

UCHWAŁA NR XXXIV/669/2004
Rady Miejskiej w Kielcach
z dnia 9 grudnia 2004 r.

w sprawie uchwalenia Miejskiego Programu Profilaktyki Zdrowotnej
„Zdrowe Kielce” na lata 2005-2007

Na podstawie art.7 ust. 1 pkt. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. Nr 210, poz. 2135) w związku z art. 18 ust.1 ustawy z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym (Dz. U. z 2001 r. Nr 142 poz. 1591, z 2002 r. Nr 23 poz. 220, Nr 62 poz. 558, Nr 113 poz.984, Nr 153 poz. 1271, Nr 214 poz. 1806, z 2003 r. Nr 80 poz. 717, Nr 162 poz. 1568) Rada Miejska w Kielcach:

§ 1

Uchwała Miejski Program Profilaktyki Zdrowotnej „Zdrowe Kielce” na lata 2005-2007, stanowiący załącznik do niniejszej uchwały.

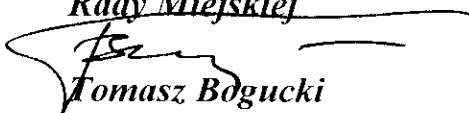
§ 2

Wykonanie uchwały powierza się Prezydentowi Miasta.

§ 3

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia z mocą obowiązującą od 1 stycznia 2005r.

Przewodniczący
Rady Miejskiej


Tomasz Bógucki

**MIEJSKI PROGRAM
PROFILAKTYKI ZDROWOTNEJ
„ZDROWE KIELCE”
NA LATA 2005 - 2007**



Spis treści

1	WPROWADZENIE.....	3
2	PROGRAMY PROFILAKTYKI ZDROWOTNEJ, A ZAŁOŻENIA ŚWIATOWEJ ORGANIZACJI ZDROWIA	6
3	ROZWÓJ IDEI PROMOCJI ZDROWIA – KARTA OTTAWSKA.....	8
4	MIEJSKI PROGRAM PROFILAKTYKI ZDROWOTNEJ „ZDROWE KIELCE”, A NARODOWY PROGRAM ZDROWIA.....	13
4.1	Narodowy Program Zdrowia	13
4.2	Cele i kierunki działania Narodowego Programu Zdrowia.....	14
4.3	Założenia Narodowego Programu Zdrowia na lata 1996 – 2005.....	15
4.4	Podstawy prawne prowadzenia profilaktyki zdrowotnej	16
5	PROGRAMY PROFILAKTYKI ZDROWOTNEJ REALIZOWANE W RAMACH MIEJSKIEGO PROGRAMU PROFILAKTYKI ZDROWOTNEJ „ZDROWE KIELCE” NA LATA 2005-2007.....	18

1 WPROWADZENIE

Definicja zdrowia według Światowej Organizacji Zdrowia brzmi:

„zdrowie to stan pełnego, dobrego samopoczucia fizycznego, umysłowego i społecznego, a nie tylko brak choroby lub niedomagania”

Zdrowie czy zdrowotność społeczeństwa można badać i oceniać tylko pośrednio, głównie drogą metod epidemiologicznych i socjomedycznych, wspieranych innymi technikami (biostatystyka, informacje dotyczące zjawisk związanych ze zdrowotnością itp.). Podstawowe znaczenie posiadają wypracowane i stosowane od lat mierniki negatywne, dotyczące takich zjawisk jak częstość występowania chorób (chorobowość, zachorowalność), umieralność noworodków i niemowląt, śmiertelność (zgony z powodu danej choroby do liczby chorujących na tą chorobę), średnie trwanie życia i wiele innych. Szczegółowa analiza tych zjawisk, z uwzględnieniem różnych grup i kategorii społecznych, wydzielonych według kryteriów płci, wieku, zawodu, wykształcenia, zamieszkania, gałęzi przemysłu, sektora zatrudnienia i wielu innych, przybliży ogólną sytuację zdrowotną i stan zdrowia zbiorowości.

Według C. Winsłowa termin **zdrowie publiczne** oznacza: "wiedzę i sztukę służącą zapobieganiu chorobom, poprawie i przedłużaniu życia, zdrowia i vitalności fizycznej i psychicznej jednostek, poprzez działania zbiorowe ukierunkowane na:

- Poprawę stanu zdrowotnego środowiska,
- Walkę z chorobami, które przedstawiają największe zagrożenie,
- Edukację jednostek w zakresie reguł higieny osobistej,
- Organizowanie świadczeń i usług medycznych mając na uwadze wczesną diagnostykę i leczenie ukierunkowane zapobiegawczo,
- Wdrażanie środków i rozwiązań socjalnych, które zabezpiecząby każdej jednostce danej zbiorowości poziom życia umożliwiający podtrzymanie zdrowia.

Polityka zdrowotna obejmuje:

- Promocję zdrowia
- Profilaktykę

- Opiekę zdrowotną

Promocja zdrowia jest sumą działań edukacyjnych i wsparcia: społecznego, politycznego, organizacyjnego, ekonomicznego i prawnego. Celem tego wsparcia jest zachowanie zdrowia i podnoszenie jakości życia.

Promocja zdrowia obejmuje:

- Politykę publiczną
- Edukację zdrowotną

Polityka publiczna to wszelkie działania władz, których celem jest zrównoważony rozwój będący zbiorem polityki społecznej, ekologicznej, gospodarczej i przestrzennej.

Edukacja zdrowotna to działania informacyjne i motywujące, których bezpośrednim celem jest ukształtowanie sprzyjających zdrowiu przekonań i umiejętności, a co za tym idzie zdrowotnych postaw jednostki, które w odpowiednich warunkach powinny doprowadzić do realizacji zachowań służących zdrowiu.

Profilaktyka zdrowotna jest działaniem ukierunkowanym na grupy ryzyka określonych chorób obejmujące redukcję czynników chorobotwórczych, wczesne wykrycie zmian chorobowych oraz zapobieganie skutkom choroby.

Profilaktyka zdrowotna obejmuje:

- Prewencję I⁰
- Prewencję II⁰
- Prewencję III⁰

Prewencja I⁰ jest to działanie w kierunku zapobiegania dysfunkcjom i zmniejszania zachorowań poprzez redukcję czynników ryzyka chorób. Działania koncentrują się wokół zmiany stylu życia.

Prewencja II⁰ jest to wczesne wykrycie dysfunkcji i podjęcie leczenia w bardzo wczesnym stadium choroby. Dotyczy to głównie badań przesiewowych (scryning), a także edukacji w zakresie samokontroli zdrowia.

Prewencja III⁰ jest to działanie w kierunku zapobiegania skutkom choroby, ich nawrotom i obniżenie liczby przedwczesnych zgonów, edukacja w nauczaniu radzenia sobie z chorobą lub niepełnosprawnością i wykorzystywania tej wiedzy

w życiu codziennym oraz wyrównywanie szans osób niepełnosprawnych na aktywne samodzielne uczestnictwo w życiu społecznym.

Opieka zdrowotna jest to działanie w kierunku przywracania zdrowia czemu służy tworzenie sprawnego systemu usług medycznych.

2 PROGRAMY PROFILAKTYKI ZDROWOTNEJ, A ZAŁOŻENIA ŚWIATOWEJ ORGANIZACJI ZDROWIA

Pogłębiające się różnice w sytuacji zdrowotnej pomiędzy krajami rozwijającymi się, a rozwiniętymi stały się dla Światowej Organizacji Zdrowia punktem wyjścia do długofalowej strategii pod hasłem „Zdrowie dla wszystkich”.

„Zdrowie 21” władze szczególnie nacisk na następujące zagadnienia:

- solidarność i równość w dostępie do zdrowia;
- determinanty zdrowia jak: czynniki socjoekonomiczne, genetyczne i związki pomiędzy promocją zdrowia i środowiskiem;
- standard życia ludzi żyjących w skupiskach;
- wielosektorowe działania i odpowiedzialność;
- podstawowa opieka zdrowotna oparta na lekarzu i pielęgniarce rodzinnej;
- opieka zdrowotna zorientowana na wyniki;
- rozwój polityki zdrowotnej z naciskiem na implementację rodzinną;
- priorytety globalne i identyfikacja partnerów.

W ramach strategii „Zdrowie 21” za priorytetowe zadanie uznano rozwój podstawowej opieki zdrowotnej służącej zapewnieniu właściwej ochrony zdrowia, w tym dążenie do zbudowania infrastruktury umożliwiającej powszechny i równy dostęp do podstawowych świadczeń medycznych. Ponadto ważnym elementem strategii stało się nasilenie kampanii profilaktycznych i działań w zakresie zdrowia publicznego. W odpowiedzi na powyższe wyzwania w wielu krajach, w tym również i w Polsce opracowano Narodowe Programy Zdrowia. Uzupełnienia narodowych inicjatyw stanowi aktualnie **Wspólnotowy Program** w dziedzinie zdrowia publicznego na lata 2003 - 2008. Podstawą prawną tego programu jest Decyzja Parlamentu Europejskiego i Rady Europy nr 1786/2002 z dnia 23 września 2002 roku przyjmująca program działań Wspólnoty Europejskiej w obszarze zdrowia publicznego na lata 2003 - 2008.

Celami Wspólnotowego Programu są:

1. Poprawa informacji i wiedzy celem rozwoju obszaru zdrowia publicznego (m.in. budowa baz danych i system ich przekazywania).
2. Zwiększenie zdolności szybkiego reagowania w sposób skoordynowany na zagrożenia zdrowotne.

3. Promocja zdrowia i zapobieganie chorobom poprzez oddziaływanie na wskaźniki zdrowotne w zakresie polityki we wszystkich obszarach i działaniach Wspólnoty.

Miasto Kielce realizując programy profilaktyczne powinno korzystać z międzynarodowych doświadczeń i uwzględnić cele strategiczne Wspólnotowego Programu Zdrowia Publicznego w zakresie:

1. Informacji zdrowotnej w obszarze:
 - stanu zdrowia mieszkańców,
 - wskaźników zdrowotnych,
 - systemów i analiz zdrowotnych.
2. Systemu szybkiego reagowania w obszarze:
 - systemu alarmowego i nadzoru,
 - chorób zakaźnych i innych zagrożeń.
3. Determinant zdrowotnych w obszarze:
 - stylu życia,
 - czynników socjoekonomicznych,
 - czynników środowiskowych.

3 ROZWÓJ IDEI PROMOCJI ZDROWIA – KARTA OTTAWSKA

Kamieniem milowym w rozwoju promocji zdrowia była Międzynarodowa Konferencja Promocji Zdrowia w Ottawie w 1986 roku. Powstała tam tzw. Karta Ottawska. Stała się „Konstytucją” promocji zdrowia i jest dla niej trwałym dokumentem o podstawowym znaczeniu, mimo że po konferencji w Ottawie (Kanada 1986), odbyły się jeszcze trzy konferencje promocji zdrowia, również o zasięgu ogólnosiwiatowym, w Adelajdzie (Australia 1989), w Sundsvalle (Szwecja 1991) i w Dżakarcie (Indonezja 1997).¹

W końcu lat 1970 Światowa Organizacja Zdrowia ogłosiła listę czynników warunkujących zdrowie. Należą do nich: pełne korzystanie z praw i swobód obywatelskich, możliwość zatrudnienia i praca w odpowiednich warunkach, dobre warunki mieszkaniowe, utrzymywanie kondycji psychofizycznej stosowanej do wieku i płci, uzyskanie odpowiedniego wykształcenia, odpowiednie zaopatrzenie w żywność i odpowiedni stan odżywienia, poczucie bezpieczeństwa, możliwość gromadzenia oszczędności, komunikacja i łączność z innymi ludźmi, możliwość wypoczynku, regeneracja sił i rozrywki oraz dostępność odpowiedniej odzieży.²

W latach 1980 uwarunkowania te uległy pewnej zmianie, lecz zasadnicze pozostały nie zmienione. W tym samym czasie, podejmując próbę uszeregowania czynników wpływających na zdrowie człowieka (tj. dla utrzymania zdrowia jednostki), uzyskano cztery zasadnicze ich grupy:

- styl życia – około 50% wszystkich wpływów;
- środowisko – około 20%;
- cechy genetyczne – około 20%;
- opieka zdrowotna – około 10%.

Wartości te jako uogólnione mają zastosowanie także do warunków polskich. Natomiast poziom zdrowia społeczeństwa determinują takie czynniki, jak sytuacja demograficzna, styl życia obywateli, poziom warunków zdrowotnych (sanitarnych) oraz sprawność systemu ochrony zdrowia. Znaczenie czynnika demograficznego jest bezsporne, gdyż społeczeństwo młodsze, z natury rzeczy powinno być zdrowsze, aniżeli społeczeństwo z wysokim odsetkiem ludzi w wie-

¹ Karski J.B., praca zbiorowa, „Promocja Zdrowia”, Warszawa 1999r, s. 21

² Paździoch S., Ryś A., praca zbiorowa, „Zdrowie Publiczne”, Kraków 1996r, s 252

ku zaawansowanym. Polska niezupełnie podporządkowuje się tej zasadzie.

Styl życia według definicji Światowej Organizacji Zdrowia (1989) jest to sposób bycia wynikający z wzajemnego oddziaływania człowieka i warunków, w jakich żyje oraz z indywidualnych wzorców zachowania, które zostały określone poprzez czynniki społeczno – kulturowe i osobiste cechy charakteru.

Poziom warunków zdrowotnych, określony również ogólnym stanem higieniczno – sanitarnym, stanowi oczywisty czynnik zdrowotny. Biedę od stuleci uważano za „matkę wszelkich chorób”, niemniej dobrobyt źle wykorzystywany może także stanowić duże zagrożenie dla zdrowia.

Sprawność systemu ochrony zdrowia ma duże znaczenie w zakresie przywracania zdrowia lub ograniczania ujemnych skutków choroby, lecz jak wynika z dotychczasowych badań, nawet spełnienie wszelkich wymagań tego systemu, w tym przede wszystkim finansowych, może zapewnić jedynie około 10 % wpływu dodatniego (spośród wszystkich czynników) na stan zdrowia społeczeństwa.

Na przełomie lat 1980 - 90 Światowa Organizacja Zdrowia opublikowała dokumenty (Kickbusch, 1990 i 1991; Targets, 1984), z których wynika, że podstawowym warunkiem poprawy i utrzymania zdrowia społeczeństwa jest tworzenie i realizacja odpowiedniej zdrowotnej polityki społecznej. Oznacza to, że nie istnieje osobna polityka zdrowotna i osobna polityka społeczna, a wręcz stanowią one jedną całość i polityka zdrowotna stanowi integralną część polityki społecznej.

W procesie tworzenia zdrowotnej polityki społecznej istnieją trzy zasadnicze kierunki działań:

1. W zakresie stylu życia należy dążyć do promowania takich zachowań, jak przestrzeganie rygorów zrównoważonej diety, regularną aktywność fizyczną, oraz zdobywanie i wykorzystywanie umiejętności opanowania sytuacji stresowych. Jako przykładowe zachowania możliwe do eliminacji, uważa się palenie papierosów, nadużywanie alkoholu i leków, niebezpieczne prowadzenie pojazdu, oraz agresję i przemoc.
2. W dziedzinie problematyki środowiskowej wyróżnia się dwie grupy zasad-

niczych problemów, na których należy się skoncentrować w działaniach. Do pierwszej, należą czynniki, które mogą być poddawane kontroli przykładowo takie jak szkodliwe substancje chemiczne, promieniowanie jonizujące, czynniki biologiczne, szkodliwe artykuły powszechnego użytku, hałas, niebezpieczne odpady itp. Do drugiej należą środowiska, które mogą być poddawane kontroli, przykładowo takie jak woda, powietrze, żywność, mieszkanie i środowisko zamieszkania, środowisko pracy itp.

3. W odniesieniu do opieki zdrowotnej istotne są takie działania jak jej organizacja, struktura i funkcjonowanie oraz jakość, dostępność i akceptacja udzielanych świadczeń.

Karta Ottawska nie tylko określiła warunki pozyskiwania zdrowia, do których zalicza się: pokój, schronienie, wykształcenie, żywność, dochody, stabilny ekosystem, zrównoważone zasoby, sprawiedliwość społeczną i równość, ale poddała także strategię umożliwiającą osiągnięcie odpowiednich rozwiązań. Istnieje bowiem zgodność co do tego, że między zdrowiem w skali globalnej i rozwojem społeczeństwa nie stoi w takim stopniu brak pieniędzy, który miał hamować postęp, co brak odpowiedniego kierowania sprawami zdrowia. W Raporcie na temat Rozwoju Ludzkiego podano, że koszt wykorzenienia biedy wynosiłby około 1 % dochodu globalnego i nie więcej niż 2 – 3 % dochodu w poszczególnych krajach. Zainwestowanie tego 1 % w ochronę zdrowia doprowadziłoby do zniknięcia znacznej części chorób na świecie, a uwolnione w ten sposób zasoby pozwoliłyby na stworzenie zdrowszych społeczeństw. Bank Światowy w raporcie z 1997 roku na temat zdrowia, żywienia i ludności obliczył, że globalne wydatki na zdrowie w 1994 roku wynosiły około 2 330 bilionów USD, to jest 9 % globalnego produktu krajowego brutto, co czyni opiekę zdrowotną jednym z największych sektorów w gospodarce światowej.

W Karcie Ottawskiej wymienia się pięć współzależnych działań, które winny być podejmowane równocześnie, tworząc strategię promocji zdrowia. Są to:

1. określenie zdrowotnej polityki społecznej;
2. tworzenie środowisk wspierających zdrowie;
3. wzmacnianie działań społecznych;
4. rozwijanie umiejętności osobniczych i reorientacja świadczeń zdrowotnych.

Z praktycznego punktu widzenia na szczególną uwagę zasługują trzy zagadnienia: tworzenie i wzmocnianie środowisk wspierających zdrowie, reorientacja świadczeń zdrowotnych i zdrowotna polityka społeczna.

Wśród działań na rzecz **wzmocnienia środowisk wspierających zdrowie** należałoby zwrócić szczególną uwagę na stwarzanie warunków społeczeństwu lokalnemu do działań na rzecz zdrowia, a w szczególności na popieranie prozdrowotnych postaw oraz rozwijanie wiedzy i umiejętności w promowaniu własnego i wspólnego zdrowia, a także na wzrost jakości życia obywateli. Aby promować zdrowie należy odejść od traktowania ludzi jako biernych odbiorców programów zdrowotnych, a wręcz angażować i uznać ich za aktywnych współdziałowców w całym procesie kształtowania zdrowia społeczeństwa lokalnego.

Angażowanie społeczeństwa do działań prozdrowotnych stanowi jeden z podstawowych elementów promocji zdrowia. Włączanie społeczeństwa lokalnego i stałe zwiększanie jego uczestnictwa w sprawach dotyczących zdrowia, stanowi o sile tych działań.

Reorientacja świadczeń zdrowotnych stanowi trudny problem psychologiczno – społeczny. Niełatwo jest bowiem zmienić ustalone od lat zasady przyjęte i utrwalone tak wśród pracowników opieki zdrowotnej, jak i społeczeństwa korzystającego z ich świadczeń. Przez długi czas profesjonaliści opieki zdrowotnej byli zainteresowani postępowaniem według ustalonych standardów. Proces ten odbywał się w zgodzie z ustalonymi zasadami sztuki i wiedzy medycznej. Administratorzy ochrony zdrowia zwracali głównie uwagę na produktywność postępowania leczniczego. Odbiorcy świadczeń zdrowotnych byli i są najbardziej zainteresowani bezpośrednim i subiektywnym wynikiem działań leczniczych.

Nowe poglądy otwierają inną perspektywę zarówno na zdrowie, jak i na chorobę, a także na zachowanie systemów opieki zdrowotnej i rolę ich placówek. Najistotniejsze jest to, że otwierają one drogę do przyjęcia przez te placówki roli bardziej holistycznej, zorientowanej na zdrowie. Stosowane dotychczas metody analityczne postrzegały raczej części całości i starały się definiować przyczyny pojedynczych efektów w kontrolowanym środowisku. W nowym podejściu patrzy się na cały system i warunki z całym zbiorem przyczyn i efektów w kontekście

rzeczywistego życia.

Przyjęcie nowych zasad funkcjonowania placówek systemu opieki zdrowotnej może prowadzić do usunięcia wielu barier pomiędzy systemem a społeczeństwem. W początkowym okresie placówka opieki zdrowotnej podejmująca zadania promocyjne dla zdrowia nie musi angażować się we wszystkie problemy zdrowotne społeczeństwa równocześnie. Istnieje pojęcie tzw. „łańcucha zdrowia”, którym określa się wspólne działania opieki zdrowotnej i społeczeństwa lokalnego wokół określonego problemu zdrowotnego. Daje to szansę wzmocnienia działań tej społeczności i może stanowić część lokalnego planu zdrowotnego. Drugim pojęciem wzmacniającym udział społeczny w działaniach prozdrowotnych jest tzw. „łańcuch jakości”. Polega on na otwarciu możliwości analizowania opieki zdrowotnej poprzez badania kontrolne osób, członków danej społeczności i analizowanie wyników w aspekcie pozyskiwania zdrowia wskutek podjętych już działań. Metoda ta stwarza możliwość wykrycia popełnianych systematycznie błędów, a także powiązania ich z miejscem życia i pracy.³

Promocja zdrowia jako praktyczna strategia działa bardziej efektywnie, gdy jest umieszczona w kontekście miejsca ludzkiego życia, pracy, nauki, rozrywki i uzyskiwania opieki zdrowotnej.

³ Karski J.B., Słońska Z., Wasilewski B.W. praca zbiorowa, „Promocja Zdrowia – Wprowadzenie do zagadnienia krzewienia zdrowia”, Sanmedia, Warszawa, 1994r

4 MIEJSKI PROGRAM PROFILAKTYKI ZDROWOTNEJ „ZDROWE KIELCE”, A NARODOWY PROGRAM ZDROWIA

4.1 Narodowy Program Zdrowia

Miasto Kielce planując przyjęcie do realizacji Programu Polityki Zdrowotnej „Zdrowe Kielce” bierze pod uwagę fakt, aby pokrywał się on z założeniami dokumentu rządowego – Narodowego Programu Zdrowia.

Narodowy Program Zdrowia (NPZ) w wersji aktualnie obowiązującej został przyjęty przez Radę Ministrów w 1996 roku jako dokument rządowy, określający cele i kierunki zdrowotnej polityki publicznej w Polsce do 2005 roku. NPZ realizowany jest w Polsce od 1990. Pierwsza jego wersja, przyjęta do realizacji przez Komitet Społeczno-Ekonomiczny Rady Ministrów w 1990 roku została opracowana na podstawie strategii Światowej Organizacji Zdrowia „Zdrowie dla Wszystkich”. Była to pierwsza próba włączenia do działań na rzecz ochrony zdrowia wszystkich resortów, instytucji centralnych i całego społeczeństwa. Istotę koncepcji NPZ w 1990 roku stanowiły działania profilaktyczne, których celem było zahamowanie zwiększającej się zachorowalności i umieralności ludności Polski. W 1993 roku dokonano nowelizacji NPZ. Głównymi przyczynami była potrzeba uaktualnienia i urealnienia celów i zadań NPZ, konieczność zmiany sposobu osiągania celów oraz wydania odpowiednich zarządzeń wykonawczych, uwzględniających i zabezpieczających warunki finansowania oraz nadzoru merytorycznego NPZ. Zmianie uległa też koncepcja celów i konstrukcja programu. Prace nad obecną trzecią wersją NPZ poprzedziła szczegółowa analiza działań podejmowanych przez różne resorty w ramach realizacji tego programu. Decyzja o dokonaniu aktualnej nowelizacji programu uwarunkowana była koniecznością:

- dostosowania działań do aktualnych warunków życia, potrzeb i problemów zdrowotnych ludności (gwałtowne zmiany gospodarcze i społeczne okresu transformacji ustrojowej stworzyły wiele nowych zagrożeń dla zdrowia),
- rozszerzenia grona uczestników i wykonawców NPZ, w tym szczególnie włączenia samorządów i społeczności lokalnych,
- poszukiwania bardziej skutecznych form współdziałania wykonawców programu na różnych szczeblach oraz zasadach jego monitorowania i ewalu-

acji wyników,

- uwzględniania nowych doświadczeń krajowych i międzynarodowych.

Aktualnie obowiązujący dokument opracowany został przez zespół ekspertów z udziałem członków Międzyresortowego Zespołu Koordynacyjnego NPZ, we współpracy z Wydziałem Programów Zdrowotnych Biura Przekształceń Systemowych w Ochronie Zdrowia Ministerstwa Zdrowia. Przyjęto w nim nieco odmienną w stosunku do poprzednich wersji NPZ koncepcję i konstrukcję zapisu programu. Jest to program otwarty, co umożliwić będzie dokonywanie modyfikacji i korekt, bez zmiany całego dokumentu.

4.2 Cele i kierunki działania Narodowego Programu Zdrowia

Nadrzędnym celem strategicznym aktualnie obowiązującego Narodowego Programu Zdrowia jest poprawa zdrowia i związanej z nim jakości życia ludności.

Główne kierunki działania zawarte w programie to:

1. Stwarzanie warunków oraz kształtowanie motywacji, wiedzy i umiejętności zdrowego stylu życia, a także podejmowanie działań na rzecz zdrowia własnego i innych.
2. Kształtowanie sprzyjającego zdrowiu środowiska życia, pracy i nauki.
3. Zmniejszanie różnic w zdrowiu i dostępie do świadczeń zdrowotnych.

Realizacji celu strategicznego Narodowego Programu Zdrowia służy 18 celów operacyjnych:

1. Zwiększenie aktywności fizycznej ludności.
2. Poprawa sposobu żywienia ludności i jakości zdrowotnej żywności.
3. Zmniejszenie rozpowszechniania palenia tytoniu.
4. Zmniejszenie i zmiana struktury spożycia alkoholu oraz zmniejszenie szkód zdrowotnych spowodowanych alkoholem.
5. Ograniczenie używania substancji psychoaktywnych i związanych z tym szkód zdrowotnych.
6. Zwiększenie skuteczności edukacji zdrowotnej społeczeństwa oraz działań w zakresie promocji zdrowia.
7. Promocja zdrowia psychicznego i zapobieganie występowaniu zaburzeń psychicznych.

8. Zmniejszenie narażenia na czynniki szkodliwe w środowisku życia i pracy.
9. Poprawa stanu sanitarnego kraju.
10. Zmniejszenie częstości wypadków, szczególnie drogowych.
11. Zwiększenie sprawności i skuteczności pomocy doraźnej w nagłym zagrożeniu życia.
12. Zwiększenie dostępności i usprawnienie podstawowej opieki zdrowotnej.
13. Zapobieganie występowaniu oraz skutkom wcześniactwa oraz małej urodzeniowej masy ciała.
14. Usprawnienie wczesnej diagnostyki i czynnej opieki nad osobami z ryzykiem rozwoju niedokrwiennej choroby serca.
15. Usprawnienie wczesnej diagnostyki i zwiększenie efektywności leczenia nowotworów złośliwych szyjki macicy i sutka.
16. Stwarzanie warunków umożliwiających osobom niepełnosprawnym włączyć się lub powrót do czynnego życia.
17. Zwiększenie skuteczności zapobiegania chorobom zakaźnym.
18. Intensyfikacja profilaktyki próchnicy zębów i chorób przyzębia u dzieci, młodzieży oraz kobiet ciężarnych.

4.3 Założenia Narodowego Programu Zdrowia na lata 1996 – 2005

W aktualnie obowiązującym NPZ określono:

- Jeden nadrzędny cel strategiczny: „Poprawa zdrowia i związanej z nim jakości życia ludności”
- Trzy główne kierunki działań dla osiągnięcia celu strategicznego: zmiany w stylu życia ludności, kształtowanie środowiska życia, pracy i nauki i sprzyjającego zdrowiu, zmniejszenie różnic w zdrowiu i dostępie do świadczeń zdrowotnych
- Osiemnaście celów operacyjnych, które można pogrupować według kierunków działań. Jeden z celów operacyjnych (nr 6): ”zwiększenie skuteczności edukacji zdrowotnej społeczeństwa oraz działań w zakresie promocji zdrowia” uznano za kluczowy i odnoszący się do wszystkich trzech kierunków działań. W każdym z celów wymieniono kilka do kilkunastu zadań.

W odróżnieniu od wcześniejszych wersji NPZ, w ostatniej wersji nie

uwzględniono celów zdrowotnych. Przesunięto je na dalszy plan i określono jako „oczekiwane korzyści zdrowotne” – zmiany w stanie zdrowia ludności do 2005 roku. W dokumencie podjęto także próbę określenia w sposób mierzalny oczekiwanych efektów działań i korzyści zdrowotnych oraz podano wskaźniki przydatne dla monitorowania i ewaluacji wyników.

Konstrukcja programu oraz informacje podane we wstępie NPZ 1996 – 2005 wyraźnie wskazują na związek z koncepcją i strategią promocji zdrowia, przedstawioną w Karcie Ottawskiej. Szczególną uwagę zwrócono na:

1. Czynniki warunkujące zdrowie:
 - Fundamentalne warunki dla zdrowia (pokój, stabilny system ekonomiczny, odtwarzalne zasoby naturalne, bezpieczeństwo, mieszkania, edukacja, zarobki, sprawiedliwość i równość społeczna);
 - Działania ukierunkowane na zmiany stylu życia, środowiska i funkcjonowania służby zdrowia.
2. Potrzebę budowania zdrowotnej polityki publicznej. Przyjęto założenie, że każda polityka gospodarcza i społeczna ma związek ze zdrowiem. Polityka zdrowotna musi być budowana na wszystkich szczeblach i przez wszystkie podmioty życia publicznego.
3. Potrzebę „wbudowania” zdrowia w różne systemy społeczne i istniejące w nich organizacje, poprzez zintegrowanie zdrowia z podstawowymi celami danego systemu/organizacji.

4.4 Podstawy prawne prowadzenia profilaktyki zdrowotnej

Podstawą kształtowania profilaktyki zdrowotnej Miasta Kielce są następujące akty prawne, regulujące zadania i kompetencje Kielc jako gminy oraz miasta na prawach powiatu w zakresie ochrony zdrowia:

1. ***Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r.***
 - Obywatelom, niezależnie od ich sytuacji materialnej, władze publiczne zapewniają równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych. Warunki i zakres udzielania świadczeń określa ustawa.

- Władze publiczne są obowiązane do zapewnienia szczególnej opieki zdrowotnej dzieciom, kobietom ciężarnym, osobom niepełnosprawnym i osobom w podeszłym wieku.
- Władze publiczne są obowiązane do zwalczania chorób epidemicznych i zapobiegania negatywnym dla zdrowia skutkom degradacji środowiska.
- Władze publiczne popierają rozwój kultury fizycznej, zwłaszcza wśród dzieci i młodzieży.

2. Ustawa z dnia 5 czerwca 1998 r. o samorządzie powiatowym.

- Powiat wykonuje określone ustawami zadania publiczne o charakterze ponadgminnym w zakresie:
 - 1) promocji i ochrony zdrowia;
 - 2) pomocy społecznej,
 - 3) polityki prorodzinnej,
 - 4) wspierania osób niepełnosprawnych,

3. Ustawa z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym.

- Zaspokajanie zbiorowych potrzeb wspólnoty należy do zadań własnych gminy. W szczególności zadania własne obejmują sprawy ochrony zdrowia.

4. Ustawa z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej.

Do zadań Miasta na prawach powiatu, jako organu założycielskiego miejskich placówek ochrony zdrowia należy:

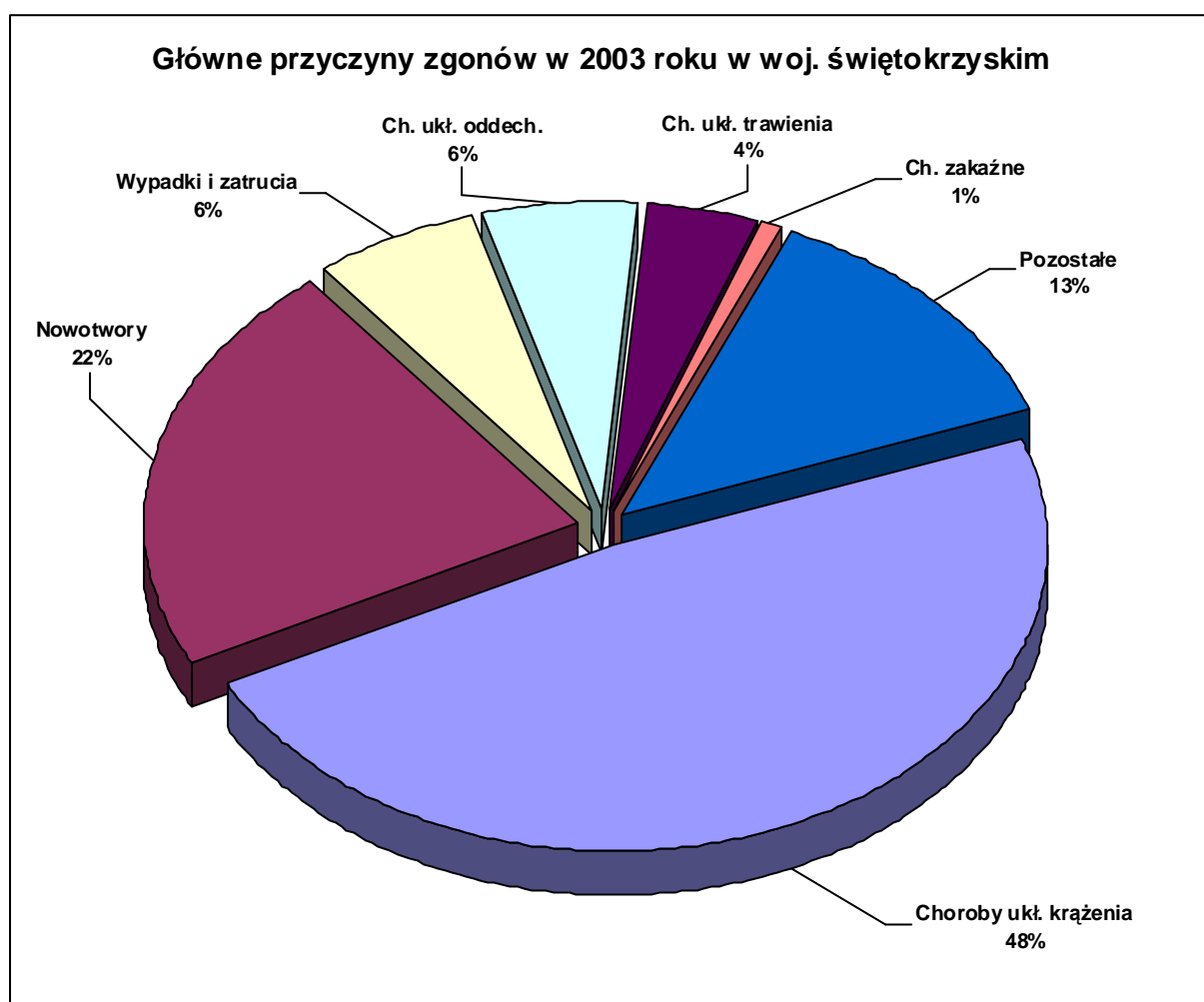
- nadzór właścicielski nad samodzielnymi publicznymi zakładami opieki zdrowotnej.

5. Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Do zadań własnych gminy w zakresie zapewnienia równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej należy w szczególności: opracowywanie i realizacja oraz ocena efektów programów zdrowotnych wynikających z rozpoznanych potrzeb zdrowotnych oraz stanu zdrowia mieszkańców gminy.

5 PROGRAMY PROFILAKTYKI ZDROWOTNEJ REALIZOWANE W RAMACH MIEJSKIEGO PROGRAMU PROFILAKTYKI ZDROWOTNEJ „ZDROWE KIELCE” NA LATA 2005-2007

Opierając się na danych epidemiologicznych zamieszczonych w Biuletynie Informacyjnym Ochrony Zdrowia wydany przez Świętokrzyskie Centrum Monitorowania Ochrony Zdrowia w Kielcach można zauważyć, iż największą grupę zgonów stanowią: 48% choroby układu krążenia, 22% nowotwory, 6% wypadki i zatrucia oraz 6% choroby układu oddechowego.



Urząd Miasta Kielce wychodząc naprzeciw problemom zdrowotnym w ramach Miejskiego Programu Profilaktyki Zdrowotnej opracował propozycje programów przewidzianych do realizacji w roku 2005-2007. Programy te będą kontynuacją programów przyjętych do realizacji w roku 2004. Są to:

1. Program profilaktyki chorób układu krążenia i cukrzycy (załącznik nr 1),

2. Program profilaktyki chorób nowotworowych – rak szyjki macicy (załącznik nr 2),
3. Program wczesnego rozpoznawania i prewencji przewlekłej obturacyjnej choroby płuc (załącznik nr 3),
4. Program ochrony serca - leczenie nikotynizmu u osób z chorobami układu krążenia (załącznik nr 4),

Powyższe programy zostały opracowane w oparciu o konsultacje merytoryczne przeprowadzone przez specjalistów wojewódzkich w poszczególnych dziedzinach medycyny oraz na podstawie danych epidemiologicznych z województwa świętokrzyskiego.

Jednostkami realizującymi programy będą placówki ochrony zdrowia w Kielcach, które swoją bazą osobową i materialną oraz możliwościami będą spełniały niezbędne kryteria do realizacji programów profilaktycznych.

Ponadto Miasto będzie prowadzić akcję edukacyjno - informacyjną dotyczącą realizacji Miejskiego Programu Profilaktyki Zdrowotnej za pośrednictwem realizujących programy jednostek oraz przy współudziale mediów (prasa, TV, radio).

Program profilaktyki chorób układu krążenia i cukrzycy

Cel programu: wykonanie badań przesiewowych w kierunku chorób układu krążenia we wczesnym stadium choroby oraz przekazanie społeczeństwu wiedzy i umiejętności prowadzenia zdrowego stylu życia.

Grupa docelowa: osoby powyżej 40 roku życia, zamieszkałe na terenie miasta Kielce.

Przesłanki dla programu:

Choroba wieńcowa, podobnie jak nadciśnienie tętnicze, jest jedną z najczęściej występujących chorób na świecie. Obie stanowią o zwiększonym ryzyku wystąpienia zawału. Polska znajduje się, niestety, na jednym z czołowych miejsc wśród państw charakteryzujących się największą zachorowalnością i śmiertelnością z powodu choroby wieńcowej. Dotyczy ona ludzi w coraz młodszym wieku (40 - 50 lat). Przyczyna tego stanu jest prosta: złe nawyki stylu życia Polaków i brak informacji o tym, co należy zrobić aby uniknąć tych poważnych w skutkach chorób.

Wiele znanych czynników, często zależnych od stylu życia, wpływa na stan naszego serca: sposób odżywiania, palenie tytoniu, mała aktywność fizyczna - to najczęstsze przyczyny choroby wieńcowej. Inne czynniki ryzyka, które skorygować może lekarz, to: podwyższony poziom tzw. cholesterolu LDL, obniżony poziom tzw. dobrego cholesterolu HDL, podwyższone ciśnienie tętnicze, podwyższony poziom cukru oraz otyłość. Czy warto podjąć trud związany ze zmianą stylu życia i leczenia odchyłeń od normy? Na pewno tak. Przykładem niech będą statystyki oparte na badaniach naukowych, z których wynika, że obniżenie poziomu cholesterolu o 1% zmniejsza zachorowanie na zawał o 2 - 3%, a więc obniżenie poziomu cholesterolu o 20% zmniejsza ryzyko zawału o 40-50%. Podob-

nie jest z nadciśnieniem: obniżenie go redukuje nie tylko ryzyko zachorowania na zawał, ale także na udar mózgu, który doprowadza do ciężkiego kalectwa. W związku z powyższym ważne jest jak najwcześniejsze wdrożenie programu profilaktyki i promocji zdrowia chorób układu krążenia w ramach którego wykonywane będą badania przesiewowe oraz popularyzacja wiedzy o czynnikach ryzyka i zachowaniach sprzyjających zdrowiu.

W skład programu będzie wchodzić:

- ocena BMI,
- pomiar RR,
- poziom cholesterolu we krwi,
- poziom cukru we krwi,
- wykonanie badania ekg w spoczynku,
- badanie lekarskie,
- edukacja pacjenta.

Realizacja programu jest zbieżna z 14 celem Narodowego Programu Zdrowia.

Program profilaktyki chorób nowotworowych – rak szyjki macicy

Cel programu: wczesne wykrycie raka szyjki macicy jeszcze w stadium bezobjawowym.

Grupa docelowa: kobiety powyżej 30 r.ż., zamieszkałe na terenie miasta Kielce.

Przesłanki dla programu:

Nowotwory złośliwe są drugą, co do częstości przyczyną zgonów zarówno w krajach rozwiniętych jak i w Polsce. Stanowią 20 % lub więcej ogółem zgonów. Ryzyko zachorowania na nowotwory złośliwe jest większe niż ryzyko zgonu: 25 - 33% mieszkańców zachoruje na tę chorobę w ciągu swego życia, natomiast ok. 50% tych, co zachorowali umrze z powodu nowotworów złośliwych. Jak wykazują dane demograficzne, Polak żyje średnio niemal 10 lat krócej niż mieszkańcy krajów o ustabilizowanych systemach społeczno-gospodarczych i dobrze zorganizowanej ochronie zdrowia. Średnia dożywalność u mężczyzn w Polsce wynosi 67 lat, u kobiet natomiast 76 lat. Rak szyjki macicy jest najczęstszym lub drugim, co do częstości nowotworem występującym w populacji kobiet. Stanowi on ok. 11% wszystkich nowotworów złośliwych u kobiet. Zapadalność na ten nowotwór rośnie wraz z wiekiem kobiet i jest największa w populacji pomiędzy 30 a 50 rokiem życia. W pierwszej połowie tego przedziału częściej stwierdza się przedinwazyjne formy raka. Na występowanie raka szyjki macicy ma wpływ także rozród i życie seksualne. Częściej rozwija się u kobiet, które rodziły jedno lub więcej dzieci, a także tych, które wczesnie rozpoczęły aktywność seksualną oraz często zmieniały partnerów. Wpływ na rozwój raka szyjki macicy mają też warunki socjoekonomiczne. Jest on zdecydowanie częstszy u kobiet żyjących w trudnych warunkach materialnych.

Dostępne dane epidemiologiczne stawiają Polskę w rzędzie państw z najgorszymi wskaźnikami. Pięcioletnie przeżycie chorych na raka szyjki macicy

jest jednym z najniższych w Europie. Liczba zgonów z powodu złośliwych nowotworów szyjki macicy podwoiła się w latach 1993-1996, co stanowi ewenement w skali światowej. Polska należy do krajów o wysokiej umieralności na nowotwory złośliwe szyjki macicy na świecie i najwyższej w Europie. Umieralność z powodu nowotworów złośliwych szyjki macicy w Polsce utrzymuje się niemal na tym samym poziomie od 30 lat, podczas gdy w większości krajów na świecie współczynniki umieralności szybko obniżają się. Zgony na nowotwory szyjki macicy stanowią obecnie w Polsce 6% wszystkich zgonów z powodu nowotworów złośliwych u kobiet. Umieralność na nowotwory złośliwe raka szyjki macicy w województwie świętokrzyskim wynosi 5,0 na 100 000 mieszkańców. Przyczyny takiego stanu rzeczy należy upatrywać w braku szeroko dostępnych badań przesiewowych, mogących doprowadzić do rozpoznania raka w stadium przedinwazyjnym, a więc w stanie rokującym największą nadzieję na skuteczne leczenie. Badanie przesiewowe w kierunku raka szyjki macicy, oparte na ocenie cytologicznej wymazu z szyjki, jest profilaktycznym postępowaniem z wyboru, mającym na celu wczesne wykrycie raka szyjki macicy w populacji bezobjawowej.

Program będzie obejmował:

- wykonanie badania cytologicznego,
- wykonanie badania usg w przypadku cytologii „dodatniej”

Program profilaktyki raka szyjki macicy jest zbieżny z 15 celem Narodowego Programu Zdrowia.

Program wczesnego wykrywania przewlekłej obturacyjnej choroby płuc

Cel programu: wczesne rozpoznanie POChP w jej początkowym bezobjawowym stadium oraz eliminacja lub ograniczenie wpływu palenia tytoniu.

Grupa docelowa: osoby powyżej 40 roku życia, które palą lub paliły papierosy, zamieszkałe na terenie miasta Kielce.

Przesłanki dla programu:

Przewlekła obturacyjna choroba płuc (POChP) nie jest chorobą nową. To nowa nazwa dla dwu dobrze znanych chorób - przewlekłego zapalenia oskrzeli (PZO) i rozedmy płuc. Z małymi wyjątkami, obie choroby są spowodowane paleniem papierosów. Najczęściej obie występują jednocześnie, z różnym u pojedynczych chorych nasileniem. W obu, głównym następstwem jest postępujący spadek rezerw wentylacyjnych płuc. Najlepiej charakteryzuje go roczny spadek natężonej objętości wydechowej pierwszosekundowej (FEV1) wynoszący ponad 50 mL. U ludzi zdrowych roczny spadek FEV1, związany z naturalnym starzeniem się płuc, wynosi 10-15 mL. Dlatego Amerykanie w 1964 roku, zaproponowali nową, łączącą obie choroby nazwę. Wkrótce znalazła się ona w międzynarodowym spisie chorób, obecnie nosi numer J44. Nowa nazwa przyjęła się powszechnie w USA i krajach Europy Zachodniej. W Polsce, przynajmniej jako przyczyna zgonu, POChP jest rozpoznawana bardzo rzadko. W dalszym ciągu rozpoznaje się PZO lub rozedmę.

Główną trudnością w opanowywaniu POChP jest jej podstępny charakter. Choroba rozwija się przez wiele lat nie powodując żadnych objawów. Pierwszym i głównym objawem POChP jest kaszel, który przez palaczy papierosów jest lekceważony i traktowany nie jako objaw choroby, ale jako nieszkodliwe następstwo palenia. Chory pojawia się u lekarza zaniepokojony uczuciem duszności podczas

wysiłku, który do niedawna wykonywał bez trudności. Niestety duszność podczas wysiłku pojawia się dopiero w zaawansowanym okresie choroby, kiedy ponad połowa rezerw oddechowych płuc została już bezpowrotnie utracona. Leczenie w tym okresie jest już tylko objawowe, kosztowne i nie hamuje rozwoju choroby. Główną przyczyną POChP jest palenie tytoniu. Zaprzestanie palenia tytoniu we wczesnym okresie choroby powoduje zahamowanie jej postępu i może zapobiec powstaniu jej ciężkich postaci. Na POChP umiera w Polsce ponad 14 000 osób rocznie. Jest to czwarta z kolei główna przyczyna zgonu, po chorobach serca i naczyń, nowotworach i urazach.

Aktualnie brak jest pełnych danych epidemiologicznych, dotyczących występowania POChP w populacji ogólnej w Polsce. Szacuje się jednak, że pod opieką lekarza podstawowej opieki zdrowotnej może pozostawać nawet do 10% pacjentów cierpiących na to schorzenie. Około 20% pacjentów hospitalizowanych w oddziałach chorób wewnętrznych to chorzy na POChP i jej powikłania. Wyższą chorobowość stwierdza się w starszych grupach wiekowych. Na POChP częściej chorują palacze tytoniu (przynajmniej 10 paczkolet). Chorzy na POChP częściej zapadają na infekcje układu oddechowego. Czasami jednak objawy kliniczne są mało charakterystyczne i mogą ograniczać się wyłącznie do kaszlu, w bardziej zaawansowanych przypadkach połączonego z odkaszuszaniem plwociny i dusznością.

Czynniki przyczyniające się do rozwoju POChP:

- palenie tytoniu,
- zanieczyszczenie środowiska pracy,
- infekcje układu oddechowego w dzieciństwie i palenie bierne,
- nawracające infekcje oskrzelowo - płucne,
- płęć,
- czynniki klimatyczne i środowiskowe.

„Złotym standardem” w zakresie rozpoznawania POChP jest badanie spirometryczne, stanowiące czułą i swoistą metodę rozpoznawania choroby.

Badanie rezerw wentylacyjnych płuc (spirometria)

Zgodnie z definicją choroby warunkiem jej rozpoznania jest stwierdzenie spirometrycznych cech obturacji oskrzeli. Spirometria składa się z pomiarów

wskaźników statycznych i dynamicznych.

Stacyjny test spirometryczny ocenia objętości i pojemności płuc. Najważniejsze z nich to:

- pojemność życiowa płuc (VC), czyli objętość powietrza wydychana z płuc w czasie wolnego, maksymalnego wydechu po najgłębszym wdechu lub odwrotnie,
- objętość zalegająca (RV0, czyli objętość powietrza pozostającego w płucach po maksymalnym wydechu,
- czynnościowa pojemność zalegająca (FRC), czyli objętość powietrza pozostającego w płucach po maksymalnym wydechu,
- całkowita pojemność płuc (TLC), czyli objętość powietrza w płucach po wykonaniu najgłębszego wdechu.
- typowe dla POChP zmiany to wzrost RV, FRC i stosunku RV/TLC będące objawami rozdęcia płuc.

Dynamiczny test spirometryczny ocenia szybkość przepływu powietrza przez drogi oddechowe w czasie natężonego wdechu i wydechu. Typowe dla POChP jest większe nasilenie zaburzeń przepływu podczas wydechu niż wdechu. Najważniejszym ze wskaźników dynamicznych wentylacji płuc jest natężona objętość wydechowa pierwszosekundowa (FEV1), czyli objętość powietrza wydychana w ciągu pierwszej sekundy natężonego wydechu, następującego po najgłębszym wdechu.

Niestety, dostęp do badania spirometrycznego w Polsce nadal jest ograniczony, dlatego tak ważne jest wdrażanie „Narodowego Programu Wczesnego Rozpoznawania i Profilaktyki POChP”. Chory z obturacją oskrzeli powinien mieć przeprowadzone badania w celu potwierdzenia rozpoznania POChP i być leczony zgodnie ze stopniem zaawansowania choroby. Jednocześnie należy nakłaniać chorego do zaprzestania palenia tytoniu, gdyż to hamuje postęp choroby.

Działania profilaktyczne w POChP obejmują profilaktykę pierwotną i wtórną. Profilaktyka pierwotna polega na działaniach eliminujących lub ograniczających wpływ palenia tytoniu oraz zanieczyszczeń środowiskowych. Profilaktyka wtórna obejmuje zespół działań mających na celu zmniejszenie chorobowo-

ści w określonej populacji, poprzez skrócenie czasu trwania choroby lub zatrzymanie jej postępu. Jest to wczesne wykrywanie choroby i wczesne rozpoczęcie leczenia. Działania te zapobiegają niekorzystnemu rozwojowi choroby. Najważniejsze znaczenie w postępowaniu profilaktycznym u chorych na POChP ma skłonienie ich do zaprzestania palenia tytoniu. Prowadzi to do zwolnienia lub zahamowania postępu zmian patologicznych w układzie oddechowym.

Program będzie obejmował:

- wywiad oraz badanie lekarskie,
- wykonanie testu Fagerströma (ocena stopnia uzależnienia od nikotyny) oraz testu Schneidera (ocena stopnia motywacji do zaprzestania palenia),
- wykonanie badania spirometrycznego,,
- edukacja pacjenta.

Program wczesnego wykrywania przewlekłej obturacyjnej choroby płuc jest zbieżny z 3 celem Narodowego Programu Zdrowia.

Program ochrony serca – leczenie nikotynizmu u osób z chorobami układu krążenia

Cel programu: zmniejszenie zachorowań i postępu chorób układu krążenia oraz przedwczesnej umieralności z powodu odytoniowych schorzeń, a także upowszechnianie leczenia uzależnienia od nikotyny.

Grupa docelowa: pacjenci leczący się z powodu chorób układu krążenia, zamieszkałe na terenie miasta Kielce.

Przesłanki dla programu:

Wg danych WHO na świecie pali tytoń ponad 1,1 mld ludzi, jest ono najbardziej rozpowszechnione w krajach słabo rozwiniętych. W Polsce już 7-8 letni chłopcy rozpoczynają palenie, dziewczynki w wieku 12-13 lat. W wieku 12 lat 10% chłopców pali regularnie. Nasilenie częstości palenia u dzieci i młodzieży wzrasta wraz z wiekiem. Wśród dorosłych, w wieku od 25 do 64 lat, pali 51% mężczyzn i 33,5% kobiet (dane z 1996 z regionu łódzkiego). Nigdy nie paliło prawie 20% mężczyzn i 44% kobiet.

Palenie tytoniu a choroba niedokrwienna serca

Palenie tytoniu jest niezależnym, pierwszorzędowym, najbardziej rozpowszechnionym czynnikiem ryzyka chorób. Na świecie, palenie jest przyczyną ponad 3 mln zgonów rocznie, codziennie z powodu chorób odytoniowych umiera prawie 9 tys. osób. Na przykładzie choroby niedokrwiennej serca można zaobserwować wielkość wpływu palenia na jej powstanie i rozwój. Udowodniono, że ryzyko zgonu z powodu choroby niedokrwiennej serca rośnie wraz z liczbą wypalanych papierosów. W populacji polskiej 80% zawałów serca przed 50 r. ż. związane jest z paleniem papierosów. Częstość zawału serca jest od 2 do 5 razy większa w porównaniu z niepalącymi. Ocenia się, że palenie tytoniu jest przyczyną 29% zgonów z powodu choroby niedokrwiennej serca i 17% zgonu z powodu udarów mózgu. Palenie tytoniu przyspiesza rozwój miażdżycy

w naczyniach wieńcowych. Zaprzestanie palenia dwukrotnie zmniejsza śmiertelność po zawale mięśnia sercowego. Wykazano, że osoby z chorobą niedokrwinną serca kontynuujące palenie są narażone na 60% większe ryzyko zgonu i 75% zawału serca nie zakończonego zgonem w porównaniu do osób, które rzuciły palenie. W populacji po angioplastyce naczyń wieńcowych palący mają o 44% większe ryzyko zgonu z wszystkich przyczyn i o 49% większe ryzyko zgonu z przyczyn naczyniowo - sercowych w porównaniu z tymi, którzy rzucili palenie. Wśród osób po operacji pomostowania aortalno - wieńcowego kontynuujący palenie mają dwukrotnie większe ryzyko zawału serca i reoperacji oraz o 20% większe ryzyko nawrotu dolegliwości stenokardialnych w porównaniu z osobami, które rzuciły nałóg. Pomimo wiedzy na temat szkodliwości palenia i rozwiązań prawnych, wyniki walki z nałogiem są wciąż niezadowalające.

Dlaczego tak trudno zredukować ten czynnik ryzyka chorób?

Odpowiadając na to pytanie należy zastanowić się: czym jest palenie papierosów? Palenie papierosów jest zachowaniem antyzdrowotnym, uwarunkowanym psychologicznie (ciekawość, bunt przeciwko autorytetom, imponowanie otoczeniu) środowiskowo (rodzina, grupa rówieśnicza) i społecznie (reklama - sposób na szczupłą sylwetkę, odniesienie sukcesu). Ok. 90% palaczy zaczęło regularnie palić przed 18 r. ż. Regularne palenie, rozpoczynane najczęściej w młodym wieku, z czasem prowadzi do palenia nałogowego i uzależnienia od nikotyny. Palenie papierosów jest sklasyfikowane w Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób Światowej Organizacji Zdrowia ICD - 10 w kategorii: Zaburzenia psychiczne i zachowania spowodowane paleniem tytoniu (F17). Tak więc, nałóg palenia papierosów jest chorobą i obowiązkiem jest leczyć go. Choroba ta wynika z działania nikotyny, która jest substancją psychoaktywną o wysokim potencjale uzależniającym zarówno psychicznie, jak i fizycznie. Typowymi dowodami na obecność uzależnienia jest silne pragnienie palenia (np. zaraz po obudzeniu lub w określonych sytuacjach), trudność kontroli nad zachowaniem związanym z czynnością palenia (np. brak świadomości tej czynności, trudności z ograniczeniem), palenie pomimo wiedzy na temat jego szkodliwości oraz przy ograniczeniu lub przerwaniu palenia pojawienie się zespołu odstawienia nikotyny (ICD - 10: F17.3). W obrazie klinicznym tego zespołu domi-

nuje: głód nikotynowy, złe samopoczucie i osłabienie, drażliwość, stany lękowe, obniżenie nastroju, zaburzenia koncentracji uwagi, bezsenność, wzmożony apetyt, zwiększony kaszel.

Według danych polskich, ponad 90% palaczy deklaruje chęć rzucenia palenia papierosów. Warto zwrócić jednak uwagę, że w szansę powodzenia wierzyło tylko ponad 27% osób. Większość z badanych, palących, ponad 70%, przynajmniej jeden raz podjęło próbę zerwania z nałogiem. Są to liczby zbliżone do danych światowych. Według danych Raportu Amerykańskiej Publicznej Ochrony Zdrowia 46% osób palących podejmuje próby rzucania palenia każdego roku. W tym miejscu warto zacytować osoby palące. Na pytanie dlaczego palą, często argumentują: „mam nerwową pracę” „łatwiej mi się skoncentrować jak sobie zapalę”, „papieros mnie uspokaja”, „tyle razy już próbowałem rzucić palenie” „nie tyję” i większość z nich dodaje, że jest to dla nich przyjemność, po prostu lubią palić. Jakie więc „korzyści” mają z palenia? Na początku palenia z pewnością jest to poprawa komunikacji z innymi, zamaskowanie niepewności, skrępowania, szybka integracja z innymi, poczucie oparcia, bezpieczeństwa, fizyczne rozładowanie emocji. Dodać należy, że przyjmowanie nikotyny wzmacnia uczucia przyjemności - redukuje lęk i napięcie, poprawia funkcjonowanie intelektualne (poprawa pamięci, koncentracji) i sprawność funkcji wykonawczych (większe tempo działania), zmniejszenia odczucia bólu oraz głodu. Jak widać dla wielu palących palenie jest sposobem radzenia sobie ze stresem dnia codziennego, a także osiągnięciem przyjemności. U osób uzależnionych od nikotyny dodatkowo pojawia się chęć unikania złego samopoczucia i innych objawów abstynencyjnych z powodu braku tej substancji. Lekarze, różnych specjalności, i psychologowie kliniczni stają przed problemem leczenia tej grupy pacjentów. Zazwyczaj nie wystarcza powiedzieć: „proszę rzucić palenie”, nie zawsze skuteczna jest także „minimalna interwencja”. Z badań wynika, że najskuteczniejszą formą leczenia nikotynizmu są programy psychologiczno-farmakologiczne. Ze względu na specyfikę uzależnienia, według amerykańskich wytycznych leczenia uzależnienia od nikotyny, wymaga ono kompleksowego postępowania diagnostyczno – terapeutycznego, ukierunkowanego na modyfikację zachowania i nierzadko na objawy fizyczne związane z zespołem odstawienia nikotyny. W terapii psycho-

logicznej najczęściej wykorzystuje się techniki behawioralno - poznawcze. Istnieją możliwości wsparcia farmakologicznego nienikotynowym preparatem pierwszego wyboru, redukującym zespół odstawienia i zapobiegającym nawrotom nałogu.

Obok doboru odpowiednich metod leczenia, podstawowym warunkiem walki z nałogiem palenia jest motywacja pacjenta. Często dopiero choroba najbliższych lub własna stanowią silną motywację do rzucenia palenia. W ostatnich latach elementem motywującym są coraz wyższe ceny zakupu papierosów, a także tworzenie miejsc wolnych od dymu tytoniowego. Części osób, udaje się samodzielnie rzucić palenie. Jednak dość często są osoby nawet bardzo zmotywowane, które mają za sobą wiele nieudanych prób. Niektórzy wracają do palenia już po kilku dniach inni po tygodniach lub miesiącach abstynencji. Z ich wypowiedzi można wnioskować, że pojawiły się objawy zespołu odstawienia nikotyny lub trudne wydarzenie życiowe, obciążające psychologicznie, z którym nie umieli sobie poradzić bez pomocy papierosa.

Przewidywane efekty

1. Ograniczenie szkodliwego wpływu palenia na układ krążenia pacjentów.
2. Ocena i propagowanie nowoczesnego leczenia uzależnienia od palenia papierosów.