

Spis treści

Streszczenie.....	3
1. Istota norweskiego i EOG mechanizmu finansowego.	8
1.1. Fundusze norweskie i fundusze EOG – informacje podstawowe.	9
2. Program PL 13 – Ograniczanie społecznych nierówności w zdrowiu.	12
2.1. Sytuacja zdrowotna w Powiecie Świdwińskim na tle województwa i kraju.	12
2.2. Populacja Powiatu Świdwińskiego i analiza potrzeb zdrowotnych w ramach projektu „Równe szanse w zdrowiu – program profilaktyki i promocji zdrowia w Powiecie Świdwińskim”.....	22
2.3. Charakterystyka grupy docelowej.....	28
2.4. Obszary działań profilaktycznych.	32
2.4.1. Choroby układu trawienia – zaburzenia procesu wchłaniania i alergię.	33
2.4.2. Choroba wrzodowa żołądka i dwunastnicy.....	38
2.4.3. Badania w kierunku – schorzenia jelita grubego.	42
2.4.4. Badanie jamy brzusznej w zakresie schorzeń trzustki, wątroby i innych narządów jamy brzusznej.	49
2.4.5. Badania w kierunku występowania pasożytów i lamblii.	55
2.4.6. Profilaktyka żółtaczki.....	59
2.4.7. Profilaktyka próchnicy i schorzeń jamy ustnej.	63
3. Sytuacja zdrowotna w Powiecie Świdwińskim, w oparciu o analizę danych ankietowych	67
3.1. Ankieta – narzędzie pozyskania informacji o stanie zdrowia populacji Powiatu Świdwińskiego.....	67
3.2. Analiza i interpretacja wyników z ankiet dla grupy docelowej 0-18 lat.....	72
3.2.1. Podstawowe dane statystyczne w tym kryteria społeczno-ekonomiczne badanej grupy wiekowej 0-18 lat.....	72
3.2.2. Narażenie dzieci i młodzieży w wieku 0-18 lat na czynniki szkodliwe w miejscu zamieszkania.....	79
3.2.3. Narażenie dzieci i młodzieży w wieku 0-18 lat na negatywne czynniki środowiskowe w miejscu zamieszkania.....	81
3.2.4. Ilość i jakość posiłków spożywanych przez dzieci i młodzież w wieku 0-18 lat.	82
3.2.5. Alergie pokarmowe w grupie wiekowej 0-18 lat.....	87

3.2.6.	Występowanie próchnicy i schorzeń jamy ustnej u dzieci i młodzieży.....	90
3.2.7.	Objawy występowania pasożytów i lamblii w grupie wiekowej 0-18 lat.....	95
3.3.	Analiza i interpretacja wyników z ankiet dla grupy docelowej w wieku 18-70 lat.	97
3.3.1.	Podstawowe dane statystyczne, w tym kryteria społeczno-ekonomiczne badanej grupy wiekowej 18-70 lat.	97
3.3.2.	Narażenie populacji w wieku 18-70 lat na czynniki szkodliwe w miejscu zamieszkania, występowanie zagrożeń środowiskowych oraz czynników sprzyjających powstawaniu schorzeń układu pokarmowego, nadwagi i otyłości – panel „B”.....	103
3.3.3.	Badania przesiewowe w kierunku choroby wrzodowej żołądka i dwunastnicy u osób w wieku 18-70 lat – panel „C”.....	112
3.3.4.	Badania przesiewowe w kierunku schorzeń jelita grubego u osób w wieku 18-70 lat – panel „D”.....	116
3.3.5.	Badania przesiewowe w kierunku schorzeń wątroby, trzustki i innych narządów jamy brzusznej u osób w wieku 18-70 lat – panel „E”.....	120
3.3.6.	Badania przesiewowe w kierunku występowania pasożytów i lamblii u osób w wieku 18-70 lat – panel „F”.....	123
3.3.7.	Profilaktyka żółtaczki – panel „G”.....	125
3.3.8.	Konsultacje dla rodzin o niskim statusie materialnym.....	125
4.	Wnioski i rekomendacje.....	126
	Spis schematów.....	131
	Spis tabel.....	131
	Spis wykresów.....	131
	Załączniki.....	132

Streszczenie

Przyjazny Szpital w Połczynie Zdroju Sp. z o.o. był realizatorem zadania: Wdrażanie programu promocji zdrowia skutkującego zmniejszeniem zachorowań na choroby układu trawiennego w Powiecie Świdwińskim w ramach projektu „Równe szanse w zdrowiu – program profilaktyki i promocji zdrowia w Powiecie Świdwińskim” na rzecz Beneficjenta - Starostwa Powiatowego w Świdwinie. Projekt finansowany ze środków Norweskiego Mechanizmu Finansowego 2009-2014 oraz budżetu państwa w ramach programu PL13 „Ograniczanie społecznych nierówności w zdrowiu”.

Celem projektu jest poprawa zdrowia publicznego i ograniczanie społecznych nierówności w zdrowiu oraz zmniejszenie zachorowalności na choroby związane ze stylem życia na obszarze Powiatu Świdwińskiego.

Celem szczegółowym, który powiązany jest z zadaniem realizowanym przez Przyjazny Szpital w Połczynie Zdroju Sp. z o.o. było: wdrożenie programu profilaktyki chorób układu trawiennego, w tym przewlekłych chorób wątroby. W ramach realizowanego zadania założono uzyskanie efektu mnożnikowego w postaci sporządzenia „*Raportu epidemiologicznego populacji Powiatu Świdwińskiego w zakresie chorób układu trawiennego oraz schorzeń skojarzonych i stylu życia*” sporządzonego w oparciu o badania ankietowe (wywiad medyczny) w celu poprawy planowania działań sanitarnych i zdrowotnych, czy lepszego zarządzania kontraktami w publicznym systemie zdrowia oraz w celach naukowych. W ramach realizacji zadania badaniem ankietowym (wywiadem medycznym) objęto 9710 mieszkańców Powiatu Świdwińskiego, w tym 3153 osoby w wieku 0-18 lat i 6557 osób w grupie wiekowej 18-70 lat. Zebrane w ten sposób dane posłużyły do sporządzenia „*Raportu epidemiologicznego populacji Powiatu Świdwińskiego w zakresie chorób układu trawiennego oraz schorzeń skojarzonych i stylu życia*”.

Na podstawie wywiadu medycznego w formie ankiety imiennej, w oparciu o kryteria selekcji (ze względu na wiek, płeć, wykształcenie, status społeczny i materialny, miejsce zamieszkania, styl życia, ekspozycję na czynniki zewnętrzne oraz obciążenia genetyczne) oraz wskazywane dolegliwości osoby, które spełniały największą liczbę przesłanek kierowane były do dalszych badań profilaktycznych. W ramach przyjętej piramidalnej struktury interwencji, zdefiniowanym rezultatem projektu były: programy profilaktyki chorób wśród społeczności lokalnych, wskaźnikiem: liczba osób uczestniczących w programach

profilaktyki chorób, łącznie z osobami poddanymi badaniom. Uzyskanie rezultatu weryfikowane jest poprzez statystykę medyczną/karty pacjentów. Wartość docelowa wynosiła 5800. Wynikiem projektu w ramach realizacji rezultatu 2, czyli zadaniem opisywanym w niniejszym raporcie była: liczba osób objętych badaniami profilaktycznymi (osobobadania) w ilości 5300, oraz liczba osób objętych szczepieniami przeciwko żółtacze w ilości 500.

Realizacja badań profilaktycznych:

- zaburzenia w kierunku alergii pokarmowych (czynnik ryzyka – nadwaga i otyłość): zakwalifikowano łącznie 1440 osób i wykonano: 170 testów na występowanie 50 antygenów pokarmowych, udzielono 94 konsultacji alergologicznych, wykonano 664 badania laboratoryjne, udzielono 290 konsultacji internistycznych, udzielono 144 konsultacji dietetyka, (1362 osobobadania);
- choroba wrzodowa żołądka i dwunastnicy: zakwalifikowano 674 osoby i wykonano 606 badań laboratoryjnych, 220 konsultacji internistycznych oraz 119 osób skierowano na gastroskopię, (826 osobobdań);
- schorzenia jelita grubego: zakwalifikowano 541 osób, wykonano 392 badania laboratoryjne, udzielono 149 konsultacji oraz skierowano 44 osoby na kolonoskopię. (541 osobobadań);
- schorzenia trzustki, wątroby i innych narządów jamy brzusznej: zakwalifikowano 668 osób, wykonano 426 badań laboratoryjnych, udzielono 136 konsultacji, wykonano 40 badań USG jamy brzusznej i udzielono 40 konsultacji specjalistycznych po wykonanym badaniu, cztery osoby skierowano na TK Jamy brzusznej, (642 osobobadania);
- występowanie pasożytów i lamblii: zakwalifikowano 131 osób i wykonano 152 badania kału, (152 osobobadania);
- profilaktyka żółtaczki: zakwalifikowano 1680 osób, wykonano 622 badania laboratoryjne, (622 osobobadania);
- profilaktyka próchnicy i schorzeń jamy ustnej: zakwalifikowano 1860 osób w wieku 7-18 lat, wykonano 424 przeglądy stomatologiczne i objęto lakowaniem 646 zębów stałych, (1070 osobobadań);
- realizacja 15 cykli medycznych jednodniowych dla rodzin z obszarów wiejskich o niskim statusie materialnym w sołectwach: Kołacz Górny, Toporzyk, Buślary, Brusno, Łęgi, Lekowo, Bierzwnica, Rzepczyno, Pęczeryzno, Bolkowo, Mysłowice, Krosino, Nielep, Rusinowo i Smardzko; z konsultacji skorzystało łącznie 398 osób (398 osobobadań).

Wartość docelowa rezultatu w zakresie badań profilaktycznych została osiągnięta.

Realizacja szczepień przeciwko żółtacze:

- profilaktyka żółtaczki zakwalifikowano 1680 osób, wykonano 622 badania laboratoryjne i zaszczepiono 506 osób;

Wartość docelowa rezultatu w zakresie szczepień przeciwko żółtacze została osiągnięta.

Niniejsze opracowanie podzielone zostało na cztery rozdziały. W pierwszym zaprezentowana została istota norweskiego i EOG mechanizmu finansowego. W drugim opisana została geneza projektu „Równe szanse w zdrowiu – program profilaktyki i promocji zdrowia w Powiecie Świdwińskim.” w ramach realizacji programu PL-13 – Ograniczanie społecznych nierówności w zdrowiu. W tym rozdziale zawarto analizę sytuacji zdrowotnej w Powiecie Świdwińskim na tle województwa i kraju, w oparciu o dane statystyczne i inne dane zastane. W rozdziale 2 ujęto analizę populacji wraz charakterystyką grup docelowych oraz określenie potrzeb zdrowotnych w ramach realizowanego zadania. Opisane zostały również szczegółowe zakresy poszczególnych grup badań profilaktycznych, a także programowa metodologia kwalifikacji do badań profilaktycznych.

Rozdział 3 – „Sytuacja zdrowotna w Powiecie Świdwińskim, w oparciu o analizę danych ankietowych” stanowi opracowanie i prezentację wyników przeprowadzonych badań ankietowych z podziałem na grupy wiekowe 0-18 lat i 18-70 lat. W rozdziale tym zawarto uzyskane wyniki badań w ramach realizacji zadania i szczegółowe wnioski wynikające z przeprowadzonej analizy.

Poniżej wyszczególniono główne obszary problemowe występujące w Powiecie Świdwińskim, a określone w oparciu o analizę danych.

1. Wysokie zagrożenie ubóstwem.

Aż 61% ogółu badanych w wieku 18-70 lat deklaruje dochody poniżej granicy zmodyfikowanego minimum socjalnego.

2. Niska aktywność zawodowa wśród osób w wieku produkcyjnym.

W objętej badaniem grupie dorosłych mieszkańców Powiatu Świdwińskiego 83% to osoby w wieku produkcyjnym. Niewiele ponad połowa (54%) respondentów utrzymuje się z pracy zawodowej i pracy w gospodarstwie rolnym. Pozostałe 46% badanej populacji nie pracuje, są to: bezrobotni, emeryci, renciści (aż 34%), osoby opiekujące się dziećmi lub osobą starszą (5%), uczniowie i studenci (7%).

3. Zwiększone zagrożenie ubóstwem rodzin wychowujących dzieci do lat 18.

Pomimo znacznie większej aktywności zawodowej rodziców, w porównaniu do ogółu dorosłych objętych badaniem 79% deklaruje dochody poniżej granicy zmodyfikowanego minimum socjalnego, a ponad połowa podaje, iż nie osiąga poziomu minimum egzystencji, żyjąc w skrajnym ubóstwie.

4. Narażenie na negatywne oddziaływanie tytoniu.

W badanej grupie 32% to osoby palące papierosy, w tym 43,6 % jest kobiet i 56,4 % mężczyzn palących. Odsetek kobiet palących, dla Powiatu Świdwińskiego 29,0 % ogółu badanych kobiet w wieku 18-70 lat, a odsetek mężczyzn palących 37,5 %.

5. Narażenie dzieci na bierne palenie.

Z badań wynika, że 29% ankietowanych dzieci narażonych jest na szkodliwe działanie tytoniu poprzez przebywanie w towarzystwie osób palących.

6. Narażenie mieszkańców na oddziaływanie szkodliwych czynników w miejscu zamieszkania.

Jak wynika z badań 27% mieszkańców Powiatu Świdwińskiego narażonych jest na oddziaływanie czynników szkodliwych (azbest w najbliższym otoczeniu, przebywanie pod linią wysokiego napięcia, inne czynniki). Zdecydowana większość (59%) zgłaszająca narażenie w miejscu zamieszkania na występowanie szkodliwych czynników, w pytaniu ankietowym zaznaczyła odpowiedź „azbest w najbliższym otoczeniu”, a 41% „przebywanie pod linią wysokiego napięcia” lub „inne szkodliwe czynniki”. Ponadto 20% dzieci i młodzieży jest narażonych na oddziaływanie czynników szkodliwych w miejscu zamieszkania, a wśród nich 66% narażonych jest na działanie azbestu, 34% na oddziaływanie linii wysokiego napięcia oraz inne szkodliwe czynniki.

7. Otyłość i nadwaga zwiększające ryzyko powstawiania chorób przewlekłych, w tym cukrzycy, chorób układu krążenia, chorób układu pokarmowego u osób w wieku 18-70 lat. Jak wynika z badań 54% osób badanych ma nadwagę lub cierpi na otyłość. Wśród osób w wieku 18-70 lat 94% dorosłych spożywa 3 i więcej posiłków dziennie, a 84% badanej populacji deklaruje stosowanie zróżnicowanej diety. Pomimo, uwidocznionych w badaniach przekonań respondentów na temat stosowania zasad prawidłowego odżywiania się ponad połowa ma nadwagę.

8. Nieprawidłowe żywienie dzieci i młodzieży.

Co piąte dziecko z ogółu objętych badaniem spożywa nie więcej niż 3 posiłki dziennie, a ilość spożywanych posiłków maleje z wiekiem dziecka. Aż 8% dzieci do 2 r.ż jest zagrożonych niedożywieniem - spożywając do 3 posiłków dziennie. Dla 13%

dzieci w wieku przedszkolnym jedynymi posiłkami w ciągu dnia są posiłki spożywane w przedszkolu. Niewiele ponad połowa nastolatków spożywa 4 i więcej posiłków dziennie. Jedynie połowa badanych dzieci i młodzieży spożywa owoce (51%) i warzywa (48%) codziennie. Co trzecie dziecko w wieku 0-18 lat spożywa codziennie słodycze.

9. Alergie pokarmowe wśród dzieci i młodzieży.

W co piątej rodzinie objętych badaniem dzieci i młodzieży występują alergie. U 76% badanych dzieci występowały różnego rodzaju dolegliwości – jedna lub kilka łącznie wskazujące na możliwość wystąpienia alergii pokarmowych, 22% ankietowanych dzieci miało potwierdzoną testami alergię. Aż 99,4 % wykonanych testów ImuPro 50 potwierdziło występowanie alergii pokarmowych u dzieci zakwalifikowanych do badań w ramach zadania.

10. Nasielenie występowania dolegliwości ze strony układu pokarmowego.

Około 70 % osób dorosłych objętych badaniami zgłasza różnego rodzaju dolegliwości ze strony układu pokarmowego, a wg. podziału na wyodrębnione grupy, odsetek osób zgłaszających dolegliwości prezentuje się następująco:

49 % ogółu badanych zgłosiło dolegliwości w kierunku choroby wrzodowej żołądka;
41 % ogółu badanych zgłosiło dolegliwości w kierunku schorzeń jelita grubego;
42,5 % ogółu badanych zgłosiło dolegliwości w kierunku schorzeń trzustki i wątroby;
52 % ogółu badanych zgłosiło dolegliwości, towarzyszące występowaniu pasożytów i lamblii.

11. Obciążenie genetyczne zachorowania na choroby układu pokarmowego.

Z badań wynika, iż u:

- 12,2 % badanych występują choroby żołądka i dwunastnicy w najbliższej rodzinie,
- 7,3 % badanych występują choroby jelita grubego w najbliższej rodzinie,
- 8,7 % badanych występują schorzenia trzustki i wątroby w najbliższej rodzinie.

Ostatni rozdział niniejszego raportu poświęcony jest wnioskowi i rekomendacjom płynącym z dokonanej analizy wyników badań ankietowych oraz badań profilaktycznych służącym poprawie sytuacji zdrowotnej na terenie Powiatu Świdwińskiego.

1. Istota norweskiego i EOG mechanizmu finansowego.

Od 1989 roku Polska przechodzi szereg zmian politycznych, społecznych i gospodarczych. Ich istotnym aspektem jest zwiększenie spójności społeczno-gospodarczej oraz udziału kraju w procesach globalizacyjnych, czego przykładem jest m.in. wzrost znaczenia współpracy międzynarodowej dla procesów rozwojowych kraju.¹

Przystąpienie Polski do Europejskiego Obszaru Gospodarczego w 2003 roku i Unii Europejskiej w 2004 roku otworzyło nowe perspektywy dla rozwoju naszego kraju. Polacy stanęli przed szansą przemian społeczno-gospodarczych w krótkim czasie na niespotykaną w naszym kraju skalę. Dodatkowo otrzymali szerokie możliwości uczestniczenia w międzynarodowych projektach i współpracy z partnerami europejskimi w wielu obszarach i dziedzinach. Było to możliwe zarówno dzięki środkom finansowym z Unii Europejskiej jak i kwocie ponad pół miliarda euro przekazanej przez Islandię, Lichtenstein i Norwegię w ramach Mechanizmu Finansowego Europejskiego Obszaru Gospodarczego oraz Norweskiego Mechanizmu Finansowego 2004-2009.

Środki w ramach Mechanizmu Finansowego Europejskiego Obszaru Gospodarczego oraz Norweskiego Mechanizmu Finansowego stanowią istotny element wsparcia ochrony zdrowia w Polsce. Pozwalają na realizację programów ukierunkowanych na poprawę i lepsze dostosowanie ochrony zdrowia do trendów demograficzno-epidemiologicznych oraz ograniczenie społecznych nierówności w zdrowiu. Głównym obszarem interwencji jest realizacja świadczeń z zakresu profilaktyki, diagnostyka i leczenie, w celu zwiększenia liczby urodzeń, lepsze dostosowanie opieki zdrowotnej do szybko rosnącej populacji osób przewlekle chorych i niesamodzielnych oraz starszych, a także profilaktyka chorób nowotworowych.²

Polska i Norwegia – geograficznie bliskie, choć przez wiele lat daleko od siebie. Ostatnie dekady to czas poznawania się na nowo, zbliżania się do siebie nawzajem. Najwyższy czas, by poszerzać i rozwijać nasze bliskie relacje.

Fundusze EOG i norweskie dają szczególną sposobność, by tego dokonać. Dzielimy się doświadczeniami i ściśle współpracujemy ze specjalistami z różnych dziedzin, w celu

¹ Mechanizm Finansowy Europejskiego Obszaru Gospodarczego i Norweski Mechanizm Finansowy. Raport podsumowujący I edycję w Polsce, Ministerstwo Rozwoju Regionalnego, Warszawa 2011, s. 17.

² www.mz.gov.pl

osiągnięcia naszego wspólnego celu, jakim jest zmniejszanie różnic społecznych i gospodarczych w obrębie Europejskiego Obszaru Gospodarczego.

Wykorzystanie funduszy europejskich w ochronie zdrowia przynosi wymierne korzyści dla całego systemu. Pozwala na prowadzenie inwestycji infrastrukturalnych, podnoszenie kwalifikacji zawodowych kadry medycznej, realizację działań z zakresu promocji zdrowia podnoszących świadomość społeczną oraz działań pro jakościowych. Wszystkie projekty realizowane z wykorzystaniem środków europejskich służą wsparciu funkcjonowania placówek medycznych, zapewnieniu pacjentom lepszej dostępności i jakości świadczeń zdrowotnych oraz wzmacnianiu bezpieczeństwa w sytuacjach zagrożenia życia i zdrowia.

1.1. Fundusze norweskie i fundusze EOG – informacje podstawowe.

Norweski Mechanizm Finansowy oraz Mechanizm Finansowy Europejskiego Obszaru Gospodarczego (EOG) są bezzwrotną formą pomocy zagranicznej skierowaną przez Norwegię, Islandię i Lichtenstein do państw członkowskich Unii Europejskiej. Głównym zadaniem funduszy norweskich i funduszy EOG jest przyczynianie się do zmniejszenia różnic społecznych i ekonomicznych w obrębie Europejskiego Obszaru Gospodarczego oraz wzmacnianie stosunków dwustronnych pomiędzy państwami-darczyńcami a państwami korzystającymi ze wsparcia. W zamian za pomoc finansową, państwa-darczyńcy korzystają z dostępu do rynku wewnętrznego Unii Europejskiej. Obecnie realizowana jest druga edycja funduszy norweskich i EOG (lata 2009 - 2014) na łączną kwotę 1,798 mld euro, z czego dla Polski przeznaczono blisko jedną trzecią ogólnej kwoty. Poprzednia edycja dotyczyła okresu 2004-2009.³

Odbiorcami (tzw. państwa-beneficjenci) funduszy norweskich oraz funduszy EOG jest łącznie 16 krajów UE, czyli 12 państw, które przystąpiły do wspólnego rynku w roku 2004 i 2007, oraz Hiszpania, Portugalia, Grecja i Chorwacja.

W każdym z państw-beneficjentów ustanowione zostały Krajowe Punkty Kontaktowe, które odpowiedzialne są za wdrażanie funduszy na poziomie krajowym. Ich zadaniem jest koordynacja i nadzór nad wdrażaniem programów. W Polsce funkcję Krajowego Punktu Kontaktowego pełni Ministerstwo Infrastruktury i Rozwoju. Współpracuje ono z Instytucją

³ Przewodnik po programach funduszy norweskich oraz funduszy EOG II edycji 2009-2014, Ministerstwo Infrastruktury i Rozwoju, Warszawa 2014, s. 4-5.

Certyfikującą i Instytucją Audytu, których rolę sprawuje odpowiednio Ministerstwo Infrastruktury i Rozwoju oraz Ministerstwo Finansów.

Za realizację poszczególnych programów odpowiadają tzw. Operatorzy. Są to instytucje, specjalizujące się w danej dziedzinie, np. w przypadku zdrowia jest to Ministerstwo Zdrowia, a w przypadku dziedzictwa kulturowego Ministerstwo Kultury i Dziedzictwa Narodowego. Operatorzy odpowiadają m.in. za przygotowanie programu, nabór wniosków, wybór projektów i monitoring ich realizacji, a także promocję programu. Część programów realizowana jest w formie programów partnerskich z darczyńcami.

Ze strony darczyńców za nadzór nad funduszami odpowiadają - w przypadku Mechanizmu Finansowego EOG – Komitet Mechanizmu Finansowego, a w przypadku Norweskiego Mechanizmu Finansowego – Norweskie Ministerstwo Spraw Zagranicznych. Instytucje te są wspierane przez Biuro Mechanizmów Finansowych w Brukseli, odpowiadające za zarządzanie funduszami na poziomie operacyjnym.

Wnioskodawcami (odbiorcami wsparcia) mogą być podmioty prywatne czy też publiczne, komercyjne lub niekomercyjne, oraz organizacje pozarządowe ustanowione jako podmiot prawny w Polsce, jak również organizacje międzyrządowe działające w Polsce. Dla każdego z programów ustalane są katalogi podmiotów, które mogą ubiegać się o dofinansowanie.⁴

Znakiem szczególnym trwającej edycji funduszy norweskich i EOG jest nacisk na wzmocnienie współpracy dwustronnej z państwami-darczyńcami, tj. Islandią, Liechtensteinem i Norwegią. Wyrazem tego jest: ustanowienie tzw. programów partnerskich, powołanie funduszy współpracy dwustronnej na poziomie krajowym i programowym oraz promowanie współpracy partnerskiej na poziomie projektów.⁵

Podczas realizacji projektów nie ma obowiązku współpracy z podmiotami z państw-darczyńców, gdyż tylko niektóre programy zakładają realizację wyłącznie dwustronnych projektów. Zaliczyć do nich można: Polsko-Norweski Program Badawczy, promowanie różnorodności kulturowej i artystycznej oraz większość działań w ramach Funduszu Stypendialnego i Szkoleniowego. Współpraca z państwami-darczyńcami jest jak najbardziej zalecana w ramach następujących programów:⁶

- PL13 Ograniczanie społecznych nierówności w zdrowiu,
- PL07 Poprawa i lepsze dostosowanie ochrony zdrowia do trendów demograficzno-epidemiologicznych.

⁴ eog.gov.pl

⁵ Ibidem

⁶ www.fbr.zdrowie.gov.pl

W celu rozwoju współpracy partnerskiej w ramach każdego z w/w programów ustanowiono Fundusz Współpracy Dwustronnej na poziomie programu (FWD PO). Zadaniem Funduszu Współpracy Dwustronnej jest rozwój partnerstwa i ułatwienie tworzenia sieci, wymiany, dzielenia się i przekazywania wiedzy, technologii, doświadczeń i dobrych praktyk między beneficjentami i podmiotami z państw-darczyńców. Funkcję operatora programu, czyli jednostki odpowiedzialnej za przygotowanie i wdrożenie FWD PO, pełni Minister Zdrowia.

W Polsce realizowanych jest 7 programów partnerskich z Darczyńcami. Oznacza to, iż programy tworzone zostały we współpracy z instytucjami partnerskimi z krajów-darczyńców, których obowiązkiem jest najczęściej merytoryczne wsparcie krajowego operatora w realizacji projektu, ułatwienie nawiązywania partnerstw, a także promowanie danego programu.

Do wyżej wspomnianych programów zaliczamy:

- Promowanie różnorodności kulturowej i artystycznej w ramach europejskiego dziedzictwa kulturowego;
- Norwesko-Polska Współpraca Badawcza;
- Fundusz Stypendialny i Szkoleniowy;
- Wzmocnienie monitoringu środowiska oraz działań kontrolnych;
- Budowanie potencjału instytucjonalnego i współpraca w obszarze wymiaru sprawiedliwości/ Poprawa skuteczności wymiaru sprawiedliwości;
- Wsparcie służby więziennej, w tym sankcji pozawięziennych;
- Ograniczanie społecznych nierówności w zdrowiu.⁷

Fundusz Współpracy Dwustronnej na poziomie krajowym jest elastycznym źródłem finansowania inicjatyw, które przyczyniają się do wzmacniania stosunków dwustronnych z państwami-darczyńcami. Kwota Funduszu wynosi 0,5 % całkowitej alokacji dla Polski, tj. 2 890 500 euro. Łączna alokacja dla Polski, włączając w to koszty zarządzania funduszami ponoszone przez stronę darczyńców i przez stronę polską, wynosi 578,1 mln euro.⁸

⁷ eog.gov.pl

⁸ Przewodnik po programach funduszy norweskich oraz funduszy EOG II edycji 2009-2014, Ministerstwo Infrastruktury i Rozwoju, Warszawa, 2014, s. 6.

2. Program PL 13 – Ograniczanie społecznych nierówności w zdrowiu.

2.1. Sytuacja zdrowotna w Powiecie Świdwińskim na tle województwa i kraju.

Prowadzenie racjonalnej polityki zdrowotnej przez państwo wymaga posiadania aktualnej i rzetelnej wiedzy o sytuacji zdrowotnej społeczeństwa oraz o czynnikach wpływających na tę sytuację. Wiedzy takiej powinny dostarczyć dobrze działające systemy informacyjne, które pozwalają na monitorowanie stanu zdrowia populacji za pomocą mierników odpowiednich do konkretnych potrzeb. Systemy te pod względem zakresu gromadzonych informacji powinny być w miarę możliwości synchronizowane z podobnymi systemami istniejącymi w innych krajach Unii Europejskiej za pośrednictwem Unijnego urzędu statystycznego, którym jest Eurostat. Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny (NIZP-PZH) od lat 70. wykorzystuje rutynowo zbierane dane do monitorowania stanu zdrowia ludności Polski. Cele tego monitoringu to przede wszystkim określenie rozmiaru problemów zdrowotnych, ich trendów i stopnia zróżnicowania regionalnego, a w konsekwencji identyfikacja zagadnień o priorytetowym znaczeniu dla zdrowia publicznego.⁹

Prezentowany obraz stanu zdrowia ludności opiera się na dostępnych danych, pochodzących z systemów informacyjnych. Istniejące w kraju systemy informacyjne są dość niewystarczające dla właściwego monitorowania i dogłębnej oceny stanu zdrowia populacji i jego zagrożeń.

Informacje o przyczynach częstości hospitalizacji są jednym z ważniejszych elementów w analizie i ocenie stanu zdrowia populacji. Niewątpliwą zaletą informacji o hospitalizacji jest dokładność i trafność diagnozy szpitalnej przewyższająca poprawność diagnostyczną w innych systemach oceny stanu zdrowia ludności. Dane o hospitalizacji ludności Polski zbierane są w ramach Ogólnopolskiego Badania Chorobowości Szpitalnej Ogólnej, który realizowany jest zgodnie z programem badań statystycznych statystyki publicznej, z kolei ich przetwarzanie i analiza prowadzona jest w Narodowym Instytucie

⁹ Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania, pod red. Bogdana Wojtyniaka, Pawła Goryńskiego i Bożeny Moskalewicz, Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny, Warszawa 2012, s. 7, 9.

Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny (NIZP-PZH). Podstawowym dokumentem systemu jest karta statystyczna. Z punktu widzenia monitorowania zdrowia ludności od 2000 roku badanie chorobowości hospitalizowanej ma charakter pełny i obejmuje wszystkich pacjentów leczonych w szpitalu, a nie tylko 10% losowo wybrana grupa pacjentów.

Dane o sytuacji zdrowotnej w Polsce prezentowane na swej stronie internetowej (www.pzh.gov.pl) przez Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego w formie raportu nie są publikowane corocznie, jednakże i tak w swej formie są dobrym źródłem informacji. Według dostępnego na dzień dzisiejszy raportu Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania, wydane w 2012 roku, ogółem hospitalizowano w Polsce w 2010 roku 6 753 644 osoby (bez porodów), z czego 3 041 107 mężczyzn i 3 712 537 kobiet.¹⁰

Najczęściej pacjenci szpitali hospitalizowani byli z powodu:¹¹

- chorób układu krążenia (15% hospitalizowanych),
- urazów i zatruc (9,6% hospitalizowanych),
- nowotworów ogółem (9% hospitalizowanych),
- chorób układu moczowo-płciowego (8,1% hospitalizowanych),
- chorób układu trawiennego (7,9% hospitalizowanych),
- chorób układu oddechowego (6,9% hospitalizowanych).

Warto podkreślić, że obserwowana w 2010 roku różnica w dostępności do leczenia szpitalnego pomiędzy osobami z miasta, a osobami ze wsi jest mniejsza, co świadczy o poprawie dostępności do szpitali mieszkańców wsi.

W celu pogłębienia informacji, dotyczącej struktury hospitalizacji, przeprowadzona została analiza w pięcioletnich odstępach wiekowych – osobno dla mężczyzn i kobiet.

W grupie męskiej na uwagę zasługują następujące wnioski:

- chłopcy poniżej 10 lat najczęściej hospitalizowani są z powodu chorób układu oddechowego;
- u chłopców powyżej 10 lat zaczynają dominować urazy i zatrucia oraz choroby układu trawiennego;
- u mężczyzn powyżej 45 roku życia przeważają choroby układu krążenia;
- powyżej 50 roku życia oprócz chorób układu krążenia pojawiają się nowotwory;

¹⁰ Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania, pod red. Bogdana Wojtyniaka, Pawła Goryńskiego i Bożeny Moskalewicz, Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny, Warszawa 2012, s. 128-129.

¹¹ Ibidem, s. 129.

- powyżej 70 roku życia wzrasta częstotliwość chorób układu oddechowego.

W grupie żeńskiej struktura przedstawia się nieco inaczej:

- u dziewczynek poniżej 10 roku życia dominują choroby układu oddechowego;
- w wieku 10-14 lat urazy i zatrucia są najczęstszą przyczyną hospitalizacji;
- powyżej 15 roku życia aż do 39 lat przeważają powikłania ciąży, porodu i porożu oraz wzrasta częstość chorób układu moczowo-płciowego (w stopniu większym niż u mężczyzn);
- powyżej 60 roku życia dominują choroby układu krążenia oraz maleje udział nowotworów.¹²

Śmiertelność szpitalna ogólna w Polsce uległa nieznacznemu spadkowi w stosunku do lat wcześniejszych dla wszystkich przyczyn hospitalizacji. Wskaźnik śmiertelności szpitalnej w przypadku niektórych chorób może być miernikiem jakości leczenia. Z danych NIZP-PZH widać, że śmiertelność szpitalna osób hospitalizowanych z powodu zawału serca systematycznie maleje, co jest dowodem znacznej poprawy efektów działalności oddziałów kardiologicznych, w tym kardiochirurgicznych. Pozytywne zmiany obserwuje się również w zakresie nowotworów. Niepokojące są z kolei są wysokie wskaźniki śmiertelności z powodu udaru mózgu.

Dokonując analizy sytuacji zdrowotnej w powiecie świdwińskim w latach 2010-2014 poniżej przedstawiona została tabela 2.1., prezentująca najczęściej występujące rozpoznania zasadnicze przy przyjęciach do oddziałów szpitalnych na przykładzie szpitala powiatowego w Połczynie-Zdroju. Dane pochodzące z jedynej w Powiecie Świdwińskim jednostki leczenia szpitalnego nie mogą być jednak wprost zestawione w celu dokonania analizy porównawczej z danymi ogólnopolskimi i wojewódzkimi. Dane pochodzące ze szpitala w Połczynie-Zdroju obejmują wyłącznie hospitalizacje w zakresie czterech podstawowych oddziałów: oddział chorób wewnętrznych, oddział chirurgii ogólnej, oddział ginekologiczno-położniczy oraz oddział pediatriczny. Tym samym nie zawierają informacji na temat hospitalizacji mieszkańców Powiatu Świdwińskiego na oddziałach specjalistycznych lub oddziałach o wyższym poziomie referencyjności (np. kardiologii, kardiologii inwazyjnej, onkologii, neonatologii, chirurgii dziecięcej, ortopedii i traumatologii narządu ruchu, urologii, neurologii, neurochirurgii itd.) oraz hospitalizacji mieszkańców, którzy podjęli leczenie

¹² Ibidem, s. 135.

szpitalne w innych oddziałach podstawowych - tzw. migracji pacjentów do szpitali sąsiednich powiatów.

Dane statystyczne w zakresie jednostek chorobowych stanowiących podstawę hospitalizacji w szpitalu powiatowym w Polczynie-Zdroju zestawiono w poniższej tabeli 2.1. Największą jednorodną grupę hospitalizacji stanowią pobyty związane z porodem (naturalnym i poprzez cesarskie cięcie) oraz hospitalizacje z zakresu położnictwa.

Tabela 2.1. Najczęściej występujące rozpoznania zasadnicze przy przyjęciach w szpitalu w Polczynie-Zdroju w latach 2010-2014.

<i>L.p.</i>	<i>Rozpoznanie zasadnicze (kod)</i>	<i>Rozpoznanie zasadnicze</i>	<i>Liczba pacjentów</i>
1	Z38.0	Pojedynczo urodzone w szpitalu	1401
2	O80.0	Poród samoistny w ułożeniu podłużnym potylicowym	895
3	O20.0	Poronienie zagrażające	844
4	R10.3	Ból zlokalizowany w innych okolicach podbrzusza	606
5	I50.9	Niewydolność serca – nieokreślona	584
6	K30	Dyspepsja	501
7	I70.9	Uogólniona i nieokreślona miażdżyca	485
8	R10.1	Ból zlokalizowany w nadbrzuszu	476
9	I50.0	Niewydolność serca zastoinowa	458
10	O82.0	Poród przez cięcie cesarskie z wyboru (planowany)	301
11	J18.8	Zapalenie płuc wywołane innymi nieokreślonymi drobnoustrojami	312
12	J20.9	Nieokreślone ostre zapalenie oskrzeli	300
13	O82.1	Poród przez cięcie cesarskie ze wskazań nagłych	300
14	O47.1	Poród fałszywy w 37 tygodniu ciąży lub później	272
15	I11.9	Choroba nadciśnieniowa z zajęciem serca bez (zastoinowej) niewydolności serca	256
16	S00.0	Powierzchnowy uraz powłok głowy	230
17	N39.0	Zakażenie układu moczowego w części nieokreślonej	220
18	I46.9	Zatrzymanie krążenia	218
19	J06.9	Nieokreślone ostre zakażenie górnych dróg oddechowych	216
20	N93.9	Nieprawidłowe krwawienie maciczne i pochwowe, nieokreślone	213
21	A08.4	Zakażenia wirusowe jelit	207

Źródło: dane z systemu statystyczno-rozliczeniowego Eskulap Przyjaznego Szpitala w Polczynie Zdroju Sp. z o.o.

Poza danymi statystycznymi, charakteryzującymi zdrowie społeczeństwa polskiego, dotyczącymi przyczyn hospitalizacji, stałą obserwacją objęte są również: choroby zakaźne i pasożytnicze oraz nowotwory złośliwe.

Dane z rutynowego nadzoru nad chorobami zakaźnymi w Polsce wskazują, że współczynniki zapadalności na większość chorób objętych nadzorem utrzymują tendencje spadkowe, a ogólną ich sytuację epidemiologiczną ocenić można jako dobrą i stosunkowo stabilną. Pomimo systematycznej poprawy ogólnej sytuacji epidemiologicznej, wskaźniki zapadalności na szereg chorób zakaźnych i pasożytniczych w Polsce kształtują się jednak na poziomie wyższym niż przeciętna zapadalność na te choroby w krajach Unii Europejskiej. Korzystna sytuacja epidemiologiczna szeregu chorób zakaźnych w Polsce utrzymuje się m.in. dzięki konsekwentnie prowadzonym wieloletnim programom szczepień ochronnych, pomimo obserwowanych w ostatnich latach i nasilających się ruchów antyszczepionkowych.

W związku z rozszerzeniem, w ostatnim dziesięcioleciu Programu Szczepień Ochronnych, w perspektywie kilku najbliższych lat oczekuje się radykalnego spadku ilości zachorowań na różyczkę, świnkę oraz krztusiec. Ze względu na to, iż nie wszystkie szczepienia ochronne są finansowane ze środków publicznych, szczególnego znaczenia w zapobieganiu chorobom zakaźnym nabiera promowanie szczepień innych niż obowiązkowe (np. przeciw grypie), wykonywanych na koszt pacjenta.

Według danych opracowanych przez Główny Urząd Statystyczny i opublikowanych w dokumencie pt.: „Zdrowie i ochrona zdrowia w 2013 r.”, w 2013 roku odnotowano jedynie 14 przypadków zachorowań na tężec. Wyraźnie zmniejszyła się zachorowalność na krztusiec. Nieznacznie wzrosła ilość zachorowań na odrę – 84 przypadki w 2013 roku. Gwałtownie wzrosła ilość zachorowań na różyczkę. Nieznacznie uległa poprawie wykrywalność wirusowego zapalenia wątroby (WZW), szczególnie typu A i B, przy jednoczesnym spadku ilości zachorowań na WZW typu A, i wzroście liczby zachorowań na WZW typu C.¹³

Efektywne zapobieganie chorobom zakaźnym i zwalczanie ich wymaga skutecznego przeciwdziałania zawężaniu się zakresu diagnostyki laboratoryjnej wykonywanej w celach epidemiologicznych, czyli tej, dokonywanej na potrzeby oceny stanu zdrowia publicznego, a nie w celu określenia postępowania terapeutycznego. Zwiększenie skuteczności zapobiegania chorobom zakaźnym i ich zwalczania nie będzie możliwe bez podniesienia wiarygodności danych epidemiologicznych z rejestracji zachorowań, stanowiących podstawę większości podejmowanych decyzji (np. danych o zakażeniach HIV, chorobach przenoszonych drogą

¹³ Zdrowie i ochrona zdrowia w 2013r.. ISSN, Warszawa 2014, s. 61-62.

płciową). Ze względu na obserwowany w ostatnich latach zwiększony ruch turystyczny do różnych części świata, istotne jest podniesienie świadomości społeczeństwa o zagrożeniach zdrowotnych wiążących się z nimi i sposobach zapobiegania im. Światowa Organizacja Zdrowia opracowała 5 głównych zaleceń dla podróżujących, jak: częste mycie rąk, unikanie potraw niegotowanych lub niedogotowanych, unikanie gotowej żywności przechowywanej w nieodpowiednich temperaturach (np. bufety, sprzedawcy uliczni), obieranie wszystkich owoców i warzyw, picie wody butelkowanej.

Nowotwory złośliwe stanowią narastający problem zdrowotny polskiego społeczeństwa. Stosunkowo najczęściej nowotwory złośliwe lokalizują się w narządach trawiennych, oddechowych i klatki piersiowej oraz w narządach płciowych. Najrzadziej wykrywane nowotwory wykrywane były u mieszkańców województwa mazowieckiego, podlaskiego i zachodniopomorskiego.

Bezwzględna liczba nowotworów złośliwych w Polsce stale rośnie. Obecnie, liczba zgonów wśród mężczyzn znacznie przewyższyła liczbę zgonów wśród kobiet. Liczba zgonów z powodu chorób nowotworowych u mężczyzn wzrosła prawie trzykrotnie, a u kobiet ponad dwukrotnie. Przyrost liczby zachorowań wynika z trzech głównych przyczyn: zwiększenia liczby ludności w Polsce; zmian w strukturze wiekowej – przewaga ludności po 65. roku życia; zwiększenia ekspozycji na czynniki rakotwórcze i rozpowszechnienie zachorowań sprzyjających rozwojowi raka.

Trendy czasowe współczynników umieralności z powodu chorób nowotworowych w ostatnich dziesięcioleciach są bardzo zróżnicowane w poszczególnych grupach wiekowych. W najmłodszej grupie (0-19 lat) współczynniki umieralności zmniejszyły się w ostatnich 30 latach. W grupie wiekowej 20-44 lata i w grupie osób w średnim wieku (45-64 lata) współczynniki te zmniejszają się w ostatnim dziesięcioleciu. Z kolei w najstarszej grupie wiekowej - powyżej 65. roku życia, wśród mężczyzn utrzymuje się stały wzrost współczynników umieralności.¹⁴

Wzrost poziomu umieralności na nowotwory złośliwe u mężczyzn w Polsce jest ściśle powiązany z paleniem tytoniu spowodowany, którego skutkiem jest zapadalność na nowotwory złośliwe jamy ustnej, gardła, przełyku, krtani, płuca, pęcherza moczowego, trzustki oraz nerki. W populacji kobiet umieralność ogółem z powodu nowotworów złośliwych w ostatnich trzech dekadach pozostaje stale na tym samym poziomie. Przy stałym, gwałtownym spadku zachorowań i zgonów z powodu nowotworów złośliwych żołądka

¹⁴ onkologia.szczecin.pl

obserwuje się bardzo istotny wzrost zachorowań i zgonów z powodu nowotworów złośliwych sutka. Rosną także stale zachorowania i zgony z powodu nowotworów złośliwych płuc. Nowotwory złośliwe płuc stały się nowotworem numer 2. u kobiet w Polsce, a w województwie zachodniopomorskim nowotworem numer 1., będących przyczyną 13% zgonów nowotworowych u kobiet. Zarówno wśród mężczyzn, jak i kobiet notuje się przyrost zagrożenia nowotworami złośliwymi dolnego odcinka przewodu pokarmowego (szczególnie odbytnicy). Warto zaznaczyć, że nowotwory złośliwe jelita grubego stają się coraz istotniejszym problemem onkologicznym w Polsce.¹⁵

W Polsce na początku XXI wieku nowotwory u osób w średnim wieku są pierwszą przyczyną zgonów u kobiet i drugą u mężczyzn. Głównym powodem takiego rozwoju sytuacji epidemiologicznej jest stopień ekspozycji na czynniki ryzyka, szczególnie bardzo wysoka częstość palenia tytoniu w populacji mężczyzn. Drugą, ważną przyczyną takiego stanu jest niska skuteczność wdrażanych programów wczesnej diagnostyki i leczenia. Polska negatywnie wyróżnia się pod względem niskiej skuteczności programów populacyjnych badań przesiewowych o potwierdzonej naukowo skuteczności.

W Powiecie Świdwińskim brak jest pełnej statystyki na temat zachorowalności nowotworowej, ze względu na brak szpitali specjalistycznych, do których docelowo trafiają osoby chore na nowotwory złośliwe. Jedyną najbardziej obszerną informację statystyczną, jaką można uzyskać w tym zakresie są przyczyny przyjęć do szpitala powiatowego w Połczynie-Zdroju. W latach 2010-2014 wykazano w statystyce szpitalnej 377 procedur ICD10 (rozpoznań przy przyjęciu), określających nowotwór złośliwy, co stanowiło jedynie 1,68 % ogółu hospitalizacji. Największy odsetek nowotworów dotyczył wtórnego nowotworu złośliwego wątroby (17% ogółu nowotworów złośliwych), w następnej kolejności wyróżnić można nowotwór złośliwy oskrzela lub płuca (9,5% ogółu nowotworów złośliwych) oraz wtórny nowotwór złośliwy mózgu i opon mózgowych (6% ogółu nowotworów złośliwych).

Analizę potrzeb zdrowotnych rozpoczęto od przeprowadzenia analizy PYLL¹⁶ dla Powiatu Świdwińskiego i zestawienia wyników z rezultatami na poziomie wojewódzkim. W tym celu wykorzystano statystyki Głównego Urzędu Statystycznego. Analizę PYLL przeprowadzono przy założeniu, że średnia oczekiwana długość życia dla populacji naszego powiatu wynosi 76 lat (średnia dla mężczyzn: 72,2 lat, średnia dla kobiet: 80,5 lat).

¹⁵ Ibidem

¹⁶ PYLL – potencjalnie utracone lata życia; wskaźnik informujący o wpływie ogólnej liczby zgonów na daną populację.

Łączna liczba potencjalnie utraconych lat życia w Powiecie Świdwińskim wyniosła w 2012 roku 5.029 lat i stanowiła 3,6% wszystkich potencjalnie utraconych lat życia w województwie zachodniopomorskim (141.255 lat). Biorąc pod uwagę, iż populacja Powiatu Świdwińskiego stanowi 2,8% populacji województwa, ocenia się, że wskaźnik PYLL jest wyższy niż wynikałoby to z wniosku statystycznego.¹⁷

Analizę wskaźnika PYLL dla Powiatu Świdwińskiego przedstawia tabela 2.2.

Tabela 2.2. Analiza PYLL dla Powiatu Świdwińskiego.

<i>Lp.</i>	<i>Przedział wieku</i>	<i>Średni wiek</i>	<i>Liczba zgonów</i>	<i>PYLL</i>
1	0-4	2	4	296
2	5-9	7	0	0
3	10-14	12	0	0
4	15-19	17	2	118
5	20-24	22	6	324
6	25-29	27	2	98
7	30-34	32	6	264
8	35-39	37	6	234
9	40-44	42	5	170
10	45-49	47	10	290
11	50-54	52	30	720
12	55-59	57	60	1 140
13	60-64	62	68	952
14	65-69	67	47	423
Suma				5 029

Źródło: Zgony wg grup wiekowych, <http://stat.gov.pl>

Zgodnie z opublikowanymi danymi, dotyczącymi standaryzowanych wskaźników umieralności (SMR) w latach 2009-2011, opracowanymi przez NIZP-PZH, główną przyczyną zgonów są przyczyny zewnętrzne. Mimo, iż w wartościach bezwzględnych dominują choroby układu krążenia (685 zgonów w latach 2009-2011) a na drugim miejscu występują nowotwory złośliwe (365 zgonów w analizowanym okresie), to wartość standaryzowanego współczynnika umieralności jest wyższa w odniesieniu do przyczyn zewnętrznych, a w drugiej kolejności dla chorób układu trawiennego. Wskaźnik SMR za lata 2009-2011 dla przyczyn zewnętrznych wyniósł 1,494, a dla chorób układu trawiennego: 1,226. Standaryzowany wskaźnik umieralności dla pozostałych przyczyn wynosi odpowiednio: choroby układu krążenia – 1,099, nowotwory złośliwe – 1,084, choroby układu oddechowego – 0,838.¹⁸

¹⁷ Załącznik nr 2. Ocena potrzeb zdrowotnych, 2015, s. 3.

¹⁸ ibidem, s. 4.

Strukturę standaryzowanego wskaźnika umieralności (SMR) w latach 2009-2011 prezentuje tabela 2.3.

Tabela 2.3. Standaryzowany wskaźnik umieralności w latach 2009-2011 dla Powiatu Świdwińskiego.

Kategoria	Ogółem	Nowotwory złośliwe	ChUK	ChUO	ChUT	PZ
Zgony	1 496	365	685	60	75	136
SMR	1,087	1,084	1,099	0,838	1,226	1,494

Źródło: Dane dotyczące standaryzowanych wskaźników umieralności (SMR), Ministerstwo Zdrowia za: Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego - Państwowy Zakład Higieny, <http://www.zdrowie.gov.pl>

Według danych GUS w latach 2009-2012, w Powiecie Świdwińskim w wartościach bezwzględnych najczęstszą przyczyną zgonu były choroby układu krążenia, stanowiące 43,3% wszystkich przyczyn. Trend w tym zakresie zmienia się skokowo, przyjmując co roku rozbieżne wartości. Drugą kategorią istotnie wpływającą na śmiertelność w powiecie są choroby nowotworowe, a w dziesięcioletniej perspektywie czasowej trend ma charakter wzrostowy. Obie grupy schorzeń odpowiadają za 73,1% wszystkich zgonów w powiecie. Pozostałe kategorie wyodrębnione w statystykach, ujmowane w wartościach bezwzględnych, w niewielkim stopniu wpływają na umieralność ludności powiatu. Niepokojący jest bardzo dynamiczny wzrost zachorowalności na choroby układu trawienia.¹⁹

W bezwzględnej liczbie zgonów w Powiecie Świdwińskim w latach 2009-2012 dominują zgony mężczyzn. Liczebność tej grupy wahała się z roku na rok, przyjmując wartości skokowe, jednak mimo tego liczba zgonów mężczyzn znacznie przewyższała zgony kobiet.

Dokonując analizy przyczyn umieralności w latach 2009-2012 otrzymujemy następujące wyniki, zaprezentowane w tabeli 2.4. Z zestawienia wynika, iż ujemny przyrost zgonów obserwować można w: zewnętrznych przyczynach zachorowania i zgonu (-29,8%), oraz w chorobach układu oddechowego (-16,7%). Zwraca natomiast uwagę 50% przyrost zgonów z powodu chorób nowotworowych

Tabela 2.4. Zgony wg przyczyn w powiecie świdwińskim w latach 2009 i 2012.

Lp.	Nazwa przyczyny zgonu	2009	2012	Przyrost
1	Choroby układu krążenia ogółem	210	234	11,4%
2	Nowotwory ogółem	107	161	50,5%
3	Zewnętrzne przyczyny zachorowania i zgonu – ogółem	47	33	-29,8%
4	Objawy, cechy chorobowe oraz nieprawidłowe wyniki badań klinicznych, laboratoryjnych gdzie indziej niesklasyfikowane	29	32	10,3%

¹⁹ Ibidem, s. 5.

5	Choroby układu trawiennego ogółem	18	27	50%
6	Choroby układu oddechowego ogółem	24	20	-16,7%
7	Zaburzenia wydzielania wewnętrznego, stanu odżywiania i przemiany metabolicznej ogółem	10	7	-30%
8	Choroby układu moczowo-płciowego	2	9	350%
9	Choroby układu nerwowego ogółem	3	5	66,7%
10	Niektóre choroby zakaźne i pasożytnicze ogółem	4	5	25%
11	Niektóre stany rozpoczynające się w okresie okołoporodowym	3	3	0%
12	Pozostałe przyczyny	0	2	200%
13	Choroby układu kostno-stawowego, mięśniowego i tkanki łącznej	1	2	100
14	Wady rozwojowe wrodzone, zniekształcenia i aberracje chromosomowe	1	0	-100%
	Suma	459	540	17,7%

Źródło: Zgony wg przyczyn, <http://stat.gov.pl>

Ocenę potrzeb zdrowotnych, bazującą na danych dotyczących śmiertelności, uzupełniono o dane statystyczne, odnoszące się do popytu na porady medyczne ogółem. Informacje zgromadzono przeprowadzając badanie kwestionariuszowe w największej placówce medycznej powiatu, tj. Szpitalu Polskim w Połczynie Zdrój (ówczesna nazwa placówki). Z usług poradni specjalistycznych placówki korzysta rokrocznie znacznie ponad 18.000 osób. Ponadto inne placówki medyczne, które wzięły udział w badaniu kwestionariuszowym udzieliły w 2013 roku odpowiednio:

- NZOZ Medyk S.C ponad 55 000 porad,
- Przychodnia Medycyny Rodzinnej „Promyk” ponad 16 700 porad,
- NZOZ Brzeźno prawie 2 000 porad.

Biorąc pod uwagę liczbę mieszkańców powiatu, ocenia się, że popyt na usługi medyczne jest wysoki.²⁰ Ocena popytu nie odnosi się do zapotrzebowania na usługi zdrowotne z zakresu profilaktyki prozdrowotnej, a dotyczy zapotrzebowania na świadczenie terapeutyczno-lecznicze wśród osób odczuwających dolegliwości lub obserwujących u siebie objawy chorobowe.

Wyboru obszaru problemowego dokonano na podstawie danych NIZP-PZH, danych GUS oraz dotychczas prowadzonych kampanii promujących zdrowie. Według danych NIZP-PZH, najwyższy wskaźnik SMR występuje w przypadku tzw. przyczyn zewnętrznych, głównie samobójstw, oraz chorób układu trawiennego (ChUT), co stanowiło punkt wyjścia do dalszych analiz. Wprawdzie bezwzględna liczba zgonów jest wyższa w przypadku przyczyn

²⁰ Ibidem, s. 6.

zewnętrznych, (główne czynniki ryzyka to: depresja, alkohol, używki, przemoc w rodzinie, nagłe pogorszenie statusu materialnego) jednakże porównując dynamikę śmiertelności, notuje się wzrost śmiertelności w związku ChUT..

Samorząd Powiatu Świdwińskiego prowadzi działania przy pomocy swoich jednostek organizacyjnych, w tym Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Świdwinie, Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej w Świdwinie, placówek edukacyjnych oraz Powiatowego Urzędu Pracy w Świdwinie. Jednym z najważniejszych działań, jakie samorząd Powiatu Świdwińskiego podjął dla poprawy sytuacji społecznej na obszarze właściwości terytorialnej jest projekt pod nazwą „Razem przeciwko razem”. Projekt jest ukierunkowany na przeciwdziałanie przemocy w rodzinie i wsparcie tych rodzin, które są zagrożone ryzykiem przemocy. W szkołach i placówkach edukacyjnych realizowane są programy ukierunkowane na ochronę dzieci i młodzieży przed zagrożeniami, w tym także czynnikami generującymi ryzyko suicydalne. Mając na względzie spadek wartości wskaźników SMR, dynamikę zmian śmiertelności oraz dotychczasowe działania Powiatu Świdwińskiego w obszarze przeciwdziałania zewnętrznym przyczynom zgonów, obszar interwencji będzie dotyczył chorób układu trawiennego.²¹

2.2. Populacja Powiatu Świdwińskiego i analiza potrzeb zdrowotnych w ramach projektu „Równe szanse w zdrowiu – program profilaktyki i promocji zdrowia w Powiecie Świdwińskim”.

Utworzony w 1999 roku Powiat Świdwiński położony jest w północno-zachodniej Polsce, w województwie zachodniopomorskim. Na obszarze 1 093 km² zamieszkują 51 723 osoby. W skład powiatu wchodzi sześć gmin (Świdwin, Połczyn-Zdrój, Brzeźno, Rąbino, Sławoborze), obejmujących łącznie 201 miejscowości. Użytki rolne, o areale przekraczającym 60 tys. ha, zajmują ponad 55% powierzchni powiatu, 35% stanowią uprawy leśne. Pod względem terenów nadających się pod uprawy Powiat Świdwiński plasuje się w czołówce województwa, w związku z czym w jego gospodarce rolnictwo, a także związane z nim przetwórstwo rolno-spożywcze, odgrywają znamienne rolę. W powiecie funkcjonuje ponad 2,5 tys. gospodarstw rolnych o bardzo zróżnicowanej strukturze obszarowej. Dość duży obszar zajmują lasy - buczyny pomorskie, dąbrowy i brzeziny bagienne, a także, coraz rzadsze już, monokultury drzew iglastych. Na dużą skalę działa, zatrudniający setki

²¹ Ibidem, s. 6-7.

pracowników, sektor leśny oraz powiązane z nim zakłady przerobu drewna. Lasy państwowe administrowane są przede wszystkim przez nadleśnictwa Świdwin i Połczyn-Zdrój, oraz, fragmentarycznie, Gościno i Białogard. Na terenie powiatu na niewielką skalę wydobywane są surowce naturalne. Na cele uzdrowiskowe eksploatowane są, występujące w okolicy Połczyna-Zdroju, złoża torfów borowinowych oraz źródła solankowe. Sektor produkcyjny to przede wszystkim zakłady wytwarzające tworzywa sztuczne i elementy metalowe, produkcja maszyn, a także przetwórstwo drzewne i rolno-spożywcze. Środowisko przyrodnicze powiatu charakteryzuje się dużą różnorodnością fauny i flory oraz występowaniem interesujących form krajobrazowych, które w wielu miejscach zachowały niemal naturalny charakter. Okolice Świdwina i Połczyna Zdroju, duże kompleksy leśne gmin Sławoborze i Rąbino oraz jeziora gminy Brzeźno - to idealne miejsca dla rozwoju infrastruktury turystycznej i agroturystyki. Powiat Świdwiński stoi przed szansą dynamicznego rozwoju społeczno-kulturalnego i gospodarczego. Liczne inwestycje, jakie zostały zrealizowane w ostatnich latach, pozwalają żywić nadzieje na pomyślną finalizację nowych pomysłów i przedsięwzięć.²²

Dokonując analizy społeczno-ekonomicznej Powiatu Świdwińskiego w latach 2009-2012 wysnuć można następujące wnioski:²³

- większość ludności populacji stanowią kobiety;
- średni ważony wiek populacji wynosi 39 lat, co świadczy o starzeniu się społeczeństwa;
- malejący wskaźnik urodzeń wskazuje na ujemny przyrost naturalny;
- ponad połowa mieszkańców powiatu zamieszkuje obszary wiejskie;
- poziom wskaźników zdrowotnych (wskaźnik zdrowia i wskaźnik nakładów zdrowotnych) wskazuje na niedostatki w ochronie zdrowia, w tym na problemy systemowe;
- wysokie wydatki na pomoc społeczną;
- wzrastający poziom ubóstwa;
- istotne dysproporcje pomiędzy potrzebami zdrowotnymi mieszkańców, a dostępnymi zasobami;
- przeciętna powierzchnia mieszkania wynosi 64,1 m²;

²² www.powiatwidwinski.pl

²³ Załącznik nr 2. Ocena potrzeb zdrowotnych, 2015, s. 7-11.

- warunki sanitarne ocenia się jako dobre (podnoszenie standardów infrastruktury technicznej przekłada się na wzrost poziomu bezpieczeństwa zdrowotnego mieszkańców powiatu);
- w strukturze gospodarczej powiatu dominuje pozostała działalność, w tym m.in.: handel, transport, zakwaterowanie i gastronomia, informacja i komunikacja, działalność finansowa i ubezpieczeniowa, opieka zdrowotna, działalność związana z kulturą, rozrywką i rekreacją oraz usługi;
- stopa bezrobocia znacznie przewyższa stopę bezrobocia województwa.

Reasumując powyższe wnioski, należy stwierdzić, iż aktualna struktura demograficzna oraz zachodzące w ostatnich latach w tym obszarze zmiany na terenie powiatu świdwińskiego, odzwierciedlają trendy ogólnopolskie i wskazują potencjalne ryzyka w kontekście epidemiologicznym. W szczególności zidentyfikowany został postępujący proces starzenia się społeczeństwa i wzrost liczby ludności w grupach wiekowych narażonych na wyższe ryzyko wystąpienia chorób zagrażających życiu lub generujących wysokie koszty finansowe leczenia oraz koszty ekonomiczne niezdolności do pracy. Ponadto, bardzo niskie wskaźniki dzietności i reprodukcji brutto świadczą o tym, iż zjawisko starzejącego się społeczeństwa będzie się pogłębiać. Tym samym w zjawiskach demograficznych należy upatrywać głównych zagrożeń epidemiologicznych.

Warunki sanitarne w powiecie świdwińskim ocenia się jako dobre. Niewątpliwie podnoszenie standardów infrastruktury technicznej przekłada się na wzrost poziomu bezpieczeństwa zdrowotnego mieszkańców powiatu. Analiza struktury przemysłu nie wykazała szczególnego ryzyka epidemiologicznego.

Sytuacja ekonomiczna społeczeństwa Powiatu Świdwińskiego kształtuje się poniżej średniej dla województwa. Szczególnie niekorzystnie sytuacja dotyczy kwestii bezrobocia i pauperyzacji.

To właśnie bezrobocie, a co za tym idzie niskie dochody, są przyczyną ograniczenia ludności w dostępie do służby zdrowia, w tym szczególnie do specjalistycznej płatnej diagnostyki. Mamy tu do czynienia z marginalizacją społeczną, inaczej mówiąc wykluczeniem społecznym.

Wykluczenie jest rozumiane jako niemożliwość bycia uczestnikiem ważnych społecznie aspektów życia społecznego, jak gospodarcze, polityczne czy kulturowe²⁴. W przypadku

²⁴ Barbara Szacka: Wprowadzenie do socjologii. Warszawa: Oficyna Naukowa, 2003.

wykluczania społecznego jednostek czynnikami mającymi na to największy wpływ jest bezrobocie i bieda. Jeżeli dochodzi do koncentracji tego typu ludności w przestrzeni geograficznej, wówczas pojawiać się może specyficzna subkultura ubóstwa oraz wytwarzać się podklasa, w której wzory zachowań i systemy wartości często podlegają dziedziczeniu w następnych pokoleniach.

W roku 2015 Powiat Świdwiński stał się wnioskodawcą i realizatorem projektu pod nazwą „Równe szanse w zdrowiu – program profilaktyki i promocji zdrowia w Powiecie Świdwińskim”, który realizowany jest w ramach Programu Operacyjnego PL13 Ograniczenie społecznych nierówności w zdrowiu. Wartość przedsięwzięcia wynosi 3.281.242 PLN i jest w 100% finansowane ze środków Norweskiego Mechanizmu Finansowego oraz budżetu państwa. Realizacja działań projektowych rozpoczęła się 1 lutego 2015 roku i potrwa do 30 kwietnia 2016 roku.

Projekt skierowany jest do wszystkich mieszkańców powiatu, szczególnie osób bezpośrednio zagrożonych chorobami układu trawienia. Jak wynika z badań przeprowadzonych na zlecenie Ministerstwa Zdrowia choroby układu trawienia są jedną z najczęstszych przyczyn śmiertelności mieszkańców Powiatu Świdwińskiego.

Celem nadrzędnym projektu jest poprawa zdrowia publicznego i ograniczenie społecznych nierówności w zdrowiu na obszarze Powiatu Świdwińskiego. Celem głównym projektu jest zmniejszanie zachorowalności mieszkańców powiatu na choroby związane ze stylem życia.²⁵

Do celów szczegółowych projektu zaliczono:

- „wdrożenie programu promocji zdrowia skutkującego zmniejszeniem zachorowalności na choroby układu trawiennego, w tym przede wszystkim poprzez:
 - promocję zdrowych i zmiany dotychczasowych nawyków żywieniowych w populacji powiatu świdwińskiego,
 - promocji aktywności fizycznej,
 - podnoszenia świadomości w zakresie znaczenia badań profilaktycznych;
- wdrożenie programu profilaktyki chorób układu trawiennego w populacjach:
 - dzieci i młodzieży w obszarze procesu wchłaniania i alergii pokarmowych,
 - osób między 18. a 70. rokiem życia w obszarze chorób narządów miękkich układu trawiennego i jelita grubego.”²⁶

²⁵ www.rowneszansewzdrowiu.pl

²⁶ Załącznik nr 2. Ocena potrzeb zdrowotnych, 2015, s. 20.

Choroby układu trawiennego często wynikają z problemów w procesie wchłaniania, pojawiających się w okresie dziecięcym oraz młodzieńczym i są pochodną nieprawidłowości metabolicznych oraz alergii. W tym kontekście przeanalizowano stan opieki lekarskiej nad dziećmi i młodzieżą w Powiecie Świdwińskim. Analiza populacji dzieci i młodzieży szkolnej przeprowadzona badaniem kwestionariuszowym wskazała, że wzrasta zapadalność na choroby metaboliczne (cukrzyca), jak również zdiagnozowano nieprawidłowości w masie ciała. Przeważają problemy z nadwagą, jednakże w badaniu stwierdzono również jednostkowe przypadki niedowagi. W związku z powyższym, zdecydowano, że programem profilaktyki objęte zostaną także zaburzenia wchłaniania i alergię oraz schorzenia jamy ustnej.²⁷

Do ogólnych wniosków z przeprowadzonego badania kwestionariuszowego zaliczamy:²⁸

- problemy z nadwagą występują już w wieku przedszkolnym, a intensyfikacja zjawiska przypada na okres gimnazjalny i ponadgimnazjalny;
- zachorowania na cukrzycę pojawiają się już we wczesnych latach szkolnych;
- w wyższych rocznikach wzrasta wskaźnik absencji na zajęciach wychowania fizycznego.

Analiza potrzeb wykazała, że w działaniach projektowych należy koncentrować się na zmniejszeniu zachorowalności na choroby układu trawiennego, w tym przewlekłe choroby wątroby. Powiat Świdwiński jako realizator projektu zaplanował dla mieszkańców szereg badań screeningowych, w tym badania w kierunku: alergii pokarmowych, choroby wrzodowej żołądka i dwunastnicy, schorzeń jelita grubego, schorzeń trzustki, wątroby i innych narządów jamy brzusznej oraz profilaktyka żółtaczki, profilaktyka próchnicy i schorzeń jamy ustnej, udział w programach promocji i profilaktyki zdrowia.²⁹

Wybór jednostek chorobowych szczególnie istotnych z punktu widzenia populacji powiatu świdwińskiego przeprowadzono w oparciu o następujące zmienne:³⁰

- kryterium 1 – bezwzględna liczba zgonów w obrębie danej grupy chorób układu trawiennego w latach 2009-2011; tabela 2.5.
- kryterium 2 – SMR w obrębie danej grupy układu trawiennego w latach 2009-2011; tabela 2.5.
- kryterium 3 – zmiana poziomu śmiertelności w długiej perspektywie czasowej; tabele 2.6. i 2.7.

²⁷ Ibidem, s. 13.

²⁸ Ibidem, s. 15.

²⁹ www.rowneszansewzdrowiu.pl

³⁰ Załącznik nr 2. Ocena potrzeb zdrowotnych, 2015, s. 12.

- kryterium 4 – wiedza naukowa, doświadczenie personelu medycznego.

Liczba zgonów w latach 2009-2011 w obrębie chorób układu trawiennego (ICD10: K00-K93) wyniosła 75, a dla przewlekłych chorób wątroby (ICD10: K70, K73, K74) 35. Z kolei poziom zgonów mierzony SMR w obszarze układu trawiennego wyniósł 1,226 a dla przewlekłych chorób wątroby 1,425.

Tabela 2.5. Standaryzowany wskaźnik umieralności (SMR) w latach 2009-2011 dla Powiatu Świdwińskiego – choroby układu trawiennego i wątroby.

<i>Kategoria</i>	<i>Choroby układu trawiennego</i>	<i>Przewlekłe choroby wątroby</i>
<i>Liczba zgonów</i>	75	35
<i>SMR</i>	1,226	1,425

Źródło: Dane dotyczące standaryzowanych wskaźników umieralności (SMR), Ministerstwo Zdrowia za: Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego - Państwowy Zakład Higieny, <http://www.zdrowie.gov.pl>

W odniesieniu do chorób układu trawiennego zidentyfikowano wzrost liczby zgonów – dynamika wyniosła 97,4%, z kolei w przypadku przewlekłych chorób wątroby dynamika wyniosła 94,4%. Blisko 50% wszystkich zgonów jest pochodną przewlekłych chorób wątroby.

Tabela 2.6. Liczba zgonów i SMR dla chorób układu trawiennego ogółem – Powiat Świdwiński.

<i>K00-K93</i>	<i>1999-2001</i>		<i>2009-2011</i>		<i>Dynamika zgonów</i>
	<i>Liczba zgonów</i>	<i>SMR</i>	<i>Liczba zgonów</i>	<i>SMR</i>	
<i>Kobiety ogółem</i>	17	0,888	31	1,206	82,4%
<i>Mężczyźni ogółem</i>	21	0,827	44	1,225	109,5%
<i>Suma</i>	38	-	75	-	97,4%

Źródło: Atlas umieralności ludności Polski w latach 1999-2001 i 2008-2010, Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego - Państwowy Zakład Higieny, Zakład - Centrum Monitorowania i Analiz Stanu Zdrowia Ludności, Warszawa 2012, <http://www.atlas.pzh.gov.pl>

Tabela 2.7. Liczba zgonów i SMR dla chorób wątroby – Powiat Świdwiński

<i>K70, K73, K74</i>	<i>1999-2001</i>		<i>2009-2011</i>		<i>Dynamika zgonów</i>
	<i>Liczba zgonów</i>	<i>SMR</i>	<i>Liczba zgonów</i>	<i>SMR</i>	
<i>Kobiety ogółem</i>	6	0,912	10	1,446	66,7%
<i>Mężczyźni ogółem</i>	12	0,830	25	1,391	108,3%
<i>Suma</i>	18	-	35	-	94,4%

Źródło: Atlas umieralności ludności Polski w latach 1999-2001 i 2008-2010, Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego - Państwowy Zakład Higieny, Zakład - Centrum Monitorowania i Analiz Stanu Zdrowia Ludności, Warszawa 2012, <http://www.atlas.pzh.gov.pl>

Choroby układu trawiennego często wynikają z problemów w procesie wchłaniania pojawiających się w okresie dziecięcym oraz młodzieńczym i są pochodną nieprawidłowości

metabolicznych oraz alergii. W tym kontekście przeanalizowano stan opieki lekarskiej nad dziećmi i młodzieżą. Wskaźnik porad lekarskich udzielonym dzieciom zdrowym do 3. roku życia w Powiecie Świdwińskim wyniósł 72,4 i był niższy niż średnia wojewódzka 77,7.³¹ Analiza populacji dzieci i młodzieży szkolnej przeprowadzona badaniem kwestionariuszowym wskazała, że wzrasta zapadalność na choroby metaboliczne (cukrzyca). Zdiagnozowano również nieprawidłowości w masie ciała. Przeważają problemy z nadwagą, jednakże w badaniu stwierdzono także jednostkowe przypadki niedowagi.

2.3. Charakterystyka grupy docelowej

Geneza chorób układu trawiennego związana z wchłanianiem, w tym alergiami wskazuje, że wśród czynników ryzyka duże znaczenie mają uwarunkowania genetyczne. Statystycznie prawdopodobieństwo rozwoju alergii u dzieci zdrowych rodziców wynosi około 12%. Jeżeli u matki występuje alergia, ryzyko to wzrasta do 60%, natomiast gdy z powodu choroby cierpi również ojciec - nawet do 70-80%.

Drugim bardzo ważnym czynnikiem odpowiedzialnym za powstawanie alergii jest szybko postępujący rozwój cywilizacyjny oraz narażenie na ekspozycję zanieczyszczeń. Nieprawidłowe odżywianie również stanowi czynnik ryzyka i jest konsekwencją statusu materialnego oraz społecznego. Tym samym w grupie ryzyka znajdują się przede wszystkim osoby obciążone genetycznie, zagrożone ubóstwem o niskim statusie materialnym i społecznym.³²

Występowanie chorób układu trawiennego narządów miękkich oraz schorzenia jelit jest skorelowane z wiekiem oraz z zaniedbaniami zdrowotnymi w wieku młodzieńczym. Wzrost zachorowań na choroby układu trawiennego postępuje po 50. roku życia. U osób po 40. roku życia etiopatogeneza zachorowań wynika głównie z czynników genetycznych, co ma istotne znaczenie przy chorobach żołądka i jelita grubego. Postępujące, w tym przewlekłe, choroby narządów miękkich układu trawiennego i jelita grubego spowodowane są czynnikami związanymi z dietą, używkami, ekspozycją na czynniki zewnętrzne (głównie zanieczyszczenia chemiczne i biologiczne wody). Wśród osób przed 40. rokiem życia zagrożenie wystąpieniem chorób układu trawiennego narządów miękkich oraz schorzeń jelit jest znacznie niższe, ale zaniedbania zdrowotne, w tym brak wczesnego rozpoznania

³¹ Informator statystyczny ochrony zdrowia województwa zachodniopomorskiego za 2012 rok, <http://www.szczecin.uw.gov.pl>

³² Ibidem, s. 17.

pojawiających się symptomów chorobowych, zwiększa ryzyko zapadalności na choroby przewlekłe w wieku dojrzałym.³³

Z ogólnych grup ryzyka, wyselekcjonowano grupy docelowe. Podstawą selekcji były wyniki badania kwestionariuszowego w placówkach edukacyjnych oraz analiza statystyczna obszarów interwencji i schorzeń istotnych z punktu widzenia populacji powiatu.

W związku z powyższym wyróżnione zostały 3 grupy docelowe:

1. „Grupa docelowa w zakresie zaburzeń procesu wchłaniania i alergii pokarmowych:
 - wiek 0-18;
 - występowanie alergii u wstępnych członków rodziny;
 - osoby/ rodziny korzystające z opieki miejskich i gminnych ośrodków pomocy społecznej z tytułu poziomu dochodu na osobę poniżej granicy ubóstwa (wskazanie MOPS/ GOPS) według kryterium dochodowości określonego w ustawie o pomocy społecznej;
 - rodziny objęte przez PCPR oraz miejskie i gminne ośrodki pomocy społecznej ochroną związaną z występowaniem patologii (głównie alkoholizm i przemoc w rodzinie).
2. Grupa docelowa w zakresie chorób jamy ustnej:
 - wiek 7-18 lat;
 - poziom dochodu na osobę poniżej granicy ubóstwa (wskazanie MOPS/ GOPS).
3. Grupa docelowa w zakresie chorób narządów trawiennych i jelita grubego:
 - wiek 18-70 lat;
 - wysoki wskaźnik BMI > 26;
 - umiarkowane lub wysokie spożycie alkoholu;
 - negatywne nawyki żywieniowe;
 - narażenie na długotrwały stres;
 - osoby korzystające z opieki miejskich i gminnych ośrodków pomocy społecznej z tytułu poziomu dochodu na osobę poniżej granicy ubóstwa (wskazanie MOPS/ GOPS) według kryterium dochodowości określonego w ustawie o pomocy społecznej;
 - rodziny objęte przez PCPR oraz miejskie i gminne ośrodki pomocy społecznej ochroną związaną z występowaniem patologii (głównie alkoholizm i przemoc w rodzinie).”³⁴

³³ Ibidem

Bardziej szczegółowy opis grup docelowych prezentuje załącznik nr 3 Program profilaktyki i promocji zdrowia do Programu operacyjnego PL13 – Ograniczenie społecznych nierówności w zdrowiu. Wyodrębnia on dwie grupy docelowe różniące się w szczególności problemem zdrowotnym i wiekiem:³⁵

1. Pierwszy problem zdrowotny to wysoka epidemiologia chorób układu trawiennego – zaburzenia procesu wchłaniania i alergii oraz choroby jamy ustnej.

Cechy charakterystyczne tej grupy:

- wiek 0-18 lat – alergie pokarmowe ujawniają się w wieku dziecięcym i młodzieńczym; zaburzenia procesu wchłaniania ujawniają się w wieku 0-6 lat; choroby jamy ustnej pojawiają się w wieku szkolnym kiedy to kształtuje się rozwój uzębienia oraz wykształcają się nawyki zdrowotne w zakresie higieny jamy ustnej;
- wykształcenie (dotyczy rodziców) determinuje status społeczny i ekonomiczny rodziny, a tym samym wpływa na sytuację zdrowotną dzieci i młodzieży; osoby bez wykształcenia lub z wykształceniem podstawowym czy zawodowym są bardziej zagrożone zjawiskiem pauperyzacji;
- osoby o obniżonej stopie życiowej ze względu na brak środków finansowych nie korzystają z prywatnych gabinetów lekarskich;
- osoby bezrobotne nie podlegają ubezpieczeniu zdrowotnemu;
- miejsce zamieszkania – głównie obszary wiejskie;
- styl życia – złe nawyki żywieniowe, w szczególności duże spożycie słodczy i/lub palenie tytoniu;
- większe ryzyko wystąpienia schorzeń dotyczy osób narażonych na spożycie zanieczyszczonej chemicznie i/lub biologicznie wody pitnej;
- w przypadku alergii pokarmowych i zaburzeń wchłaniania obciążenie genetyczne podnosi ryzyko zachorowania od 60% do 80%.

2. Drugi problem zdrowotny dotyczy wysokiej epidemiologii w zakresie chorób narządów trawiennych i jelita grubego.

Cechy charakterystyczne tej grupy:

- wiek 18-70 – wzrost zachorowalności na choroby układu trawienia dotyczy populacji w wieku 50-65 lat; zachorowalność osób pomiędzy 40. a 49. rokiem życia dotyczy przede wszystkim obciążonych genetycznie; w populacji przed 40. rokiem życia

³⁴ Ibidem, s. 17, 18.

³⁵ Załącznik nr 3, Program profilaktyki i promocji zdrowia, s. 6-8.

występują schorzenia związane z chorobą wrzodową żołądka lub wynikające z zaniedbań zdrowotnych na etapie młodzieńczym;

- w populacji mężczyzn występuje 65% przypadków zgonów ogółem, natomiast w populacji kobiet 35%;
- poziom wykształcenia (brak wykształcenia, wykształcenie podstawowe lub zawodowe) wpływa na status społeczny i materialny oraz na poziom świadomości zdrowotnej;
- ze względu na brak środków finansowych osoby ubogie nie korzystają z badań profilaktycznych;
- osoby bezrobotne nie podlegają ubezpieczeniu zdrowotnemu;
- miejsce zamieszkania – głównie obszary wiejskie;
- styl życia – niewłaściwa dieta i otyłość oraz/lub nadużywanie alkoholu;
- większe ryzyko wystąpienia schorzeń dotyczy osób narażonych na spożycie zanieczyszczonej chemicznie i/lub biologicznie wody pitnej.

Identyfikacja potrzeb społeczeństwa Powiatu Świdwińskiego wskazała, iż należy podjąć działania zmierzające ku zmniejszeniu zachorowalności na choroby układu trawiennego. W związku z tym do celów szczegółowych projektu zaliczono: wdrożenie programu promocji zdrowia oraz wdrożenie programu profilaktyki chorób układu trawiennego.

Potrzeby grup docelowych wynikają z kondycji systemu ochrony zdrowia i popytu na usługi medyczne, w szczególności na konsultacje specjalistyczne i badania okresowe. Do potrzeb szczegółowych zaliczamy:

1. „Potrzeby z zdrowiu:

- identyfikacja populacji szczególnie wykluczonej w zdrowiu ze względu na występowanie jawnych lub ukrytych problemów zdrowotnych;
- objęcie profilaktyką ChUT dzieci i młodzież, przede wszystkim o szczególnych potrzebach zdrowotnych i zagrożonych wykluczeniem w zdrowiu ze względu na status ekonomiczny;
- przeprowadzenie podstawowych badań diagnostycznych, a w uzasadnionych przypadkach także pogłębionych;
- przeprowadzenie działań profilaktycznych (szczepienia i lakowanie zębów);

- przekazanie wiedzy o stanie zdrowia osób poddanych badaniom i przekazanie do publicznego systemu zdrowia;
- zapewnienie natychmiastowej konsultacji lekarza specjalisty;
- ograniczenie intensyfikacji zjawiska nadwagi i otyłości oraz chorób metabolicznych.

2. Potrzeby poznawcze i psychologiczne:

- podniesienie świadomości w zakresie ryzyka ChUT;
- podniesienie świadomości w zakresie zdrowego stylu życia, w tym przede wszystkim odżywiania jako prewencji ChUT;
- potrzeba wymiany doświadczeń w populacji w zakresie ChUT oraz zdrowego stylu życia.³⁶

2.4. Obszary działań profilaktycznych.

W ramach projektu „Równe szanse w zdrowiu - program profilaktyki i promocji zdrowia w Powiecie Świdwińskim” zaplanowane zostały dwie grupy obszarów działań profilaktycznych:

1. w zakresie epidemiologii chorób układu trawiennego – zaburzenia procesu wchłaniania i alergii; choroby jamy ustnej;
2. w zakresie chorób narządów trawiennych i jelita grubego.

Przy realizacji działań powyżej wymienionych obszarów profilaktycznych zaplanowano w pierwszej kolejności przeprowadzenie wywiadu medycznego połączonego z oceną warunków środowiskowych i stylu życia – w formie ankiety. Na podstawie dokonanej weryfikacji i ocenie zebranego wywiadu medycznego (w formie ankiety), zostały wyselekcjonowane osoby narażone na oddziaływanie czynników zewnętrznych, spełniające jednocześnie najwięcej kryteriów selekcji, a tym samym zakwalifikowane do objęcia badaniami z konkretnej grupy w ramach projektu. Osoby objęte projektem zostały skierowane na tej podstawie na bezpłatne badania laboratoryjne (w konkretnym panelu) lub badania stomatologiczne.

Osoby objęte projektem zostały zakwalifikowane do dalszych badań profilaktycznych w następujących zakresach:

1. badania profilaktyczne w zakresie chorób układu trawiennego – zaburzenia procesu wchłaniania i alergii;

³⁶ Ibidem, s. 10-11.

2. badania profilaktyczne w zakresie chorób narządów trawiennych i jelita grubego:
- badania w kierunku choroby wrzodowej żołądka i dwunastnicy;
 - badania w kierunku schorzenia jelita grubego;
 - badania w kierunku chorób jamy brzusznej – schorzenia trzustki, wątroby i innych narządów jamy brzusznej (np. nowotworów trzustki, ocena w kierunku stłuszczenia wątroby i obecności innych zmian anatomicznych, kamice wątroby);
 - badania w kierunku występowania pasożytów i lamblii;
 - profilaktyka żółtaczki – szczepienia przeciwko żółtaczce typu A, B osób zakwalifikowanych do szczepienia po uprzednim badaniu laboratoryjnym na obecność antygenów w kierunku przebytej żółtaczki wszczepiennej i zakaźnej A, B i C;
 - profilaktyka próchnicy i schorzeń jamy ustnej u dzieci, młodzieży i dorosłych – obejmuje badania stomatologiczne przesiewowe oraz lakowanie zębów u dzieci.

Dodatkowo realizowane były konsultacje medyczne dla rodzin z obszarów wiejskich o niskim statusie materialnym w sołectwach – przeznaczone w szczególności dla osób, mieszkających na obszarach wiejskich, dla których dostęp do służby zdrowia ze względu na ich sytuację materialną jest znacznie ograniczony.

Osoby, u których w trakcie realizacji zadań (badań, konsultacji) wykryto zmiany chorobowe, kierowane były do dalszego leczenia i diagnostyki do publicznego systemu ochrony zdrowia.

2.4.1. Choroby układu trawienia – zaburzenia procesu wchłaniania i alergię.

Trawienie jest procesem niezbędnym, aby wszystkie ważne substancje zostały wchłonięte. Trawienie jest to rozłożenie wielkich cząsteczek białek, tłuszczu i węglowodanów na mniejsze po to, by mogły zostać one przyswojone przez organizm. Proces rozpoczyna się już w jamie ustnej: obecny w ślinie enzym – amylaza – rozkłada węglowodany. Kolejnym etapem na trasie pokarmu jest żołądek. Sok żołądkowy będący mieszkanką enzymów trawiennych rozpoczyna następny etap trawienia – rozkładane są białka (za pomocą pepsyny) i tłuszcze (z udziałem lipazy żołądkowej). Kwas solny w żołądku pełni funkcję aktywującą enzym trawiący białka, który znajduje się pierwotnie w formie nieaktywnej (jako pepsynogen). Z żołądka pokarm przemieszcza się do dwunastnicy i dalszych fragmentów jelita cienkiego. Tutaj trawienie dobiega końca. W jelicie działa sok trzustkowy (transportowany specjalnym przewodem łączącym trzustkę z jelitem), który zawiera mieszkankę enzymów (amylaza i maltaza – są to enzymy trawiące węglowodany;

lipaza – trawi tłuszcze; elastaza, tripsyna, chymotripsyna – rozkładają białka). Same jelita produkują też swój sok jelitowy, który jest mieszanką enzymów o podobnej funkcji jak te znajdujące się w soku trzustkowym (laktaza, amylaza – odpowiedzialne za trawienie węglowodanów, peptydazy – za rozkładanie białek, natomiast lipaza trawi tłuszcze). Do jelita dostaje się także żółć. Jest ona niezwykle ważna przy trawieniu tłuszczów, sprawia bowiem, że stają się bardziej wrażliwe na działanie lipaz. Tak przygotowane cząsteczki cukrów, białek i tłuszczów mogą teraz być wchłonięte.³⁷

Zaburzenia trawienia i wchłaniania stanowią relatywnie częsty problem wielu pacjentów. Mówi się o zespole złego (inaczej upośledzonego) wchłaniania. Może on wynikać z błędów dietetycznych, ale może być również spowodowany różnego rodzaju chorobami przewodu pokarmowego w tym m.in.: alergii pokarmowe, dolegliwości jelitowe, choroby pasożytnicze, celiakia i wiele innych. Zaburzenia trawienia i wchłaniania mogą prowadzić do poważnych następstw zarówno w przypadku dzieci, jak i osób dorosłych.

Do najczęściej występujących objawów złego wchłaniania zaliczamy:

- bóle brzucha,
- wzdęcia,
- „burczenie” w brzuchu,
- objawy przelewania się treści pokarmowej.

Czasami występują również:

- brak apetytu,
- nudności,
- wymioty,
- biegunka,
- tłuszczowe stolce,
- spadek masy ciała,
- osłabienie.

Przyczyn zaburzeń wchłaniania jest bardzo wiele. Ważna jest odpowiednia diagnoza, gdyż niektóre z przyczyn mogą prowadzić do ciężkich niedoborów lub innych powikłań. Zaburzenia wchłaniania mogą być krótkotrwałe lub przewlekłe. Niekiedy są one spowodowane czynnikami infekcyjnymi, takimi jak biegunka podróżnych, zakażenia pasożytnicze (np. tasiemcem), gruźlica jelit, wirus HIV. Inną przyczyną może być

³⁷ wylecz.to/pl

nieprawidłowa budowa błony śluzowej, jak w przypadku celiakii, kiedy to zaburzenia trawienia i wchłaniania wynikają z nietolerancji występującego w zbożach glutenu. Zaburzony może być również sam proces trawienia związany z niedoborami enzymów trawiących i niewydolnością trzustki, zaburzeniami pracy żołądka czy wątroby (zaburzenia wydzielania żółci lub jej składu, prowadzące do zaburzeń trawienia tłuszczów). Zaburzenia wchłaniania mogą być również związane z zaburzeniami anatomicznymi i strukturalnymi, zaburzeniami hormonalnymi (nadczynność i niedoczynność tarczycy, nadczynność i niedoczynność przytarczyc, cukrzyca, choroba Addisona itd.). Mogą też występować po niektórych operacjach w obrębie przewodu pokarmowego (np. po resekcjach żołądka czy jelita cienkiego).

U dzieci zaburzenia trawienia związane są z zaburzeniami wchłaniania, gdyż wchłanianie praktycznie nie funkcjonuje bez trawienia. Do chorób, przy których mogą wystąpić zaburzenia trawienia zaliczamy: infekcje wirusowe przewodu pokarmowego, nietolerancja laktozy, przerost flory bakteryjnej jelita cienkiego, alergię pokarmową, celiakia, choroby pasożytnicze, mukowiscydoza, zapalenie trzustki, nieswoiste zapalenie jelit.

Przyczyną nietolerancji cukru mlecznego - laktozy jest niedobór laktazy – enzymu trzustkowego, który umożliwia rozkład laktozy do łatwo przyswajalnych cukrów prostych - glukozy i galaktozy. Enzym ten zaczyna działać już w życiu płodowym, ale jego aktywność stopniowo spada wraz z wiekiem. Tymczasem laktoza jest dwucukrem obecnym w dużych ilościach w produktach mlecznych. Brak tego enzymu objawia się nietolerancją (niestrawnością) mleka krowiego. Niestrawiona laktoza ulega procesom gnilnym w jelicie grubym, co powoduje wzdęcia, bóle brzucha, biegunki, nudności i wymioty.³⁸

Alergia pokarmowa ujawnia się zwykle w pierwszych tygodniach życia dziecka. Pierwszym sygnałem jest wysypka, w szczególności na twarzy, w zgięciach łokci lub pod kolanami. Skóra staje się szorstka i swędzi. We wczesnej alergii występują również problemy z przewodem pokarmowym w postaci biegunek. Dziecko może cierpieć na uciążliwe ulewanie. Niektóre dzieci mogą wymiotować i mieć kolkę. U starszych niemowląt dochodzą objawy ze strony układu oddechowego w postaci kataru, zatkanego noska, co powoduje niepokój u dziecka, drażliwość i płacz, a w efekcie duszności i problemy z zasypianiem.

Przy dokonywaniu kwalifikacji do objęcia programem w zakresie badań w kierunku występowania alergii pokarmowych, poza czynnikami środowiskowymi oraz czynnikami społeczno-ekonomicznymi u dzieci uwzględniono występowanie następujących objawów po

³⁸ www.pfm.pl

spożyciu pokarmów: duszność, szybkie męczenie się, częsty katar lub kaszel lub łzawienie oczu, swędzenie skóry, wysypka lub zaczerwienienie skóry, kolki jelitowe, ranki w jamie ustnej, luźne, brzydko pachnące stolce, nudności, wymioty, bóle okolic brzucha, wzdęcia, nadpobudliwość, drażliwość, trudności z zasypianiem, brak apetytu, wstręt do jedzenia.

W przypadku alergii pokarmowych spożywanie przez dziecko produktów, na które jest uczulone, może powodować uszkodzenie błony śluzowej jelita cienkiego. Skutkuje to przewlekłymi biegunkami, a w efekcie pojawiają się cechy niedożywienia czy zahamowania wzrostania. Najczęstszymi alergenami, na które dzieci są uczulone, są białko mleka krowiego, białko jajek, orzeszki ziemne, ryby i owoce morza, czekolada, kakao, owoce cytrusowe, napoje aromatyzowane i grzyby.

Niedobory składników pokarmowych mogą doprowadzić nie tylko do utraty masy ciała i osłabienia, ale również do zaburzeń elektrolitowych, zapalenia wielonerwowego, uszkodzenia narządów wewnętrznych i wyniszczenia organizmu. U dzieci powinien zaniepokoić zbyt mały przyrost masy ciała oraz niedostateczny wzrost. W przebiegu zaburzeń wchłaniania zdarza się również niedokrwistość z niedoboru żelaza lub z niedoboru witaminy B12.

Osoby zakwalifikowane w ramach projektu „Równe szanse w zdrowiu – program profilaktyki i promocji zdrowia w Powiecie Świdwińskim” do badań w zakresie chorób układu trawienia – zaburzenia procesu wchłaniania i alergii kierowane były na badania laboratoryjne takie jak: morfologia, lipidogram, witamina B12, kwas foliowy, poziom glukozy, TSH, IgE (wiek 18-70 lat) lub na testy w zakresie alergii pokarmowych - 50 antygenów (wiek 0-18 lat). W zależności od rodzaju wykonanych badań i ich wyników następowała dalsza kwalifikacja na konsultacje internistyczne i ewentualnie konsultacje dietetyka (wiek 18-70) oraz konsultacje alergologiczne (wiek 0-18). Przy kwalifikacji do badań uwzględnione zostały czynniki ryzyka sprzyjające powstawaniu schorzeń układu pokarmowego, takich jak nadwaga i otyłość, występowanie cukrzycy, narażenie na czynniki zewnętrzne: przyjmowanie leków, palenie tytoniu, nadużywanie alkoholu, nieregularne odżywianie się, zła dieta, oraz narażenie na negatywnie oddziałujące czynniki środowiskowe oraz kryterium społeczno-ekonomiczne.

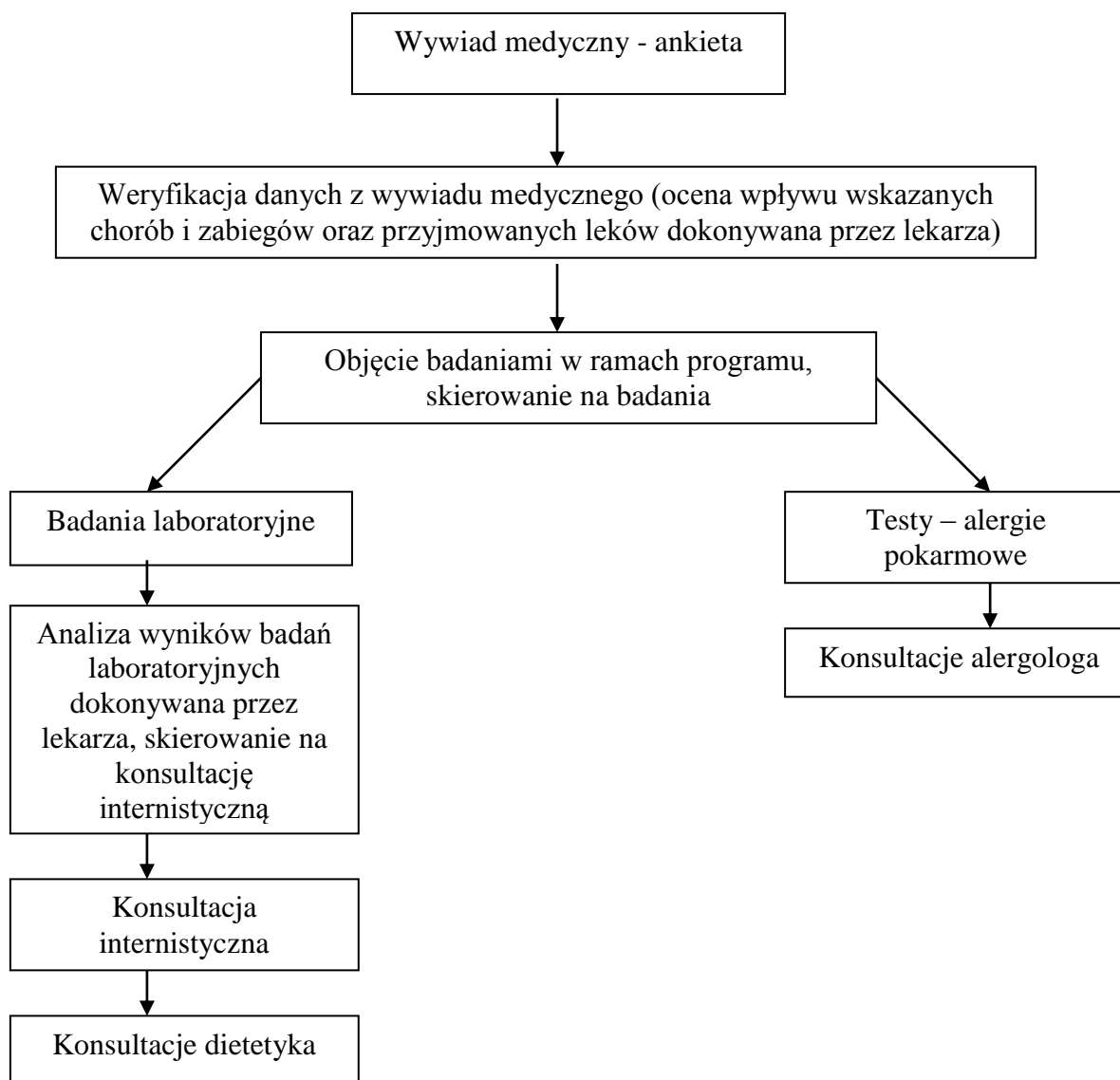
W trakcie konsultacji internistycznych pacjenci poddawani byli badaniu przedmiotowemu przez lekarzy internistów oraz informowani o ewentualnej kwalifikacji do dietetyka i/lub do innych badań diagnostycznych nie przewidzianych w tym zakresie, a koniecznych w celu dalszego leczenia.

Konsultacje dietetyka przewidziane zostały dla osób z nadwagą i otyłością, w celu poddania ich badaniom przedmiotowym (BMI, badanie poziomu tkanki tłuszczowej i mięśniowej) oraz

sporządzenia osobistego planu żywieniowego i schematu wizyt kontrolnych (maksymalnie 4 konsultacje dietetyka dla 1 osoby).

Konsultacje alergologa przeznaczone były dla osób w wieku 0-18 lat po uzyskaniu wyników przeprowadzonych testów w zakresie alergii pokarmowych.

Schemat 2.1. Schemat postępowania w zakresie chorób układu trawienia.



Źródło: Opracowanie własne na podstawie Załącznika nr 3, Program profilaktyki i promocji zdrowia, s. 21.

Elementy postępowania w stosunku do osób objętych projektem (po dokonaniu weryfikacji i zakwalifikowaniu na podstawie przeprowadzonego wywiadu medycznego w postaci ankiety):

- Badania laboratoryjne – kwalifikacja z wywiadu medycznego - ankiety;
- Konsultacje internistyczne – kwalifikacja z oceny wyników badań laboratoryjnych;

- Test – alergie pokarmowe (50 antygenów) – kwalifikacja z wywiadu medycznego - ankiety;
- Konsultacja lekarza alergologa – kwalifikacja po wykonaniu testów alergicznych;
- Konsultacja dietetyka – ustalenie diety; max 4 spotkania dla 1 osoby – kwalifikacja z konsultacji internistycznej.

2.4.2. Choroba wrzodowa żołądka i dwunastnicy

Choroba wrzodowa żołądka i/lub dwunastnicy, potocznie określana jako wrzody żołądka i/lub dwunastnicy, to cykliczne pojawianie się trawiennych wrzodów żołądka lub dwunastnicy. Wrzód trawienny to ograniczony ubytek błony śluzowej, któremu towarzyszy naciek zapalny i martwica. Chorobę tę nazywano kiedyś dyrektorską. Sądzono bowiem, że wrzody (żołądka i dwunastnicy) to wynik związanego z pracą szefa stresującego trybu życia i nieregularnego odżywiania się. Wkrótce jednak okazało się, że cierpią na nią także ludzie prowadzący spokojne życie. Uznano więc, że bezpośrednią przyczyną powstawania wrzodów jest tzw. nadkwasota, czyli nadmiar kwasów żołądkowych, a zwłaszcza kwasu solnego, który ma silne właściwości żrące.³⁹

Najczęstszą przyczyną wrzodów żołądka i wrzodów dwunastnicy jest zakażenie bakterią *Helicobacter pylori*, która dzięki swoim szczególnym właściwościom jest w stanie przetrwać w kwaśnych warunkach światła żołądka. *Helicobacter pylori* produkuje toksyny, uszkodzające komórki błony śluzowej i wywołujące jej zapalenie. Prowadzi to do zwiększonego wydzielania hormonu gastryny, co wpływa z kolei na większe wydzielanie kwasu solnego w żołądku, a w konsekwencji powoduje owrzodzenia żołądka i dwunastnicy. *Helicobacter pylori* stwierdzana jest u zdecydowanej większości pacjentów z wrzodami dwunastnicy i u 70% pacjentów z wrzodami żołądka. Do zakażenia dochodzi drogą pokarmową. Częstość infekcji *Helicobacter pylori* jest bardzo duża w populacji osób dorosłych (ponad 50%), jednak nie wszyscy zarażeni cierpią na wrzody żołądka lub wrzody dwunastnicy. Wrzody żołądka i wrzody dwunastnicy mogą powstawać także jako niepożądane działania przyjmowanych leków, głównie niesteroidowych leków przeciwzapalnych (NLPZ) – powszechnie stosowanych środków przeciwbólowych, np. aspiryny, diklofenaku, ibuprofenu, ketoprofenu, naproksenu i innych leków z tej grupy. Poza *Helicobacter pylori* i NLPZ w powstawaniu wrzodów żołądka i wrzodów dwunastnicy dużą rolę odgrywają czynniki genetyczne, a także palenie papierosów. Zwiększone ryzyko stwierdzono u osób z grupą krwi 0 oraz osób, które nie wydzielają antygenów grupowych

³⁹ www.medonet.pl

krwi do płynów ustrojowych. Inne czynniki, takie jak stres, alkohol, ostre przyprawy, picie kawy mogą sprzyjać rozwojowi wrzodów żołądka i wrzodów dwunastnicy, jednak nie są uważane za ich przyczyny. Również palaczy tytoniu charakteryzuje większa zapadalność na wrzody żołądka i wrzody dwunastnicy, częstsze nawroty i trudniejsze gojenie wrzodów. Składniki dymu tytoniowego i *Helicobacter pylori* współdziałają w wywoływaniu wrzodów żołądka i wrzodów dwunastnicy.⁴⁰

Wrzody żołądka i wrzody dwunastnicy są jedną z częstszych chorób przewodu pokarmowego. Występują one u około 5–10% populacji osób dorosłych. Wrzody żołądka lub wrzody dwunastnicy mogą występować rodzinie – u krewnych pierwszego stopnia ryzyko wzrasta nawet 3-krotnie.

Wielu chorych nie odczuwa żadnych dolegliwości. Do głównych objawów wrzodów żołądka i wrzodów dwunastnicy należą ból o piekącym charakterze (zgaga) i dyskomfort w nadbrzuszu występujące na czczo (tzw. bóle głodowe, często w nocy lub wczesnie rano) lub w 1–3 godziny po posiłkach, zwłaszcza ostro przyprawionych, kwaśnych – mogą pojawić się również wówczas wzdęcia, nudności i wymioty (przy wrzodach żołądka). Charakterystyczne dla wrzodów dwunastnicy jest ustępowanie lub zmniejszenie się dolegliwości po spożyciu niewielkiego posiłku lub wypiciu odrobiny mleka.

Ponadto do innych dolegliwości, wskazujących na możliwość wystąpienia lub istnienia już choroby wrzodowej żołądka lub dwunastnicy, zaliczamy:

- sezonowe (wiosna, jesień) nasilanie się zgagi i bólu nadbrzusza;
- niedokrwistość;
- refluks żołądkowy;
- choroby jamy ustnej i uzębienia (próchnica).

Choroby wrzodowe żołądka i dwunastnicy w najbliższej rodzinie są również sygnałem, by wykonać badania w kierunku wystąpienia tychże chorób.

Najważniejszym badaniem, koniecznym do rozpoznania choroby wrzodowej (wrzodów żołądka lub wrzodów dwunastnicy) jest badanie endoskopowe – gastroscopia. Pozwala ona na potwierdzenie choroby, wykrycie obecności *Helicobacter pylori* i pobranie wycinków do dalszego badania pod mikroskopem. Dla potwierdzenia zakażenia *Helicobacter pylori* pobrane wycinki poddaje się odpowiednim badaniom diagnostycznym. Skutecznymi metodami są: szybki test ureazowy, badanie histopatologiczne (badanie pod mikroskopem wycinka błony śluzowej żołądka) lub hodowla bakteryjna. Testy na obecność bakterii

⁴⁰ gastrologia.mp.pl

Helicobacter pylori należy wykonywać tylko u osób, u których przewiduje się usunięcie tych bakterii z przewodu pokarmowego, czyli głównie u chorych na wrzody żołądka lub wrzody dwunastnicy, chłoniaki żołądka typu MALT, u osób z chorobą wrzodową w wywiadach i u osób, u których rak żołądka występował w rodzinie.⁴¹

Główną metodą leczenia choroby wrzodowej u osób zakażonych jest usunięcie (eradykacja) zakażenia *Helicobacter pylori* przez zastosowanie antybiotyków i leków zmniejszających wydzielanie kwasu żołądkowego. Wskazania do eradykacji ustala lekarz.

Wrzody żołądka i wrzody dwunastnicy mogą prowadzić do poważnych, czasem nawet zagrażających życiu powikłań. Wrzód może spowodować potencjalnie zagrażający życiu krwotok lub przewlekłe krwawienie prowadzące do niedokrwistości z powodu niedoboru żelaza. Bliznowacenie okolicy połączenia żołądkowo-dwunastniczego może prowadzić do niedrożności mechanicznej, uniemożliwiając przesuwanie się treści pokarmowej do dalszych odcinków przewodu pokarmowego. Innym poważnym, choć bardzo rzadkim powikłaniem, jest perforacja (czyli przedziurawienie) ściany żołądka lub dwunastnicy przez wrzód, co jest pilnym wskazaniem do interwencji chirurgicznej.⁴²

Przy kwalifikacji do objęcia programem, dokonywanej na podstawie weryfikacji wywiadu medycznego połączonego z wywiadem środowiskowo, ekonomiczno-społecznym brano pod uwagę występowanie następujących objawów ze strony układu pokarmowego: zgaga, pieczenie w okolicach mostka, uczucie głodu w nocy, bóle nadbrzusza, nudności, wymioty, sezonowe (wiosna, jesień) nasilanie się dolegliwości, niedokrwistość, choroby jamy ustnej i uzębienia, refluks żołądkowy oraz występowanie choroby wrzodowej żołądka lub dwunastnicy w rodzinie.

Osoby zakwalifikowane w ramach projektu do badań w zakresie choroby wrzodowej żołądka i dwunastnicy w pierwszej kolejności poddane zostały badaniom laboratoryjnym (morfologia, lipidogram, c-peptyd, insulina) oraz testowi na *helicobacter pylorii*. Po dokonaniu oceny wyników badań laboratoryjnych pacjenci o niepokojących wynikach kierowani byli na konsultację internistyczną, z której z kolei – w przypadku wskazań medycznych – kwalifikowani byli na badania endoskopowe (gastroskopię diagnostyczną) wraz z konsultacją lekarską w zakresie ustalenia dalszego postępowania terapeutycznego.

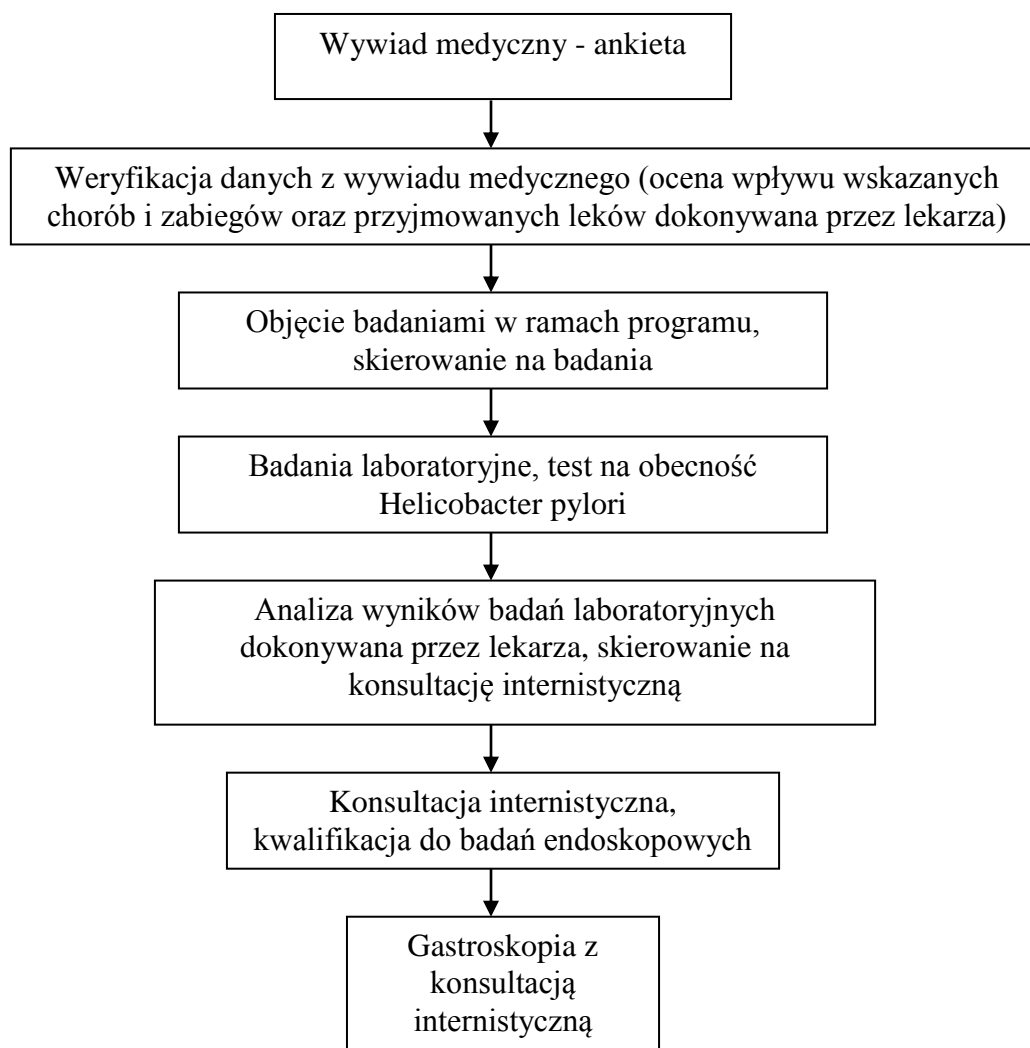
Warunkiem realizacji diagnostyki w postaci badań endoskopowych (określonym w założeniach projektu) osobom zakwalifikowanym na podstawie wyników badań

⁴¹ Ibidem

⁴² Ibidem

laboratoryjnych i badań lekarskich było zebranie minimum 70% z 17.000 szt. zaplanowanych do zebrania ankiet.

Schemat 2.2. Schemat postępowania w zakresie choroby wrzodowej żołądka i dwunastnicy.



Źródło: Opracowanie własne w oparciu o Załącznik nr 3, Program profilaktyki i promocji zdrowia, s. 23.

Elementy postępowania w stosunku do osób objętych projektem (po dokonaniu weryfikacji i zakwalifikowaniu na podstawie przeprowadzonego wywiadu medycznego w postaci ankiety):

- badania laboratoryjne + test na helicobacter pylorii – kwalifikacja z wywiadu medycznego - ankiety;
- konsultacje internistyczne – kwalifikacja z oceny wyników badań laboratoryjnych;
- gastroskopia z konsultacją lekarską – kwalifikacja z konsultacji internistycznej.

2.4.3. Badania w kierunku – schorzenia jelita grubego.

Leczeniem chorób jelit zajmuje się gastroenterolog. Najczęstsze dolegliwości występujące przy chorobach jelit to m.in.:

- ból brzucha;
- biegunka;
- zaparcia;
- zmienna częstość wypróżnienia;
- wzdęcia;
- niestrawności;
- krew w kale;
- nudności, wymioty;
- osłabienie organizmu;
- anemia.

W odniesieniu do wypróżnień mogą wystąpić:

- krwiste lub koloru czarnego stolce;
- bóle w okolicach odbytu, często po oddaniu stolca;
- częste oddawanie stolca w małych ilościach;
- „ołówkowate” stolce (stolec uformowany o wąskiej średnicy).

Schorzenia jelita grubego w najbliższej rodzinie są również sygnałem, by wykonać badania w kierunku wystąpienia tychże chorób.

Wśród chorób jelita grubego wyróżnić można m.in.:⁴³ hemoroidy, ropień odbytu, wrzodziejące zapalenie jelita grubego, choroba Leśniowskiego i Crohna, rak jelita grubego, uchyłki jelita grubego, zespół jelita drażliwego.

Guzki krwawnicze, potocznie hemoroidy, ma każdy z nas. Wyglądają jak poduszeczki wypełnione krwią i pełnią niezwykle ważną funkcję. Uszczelniają kanał odbytu, a wraz z mięśniami zwieraczami pozwalają panować nad oddawaniem stolca i gazów. Gdy pojawia się impuls nerwowy odczuwany jako parcie, guzki krwawnicze opróżniają się z krwi, umożliwiając wypróżnianie. Problem zaczyna się wtedy, gdy hemoroidy są rozciągnięte, wypełniają się krwią ponad miarę i nie opróżniają się z niej do końca. Na skutek zalegania krwi z czasem dochodzi do stanu zapalnego, który obejmuje zarówno guzki (poszerzone

⁴³ gastrologia.mp.pl

sploty żyłne), jak i tkanki odbytu. Mówimy wtedy o rozwoju choroby hemoroidalnej, czyli o żylakach odbytu.⁴⁴

Żylakom odbytu sprzyja siedzący tryb życia, brak aktywności fizycznej. Winna jest również zła dieta – niewystarczająca ilość błonnika i za mało płynów prowadzą do zaparc i zmuszają jelita do większej pracy. Wówczas w trakcie wypróżniania dochodzi do rozciągnięcia błony śluzowej okolic odbytu. Żylakom odbytu sprzyja ciąża i związane z nią zmiany hormonalne. Ponadto rosnący płód uciska niekiedy na układ żylny, utrudniając odpływ krwi, i upośledza czynność jelit. Czasem silne parcie podczas porodu prowadzi do powiększenia się guzków. Po porodzie hemoroidy mogą się same zmniejszyć i nie wymagają leczenia. Choroba częściej dotyka osoby otyłe, cierpiące na biegunki wywołane środkami przeczyszczającymi, z przewlekłą niewydolnością krążenia, po operacjach okolicy odbytu i krocza, uprawiające seks analny oraz kobiety, które urodziły kilkoro dzieci. Ze względu na mniejsze napięcie mięśniowe częściej też rozwija się u osób starszych. Ponadto mówi się o skłonności genetycznej do hemoroidów.

Jednym z pierwszych sygnałów choroby jest świąd w okolicy odbytu. Swędzeniu może towarzyszyć niewielkie uszkodzenie śluzówki i skóry (wynik drapania) oraz sączenie się wydzieliny sprzyjającej odczynom zapalnym i alergicznym. Powiększone guzki czasem sprawiają wrażenie niepełnego wypróżnienia, co skłania do silniejszego parcia. Zwiększając nacisk tłoczni brzusznej, utrudniamy odpływ żylny z okolicy odbytu, a to powoduje powiększenie się hemoroidów i koło się zamyka. Kolejnym objawem jest niewielkie krwawienie, najczęściej pojawiające się podczas wypróżniania.⁴⁵

Ropień odbytowo-odbytniczy (ropień odbytu) to zamknięta przestrzeń zawierająca ropę i bakterie zlokalizowana w tkankach miękkich w pobliżu odbytu i odbytnicy.

Ropień odbytu powstaje najczęściej w wyniku infekcji przez bakterią *E. coli* i bakterie beztlenowe lub przez gronkowce i paciorkowce.

Najczęstszy objaw ropnia odbytu to obrzęk okolicy odbytu i ból. Przyjęcie pozycji siedzącej, ruch, perystaltyka jelitowa, np. podczas wypróżnienia nasilają ból. Często występuje gorączka, osłabienie i złe samopoczucie. Podczas badania stwierdza się wówczas zaczerwienienie skóry okolicy okołodobytywowej, stwardnienie skóry i tkanki podskórnej oraz bolesność przy dotyku. Po przebicciu się ropnia na powierzchnię skóry wydobywa się cuchnąca treść. Przebiccie ropnia zwykle powoduje zmniejszenie bólu. Objawem przetoki

⁴⁴ www.poradnikzdrowie.pl

⁴⁵ Ibidem

okołodobytowej jest przewlekły wyciek treści ropnej brudzącej bieliznę, ból podczas defekacji oraz świąd okolicy odbytu.

Wrzodziejące zapalenie jelita grubego jest przewlekłym procesem zapalnym błony śluzowej odbytu lub jelita grubego, o nieustalonej dotychczas etiologii. We wrzodziejącym zapaleniu jelita grubego obserwuje się aktywację układu immunologicznego z naciekiem błony śluzowej przewodu pokarmowego przez liczne komórki odpowiedzi immunologicznej, ale antygen wyzwalający te zjawiska pozostaje nieznany. Czynnikiem wywołującymi nieprawidłową odpowiedź immunologiczną mogą być antygeny pokarmowe i zwykle niepatogenne drobnoustroje.⁴⁶

Główne objawy wskazujące na wrzodziejące zapalenie jelita grubego to: bóle brzucha, długotrwałe biegunki i/lub zaparcia, krew w stolcu, osłabienie, utrata wagi, aftowe zapalenie błony śluzowej jamy ustnej. Wśród objawów pozajelitowych wyróżnić można objawy oczne, stawowe (zapalenie stawów), skórne (piodermia zgorzelinowa, rumień guzowaty).

Choroba charakteryzuje się występowaniem zaostrzeń i okresów remisji o różnym okresie trwania. Najczęściej obejmuje końcową część jelita grubego – odbytnicę, esicę, okrężnicę zstępującą, zagięcie śledzionowe. Rzadziej zajmuje całe jelito grube, aż do zastawki krętniczno-kątniczej. Nigdy nie dotyka bezpośrednio jelita cienkiego. Jedynym objawem może być tzw. *backwash ileitis*, który występuje w momencie zajęcia jelita grubego na całej długości (*pancolitis*) wraz z zastawką krętniczno-kątniczą, która staje się niewydolna i przepuszcza mediatory procesu zapalnego w kierunku końcowych odcinków jelita krętego. W odróżnieniu od choroby Leśniowskiego-Crohna we wrzodziejącym zapaleniu jelita grubego istnieje znacznie mniejsza tendencja do powstawania przetok okołodobytnicznych, ropni i perforacji jelit. Występuje natomiast większe prawdopodobieństwo powstania raka jelita grubego. Skłania to do wykonywania regularnych kolonoskopii diagnostycznych u osób długotrwałe chorujących na wrzodziejące zapalenie jelita grubego. Ze względu na zajęcie przez chorobę dystalnej części odbytnicy dużą wartość diagnostyczną ma również wykonanie rektoskopii.⁴⁷

Choroba Leśniowskiego i Crohna należy do nieswoistych chorób zapalnych jelit. Może dotyczyć każdego odcinka przewodu pokarmowego – od jamy ustnej do odbytu. Zmiany w przełyku, żołądku i dwunastnicy występują w niewielkim odsetku przypadków, zmiany w okolicy odbytu w postaci szczelin, ropni i przetok – u około połowy chorych. Dokładna przyczyna choroby Leśniowskiego i Crohna nie jest znana. Wśród mechanizmów

⁴⁶ gastrologia.mp.pl

⁴⁷ pl.wikipedia.org

powstawania wymienia się 3 główne czynniki: osobniczą podatność (genetyczną), mikroflorę jelitową i odpowiedź immunologiczną błony śluzowej pacjenta. Choroba rozwija się, gdy u podatnych osób wystąpi upośledzenie mechanizmów odpowiedzi immunologicznej na drobnoustroje wewnętrzne.⁴⁸

Wśród objawów choroby wyróżnić można: nawracające biegunki, bóle brzucha, gorączka, niewyjaśnione i niezamierzone zmniejszenie masy ciała, krwawienie z przewodu pokarmowego, zmiany okołoodbytnicze (ropnie, szczeliny, przetoki).

Przy diagnozie choroby najważniejsza jest ocena endoskopowa obrazu jelita z pobraniem wycinków do badania histopatologicznego. Badania laboratoryjne, takie jak oznaczenie stężenia CRP i morfologia krwi, bywają pomocne w różnicowaniu chorób zapalnych z chorobami czynnościowymi. Spośród badań obrazowych użyteczna bywa tomografia komputerowa. W badaniu tym za rozpoznaniem choroby Leśniowskiego i Crohna przemawia pogrubienie ściany jelita ograniczone do prawostronnej części jelita grubego, włóknisty rozrost krezki oraz obecność ropni w jamie brzusznej.⁴⁹

Rak jelita grubego to drugi pod względem zachorowalności nowotwór złośliwy w Europie. Może umiejscowić się w każdej części tego jelita, najczęściej rozwija się w okrężnicy oraz odbytnicy. Rośnie wewnątrz jelita, tworząc polipowaty twór, lub rozrasta się na zewnątrz, w kierunku otaczających go tkanek. Drogą naczyń krwionośnych i chłonnych tworzy przerzuty głównie do wątroby, ale również do płuc, jajników, nadnerczy, mózgu i kości. Przyczyn raka jelita grubego jest kilka. Często jest to długoletnie wrzodziejące zapalenie okrężnicy. W większości przypadków nowotwór rozwija się z narastających miejscowo polipów, powstających na ścianie jelita w postaci niewielkich uwypukleń lub guzków. Przemiana gruczolaka w nowotwór trwa zwykle ok. 10 lat. Rozwojowi choroby sprzyja też ubogoresztkowa dieta, charakterystyczna dla rozwiniętych krajów kultury zachodniej – brak warzyw, duża ilość tłuszczów i czerwonego mięsa.

Rak jelita grubego może przez długi czas ukrywać się. Objawy pojawiają się dopiero, gdy choroba osiąga bardziej zaawansowaną fazę. Dolegliwościami, które powinny wzbudzić niepokój, są: obecność krwi w stolcu (pozytywny wynik testu na krew utajoną), krwawienie z odbytu, nagła i niedająca się wytłumaczyć zmiana rytmu wypróżnień (np. nagłe wystąpienie biegunek z równoczesnym odchodzeniem gazów), zaparcia spowodowane zwężeniem jelita (w przypadku zaawansowanego raka tkanka nowotworowa może nawet prowadzić do niedrożności jelita), zmiana kształtu stolca, anemia, osłabienie sprawności, chudnięcie,

⁴⁸ gastrologia.mp.pl

⁴⁹ Ibidem

zwiększona podatność na zmęczenie, gorączka, bóle w dolnej części brzucha, nudności, wymioty, trudności w przetykaniu.⁵⁰

Diagnostyką w przypadku raka jelita grubego jest: test na krew utajoną, badanie per rectum, kolonoskopia, wlew doodbytniczy, anoskopia.

Choroba uchyłkowa jelita grubego należy do najczęściej występujących chorób jelita grubego. Powstaje jako skutek stosowania diety ubogo resztkowej czyli spożywanie żywności wysoko przetworzonej. Uchyłkowatość to obecność uchyłków w jelicie grubym. Najczęściej są to uchyłki rzekome stanowiące uwypuklenie błony śluzowej i podśluzowej, ograniczone do lewej połowy jelita grubego (esicy i okrężnicy zstępującej). Zapalenie uchyłków to obecność zakażenia i procesu zapalnego w obrębie uchyłka oraz w jego sąsiedztwie. Choroba uchyłkowa oznacza natomiast całą gamę objawów związanych z uchyłkowatością: od nieznacznego bólu w lewym podbrzuszu, poprzez krwawienie do przewodu pokarmowego aż do powikłanego zapalenia uchyłków. Typowe objawy ostrego zapalenia uchyłków to ból zlokalizowany w podbrzuszu po lewej stronie z towarzyszącym podwyższeniem temperatury ciała oraz zwiększeniem liczby leukocytów. Do innych objawów można zaliczyć: nudności, wymioty, zaparcia, biegunki, częstomocz. Poważnymi powikłaniami zapalenia uchyłków są: rozlane ropne lub kałowe zapalenie otrzewnej, ropień, przetoka jelitowo-pęcherzowa lub jelitowo-pochwowa oraz zwężenie jelita. Jednym z częstszych powikłań choroby uchyłkowej jest krwawienie do dolnego odcinka przewodu pokarmowego.⁵¹

Zespół jelita drażliwego (IBS), znany wcześniej jako nerwica jelit, to jedna z najczęściej występujących chorób układu pokarmowego. Jelito drażliwe wywiera większy wpływ na jakość życia pacjentów niż migrena, astma, depresja i cukrzyca. Najczęstsze objawy zespołu jelita drażliwego to zaparcia, niekiedy na zmianę z biegunką, kurczowe, kłujące lub piekące bóle brzucha, uczucie ucisku w podbrzuszu, uczucie pełności, „przelewanie” i „przetaczanie” w brzuchu. Niekiedy przy zespole jelita drażliwego występuje stolec „owczy”, czasami domieszka szklatego śluzu (bez krwi). Często po wystąpieniu bólów oddawany jest stolec, a dolegliwości zmniejszają się po wypróżnieniu. U niektórych chorych występują objawy żołądka drażliwego, np. bóle w nadbrzuszu, uczucie pełności po posiłkach. IBS, czyli zespół jelita drażliwego, jest chorobą nawracającą, prowadzącą do niepełnosprawności. Charakteryzuje się dysfunkcją mięśni gładkich przewodu pokarmowego. Zespół jelita drażliwego nazywany jest często dolegliwością, a nie chorobą, gdyż nie stwierdza się żadnych zmian anatomicznych organizmu. objawy zespołu jelita drażliwego

⁵⁰ www.poradnikzdrowie.pl

⁵¹ www.pkk.org.pl

mogą być jednak bardzo uciążliwe. Rozpoznanie zespołu jelita drażliwego musi opierać się na stwierdzeniu występowania kluczowych objawów i wywiadzie. Nie można go rozpoznać na podstawie badań radiologicznych, endoskopowych czy laboratoryjnych.

Wyróżnia się dwie postacie dolegliwości zespołu jelita drażliwego: z przewagą biegunek oraz postać zaparciową. W postaci zaparciowej często występują zaparcia jako główny objaw (pojawiające się naprzemiennie z okresami prawidłowego oddawania stolca), z napadami bólów o charakterze kolki. Spożycie posiłku może nasilać objawy. Mogą występować wzdęcia, „przelewania” w jamie brzusznej, nudności, zgaga. Postać biegunkowa charakteryzuje się nagłą potrzebą oddania stolca, często natychmiast po wstaniu z łóżka lub po posiłku, z towarzyszącymi bólami i wzdęciami brzucha. Konwencjonalna terapia ukierunkowana jest głównie na łagodzenie poszczególnych objawów.⁵²

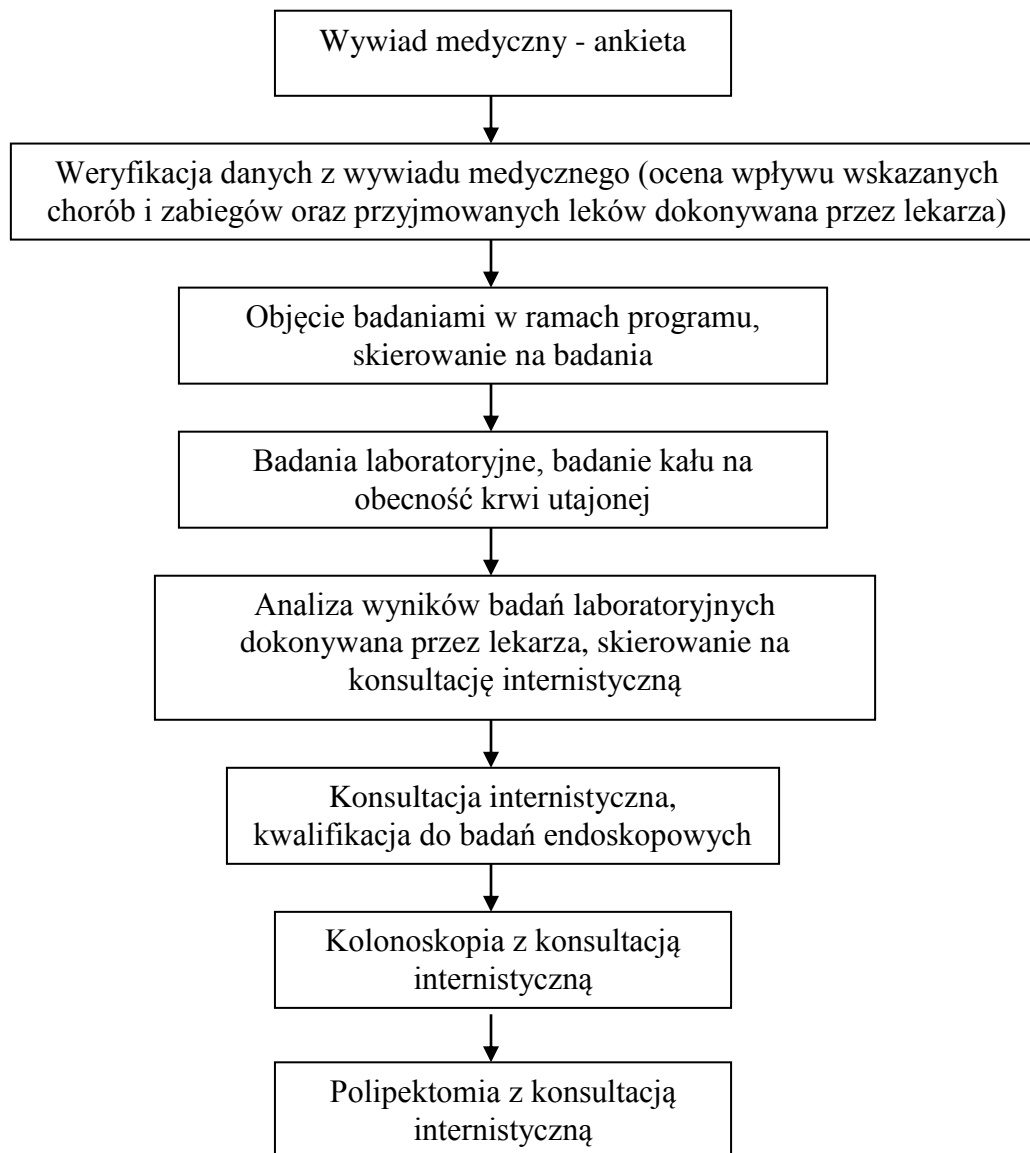
Przy kwalifikacji do objęcia projektem, dokonywanej na podstawie weryfikacji wywiadu medycznego połączonego z wywiadem środowiskowo, ekonomiczno-społecznym brano pod uwagę występowanie następujących objawów, głównie ze strony układu pokarmowego: krwiste lub koloru czarnego stolce, bóle dolnych okolic brzucha, bóle w okolicach odbytu, często po oddaniu stolca, niedokrwistość, częste oddawanie stolca w małych ilościach, uczucie osłabienia, „ołówkowate” stolce, zaparcia, uczucie wzdęcia oraz występowanie schorzeń jelita grubego w najbliższej rodzinie.

Osoby zakwalifikowane w ramach projektu „Równe szanse w zdrowiu – program profilaktyki i promocji zdrowia w Powiecie Świdwińskim” na podstawie ankiety do badań w kierunku schorzenia jelita grubego kierowane były na badania laboratoryjne (morfologia, lipidogram, c-peptyd, insulina) oraz na badanie kału w kierunku obecności krwi utajonej.

Po dokonaniu oceny wyników badań przez lekarza, pacjenci kierowani byli na konsultację internistyczną. W przypadku konieczności przeprowadzenia dalszej diagnostyki pacjenci kierowani byli na badanie endoskopowe (kolonoskopię) wraz z konsultacją lekarską. W uzasadnionych przypadkach przewidziana była kolonoskopia z polipektomią i badaniem histopatologicznym. Warunkiem realizacji diagnostyki w postaci badań endoskopowych - kolonoskopia (określonym w założeniach projektu) osobom zakwalifikowanym na podstawie wyników badań laboratoryjnych i badań lekarskich było zebranie minimum 70% z 17.000 szt. ankiet zaplanowanych do zebrania.

⁵² www.poradnikzdrowie.pl

Schemat 2.3. Schemat postępowania w zakresie chorób jelita grubego



Źródło: Opracowanie własne w oparciu o Załącznik nr 3, Program profilaktyki i promocji zdrowia, s. 24.

Elementy postępowania w stosunku do osób objętych programem (po dokonaniu weryfikacji i zakwalifikowaniu na podstawie przeprowadzonego wywiadu medycznego w postaci ankiety):

- badania laboratoryjne + badanie kału na obecność krwi utajonej – kwalifikacja z wywiadu medycznego - ankiety;
- konsultacje internistyczne – kwalifikacja z oceny wyników badań laboratoryjnych;
- kolonoskopia wraz z konsultacją lekarską – kwalifikacja z konsultacji internistycznej;
- polipektomia – kwalifikacja z kolonoskopii.

2.4.4. Badanie jamy brzusznej w zakresie schorzeń trzustki, wątroby i innych narządów jamy brzusznej.

Trzustka to narząd gruczołowy położony w górnej części jamy brzusznej, który przede wszystkim produkuje insulinę, dzięki której do komórek organizmu przenika glukoza – źródło energii potrzebnej im do życia. Wytwarza też enzymy trawiące tłuszcze, białka i cukry. Trzustkę niestety atakuje także wiele chorób, w tym nowotwory. Do najczęściej spotykanych chorób trzustki należą: zapalenie trzustki, nowotwory trzustki (w tym rak trzustki), kamica trzustki, torbiele trzustki, cukrzyca i mukowiscydoza.

Zapalenie trzustki objawia się bardzo silnymi bólami w nadbrzuszu promieniującymi do pleców. Ból w zapaleniu trzustki związany z zatkaniem ujścia przewodu trzustkowego przez kamień (przy kamicy żółciowej) pojawia się nagle. Jest stały, uporczywy, trwa nawet kilka dni. Zmniejsza się w pozycji siedzącej z pochyleniem do przodu, nasila przy kaszlu, zmianie pozycji ciała, głębokim oddychaniu. Pojawiają się nudności i wymioty, które są zwykle skutkiem znacznego odwodnienia i zaburzeń elektrolitowych.

Rak trzustki jest jednym z najbardziej niebezpiecznych nowotworów. Pacjenci, u których diagnozuje się raka trzustki, żyją średnio pół roku. Tylko 6 % chorych przeżywa 5 lat. Rak trzustki nie daje żadnych objawów i jest bardzo trudny do zdiagnozowania. W dodatku nowotwór słabo reaguje na leczenie. Pacjenci, u których zdiagnozowany zostaje rak trzustki, zgłaszają się najczęściej z takimi objawami, jak ból brzucha, nudności, utrata masy ciała, żółtaczka. Czynniki ryzyka raka trzustki to głównie: palenie tytoniu, otyłość, wysokie spożycie przetworzonego czerwonego mięsa, ale także niektóre choroby genetyczne, jak dziedziczne zapalenie trzustki, czerniak rodzinny, zespół dziedzicznego raka piersi i raka jajnika, czy zespół Peutza-Jeghersa.⁵³

Kamica trzustki to choroba, w przebiegu której dochodzi do tworzenia się kamieni w przewodzie trzustkowym, odpowiedzialnym za doprowadzenie enzymów trzustkowych do dwunastnicy. Nieleczona kamica przewodu trzustkowego może doprowadzić do dysfunkcji trzustki, a w konsekwencji nawet do cukrzycy. Do kamicy trzustki najczęściej dochodzi w przebiegu alkoholowego lub ostrego zapalenia trzustki. W pierwszym przypadku do stanu zapalnego trzustki przyczynia się alkohol. Może on być także przyczyną ostrego zapalenia trzustki, podobnie jak m.in. kamica żółciowa, hiperlipidemia i stosowanie niektórych leków. Kamica przewodu trzustkowego może rozwinąć się także przy nadczynności przytarczyc, gdy zwiększa się ilość wapnia i fosforanów we krwi. Ból podczas kamicy trzustki jest nagły i

⁵³ www.medonet.pl

silny, występuje w górnej części brzucha, może promieniować do lewej części ciała, nasila się po jedzeniu (zwłaszcza tłustym) i wypiciu oraz przy uciskaniu okolicy trzustki. Objawami towarzyszącymi mogą być żółtaczka, ślinotok, wymioty i gorączka.⁵⁴

Cukrzyca jest przewlekłą chorobą ogólnoustrojową, która charakteryzuje się hiperglikemią czyli podwyższonym stężeniem glukozy (cukru) we krwi. Przewlekłe podwyższenie poziomu glukozy we krwi powoduje uszkodzenia różnych narządów, szczególnie oczu, nerek, układu nerwowego, serca oraz naczyń krwionośnych. Ze względu na przyczynę i przebieg choroby wyróżnić można: cukrzycę typu 1, typu 2, cukrzycę ciężarnych i inne. Do najbardziej charakterystycznych objawów cukrzycy zaliczamy: poliuria (wielomocz), polidypsja (zwiększone pragnienie), polifagia (żarłoczność, wilczy głód).

Mukowiscydoza jest chorobą ogólnoustrojową, której nie zalicza się do schorzeń trzustki, ma jednak ogromny wpływ na jej stan. U chorych przewody trzustkowe czopuje lepka i gęsta wydzielina. W 85–90 proc. przypadków prowadzi to do niewydolności trzustki już w dzieciństwie, co objawia się częstym oddawaniem tłuszczowych cuchnących stolców, wzdęciami, w końcu upośledzeniem wagi i wzrostu (zespół złego wchłaniania jelitowego). Częstym powikłaniem tej choroby jest zapalenie trzustki.

Wątroba należy do układu pokarmowego i jest największym gruczołem w organizmie człowieka. Do głównych czynności wątroby należy: gospodarka węglowodanami, gospodarka tłuszczowa, gospodarka białkowa, gromadzenie zapasów witamin (A, D, B12 oraz żelaza), funkcje odtruwające, przemiana hemu, wytwarzanie żółci, funkcje immunologiczne (ma istotne własności odpornościowe).⁵⁵

Wśród chorób wątroby wyróżnić można m.in.: zapalenie wątroby, marskość wątroby, niewydolność wątroby.

Zapaleniem wątroby nazywa się uszkodzenie miększu wątroby, w którym stwierdza się obecność komórek charakterystycznych dla zapalenia. W zależności od przebiegu zapalenie może być ostre lub przewlekłe. Ostre wirusowe zapalenie wątroby to ostra martwica i zapalenie wątroby wywołane przez wirusy. Znanych jest sześć czynników wirusowych pierwotnie uszkadzających wątrobę: wirus zapalenia wątroby typu A (HAV), wirus zapalenia wątroby typu E (HEV), wirus zapalenia wątroby typu B (HBV), wirus zapalenia wątroby typu C (HCV), wirus zapalenia wątroby typu D (HDV), wirus zapalenia wątroby typu G (HGV). W Polsce spośród wirusów uszkadzających wątrobę najczęściej występują zakażenia HAV, HBV i HCV. HAV i HEV przenoszą się drogą pokarmową, dlatego nazywane są „chorobami

⁵⁴ www.poradnikzdrowie.pl

⁵⁵ gastrologia.mp.pl

brudnych rąk”. Zakażenie HAV następuje poprzez bliski kontakt z chorym lub (pośredni) z jego stolcem (także w niezauważalnych gołym okiem ilościach, np. w toalecie), przez spożywanie owoców morza (zwłaszcza skorupiaków i surowych ostryg), a także poprzez kontakty homoseksualne. HBV i HCV są przenoszone drogą płciową oraz na skutek skażenia nimi różnego rodzaju przyrządów medycznych i niemedyceńskich (np. podczas wykonywania tatuażu czy zabiegów kosmetycznych), którymi naruszana jest ciągłość skóry. Obecnie ryzyko zakażenia na skutek przetoczenia krwi lub jej pochodnych jest minimalne w związku z rygorystycznym, bardzo skutecznym systemem kontroli tych produktów. Potocznie wirusowe zapalenie wątroby często nazywane jest żółtaczką. Z punktu widzenia medycznego jest to jednak określenie mylne, dlatego, że żółtaczka nie jest chorobą, lecz objawem mającym bardzo liczne przyczyny. Poza tym zdecydowana większość wirusowych zapaleń wątroby przebiega bez żółtaczki. Bardzo często zakażeniu wirusami zapalenia wątroby nie towarzyszą żadne objawy, które odczuwałby pacjent. U licznych chorych są one bardzo słabo zaznaczone. Mogą polegać na ogólnym złym samopoczuciu, braku łaknienia, krótkotrwałych wymiotach i bieguncie (rzadko). Ponadto mogą pojawić się również, mniej lub bardziej nasilone, bóle stawów i mięśni oraz poboлевania pod prawym łukiem żebrowym. Krótkotrwałe wysypki na skórze zdarzają się rzadko. U dzieci z umiejscowieniem pozawątrobowym WZW B, może występować także zespół Gianotti-Crosti czy kłębuszkowe zapalenie nerek. U osób, u których rozwija się żółtaczka najpierw ulegają zażółceniu twardówki, po czym może dochodzić do mniej lub bardziej nasilonego zażółcenia skóry. W tym okresie bardzo szybko ustępują bóle stawów. W okresie żółtaczkowym mocz jest ciemny, a stolec przypomina barwą glinę. Po około tygodniu poprawia się łaknienie. W postaci wirusowego zapalenia wątroby z zastojem żółci (tzw. cholestaza) żółtacze towarzyszy na ogół uporczywy świąd skóry, nasilający się zwłaszcza w nocy. Powoduje to drapanie się z pozostawianiem śladów na skórze.⁵⁶

Marskość wątroby jest chorobą przewlekłą, rozwijającą się zazwyczaj jako stan zejściowy wielu przewlekłych chorób wątroby. Jej istotą są rozległe zmiany zwyrodnieniowe i ogniskowa martwica komórek wątrobowych oraz nadmierny rozrost tkanki łącznej na niekorzyść jej czynnego miększu. Rozwojowi marskości mogą sprzyjać niedobory żywieniowe oraz niektóre choroby przemiany materii. Początkowe objawy są mało charakterystyczne dla niedomagania wątroby. Obserwuje się postępującą utratę apetytu, ubytek masy ciała, nietolerancję pewnych pokarmów (smażonych, pieczonych, tłustych) i

⁵⁶ gastrologia.mp.pl

alkoholu, skłonność do zaparć naprzemiennych z biegunkami, niekiedy nudności, apatię, ociężałość, nasilającą się senność. Pojawia się oliwkowe, a następnie podżółtaczkowe zabarwienie skóry i twardówek oczu. Wskutek gromadzenia wolnego płynu w jamie brzusznej powiększa się obwód brzucha. Występują tzw. naczyńniaki pajęczakowate na skórze, rumień dłoni i dłoniowych stron opuszek palców. Pojawiają się niecharakterystyczne poboiewania w prawym podżebrzu i wzdęcia w jamie brzusznej, skłonność do krwawień z błon śluzowych (np. przy myciu zębów) oraz ciemniejsze zabarwienie moczu, itd. W schyłkowym okresie narasta jawna skaza krwotoczna jako wyraz upośledzenia wytwarzania przez wątrobę protrombiny, następuje śpiączka.⁵⁷

Niewydolność wątroby to stan, w którym wątroba jest częściowo lub całkowicie niezdolna do skutecznego funkcjonowania, tj. syntezy, metabolizmu, magazynowania, filtracji i wielu innych. Niewydolność wątroby dzieli się na przewlekłą i ostrą. Przewlekła niewydolność wątroby to trwała i postępująca dysfunkcja wątroby. Z kolei ostra niewydolność wątroby to potencjalnie odwracalna, nagła, trwała i postępująca dysfunkcja wątroby (bez wcześniej zdiagnozowanej choroby wątroby). Do przewlekłej niewydolności wątroby doprowadza wiele czynników, z których najczęściej wymienia się przewlekłe nadużywanie alkoholu, niewłaściwe odżywianie, przebycie wirusowych zapaleń wątroby (wirusem HBV, rzadziej typu HCV lub innymi wirusami powodującymi zapalenie wątroby), nowotwory wątroby. Z kolei do ostrej niewydolności wątroby dochodzi zwykle w wyniku zatrucia lekami (paracetamolem lub innymi lekami hepatotoksycznymi) lub toksynami (najczęściej toksyną muchomora sromotnikowego). Ostra niewydolność wątroby może być również następstwem WZW typu B, zakrzepicy żył wątrobowych i innych chorób wątroby (np. przewlekłego autoimmunologicznego zapalenia wątroby, choroby Wilsona) i ogólnoustrojowych (np. wstrząsu lub sepsy). Przewlekła niewydolność wątroby może przebiegać bezobjawowo. Początkowo występują osłabienie, a także dolegliwości ze strony układu pokarmowego, takie jak: brak łaknienia, zmniejszenie masy ciała, uczucie pełności po jedzeniu, zła tolerancja tłuszczów i alkoholu, bóle brzucha, zwłaszcza po prawej stronie, wzdęcia, nieprzyjemne odbijane po jedzeniu, nudności. Następnie pojawiają się żółtaczka, powiększenie wątroby, obrzęki wokół kostek nóg, żyłki przełyku lub odbytu. Wodobrzusze, czyli obecność płynu w jamie brzusznej, zwykle świadczy o dużym stopniu zaawansowania niewydolności wątroby. Objawy ostrej niewydolności są bardzo podobne do tych, które pojawiają się w zaawansowanym stadium przewlekłej postaci choroby – dodatkowo

⁵⁷ www.medonet.pl

pojawiają się zaburzenia świadomości, a kontakt z chorym jest niemożliwy. Objawy te pojawiają się od 4 do 26 tygodni od uszkodzenia wątroby. Ostatnim etapem niewydolności wątroby są głębokie zaburzenia metaboliczne (kwasica metaboliczna), śpiączka wątrobowa, a w konsekwencji śmierć.⁵⁸

Uogólniając, do najbardziej charakterystycznych dolegliwości, występujących podczas schorzeń trzustki i wątroby zaliczamy:

- bóle z prawej strony okolic żeber;
- ból brzucha po tłustych, ciężkostrawnych posiłkach;
- brak apetytu, spadek masy ciała;
- przewlekłe zmęczenie, senność, apatia;
- ciemne zabarwienie moczu;
- przebarwienia na dłoniach;
- ciemne plamy na skórze;

Ponadto wystąpić mogą również:

- niesmak w ustach pojawiający się szczególnie rano;
- biegunki z obecnością niestrawionego pokarmu;
- obrzęk stóp;
- zimna i wilgotna skóra ciała i rąk;
- pajączki skórne.

Schorzenia wątroby lub trzustki w najbliższej rodzinie są również sygnałem, by wykonać badania w kierunku wystąpienia tychże chorób.

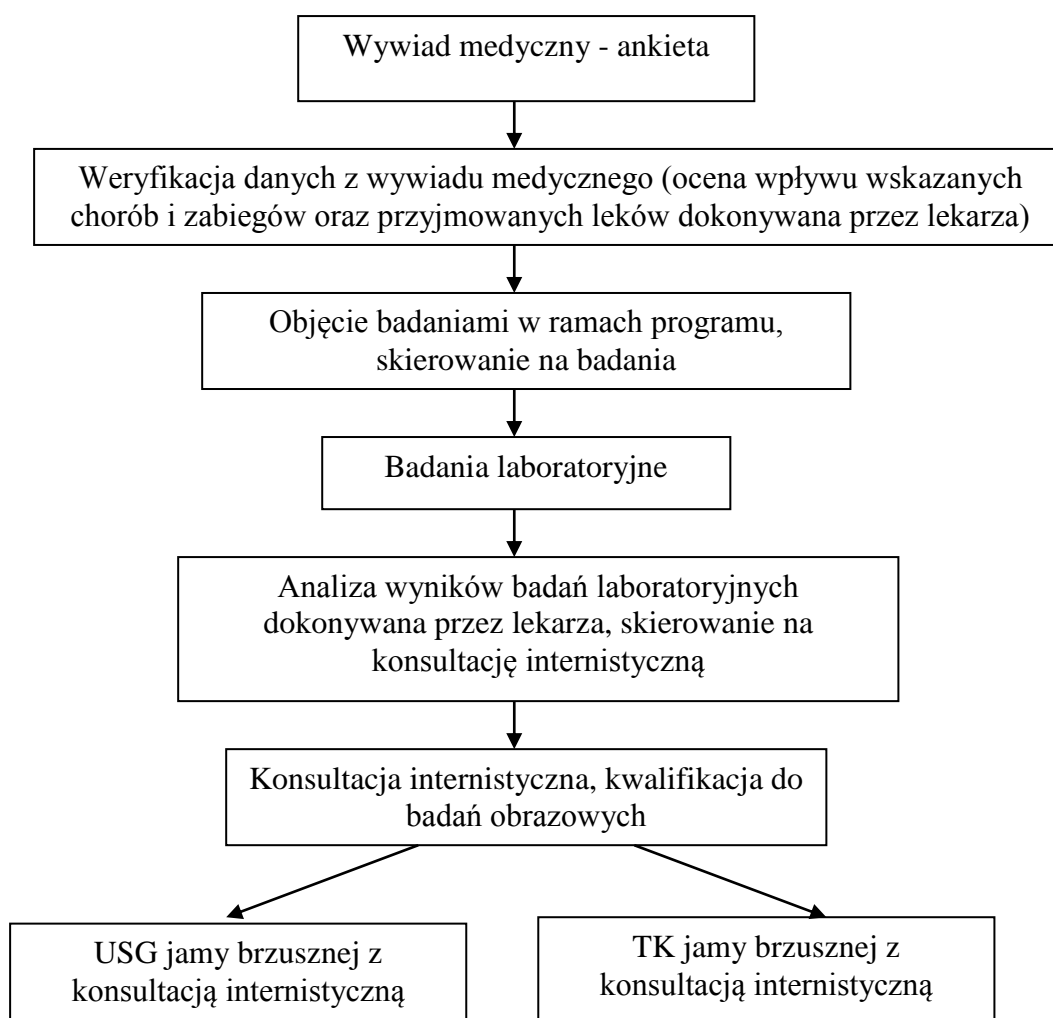
Przy kwalifikacji do objęcia projektem, dokonywanej na podstawie weryfikacji wywiadu medycznego połączonego z wywiadem środowiskowo, ekonomiczno-społecznym brano pod uwagę występowanie następujących objawów: bóle z prawej strony okolic żeber, obrzęki stóp, ciemne plamy na skórze, zimna i wilgotna skóra ciała i rąk, niesmak w ustach pojawiający się szczególnie rano, pajączki skórne, brak apetytu i spadek masy ciała, ciemne zabarwienie moczu, przewlekłe zmęczenie i senność, apatia, ból brzucha po tłustych, ciężkostrawnych posiłkach, przebarwienia na dłoniach, biegunki z obecnością niestrawionego pokarmu oraz występowanie schorzeń wątroby i trzustki w najbliższej rodzinie.

W przypadku kwalifikacji w kierunku schorzeń trzustki, wątroby i innych narządów jamy brzusznej (np. nowotworów trzustki, ocena w kierunku stłuszczenia wątroby i obecności innych zmian anatomicznych, kamice wątroby) w pierwszej kolejności wyselekcjonowana

⁵⁸ www.poradnikzdrowie.pl

grupa osób poddana została badaniom laboratoryjnym takim jak: morfologia, lipidogram, c-peptyd, insulina oraz próbom wątrobowym. Po dokonaniu analizy wyników przez lekarza osoby o niepokojących wynikach kierowane były na konsultacje internistyczne, a stamtąd w razie wskazań na dalszą diagnostykę w formie USG jamy brzusznej wraz z konsultacją lekarską i/lub tomografią komputerową jamy brzusznej. Warunkiem realizacji diagnostyki w postaci tomografii komputerowej (określonym w założeniach projektu) osobom zakwalifikowanym na podstawie wyników badań laboratoryjnych i badań lekarskich było zebranie minimum 70% z 17.000 szt. ankiet zaplanowanych do zebrania.

Schemat 2.4. Schemat postępowania w zakresie schorzeń trzustki, wątroby i innych narządów jamy brzusznej



Źródło: opracowanie własne w oparciu o Załącznik nr 3, Program profilaktyki i promocji zdrowia, s. 24

Elementy postępowania w stosunku do osób objętych projektem (po dokonaniu weryfikacji i zakwalifikowaniu na podstawie przeprowadzonego wywiadu medycznego w postaci ankiety):

- badania laboratoryjne + próby wątrobowe – kwalifikacja z wywiadu medycznego - ankiety;
- konsultacje internistyczne – kwalifikacja z oceny wyników badań laboratoryjnych;
- USG jamy brzusznej z konsultacją lekarską – kwalifikacja z badania internistycznego;
- tomografia komputerowa jamy brzusznej z konsultacją lekarską – kwalifikacja z badania internistycznego.

2.4.5. Badania w kierunku występowania pasożytów i lamblii.

Glisty, tasiemce, owsiki z pewnością są nieproszonymi gośćmi w naszym organizmie. Ludzie są żywicielami tego typu pasożytów. Bez nich nie miałyby szansy przetrwania. Obecność tego typu „nieproszonych gości” wiąże się z wieloma następstwami. Przede wszystkim pasożyty wykorzystują substancje odżywcze znajdujące się w naszym organizmie. Przez to nasz apetyt rośnie. Mogą nawet powodować różne uszkodzenia narządów mięsnych żywiciela, co wiąże się z zakażeniami bakteryjnymi. Dlatego też tak ważne jest odpowiednie rozpoznanie pasożyta oraz usunięcie go z organizmu. Niekiedy objawy zakażenia pasożytami mogą być znikome, w związku z tym trudno je rozpoznać. Należy pamiętać, że przestrzeganie podstawowych zasad higieny osobistej zmniejsza ryzyko zarażenia się pasożytami.

Objawy zakażenia glistą ludzką mogą być słabo widoczne. Do pierwszych objawów można zaliczyć: rozstrój jelit, bóle brzucha, pobudzenie nerwowe, napady lęku w nocy, czasami zawroty głowy. Niekiedy glisty są zauważalne w kale. Oczywiście, aby mieć pewność czy jesteśmy zarażeni glistą, czy też innym pasożytem, warto zrobić badania kału na obecność pasożytów.

Podobnie jak w przypadku glisty, objawy zakażenia tasiemcem mogą być słabo widoczne, dlatego też jeśli mamy jakiegokolwiek podejrzenia, warto udać się na badanie laboratoryjne. Osoby zakażone tasiemcem odczuwają dyskomfort w jamie brzusznej, mogą również występować biegunki oraz wzmożony apetyt przy braku tycia. Warto obserwować swój kał, gdyż można w nim zauważyć człony tasiemca.

Zakażenie owsikami następuje po spożyciu pokarmu zawierającego jaja owsika. Warto dodać, że owsiki wędrują w nocy w okolice odbytu i tam składają jaja. Wiąże się to z uczuciem swędzenia, świądu w tych okolicach. Drapanie powoduje, że jajeczka przenoszą się

na palce, a stamtąd łatwa droga do ponownego zakażenia. Oprócz świądu osoba zakażona może być pobudzona nerwowo oraz tracić apetyt. Owsiki giną, gdy używamy ciepłej wody i mydła.

Jednym z coraz częściej spotykanych poważnych problemów, objawiających się infekcjami jelitowymi, jest pasożyt zwany giardia lub lamblia intestinalis. Pasożyt ten przenoszony jest przez wodę na całym świecie i stał się przyczyną licznych chorób.

Lambliie to pasożyty, które przedostały się również do obiegu pokarmów. Coraz częściej można się nimi zarazić w przedszkolach i szkołach. Według nieoficjalnych danych 95% dzieci ma lamblie. Częstość zachorowań na tle pasożytniczym gwałtownie rośnie i jest już ogromnym problemem na skalę ogólnoswiatową.

Zasiedleniu w organizmie pasożytów tego rodzaju ułatwia m.in. uboga w błonnik dieta. Obecność błonnika (owoce, warzywa, strączkowe) przyspiesza tempo przesuwania zawartości jelit i zapobiega przyklepaniu się pasożyta do ścianek.

Zarówno lamblie jak i inne pasożyty żywią się toksynami i produktami ubocznymi organizmu. Niebezpieczeństwo związane z obecnością pasożytów jest bardzo duże, ponieważ ich odpady są dla nas nadzwyczaj trujące. Wiele pasożytów wytwarza substancje toksyczne, szkodliwe dla gospodarza. Inne pasożyty działają na tkanki gospodarza jak podrażniające ciało obce i wywołują przewlekłą reakcję zapalną. Niektóre robaki pozbawiają żywiciela znacznych ilości krwi, a jeszcze inne, zabierają mu pożywienie.

Lamblioza to choroba pasożytnicza, która powstaje w wyniku zakażenia jelita cienkiego i wątroby lambliami. Zarażenie człowieka tym intruzem nie zawsze daje kliniczne oznaki zachorowania. Objawy lambliozy są nietypowe, gdyż biegunka, bóle brzucha i gorączka mogą mieć wiele innych przyczyn. Jeżeli przyjęte leki nie dają rezultatów, chorego kieruje się z podejrzeniem lambliozy na badania laboratoryjne. Rozpoznaniem jest znalezienie cyst w kale, które jednak pojawiają się okresowo, dlatego, jeśli chcemy wykluczyć chorobę, konieczne jest wykonanie wielu badań.⁵⁹

Główną drogą przenoszenia cyst lamblii jest woda zakażona kałem chorych zwierząt i ludzi. Często do zakażenia lambliami dochodzi poprzez kontakt z chorym człowiekiem lub zwierzęciem.

Lamblia jako bardzo niebezpieczny pasożyt przyczynia się do:

- osłabienia bariery odpornościowej,
- złej przemiany materii,

⁵⁹ www.intruz.pl

- uczuleń na pokarmy,
- złego wchłaniania składników odżywczych,
- pogorszenia ogólnego stanu zdrowia,
- wyniszczenia wątroby, nawet u bardzo małych dzieci,
- licznych, bardzo poważnych problemów zdrowotnych.

Zespoły objawowe przewlekłej lambliozy zależą od umiejscowienia oraz wieku chorego. Lamblioza umiejscowiona w jelicie cienkim zarówno u dzieci jak i u dorosłych wywołuje objawy przypominające zatrucie pokarmowe: kolkowe bóle brzucha, nasilające się po jedzeniu, wodniste biegunki, brak apetytu, ogólne osłabienie.

Jeśli lamblie umiejscowią się w drogach żółciowych, u dzieci zauważymy pożółkłe białka oczu. U dorosłych natomiast charakterystycznym objawem będzie utrzymująca się przez długi czas gorączka dochodząca do 38° C oraz okresowe ataki bólu w prawym podżebrzu.

Lamblioza objawia się:⁶⁰

- zakażeniem jelit, wątroby lub jednoczesnym zarażeniem obu narządów
- rozwolnienia lub zaparcia (mogą występować naprzemiennie),
- u dzieci – cyklicznym, krótkookresowym podwyższeniem temperatury,
- burczeniem, przelewaniem w brzuchu
- bólami w dołku podsercowym,
- mdłościami,
- nieprzyjemnym smakiem w ustach i zgagą, odbijaniem się (niekiedy z zapachem zgniłych jaj),
- skurczami, wzdęciami,
- poczuciem ogólnego wyczerpania,
- zapaleniem pęcherzyka żółciowego i przewodów żółciowych,
- niekiedy wymiotami żółcią i płynami, ślinotokiem,
- żółtaczką,
- problemami ze strony układu sercowo – naczyniowego (podwyższona pobudliwość czynności serca),
- zaburzeniami systemu nerwowego (zmęczenie, rozdrażnienie, apatia, płaczliwość, bóle głowy i mięśni),
- zwolnieniem rozwoju u dzieci,

⁶⁰ Ibidem

- zaburzeniami przemiany materii,
- chudnięciem,
- drżeniem palców,
- zwiększoną potliwością,
- hipotonią (zmniejszeniem napięcia mięśni szkieletowych, spowodowane zmianami w tych mięśniach lub zaburzeniami ich unerwienia).

Uogólniając, objawy świadczące o występowaniu pasożytów i/lub lamblii w organizmie, to:

- problemy gastryczne (zaparcia, biegunki, gazy);
- ciągle poddenerwowanie;
- brak przybierania na wadze lub utrata wagi pomimo dobrego apetytu;
- bóle głowy;
- chroniczne zmęczenie.

Ponadto wśród objawów wymienić można również:

- zgrzytanie zębami;
- bóle stawów;
- bóle kręgosłupa;
- zmiany skórne (egzema, znamiona, pokrzywka).

Przy kwalifikacji do objęcia projektem, dokonywanej na podstawie weryfikacji wywiadu medycznego połączonego z wywiadem środowiskowo, ekonomiczno-społecznym brano pod uwagę występowanie następujących objawów: problemy gastryczne (biegunki, zaparcia, gazy), zgrzytanie zębami, bóle głowy, bóle stawów, bóle kręgosłupa, chroniczne zmęczenie, ciągle poddenerwowanie, zmiany skórne (egzema, znamiona, pokrzywka), brak przybierania na wadze, lub utrata wagi pomimo dobrego apetytu.

W przypadku kwalifikacji do badań w kierunku występowania pasożytów i lamblii wyselekcjonowana grupa osób poddana została badaniom laboratoryjnym takim jak badanie kału na obecność pasożytów i lamblii. Po analizie materiału, wyniki przekazywane były pacjentom, którzy uzyskiwali informację o możliwości leczenia w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego w przypadku rozpoznania choroby pasożytniczej.

2.4.6. Profilaktyka żółtaczki.

Zasady kwalifikacji, wskazań i przeciwwskazań do szczepień przeciwko wirusowemu zapaleniu wątroby typu B i typu A oraz szczepień szczepionką skojarzoną typu A+B zostały opracowane przez Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego w Warszawie w porozumieniu z Ministerstwem Zdrowia oraz określone przez producentów, poszczególnych typów szczepionek.

W ramach projektu „Równe szanse w zdrowiu – program profilaktyki i promocji zdrowia w Powiecie Świdwińskim” kwalifikacja wstępna do szczepień przeciwko WZW, odbywała się w oparciu o analizę ankiety przeprowadzonej w formie wywiadu medycznego na zasadach zatwierdzonych przez Beneficjenta projektu. Osoby zakwalifikowane, kierowane były na szczegółowe badania diagnostyczne w postaci badań laboratoryjnych. Na podstawie weryfikacji uzyskanych wyników laboratoryjnych, wszystkie osoby, u których lekarz (dokonujący ich weryfikacji) nie stwierdził przeciwwskazań do szczepienia, kierowani byli na szczepienie. Decyzję o skierowaniu na szczepienie podejmował lekarz w oparciu o niżej wymienione niżej wskazania i wytyczne. Bezpośrednio przed wykonaniem szczepienia pacjent badany był przez lekarza, w celu potwierdzenia braku przeciwwskazań do szczepienia. Szczepienia dokonywała pielęgniarka, posiadająca prawo wykonywania zawodu oraz kurs szczepień ochronnych.

Szczepionka przeciwko wirusowemu zapaleniu wątroby typu B wskazana jest dla uzyskania czynnej odporności przeciwko zakażeniu wszystkimi znanymi podtypami HBV u osób w każdym wieku, które narażone są na zakażenie HBV. Należy oczekiwać, że szczepienie chroni także przed wirusowym zapaleniem wątroby typu D, wywołanym przez HDV, ponieważ wirusowe zapalenie wątroby typu D występuje wyłącznie w czasie zakażenia HBV. Do zakażenia przy wirusowym zapaleniu wątroby typu B może dojść podczas:

- kontaktu z wydzielinami człowieka (ślina, śluz, sperma);
- kontaktu z zakażoną krwią;
- kontaktów seksualnych;
- kontaktu z zakażonymi, niejałowymi igłami i narzędziami chirurgicznymi;
- porodu dzieci przez zakażone wcześniej matki.

Osoby, którym szczególnie zaleca się szczepienia:

1. personel medyczny,
2. personel i pacjenci przewlekle chorzy, przebywający w zamkniętych zakładach opieki zdrowotnej,

3. osoby z przewlekłymi schorzeniami wątroby lub narażeni na wystąpienie przewlekłych schorzeń wątroby (np. nosiciele wirusa HCV, osoby nadużywające alkoholu),
4. pacjenci oczekujący na zabieg operacyjny,
5. osoby, których zachowania seksualne sprzyjają zakażeniu HBV,
6. narkomani przyjmujący dożylnie środki uzależniające,
7. osoby wyjeżdżające do miejsc o powszechnym występowaniu wirusowego zapalenia wątroby typu B,
8. noworodki matek, które są nosicielkami HBV,
9. osoby, pochodzące z miejsc o powszechnym występowaniu HBV,
10. członkowie rodzin mieszkających z osobami, należącymi do którejkolwiek z powyższych grup oraz z osobami, cierpiącymi na ostre lub przewlekłe wirusowe zapalenie wątroby typu B,
11. inni: pracownicy policji, straży pożarnej, sił zbrojnych, a także osoby, których charakter pracy lub sposób życia może sprzyjać zakażeniu HBV.

Zaszczepiony powinien być każdy w wieku od 0 do 19 lat. Według programu Szczepień Ochronnych szczepieniami obowiązkowymi objęte są wszystkie niemowlęta od urodzenia do ukończenia pierwszego roku życia (3 dawki) oraz osoby z grup ryzyka wcześniej niezaszczepieni: uczniowie i studenci uczelni medycznych, pracownicy służby zdrowia, osoby zakażone wirusem zapalenia wątroby typu C oraz narażone na zakażenie w wyniku kontaktu z osobą zakażoną. W normalnych warunkach powinno się stosować schemat 3-dawkowy szczepienia (0-1-6 miesięcy). U osób zdrowych szczepień przypominających nie przewiduje się (czas trwania odporności - na całe życie; najwcześniej po 5 latach można sprawdzić poziom przeciwciał – jeżeli jest wystarczający nie ma potrzeby szczepić się dawką przypominającą). Dzieciom z masą urodzeniową poniżej 2000 gram stosuje się schemat 4-dawkowy szczepienia (0-1-2-6 miesięcy). W wyjątkowych sytuacjach (przed planowanym zabiegiem chirurgicznym lub w przypadku nagłego wyjazdu do stref endemicznych) można stosować schemat przyśpieszony (0-7-21 dzień i dawka uzupełniająca po 12 miesiącach).

Szczepionkę przeciwko wirusowemu zapaleniu wątroby typu A stosuje się, w celu uzyskania czynnej odporności przeciwko wirusowemu zapaleniu wątroby typu A (WZW A) u ludzi narażonych na zakażenie wirusem HAV. Do zakażenia przy wirusowym zapaleniu wątroby typ A (wzw A) może dojść podczas:

- bezpośredniego kontaktu z osobą zakażoną;

- spożycia zakażonej żywności;
- spożycia zakażonej wody;
- umycia rąk w zakażonej wodzie.

Wirusowe zapalenie wątroby typu A określane jest również jako żółtaczka pokarmowa lub "choroba brudnych rąk". Choroba ustępuje samoistnie w ciągu 6 miesięcy.

Osoby, którym szczególnie zaleca się szczepienia:

1. podróżujący: osoby udające się w obszary o wysokiej częstości występowania WZW typu A: Afryka, Azja, Basen Morza Śródziemnego, Środkowy Wschód, Ameryka Środkowa i Południowa;
2. członkowie Sił Zbrojnych: z uwagi na zwiększone ryzyko zakażenia uodpornienie czynne wskazane jest u wojskowych udających się na tereny endemiczne lub o niskim poziomie higieny;
3. osoby będące w grupie zwiększonego ryzyka na zakażenie wirusem HAV ze względu na narażenie zawodowe: pracownicy ambulatoriów, pielęgniarki, personel medyczny i personel pomocniczy szpitali i innych placówek służby zdrowia, szczególnie oddziałów gastroenterologicznych i pediatrycznych, pracownicy zakładu oczyszczania miasta, osoby związane bezpośrednio z produkcją i dystrybucją żywności;
4. homoseksualiści;
5. osoby chore na hemofilię;
6. osoby narażone na częste zastrzyki;
7. osoby często zmieniające partnerów seksualnych;
8. osoby kontaktujące się z osobami zakażonymi (z uwagi na przedłużony okres zakaźności osób zakażonych zaleca się czynne uodpornianie osób mających z nimi kontakt);
9. osoby z przewlekłymi chorobami wątroby lub obciążone ryzykiem ich wystąpienia: np. przewlekli nosiciele wirusa HBV i HCV oraz nadużywający alkoholu (zapalenie wątroby typu A pogarsza następstwa przewlekłej choroby wątroby);
10. populacje o wysokiej częstości występowania WZW typu A (należą do nich m. in.: Indianie Amerykańscy, Eskimosi, mieszkańcy rejonów epidemicznego występowania WZW typu A

Jedynym skutecznym sposobem zapobiegania WZW A jest szczepienie ochronne. Po kompletnym cyklu szczepienia w ciele powstają przeciwciała, które mogą chronić przed żółtaczką typu A nawet przez całe życie. Wymagane są dwie dawki szczepionki podane w schemacie 0 - 6 miesięcy.

Szczepionkę skojarzoną przeciwko WZW typu A+B stosuje się do szczepienia osób narażonych na zarażenie wirusami zapalenia wątroby typu A i typu B jednocześnie.

Szczepionka przeznaczona jest u osób powyżej 15. roku życia według schematu: 0 - 1 - 6 miesięcy (drugą dawkę należy przyjąć po miesiącu od pierwszej, trzecią po sześciu miesiącach od pierwszej). Przyspieszony cykl szczepień: 0 - 7 - 21 dzień, 12 miesięcy. Czas trwania odporności obejmuje całe życie

Osoby kwalifikujące się do szczepień szczepionką skojarzoną stanowią niewielki odsetek osób zakwalifikowanych do szczepień przeciwko WZW typu A, stanowiącą z kolei znacznie mniejszą grupę niż osoby kwalifikujące się do szczepień przeciwko WZW typu B.

Przeciwwskazania do szczepień ochronnych WZW:

- Szczepienia nie powinny być wykonywane w ostrych stanach chorobowych oraz w przypadku zaostrzeniu przewlekłego procesu chorobowego;
- Szczepienia powinny być odroczone do momentu ustąpienia ostrych objawów chorobowych a niezwłocznie podjęte w okresie stabilizacji przewlekłego procesu chorobowego;
- Szczepionek żywych nie należy podawać w przypadku:
 - ciężkich wrodzonych i nabytych niedoborów odporności;
 - białaczki, chłoniaków;
 - uogólnionego procesu nowotworowego;
 - chemioterapii, radioterapii, wysokiej dawki sterydów;
 - przeszczepienia szpiku;
 - transplantacji narządów;
 - ciąży;
- Specyficznymi przeciwwskazaniami do podania danej szczepionki może być również:
 - nadwrażliwość na składniki szczepionki;
 - niepożądany odczyn poszczepienny po podaniu poprzedniej dawki tej samej szczepionki.

Przyjęte zasady kwalifikacji odnosiły się do założeń programowych, z wyłączeniem osób zaszczepionych i osób u, których wystąpiły przeciwwskazania do szczepień. Kwalifikacja odbywała się w oparciu o weryfikację zagrożeń środowiskowych oraz wskazań ekonomicznych. W związku z ciężkimi zagrożeniami zdrowotnymi, w przypadku zakażenia wirusem WZW typu B wskazane było, aby ze względów epidemiologicznych szczepieniami ochronnymi objęta była jak największa część nie zaszczepionej populacji.

2.4.7. Profilaktyka próchnicy i schorzeń jamy ustnej.

Jama ustna jest pierwszym odcinkiem przewodu pokarmowego i zarazem oddechowego. Na jamę ustną składają się przedsionek jamy ustnej i jama ustna właściwa, które oddzielone są od siebie łukami zębowymi żuchwy i szczęki. Ta część naszego organizmu również może być dotknięta wieloma dolegliwościami, w tym niektórymi poważnymi, jak nowotwory. Najczęściej występujące schorzenia jamy ustnej to: próchnica, grzybica jamy ustnej, rak języka i rak wargi.

Próchnica zębów jest bardzo powszechną chorobą jamy ustnej. Polega na demineralizacji zęba, prowadzącej do całkowitego rozpadu jego struktury. Przyczyną powstawania próchnicy są głównie bakterie zdolne do wytwarzania kwasów w wyniku metabolizowania cukrów pochodzenia zewnątrzustrojowego i wewnątrzustrojowego. Kwaśne środowisko powoduje demineralizację szkliwa, co z kolei pozbawia zęby naturalnej ochrony, a bakterie wnikają w głąb zęba. Bakterie te przyczyniają się również do powstania płytki nazębnej, co jest też powszechnym problemem stomatologicznym.

Głównymi czynnikami rozwoju próchnicy są:

- bakterie płytki nazębne,
- cukry obecne w jamie ustnej,
- podatność osobnicza,
- wady zgryzu,
- osad nazębny spowodowany złą higieną jamy ustnej.

Diagnostyka próchnicy opiera się na występowaniu charakterystycznych objawów i jest diagnozowana podczas konsultacji u lekarza stomatologa. W przypadkach wątpliwych (np. brak widocznych zmian na zewnątrz zębów) wskazane jest wykonanie badania rentgenowskiego.

Wśród objawów próchnicy wyróżnić można:⁶¹

- wrażliwość na ciepło, zimno oraz słodki i kwaśny smak;
- tkliwość przy szczotkowaniu i żuciu,
- ubytki w zębach,
- przykry zapach z ust, nieświeży oddech,
- ból zęba lub zębów,
- przebarwienia,
- pęknięcie i łamanie się koron zębów.

⁶¹ Ibidem

W przypadku próchnicy najważniejsze jest szybkie podjęcie leczenia i wypełnienie ubytków we wszystkich zębach. Nieleczona próchnica może doprowadzić do powikłań, skutkujących nie tylko utratą uzębienia, ale także powikłaniami infekcyjnymi, które mogą stać się ogniskiem pierwotnym dla wielu chorób ogólnoustrojowych.

Regularne i częste mycie zębów jest podstawową metodą zapobiegania próchnicy. Jeśli chcemy uniknąć próchnicy, należy stosować poniżej wymienione zasady:

- przestrzegaj zrównoważonej diety;
- unikaj słodkich i lepkich produktów;
- szczotkuj zęby i język co najmniej 2 razy dziennie, najlepiej robić to po każdym posiłku, nie zapominając również o czyszczeniu ich nicią dentystyczną oraz stosowaniu płynów do płukania jamy ustnej;
- do mycia zębów używaj pasty bogatej we fluor.

Należy pamiętać o kontrolnych wizytach u stomatologa – przynajmniej raz na pół roku. Warto również zabezpieczać zęby przed próchnicą – profesjonalne czyszczenie zębów, miejscowa fluoryzacja oraz lakowanie bruzd zębowych.

Drożdżycza jamy ustnej jest chorobą wywołaną przez grzyby z drożdżopodobnych. Dopóki nie wystąpią sprzyjające warunki rozwoju, drożdżycza nie wyrządza szkody.

Osoby w podeszłym wieku są także bardziej narażone na rozwój grzybicy jamy ustnej. Jest to spowodowane często współwystępowaniem kilku chorób, stosowaniem wielu leków oraz pogorszeniem ogólnego stanu zdrowia i towarzyszącym wyniszczeniem.

Istnieją także miejscowe, czyli lokalne czynniki sprzyjające rozwojowi grzybicy jamy ustnej:

- mikrourazy, powodowane np. przez źle dopasowaną protezę stomatologiczną,
- długotrwałe stany zapalne błony śluzowej,
- zespół Sjögrena z towarzyszącą suchością w jamie ustnej,
- brak higieny jamy ustnej,
- palenie tytoniu.

W zależności od klasyfikacji drożdżycy wyróżniamy następujące objawy tejże choroby:⁶²

- czerwone zabarwienie oraz zanik brodawek nitkowatych na grzbiecie języka;
- występowanie pleśniawek, które można łatwo usunąć, ale pozostawiają czerwone i krwawiące podłoże; dodatkowo pacjenci uskarżają się na suchość, pieczenie oraz zaburzenia smaku;

⁶² Ibidem

- występowanie białych płytek lub grudek; może wiązać się z nieprawidłowościami, dotyczącymi układu immunologicznego jak i endokrynnego, a także może występować w okolicy trójkąta zatrzonowego.

Diagnostyka grzybicy jamy ustnej opiera się na badaniu lekarskim oraz na wywiadzie chorobowym. W przypadkach wątpliwych wykonuje się badanie mikologiczne, które polega na oglądaniu pod mikroskopem zeszkobin lub wydzieliny z języka, ścian jamy ustnej lub posiewie tego materiału i hodowli.

W leczeniu grzybicy stosuje się przeciwgrzybiczne przez około 14-28 dni.

W przypadku grzybicy jamy ustnej rokowanie uzależnione jest od ogólnego stanu pacjenta. Zazwyczaj leczenie daje zamierzone efekty.

W profilaktyce, mającej na celu zapobieganie nawrotom, należy uwzględnić eliminację następujących czynników ryzyka:

- leczenie chorób podstawowych, leżących u podstaw pojawienia się drożdżycy jamy ustnej,
- eliminacja miejscowych czynników drażniących,
- dopasowanie protez stomatologicznych,
- suplementacja witamin (zwłaszcza z grupy B),
- dbanie o higienę jamy ustnej,
- dieta bogata w jogurty, kefiry, zapewniająca prawidłową mikroflorę bakteryjną.

Rak języka i wargi to rodzaje nowotworu, dotykające jamę ustną. Rak języka dotyczy wnętrza jamy ustnej i części ustnej gardła. Z kolei rak wargi w 90% dotyczy wargi dolnej i najczęściej występuje u mężczyzn w przedziale wiekowym 50-70 lat.

W obu przypadkach przyczynami nowotworów jest: palenie tytoniu, picie alkoholu oraz nieprawidłowa higiena jamy ustnej.

Ponadto w przypadku raka języka w grupie ryzyka są osoby, które dodatkowo zakażone są wirusem brodawczaka oraz mają niedobór w organizmie witaminy B i żelaza.

W przypadku raka wargi innymi przyczynami nowotworu mogą być:⁶³

- promieniowanie ultrafioletowe;
- przewlekłe drażnienie błon śluzowych, np. przez niedopasowane protezy;
- stany zapalne jamy ustnej;
- zakażenie wirusem HPV;

⁶³ Ibidem

- stany przednowotworowe (leukoplakia⁶⁴ i erytroplakia⁶⁵).

W zależności od umiejscowienia nowotwór języka może wywoływać m.in. takie objawy jak: czerwone lub białe plamy na języku, które nie znikają; przewlekły ból gardła; ból przy przełykaniu; cuchnięcie z ust; szczękoscisk; ograniczona ruchomość języka, utrudniona mowa, chrypka. Objawy te mogą oznaczać również o wiele mniej poważne schorzenia, dlatego ważna jest konsultacja lekarska, w tym ewentualna biopsja (badanie wycinka guza). Leczenie w przypadku zdiagnozowanego nowotworu języka polega na: usunięciu chirurgicznym zmian nowotworowych, radioterapii i chemioterapii – metody stosowane są pojedynczo lub równocześnie, w zależności od stopnia zaawansowania.

Wszystkie przewlekłe i niegojące się rany na ustach oraz owrzodzenia są uznawane za stan przedrakowy wargi dolnej, dlatego tak ważna diagnostyka w przypadku wszelkich budzących wątpliwości guzków, zmian na wardze, gdyż w porę wykryty rak wargi jest uleczalny. Rozpoznanie stawia się na podstawie badania biopsyjnego. Raka wargi dolnej leczy się promieniami radu lub izotopami radioaktywnymi. Natomiast rak wargi górnej albo jest poddawany radioterapii, albo wycinany wraz z zaatakowanymi węzłami chłonnymi.

Rokowanie w przypadku raka wargi jest lepsze niż w przypadku raka języka. Śmiertelność wśród pacjentów wynosi około 20%, z kolei w przypadku raka języka śmiertelność sięga 40-50%. Im wcześniej wykryty nowotwór, tym większa szansa na wyleczenie.⁶⁶

W ramach programu do stomatologicznych badań przesiewowych, kwalifikowane były dzieci i młodzież od 7 r.ż.. Przy kwalifikacji uwzględnione zostały występujące czynniki środowiskowe oraz społeczno-ekonomiczne. Do lakowania zębów stałych kwalifikacji dokonywał stomatolog podczas badania profilaktycznego.

⁶⁴ Leukoplakia to inaczej biała plama lub rogowacenie białe. Polega na rozroście nabłonka wielowarstwowego płaskiego. Około 10% przypadków ulega zezłośliwieniu.

⁶⁵ Erytroplakia to inaczej czerwona plama, która polega na zaniku błony śluzowej nabłonka wielowarstwowego płaskiego z cechami rozległej dysplazji. Około 40% przypadków ulega zezłośliwieniu.

⁶⁶ portal.abczdrowie.pl

3. Sytuacja zdrowotna w Powiecie Świdwińskim, w oparciu o analizę danych ankietowych

3.1. Ankieta – narzędzie pozyskania informacji o stanie zdrowia populacji Powiatu Świdwińskiego

ANKIETA (z fr. *enquête*, dosł. "zebranie świadectw w celu wyjaśnienia problemów wymagających rozstrzygnięcia") - technika używana w naukach społecznych posługująca się narzędziem zwanym kwestionariuszem ankiety. Jest specyficzną, pisemną formą wywiadu, należąca do badań skategoryzowanych, które są ściśle określone przez zespół reguł i zasad właściwych dla określonego badania. Ankiety służą do zebrania dużej liczby informacji o zjawiskach występujących w społeczeństwie przy wykorzystaniu z reguły małych nakładów sił i środków.⁶⁷

Pojęcie ankieta używane jest w socjologii na określenie narzędzia badawczego, które wypełnia sam badany lub ankieter – w imieniu badanego. W innym ujęciu ankietą określany jest kwestionariusz, czyli formularz z zestawem pytań, na które badany udziela odpowiedzi. Pytania w ankiecie są zamknięte lub otwarte.

Ze względu na dostęp do informacji o respondencie ankiety dzielą się na:

- jawne (imienne) – ankiety, które mogą wskazać na osobę respondenta ze względu na zawarte w nich pytania, np. pytania o wiek, miejsce zamieszkania, miejsce urodzenia, anonimowe (bezimienne) - nie są podpisywane, ponadto nie zawierają żadnych pytań, które mogłyby ujawnić osobę respondenta, gdyby na nie odpowiedział;
- anonimowe, cieszą się lepszym powodzeniem, ponieważ respondenci chętniej, częściej i rzetelniej odpowiadają na pytania; respondenci nie krępują się podczas odpowiadania na pytania drażliwe, np. dotyczące stanu zdrowia, spraw intymnych czy zarobków.

W założeniach projektowych jako narzędzie badawcze mające na celu pozyskanie informacji o stanie zdrowia populacji Powiatu Świdwińskiego, zaprojektowano ankietę w formie wywiadu medycznego, która miała jednocześnie umożliwić dokonanie selekcji, osób

⁶⁷ Sztumski J., *Wstęp do metod i technik badań społecznych*, Wydawnictwo Śląsk, Katowice 1995 (str. 130-133)

do objęcia profilaktyką zdrowotną. Założenia obejmowały wykonanie badań ankietowych na próbie 17.000 mieszkańców Powiatu Świdwińskiego i objęcie badaniami profilaktycznymi 5.800 osób o największych potrzebach zdrowotnych.

W programie zaprojektowano uzyskanie 100% zwrot 17.000 powielonych i rozdystrybuowanych ankiet.

Według wymagań przedstawionych z Załączniku nr 1 do SIWZ ankietę powinna zawierać następujące dane (minimum do spełnienia):⁶⁸

- dane pacjenta/ dane rodzica, opiekuna prawnego (imię, nazwisko, PESEL);
- dane teleadresowe;
- wiek pacjenta;
- płeć pacjenta;
- wykształcenie oraz sytuacja materialna;
- miejsce zamieszkania;
- główne dolegliwości zdrowotne – jaki mają charakter, od kiedy występują, czy wystąpiły nagle, jakie czynniki nasilają dolegliwości pacjenta, a jakie wpływają na ich złagodzenie, itp.;
- określenie czy pacjent jest uczulony na leki lub inne alergenów;
- wykaz leków, które przyjmuje pacjent w związku z występującymi dolegliwościami (wraz z ich dawkami) lub leki, które przyjmuje przewlekłe;
- przebyte choroby;
- wykonane zabiegi;
- ekspozycje na czynniki zewnętrzne;
- informacje dot. stanu zdrowia pacjenta objętego zakresem projektu;
- obciążenia genetyczne;
- styl życia;
- kryterium dochodowe;
- zgoda na przetwarzanie danych osobowych.

Wzory ankiet stosowanych w trakcie realizacji projektu stanowią załącznik nr 1 i nr 2 do niniejszego opracowania. Stosowane było dwa rodzaje ankiet, różne ze względu na kryterium wieku osób ankietowanych: 0-18 lat i 18-70 lat oraz zakres projektowanych działań profilaktycznych kierowanych do danej grupy wiekowej.

⁶⁸ Załącznik nr 1 do SIWZ, s. 2,3.

Przedmiotowe badania ankietowe zostały przeprowadzone w okresie czerwiec – grudzień 2015 r. W grupie wiekowej 0-18 lat zebrano i poddano analizie 3153 szt. ankiet, a w grupie wiekowej 18-70 lat zebrano i poddano analizie 6557 szt ankiet.

Przyjazny Szpital w Połczynie Zdroju Sp. z o.o. był realizatorem zadania: Wdrażanie programu promocji zdrowia skutkującego zmniejszeniem zachorowań na choroby układu trawiennego w Powiecie Świdwińskim w ramach projektu „Równe szanse w zdrowiu – program profilaktyki i promocji zdrowia w Powiecie Świdwińskim” na rzecz Beneficjenta - Starostwa Powiatowego w Świdwinie. Program był realizowany na podstawie zawartej umowy w okresie 15.05.2015r. do 23.12.2015 r. (z wyłączeniem szczepień przeciwko WZW – wydłużenie terminu realizacji do 15.04.2016 r.).

Pierwszym etapem warunkującym objęcie zakładanej liczby 5.800 osób badaniami profilaktycznymi wg określonych grup było przeprowadzenie kwalifikacji na podstawie ankiet w formie wywiadu medycznego, środowiskowego oraz społeczno-ekonomicznego.

Zastosowane w ramach realizacji projektu „Równe szanse w zdrowiu – program profilaktyki i promocji zdrowia w Powiecie Świdwińskim” badanie ankietowe miało na celu:

1. Zebranie danych na temat zachorowalności na choroby układu pokarmowego mieszkańców Powiatu Świdwińskiego wraz z określeniem stopnia nasilenia czynników negatywnie wpływających na zdrowie mieszkańców oraz opracowania pozyskanych danych w celu sporządzenia diagnozy problemowej w formie raportu epidemiologicznego.
2. Zebranie szczegółowego wywiadu medycznego wraz z wywiadem środowiskowym, ekonomicznym i społecznym w celu zakwalifikowania, na podstawie ściśle określonych kryteriów, poszczególnych osób do badań profilaktycznych mających na celu zmniejszenie zachorowalności na choroby układu pokarmowego.

Z uwagi na użyte narzędzie badawcze - ankietę imienną, uzyskane dane mające stanowić podstawę opracowania raportu merytorycznego:

- nie są badaniami reprezentacyjnymi, gdyż grupa reprezentatywna (zgodnie z metodologią badań statystycznych) powinna zostać wybrana w sposób losowy;
- są badaniami quasi-reprezentacyjnymi gdyż badana zbiorowość tylko pod pewnymi względami spełnia wymagania metody reprezentatywnej;
- nie są badaniami zbiorowości incydentalnych, gdyż nie pochodzą od przypadkowych respondentów;

- pomimo objęcia badaniem znacznej części populacji mieszkańców Powiatu Świdwińskiego, tj. około 20 % nie można jednoznacznie stwierdzić, że uzyskane wyniki poprzez użycie narzędzi statystycznych można przenieść na całość populacji;
- uzyskane dane z uwagi na metodologię przeprowadzonych badań są nieporównywalne z danymi pochodzącymi ze sprawozdawczości statystycznej (dane i opracowania GUS);
- w związku z brakiem opracowań przeprowadzonych wg. zastosowanej metodologii nie istnieją bazy danych mogących stanowić podstawę do sporządzenia odpowiednich porównań.

Podczas realizacji badań z zastosowaniem ankiety imiennej w postaci szczegółowego wywiadu medycznego, środowiskowego oraz społeczno-ekonomicznego zaobserwowano szereg charakterystycznych zachowań respondentów:

- gotowość do wypełnienia ankiety wyrażały znacznie częściej osoby odczuwające dolegliwości ze strony układu pokarmowego, oczekując na korzyści w postaci bezpłatnych badań i łatwego dostępu do diagnostyki; osoby te wyrażały jednocześnie większą gotowość do ujawnienia swoich wrażliwych danych,
- osoby nie odczuwające dolegliwości ze strony układu pokarmowego często odmawiały udziału w badaniu ankietowym, nie widząc wymiernych korzyści z ujawnienia swoich wrażliwych danych ankietowych,
- część osób uczestniczących w badaniu pomijała pytania uznane przez siebie za zbyt wrażliwe,
- część osób biorących udział w badaniu udzielała odpowiedzi minimalizujących zagrożenia wynikające z ich trybu życia, głównie tych spowodowanych spożyciem alkoholu,
- zdecydowana większość osób, do których bezpośrednio skierowano ankietę odmawiało jej wypełnienia z uwagi niechęć do ujawnienia swoich danych osobowych, stanu zdrowia, sytuacji społecznej, rodzinnej lub ekonomicznej,
- większą gotowość do udziału w badaniu przejawiały kobiety,
- niewielki odsetek respondentów wypełnił ankietę dwukrotnie, zmieniając jednocześnie swoje odpowiedzi na pytania ankietowe.

W celu uzyskania jak największej liczby ankiet dystrybucja i przeprowadzenie badań ankietowych odbywały się:

- w formie kontaktu bezpośredniego (pracownicy realizatora programu, pracownicy ośrodków pomocy społecznej i placówek oświatowych, pracownicy pojedynczych placówek poz),
- w formie ankiety pocztowej (doręczenie ankiet do wszystkich gospodarstw domowych w Powiecie Świdwińskim),
- w formie ankiety komercyjnej (ankieterzy firmy ankieterskiej),
- w formie ankiety rozdawanej (placówki służby zdrowia, w tym poz, imprezy promujące program, urzędy i instytucje samorządowe).

Z uwagi na konieczność złożenia podpisu na ankiecie nie zastosowano ankietowania telefonicznego, komputerowego, online, gazetowego.

W ramach realizacji projektu, w celu uzyskania 17.000 szt. ankiet - zakładanego poziomu zwrotu powielono i rozdystrybuowano 62 019 szt. ankiet, wyżej wymienionymi kanałami i metodami. Współczynnik zwrotu ankiet wyniósł: 15,7 % przy projektowanych założeniach zwrotu na poziomie 100%.

Uzyskano zwrot 9.710 szt. ankiet, w tym: 6.557 szt. w przedziale wiekowym 18-70 lat oraz 3.153 szt. w przedziale wiekowym 0-18 lat. Wszystkie zebrane ankiety zweryfikowano, a na podstawie dokonanej kwalifikacji w oparciu o kryteria projektu do badań profilaktycznych w poszczególnych zakresach zakwalifikowano łącznie 7.392 osoby.

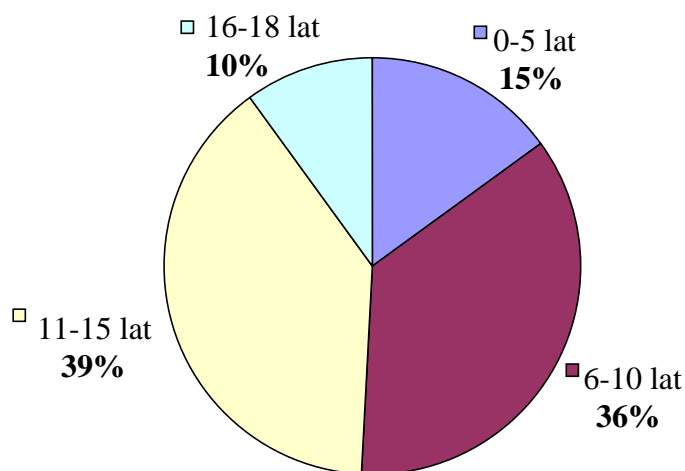
3.2. Analiza i interpretacja wyników z ankiet dla grupy docelowej 0-18 lat.

Na podstawie punktacji, wynikającej z wypełnionych ankiet w ramach projektu „Równe szanse w zdrowiu – program profilaktyki i promocji zdrowia w Powiecie Świdwińskim”, populacja w grupie wiekowej 0-18 lat kwalifikowana została do badań według następujących kryteriów:

1. status społeczno-ekonomiczny;
2. występowanie zagrożeń środowiskowych;
3. wskazania do badań przesiewowych i kwalifikacja w kierunku:
 - a) alergii pokarmowych;
 - b) próchnicy i schorzeń jamy ustnej;
 - c) występowania pasożytów i lamblii.

3.2.1. Podstawowe dane statystyczne w tym kryteria społeczno-ekonomiczne badanej grupy wiekowej 0-18 lat.

Wykres 3.1. Wiek dziecka



Źródło: Opracowanie własne w oparciu o dane ankietowe w ramach projektu „Równe szanse w zdrowiu – program profilaktyki i promocji zdrowia w Powiecie Świdwińskim” 2015 r.

Spośród wszystkich dzieci objętych badaniem ankietowym 39%, dla których wypełniona została ankieta, to osoby w wieku 11-15 lat, kolejna liczna 36% grupa to osoby w

wieku 6-10 lat. 15% ankietowanych to najmłodszy czyli grupa dzieci od narodzin do lat 5. Z kolei starsza młodzież (16-18 lat) to grupa najmniejsza, tj. 10% ogółu.

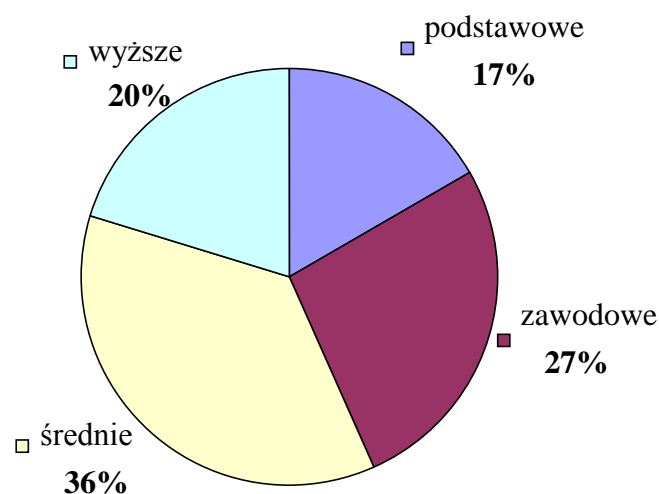
Dziewczynki stanowiły 53%, a chłopcy 47% objętych badaniem ankietowym.

Według miejsca zamieszkania 60% dzieci zamieszkuje na terenach wiejskich, a 40% w miastach (Świdwin, Połczyn-Zdrój). Według danych z dnia 30 czerwca 2015 r. Powiat Świdwiński zamieszkuje na terenach wiejskich 50,05% osób, a w miastach 49,95% osób.⁶⁹

W wyniku przeprowadzonej analizy ankiet uzyskano informacje na temat wykształcenia rodziców. Co piąta matka badanego dziecka ma wykształcenie wyższe, a w porównaniu z danymi ogólnopolskimi, odsetek matek z wyższym wykształceniem jest wyższy od średniej o 3%.⁷⁰ Wykształcenie średnie zadeklarowało 36% kobiet, 27% - zawodowe, a 17% podstawowe. Z powyższego wynika, iż największą grupę - 44% stanowią kobiety z niskim wykształceniem (zawodowym i podstawowym).

Dane statystyczne wykształcenia rodziców zostały przedstawione w formie graficznej na wykresach nr 3.2 i nr 3.3.

Wykres 3.2. Wykształcenie matki



Źródło: Opracowanie własne w oparciu o dane ankietowe w ramach projektu „Równe szanse w zdrowiu – program profilaktyki i promocji zdrowia w Powiecie Świdwińskim”. 2015 rok.

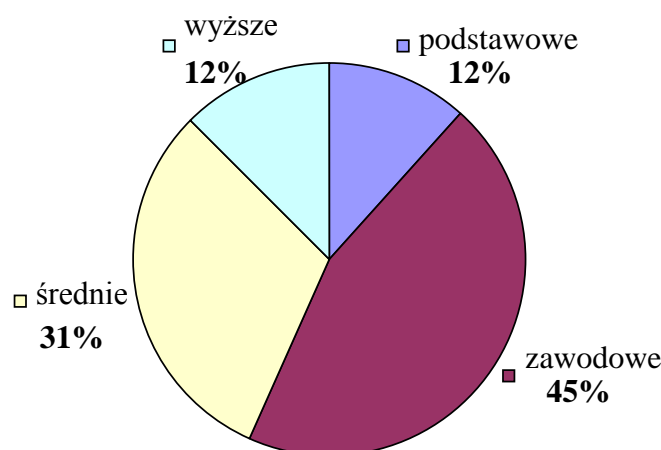
Wykształcenie ojców objętych badaniem dzieci jest zdecydowanie niższe niż wykształcenie matek, i tak: zaledwie 12% ojców ma wykształcenie wyższe, 31% - średnie, 45% zawodowe a 17% podstawowe (tak jak matki). Zdecydowaną większość (62%) ojców

⁶⁹ pl.wikipedia.org

⁷⁰ S. Czarnik, K. Turek, „Polski rynek pracy – aktywność zawodowa i struktura wykształcenia” na podstawie badań ludności zrealizowanych w 2014 roku w ramach V edycji projektu Bilans Kapitału Ludzkiego, Polska Agencja Rozwoju Przedsiębiorczości, Warszawa 2015 rok. (str. 53)

stanowią mężczyźni z niskim poziomem wykształcenia (zawodowym i podstawowym). Z powyższego wynika również, że w 40% rodzin wychowujących dzieci matki są wyżej wykształcone od ojców. Jedynie co dziesiąte badane dziecko ma obydwój rodziców z wyższym wykształceniem. Niski poziom wykształcenia jest bezpośrednim czynnikiem wpływającym na status społeczny gospodarstwa domowego.

Wykres 3.3. Wykształcenie ojca

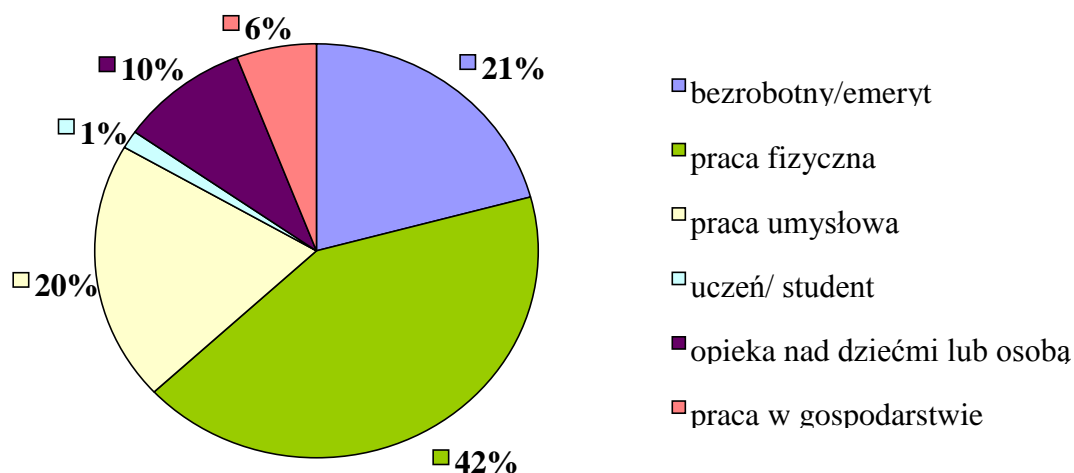


Źródło: Opracowanie własne w oparciu o dane ankietowe w ramach projektu „Równe szanse w zdrowiu – program profilaktyki i promocji zdrowia w Powiecie Świdwińskim”. 2015 rok.

Poziom wykształcenia rodziców wpływa bezpośrednio na rodzaj wykonywanej pracy. W zdecydowanej większości rodzin pracą zawodową wykonuje tylko jeden z rodziców. Zestawienie danych zaprezentowano na wykresie nr 3.4.

Z badań wynika, że blisko połowa rodziców (48%) wykonuje pracę fizyczną (w tym prowadzi gospodarstwo rolne). Zdecydowana większość (68%) rodziców/opiekunów prawnych deklaruje, iż utrzymuje się z pracy zawodowej i pracy w gospodarstwie rolnym (6% z pracy w gospodarstwie rolnym, 20% z pracy umysłowej i 42% z pracy fizycznej). Pozostałe, aż 32% rodziców/opiekunów prawnych nie pracuje, są to: bezrobotni, emeryci, renciści, osoby opiekujące się dziećmi lub osobą starszą, oraz uczniowie bądź studenci (zaledwie 1%).

Wykres 3.4. Praca zawodowa rodziców/ opiekunów prawnych dziecka



Źródło: Opracowanie własne w oparciu o dane ankietowe w ramach projektu „Równe szanse w zdrowiu – program profilaktyki i promocji zdrowia w Powiecie Świdwińskim”. 2015 rok.

„Niski poziom wykształcenia jest bardzo istotnym czynnikiem zwiększającym ryzyko popadnięcia w ubóstwo. W gospodarstwach domowych, w których osoba odniesienia posiadała wykształcenie co najwyżej gimnazjalne, wskaźnik zagrożenia ubóstwem skrajnym kształtował się na poziomie ok. 16%. Wykształcenie wyższe natomiast praktycznie całkowicie odsuwa zagrożenie ubóstwem skrajnym. W tej grupie gospodarstw domowych, życia poniżej minimum egzystencji doświadczyła mniej niż co setna osoba. Niezmiennie od lat, ponad 80% osób żyjących poniżej minimum egzystencji stanowili członkowie gospodarstw domowych, których połowa nie ukończyła szkoły średniej, podczas gdy w całej Polsce, w takich gospodarstwach żyła mniej więcej połowa osób.“⁷¹

W bezpośrednim związku z poziomem wykształcenia rodziców, wykonywanym zawodem, zdolnością do wykonywania przez nich pracy zarobkowej, czy możliwością uzyskania innych przychodów pochodzących ze świadczeń ZUS czy M/GOPS pozostaje status materialny rodzin, w których wychowują się dzieci z Powiatu Świdwińskiego. Z uwagi na dochody w gospodarstwie domowym w przeliczeniu na jednego członka rodziny, struktura dochodowa rodzin ankietowanych dzieci zaprezentowana została w dalszej części opracowania. Uzyskane dane nie mogą stanowić podstawy dla określenia wskaźników ubóstwa dla Powiatu Świdwińskiego z uwagi na metodologię przeprowadzanych badań

⁷¹ Bieñkuńska A., Drop J., *Ubóstwo w Polsce w Świetle badań GUS*, Główny Urząd Statystyczny, Warszawa 2013 r. (str. 9)

ankietowych. Głównym czynnikiem motywującym ankietowane osoby do zaniżania poziomu uzyskiwanych dochodów poprzez nie wliczanie dochodów pochodzących z nieewidencjonowanych źródeł była konieczność podania w ankiecie pełnych danych osobowych. Wyniki badań nie uwzględniają więc tzw. „szarej strefy” w odniesieniu do wysokości przychodów gospodarstw domowych. Uwzględniając odchylenia wynikające z metodologii przeprowadzonych badań populacja dzieci do lat 18 zagrożonych wykluczeniem społecznym, żyjących poniżej minimum socjalnego w Powiecie Świdwińskim jest i tak, znacznie większa od średniej ogólnokrajowej uzyskanej w oparciu o badania przeprowadzone przez Główny Urząd Statystyczny.

Dane uzyskane z przeprowadzonego badania ankietowego w ramach projektu „Równe szanse w zdrowiu”:

Rodziny wychowujące dzieci, żyjące poniżej minimum egzystencji, tzw. ubóstwo skrajne:

- 36,4 % - do 456 zł miesięcznie na członka rodziny,
- 4,9 % - do 542 zł miesięcznie na osobę samotną.

Rodziny wychowujące dzieci, żyjące na granicy zmodyfikowanego minimum socjalnego, tzw. ustawowa granica ubóstwa:

- 33,8 % - od 457 zł do 882 zł miesięcznie na członka rodziny,
- 3,8 % - od 543 zł do 1067 zł miesięcznie na osobę samotną.

Rodziny wychowujące dzieci, osiągające dochody wyższe od zmodyfikowanego minimum socjalnego:

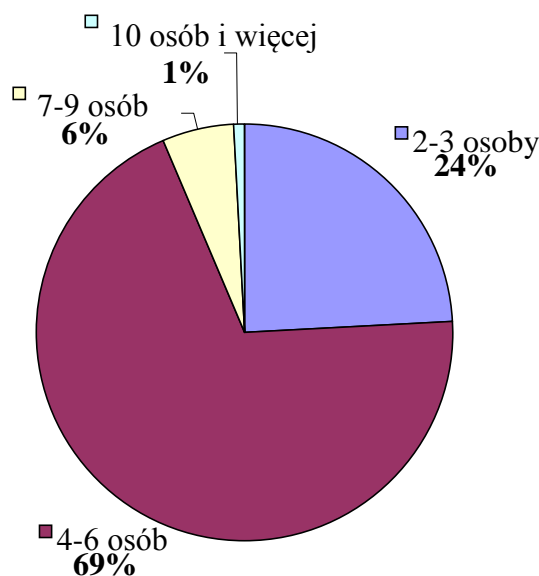
- 19,6 % - powyżej 883 zł miesięcznie na członka rodziny,
- 1,5 % - powyżej 1068 zł miesięcznie na osobę samotną.

Z powyższego wynika, iż 78,9 % rodzin, które sprawują opiekę nad badanymi dziećmi w wieku 0-18 lat deklaruje osiągnięcie dochodów poniżej granicy zmodyfikowanego minimum socjalnego, a ponad połowa tych rodzin podaje, iż nie osiąga poziomu minimum egzystencji, żyjąc w skrajnym ubóstwie. Należy w tym miejscu podkreślić, iż niski status materialny występuje pomimo aktywności zawodowej rodziców/opiekunów dziecka. Jedynie 21,1 % rodzin wychowujących dzieci do lat 18. potwierdza uzyskiwanie dochodu wyższego od minimum socjalnego.

W oparciu o dane statystyczne i opracowania GUS odsetek osób w gospodarstwach domowych o wydatkach poniżej granicy ubóstwa skrajnego (tzn. poniżej poziomu minimum

egzystencji) wynosił zarówno w 2011, jak i 2012 roku 6,8%. Natomiast odsetek osób żyjących na ustawowej granicy ubóstwa wynosił 7,4% w roku 2010, 6,6% w roku 2011, 7,2% w roku 2012. Z danych tych wynika ponadto, iż skrajnym ubóstwem zagrożeni są ludzie młodzi, w tym dzieci. Wskaźnik zagrożenia skrajnym ubóstwem wśród dzieci i młodzieży do lat 18 w Polsce w 2012 roku wyniósł ok. 10%. Osoby w tej grupie wiekowej stanowiły prawie jedną trzecią populacji kraju zagrożonej ubóstwem skrajnym. Odsetek osób żyjących na ustawowej granicy ubóstwa wynosił 7,4% w roku 2010, 6,6% w roku 2011, 7,2% w roku 2012.⁷²

Wykres 3.5. Liczba osób w gospodarstwie domowym.



Źródło: Opracowanie własne w oparciu o dane ankietowe w ramach projektu „Równe szanse w zdrowiu – program profilaktyki i promocji zdrowia w Powiecie Świdwińskim”. 2015 rok.

Co czwarta rodzina, w której wychowuje się dziecko reprezentuje model 2 rodziców +1 dziecko, lub dziecko (dwoje dzieci) pozostaje pod opieką jednego z rodziców/opiekunów. Zdecydowana większość, trzy czwarte ankietowanych dzieci mieszka w rodzinie wielodzietnej lub wielopokoleniowej, w tym aż 69% w rodzinie 4-6 osobowej, 6% w gospodarstwie liczącym 7-9 osób i 1% w gospodarstwach domowych z liczbą 10 i więcej osób. Wykres nr 3.5. przedstawia dane statystyczne na temat ilości osób w gospodarstwach domowych, w których wychowują się dzieci.

⁷² Bieńkuńska A., Drop J., *Ubóstwo w Polsce w Świetle badań GUS*, Główny Urząd Statystyczny, Warszawa 2013 r. (str. 6-9)

W oparciu o wcześniejsze dane na temat poziomu wykształcenia oraz źródeł dochodów rodziców/opiekunów dzieci wynika, iż na niski status ekonomiczny rodzin wychowujących dzieci wpływa to, iż zdecydowana większość rodziców/opiekunów opiekujących się nieletnimi dziećmi nie jest w stanie uzyskać przychodów zapewniających minimum socjalne dla członków wieloosobowej rodziny. Problem ten pogłębiony jest niskim poziomem wykształcenia rodziców/opiekunów, co z kolei ogranicza możliwości osiągnięcia dochodów na niezbędnym do prawidłowego funkcjonowania rodziny poziomie. W efekcie 8 z 10 dzieci, (w oparciu o dane ankietowe) w Powiecie Świdwińskim dorasta w rodzinach żyjących na granicy ustawowego minimum socjalnego.

Badaniom poddano objęcie dzieci opieką placówek oświatowych: żłobków, przedszkoli, szkół. Zdecydowana większość, tj. 91% dzieci objętych programem uczęszcza do wymienionych placówek. Pozostałe 9% ankietowanych nie korzysta z placówek edukacyjnych i opiekuńczych, pozostając pod opieką rodziny. Dotyczy to w zdecydowanej większości dzieci w wieku 0-3 lata.

Z kwalifikacji według kryterium społeczno-ekonomicznego wynika, iż:

1. trzy czwarte dzieci objętych badaniem mieściło się w przedziale wiekowym 6-15 lat;
2. 53% ankietowanych to dziewczynki, a 47% chłopcy;
3. biorąc pod uwagę wykształcenie rodziców dzieci objętych programem, największą 56% grupę matek stanowiły kobiety z wykształceniem wyższym lub średnim, przy czym mężczyźni z wykształceniem wyższym lub średnim stanowią 43%, największa grupa ojców – 45% posiada wykształcenie zawodowe;
4. w 40% rodzin wychowujących dzieci matki są wyżej wykształcenie od ojców;
5. trzy czwarte badanych dzieci wychowuje się w wieloosobowych gospodarstwach domowych (rodzinach wielodzietnych lub wielopokoleniowych);
6. 78,9% rodzin, które sprawują opiekę nad badanymi dziećmi podaje, iż żyje poniżej granicy ustawowego minimum socjalnego;
7. zdecydowana większość (68%) rodziców/opiekunów prawnych deklaruje, iż utrzymuje się z pracy zawodowej lub pracy w gospodarstwie rolnym;
8. 91% badanych dzieci uczęszcza do żłobka/ przedszkola/ szkoły.

3.2.2. Narażenie dzieci i młodzieży w wieku 0-18 lat na czynniki szkodliwe w miejscu zamieszkania.

W przeprowadzonych badaniach ankietowych co trzeci rodzic udzielający odpowiedzi na pytania ankietowe lub potwierdzający dane podawane przez dzieci przyznaje, iż dzieci są narażone na negatywne oddziaływanie dymu tytoniowego w domu. Uzyskane dane są porównywalne z danymi uzyskiwanymi na podstawie ogólnopolskich badań opartych o badania anonimowe. Z „Raportu ogólnopolskiego badania ankietowego na temat postaw wobec palenia tytoniu” TNS Polska dla Głównego Inspektoratu Sanitarnego opracowanego w 2013 roku wynika, że 25% badanych przyznaje, że w ich domu pali się tytoń, czego: 16% deklaruje, że „tak, w całym domu, bez ograniczeń”; 9% - „tak, ale jedynie w wyznaczonych zamkniętych pomieszczeniach”. Ponadto z danych ogólnopolskich wynika, że wśród osób palących zdecydowana większość (86%) przyznaje, że w ich domu pali się tytoń. Ponadto, aż 41% z nich deklaruje, że pali się w całym domu, bez ograniczeń. Natomiast 72% spośród osób niepalących deklaruje, że w ich domu obowiązuje całkowity zakaz palenia.

Na większy (o 4%) od ogólnopolskiego odsetek gospodarstw domowych w Powiecie Świdwińskim, w których występuje ryzyko narażenia dzieci na czynniki szkodliwe w postaci przebywania wśród osób palących i narażenia na bierne palenie tytoniu ma wpływ opisany w innych badaniach statystycznych: niski poziom wykształcenia rodziców, niski status społeczno-ekonomiczny, bezrobocie.

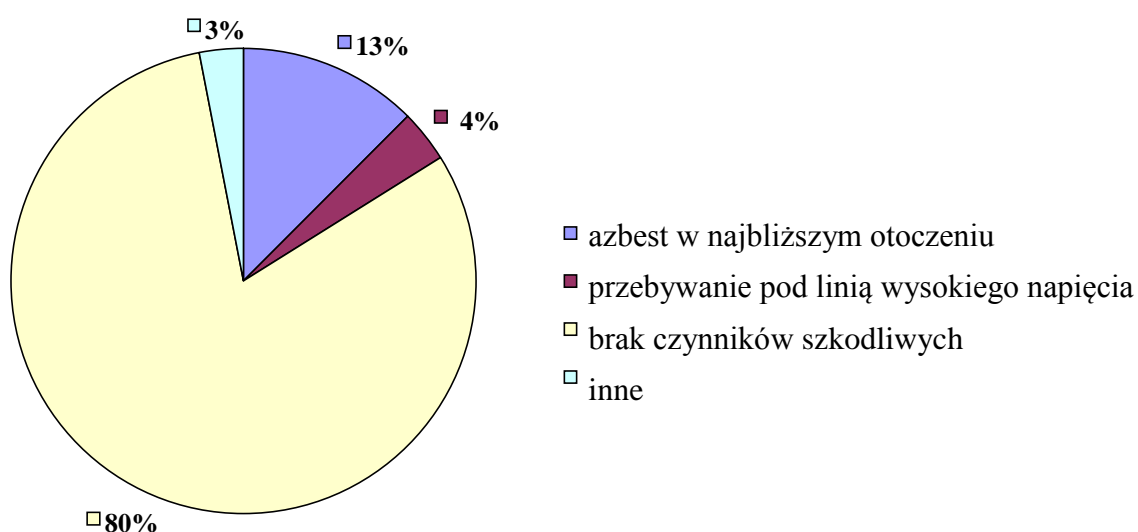
W przeprowadzonym badaniu ankietowym, wśród dzieci do lat 13 do palenia papierosów przyznał się jeden siedmiolatek, jeden dziesięcioletek i jeden trzynastolatek (sami chłopcy). W grupie wiekowej 14 lat palenie papierosów potwierdziło 1,3% badanych, w tym dwukrotnie więcej dziewcząt niż chłopców. W związku metodologią przeprowadzonych badań, zgodnie z którą rodzic potwierdzał podpisem zgodę na przeprowadzanie badania, mając dostęp do udzielanych przez dziecko odpowiedzi lub wypełniając ankietę za dziecko należy uznać, że uzyskane dane są niepełne.

W grupie wiekowej 15-18 lat potwierdziło palenie papierosów 7,25% badanej młodzieży. Zestawiając uzyskane wyniki można stwierdzić, iż z uwagi na sposób zbierania danych (ankieta imienna) do palenia papierosów przyznała się połowa palącej młodzieży. Większość palących to chłopcy – 57%, dziewczęta to 43% ogółu palących i są to wyniki porównywalne z

danymi zebranymi przez TNS Polska. Z danych wynika, iż odsetek osób palących w wieku 15-19 lat wynosi 14% wśród chłopców i 10% wśród dziewcząt.⁷³

Ocenie poddano również oddziaływanie innych negatywnych czynników, na szkodliwe oddziaływanie których narażone są dzieci i młodzież w wieku 0-18 lat z terenu Powiatu Świdwińskiego. Odpowiedzi na to pytanie udzieliło 90% respondentów. Z otrzymanych odpowiedzi wynika, że 20% objętych programem dzieci jest narażonych na czynniki szkodliwe. Zestawienie danych w formie graficznej przedstawia wykres nr 3.6.

Wykres 3.6. Narażenie dzieci w wieku 0-18 lat na czynniki szkodliwe w miejscu zamieszkania.



Źródło: Opracowanie własne w oparciu o wyniki badań ankietowych w ramach projektu „Równe szanse w zdrowiu – program profilaktyki i promocji zdrowia w Powiecie Świdwińskim” 2015 r.

Spośród dzieci i młodzieży narażonej na oddziaływanie negatywnych w miejscu zamieszkania, zdecydowana większość, 66% narażona jest na „azbest w najbliższym otoczeniu”, 19% na „przebywanie pod linią wysokiego napięcia”, a pozostałe 15% na inne szkodliwe czynniki. Znikomy odsetek respondentów podaje oddziaływanie dwóch negatywnych czynników jednocześnie.

Niecałe 6% objętych badaniem dzieci i młodzieży w miejscu zamieszkania nie ma dostępu do źródła wody z ujęcia miejskiego/gminnego, korzystając z własnego ujęcia wody.

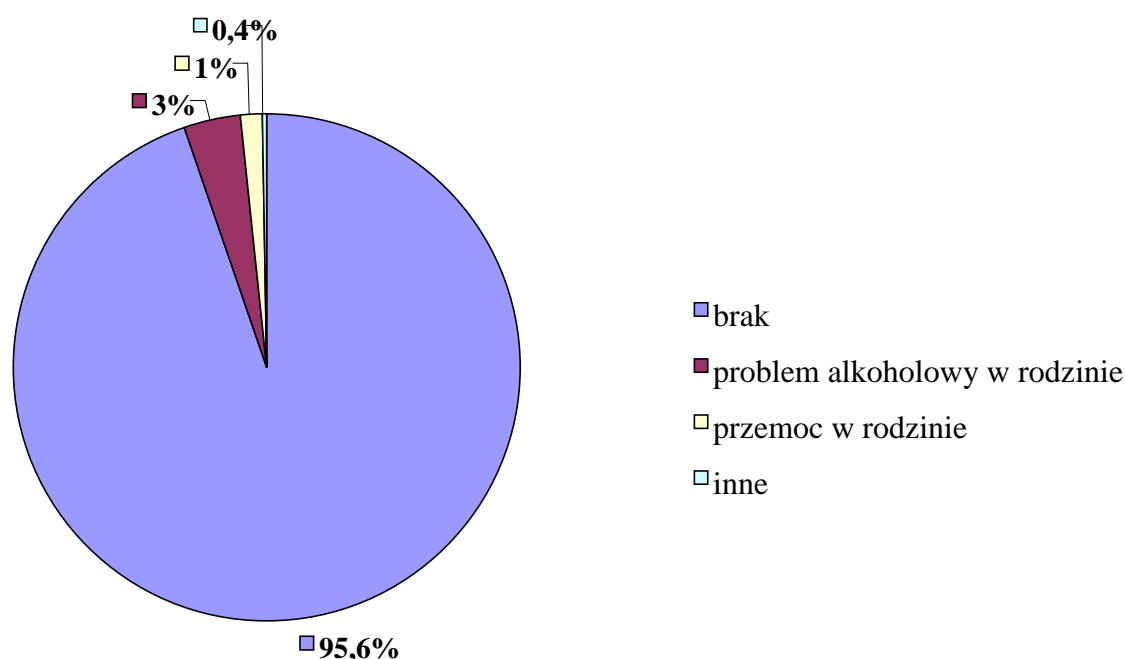
⁷³ TNS dla Głównego Inspektora Sanitarnego, *Raport z ogólnopolskiego badania ankietowego na temat postaw wobec palenia tytoniu*, Warszawa 2013 r. (str. 8)

3.2.3. Narażenie dzieci i młodzieży w wieku 0-18 lat na negatywne czynniki środowiskowe w miejscu zamieszkania.

Analizując wyniki badań w zakresie występowania zagrożeń środowiskowych do których zaliczono: występowanie problemu alkoholowego w rodzinie, przemoc rodzinnej i inne czynniki należy podkreślić, że odpowiedzi respondentów w znaczący sposób odbiegają od wszelkich ogólnopolskich badań w tym zakresie. Odpowiedzi te nie mogą posłużyć do oceny stanu zagrożeń społecznych i postawienia diagnozy problemowej. Z uwagi na fakt, iż są to dane szczególnie wrażliwe, często ukrywane nawet przed najbliższym otoczeniem forma ankiety imiennej nie pozwala na uzyskanie pełnych i wiarygodnych informacji.

Dane uzyskane w ramach badań ankietowych grupy wiekowej 0-18 lat w Powiecie Świdwińskim przedstawiono na wykresie nr 3.7. Jedynie 3% badanych przyznaje, iż w rodzinie występuje problem alkoholowy, a jedynie - 1%, że występuje przemoc w rodzinie. Inne negatywne warunki zgłasza znikomy procent osób 0,4%.

Wykres 3.7. Występowanie zagrożeń społecznych w rodzinach wychowujących dzieci w wieku 0-18 lat



Źródło: Opracowanie własne w oparciu o wyniki badań ankietowych w ramach projektu „Równe szanse w zdrowiu – program profilaktyki i promocji zdrowia w Powiecie Świdwińskim” 2015 r.

W oparciu o dane publikowane przez Państwową Agencję Rozwiązywania Problemów Alkoholowych w Warszawie wynika, że 5% dorosłych mężczyzn i 1 % dorosłych kobiet uzależnia się od alkoholu. „Uzależnienie jest zaburzeniem biopsychospołecznym. Przyczynia się do rozwoju szeregu poważnych chorób. Są to m.in. stłuszczenie, zapalenie wątroby, marskość wątroby, alkoholowe zespoły psychoorganiczne, zapalenie trzustki, przewlekłe psychozy alkoholowe, zespół Wernickego-Korsakowa, napady drgawkowe abstynencyjne czy polineuropatia obwodowa. Uzależnienie powoduje dezorganizację życia społecznego osób nim dotkniętych i ich rodzin. Istnieje wysoka zależność między uzależnieniem od alkoholu a bezrobociem, niższym statusem socjoekonomicznym, wypadkami i przemocą interpersonalną.“⁷⁴

Blisko 14% Polaków i 4% Polek pije alkohol w sposób zwiększający prawdopodobieństwo wystąpienia szkód zdrowotnych, psychologicznych i społecznych. „⁷⁵ Badania przeprowadzone w 2002 roku (CBOS) pokazują, że w niemal co piątej polskiej rodzinie (18%) dochodzi do konfliktów z powodu nadużywania alkoholu. Z kolei w 2005 roku 8%, a 2008 roku – 5% respondentów akcentowało, że nadużywanie alkoholu przez domowników jest przyczyną konfliktów i nieporozumień w rodzinie. Częste konflikty w rodzinie relatywnie często wiążą się z nadużywaniem alkoholu. 12% Polaków przyznaje, że „alkoholizm i pijaństwo” powodują, że „kilka razy w miesiącu i częściej” w rodzinie dochodzi do konfliktów (CBOS 2009 rok), a co dziewiąta osoba (11%) wielokrotnie doświadczała przemocy (TNS OBOP 2007 rok na zlecenie Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej).

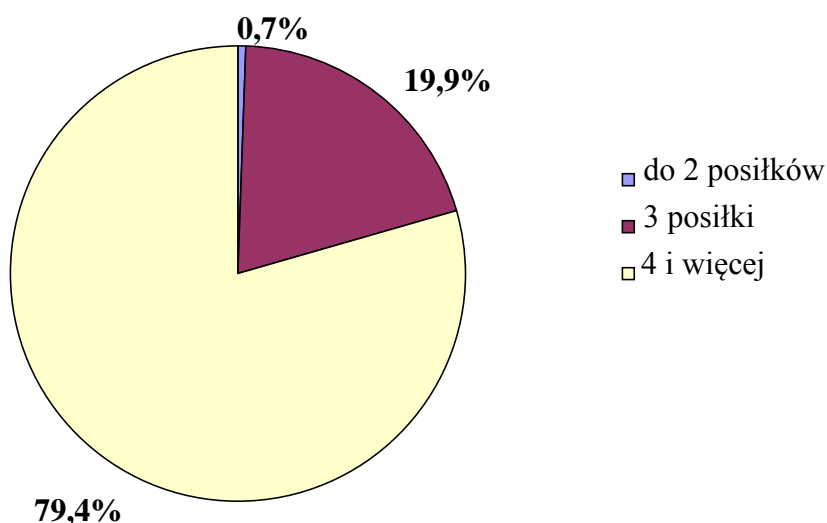
3.2.4. Ilość i jakość posiłków spożywanych przez dzieci i młodzież w wieku 0-18 lat.

Z danych uzyskanych na podstawie przeprowadzonych badań ankietowych wynika, że w sumie w całej grupie wiekowej 0-18 lat 79,4% dzieci objętych badaniem spożywa 4 i więcej posiłków dziennie, 19,9%, że spożywa 3 posiłki dziennie, a 0,7%, że spożywa do dwóch posiłków dziennie. Wyniki zaprezentowano na wykresie nr 3.8.

⁷⁴ PARPA w Warszawie „Narodowy Program Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych na lata 2011-2015”, Ministerstwo Zdrowia, Warszawa, (str. 18).

⁷⁵ Badania wykonane przez Fundację Centrum Badania Opinii Społecznej w Warszawie w 2008 roku na zlecenie PARPA pt. „Wzory konsumpcji alkoholu w Polsce.”

Wykres 3.8. Ilość posiłków spożywanych przez dziecko w wieku 0-18 lat w ciągu dnia.



Źródło: Opracowanie własne w oparciu o dane ankietowe w ramach projektu „Równe szanse w zdrowiu – program profilaktyki i promocji zdrowia w Powiecie Świdwińskim”. 2015 rok.

W podziale na grupy wiekowe dzieci obserwujemy zjawisko zmniejszania się dziennej ilości posiłków w zależności od wieku dziecka. Wśród dzieci do 2 roku życia 92,1% spożywa 4 i więcej posiłków dziennie, wśród 3 i 4-latków jest to 86,9%, wśród dzieci w wieku przedszkolnym i wczesnoszkolnym - 80,4%. W wieku 10-15 lat już tylko 67,8% dzieci spożywa 4 i więcej posiłków dziennie, a wśród nastolatków 16-18-letnich już tylko 54,9%. Szczegółowe dane zestawiono w tabeli nr 3.1

Tabela 3.1. Liczba posiłków dziennie spożywanych przez dzieci i młodzież, z uwzględnieniem przedziałów wiekowych.

Przedział wiekowy	Spożywanie do 2 posiłków dziennie, ujęcie %	Spożywanie 3 posiłków dziennie, ujęcie %	Spożywanie 4 i więcej posiłków dziennie, ujęcie %
Do 2 r.ż	0,8%	7,1%	92,1%
Od 3 r.ż do 4 r.ż.	0,0%	13,1%	86,9%
Od 5 r.ż. do 9 r.ż.	0,3%	19,3%	80,4%
Od 10 r.ż. do 15 r.ż.	1,3%	30,9%	67,8%
Od 16 r.ż. do 18 r.ż.	1,6%	43,5%	54,9%

Źródło: Opracowanie własne w oparciu o dane ankietowe w ramach projektu „Równe szanse w zdrowiu – program profilaktyki i promocji zdrowia w Powiecie Świdwińskim”. 2015 rok.

Należy zwrócić uwagę na 8% odsetek dzieci do 2 r.ż., i 13% odsetek dzieci w wieku 3-4 lat, które spożywają nie więcej niż 3 posiłki dziennie, stanowiąc grupę dzieci niedożywionych. Dziecko w wieku poniemowlęcym powinno spożyć od czterech do pięciu

posiłków w ciągu dnia, w tym trzy podstawowe – śniadanie, obiad i kolację. Przed wyjściem do żłobka (przedszkola) powinno ono zjeść w domu pierwsze śniadanie lub inny niewielki posiłek. W żłobku (przedszkolu) dzieci otrzymują najczęściej śniadanie, obiad i podwieczorek. Po powrocie do domu dziecko powinno zjeść kolację. Biorąc pod uwagę, iż 91% dzieci w Powiecie Świdwińskim korzysta z opieki placówek oświatowych dla około 15% badanych dzieci w wieku przedszkolnym posiłki spożywane w przedszkolu są jedynymi posiłkami spożywanymi w ciągu dnia.

Narastające zjawisko nieprawidłowego odżywiania się (zbyt mała liczba posiłków dziennie w odniesieniu do potrzeb rozwojowych) obserwuje się wśród dzieci i młodzieży w okresie dojrzewania i dotyczy ona od 32,2% do 45,1% badanych.

Na prawidłowy rozwój dzieci i młodzieży wpływa nie tylko ilość spożywanych posiłków ale również ich jakość i różnorodność, zapewniająca dostarczanie do organizmu wszystkich niezbędnych składników pokarmowych.

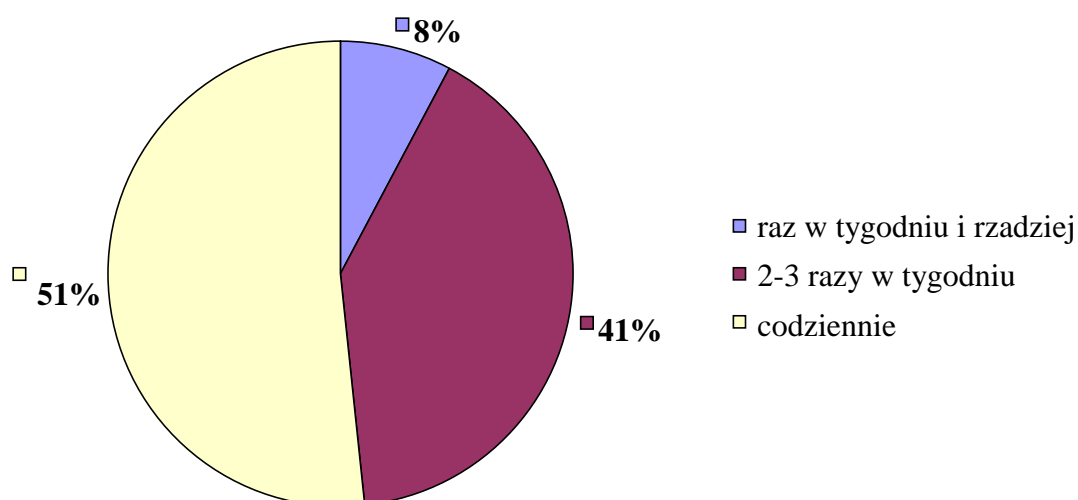
Odpowiednio dobrane produkty z różnych grup – zalecane do spożycia w ciągu dnia – skomponowane w posiłki (potrawy) pozwalają pokryć zapotrzebowanie na energię i wszystkie składniki odżywcze. Łączenie produktów z różnych grup w posiłki (potrawy) w ilościach zgodnych z normami określonymi w całodziennych racjach pokarmowych stanowi podstawową zasadę właściwego żywienia dzieci.⁷⁶

Nieprawidłowy sposób odżywiania się dzieci i młodzieży (zbyt mała ilość warzyw i owoców, białka a zbyt duża ilość węglowodanów, w tym słodczy) sprzyja powstawaniu nieprawidłowych nawyków żywieniowych. Istnieje ścisła zależność pomiędzy prawidłowym odżywianiem we wczesnej fazie rozwoju dziecka a skłonnością do otyłości i innych chorób cywilizacyjnych w dorosłym życiu. Przeprowadzone badania wykazują, iż dzieci i młodzież spożywają warzywa i owoce zbyt rzadko, a połowa grupy wiekowej 0-18 lat nie spożywa ich codziennie, odżywiając się w sposób nieprawidłowy.

W przeprowadzonych badaniach uwzględniono częstotliwość spożywania przez dzieci i młodzież z terenu Powiatu Świdwińskiego warzyw i owoców. Wyniki obrazują wykresy nr 3.9. i 3.10. Nieco ponad połowa (51%) objętych programem dzieci/rodziców lub opiekunów deklaruje, iż owoce są spożywane codziennie, a 48% iż warzywa są spożywane codziennie.

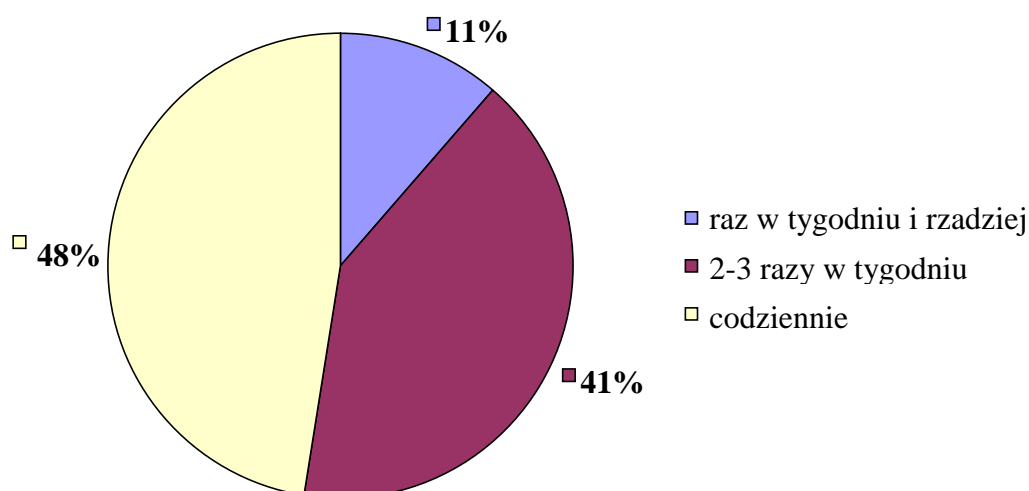
⁷⁶ www.imid.med.pl

Wykres 3.9. Częstotliwość spożywania owoców przez dzieci i młodzież w wieku 0-18 lat



Źródło: Opracowanie własne w oparciu o dane ankietowe w ramach projektu „Równe szanse w zdrowiu – program profilaktyki i promocji zdrowia w Powiecie Świdwińskim”. 2015 rok.

Wykres 3.10. Częstotliwość spożywania warzyw przez dzieci i młodzież w wieku 0-18 lat



Źródło: Opracowanie własne w oparciu o dane ankietowe w ramach projektu „Równe szanse w zdrowiu – program profilaktyki i promocji zdrowia w Powiecie Świdwińskim”. 2015 rok.

W danych na temat ilości i jakości spożywanych przez dzieci i młodzież posiłków należy dodać wyniki badań, w zakresie częstotliwości spożywania słodczy w badanej grupie. Co trzeci badany (36,5%) osób w grupie wiekowej 0-18 lat spożywa słodczy codziennie, 52,2% - 2-3 razy w tygodniu a jedynie 11,3% nie częściej niż 1 raz w tygodniu. Zbyt mała ilość warzyw i owoców, a zbyt duża ilość spożywanych słodczy przez dzieci i młodzież

sprzyja powstawaniu nadwagi i otyłości a w dalszej konsekwencji cukrzycy i wielu innych poważnych chorób.

W badanej grupie u 31% dzieci w wieku 0,6 roku – 12 lat stwierdzono odchylenie powyżej 75 centyli oraz u 26% odchylenie poniżej 25 centyli (w oparciu o siatki centylowe dla wagi). W tej samej grupie u 72% dzieci stwierdzono odchylenie powyżej 75 centyli oraz u 15% odchylenie poniżej 25 centyli w oparciu o siatki centylowe dla wzrostu.

Z kryterium kwalifikacji ze względu na narażenie na czynniki szkodliwe w miejscu zamieszkania, występowanie zagrożeń środowiskowych wynikają następujące wnioski:

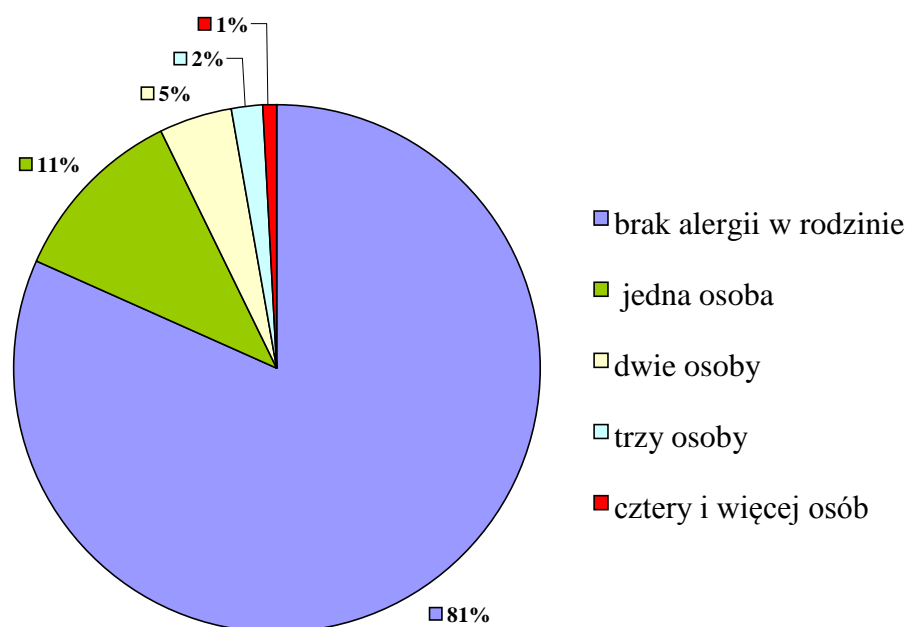
1. 29% ankietowanych dzieci narażonych jest na szkodliwe działanie tytoniu poprzez przebywanie w towarzystwie osób palących;
2. w grupie wiekowej 15-18 lat 7,25% badanej młodzieży potwierdziło palenie papierosów, większość palących to chłopcy 57% (dziewczęta palące stanowią 43% ogółu młodych palaczy) – uzyskane dane należy uznać za niepełne z uwagi na metodologię badań;
3. 20% dzieci i młodzieży jest narażonych na oddziaływanie czynników szkodliwych w miejscu zamieszkania, a wśród nich 66% narażonych jest na działanie azbestu, 19% na oddziaływanie linii wysokiego napięcia, a pozostałe 15% na inne szkodliwe czynniki;
4. jedynie 4,4% badanych potwierdziła występowanie zagrożeń społecznych w rodzinie (problemu alkoholowego, przemocy domowej i innych czynników) – uzyskane dane należy uznać za niepełne z uwagi na metodologię badań;
5. co piąte dziecko z ogółu objętych badaniem spożywa nie więcej niż 3 posiłki dziennie, a ilość spożywanych posiłków maleje z wiekiem dziecka;
6. 8% dzieci do 2 r.ż jest zagrożonych niedożywieniem - spożywając do 3 posiłków dziennie;
7. dla 13% dzieci w wieku przedszkolnym jedynymi posiłkami w ciągu dnia są posiłki spożywane w przedszkolu;
8. niewiele ponad połowa nastolatków spożywa 4 i więcej posiłków dziennie;
9. jedynie połowa badanych dzieci i młodzieży spożywa owoce (51%) i warzywa (48%) codziennie;
10. co trzecie dziecko w wieku 0-18 lat spożywa codziennie słodycze;
11. w zdecydowanej większości, tj. 94% badanej populacji, woda pitna w domu pochodzi z ujęcia miejskiego/gminnego.

3.2.5. Alergie pokarmowe w grupie wiekowej 0-18 lat

W ramach przeprowadzonych badań ankietowych uwzględniono jako czynnik ryzyka uwzględniono występowanie alergii pokarmowych w najbliższej rodzinie. Zdecydowana większość respondentów (81%) podaje, iż w najbliższej rodzinie dziecka badanego alergii nie występują. Co 10 osoba podaje, iż w najbliższej rodzinie dziecka jest jedna osoba z alergią, a co dwudziesta, że są to dwie osoby. Najmniej liczna grupa badanych – łącznie 3%, zaznaczyła w ankiecie odpowiedź, iż w jej najbliższej rodzinie 3, 4 i więcej osób odczuwa dolegliwości z powodu alergii pokarmowych. W najbliższej rodzinie co piątego dziecka występują alergii pokarmowe.

Dane zaprezentowano na wykresie nr 3.11.

Wykres 3.11. Występowanie alergii pokarmowych w najbliższej rodzinie



Źródło: Opracowanie własne w oparciu o dane ankietowe w ramach projektu „Równe szanse w zdrowiu – program profilaktyki i promocji zdrowia w Powiecie Świdwińskim”. 2015 rok.

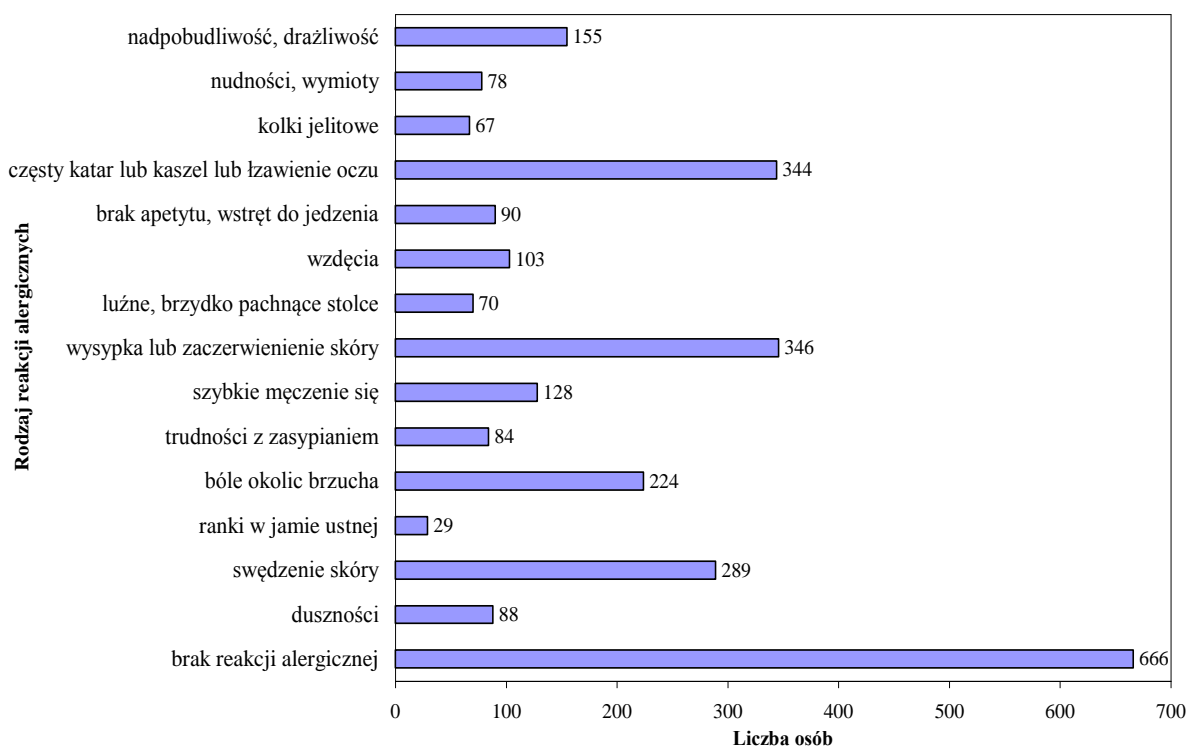
W odpowiedziach na pytanie o występowanie objawów u badanego dziecka po spożyciu pokarmów uwzględniono szeroki zakres dolegliwości, które mogą wskazywać na alergii pokarmowe. Przy kwalifikacji do dalszych badań brano pod uwagę występowanie większości objawów jednocześnie. Jedynie co czwarte objęte programem dziecko/rodzic (24%) nie zgłaszało żadnych objawów mogących wskazywać na reakcję alergiczną. Z kolei u pozostałych 76% dzieci występowały różnego rodzaju dolegliwości – jedna lub kilka łącznie.

Odsetek potwierdzanych przez respondentów w grupie wiekowej 0-18 lat dolegliwości, poczynając od najczęściej do najrzadziej wskazywanych, wynosi:

- 13% - wysypka lub zaczerwienienie skóry,
- 12% - częsty katar, kaszel lub łzawienie oczu,
- 10% - swędzenie skóry,
- 8% - bóle okolic brzucha,
- 6% - nadpobudliwość, drażliwość,
- 5% - szybkie męczenie się,
- 4% - wzdęcia,
- 3% - duszności; nudności i wymioty; brak apetytu, wstręt do jedzenia;
- 3% - luźne brzydko pachnące stolce;
- 3% - trudności z zasypianiem,
- 2% - kolki jelitowe,
- 1% - ranki w jamie ustnej.

Uzyskane wyniki w zestawieniu ilościowym przedstawiono na wykresie nr 3.12.

Wykres 3.12. Występowanie objawów alergii pokarmowych po spożyciu pokarmu.



Źródło: Opracowanie własne w oparciu o dane ankietowe w ramach projektu „Równe szanse w zdrowiu – program profilaktyki i promocji zdrowia w Powiecie Świdwińskim”. 2015 rok.

Wśród ankietowanych dzieci u 22%, alergia, zgodnie z udzielonymi odpowiedziami była potwierdzona specjalistycznymi badaniami, co dyskwalifikowało do przeprowadzania dalszych badań diagnostycznych w ramach programu.

Spośród osób w wieku 0-18 lat objętych badaniami ankietowymi (w postaci wywiadu medycznego) 10% zostało zakwalifikowanych do objęcia działaniami profilaktycznymi, z uwagi na występowanie zagrożeń i objawów wskazujących na ryzyko wystąpienia alergii pokarmowych. Do badań zakwalifikowano w ramach programu 277 dzieci i wykonano 170 kompletnych testów obejmujących 50 antygenów. U 169 z 170 przebadanych dzieci, w badaniach potwierdzone zostały alergie pokarmowe 1, 2, 3 lub 4 stopnia, ustalone w oparciu o profil immunologiczny według stopnia reakcji. W ramach przeprowadzonych badań ustalany był również typ alergii pokarmowej (IgG-zależna – typ III i IgE-zależna – typ I). Alergia pokarmowa typu III powstaje wtedy, gdy nie w pełni strawione cząsteczki pożywienia przenikają przez ścianę jelita do krwiobiegu i są rozpoznawane jako elementy obce dla ustroju. Zdrowej jelito jest stabilnym układem obronnym na, który składa się błona śluzowa oraz mikroflora jelitowa. Już tutaj następuje eliminowaniu pierwszych drobnoustrojów chorobotwórczych. Czynniki zewnętrzne takie jak: infekcje, stres, antybiotyki i leki przeciwzapalne wywołują zmiany w składzie bakteryjnej flory jelitowej, zaburzając tę równowagę i powodując zwiększenie przepuszczalności jelita cienkiego. W wyniku tego do krwi mogą przenikać nie w pełni strawione cząsteczki pokarmu. Utrzymująca się zwiększona przepuszczalność jelita prowadzi do stałego nasilania się objawów alergii pokarmowej typu III, której towarzyszy jednoczesny wzrost ilości przeciwciał klasy IgG przeciw tym antygenom pokarmowym. Należy jednoznacznie odróżnić alergię pokarmową typu III (IgG-zależną) od klasycznej alergii typu I (IgE-zależnej). W przypadku alergii IgG-zależnej reakcja występuje z opóźnieniem, czyli po około 8-72 godzin od momentu spożycia pokarmu. W związku z tym ten rodzaj alergii często pozostaje nierozpoznany przez całe życie.

Z przeprowadzonych badań wynika, że zdecydowana większość badanych dzieci ma alergię na kilka produktów i alergię te nasilone są w różnym stopniu. Wśród najczęstszych alergenów znajdują się: mleko krowie i przetwory mleczne z mleka krowiego, jaja kurze, gluten, drożdże, mak, orzechy, zboża, pomidory, mleko kozie i przetwory z mleka koziego.

Procentowy udział dzieci, które poddały się testom alergologicznym w ogóle dzieci zakwalifikowanych do wykonania testów ImuPro50, wyniósł 61%. Z kolei jedynie 55% dzieci, którym wykonano testy skorzystało z konsultacji lekarza alergologa, pomimo iż niemal wszystkie te dzieci kwalifikowały się do konsultacji specjalistycznej.

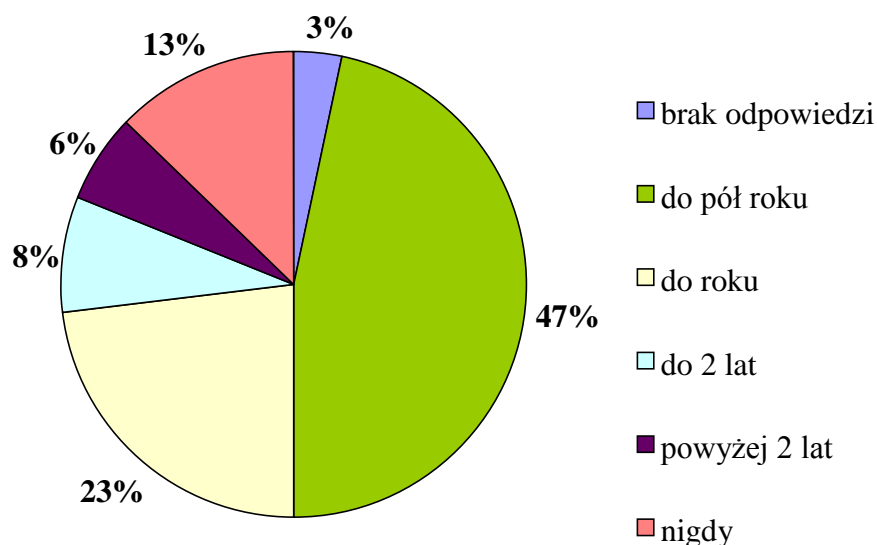
Z analizy kwalifikacji do badań w kierunku alergii pokarmowych wynikają następujące wnioski:

1. w co piątej rodzinie objętych badaniem dzieci i młodzieży występują alergie;
2. u 76% badanych dzieci występowały różnego rodzaju dolegliwości – jedna lub kilka łącznie wskazujące na możliwość wystąpienia alergii pokarmowych;
3. najczęściej wskazywanymi objawami świadczącymi o występowaniu reakcji alergicznej u dzieci po spożyciu konkretnego pokarmu są objawy skórne: wysypka i zaczerwienienie skóry – 13% ogółu badanych i swędzenie skóry -10% ogółu badanych;
4. 12% badanych wskazuje dolegliwości ze strony układu oddechowego: często pojawiający się katar, kaszel lub łzawienie oczu;
5. 17% badanych wskazuje na dolegliwości ze strony układu pokarmowego po spożyciu pokarmu: bóle okolic brzucha, kolki jelitowe, wzdęcia, brzydko pachnące stolce;
6. 22% ankietowanych dzieci miało potwierdzoną testami alergię;
7. 99,4 % wykonanych testów potwierdziło występowanie alergii pokarmowych u dzieci zakwalifikowanych do badań w ramach programu.

3.2.6. Występowanie próchnicy i schorzeń jamy ustnej u dzieci i młodzieży

W oparciu o analizę wszystkich udzielonych odpowiedzi respondentów prawie połowa (47%) dzieci uczestniczących w badaniu ankietowym deklaruje, iż ostatni raz była w gabinecie dentystycznym w ciągu ostatnich 6 miesięcy, 23% ankietowanych deklaruje, że skorzystało z usług stomatologicznych w przeciągu ostatniego roku. Uzyskane dane w odniesieniu do całej badanej grupy respondentów w wieku 0-18 lat obrazowo zostały zaprezentowane na wykresie nr 3.13.

Wykres 3.13. Ostatnia wizyta w gabinecie dentystycznym.



Źródło: Opracowanie własne w oparciu o dane ankietowe w ramach projektu „Równe szanse w zdrowiu – program profilaktyki i promocji zdrowia w Powiecie Świdwińskim”. 2015 rok.

Aby dokonać szczegółowej analizy częstotliwości wizyt w gabinecie stomatologicznym dzieci i młodzieży uzyskane dane podzielone zostały na przedziały wiekowe. W grupie dzieci trzy- i czteroletnich u stomatologa nigdy nie było 61,5% badanych, a w grupie wiekowej 5-9-latków 13,2% badanych. Troje na czworo dzieci w wieku 5-9 lat korzysta z badań stomatologicznych, deklarując, iż ostatnia wizyta była nie dawniej niż rok temu; ponadto blisko 80% 10-18-latków korzystało z porad dentysty w ciągu ostatniego roku. Około 3% dzieci w wieku powyżej 10 lat nigdy nie było w gabinecie stomatologicznym.

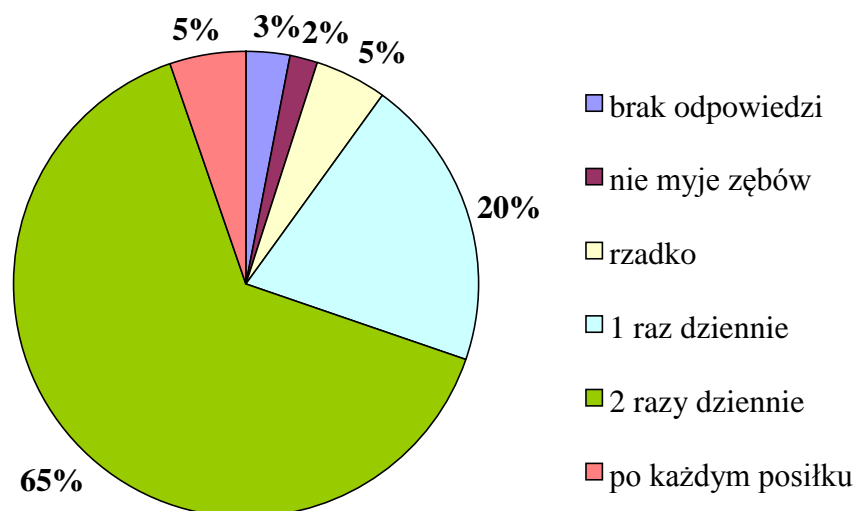
Tabela 3.2. Ostatnia wizyta w gabinecie stomatologicznym z podziałem na wiek objętym badaniem dziecka

Przedział wiekowy	W ciągu 0,5 roku	W ciągu roku	Do 2 lat	Powyżej 2 lat	Nigdy
do 2 r.ż	-	-	-	-	-
od 3 r.ż do 4 r.ż.	21,8%	16,7%	-	-	61,5%
od 5 r.ż. do 9 r.ż.	50,5%	24,8%	6,4%	5,1%	13,2%
od 10 r.ż. do 15 r.ż.	53,0%	25,8%	10,2%	8,2%	2,8%
od 16 r.ż. do 18 r.ż.	52,9%	27,2%	10,7%	6,5%	2,7%

Źródło: Opracowanie własne w oparciu o dane ankietowe w ramach projektu „Równe szanse w zdrowiu – program profilaktyki i promocji zdrowia w Powiecie Świdwińskim”. 2015 rok.

W oparciu o analizę wszystkich udzielonych odpowiedzi respondentów 65% dzieci uczestniczących w badaniu ankietowym deklaruje mycie zębów dwa razy dziennie, a jedynie 5% mycie zębów po każdym posiłku. Co piąte badane dziecko myje zęby raz dziennie. Udzielone przez respondentów odpowiedzi przedstawione zostały na wykresie nr 3.14.

Wykres 3.14. Higiena jamy ustnej – mycie zębów.



Źródło: Opracowanie własne w oparciu o dane ankietowe w ramach projektu „Równe szanse w zdrowiu – program profilaktyki i promocji zdrowia w Powiecie Świdwińskim”. 2015 rok.

W celu dokonania analizy zachowań respondentów w zależności od wieku odpowiedzi dotyczące higieny jamy ustnej zostały zestawione w tabeli 3.3.

Tabela 3.3. Częstotliwość mycia zębów z podziałem na wiek objętym badaniem dziecka

Przedział wiekowy	Po każdym posiłku	2 razy dziennie	1 raz dziennie	rzadko	Nie myje
do 2 r.ż	2,6%	32,2%	24,3%	6,1%	34,8%
od 3 r.ż do 4 r.ż.	5,3%	60,0%	21,6%	3,7%	9,4%
od 5 r.ż. do 9 r.ż.	3,3%	70,7%	20,1%	5,3%	0,6%
od 10 r.ż. do 15 r.ż.	5,2%	67,4%	22,2%	4,8%	0,4%
od 16 r.ż. do 18 r.ż.	15,8%	62,3%	15,1%	6,8%	0,0%

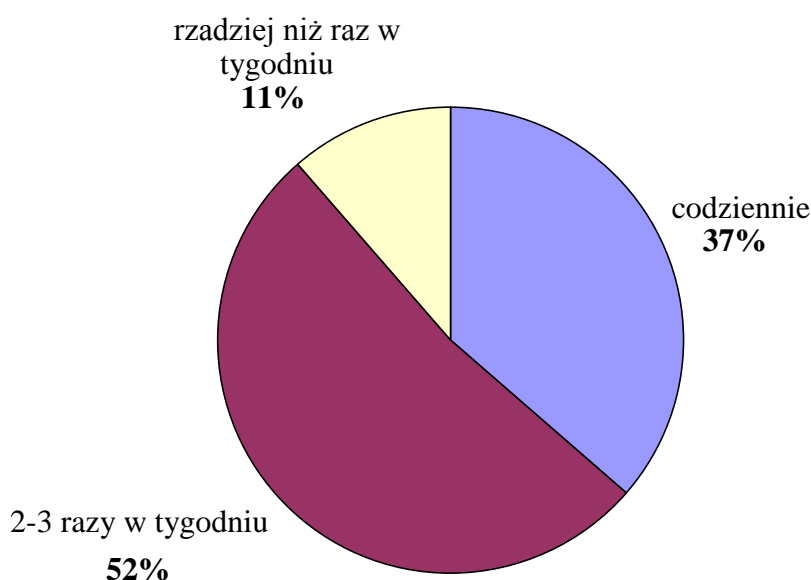
Źródło: Opracowanie własne w oparciu o dane ankietowe w ramach projektu „Równe szanse w zdrowiu – program profilaktyki i promocji zdrowia w Powiecie Świdwińskim”. 2015 rok.

Ponad połowa rodziców dzieci do 2 r.ż., czyli dzieci u których występuje częściowe uzębienie mleczne lub jeszcze uzębienia nie ma wcale wprowadza naukę mycia zębów dbając o prawidłową higienę jamy ustnej małych dzieci. Dwoje z trojga dzieci trzy, cztero-letnich myje żeby minimum dwa razy dziennie. Z analizy danych wynika, że odsetek dzieci prawidłowo dbających o higienę jamy ustnej rośnie wraz z wiekiem. Natomiast niezależnie od wieku pozostaje kilkuprocentowa grupa osób 4-7% nie przestrzegająca zasad higieny jamy ustnej i tym samym szczególnie zagrożona próchnicą i chorobami jamy ustnej.

Spośród dzieci objętych badaniem ankietowym 84% ma stałe uzębienie w tym również częściowe, a pozostałe 16% ma zęby mleczne lub nie ma jeszcze zębów w ogóle. W ramach projektu zakwalifikowano do przesiewowych badań stomatologicznych 1860 dzieci i przebadano 825 dzieci. Podczas wizyty stomatologicznej dokonywano lakowania zdrowych zębów stałych „szóstek”. Łącznie zalakowano 1577 zębów, czyli niemal dwa zęby u każdego dziecka. Badania stomatologiczne wraz lakowaniem zębów stałych realizowane były przez dwa podmioty.

Powstawaniu próchnicy i chorób jamy ustnej sprzyja częste spożywanie słodczy. Połowa ankietowanych spożywa słodczy 2-3 razy w tygodniu, 37% codziennie. Jedynie co dziesiąte dziecko biorące udział w badaniu ankietowym spożywa słodczy rzadziej niż raz w tygodniu, czyli w zalecanej przez specjalistów ilości.

Wykres 3.15. Spożywanie słodczy przez dzieci i młodzież.



Źródło: Opracowanie własne na przykładzie danych uzyskanych z analizy ankiet w ramach projektu „Równe szanse w zdrowiu – program profilaktyki i promocji zdrowia w Powiecie Świdwińskim”

Dokonując analizy w zakresie częstości spożywania słodczy przez dzieci uzyskane odpowiedzi przyporządkowane zostały do poszczególnych grup wiekowych. Dane zostały zaprezentowane w formie tabeli nr 3.4.

Tabela 3.4. Częstość spożywania słodczy z podziałem na wiek objętym badaniem dziecka

Przedział wiekowy	codziennie	2-3 razy w tygodniu	rzadziej niż 2 razy w tygodniu
do 2 r.ż	19,8%	51%	29,2%
od 3 r.ż do 4 r.ż.	41,1%	49,4%	9,5%
od 5 r.ż. do 9 r.ż.	39,1%	52,7%	8,2%
od 10 r.ż. do 15 r.ż.	37,4%	51,9%	10,7%
od 16 r.ż. do 18 r.ż.	26,6%	55,2%	18,3%

Źródło: Opracowanie własne w oparciu o dane ankietowe w ramach projektu „Równe szanse w zdrowiu – program profilaktyki i promocji zdrowia w Powiecie Świdwińskim”. 2015 rok.

Najmłodsze dziecko, którego rodzic podaje, iż spożywa ono słodczy 2-3 razy w tygodniu ma 4 miesiące, a najmłodsze dziecko, któremu podawcą są słodczy codziennie miał 1 rok. Już w wieku 0-2 lat co piąte dziecko spożywa słodczy codziennie, a ponad połowa 2-3 razy w tygodniu. Negatywne nawyki żywieniowe dzieci wynikają więc zachowań rodziców/opiekunów, którzy wbrew zaleceniom lekarzy i dietetyków podają małym dzieciom słodczy. Największy odsetek dzieci spożywających słodczy codziennie mieści się w grupie wiekowej 3-4 lat. Około połowy badanych dzieci, niezależnie od wieku spożywa słodczy 2-3 razy w tygodniu. Ilość spożywanego słodczy spada dopiero po 16 roku życia.

Z analizy kwalifikacji do badań w kierunku występowania próchnicy i schorzeń jamy ustnej wynikają następujące wnioski:

1. prawie połowa (47%) ankietowanych dzieci ostatni raz była w gabinecie dentystycznym w ciągu ostatnich 6 miesięcy;
2. w grupie dzieci 3-4 letnich 61,5% nigdy nie było w gabinecie stomatologicznym;
3. blisko 80% 10-18-latków korzystało z porad stomatologicznych w ciągu ostatniego roku;
4. 3% badanych dzieci i młodzieży w wieku 10-18 lat nigdy nie było w gabinecie stomatologicznym;
5. 85% ogółu ankietowanych dzieci deklaruje mycie zębów minimum 2 razy dziennie;
6. ponad połowa rodziców wprowadza naukę mycia zębów u dzieci w wieku 0-2 lata,
7. ponad połowa ankietowanych dzieci spożywa słodczy 2-3 razy w tygodniu;

8. co piąte dziecko w wieku 0-2 lata spożywa słodycze 2-3 razy w tygodniu,
9. 41% dzieci w grupie wiekowej 3-4 lata spożywa słodycze codziennie,
10. częstość spożywania słodyczy przez badaną grupę osiąga znaczący spadek dopiero po 16 r.ż osiągając poziom 26,6%.

3.2.7. Objawy występowania pasożytów i lamblii w grupie wiekowej 0-18 lat.

W odpowiedziach na pytanie o występowanie objawów występowanie pasożytów i lamblii u badanego dziecka uwzględniono szeroki zakres dolegliwości, które mogą wskazywać na choroby pasożytnicze. U co trzeciego dziecka tj. 33% nie stwierdzono występowania żadnych z wymienionych w ankiecie dolegliwości.

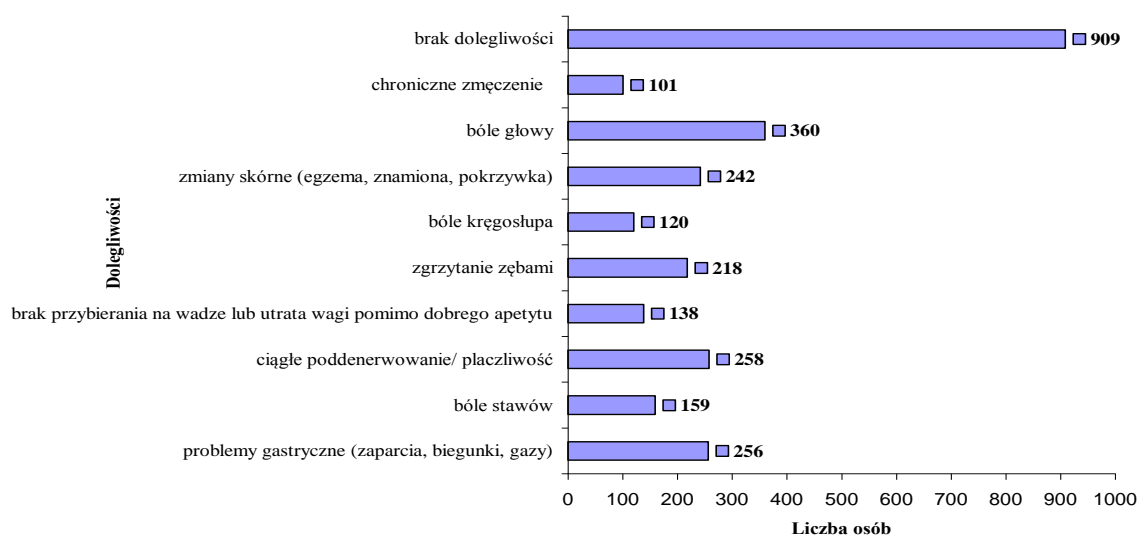
Odsetek potwierdzanych przez respondentów w grupie wiekowej 0-18 lat dolegliwości, począwszy od najczęściej do najrzadziej wskazywanych, wynosi:

- 13% - bóle głowy,
- 10% - ciągłe poddenerwowanie, płaczliwość,
- 10% - problemy gastryczne (zaparcia, biegunki, gazy),
- 9% - zmiany skórne (znamiona, egzema, pokrzywka),
- 8% - zgrzytanie zębami,
- 6% - bóle stawów,
- 5% - nie przybieranie na wadze lub utrata wagi pomimo dobrego apetytu,
- 4% - bóle kręgosłupa,
- 4% - chroniczne zmęczenie.

Przy bezwzględnej kwalifikacji do dalszych badań brano pod uwagę występowanie minimum czterech objawów jednocześnie. Do badań kwalifikowane były również dzieci z mniejszą ilością objawów a narażone na negatywny wpływ czynników środowiskowych. W ramach projektu osobom w wieku 0-18 lat wykonano 62 badania na obecność lamblii i pasożytów. W wykonanych badaniach screeningowych nie potwierdzono występowania lamblii i pasożytów. Należy zwrócić uwagę na fakt iż wynik ujemny w pojedynczym badaniu (bez jego powtórzenia) nie świadczy o braku choroby pasożytniczej u osoby badanej.

Uzyskane wyniki w zakresie zgłaszanych dolegliwości w zestawieniu ilościowym przedstawiono na wykresie nr 3.16.

Wykres 3.16. Dolegliwości u dzieci i młodzieży - badania w kierunku występowania pasożytów i lamblii.



Źródło: Opracowanie własne w oparciu o dane ankietowe w ramach projektu „Równe szanse w zdrowiu – program profilaktyki i promocji zdrowia w Powiecie Świdwińskim”. 2015 rok.

Z analizy kwalifikacji do badań w kierunku choroby pasożytnej i lamblii wynikają następujące wnioski:

1. u 66% badanych dzieci występowały różnego rodzaju dolegliwości – jedna lub kilka łącznie wskazujące na możliwość wystąpienia pasożytów lub lamblii;
2. 23% wskazywanych dolegliwości charakterystycznych przy występowaniu chorób pasożytniczych są dolegliwości ze strony układu nerwowego: skórne: bóle głowy – 13% ogółu badanych i ciągłe poddenerwowanie -10% ogółu badanych;
3. 10% badanych wskazuje na dolegliwości ze strony układu pokarmowego (zaparcia, biegunki, gazy);
4. u objętych badaniami w ramach programu dzieci nie stwierdzono występowania lamblii.

3.3. Analiza i interpretacja wyników z ankiet dla grupy docelowej w wieku 18-70 lat.

Na podstawie punktacji, wynikającej z wypełnionych ankiet w ramach projektu „Równe szanse w zdrowiu – program profilaktyki i promocji zdrowia w Powiecie Świdwińskim”, populacja w grupie wiekowej 18-70 lat kwalifikowana została do badań według następujących kryteriów:

1. status społeczno-ekonomiczny – A;
2. występowanie zagrożeń środowiskowych, czynników sprzyjających powstawaniu schorzeń układu pokarmowego, nadwagi, otyłości – B;
3. wskazania do badań przesiewowych i kwalifikacja do badań w kierunku:
 - choroby wrzodowej żołądka lub dwunastnicy – C;
 - schorzeń jelita grubego – D;
 - schorzeń wątroby i trzustki – E;
 - występowania pasożytów i lamblii – F;
 - profilaktycznych szczepień WZW A, B, C – G.

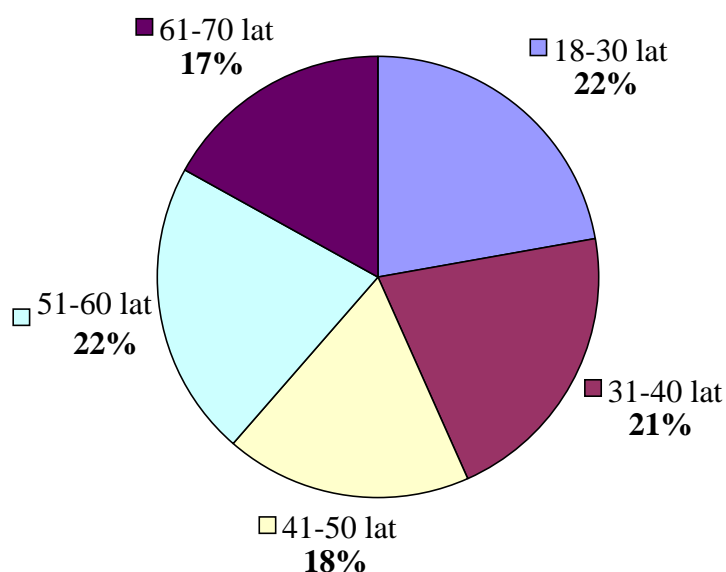
3.3.1. Podstawowe dane statystyczne, w tym kryteria społeczno-ekonomiczne badanej grupy wiekowej 18-70 lat.

Ankiety w grupie wiekowej wypełniło 6557 osób w tym 40% mężczyzn i 60% kobiet. Podział dorosłych ze względu na miejsce zamieszkania, którzy objęci zostali programem, prezentuje się następująco: 58% to mieszkańcy terenów wiejskich, a 42% mieszkańcy miast. Struktura badanych ze względu na miejsce zamieszkania nie odpowiada ogólnym danym statystycznym Powiatu Świdwińskiego, w którym wg stanu na dzień 30 czerwca 2015 roku zamieszkiwało 50,05% osób na wsi, a 49,95% osób w mieście.

Spośród wszystkich dorosłych objętych badaniem ankietowym najmłodsza grupa wiekowa 18-30 lat to 22% badanych, osoby w wieku 31-50 lat stanowiły 21%, w wieku 41-50 lat – 18%, w wieku 51-60 lat – 22%, a w wieku 61-70 lat 17% ogółu badanych.

Dane w ujęciu procentowym obrazujące strukturę wiekową badanych zostały zaprezentowane na wykresie nr 3.17.

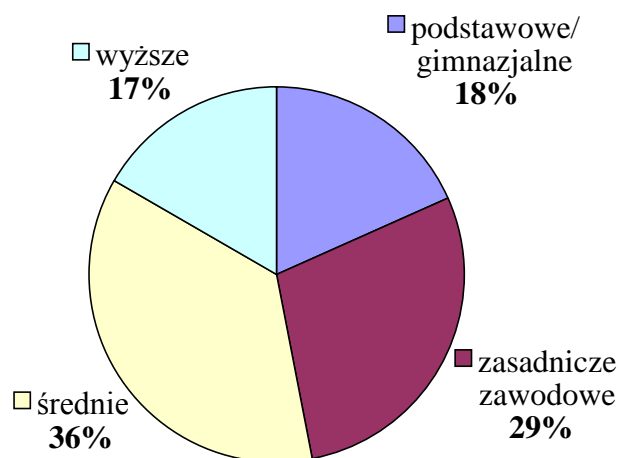
Wykres 3.17. Wiek respondentów w przedziale 18-70 lat.



Źródło: Opracowanie własne w oparciu o dane ankietowe w ramach projektu „Równe szanse w zdrowiu – program profilaktyki i promocji zdrowia w Powiecie Świdwińskim”. 2015 rok.

Na kolejnym wykresie nr 3.18. zobrazowane zostały dane obejmujące wykształcenie respondentów. W oparciu o odpowiedzi udzielone w ankietach, największą grupę - 36% badanych stanowią osoby ze średnim wykształceniem, osoby z wykształceniem zasadniczym zawodowym – 29% badanych. Osoby z wykształceniem podstawowym lub gimnazjalnym, to 18% respondentów, a posiadający wyższe wykształcenie to 17% ogółu.

Wykres 3.18. Wykształcenie respondentów w przedziale wieku 18-70 lat.



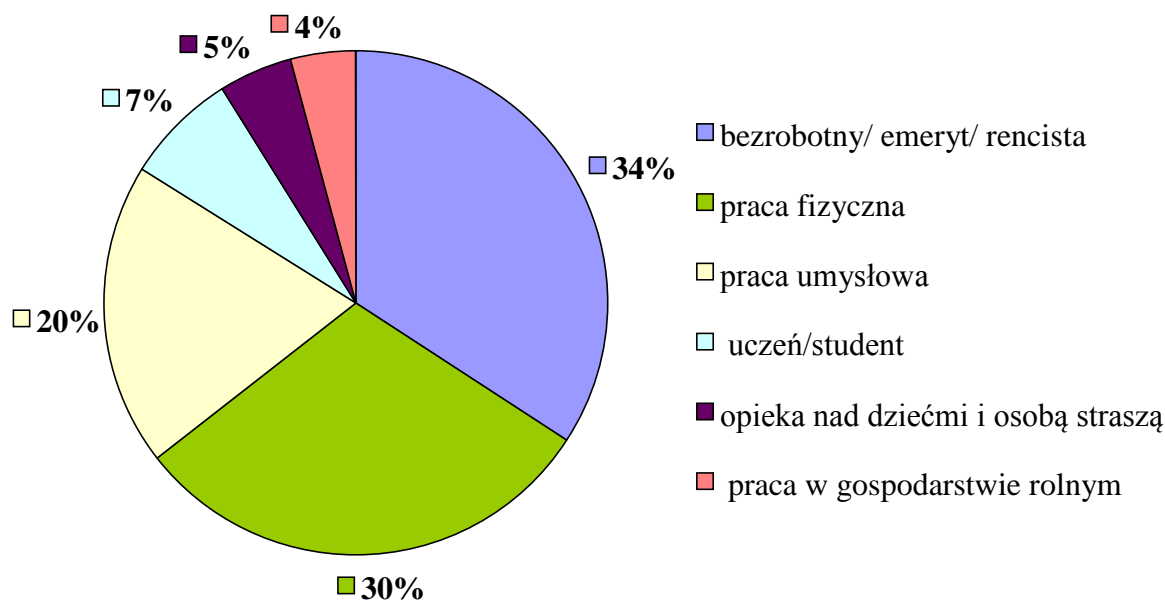
Źródło: Opracowanie własne w oparciu o dane ankietowe w ramach projektu „Równe szanse w zdrowiu – program profilaktyki i promocji zdrowia w Powiecie Świdwińskim”. 2015 rok.

W oparciu o badania ogólnopolskie przeprowadzone w latach 2010-2014 wykształcenie wyższe posiadało 18% Polaków w wieku 18-64 lata, wykształcenie średnie 37%, zasadnicze zawodowe 33%, zaś 12% gimnazjalne lub niższe (bez uwzględnienia osób kontynuujących naukę na różnym poziomie kształcenia, których jest 10%).⁷⁷

Porównując uzyskane w ramach przeprowadzonych badań w Powiecie Świdwińskim z danymi ogólnopolskimi odsetek osób z wyższym wykształceniem i średnim jest zbliżony do poziomu krajowego. Znaczące różnice w poziomie wykształcenia dotyczą osób z wykształceniem podstawowym i gimnazjalnym. Wśród badanych o 5% osób więcej, niż wynosi średnia krajowa posiada najniższe wykształcenie (gimnazjalne i niższe), poniejszając grupę osób z wykształceniem zawodowym.

W objętej badaniem grupie dorosłych mieszkańców Powiatu Świdwińskiego 83% to osoby w wieku produkcyjnym. Aktywność zawodowa badanych, a tym samym źródła uzyskiwania przychodów zostały przedstawione na wykresie nr 3.19.

Wykres 3.19. Praca zawodowa respondentów w przedziale wiekowym 18-70 lat.



Źródło: Opracowanie własne w oparciu o dane ankietowe w ramach projektu „Równe szanse w zdrowiu – program profilaktyki i promocji zdrowia w Powiecie Świdwińskim”. 2015 rok.

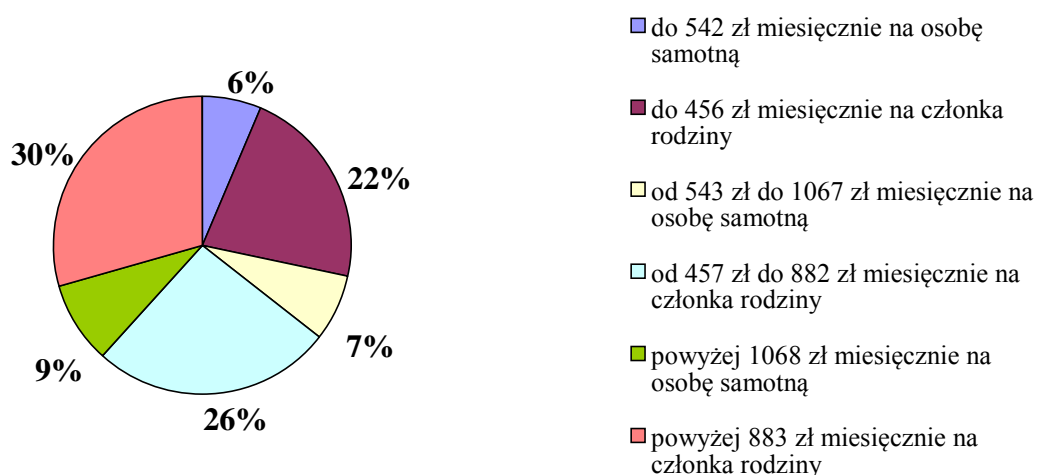
Z badań wynika, że 34% ogółu badanych wykonuje pracę fizyczną (30%) lub prowadzi gospodarstwo rolne (4%). Niewiele ponad połowa (54%) respondentów utrzymuje

⁷⁷ S. Czarnik, K. Turek, „Polski rynek pracy – aktywność zawodowa i struktura wykształcenia” na podstawie badań ludności zrealizowanych w 2014 roku w ramach V edycji projektu Bilans Kapitału Ludzkiego, Polska Agencja Rozwoju Przedsiębiorczości, Warszawa 2015 rok. (str. 53)

się z pracy zawodowej i pracy w gospodarstwie rolnym. Pozostałe 46% badanej populacji nie pracuje, są to: bezrobotni, emeryci, renciści (aż 34%), osoby opiekujące się dziećmi lub osobą starszą (5%), uczniowie i studenci (7%).

W bezpośrednim związku z poziomem wykształcenia respondentów, wykonywanym zawodem, i wynikającą z tego zdolnością do wykonywania przez nich pracy zarobkowej, czy możliwością uzyskania innych przychodów pochodzących ze świadczeń ZUS czy M/GOPS pozostaje status mieszkańców Powiatu Świdwińskiego. Z uwagi na dochody w gospodarstwie domowym w przeliczeniu na jednego członka rodziny, struktura dochodowa badanych zaprezentowana została na wykresie nr 3.20.

Wykres 3.20. Kryterium dochodowe - dochody w gospodarstwie domowym w przeliczeniu na jednego członka rodziny



Źródło: Opracowanie własne w oparciu o dane ankietowe w ramach projektu „Równe szanse w zdrowiu – program profilaktyki i promocji zdrowia w Powiecie Świdwińskim”. 2015 rok.

Uzyskane dane nie mogą stanowić podstawy dla określenia wskaźników ubóstwa dla Powiatu Świdwińskiego z uwagi na metodologię przeprowadzanych badań ankietowych. Głównym czynnikiem motywującym ankietowane osoby do zaniżania poziomu uzyskiwanych dochodów poprzez nie wliczanie dochodów pochodzących z nieewidencjonowanych źródeł była konieczność podania w ankiecie pełnych danych osobowych. Wyniki badań nie uwzględniają więc tzw. „szarej strefy” w odniesieniu do wysokości przychodów gospodarstw domowych. Uwzględniając odchylenia wynikające z

metodologii przeprowadzonych badań znaczna populacja mieszkańców Powiatu Świdwińskiego jest zagrożona wykluczeniem społecznym, utrzymując się dochodów poniżej minimum socjalnego. Jest to populacja większa od średniej ogólnokrajowej uzyskanej w oparciu o badania przeprowadzone przez Główny urząd Statystyczny.

Dane uzyskane z przeprowadzonego badania ankietowego w grupie wiekowej 18-70 lat, w ramach projektu „Równe szanse w zdrowiu”:

Osoby żyjące poniżej minimum egzystencji, tzw. ubóstwo skrajne:

- 22% - do 456 zł miesięcznie na członka rodziny,
- 6% - do 542 zł miesięcznie na osobę samotną.

Osoby żyjące na granicy zmodyfikowanego minimum socjalnego, tzw. ustawowa granica ubóstwa:

- 26% - od 457 zł do 882 zł miesięcznie na członka rodziny,
- 7% - od 543 zł do 1067 zł miesięcznie na osobę samotną.

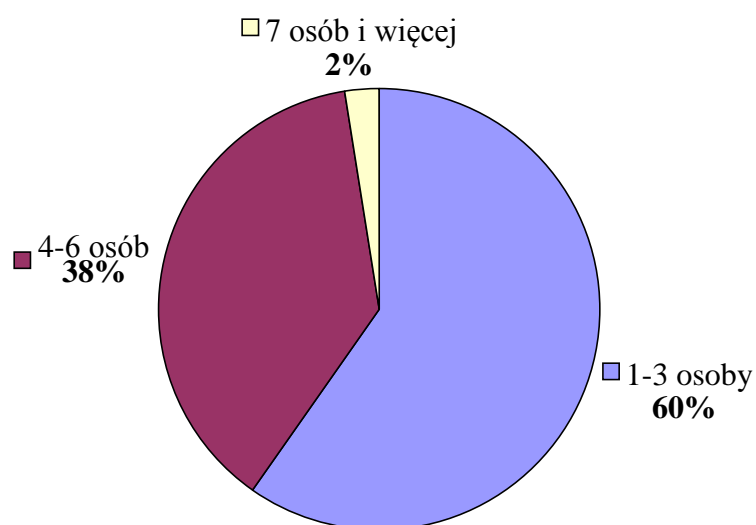
Osoby osiągające dochody wyższe od zmodyfikowanego minimum socjalnego:

- 30% - powyżej 883 zł miesięcznie na członka rodziny,
- 9% - powyżej 1068 zł miesięcznie na osobę samotną.

Z powyższego wynika, iż 61% ogółu badanych w wieku 18-70 lat deklaruje dochody poniżej granicy zmodyfikowanego minimum socjalnego. Zważywszy, iż odsetek rodzin wychowujących dzieci do 18 r.ż. w takiej samej sytuacji materialnej, pomimo znacznie większej aktywności zawodowej wynosi 79%, a ponad połowa podaje, iż nie osiąga poziomu minimum egzystencji, żyjąc w skrajnym ubóstwie, należy zwrócić uwagę na materialną sytuację tej właśnie badanej grupy. Jedynie 21,1 % rodzin wychowujących dzieci do lat 18. potwierdza uzyskiwanie dochodu wyższego od minimum socjalnego. Odsetek 39% ogółu badanych osiąga dochody wyższe niż minimum socjalne. Pomimo, iż odsetek osób w Powiecie Świdwińskim deklarujących dochody poniżej granicy ubóstwa dla Polski, przeprowadzone badania potwierdzają dane GUS, iż skrajnym ubóstwem zagrożone są w szczególności dzieci i młodzieży do lat 18 oraz rodziny sprawujące nad nimi opiekę.

Kolejny wykres nr 3.21 przedstawia dane statystyczne na temat liczby osób, żyjących we wspólnych gospodarstwach domowych.

Wykres 3.21. Liczba osób w gospodarstwie domowym



Źródło: Opracowanie własne w oparciu o dane ankietowe w ramach projektu „Równe szanse w zdrowiu – program profilaktyki i promocji zdrowia w Powiecie Świdwińskim”. 2015 rok.

Ze względu na liczbę osób w gospodarstwie domowym zdecydowana większość (60%) ankietowanych prowadzi 1-3 osobowe gospodarstwo domowe, 38% z ankietowanych zamieszkuje w 4-6 osobowym gospodarstwie domowym, a jedynie 2% zamieszkuje wspólnie z 6 lub więcej osobami. Statystyczne gospodarstwo domowe w Powiecie Świdwińskim jest znacząco mniej liczne od wcześniej opisywanych gospodarstw wychowujących dzieci do lat 18.

W odróżnieniu od opisywanej wcześniej populacji rodziców z terenu Powiatu Świdwińskiego sprawujących opiekę nad dziećmi do lat 18. niski status ogółu ankietowanych osób w wieku 18-70 lat wynika nie tylko z niskiego poziomu wykształcenia, ale również z niskiej aktywności zawodowej. W związku z powyższym, pomimo znacznie mniejszej ilości osób wspólnie prowadzących gospodarstwo domowe nie osiągają dochodów na poziomie zapewniającym prawidłowe ze względu finansowego funkcjonowanie rodziny.

Z kwalifikacji według kryterium społeczno-ekonomicznego wynika, iż:

1. w badaniu ankietowym, biorąc pod uwagę wiek respondentów, udział wzięło najwięcej osób w przedziale wiekowym 18-30 lat i 51-60 lat (po 22%), a najmniej w przedziale 61-70 lat, tj. 17 %; jak można zauważyć udział poszczególnych grup wiekowych był zbliżony;
2. 60% ankietowanych to kobiety, a 40% mężczyźni;

3. największą grupę respondentów stanowiły osoby z wykształceniem średnim, tj. 36%; na drugim miejscu uplasowały się osoby z wykształceniem zasadniczym zawodowym 29%; najmniejszy odsetek stanowiły osoby z wykształceniem wyższym (17%);
4. ze względu na liczbę osób w gospodarstwie domowym, 60% to gospodarstwa 1-3 osobowe;
5. 61% ogółu badanych w wieku 18-70 lat deklaruje dochody poniżej granicy zmodyfikowanego minimum socjalnego;
6. 58% badanej populacji zamieszkuje miejscowości wiejskie;
7. niewiele ponad połowa (54%) respondentów utrzymuje się z pracy zawodowej i pracy w gospodarstwie rolnym, pozostałe 46% badanej populacji nie pracuje, są to: bezrobotni, emeryci, renciści (aż 34%), osoby opiekujące się dziećmi lub osobą starszą (5%), uczniowie i studenci (7%).

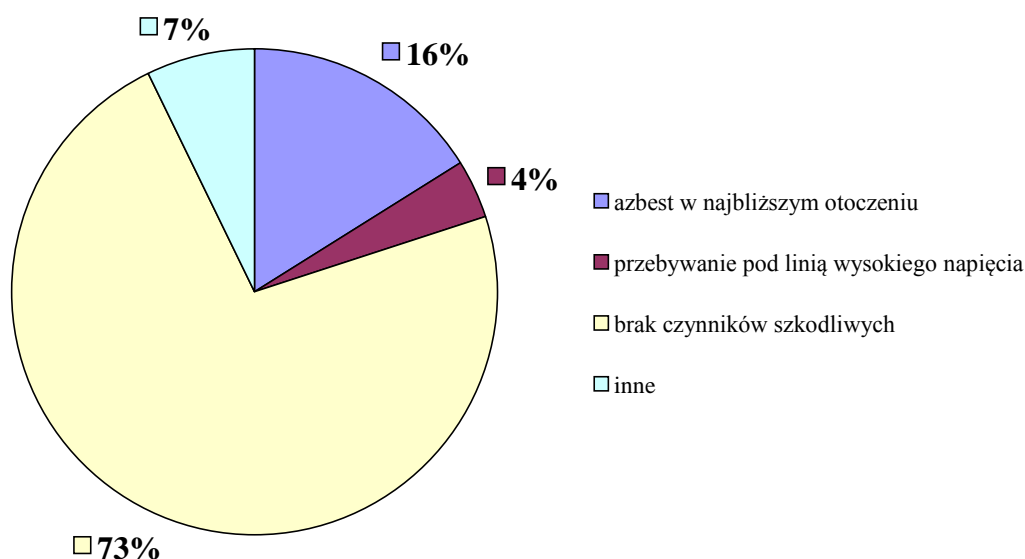
3.3.2. Narażenie populacji w wieku 18-70 lat na czynniki szkodliwe w miejscu zamieszkania, występowanie zagrożeń środowiskowych oraz czynników sprzyjających powstawaniu schorzeń układu pokarmowego, nadwagi i otyłości – panel „B”

Ocenię poddano oddziaływanie czynników szkodliwych w miejscu zamieszkania oraz innych czynników i zachowań respondentów sprzyjających powstawaniu chorób układu pokarmowego. W oparciu o uzyskane informacje stwierdzono, że u 96% dorosłych objętych programem woda pitna w domu pochodzi z ujęcia miejskiego, a jedynie 4% korzysta z wody pozyskiwanej z własnego ujęcia.

Znaczna grupa mieszkańców Powiatu Świdwińskiego - 27% narażonych jest na oddziaływanie czynników szkodliwych (azbest w najbliższym otoczeniu, przebywanie pod linią wysokiego napięcia, inne czynniki). Zdecydowana większość (59%) zgłaszająca narażenie w miejscu zamieszkania na występowanie szkodliwych czynników, w pytaniu ankietowym zazaczyła odpowiedź „azbest w najbliższym otoczeniu”, a 41% „przebywanie pod linią wysokiego napięcia” lub „inne szkodliwe czynniki”.

Na wykresie nr 3.22. przedstawiono występowanie szkodliwych czynników w bliskim otoczeniu respondentów.

Wykres 3.22. Narażenie na czynniki szkodliwe.



Źródło: Opracowanie własne w oparciu o dane ankietowe w ramach projektu „Równe szanse w zdrowiu – program profilaktyki i promocji zdrowia w Powiecie Świdwińskim”. 2015 rok.

Wśród czynników szkodliwych sprzyjających powstawaniu schorzeń układu pokarmowego wyszczególniono palenie tytoniu i spożywanie alkoholu (1 raz w tygodniu i częściej).

W badanej grupie 32% to osoby palące papierosy, w tym 43,6 % jest kobiet i 56,4 % mężczyzn palących. Odsetek kobiet palących, dla Powiatu Świdwińskiego 29,0 % ogółu badanych kobiet w wieku 18-70 lat, a odsetek mężczyzn palących 37,5 %.

Z „Raportu ogólnopolskiego badania ankietowego na temat postaw wobec palenia tytoniu” TNS Polska dla Głównego Inspektora Sanitarnego opracowanego w 2013 roku wynika, że odsetek osób palących to 27% w tym 57% palących to mężczyźni i 43% kobiet. W porównaniu z tymi danymi odsetek osób palących zamieszkujących teren Powiatu Świdwińskiego jest o 5% wyższy od odsetka dla całego kraju, przy zbliżonej strukturze osób palących ze względu na płeć.

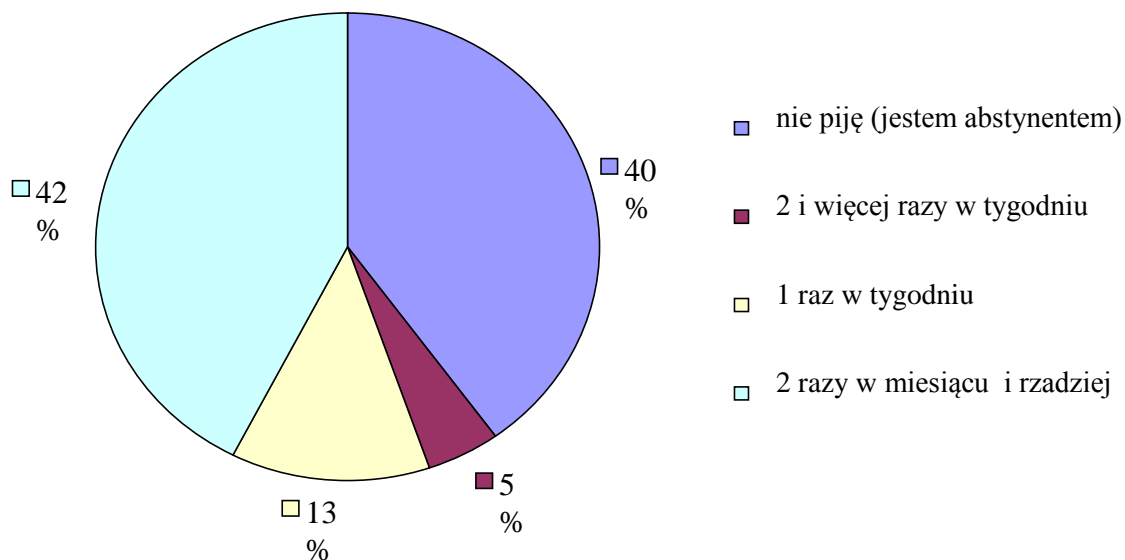
W związku ze specyfiką Powiatu Świdwińskiego, w którym nie ma aglomeracji miejskich pow. 50 tys. mieszkańców uzyskane dane można odnieść do ogólnokrajowych danych opisujących strukturę palaczy w zależności od miejsca zamieszkania. Wśród ogółu Polaków zamieszkujących miasta do 100 tys. mieszkańców osoby palące to 33% mężczyzn i 23% kobiet, a wśród zamieszkujących tereny wiejskie to 29% mężczyzn i 23% kobiet. Największą

statystyczną grupę „palaczy” stanowią osoby z wykształceniem średnim i zasadniczym zawodowym, pozostające bez pracy w wieku 30-39 lat.

Analizując wyniki badań w zakresie częstości spożywania alkoholu, które wskazują na występowanie problemu alkoholowego należy podkreślić, że odpowiedzi respondentów odbiegają od ogólnopolskich badań w tym zakresie. Odpowiedzi te nie mogą posłużyć do oceny stanu zagrożeń społecznych i postawienia diagnozy problemowej. Z uwagi na fakt, iż są to dane szczególnie wrażliwe, często ukrywane nawet przed najbliższym otoczeniem forma ankiety imiennej nie pozwala na uzyskanie pełnych i wiarygodnych informacji.

Dane uzyskane w ramach badań ankietowych grupy wiekowej 18-70 lat w Powiecie Świdwińskim przedstawiono na wykresie nr 3.23. Jedynie 5% badanych przyznaje, iż spożywa alkohol dwa razy w tygodniu, pijąc w sposób zwiększający prawdopodobieństwo wystąpienia szkód zdrowotnych, psychologicznych i społecznych. Wśród osób potwierdzających nadużywanie alkoholu 85,5% to mężczyźni i 14,5 % to kobiety. Z danych ogólnopolskich wynika, że wśród osób pijących w sposób ryzykowny (zwiększający ryzyko uzależnienia się i wystąpienia szkód zdrowotnych) 76% to mężczyźni i 24% to kobiety.⁷⁸

Wykres 3.23. Spożywanie alkoholu przez osoby w wieku 18-70 lat.



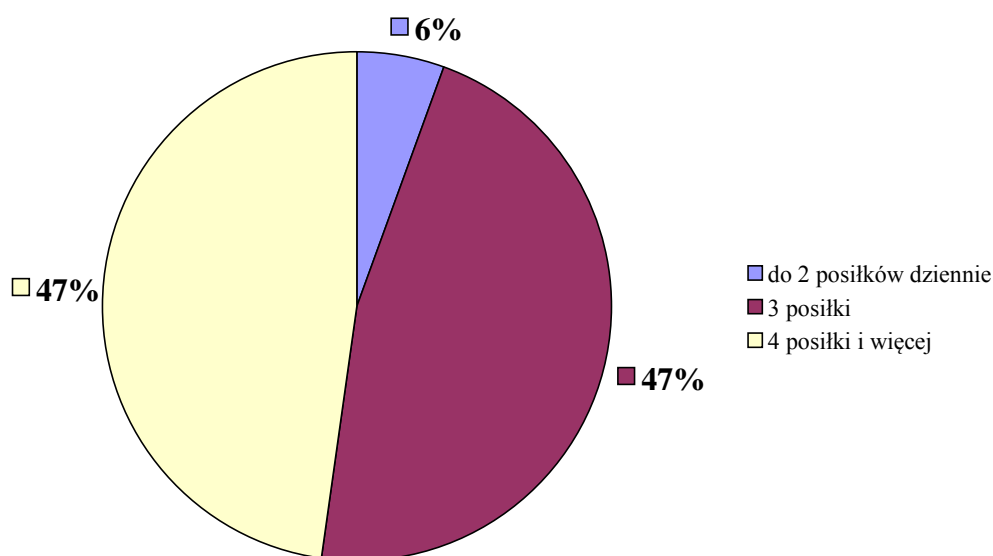
Źródło: Opracowanie własne w oparciu o dane ankietowe w ramach projektu „Równe szanse w zdrowiu – program profilaktyki i promocji zdrowia w Powiecie Świdwińskim”. 2015 rok.

⁷⁸ Badania wykonane przez Fundację Centrum Badania Opinii Społecznej w Warszawie w 2008 roku na zlecenie PARPA pt. „Wzory konsumpcji alkoholu w Polsce.”

Z danych statystycznych GUS opublikowanych w 2015 roku wynika, że całkowitą abstynencję deklaruje 28% badanych. Z analizy odpowiedzi udzielonych przez mieszkańców Powiatu Świdwińskiego wynika, iż odsetek abstynentów jest znacznie wyższy i sięga 40% ogółu badanych. Z uwagi na zastosowaną formę ankiety imiennej, nie można uznać iż wyniki te odzwierciedlają stan faktyczny. Ponadto, zgodnie z wypełnioną ankietą 42% dorosłych objętych programem deklaruje, iż spożywa alkohol nie częściej niż 2 razy w miesiącu. Z kolei 13% potwierdza picie alkoholu 1 raz w tygodniu.

Na stan zdrowia, ma znaczący wpływ sposób odżywiania się. W przeprowadzonym badaniu ankietowym w grupie wiekowej 18-70 lat uwzględniono pytania odnoszące się zarówno do ilości posiłków spożywanych w ciągu dnia jak do ich różnorodności. Wyniki zaprezentowane zostały na wykresie nr 3.24.

Wykres 3.24. Ilość posiłków spożywanych w ciągu dnia.



Źródło: Opracowanie własne na przykładzie danych uzyskanych z analizy ankiet w ramach projektu „Równe szanse w zdrowiu – program profilaktyki i promocji zdrowia w Powiecie Świdwińskim”

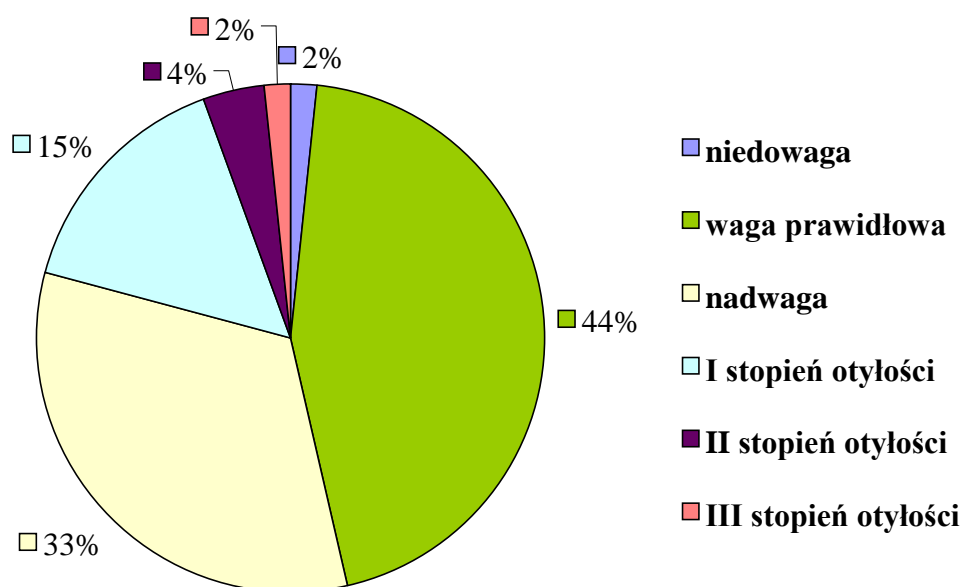
Zgodnie z udzielonymi odpowiedziami 47% dorosłych objętych badaniem deklaruje, że spożywa 3 posiłki w ciągu dnia i taki sam odsetek deklaruje spożywanie 4 posiłków i więcej. Z kolei 6% respondentów oświadczyło, iż spożywa jedynie dwa posiłki w ciągu dnia. Ponadto 84% badanych dorosłych uważa, iż stosowana przez nich dieta jest zróżnicowana. Mniejszość (16%) badanych ocenia swój sposób odżywiania jako mało-zróżnicowany.

Zasadami racjonalnej diety są: różnorodność spożywanych produktów, w tym produkty jak najmniej przetworzone, dostarczanie organizmowi odpowiedniej ilości błonnika pokarmowego, spożywanie codziennie dużej ilości warzyw i owoców, ograniczenie jedzenia produktów bogatych w tłuszcze zwierzęce oraz pokarmów bogatych w cukry proste, ograniczenie spożycia soli oraz odpowiednie nawadnianie organizmu.

Należy pamiętać, że zdrowa dieta wraz z aktywnością fizyczną jest niezwykle ważna dla utrzymania dobrego stanu zdrowia. Pozwala uniknąć wielu chorób, które niejednokrotnie rozwijają się przez wiele lat w organizmie, jako skutek spożywania zbyt dużej lub niewystarczającej ilości określonych składników pokarmowych. Odpowiednia dieta bywa również często podstawową metodą leczenia wielu chorób i dolegliwości.

W ramach przeprowadzonych badań populacji w wieku 18-70 lat dokonano analizy wskaźnika BMI - wskaźnik masy ciała (ang. *Body Mass Index (BMI)*); również: *wskaźnik Queteleta II*) – współczynnik powstały przez podzielenie masy ciała podanej w kilogramach przez kwadrat wysokości podanej w metrach. Dane statystyczne zostały przedstawione na wykresie nr 3.25.

Wykres 3.25. Wskaźnik BMI w badanej populacji osób w wieku 18-70 lat.



Źródło: Opracowanie własne w oparciu o dane ankietowe w ramach projektu „Równe szanse w zdrowiu – program profilaktyki i promocji zdrowia w Powiecie Świdwińskim”. 2015 rok.

W oparciu o wskaźnik BMI, w badanej populacji 44% osób ma wagę prawidłową. Co trzecia osoba badana, co odpowiada wynikom badań ogólnopolskich ma nadwagę. Większość

dorośli respondentów (54%) ma zbyt wysoki wskaźnik BMI, który świadczy o nadwadze lub otyłości. Wśród ogółu badanych osoby otyłe stanowią 21%; 15% to osoby z I stopniem otyłości, u 4% badanych stwierdzono otyłość kliniczną, a 2% osób jest skrajnie otyłych. Ponadto 2% badanych jest niedożywionych i ich BMI jest poniżej 18,5 BMI.

BMI < 18,5 – niedowaga

BMI 18,5-24,99 waga prawidłowa

BMI 25,0–29,99 – nadwaga

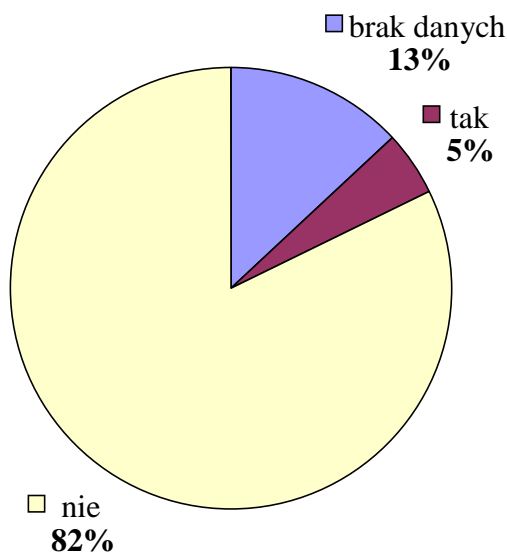
BMI 30,0–34,99 – I stopień otyłości

BMI 35,0–39,99 – II stopień otyłości (otyłość kliniczna)

BMI \geq 40,0 – III stopień otyłości (skrajna otyłość)

Z uzyskanych danych wynika, iż nadwaga i otyłość stanowią duży problem zdrowotny w Powiecie Świdwińskim, zwiększając tym samym ryzyko powstawania chorób przewlekłych, w tym cukrzycy, chorób układu krążenia, chorób układu pokarmowego i wielu innych.

Wykres 3.26. Zachorowalność na cukrzycę wśród osób w wieku 18-70 lat

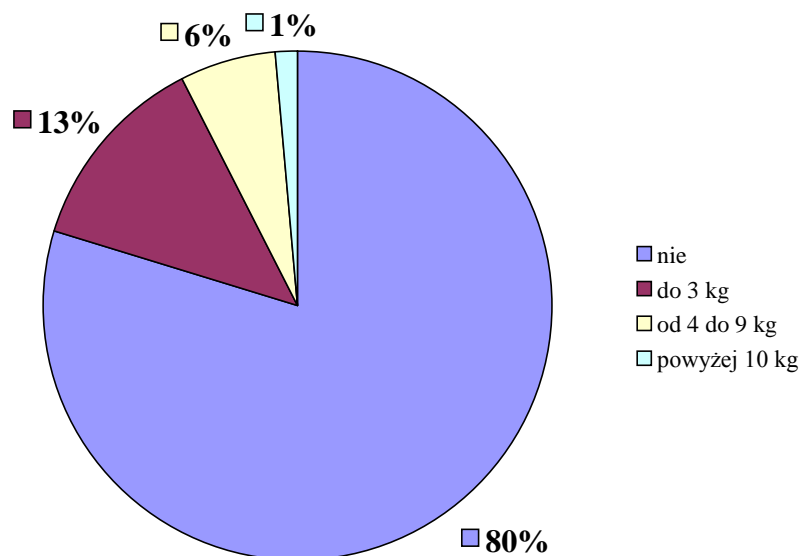


Źródło: Opracowanie własne w oparciu o dane ankietowe w ramach projektu „Równe szanse w zdrowiu – program profilaktyki i promocji zdrowia w Powiecie Świdwińskim”. 2015 rok.

Zgodnie z informacjami uzyskanymi na podstawie ankiet, 5% osób ma zdiagnozowaną cukrzycę. Pozostała część badanych podaje, iż nie cierpi na cukrzycę - 82%, lub nie udzieliła odpowiedzi -13%.

Analizie poddano również spadek masy ciała respondentów w ciągu ostatnich 3 miesięcy a dane procentowe przedstawiono w formie wykresu nr 3.27.

Wykres 3.27. Spadek masy ciała u respondentów w ciągu ostatnich 3 miesięcy



Źródło: Opracowanie własne w oparciu o dane ankietowe w ramach projektu „Równe szanse w zdrowiu – program profilaktyki i promocji zdrowia w Powiecie Świdwińskim”. 2015 rok.

Spadek masy ciała może być wynikiem celowych wysiłków (stosowania diety) mających na celu utratę zbędnych kilogramów lub rzadziej objawem chorobowym. Analizując ewentualny spadek masy ciała u osób objętych programem w przedziale wieku 18-70 lat, na podstawie zweryfikowanych ankiet otrzymano informację, iż 80% ankietowanych nie stwierdziło u siebie spadku wagi w ciągu ostatnich trzech miesięcy. 13% zauważyło spadek do 3 kg, 6% od 4 kg do 9 kg, z kolei 1%, czyli co 100 osoba objęta programem schudła w ciągu ostatnich trzech miesięcy powyżej 10 kg.

W części ankiety odnoszącej się do zagrożeń środowiskowych i czynników sprzyjających powstawaniu chorób układu pokarmowego osoby badane zapytano o odczuwanie dolegliwości ze strony układu pokarmowego w ciągu ostatniego miesiąca. Co czwarty respondent nie udzielił odpowiedzi na to pytanie. Spośród osób, które udzieliły odpowiedzi 18% potwierdziło odczuwanie różnego rodzaju dolegliwości gastrycznych.

Do badań przesiewowych w kierunku zaburzeń pokarmowych u osób dorosłych, u których występowały wyżej opisane czynniki ryzyka zakwalifikowano w ramach projektu 1163 osoby. Spośród osób objętych programem w obszarze - panel „B” na badania laboratoryjne zgłosiło się 664 osoby, co odpowiadało 57% osób zakwalifikowanych do

badan. Na podstawie weryfikacji wyników badan laboratoryjnych przez lekarza, na konsultacje internistyczna skierowane zostaly 303 osoby, co stanowi 45,6% osob, ktore wykonaly badania laboratoryjne. Na konsultacje internistyczna zglosilo sie 95,7% skierowanych. Na dalszym etapie, na konsultacje dietyka skierowano 146 osob. Dla kazdej osoby zaplanowano mozliwosc skorzystania z czterech konsultacji. Udzielono w sumie 144 konsultacje dietyka.

Wnioski i obserwacje z konsultacji dietycznych.

1. Najwieksza grupe osob, ktore trafilaly na konsultacje dietyczne stanowiły osoby w przedziale wiekowym 55-65 lat. Niewielki odsetek stanowiły osoby mlode ponizej 20 roku zycia, troche wiecej zdarzalo sie osob w wieku 25-30 lat.
2. Wszystkie skonsultowane osoby byly otyle, wskaźnik BMI przekraczal 30. Niestety bardzo czesto byla to otylosc skrajna i olbrzymia co swiadczylo o powaznych zaniedbaniach dotyczacych prowadzonej diety. Co za tym idzie powiklaniami otylosci byly wszelkie choroby dietozalezne i w 90% badanych przypadkow ten schemat potwierdzal sie. Dużemu stopniowi otylosci towarzyszyła wielochorobowosc, co znacznie ograniczalo zdolnosc do adaptacji do nowej diety.
3. Najczestszymi schorzeniami spotykanymi u osob z grup badawczych bylo: nadciśnienie tętnicze, hipercholesterolemia i wszelkie jej powikłania, cukrzyca typu 2, dna moczanowa, choroby serca, choroby układu ruchu, astma oskrzelowa.
4. Analizujac nawyki zywieniowe przekazane przez pacjenta podczas konsultacji oraz zawarte w prowadzonym dzienniku zywieniowym mozna zaobserwować wiele błędów. Wiecezosc pacjentów jadala nieregularnie, co prowadzilo do podjadania miedzy posilkami, preferowano potrawy bogatotluszczowe, bogatocukrowe i przetworzone. Dominowaly nawyki tradycyjnej kuchni polskiej czyli smazenie na tluszczu z zastosowaniem panirek, czesto pojawialy sie potrawy mączne typu pierogi, kluski itp., zupy byly zagęszczone i zabelane mąką oraz śmietaną. Miedzy posilkami pojawialy sie slodyczne lub slone przekaski co wplywalo na zaburzenia kalorycznoscii diety. Problem stanowiły uzywki czyli glównie kawa i papierosy ale również czesto regularnie wypijany alkohol. Z obserwacji wynikało, że pacjenci zjadali bardzo malo warzyw i owoców w formie surowej. Warzywa czesto jesli sie pojawialy to również przyrządzone w tradycyjny sposob czyli kalafior z bułką tartą na maśle co nie wplywalo pozytywnie na organizm. Owoce byly zjadane chętniej ale pewna grupa osob miała problem z opanowaniem ilosci owoców i zjadala ich zdecydowanie za

dużo, szczególnie wieczorami, co przy nadmiernej masie ciała nie wpływa pozytywnie z powodu zbyt dużej ilości cukru.

5. Podstawowym błędem popełnianym przez praktycznie wszystkich pacjentów był brak nawyku picia wody. Bardzo często deklarowano wypijanie dużych ilości kawy i herbaty oraz słodkich soków, kompotów i napojów gazowanych ale spożycie samej wody było ograniczone.
6. Bardzo dużym problemem był brak aktywności fizycznej. Niewiele osób deklarowało uprawianie jakiegokolwiek rodzaju sportu (aktywności), w większości były to tylko podstawowe prace domowe, które nie zapewniają dodatkowego ruchu. Istniała wyraźna niechęć do ruchu spowodowana głównie mniejszą sprawnością osób otyłych. Dodatkowym problemem były choroby układu ruchu, schorzenia kręgosłupa, problemy z krążeniem na tle miażdżycowym co skutecznie ograniczało możliwości ruchu i wydolność pacjenta.
7. Nastawienie do proponowanych zmian było na początku dość chłodne, pacjenci sceptycznie podchodzili do konsultacji i zmiany trybu życia, ale po pierwszych 2 tygodniach, kiedy widzieli rezultaty w postaci lepszego samopoczucia i czasami już niższej wagi, nabierali ochoty na dalszą współpracę i przestrzeganie diety.
8. Wśród grupy kilkunastu osób, które skończyły pełen pakiet 4 konsultacji właściwie nie było osoby, która nie schudła. Ilość straconych kilogramów była różna w zależności również od chorób współtowarzyszących, ale efekty można uznać za zadowalające. Największy zanotowany spadek wagi to ponad 9 kg w okresie 2 miesięcy. Osoby, które wykazywały mniejsze spadki wagi kończyły kurację z zaleceniami dalszej diagnostyki zazwyczaj w poradni chorób metabolicznych lub u innych specjalistów jeśli zachodziła taka potrzeba.
9. Pacjenci, którzy widzieli rezultaty swojej pracy byli zaangażowani, chętni do współpracy i twierdzili, że nie zakończą dalszej pracy nad sobą nawet po zakończeniu regularnych kontroli dietetycznych.
10. Niewielka grupa osób sceptycznie podchodziła do działań z zakresu profilaktyki, nie wierząc w ideę promocji zdrowia i nie wykazując chęci współpracy, jednak grupa ta stanowiła niewielki odsetek pacjentów.
11. Konsultacje dietetyczne odniosły pozytywne skutki u osób, które przeszły cały pakiet 4 spotkań. Wiele osób odbyło tylko 1 lub 2 wizyty z powodu zakończenia realizacji projektu, dlatego trudno wyrokować jakie mogłyby być efekty, ale na pewno zyskali pewną wiedzę, która mogli wprowadzić w życie.

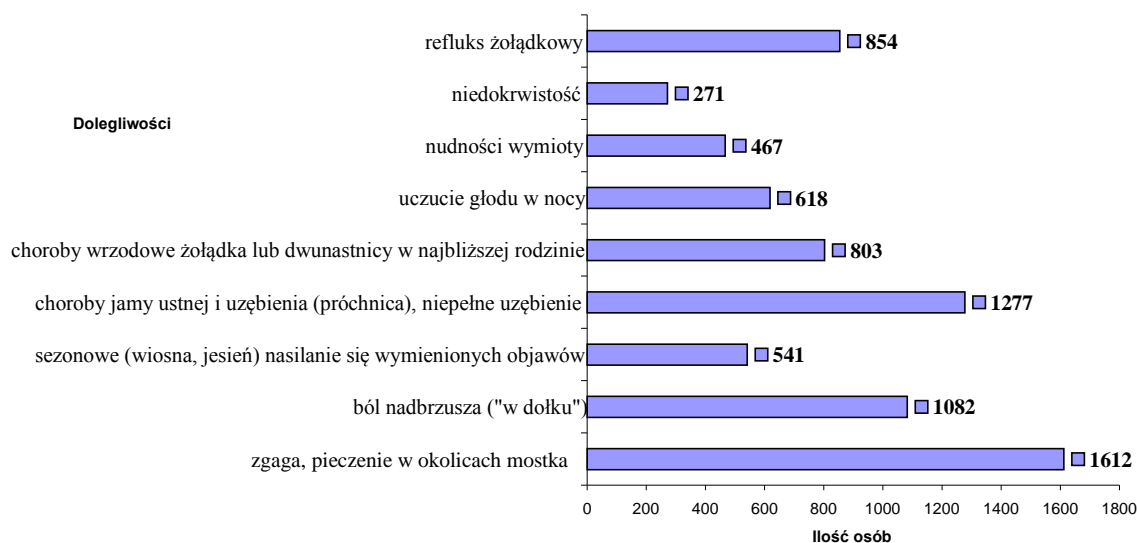
Z kwalifikacji ze względu na występowanie zagrożeń środowiskowych, czynników sprzyjających powstawaniu schorzeń układu pokarmowego, nadwagi, otyłości wynikają następujące wnioski:

1. 27% respondentów jest narażonych na czynniki szkodliwe w miejscu zamieszkania (w tym 59% podaje „azbest w najbliższym otoczeniu” a 41% - „przebywanie pod linią wysokiego napięcia);
2. co trzeci dorosły mieszkaniec Powiatu Świdwińskiego pali papierosy; wśród osób palących jest 43,6 % jest kobiet i 56,4 % mężczyzn;
3. 40% respondentów w przeprowadzonym badaniu podaje się za abstynentów;
4. zaledwie 5% badanych przyznaje się do picia alkoholu 2-3 razy w tygodniu;
5. 94% dorosłych spożywa 3 i więcej posiłków dziennie;
6. 84% badanej populacji deklaruje stosowanie zróżnicowanej diety;
7. 54% respondentów ma zbyt wysoki wskaźnik BMI, 33% badanych to osoby z nadwagą, a 17% to osoby otyłe;
8. 20% badanych stwierdziło spadek masy ciała w ciągu ostatnich 3 miesięcy;
9. 5% ogółu respondentów potwierdza zdiagnozowana u siebie cukrzycę;
10. 18% osób udzielających odpowiedzi potwierdziło odczuwanie różnego rodzaju dolegliwości gastrycznych w ciągu ostatniego miesiąca;
11. 96% dorosłej populacji, korzysta z wody pochodzącej z ujęcia miejskiego/gminnego;

3.3.3. Badania przesiewowe w kierunku choroby wrzodowej żołądka i dwunastnicy u osób w wieku 18-70 lat – panel „C”.

Na podstawie wyników badań ankietowych, przeprowadzonych w formie wywiadu medycznego wyszczególniono szereg typowych objawów dla choroby wrzodowej żołądka i dwunastnicy. Przy kwalifikacji do dalszych badań brano pod uwagę występowanie kilku objawów jednocześnie, występowanie choroby wrzodowej żołądka lub dwunastnicy w najbliższej rodzinie oraz negatywny wpływ czynników środowiskowych. Uzyskane wyniki w ujęciu ilościowym zostały przedstawione na wykresie 3.28.

Wykres 3.28. Dolegliwości charakterystyczne dla choroby wrzodowej żołądka lub dwunastnicy.



Źródło: Opracowanie własne w oparciu o dane ankietowe w ramach projektu „Równe szanse w zdrowiu – program profilaktyki i promocji zdrowia w Powiecie Świdwińskim”. 2015 rok.

Łącznie dolegliwości zgłosiły 3222 osoby co stanowi 49% ogółu badanych. Odsetek potwierdzanych przez respondentów w grupie wiekowej 18-70 dolegliwości, począwszy od najczęściej do najrzadziej wykazywanych wynosi:

- 24,6 % - zgaga, pieczenie w okolicach mostka;
- 19,5 % - choroby jamy ustnej i uzębienia (próchnica), niepełne uzębienie;
- 16,5 % - bóle nadbrzusza (ból „w dołku”);
- 13,0 % - refluks żołądkowy;
- 12,2 % - choroby wrzodowe żołądka i dwunastnicy w najbliższej rodzinie – *osoby te zostały zakwalifikowane dodatkowo do wykonania badań genetycznych w ramach programu;*
- 9,4 % - uczucie głodu w nocy;
- 8,2 % - sezonowe nasilanie się objawów wymienionych w ankiecie,
- 7,1 % - nudności, wymioty;
- 4,1 % - niedokrwistość.

Tabela 3.5. Stopień nasilenia dolegliwości w grupie wiekowej 18-70 lat – choroba wrzodowa żołądka i dwunastnicy.

Ilość dolegliwości zgłaszanych jednocześnie	Liczba osób	Udział %
Jedna	1393	43,2 %
Dwie	673	20,9 %
Trzy	508	15,8 %
Cztery	290	9,0 %
Kwalifikacja bezwzględna do dalszych badań w kierunku choroby wrzodowej żołądka i dwunastnicy	358	11,1 %
Pięć	183	5,7 %
Sześć	87	2,7 %
Siedem	53	1,6 %
Osiem	23	0,7 %
Dziewięć	12	0,4 %
OGŁEM	3222	100 %

Źródło: Opracowanie własne w oparciu o dane ankietowe w ramach projektu „Równe szanse w zdrowiu – program profilaktyki i promocji zdrowia w Powiecie Świdwińskim”. 2015 rok.

W wyniku dokonanej analizy wywiadu medycznego w postaci ankiety imiennej do dalszych badań w kierunku choroby wrzodowej żołądka i dwunastnicy zakwalifikowane zostały 674 osoby, w tym 358 osób z kwalifikacji bezwzględnej (nasilenie objawów chorobowych) i 316 osób z kwalifikacji dokonanej w oparciu o zgłaszane objawy chorobowe oraz wskazania środowiskowe. W ramach programu badania laboratoryjne oraz test na obecność *Helicobacter pylori* wykonano 606 osobom. Spośród osób objętych programem w obszarze - panel „C” na badania laboratoryjne zgłosiło się 89,9 % osób zakwalifikowanych. W wyniku przeprowadzonych badań, wśród osób zgłaszających dolegliwości wskazujących na chorobę wrzodową żołądka i dwunastnicy u 26,5 % wykryto *Helicobacter pylori*.

Na podstawie weryfikacji wyników badań laboratoryjnych przez lekarza, na konsultację internistyczną skierowane zostały 223 osoby co stanowi 36,85 % osób, które wykonały badania laboratoryjne. Na konsultację internistyczną zgłosiło się 98,6% skierowanych. Na podstawie wykonanych badań i konsultacji na badania endoskopowe skierowanych zostało 119 osób.

Odsetek osób zgłaszających objawy choroby wrzodowej żołądka i dwunastnicy, wg. grup wiekowych:

- 38% - ogółu osób w wieku 18-30 lat,
- 21% - ogółu osób w wieku 31-40 lat,

- 19% - ogółu osób w wieku 41-50 lat,
- 24% - ogółu osób w wieku 51-60 lat,
- 19% - ogółu osób 61-70 letnich.

Zdecydowana większość (62,5%) respondentów zgłaszających dolegliwości to kobiety, 37,5% stanowili mężczyźni. Ze względu na miejsce zamieszkania, osoby zamieszkujące tereny wiejskie o 5% rzadziej zgłaszały dolegliwości ze strony żołądka i dwunastnicy, niż mieszkańcy miast.

W wyniku analizy danych zaobserwowano wzrost odsetka osób zgłaszających dolegliwości w zależności od wzrostu poziomu wykształcenia:

- 45% - ogółu osób z wykształceniem podstawowym i gimnazjalnym zgłaszało dolegliwości,
- 46% - ogółu osób z wykształceniem zasadniczym zawodowym zgłaszało dolegliwości,
- 48% - ogółu osób z wykształceniem średnim zgłaszało dolegliwości,
- 50% - ogółu osób z wykształceniem wyższym zgłaszało dolegliwości.

Wśród osób palących, aż 59% zgłasza dolegliwości wskazujące na chorobę wrzodową żołądka lub dwunastnicy, wśród niepalących odsetek ten wynosi 44%. Osoby palące znacznie częściej zgłaszają dolegliwości ze strony żołądka i dwunastnicy z uwagi na wprowadzenie do układu pokarmowego wraz dymem tytoniowym szkodliwych związków, zaburzających wydzielanie kwasu solnego i pepsyn, a tym samym podrażniających błonę śluzową żołądka. U osób palących obserwuje się nasilenie objawów choroby wrzodowej żołądka i dwunastnicy oraz choroby refluksowej i zmniejszenie efektywności leczenia tych chorób.

Z kwalifikacji w kierunku choroby wrzodowej żołądka lub dwunastnicy wynikają następujące wnioski:

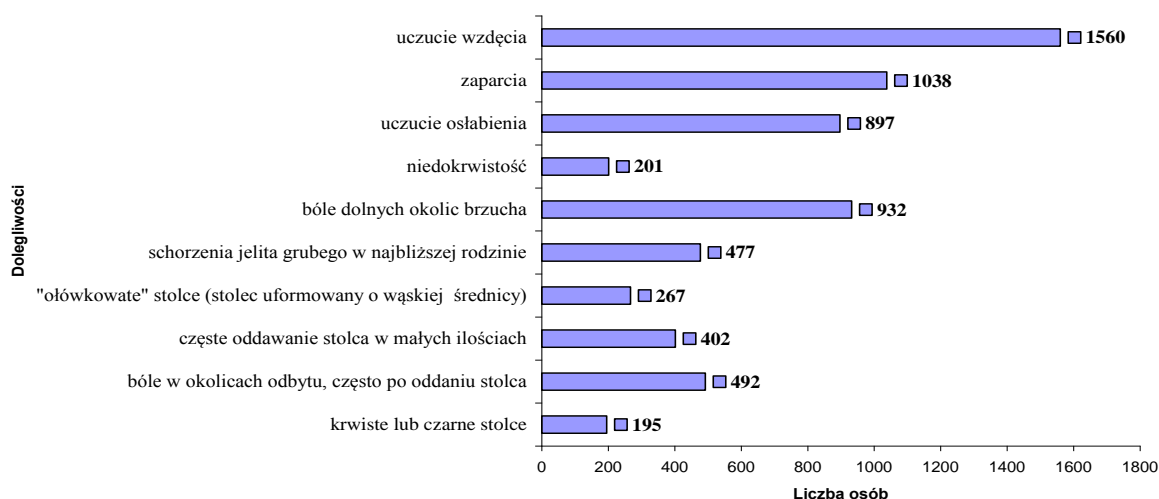
1. 49 % ogółu badanych zgłaszało dolegliwości charakterystyczne dla choroby wrzodowej żołądka lub dwunastnicy;
2. osoby najczęściej zgłaszające dolegliwości charakterystyczne dla choroby wrzodowej wątroby lub dwunastnicy reprezentowały grupę wiekową 18-30 lat - 38%;
3. do najczęściej zgłaszanych dolegliwości należą: 24,6 % - zgaga, pieczenie w okolicach mostka, 16,5 % - bóle nadbrzusza (ból „w dołku”), 13,0 % - refluks żołądkowy;

4. 19,5 % - osób badanych zgłasza występowanie chorób jamy ustnej i uzębienia (próchnica), niepełne uzębienie;
5. co dziesiąta osoba odczuwa duże nasilenie dolegliwości ze strony układu pokarmowego (5 -9 objawów choroby wrzodowej żołądka lub dwunastnicy);
6. wśród osób zgłaszających dolegliwości wskazujących na chorobę wrzodową żołądka i dwunastnicy, u 26,5 %, wykryto *Helicobacter pylori*;
7. wśród osób palących, aż 59% zgłasza dolegliwości wskazujące na chorobę wrzodową żołądka lub dwunastnicy.

3.3.4. Badania przesiewowe w kierunku schorzeń jelita grubego u osób w wieku 18-70 lat – panel „D”.

Po poddaniu analizie wyników badań ankietowych, przeprowadzonych w formie wywiadu medycznego wyszczególniono szereg typowych objawów dla schorzeń jelita grubego. Przy kwalifikacji do dalszych badań brano pod uwagę występowanie kilku objawów jednocześnie, występowanie schorzeń jelita grubego w najbliższej rodzinie oraz negatywny wpływ czynników środowiskowych. Uzyskane wyniki w ujęciu ilościowym zostały przedstawione na wykresie 3.29.

Wykres 3.29. Dolegliwości charakterystyczne dla schorzeń jelita grubego.



Źródło: Opracowanie własne w oparciu o dane ankietowe w ramach projektu „Równe szanse w zdrowiu – program profilaktyki i promocji zdrowia w Powiecie Świdwińskim”. 2015 rok.

Łącznie dolegliwości zgłosiło 2671 osób co stanowiło 40,7% ogółu respondentów. Odsetek podawanych przez respondentów w grupie wiekowej 18-70 lat dolegliwości, począwszy od najczęściej do najrzadziej występujących wynosi:

- 23,7 % - uczucie wzdęcia,
- 15,8 % - zaparcia,
- 14,2 % - bóle dolnych okolic brzucha,
- 13,7% - uczucia osłabienia,
- 7,5 % - bóle w okolicach odbytu, często po oddaniu stolca,
- 7,3 % - schorzenia jelita grubego w najbliższej rodzinie – *osoby te zostały zakwalifikowane dodatkowo do wykonania badań genetycznych w ramach programu;*
- 6,1 % - częste oddawanie stolca w małych ilościach,
- 4,1 % - „ołówkowate” stolce,
- 3,1 % - niedokrwistość,
- 3,0 % - krwiste lub czarne stolce.

Zwraca uwagę stosunkowo wysoki (22 %) odsetek osób z zaburzeniami wydalania: zgłaszających zaparcia, częste oddawanie stolca w małych ilościach wraz z towarzyszącym uczuciem wzdęcia. Wśród respondentów co dziesiąty podaje występowanie objawów alarmowych, wskazujących na konieczność przeprowadzenia szybkiej diagnostyki w postaci kolonoskopii celem wyeliminowania lub zdiagnozowania choroby nowotworowej jelita grubego. Są to osoby zgłaszające występowanie „ołówkowatych” stolców, niedokrwistości, krwistych lub smolistych stolców.

Objawy ze strony jelita grubego korelują z występowaniem patologii w postaci zaburzeń czynnościowych, zaburzeń organicznych (żylaki odbytu, choroba uchyłkowa, polipy, guzy itd.). Zmiany organiczne w postaci małych polipów często nie dają żadnych dolegliwości klinicznych.

Tabela 3.6. Stopień nasilenia dolegliwości w grupie wiekowej 18-70 lat – choroby jelita grubego.

Ilość dolegliwości zgłaszanych jednocześnie	Liczba osób	Udział %
Jedna	1085	40,6 %
Dwie	623	23,3 %
Trzy	337	14,1 %
Cztery	257	9,6 %
Kwalifikacja bezwzględna do dalszych badań w kierunku schorzeń jelita grubego.	329	12,3 %
Pięć	160	6,0 %
Sześć	80	3,0 %
Siedem	49	1,8 %
Osiem	17	0,6 %
Dziewięć	18	0,7 %
Dziesięć	5	0,2%
OGŁEM	2671	100 %

Źródło: Opracowanie własne w oparciu o dane ankietowe w ramach projektu „Równe szanse w zdrowiu – program profilaktyki i promocji zdrowia w Powiecie Świdwińskim”. 2015 rok.

W wyniku dokonanej analizy wywiadu medycznego w postaci ankiety imiennej do dalszych badań w kierunku chorób jelita grubego zakwalifikowane zostały 541 osób, w tym 329 osób z kwalifikacji bezwzględnej (nasilenie objawów chorobowych) i 213 osób z kwalifikacji dokonanej w oparciu o zgłaszane objawy chorobowe oraz wskazania środowiskowe. W ramach projektu badania laboratoryjne oraz test na obecność krwi utajonej w kale wykonano 392 osobom. Spośród osób objętych programem w obszarze - panel „D” na badania laboratoryjne zgłosiło się 72,3 % osób zakwalifikowanych.

Na podstawie weryfikacji wyników badań laboratoryjnych przez lekarza, na konsultację internistyczną skierowanych zostało 155 osób, co stanowi 39,5 % osób, które wykonały badania laboratoryjne. Na konsultację internistyczną zgłosiło się 96,1% skierowanych. Na podstawie wykonanych badań i konsultacji na badania kolonoskopii skierowane zostały 44 osoby.

Odsetek osób zgłaszających objawy schorzeń jelita grubego wg. grup wiekowych:

- 32% - ogółu osób w wieku 18-30 lat,
- 21% - ogółu osób w wieku 31-40 lat,
- 19% - ogółu osób w wieku 41-50 lat,
- 23% - ogółu osób w wieku 51-60 lat,
- 19% - ogółu osób 61-70 letnich.

Zdecydowana większość (68,9%) respondentów zgłaszających dolegliwości to kobiety, 31,1% stanowili mężczyźni. Ze względu na miejsce zamieszkania, osoby zamieszkujące tereny wiejskie o 1% częściej rzadziej zgłaszały dolegliwości ze strony jelita grubego, niż mieszkańcy miast.

W wyniku analizy danych zaobserwowano wzrost odsetka osób zgłaszających dolegliwości w zależności od wzrostu poziomu wykształcenia:

- 33 % - ogółu osób z wykształceniem podstawowym i gimnazjalnym zgłaszało dolegliwości,
- 35 % - ogółu osób z wykształceniem zasadniczym zawodowym zgłaszało dolegliwości,
- 40 % - ogółu osób z wykształceniem średnim zgłaszało dolegliwości,
- 50 % - ogółu osób z wykształceniem wyższym zgłaszało dolegliwości.

Poniżej zestawiono dane statystyczne umożliwiające wyszczególnienie grup respondentów ze względu na wykonywany rodzaj pracy i aktywność zawodową:

- 49 % - ogółu osób wykonujących prace umysłowe, (narażone na długotrwałe przebywanie w pozycji siedzącej),
- 45 % - ogółu osób prowadzących gospodarstwo rolne,
- 42 % - ogółu osób nieaktywnych zawodowo (emerytów, rencistów, bezrobotnych, osób sprawujących opiekę nad dzieckiem lub osobą starszą w domu),
- 36 % - ogółu osób z wykonujących pracę fizyczną.

Z kwalifikacji w kierunku chorób jelita grubego wynikają następujące wnioski:

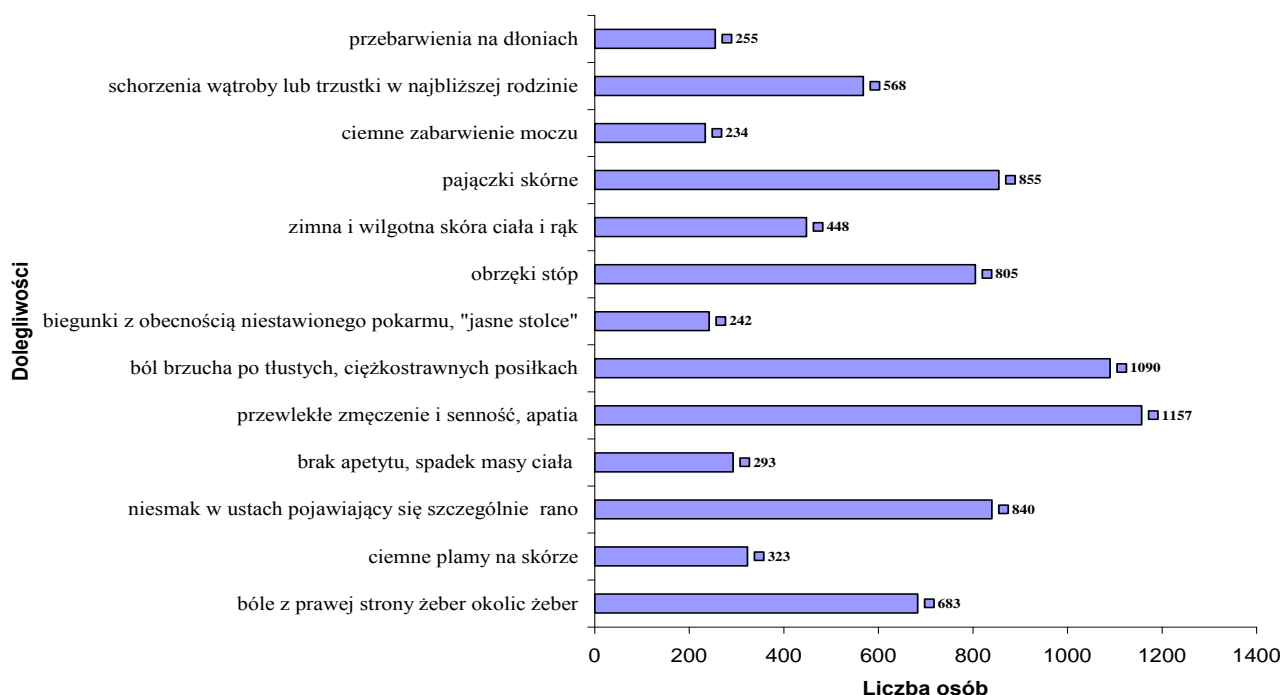
1. 41 % ogółu badanych zgłaszało dolegliwości charakterystyczne dla schorzeń jelita grubego;
2. do najczęściej zgłaszanych dolegliwości należą: 23,7 % - uczucie wzdęcia, 15,8 % - zaparcia, 14,2 % - bóle dolnych okolic brzucha;
3. co dziesiąty respondent zgłasza objawy (alarmowe) wskazujące na poważne schorzenia jelita grubego, w tym: 4,1 % badanych zgłaszało objaw w postaci „ołówkowatego” stolca, 3,0 % krwiste lub czarne stolce, 3,0 % niedokrwistość;
4. osoby najczęściej zgłaszające dolegliwości charakterystyczne dla schorzeń jelita grubego reprezentowały grupę wiekową 18-30 lat – 32 %;
5. zdecydowana większość (68,9%) respondentów zgłaszających dolegliwości to kobiety;

6. 50 % - ogółu osób wykonujących prace umysłowe, (narażone na długotrwałe przebywanie w pozycji siedzącej), zgłaszało dolegliwości świadczące o schorzeniach jelita grubego;
7. 7,3 % respondentów zgłaszało występowanie schorzeń jelita grubego w najbliższej rodzinie.

3.3.5. Badania przesiewowe w kierunku schorzeń wątroby, trzustki i innych narządów jamy brzusznej u osób w wieku 18-70 lat – panel „E”.

Kolejną grupą wyodrębnioną i kwalifikowaną do badań przesiewowych były osoby zgłaszające dolegliwości charakterystyczne dla schorzeń trzustki, wątroby i innych narządów jamy brzusznej (np. nowotworów trzustki, ocena w kierunku stłuszczenia wątroby, i obecności innych zmian anatomicznych, kamice wątroby itp.). Uzyskane wyniki w ujęciu ilościowym zostały przedstawione na wykresie 3.30.

Wykres 3.30. Dolegliwości charakterystyczne dla schorzeń trzustki, wątroby i innych narządów jamy brzusznej.



Źródło: Opracowanie własne w oparciu o dane ankietowe w ramach projektu „Równe szanse w zdrowiu – program profilaktyki i promocji zdrowia w Powiecie Świdwińskim”. 2015 rok.

Łącznie dolegliwości zgłosiło 2790 osób co stanowiło 42,5% ogółu respondentów. Odsetek podawanych przez respondentów w grupie wiekowej 18-70 lat dolegliwości, począwszy od najczęściej do najrzadziej występujących wynosi:

- 17,6 % - przewlekłe zmęczenie, senność i apatię;
- 16,6 % ból brzucha po tłustych, ciężkostrawnych posiłkach;
- 13,0 % - pajączki skórne;
- 12,8 % - niesmak w ustach, pojawiający się szczególnie rano;
- 12,3% - obrzęki stóp;
- 10,4 % - bóle z prawej strony okolic żeber,
- 8,7 % - schorzenia wątroby lub trzustki w najbliższej rodzinie,
- 6,8% - zimna i wilgotna skóra ciała i rąk,
- 4,9 % - ciemne plamy na skórze,
- 4,5 % - brak apetytu, spadek masy ciała,
- 3,9 % - przebarwienia na dłoniach,
- 3,7 % - biegunki z obecnością niestrawionego pokarmu „jasne stolce”,
- 3,5 % - ciemne zabarwienie moczu.

Tabela 3.6. Stopień nasilenia dolegliwości w grupie wiekowej 18-70 lat – choroby trzustki, wątroby i innych narządów jamy brzusznej.

Ilość dolegliwości zgłaszanych jednocześnie	Liczba osób	Udział %
Jedna	981	35,2%
Dwie	620	22,2 %
Trzy	401	14,4 %
Cztery	280	10,0 %
Pięć	213	7,6%
Kwalifikacja bezwzględna do dalszych badań w kierunku schorzeń trzustki i wątroby.	295	10,6 %
Sześć	121	4,4 %
Siedem	64	2,3 %
Osiem	50	1,8 %
Dziewięć	27	1,0 %
Dziesięć	12	0,4 %
Jenaście	11	0,4 %
Dwanaście	4	0,1 %
Trzynaście	6	0,2 %
OGŁEM	2790	100 %

Źródło: Opracowanie własne w oparciu o dane ankietowe w ramach projektu „Równe szanse w zdrowiu – program profilaktyki i promocji zdrowia w Powiecie Świdwińskim”. 2015 rok.

W ankiecie, przeprowadzanej w formie wywiadu medycznego wyszczególniono szereg typowych objawów dla tej grupy schorzeń układu pokarmowego. Przy kwalifikacji do dalszych badań brano pod uwagę występowanie kilku objawów jednocześnie, występowanie schorzeń trzustki i wątroby w najbliższej rodzinie oraz negatywny wpływ czynników środowiskowych. Po weryfikacji odpowiedzi respondentów i dokonanej oceny i weryfikacji do dalszych badań w kierunku schorzeń trzustki, wątroby i innych narządów jamy brzusznej zakwalifikowane zostały 668 osoby, w tym 295 osób z kwalifikacji bezwzględnej (nasilenie objawów chorobowych) i 373 osoby z kwalifikacji dokonanej w oparciu o zgłaszane objawy chorobowe oraz wskazania środowiskowe. W ramach programu badania laboratoryjne w panelu „E” wykonano 426 osobom. Spośród osób objętych programem w obszarze - panel „E” na badania laboratoryjne zgłosiło się 63,8 % osób zakwalifikowanych.

Na podstawie weryfikacji wyników badań laboratoryjnych przez lekarza, na konsultację internistyczną skierowanych zostało 149 osób co stanowi 35,0 % osób, które wykonały badania laboratoryjne. Na konsultację internistyczną zgłosiło się 91,3% skierowanych. Spośród osób skonsultowanych przez internistę 53 zostały skierowane na nadanie USG jamy brzusznej, na które zgłosiło się 75,4 % osób. W tym panelu 4 osoby otrzymały skierowanie na badanie TK jamy brzusznej.

Odsetek osób zgłaszających objawy schorzeń trzustki, wątroby i innych narządów jamy brzusznej wg. grup wiekowych:

- 31 % - ogółu osób w wieku 18-30 lat,
- 21% - ogółu osób w wieku 31-40 lat,
- 19 % - ogółu osób w wieku 41-50 lat,
- 23 % - ogółu osób w wieku 51-60 lat,
- 20 % - ogółu osób 61-70 letnich.

Zdecydowana większość (69 %) respondentów zgłaszających dolegliwości to kobiety, 31% stanowili mężczyźni. Ze względu na miejsce zamieszkania, osoby zamieszkujące tereny wiejskie o 1% częściej rzadziej zgłaszały dolegliwości ze strony wątroby, trzustki i innych narządów jamy, niż mieszkańcy miast.

W wyniku analizy danych zaobserwowano wzrost odsetka osób zgłaszających dolegliwości w zależności od wzrostu poziomu wykształcenia:

- 36 % - ogółu osób z wykształceniem podstawowym i gimnazjalnym zgłaszało dolegliwości,

- 37 % - ogółu osób z wykształceniem zasadniczym zawodowym zgłaszało dolegliwości,
- 44 % - ogółu osób z wykształceniem średnim zgłaszało dolegliwości,
- 48 % - ogółu osób z wykształceniem wyższym zgłaszało dolegliwości.

Poniżej zestawiono dane statystyczne umożliwiające wyszczególnienie grup respondentów ze względu na wykonywany rodzaj pracy i aktywność zawodową:

- 50 % - ogółu osób wykonujących prace umysłowe,
- 45 % - ogółu osób nieaktywnych zawodowo (emerytów, rencistów, bezrobotnych, osób sprawujących opiekę nad dzieckiem lub osobą starszą w domu),
- 43 % - ogółu osób prowadzących gospodarstwo rolne,
- 39 % - ogółu osób z wykonujących pracę fizyczną,
- 33 % - ogółu uczniów i studentów.

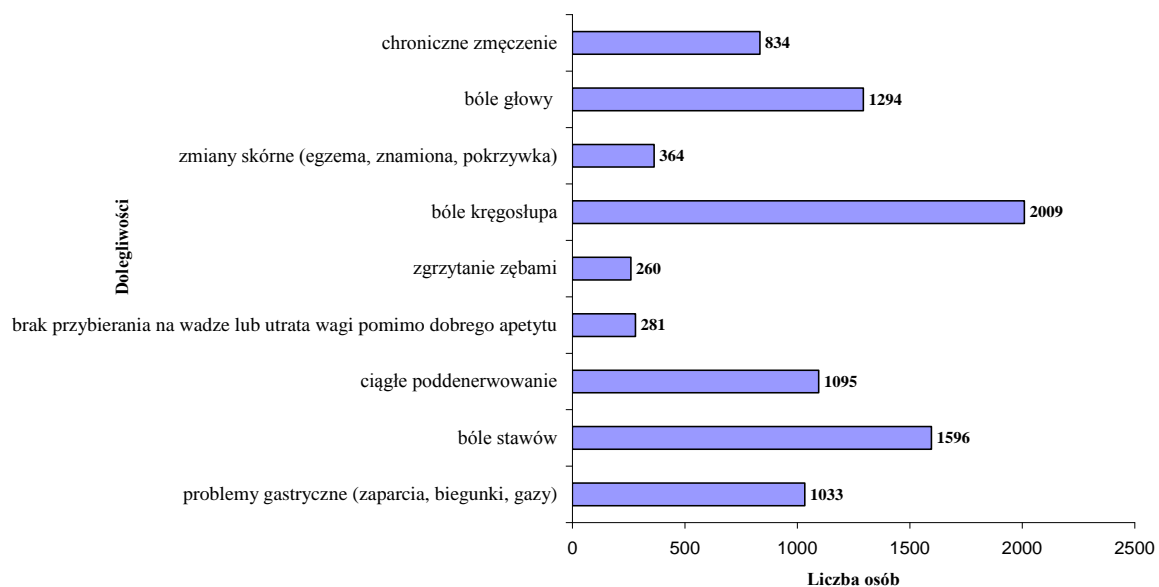
Z kwalifikacji w kierunku chorób trzustki, wątroby i innych narządów jamy brzusznej wynikają następujące wnioski:

1. 42,5 % ogółu badanych zgłaszało dolegliwości charakterystyczne dla schorzeń trzustki, wątroby i innych narządów jamy brzusznej;
2. do najczęściej zgłaszanych dolegliwości należą: 17,6 % - przewlekłe zmęczenie, senność i apatia; 16,6 % ból brzucha po tłustych, ciężkostrawnych posiłkach; 13,0 % - pajączki skórne; 12,8 % - niesmak w ustach, pojawiający się szczególnie rano;
3. zdecydowana większość (69 %) respondentów zgłaszających dolegliwości to kobiety;
4. 8,7 % respondentów zgłaszało występowanie schorzeń wątroby lub trzustki w najbliższej rodzinie.

3.3.6. Badania przesiewowe w kierunku występowania pasożytów i lamblii u osób w wieku 18-70 lat – panel „F”.

Kolejną grupą wyodrębnioną i kwalifikowaną do badań przesiewowych były osoby zgłaszające dolegliwości związane z występowaniem lamblii i pasożytów. Uzyskane wyniki (objawy zgłaszane przez osoby wypełniające ankietę) w ujęciu ilościowym zostały przedstawione na wykresie 3.31.

Wykres 3.31. Dolegliwości związane z występowaniem pasożytów i lamblii.



Źródło: Opracowanie własne w oparciu o dane ankietowe w ramach projektu „Równe szanse w zdrowiu – program profilaktyki i promocji zdrowia w Powiecie Świdwińskim”. 2015 rok.

Przy kwalifikacji do dalszych badań w kierunku występowania lamblii i pasożytów w kale brano pod uwagę występowanie kilku objawów jednocześnie oraz negatywny wpływ czynników środowiskowych.

Odsetek podawanych przez respondentów w grupie wiekowej 18-70 lat dolegliwości, począwszy od najczęściej do najrzadziej występujących wynosi:

- 30,6 % - bóle kręgosłupa;
- 24,3 % - bóle stawów;
- 19,7 % - bóle głowy;
- 16,7 % - ciągłe poddenerwowanie;
- 15,7 % - problemy gastryczne (zaparcia, biegunki, gazy);
- 12,7% - chroniczne zmęczenie;
- 5,5 % - zmiany skórne;
- 4,3 % - brak przybierania na wadze pomimo dobrego apetytu;
- 4,0 % - zgrzytanie zębami.

Aż 52% ogółu respondentów zgłaszało jedną lub kilka wyżej wymienionych dolegliwości.

Po weryfikacji odpowiedzi respondentów i dokonanej oceny i weryfikacji do dalszych badań w kierunku występowania lamblii i pasożytów zakwalifikowano 131 osób, a 90 osobom dorosłym wykonano badania laboratoryjne, które potwierdziły u jednej osoby występowanie choroby pasożytniczej.

3.3.7. Profilaktyka żółtaczki – panel „G”.

Odrębną grupę kwalifikowaną do badań profilaktycznych, stanowiły osoby objęte szczepieniami przeciwko WZW typu A, B. Z przeprowadzonej analizy wyników badań ankietowych wynika, iż 49,5 % ankietowanych to osoby zaszczepione przeciwko żółtaczce.

Do laboratoryjnych badań przesiewowych zakwalifikowano w tym panelu 1680 osób, wykluczając osoby zaszczepione oraz kobiety w ciąży. Osobom skierowanym wykonano 622. U czterech osób stwierdzono dodatni wynik HCV, a u dwóch osób dodatni HBS.

W ramach programu zaszczepiono przeciwko WZW 506 osób.

3.3.8. Konsultacje dla rodzin o niskim statusie materialnym.

W ramach zadania zrealizowano 15 cykli medycznych jednodniowych dla rodzin z obszarów wiejskich o niskim statusie materialnym w sołectwach: Kołacz Górny, Toporzyk, Buślary, Brusno, Łęgi, Lekowo, Bierzwnica, Rzepczyno, Pęczeryno, Bolkowo, Mysłowice, Krosino, Nielep, Rusinowo i Smardzko. Z konsultacji skorzystało łącznie 398 osób.

4. Wnioski i rekomendacje

Poniżej wyszczególniono główne obszary problemowe występujące w Powiecie Świdwińskim, a określone w oparciu o analizę danych wraz z rekomendacjami co do ewentualnych oczekiwanych działań.

1. Wysokie zagrożenie ubóstwem.

Aż 61% ogółu badanych w wieku 18-70 lat deklaruje dochody poniżej granicy zmodyfikowanego minimum socjalnego.

2. Niska aktywność zawodowa wśród osób w wieku produkcyjnym.

W objętej badaniem grupie dorosłych mieszkańców Powiatu Świdwińskiego 83% to osoby w wieku produkcyjnym. Niewiele ponad połowa (54%) respondentów utrzymuje się z pracy zawodowej i pracy w gospodarstwie rolnym. Pozostałe 46% badanej populacji nie pracuje, są to: bezrobotni, emeryci, renciści (aż 34%), osoby opiekujące się dziećmi lub osobą starszą (5%), uczniowie i studenci (7%).

3. Zwiększone zagrożenie ubóstwem rodzin wychowujących dzieci do lat 18.

Pomimo znacznie większej aktywności zawodowej rodziców, w porównaniu do ogółu dorosłych objętych badaniem 79% deklaruje dochody poniżej granicy zmodyfikowanego minimum socjalnego, a ponad połowa podaje, iż nie osiąga poziomu minimum egzystencji, żyjąc w skrajnym ubóstwie.

Rekomenduje się podejmowanie działań mających na celu aktywizację zawodową osób w wieku produkcyjnym oraz opracowanie systemu wsparcia dla rodzin wychowujących dzieci.

4. Narażenie na negatywne oddziaływanie tytoniu.

W badanej grupie 32% to osoby palące papierosy, w tym 43,6 % jest kobiet i 56,4 % mężczyzn palących. Odsetek kobiet palących, dla Powiatu Świdwińskiego 29,0 % ogółu badanych kobiet w wieku 18-70 lat, a odsetek mężczyzn palących 37,5 %.

5. Narażenie dzieci na bierne palenie.

Z badań wynika, że 29% ankietowanych dzieci narażonych jest na szkodliwe działanie tytoniu poprzez przebywanie w towarzystwie osób palących.

Rekomenduje się podejmowanie działań mających na celu podniesienie świadomości społecznej w zakresie szkodliwości palenia tytoniu oraz narażenia osób niepalących na "bierne palenie".

6. Narazenie mieszkańców na oddziaływanie szkodliwych czynników w miejscu zamieszkania.

Jak wynika z badań 27% mieszkańców Powiatu Świdwińskiego narażonych jest na oddziaływanie czynników szkodliwych (azbest w najbliższym otoczeniu, przebywanie pod linią wysokiego napięcia, inne czynniki). Zdecydowana większość (59%) zgłaszająca narażenie w miejscu zamieszkania na występowanie szkodliwych czynników, w pytaniu ankietowym zaznaczyła odpowiedź „azbest w najbliższym otoczeniu”, a 41% „przebywanie pod linią wysokiego napięcia” lub „inne szkodliwe czynniki”. Ponadto 20% dzieci i młodzieży jest narażonych na oddziaływanie czynników szkodliwych w miejscu zamieszkania, a wśród nich 66% narażonych jest na działanie azbestu, 34% na oddziaływanie linii wysokiego napięcia oraz inne szkodliwe czynniki.

Rekomenduje się podejmowanie działań prowadzących do zmniejszenia, obecnego wysokiego ryzyka narażenia znacznej grupy mieszkańców Powiatu Świdwińskiego na obecność azbestu w najbliższym otoczeniu.

7. Otyłość i nadwaga zwiększające ryzyko powstawiania chorób przewlekłych, w tym cukrzycy, chorób układu krążenia, chorób układu pokarmowego u osób w wieku 18-70 lat. Jak wynika z badań 54% osób badanych ma nadwagę lub cierpi na otyłość. Wśród osób w wieku 18-70 lat 94% dorosłych spożywa 3 i więcej posiłków dziennie, a 84% badanej populacji deklaruje stosowanie zróżnicowanej diety. Pomimo, uwidocznionych w badaniach przekonań respondentów na temat stosowania zasad prawidłowego odżywiania się ponad połowa ma nadwagę.

8. Nieprawidłowe żywienie dzieci i młodzieży.

Co piąte dziecko z ogółu objętych badaniem spożywa nie więcej niż 3 posiłki dziennie, a ilość spożywanych posiłków maleje z wiekiem dziecka. Aż 8% dzieci do 2 r.ż jest zagrożonych niedożywieniem - spożywając do 3 posiłków dziennie. Dla 13% dzieci w wieku przedszkolnym jedynymi posiłkami w ciągu dnia są posiłki spożywane w przedszkolu. Niewiele ponad połowa nastolatków spożywa 4 i więcej posiłków dziennie. Jedynie połowa badanych dzieci i młodzieży spożywa owoce (51%) i warzywa (48%) codziennie. Co trzecie dziecko w wieku 0-18 lat spożywa codziennie słodycze.

Rekomenduje się:

- podejmowanie działań nastawionych na podniesienie świadomości społecznej i wiedzy na temat zasad zdrowego żywienia, propagowanie sportu i innych form aktywności fizycznej zarówno wśród dzieci i młodzieży jak i wśród dorosłych mieszkańców Powiatu Świdwińskiego;
- zapewnienie/zwiększenie dostępności do bezpłatnych świadczeń zdrowotnych z zakresu diabetologii, chorób metabolicznych oraz konsultacji dietetycznych;
- zapewnienie dzieciom i młodzieży, szczególnie wychowujących się w rodzinach o niskim statusie materialnym dostępu do bezpłatnych posiłków w szkole.

9. Alergie pokarmowe wśród dzieci i młodzieży.

W co piątej rodzinie objętych badaniem dzieci i młodzieży występują alergie. U 76% badanych dzieci występowały różnego rodzaju dolegliwości – jedna lub kilka łącznie wskazujące na możliwość wystąpienia alergii pokarmowych, 22% ankietowanych dzieci miało potwierdzoną testami alergię. Aż 99,4 % wykonanych testów ImuPro 50 potwierdziło występowanie alergii pokarmowych u dzieci zakwalifikowanych do badań w ramach zadania.

Rekomenduje się zapewnienie/zwiększenie dostępności do bezpłatnych świadczeń zdrowotnych z zakresu alergologii w tym bezpłatnych testów alergologicznych w szczególności dla dzieci i młodzieży.

10. Nasielenie występowania dolegliwości ze strony układu pokarmowego.

Około 70 % osób dorosłych objętych badaniami zgłasza różnego rodzaju dolegliwości ze strony układu pokarmowego, a wg. podziału na wyodrębnione grupy, odsetek osób zgłaszających dolegliwości prezentuje się następująco:

49 % ogółu badanych zgłosiło dolegliwości w kierunku choroby wrzodowej żołądka;

41 % ogółu badanych zgłosiło dolegliwości w kierunku schorzeń jelita grubego;

42,5 % ogółu badanych zgłosiło dolegliwości w kierunku schorzeń trzustki i wątroby;

52 % ogółu badanych zgłosiło dolegliwości, towarzyszące występowaniu pasożytów i lamblii.

Spośród osób zgłaszających dolegliwości u 11,3% badanych tj. 742 osób, nasilenie objawów oraz wyniki przeprowadzonych badań jednoznacznie wskazywały na występowanie poważnych schorzeń układu pokarmowego (żołądka i dwunastnicy, jelita grubego, trzustki i wątroby) będących wskazaniem do podjęcia natychmiastowej

diagnostyki pogłębionej i rozpoczęcia leczenia.

Wśród dzieci w wieku 0-18 lat 17% badanych odczuwa dolegliwości ze strony układu pokarmowego po spożyciu pokarmu: bóle okolic brzucha, kolki jelitowe, wzdęcia, brzydko pachnące stolce, które to objawy są wskazaniem do przeprowadzenia dalszej diagnostyki w kierunku schorzeń układu pokarmowego.

Ponadto z badań wynika, że osoby z niskim wykształceniem (podstawowym i zawodowym) znacznie rzadziej, niż osoby posiadające wyższe wykształcenie potrafią rozpoznać u siebie i wskazać dolegliwości ze strony układu pokarmowego, co nie oznacza, że takich dolegliwości nie odczuwają.

Rekomenduje się:

- propagowanie szerokiej profilaktyki i edukacji społecznej na temat schorzeń układu pokarmowego;
- zapewnienie dostępu do bezpłatnych testów na obecność Helicobacter pylori, szczególnie dla osób młodych do 30 r.ż.;
- propagowanie wykonywania endoskopowych badań przewodu pokarmowego w ramach profilaktyki schorzeń żołądka i dwunastnicy oraz schorzeń jelita grubego, szczególnie u osób do 35 r.ż..

11. Obciążenie genetyczne chorobami układu pokarmowego.

Z badań wynika, iż u:

- 12,2 % badanych występują choroby żołądka i dwunastnicy w najbliższej rodzinie,
- 7,3 % badanych występują choroby jelita grubego w najbliższej rodzinie,
- 8,7 % badanych występują schorzenia trzustki i wątroby w najbliższej rodzinie.

Rekomenduje się kontynuację programu badań przesiewowych dla osób obciążonych genetycznie ryzykiem występowania nowotworów układu pokarmowego, z uwzględnieniem diagnostyki endoskopowej.

12. Profilaktyka żółtaczk.

Z przeprowadzonej analizy wyników badań ankietowych wynika, iż bardzo wysoki odsetek 49,5 % populacji Powiatu Świdwińskiego to osoby zaszczepione przeciwko żółtaczkę. W ramach programu zaszczepiono przeciwko WZW 506 osób.

Rekomenduje się kontynuację programu szczepień przeciwko żółtaczkę, zmniejszającego ryzyko zachorowań.

13. Profilaktyka chorób jamy ustnej I próchnicy wśród dzieci i młodzieży.

W oparciu o analizę danych ankietowych 78% dzieci w wieku 5-18 lat miała wizytę w gabinecie stomatologicznym w ciągu ostatniego roku. Uzyskane wyniki świadczą o dużej dostępności do badań stomatologicznych dla dzieci i młodzieży w Powiecie Świdwińskim, zapewnionej głównie dzięki gabinetom stomatologicznym w placówkach szkolnych.

Rekomenduje się kontynuację dotychczas podejmowanych działań w zakresie zapewnienia w Powiecie Świdwińskim szerokiego dostępu dla dzieci i młodzieży dostępu do bezpłatnych badań stomatologicznych.

Spis schematów

Schemat 2.1. Schemat postępowania w zakresie chorób układu trawienia.	37
Schemat 2.2. Schemat postępowania w zakresie choroby wrzodowej żołądka i dwunastnicy.	41
Schemat 2.3. Schemat postępowania w zakresie chorób jelita grubego	48
Schemat 2.4. Schemat postępowania w zakresie schorzeń trzustki, wątroby i innych narządów jamy brzusznej.....	54

Spis tabel

Tabela 2.1. Najczęściej występujące rozpoznania zasadnicze przy przyjęciach w szpitalu w Połczynie-Zdroju w latach 2010-2014.	15
Tabela 2.2. Analiza PYLL dla Powiatu Świdwińskiego.	19
Tabela 2.3. Standaryzowany wskaźnik umieralności w latach 2009-2011 dla Powiatu Świdwińskiego.	20
Tabela 2.4. Zgony wg przyczyn w powiecie świdwińskim w latach 2009 i 2012.	20
Tabela 2.5. Standaryzowany wskaźnik umieralności (SMR) w latach 2009-2011 dla Powiatu Świdwińskiego – choroby układu trawiennego i wątroby.	27
Tabela 2.6. Liczba zgonów i SMR dla chorób układu trawiennego ogółem – Powiat Świdwiński.	27
Tabela 2.7. Liczba zgonów i SMR dla chorób wątroby – Powiat Świdwiński.....	27
Tabela 3.1. Liczba posiłków dziennie spożywanych przez dzieci i młodzież, z uwzględnieniem przedziałów wiekowych.	83
Tabela 3.2. Ostatnia wizyta w gabinecie stomatologicznym z podziałem na wiek objętym badaniem dziecka	91
Tabela 3.3. Częstość mycia zębów z podziałem na wiek objętym badaniem dziecka.....	92
Tabela 3.4. Częstość spożywania słodczy z podziałem na wiek objętym badaniem dziecka 94	

Spis wykresów

Wykres 3.1. Wiek dziecka.....	72
Wykres 3.2. Wykształcenie matki.....	73
Wykres 3.3. Wykształcenie ojca	74
Wykres 3.4. Praca zawodowa rodziców/ opiekunów prawnych dziecka.....	75
Wykres 3.5. Liczba osób w gospodarstwie domowym.	77
Wykres 3.6. Narażenie dzieci w wieku 0-18 lat na czynniki szkodliwe w miejscu zamieszkania.	80
Wykres 3.7. Występowanie zagrożeń społecznych w rodzinach wychowujących dzieci w wieku 0-18 lat.....	81
Wykres 3.8. Ilość posiłków spożywanych przez dziecko w wieku 0-18 lat w ciągu dnia.....	83
Wykres 3.9. Częstość spożywania owoców przez dzieci i młodzież w wieku 0-18 lat... 85	
Wykres 3.10. Częstość spożywania warzyw przez dzieci i młodzież w wieku 0-18 lat . 85	
Wykres 3.11. Występowanie alergii pokarmowych w najbliższej rodzinie	87

Wykres 3.12. Występowanie objawów alergii pokarmowych po spożyciu pokarmu.	88
Wykres 3.13. Ostatnia wizyta w gabinecie dentystycznym.	91
Wykres 3.14. Higiena jamy ustnej – mycie zębów.	92
Wykres 3.15. Spożywanie słodczy przez dzieci i młodzież.	93
Wykres 3.16. Dolegliwości u dzieci i młodzieży - badania w kierunku występowania pasożytów i lamblii.	96
Wykres 3.17. Wiek respondentów w przedziale 18-70 lat.	98
Wykres 3.18. Wykształcenie respondentów w przedziale wieku 18-70 lat.	98
Wykres 3.19. Praca zawodowa respondentów w przedziale wiekowym 18-70 lat.	99
Wykres 3.20. Kryterium dochodowe - dochody w gospodarstwie domowym w przeliczeniu na jednego członka rodziny.	100
Wykres 3.21. Liczba osób w gospodarstwie domowym.	102
Wykres 3.22. Narażenie na czynniki szkodliwe.	104
Wykres 3.23. Spożywanie alkoholu przez osoby w wieku 18-70 lat.	105
Wykres 3.24. Ilość posiłków spożywanych w ciągu dnia.	106
Wykres 3.25. Wskaźnik BMI w badanej populacji osób w wieku 18-70 lat.	107
Wykres 3.26. Zachorowalność na cukrzycę wśród osób w wieku 18-70 lat.	108
Wykres 3.27. Spadek masy ciała u respondentów w ciągu ostatnich 3 miesięcy.	109
Wykres 3.28. Dolegliwości charakterystyczne dla choroby wrzodowej żołądka lub dwunastnicy.	113
Wykres 3.29. Dolegliwości charakterystyczne dla schorzeń jelita grubego.	116
Wykres 3.30. Dolegliwości charakterystyczne dla schorzeń trzustki, wątroby i innych narządów jamy brzusznej.	120
Wykres 3.31. Dolegliwości związane z występowaniem pasożytów i lamblii.	124

Załączniki

1. Ankieta dla grupy wiekowej 0-18 lat.
2. Ankieta dla grupy wiekowej 18-70 lat.
3. Zestawienie danych surowych uzyskanych z badań ankietowych.