

Wojewódzki Program
Profilaktyki i Promocji Zdrowia
na lata 2008 - 2010

Wydział Zdrowia i Polityki Społecznej
Urząd Marszałkowski Województwa Śląskiego w Katowicach
2008r.

WPROWADZENIE

ZDROWIE- według Światowej Organizacji Zdrowia z roku 1948 to: pełen dobrostan biologiczny, fizyczny, psychospołeczny, a nie jedynie brak choroby lub kalectwa. Jednakże współczesne pojęcie zdrowia polega na pojmowaniu go w sensie „procesu” lub „dyspozycji”.

Zdrowie jako PROCES – to poszukiwanie i utrzymywanie równowagi w obliczu obciążeń, jakie otoczenie nakłada na organizm.

Zdrowie jako DYSPOZYCJA – to poddająca się zmianom zdolność człowieka do osiągania pełni własnych psychicznych, fizycznych i społecznych możliwości, jak i reagowanie na wyzwania środowiska.

Zdrowie to stan dynamiczny, zmieniający się w ciągu życia. Następstwem niewydolności procesu zdrowia jest CHOROBA. Choroba jest załamaniem się procesu zdrowia, dochodzi do niej, gdy brak sił i energii, aby sprostać zadaniom, jakie narzuca nam otoczenie zewnętrzne i wewnętrzne. Człowiek jest odpowiedzialny za własne zdrowie. Na zdrowie jednostki składa się: w 53% styl życia, w 21% warunki środowiskowe, w 16% cechy dziedziczne i w 10% sprawność systemu opieki zdrowotnej. Na zdrowie społeczeństwa w 50% składa się styl życia jednostek, w 21% warunki środowiskowe, w 16% cechy dziedziczne, w 10% opieka zdrowotna i w 3% sytuacja demograficzna.

Dla zdrowia społeczeństw istotną rolę odgrywa planowana **PROMOCJA ZDROWIA**, wg Nutbeam to: „zbiór zasad ogólnych o działaniu ludzi, a nie dla ludzi”. Promocja zdrowia powinna zaczynać się i kończyć na społeczeństwie lokalnym oraz być ukierunkowana na pośrednie i bezpośrednie czynniki, które mają wpływ na zdrowie, wykazywać pozytywne wartości i ukazywać istotę zdrowia. Promocja zdrowia stoi na gruncie współdziałania jednostki ze społeczeństwem i ma pociągać do współpracy wszystkie sektory środowiska i społeczeństwa. Według Karty Ottawskiej promocja zdrowia to PROCES umożliwiający ludziom zwiększenie kontroli nad swoim zdrowiem, w sensie jego kontroli i utrzymania.

Promocja zdrowia jest również dyscypliną nauki i sztuką pomagania ludziom w dokonywaniu zmian w ich stylu życia, aby mogli zbliżyć się do optimum swego zdrowia.

Nieodłącznym i komplementarnym elementem promocji zdrowia jest **EDUKACJA ZDROWOTNA**.

Edukacja zdrowotna to działanie ukierunkowane na jednostki, a promocja zdrowia jest działaniem ukierunkowanym na systemy społeczne.

Edukacja zdrowotna to wiedza, ale także przekonania, sposoby i style życia oraz zachowania, które mają na celu utrzymanie zdrowia na określonym poziomie poprzez:

- zmianę sposobu myślenia o zdrowiu i sensie jego promowania

- zwiększenie skuteczności oddziaływania i kontroli nad własnym zdrowiem

jest procesem opartym na naukowych zasadach, stwarzającym sposobność planowanego uczenia się umożliwiającym jednostkom podejmowanie świadomych decyzji dotyczących zdrowia.

Promocja zdrowia jest kierowana do osób zdrowych w celu zwiększenia kontroli nad własnym zdrowiem w sensie jego poprawy i utrzymywania, zaś prewencja zdrowotna (profilaktyka) dotyczy zapobiegania występowaniu określonych chorób i może być kierowana do osób z grup wysokiego ryzyka lub do osób, które już chorują. Wyróżniamy III stopnie prewencji:

I stopień: profilaktyka pierwotna - jest kierowana do grup najwyższego ryzyka, ale nie chorujących

II stopień: profilaktyka wtórna - zapobieganie rozwojowi choroby, poprzez szybkie diagnozowanie, rozpoznawanie objawów i leczenie

III stopień: przeciwdziałanie nawrotom choroby i minimalizacja powikłań i niepełnosprawności.

Prowadzenie szeroko zakrojonych działań profilaktycznych przynosi wymierne korzyści dla społeczeństwa w postaci:

- zmniejszenia liczby zachorowań

- zmniejszenia liczby zgonów

- zwiększenia wykrywalności chorób we wczesnym stadium rozwojowym

- obniżenia kosztów leczenia

- zwiększenia odsetka wyleczeń

- poprawy stanu świadomości społecznej

- poprawy stanu zdrowia ludności

- mniejszych strat finansowych

Promocja zdrowia nie ma w Polsce swojego stałego budżetu, finansowana jest z budżetu państwa, NFZ, budżetów samorządowych, programów zagranicznych oraz środków sponsorów. Aktywność lokalnej polityki zdrowotnej związana z zapewnieniem obywatelom konstytucyjnego prawa do ochrony zdrowia jest realizowana w Polsce od 1999r. na trzech szczeblach podziału terytorialnego państwa: w województwie, powiecie i gminie.

Samorząd terytorialny jest „kreatorem” polityki zdrowotnej na danym terenie i ma możliwość oddziaływania na następujące elementy zdrowia:

- zdrowie publiczne (tworzenie prozdrowotnych warunków życia)
- finansowanie działań na rzecz zdrowia
- zarządzanie systemem ochrony zdrowia
- opiekę zdrowotną

Po zapoznaniu się z najbardziej nurtującymi problemami zdrowotnymi mieszkańców województwa śląskiego został opracowany przez Samorząd Województwa Śląskiego program z zakresu profilaktyki i promocji zdrowia.

Program profilaktyki i promocji zdrowia Województwa Śląskiego jest zgodny z Narodowym Programem Zdrowia na lata 2007-2015, Strategią Rozwoju Województwa Śląskiego na lata 2000-2020, Strategią Polityki Społecznej Województwa Śląskiego na lata 2006-2020 oraz przyjętą Uchwałą Sejmiku Województwa Śląskiego nr II/47/3/2006 z dnia 24 kwietnia 2006 roku i Ustawą o Samorządzie.

Wojewódzki Program Profilaktyki i Promocji Zdrowia na lata 2008-2010 jest zgodny z kierunkiem działań nr 4 i 6, które brzmią:”Upowszechnienie wśród społeczeństwa aktywnego stylu życia” i „Poprawa stanu zdrowia mieszkańców regionu oraz zapewnienie powszechności dostępu do świadczeń zdrowotnych” oraz celem strategicznym nr 3 Strategii Polityki Społecznej Województwa Śląskiego na lata 2006-2020, który brzmi” Wspieranie osób starszych w pełnieniu ról społecznych.”

Kierunki działań zgodne z w/w celem strategicznym to:

- włączanie osób starszych do działań na rzecz rozwoju środowiska lokalnego
- dostosowanie systemu wsparcia, w tym pomocy społecznej do potrzeb starzejącego się społeczeństwa
- upowszechnianie wiedzy na temat starzenia się i jego konsekwencji (profilaktyka starzenia)

PODSTAWĄ PRAWNĄ do działań z zakresu promocji i profilaktyki zdrowia jest Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. Nr 210, poz. 2135). Realizatorzy programów zostaną wybrani zgodnie z art. 48 w/w ustawy.

Jednostki samorządu terytorialnego mogą w oparciu o art. 54 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej przekazywać środki finansowe samodzielnym publicznym zakładom opieki

zdrowotnej na realizację świadczeń i programów zdrowotnych. Wyboru realizatora świadczeń i programów zdrowotnych dokonuje się w drodze konkursu ofert przeprowadzonego przez dysponenta środków publicznych.

PROGRAMY ZDROWOTNE
NA
LATA 2008 - 2010

ZDROWIE PSYCHICZNE

1. Postrzeganie osoby starszej w społeczeństwie i choroby związane ze starzeniem się społeczeństwa

Cel realizacji programu:

- zmiana postrzegania wizerunku osoby starszej w społeczeństwie
- pomoc i wsparcie dla osób z demencją starczą i chorobą Alzheimera
- zmiana sposobu myślenia ludzi starszych („Aktywne Starzenie się”.)

Populacja podlegająca zakresowi programu: osoby powyżej 60 roku życia.

Realizatorzy programu: podmioty wybrane w drodze postępowania konkursowego.

Uzasadnienie wyboru celu:

DIAGNOZA SYTUACJI OSÓB STARSZYCH W WOJEWÓDZTWIE ŚLĄSKIM

Na jakość osób starszych bardzo silnie oddziałują czynniki natury psychospołecznej i to one w dużej mierze decydują o percepcji wielu innych aspektów życia osób w tym wieku.

Nie bez znaczenia dla subiektywnej oceny jakości życia ludzi starszych w Polsce jest ich świadomość wykluczenia z pewnych sfer życia społecznego lub utrata znaczenia w tych dziedzinach.

W świetle wielu badań, prowadzonych różnymi metodami aktywność życiowa i społeczna w starszym wieku jest wysoko i dodatnio skorelowana z zadowoleniem z życia. Badania Małgorzaty Halickiej nad satysfakcją życiową ludzi starych również potwierdzają silny związek uczestnictwa w grupach społecznych od młodości aż po starość z zadowoleniem z życia.

Z badań demografów społecznych prowadzonych na Górnym Śląsku wynika, że istnieją jednostki terytorialne odznaczające się wysokim współczynnikiem demograficznego starzenia się. Ich charakter jest zbliżony do tzw. „enklaw starości”. Narastanie w takich środowiskach niezadowolenia, połączone z względną izolacją społeczną tych środowisk wytwarza duże zagrożenia degradacją społeczną i fizyczną najbliższego otoczenia seniorów, wywołując kurczenie się możliwości rozwiązywania ich problemów.

Uwzględniając przewidywany wzrost odsetka 80-latków (w przeciągu 2 dekad), należy się spodziewać, iż niepełnosprawność osób starszych w naszym województwie będzie znaczącym problemem społecznym. Szczególną troską należy otoczyć osoby chore na demencję, ponieważ natura ich choroby ogranicza im możliwości zabiegania o lepszą przyszłość. Przeciwdziałanie wykluczeniu osób starszych z tą chorobą polega na stwarzaniu im takich wyzwań i stymulacji, które nie kolidują z ich poczuciem godności i prywatności oraz nie wytwarzają przeciążenia, skutkującego wycofaniem się z aktywności i postępem choroby.¹

Osoby starsze boją się nie tylko chorób i niepełnosprawności, ale także osamotnienia i nietolerancji, gdyż w dzisiejszych czasach panuje „kult młodości”. Wiadomym jest, że wraz z wiekiem człowiek słabnie. Ma to swój negatywny skutek nie tylko dla osoby starzejącej się.

W miarę przybywania lat potrzeby człowieka zmieniają się, gdyż zmienia się perspektywa życiowa. Ogromnej wagi nabierają:

- banalne sprawy dnia codziennego, z którymi starszy człowiek boryka się z coraz większym trudem
- pojawia się refleksja dotycząca przeszłości
- coraz częściej myśli się o przyszłości i końcu własnego życia
- pojawia się smutek i strach

Olbrzymie znaczenie ma proces edukacji dla dobrego przeżywania starości, w szczególności motywowanie ludzi do aktywności : tak fizycznej, jak i intelektualnej.²

„Starość przypomina księżyc w trzeciej i czwartej kwadrze; jeszcze świeci, jeszcze bawi swoim pięknem, ale z każdym dniem światła jest coraz mniej. Można przedłużyć blask starości poprzez wielokierunkowe działania profilaktyczne, pomoc medyczną i zabezpieczenie socjalne.”³

¹ Dr Marek Niezabitowski (Zakład Socjologii, Wydział Organizacji i Zarządzania Politechniki Śląskiej) „Jakość życia osób starszych”-materiały z konferencji „Polityka regionalna wobec starzejącego się społeczeństwa”- Rybnik 2007r.

² Źródło: Śląskie Centrum Zdrowia Publicznego w Katowicach

³ W. Pędich: Samodzielność w starości, czyli jasna strona księżyca. W: Samodzielność ludzi starych z perspektywy medycyny i polityki społecznej. Dotychczasowe doświadczenia UE i Polski. Materiały konferencyjne. Warszawa, s. 215-216.

2. Program zapobiegania i wczesnego rozpoznania depresji

Cel realizacji programu:

- zmniejszenie liczby osób zapadających na depresję
- podniesienie jakości życia osób chorujących na depresję

Populacja podlegająca badaniom: bez ograniczeń wiekowych

Realizatorzy programu: podmioty wybrane w drodze postępowania konkursowego.

Uzasadnienie wyboru celu:

DIAGNOZA ZJAWISKA DEPRESJI W WOJEWÓDZTWIE ŚLĄSKIM

Według szacunków Światowej Organizacji Zdrowia, choroby psychiczne do roku 2020 staną się jednym z poważniejszych problemów zdrowotnych występujących w populacji europejskiej. Niepokojącym zjawiskiem jest to, że wzrasta liczba dzieci i młodzieży do 18 roku życia borykających się z problemami psychicznymi.

Najbardziej rozpowszechnione problemy związane ze zdrowiem psychicznym wśród mieszkańców Śląska to:

- zaburzenia nastroju,
- organiczne zaburzenia psychiczne,
- schizofrenia,
- depresje,
- zaburzenia zachowania i emocji rozpoczynające się zwykle w dzieciństwie i w wieku młodzieńczym⁴

Depresja jest ciężką chorobą afektywną, związaną z naszym odczuwaniem, powodowana jest przez czynniki psychologiczne lub neurologiczne. W latach 2000-2006 w województwie śląskim z powodu depresji hospitalizowanych było od 2,6 tys. do 3,1 tys. osób. Wśród pacjentów dominują kobiety, stanowiąc do 70% ogółu pacjentów leczonych z powodu depresji. Po analizie dotyczącej danych z hospitalizacji dzieci i młodzieży z powodu niedożywienia, otyłości, przekarmienia-można zaobserwować spadek ogółem hospitalizowanych w szpitalach województwa śląskiego. Niepokojące jest jednak zjawisko

⁴ Dane pochodzą ze Śląskiego Centrum Zdrowia Publicznego w Katowicach

stale rosnącej liczby hospitalizacji z powodu zaburzeń odżywiania, najczęściej jadłowstrętu psychicznego, szczególnie w grupie wiekowej 10-18 lat.

Pacjenci leczeni ogółem z zaburzeń psychicznych (bez uzależnień) stanowią 9,8% z leczonych ogółem, natomiast leczeni po raz pierwszy w grupie wiekowej 0-18 stanowią 4,6% z ogółu leczonych. Pierwsze miejsce w rankingu zajmuje rozpoznanie zaburzenia psychiczne, szczególnie dominuje ono w przedziale wiekowym 10-18 lat, a liczba hospitalizowanych systematycznie wzrasta.⁵

Zjawisko depresji występuje również bardzo często w połączeniu z kryzysem psychologicznym oraz u kobiet w okresie okołomenopauzalnym.

Kryzys psychologiczny, zwany również emocjonalnym w tzw. klasycznym ujęciu odnosi się do ostrego stanu zaburzeń równowagi psychicznej spowodowanego konfrontacją z wydarzeniami krytycznymi dla danej jednostki.

Kryzys dotyczy każdej jednostki, która spotyka się z sytuacją ocenianą subiektywnie jako ekstremalnie trudną, o znaczeniu krytycznym, przełomowym.

Jeżeli wytworzy się istotny brak równowagi pomiędzy subiektywnym odczuwaniem problemu, a szacowanymi subiektywnie możliwościami jego przezwyciężania - to dochodzi do kryzysu (reakcja urazowa lub trudności adaptacyjne). Wśród możliwych reakcji na uraz wyróżnia się :

- normalną reakcję na uraz (stress disorder)-reakcja zdrowych ludzi, którzy skonfrontowani z urazowym wydarzeniem mogą doświadczać natrętnych wspomnień, odczuwalnego dyskomfortu i fizyczne napięcie

- ostrą reakcję na uraz (acute stress disorder)-reakcja paniki, zamętu myśli, rozkojarzenie, poważne zaburzenia snu, okresowa niezdolność do wykonywania obowiązków

- zespół PTSD bez powikłań (post traumatic stress disorder)-uczuciowe odrętwienie, wzmożone napięcie, uporczywe wspomnienia urazowego zdarzenia

- zespół PTSD – poważne zaburzenia zachowania- agresja, impulsywność, autodestrukcja, depresja, amnezja i rozszczepienne cechy myślenia

Odróżnianie reakcji urazowej od symptomów choroby psychicznej może nastroić pewne trudności. Za kryzysowym charakterem objawów może przemawiać powiązanie ze zdarzeniami traumatycznymi, zmienność symptomów oraz subiektywne poczucie osoby poszkodowanej.

⁵ Dane pochodzą ze Śląskiego Centrum Zdrowia Publicznego w Katowicach

Odpowiednio szybkie zdiagnozowanie osoby w stresie pourazowym może znacznie ograniczyć szkody wywołane zdarzeniem kryzysowym.⁶

Dużą częstotliwość występowania depresji możemy również zaobserwować u kobiet w wieku około menopauzalnym.

Menopauza oznacza ostatnią miesiączkę w życiu kobiety, jednak okres okołomenopauzalny trwa od około 40 roku życia do 58 roku życia kobiety, kiedy to miesiączka ustaje, a jajniki ostatecznie przestają wytwarzać jajeczka. Najczęściej następuje to około 51 roku życia.

Naturalna menopauza jest procesem stopniowym. Jajniki zaczynają produkować zmniejszoną ilość hormonów niż wcześniej.

Kiedy zbliża się menopauza, kobiety doświadczają fizycznych i emocjonalnych symptomów, takich jak:

- nieregularne miesiączki
- depresja
- niepokój
- drażliwość
- bóle głowy i mięśni
- zaburzenia snu i bezsenność
- uderzenia gorąca i nocne poty
- częste oddawanie moczu
- problemy z pamięcią i koncentracją
- sucha skóra
- uczucie zmęczenia

⁶ Dane pochodzą z czasopisma „Niebieska Linia” Nr 1/42, rok 2006.

PROFILAKTYKA NOWOTWORÓW

1. Program profilaktyki nowotworów złośliwych narządów oddechowych i klatki piersiowej

Cel realizacji programu:

- zmniejszenie zachorowalności na nowotwory złośliwe narządów oddechowych i klatki piersiowej
- ograniczenie przedwczesnej umieralności z powodu nowotworów złośliwych narządów oddechowych
- poprawa jakości życia osób z chorobą nowotworową

Populacja podlegająca badaniom i zakres działania programu: bez ograniczeń wiekowych.

Realizatorzy programu: podmioty wybrane w drodze postępowania konkursowego.

Uzasadnienie wyboru celu :

DIAGNOZA SYTUACJI ZAGROŻENIA CHOROBAŁĄ NOWOTWOROWĄ PŁUC W WOJEWÓDZTWIE ŚLĄSKIM

Promocja zdrowia jest pierwszą i bardzo istotną częścią w systemie zwalczania nowotworów. Zwalczanie nowotworów składa się z :

- promocji zdrowia
- profilaktyki
- rozpoznawania
- leczenia
- rehabilitacji i opieki paliatywnej.

Dane Międzynarodowej Agencji Badań nad Rakiem w Lyonie wskazują na ogromne znaczenie czynników środowiska zewnętrznego i stylu życia. Czynniki te warunkują

powstawania ponad 80% wszystkich nowotworów. 20% nowotworów jest uwarunkowanych czynnikami wewnętrznymi, chociaż ocena proporcji udziału wyników badań nad uwarunkowaniami genetycznymi powstawania nowotworów.⁷

Czynniki zwiększające ryzyko zachorowania na nowotwory złośliwe, to wszelkie sytuacje, które powodują zwiększenie prawdopodobieństwa zachorowania człowieka na nowotwór złośliwy. Czynniki zwiększające ryzyko mogą być zewnątrzpochodne i wewnątrzpochodne. Ryzyko wyrażone jest liczbą określającą ile razy częściej chorują na daną postać raka osoby obciążone ryzykiem w stosunku do osób nie obciążonych nim.

Określenie czynników ryzyka nie wskazuje bezpośrednio na związek przyczynowo-skutkowy, chociaż może on zachodzić w przypadku karcenogenów.

Czynniki zewnątrzpochodne mogą pochodzić ze środowiska naturalnego i może to być: działanie promieni nadfioletowych słońca na skórę, ze środowiska pracy, np.: praca z azbestem lub też z czynników zwyczajowych, np.: palenie papierosów- zwiększające ryzyko zachorowania na nowotwory złośliwe płuc, krtani i innych narządów.

Wewnątrzpochodne czynniki ryzyka to: zaburzenia hormonalne, nieprawidłowe zwężenia, polipy, itd.⁸

Podobnie jak w całej Polsce, tak i w naszym regionie możemy zauważyć niepokojący wzrost zachorowań na nowotwory złośliwe. W 2003 roku hospitalizowano z tego powodu 46,9 tys. osób, w 2004r. – 55,7 tys., a w 2005r. – 60,5 tys. pacjentów. Natomiast w 2006 roku aż ponad 72 tys. pacjentów.

Wzrasta też w województwie śląskim współczynnik hospitalizowanych z powodu nowotworów złośliwych, mierzony liczbą osób poddanych leczeniu szpitalnemu przypadającą na każde 10 tysięcy mieszkańców danej populacji.

Najwyższy współczynnik hospitalizowanych z powodu nowotworów złośliwych na 10 tys. mieszkańców odnotowano w 2006 roku w miastach: Katowice – 200,9 Bytom – 197,0 oraz bielsko-Biała – 195,8.

Wśród hospitalizowanych mężczyzn dominują rozpoznania nowotworów złośliwych narządów oddechowych i klatki piersiowej (6,4 tys. w 2003r. i 8,6 tys. w 2006r.). Niepokojąco wzrasta liczba osób z rozpoznaniem nowotworu złośliwego oskrzela i płuc. W 2003 roku było 5,4 tys. hospitalizowanych z powodu tego nowotworu, a w 2006 roku było ich już 7,7 tys. Co istotne nowotwory złośliwe z tej grupy zajmują

⁷ Czasopismo interdyscyplinarne „Promocja Zdrowia, Nauki Społeczne i Medycyna”, Nr 3-4, Rocznik 1 (1994)

⁸ Czasopismo interdyscyplinarne „Promocja Zdrowia, Nauki Społeczne i Medycyna”, Nr 3-4, Rocznik 1 (1994)

drugie miejsce pod względem liczby mieszkańców województwa Śląskiego hospitalizowanych w szpitalach naszego regionu. Przykładowo w roku 2003 były one powodem hospitalizacji 8,3 tys. pacjentów, gdy w roku 2005 było ich już 9,9 tys.

Liczba zgonów z powodu nowotworów w województwie śląskim kształtuje się na podobnym poziomie jak w całym kraju i wynosi 26 %, przy czym dla Polski wynosi on 25 %.⁹

2.Program wczesnego wykrywania nowotworów złośliwych skóry

Cel realizacji programu:

- zmniejszenie zachorowalności na choroby nowotworowe skóry
- podniesienie świadomości społecznej dotyczącej niepokojących objawów skórnych
- poprawa jakości życia osób z chorobą nowotworową skóry

Populacja podlegająca zakresowi programu: bez ograniczeń wiekowych.

Realizatorzy programu: podmioty wybrane w drodze postępowania konkursowego.

Uzasadnienie wyboru celu:

Czerniaka zaliczamy do najczęstszych nowotworów złośliwych skóry, szacuje się, że co piąta osoba może zachorować na raka skóry w ciągu swojego życia.

Ponad jedna trzecia wszystkich raków u człowieka to raki skóry. Czerniak złośliwy jest najbardziej złośliwy spośród nowotworów skóry, daje bardzo wczesnie przerzuty.

W ostatnich 35 latach notuje się dramatyczny wzrost zapadalności na ten rodzaj nowotworu. Zapadalność waha się w zależności od rejonu świata i wynosi około 12 przypadków na 100 tysięcy mieszkańców w Europie do 40 na 100 tysięcy w Australii. Kobiety chorują częściej, jednakże ich wyleczalność jest większa. W Polsce co roku na czerniaka złośliwego zapada około 2000 osób.

Czerniak złośliwy powstaje najczęściej w obrębie znamion barwnikowych, ale może również powstać w skórze niezmnienionej. Poparzenia słoneczne w dzieciństwie, praca na powietrzu, a także rodzinne występowanie są czynnikami ryzyka.

⁹ Dane pochodzą ze Śląskiego Centrum Zdrowia Publicznego w Katowicach

Najczęstszą lokalizacją czerniaka u kobiet jest twarz i kończyny dolne, u mężczyzn – tułów. Wyróżnia się wiele rodzajów czerniaka złośliwego.

Czerniaka należy jak najwcześniej usunąć chirurgicznie z dużym marginesem zdrowej tkanki.

3. Profilaktyka nowotworu złośliwego krtani

Cel realizacji zadania:

- zmniejszenie częstotliwości występowania nowotworów złośliwych krtani
- ograniczenie niepełnosprawności będącej wynikiem zachorowalności
- edukacja prozdrowotna dotycząca profilaktyki chorób nowotworowych krtani

Populacja podlegająca zakresowi badań: mężczyźni powyżej 40 roku życia.

Realizatorzy programu: podmioty wybrane w drodze konkursu.

Uzasadnienie wyboru celu:

Na ten rodzaj nowotworu narażeni są przede wszystkim mężczyźni, szczególnie po 50 roku życia, oprócz wieku czynnikami ryzyka są: palenie tytoniu oraz picie nadmiernych ilości alkoholu. Niestety nie ma przesiewowych badań pozwalających wychwycić raka krtani we wczesnym stadium. Nie oznacza to jednak, że wykryć można tylko same „późne”, nieuleczalne nowotwory.

Laryngolog rozpoznaje raka krtani, wykonując badanie laryngoskopowe. W trakcie laryngoskopii można pobrać próbkę i zbadać ją mikroskopowo, dopiero to badanie ostatecznie potwierdza rozpoznanie.

Nowotwór krtani jest piątym, co do częstości występowania nowotworów w Polsce wśród mężczyzn. Występowanie raka krtani sugerują:

- trudności w połykaniu
- guzy i guzki na szyi,
- świszczące dźwięki przy oddychaniu
- kaszel
- krwiotłucie
- trudności w połykaniu

-chrypka trwająca dłużej niż 2 tygodnie

-nie ustępujący przez 2 tyg., (co najmniej) ból gardła.

Zapobieganie teoretycznie jest proste - należy przestać palić i znacznie ograniczyć picie alkoholu. Możemy to osiągnąć jedynie poprzez skuteczną i permanentną edukację zdrowotną osób zdrowych jak i zagrożonych.

CHOROBY UKŁADU KRAŻENIA

1.Program profilaktyki chorób układu krążenia ze szczególnym uwzględnieniem udaru mózgu

Cel realizacji programu:

- zmniejszenie przedwczesnej umieralności z powodu chorób serca i naczyń krwionośnych
- zmniejszenie umieralności z powodu udarów mózgu
- poprawa jakości życia osób leczonych z powodu chorób układu krążenia
- zwiększenie poziomu wiedzy społeczeństwa na temat przyczyn powstawania, możliwości zapobiegania oraz wczesnej diagnostyki i leczenia CHUK
- zmniejszenie częstości udarów
- zmniejszenie niesprawności poudarowej
- usprawnienie systemu ratownictwa medycznego

Populacja podlegająca zakresowi programu: osoby w wieku 30 – 55 lat

Realizatorzy programu: podmioty wybrane w drodze postępowania konkursowego.

Uzasadnienie wyboru celu:

Choroby układu krążenia stanowią nadal obok chorób nowotworowych najważniejsze zagrożenie dla zdrowia i życia ludności w Polsce. Promowanie postaw prozdrowotnych i eliminacja czynników ryzyka oraz wczesne wykrywanie może przynieść obniżenie liczby osób cierpiących na te schorzenia.

Według danych Śląskiego Centrum Zdrowia Publicznego w 2006 roku pod nadzorem lekarza podstawowej opieki medycznej pozostawało w naszym województwie 845, 7 tys. pacjentów w wieku 19 lat i więcej, spośród nich 433,4 tys. osób cierpiało na choroby układu krążenia. Liczba chorujących wzrosła od 2004 roku, kiedy to pacjentów leczonych było 387 tys.

Rocznie w województwie śląskim z powodu chorób układu krążenia umiera około 22 tys. osób – to prawie połowa wszystkich zgonów.

2.Program profilaktyki chorób układu krążenia

Cel realizacji programu:

- zmniejszenie zachorowalności z powodu chorób układu krążenia
- przeciwdziałanie przedwczesnej śmiertelności z powodu chorób sercowo-naczyniowych
- podniesienie świadomości społecznej dotyczącej przyczyn powstawania chorób układu krążenia
- ograniczenie negatywnych skutków chorób układu krążenia

Populacja podlegająca zakresowi programu: osoby po 40 roku życia.

Realizatorzy programu: podmioty wybrane w drodze konkursu.

Uzasadnienie wyboru celu:

Choroby układu krążenia są głównym zagrożeniem zdrowia Polaków. Stanowią przyczynę około 40% zgonów. Możliwe jest ograniczenie zapadalności na choroby układu krążenia poprzez doskonalenie wiedzy na temat czynników warunkujących zdrowie układu krążenia, takich jak:

- walka z nadwagą
- zdrowe odżywianie,
- uprawianie sportu
- unikanie palenia

Prawie co drugi Polak umiera z powodu chorób serca i naczyń. Standaryzowane wskaźniki umieralności z powodu CHUK, a zwłaszcza z powodu choroby niedokrwiennej serca i chorób naczyniowych mózgu są wciąż znacznie wyższe niż w krajach „starej” Unii Europejskiej.

CHUK stanowią jedną z najważniejszych przyczyn absencji chorobowej, inwalidztwa i hospitalizacji, a także wpływają w znaczący sposób na jakość życia Polaków.

Do najczęstszych chorób układu krążenia zaliczamy: miażdżycę, chorobę wieńcową, zawał serca, nadciśnienie tętnicze, wady serca, zapalenie mięśnia sercowego, kardiomiopatie, zapalenie wsierdzia, zapalenie osierdzia, zaburzenia rytmu serca, zator tętnicy płucnej, niewydolność serca, nerwicę serca i żylaki kończyn dolnych.

Higieniczny tryb życia zapobiega chorobom układu krążenia, aby znacznie zwiększyć ilość chorych należy stosować szeroko zakrojoną profilaktykę.

Regularne uprawianie sportów, redukcja nadwagi wraz ze zmianą diety oraz zaprzestanie palenia tytoniu i picia alkoholu powoduje znaczne obniżenie się wieku i ilości osób zapadających na choroby układu krążenia.

OTYŁOŚĆ I CHOROBY ZWIĄZANE **Z NADWAGĄ**

1.Program zapobiegania otyłości i chorób związanych z nadwagą wśród dzieci i młodzieży

Cel realizacji programu:

- poprawa świadomości społecznej dotyczącej chorób związanych z nadwagą
- rozwijanie zasobów dla zdrowia dzieci i młodzieży
- zapewnienie poradnictwa i pomocy dla rodziców dzieci i młodzieży z nadwagą
- zmniejszenie ilości dzieci i młodzieży z nadwagą
- profilaktyka chorób związanych z nadwagą
- tworzenie warunków do spędzania czasu wolnego w sposób korzystny dla rozwoju młodego człowieka

Populacja podlegająca zakresowi programu: dzieci i młodzież w wieku przedszkolnym i szkolnym.

Realizatorzy programu: podmioty wybrane w drodze postępowania konkursowego.

Uzasadnienie wyboru celu:

Otyłość spowodowana jest zwiększeniem ilości tkanki tłuszczowej w organizmie.

Z uwagi na częstość występowania uznano ją za chorobę społeczną XXI wieku.

Skutki otyłości to przede wszystkim: ryzyko wystąpienia miażdżycy, nadciśnienia, cukrzycy, obciążenie układu kostno-stawowego oraz otłuszczenie narządów wewnętrznych oraz dyskomfort psychiczny powodujący nerwice.

Z roku na rok rośnie liczba dzieci i młodzieży leczonych z powodu otyłości. Otyłość jest czwartym pod względem występowania schorzeniem osób w wieku do 18 lat w naszym województwie, a liczba dzieci z nadwagą ciągle rośnie. Wskaźnik osób leczonych z powodu otyłości w wieku do lat 18 w województwie śląskim wyniósł 123,8 na 10 tys. ludności w roku 2005 (w roku 2004 wynosił: 106,1). Najwyższy wskaźnik osób leczonych z powodu otyłości odnotowano w 2005 roku w Jaworznie oraz w Rudzie Śląskiej, Piekarach Śląskich i powiatach: gliwickim i kłobuckim.¹⁰

¹⁰ Dane pochodzą ze Śląskiego Centrum Zdrowia Publicznego w Katowicach

2. Program wczesnej diagnostyki bezdechu sennego

Cel realizacji programu:

- ograniczenie pośrednich skutków bezdechu sennego (zmniejszenie ilości nieszczęśliwych wypadków drogowych)
- zwiększenie wczesnej wykrywalności bezdechu sennego

Populacja podlegająca zakresowi programu: mężczyźni powyżej 40 roku życia.

Realizatorzy programu: podmioty wybrane w drodze konkursu.

Uzasadnienie wyboru celu:

Bezdech bezpośrednio nie zagraża życiu, ale pośrednio tak. Ustalono, że osoby nań cierpiące częściej są sprawcami wypadków samochodowych. Bezdech senny hamuje dopływ tlenu do mózgu, a to oznacza między innymi osłabienie koncentracji, powoduje również ogromne skoki tętna i ciśnienia. Pacjenci z bezdechem są narażeni na wszelkie choroby i powikłania związane z nadciśnieniem. Do najczęstszych objawów bezdechu sennego należą: nieregularne, głośnie chrapanie, bezdechy (po okresie chrapania następuje cisza, w której widoczne są ruchy klatki piersiowej i brzucha, jednak proces oddychania jest zaburzony. Do zaburzenia drożności dróg oddechowych dochodzi na poziomie gardła – w czasie snu obniża się napięcie mięśni, w wyniku czego, ściany górnych dróg oddechowych zbliżają się do siebie, język oraz podniebienie miękkie opadają, powodując zwężenie.

Metody terapii bezdechów to;

- terapia CPAP
- terapia BiBAP
- terapia auto PAP
- zabiegi chirurgiczne
- przrządy mechaniczne
- terapia tlenowa
- oraz środki farmakologiczne

Podstawowym badaniem diagnozującym bezdech senny jest polisomnografia.

Inne badania diagnozujące bezdech senny to: aktygrafia, wielokrotny test latencji snu (MSLT), badanie zaburzeń oddychania, badanie EEG rutynowe, badanie EEG po bezsennej nocy, badanie polisomnograficzne z nocą adaptacyjną.

INNE CHOROBY

1.Program profilaktyki jaskry

Cel realizacji programu:

- wczesna diagnostyka jaskry
- zmniejszenie ilości chorych z uszkodzonym narządem wzroku
- poprawa jakości życia osób chorujących na jaskrę
- zwiększenie świadomości społecznej dotyczącej jaskry

Populacja podlegająca zakresowi programu: mieszkańcy województwa śląskiego ze szczególnym uwzględnieniem osób po ukończeniu 40 roku życia.

Realizatorzy programu: podmioty wybrane w drodze konkursu.

Uzasadnienie wyboru celu:

Jaskra jest chorobą, która rozwija się bezobjawowo , dotyka osoby w każdym wieku, jest chorobą dziedziczną. Jaskra to schorzenie oczu, które prowadzi do nieodwracalnego zaniku nerwu wzrokowego. W Polsce leczy się około 65 tys. osób, natomiast przyjmuje się, że choruje około 600-700 tys. osób. Leczy się więc tylko około 10% chorych . Jaskra jest uznana za chorobę społeczną XXI wieku, sprzyja jej wysoki poziom cholesterolu i współczesny tryb życia.

Wczesne rozpoznanie jaskry jest warunkiem prawidłowego leczenia i poprawy jakości życia osób chorujących.

EWALUACJA PROGRAMU

Po zakończeniu realizacji programów zostanie sporządzone opracowanie na temat przeprowadzonych działań oraz ocenienie czy nasze działania zakończyły się sukcesem, czyli czy osiągnęliśmy postawione cele.

Ewaluacja programów nie jest synonimem kontroli lub nadzoru, odnoszą się do niej takie określenia jak: zbieranie informacji, badanie, analizowanie oraz zdawanie relacji.

Niezbędnym elementem ewaluacji jest wartościowanie działań, czyli badanie czy działania i ich wyniki są wartościowe i użyteczne – kryterium wartości ustalają ludzie programujący działania i ich uczestnicy. Ewaluacja ma służyć usprawnieniu, doskonaleniu, zrozumieniu, rozwojowi oraz ułatwiać podejmowanie decyzji.¹¹

Działania z zakresu promocji i profilaktyki zdrowia mają charakter długofalowy, a adekwatne efekty będą zauważalne dopiero w przeciągu kilku lat.

Opracowanie projektu:

Wydział Zdrowia i Polityki Społecznej

Urząd Marszałkowski w Katowicach

¹¹ Zofia Słońska i Barbara Woynarowska (red.), „Programy dla zdrowia w społeczności lokalnej”, Warszawa 2002r., Zakład Promocji Zdrowia Instytutu Kardiologii im. Stefana Kardynała Wyszyńskiego.