widocznej poprawie w ostatnim dziesięcioleciu. Wynosił on 0,46 w 2009 r., przy 0,44 w 2000 roku. W poprzednim dziesięcioleciu (1990–2000) charakteryzowany stosunek poprawił się natomiast aż o 17 punktów procentowych, w następstwie blisko 50% wzrostu zawartości wielonienasyconych kwasów tłuszczowych w przeciętnej diecie przy jednocześnie kilkunastoprocentowym spadku zawartości kwasów nasyconych. W ostatnim dziesięcioleciu zawartość wielonienasyconych kwasów tłuszczowych w diecie zwiększyła się tylko o niespełna 8%, ponadto nieznacznie wzrosła także zawartość nasyconych kwasów tłuszczowych. Podczas gdy w latach 90. XX wieku następował wzrost udziału energii z wielonienasyconych kwasów tłuszczowych w łącznej ilości energii z żywności – z 4% do 6%, a zmniejszał się udział energii z kwasów nasyconych – z 15% do 13%, to w ostatnim dziesięcioleciu tendencja ta nie była już niestety kontynuowana (rys. 6.4). Tym samym nie było poprawy realizacji celów w zakresie spożycia składników odżywczych, sformułowanych przez ekspertów WHO/FAO w kontekście zapobiegania przewlekłym chorobom niezakaźnym. Według nich, nasycone kwasy tłuszczowe powinny dostarczać poniżej 10% ogółu energii, a kwasy wielonienasycone w granicach 6–10%. Z tłuszczu pokarmowego ogółem powinno, zgodnie z powyższymi celami, pochodzić 15–30% ogółu energii (WHO, 2003).

W ostatnim dziesięcioleciu udział energii z tłuszczów niestety rósł, zwiększając tym samym dystans w stosunku do zaleceń. W roku 2009 tłuszcze dostarczały już 40% ogółu energii, tj. o 4 punkty procentowe więcej niż w 2000 roku. W latach 90. udział ten był natomiast ustabilizowany na poziomie 35% (rys. 6.5).

Spożycie soli w krajach europejskich, będące w ostatnich latach przedmiotem szczególnej uwagi, znacznie przekracza poziom zalecany przez Światową Organizację Zdrowia (poniżej 5 g na osobę/dzień). W świetle tego, że podwyższone ciśnienie krwi stanowi główny czynnik ryzyka zgonów w Regionie Europejskim WHO, zmniejszenie spożycia soli uznano za szczególnie priorytet dla podejmowania działań w ślad za wytycznymi Grupy Wysokiego Szczebla ds. Żywienia i Aktywności Fizycznej, utworzonej przez Komisję Europejską. Spożycie soli w Polsce, obliczane na podstawie wyników badań budżetów gospodarstw domowych, przekracza 2–3-krotnie zalecany poziom, przy czym może ono faktycznie być jeszcze wyższe ze względu na to, że badania budżetów nie uwzględniają spożycia w sektorze żywienia zbiorowego.

6.3. Konsekwencje zdrowotne i ekonomiczne otyłości i małej aktywności fizycznej

Do najważniejszych chorób przewlekłych na tle wadliwego żywienia w krajach rozwiniętych należą: choroby sercowo-naczyniowe, nowotwory złośliwe, otyłość, cukrzyca typu 2, dyslipidemia, osteoporoza i choroby przewodu pokarmowego. Wadliwe żywienie, obok małej aktywności fizycznej, indukuje rozwój otyłości, cukrzycy, dyslipidemii i nadciśnienia tętniczego. Te choroby z kolei wywołują miażdżycę, objawiającą się klinicznie chorobą niedokrwienną serca lub udarem mózgu. Szczególnie niekorzystną rolę odgrywa tu otyłość brzuszna, będąca sama przez się czynnikiem ryzyka cukrzycy typu 2, dyslipidemii i nadciśnienia tętniczego. Kojarzenie się otyłości z wymienionymi chorobami stanowi tzw. zespół metaboliczny. Występuje on u ponad 25% ludzi w Polsce i jest bardzo silnym czynnikiem ryzyka chorób sercowo-naczyniowych. Choroby sercowo-naczyniowe stanowią obecnie największy problem zdrowotny w Polsce i są przyczyną 46% wszystkich zgonów. Z kolei nowotwory złośliwe powodują 25% ogółu zgonów.

Przewiduje się, że jeżeli sytuacja dotycząca występowania nadwagi i otyłości nie ulegnie poprawie, to w wielu krajach dojdzie do skracania przeciętnego trwania życia: np. w Wielkiej Brytanii do połowy obecnego wieku przeciętne trwanie życia może się zmniejszyć o 5,3 lat (WHO 2007).

Do poważnych konsekwencji może prowadzić nadwaga i otyłość wśród dzieci i młodzieży. Mogą się one stać przyczyną różnych zaburzeń rozwoju psychicznego, prowadząc do m.in. do depresji i zaburzeń odżywiania. Efektem mogą być również gorsze wyniki w nauce. Otyłość może powodować występowanie zaburzeń dojrzewania płciowego. Wśród powikłań otyłości występujących u dzieci należy wymienić cukrzycę typu 2, nadciśnienie tętnicze, kamicy żółciową, chorobę refluksową przełyku, astmę. U dzieci z otyłością istnieje znaczne ryzyko utrzymania otyłości w późniejszych etapach życia.

Zwiększająca się częstość występowania nadwagi i otyłości prowadzi do rosnących wydatków na ochronę zdrowia. Szacuje się, że koszty opieki zdrowotnej u osób z nadwagą i otyłością są o 44% wyższe niż u osób z prawidłową masą ciała. Na podstawie danych dla różnych krajów ocenia się, że koszty bezpośrednie związane z otyłością, w zależności od kraju, pochłaniają od 1–10% pieniędzy wydawanych na ochronę zdrowia. Koszty pośrednie mogą być dwukrotnie wyższe. W skali świata przewlekłe choroby niezakaźne powodują około 70% utraconych zdrowych lat życia wśród osób powyżej 30. roku życia.

6.4. Wnioski i zalecenia

Istnieje konieczność kontynuacji i znaczącego rozszerzenia skoordynowanych działań w zakresie zapobiegania nadwadze i otyłości oraz przewlekłym chorobom niezakaźnym poprzez poprawę żywienia i aktywności fizycznej zgodnie z wytycznymi Grupy Wysokiego Szczebla Komisji Europejskiej znajdującymi oparcie w programie rządowym, finansowanym na miarę potrzeb, a w tym:

- Stworzenie spójnego programu edukacji żywieniowej, dostosowanego do potrzeb wszystkich grup społecznych i ułatwiającego m.in. świadomy wybór produktów spożywczych sprzyjających prozdrowotnemu modelowi żywienia.
- Szczególny nacisk powinien być położony na edukację żywieniową kobiet w okresie rozrodczym, promocję karmienia naturalnego niemowląt oraz edukację żywieniową dzieci i młodzieży.
- Utworzenie platformy współpracy z przemysłem spożywczym na rzecz produkcji żywności o walorach prozdrowotnych (zawierającej mniej tłuszczu, cukru i soli).
- Utworzenie podobnej platformy współpracy z sektorem żywienia zbiorowego.
- Nadanie wysokiej rangi jakości zdrowotnej żywności i bezpieczeństwu żywnościowemu poprzez poprawę nadzoru nad importem, krajową produkcją i dystrybucją żywności oraz poprawę dostępności fizycznej i ekonomicznej żywności dla grup znajdujących się w sferze niedostatku.
- Ustawiczne kształcenie i podnoszenie kwalifikacji w problematyce żywienia i aktywności fizycznej grup zawodowych zajmujących się zdrowiem człowieka (lekarze, pielęgniarzy, dietetycy).
- Opracowanie i wdrożenie systemu poradnictwa dietetycznego do podstawowej i specjalistycznej opieki zdrowotnej oraz szpitali.
- Stworzenie wszystkim uczniom możliwości zdrowego żywienia w szkole.
- Stworzenie dzieciom i młodzieży warunków do uczestniczenia w pozalekcyjnych zajęciach sportowo-rekreacyjnych na terenie szkół i miejsc zamieszkania.
- Wdrażanie standardów żywienia w szpitalach w celu poprawy skuteczności leczenia i zmniejszenia jego kosztów.
- Opracowanie i wdrażanie systemu poradnictwa w zakresie poprawy aktywności ruchowej pacjentów hospitalizowanych w celu poprawy skuteczności leczenia.
- Oddziaływanie na rozwój bazy urządzeń sportowych i rekreacyjnych w celu zwiększenia aktywności fizycznej, ze szczególnym uwzględnieniem małych miast i wsi.
- Monitorowanie zmian w żywieniu i w stanie odżywienia (identyfikacja nadwagi, otyłości lub niedowagi) na podstawie regularnych ogólnopolskich badań, przeprowadzanych metodą reprezentacyjną.
- Poprawa systemu informacji nt. przeciętnego spożycia żywności na mieszkańca poprzez powrót do opracowywania i publikowania danych o spożyciu ryb oraz tłuszczów roślinnych przez Główny Urząd Statystyczny; uwzględnienie soli w statystyce dostaw na rynek krajowy.

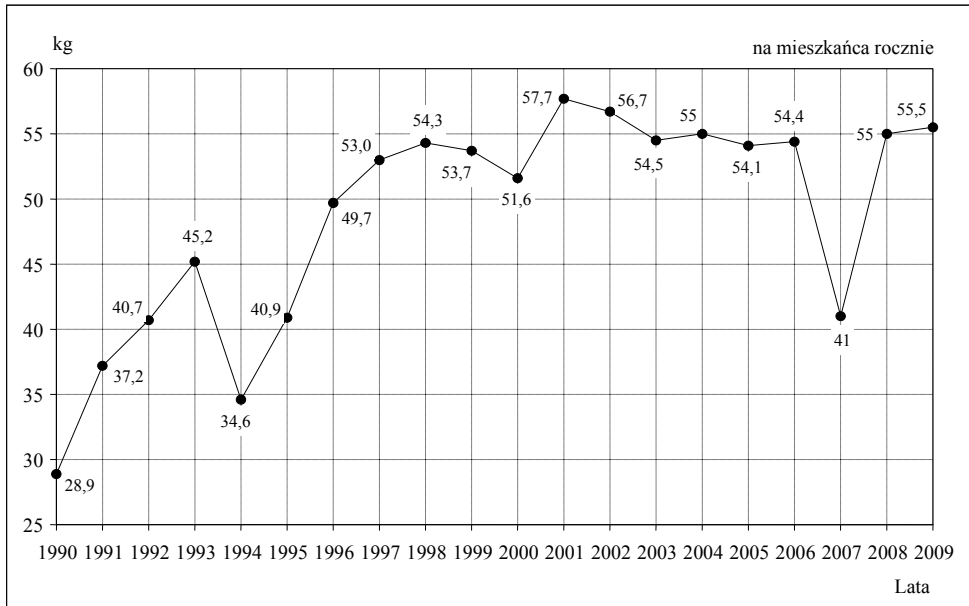
Podjęcie wymienionych działań dotyczących nie tylko systemu ochrony zdrowia, ale zdrowia narodu jest niezbędne do zapewnienia warunków realizacji celów polityki ludnościowej w Polsce. Działania te powinny być podejmowane przy współudziale wszystkich zainteresowanych, w tym m.in. przedstawicieli nauki, organizacji pozarządowych, przedstawicieli pracodawców i środków masowego przekazu.

Bibliografia

- Stanowisko Rządowej Rady Ludnościowej w sprawie poprawy żywienia i zwiększenia aktywności fizycznej ludności Polski*, „Biuletyn RRL”, nr 56, Warszawa 2011.
- COM (2007), 279 final WHITE PAPER of May 30 2007, *A Strategy for Europe on Nutrition, Overweight and obesity related health issues* (ec.europa.eu/health/ph.../nutrition_wp_en.pdf).
- Goryński P., Wojtyniak B. (2009), *Ocena krajowych programów zdrowotnych dotyczących niezakaźnych chorób przewlekłych (NChP) finansowanych z funduszy publicznych w aspekcie głównych czynników ryzyka tych chorób oraz prewencji*, Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny, Warszawa.
- GUS (2001), *Budżety gospodarstw domowych 2001*, Główny Urząd Statystyczny, Warszawa.
- GUS (2009), *Budżety gospodarstw domowych 2009*, Główny Urząd Statystyczny, Warszawa.
- GUS (2010), *Europejskie Ankietowe Badanie Zdrowia w 2009 r.* (Materiał na konferencję prasową w dniu 23 grudnia 2010 r.), Główny Urząd Statystyczny, Departament Badań Społecznych.
- GUS (2011), *Stan zdrowia ludności Polski w 2009 r.*, Informacje i Opracowania Statystyczne, Główny Urząd Statystyczny, Warszawa.
- Jarosz M. (2010), *Światowe, europejskie i rządowe strategie poprawy zdrowia poprzez prawidłowe żywienie i aktywność fizyczną*, w: *Praktyczny podręcznik dietetyki*, red. M. Jarosz, Ministerstwo Zdrowia, Instytut Żywności i Żywienia, Warszawa.
- Jarosz M., red. (2006), *Otyłość, żywienie, aktywność fizyczna, zdrowie Polaków. Diagnoza stanu odżywienia, aktywności fizycznej i żywieniowych czynników ryzyka otyłości oraz przewlekłych chorób niezakaźnych w Polsce (1960–2005)*, Instytut Żywności i Żywienia, Warszawa.
- Jarosz M., red. (2010), *Praktyczny podręcznik dietetyki*, Ministerstwo Zdrowia, Instytut Żywności i Żywienia, Warszawa 2010.
- Jarosz M., Respondek W., Rychlik E. (2006), *Konsekwencje zdrowotne i ekonomiczne nadwagi i otyłości oraz przewlekłych chorób niezakaźnych*, w: *Otyłość, żywienie, aktywność fizyczna, zdrowie Polaków. Diagnoza stanu odżywienia, aktywności fizycznej i żywieniowych czynników ryzyka otyłości oraz przewlekłych chorób niezakaźnych w Polsce (1960–2005)*, Instytut Żywności i Żywienia, Warszawa.
- Kunachowicz H., Nadolna I., Przygoda B., Iwanow K. (2008), *Tabele składu i wartości odżywczej żywności*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa.
- RRL (2010), *Sytuacja demograficzna Polski. Raport 2009–2010*, Rządowa Rada Ludnościowa, Warszawa.
- Sekuła W., Figurska K., Barysz A., Ołtarzewski M. (2008), *Wyniki monitoringu żywienia ludności w Polsce*, „Żywienie Człowieka i Metabolizm”, 5/6, 371–396.
- Sekuła W., Ołtarzewski M., Ciskowska W., Boruc T. (2010), *Spożycie soli w Polsce – sytuacja aktualna i zmiany w ostatnich latach*, „Żywienie Człowieka i Metabolizm”, 5–6, 331–355.
- Szponar L., Sekuła W., Rychlik E., Ołtarzewski M., Figurska K. (2003), *Badania indywidualnego spożycia żywności i stanu odżywienia w gospodarstwach domowych*, Instytut Żywności i Żywienia, Warszawa.
- WHO (2003), *Diet, Nutrition and the Prevention of Chronic Diseases. Report of a Joint WHO/FAO Expert Consultation*, WHO Technical Report Series 916, World Health Organization, Geneva.
- WHO (2004), *Global strategy on diet, physical activity and health*, Fifty-Seventh World Health Assembly, WHA57.17.
- WHO (2007), *The Second WHO Action Plan for food and nutrition policy 2007–2012* (www.euro.who.int/.../food.../the-second-who-eur).

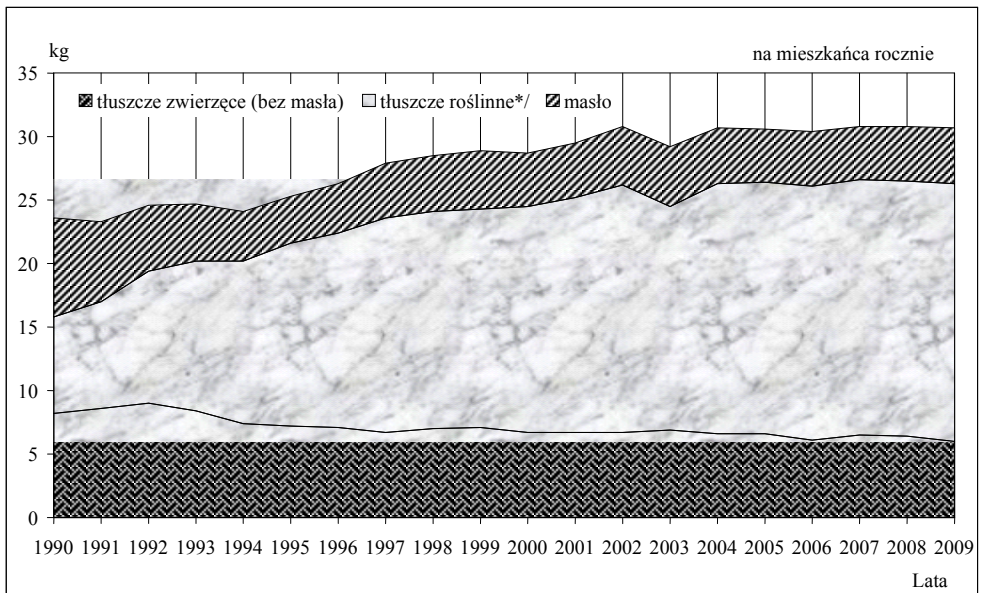
- WHO (2008), *Europe Action Plan 2008–2013 on global strategy to counteract and control noncommunicable diseases* (http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241597418_eng.pdf).
- WHO/Europe (2006), *European Charter on Counteracting Obesity*, Ministerial Conference on counteracting obesity in Istanbul, Turkey, November 2006 (www.euro.who.int/.../european-charter-on-counte).
- WOBASZ (2005), *Ogólnopolskie i regionalne rozpowszechnienie głównych czynników ryzyka układu sercowo-naczyniowego. Wyniki ogólnopolskiego badania stanu zdrowia ludności – program WOBASZ*, „Kardiologia Polska”, 63, supl. IV.

Rysunek 6.1. Spożycie owoców w latach 1990–2009



Źródło: Samodzielna Pracownia Ekonomiki Żywności i Żywnienia IŻŻ na podstawie danych GUS.

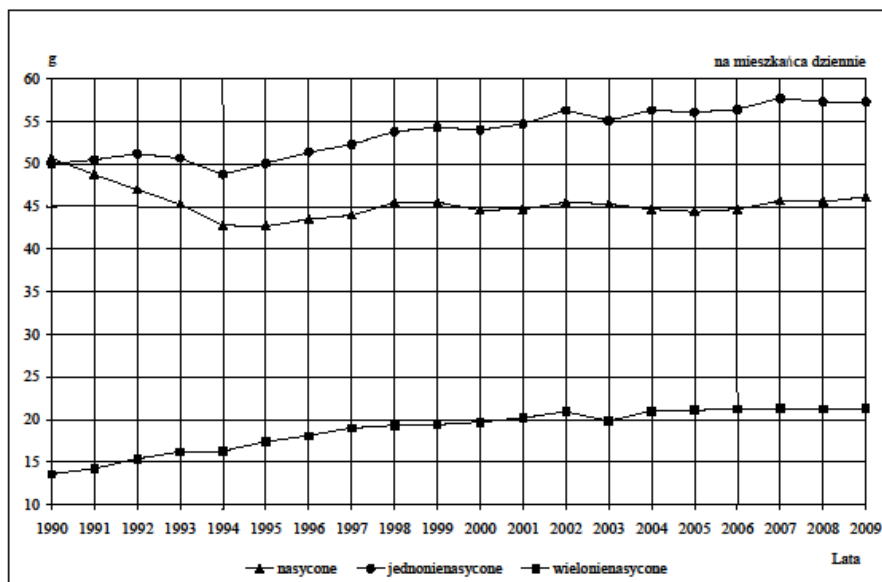
Rysunek 6.2. Spożycie tłuszczów w latach 1990–2009



*/ – od roku 2005 dane Instytutu Ekonomiki Rolnictwa i Gospodarki Żywnościowej – PIB.

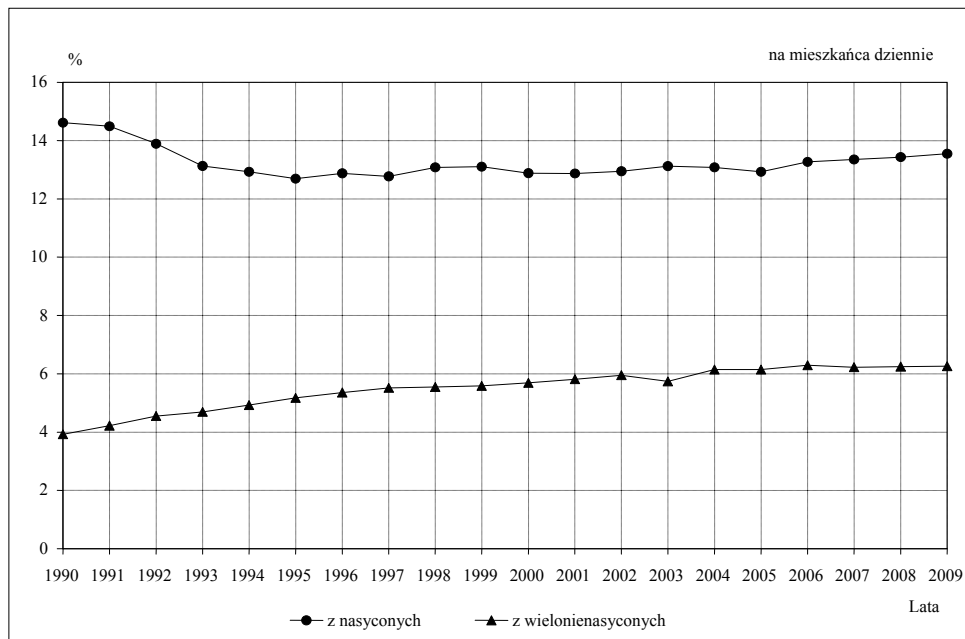
Źródło: Samodzielna Pracownia Ekonomiki Żywności i Żywnienia IŻŻ.

Rysunek 6.3. Zawartość kwasów tłuszczowych w spożytej żywności w latach 1990–2009



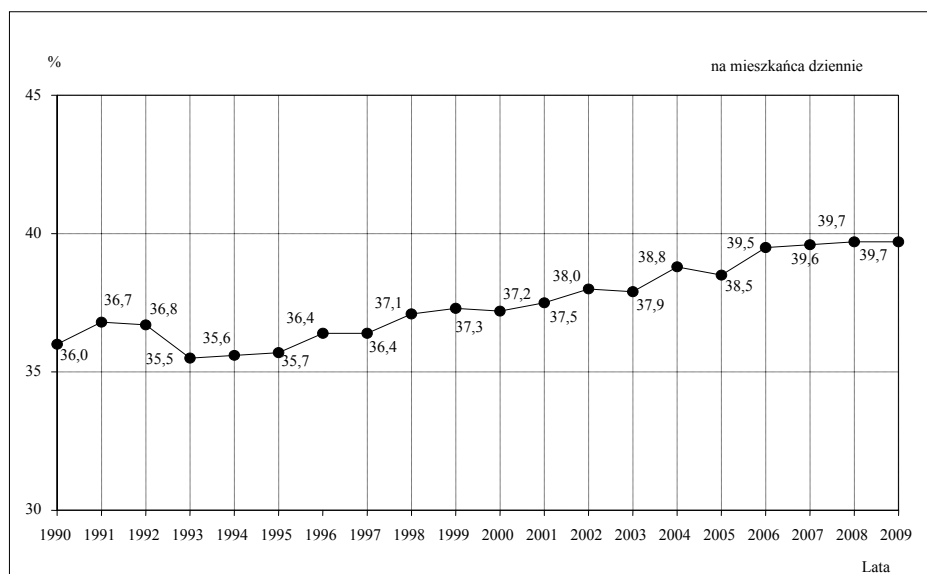
Źródło: obliczenia Samodzielnej Pracowni Ekonomiki Żywności i Żywnienia IŻŻ na podstawie danych o spożyciu żywności na mieszkańca.

Rysunek 6.4. Udział energii z kwasów tłuszczowych w latach 1990–2009



Źródło: Samodzielna Pracownia Ekonomiki Żywności i Żywnienia IŻŻ na podstawie danych o spożyciu żywności na mieszkańca.

Rysunek 6.5. Udział energii z tłuszczów w latach 1990–2009



Źródło: Samodzielna Pracownia Ekonomiki Żywności i Żywienia IŻŻ na podstawie danych o spożyciu żywności na mieszkańca.

Rozdział 7.

POPRAWA STANU ZDROWIA PSYCHICZNEGO POLAKÓW.

DIAGNOZA I REKOMENDACJE

7.1. Epidemiologiczna diagnoza sytuacji

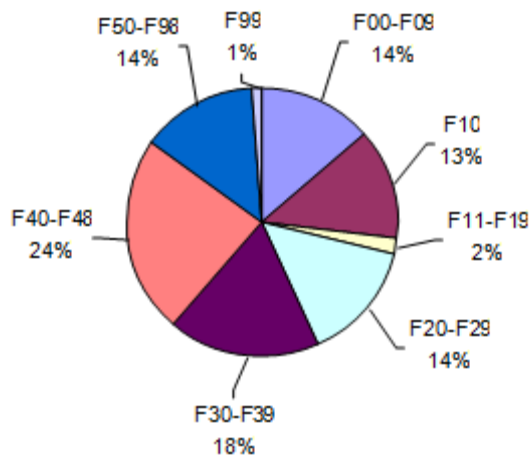
W Polsce nie dysponujemy całościowymi danymi z populacyjnych badań przesiewowych nad zdrowiem psychicznym ludności. Siłą rzeczy ocena sytuacji epidemiologicznej musi nadal opierać się na rutynowych statystykach ochrony zdrowia gromadzonych i przetwarzanych od kilkudziesięciu lat przez Zakład Organizacji Ochrony Zdrowia Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie („Roczniki Statystyczne” z lat 1997–2009). Dane te pozwalają mówić o rejestrowanym rozpowszechnieniu zaburzeń psychicznych bardziej niż o zdrowiu psychicznym Polaków.

Gromadzone dane obejmują statystyki opieki ambulatoryjnej, opieki całodobowej oraz form pośrednich: opieki środowiskowej i oddziałów dziennych. Tylko dane z opieki całodobowej i oddziałów dziennych korzystają z indywidualnych kart pacjentów. Pozostałe statystyki mają charakter zagregowany na poziomie poszczególnych placówek i województw. Dlatego też nie możemy sobie pozwolić na sumowanie danych pochodzących z poszczególnych typów opieki.

Świadczenia ambulatoryjne otrzymuje blisko półtora miliona osób, a stacjonarne – ponad 200 tysięcy. W oddziałach dziennych leczy się wielokrotnie mniej, bo 25 tysięcy pacjentów, a opieka środowiskowa obejmuje zaledwie około 6 tysięcy pacjentów.

Ostatnia dekada przyniosła burzliwe zmiany w rejestrowanym rozpowszechnieniu zaburzeń psychicznych („Roczniki Statystyczne” z lat 1997–2009; Bazy danych ZOiOZ). W latach 1997–2009 liczba pacjentów w opiece ambulatoryjnej uległa prawie podwojeniu: z około 750 tysięcy do 1,4 miliona. Tempo wzrostu wśród pacjentów leczonych po raz pierwszy było nieco słabsze; ich liczba zwiększyła się o 75% – z 224 tysięcy do 390 tysięcy, co sugeruje, że rosnące wskaźniki obrazują zarówno większe rozpowszechnienie rzeczywiste zaburzeń psychicznych jak i większą dostępność świadczeń. Największą grupę rozpoznań w leczeniu ambulatoryjnym stanowią zaburzenia nerwicowe (24%), zaburzenia afektywne (18%), zaburzenia organiczne (14%), zaburzenia behawioralne, osobowości, rozwojowe i upośledzenia umysłowe (14%) oraz zaburzenia spowodowane używaniem alkoholu (13%). Co siódmy pacjent cierpi na schizofrenię i zaburzenia schizotypowe i urojeniowe.

Rysunek 7.1. Struktura rozpoznań w opiece ambulatoryjnej (2009)



Legenda:

F00-F09 – zaburzenia organiczne

F10 – zaburzenia związane z alkoholem

F11-F19 – zaburzenia związane z używaniem substancji

F20-F29 – schizofrenia i zaburzenia schizotypowe i urojeniowe

F30-F39 – zaburzenia afektywne

F40-F48 – zaburzenia nerwicowe

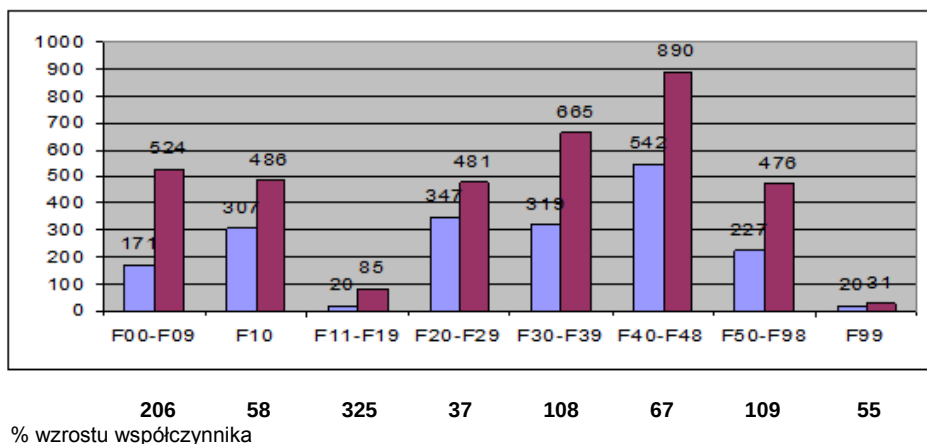
F50-F98 – zaburzenia behawioralne, osobowości, rozwojowe i upośledzenia umysłowe

F99 – nieokreślone zaburzenia psychiczne

Źródło: opracowanie własne na podstawie: „Roczniki Statystyczne” z lat 1997–2009; Bazy danych ZOiOZ.

Najszybsze tempo wzrostu obserwowano wśród pacjentów używających substancji psychoaktywnych. Ich liczba wzrosła ponad cztery razy, co wiąże się z rosnącym rozpowszechnieniem narkomani i z jej nieuniknionymi następstwami dla zdrowia psychicznego. Mimo to stanowią oni zaledwie 3% wszystkich pacjentów. Szybko przyrasta liczba leczonych z powodu zaburzeń organicznych, co można tłumaczyć między innymi starzeniem się społeczeństwa. Dwukrotnie zwiększyła się liczba pacjentów leczonych z powodu chorób afektywnych, zaburzeń behawioralnych, osobowości, rozwojowych i upośledzenia.

Rysunek 7.2. Dynamika rozpowszechnienia poszczególnych grup zaburzeń psychicznych w opiece ambulatoryjnej (współczynniki na 100 tys. ludności i różnice procentowe współczynników w ciągu 12 lat)



Źródło: jak na rysunku 7.1.

„Geografia” rozpowszechnienia zaburzeń rejestrowanych w opiece ambulatoryjnej jest zagadkowa. Najwyższe współczynniki notujemy w pasie województw centralnych: od pomorskiego, poprzez kujawsko-pomorskie do świętokrzyskiego i małopolskiego (rys. 7.3). Są wśród nich województwa zurbanizowane (pomorskie i kujawsko-pomorskie) i o względnie niskim poziomie urbanizacji (świętokrzyskie i małopolskie), o wysokiej stopie bezrobocia (kujawsko-pomorskie i świętokrzyskie) i o przeciętnym wskaźniku bezrobocia (pomorskie i małopolskie). Najniższe współczynniki występują w woj. zachodnio-pomorskim, warmińsko-mazurskim, opolskim i mazowieckim, gdzie są one o 20–30% mniejsze. Jest wśród nich województwo o najwyższej stopie bezrobocia w kraju (warmińsko-mazurskie) i o najniższej – mazowieckie.

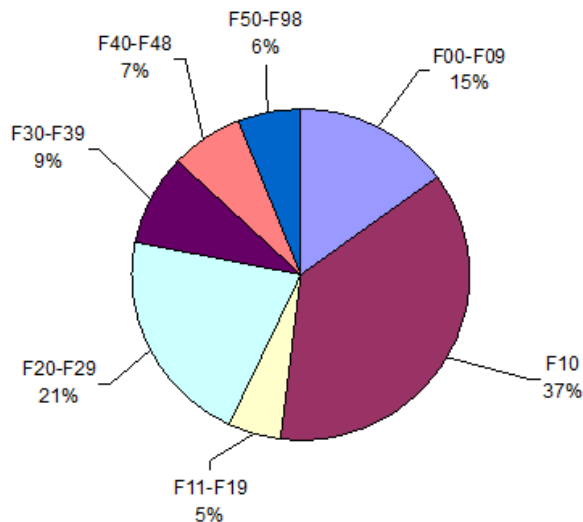
**Rysunek 7.3. Zróżnicowanie terytorialne według województw
(współczynniki na 100 tys. ludności)**



Źródło: jak na rysunku 7.1.

Nieco inny obraz sytuacji epidemiologicznej uzyskujemy przy analizie danych z leczenia stacjonarnego (rys. 7.4).

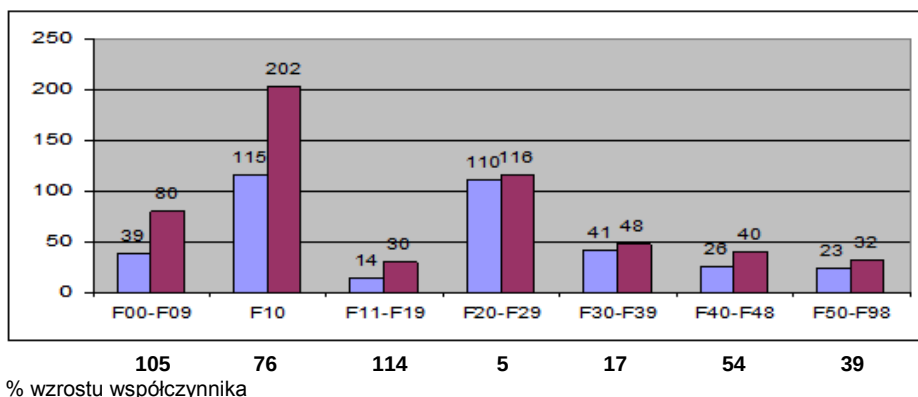
Rysunek 7.4. Struktura rozpoznai w opiece całodobowej (leczeni ogółem w 2009 r.)



Źródło i legenda: jak na rysunku 7.1.

Przyrost liczby pacjentów w opiece całodobowej był mniejszy. Niemniej jednak w latach 1997–2009 liczba pacjentów zwiększyła się prawie o połowę. Inna też była struktura rozpoznania. Aż 37% pacjentów stanowiły osoby leczące się z powodu zaburzeń spowodowanych piciem alkoholu, a wśród pacjentów mężczyzn podobnie jak wśród pacjentów pierwszorazowych – 48%. Na drugim miejscu znalazły się schizofrenia i zaburzenia schizotypowe i urojeniowe (21%) oraz zaburzenia organiczne (15%). Dwukrotnie zwiększyła się liczba leczonych z powodu zaburzeń organicznych. Jednak blisko 60% wzrostu ogólnej liczby pacjentów w opiece całodobowej przypada na zaburzenia związane z konsumpcją alkoholu i innych substancji psychoaktywnych.

Rysunek 7.5. Dynamika rozpowszechnienia poszczególnych grup zaburzeń psychicznych w opiece całodobowej (współczynniki na 100 tys. ludności i różnice procentowe współczynników w ciągu 12 lat)



Źródło: jak na rysunku 7.1.

Mapa rozpowszechnienia według danych z opieki całodobowej (rys. 7.6) różni się zasadniczo od wcześniejszej mapy zbudowanej na podstawie danych z opieki ambulatoryjnej. Województwa, w których leczenie ambulatoryjne odnotowywało najwyższe rozpowszechnienie (pomorskie, kujawsko-pomorskie i małopolskie), mają stosunkowo mniej pacjentów w opiece całodobowej. Wygląda na to, że w wielu przypadkach o tym, jakie leczenie otrzyma pacjent, nie decyduje jego stan zdrowia, lecz inne czynniki, w tym zapewne dostępność świadczeń. Może mieć to negatywny wpływ na zdrowie pacjentów, pogłębiać różnicowanie międzywojewódzkie w zdrowiu psychicznym oraz odbijać się na kosztach leczenia.

**Rysunek 7.6. Zróżnicowanie terytorialne według województw
(współczynniki na 100 tys. ludności)**



Źródło: jak na rysunku 7.1.

7.2. Działania programowe w zakresie organizacji opieki, zapobiegania i leczenia podejmowane w latach 2003–2011

Zarys ogólnego nowoczesnego modelu opieki psychiatrycznej – na poziomie ustawowym – został sformułowany po raz pierwszy w Ustawie o ochronie zdrowia psychicznego w roku 1994 (Dz. U. Nr 111 z 1994 r., poz. 535, z późn. zm.). Przełomowe z tego punktu widzenia są jednak: nowelizacja z 2008 r. wym. ustawy (Dz. U. Nr 180 z 2008 r., poz. 1108); ustanowiono w niej Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego (NPOZP), a następnie Rozporządzenie Rady Ministrów w sprawie Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego z 28 grudnia 2010 r. (Dz. U. Nr 24 z 2011 r., poz. 128). Trzem celom głównym wyznaczonym w ustawie:

- promocja zdrowia psychicznego i zapobieganie zaburzeniom psychicznym,
- zapewnienie osobom z zaburzeniami psychicznymi wielostronnej i powszechnie dostępnej opieki zdrowotnej oraz innych form opieki i pomocy niezbędnych do życia w środowisku rodzinnym i społecznym,
- rozwój badań naukowych i systemu informacji z zakresu zdrowia psychicznego, przyporządkowano w Rozporządzeniu cele szczegółowe i określono wykonawców tych celów.

W harmonogramie do Rozporządzenia wyznaczono realizatorom Programu (dziewięciu resortom oraz jednostkom wojewódzkiego i powiatowego samorządu terytorialnego) konkretne zadania na lata 2011–2015.

Zarówno Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego jak stosowne rozporządzenia RM oparte są na systematycznie gromadzonych danych na temat rozpowszechnienia zaburzeń psychicznych rejestrowanych w placówkach psychiatrycznej opieki zdrowotnej, publikowanych corocznie w unikatowym roczniku statystycznym „Zakłady psychiatrycznej oraz neurologicznej opieki zdrowotnej”. Rocznik, oprócz danych nt. liczby pacjentów i świadczeń, zawiera informacje dotyczące zasobów materialnych oraz kadrowych opieki psychiatrycznej.

W latach 2008–2011 zrealizowano pierwsze w Polsce epidemiologiczne badanie ankietowe nt. zdrowia psychicznego ludności¹. Badanie przeprowadzono na 10-tysięcznej próbie losowej dorosłych mieszkańców. Jego wyniki dadzą nie tylko pełniejszy obraz kondycji psychicznej Polaków, ale także pozwolą na prowadzenie bardziej elastycznej i skutecznej polityki zdrowotnej

7.3. Rekomendacje

Dostępne dane wskazują na lawinowo rosnący popyt na świadczenia z zakresu zdrowia psychicznego. W ciągu ostatniego dziesięciolecia liczba leczonych ambulatoryjnie zwiększyła się dwukrotnie, a leczonych stacjonarnie – o połowę. Oznacza to setki tysięcy dodatkowych pacjentów i miliardy złotych na ich leczenie i rehabilitację. O pogarszającym się stanie zdrowia psychicznego, zwłaszcza w ostatnich latach, świadczy najwyższy w historii współczynnik samobójstw, w wyniku których ginie więcej Polaków niż na skutek wypadków drogowych. Gorsza kondycja psychiczna obywateli ma negatywny wpływ na klimat społeczno-polityczny, zmniejsza produktywność i innowacyjność, ogranicza możliwości rozwojowe kraju.

Najważniejsze kierunki dalszych działań powinny obejmować:

- promocję zdrowia psychicznego,
- zapobieganie samobójstwom,
- ograniczenie spożycia alkoholu,
- określenie priorytetów w zakresie leczenia zaburzeń psychicznych,
- zapewnienie odpowiednich kadr w lecznictwie,
- zapewnienie przestrzegania praw człowieka w psychiatrycznej ochronie zdrowia,
- reorganizację systemu leczenia,
- monitoring i koordynację,
- badania naukowe.

Promocja zdrowia psychicznego. Ochrona zdrowia, mimo iż dysponuje rosnącym potencjałem intelektualnym, fachowym i coraz większym doświadczeniem, nie jest w stanie wpłynąć decydująco na zdrowie psychiczne Polaków. Może tylko leczyć; jej wpływ na przyczyny jest ograniczony. Poprawa sytuacji wymaga przede wszystkim zdecydowanych kroków w dziedzinie promocji zdrowia. Bez przełomu w tej dziedzinie narastać będą rzesze obywateli z ciężkimi doświadczeniami psychicznymi. Musimy uwzględnić kwestie zdrowia psychicznego w programach społeczno-gospodarczego rozwoju kraju, tak jak uwzględnia się wpływ decyzji gospodarczych na ekologię. Nie możemy pozwolić sobie dłużej na podejmowanie decyzji, które szkodzą kondycji psychicznej Polaków. Należy przygotować modelowe programy promocji zdrowia psychicznego dla społeczności lokalnych, zakładów pracy, szkół i uczelni, służb mundurowych i spowodować ich wdrożenie z uwzględnieniem specyfiki wdrażających je podmiotów.

¹ Badania były współfinansowane przez Mechanizmy Finansowe Europejskiego Obszaru Ekonomicznego oraz przez Norweski Mechanizm Finansowy.

Zapobieganie samobójstwom. Należy opracować i przyjąć Narodowy Program Zapobiegania Samobójstwom. Doświadczenia innych krajów pokazują, że istnieje możliwość zmniejszenia liczby samobójstw w stosunkowo krótkim horyzoncie kilku lat. Zaniechania w tej dziedzinie grożą znacznym wzrostem ich częstotliwości.

Ograniczenie spożycia alkoholu. Musimy doprowadzić do ograniczenia konsumpcji alkoholu zarówno wśród młodzieży jak i w dorosłych pokoleniach, co – jak wynika z doświadczeń polskich i zagranicznych – pociągnie za sobą ograniczenie zdrowotnych i społecznych problemów, w tym spadek liczby uzależnionych oraz zmniejszenie liczby zgonów spowodowanych spożyciem alkoholu. Liczne badania wskazują na to, że najtańszą, a zarazem najskuteczniejszą strategią jest ograniczenie dostępności fizycznej i ekonomicznej alkoholu. Aktywna polityka podatkowa może doprowadzić do spadku spożycia, przy równoczesnym wzroście dochodów budżetowych.

Priorytety w ochronie zdrowia psychicznego. W obecnej sytuacji epidemiologicznej można wyróżnić cztery grupy rozpoznań, które stanowią największe zagrożenie dla zdrowia psychicznego Polaków, generując przy tym około 75% kosztów leczenia:

- przewlekłe choroby schizofreniczne i afektywne,
- zaburzenia związane ze spożyciem alkoholu,
- choroby związane ze starzeniem, w tym choroby organiczne,
- depresje.

Istnieje pilna potrzeba opracowania skutecznych i kosztowo efektywnych programów opieki, których celem będzie z jednej strony zapobieganie wystąpieniu tych zaburzeń, a z drugiej – zapewnienie odpowiedniej jakości życia osobom na nie cierpiącym.

Zapewnienie odpowiednich kadr w lecznictwie. Psychiatria cierpi na niedostatek specjalistów; psychiatrów, pielęgniarek, psychologów. Liczba psychiatrów w stosunku do liczby ludności jest znacznie niższa w porównaniu z rozwiniętymi krajami Unii Europejskiej. Niezbędne będzie stworzenie zachęt do podejmowania pracy w psychiatrycznej ochronie zdrowia i zdobywania specjalizacji w zakresie psychiatrii.

Zapewnienie przestrzegania praw człowieka w psychiatrycznej ochronie zdrowia. Znaczny poziom instytucjonalizacji, szpitalocentryczny model opieki oraz niedostatki personelu zwiększają ryzyko naruszeń praw człowieka, zwłaszcza w dużych szpitalach psychiatrycznych. Najpewniejszą drogą do ograniczenia tego ryzyka jest ograniczenie roli leczenia szpitalnego oraz wzrost liczby wykwalifikowanych kadr. Należy zwiększyć znaczenie organizacji pozarządowych w monitorowaniu tej kwestii.

Reorganizacja systemu leczenia. Skuteczne i optymalne kosztowo leczenie wymaga głębokiej reorientacji systemu psychiatrycznej ochrony zdrowia. Należy skończyć ze szpitalocentrycznym modelem, w którym szpitale pochłaniają trzy czwarte środków, oferując opiekę dla kilkunastu procent pacjentów. Opieka psychiatryczna musi stać się opieką środowiskową zorganizowaną w centra zdrowia psychicznego dające sieć oparcia, na którą składają się: opieka zdrowotna, wsparcie społeczne i wsparcie w zakresie pracy zawodowej. Opieka stacjonarna powinna być oferowana przede wszystkim przez oddziały psychiatryczne przy szpitalach ogólnych, które są bardziej dostępne, mniej stygmatyzujące, pozwalające na zapewnienie ciągłości opieki w środowisku pacjenta.

Monitoring i koordynacja. Niezbędny jest też systematyczny monitoring pozwalający na ocenę wprowadzanych zmian i ich elastyczną korektę. Konieczne będzie zwiększenie nakładów na usprawnienie systemów informatycznych oraz na badania społeczne i organizacyjne. Realizacja takiego programu wymaga powołania silnego centrum koordynacyjnego oraz zapewnienia odpowiednich nakładów finansowych.

Badania naukowe. Określenie szczegółowych priorytetów w badaniach naukowych wymaga poważnej debaty publicznej z udziałem nie tylko uczonych, ale także przedstawicieli sektora stowarzyszeń i organizacji pozarządowych oraz mediów. Z pewnością badania nad zdrowiem psychicznym Polaków muszą wyjść poza wąski krąg zagadnień związanych z metodami leczenia. Niezbędny jest rozwój badań nad:

- metodami promocji zdrowia psychicznego,
- rozpowszechnieniem zaburzeń psychicznych,
- związków między zdrowiem psychicznym i somatycznym,
- umieralnością osób cierpiących na zaburzenia psychiczne,
- uwarunkowaniami zdrowia psychicznego, w tym nad czynnikami ryzyka i czynnikami chroniącymi,
- organizacją psychiatrycznej opieki zdrowotnej,
- respektowaniem praw człowieka w psychiatrycznej ochronie zdrowia,
- ekonomicznymi aspektami leczenia, w tym efektywnością kosztową różnych modeli opieki.

7.4. Propozycje źródeł finansowania

Środki na poprawę kondycji psychicznej mieszkańców Polski powinny pochodzić przede wszystkim z budżetu państwa. Zważywszy na to, że zaburzenia związane ze spożywaniem alkoholu stanowią dotkliwe obciążenie dla budżetu państwa i w szczególności dla systemu opieki zdrowotnej, należy rozważyć przeznaczenie części środków z podatku akcyzowego na realizację Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego. Podniesienie akcyzy o 10–15 procent powinno spowodować obniżenie spożycia alkoholu, a tym samym zmniejszenie napływu nowych pacjentów oraz zwiększenie wpływów budżetowych. Przy tej skali podwyżek nie należy oczekiwać znacznego wzrostu nierejestrowanej konsumpcji.

Bibliografia

Zakłady Psychiatrycznej oraz Neurologicznej Opieki Zdrowotnej, „Roczniki Statystyczne” z lat 1997–2009.

Bazy danych Zakładu Organizacji Ochrony Zdrowia Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie.

Rozdział 8.

PROMOCJA ZDROWIA JAKO STRATEGIA ROZWIĄZYWANIA WSPÓŁCZESNYCH PROBLEMÓW ZDROWOTNYCH

8.1. Model i status promocji zdrowia w krajowym systemie ochrony zdrowia

Powodem stworzenia i rozwoju programu promocji zdrowia była i jest obiektywna konieczność wyznaczenia ram dla procesu reorientacji międzynarodowych i krajowych polityk zdrowotnych, tak aby umożliwiały one zarówno w skali indywidualnej, jak i makrospołecznej oddziaływanie przyczynowe na styl życia poprzez wpływ na jego środowiskowe determinanty, w tym przede wszystkim te należące do obszarów kulturowych, społecznych i społeczno-ekonomicznych uwarunkowań.

Począwszy od połowy lat 70. XX wieku, kiedy to w dokumencie znanym jako Raport Lalonda (Lalonde, 1974) udowodniono dominujący wpływ stylu życia na zdrowie, po dzień dzisiejszy czynnik ten jest uznawany za główną determinantę zdrowia odpowiadającą za ponad 50% zmienności w stanie zdrowia populacji (Wysocki, Miller, 2003).

Ponieważ styl życia jest kategorią społeczną mającą swoje korzenie w środowisku społecznym, możliwość skutecznego prozdrowotnego oddziaływania na styl życia w skali makrospołecznej leży głównie poza obszarem jurysdykcji sektora zdrowia i wymaga międzysektorowej współpracy. Upowszechnienie prozdrowotnych stylów życia nie może być osiągnięte, jak niektórzy sądzą, poprzez działania podporządkowane modelowi (paradygmatowi) biomedycznemu wykorzystywanemu w medycynie naprawczej oraz w tzw. starym zdrowiu publicznym. W praktyce stosowanie biomedycznego ujęcia wspiera bowiem mało skuteczny sposób podejścia do redukcji zachowań antyzdrowotnych; sprowadza się on do edukacji zdrowotnej adresowanej do jednostek przy jednoczesnym braku oddziaływania na środowiskowe determinanty owych zachowań. Związana z edukacją zdrowotną strategia informowania i przekonywania jest zdecydowanie niewystarczająca do zmiany behawioralnej w skali populacyjnej, u jej podłoża leży bowiem mniej lub bardziej świadomie przyjmowane założenie o istnieniu nieograniczonej autonomii jednostek w sferze podejmowania decyzji o własnym zachowaniu. Przyjmowanie tego założenia prowadzi do nieuprawnionego oczekiwania, że osoby poinformowane, a nawet przekonane o konieczności zmiany zachowań uznawanych za zagrażające zdrowiu będą zachowywać się w sposób prozdrowotny. To prawda, że bezpośrednie decyzje o określonym zachowaniu są podejmowane przez konkretne osoby. Trzeba jednak pamiętać o tym, że rodzaj tych decyzji jest rezultatem wpływu wielu czynników, nie tylko indywidualnych, ale także, jeśli nie przede wszystkim, środowiskowych. To właśnie czynniki środowiskowe mogą zniechęcać bądź wręcz uniemożliwiać podejmowanie prób zmiany zachowań z antyzdrowotnych na prozdrowotne.

Wpływ na zdrowie szeroko pojętego środowiska filtrowany jest poprzez pozycje społeczne zajmowane przez konkretne jednostki w strukturze społecznej. Praktyczne znaczenie zajmowanej pozycji społecznej sprowadza się do związanego z nią stopnia dostępności do zasobów ważnych do osiągania sukcesu w wymiarze społecznym, w tym także zdrowotnym. Ta strukturalna regulacja dostępu do zasobów ma charakter hierarchiczny, co oznacza, że im niższa pozycja społeczna, tym mniejsza dostępność do zasobów wspierających zachowania prowadzące do sukcesu społecznego i zdrowotnego (Wilkinson, Marmot, 1998; Beck, 2002).

Przy braku działań międzysektorowych przyczyniających się do zwiększania stopnia egalitaryzmu w dostępie do zasobów, niezbędnych do przestrzegania korzystnych dla zdrowia norm zachowania, nie należy oczekiwać równomiernej poprawy stanu zdrowia we wszystkich kategoriach ludności. Z góry wiadomo, że z powodu wynikającego z nierówności społecznych nierównego dostępu do zasobów decydujących o zdrowiu, takich jak: warunki mieszkaniowe, praca, wykształcenie, infrastruktura sportowo-rekreacyjna, edukacja zdrowotna, usługi medyczne itp., beneficjentami wszelkich pozytywnych zmian obserwowanych w skali makrospołecznej staną się przede wszystkim kategorie ludności zajmujące górę drabiny społecznej, a więc osoby o największym dostępie do zasobów.

Do znacznego zmniejszenia różnic strukturalnych w dostępie społeczeństwa do zasobów decydujących o częstości występowania zachowań prozdrowotnych ma doprowadzić promocja zdrowia. Cel ten może być osiągnięty pod warunkiem nadania promocji zdrowia statusu wielosektorowej strategii regulującej proces rozwiązywania problemów zdrowotnych przez budowanie zasobów dla zdrowia oraz zwiększenie poziomu egalitaryzmu w dostępie do tych zasobów. Oznacza to konieczność korzystania w ramach polityki zdrowotnej oraz programów wdrożeniowych z założeń paradygmatu socjoeologicznego, a nie biomedycznego. Porównanie obu podejść ilustruje tabela 8.1.

Tabela 8.1. Porównanie paradygmatów biomedycznego i socjoeologicznego

Paradygmat biomedyczny	Paradygmat socjoeologiczny
Negatywna definicja zdrowia: zdrowie to brak choroby lub kalectwa	Pozytywna definicja zdrowia: zdrowie to zasób dla jednostek, zbiorowości i społeczeństw
Orientacja na biomedyczne determinanty zdrowia	Orientacja na czynniki promujące zdrowie i wyznaczające podatność na choroby
Marginalizacja roli czynników behawioralnych i środowiskowych	Rozpatrywanie stylu życia w kontekście wpływów środowiskowych, w tym społecznych
Orientacja indywidualna: osoby chore i grupy ryzyka	Orientacja populacyjna: osoby zdrowe i chore
Centralizacja zarządzania	Decentralizacja zarządzania
Kadry medyczne	Kadry interdyscyplinarne
Sektor zdrowia	Współpraca międzysektorowa – priorytet zmniejszenie społecznych nierówności w zdrowiu
Społeczeństwo pasywnym odbiorcą świadczeń	Uczestnictwo społeczne w działaniach na rzecz zdrowia

Źródło: opracowanie własne (2010).

Potwierdzenie niskiej efektywności promocji zdrowia zdominowanej przez założenia modelu biomedycznego znajdujemy także w Polsce. Od co najmniej 20 lat pod szyldem promocji zdrowia prowadzi się w kraju intensywne działania z zakresu edukacji zdrowotnej. Działaniom edukacyjnym związanym ze zdrowiem najczęściej nie towarzyszą (choć zdarzają się chlubne wyjątki) międzysektorowe działania na rzecz budowy oraz zwiększania dostępu do zasobów warunkujących upowszechnienie zachowań prozdrowotnych zalecanych w ramach edukacji. Dzieje się tak zarówno na poziomie centralnym, jak i lokalnym.

Ponadto niedostatek systemowych rozwiązań w zakresie infrastruktury dla promocji zdrowia, w tym braki legislacyjne (niespójność i niekompletność prawa) oraz niedobory finansowe, powoduje, iż w miejsce systemowych, a więc trwałych i skoordynowanych wielosektorowych działań – mających na celu upowszechnienie wiedzy, postaw, zachowań jednostek i zbiorowości oraz dokonywanie wspierających zdrowie zmian w środowisku kulturowym, społecznym i społeczno-ekonomicznym człowieka – podejmowane są rozrzucone geograficznie i środowiskowo programy promocji zdrowia. Programy te najczęściej podporządkowane są paradygmatowi biomedycznemu, co oznacza skupianie się na edukacji zdrowotnej jednostek jako podstawowej formie oddziaływania oraz marginalizację działań zorientowanych na środowiskowe determinanty zachowań zdrowotnych, a tym samym zdrowia. Ten rodzaj podejścia zamyka drogę do przyczynowego oddziaływania na style życia związane ze sferą zdrowia i choroby.

Stąd obserwuje się, mimo osiągnięcia spektakularnych sukcesów m.in. w obniżeniu poziomu umieralności przedwczesnej na poziomie populacji generalnej, utrzymywanie się znacznych nierówności w zdrowiu między grupami ludzi zajmujących wysokie i niskie pozycje w strukturze społecznej. Obserwowany w Polsce od 1991 r. spadek umieralności ogólnej nie rozkłada się równomiernie w strukturze społecznej. Różnice standaryzowanych współczynników umieralności w grupach wykształcenia są ogromne i utrzymują się w czasie mimo prowadzonych działań profilaktycznych, w tym pod hasłem promocji zdrowia (Słońska, Koziarek, 2011). Poziom wykształcenia różnicuje także przeciętną długość trwania życia w momencie urodzenia oraz przeciętną długość trwania życia w zdrowiu w momencie urodzenia (Wojtyniak, Goryński, 2008).

Istnienie powyższych zależności stanowiło w przeszłości i stanowi obecnie wystarczające podstawy do nadania właściwej rangi promocji zdrowia w systemie ochrony zdrowia i uczynienie, w myśl idei promocji zdrowia, z polityki zdrowotnej – politykę wielosektorową.

Akceptowana formalnie przez kolejne rządy, w tym resorty zdrowia, promocja zdrowia nie była nigdy traktowana jako strategia i obszar działań o kluczowym znaczeniu dla polityki zdrowotnej i funkcjonowania systemu ochrony zdrowia jako takiego. Nigdy też nie była ona uznawana za strategię możliwą do wykorzystania w roli narzędzia reformy tego systemu – funkcjonowała w przeszłości i funkcjonuje nadal przede wszystkim jako jeden z działów systemu opieki zdrowotnej, w dodatku posiadający raczej marginalne znaczenie.

Od samego początku rozwoju promocji zdrowia ramy formalne dla promocji zdrowia miał stanowić Narodowy Program Zdrowia (NPZ), oficjalnie traktowany jako podstawowy dokument określający priorytety w zakresie ochrony zdrowia, a przy tym uwzględniający element współpracy międzysektorowej. Mimo że pierwsze trzy edycje NPZ z lat 1990, 1993 i 1996 przyjmowały za punkt wyjścia ideę promocji zdrowia, a zapisy wchodzące w skład tych dokumentów podkreślały jej rolę w przekształcaniu systemów społecznych w kierunku prozdrowotnym, ostatecznie nie doprowadziły do uruchomienia krajowego systemu współpracy międzysektorowej na rzecz zdrowia. Nie powiodła się dokonana w roku 2000 próba nowelizacji NPZ na lata 1996–2005 oraz wzmocnienia jego rangi przez stworzenie i zatwierdzenie ustawy o realizacji Narodowego Programu Zdrowia. Podobnie dzieje się z obowiązującą obecnie

czwartą już edycją NPZ na lata 2007–2015. Ustawy o zdrowiu publicznym nie ma nadal, nie ma tym samym możliwości umocowania ustawowego Narodowego Programu Zdrowia. Należy jednak podkreślić, że dokument ten, choć nie do końca spójny, w sposób najpełniejszy w relacji do poprzednich wersji NPZ sięga do działań międzysektorowych. Zadania służące realizacji celów operacyjnych obejmują edukację, interwencje o charakterze medycznym, psychologicznym, prawnym społecznym i społeczno-ekonomicznym, a także działania służące budowie infrastruktury dla działań prozdrowotnych. W kontekście wzmocnienia formalnej pozycji NPZ za bardzo istotne należy uznać jego włączenie do Strategii Rozwoju Ochrony Zdrowia (SROZ) w Polsce na lata 2007–2013, która to z kolei jest traktowana jako dokument towarzyszący realizacji Narodowego Programu Rozwoju na lata 2007–2013.

Podstawowym zagrożeniem dla realizacji współpracy międzysektorowej na rzecz zdrowia w ramach NPZ jest brak wystarczających podstaw prawnych do takiego działania, zarówno w odniesieniu do wymagalności działań na rzecz zdrowia w różnych sektorach, jak i źródeł i zasad finansowania wspólnych, międzysektorowych przedsięwzięć. Wydaje się, że jeśli zabraknie istotnych uregulowań prawnych w tym zakresie, w dalszym ciągu NPZ będzie tak poprzednie jego edycje, dokumentem do pewnego stopnia martwym. Jest wysoce prawdopodobne, że będą realizowane przede wszystkim te cele, których osiągnięcie będzie mogło się oprzeć na już istniejącym trwałym zapleczu prawnym i finansowym, jak np. cele związane z profilaktyką i rozwiązywaniem problemów alkoholowych.

Dotychczasowe doświadczenie pokazuje, że brak zaplecza legislacyjnego i finansowego prowadzi do koncentracji odpowiedzialności za promocję zdrowia w sektorze zdrowia, przede wszystkim w opiece zdrowotnej. Oznacza to w praktyce wzmocnienie roli edukacji zdrowotnej oraz nadawanie jej biomedycznego charakteru, a także marginalizację współpracy międzysektorowej. Ugruntowywanie się takiego stanu daje nikłe szanse na redukcję społecznych nierówności w zdrowiu, co z punktu widzenia rozwoju kapitału ludzkiego ma ważne znaczenie.

Co należy więc zrobić, aby upowszechnić nowoczesny sposób pojmowania promocji zdrowia oraz podnieść rangę promocji zdrowia w sektorze zdrowia i poza nim? Wydaje się, iż znajdujemy się obecnie we właściwym momencie, by zainicjować debatę publiczną na temat modelu i roli promocji zdrowia jako strategii międzysektorowej służącej rozwiązywaniu współczesnych problemów zdrowotnych, ze szczególnym uwzględnieniem redukcji społecznych nierówności w zdrowiu. Ważne jest także przeprowadzenie krajowej kampanii edukacyjnej mającej na celu upowszechnienie w społeczeństwie wiedzy o roli, zadaniach i możliwościach stwarzanych przez promocję zdrowia w zakresie budowania indywidualnych i zbiorowych zasobów zdrowia oraz zapobiegania chorobom.

Kluczową sprawą jest zapewnienie ustawy odpowiadającej potrzebom nowoczesnego zdrowia publicznego i promocji zdrowia (konieczne jest przejście od modelu biomedycznego do modelu socjoeekologicznego). Prace nad ustawą o zdrowiu publicznym rozpoczęły się w latach 90. ubiegłego wieku i do tej pory, tj. do roku 2011, nie zostały zakończone. Oczywiście sama ustawa, bez zwiększenia – w puli środków przeznaczanych na zdrowie – udziału środków przeznaczanych na zdrowie publiczne, nie rozwiąże problemu. Nie ulega także wątpliwości, że jest konieczne zapewnienie stałego finansowania promocji zdrowia będącej zarówno kluczową strategią, jak i obszarem oddziaływań środowiskowych.

Celem o podstawowym znaczeniu staje się także spowodowanie, aby Narodowy Program Zdrowia po nowelizacji miał umocowanie ustawowe i był narzędziem wdrażania ustawy o zdrowiu publicznym, a także aby znowelizowany NPZ umocowany ustawowo posiadał status dokumentu nadrzędnego w stosunku do innych programów narodowych związanych ze zdrowiem, z których wybrane, jak np. *Ustawa o zdrowiu psychicznym* mają własne umocowanie ustawowe.

Nie bez znaczenia dla statusu promocji zdrowia pozostaje aktywizacja sektora pozarządowego na rzecz jej rozwoju. Poważne możliwości do realizacji tego celu stwarza *Ustawa o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie* z dnia 24 kwietnia 2003 r. (Dz.U. 2010 Nr 234, poz. 1536, Rozdz. II § 11). Dostarcza ona bowiem podstaw prawnych do zlecania organizacjom pożytku społecznego zadań sprzyjających zwiększeniu uczestnictwa społecznego w działaniach z zakresu promocji zdrowia.

8.2. Rozwój infrastruktury dla promocji zdrowia (zasoby ludzkie, instytucje, legislacja, system finansowania, rozwiązania organizacyjne) oraz działań w obszarze zdrowia publicznego

Zdominowanie krajowego systemu ochrony zdrowia przez medycynę naprawczą skutkuje niską pozycją zdrowia publicznego, w tym promocji zdrowia. Efektem tej dominacji jest niedocenianie w sektorze zdrowia i poza nim rangi współpracy międzysektorowej jako efektywnego sposobu kontroli determinantów zdrowia. Jak wynika z informacji płynących z resortów (RRL, 2011), działania na rzecz zdrowia podejmowane w ramach współpracy międzysektorowej są związane przede wszystkim z przeciwdziałaniem bezpośrednim zagrożeniom, a nie z budowaniem zasobów dla zdrowia i podnoszenia jakości życia. Ponadto istnieją przesłanki, by twierdzić, że w ramach aktywności na rzecz zdrowia podejmowanych przez różne sektory, zdrowie sprowadzane jest najczęściej do jego wymiaru fizycznego, co nie sprzyja upowszechnieniu związanego z promocją zdrowia holistycznego podejścia do problemów zdrowotnych, a także traktowaniu zdrowia jako zasobu indywidualnego i społecznego.

W Polsce do chwili obecnej nie powstała ustawa o zdrowiu publicznym. Promocja zdrowia, mimo iż powinna być traktowana jako najistotniejsza składowa współczesnego zdrowia publicznego, nie dysponuje wystarczającą infrastrukturą, nie ma stabilnych i odpowiadających potrzebom źródeł finansowania, a także od samego początku rozwoju była pozbawiona pełnego zaplecza prawnego. Z prowadzonej w ujęciu historycznym analizy obowiązujących w Polsce aktów prawnych wynika, że nie respektuje się w ramach działalności legislacyjnej konieczności stworzenia systemu promocji zdrowia. Umieszczane w różnych aktach prawnych zapisy dotyczące wdrażania promocji zdrowia, zarówno w obszarze opieki zdrowotnej, jak i zdrowia publicznego, zbyt często cechowała i cechuje nadmierna ogólnikowość, fragmentaryczność i niespójność, choć można spotkać wyjątki, jak np. w przypadku ustawy antytytoniowej czy ustawy dotyczącej zdrowia psychicznego.

Co więc należałoby zrobić, aby doszło do rozwoju infrastruktury dla promocji zdrowia i nasilenia działań z tego zakresu w obszarze zdrowia publicznego?

Punktem wyjścia jest oczywiście prawodawstwo. Za akt prawny, który potencjalnie mógłby wypełnić istniejące luki prawne i umożliwić stworzenie systemu promocji zdrowia, należy uznać ustawę o zdrowiu publicznym, pod warunkiem że byłaby ona skonstruowana w duchu paradygmatu socjoekologicznego. Przy okazji omawiania zagadnień prawnych warto zwrócić uwagę na fakt braku legislacyjnych rozwiązań jednoznacznie określających miejsca i warunki zatrudniania absolwentów wydziałów o zdrowiu uniwersytetów medycznych – przyszłych kadr do promocji zdrowia.

Kolejnym wymogiem jest zapoczątkowanie i rozwój mechanizmów rutynowej współpracy międzysektorowej na rzecz zdrowia i kształtujących go zasobów poprzez aktualizację i/lub zmianę regulacji prawnych oraz ustalenie stabilnych zasad i źródeł finansowania oraz zakresu odpowiedzialności za zdrowie w poszczególnych sektorach.

Za kwestię o priorytetowym znaczeniu dla budowy infrastruktury promocji zdrowia w zdrowiu publicznym należy także uznać stworzenie warunków prawnych, organizacyjnych i finansowych do kształtowania kompetencji zdrowotnych w populacji generalnej i jej wybranych subpopulacjach przez składowe promocji zdrowia: edukację, mobilizację społeczną oraz lobbying. Przez kompetencje zdrowotne należy rozumieć tutaj zdolność jednostek do zdobywania, rozumienia, oceny i zastosowania informacji umożliwiających podejmowanie racjonalnych decyzji w wymiarze promocji zdrowia, prewencji chorób oraz leczenia i opieki. Jak pokazują wyniki badań, niski poziom kompetencji zdrowotnych pozostaje w ścisłym związku z relatywnie gorszym stanem zdrowia, częstszą hospitalizacją oraz korzystaniem z pomocy pogotowia ratunkowego oraz gorszym stosowaniem się do zaleceń lekarza (Hawkins, Kantayya, Sharkey-Asner, 2010).

W kontekście nieodwracalnego procesu starzenia się polskiej populacji ogromnego znaczenia nabierają międzysektorowe działania z zakresu promocji zdrowia skierowane do osób w podeszłym wieku obejmujące obszar aktywizacji społecznej, w tym zawodowej i rodzinnej, dostępu do różnych form wsparcia społecznego, w tym w ramach grup samopomocy, poradnictwa psychologicznego i medycznego oraz zapewnienia bezpieczeństwa i niezależności poruszania się w miejscu zamieszkania, a także w przestrzeni publicznej. Ostatni z wymienionych obszarów zasługuje na uwagę dlatego, że kategoria osób dojrzałych i starszych, już w chwili obecnej stanowi znaczny udział wśród pieszych zabitych w wypadkach drogowych. Wskaźnik zagrożenia śmiercią w wypadku osoby pieszej w wieku powyżej 65. roku życia jest dziesięciokrotnie wyższy niż dziecka w wieku 0–14 lat (Zielińska, 2008).

Jak dotąd promocja zdrowia w Polsce nie była wprost łączona z wymienionymi obszarami działań niezbędnych w kontekście procesu starzenia się polskiej populacji. Stąd bardzo ważne jest tworzenie warunków prawnych, organizacyjnych i finansowych umożliwiających kontynuację i rozwój działań z zakresu promocji zdrowia skierowanych do osób w wieku dojrzałym i podeszłym, a świadczonych przez władze samorządowe i społeczności lokalne, sektor pozarządowy oraz wszelkie formy instytucjonalnego poradnictwa i społecznego wsparcia. Na rekomendację zasługuje także wspieranie i rozwój programów bezpieczeństwa drogowego ze szczególnym uwzględnieniem programów adresowanych do populacji 50+. Inaczej również należy zacząć patrzeć na potrzebę rozwoju infrastruktury dla promocji zdrowia osób niepełnosprawnych, których liczebność – jak należy oczekiwać – wzrośnie wraz z wydłużaniem się życia i przybywaniem osób starszych wiekiem.

Mimo znacznych trudności mamy w kraju przykłady programów promocji zdrowia stanowiących załączki rozwiązań systemowych godnych naśladowania w skali ogólnokrajowej. Mowa tu przede wszystkim o pełniących rolę wzorcotwórczą, zainicjowanych przez WHO międzynarodowych, środowiskowych programach z zakresu promocji zdrowia funkcjonujących w postaci sieci, tj. o Programie Zdrowych Miast, Programie Szkół dla Zdrowia Europy (nazwa obowiązująca od roku 2007, poprzednia nazwa to Program Szkół Promujących Zdrowie), Programie Promocji Zdrowia w Miejscu Pracy oraz Programie Szpitali Promujących Zdrowie. Bardzo istotny jest fakt przynależenia sieci krajowych realizujących te programy do sieci międzynarodowych, w obrębie których ustalane są kierunki dalszego rozwoju promocji zdrowia w skali globalnej. Jak wynika z dostępnych danych, programy te z racji ogromnych trudności, na jakie napotykali i napotykają ich koordynatorzy, miały i mają mały zasięg oddziaływania. W praktyce wzorce normatywne leżące u podstaw tych programów przejmowane były i są przez zbyt małą liczbę instytucji i organizacji. Liczba miast członkowskich w sieci zdrowych miast utrzymuje się na poziomie kilkudziesięciu, liczba przedsiębiorstw w sieci programu Promocji Zdrowia w Miejscu Pracy na poziomie około dwustu, a liczba szpitali promujących zdrowie – na poziomie stu kilkudziesięciu. Najliczniejszą sieć stanowi sieć Szkół dla Zdrowia Europy. Lista członków obejmująca szkoły z certyfi-

katami, bez certyfikatów i przedszkola w 2010 r. przekroczyła dwa tysiące. Przy niewątpliwej satysfakcji płynącej z rozwoju tej sieci musimy jednak pamiętać o tym, że w kraju mamy kilkadziesiąt tysięcy szkół nauczania podstawowego i średniego.

Ze względu na ważne znaczenie wymienionych programów infrastruktura promocji zdrowia powinna umożliwiać kontynuację i rozwój sieciowych programów promocji zdrowia opartych na siedliskowym podejściu (*setting approach*), tj. programu Zdrowe Miasta, wiążącego działania na rzecz zdrowia i ochrony środowiska w środowisku miejskim; programu Promocja Zdrowia w Miejscu Pracy promującego zdrowie w środowisku zatrudnienia oraz zdrowy styl życia poza miejscem pracy; programu Szpitali Promujących Zdrowie oraz programu Szkół dla Zdrowia Europy (dawna sieć szkół promujących zdrowie) oraz kontynuację i rozwój programu CINDI.

W ramach tworzenia systemu promocji zdrowia niezwykle ważne jest zapewnienie systemowych mechanizmów kontroli jakości działań z zakresu promocji zdrowia. Przede wszystkim na uwagę zasługuje tu konieczność zwiększenia oferty dla międzysektorowych programów promocji zdrowia w ramach programów polityki zdrowotnej finansowanej przez resort zdrowia. Bliższe przyjrzenie się tematyce konkursów jednoznacznie wskazuje na znaczną medykalizację tego obszaru i marginalizację tematyki związanej z obszarem promocji zdrowia.

Ponadto w związku z przyjętym przez Polskę zobowiązaniem dotyczącym podjęcia działań, mających na celu redukcję społecznych nierówności w zdrowiu, ważne jest zapoczątkowanie powszechnej tradycji oceny wyników projektów interwencyjnych z zakresu promocji zdrowia i profilaktyki w strukturze społecznej, tj. w grupach wykształcenia, dochodu, pozycji społeczno-zawodowej. Najważniejszym pytaniem, na które zawsze trzeba uzyskać odpowiedź, jest pytanie o to, czy program interwencyjny z zakresu promocji zdrowia i profilaktyki przyniósł korzyść wszystkim kategoriom ludności bez względu na zajmowaną przez nich pozycję społeczną. Jeśli beneficjentami są przede wszystkim osoby z góry drabiny społecznej (co najczęściej się zdarza), trudno mówić o przeciwdziałaniu społecznym nierównościom w zdrowiu. Podstaw do racjonalnego wyznaczania priorytetów w ramach promocji zdrowia i profilaktyki mogą dać przede wszystkim pogłębione interdyscyplinarne krajowe badania nad przyczynami nierówności społecznych w konkretnych typach zbiorowości społecznych – stąd postulat do stymulowania rozwoju takich badań.

8.3. Rozwój infrastruktury dla promocji zdrowia (zasoby ludzkie, instytucje, legislacja, system finansowania) oraz działań w obszarze opieki zdrowotnej

Status prawny promocji zdrowia w opiece zdrowotnej jest zdecydowanie niedookreślony przez to, iż promocja zdrowia narodziła się w obrębie zdrowia publicznego, ale jak dotąd nie doczekała się właściwego miejsca w ustawach regulujących działania w opiece zdrowotnej. Po pierwsze, brak jest zapisów ustawowych jednoznacznie uznających promocję zdrowia za świadczenie zdrowotne. Ponadto zadania z tego zakresu są rozrzucone w różnych aktach prawnych i dodatkowo zbyt często niepowiązane z samym tym pojęciem. W słownikach terminologii dołączanych do ustaw promocja zdrowia nie jest definiowana, stąd trudno sprawdzić, co prawodawca rozumiał przez promocję zdrowia w opiece zdrowotnej. O ile w ustawie o zawodzie pielęgniarstwa i położnej istnieją zapisy określające przypisane tym zawodom obowiązki z zakresu promocji zdrowia, o tyle w ustawie o zawodach lekarza i lekarza dentysty promocja zdrowia pojawia się jedynie jako obszar działań zaliczanych do zawodu lekarza przy okazji badań naukowych, a nie jest wymieniona *expressis verbis* w miejscu definiowania zakresu pod-

stawowych świadczeń wchodzących w zakres tego zawodu. Problem niedoboru ustaw w pewnym stopniu wyrównują rozporządzenia ministra zdrowia, ale to oczywiście nie to samo co zapis ustawowy.

Bez obaw można przyjąć, że istniejące prawodawstwo regulujące funkcjonowanie opieki zdrowotnej nie zapewnia możliwości spójnego podejścia do promocji zdrowia w opiece zdrowotnej. Istnieje podstawowy brak warunków rozwoju ciągłej edukacji pacjentów i ich rodzin z myślą o redukcji negatywnych wpływów środowiskowych na ich zachowanie w procesie profilaktyki, leczenia i rehabilitacji. Obserwuje się także istnienie braku mechanizmów i warunków organizacyjnych zapewniających permanentną edukację z zakresu promocji zdrowia i profilaktyki personelu medycznego i paramedycznego, co przynosi nienajlepsze skutki. Poparciem dla tej tezy są m.in. wyniki badania przeprowadzonego na przełomie lat 2006/2007 wśród pielęgniarek warszawskich, które wskazały jednoznacznie na fakt niewystarczającej wiedzy pielęgniarek dotyczącej poradnictwa z zakresu żywienia i aktywności fizycznej (Słońska, Borowiec, Makowska, 2007).

Co więc należałoby zrobić, aby doszło do rozwoju infrastruktury służącej promocji zdrowia i nasilenia działań z tego zakresu w obszarze opieki zdrowotnej? Niewątpliwie potrzebna jest nowelizacja zapisów ustawowych w celu uznania działań z zakresu promocji zdrowia za świadczenie zdrowotne oraz zapewnienia spójnego podejścia do promocji zdrowia w opiece zdrowotnej. Braki z zakresu infrastruktury dla edukacji pacjentów i ich rodzin stwarzają konieczność rozwoju badań nad modelowymi rozwiązaniami poradnictwa i edukacji pacjentów, tak by obie te formy pomocy prowadziły do osiągnięcia przez pacjentów poziomu kompetencji zdrowotnych pozwalających na pełne, odpowiedzialne uczestnictwo w promocji zdrowia, profilaktyce oraz leczeniu i rehabilitacji. Ponieważ wprowadzenie rozwiązań systemowych w obszarze edukacji zdrowotnej pacjentów i ich rodzin jest zadaniem długofalowym, to od razu można wprowadzić powszechny obowiązek minimalnych interwencji w praktyce lekarskiej oraz rozwój mechanizmów i stworzenie warunków współpracy między personelem medycznym a innymi specjalistami. W Polsce jest już wykorzystywana, choć nie w sposób systemowy, tzw. minimalna interwencja antytytoniowa (Cianciara, 2010).

Problem ustawicznej edukacji z zakresu promocji zdrowia i profilaktyki to – jak już wspomniano – nie tylko problem pacjentów i ich rodzin, ale także problem personelu medycznego. Stąd konieczność wprowadzenia obowiązku ustawicznego podyplomowego dokształcania medycznych i paramedycznych grup zawodowych w tym zakresie jako warunku prawa do wykonywania zadań z obszaru promocji zdrowia i profilaktyki.

Bibliografia

- Beck U. (2002), *Spółczesność ryzyka. W drodze do innej nowoczesności*, Wydawnictwo Naukowe Scholar, Warszawa.
- Cianciara D. (2010), *Promocja zdrowia w zakładach opieki zdrowotnej*, w: Osińska H., Przewłocka T., red., *Idea i praktyka nowego podejścia do edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia. Metody zwiększania skuteczności leczenia i poprawy jakości życia pacjenta*, Polskie Towarzystwo Oświaty Zdrowotnej, Warszawa.
- Hawkins A.O., Kantayya V.S., Sharkey-Asner C. (2010), *Health Literacy: a potential barrier in caring for underserved populations*, "Dis Mon", 56, 734–740.
- RRL (2011), *Informacje o zamierzeniach dotyczących realizacji rekomendacji wynikających z raportów RRL: 2004, 2005–2006 i 2006–2007 przez wskazanych wykonawców*, Rządowa Rada Ludnościowa, Warszawa.
- Lalonde M. (1974), *A new perspective on the health of Canadians: a working document*, Health and Welfare Canada, Ottawa.
- Słońska Z., Borowiec A., Makowska A. (2007), *Wiedza, postrzeganie własnych kompetencji oraz udzielanie porad z zakresu wybranych behawioralnych czynników ryzyka chorób układu krążenia wśród pielęgniarek podstawowej opieki zdrowotnej*, „Polski Przegląd Kardiologiczny”, 9, 1, 15–19.
- Słońska Z., Koziarek J., *Spoleczne nierówności w zdrowiu – efekt medykalizacji promocji zdrowia?* „Zeszyty Naukowe Ochrony Zdrowia. Zdrowie Publiczne i Zarządzanie” (w druku).
- Wilkinson R., Marmot M. (1998), *Social determinants of health. The solid facts*, World Health Organization. Regional Office for Europe, Copenhagen.
- Wojtyniak B., Goryński P., red. (2008), *Sytuacja zdrowotna ludności Polski*, Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego-Państwowy Zakład Higieny, Warszawa.
- Wysocki M.J., Miller M. (2003), *Paradygmat Lalonde’a, Światowa Organizacja Zdrowia i nowe zdrowie publiczne*, „Przegląd Epidemiologiczny”, 5, 505–512.
- Zielińska A. (2008), *Noc – niebezpieczny czas dla pieszych i rowerzystów? Analiza danych statystycznych o wypadkach drogowych*, „Bezpieczeństwo Ruchu Drogowego”, 4, 3–5.

Rozdział 9.

SZKOLNA EDUKACJA ZDROWOTNA JAKO PRIORYTET ZDROWIA PUBLICZNEGO

9.1. Edukacja zdrowotna w szkole – podstawowe informacje

Człowiek w każdej fazie swojego życia potrzebuje wiedzy o zdrowiu i sposobach jego ochrony, a zatem pojawia się pytanie: w których okresach życia oddziaływania edukacyjne mają szansę przynieść najlepsze rezultaty? Nie ma wątpliwości, że są to dzieciństwo i młodość, gdyż w tym czasie w procesie socjalizacji człowiek przygotowuje się do pełnienia różnych ról i realizowania związanych z nimi zadań.

Formalny system edukacji daje ogromną szansę wpływu na zdrowie dzieci i młodzieży. Nie można zapominać o tym, że w procesie socjalizacji dominujące znaczenie ma dla dziecka jego rodzina. Wzory w niej przekazywane mogą jednak albo wzmacniać, albo być w sprzeczności z wzorami zdrowego stylu życia. Pominięcie szkoły jako miejsca edukacji zdrowotnej jest sytuacją absolutnie niedopuszczalną w strategii promocji zdrowia przede wszystkim dlatego, że:

1. Szkoła jest miejscem, w którym „tworzy się zdrowie”. Uczniowie i dorośli pracownicy przebywają w niej wiele godzin. To, jaka jest to szkoła (warunki fizyczne, społeczne, atmosfera, organizacja, program i metody nauczania), wpływa na osiągnięcie zadowolenia z życia, poczucie własnej wartości, a zatem na zdrowie członków społeczności szkolnej. Szkoła może wspierać w zachowaniu i poprawie zdrowia także dlatego, że jest w niej dobrze realizowana edukacja zdrowotna (Kawczyńska-Butrym, 1994, 61–65);
2. Szkoła jako masowa i powszechna organizacja umożliwia systematyczną edukację zdrowotną młodych ludzi i także – pośrednio – ich rodziców. Uważa się, że szkolna edukacja zdrowotna jest najbardziej opłacalną, długofalową inwestycją w zdrowie społeczeństwa (Nakaijma, 1993). Należałoby zacytować tu za B. Woynarowską: *...reformy systemu edukacji, które ignorują sprawy zdrowia, i reformy ochrony zdrowia, które nie uwzględniają edukacji, są w równym stopniu błędne* (Woynarowska, 2000, 17).

Cele szkolnej edukacji zdrowotnej zmieniają się w zależności od przyjętej definicji edukacji zdrowotnej/wychowania zdrowotnego. Przytoczmy dwie z nich, oddające „ducha” procesu promocji zdrowia toczącego się w szkole, chociaż jedna z nich powstała wówczas, gdy na koncepcję pracy z uczniem (w kontekście zdrowia) wpływał biomedyczny paradygmat zdrowia. M. Demel, który twierdził, że *wychowanie zdrowotne jest dzieckiem medycyny i pedagogiki*, tak definiuje ten proces: *Wychowanie zdrowotne jest integralną częścią składową kształtowania pełnej osobowości, a polega ono na:*

- 1) wytwarzaniu nawyków bezpośrednio lub pośrednio związanych z ochroną i doskonaleniem zdrowia fizycznego i psychicznego;
- 2) wyrabianiu odpowiednich sprawności;

- 3) *nastawieniu woli i kształtowaniu postaw umożliwiających stosowanie zasad higieny, skuteczną pielęgnację, zapobieganie chorobom i leczenie, oraz*
- 4) *pobudzaniu pozytywnego zainteresowania sprawami zdrowia przez epizodyczne i systematyczne wzbogacanie i pogłębianie wiedzy o sobie, jak też o prawach rządzących zdrowiem publicznym* (Demel, 1980, 49).

Natomiast T. Williams, jeden z twórców koncepcji szkoły promującej zdrowie, definiuje edukację zdrowotną jako *...proces, w którym ludzie uczą się dbać o zdrowie własne i społeczności, w której żyją* (Wojnarowska, red., 1995, 17).

Ze względu na procedurę opracowywania konkretnych programów edukacyjnych, edukacja zdrowotna uczniów powinna umożliwiać nie tylko im, ale także pozostałym członkom szkolnej społeczności, czyli nauczycielom i – pośrednio – rodzicom/opiekunom uczniów:

- nabywanie lub weryfikację wiedzy o sposobach zachowania zdrowia,
- kształtowanie lub modyfikowanie tzw. życiowych umiejętności (w kontekście zdrowia),
- kształtowanie lub zmianę przekonań (określonych opinii, nastawień),
- kształtowanie lub weryfikację postaw niezbędnych do zachowania, potęgowania i przywracania własnego zdrowia i zdrowia innych ludzi.

W życiu każdego człowieka, także młodego, są sytuacje bezpośrednio związane z zachowaniem zdrowia (np. szczepienia lub zadecydowanie o wizycie u lekarza) oraz pozostałe – a jest ich zdecydowanie więcej – pośrednio odnoszące się do zdrowia (różne elementy stylu życia: żywienie, odpoczynek, sposób reagowania na stresy itd.). Sytuacjom tym towarzyszą określone zachowania bezpośrednio lub pośrednio wpływające na zdrowie.

Program edukacji zdrowotnej uczniów powinien zatem odnosić się także do tych sytuacji i zachowań. W praktyce konstrukcja takiego programu zakłada dwie jego części:

- bezpośrednią – będącą fragmentem programu nauczania realizowanego w szkole (np. lekcje),
- pośrednią – wpływającą na kształt tzw. sytuacji zdrowotnych (np. współpraca z rodzicami).

W tych obu częściach programu mieści się także pięć warunków jego skuteczności.

1. *Miejsce programu w ogólnym programie wychowawczo-dydaktycznym szkoły.* W różnych krajach „miejsce” to jest różne: począwszy od odrębnego przedmiotu poprzez wyodrębnione zajęcia, aż po tzw. ścieżkę międzyprzedmiotową. Wydaje się jednak, że czas zarezerwowany tylko dla zajęć z wychowania zdrowotnego jest tutaj niezbędny.

2. *Kształt programu edukacji zdrowotnej.* Najczęściej szkołom proponowane są pewne „ramy programowe” jako punkt wyjścia w konstrukcji programów „dopasowanych” do realiów i potrzeb danej szkoły. Szkoła sama decyduje o tym, czy owe ramy wypełni propozycją opracowaną przez autorów spoza szkoły, czy też stworzy własny program. Sytuacją optymalną jest taka, w której program jest tworzony na podstawie diagnozy stanu i potrzeb w zakresie edukacji zdrowotnej, występujących w społeczności danej szkoły.

3. *Treści i metody programu.* Treści programu łączy się dla celów dydaktycznych w grupy tematyczne (bloki). Powinny one odnosić się do głównych zagadnień zarówno teorii promocji zdrowia, jak też praktyki działania w kontekście różnych elementów stylu życia i uwarunkowań zdrowia. Zakres treści ujętych w programie powinien także odzwierciedlać specyfikę przyczyn różnych problemów zdrowotnych, występujących w populacji kraju, w którym tworzy się dany program (np. w przypadku programów polskich – koncentracja na eliminacji czynników ryzyka chorób układu krążenia, nowotworowych oraz urazów i wypadków), niezależnie od specyfiki problemów występujących w danej szkole (np. problem narkomanii czy przemocy).

Metody stosowane w programie bardzo wyraźnie wpływają na jego skuteczność. Nowoczesny program edukacji zdrowotnej opiera się na tzw. aktywnych metodach nauczania oraz na uczeniu się przez doświadczanie, rezygnując z tradycyjnych metod (lub korzystając z nich w niewielkim zakresie), polegających głównie na gromadzeniu informacji i przyswajaniu często ogromnej wiedzy.

4. *Zmiana roli nauczyciela.* Program szkolnej edukacji zdrowotnej powinien angażować także nauczyciela. On także „uczy się” podczas realizacji zajęć ze swoimi uczniami. Jest aktywny, zmienia się, bo zmieniają się jego uczniowie. Chociaż ciągle czuwa nad pracą swoich wychowanków i jest ich przewodnikiem, to także ma np. odwagę przyznać się przed nimi, że „papieros jest silniejszy od niego” (jeżeli jest osobą palącą tytoń).

5. *Zaangażowanie w realizację programu rodziców uczniów i przedstawicieli społeczności lokalnej, w której funkcjonuje szkoła.* Skuteczność realizowanego w szkole programu zależy m.in. od zmiany dotychczasowej – niestety spotykanej najczęściej – jednostronnej współpracy rodziców i szkoły. Współpracę tę inspirują głównie nauczyciele, ale i tak jest ona skoncentrowana na ocenie ucznia, a nie na rzetelnej, prowadzonej w dobrej atmosferze dyskusji nad problemami, jakie może on mieć (w sferze szeroko rozumianego zdrowia). Większość rodziców jest bierna, a szkoła nie ma pomysłu na zaangażowanie ich w jej działalność wychowawczą. Jest to bardzo ważny problem, gdyż rodzina jest potencjalnie najpoważniejszym sojusznikiem szkoły w kreowaniu prozdrowotnych zachowań uczniów. Należy przyjąć, że rodzicom zależy na zdrowiu dziecka i jeżeli sami zachowują się „antyzdrowotnie”, to nie mają świadomości wpływu tych zachowań na własne dzieci. Współpraca z przedstawicielami społeczności lokalnej, osobami znaczącymi, liderami w ramach realizacji szkolnej edukacji zdrowotnej daje szansę wzmocnienia treści programu. Konieczna jest tutaj np. synchronizacja lokalnych działań edukacyjnych z inicjatywami zaplanowanymi w programie, a także z działaniem lokalnych środków społecznego przekazu, które mają wyraźny wpływ na ludzkie zachowania.

9.2. Środowiskowy program wychowania zdrowotnego w szkole – koncepcja, konstrukcja, podstawowe zagadnienia, realizacja¹

W roku szkolnym 1997/1998 w 400 szkołach (300 podstawowych i 100 ponadpodstawowych) w wyniku realizacji projektu finansowanego przez Międzynarodowy Bank Odbudowy i Rozwoju w ramach umowy zawartej pomiędzy Biurem Zagranicznych Programów Pomocy w Ochronie Zdrowia MZiOŚ i Komisją Profilaktyki Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego został w Polsce wdrożony (tylko na jeden rok) *Środowiskowy program wychowania zdrowotnego w szkole*, opracowany przez zespół pracowników naukowo-dydaktycznych Akademii Medycznej w Lublinie. Wdrożenie *Programu* wymagało przygotowania koordynatorów (w liczbie 99 osób) z 48 województw. Koordynatorami byli pracownicy wojewódzkich i terenowych stacji sanitarno-epidemiologicznych. Terenowi koordynatorzy zorganizowali niemal 160 warsztatów dla realizatorów *Programu* (ponad 3000 osób, w tym niemal 2700 nauczycieli) bezpośrednio zaangażowanych w pracę z uczniami.

Od tego czasu *Program* żyje własnym życiem i chociaż nie był w żaden sposób wspierany ani logistycznie, ani finansowo, ani politycznie, jest nadal jednym z najczęściej wybieranych

¹ Szczegółową charakterystykę programu znajdzie Czytelnik w pierwszym z sześciu tomów pracy: *Środowiskowy program wychowania zdrowotnego w szkole. Założenia. Cele, treści, sposób realizacji* (Charzyńska-Gula, red., 1997).

przez szkoły programem szkolnej edukacji zdrowotnej i adaptowanym do realiów takich placówek wychowawczo-dydaktycznych, których nie było wówczas, gdy został wdrożony (przed-szkola, gimnazja, trzyletnie licea). Mimo że upłynęło 14 lat i zmieniły się realia funkcjonowania systemu polskiej oświaty, *Program* jest nadal aktualny, a szkoły, opierając się na jego koncepcji, tworzą własne programy wychowania zdrowotnego, często także wzbogacając program szkół promujących zdrowie. Ten niewątpliwý sukces stał się przyczynkiem do zaprezentowania samego *Programu* i doświadczeń związanych z jego realizacją.

Koncepcja i konstrukcja *Programu*. Konstrukcja *Programu* została oparta na podstawowym założeniu, iż wysiłki podejmowane w ramach szkolnej edukacji zdrowotnej dzieci i młodzieży przyniosą efekty, jeżeli:

- treści, zakres i metody wychowania zdrowotnego (WZ) będą uwzględniać oczekiwania głównego odbiorcy działań edukacyjnych, tj. młodych ludzi w różnym wieku, oraz będą dostosowane do ich problemów i potrzeb,
- działania realizowane w ramach WZ dotyczyć będą także osób odpowiedzialnych za dzieci i młodzież, tj. rodziców, opiekunów i pedagogów,
- zasadnicza część programu WZ realizowana będzie w systemie odrębnych zajęć dla uczniów,
- za realizację i przebieg programu odpowiedzialni będą specjaliści, nauczyciele WZ, realizujący zajęcia z uczniami, a więc osoby przygotowane zarówno w zakresie wiedzy o zdrowiu, warunkach jego zachowania i polepszania, jak i w zakresie metodyki nauczania,
- nastąpi integracja wszystkich działań podejmowanych w ramach szkolnego programu WZ, za którą odpowiedzialny będzie animator zdrowia w szkole (nauczyciel WZ),
- zostanie stworzona przez otoczenie ucznia/wychowanka (rodzice, opiekunowie, nauczyciele, grupa rówieśnicza, szkolna służba zdrowia i pozostali członkowie społeczności szkolnej oraz znaczący przedstawiciele środowiska lokalnego, w którym funkcjonuje szkoła) atmosfera sprzyjająca zdrowiu w ogóle, a zdrowiu ucznia/wychowanka w szczególności.

Środowiskowy program wychowania zdrowotnego zakładał długofalową, bo dwunastoletnią jego realizację w szkole podstawowej (8 lat) i ponadpodstawowej (4 lata). Główne cele programu odnoszą się do uczniów/wychowanków oraz przedstawicieli ich środowiska domowego i szkolnego. W wyniku realizacji programu uczeń/wychowanek ma otrzymać pomoc w kształtowaniu umiejętności dokonywania – obecnie i w przyszłości – wyboru zachowań właściwych dla zdrowia własnego i innych ludzi. Cel ten może zostać osiągnięty przez:

- ukazanie uczniowi/wychowankowi wartości zdrowia jako potencjału, którym dysponuje,
- zapoznanie ucznia/wychowanka ze sposobami zachowania i umacniania, a także poprawy zdrowia,
- przekazanie i utrwalanie zasad zdrowego życia,
- informowanie o różnych zagrożeniach zdrowia człowieka i możliwościach ich eliminowania lub choćby minimalizowania,
- rozwijanie zdolności do samokontroli, samoobserwacji i samopielęgnacji oraz wspierania innych w tych zachowaniach,
- kształtowanie umiejętności mądrego, różnorodnego rozwiązywania własnych problemów zdrowotnych oraz problemów zdrowotnych innych ludzi oraz poszukiwania pomocy profesjonalistów,
- wyrobienie postawy odpowiedzialności za swoje zdrowie wraz z umiejętnością przewidywania skutków własnych zachowań dla zdrowia swego i innych ludzi.

Cel *Programu* odnoszący się do środowiska domowego i szkolnego ucznia/wychowanka natomiast zakłada, że w wyniku jego realizacji zostanie podniesiona jakość działań podejmowanych na rzecz zdrowia ucznia/wychowanka przez osoby sprawujące nad nim opiekę (rodziców, pedagogów). Cel ten może zostać osiągnięty przez:

- uzupełnienie i wzbogacenie wiedzy o zdrowiu, jego wartości oraz jego zagrożeniach,
- ukazanie możliwości wspomagania dziecka w działaniach na rzecz zdrowia i niwelowaniu stanów zagrażających temu zdrowiu,
- przedstawienie możliwości zmian w otoczeniu dziecka na zdrowsze otoczenie.

Cel odnoszący się do środowiska szkolnego wiąże się z koncepcją siedliskowego podejścia do zdrowia oraz szkoły promującej zdrowie. Powiązanie celów programu ze środowiskiem domowym ucznia/wychowanka to wyraz rozumienia szkoły jako instytucji, która ma szansę, a nawet obowiązek promowania zdrowia poza granicami szkoły i w bezpośrednich kontaktach z członkami społeczności, w której funkcjonuje. Przez funkcję promocyjną szkoły rozumiem tutaj nie tylko kształtowanie prozdrowotnej postawy ucznia/wychowanka (przejawiającej się np. krytyczną oceną reklamy produktów spożywczych lub używek), ale także prozdrowotne (w formie pośredniego doradztwa) oddziaływanie na jego rodzinę.

Podstawowe zagadnienia *Programu*. Definiowanie zdrowia, istota promocji zdrowia oraz związki zdrowia z różnymi czynnikami (uwarunkowaniami zdrowia) negatywnymi, ale także pozytywnymi – to podstawowe zagadnienia *Programu*. Stanowią one zasadniczy punkt odniesienia wszystkich zajęć z uczniami. Wyznaczają także kierunek pozostałych działań edukacyjnych adresowanych do środowiska domowego, społeczności lokalnej i pozostałych członków społeczności szkolnej.

Najszerzy obszar programu odnosi się do zdrowia, jego promocji i pozytywnych uwarunkowań, następnie do czynników ryzyka zdrowotnego i zagrożeń zdrowia oraz choroby/niepełnosprawności i w końcu (obszar najwęższy) do śmierci, która przecież także jest istotnym wymiarem zdrowia. Problematyka uwzględniona w programie została podzielona na osiem następujących bloków tematycznych: „promocja zdrowia”, „życie w rodzinie”, „zdrowie psychiczne”, „życie bez nałogów”, „zdrowy styl odżywiania”, „bezpieczeństwo w codziennym życiu”, „higiena osobista i higiena otoczenia” oraz „ruch w życiu człowieka”.

Każdy z bloków tematycznych obejmuje zagadnienia występujące w trzech podstawowych sferach życia i aktywności ucznia/wychowanka:

- sfera życia ucznia/wychowanka jako jednostki (zdrowie, organizm, własne możliwości i szanse rozwoju, błędy w troszczeniu się o siebie, stosunek do samego siebie),
- sfera życia ucznia jako członka rodziny i społeczności szkolnej (rodzina, dom, klasa, nauczyciele, rówieśnicy, miejsca, sytuacje, działania występujące w tych środowiskach i wpływające na zdrowie ucznia, systemy wartości wpływające na zdrowie ucznia),
- sfera życia ucznia jako członka społeczności pozarodzinnej i pozaszkolnej (obcy ludzie i ich znaczenie dla zdrowia ucznia/wychowanka, społeczność lokalna i społeczeństwo).

Realizacja *Programu*. Wprowadzenie omawianego programu do szkół łączyło się z konkretną propozycją jego realizacji i lokalizacji w procesie dydaktyczno-wychowawczym szkoły. W dyskusji nad optymalnym sposobem realizowania szkolnego programu wychowania zdrowotnego w szkole zwraca się uwagę na trzy możliwości²:

- można tematykę zdrowotną rozproszyć w obrębie kilku przedmiotów,

² Już niemal dwadzieścia lat temu wskazał je prof. Andrzej Krawański (1992, 4–6).

- można stworzyć nowy przedmiot poprzez wyodrębnienie z różnych przedmiotów treści dotyczących zdrowia,
- można wyznaczyć w szkole animatora zdrowia (sytuacja najbliższa aktualnej, gdzie animatorem tym ma być nauczyciel wychowania fizycznego) koordynujący realizowanie szkolnego wychowania zdrowotnego; w tym wariancie mamy do czynienia z wyraźną koncentracją treści programu na wychowaniu fizycznym, natomiast realizacja pozostałych działań – jeżeli w ogóle inne bloki są realizowane – jest wspomagana przez grupę nauczycieli i członków służby zdrowia (głównie pielęgniarki); wychowanie zdrowotne nie stanowi tutaj zasadniczo ani odrębnego programu, ani tym bardziej przedmiotu.

Propozycja realizacji *Środowiskowego programu* była najbardziej zbliżona do trzeciej możliwości, jednakże z uwzględnieniem pewnych elementów dwóch poprzednich wariantów.

Zasadnicza część programu powinna być realizowana w formie lekcji – lekcji wychowania zdrowotnego – prowadzonych z każdą klasą w szkole w ciągu dwunastu lat nauki. Lekcje te zastępują jedną z lekcji wychowawczych zaplanowanych w danym miesiącu. Z jednej strony jest to odrębny program, z drugiej zaś mieści się on w ramach pracy wychowawczej, jaką każdy nauczyciel-wychowawca realizuje ze swoimi uczniami. Program dzieli się na lekcje główne oraz lekcje uzupełniające. Lekcje główne to pewne obowiązkowe minimum – 10 lekcji w każdej klasie obejmujących zagadnienia występujące we wszystkich blokach tematycznych programu. Powinny one być realizowane systematycznie i być stałym punktem procesu dydaktyczno-wychowawczego. Lekcje uzupełniające stanowią uszczegółowienie części zagadnień poruszanych w lekcjach głównych. Nauczyciel decyduje się na ich realizowanie w zależności od potrzeb uczniów, rozmiarów integracji międzyprzedmiotowej w realizowaniu szkolnego programu edukacji zdrowotnej oraz możliwości czasowych.

Przekazywane na poszczególnych lekcjach treści są **wzmacniane** przez współdziałanie ze środowiskiem szkolnym ucznia (inni uczniowie oraz nauczyciele i pozostali członkowie społeczności szkolnej), jak również z jego środowiskiem pozaszkolnym, w którym – poza przedstawicielami społeczności lokalnej (osoby i miejsca znaczące, autorytety) – szczególne miejsce zajmuje rodzina. To niezwykle istotne dla całego programu i jego efektywności „wzmacnianie” pozostaje w ścisłym związku z głównym tematem przeprowadzanej lekcji. Realizowane jest ono za pomocą różnych metod i przybiera różne formy. Najczęstsze z nich to:

- **listy** – do rodziców lub różnych członków społeczności szkolnej i lokalnej; krótkie pisemne informacje dotyczące samej lekcji i aktywizujące poszczególne, konkretne środowiska na rzecz wspierania ucznia w określonych sytuacjach wiążących się z jego zdrowiem (np. list do rodziców uczniów klasy I w szkole podstawowej nt. podstawowych zasad uczenia dziecka bezpiecznej samodzielności jako wzmocnienie lekcji na temat: „Czy moja szkoła jest bezpieczna?” zaplanowanej w bloku „bezpieczeństwo w codziennym życiu”);
- **zadania** – różne propozycje, np. prac domowych dla uczniów, a także prac, jakie powinien wykonać nauczyciel wychowania zdrowotnego lub inny członek danej społeczności szkolnej (pielęgniarka szkolna, dyrektor szkoły itp.),
- **spotkania** – np. z rodzicami w ramach tzw. wywiadówek, przy okazji prowadzonej przez szkołę tzw. pedagogizacji rodziców oraz w innych sytuacjach inicjowanych zarówno przez szkołę, jak również przez rodziców, spotkania z osobami znaczącymi, autorytetami, ekspertami itp.,
- **integracja międzyprzedmiotowa** – wzmacnianie lekcji wychowania zdrowotnego przy okazji realizowania innych przedmiotów.

Realizatorzy Programu. Nasze wieloletnie doświadczenia jednoznacznie wskazują na to, że skuteczność prowadzenia w szkole programu wychowania zdrowotnego w dużej mierze zależy od wyraźnego określenia głównego realizatora/koordynatora tego programu. Jego podstawowe zadania to:

- przeprowadzanie lekcji wychowania zdrowotnego z poszczególnymi klasami/grupami,
- współdziałanie ze środowiskami wzmacniającymi lekcje WZ (listy, zadania, spotkania),
- współpraca z nauczycielami poszczególnych przedmiotów w celu ustalania potrzeb, możliwości i celowości integracji międzyprzedmiotowej w realizacji treści programu wychowania zdrowotnego,
- koordynowanie wszystkich działań planowanych i podejmowanych w danej grupie/klasie, a wiążących się z WZ.

W założeniach organizacyjnych *Środowiskowego programu wychowania zdrowotnego* wskazano optymalnego realizatora i koordynatora programu. Może nim być, jak się wydaje, każdy nauczyciel, jeżeli tylko pogłębi swoją wiedzę biomedyczną. Jednakże osobą szczególnie pożądaną z punktu widzenia specyfiki zadań przewidzianych w realizacji programu jest nauczyciel posiadający medyczno-pedagogiczny profil wykształcenia, z położeniem akcentu na pierwszy z członów tego profilu. Argumenty za wprowadzeniem do polskich szkół specjalisty – medyka i pedagoga jednocześnie – padały już od dawna i miały swe źródło w dobrych doświadczeniach brytyjskich, kanadyjskich i amerykańskich³. Istnieje co najmniej kilka powodów, dla których nauczycielem wychowania zdrowotnego powinien być ktoś mający przygotowanie medyczno-pedagogiczne. Jest on bowiem nie tylko nauczycielem, ale także doradcą w sprawach zdrowia. Oto niektóre z powodów:

- indywidualne poszukiwania przez ucznia różnych informacji na temat szeroko rozumianego zdrowia, informacji, które ktoś – profesjonalista właśnie – powinien ocenić, potwierdzić lub skorygować; w dobie internetu i łatwego dostępu do informacji zdrowotnej różnej jakości i rzetelności, wykorzystywanej jako instrument w marketingu „przemysłu zdrowotnego” uczeń powinien mieć prawo do wyjaśnienia swoich wątpliwości;
- pozostawanie ucznia samego ze swoją chorobą, dysfunkcją lub po prostu lękiem o swój organizm, którego on „nie rozumie” (nie rozumie objawów, sygnałów, jakie „wysyła mu” jego organizm np. w okresie dojrzewania); nauczyciel wychowania zdrowotnego może być jednym z pierwszych informatorów wspierających ucznia, na przykład w dotarciu do odpowiedniego specjalisty lub też wyjaśniających jakieś zawiłości jego rozwijającego się organizmu⁴;
- prowadzenie na dużą, często globalną skalę akcji oświatowych kierowanych zarówno do dorosłych, jak też i do osób młodych, akcji, które mogą pozostawiać wiele znaków zapytania i wątpliwości wymagających rozwiania (np. profilaktyka zakażeń HIV/AIDS, promocja zdrowego żywienia, „wojna” margaryny masłem”, „wojna” z dopalaczami itp.);
- brak w wielu szkołach ciągłej i systematycznej obecności nie tylko lekarza ale także pielęgniarki.

³ Profesor Maciej Demel pisał o potrzebie wprowadzenia do szkoły takiego właśnie specjalisty już wiele lat temu (Demel, 1980, 153–157).

⁴ Do argumentu tego nawiązuje pośrednio niepokój rodziców dzieci chorych na cukrzycę wyrażany w związku ze stanowiskiem Ministerstwa Zdrowia w sprawie możliwości podawania leków dzieciom przez nauczycieli w szkole i przedszkolu (<http://forum.diabetica.pl/printview.php?t=4597&start=0&sid=1e6c4bc648f0250d45fc84e6270ed4e8>).

9.3. Ewaluacja *Programu*⁵

W dotychczasowych pracach nad efektywnością programów edukacji zdrowotnej następuje koncentracja na pomiarach dotyczących uczniów. Jeżeli dokonywana ocena dotyczy innych osób – innych członków społeczności szkolnej, łącznie z rodzicami – to odnosi się ona do działań poniekąd niezależnych od tych, jakie dotyczą uczniów (inne programy dla nauczycieli i rodziców). W ocenie *Programu* zastosowano pomiar, który umożliwiałby wykazanie skuteczności działań podejmowanych w ramach szkolnej edukacji zdrowotnej, wtedy gdy działania te są ujęte w **jeden program** adresowany do uczniów, ich rodziców i nauczycieli. Założono, że przeprowadzone z uczniami zajęcia, interwencje edukacyjne w środowisku rodzinnym ucznia (wzmocnienia) i przygotowywanie się nauczyciela (zarówno to poprzedzające start programu, jak też bieżące, do każdego kolejnego spotkania z uczniami) przyniosą efekt w postaci pozytywnych zmian w sprawnościach/umiejętnościach zdrowotnych tych trzech grup odbiorców programu.

Osiągnięcie takiego wyniku stwarzało szansę „zbudowania” ważnego elementu wsparcia ucznia w jego „dochodzeniu do zdrowej samodzielności” (wsparcie w zdrowiu jako efekt szkolnej edukacji zdrowotnej). Poza tym wyższy poziom umiejętności w zakresie zdrowia umożliwiał dorosłym odbiorcom programu lepsze „opiekowanie się samym sobą” (samoopieka). W konstrukcji narzędzi do pomiaru efektywności programu przyjęto zasadę, że lekcja i zaplanowana do lekcji interwencja edukacyjna w środowisku domowym i/lub szkolnym ucznia przyniosą efekt w postaci nabycia „sprawności zdrowotnych” przez ucznia, rodzica i nauczyciela⁶.

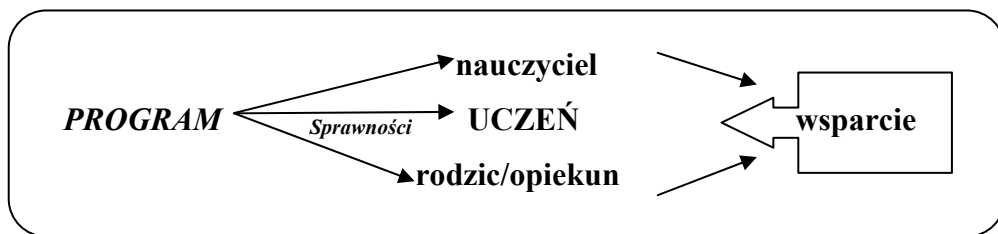
Ewaluację *Programu* przeprowadzono w dwóch etapach. I etap – ewaluacja wdrożenia – dokonana została po zrealizowaniu 80% zagadnień zaplanowanych na poszczególnych poziomach nauczania i miała na celu ustalenie tego, jak program został przyjęty przez jego adresatów. II etap – ewaluacja wyników – odnosiła się już do zakładanych celów i została przeprowadzona po zakończeniu roku trwania *Programu*⁷.

⁵ Szczegółowe wyniki ewaluacji zostały zawarte w: Charzyńska-Gula (2001).

⁶ W ten sposób powstała dla każdej grupy uczniów lista sprawności. Lista ta przybrała postać *Karty sprawności/umiejętności* dla każdego uczestnika programu, a zawarte w niej zapisy były przez nich oceniane (anonimowo) dwukrotnie: „na wejściu” – przed rozpoczęciem realizacji programu i „na wyjściu” – po zakończeniu pierwszego roku realizacji (10 miesięcy – pełny rok szkolny). Ostatecznie wskaźniki efektywności programu były ściśle powiązane z celami jego odpowiedniej części (lekcji), zaplanowanej dla poszczególnej grupy wiekowej uczniów, ich rodziców i nauczycieli, którzy prowadzili lekcję.

⁷ Drogą wyboru losowego, proporcjonalnego i warstwowego, przy uwzględnieniu typu szkoły (podstawowa, ponadpodstawowa), środowiska, w którym funkcjonowała szkoła (wieś, miasto), poziomu nauczania i numeru klasy (parzysta i nieparzysta), wybrano ostatecznie 37 szkół, w których dwukrotnie: „na wejściu” i „na wyjściu” programu niemal 1400 uczniów, ich rodziców oraz nauczycieli realizujących program z daną klasą wypełniało *Karty sprawności/umiejętności*. Wyniki porównania obu grup informacji stanowiły podstawę oceny skuteczności programu.

Rysunek 9.1. „Sprawności zdrowotne” adresatów *Programu* i wsparcie ucznia w zdrowiu jako efekt szkolnej edukacji zdrowotnej



Źródło: opracowanie własne.

Program został bardzo dobrze przyjęty przez uczniów oraz nauczycieli. Natomiast stopień zaangażowania rodziców w jego realizację stwarzał podstawę oczekiwań na efekty „domowych interwencji edukacyjnych”, zaplanowanych jako wzmocnienie programu w postaci listów⁸. Zarówno charakterystyka ekspertów wykorzystywanych w *Programie*, jak też charakter instytucji, grup i organizacji zaangażowanych w jego realizację, potwierdzają stosunkowo dużą aktywność środowiska lokalnego w tym przedsięwzięciu. Grupę ekspertów wykorzystywanych w programie wyraźnie zdominowali profesjonalści związani z ochroną zdrowia. Bardzo wysoka pozycja pielęgniarki szkolnej jest zrozumiała. Była ona bowiem traktowana w programie jako jeden z głównych szkolnych ekspertów mogących wspomagać nauczyciela. Program był także bardzo wyraźnie wspierany przez lekarzy POZ pracujących w środowisku, w którym funkcjonowała szkoła⁹.

Jednym z istotnych celów *Programu* było „zbudowanie” szczególnego rodzaju wsparcia ucznia w rozwoju jego sprawności zdrowotnych. Źródłem owego wsparcia mieli być rodzice i nauczyciel, którzy poprzez uczestniczenie w programie także nabyli większych umiejętności, związanych zarówno ze zrozumieniem istoty uwarunkowań zdrowia i dbaniem o własne zdrowie, jak też – co ważniejsze – tych, które dotyczyły sposobów wspomagania dziecka/ucznia w zdrowym rozwoju. Ewaluacja wyników potwierdziła pojawienie się takiego efektu¹⁰. Uzyskane wyniki – mimo krótkiego okresu trwania *Programu* (10 miesięcy) – wskazują na możli-

⁸ Niemal wszyscy rodzice uczniów uczących się na wsi (98,4%) i 97,4% rodziców uczniów z miast co najmniej czytało te listy; część z nich dyskutowała o ich treści z nauczycielem lub przychodziła na specjalne spotkania do szkoły. Stosunkowo niewielka grupa rodziców nie chciała włączyć się do programu (2,4% ogółem; najczęściej byli to rodzice najstarszych uczniów uczestniczących w programie).

⁹ Częściej byli oni obecni na wsi (37,4%) niż w mieście (31,8%). Lekarze różnych specjalności najczęściej pracowali z najstarszymi uczniami.

¹⁰ Dla przykładu przytoczmy wyniki ilustrujące zmiany w umiejętnościach małego ucznia, potrzebnych do radzenia sobie z sytuacjach kryzysowych związanych z odżywianiem, wówczas gdy jest w szkole. Umiejętność zawartą w następującym stwierdzeniu: *Jak jestem w szkole głodny lub chce mi się bardzo pić, to idę szukać pomocy do pani pielęgniarki, wychowawczynie, kucharki lub innej dorosłej osoby*, potwierdziło po roku realizacji *Programu* niemal 17% więcej dzieci ze wsi i ponad 12% więcej dzieci z miasta. Umiejętność: *Zwracam uwagę na to, czy moi uczniowie piją jakieś płyny, będąc w szkole*, potwierdziło 40,0% więcej wiejskich nauczycieli tych uczniów oraz 44,5% więcej miejskich nauczycieli. Natomiast umiejętność: *Dbam o to, aby moje dziecko po powrocie ze szkoły uzupełniło niedobór płynów*, potwierdziło 2,6% więcej rodziców uczniów wiejskich i 7,5% więcej rodziców uczniów z miasta aniżeli przed rozpoczęciem *Programu*.

wość zaistnienia mechanizmu **wsparcia informacyjnego**, jakie otrzymywał uczeń ze strony rodziców i nauczyciela. Wsparcie informacyjne nie jest oczywiście wystarczające w procesie wspomaganie w zdrowiu i rozwoju, jednak wówczas, gdy łączy się z większą świadomością zdrowotną osób ważnych dla ucznia, może poprzedzać pojawienie się **wsparcia emocjonalnego**, niezwykle ważnego w procesie zdrowego dorastania i dojrzewania.

9.4. Perspektywy upowszechnienia *Programu*

Jednym z głównych założeń podpisanego już dwa lata temu porozumienia o współpracy między ministrami edukacji narodowej, zdrowia oraz sportu i turystyki w sprawie promocji zdrowia i profilaktyki problemów dzieci i młodzieży¹¹ jest m.in. (...) *umożliwienie prezentacji dobrych praktyk i wymiana doświadczeń między szkołami* (...). Istnieje zatem szansa na to, by placówki, które wybrały *Środowiskowy program wychowania zdrowotnego w szkole* jako pomoc w budowaniu własnych programów promocji zdrowia ucznia, otrzymały wsparcie.

Konieczna jest jednak aktualizacja i modyfikacja *Programu*, a najważniejsze ich elementy to:

- Przygotowanie pierwszej części *Programu* dla nauczania przedszkolnego (dotychczas takiej części nie było).
- Dostosowanie *Programu* do różnych typów szkół (szkoła podstawowa, gimnazjum i liceum).
- Modyfikacja treści *Programu*:
 1. uaktualnienie poszczególnych bloków tematycznych uwzględniające najnowsze osiągnięcia w zakresie promocji zdrowia skierowanej na populację dzieci i młodzieży,
 2. wyodrębnienie nowego bloku tematycznego poświęconego „zdrowiu w Internecie”; powszechny dostęp do informacji zdrowotnej, jaki umożliwiają hipermedia, wymusza podjęcie próby przygotowania ucznia/wychowanka, jego rodziców/opiekunów, a także nauczycieli do krytycznego odbioru tych informacji,
 3. uzupełnienia wymaga także blok pt. „promocja zdrowia”, m.in. o zagadnienie „*lifestylizmu*” i „*przemysłu zdrowotnego*” z nim związanego¹², a także problemu tzw. posłuszeństwa pacjentów, czyli respektowania różnych zaleceń przez podopiecznych systemu ochrony zdrowia,
 4. dotychczasowe doświadczenia w realizacji *Programu* wskazują także na potrzebę większego niż dotychczas zróżnicowania treści poszczególnych bloków tematycznych na dziewczęta i chłopców – szczególnie w starszej grupie wiekowej adresatów programu. Oto tylko jeden z powodów takiego zróżnicowania: Polacy chorują o wiele częściej niż Polki, wcześniej również umierają. Panowie zdecydowanie mniej ufają lekarzom. Nie wykonują badań, bo obawiają się diagnozy. Nowotwory, na które najczęściej zapadają mężczyźni, to rak płuc, przewodu pokarmowego i prostaty – trudniejsze do zdiagnozowania i leczenia niż nowotwory typowo kobiece. Należy podjąć próbę wyraźniejszego zróżnicowania argumentacji „za zdrowiem” kierowanej do uczniów i uczennic.

¹¹ Chodzi o porozumienie z dnia 23 listopada 2009 roku zakładające podział ról między MEN, MSiT oraz MZ w sprawie promocji zdrowia wśród dzieci i młodzieży.

¹² *Lifestylizm* to koncentracja promocji zdrowia na „idei podporządkowania śmierci”. Kluczowe przesłanie tego wypaczenia promocji zdrowia to teza iż: „Najważniejsze jest to, aby człowiek wiedział, co **musi** zrobić, by być ciągle młodym i długo żyć!”.

- Dostosowanie koncepcji organizacji i wdrażania *Programu* do aktualnych realiów funkcjonowania szkoły i obowiązującej *Podstawy programowej kształcenia ogólnego*¹³.
- Powiązanie tematyki *Programu* i metod jego realizacji z nową rolą nauczyciela wychowania fizycznego, którego minister edukacji uczynił głównym realizatorem szkolnej edukacji zdrowotnej.
- Uwzględnienie wśród realizatorów *Programu* przedstawicieli nowych zawodów o profilu medyczno-pedagogicznym (np. absolwentów studiów podyplomowych z promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej, absolwentów studiów z obszaru zdrowia publicznego).

Podsumowanie

Konkludując, należałoby w nawiązaniu do celów prezentowanego *Programu* wskazać na niejako generalny aspekt skuteczności działań podejmowanych w edukacji zdrowotnej realizowanej w środowisku szkolnym. D. Nutbeam, poszukując odpowiedzi na pytanie, „Co jest uznawane za **skuteczność** w promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej?”, zwraca uwagę na różnice między tzw. krótkoterminowymi parametrami skuteczności a działaniem tychże na długoterminowe efekty widoczne ostatecznie w sferze zdrowia¹⁴. Najbardziej bezpośrednie parametry skuteczności dotyczą zmian w indywidualnej mentalności oraz umiejętnościach, które są **skutkami działań edukacyjnych**, działań społecznych oraz zmian w normach społecznych pojawiających się w wyniku szerokiego propagowania zdrowia. Z kolei „skuteczność” i zakres tzw. długoterminowych rezultatów (np. zmian w czynnikach decydujących o zdrowiu) zależy od rezultatów zmian krótkoterminowych, a największe prawdopodobieństwo sukcesu cechuje te programy promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej, które łączą w sobie różne rodzaje interwencji i adresowane są do różnych odbiorców funkcjonujących w obrębie jednego środowiska. Wydaje się, że czas, jaki minął od wprowadzenia *Środowiskowego programu wychowania zdrowotnego w szkole*, „działał na jego korzyść” i potwierdził przydatność tego rodzaju interwencji w obszarze promocji zdrowia.

Trudno kwestionować dzisiaj opinię głoszącą, że wychowanie zdrowotne – jeśli ma być skuteczne – musi uwzględniać „holistyczne właściwości zdrowia”¹⁵. Trzeba by jednak dodać, że skuteczne wychowanie zdrowotne czy szkolna edukacja zdrowotna muszą być **uczciwe**. Nie jest bowiem uczciwe głoszenie w pracy z uczniem znanego powszechnie hasła „Twoje zdrowie w twoich rękach”, kiedy wiadomo, że na jego zdrowie działa wiele elementów, na które on sam nie ma wpływu. Bez podjęcia próby modyfikowania właśnie tych czynników w procesie edukacji zdrowotnej – jesteśmy nieuczciwi wobec ucznia.

¹³ Moje wątpliwości dotyczące szans na skuteczną edukację zdrowotną w obecnej *Podstawie programowej* wyraziłam w artykule zamieszczonym wkrótce po jej wprowadzeniu (Charzyńska-Gula, 2009, 59–64).

¹⁴ Zob. D. Nutbeam (1999, 99–101; 1996, 317–325; 1998, 27–43).

¹⁵ Określenia tego użył prof. M. Demel w pracy pt. *O własne drogi w wychowaniu zdrowotnym* (1990, 22–34).

Bibliografia

- Charzyńska-Gula M. (2001), *Szkolna edukacja zdrowotna jako element strategii działań na rzecz zdrowia publicznego*, Lublin.
- Charzyńska-Gula M. (2009), *Skuteczność szkolnej edukacji zdrowotnej i szansa na jej osiągnięcie w obecnej podstawie programowej kształcenia ogólnego*, „Zdrowie. Kultura Zdrowotna. Edukacja”, t. III, 59–64.
- Charzyńska-Gula M., red. (1997), *Środowiskowy program wychowania zdrowotnego w szkole. Założenia. Cele, treści, sposób realizacji*, Komisja Profilaktyki Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego, Lublin.
- Demel M. (1980), *Pedagogika zdrowia*, Warszawa.
- Demel M. (1990), *O własne drogi w wychowaniu zdrowotnym*, „Kultura Fizyczna”, 7–8, 22–34.
- Forum Diabetica. Forum diabetyków i rodziców dzieci chorych na cukrzycę (<http://forum.diabetica.pl/printview.php?t=4597&start=0&sid=1e6c4bc648f0250d45fc84e6270ed4e8>).
- Kawczyńska-Butrym Z., red. (1994), *Szkoła jako system wspierający zdrowie*, w: *Wsparcie w zdrowiu i w chorobie*, Warszawa.
- Krawański A. (1992), *Wychowanie zdrowotne w ramach wychowania fizycznego – oczekiwania i możliwości*, „Lider”, 5.
- Nakaijma H. (1993), *Wprowadzenie w szkołach wszechstronnego programu edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia*, „Lider”, 5.
- Nutbeam D. (1999), *The challenge to provide „evidence” in health promotion*, „Health Promotion International”, 14, 2, 99–101.
- Nutbeam D. (1996), *Achieving „best practice” in health promotion: improving the fit between research and practice*, „Health Education Research”, 11, 317–325.
- Nutbeam D. (1998), *Evaluating health promotion – progress, problems and solutions*, „Health Promotion International”, 13, 27–43.
- Woynarowska B., red. (1995), *Jak tworzymy szkołę promującą zdrowie. Po trzech latach*, Warszawa.
- Woynarowska B. (2000), *Wprowadzenie. Związki między zdrowiem a edukacją*, w: *Zdrowie i szkoła*, Woynarowska B., red., Warszawa.

Rozdział 10.

ZDROWIE PROKREACYJNE W ŚWIEŁE BADANIA ZACHOWAŃ RYZYKOWNYCH U KOBIET W CIĄŻY

10.1. Epidemiologiczna diagnoza zachowań ryzykownych u kobiet w ciąży

Ryzykowne zachowania zdrowotne, w tym używanie substancji psychoaktywnych przez kobiety w ciąży i konsekwencje takiego zachowania, to wciąż ogromne wyzwanie w dziedzinie zdrowia publicznego. Wszelkie informacje dotyczące postaw i zachowań kobiet w ciąży wobec tytoniu, alkoholu oraz innych substancji psychoaktywnych służą nie tylko zaplanowaniu kolejnych strategii profilaktycznych wobec nich, ale także działań podnoszących kompetencje personelu medycznego: lekarzy ginekologów i położników oraz położnych.

Mimo że współczynnik umieralności niemowląt obniżył się w Polsce w 2010 r. do poziomu 5,0 na 1000 urodzeń żywych, to niewątpliwie istnieją jeszcze znaczne rezerwy poprawy kondycji zdrowotnej tej populacji, między innymi poprzez ograniczenie, a najlepiej zaprzestanie stosowania używek.

10.1.1. Palenie tytoniu. Palenie tytoniu przez kobiety ciężarne było dotychczas przedmiotem stosunkowo nielicznych badań, przy czym dane o paleniu, a także o stanie zdrowia ciężarnej i noworodka są na ogół zbierane na podstawie bezpośredniego wywiadu kwestionariuszowego z kobietami w ciąży lub z personelem medycznym placówek ginekologiczno-położniczych. Do rzadkości należą w Polsce badania, w których dane kwestionariuszowe o paleniu przez ciężarne weryfikuje się za pomocą bardziej obiektywnych metod diagnostycznych, np. pomiaru nikotyny lub jej metabolitów w materiale biologicznym pobranym od kobiet w ciąży.

Badania epidemiologiczne z początku lat 90. wskazywały, że częstość palenia tytoniu przez kobiety w ciąży była w tym czasie w Polsce wysoka i miała wpływ na zdrowie polskich dzieci. Z fragmentarycznych danych pochodzących z lokalnych lub regionalnych badań klinicznych wynikało, że pod koniec lat 90. częstość palenia tytoniu wśród kobiet w ciąży spadła do poziomu 15–20%. Badania przeprowadzone w ostatnich latach wskazują jednak na ponowny wzrost częstości palenia tytoniu wśród kobiet w ciąży. Odsetek kobiet ciężarnych przyznających się w wywiadzie ankietowym do palenia papierosów wahał się od 22% do 30%. Analiza poziomu kotyniny (metabolitu nikotyny) w ślinie ciężarnych kobiet wskazuje, że odsetek kobiet palących w okresie ciąży jest w rzeczywistości wyższy niż na to wskazują badania ankietowe i może wynosić nawet 33–41%.

Wzrost częstości palenia w populacji kobiet w ciąży może łączyć się ze wzrostem częstości palenia wśród młodych kobiet (w wieku 20–29 lat) – z około 25% w 1999 r. do około 30% w 2009 roku. Te niekorzystne zmiany związane były z jednej strony z dramatycznym wzrostem

palenia w latach 90. przez nastoletnie dziewczęta (u 15-letnich dziewcząt wzrost odsetka palących z 16% do 28% w latach 1990–1998), a z drugiej – z ograniczeniem środków na rządowy program ograniczenia palenia tytoniu i jego zdrowotnych następstw po 2001 roku, co m.in. doprowadziło do wstrzymania wielu programów profilaktycznych i interwencyjnych adresowanych do kobiet w ciąży i młodych matek oraz ograniczenia liczby szkoleń dotyczących leczenia uzależnienia od tytoniu, skierowanych do ginekologów, położników i położnych, pediatrów oraz do pielęgniarek środowiskowych.

Prowadzone od 1999 r. badanie EURO-PERISTAT, mające na celu opracowanie naukowo zasadnych i wiarygodnych wskaźników służących monitorowaniu i ocenie stanu zdrowia w okresie okołoporodowym w krajach Unii Europejskiej, pozwala ocenić poziom rozpowszechnienia palenia wśród ciężarnych w Polsce na tle innych krajów europejskich. Jednym z zalecanych przez projekt EURO-PERISTAT wskaźników jest odsetek kobiet palących tytoń w czasie ciąży lub po pierwszym trymestrze. Wartości wskaźnika w ośmiu krajach będących członkami Unii Europejskiej przed 2004 r. wynosiły: 6,3% w Szwecji, 10,7% w Norwegii, 10,9% w Niemczech, 12,4% w Finlandii, 13,4% w Holandii, 16,0% w Danii, 17,0% w Wielkiej Brytanii i 21,8% we Francji). Wartości tego wskaźnika były niższe w pięciu nowych krajach członkowskich Unii Europejskiej (4,8% na Litwie, 6,1% w Czechach, 7,2% na Malcie, 9,9% w Estonii, 11,3% na Łotwie). W Polsce odsetek kobiet palących w pierwszym trymestrze ciąży wahał się w dotychczas przeprowadzonych badaniach od 6% do 15%.

Z wyników badań, których przedmiotem była ocena wpływu palenia tytoniu na zdrowie ciężarnej i jej dziecka, wynika m.in., że:

- wśród palących kobiet w ciąży występuje zwiększone ryzyko takich powikłań, jak: poronienie samoistne, przedwczesne pęknięcie pęcherza płodowego, przedwczesne oddzielenie łożyska oraz łożysko przodujące;
- dzieci matek palących są zagrożone przedwczesnym porodem oraz zahamowaniem wzrostu płodu, w tym niską masą urodzeniową i hipotrofią; u noworodków matek palących stwierdzono znaczne opóźnienia w rozwoju układu oddechowego; dzieci kobiet, które palą podczas ciąży, rodzą się z objawami zespołu uzależnienia od tytoniu, czasami po urodzeniu występują u nich objawy głodu nikotynowego;
- osoby dorosłe, które w wieku płodowym narażone były na działanie dymu tytoniowego, są w większym stopniu zagrożone chorobami układu krążenia, cukrzycą i zwiększonym poziomem cholesterolu;
- palenie papierosów w okresie ciąży zwiększa ryzyko wystąpienia zespołu nagłej śmierci niemowląt i może mieć również konsekwencje zdrowotne w późniejszych fazach rozwoju dzieci, w tym zwiększone ryzyko zachorowania na choroby alergiczne, infekcje dróg oddechowych i nowotwory.

10.1.2. Picie alkoholu. Wyniki badań ankietowych zrealizowanych w 2008 r. przez Państwową Agencję Rozwiązywania Problemów Alkoholowych (PARPA) dowiodły, że wzrasta świadomość zagrożeń wynikających ze spożywania alkoholu przez kobietę będącą w ciąży, dla zdrowia jej dziecka. Jedną z prawdopodobnych przyczyn takiego stanu rzeczy mogła być prowadzona w 2007 r. przez PARPA kampania edukacyjna pod hasłem „Cięża bez alkoholu”.

Zdecydowana większość ankietowanych (95% w 2008 r. i 87% w 2005 r.) zgodziła się ze stwierdzeniem, że picie nawet niewielkich ilości alkoholu przez kobiety w ciąży może mieć negatywny wpływ na zdrowie ich dzieci. Stosunkowo mniej osób podzielających tę opinię znajdowało się w grupie osób deklarujących picie dość dużych ilości alkoholu (od 6 do 12 li-

trów czystego alkoholu w ciągu roku). Ponad 7% osób z tej grupy uważa, że picie alkoholu raczej nie ma negatywnego wpływu na dziecko.

W czasie ciąży alkohol najczęściej piły kobiety młodsze, będące obecnie w wieku 18–39 lat (18,7%), z wyższym wykształceniem (32,7%) oraz kobiety, które deklarują spożywanie większych ilości alkoholu, tzn. pijących ponad 6 litrów czystego alkoholu rocznie (blisko 29%). Stosunkowo rzadziej piły alkohol w czasie ciąży kobiety deklarujące obecnie abstynencję (4%). Mieszkanki dużych miast, oczekując dziecka, piły alkohol ponad dwukrotnie częściej niż mieszkanki wsi (20% i 8,5%). Co trzecia kobieta z wyższym wykształceniem, będąca kiedykolwiek w ciąży, potwierdza spożywanie w tym czasie alkoholu. Jest to odsetek ponad czterokrotnie wyższy niż w grupie kobiet z wykształceniem podstawowym (8,6%). Niepokoić powinien fakt, że odsetek tych kobiet w porównaniu z rokiem 2005 wzrósł niemal dwukrotnie (z 17,8%).

Częstotliwość spożywania alkoholu przez kobiety, które piły alkohol w czasie ciąży, była nieduża. Zazwyczaj był to jeden raz (29%) lub kilka razy (56%) w okresie całej ciąży; 9% kobiet piło alkohol przynajmniej raz w miesiącu, a 1,8% – codziennie. Alkoholem spożywanym najczęściej w okresie ciąży, według deklaracji respondentek, było w 2008 r. wino (72,2%), na drugim zaś miejscu – piwo (25,9%). Wódkę w okresie ciąży piło prawie 5,6% kobiet. Dla porównania w 2005 r. kobiety deklarowały picie w ciąży przede wszystkim piwa (45,1%) i wina (41,8%), zaś do picia napojów wysokoprocentowych przyznawało się wówczas 7,6% kobiet będących kiedykolwiek w ciąży.

Zaledwie co czwarta kobieta (28%) będąca kiedykolwiek w ciąży twierdziła, że była przestrzegana przez lekarza przed piciem jakichkolwiek napojów alkoholowych w czasie ciąży, choć w porównaniu z rokiem 2005 nastąpiła wyraźna poprawa w tym zakresie, bowiem wówczas tylko 19% kobiet otrzymało taką poradę. Kobiety pijące alkohol w czasie ciąży w pojedynczych przypadkach potwierdziły, że do picia były zachęcane przez lekarza, kogoś z rodziny, koleżankę, kolegę czy kogoś znajomego. Ponad 58% badanych spotkało się w ciągu ostatniego roku przed badaniem (czyli w roku trwania kampanii społecznej „Ciąża bez alkoholu”) z informacją o szkodliwości picia alkoholu przez kobiety w ciąży dla zdrowia ich dzieci. Najczęściej wskazywanym źródłem informacji o szkodliwości picia alkoholu przez kobiety w ciąży dla zdrowia ich dzieci była telewizja (46%). W dalszej kolejności wskazywano na prasę (19%) oraz radio (13%). Wśród innych, znacznie rzadziej wymienianych źródeł informacji na ten temat wskazywano m.in. informacje od pracowników służby zdrowia.

Picie alkoholu wywiera negatywny wpływ na zdrowie prokreacyjne, w tym:

- w czasie dojrzewania może hamować wydzielanie żeńskich hormonów płciowych, opóźniając osiągnięcie dojrzałości płciowej i niekorzystnie wpływając na dojrzewanie układu rozrodczego; z badań wynika, że nawet umiarkowane spożywanie alkoholu przez dziewczęta w wieku 12–18 lat obniża u nich na dwa tygodnie poziom estrogeny;
- może zaburzać funkcje hormonalne, co może zakłócić cykl miesięczkowy; po okresie pokwitania alkohol może zaburzać prawidłowy cykl miesięczkowy i tym samym niekorzystnie wpływać na płodność; kobiety uzależnione od alkoholu miesiączkują nieregularnie, może dochodzić u nich do zaniku miesiączkowania;
- ryzyko bezpłodności wynikającej ze spożywania alkoholu dotyczy 2–3% kobiet spożywających rocznie ponad 9 litrów czystego (100%) alkoholu;
- może zwiększać natężenie zachowań ryzykownych, w tym seksualnych, co pociąga za sobą zagrożenie zakażeniami czy niechcianą ciążą;
- alkohol spożywany nawet w niskich dawkach, zwłaszcza w pierwszym trymestrze ciąży może zwiększać ryzyko poronienia samoistnego i wcześniactwa;

- picie alkoholu przez kobiety ciężarne wpływa na wewnątrzmaciczny rozwój płodu, zaburzając, niekiedy trwale, rozwój somatyczny i funkcjonalny ośrodkowego układu nerwowego; uszkodzenia te są najlepiej widoczne i udokumentowane u dzieci z rozpoznaniem płodowego zespołu alkoholowego (ang. FAS).

10.1.3. Używanie narkotyków. Informacji o trendach narkomanii, rozumianej jako uzależnienie bądź używanie narkotyków w sposób rodzący poważne problemy, dostarczają dane statystyczne lecznictwa. Informacje o liczbie leczonych z powodu nadużywania substancji psychoaktywnych innych niż alkohol i tytoń pochodzą ze stacjonarnego lecznictwa psychiatrycznego. Dane zbierane są również w specjalistycznych placówkach lecznictwa uzależnień lekowych, które funkcjonują w ramach psychiatrycznej służby zdrowia, obejmują one zatem wszystkich przyjętych do szpitali psychiatrycznych, w tym do oddziałów detoksykacyjnych dla narkomanów, a także ośrodków rehabilitacyjnych, w tym prowadzonych przez organizacje pozarządowe, jeśli ośrodki te mają status zakładów opieki zdrowotnej. W roku 2007 do leczenia stacjonarnego przyjęto 8625 mężczyzn oraz 2168 kobiet w wieku 16-49 lat. Odsetek kobiet wśród podejmujących leczenie w latach 2000–2007 podlega niewielkim wahaniom, mieści się w przedziale 20,1–21,2%.

Statystyki lecznictwa pozwalają wprowadzić śledzić z pewnym opóźnieniem trend w rozwoju zjawiska, nie informują jednak nic o jego rozmiarach. W tej kwestii skazani jesteśmy na wyniki oszacowań. W Polsce nie dysponujemy odrębnymi oszacowaniami używania narkotyków dla kobiet i mężczyzn w grupach wieku traktowanych jako prokreacyjne. Można jednak przyjąć, że ponad 90% z tej liczby to osoby w wieku prokreacyjnym. Zakładając, że 20% z oszacowanej liczby przypada na kobiety, można uznać, że w 2005 r. liczba problemowych użytkowników narkotyków w wieku prokreacyjnym mieściła się w przedziale 25 000–35 000 osób.

W badaniu zrealizowanym w 2009 r. przez Głównego Inspektora Sanitarnego na próbie 3280 kobiet przebywających zaraz po porodzie wraz z noworodkami w oddziałach położniczych odnotowano znacząco niższe odsetki respondentek deklarujących używanie poszczególnych substancji niż w badaniach kobiet z analogicznej grupy wiekowej populacji generalnej. Różnice w wynikach tych badań są efektem, przynajmniej w pewnym stopniu, mniejszej gotowości do przyznawania się do używania narkotyków w badaniach na oddziałach położniczych. Inne możliwe wyjaśnienie to nadreprezentacja użytkowników narkotyków wśród kobiet, które pozostają bezdzietne.

Wiedza na temat związków pomiędzy narkotykami a przebiegiem i skutkami ich konsumpcji dla zdrowia kobiet ciężarnych i ich dzieci jest fragmentaryczna. O ile w licznych badaniach i analizach epidemiologicznych dobrze rozpoznane jest rozpowszechnienie używania substancji psychoaktywnych m.in. w rozbiciu na płeć, to brak jest badań nad skutkami używania narkotyków i narkomanii dla zdrowia potencjalnych matek i ich dzieci. Używanie substancji psychoaktywnych innych niż alkohol i tytoń, nazywanych potocznie narkotykami, rodzić może poważne zagrożenia dla zdrowia prokreacyjnego. Poziom ryzyka zależny jest od rodzaju substancji oraz wzoru jej używania. Używanie eksperymentalne i okazjonalne nie powoduje większych bezpośrednich zagrożeń, stanowi jednak pierwszy krok w kierunku uzależnienia i rodzi niebezpieczeństwo przerodzenia się w używanie problemowe. W przypadku ryzyka okazjonalnego używania narkotyków i innych substancji psychoaktywnych znaczną rolę odgrywa także rodzaj substancji oraz wzór jej używania. Jeśli substancje psychoaktywne używane są w czasie ciąży, ryzyko dla nowo narodzonego może być znaczne. Regularne używanie jest szczególnie niebezpieczne zarówno dla kobiet jak i potomstwa nie tylko ze względu na właściwości toksyczne substancji, ale także z powodu towarzyszącemu mu stylu życia.

Badania pilotażowe prowadzone w Krakowie w październiku i listopadzie 2006 r., które objęło 50 kobiet używających narkotyków w czasie ciąży (zarówno kobiety czynnie używające narkotyków, jak również tzw. „neofitki”, tj. osoby, które z sukcesem zakończyły leczenie w jednym z programów terapii długoterminowej), wykazało, że około 50% kobiet miało świadomość wpływu narkotyków na ciążę. Świadomość ta nie znalazła jednak przełożenia na zachowania prozdrowotne i zmniejszone ryzyko wystąpienia szkód zdrowotnych, gdyż aż 47 z 50 przebadanych kobiet – mimo świadomości bycia w ciąży – kontynuowało przyjmowanie narkotyków. Tylko 8 kobiet zdecydowało się podjąć wysiłek zmniejszenia dawki przyjmowanych narkotyków, chociażby na czas trwania ciąży. Pomimo powszechnego w grupie respondentek niskiego zaangażowania w redukcję czynników szkodliwych i niebezpiecznych dla przebiegu ciąży i zdrowia noworodków, większość dzieci – 47 spośród 68 – urodziło się z wysoką punktacją w skali Apgar, jednak aż 32 dzieci urodziło się z „zespołem abstynencji narkotykowej”.

10.2. Koncepcja badania zachowań zdrowotnych kobiet ciężarnych w 2010 roku

10.2.1. Cel i metodyka badania. W roku 2010 przeprowadzono drugą edycję badania zdrowotnych zachowań kobiet ciężarnych i wpływu tych zachowań na stan noworodków na reprezentatywnej grupie położnic i noworodków (pierwsze, pilotażowe badanie wykonano w 2009 r.). Celem badania była analiza zachowań zdrowotnych wśród kobiet ciężarnych w Polsce, ze szczególnym uwzględnieniem takich zachowań ryzykownych, jak: palenie papierosów, picie alkoholu, używanie substancji psychoaktywnych, nieprawidłowe nawyki żywieniowe, otyłość i nadwaga, aktywność fizyczna, a także profilaktyka nowotworowa narządu rodowego.

Badania ankietowe zostały przeprowadzone przez Główny Inspektorat Sanitarny we współpracy z Wojewódzkimi i Powiatowymi Stacjami Sanitarno-Epidemiologicznymi, a baza danych, wstępna analiza statystyczna oraz raport badawczy zostały przygotowane przez Instytut Medycyny Wsi w Lublinie. Ekspertyza „Zachowania zdrowotne kobiet w ciąży” powstała pod kierunkiem zespołu badawczego z Zakładu Epidemiologii i Prewencji Nowotworów Centrum Onkologii-Instytutu im. Marii Skłodowskiej-Curie w Warszawie i Głównego Inspektoratu Sanitarnego. W przygotowaniu narzędzi badawczych, opracowaniu dodatkowej analizy statystycznej i tekstu ekspertyzy wzięli udział eksperci z Centrum Onkologii-Instytutu im. Marii Skłodowskiej-Curie w Warszawie, Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii, Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie oraz Instytutu Medycyny Wsi w Lublinie¹.

Badania oparto na kwestionariuszach ankietowych w ramach wdrożonego systemu Monitoringu Zdrowia Matki i Dziecka w Polsce (MoZMaD – PL). Ankiety przeprowadzili przeszkoleni ankieterzy – pracownicy wojewódzkich i powiatowych stacji sanitarnych (w sumie ponad 700 ankieterów) w jednym dniu każdego roku kalendarzowego jednocześnie we wszystkich szpitalach w Polsce, w których przebywały położnice z urodzonymi przez siebie noworodkami.

¹ Autorzy ekspertyzy: z GIS – P. Biliński, J. Skowron; z CO-I w Warszawie – W. Zatoński, K. Przeźniak, J. Łobaszewski; z PARPA – K. Brzózka, M. Fudała; z KB ds. PN – P. Jabłoński; z WUM – M. Wojnar; z IPIŃ w Warszawie – J. Sierosławski; z IMW w Lublinie – A. Wojtyła, B. Kiedrowski, I. Bojar.

Takich szpitali funkcjonowało 267 w 2010 roku. Najczęściej badania były przeprowadzane w pierwszych trzech dniach po porodzie. Położnice i noworodki przebywające dłużej niż 3 dni w szpitalu (porody patologiczne, odbywane cięciem cesarskim, noworodki wcześniacze, z niską wagą, wadami czy ciężkim stanem po urodzeniu) były ankietowane po tym czasie, w zależności od czasu pobytu w szpitalu.

Ankieta składała się z dwóch części: pierwszej, wypełnianej przez położnicę leżącą w szpitalu, i drugiej, wypełnianej przez personel medyczny (lekarza lub pielęgniarkę) sprawujący opiekę nad położnicą i noworodkiem w szpitalu.

W 2010 r. łącznie poproszono o wypełnienie ankiety 3980 kobiet przebywających w wyznaczonym przez GIS dniu we wszystkich szpitalach w Polsce. Dyrektorzy szpitali za każdym razem wyrażali zgodę na wykonanie badań. Na realizację badań uzyskano zgodę Komisji Bioetycznej. Ankiety prawidłowo wypełniło 2980 kobiet. Odpowiedzi na pytania zostały wprowadzone przez ankietatorów do systemu MoZMaD-Pol – centralnej bazy zarządzanej przez Instytut Medycyny Wsi. Uzyskane wyniki badań poddano analizie statystycznej.

Na potrzeby niniejszego opracowania poddano analizie uzyskane dane odnoszące się do palenia tytoniu, picia alkoholu i stosowania narkotyków przez kobiety w ciąży.

10.2.2. Społeczno-demograficzna charakterystyka badanych kobiet. Zdecydowana większość kobiet ciężarnych była zamężna (82%). Około 10% badanych było w związkach nieformalnych, niecałe 7% stanowiły panny. Pozostałe były osobami rozwiedzionymi lub wdowami. Nieco ponad 42% stanowiły kobiety zamieszkałe na wsi i około 58% kobiety mieszkające w miastach. Większość kobiet deklarowała, że mieszka z mężem (76%), co dziesiąta kobieta – z partnerem, a 5,5% badanych twierdziła, że mąż często przebywa poza domem. Około 41% respondentek mieszkała z dziećmi, blisko 30% z rodzicami, około 8% również z rodzeństwem.

Połowa badanych rodziła po raz pierwszy, zaś dla co trzeciej kobiety była to druga ciąża. Nieco ponad 11% respondentek po raz trzeci oczekiwało dziecka, a 4% – czwarty raz. Dla pozostałych była to kolejna, co najmniej piąta ciąża. Jedna z kobiet była dziesiąty raz, a kolejna jedenasty raz w ciąży.

10.3. Zachowania ryzykowne u kobiet w ciąży w badaniach ankietowych 2010

10.3.1. Palenie tytoniu. Badanie z 2010 r. pokazało, że 25% badanych kobiet paliło tytoń w okresie ostatnich trzech miesięcy przed zajściem w ciążę, a 75% nie paliło tytoniu wcale. Odsetek ten jest zbliżony do wyników badań pilotażowych z 2009 r. oraz poziomu częstości palenia w generalnej populacji kobiet. Podobne proporcje palenia w generalnej populacji kobiet oraz kobiet znajdujących się 3 miesiące przed zajściem w ciążę oznaczają (co wynika również z innych badań), że wysoki odsetek ciąż jest nieplanowany, a na zaprzestanie palenia przed zajściem w ciążę decyduje się wciąż niewiele kobiet. Wskazują na to również wyniki badania, które pokazują, że na 3 miesiące przed porodem ciągle pali około 12% ciężarnych, czyli około połowa tych kobiet, które paliły przed zajściem w ciążę, a po porodzie palenie kontynuuje 7,6% ciężarnych, czyli prawie 1/3 palących przed ciążą.

Silne uzależnienie od tytoniu jest jednym z najważniejszych czynników uniemożliwiających ciężarnym podjęcie próby zaprzestania palenia najlepiej przed ciążą lub w jej pierwszych miesiącach. Ponadto barierą jest ciągle ograniczona wiedza ciężarnych o poważnych skutkach zdrowotnych narażenia na dym tytoniowy dla matki i dziecka, kontynuowanie palenia przez

partnera, a także brak populacyjnych programów profilaktycznych i interwencyjnych prowadzonych przez ginekologów, położników i pediatrów. Poza częstotścią, także intensywność palenia tytoniu stanowi istotny czynnik ryzyka zarówno dla palącej ciężarnej, jak i jej dziecka.

Wyniki badania pokazują, że okres ciąży sprzyja nie tylko zaprzestaniu palenia, choć w ograniczonym zakresie, ale także jego ograniczeniu. Na 3 miesiące przed zajściem w ciążę prawie 32% kobiet palących w tym okresie (8% z 25%) pali co najmniej 10 papierosów dziennie, w 3-miesięcznym okresie poprzedzającym poród wśród kontynuujących palenie ciężarnych tę ilość papierosów pali już 19% (2,3% z 12%), a po porodzie pośród położnic wciąż palących odsetek palących powyżej 10 papierosów dziennie zmniejsza się do 17% (1,3% z 7,6%). Warto zwrócić uwagę, że ograniczenie liczby palonych papierosów przez kobiety palące w ciąży następuje przede wszystkim w jej okresie. Po porodzie na ograniczenie liczby palonych papierosów decyduje się już niewiele kobiet.

Wykształcenie okazało się silnym predyktorem palenia tytoniu w okresie ciąży. Ciężarne z wykształceniem podstawowym i zasadniczym zawodowym palą znacznie częściej niż ciężarne z wykształceniem średnim lub wyższym.

Także wiek badanych kobiet miał istotny wpływ na palenie przed ciążą i w czasie ciąży, ale zróżnicowanie palenia w analizowanych kategoriach wieku nie było tak silne, jak różnice w kategoriach wykształcenia. Wyniki badań z lat 2009 i 2010 pokazują, że im niższy wiek kobiet, tym częstsze palenie przed i w czasie ciąży.

Warunki rodzinne, w jakich żyją badane kobiety, miały istotny wpływ na palenie przez nie tytoniu przed ciążą i w czasie ciąży. Kobietami najrzadziej palącymi w tym okresie były osoby mieszkające w domach wielopokoleniowych; z mężem lub partnerem, z dziećmi i rodzicami. Najczęściej natomiast paliły kobiety nie mieszkające z najbliższą rodziną oraz kobiety mieszkające tylko z mężem lub partnerem i dziećmi (38%). Wydaje się więc, że czynnikiem powstrzymującym kobiety, w szczególności młodsze, przed paleniem tytoniu w okresie ciąży jest obecność rodziców w ich środowisku domowym, mniejsze natomiast znaczenie, w szczególności w sytuacji, gdy ciężarne nie mieszkają z rodzicami, ma fakt zamieszkania z dziećmi.

Prawie 38% badanych kobiet stwierdziło, że były narażone w ciągu ostatniego roku – bądź w wyniku palenia przez nie same, bądź przez innych domowników – na dym tytoniowy w środowisku domowym. Tych kobiet, które są narażone codziennie na dym tytoniowy jest w populacji badanych 21,7%, natomiast wśród tych kobiet, które palą czynnie lub biernie w domu, odsetek narażonych codziennie wynosi aż 58% (21,7% z 37,5%). Stanowi to poważne zagrożenie dla ich zdrowia oraz dla zdrowia płodu i noworodków.

Okolo 23% badanych kobiet jest narażonych na wdychanie dymu tytoniowego w miejscu pracy. Często pali się w ich obecności: 13% wszystkich badanych kobiet i 58% ciężarnych jest narażone na dym tytoniowy w pracy (13,2% z 22,6%). Częstość narażenia kobiet w ciąży w ich środowisku domowym i w pracy na dym tytoniowy stanowi – jak się wydaje – dodatkową barierę na drodze do zaprzestania przez nie palenia przed ciążą lub w czasie ciąży. I odwrotnie, kobiety, które rzadko biernie palą w domu czy pracy, rzadziej palą w ciąży, a jak wykazały zeszłoroczne badania, częściej też decydują się na zaprzestanie palenia w okresie ciąży.

Analizowano także poziom świadomości zdrowotnej ciężarnych w Polsce. Około 81% ciężarnych uznało, że aktywne palenie tytoniu przez kobietę w ciąży w wysokim stopniu zagraża jej zdrowiu. Niemniej jednak niepokojący jest fakt, że wciąż około 19% ciężarnych bagatelizuje ten fakt, uznając to za ryzyko za średnie (14%), niskie (4%) lub nie występujące w ogóle (1%). Jeszcze mniej ciężarnych (70%) uznało biernie narażenie na dym tytoniowy za czynnik wysokiego ryzyka zdrowotnego dla kobiety ciężarnej. Aż 23% sądzi, że ryzyko to jest średnie, 5% uważa, że jest na niskim poziomie, a 1% nie widzi go w najmniejszym stopniu.

Należy ponadto podkreślić, że odsetek kobiet uznających aktywne, a w szczególności bierne palenie tytoniu za czynnik wysokiego ryzyka zdrowotnego dla kobiet w ciąży jest zdecydowanie mniejszy w porównaniu z piciem dużych ilości alkoholu (97%) lub zażywaniem narkotyków (98%). Jedynie picie umiarkowanej ilości alkoholu uznawane jest przez mniejszy odsetek ciężarnych za czynnik wysokiego ryzyka dla kobiety w ciąży. Fakt ten należy podkreślić w kontekście wyników wielu badań klinicznych i epidemiologicznych, które uznają narażenie na dym tytoniowy za jeden z najważniejszych, także epigenetycznych czynników uszkadzających zdrowie ciężarnych i ich dzieci.

Podobnie sytuacja przedstawia się w przypadku oceny palenia tytoniu i biernej ekspozycji na dym tytoniowy jako czynników ryzyka dla zdrowia płodu, choć różnice w ocenie ryzyka związanego z narażeniem na dym tytoniowy, piciem dużych ilości alkoholu i zażywaniem narkotyków nie jest już tak duże jak w przypadku oceny ryzyka dla zdrowia kobiety w ciąży. Około 88% ciężarnych uznaje, że aktywne palenie tytoniu przez kobietę w ciąży wiąże się z wysokim ryzykiem zdrowotnym dla płodu, a 79% ocenia to ryzyko jako wysokie w przypadku biernego palenia.

10.3.2. Picie alkoholu. Przedmiotem badania były zachowania ryzykowne, które na ogół nie cieszą się powszechną społeczną akceptacją, szczególnie w odniesieniu do kobiet będących w ciąży. Do takich zachowań zalicza się picie alkoholu. W związku z tym prawdziwe i precyzyjne odpowiedzi na pytania pod tym kątem wymagały od respondentek daleko idącej szczerości, na którą prawdopodobnie nie zawsze były gotowe. Badane nierzadko udzielały niespójnych odpowiedzi na pytania dotyczące picia alkoholu lub unikały odpowiedzi, co skutkowało dużą ilością braków danych w bazie. Sposób gromadzenia danych (ankieta samodzielnie wypełniana przez kobiety w położu) oraz analiza zawartości ankiet pod kątem jakości (liczne braki danych), istotnie wpłynęły na spójność i jakość końcowego zbioru danych oraz utrudniało ich interpretację.

Wśród kobiet biorących udział w omawianym badaniu, blisko 24% respondentek (dwukrotnie więcej niż w badaniu PARPA z 2008 r.) twierdziło, że nigdy nie piły alkoholu i stosunkowo częściej deklarowały to kobiety rozwiedzione/pozostające w separacji (42%), posiadające wykształcenie podstawowe (39%), kobiety mieszkające na wsi (30%). Najmniej abstynentek znajdowało się wśród badanych legitymujących się wykształceniem wyższym oraz wśród respondentek mieszkających w dużych miastach, liczących ponad 100 tys. mieszkańców. Obie te zmienne (miejsce zamieszkania i poziom wykształcenia) różnicują spożywanie alkoholu w sposób istotny statystycznie.

Wzór spożywania alkoholu w okresie trzech miesięcy przed zajściem w ciążę można, z braku informacji o wcześniejszym okresie życia respondentek, traktować jako odzwierciedlenie typowego wzoru picia alkoholu przed zajściem w ciążę. Nie należy wykluczyć jednak możliwości, że część badanych, planując zajście w ciążę, ograniczyła już w tym czasie spożywanie alkoholu lub w ogóle zrezygnowała z picia.

Odsetek badanych pijących napoje alkoholowe w okresie trzech miesięcy przed zajściem w ciążę rósł wraz ze wzrostem poziomu wykształcenia i był najwyższy (74%) wśród tych badanych, które legitymowały się wykształceniem wyższym. Odsetek ten rósł również wraz ze wzrostem wielkości miejsca zamieszkania – najliczniejszą grupę (około 71%) stanowiły mieszkanki największych miast.

Stosunkowo najwięcej badanych deklaruujących picie alkoholu w omawianym okresie mieszkało w województwach: łódzkim (70%), śląskim, lubuskim (po 69%) i lubelskim (68%). Odsetek kobiet pijących alkohol przed zajściem w ciążę był największy w grupie kobiet będących po raz pierwszej w ciąży i malał wraz z liczbą doświadczeń bycia w ciąży.

Wśród kobiet deklarujących picie alkoholu w okresie trzech miesięcy przed zajściem w ciążę największą grupę (ponad 67%) stanowiły respondentki, które piły w tym czasie alkohol *nie częściej niż raz w miesiącu*. Co czwarta badana piła alkohol *dwa do czterech razy w miesiącu*, a pozostałe (nieco ponad 5%) piły alkohol w ciągu trzech miesięcy poprzedzających zajście w ciążę *co najmniej dwa lub trzy razy w tygodniu*.

Zatem w okresie trzech miesięcy poprzedzających zajście w ciążę napoje alkoholowe *częściej niż raz w miesiącu* piła niemal co trzecia (30%) badana z tej grupy. Stosunkowo częściej robiły to kobiety pozostające w związkach nieformalnych (około 38%), badane z wykształceniem wyższym (37%), mieszkanki największych miast (blisko 37%) oraz mieszkanki województwa pomorskiego (38%) i śląskiego (36%), jak również te badane, dla których pobyt w izbie porodowej był wynikiem ich pierwszej ciąży. W przypadku wykształcenia oraz wielkości miejsca zamieszkania zależność ta jest istotna statystycznie. W grupie kobiet pijących alkohol w okresie poprzedzającym zajście w ciążę *raz w miesiącu lub rzadziej* stosunkowo najwięcej było najmłodszych badanych (72%), kobiet z wykształceniem zawodowym (74%), mieszanek wsi (73%) oraz kobiet mieszkających w województwach: zachodniopomorskim (83%), kujawsko-pomorskim (78%) oraz łódzkim i lubuskim (po 73%).

Deklarowane ilości wypijanego alkoholu podczas typowych sytuacji spożywania napojów alkoholowych w okresie trzech miesięcy poprzedzających zajście w ciążę były w zdecydowanej większości niewielkie:

- nieco ponad 68% badanych, które deklarowały picie alkoholu w tym okresie, wypijało nie więcej niż dwie porcje standardowe 100% alkoholu (20 g etanolu),
- blisko 12% respondentek piło powyżej dwóch do czterech porcji standardowych 100% alkoholu (21–40 g etanolu),
- prawie 6% kobiet spożywało powyżej czterech porcji standardowych 100% alkoholu (41 g i więcej etanolu),
- 260 badanych (ponad 14%), które potwierdziły picie alkoholu w okresie trzech miesięcy przed zajściem w ciążę, nie odpowiedziało na pytanie dotyczące ilości alkoholu wypijanego podczas typowego dnia, w którym spożywały alkohol.

W sumie około 6% kobiet deklarujących picie alkoholu w okresie trzech miesięcy poprzedzających zajście w ciążę (co stanowi blisko 4% wszystkich badanych) podczas typowej sytuacji picia wypijało ilość alkoholu przekraczającą poziom niskiego ryzyka szkód zdrowotnych dla kobiet, czyli 40 g etanolu. W badaniu w 2009 r. tylko 2% kobiet pijących alkohol przed zajściem w ciążę deklarowało wypijanie jednorazowo więcej niż 40 g etanolu.

Z kolei z rozkładu odpowiedzi na pytanie o częstotliwość picia alkoholu w czasie ciąży wynika, że nieco ponad 6% wszystkich badanych kobiet przyznało się do picia alkoholu w tym okresie. Odsetek badanych pijących napoje alkoholowe w okresie ciąży był stosunkowo najwyższy wśród kobiet pozostających w nieformalnym związku (nieco ponad 11%), wśród badanych z wykształceniem podstawowym (11%) oraz wśród najmłodszych respondentek (9%). Odsetek ten rośnie również wraz ze wzrostem wielkości miejsca zamieszkania. Stosunkowo najwięcej badanych deklarujących picie alkoholu w omawianym okresie było wśród mieszanek województwa podlaskiego (12%), łódzkiego (11%), dolnośląskiego i świętokrzyskiego (po około 9%).

Wśród kobiet deklarujących picie alkoholu w okresie ciąży z różną częstotliwością (174 respondentki) największą grupę (blisko 90%) stanowiły osoby, które piły w tym czasie alkohol *nie częściej niż raz w miesiącu*. Wśród pozostałych badanych pijących w ciąży około 6% piło alkohol *dwa do czterech razy w miesiącu*, nieco ponad 3% (6 kobiet) piło alkohol

w czasie ciąży *co najmniej dwa lub trzy razy w tygodniu*. Kobiety z wykształceniem podstawowym oraz najmłodsze badane występowały częściej w grupie respondentek deklarujących większą częstotliwość picia alkoholu w okresie ciąży, czyli *częściej niż raz w miesiącu*.

Dominacja najmłodszych respondentek zarówno w grupie badanych deklarujących picie alkoholu w ciąży z częstotliwością raz w miesiącu lub rzadziej jak i w grupie deklarującej picie alkoholu w tym okresie częściej niż raz w miesiącu spowodowana jest faktem stosunkowo niewielkiej liczebności grupy badanych deklarujących picie alkoholu w ciąży częściej niż raz w miesiącu (16 osób). W związku z tym niewielka zmiana liczebności podgrupy powoduje znaczący wzrost odsetka.

Każda ilość alkoholu wypita w czasie ciąży stwarza ryzyko zagrożenia dla rozwijającego się płodu. W związku z tym odsetek kobiet, które poinformowały o wypijanej przez siebie ilości alkoholu w czasie ciąży, niezależnie od oceny umiejętności obliczania liczby wypijanych standardowych porcji alkoholu, budzi duży niepokój.

W grupie respondentek, które przyznały się do picia w czasie ciąży co najmniej pięciu standardowych porcji alkoholu, najczęstszym wzorem picia było wypijanie tej ilości *rzadziej niż raz na miesiąc* (33 razy wskazano tę odpowiedź). Pozostałe opcje wskazywane były przez pojedyncze osoby.

Stan zdrowia dzieci matek przyznających się do wypijania w okresie ciąży pięciu lub więcej porcji standardowych (opisywany odsetkiem przedwczesnych porodów, niższą od normy masą ciała, mniejszą długością noworodków, odsetkiem wad wrodzonych oraz sposobem porodu) nie różnił się negatywnie od stanu zdrowia wszystkich urodzonych dzieci. Żadne z dzieci urodzonych przez kobiety pijące w ciąży powyżej pięciu porcji standardowych alkoholu nie było opisywane przez personel medyczny w kategoriach objawów pierwotnych charakterystycznych dla FAS.

Na pytanie o ostatnią okazję picia alkoholu odpowiedziało 1140 kobiet, w tym sześć nie potrafiło określić daty ostatniego picia, zaś 80% z nich (914) wskazało ostatni rok jako czas ostatniej okazji picia alkoholu. Zatem w roku poprzedzającym poród picie alkoholu deklarowała blisko co trzecia badana. Ponad połowa tej grupy (54%) piła po raz ostatni alkohol w okresie trzech miesięcy poprzedzających zajście w ciążę. Co piąta respondentka deklarująca ostatnie spożywanie alkoholu w ciągu minionych 12 miesięcy piła go między siódmym a dziewiątym miesiącem przed porodem (czyli w pierwszych trzech miesiącach ciąży), a co czwarta piła w ostatnim półroczu, a więc wtedy, kiedy miała już pewność co do faktu bycia w ciąży.

W grupie kobiet pijących napoje alkoholowe po raz ostatni w okresie ciąży stosunkowo częściej niż przeciętnie można spotkać panny, badane w wieku do 22. roku życia oraz w wieku 26–28 lat, mieszkanki województwa łódzkiego i śląskiego, osoby twierdzące, że lekarz prowadzący ciążę dopuszczał picie niewielkich ilości alkoholu w celu podtrzymania ciąży. Zależności te nie są istotne statystycznie.

Podczas ostatniej okazji picia napojów alkoholowych najczęściej spożywane było *piwo* (32%) i *czerwone wino* (31%), rzadziej *piwo niskoalkoholowe* (12%) i *białe wino* (8%). *Picie mocnych alkoholi* deklarowało blisko 5% (w 2009 r. – 17%) kobiet. Około 2% respondentek piło w czasie swojej ostatniej konsumpcji alkoholu *coolery lub inne napoje gazowane z alkoholem*, a około 1% – *wino wzmocnione (sherry, porto, madera)*.

Tylko około 44% badanych twierdziło, że lekarz prowadzący zalecał im powstrzymanie się od picia alkoholu w czasie ciąży. Z takim zaleceniem stosunkowo częściej spotykały się badane z wykształceniem wyższym (ponad 48%), respondentki najmłodsze, w wieku do 22. roku życia (47%), badane w pierwszej ciąży (51%), mieszkanki województw małopolskiego i zachodniopomorskiego (po około 53%), podlaskiego (51%) i łódzkiego (blisko 49%). Odsetek kobiet potwierdzających takie zalecenie spada wraz z kolejnymi ciążami.

Kilkadziesiąt badanych (40 kobiet) potwierdziło, że lekarz prowadzący dopuszczał picie niewielkich ilości alkoholu w celu podtrzymania ciąży. Badane kobiety mieszkające niemal we wszystkich województwach informowały o pojedynczych przypadkach tego typu sugestii ze strony lekarza. Tylko mieszkanki województw: lubuskiego, podkarpackiego i świętokrzyskiego nie spotkały się z takim zaleceniem. Podobna grupa (37 badanych) informowała, że lekarz prowadzący ciążę zalecał picie w jej trakcie niewielkich ilości alkoholu z innego powodu. Zaleceń takich nie otrzymała żadna respondentka mieszkająca w województwie łódzkim, opolskim, podkarpackim i warmińsko-mazurskim.

Zdecydowana większość badanych (93%) miała świadomość szkodliwego wpływu wypijania dużych ilości alkoholu na zdrowie kobiety w ciąży, w tym blisko 91% respondentek uznało, że wypijanie dużych ilości alkoholu wiąże się z *wysokim ryzykiem* dla zdrowia kobiety w ciąży, dla około 2% badanych ryzyko to jest *średnie*. Około 7% respondentek nie potrafiło zająć stanowiska w tej sprawie, a kilkanaście osób (około 1%) uważało, że ryzyko takie nie istnieje. Odsetek badanych świadomych *wysokiego ryzyka* związanego z piciem dużych ilości alkoholu na zdrowie kobiety w ciąży rośnie wraz ze wzrostem wykształcenia i najwyższy poziom uzyskuje wśród kobiet z wykształceniem wyższym (97%). Świadomość taka była najwyższa wśród najmłodszych badanych, do 22. roku życia (96%), mieszanek średniej wielkości miast (95%). Fakt picia lub niepicia alkoholu w czasie ciąży nie różnicował opinii badanych. Zarówno te respondentki, które piły w czasie ciąży, jak i te, które w tym czasie nie spożywały alkoholu, w równym stopniu dostrzegały wysokie ryzyko, z jakim wiąże się picie dużych ilości alkoholu.

Najwięcej kobiet nie mających świadomości *wysokiego ryzyka* dla zdrowia kobiety w ciąży wynikającego ze spożywania przez nią dużych ilości alkoholu było wśród badanych mieszkających na wsi, mieszanek województwa podlaskiego, kobiet z wykształceniem zawodowym – około 21% badanych z tej grupy nie wiedziało o tym, że picie alkoholu w dużej ilości szkodzi kobiecie w ciąży.

Nieco ponad 93% kobiet deklarowało świadomość szkodliwego wpływu wypijania dużych ilości alkoholu na zdrowie płodu, w tym, zdaniem blisko 92% respondentek, wypijanie dużych ilości alkoholu wiąże się z *wysokim ryzykiem* dla zdrowia płodu, dla nieco ponad 1% badanych ryzyko to jest *średnie*. Około 6% badanych nie potrafiło zająć stanowiska w tej sprawie, a kilkanaście osób (poniżej 1%) uważało, że ryzyko takie nie istnieje.

Odsetek badanych świadomych *wysokiego ryzyka* związanego z piciem dużych ilości alkoholu na zdrowie płodu rośnie wraz ze wzrostem wykształcenia i najwyższy poziom (ponad 97%) uzyskuje wśród badanych z wyższym wykształceniem. Świadomość ta była najwyższa wśród kobiet w wieku 32–34 lata (95%), mieszanek średniej wielkości miast (95%). Nie ma różnicy w opinii na temat szkodliwości picia dużych ilości alkoholu między badanymi, które piły alkohol w ciąży, oraz tymi, które deklarowały, że w tym czasie w ogóle nie piły alkoholu.

Odsetek badanych, które miały świadomość *wysokiego ryzyka* wpływu dużej ilości alkoholu na zdrowie płodu, był różny w poszczególnych województwach. Rozstęp odsetka badanych mających świadomość szkodliwego wpływu wypijania dużych ilości alkoholu na zdrowie płodu wynosi 11 punktów procentowych; w przypadku województwa podlaskiego 87% badanych tam mieszkających twierdziło, że miała taką świadomość, w przypadku województwa zachodniopomorskiego odsetek ten wynosił blisko 98%. Różnica ta nie jest istotna statystycznie.

Najwięcej kobiet nie mających świadomości *wysokiego ryzyka* dla zdrowia płodu wynikającego ze spożywania dużych ilości alkoholu było wśród badanych mieszkających na wsi, kobiet z niskim wykształceniem – podstawowym lub zawodowym (w każdej z tych grup po około 15% badanych nie wiedziało o tym, że picie alkoholu w dużej ilości szkodzi płodowi).

Poziom świadomości szkodliwego wpływu niewielkich ilości alkoholu na zdrowie kobiety w ciąży był niższy (około 87%) niż miało to miejsce w przypadku świadomości wpływu wypijania dużych ilości alkoholu i był znacznie zróżnicowany. Zdaniem jedynie 44% respondentek wypijanie niewielkich ilości alkoholu wiąże się z *wysokim ryzykiem* dla zdrowia kobiety, dla 28% badanych ryzyko to jest *średnie*, dla około 15% *nieznaczne*. Około 8% badanych nie potrafiło zająć stanowiska w tej sprawie lub uważało (ponad 5%), że ryzyko takie nie istnieje.

Odsetek respondentek mających świadomość *wysokiego ryzyka* rośnie wraz ze wzrostem wykształcenia i najwyższy poziom uzyskuje wśród badanych z wykształceniem wyższym. Świadomość taka była najwyższa wśród mieszkanek średniej wielkości miast (47%). Badane, które deklarowały, że nie piły w ciąży, były bardziej skłonne – od tych, które w tym czasie piły alkohol – do zgodzenia się z opinią, że picie niewielkich ilości alkoholu ma szkodliwy wpływ na zdrowie kobiety w ciąży. Różnica ta nie jest istotna statystycznie.

Najwięcej kobiet nie mających świadomości *wysokiego ryzyka* dla zdrowia kobiety wynikającego ze spożywania niewielkich ilości alkoholu było wśród badanych z wykształceniem podstawowym, kobiet mieszkających na wsi oraz w dużych miastach, liczących ponad 100 tys. mieszkańców, jak również mieszanek województwa podlaskiego i dolnośląskiego.

Poziom świadomości szkodliwego wpływu niewielkich ilości alkoholu na zdrowie płodu był niższy niż miało to miejsce w przypadku świadomości wpływu niewielkich ilości alkoholu na zdrowie kobiety. Łącznie około 90% badanych uważało, że taki wpływ istnieje, w tym zdaniem 55% respondentek wypijanie niewielkich ilości alkoholu wiąże się z *wysokim ryzykiem* dla zdrowia płodu, dla blisko 24% badanych ryzyko to jest *średnie*, zaś około 11% uznało, że jest ono *nieznaczne*. Niespełna 8% badanych nie potrafiło zająć stanowiska w tej sprawie lub uważało (3%), że ryzyko takie nie istnieje.

Odsetek badanych świadomych *wysokiego ryzyka* związanego z piciem niewielkich ilości alkoholu na zdrowie płodu rośnie wraz ze wzrostem poziomu wykształcenia i najwyższy poziom uzyskuje wśród badanych z wykształceniem wyższym (60%). Pozostałe zmienne społeczno-demograficzne nie różnicują poziomu świadomości w tej sprawie. Fakt picia lub niepicia alkoholu w czasie ciąży również nie różnicuje opinii badanych. Zarówno te badane, które piły w czasie ciąży, jak i te, które w tym czasie nie spożywały alkoholu, w niemal takim samym stopniu dostrzegały ogólne ryzyko, z jakim wiąże się picie małych ilości alkoholu przez kobietę w ciąży dla zdrowia płodu. Niemniej jednak kobiety, które nie piły w czasie ciąży, bardziej niż kobiety deklarujące picie alkoholu w tym czasie skłaniały się do uznania, iż picie nawet niewielkich ilości alkoholu w czasie ciąży łączy się z *wysokim ryzykiem* dla zdrowia płodu. Zależność ta jest istotna statystycznie.

Odsetek badanych, które miały świadomość szkodliwego wpływu małej ilości alkoholu na zdrowie płodu, był różny w poszczególnych województwach. Najniższy (44%) był w województwie podlaskim, najwyższy (blisko 57%) w województwie zachodnio-pomorskim. Najwięcej kobiet nie mających świadomości *wysokiego ryzyka* dla zdrowia płodu, wynikającego ze spożywania niewielkich ilości alkoholu, było wśród badanych z wykształceniem podstawowym, mieszanek dużych miast oraz badanych z województwa podlaskiego i dolnośląskiego.

Około 1% noworodków urodziło się z wadami wrodzonymi. W badanej próbie w sześciu przypadkach zaobserwowano występowanie objawów pierwotnych FAS. W pięciu przypadkach jest jedynie informacja o stwierdzeniu występowania pierwotnych objawów FAS bez wskazania, które z objawów wystąpiły, w jednym przypadku prócz informacji o występowaniu objawów pierwotnych FAS wskazano na wystąpienie krótkich szpar powiekowych, szeroko osadzonych oczu, szeroką nasadę nosa, wygładzoną skórę między nosem a górną wargą (brak „rynienki”), małą, słabo rozwiniętą zuchwę oraz deformacje kości i stawów. W całej badanej

próbie nieco blisko 15% badanych piło alkohol w czasie ciąży (w tym około 7% piło alkohol w pierwszym trymestrze ciąży, a około 8% w ciągu ostatnich sześciu miesięcy ciąży). Pozostałe badane (85%) nie piły alkoholu w ciąży.

Analiza stanu zdrowia noworodków nie ukazuje zwiększonej częstości problemów zdrowotnych u dzieci, których matki piły alkohol w ciąży. Jedynie w przypadku masy urodzeniowej daje się zauważyć – istotną statystycznie – różnicę. Dotyczy ona niskiej masy noworodków urodzonych przez matki informujące o piciu alkoholu w ciągu ostatnich sześciu miesięcy ciąży.

10.3.3. Używanie narkotyków. W badaniach kobiet na oddziałach położniczych, pytano o jakiegokolwiek doświadczenia z poszczególnymi narkotykami, zebrane w dotychczasowym życiu, oraz o aktualne używanie okazjonalne, przyjmując za wskaźnik użycie chociaż raz w czasie ostatnich 12 miesięcy przed badaniem. Ponadto pytano także o używanie narkotyków w czasie trwania ciąży, czyli w czasie ostatnich dziewięciu miesięcy przed badaniem.

Używanie w czasie ostatnich 12 miesięcy jakiegokolwiek narkotyku zadeklarowało 9 badanych (0,3%). Do używania narkotyków w czasie ostatnich dziewięciu miesięcy przyznała się tylko jedna badana (0,0%). Otwartą kwestią pozostaje pytanie o to, czy wszystkie okazjonalne użytkowniczki narkotyków przyznały się do ich używania. Trzeba pamiętać, że pytano w zdecydowanej większości o substancje nielegalne. Ich używanie to zachowanie nie tylko nieakceptowane społecznie, ale także pozostające na granicy łamania prawa lub wręcz poza tą granicą. Uzyskanie szczerych odpowiedzi w tym względzie wymaga zastosowania wielu specjalnych procedur zwiększających poczucie bezpieczeństwa respondentów oraz łagodzących psychiczny dyskomfort, który może wiązać się z przyznaniem się do tych zachowań. Ważny jest tu także kontekst badania; pytanie o używanie narkotyków na oddziale położniczym, w krótkim czasie po urodzeniu dziecka nie sprzyja – jak się wydaje – uzyskaniu szczerych odpowiedzi, bowiem poczucie stygmatyzacji może tu być szczególnie silne. Dlatego można się spodziewać, że rzeczywiste rozpowszechnienie może być większe.

Analizując wskaźnik używania narkotyków kiedykolwiek w życiu, w obu badaniach obserwujemy podobny ranking rozpowszechnienia używania poszczególnych substancji. Największym rozpowszechnieniem cieszą się przetwory konopi, pewną widocznością odznacza się też amfetamina, a następnie ecstasy, grzyby halucynogenne i LSD. W badaniu z 2010 r. pozostałe substancje w ogóle się nie pojawiają, w badaniu z 2009 r. pojawiają się w śladowych ilościach (nie więcej niż 0,2%).

Podobnie jest, gdy pod uwagę bierzemy odsetki okazjonalnych użytkowniczek. Bardzo niskiemu rozpowszechnieniu towarzyszy brak różnic między wynikami z lat 2009 i 2010. Według wyników uzyskanych w 2009 r., wbrew przekonaniom o wielkomięjskim charakterze problemu narkotyków, używanie narkotyków kiedykolwiek w życiu było najbardziej rozpowszechnione w miastach o wielkości do 100 tys. mieszkańców, zaś niższe wśród mieszkańek większych miast. W 2010 r. uzyskano inne wyniki. Najwyższe odsetki kiedykolwiek sięgających po narkotyki odnotowano w dużych miastach, powyżej 100 tys. mieszkańców, niższe w miastach mniejszych i najniższe na wsi.

W roku 2010 odsetek wczesnych porodów wśród kobiet, które nigdy nie używały narkotyków, wyniósł jedynie 1,8%, podczas gdy analogiczny odsetek wśród kobiet, które kiedykolwiek ich używały, wynosi 7,7%. Zróznicowanie to okazało się istotne statystycznie. Także niedowaga noworodka zdarzała się częściej wśród kobiet z doświadczeniami używania narkotyków, jednak różnice nie są istotne statystycznie.

Chociaż analizując wyniki badania z 2010 r. udało się wykazać związek statystyczny między doświadczeniami z używaniem narkotyków a wczesnym porodem, to brak analogicznej zależ-

ności w wynikach z 2009 r. oraz brak zróżnicowań co do niedowagi oraz punktacji Apgar powinien skłaniać – jak się wydaje – do ostrożności w interpretacji wyników. Trzeba też pamiętać, że zdecydowana większość kobiet, które używały kiedykolwiek narkotyków, zrobiła to co najwyżej kilka razy w życiu i zwykle w grę wchodziły jedynie przetwory konopi.

W badaniach kobiet po porodzie pytano o używanie leków uspokajających i nasennych dostępnych jedynie na receptę. Przedmiotem badania było jednak nie tylko używanie tych leków z przepisu lekarza, ale przede wszystkim ich stosowanie bez zaleceń lekarskich. Ta forma korzystania z tych leków może być szczególnie niebezpieczna, bowiem mają one zwykle nie tylko właściwości psychoaktywne, ale także uzależniające. Leki uspokajające i nasenne to jedyna substancja psychoaktywna, która w naszym kraju jest częściej nadużywana przez kobiety niż przez mężczyzn.

Zażywanie leków uspokajających i nasennych z przepisu lekarza chociaż raz w życiu w roku 2009 zadeklarowało 7,5% kobiet badanych po porodzie, do zażywania ich bez wskazania lekarza przyznało się 2,7%. W roku 2010 odsetki te są nieco mniejsze i wynoszą odpowiednio 5,7% oraz 2,1%. Przyjmowanie leków uspokajających i nasennych przez kobiety badane po porodzie nie jest zależne od wieku i wykształcenia respondentek. Dotyczy to zarówno jakichkolwiek doświadczeń z tymi lekami, jak i aktualnego ich używania. Aktualne przyjmowanie tych leków z przepisu lekarza, jak i bez jego przepisu nie wchodzi i nie wchodziło w zależności statystyczne z wielkością miejscowości zamieszkania.

10.4. Główne wnioski i rekomendacje

10.4.1. Palenie tytoniu. Na podstawie badań przeprowadzonych w 2010 r. na temat narażenia kobiet ciężarnych w Polsce na dym tytoniowy i jego wpływu na ich zdrowie oraz zdrowie ich dzieci sformułowano wnioski i zalecenia dotyczące polityki zdrowotnej, programów profilaktycznych i leczniczych w tym zakresie, a także dalszych badań monitorujących zachowania zdrowotne ciężarnych w Polsce i pogłębiających wiedzę o wpływie epidemii palenia na kondycję zdrowotną kobiet w ciąży i dzieci w naszym kraju.

1. Wyniki badań potwierdziły, że wysoka częstość i intensywność palenia przed i w czasie ciąży podwyższa ryzyko wczesnego porodu i niskiej wagi urodzeniowej noworodka.
2. W porównaniu z wieloma krajami Unii Europejskiej, także z regionu Europy Środkowej i Wschodniej, częstość palenia tytoniu wśród dorosłych kobiet (20+), kobiet w wieku rozrodczym (np. 15–49 lat) i kobiet w ciąży jest w Polsce wciąż wysoka.
3. Na wysokim poziomie jest także narażenie niepalących kobiet (również ciężarnych) w Polsce na dym tytoniowy; dotyczy to głównie biernej inhalacji dymu tytoniowego przez kobiety w domu, ale także w środowisku pracy i miejscach publicznych.
4. Wyniki badań pokazują, że decydującym czynnikiem determinującym częstość palenia tytoniu przez kobiety w ciąży jest poziom ich wykształcenia.
5. Pogarszające się w ostatnich latach wskaźniki palenia wśród młodych kobiet są przede wszystkim skutkiem dwukrotnego wzrostu odsetka palących dziewcząt w okresie masowej reklamy papierosów oraz w wyniku zmniejszenia środków na program rządowy, co doprowadziło do wstrzymania wielu programów profilaktycznych i interwencyjnych oraz ograniczenia liczby szkoleń dotyczących leczenia uzależnienia od tytoniu, skierowanych do ginekologów, położników i położnych, pediatrów oraz pielęgniarek środowiskowych.
6. W celu poprawy sytuacji należy powrócić do zgodnego z potrzebami finansowania rządowego programu ograniczenia zdrowotnych następstw palenia tytoniu w Polsce.

7. W programie tym powinny się znaleźć projekty profilaktyczne dla kobiet w ciąży prowadzone przez lekarzy rodzinnych, ginekologów, pediatrów, położne i pielęgniarki środowiskowe.
8. Programy te powinny mieć nie tylko charakter edukacyjny, ale także uwzględnić potrzebę interwencji w domu i miejscu pracy kobiet w ciąży. Wyniki ekspertyzy i dotychczasowych badań wskazują, że decydujące znaczenie ma współpraca z mężem lub partnerem ciężarnej oraz ich rodzicami. Dotyczy to przede wszystkim młodych małżeństw mieszkających razem z rodzicami.
9. Podstawowym argumentem w programach profilaktycznych i leczniczych powinna być ochrona zdrowia dziecka przed narodzeniem i po jego narodzeniu. Należy wskazać nie tylko na krótkoterminowe skutki palenia dla zdrowia dziecka, ale też na fakt, że palenie w czasie ciąży determinuje rozwój i zdrowie dziecka na całe życie. Wydaje się, że najskuteczniejszą dla zmiany zachowań zdrowotnych kobiet w ciąży metodyką postępowania jest wskazywanie korzyści zdrowotnych dla matki i dziecka wynikających z zaprzestania palenia, najlepiej przed zajściem w ciążę lub w jej pierwszym okresie.
10. Informacje na ten temat powinny być szeroko rozpowszechniane w mediach oraz w oświacie zdrowotnej, także przy współudziale inspekcji sanitarno-epidemiologicznej.
11. Skutecznym środkiem ochrony dzieci, kobiet w ciąży i młodych matek jest wprowadzenie całkowitego zakazu palenia w zakładach pracy i miejscach publicznych. W tym celu należy stworzyć warunki do wprowadzenia w życie odpowiednich zapisów ustawowych, przepisów wykonawczych oraz procedur przestrzegania prawa.
12. Ponieważ uzależnienie od tytoniu (mierzone jego siłą lub liczbą palonych papierosów) ma znaczny wpływ na podejmowanie przez kobiety ciężarne decyzji o zaprzestaniu palenia przed ciążą lub czasie ciąży, to wszystkie palące kobiety, które planują urodzenie dziecka lub zaszły w ciążę powinny być diagnozowane w kierunku oceny siły i charakteru uzależnienia. Służą do tego odpowiednie narzędzia diagnostyczne pozwalające oddzielić fizyczną i psychiczną komponentę uzależnienia (np. test Fagerströma) oraz ocenić fazę zaprzestania palenia i motywację do zerwania z nałogiem.
13. W przypadku kobiety palącej w ciąży ta diagnostyka powinna być wykonywana rutynowo przez pielęgniarkę pod kontrolą lekarza ginekologa lub położnika, a jej wynik zapisywany w rekordzie medycznym pacjentki.
14. We współpracy z Polskim Towarzystwem Ginekologicznym należy opracować szczegółowe procedury leczenia kobiet w ciąży z uzależnienia od tytoniu. Procedury te powinny uwzględniać pięcioetapowy model krótkiej interwencji lekarskiej, intensywne leczenie odwykowe prowadzone przez lekarza rodzinnego, ginekologa lub specjalistę z poradni leczenia uzależnienia od tytoniu oraz program wsparcia behawioralnego prowadzony przez psychologa lub terapeutę uzależnień.
15. Problematyka szkodliwości palenia tytoniu i biernego narażenia na dym tytoniowy, w tym jego negatywny wpływ na zdrowie matki i dziecka, oraz problematyka leczenia uzależnienia od tytoniu, w szczególności prowadzonego w grupach wysokiego ryzyka, do których należą kobiety w ciąży, powinna zostać wprowadzona do programu nauczania wyższych szkół medycznych, studiów podyplomowych oraz kursów specjalizacyjnych, również z zakresu ginekologii, położnictwa i pediatrii.
16. Celowe wydaje się również wydzielenie w sieci placówek poradnictwa prenatalnego oraz opieki nad matką i dzieckiem gabinetów lekarskich prowadzących specjalistyczne leczenie odwykowe dotyczące substancji psychoaktywnych, w tym tytoniu. Jeśli wydzielenie tej

infrastruktury okazałoby się niemożliwe, to placówki te powinny współpracować z dostępną lokalnie siecią poradnictwa odwykowego. Oba systemy powinny być finansowane ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia.

17. Należy również rozważyć formy wsparcia kobiet w ciąży w ramach reaktywnego i proaktywnego funkcjonowania Telefonicznej Poradni Pomocy Palącym i wesprzeć te działania finansowo.
18. Leczenie uzależnienia od tytoniu kobiet w ciąży powinno przede wszystkim zmierzać do zaprzestania palenia i utrzymania abstynencji przez jak najdłuższy czas, najlepiej przez cały okres ciąży. Program odwykowy powinien obejmować nie tylko palącą kobietę w ciąży, ale też jej palącego partnera. Z powodu potencjalnych korzyści zdrowotnych dla matki i dziecka działania lecznicze powinny zostać skoncentrowane na kobietach planujących ciążę i znajdujących się w pierwszym trymestrze ciąży.
19. W celu poprawy wiarygodności badań ankietowych postuluje się, aby ocena postaw ciężarnych wobec palenia tytoniu była prowadzona także w domu respondentki i oparta nie tylko na bezpośrednich metodach kwestionariuszowych, ale także na wywiadzie środowiskowym oraz ocenie biochemicznych markerów narażenia na dym tytoniowy.
20. Do podstawowych metod badawczych mających na celu obiektywizację pomiaru narażenia na dym tytoniowy powinna należeć ocena zawartości tlenu węgla w powietrzu wydychanym z płuc (za pomocą monitora CO), a w dalszej kolejności stężenia nikotyny lub kotyniny (metabolitu nikotyny) we włosach, ślinie lub moczu oraz koncentracji dymu tytoniowego i nikotyny w powietrzu.
21. Informacje o zdrowiu ciężarnej i jej dziecka powinny być oparte na rekordach medycznych i dotyczyć nie tylko okresu ciąży i porodu, ale też pierwszych miesięcy lub nawet lat życia dziecka. Jest to ważne również dlatego, że wiele kobiet zaprzestających palenia w okresie ciąży wraca po pewnym czasie do nałogu, narażając ponownie siebie i dziecko na szkodliwe działanie dymu tytoniowego. W szczególności należałoby monitorować zachowania oraz zdrowie kobiety i dziecka w okresie karmienia.

10.4.2. Picie alkoholu. Na podstawie badań przeprowadzonych w 2010 r. na temat picia alkoholu przez kobiety w okresie poprzedzającym koncepcję i w okresie ciąży oraz wpływu picia alkoholu na zdrowie matek i dzieci sformułowano wnioski i zalecenia dotyczące polityki zdrowotnej, programów profilaktycznych i leczniczych w tym zakresie, a także dalszych badań monitorujących zachowania zdrowotne ciężarnych w Polsce i pogłębiających wiedzę o wpływie picia alkoholu na kondycję zdrowotną kobiet w ciąży i dzieci w naszym kraju.

1. W Polsce, podobnie jak w innych krajach Europy Zachodniej, najczęściej napojów alkoholowych spożywają (średnio) kobiety znajdujące się w wieku rozrodczym (do 39. roku życia), przy czym najmłodsze z nich, w wieku do 29 lat, piją alkohol w największych ilościach. Największą grupą ryzyka są kobiety mieszkające w dużych miastach, mające wyższe wykształcenie. Grupa ta wymaga wzmoczonych oddziaływań profilaktycznych, zwłaszcza w obszarze zdrowia prokreacyjnego.

2. Kobiety nadużywające alkoholu przed zajściem w ciążę (pijące alkohol ryzykownie, szkodliwie i uzależnione od alkoholu) i w okresie ciąży stanowią grupę podwyższonego ryzyka, zwłaszcza że w niemal połowie przypadków ciąża jest potwierdzona przez ginekologa dopiero po połowie pierwszego trymestru, zatem we wczesnym jej okresie, gdy płód jest szczególnie narażony na uszkodzenia alkoholem, a kobiety nie zmieniają intensywności spożywania alkoholu. Wynika z tego, że informacje na temat wzorów picia napojów alkoholowych przed ciążą, jak również edukacja, poradnictwo i interwencje powinny być podejmowane w stosunku do

kobiet w wieku prokreacyjnym nie tylko wtedy, kiedy potwierdzony już jest fakt zajścia w ciążę, ale zawsze wtedy, gdy picie alkoholu przez kobiety pozostające pod opieką ginekologów przekracza limity niskiego ryzyka szkód zdrowotnych.

3. Kolejną grupą ryzyka są matki, które już wcześniej urodziły dzieci z FASD. Z badań wynika, że prawdopodobieństwo alkoholowego uszkodzenia płodu wzrasta wraz z potwierdzonym rozpoznaniem FASD w jednej z poprzednich ciąż. Zasadne jest zatem gromadzenie przez ginekologów informacji nie tylko o przebiegu poprzednich ciąż, ale również o stanie zdrowia dzieci.

4. Deklarowana w badaniach świadomość negatywnych konsekwencji spożywania alkoholu w okresie ciąży nie stanowi wystarczającego bodźca do rzeczywistej zmiany zachowań kobiet. Wydaje się, że poprawa w tym obszarze może nastąpić wyłącznie w sytuacji powszechnego zaangażowania się pracowników opieki prenatalnej (lekarzy ginekologów, pielęgniarek, położnych) w profilaktykę szkód zdrowotnych, związanych z używaniem alkoholu i przyjmowaniem innych substancji psychoaktywnych.

5. Działania te powinny obejmować: powszechną edukację pacjentek, rutynowe gromadzenie danych na temat zachowań ryzykownych, poradnictwo, interwencję oraz monitoring zmiany zachowań.

6. Pytanie w wywiadzie medycznym o wzory spożywania alkoholu oraz edukowanie na temat ryzyka spożywania alkoholu w okresie ciąży powinny być częścią rutynowych działań pracowników służby zdrowia w stosunku do wszystkich kobiet w wieku prokreacyjnym, a zwłaszcza wobec kobiet planujących zajście w ciążę i będących w ciąży.

7. Informowanie i poradnictwo powinny być uzupełnione drukowanymi materiałami edukacyjnymi na temat ryzyka związanego z konsumpcją alkoholu w obszarze zdrowia prokreacyjnego, a zwłaszcza w czasie ciąży.

8. Skuteczna profilaktyka FASD wymaga identyfikacji kobiet, które w ciąży spożywają alkohol, oraz prowadzenia interwencji w celu zmniejszenia ryzyka zagrożeń dla płodu. Pracownicy służby zdrowia powinni zbierać od wszystkich ciężarnych kobiet informacje na temat picia przez nie alkoholu, tak jak gromadzą dane na temat diety, stylu życia, odżywiania się, wysiłku fizycznego czy zażywanych leków.

9. Każdej kobiecie będącej w ciąży lub planującej zajść w ciążę, która jest podejrzana o spożywanie alkoholu lub wobec której są udokumentowane dowody dotyczące spożywania alkoholu na niskim lub średnim poziomie, powinno się oferować udzielenie porady. Porada taka powinna być przeprowadzona na możliwie najwcześniejszym etapie ciąży i powinna być elementem rutynowej, przedporodowej opieki.

10. Aby działania pracowników służby zdrowia świadczących opiekę przedporodową były skuteczne, powinni oni posiadać właściwą, aktualną wiedzę na temat ryzyka wynikającego z ekspozycji płodu na alkohol oraz być przeszkoleni w stosowaniu krótkiej interwencji wobec kobiet pijących alkohol.

11. Celem krótkich interwencji jest zmiana zachowań związanych z piciem i towarzyszącym mu problemów. Interwencje są bardziej skuteczne, jeśli bierze w nich udział partner kobiety, wobec której taka interwencja jest podejmowana.

12. Rodzaj zastosowanej krótkiej interwencji zależy przede wszystkim od poziomu konsumpcji alkoholu przez przyszłą matkę, zaawansowania ciąży oraz wzoru używania alkoholu (picie ryzykowne, szkodliwe, uzależnienie od alkoholu).

13. Interwencja powinna zawierać:

- informację o naturze i skutkach działania alkoholu oraz o uszkodzeniach, które mogą być spowodowane przez alkohol,

- zindywidualizowaną reakcję na ryzyko aktualnego wzoru picia i wynikające z niego szkody,
- nacisk na indywidualną, osobistą odpowiedzialność pacjentki za zmianę,
- motywowanie do zredukowania poziomu konsumpcji alkoholu lub do zachowania abstynencji,
- ustanowienie celów (np. dotyczących dziennego lub tygodniowego poziomu spożycia alkoholu),
- wstępne przygotowanie do monitorowania zmiany zachowań w obszarze spożywania alkoholu przez kobietę podczas rutynowych wizyt u lekarza ginekologa sprawującego opiekę na ciężarną.

14. Interwencje powinny być wsparte drukowanymi materiałami edukacyjnymi dla pacjentek, zawierającymi szczegółowe informacje na temat konsekwencji spożywania alkoholu w okresie ciąży.

15. Ponieważ metoda krótkiej interwencji nie jest skuteczna wobec osób, które mają zaawansowane problemy alkoholowe, pracownicy odpowiedzialni za opiekę prenatalną powinni kierować takie pacjentki do specjalistycznego leczenia odwykowego. Kierowanie takie będzie skuteczniejsze, o ile pacjentki będą umiejętnie motywowane do skorzystania z pomocy specjalistów leczących uzależnienia oraz gdy lekarze ginekolodzy i pielęgniarzki położne będą w trakcie sprawowania rutynowej opieki prenatalnej monitorować problem picia i pozostawiania pod opieką specjalistów do spraw uzależnień.

16. Do specjalistycznej opieki powinny być kierowane również kobiety, które wcześniej urodziły dziecko uszkodzone alkoholem. Specjalistyczna opieka odwykowa powinna być łatwo dostępna dla wszystkich kobiet ciężarnych wymagających pogłębionej diagnostyki i leczenia uzależnienia od alkoholu.

17. W celu zwiększenia wiarygodności badań ankietowych, w kolejnych edycjach tych badań należy uwzględnić to, że moment badania ryzykownych zachowań kobiet, mogących mieć wpływ na stan zdrowia ich dzieci, jest szczególnie niesprzyjający w sytuacjach, gdy poród jest przedwczesny, oraz wtedy, kiedy matki dowiadują się o różnego rodzaju problemach zdrowotnych urodzonych dzieci. Wówczas trudno jest oczekiwać, iż oceniane zależności między deklarowanymi wzorami ryzykownych zachowań kobiet a zdrowiem ich potomstwa będą w pełni wiarygodne. Z tej przyczyny metodologia przyszłych badań powinna być poddana modyfikacji.

18. Weryfikacji powinna także podlegać ta część kwestionariusza badawczego, która dotyczy diagnostyki FASD, która nie może być uznana za wystarczającą, bowiem objawy FASD można dostrzec i ocenić u dziecka dopiero w kolejnych latach.

19. Cykliczność badania pozwoliłaby monitorować zmiany świadomości i zachowań kobiet oczekujących dziecka oraz zmiany w postępowaniu pracowników służby zdrowia wobec używania alkoholu, palenia papierosów i zażywania innych substancji psychoaktywnych przez kobiety ciężarne. Przeprowadzanie cyklicznych badań mogłoby mieć szczególne znaczenie ewaluacyjne w sytuacji powszechnego wdrożenia do praktyki w opiece nad matką i dzieckiem strategii profilaktycznych promujących abstynencję, nakierowanych przede wszystkim na kobiety w wieku rozrodczym (szczególnie zaś na grupy ryzyka) oraz na kobiety będące w ciąży.

10.4.3. Narkotyki i inne substancje psychoaktywne. Na podstawie badań, przeprowadzonych w 2010 r. na temat używania narkotyków i innych substancji psychoaktywnych przez kobiety w okresie poprzedzającym koncepcję i w okresie ciąży oraz wpływu narkotyków na zdrowie matek i dzieci, sformułowano wnioski i zalecenia dotyczące polityki zdrowotnej, programów profilaktycznych i leczniczych w tym zakresie, a także dalszych badań monitorujących

zachowania zdrowotne ciężarnych w Polsce i pogłębiających wiedzę o wpływie narkotyków i innych substancji psychoaktywnych na kondycję zdrowotną kobiet w ciąży i dzieci w naszym kraju.

1. Porównanie wyników badania kobiet po porodzie z wynikami badań kobiet z populacji generalnej zdaje się wskazywać na większe niedoszacowanie zjawiska używania substancji w tej grupie w stosunku do ogólnej populacji. Powodem tego mogą być warunki badania utrudniające uzyskanie szczerych odpowiedzi w tak delikatnej kwestii, jak używanie substancji, szczególnie tych nielegalnych.
2. Trzeba rozważyć możliwości zapewnienia respondentkom warunków pełnego poczucia bezpieczeństwa i komfortu psychicznego, a w szczególności przekonania o pełnej dyskrecji i anonimowości danych. W prowadzeniu takich badań zaleca się zastosowanie ankiety do samodzielnego wypełniania, którą respondentka powinna zwracać w zaklejonej kopercie, najlepiej wrzucając ją do zapieczętowanej urny.
3. Używanie narkotyków przez kobiety jest zjawiskiem rzadkim. Nawet jeśli udałoby się w większym stopniu uniknąć zatajania przez respondentki używania narkotyków, to i tak liczba aktualnych użytkowniczek wśród kobiet po porodzie będzie zapewne niewielka.
4. Użycie takiej metody, jaka została zastosowana w tym badaniu, nie daje pełnej możliwości uchwycenia wpływu aktualnego używania substancji na kondycję dziecka. Zmiana schematu badawczego lub wielokrotne zwiększenie próby, a także wyszukanie kobiet, które są aktualnymi użytkowniczkami narkotyków i dobranie dla nich grupy kontrolnej (schemat doboru parami) pozwoliłoby na zwiększenie wiarygodności badania.
5. Używanie leków uspokajających i nasennych bez przepisu lekarza jest także słabo rozpowszechnione. Wydaje się, że zachowanie to w kontekście ciąży może także mieć charakter stygmatyzujący, dlatego modyfikacja metodologii badawczej powinna być podobna jak w przypadku narkotyków.
6. Chociaż wyniki badania zdają się sugerować, że zjawiska okazjonalnego używania narkotyków oraz przyjmowania leków uspokajających i nasennych bez zaleceń lekarza nie stanowią, jak na razie, w naszym kraju istotnego zagrożenia zdrowia noworodków, co wynika z ich minimalnego rozpowszechnienia, to wniosek ten trzeba opatrzyć zastrzeżeniem niepewności co do rozmiarów możliwego niedoszacowania w efekcie zatajania używania substancji przez kobiety badane na oddziałach położniczych.

Wybór piśmiennictwa

Palenie tytoniu

- Borkowski W., Mielniczuk H. (2005), *Uwarunkowania palenia papierosów i zmiany nawyków palenia u kobiet w czasie ciąży*, „Przegląd Epidemiologiczny”, 59(4), 987–995.
- Brzeziński Z., Szymborski J., Zatoński W. (1999), *Zdrowotne następstwa biernego palenia tytoniu*, w: Zatoński W., Przewoźniak K., red., *Palenie tytoniu w Polsce: postawy, następstwa zdrowotne i profilaktyka*, Wydanie drugie, Centrum Onkologii-Instytut, Warszawa, 249–264.
- Florek E., Piekoszowski W., Bręborowicz G.H., Pach D., Pasich A. (2004), *Ocena ankietowa i biochemiczna palenia tytoniu przez kobiety rodzące*, „Przegląd Lekarski”, 61(4), 345–347.
- Nakonieczna-Rudnicka M., Bachanek T., Grajewska I. (2008), *Palenie papierosów przez matki noworodków i dzieci młodszych z regionu lubelskiego – badania ankietowe*, „Przegląd Lekarski”, 65(10), 591–594.

- Pasińska M., Przybylski G., Haus O., Ludwikowski G. (2009), *Rozpowszechnienie palenia tytoniu wśród par z niepowodzeniami ciążowymi z Poradni Genetycznej Szpitala Uniwersyteckiego im. dr. A.Jurasza w Bydgoszczy*, „Medycyna Pracy”, 60(2), 117–123.
- Perz S., Gaca M., Mniszak M., Wesół D. (2006), *Rozpowszechnienie palenia tytoniu wśród ciężarnych i narażenie niemowląt na dym tytoniowy*, „Przegląd Lekarski”, 63(10): 1063–1065.
- Polańska K., Hanke W. (2004), *Palenie papierosów przez kobiety ciężarne a przebieg i wynik ciąży – przegląd badań epidemiologicznych*, „Przegląd Epidemiologiczny”, 58(4), 683–691.
- Polańska K., Hanke W., Sobala W., Jurewicz J. (2007), *Ekspozycja na dym tytoniowy kobiet w ciąży – wyniki badania prospektywnego w regionie łódzkim*, „Przegląd Lekarski”, 64(10), 824–826.
- Szamotulska K., Brzeziński Z.J. (2000), *Palenie tytoniu przez kobiety ciężarne a stan biologiczny noworodka w Polsce*, „Alkoholizm i Narkomania”, 13(3), 389–398.
- Szamotulska K., Brzeziński Z.J. (2001), *Stan zdrowia dzieci i młodzieży w Polsce*, w: Januszewicz P., Szymborski J., red., *Zdrowie naszych dzieci. Uwarunkowania, zagrożenia i problemy, kierunki rozwiązań systemowych*, Rozdz. VI, Instytut Matki i Dziecka, Warszawa, 97–111.
- Szyborski J., Borkowski W., Ołtarzewski M., Mazur J. (2001), *Epidemiologia i zdrowotne następstwa biernego palenia tytoniu*, w: Szyborski J., Laskowska-Klita T., Mazur J., red., *Zdrowie naszych dzieci. Dzieciństwo wolne od tytoniu*, Rozdz. IV, Instytut Matki i Dziecka, Warszawa, 109–125.
- Zatoński W. (2007), *Tobacco use*, w: Niemiec T., red., *Women's reproductive health in Poland 2006*, Instytut Matki i Dziecka, United Nations Development Program, Ministerstwo Zdrowia, Warszawa.
- Zatoński W., Radzikowska K., Przewoźniak K. (2003), *Jak rozmawiać o nalogu palenia papierosów z kobietami w ciąży z grup „wysokiego ryzyka”?* Tom 1, *Poradnik dla osób zapewniających pomoc i wsparcie*, Wydanie IV, Centrum Onkologii-Instytut, Warszawa.
- Zatoński W., Radzikowska K., Przewoźniak K. (2003), *Jak rozmawiać o nalogu palenia papierosów z kobietami w ciąży z grup „wysokiego ryzyka”?* Tom 2, *Poradnik dla kobiet w ciąży rzucających palenie*, Wydanie IV, Centrum Onkologii-Instytut, Warszawa.
- Żołnierczuk-Kieliszek D., Chemperek E., Koza M. (2004), *Uwarunkowania palenia tytoniu przez kobiety ciężarne*, „Ann. UMCS” Sect. D, 59(1), 163–168.

Picie alkoholu

- Aase J.M. (1998), *Kliniczne rozpoznawanie Alkoholowego Zespołu Płodowego. Trudności w wykrywaniu i diagnostyce*, w: *Uszkodzenia płodu wywołane alkoholem*, PARPA.
- Anderson P., Gual A., Colom J. (2007), *Alkohol i podstawowa opieka zdrowotna. Kliniczne wytyczne rozpoznawania i krótkiej interwencji*, Wydawnictwo PARPAMEDIA.
- Basińska A. (2007), *Rozmowy o uzależnionych kobietach*, J. Krzewicki, M. Zdziarski, red., Wyd. OTUłony w nadzieję.
- Burden M.J., Westerlund A., Muckle G., Dodge N., Dewailly E., Nelson C.A., Jacobson S.W., Jacobson J.L. (2011), *The Effects of Maternal Binge Drinking During Pregnancy on Neural Correlates of Response Inhibition and Memory in Childhood*, „Alcoholism, Clinical and Experimental Research”, 35(1), 69–82.
- Gifford A.E., Farkas K.J., Jackson L.W., Moltano C.D., Jacobson J.L., Jacobson S.W., Bearer C.F. (2010), *Assessment of benefits of a universal screen for maternal alcohol use during pregnancy. Birth Defects Research. Part A*, „Clinical and Molecular Teratology”, 88(10), 838–846.
- Jacobson J., Jacobson S. (1998), *Narażenie na działanie alkoholu w życiu płodowym a rozwój neurobehavioralny. Gdzie leży granica ryzyka*, w: *Uszkodzenia płodu wywołane alkoholem*, PARPA.
- Johnson K.E., Sobell M.B., Sobell L.C. (2010), *Using one question to identify women at risk for an alcohol-exposed pregnancy*, „Journal of American Osteopathic Association”, 110(7), 381–384.

- Kelly Y.J., Sacker A., Gray R., Kelly J., Wolke D., Head J., Quigley M.A. (2010), *Light drinking during pregnancy: still no increased risk for socioemotional difficulties or cognitive deficits at 5 years of age?* "Journal of Epidemiology and Community Health", Oct.
- Moskalewicz J. (2007), *Problemy zdrowia prokreacyjnego związane z konsumpcją alkoholu*, „Alkoholizm i Narkomania”, 1(20).
- Ornoy A., Ergaz Z. (2010), *Alcohol abuse in pregnant women: effects on the fetus and newborn, mode of action and maternal treatment*, "International Journal of Environmental Research and Public Health", 7(2), 364–379.
- Robinson M., Oddy W.H., McLean N.J., Jacoby P., Pennell C.E., De Klerk N.H., Zubrick S.R., Stanley F.J., Newnham J.P. (2010), *Low-moderate prenatal alcohol exposure and risk to childbehavioural development: a prospective cohort study*, "International Journal of Obstetrics and Gynaecology", 117(9), 1139–1152.
- Todorow M., Moore T.E., Koren G. (2010), *Investigating the effects of low to moderate levels of prenatal alcohol exposure on child behaviour: a critical review*, "Journal of Population Therapeutics and Clinical Pharmacology", 17(2), 323–330.

Używanie narkotyków

Annual Report 2006: selected issues, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction.

- Briggs G.G. et al. (2005), *Drugs in pregnancy and lactation*, Lippincott Williams and Wilkins, Philadelphia, PA.
- Gerada C., Dave S., Farrell M. (1990), *Management of the pregnant opiate users*, "British Journal of Hospital Medicine", 43.
- Hedrich D. (2000), *Problem Drug Use by Women. Focus on Community-based Prevention*, Pompidou Group, Strasbourg.
- Krajewska M., *Macierzyństwo przez pryzmat uzależnienia. Badania pilotażowe. Raport z badania*, Krajowe Biuro do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii i Krakowskie Towarzystwo Pomocy Uzależnionym.
- Olofsson M. (1998), *Consequences of drug use during pregnancy*, w: Pompidou Group Symposium on Pregnancy and Drug Misuse (Strasbourg, 6–7.03.1997), Proceedings. Council of Europe Publishing, Strasbourg.
- Sierosławski J., (2003), *Substancje psychoaktywne. Postawy i Zachowania*, „Serwis Informacyjny Narkomania”, 2(21).
- Sierosławski J. (2007), *Używanie alkoholu i narkotyków przez młodzież szkolną. Raport z ogólnopolskich badań ankietowych zrealizowanych w 2007 r.*, Europejski program badań ankietowych w szkołach ESPAD (<http://www.narkomania.gov.pl/>).
- Sierosławski J. (2007), *Narkotyki*, w: T. Niemiec, red., *Raport: Zdrowie kobiet w wieku prokreacyjnym 15–49 lat. Polska 2006*, Program Narodów Zjednoczonych ds. Rozwoju oraz Ministerstwo Zdrowia, Warszawa, 73–75.
- Spaczyński R.Z., Pawelczyk L. (2005), *Profilaktyka i epidemiologia niepłodności*, w: *Profilaktyka w położnictwie, ginekologii i neonatologii*, Słomko Z., Drews K., Niemiec T., red., Polskie Towarzystwo Ginekologiczne, Poznań.
- Substance abuse and mental health administration. Results from the 2006 survey on drug use and health: National findings. Office of Applied Studies*, NSDUH Series H-32, DHHS, Publication No. SMA 07-4293, Rockville, MD, 2007.
- Tylor A. (1993), *Women Drug Users. An Ethnography of a Female Injecting Community*, Claredon Press, Oxford.

Rozdział 11.

ZAMIAST PODSUMOWANIA – GŁÓWNE WNIOSKI I REKOMENDACJE*

W pierwszej dekadzie transformacji ustrojowej obserwowano w Polsce wzrost przeciętnej długości życia, systematyczny spadek umieralności niemowląt oraz obniżanie umieralności z powodu choroby niedokrwiennej serca. Te korzystne zmiany były wynikiem zarówno prozdrowotnych zmian w stylu życia ludności, zwłaszcza wzrostu spożycia tłuszczów roślinnych, jak i realizowanych wówczas programów polityki zdrowotnej państwa.

W kolejnej dekadzie transformacji nastąpiło jednak spowolnienie trendu wzrostu długości życia z narastaniem dysproporcji w stosunku do przeciętnych wskaźników w krajach Unii Europejskiej. Polska należy do krajów UE o najwyższym wskaźniku redukcji długości trwania życia w wyniku przedwczesnej umieralności, zwłaszcza z powodu chorób nowotworowych i chorób układu krążenia.

Tym niekorzystnym trendom zdrowotnym towarzyszy nasilająca się od 2002 r. dysfunkcja systemu publicznej ochrony zdrowia, czego wyrazem są: niska pozycja zdrowia publicznego, w tym promocji zdrowia; zakłócenia w funkcjonowaniu opieki podstawowej, ambulatoryjnego leczenia specjalistycznego, problemy w funkcjonowaniu leczenia stacjonarnego, niedostatki w opiece nad matką i dzieckiem, zwłaszcza nad młodzieżą szkolną.

Poważne wyzwania dla polityki zdrowia publicznego związane są z kształtowaniem się demograficznej przyszłości Polski. Tylko z powodu starzenia się populacji zwiększy się znacznie odsetek osób potrzebujących podstawowej i specjalistycznej opieki medycznej. Jeżeli nie zaistnieją inne czynniki o charakterze pozytywnym, związane z rozwojem promocji zdrowia – pogorszy się stan zdrowia ludzi starszych, wzrośnie odsetek populacji obciążonej niepełnosprawnością i chorobami przewlekłymi, co zwiększy zarówno potrzeby, jak i wydatki na świadczenia medyczne oraz usługi opiekuńcze.

W niniejszym rozdziale podjęto próbę podsumowania przedstawionych w tej książce poszerzonych analiz eksperckich przez prezentację głównych wniosków odnoszących się do diagnozy sytuacji zdrowotnej w obrębie istotnych z punktu widzenia polityki ludnościowej priorytetów zdrowia publicznego oraz rekomendacji, które powinny stanowić podstawę dalszych prac programowych, wdrożeniowych oraz analityczno-studialnych.

* Opracowanie: Janusz Szymborski.

Zdrowie matek oraz dzieci przed urodzeniem i noworodków

Diagnoza

1. Przeobrażenia demograficzne obserwowane w ostatnim dwudziestoleciu wyrażają się m.in. przesunięciem najwyższej płodności kobiet z grupy wieku 20–24 lata do grupy 25–29 lat, a także znaczącym wzrostem płodności w grupie wieku 30–34 lata. Przesuwa się także średni wiek matki, który w 2010 r. wynosił 28,6 lat, wobec około 26 lat w połowie lat 90., jak i średni wiek matki w momencie urodzenia pierwszego dziecka – 26,6 lat w 2010 r. wobec około 23 lat w latach 90.
2. Późniejsze podejmowanie decyzji o urodzeniu dziecka jest jednym z najważniejszych czynników wpływających na zmniejszenie płodności całej populacji kobiet. Innym obserwowanym zjawiskiem jest wzrost od 2006 r. płodności kobiet w wieku 15–19 lat. Ten stan rzeczy może zwiększać częstość wcześniactwa, powikłań ciąży i porodu. Rośnie liczba urodzeń pozamażeńskich, co może negatywnie wpływać na sytuację zdrowotną matki i dziecka. Korzystnie na stan zdrowia prokreacyjnego oddziałują zmiany struktury wykształcenia kobiet i znaczący wzrost urodzeń przez kobiety z wykształceniem wyższym.
3. Jakość informacji odnośnie do stanu zdrowia prokreacyjnego populacji mierzonego m.in. częstością niepełności, zgonów okołoporodowych płodów i noworodków czy zgonów matek) jest w Polsce niewystarczająca wskutek niepodjęcia badań epidemiologiczno-klinicznych, braku programów zdrowotnych dotyczących zdrowia prokreacyjnego i słabości nadzoru specjalistycznego. Brak informacji o czynnikach ryzyka, brak pogłębionych indywidualnych analiz niepowodzeń prokreacji utrudnia utworzenie i wdrożenie skutecznych programów z zakresu profilaktyki pierwotnej i wtórnej.
4. Brak jest precyzyjnych danych epidemiologicznych odnośnie do chorób przenoszonych drogą płciową, choroby te nie są obecnie zgłaszane do rejestru zachorowań, a stosowane metody diagnostyki są niepewne. Nie ma w Polsce programu zdrowotnego ukierunkowanego na profilaktykę pierwotną, wczesne wykrywanie i leczenie chorób przenoszonych drogą płciową.
5. Poradnictwo w zakresie planowania rodziny nie spełnia wymagań jakościowych. Osoby zainteresowane nie otrzymują zwykle wystarczających informacji o skuteczności, objawach ubocznych i mechanizmie działania metod i środków planowania rodziny. W rezultacie ich niekontrolowane, długotrwałe stosowanie bywa przyczyną powikłań zdrowotnych.
6. Nie ma wiarygodnych badań epidemiologicznych określających częstość niepełności, prawdopodobnie dotyczy ona około 10–15% małżeństw. Nie powstał do tej pory program prewencji niepełności w Polsce. Brakuje też wyspecjalizowanych, wielodyscyplinarnych ośrodków zajmujących się leczeniem niepełności, usługi medyczne są rozproszone, reprezentują zróżnicowany poziom. Narodowy Fundusz Zdrowia nie finansuje nowoczesnych metod leczenia niepełności ani procedur sztucznego rozrodu.
7. Częstość martwych urodzeń w Polsce przestała się zmniejszać w ostatnich latach, co może być skutkiem niewystarczających działań nakierowanych na identyfikację i usuwanie czynników ryzyka (m.in. otyłości, palenia papierosów, opóźniania decyzji prokreacyjnych), poprawę opieki medycznej podczas ciąży, wczesne rozpoznawanie hipotrofii płodu i szczególnie przyczynową. analizę każdego przypadku martwego urodzenia. Współczynnik umieralności okołoporodowej w latach 2000–2010 zmniejszył się z 9,7‰ do 6,8‰. Na wielkość tego współczynnika wpływa częstość urodzeń dzieci o małej wadze urodzeniowej (poniżej 2500 g). W roku 2008 częstość urodzeń w klasie masy urodzeniowej poniżej 2500 g w Polsce wynosiła 6,0‰. Najwięcej takich dzieci urodziło się w województwach zachodnich i północnych.

8. Promocja zdrowia i profilaktyka w większości województw pozostają poza zasięgiem zainteresowania instytucji i osób, które mają wpływ na poziom opieki medycznej nad matkami i dziećmi. Opieka szpitalna i ambulatoryjna, w tym środowiskowa, funkcjonują niezależnie od siebie, ordynatorzy oddziałów zostali pozbawieni możliwości kontroli, szkolenia, koordynacji.
9. W wielu rejonach kraju zarzucono stosowanie zasad trójstopniowej opieki nad kobietą ciężarną. Opieka ambulatoryjna podczas ciąży jest prowadzona bez nadzoru, ciężkie powikłane nie są kierowane do poradni konsultacyjnych, bo ich zwykle nie ma. W rezultacie w przypadkach powikłań kwalifikowana pomoc pojawia się za późno. Istnieją duże trudności w niektórych województwach ze skierowaniem do ośrodków referencyjnych przypadków powikłań ciąży, zagrożenia porodem przedwczesnym. Narastają problemy w wyposażeniu oddziałów neonatologicznych w odpowiedni sprzęt i aparaturę medyczną.
10. Przewlekane jest tworzenie podstaw legislacyjnych służących poprawie opieki okołoporodowej. Ukazujące się nowe regulacje prawne, takie jak Rozporządzenie Ministra Zdrowia dotyczące opieki podczas prawidłowo przebiegającej ciąży i porodu z dnia 8 kwietnia 2011 roku, są niepełne, nieskorelowane z przepisami narzuconymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia, wewnętrznie sprzeczne odnośnie do kwestii medykalizacji ciąży i porodu, niezgodne z racjonalnością ekonomiczną i ze współczesną wiedzą medyczną w przypadku niektórych obowiązkowych badań profilaktycznych.

Rekomendacje

Główne kierunki działań zaradczych w opiece nad matką i dzieckiem obejmują: poprawę stanu zdrowia kobiet w wieku prokreacyjnym w celu zmniejszenia częstości schorzeń narządów płciowych, w tym nowotworów, oraz zaburzeń płodności; poprawę szans realizacji planów prokreacyjnych poprzez zmniejszenie częstości niepowodzeń prokreacji: poronień, wad rozwojowych, wcześniactwa, martwych urodzeń, zachorowań i zgonów noworodków; optymalizację warunków do bezpiecznego macierzyństwa, małej częstości zgonów i ciężkich zachorowań kobiet w związku z ciążą, porodem i położeniem w następstwie realizacji programu kształcenia rodziców i poprawy jakości opieki położniczej. Osiągnięcie tych celów uwarunkowane jest podjęciem wymienionych poniżej działań szczegółowych, finansowanych ze środków publicznych.

1. Kształtowanie wśród dziewcząt i chłopców – przyszłych rodziców – prozdrowotnych postaw, odpowiedzialności za własne zdrowie oraz przeciwdziałanie zachowaniom niesprzyjającym zdrowiu prokreacyjnemu: przedwczesnej inicjacji seksualnej, uzależnieniom i chorobom przenoszonym drogą płciową.
2. Upowszechnianie w całym społeczeństwie zachowań sprzyjających zdrowiu i realizacji planów prokreacyjnych.
3. Przygotowanie i upowszechnienie programu prewencji niepłodności.
4. Upowszechnienie poradnictwa przedciążowego w celu zmniejszenia częstości poronień, wad rozwojowych u potomstwa i innych niepowodzeń położniczych.
5. Prewencja wcześniactwa oraz małej urodzeniowej masy ciała.
6. Poprawa dostępności, skuteczności i jakości okołoporodowej opieki medycznej profilaktyczno-leczniczej, zarówno ambulatoryjnej jak i szpitalnej, dostosowanej do stanu zdrowia, potrzeb i oczekiwań matek i ich dzieci podczas ciąży, porodu i położu.
7. Upowszechnienie inicjatywy „Szpital Przyjazny Dziecku” poprzez włączenie wszystkich szpitali położniczo-noworodkowych do realizacji programu promocji karmienia piersią.

8. Zmniejszenie zagrożeń dla zdrowia prokreacyjnego kobiet (w tym zaburzeń płodności, powikłań następnych ciąż i porodów) i zdrowia dzieci poprzez ograniczanie częstości wykonywania cięć cesarskich.
9. Przygotowanie i wdrożenie modelu bezpiecznego porodu poza szpitalem.
10. Modyfikacja i konsekwentne wdrażanie trójstopniowego systemu organizacji opieki okołoporodowej dostosowanej do stopnia i rodzaju ryzyka oraz systemu zarządzania jakością.
11. Zorganizowanie i wdrożenie nadzoru merytoryczno-organizacyjnego i ordynatorskiego, usprawnienie nadzoru specjalistycznego w opiece zdrowotnej nad matką i dzieckiem w celu zmniejszenia częstości zgonów okołoporodowych, zachorowań płodów i noworodków oraz umożliwienia dzieciom pełnej realizacji ich potencjału rozwojowego.
12. Edukacja i wsparcie rodziców po porodzie w celu ułatwienia im radzenia sobie w trudnościach dotyczących zdrowia matki, dziecka i funkcjonowania powiększonej rodziny.
13. Zapewnienie kompleksowej środowiskowej opieki medycznej nad matkami i noworodkami, uwzględniającej karmienie naturalne.
14. Zapewnienie równego dostępu do świadczeń medycznych, badań przesiewowych, szkół rodzenia, dostosowanej do potrzeb systemowej pomocy medycznej i socjalnej rodzinom wielodzietnym oraz pochodzącym ze środowisk zaniedbanych ekonomicznie i kulturowo, z rodzin niewydolnych wychowawczo bądź patologicznych, przeciwdziałanie zdrowotnym następstwom ubóstwa, marginalizacji i wykluczenia społecznego.
15. Udoskonalenie i konsekwentne wdrażanie systemu zbierania informacji pozwalającego na systematyczne prowadzenie analiz umożliwiających identyfikację czynników ryzyka, analizę przyczyn niepowodzeń i powikłań zdrowotnych oraz optymalizację opieki medycznej i usprawnianie postępowania profilaktyczno-leczniczego.
16. Wdrożenie standardów postępowania profilaktyczno-leczniczego podczas prawidłowo przebiegającej ciąży i porodu oraz w przypadkach powikłań ciąży i porodu.
17. Monitorowanie wyposażenia zakładów opieki zdrowotnej, systemu szkolenia oraz zasobów kadr medycznych.
18. Usunięcie niedoborów lekarzy ginekologów, neonatologów i pediatrów, anestezjologów oraz pielęgniarek i położnych, zapewnienie im stabilizacji zawodowej.
19. Poprawa systemu finansowania opieki zdrowotnej nad matkami i dziećmi uwzględniającego nie tylko koszty leczenia, ale również promocji zdrowia, sprzyjającego wprowadzaniu nowych technologii medycznych. Stworzenie we współpracy z Narodowym Funduszem Zdrowia mechanizmu cyklicznej analizy i oceny procedur medycznych.
20. Tworzenie prawa sprzyjającego prawidłowemu przebiegowi procesów prokreacji.
21. Wspieranie prac naukowo-badawczych oraz opracowań dotyczących oceny i zmniejszania wpływu czynników ryzyka, sytuacji demograficznej i epidemiologicznej, społecznych warunków zdrowia matek i dzieci oraz prognozowania kierunków zmian.
22. Wspieranie lokalnych inicjatyw prozdrowotnych, współpraca z organizacjami pozarządowymi.

Zdrowie dzieci i młodzieży

Diagnoza

1. Odsetek dzieci i młodzieży w ogólnej populacji maleje nieprzerwanie od połowy lat 80. ubiegłego wieku. W roku 1990 dzieci i młodzież w wieku 0–17 lat stanowili prawie 30% społeczeństwa, zaś na początku tego wieku tylko niespełna 25%. W roku 2010

było 5758 tys. dzieci w wieku 0–14 lat, tj. 15,1% ogółu ludności wobec prawie 25% w 1990 roku. Przewiduje się, że liczba dzieci i młodzieży w wieku 0–18 lat zmniejszy się z 7884,3 tys. w 2008 r. do 6020,1 tys. w 2035 r., tj. o ponad 1,8 mln osób, a udział dzieci i młodzieży w populacji ogółem wyniesie tylko 16,7%. Populacja dzieci w wieku do 14 lat zmniejszy się w 2035 r. o 1,4 mln.

2. Ocena stanu zdrowia dzieci i młodzieży, dokonywana na podstawie danych na temat umieralności oraz informacji uzyskanych z rejestrów zachorowań i procedur profilaktycznych podlegających obowiązkowemu zgłaszaniu, choć wykorzystuje najbardziej dostępne dane, nie jest oceną najpełniejszą i najbardziej przydatną w praktyce do skutecznego działania na rzecz poprawy sytuacji zdrowotnej młodego pokolenia.
3. W Polsce z roku na rok obserwuje się spadek liczby zgonów niemowląt. W 2010 r. odnotowano zgony 2057 niemowląt, a współczynnik wyrażający liczbę zgonów niemowląt na 1000 urodzeń żywych wyniósł 5,0‰ i był o 0,6‰ niższy niż w 2009 r. – dla porównania w 1990 r. wynosił 19,3‰, a w 2000 r. – 8,1‰. Przyczyną ponad połowy zgonów niemowląt są choroby i stany okresu okołoporodowego, 1/3 zgonów spowodowana jest wadami rozwojowymi, a pozostałe zgony są skutkiem chorób nabytych w okresie niemowlęcym lub urazów.
4. W Polsce notuje się także spadek umieralności dzieci i młodzieży, najszybszy w grupie wiekowej 1–4 lata. Najczęstszą przyczyną zgonów dzieci i młodzieży w wieku 1–19 lat są urazy i zatrucia, które odpowiadają za ponad połowę zgonów, przy czym w populacji 15–19 lat przyczyniają się do ponad 60% wszystkich zgonów. Są to przede wszystkim urazy spowodowane wypadkami komunikacyjnymi (prawie 50% zgonów w wyniku urazów). Samobójstwa stanowią 23% zgonów z przyczyn zewnętrznych w populacji wiekowej 5–19 lat, przy czym obserwuje się niepokojący trend wzrostowy – na początku lat 90. samobójstwa stanowiły około 10% zgonów spowodowanych urazami.
5. Według badań GUS, dzieci częściej niż w badaniu sprzed pięciu lat chorują obecnie na choroby przewlekłe zwłaszcza na różnego rodzaju alergie.
6. Niemal co szóste dziecko ma długotrwałe problemy zdrowotne, w tym ograniczające jego aktywność w porównaniu z rówieśnikami i/lub wymagające korzystania z pomocy dodatkowych urządzeń, a są to głównie problemy ze wzrokiem; prawie 180 tys. dzieci dotyka niepełnosprawność; co czwarty młody człowiek w wieku 15–19 lat cierpi na chorobę przewlekłą, u jednej piątej populacji występują długotrwałe problemy zdrowotne, ponad 100 tys. młodzieży okazuje się niepełnosprawna.
7. Co czwarty młody człowiek w wieku 15–19 lat odczuwał ból i dyskomfort fizyczny w ciągu ostatnich 4 tygodni przed badaniem i podobny jest udział młodzieży uskarżającej się stale lub przez większość dni na złe samopoczucie psychiczne; wykazano, że w okresie dojrzewania znacznemu pogorszeniu ulega samoocena zdrowia fizycznego i psychospołecznego, młodzież coraz częściej podejmuje ryzykowne zachowania.
8. Dwie trzecie dzieci i ponad połowa młodzieży w ciągu ostatnich dwóch tygodni przed badaniem zażywała leki, przy czym niepokojący jest wysoki poziom konsumpcji leków na receptę i bez recepty na różnego rodzaju dolegliwości bólowe oraz częstość stosowania antybiotyków przepisywanych przez lekarza.
9. W 2009 r. ponad 1,1 mln pacjentów do 18. roku życia było leczonych w szpitalach, w izbach przyjęć lub w szpitalnych oddziałach ratunkowych; w szpitalach udzielono pomocy ponad 1 mln dzieci; w ramach ambulatoryjnej, specjalistycznej opieki zdrowotnej udzielono dzieciom i młodzieży 14,9 mln porad, a w podstawowej opiece zdrowotnej 37,3 mln porad.

10. Przedmiotem uzasadnionego niepokoju jest niezadowalający stan opieki nad dziećmi i młodzieżą z zaburzeniami zdrowia psychicznego wynikający z jednej strony ze wzrostu chorobowości, a z drugiej – ze zmniejszania się liczby psychiatrów dziecięcych. Problemy zdrowia psychicznego w okresie dorastania często przejawiają się w formie agresji i przemocy wobec innych osób i wobec samego siebie. Stany depresyjne wśród dzieci i młodzieży przyczyniają się na ogół do pogorszenia osiągnięć edukacyjnych, do zachowań antyspołecznych, nadużywania alkoholu, narkomanii oraz do ciężkich zaburzeń odżywiania. Lecznictwo psychiatryczne dla dzieci i młodzieży w Polsce boryka się ze stale rosnącym zapotrzebowaniem na świadczenia i zmniejszającą się liczbą specjalistów w tej dziedzinie medycyny.
11. Różnego rodzaju wypadki, urazy i zatrucia dotyczą 4,4% populacji dzieci oraz 7,4% populacji młodzieży, przy czym prawie 200 tys. uczniów uległo wypadkowi w czasie nauki lub pobytu w placówce wychowawczej; w 2009 r. prawie 13 tys. dzieci leczono w szpitalnych oddziałach ratunkowych. Mimo że wypadki i urazy u dzieci i młodzieży są w Polsce poważnym problemem zdrowia publicznego, to z raportu opracowanego w ramach Programu Zdrowia Publicznego Komisji Europejskiej „Planowanie Działań na rzecz Bezpieczeństwa Dzieci”, wynika, że w Polsce nie ma planowej i skutecznej polityki oraz programów w obszarze prewencji upadków, oparzeń, zatruc, uduszeń i zadławień, a także w zakresie bezpieczeństwa dziecka jako rowerzysty, bezpieczeństwa w wodzie oraz prewencji utonięć.
12. Według GUS, ponad 300 tys. dzieci i ponad 210 tys. młodych ludzi było w ciągu ostatniego roku narażonych na przestępstwo, przemoc, akty wandalizmu w domu lub w pobliżu miejsca zamieszkania; z kolei wyniki badań HBSC wykazują, że niemal jedna trzecia uczniów w wieku 11–15 lat w Polsce była ofiarami dręczenia przez innych uczniów w szkole; odsetek uczniów, którzy 2–3 razy w miesiącu lub częściej dokuczali innym uczniom w szkole zwiększa się u chłopców od 14,7% w wieku 11 lat do 18,4% w wieku 15 lat; wykorzystywanie seksualne dzieci przez osoby dorosłe wydaje się poważnym problemem społecznym, szacuje się bowiem, że w Polsce, podobnie jak w innych krajach Unii Europejskiej, zjawisko to dotyczy około 10–20% dzieci.
13. W ostatnich latach zauważalne jest zwiększanie się średniej masy ciała prawie dla każdego rocznika wieku, zwłaszcza u dzieci w wieku 9 lat i więcej; według badań GUS co szósty dorastający chłopiec ma nadwagę i otyłość, i jest to zjawisko notowane trzykrotnie częściej niż u dziewcząt, natomiast niedowaga występuje u co szóstej dorastającej kobiety – blisko dwukrotnie częściej niż u chłopców.
14. Wyniki badań GUS wykazują, że około trzy czwarte dzieci powyżej szóstego miesiąca życia zjada owoce i warzywa codziennie, jednak niemal połowa z nich czyni to tylko 1 raz dziennie, co dziesiąte dziecko bardzo rzadko konsumuje owoce i warzywa; zbliżone wskaźniki odnoszą się do picia soków owocowych lub warzywnych; częstość spożycia warzyw, owoców i soków maleje wraz z wiekiem dziecka.
15. Z monitoringu sprawności fizycznej dzieci wynika, że poziom sprawności i wydolności fizycznej dzieci i młodzieży w Polsce systematycznie się pogarsza, co kontrastuje z obserwowaną w tym samym czasie poprawą wskaźników rozwoju somatycznego; według badań GUS, prawie co siódme dziecko w wieku 6–14 lat nie przejawia innej aktywności fizycznej poza obowiązkowymi lekcjami w szkole, a co szóste czyni to rzadko; z kolei codzienne czynności wymagające dużego wysiłku fizycznego wykonuje tylko co czwarty młody człowiek średnio przez 1 godzinę, a wykonywanie czynności wymagających umiarkowanego wysiłku fizycznego przez niewiele ponad 1 godzinę dziennie deklaruje dwie trzecie młodzieży; dzieci w wieku 2–14 lat spędzają przed ekranem telewizora lub monitorem komputera średnio 2,4 godziny dziennie.

16. Wyniki badań GUS wskazują, że tylko dwie trzecie młodych osób w wieku 15–19 lat miało kiedykolwiek dokonany przez lekarza lub pielęgniarkę pomiar ciśnienia tętniczego krwi, przy czym tylko nieco ponad połowa tych osób ma aktualne wyniki badania z ostatnich 12 miesięcy; można szacować, że znaczący odsetek młodzieży, która nie miała wykonanego pomiaru ciśnienia tętniczego, wchodzi w dorosłość z nierozpoznanym nadciśnieniem tętniczym, będącym istotnym czynnikiem ryzyka chorób układu krążenia i przedwczesnej umieralności z tej przyczyny; szczególnie niepokoi brak poprawy sytuacji w porównaniu do poprzedniego badania GUS, co może świadczyć o utrwalonych zaniedbaniach w zakresie profilaktyki zdrowotnej wśród młodzieży.
17. Stwierdza się poważne zaniedbania stanu zdrowia jamy ustnej wśród dzieci i młodzieży, szczególnie w środowisku wiejskim i w rodzinach o gorszym statusie materialnym; wśród siedmiolatków oznaki próchnicy ma około 90% dzieci, a wśród dzieci 12-letnich odsetek próchnicy jest tylko niewiele niższy; mimo zatrważającego rozpowszechnienia próchnicy, tylko co szóste dziecko jest objęte programem zapobiegania próchnicy; programy profilaktyczne, których celem jest m.in. hamowanie przyrostu i postępu próchnicy, nie są dostępne dla dzieci uczęszczających do szkół w wielu regionach kraju.
18. Brak systemu medycyny szkolnej pociąga za sobą narastanie zagrożeń i problemów zdrowotnych młodego pokolenia.

Rekomendacje

1. Nadanie opiece nad dzieckiem rzeczywistego priorytetu w polityce państwa powinno się wyrażać przede wszystkim w przyjęciu Narodowej Strategii na rzecz Zdrowia i Rozwoju Dzieci i Młodzieży, której strategicznym celem powinno być zapewnienie dzieciom i młodzieży w naszym kraju możliwości pełnego realizowania ich potencjału zdrowia i rozwoju, a także zmniejszenie chorobowości i umieralności z przyczyn, którym można zapobiegać.
2. Do strategicznych obszarów zainteresowania zdrowia publicznego należy zaliczyć problemy zdrowotne w dwóch specyficznych okresach rozwojowych: okresie okołoporodowym i w wieku dorastania. Zdrowie matki i noworodka ma oczywisty wpływ na zdrowie i rozwój w następującym potem dzieciństwie. Podobnie stan zdrowia i poziom rozwoju młodzieży stanowi podstawę zdrowia w późniejszym, dorosłym życiu. Pozostałe priorytetowe obszary strategii – żywienie, zakażenia i choroby zakaźne, urazy i przemoc, środowisko naturalne – dotyczą wzajemnie powiązanych problemów mających wpływ na zdrowie i rozwój na wszystkich etapach życia. Ze względu na dystans dzielący nasz kraj od wielu innych państw europejskich, mierzony stanem uzębienia, a zwłaszcza wskaźnikami zachorowalności na próchnicę zębów, narodowa strategia powinna objąć także zdrowie jamy ustnej dzieci i młodzieży.
3. Narodowa Strategia na rzecz Zdrowia i Rozwoju Dzieci i Młodzieży powinna być opracowana z myślą o wspomoczeniu władz regionalnych w osiągnięciu następujących celów operacyjnych: wypracowanie podstaw, opartego na dowodach nadzoru i poprawy regionalnej polityki, programów i projektów na rzecz zdrowia i rozwoju dzieci i młodzieży, uwzględniających perspektywę wieku rozwojowego; wsparcie poczynań wielosektorowych, obejmujących główne problemy zdrowotne dzieci i młodzieży w regionie.
4. Opracowanie i wdrożenie strategii na rzecz zdrowia i rozwoju dzieci i młodzieży łączy się z koniecznością sprostania istotnym wyzwaniom realizacyjnym, takim jak: konieczność zapewnienia dzieciom i młodzieży równości w zdrowiu; sprecyzowanie roli sektora zdrowia i pobudzanie do współdziałania wielu sektorów; wzmocnienie systemu informacji niezbędnej do podejmowania decyzji.

5. W celu poprawy sytuacji w zakresie chorobowości i ograniczania umieralności oraz w celu zapewnienia warunków harmonijnego rozwoju młodego pokolenia potrzebne są liczne planowe działania na wszystkich szczeblach zdrowotnej polityki publicznej, w tym:

- podjęcie skoordynowanych, wymienionych powyżej działań na rzecz poprawy opieki okołoporodowej, z uwzględnieniem promocji karmienia piersią, i usuwanie barier organizacyjnych i finansowych w funkcjonowaniu poradni laktacyjnych;
- eliminacja i zmniejszenie oddziaływania czynników pochodzących ze środowiska domowego i zewnętrznego, związanych z powstawaniem nieprawidłowości rozwojowych, chorób przewlekłych i niepełnosprawności u dzieci;
- powszechna i pełna realizacja zdrowotnej opieki profilaktycznej ze zwróceniem szczególnej uwagi na opiekę nad dziećmi pochodzącymi ze środowisk zaniedbanych;
- zapobieganie zakażeniom i chorobom zakaźnym i ich zwalczanie, m.in. przez pełną realizację i systematyczny rozwój programu szczepień ochronnych;
- optymalizacja opieki medycznej nad dziećmi na podstawowym poziomie z zapewnieniem pełnej dostępności i odpowiedniej jakości świadczeń zdrowotnych, m.in. przez zniesienie obowiązku posiadania skierowania do pediatry;
- optymalizacja ambulatoryjnej opieki specjalistycznej z wprowadzeniem katalogu gwarantowanych, bezpłatnych medycznych świadczeń zdrowotnych dla dzieci i młodzieży – w tym: stomatologicznych, psychologicznych, rehabilitacyjnych, logopedycznych i innych;
- organizacja, rozwój i odpowiednie wyposażenie w sprzęt diagnostyczno-leczniczy ośrodków zapewniających wysokospecjalistyczną opiekę pediatryczną na terenie całego kraju;
- w trakcie przyjmowania dziecka do szpitala, w toku leczenia szpitalnego, przygotowania dziecka do zabiegów, w zakresie profilaktyki i leczenia bólu – uwzględnianie psychicznych i emocjonalnych potrzeb dzieci w różnym wieku, specyfiki populacji młodzieży; nadanie mocy legislacyjnej Karcie Praw Dziecka w Szpitalu;
- przywrócenie i doskonalenie ogólnokrajowego systemu nadzoru merytoryczno-organizacyjnego w ochronie zdrowia dzieci, zintegrowanego systemu organizacji oraz nadzoru i monitorowania opieki zdrowotnej nad uczniami (medycyny szkolnej) umożliwiającego wczesne wykrywanie zagrożeń, odchyłeń w stanie zdrowia oraz w rozwoju psychicznym i somatycznym, z uwzględnieniem badań przesiewowych, bilansów zdrowia, profilaktyki stomatologicznej w szkołach i placówkach podstawowej opieki zdrowotnej; zapewnienie dostępu do adekwatnej do potrzeb opieki specjalistycznej, w tym rehabilitacji i korektywy oraz do opieki stomatologicznej;
- wdrożenie systemu orzecznictwa lekarskiego do potrzeb ucznia i szkoły, w tym do oceny dojrzałości szkolnej, kwalifikacji do zajęć wychowania fizycznego i sportu oraz poradnictwa zawodowego;
- przywrócenie specjalizacji lekarskiej z zakresu medycyny szkolnej oraz rozwój systemu kształcenia przeddyplomowego i podyplomowego nauczycieli, psychologów, lekarzy i pielęgniarek w zakresie edukacji zdrowotnej, promocji zdrowia i wczesnego wykrywania problemów zdrowotnych uczniów;
- rozwój sieci szkół promujących zdrowie;
- zapewnienie wszystkim uczniom we wszystkich polskich szkołach możliwości spożywania posiłków jako najpewniejszej metody promocji zdrowego żywienia oraz wyrównania szans na zdrowie dzieci pochodzących ze środowisk upośledzonych społecznie; nadanie mocy legislacyjnej Karcie Żywienia i Aktywności Fizycznej Dzieci i Młodzieży w Szkole;

- system medycyny szkolnej może funkcjonować w ramach finansów: samorządów terytorialnych (warunki do sprawowania opieki medycznej w szkole, w powiecie i województwie, promocja zdrowia), funduszu zdrowia (świadczenia zdrowotne, programy profilaktyczne, programy promocji zdrowia) i budżetu państwa (programy polityki zdrowotnej, nadzór specjalistyczny i metodyczno-organizacyjny, inspekcja sanitarna, kształcenie, badania naukowe);
- opracowanie i wdrożenie krajowego programu prewencji wypadków i urazów wśród dzieci i młodzieży z uwzględnieniem problematyki przemocy i samobójstw, m.in. poprzez: działania legislacyjne, modyfikację środowiska, w którym dziecko się rozwija, edukację społeczeństwa, rzetelne monitorowanie sytuacji, zapewnienie zasobów kadrowych i finansowych oraz przywództwa krajowego (*leadership*) ze strony rządu; polityka państwa powinna koordynować i wspierać działania wdrażające dobre praktyki oparte na dowodach w zakresie ochrony życia i zdrowia dzieci, także w zakresie prewencji przemocy wobec dzieci;
- planowanie i realizowanie skutecznej polityki oraz programów regionalnych i lokalnych w obszarze prewencji upadków, oparzeń, zatruc, uduszeń i zadławień, a także w zakresie bezpieczeństwa dziecka jako rowerzysty, bezpieczeństwa w wodzie i prewencji utonięć; zwrócenie uwagi na prewencję urazów małych dzieci wewnątrz i wokół domu;
- wczesna diagnostyka i skuteczna interwencja w przypadkach przemocy wobec dzieci jako priorytet zdrowia publicznego.

Choroby układu krążenia

Diagnoza

1. Choroby układu krążenia (CHUK) pozostają niezmiennie od ponad 50 lat najważniejszą przyczyną umieralności mieszkańców naszego kraju – w roku 2009 około 45% zgonów było spowodowanych chorobami układu krążenia. Udział zgonów z powodu CHUK jednak systematycznie maleje – na początku okresu transformacji społeczno-ekonomicznej w Polsce CHUK były przyczyną ponad 52% zgonów. Choroby układu krążenia należą także do głównych przyczyn umieralności przedwczesnej, szczególnie wśród mężczyzn, chorobowości szpitalnej oraz niezdolności do pracy.
2. Redukcja umieralności z powodu CHUK była najważniejszym czynnikiem, który spowodował wyraźne wydłużenie średniej długości życia społeczeństwa polskiego w latach 1991–2005. Te korzystne zmiany były związane głównie z poprawą żywienia (mniejsze spożycie tłuszczów pochodzenia zwierzęcego, większa konsumpcja olejów roślinnych oraz owoców i warzyw), z ograniczeniem palenia tytoniu wśród mężczyzn oraz z nieco większym poziomem aktywności fizycznej.
3. Nadal jednak standaryzowane wskaźniki umieralności z powodu chorób serca i naczyń w naszym kraju są około dwukrotnie wyższe niż w wielu krajach Europy Zachodniej, zaś wskaźniki umieralności przedwczesnej w Polsce są nawet trzykrotnie wyższe. Dotyczy to także umieralności z powodu najważniejszych przyczyn, tj. choroby niedokrwiennej serca oraz chorób naczyń mózgowych.
4. Korzystny spadkowy trend umieralności z powodu CHUK uległ zahamowaniu w połowie pierwszej dekady XXI stulecia. Wprawdzie standaryzowane wskaźniki umieralności z powodu chorób serca i naczyń nie zmieniły się znacznie w latach 2005–2009 zarówno wśród

mężczyzn jak i wśród kobiet, to jednak bezwzględna liczba zgonów z powodu CHUK wyraźnie się zwiększyła. Jedną z istotnych przyczyn tego zjawiska są niekorzystne zmiany demograficzne i starzenie się populacji naszego kraju, jednak konieczna jest dalsza wszechstronna analiza uwarunkowań i możliwości przeciwdziałania tym niekorzystnym tendencjom.

5. W ostatnich 10 latach znacznie zmniejszyła się liczba zgonów z powodu choroby niedokrwiennej serca i zawału serca (zarówno wśród mężczyzn jak i kobiet) oraz chorób naczyniowych mózgu (CHNM), wzrosła natomiast liczba zgonów nagłych z powodu niewydolności serca i nadciśnienia tętniczego u mężczyzn.
6. Wyniki badań wskazują na bardzo duże rozpowszechnienie w naszym kraju najważniejszych czynników ryzyka chorób serca i naczyń (a także innych chorób przewlekłych), w tym: hipercholesterolemii (ponad 50% dorosłych), nadciśnienia tętniczego (30–40%), otyłości (20–25%), zespołu metabolicznego (ponad 20%), niedostatecznej aktywności fizycznej (ponad 50% dorosłych Polaków).
7. Niepokojącym zjawiskiem są bardzo duże dysproporcje średniej długości życia oraz poziomu umieralności z powodu chorób serca i naczyń w niektórych miastach, regionach kraju, a nawet dzielnicach dużych miast.
8. Widoczne jest zjawisko nierówności społecznych w poziomie stanu zdrowia, a także w poziomie wiedzy, tzw. kompetencji zdrowotnych, oraz w dostępności do świadczeń profilaktycznych i leczniczych.
9. Poziom wiedzy społeczeństwa polskiego na temat czynników ryzyka i metod prewencji chorób serca i naczyń jest nadal niezadowalający, zaś udział publicznych mediów w misji edukacyjnej, szczególnie telewizji, zbyt skromny. Audycje o tematyce zdrowotnej adresowane do dzieci czy młodzieży lub osób starszych są w naszym kraju niemal nieobecne.
10. Mimo że badania z zakresu zdrowia publicznego mają ważne znaczenie dla pozytywnego kształtowania stanu zdrowia społeczeństwa polskiego czy ograniczenia chorobowości lub umieralności z powodu chorób serca i naczyń, to problematyka ta jest bardzo rzadko inicjowana i finansowana przez Ministerstwo Nauki czy Ministerstwo Zdrowia. Obecny poziom finansowania nie wystarcza do przeprowadzenia dużych wielośrodkowych badań epidemiologicznych czy projektów interwencyjno-badawczych.
11. Narodowy Program POLKARD, finansowany ze środków Ministerstwa Zdrowia, realizowany latach 2003–2011 miał istotne znaczenie dla poprawy sytuacji zdrowotnej w odniesieniu do chorób serca i naczyń, jednak jego aktualny zakres i poziom finansowania jest niewspółmierny do zagrożenia CHUK i skali potrzeb naszego kraju. Ministerstwo Zdrowia o połowę zmniejszyło nakłady finansowe i usunęło z priorytetowych celów realizacyjnych m.in. zadania obejmujące epidemiologię (monitorowanie), promocję zdrowia i profilaktykę.

Rekomendacje

Wśród niezrealizowanych w optymalny sposób w latach 2003–2011 działań, których kontynuacja jest szczególnie ważna, należy wymienić:

- 1) konieczność nadania odpowiedniej rangi działaniom prewencyjnym w zdrowotnej polityce publicznej, przeznaczenie na to odpowiednich środków finansowych, rozwijanie i upowszechnianie efektywnych działań z zakresu promocji zdrowia;

- 2) kontynuację tworzenia sieci pododdziałów udarowych, wysokospecjalistycznych oddziałów leczenia udaru mózgu, dalsze doskonalenie diagnostyki i nowoczesnego leczenia udarów, zwiększenie liczby ośrodków rehabilitacji pacjentów po udarze mózgu;
- 3) skrócenie czasu docierania pacjentów z ostrymi zespołami wieńcowymi (OZW) oraz udarami mózgu do odpowiednich, wysoko wyspecjalizowanych ośrodków; w tym celu konieczna jest zarówno poprawa stanu wiedzy całego społeczeństwa na temat postępowania w przypadku podejrzenia OZW lub udaru mózgu, jak i usprawnienie systemu transportu/ratownictwa medycznego;
- 4) wzmocnienie znaczenie krajowego i regionalnego nadzoru kardiologicznego w podejmowaniu strategicznych decyzji na temat systemu akredytacji ośrodków kardiologicznych, wyposażania i organizacji nowych ośrodków czy ich przekształcania.

Wśród działań, które powinny być realizowane w pierwszej kolejności i które mogą przynieść największe efekty w perspektywie najbliższych lat, należy wymienić:

- 5) opracowanie nowej edycji Narodowego Programu Profilaktyki i Leczenia Chorób Serca i Naczyń POLKARD; w programie tym powinny być uwzględnione nie tylko niezwykle istotne i aktualne zadania medycyny klinicznej (naprawczej), ale w znacznie większym stopniu zadania z zakresu promocji zdrowia oraz zintegrowanej profilaktyki chorób przewlekłych; program POLKARD powinien mieć zapewniony poziom finansowania adekwatny do skali zagrożenia CHUK w Polsce oraz do poziomu chorobowości i umieralności z tego powodu;
- 6) weryfikację założeń, systemu organizacji, finansowania oraz monitorowania i ewaluacji Programu Profilaktyki Chorób Układu Krążenia, finansowanego z budżetu Narodowego Programu Zdrowia, przy czym należy zdecydowanie wzmocnić „ramię interwencyjne” Programu i zachęcić lekarzy POZ do bardziej skutecznych i szerzej zakrojonych działań;
- 7) opracowanie i wdrożenie systemu systematycznego monitorowania czynników ryzyka i zachowań zdrowotnych;
- 8) ocenę zakresu i poziomu finansowania świadczeń kardiologicznych finansowanych ze środków budżetowych (NFZ, Ministerstwo Zdrowia) i zidentyfikowanie tych obszarów diagnostyki, leczenia i rehabilitacji, których dostępność i poziom finansowania (np. rehabilitacja kardiologiczna czy niektóre zabiegi kardiochirurgiczne) jest niedostateczna, a których znaczenie dla poprawy stanu zdrowia społeczeństwa jest niepodważalne;
- 9) zwiększenia możliwości kształcenia lekarzy specjalistów w dziedzinie kardiologii, co ma istotne znaczenie wobec ograniczeń w dostępności ambulatoryjnej opieki specjalistycznej;
- 10) ocenę skali migracji zarobkowych lekarzy i innych specjalistów w zakresie kardiologii i dziedzin pokrewnych oraz zidentyfikowanie potencjalnych zagrożeń wynikających z niedostatecznej liczby lekarzy i innych specjalistów związanych z diagnostyką, leczeniem, rehabilitacją oraz opieką nad chorymi z CHUK;
- 11) zwiększenie zaangażowania i możliwości mediów (szczególnie publicznych) w edukacji zdrowotnej oraz przekazywaniu pozytywnych informacji na temat promocji zdrowia, zapobiegania i leczenia chorób o znaczeniu społecznym;
- 12) zachęcanie władz samorządowych, uczelni medycznych, a także innych uczelni oraz organizacji pozarządowych do działań na rzecz promocji zdrowia, korzystnej zmiany zachowań zdrowotnych i prewencji chorób przewlekłych w środowiskach lokalnych; programy w tej dziedzinie powinny być adresowane m.in. do osób starszych, matek z małymi dziećmi, osób otyłych, osób niepełnosprawnych;

- 13) wzmocnienie działań na rzecz zintegrowanej profilaktyki chorób przewlekłych, które mają podobne uwarunkowania w postaci wspólnych czynników ryzyka, takich jak: palenie tytoniu, wadliwe odżywianie, niedostateczna aktywność fizyczna czy nadmierna konsumpcja alkoholu;
- 14) zapewnienie finansowania badań naukowych i analiz m.in. w zakresie monitorowania stanu zdrowia, czynników ryzyka i zachowań zdrowotnych społeczeństwa polskiego, nierówności w poziomie umieralności z powodu chorób serca i naczyń oraz umieralności ogólnej w niektórych regionach Polski, przyczyn wzrostu liczby nagłych zgonów w Polsce w okresie ostatnich 15–20 lat, częstości występowania niewydolności serca oraz wieloletnich trendów zmian chorobowości i umieralności z tej przyczyny w Polsce, odległych wyników leczenia pacjentów poddanych leczeniu interwencyjnemu z powodu ostrych zespołów wieńcowych, optymalnego modelu organizacyjnego prewencji chorób serca i naczyń, poziomu kompetencji zdrowotnych mieszkańców naszego kraju, z uwzględnieniem uwarunkowań społecznych i ekonomicznych.

Choroby nowotworowe

Diagnoza

1. Choroby nowotworowe od wielu lat stanowią drugą przyczynę zgonów w Polsce (25% wszystkich zgonów), przy czym ogólna liczba zachorowań i zgonów na nowotwory złośliwe będzie systematycznie rosła, stając się w niedalekiej przyszłości zarówno u mężczyzn jak i kobiet pierwszą przyczyną zgonów przed 65. rokiem życia. Przyrost liczby zachorowań i zgonów na nowotwory złośliwe w Polsce w ostatnim półwieczu wynika zarówno ze starzenia się ludności Polski, jak i z częstego narażenia populacji na czynniki rakotwórcze, przede wszystkim związane ze stylem życia Polaków.
2. W 2008 r. u mężczyzn najczęściej rejestrowano nowotwory złośliwy płuca (21,6%), a także gruczołu krokowego (12,6%) i jelita grubego (12,2%). Mężczyźni często też chorowali na nowotwory złośliwe pęcherza moczowego (6,9%) i żołądka (5,0%). Wymienione nowotwory były również najczęstszą przyczyną zgonów nowotworowych u mężczyzn, przy czym zgony na nowotwory złośliwe płuca stanowiły prawie 1/3 wszystkich zgonów nowotworowych w populacji mężczyzn (32,3%).
3. U kobiet najczęściej rejestrowano w 2008 r. nowotwór złośliwy piersi (22,2%). Częste były również zachorowania na nowotwory złośliwe jelita grubego (10,1%), płuca (8,1%), trzonu (7,3%) i szyjki (5,0%) macicy oraz jajnika (5,0%). Podobnie jak u mężczyzn najczęstszą przyczyną zgonów u kobiet był nowotwór złośliwy płuca (13,8%). Odsetek zgonów na nowotwory złośliwe piersi utrzymywał się w populacji kobiet na podobnym poziomie (13,1%). Niewiele rzadsze były zgony na nowotwory złośliwe jelita grubego (11,6%). Częstą przyczyną zgonów nowotworowych w populacji kobiet były także nowotwory złośliwe jajnika (6,1%), trzustki (5,6%), żołądka (5,0%) i szyjki macicy (4,3%).
4. U dzieci (0–19 lat) nowotwory złośliwe, w większości białaczki (ok. 40% zachorowań i 60% zgonów nowotworowych w tym wieku), są rzadkim schorzeniem, a umieralność z powodu nowotworów od wielu lat spada. Wskazuje to, przy utrzymującym się wzroście zachorowalności na choroby nowotworowe u dzieci, na postęp w leczeniu nowotworów wieku dziecięcego.
5. W populacji młodych dorosłych Polaków (20–44 lata) zachorowalność na nowotwory złośliwe jest od początku lat 80. wyższa u kobiet niż u mężczyzn. U młodych kobiet od

lat 90. obserwuje się niewielki wzrost zachorowalności na nowotwory złośliwe, natomiast poziom umieralności do lat 90. nie zmieniał się istotnie, zaczął zaś spadać po tym okresie. Najczęstszym nowotworem u młodych kobiet jest od wielu lat rak piersi (w 2008 r. 26% zachorowań i 20% zgonów nowotworowych w tej grupie wieku w populacji kobiet). Najczęstszym nowotworem występującym u młodych mężczyzn jest rak jądra (24% zachorowań, 6% zgonów).

6. Największym wyzwaniem dla prewencji i leczenia nowotworów w Polsce jest wysoka zachorowalność i umieralność na nowotwory złośliwe w średnim wieku (45–64 lata). Najczęstszym nowotworem złośliwym u mężczyzn w średnim wieku jest od wielu lat rak płuca (24% zachorowań, 36% zgonów). Kobiety w średnim wieku najczęściej chorują na nowotwory złośliwe piersi (28% wszystkich zachorowań), a umierają na nowotwory złośliwe płuca (19%) i piersi (17%).
7. Najczęstszym nowotworem złośliwym u mężczyzn powyżej 65. r. ż. jest rak płuca (22% zachorowań i 31% zgonów). Dominującymi przyczynami zgonów nowotworowych u kobiet w starszym wieku są nowotwory złośliwe piersi (16% zachorowań i 11% zgonów), jelita grubego (odpowiednio 14% i 14%) i płuca (8% i 12%).
8. Niski w porównaniu z innymi krajami odsetek wczesnych rozpoznań nowotworów złośliwych – zwłaszcza raka szyjki macicy, piersi, jelita grubego i gruczołu krokowego – jest m.in. spowodowany niedostatecznym przygotowaniem lekarzy rodzinnych i innych specjalistów oraz niewystarczającym upowszechnieniem metod wczesnego rozpoznawania raka. Związane jest to m.in. z ograniczonym finansowaniem prewencji pierwotnej i wtórnej nowotworów złośliwych, a także z niewystarczającym rozwojem edukacji onkologicznej w polskim środowisku medycznym.
9. Mimo postępu skuteczności leczenia nowotworów i wprowadzenia nowych leków ciągle istnieje potrzeba doposażenia ośrodków onkologicznych w sprzęt do diagnostyki i leczenia nowotworów oraz wykrywania nowotworów w późnych stadiach rozwoju choroby.

Rekomendacje

Podstawowe cele i kierunki dalszych działań na rzecz ograniczenia epidemii chorób nowotworowych w Polsce są nakreślone w Narodowym Programie Zwalczania Chorób Nowotworowych (NPZChN) w Polsce, powołanym do życia ustawą z dnia 1 lipca 2005 roku. Zahamowanie wzrostu zachorowań i zmniejszenie umieralności na nowotwory wiąże się z koniecznością pilnej realizacji zapisanych w NPZChN celów obejmujących w szczególności:

- 1) rozwój profilaktyki pierwotnej nowotworów złośliwych, w szczególności w zakresie palenia tytoniu i niewłaściwego odżywiania;
- 2) wdrożenie populacyjnych, prowadzonych przez wyspecjalizowane ośrodki, programów wczesnego wykrywania nowotworów, w szczególności raka szyjki macicy, piersi, jelita grubego oraz wybranych nowotworów u dzieci;
- 3) zwiększenie dostępności do metod wczesnego rozpoznawania oraz wdrożenie procedur zapewniających wysoką jakość diagnostyki i terapii nowotworów;
- 4) upowszechnienie optymalnych metod diagnostyki (uwzględniających stopień zaawansowania choroby) i terapii, odpowiadających obecnemu stanowi klinicznie sprawdzonej wiedzy, a także upowszechnienie metod terapii skojarzonej oraz maksymalne skrócenie czasu oczekiwania na leczenie;
- 5) modernizację bazy specjalistycznego leczenia nowotworów, w tym uzupełnienie oraz wymiana wyeksploatowanych urządzeń do radioterapii i diagnostyki nowotworów;

- 6) upowszechnienie metod rehabilitacji po leczeniu onkologicznym oraz wdrożenie najnowszych metod leczenia objawowego i walki z bólem;
- 7) rozwój i upowszechnienie nauczania onkologii w kształceniu przed i podyplomowym lekarzy, lekarzy dentyków, pielęgniarek, położnych i przedstawicieli innych zawodów medycznych;
- 8) stworzenie systemu permanentnego szkolenia lekarzy różnych specjalności i systemu szkolenia pielęgniarek onkologicznych, cytotechników i techników radiologii;
- 9) rozwój kadr onkologicznych i badań naukowych, zwłaszcza w dziedzinach rokujących szybkie zastosowanie praktyczne (epidemiologia analityczna, biologia molekularna, genetyka, immunologia);
- 10) szybkie wdrożenie do praktyki diagnostycznej i leczniczej najnowszych zdobyczy naukowych w dziedzinie onkologii i dziedzinach pokrewnych, w tym biologii molekularnej i immunologii umożliwiających przewidywanie zagrożenia chorobą nowotworową;
- 11) poprawę działania systemu zbierania danych o stopniu zaawansowania nowotworów i wdrożenie systemu monitorowania skuteczności interwencji w zwalczaniu chorób nowotworowych;
- 12) upowszechnianie wiedzy w społeczeństwie na temat profilaktyki, wczesnego rozpoznawania i leczenia nowotworów zgodnie z zasadami Europejskiego Kodeksu Walki z Rakiem.

Uwarunkowania realizacji celów Narodowego Programu obejmują m.in.:

- 13) rozwój edukacji zdrowotnej, promocji zdrowia i profilaktyki nowotworowej powinien być harmonijnie powiązany z zapewnieniem powszechnej dostępności i wysokiej jakości opieki diagnostyczno-leczniczej i rehabilitacyjnej;
- 14) podjęcie skoordynowanych działań systemowych, najlepiej w postaci długofalowego, narodowego programu zwalczania chorób nowotworowych, który powinien być kontynuowany w kolejnych dekadach i finansowany głównie z budżetu państwa. stosownie do potrzeb zdrowotnych i społecznych;
- 15) dostosowanie odpowiednich regulacji prawnych i struktur organizacyjnych do potrzeb realizacji ww. programu;
- 16) uwzględnienie aktualnych i przyszłych wyzwań w zakresie walki z rakiem, koncentracji na grupach wysokiego ryzyka oraz pogłębiających się nierówności społeczno-ekonomicznych i regionalnych w dostępie do zdrowia i opieki zdrowotnej;
- 17) umożliwienie polskim ośrodkom i kadrom onkologicznym dostępu do nowoczesnych, systemowych rozwiązań w zakresie informacji, edukacji, diagnostyki i terapii medycznej;
- 18) wsparcie przez instytucje rządowe aplikacji polskich ośrodków naukowych i medycznych, a także organizacji pozarządowych działających w zakresie zdrowia publicznego o granty międzynarodowe, w tym Komisji Europejskiej.

Żywnienie i aktywność fizyczna

Diagnoza

1. Żywnienie i aktywność fizyczna są powszechnie uznawane za główne czynniki ryzyka przewlekłych chorób niezakaźnych, do których należą choroby układu krążenia, nowotwory, otyłość, zaburzenia gospodarki lipidowej, cukrzyca typu 2, osteoporoza oraz alergie pokarmowe i choroba trzewna; czynniki te są modyfikowalne, a poprawa żywienia i zwiększenie aktywności fizycznej przynosi efekty w postaci poprawy zdrowia publicznego.

2. W ostatniej dekadzie transformacji ustrojowej uwidoczniły się niekorzystne trendy w sytuacji zdrowotnej, w tym spowolnienie tempa wzrostu długości życia; notuje się wysokie wskaźniki umieralności przedwczesnej, co może wynikać między innymi z narastania epidemii nadwagi i otyłości oraz niedostatecznej aktywności fizycznej ludności.
3. W ostatnim dziesięcioleciu nastąpiło wygaśnięcie dynamiki tych korzystnych zmian w diecie, które uznano za ważne determinanty poprawy sytuacji zdrowotnej w pierwszej dekadzie okresu transformacji. Należały do nich w szczególności: wzrost spożycia owoców oraz zmiana struktury spożycia tłuszczów wydzielonych, polegająca na wzroście udziału tłuszczów pochodzenia roślinnego.
4. Według wyników badań GUS z 2009 r., nadwagę miało 44,8% dorosłych mężczyzn, a otyłość 16%. Wskaźniki nadwagi i otyłości wśród dorosłych kobiet wynosiły odpowiednio 29,4% i 15,2%. Zwiększająca się częstość występowania nadwagi i otyłości prowadzi do rosnących wydatków na ochronę zdrowia. Szacuje się, że koszty opieki zdrowotnej u osób z nadwagą i otyłością są o 44% wyższe niż u osób z prawidłową masą ciała.
5. Chociaż spożyciu owoców i warzyw przyznano wysoki priorytet wśród wskaźników zdrowego żywienia, to spożycie owoców przeciętnie na mieszkańca, po istotnej poprawie w latach 90., nie zwiększyło się w następnych latach. Ze względu na to dystans dzielący Polskę od innych krajów członkowskich nie zmniejszał się, a raczej się powiększał.
6. Od 2002 r. nie jest już kontynuowana tendencja wzrostu w spożyciu tłuszczów wydzielonych pochodzenia roślinnego, obserwowana w poprzednim dziesięcioleciu. Jednocześnie jeszcze wcześniej ustabilizowało się spożycie masła. W rezultacie udział tłuszczów roślinnych w spożyciu tłuszczów ogółem w 2009 r. wynoszący 66% był tylko nieznacznie wyższy w stosunku do 2000 r. (62%), podczas gdy w dziesięcioleciu 1990–2000 zwiększył się aż o 30 punktów procentowych. W ostatnim dziesięcioleciu nie było także poprawy w stosunku kwasów tłuszczowych wielonienasyconych do nasyconych, zawartych w diecie, których źródłem były zarówno tłuszcze wydzielone, jak i tłuszcze ukryte, zawarte w artykułach żywnościowych.
7. Spożycie soli w Polsce, obliczane na podstawie wyników badań budżetów gospodarstw domowych, przekracza 2–3-krotnie zalecany poziom, przy czym może ono faktycznie być jeszcze wyższe ze względu na to, że badania budżetów nie uwzględniają spożycia w sektorze żywienia zbiorowego.
8. Zaledwie 30% młodzieży uczestniczy w zajęciach poprawiających sprawność fizyczną w czasie wolnym od zajęć i pracy, a odsetek ten zmniejsza się do jedynie 5% w wieku dorosłym. Sprawność fizyczna młodzieży, mierzona międzynarodowymi testami, niestety pogorszyła się w ostatnim dziesięcioleciu. Stwierdzono również, że poziom aktywności fizycznej osób dorosłych w Polsce jest jednym z najniższych w Europie.
9. W roku 2007 zainicjowano „Narodowy program zapobiegania nadwadze i otyłości oraz przewlekłym chorobom niezakaźnym poprzez poprawę żywienia i aktywności fizycznej 2007–2011”, finansowany z budżetu Ministerstwa Zdrowia (w 2010 r. program włączono jako moduł I do Narodowego Programu Chorób Cywilizacyjnych).
10. Słabością Narodowego Programu Zapobiegania Nadwadze i Otyłości było jego finansowanie, zdecydowanie niewystarczające w stosunku do potrzeb i jednocześnie niewspółmiernie niższe w porównaniu z jego pierwotnym kosztorysem. Mogło to stanowić jedną z przyczyn wykazanego dalej pogorszenia w występowaniu nadwagi i otyłości w naszym kraju i niekorzystnych skutków tej epidemii.

Rekomendacje

Istnieje konieczność kontynuacji i znaczącego rozszerzenia skoordynowanych działań w zakresie zapobiegania nadwadze i otyłości oraz przewlekłym chorobom niezakaźnym poprzez poprawę żywienia i aktywności fizycznej, zgodnie z wytycznymi Grupy Wysokiego Szczebla Komisji Europejskiej, znajdujących oparcie w programie rządowym, finansowanym na miarę potrzeb, w tym:

- 1) stworzenie spójnego programu edukacji żywieniowej, dostosowanego do potrzeb wszystkich grup społecznych i ułatwiającego m.in. świadomy wybór produktów spożywczych, sprzyjających prozdrowotnemu modelowi żywienia;
- 2) położenie szczególnego nacisku na edukację żywieniową kobiet w okresie rozrodczym, promocję karmienia naturalnego niemowląt oraz edukację żywieniową dzieci i młodzieży;
- 3) utworzenie platformy współpracy z przemysłem spożywczym na rzecz produkcji żywności o walorach prozdrowotnych (zawierającej mniej tłuszczu, cukru i soli);
- 4) utworzenie podobnej platformy współpracy z sektorem żywienia zbiorowego;
- 5) nadanie wysokiej rangi jakości zdrowotnej żywności i bezpieczeństwu żywnościowemu poprzez poprawę nadzoru nad importem, krajową produkcją i dystrybucją żywności oraz poprawę fizycznej i ekonomicznej dostępności żywności dla grup znajdujących się w sferze niedostatku;
- 6) ustawiczne kształcenie i podnoszenie kwalifikacji w problematyce żywienia i aktywności fizycznej grup zawodowych zajmujących się zdrowiem człowieka (lekarze, pielęgniarzy, dietetycy);
- 7) opracowanie i wdrożenie systemu poradnictwa dietetycznego do podstawowej i specjalistycznej opieki zdrowotnej oraz szpitali;
- 8) stworzenie wszystkim uczniom możliwości zdrowego żywienia w szkole;
- 9) stworzenie dzieciom i młodzieży możliwości uczestniczenia w pozalekcyjnych zajęciach sportowo-rekreacyjnych na terenie szkół i miejsc zamieszkania;
- 10) wdrażanie standardów żywienia w szpitalach w celu poprawy skuteczności leczenia i zmniejszenia jego kosztów;
- 11) opracowanie i wdrażanie systemu poradnictwa w zakresie aktywności ruchowej pacjentów hospitalizowanych w celu poprawy skuteczności leczenia;
- 12) oddziaływanie na rozwój bazy urządzeń sportowych i rekreacyjnych w celu zwiększenia aktywności fizycznej, ze szczególnym uwzględnieniem małych miast, miasteczek i wsi;
- 13) monitorowanie zmian w żywieniu i w stanie odżywienia (identyfikacja nadwagi, otyłości lub niedowagi) na podstawie regularnych ogólnopolskich badań, przeprowadzanych metodą reprezentacyjną;
- 14) poprawa systemu informacji Głównego Urzędu Statystycznego nt. przeciętnego spożycia żywności na mieszkańca poprzez powrót do opracowywania oraz publikowania danych nt. spożycia ryb i tłuszczów roślinnych; uwzględnienie soli w statystyce dostaw na rynek krajowy;
- 15) zachęcanie do współuczestnictwa wszystkich zainteresowanych, w tym m.in. przedstawicieli nauki, organizacji pozarządowych, przedstawicieli pracodawców i środków masowego przekazu.

Zdrowie psychiczne

Diagnoza

1. Dostępne dane wskazują na lawinowo rosnący popyt na świadczenia z zakresu zdrowia psychicznego. W ciągu ostatniego dziesięciolecia liczba leczonych ambulatoryjnie zwiększyła się dwukrotnie, a leczonych stacjonarnie – o połowę. Oznacza to setki tysięcy dodatkowych pacjentów i miliardy złotych na ich leczenie i rehabilitację.
2. W latach 1997–2009 liczba pacjentów w opiece ambulatoryjnej uległa prawie podwojeniu – zwiększyła się z około 750 tys. do 1,4 miliona. Tempo wzrostu wśród pacjentów leczonych po raz pierwszy było nieco słabsze; ich liczba zwiększyła się o 75% – z 224 tysięcy do 390 tysięcy, co sugeruje, że rosnące wskaźniki obrazują zarówno większe rozpowszechnienie rzeczywiste zaburzeń psychicznych, jak i większą dostępność świadczeń.
3. Największą grupę rozpoznań w lecznictwie ambulatoryjnym stanowią zaburzenia nerwicowe (24%), zaburzenia afektywne (18%), zaburzenia organiczne (14%), zaburzenia behawioralne, osobowości, rozwojowe i upośledzenia umysłowe (14%) oraz zaburzenia spowodowane używaniem alkoholu (13%). Co siódmy pacjent cierpi na schizofrenię i zaburzenia schizotypowe i urojeniowe.
4. Przyrost liczby pacjentów w opiece całodobowej był mniejszy. Niemniej jednak w latach 1997–2009 liczba pacjentów zwiększyła się prawie o połowę. Inna też była struktura rozpoznań. Aż 37% pacjentów stanowiły osoby leczące się z powodu zaburzeń spowodowanych piciem alkoholu, a wśród pacjentów mężczyzn podobnie jak wśród pacjentów pierwszorazowych – 48%. Na drugim miejscu znalazły się schizofrenia i zaburzenia schizotypowe i urojeniowe (21%) oraz zaburzenia organiczne (15%). Dwukrotnie zwiększyła się liczba leczonych z powodu zaburzeń organicznych. Jednak blisko 60% wzrostu ogólnej liczby pacjentów w opiece całodobowej przypada na zaburzenia związane z konsumpcją alkoholu i innych substancji psychoaktywnych.
5. Mapa rozpowszechnienia według danych z opieki całodobowej różni się zasadniczo od mapy zbudowanej na podstawie danych z opieki ambulatoryjnej. W wielu przypadkach o tym, jakie leczenie otrzyma pacjent, nie decyduje jego stan zdrowia, lecz inne czynniki, w tym zapewne dostępność świadczeń. Może to mieć negatywny wpływ na zdrowie pacjentów, pogłębiać zróżnicowanie międzywojewódzkie w zdrowiu psychicznym oraz odbijać się na kosztach leczenia.
6. O pogarszającym się stanie zdrowia psychicznego, zwłaszcza w ostatnich latach, świadczy najwyższy w historii współczynnik samobójstw, w wyniku których ginie więcej Polaków niż na skutek wypadków drogowych. Gorsza kondycja psychiczna obywateli ma negatywny wpływ na klimat społeczno-polityczny, zmniejsza produktywność i innowacyjność, ogranicza możliwości rozwojowe kraju.
7. Zarys ogólnego nowoczesnego modelu opieki psychiatrycznej – na poziomie ustawowym – został sformułowany po raz pierwszy w Ustawie o ochronie zdrowia psychicznego w 1994 roku. Przełomowe znaczenie miała nowelizacja z 2008 r. wym. Ustawy (ustanowiono w niej Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego), a następnie Rozporządzenie Rady Ministrów w sprawie Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego z 28 grudnia 2010 roku. Trzema celami głównymi wyznaczonymi w ustawie – promocja zdrowia psychicznego i zapobieganie zaburzeniom psychicznym; zapewnienie osobom z zaburzeniami psychicznymi wielostronnej i powszechnie dostępnej opieki zdrowotnej oraz innych

form opieki i pomocy niezbędnych do życia w środowisku rodzinnym i społecznym; rozwój badań naukowych i systemu informacji z zakresu zdrowia psychicznego – przyporządkowano w Rozporządzeniu cele szczegółowe i określono wykonawców tych celów.

Rekomendacje

Najważniejsze kierunki dalszych działań powinny obejmować:

- 1) promocję zdrowia psychicznego; należy przygotować modelowe programy promocji zdrowia psychicznego dla społeczności lokalnych, zakładów pracy, szkół i uczelni, służb mundurowych i spowodować ich wdrożenie z uwzględnieniem specyfiki wdrażających je podmiotów;
- 2) zapobieganie samobójstwom; należy opracować i przyjąć Narodowy Program Zapobiegania Samobójstwom;
- 3) ograniczenie spożycia alkoholu, przy czym najtańszą a zarazem najskuteczniejszą strategią jest ograniczenie dostępności fizycznej i ekonomicznej alkoholu; aktywna polityka podatkowa może doprowadzić do spadku spożycia, przy równoczesnym wzroście dochodów budżetowych;
- 4) określenie priorytetów w zakresie leczenia zaburzeń psychicznych; w obecnej sytuacji epidemiologicznej wyróżnić można cztery grupy rozpoznań, które stanowią największe zagrożenie dla zdrowia psychicznego Polaków, generując przy tym około 75% kosztów leczenia: przewlekłe choroby schizofreniczne i afektywne, zaburzenia związane z alkoholem, choroby związane ze starzeniem, w tym choroby organiczne, depresje;
- 5) opracowanie skutecznych i kosztowo efektywnych programów opieki, których celem będzie z jednej strony zapobieganie wystąpieniu tych zaburzeń a z drugiej – zapewnienie odpowiedniej jakości życia osobom na nie cierpiącym;
- 6) zapewnienie odpowiednich kadr w lecznictwie przez stworzenie zachęt do podejmowania pracy w psychiatrycznej ochronie zdrowia i zdobywania specjalizacji w zakresie psychiatrii;
- 7) zapewnienie przestrzegania praw człowieka w psychiatrycznej ochronie zdrowia, bowiem znaczny poziom instytucjonalizacji, szpitalocentryczny model opieki, niedostatki personelu zwiększają ryzyko naruszeń praw człowieka, zwłaszcza w dużych szpitalach psychiatrycznych; najpewniejszą drogą do ograniczenia tego ryzyka jest ograniczenie roli leczenia szpitalnego oraz zwiększenie odpowiednio kwalifikowanych kadr; zwiększenie roli organizacji pozarządowych w monitorowaniu praw pacjenta;
- 8) reorganizację systemu leczenia: odejście od szpitalnocentrycznego modelu, w którym szpitale pochłaniają trzy czwarte kosztów, oferując opiekę dla kilkunastu procent pacjentów, i położenie nacisku na rozwój opieki środowiskowej zorganizowanej w centra zdrowia psychicznego dające sieć oparcia, na którą składają się opieka zdrowotna, wsparcie społeczne i wsparcie w zakresie pracy zawodowej; opieka stacjonarna powinna być oferowana przede wszystkim przez oddziały psychiatryczne przy szpitalach ogólnych, które są bardziej dostępne, mniej stygmatyzujące, pozwalające na zapewnienie ciągłości opieki w środowisku pacjenta;
- 9) monitoring i koordynację pozwalające na ocenę wprowadzanych zmian i ich elastyczną korektę; wymaga to zwiększenia nakładów na usprawnienie systemów informatycznych oraz na badania społeczne i organizacyjne;
- 10) rozwój badań naukowych nad zdrowiem psychicznym Polaków, wyjście poza wąski krąg zagadnień związanych z metodami leczenia i uwzględnienie badań nad metodami promocji

zdrowia psychicznego i rozpowszechnieniem zaburzeń psychicznych, związków między zdrowiem psychicznym i somatycznym, umieralnością osób cierpiących na zaburzenia psychiczne, uwarunkowaniami zdrowia psychicznego i nad czynnikami ryzyka oraz czynnikami chroniącymi, organizacją psychiatrycznej opieki zdrowotnej, respektowaniem praw człowieka w psychiatrycznej ochronie zdrowia, ekonomicznymi aspektami leczenia, w tym efektywnością kosztową różnych modeli opieki.

Promocja zdrowia

Diagnoza

1. Promocja zdrowia jest ukierunkowana zarówno w skali indywidualnej, jak i makrospołecznej na oddziaływanie przyczynowe na styl życia poprzez wpływ na jego środowiskowe determinanty, w tym przede wszystkim te należące do obszarów kulturowych, społecznych i społeczno-ekonomicznych uwarunkowań.
2. Styl życia jest kategorią społeczną mającą swoje korzenie w środowisku społecznym, możliwość skutecznego prozdrowotnego oddziaływania na style życia w skali makrospołecznej leży głównie poza obszarem jurysdykcji sektora zdrowia i wymaga międzysektorowej współpracy. Upowszechnienie prozdrowotnych stylów życia nie może być osiągnięte poprzez działania podporządkowane modelowi biomedycznemu wykorzystywanemu w medycynie naprawczej.
3. Zdominowanie krajowego systemu ochrony zdrowia przez medycynę naprawczą skutkuje niską pozycją zdrowia publicznego, w tym promocji zdrowia. Efektem tej dominacji jest niedocenianie w sektorze zdrowia i poza nim rangi współpracy międzysektorowej jako efektywnego sposobu kontroli determinantów zdrowia. W ramach programów polityki zdrowotnej finansowanych przez resort zdrowia marginalizowana jest tematyka związana z obszarem promocji zdrowia.
4. Przy braku działań międzysektorowych przyczyniających się do zwiększania stopnia egalitaryzmu w dostępie do zasobów, niezbędnych do przestrzegania korzystnych dla zdrowia norm zachowania, nie można oczekiwać równomiernej poprawy stanu zdrowia we wszystkich kategoriach ludności. Stąd obserwuje się – mimo osiągnięcia spektakularnych sukcesów m.in. w obniżeniu poziomu umieralności przedwczesnej na poziomie populacji generalnej – utrzymywanie się znacznych nierówności w stanie zdrowia między grupami ludzi zajmujących wysokie i niskie pozycje w strukturze społecznej.
5. W Polsce od co najmniej 20 lat pod szyldem promocji zdrowia prowadzi się intensywne działania z zakresu edukacji zdrowotnej, którym na ogół nie towarzyszą międzysektorowe działania na rzecz budowy oraz zwiększania dostępu do zasobów warunkujących upowszechnienie zachowań prozdrowotnych zalecanych w ramach edukacji. Dzieje się tak zarówno na poziomie centralnym, jak i lokalnym.
6. Niedostatek systemowych rozwiązań w zakresie infrastruktury służącej promocji zdrowia, w tym braki legislacyjne (niespójność i niekompletność prawa) oraz niedobory finansowe, powoduje, iż w miejsce systemowych, wielosektorowych działań – mających na celu upowszechnienie wiedzy, postaw, zachowań jednostek i zbiorowości oraz dokonywanie wspierających zdrowie zmian w środowisku kulturowym, społecznym i społeczno-ekonomicznym człowieka – podejmowane są rozrzucone geograficznie i środowiskowo programy promocji zdrowia, najczęściej podporządkowane modelowi biomedycznemu, co utrudnia przyczynowe oddziaływanie na style życia związane ze sferą zdrowia i choroby.

7. Promocja zdrowia, mimo iż powinna być traktowana jako najistotniejsza składowa współczesnego zdrowia publicznego, nie dysponuje wystarczającą infrastrukturą, nie ma stabilnych i odpowiadających potrzebom źródeł finansowania, a także od samego początku rozwoju była pozbawiona pełnego zaplecza prawnego. Choć Narodowy Program Zdrowia ma tworzyć podstawy formalne dla promocji zdrowia, to brak jest wystarczających podstaw prawnych do jego realizacji w ramach współpracy międzysektorowej zarówno w odniesieniu do wymagalności działań na rzecz zdrowia w różnych sektorach, jak i źródeł i zasad finansowania wspólnych, międzysektorowych przedsięwzięć.
8. Mimo znacznych trudności mamy w kraju przykłady programów promocji zdrowia stanowiących załączki rozwiązań systemowych godnych naśladowania w skali ogólnokrajowej. Mowa tu przede wszystkim o pełniących rolę wzorcotwórczą, zainicjowanych przez WHO międzynarodowych, środowiskowych programach z zakresu promocji zdrowia, funkcjonujących w postaci sieci, tj. o Programie Zdrowych Miast, Programie Szkół dla Zdrowia Europy (nazwa obowiązująca od roku 2007, poprzednia nazwa to Program Szkół Promujących Zdrowie), Programie Promocji Zdrowia w Miejscu Pracy oraz Programie Szpitali Promujących Zdrowie.
9. Status prawny promocji zdrowia w opiece zdrowotnej jest zdecydowanie niedookreślony; przede wszystkim brak jest zapisów ustawowych jednoznacznie uznających promocję zdrowia za świadczenie zdrowotne; brak jest warunków rozwoju ciągłej edukacji pacjentów i ich rodzin z myślą o redukcji negatywnych wpływów środowiskowych na ich zachowanie w procesie profilaktyki, leczenia i rehabilitacji; brakuje mechanizmów i warunków organizacyjnych zapewniających permanentną edukację z zakresu promocji zdrowia i profilaktyki personelu medycznego i paramedycznego.
10. Brak jest legislacyjnych rozwiązań jednoznacznie określających miejsca i warunki zatrudniania absolwentów wydziałów o zdrowiu uniwersytetów medycznych oraz absolwentów kierunku zdrowie publiczne w innych uczelniach wyższych – przyszłych kadr do promocji zdrowia.

Rekomendacje

1. Zainicjowanie debaty publicznej na temat modelu i roli promocji zdrowia jako strategii międzysektorowej służącej rozwiązywaniu współczesnych problemów zdrowotnych, ze szczególnym uwzględnieniem redukcji społecznych nierówności w zdrowiu.
2. Przeprowadzenie krajowej kampanii edukacyjnej mającej na celu upowszechnienie w społeczeństwie wiedzy o roli, zadaniach i możliwościach stwarzanych przez promocję zdrowia w zakresie budowania indywidualnych i zbiorowych zasobów zdrowia oraz zapobiegania chorobom.
3. Uchwalenie ustawy odpowiadającej potrzebom nowoczesnego zdrowia publicznego i promocji zdrowia oraz zapewnienie stałego finansowania promocji zdrowia będącej zarówno kluczową strategią, jak i obszarem oddziaływań środowiskowych.
4. Spowodowanie, aby Narodowy Program Zdrowia po nowelizacji miał umocowanie ustawowe i był narzędziem wdrażania ustawy o zdrowiu publicznym, a także aby znowelizowany NPZ umocowany ustawowo posiadał status dokumentu nadrzędnego w stosunku do innych programów narodowych związanych ze zdrowiem.
5. Aktywizacja sektora pozarządowego na rzecz rozwoju promocji zdrowia i usuwanie barier w tej działalności.

6. Rozwój infrastruktury służącej promocji zdrowia oraz działaniom w obszarze zdrowia publicznego m.in. przez:
 - umocowanie ich w ustawie o zdrowiu publicznym;
 - jednoznaczne określenie miejsca i warunków zatrudniania absolwentów wydziałów o zdrowiu uniwersytetów medycznych oraz absolwentów kierunku zdrowie publiczne w innych uczelniach wyższych;
 - zapoczątkowanie i rozwój mechanizmów rutynowej współpracy międzysektorowej na rzecz zdrowia i kształtujących go zasobów z dostosowaniem regulacji prawnych oraz ustaleniem stabilnych zasad i źródeł finansowania oraz zakresu odpowiedzialności za zdrowie w poszczególnych sektorach;
 - stworzenie warunków prawnych, organizacyjnych i finansowych do kształtowania kompetencji zdrowotnych w populacji generalnej i jej wybranych subpopulacjach przez składowe promocji zdrowia: edukację, mobilizację społeczną i lobbing.
7. W kontekście nieodwracalnego procesu starzenia się polskiej populacji ogromnego znaczenia nabierają międzysektorowe działania z zakresu promocji zdrowia, skierowane do osób w podeszłym wieku, obejmujące obszar aktywizacji społecznej, w tym zawodowej i rodzinnej, dostępu do różnych form wsparcia społecznego, w tym w ramach grup samopomocy, poradnictwa psychologicznego i medycznego oraz zapewnienia bezpieczeństwa i niezależności poruszania się w miejscu zamieszkania, a także w przestrzeni publicznej.
8. Tworzenie warunków prawnych, organizacyjnych i finansowych umożliwiających kontynuację i rozwój działań z zakresu promocji zdrowia, skierowanych do osób w wieku dojrzałym i podeszłym, a świadczonych przez władze samorządowe i społeczności lokalne, sektor pozarządowy oraz wszelkie formy instytucjonalnego poradnictwa i społecznego wsparcia.
9. Wspieranie i rozwój programów bezpieczeństwa drogowego ze szczególnym uwzględnieniem programów adresowanych do populacji 50+, a także rozwój infrastruktury dla promocji zdrowia osób niepełnosprawnych.
10. Zapewnienie systemowych mechanizmów kontroli jakości działań z zakresu promocji zdrowia oraz zwiększenie oferty dla międzysektorowych programów promocji zdrowia w ramach programów polityki zdrowotnej finansowanej przez resort zdrowia.
11. Rozwój interdyscyplinarnych badań nad przyczynami nierówności społecznych w konkretnych typach zbiorowości.
12. Rozwój infrastruktury służącej promocji zdrowia oraz działań w obszarze opieki zdrowotnej, m.in. przez:
 - nowelizację regulacji prawnych w celu uznania działań z zakresu promocji zdrowia za świadczenie zdrowotne oraz zapewnienie spójnego podejścia do promocji zdrowia w opiece zdrowotnej;
 - rozwój badań nad modelowymi rozwiązaniami poradnictwa i edukacji pacjentów, tak by obie te formy pomocy prowadziły do osiągnięcia przez pacjentów poziomu kompetencji zdrowotnych pozwalających na pełne, odpowiedzialne uczestnictwo w promocji zdrowia, profilaktyce oraz leczeniu i rehabilitacji;
 - wprowadzenie powszechnego obowiązku minimalnych interwencji w praktyce lekarskiej oraz rozwój mechanizmów i stworzenie warunków współpracy między personelem medycznym a innymi specjalistami;
 - wprowadzenie obowiązku ustawicznego podyplomowego dokształcania medycznych i paramedycznych grup zawodowych jako warunku prawa do wykonywania zadań z obszaru promocji zdrowia i profilaktyki.

*

W niniejszym opracowaniu skupiono się na głównych wnioskach z oceny aktualnej sytuacji oraz na rekomendacjach do dalszych działań w obrębie priorytetów zdrowotnych ustalonych przez zespół ekspertów RRL. Rozdział 9., poświęcony szkolnej edukacji zdrowotnej, oraz rozdział 10., zawierający wyniki badań na temat ryzykownych zachowań zdrowotnych kobiet w ciąży, stanowią istotne uzupełnienie opracowań eksperckich, zwłaszcza w kontekście zadań z zakresu zdrowia publicznego przypisanych Państwowej Inspekcji Sanitarnej na mocy przepisów Ustawy z dnia 14 marca 1985 r. o Państwowej Inspekcji Sanitarnej (z późn. zm.).

Należy wyrazić nadzieję, iż całość zgromadzonego materiału stanie się podstawą szerokiej debaty eksperckiej i społecznej w ramach II Kongresu Demograficznego, co pozwoli na optymalne wypracowanie zadań zdrowia publicznego w obrębie Narodowego Programu Polityki Ludnościowej.

Noty biograficzne autorów



PRZEMYSŁAW BILIŃSKI, dr n. med., absolwent Wydziału Lekarskiego Akademii Medycznej w Łodzi, specjalista chorób wewnętrznych, specjalista endokrynolog, specjalista w dziedzinie zdrowia publicznego. Od 01.01.2011 Główny Inspektor Sanitarny. W przeszłości pracownik naukowy Akademii Medycznej w Łodzi, z-ca dyrektora Departamentu Nauki i Szkolnictwa Wyższego w Ministerstwie Zdrowia, z-ca dyrektora Instytutu Naukowo-Badawczego Państwowego Zakładu Higieny, z-ca Głównego Inspektora Sanitarnego. Zainteresowania naukowe obejmują m.in. zagadnienia hematologii, endokrynologii i zdrowia publicznego. Autor i/lub współautor 25 oryginalnych prac naukowych oraz prac poglądowych, w tym: *Regulatory strategies to ensure food and feed safety in Poland* ("Ann Agric Environ Med", December

2010), *Prevention of female reproductive system cancer among rural and urban Polish pregnant women* ("Ann Agric Environ Med", June 2011), *Nutritional behaviours among pregnant women from rural and Urban environments in Poland* ("Ann Agric Environ Med", June 2011). Członek Polskiego Towarzystwa Endokrynologicznego, Polskiego Towarzystwa Hematologów i Transfuzjologów, Towarzystwa Internistów Polskich, International Menopause Society, Amerykańskiego Towarzystwa Zdrowia Publicznego. Członek Rad Naukowych: Instytutu Medycyny Wsi w Lublinie oraz Instytutu Hematologii i Transfuzjologii w Warszawie, członek Odwoławczej Komisji Bioetycznej przy Ministrze Zdrowia. Uhonorowany Odznaką „Za wzorową pracę w Służbie Zdrowia”, Brązowym Medalem „Za zasługi dla obronności kraju”, Medalem Akademii Medycznej w Łodzi „Za zasługi dla uczelni”, Medalem „600-lecia Uniwersytetu Jagiellońskiego”, Złotą Odznaką Studenckiego Towarzystwa Naukowego. Odznaczony Srebrnym Krzyżem Zasługi.

LUDMILA BOGUSZEWSKA, socjolog, absolwentka Uniwersytetu Warszawskiego. Kierownik Pracowni Statystyki Zakładu Organizacji Ochrony Zdrowia Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie. Zainteresowania badawcze: epidemiologia, metody i trendy badań ewaluacyjnych w psychiatrii, polityka zdrowotna. Autorka i współautorka ponad 70 publikacji, w tym współautorka *Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego* (2008), *Projektu Pilotażowego EUROSTATU dotyczącego Statystyki Zachorowalności* (2010), kierownik corocznego projektu *Analiza Informacji dotyczących Zasobów Lecznictwa Psychiatrycznego i Neurologicznego oraz Rozpowszechnienie Zaburzeń Psychiczych w Polsce*, współautorka wydawanych corocznie przez Instytut Psychiatrii i Neurologii *Roczników Statystycznych Zakładu Psychiatrycznej oraz Neurologicznej Opieki Zdrowotnej*, współautorka *Instrument for Formatting Evaluative Information (IFEI)*, opisanego w *Data Bank of Evaluative Studies on Community-Based Psychiatry – Aims, Methods and Guidelines* (Warszawa 1999), autorka *Trends and methods of evaluative studies in community-based psychiatry in the World in the years 1993–2000* („Archives of Psychiatry and Psychotherapy” 2003).



MARIANNA CHARZYŃSKA-GULA, dr med., pielęgniarka, specjalista z zakresu promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej oraz zdrowia publicznego. Autorka i redaktor wielu prac z obszaru promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej zarówno naukowych jak i popularnonaukowych oraz dydaktycznych (m.in. *Środowiskowy program wychowania zdrowotnego w szkole podstawowej i ponadpodstawowej* (wydanie sześciotomowe 1997), *Szkolna edukacja zdrowotna jako element działań na rzecz zdrowia publicznego. Raport z badań* (2000), *Edukacja zdrowotna rodziny. Poradnik dla pielęgniarki rodzinnej* (2002), *Zrozumieć promocję zdrowia. Przewodnika do zajęć* (2010). Członek wielu zespołów i komisji (m.in. Zespołu Ministra Edukacji Narodowej ds. Edukacji Zdro-

wotnej w Biurze ds. Reformy Systemu Oświaty (1995–1996), Zespołu Ekspertów przy Naczelnej Pielęgniarce Kraju ds. przekształceń w pielęgniarstwie w podstawowej opiece zdrowotnej (1997–1998), Zespołu Ekspertów Ministra Edukacji Narodowej ds. programu kształcenia studiów pedagogicznych w zakresie edukacji zdrowotnej (jako jedyny przedstawiciel Akademii Medycznych; 1999–2000), Zespołu Ekspertów Ministra Zdrowia ds. nowelizacji Narodowego Programu Zdrowia (cel. Nr 6; 1999–2000). Nauczyciel akademicki Uniwersytetu Medycznego w Lublinie oraz Radomskiej Szkoły Wyższej, promotor licznych prac licencjackich i magisterskich studentów pielęgniarstwa, położnictwa i zdrowia publicznego. Ważniejsze odznaczenia: Medal Prezydenta Miasta Lublina (2000 r.), Medal Komisji Edukacji Narodowej (2010 r.).



BOGDAN CHAZAN, prof. dr hab. n. med., lekarz ginekolog-położnik. Dyrektor Szpitala Położniczo-Ginekologicznego im Św. Rodziny w Warszawie, wykładowca w Warszawskim Uniwersytecie Medycznym. W przeszłości wieloletni pracownik Instytutu Matki i Dziecka w Warszawie (w latach 1992–2002 kierownik Kliniki Położniczo-Ginekologicznej) oraz krajowy specjalista w dziedzinie położnictwa i ginekologii (w latach 1998–2001). Opracował wówczas stosowany do tej pory w kraju schemat opieki nad kobietą podczas ciąży, prowadził ogólnokrajowe programy promocji opieki prekoncepcyjnej, prewencji wcześniactwa oraz program ONZ i Rządu Polskiego „Promocja Zdrowia Matki i Dziecka”. Przez okres sześciu lat był przewodniczącym Komitetu Upowszechniania Karmienia Piersią. Ponad 70 szpitali w Polsce uzyskało tytuł Szpitala Przyjaznego Dziecku. Przedmiotem szczególnego zainteresowania prof. Chazana i jego zasługą są korzystne zmiany w oddziałach położniczych w całym kraju – opieka ukierunkowana na potrze-

by rodziny, rozwój szkół rodzenia. Tę aktywność doceniły czytelniczki „Twojego Dziecka”, przyznając mu odznaczenie „Parasol Szczęścia”. Głównym obszarem jego naukowej działalności są zagadnienia zaburzeń przebiegu ciąży i rozwoju płodu. Jest autorem około 200 prac naukowych oraz podręczników i monografii, promotorem ośmiu przewodów doktorskich, organizatorem wielu konferencji naukowych krajowych i międzynarodowych. Przewodniczący Rady organizacji ginekologów MaternCare International działającej charytatywnie na rzecz zdrowia

matek i dzieci w Kenii i na Haiti. Uczestniczył w konferencji w Kairze w 1994 r., w konferencjach organizowanych przez Światową Organizację Zdrowia na temat opieki medycznej nad matką i dzieckiem w Kopenhadze, Madrycie, Bazylei, Chicago, Rzymie. Był przez dwie kadencje członkiem Komitetu Nauk Demograficznych Polskiej Akademii Nauk, od 1994 r. jest członkiem Rządowej Rady Ludnościowej. Uczestniczył w redakcji umów międzynarodowych z USA i Kanadą. W roku 2009 został wyróżniony tytułem „Zasłużonemu – Polskie Towarzystwo Lekarskie”. Odznaczony m.in. Złotym Krzyżem Zasługi i Krzyżem Kawalerskim Orderu Odrodzenia Polski.



WOJCIECH DRYGAS, prof. dr hab. n. med., specjalista w dziedzinie zdrowia publicznego, profilaktyki chorób serca i naczyń oraz medycyny sportowej. Kierownik Zakładu Epidemiologii, Prewencji Chorób Układu Krążenia i Promocji Zdrowia Instytutu Kardiologii w Warszawie (od 2002 r.) oraz Katedry Medycyny Społecznej i Zapobiegawczej Uniwersytetu Medycznego w Łodzi (od 1997 r.). Główne kierunki zainteresowań naukowych i działań praktycznych obejmują m.in. ocenę skuteczności działań z zakresu profilaktyki chorób serca i naczyń, promocji zdrowia, opracowywanie i wdrażanie programów zintegrowanej profilaktyki chorób przewlekłych w skali populacyjnej, badania epidemiologiczne dotyczące czynników ryzyka

i zachowań zdrowotnych, ocenę skuteczności kampanii medialnych w kształtowaniu poziomu wiedzy i zachowań zdrowotnych osób dorosłych, dzieci i młodzieży oraz ocenę wieloletnich efektów systematycznego wysiłku fizycznego u mężczyzn w wieku średnim i podeszłym. Autor ponad 350 prac naukowych, w tym ponad 100 indeksowanych w bazie PUBMED (National Institutes of Health), opublikowanych m.in. w „Preventive Medicine”, „Journal of Public Health”, „European Journal of Public Health”, „International Journal of Sports Medicine”, „Medicine & Science in Sports & Exercise”. Od połowy lat 90. systematycznie współpracuje z WHO m.in. jako dyrektor Programu CINDI (Countrywide Integrated Noncommunicable Intervention) w Polsce, WHO NCD Counterpart oraz jako konsultant Biura Europejskiego WHO w zakresie profilaktyki chorób przewlekłych. Ekspert Polskiego Forum Profilaktyki oraz członek Komitetu Redakcyjnego Polskiego Forum Profilaktyki, członek Komitetu Zdrowia Publicznego PAN. Pomysłodawca i koordynator Ogólnopolskiej Kampanii Aktywności Fizycznej *Postaw Serce na Nogi*, koordynator Programu Polkard Media *Pamiętaj o Sercu*, członek Komitetu Sterującego Polskiego Projektu 400 Miast, międzynarodowej Kampanii Antytytoniowej Quit&Win oraz Europejskiego Programu *Healthy Stadia*. Uhonorowany odznaczeniami resortowymi przez Ministra Zdrowia i Ministra Sportu, Medalem Komisji Edukacji Narodowej (2002) oraz Złotym Krzyżem Zasługi.



MIROSLAW JAROSZ, prof. dr hab. n. med., jest badaczem mającym w dorobku naukowym około 500 publikacji. Od 2004 r. jest dyrektorem Instytutu Żywności i Żywnienia w Warszawie. Kierował i/lub uczestniczył w wielu grantach i projektach badawczych, w tym 15 międzynarodowych. Pełni liczne funkcje, które wynikają z realizacji zobowiązań Polski w stosunku do UE, WHO i FAO oraz ze współpracy międzynarodowej. W 2005 r. został mianowany przez Ministra Zdrowia przedstawicielem Polski do współpracy z WHO w zakresie żywienia. Uczestniczył w pracach nad opracowaniem Europejskiej Karty Walki z Otyłością oraz prowadził konsultacje dotyczące wypracowania w tej sprawie polskiego stanowiska. Był inicjatorem opracowania *Narodowego Programu Zapobiegania Nadwadze i Otyłości oraz Przewlekłym Chorobom Niezakaźnym poprzez Poprawę Żywienia i Aktywności Fizycznej (POL-HEALTH)*, obecnie realizowanego jako Moduł I *Narodowego Programu*

Przeciwdziałania Chorobom Cywilizacyjnym. W 2007 r. jako przedstawiciel Polski został wyznaczony przez Komitet Europejski Rady Ministrów do udziału w pracach Grupy Roboczej Wysokiego Szczebla ds. Żywienia i Aktywności Fizycznej (HLG) Komisji Europejskiej. Od 2007 r. jest ekspertem w zakresie tematyki żywieniowej do współpracy z forum doradczym EFSA (European Food Safety Authority). Jest inicjatorem i koordynatorem licznych działań na rzecz poprawy żywienia i zapobiegania chorobom przewlekłym, podejmowanych na forum krajowym. Był pomysłodawcą opracowania w 2007 r. *Karty Żywienia i Aktywności Fizycznej Dzieci i Młodzieży w Szkole*, podpisanej wraz z Rzecznikiem Praw Obywatelskich, który objął patronat nad Kartą. Był inicjatorem i liderem opracowania w 2008 r. nowych norm żywienia dla ludności Polski jako podstawowego narzędzia do realizacji profilaktyki żywieniowej. Za wybitne osiągnięcia we współpracy nauki z przemysłem żywnościowym otrzymał nagrodę „Pro Polonia Opulenta” przyznaną przez Stowarzyszenie Polska Federacja Producentów Żywności. Za szczególne osiągnięcia w dziedzinie ochrony zdrowia otrzymał nagrodę I stopnia Ministra Zdrowia (2000 r.). Odznaczony Złotym Krzyżem Zasługi (2004 r.) i Krzyżem Kawalerskim Orderu Odrodzenia Polski (2010 r.).



JACEK MOSKALEWICZ, dr socjologii, absolwent Uniwersytetu Warszawskiego. Zainteresowania badawcze obejmują epidemiologię, politykę społeczną, społeczną historię substancji psychoaktywnych, badania stosowane. W swoich pracach wykorzystuje różne metodologie: od konwencjonalnych podejść epidemiologicznych do analiz konstrukcjonistycznych. Jest autorem lub współautorem ponad 160 publikacji, w tym współautorem *Drugiego raportu o polityce wobec alkoholu* (1990), autorem *Polityka społeczna wobec alkoholu w Polsce w latach 1944–1982* (PARPA, Warszawa 1998), współredaktorem *Public Opinion on Social Problems. A Survey around the Baltic Sea* (NAD, Helsinki 1998) oraz *Two worlds of drug consumption in late modern societies* (Ashgate, Vienna 2009). Był współautorem haseł o Polsce

w międzynarodowych encyklopediach *International Handbook on Alcohol and Culture* (Greenwood Press, 1995) and *Alcohol and Temperance in Modern History. An International Encyclo-*

paedia (ABC Clio, 2003). Kierownik Zakładu Badań nad Alkoholizmem oraz Zakładu Organizacji Ochrony Zdrowia Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie. Członek panelu ekspertów Światowej Organizacji Zdrowia, wiceprzewodniczący Science Group przy Alcohol and Health Forum Komisji Europejskiej. Redaktor naczelny kwartalnika „Alkoholizm i Narkomania”, członek rad redakcyjnych „Addiction”, „European Addiction Research”, „Journal of Substance Use”, „Open Addiction Journal”, „Drugs: Education, Prevention & Policy”. Laureat *Jellinek Memorial Award* (2001). Odznaczony La Médaille de la Ville de Paris oraz Krzyżem Kawalerskim Orderu Odrodzenia Polski.



KRZYSZTOF PRZEŹNIAK, socjolog medycyny, z-ca dyrektora WHO Collaborating Centre, dyrektor naukowy Fundacji „Promocja Zdrowia” oraz prezes Obywatelskiej Koalicji „Tytoń albo zdrowie”. Pracuje w Zakładzie Epidemiologii i Prewencji Nowotworów Centrum Onkologii-Instytut im. M. Skłodowskiej-Curie. Od prawie 30 lat zajmuje się czynnikami determinującymi stan zdrowia społeczeństwa (m.in. środowiska, stylu życia, zachowań zdrowotnych), w tym rosnącą epidemią chorób odtytoniowych jako główną przyczyną przedwczesnej umieralności w Polsce i innych krajach europejskich. Brał udział w pracach eksperckich nad przygotowaniem głównych programów i aktów legislacyjnych z zakresu zdrowia publicznego w Polsce i innych krajach Europy Środkowej i Wschodniej, w szczególności dotyczących ograniczenia palenia tytoniu. Ekspert Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) i wielu innych instytucji medycznych i społecznych (m.in. UICC, Open Society Institute, US EPA).

„Visiting scientist” w Szkole Zdrowia Publicznego Uniwersytetu Johnsa Hopkinsa w Baltimore (USA), Europejskim Biurze WHO, Międzynarodowej Agencji Badań nad Rakiem i Narodowych Instytutach Raka w USA i Kanadzie. Brał udział w ponad 100 polskich i międzynarodowych projektach badawczych i interwencyjnych. Autor lub współautor ponad 200 artykułów i innych prac naukowo-badawczych. Wygłosił ponad 1000 wykładów, w tym kilkaset na międzynarodowych konferencjach naukowych. Za swoją pracę naukową i społeczną dla zdrowia publicznego odznaczony przez Prezydenta RP Złotym Krzyżem Zasługi oraz nagrodzony przez Polską Akademię Nauk, Międzynarodową Unię Walki z Rakiem oraz Fundację „Promocja Zdrowia”. Centrum Kontroli i Zapobiegania Chorobom w USA (CDC) wyróżniło jego wkład w realizację międzynarodowego projektu badawczego GATS w Polsce.



Grupy Ekspertów ds. Danych o Spożyciu Żywności, utworzonej przez Europejski Urząd ds. Bezpieczeństwa Żywności. Odznaczony Złotym Krzyżem Zasługi.

WŁODZIMIERZ SEKUŁA, absolwent Wydziału Handlu Wewnętrznego Szkoły Głównej Planowania i Statystyki w Warszawie (obecnie: Szkoła Główna Handlowa). Stopień doktora nauk ekonomicznych uzyskał na macierzystej uczelni. Od 1 października 1965 pracuje w Instytucie Żywności i Żywienia. Obecnie jest zatrudniony na stanowisku prof. nadzw., kierownika Samodzielnej Pracowni Ekonomiki Żywności i Żywienia. Pełni jednocześnie funkcję zastępcy dyr. ds. ekonomicznych. Specjalność naukowa: spożycie żywności – tendencje, zróżnicowanie, uwarunkowania społeczno-ekonomiczne; aspekty metodologiczne pozyskiwania danych o spożyciu, zależności między trendami w modelu żywienia a zachorowalnością i umieralnością na przewlekłe choroby niezakaźne. Autor/współautor 30 monografii, 75 rozdziałów w monografiach oraz 170 artykułów. Członek



Medical Sociology oraz członek międzynarodowych i krajowych towarzystw naukowych, m.in. International Union of Health Promotion and Education (IUHPE) i Polskiego Towarzystwa Socjologicznego. Główne obszary badawcze: promocja zdrowia, socjologia zdrowia i medycyny, socjoepidemiologia. Autorka lub współautorka ponad 70 publikacji naukowych, w tym: pierwszego w Polsce socjologicznego studium choroby przewlekłej *Życie codzienne chorych na cukrzycę* (1988) i pierwszego w Polsce słownika promocji zdrowia *Promocja zdrowia* (1994) oraz haseł „zdrowie” i „choroba” w pierwszej w Polsce *Encyklopedii Socjologii* (1998, 2002); książek m.in. *Promocja zdrowia* (red., 1994), *Programy dla zdrowia w społeczności lokalnej* (2002); kilkudziesięciu rozdziałów w książkach, w tym z zakresu socjologii zdrowia i medycyny, m.in. *Socjologia a promocja zdrowia*, w: *Socjologia medycyny* pod redakcją A. Ostrowskiej (2009) oraz artykułów w zagranicznych i krajowych czasopismach naukowych. Autorka i współautorka licznych krajowych i zagranicznych programów naukowych. W latach 2009–2013 koordynator polski oraz członek zespołu zarządzającego międzynarodowego projektu, finansowanego ze środków Komisji Europejskiej, pod nazwą Europejski Sondaż Kompetencji Zdrowotnych (HLS-EU), realizowanego w ośmiu krajach europejskich, w tym w Polsce. Odznaczona Złotym Krzyżem Zasługi i Krzyżem Kawalerskim Orderu Odrodzenia Polski.

ZOFIA SŁOŃSKA, dr n. hum., adiunkt i zastępca kierownika Zakładu Epidemiologii, Prewencji Chorób Układu Krążenia i Promocji Zdrowia w Instytucie Kardiologii im. Prymasa Tysiąclecia Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Warszawie oraz adiunkt w Zakładzie Epidemiologii i Promocji Zdrowia Publicznego CMKP. Początkowo pracownik, a następnie wieloletni ekspert Światowej Organizacji Zdrowia. W latach 1998–2010 członek redakcji czasopisma naukowego „Health Promotion International”, od 2011 roku członek redakcji czasopisma naukowego „Annals of Agricultural and Environmental Medicine”, członek Rządowej Rady Ludnościowej, członek Komitetu Doradców, Centrum ds. Komunikacji, Zdrowia i Środowiska z siedzibą w Waszyngtonie, członek Zarządu the European Society of Health and

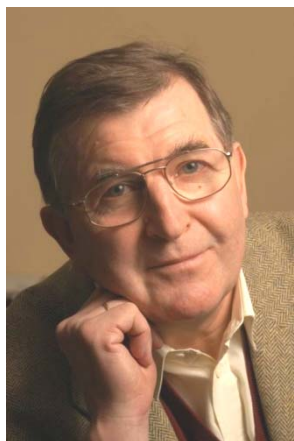


JANUSZ SZYMBORSKI, prof. dr hab. n. med., pediatra, absolwent AM we Wrocławiu. Dyrektor Instytutu Matki i Dziecka (1996–2001), doradca Rzecznika Praw Dziecka (2003–2007), pełnomocnik Rzecznika Praw Obywatelskich ds. rodziny (2007–2010). Od 2003 r. związany z Wszechnicą Polską Szkołą Wyższą TWP w Warszawie, kierownik Katedry Pedagogiki, pełnomocnik rektora ds. nauk o zdrowiu. Współautor ok. 300 publikacji naukowych i 20 monografii, w tym biuletynu BRPO i GUS *Zdrowie dzieci i młodzieży w Polsce* (2008). Kierownik projektów badawczych m.in.: części polskiej projektu UE Hansa-East INCO COPERNICUS *Promowanie wzorcowej architektury dla otwartych systemów informatycznych w opiece zdrowotnej* (1997–1998); *Wczesne rozpoznawanie i leczenie mukowiscydozy* (1998–2000) i programów polityki zdrowotnej państwa, w tym: *Program badań przesiewowych noworodków w Polsce* (2000–2001), *Opracowanie zadań i zasad funkcjonowania nadzoru merytoryczno-organizacyjnego w opiece nad matką i dzieckiem i jego wdrożenie* (2000–2001). Uczestnik: *Cancer prevention and control academic course*, Bethesda, USA (1995) i *European training consortium in public health and health promotion*, Liverpool (1999). Kierownik specjalizacji 37 pediatrów, promotor sześciu przewodów doktorskich oraz wielu prac magisterskich i licencjackich. Przewodniczący Rady ds. Zdrowia Matki i Dziecka przy Ministrze Zdrowia (1990–1991), pełnomocnik ministra zdrowia ds. nadzoru merytoryczno-organizacyjnego w opiece nad matką i dzieckiem (2000–2001), wiceprzewodniczący Rady Normalizacyjnej przy PKN (2003–2011), przewodniczący zespołu RPO ds. opracowania strategii polityki rodzinnej (2007–2010), członek Rządowej Rady Ludnościowej (od 2002) – wiceprzewodniczący zespołu RRL ds. opracowania *Założeń polityki ludnościowej w Polsce* (2004 i 2011). Członek Polskiego Stowarzyszenia im. Janusza Korczaka i członek honorowy Polskiego Towarzystwa Higienicznego. Poseł IX i X kadencji Sejmu (1985–1991). Uhonorowany m.in. Złotą Odznaką Towarzystwa Walki z Kalectwem, Odznaką Zasłużonemu – Polskie Towarzystwo Lekarskie, Złotą Honorową Odznaką Fundacji „Promocja Zdrowia”, Krzyżem Kawalerskim, Krzyżem Oficerskim, Krzyżem Komandorskim Orderu Odrodzenia Polski.



ANDRZEJ WOJTYŁA, dr n. med., absolwent Wydziału Lekarskiego Akademii Medycznej w Poznaniu, specjalista chorób dziecięcych, specjalista w dziedzinie zdrowia publicznego. W latach 1994–1996 odbył studia w zakresie zarządzania i organizacji ochrony zdrowia oraz zdrowia publicznego na amerykańskich uniwersytetach Georgetown i George Washington (Washington D.C.). W tym okresie odbył również praktyki w organizacjach ubezpieczenia zdrowotnego w USA. Minister Zdrowia i Opieki Społecznej (1992–1993), poseł na Sejm RP (1991–1993 oraz 1997–2004), wiceprzewodniczący Komisji Zdrowia oraz przewodniczący Podkomisji ds. Zdrowia Publicznego, Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia (2005–2006), Główny Inspektor Sanitarny (2006–2010). Dyrektor Generalny International Association of Agricultural Medicine and Rural Health z siedzibą w Loni, Indie (1999–2003). Obecnie Dyrektor Instytutu Medycyny Wsi w Lublinie. Zainteresowania naukowe obejmują m.in. zagadnienia zachowań zdrowotnych dzieci

i młodzieży oraz kobiet w okresie rozrodczym, a także nierówności zdrowotnych. Wygłosił ponad 30 prezentacji na zagranicznych konferencjach naukowych. Organizator wielu międzynarodowych konferencji naukowych. Autor i współautor ponad 40 prac oryginalnych i poglądowych drukowanych w recenzowanych czasopismach naukowych krajowych i zagranicznych, w tym: *Need for global action for cancer control* (Ann Oncol 2008), *Nutritional behaviours among pregnant women from rural and urban environments in Poland* ("Ann Agric Environ Med", June 2011), *Prevention of female reproductive system cancer among rural and urban Polish pregnant women* ("Ann Agric Environ Med", June 2011), *Regulatory strategies to ensure food and feed safety in Poland* ("Ann Agric Environ Med", December 2010). Redaktor naczelny czasopism naukowych: "Annals of Agricultural and Environmental Medicine", „Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu”, "Journal of Preclinical and Clinical Research". Członek: American Public Health Association, International Association of Rural Health and Medicine, Polish – American Health Association, Polskiego Towarzystwa Higienicznego – wiceprezes Zarządu Głównego. Odznaczony Złotym Krzyżem Zasługi.



WITOLD A. ZATOŃSKI, prof. dr hab. n. med., absolwent Akademii Medycznej we Wrocławiu. Jest specjalistą chorób wewnętrznych, epidemiologiem i ekspertem w zakresie zdrowia publicznego. Od końca lat 70. pracuje w Centrum Onkologii-Instytucie im. Marii Skłodowskiej-Curie w Warszawie, gdzie kieruje Zakładem Epidemiologii i Prewencji Nowotworów. Prowadzi badania nad zdrowiem Polaków, a szczególnie nad epidemiologią zachorowań na nowotwory złośliwe nie tylko w Polsce, ale i w całej Europie Środkowej i Wschodniej. Przez dłuższy czas pracował naukowo za granicą m.in. w Centrum Badań nad Rakiem w Heidelbergu, Międzynarodowej Agencji Badań nad Rakiem (WHO) w Lyonie, Londyńskiej Szkole Higieny. Uczestniczy w wielu międzynarodowych badaniach naukowych, m.in. we współpracy z Narodowym Instytutem Raka w Bethesda (USA), Bankiem Światowym, Uniwersytetem w Oxfordzie. Jest eksper-

tem Światowej Organizacji Zdrowia. Ogłosił ponad 600 publikacji naukowych, w tym ponad 20 książek. Jako jeden z nielicznych polskich badaczy raka znalazł się na prestiżowej amerykańskiej liście najczęstszych cytowań naukowych, opracowanej na podstawie bazy bibliograficznej Science Citation Index. Istotną część swojej pracy poświęca profilaktyce. Od 20 lat prowadzi edukację zdrowotną Polaków. Przekonuje, że droga do zdrowia wiedzie przez oparty na naukowych przesłankach tryb i styl życia. Jako twórca Fundacji „Promocja Zdrowia” i najbardziej znany przeciwnik palenia tytoniu w Polsce jest animatorem wielu prozdrowotnych akcji, z których najgłośniejsza odbywa się pod hasłem „Rzuć palenie razem z nami”. Dzięki niej około 4 miliony Polaków przestało palić i stworzyło sobie szansę na przedłużenie zdrowego życia o wiele lat. Był wielokrotnie nagradzany i odznaczany za swoją pracę na rzecz poprawy zdrowia Polaków i Europejczyków, m.in. Krzyżem Oficerskim Orderu Odrodzenia Polski, medalami Światowej Organizacji Zdrowia, Medalem Miasta Paryża nadanym przez Jacques’a Chiraca, Nagrodą im. Hugona Steinhausa, a za długoletnią pracę dla zdrowia publicznego przyznano mu najwyższe odznaczenia medyczne – Medal „Gloria Victis” Polskiego Towarzystwa Lekarskiego i Nagrodę im. Luthera L. Terry’ego Amerykańskiego Towarzystwa Walki z Rakiem.

SUMMARY

Poland has reached a critical stage in its demographic development, which triggers an urgent necessity to develop and implement a national population policy programme. This publication presents the results of expert analyses concerning public health priorities, crucial to the population policy. These include protecting the health of mothers and children; limiting morbidity and mortality due to cardiovascular diseases and cancer; improving nutrition and increasing physical activity in the society; protecting mental health; and health promotion. Experts from the Government Population Council have performed a detailed diagnosis of the health status within the assumed public health priorities. On this basis, they have formulated certain recommendations that should set the directions of any further analytical, research, programme and implementation-oriented activities in the domain of health policies. As can be inferred from particular chapters, the common postulate is to reorient the current healthcare system so that the development of innovative diagnostic and treatment methods would be accompanied by health education, health promotion, and the prophylaxis of health risks and diseases. This, in turn, entails the necessity to create a suitable infrastructure and legislative grounds to implementing efficient public health measures. We hope that this publication will give rise to a heated expert and social debate, as part of the 2nd Demographic Congress, which will ultimately lead to developing optimum solutions related to public health, to be adopted in the National Population Policy Programme.