

KATARZYNA BŁASZCZUK

Opieka zdrowotna i promocja zdrowia w Rzeszowie. Kontekst opieki medycznej i zachowań zdrowotnych mieszkańców Rzeszowa

1. Wstęp

Problematyka zdrowia jednostki i populacji plasuje się w interdyscyplinarnym podejściu do zjawisk występujących w środowisku społecznym. Zdrowie w ujęciu aksjologicznym jest jedną z nadrzędnych wartości. Kontekst społeczno-ekonomiczny zdrowia wynika z uznawania go jako zasobu niezbędnego do realizacji ról społecznych członków rodziny w środowisku życia i pracy. Współczesne koncepcje zdrowia siedliskowego uzasadniają społeczny wymiar zdrowia oddziaływaniem czynników środowiskowych związanych z miejscem zamieszkania, stylem życia, wpływem czynników socjalnych i osób/grup znajdujących się w otoczeniu jednostki, która poprzez wzajemne relacje i komunikację kształtuje swoje nawyki zdrowotne. Dobry stan zdrowia umożliwia człowiekowi realizację celów życiowych, rozwijanie potencjału intelektualnego, osiągnięcie szczęścia.

W opracowaniu przedstawione zostaną dane statystyczne dotyczące zakresu świadczeń profilaktyczno-leczniczych w Rzeszowie pozyskane ze sprawozdań Wydziału Zdrowia Podkarpackiego Urzędu Marszałkowskiego, Wydziału Polityki Społecznej Podkarpackiego Urzędu Wojewódzkiego i Wydziału Zdrowia Urzędu Miasta Rzeszowa oraz dane ze stron internetowych tych instytucji i Głównego Urzędu Statystycznego. Zagadnienia związane z promocją zdrowia przedstawione zostaną na podstawie danych Wydziału Zdrowia Urzędu Miasta Rzeszowa i danych ze sprawozdań koordynatorów Sieci Szkół Promujących Zdrowie.

Dzięki realizowaniu założeń Narodowego Programu Zdrowia poprzez wdrażanie celów strategicznych wskazujących najbardziej pilne potrzeby w sferze zdrowia mieszkańców Polski wzrasta odpowiedzialność instytucji samorządowych za ochronę zdrowia populacji w środowisku lokalnym. Przekłada się to na inwestycje w pionie opieki zdrowotnej, organizowanie kampanii

społecznych i medialnych na rzecz zdrowego stylu życia oraz włączanie do tych zadań różnych podmiotów związanych z działalnością na rzecz zdrowia i kształtowania właściwych postaw wobec zagrożenia zdrowia i życia człowieka.

Analiza dotyczy przedziału czasowego 2004–2013. Wybór ten jest podyktowany przemianami społeczno-ekonomicznymi od momentu wstąpienia Polski do UE. Nowe zjawiska, które wystąpiły po zniesieniu wiz i otwarciu granic, przełożyły się na sferę zdrowia jednostek i rodzin. Szczególnie niekorzystne znaczenie mają migracje i rozłąki rodzin, zaburzające socjalizację dzieci i trwałość rodziny. Stres towarzyszący coraz częstszym rozwodom i separacjom czy wychowywaniu dzieci przez samotnego rodzica zwiększa zagrożenie chorobami psychosomatycznymi i cywilizacyjnymi. Ponadto migracje zagraniczne młodych ludzi i całych rodzin pozostawiają pustkę demograficzną, której skutkiem jest starzenie się społeczeństwa i brak odnawialności pokoleń. Stwarza to sytuację zagrożenia dla przyszłości kraju. Starość wiąże się z częstszym występowaniem chorób i niepełnosprawności oraz zapotrzebowaniem na usługi medyczne, pielęgnacyjno-opiekuńcze i rehabilitacyjne. Przy braku ludzi w wieku aktywności zawodowej nie ma możliwości wypracowania takiej wartości PKB, która zapewniłaby satysfakcjonujący poziom życia mieszkańców i umożliwiła osobom starszym godną opiekę u kresu życia.

Opracowanie nie będzie zawierać kompletnej analizy sytuacji zdrowotnej w Rzeszowie, ponieważ dostępność danych z wszystkich obszarów jest ograniczona ze względu na brak w sprawozdaniach zestawień w niektórych latach z przedziału 2004–2013.

2. Cywilizacyjne uwarunkowania zagrożeń zdrowotnych

Zagrożenia dla zdrowia społeczeństwa są uwarunkowane niewłaściwym stylem życia oraz niekorzystnymi zmianami w środowisku zamieszkania i pracy. Aby poprawić sytuację zdrowotną ogółu ludności, potrzeba systemowych działań profilaktycznych, prewencyjnych i naprawczych. Największe zagrożenie dla zdrowia ogółu społeczeństwa stanowią: choroby układu krążenia, nowotwory piersi, rak szyjki macicy, rak jelita grubego, rak gruczołu krokowego, przewlekła obturacyjna choroba płuc (POChP), dychawica oskrzelowa, cukrzyca, zaburzenia psychiczne, uzależnienia, zwłaszcza od alkoholu i od palenia tytoniu. Głównym zagrożeniem dla mieszkańców Polski i krajów rozwiniętych są choroby układu krążenia. Działania prewencyjne w zakresie ochrony przed tymi chorobami i ich powikłaniami przeprowadza się w trzech kierunkach: w stosunku do całej ludności, wobec osób o wysokim ryzyku zachorowania na choroby układu krążenia, wobec osób chorych (tabela 1).

Tabela 1. Prewencja w obszarze chorób układu krążenia

Poziom	Populacja	Cel
1	cała ludność	zmiana stylu życia prowadząca do eliminacji/ograniczenia czynników ryzyka chorób układu krążenia, głównie choroby niedokrwiennej serca, oraz społecznych i ekonomicznych źródeł tych czynników
2	osoby o wysokim ryzyku zachorowania na choroby układu krążenia	zapewnienie opieki prewencyjnej
3	osoby chore	ograniczenie możliwości nawrotu choroby i zahamowanie jej postępu (obniżenie poziomu całkowitego cholesterolu)

Źródło: K. Błaszczuk, *Współczesne koncepcje zdrowia* [w:] K. Błaszczuk, D. Rynkowska, *Wybrane problemy zdrowia publicznego w perspektywie pracy socjalnej*, Wydawnictwo Uniwersytetu Rzeszowskiego, Rzeszów 2014, s. 137; na podstawie: D. Żołnierczuk-Kieliszek, *Zachowania zdrowotne i ich związek ze zdrowiem* [w:] T.B. Kulik, M. Latałski (red.), *Zdrowie publiczne*, Wydawnictwo Czelej, Lublin 2002, s. 103–104

Opracowany w Polsce Narodowy Program Ochrony Serca określa cele strategiczne i zadania na rzecz zwalczania chorób układu krążenia: ograniczenie zachorowalności na chorobę wieńcową (zwalczanie palenia tytoniu, racjonalne żywienie, propagowanie aktywności fizycznej), poprawę dostępności i jakości opieki kardiologicznej, wdrażanie nowych metod diagnostyki i leczenia choroby wieńcowej¹.

Profilaktyka pierwotna zapobiegająca nowotworom złośliwym polega na: zwalczaniu palenia tytoniu, promocji właściwych postaw i warunków żywieniowych, zmniejszaniu ryzyka środowiskowego, promocji ograniczenia spożycia alkoholu. Profilaktyka wtórna obejmuje: badania przesiewowe, objęcie opieką grup wysokiego ryzyka rodzinnego i środowiskowego, wczesne wykrywanie nowotworów i szybką diagnostykę. Badania przesiewowe (*screening*) w skali masowej przeprowadza się na dużych grupach osób zdrowych. Służą one wczesnej diagnozie, co umożliwia podjęcie leczenia w celu zmniejszenia umieralności z powodu groźnych dla życia powikłań chorób nowotworowych. Zalicza się do nich badania w kierunku wykrycia: raka piersi i raka szyjki macicy u kobiet, raka jelita grubego, raka gruczołu krokowego u mężczyzn zdrowych po 50. r.ż. (a z grupy ryzyka po 40. r.ż.). Inne często występujące nowotwory mogą być wykryte wyłącznie za pomocą badań genetycznych, które wykonuje się u osób ze skłonnością

¹ D. Żołnierczuk-Kieliszek, *Zachowania zdrowotne i ich związek ze zdrowiem* [w:] T.B. Kulik, M. Latałski (red.), *Zdrowie publiczne*, Wydawnictwo Czelej, Lublin 2002, s. 104.

dziedziczną, potwierdzoną wywiadem. Są to: nowotwory płuc, wątroby, trzustki, pęcherzyka żółciowego, jajnika, nerki i mózgu².

Około 2 mln osób w Polsce (5,1% populacji) choruje na POChP, a z powodu powikłań umiera rocznie 14 tysięcy. Głównym czynnikiem ryzyka tej choroby jest palenie tytoniu. Do innych czynników zalicza się: zanieczyszczenie powietrza atmosferycznego, częste infekcje układu oddechowego, bierne palenie w dzieciństwie, czynniki środowiska pracy, uwarunkowania genetyczne³.

Coraz częściej występuje dychawica oskrzelowa (*Asthma bronchiale*), zaliczana do chorób alergicznych, zwana popularnie astmą. Problem dotyczy głównie dużych miast i okręgów przemysłowych z powodu kumulacji zanieczyszczeń środowiska. Można zapobiegać napadom astmy przez eliminację czynników wywołujących (alergenów) oraz unikanie infekcji układu oddechowego. Osoby chore nie powinny palić papierosów i przebywać w towarzystwie osób palących, powinny eliminować źródła alergenów (kurz domowy, pleśń, sierść zwierząt domowych). Osoby chore powinny zawsze posiadać przy sobie preparaty wziewne w celu ochrony przed groźnymi skutkami skurczu oskrzeli w momencie nagłego napadu duszności. Zalicza się do nich: ostrą i przewlekłą niewydolność oddechową, rozedmę płuc, utratę przytomności z następowym niedotlenieniem mózgu, śpiączkę, a nawet śmierć w następstwie zatrzymania krążenia i oddychania.

Cukrzyca jest chorobą społeczną i cywilizacyjną, występującą masowo w krajach rozwiniętych. Szacunkowo w Polsce choruje ok. 1,5% populacji (500–600 tys. osób), z czego 85% stanowią chorzy z cukrzycą insulinoniezależną, typu drugiego. Najbardziej narażeni na cukrzycę insulinozależną są krewni pierwszego stopnia osoby chorej na cukrzycę typu pierwszego (w przypadku obciążenia rodzinnego ryzyko zachorowania jest 20-krotnie wyższe)⁴. Profilaktyka cukrzycy obejmuje: kontrolę poziomu glikemii u ludzi zdrowych przy okazji badań okresowych, glikemię poposiłkową, badanie moczu na obecność glukozy i ciał ketonowych. Jeśli wyniki badania podstawowego są wątpliwe lub dodatnie, wykonuje się bardziej szczegółowe badania: test obciążenia glukozą, krzywą cukrową i insulinową i in. Ze względu na ryzyko związane z cukrzycą w ciąży, każda kobieta ciężarna po 20. tygodniu ciąży ma przeprowadzany test obciążenia glukozą (GCT). Cukrzyca ciążowa jest czynnikiem ryzyka wystąpienia wad, zahamowania rozwoju lub obumarcia płodu, okołoporodowej śmierci noworodka oraz cukrzycy u dziecka, zagraża także wystąpieniem zatrucia ciążowego u matki w postaci obrzęków, białkomoczu i nadciśnienia tętniczego.

² Tamże, s. 105–106.

³ Tamże, s. 107.

⁴ Tamże, s. 108.

Cukrzyca typu pierwszego wymaga stosowania terapii insulinowej do końca życia. Postępowanie terapeutyczne w przypadku cukrzycy insulino-niezależnej zależy od okoliczności jej wykrycia, aktualnego stanu zdrowia chorego oraz powikłań związanych z utajonym okresem początku choroby. Cukrzyca wykryta w okresie zaawansowanych zmian narządowych (uszkodzenie wzroku, nerek, serca, mózgu, naczyń krwionośnych kończyn dolnych) prowadzi do inwalidztwa z powodu utraty wzroku, zawałów serca, udarów mózgu, niewydolności nerek lub amputacji kończyn dolnych. Powikłania są przyczyną przedwczesnych zgonów wśród chorych, którzy nie są zdyscyplinowani pod względem systematycznej kontroli lekarskiej w poradni diabetologicznej, zaleceń dietetycznych, terminów zlecanych badań i monitorowania codziennego poziomu glukozy.

Głównym czynnikiem ryzyka cukrzycy typu drugiego jest otyłość, dlatego prewencja pierwotna (pierwszorzędowa) dotyczy głównie zwalczania otyłości i kształtowania nawyków zdrowego stylu życia. Prewencja wtórna wczesna (drugorzędowa) obejmuje zwiększenie wczesnej wykrywalności cukrzycy, zaś wtórna późna (trzeciorzędowa) polega na ograniczeniu występowania wymienionych powikłań⁵.

Kolejnym problemem zdrowotnym związanym ze środowiskiem społecznym są zaburzenia psychiczne. Cierpi z ich powodu około 15–25% populacji, zaś około 10–20% dzieci i młodzieży wymaga pomocy psychologicznej. Źródło tych zaburzeń mogą stanowić: choroby organiczne mózgu, urazy czaszkowo-mózgowe oraz czynniki zewnętrzne (stres, brak troskliwej opieki w dzieciństwie, rozwód i separacja rodziców, porzucenie dziecka, wychowanie w rodzinie alkoholowej, przemoc, wychowanie w instytucji pieczy zastępczej). Psychoprowfilaktyka, czyli prewencja zaburzeń, obejmuje trzy stopnie. Prewencja pierwotna polega na zmniejszeniu prawdopodobieństwa wystąpienia zaburzeń przez przeciwdziałanie szkodliwym warunkom dla zdrowia psychicznego (zapewnienie warunków prawidłowego rozwoju psychicznego dzieci i młodzieży, zaspokajanie potrzeb psychicznych dostosowanych do indywidualnych możliwości i etapów rozwojowych życia, edukacja zdrowotna w zakresie umiejętności radzenia sobie ze stresem psychicznym i sytuacjami trudnymi, tworzenie systemu bezpieczeństwa materialnego, wsparcie społeczne, profesjonalna pomoc rodzinom w sytuacjach kryzysowych). Zapobieganie organicznym uszkodzeniom mózgu obejmuje ochronę przed urazami głowy oraz niekorzystnym działaniem czynników środowiska życia i pracy (rażenie prądem, pole elektromagnetyczne, wibracje, zatrucia, niedobory pokarmowe, neuroinfekcje).

⁵ Tamże, s. 108–109.

Jeśli wystąpią wczesne sygnały zaburzeń psychicznych, wymagają interwencji i oddziaływań terapeutycznych. Osobom objętym procesem leczenia chorób psychicznych trzeba umożliwić powrót do pełnej aktywności społecznej i zawodowej. Rehabilitacja psychiczna i terapia grupowa są formami prewencji trzeciego stopnia, zapobiegającymi skutkom i przeciwdziałającymi nawrotom choroby psychicznej⁶.

Uzależnienia mogą być przyczyną lub następstwem zaburzeń psychicznych, ponieważ prowadzą do wielu zmian organicznych w ustroju i upośledzają zdrowie somatyczne. Pierwszy stopień profilaktyki uzależnień polega na edukacji społeczeństwa w kierunku kształtowania postaw przeciwnych uzależnieniu. Profilaktyka drugiego stopnia obejmuje edukację populacji zagrożonych uzależnieniami, szczególnie dzieci i młodzieży mających już własne doświadczenia ze środkami psychoaktywnymi (u których nie doszło jeszcze do uzależnienia psychicznego lub fizycznego). Profilaktyka trzeciego stopnia polega na terapii i rehabilitacji osób uzależnionych w placówkach opieki zdrowotnej i w specjalistycznych ośrodkach rehabilitacyjnych.

Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego⁷ zapewniła możliwość podejmowania działań prewencyjnych i określiła status prawny osoby z zaburzeniami psychicznymi oraz obowiązki w zakresie jej funkcjonowania w społeczeństwie⁸.

Tabela 2 przedstawia procesy, które przez wywoływanie określonych reakcji organizmu warunkują stan zdrowia.

Tabela 2. Procesy wewnętrzne i zewnętrzne warunkujące stan zdrowia

Lp.	Proces	Istota	Sposób reakcji ze strony organizmu
1	homeostaza	utrzymywanie równowagi wewnętrznej za pomocą środków fizjologicznych	neurohumoralne reakcje adaptacyjne
2	heterostaza	uzyskanie najwyższej zdolności obronnej za pomocą sztucznej interwencji z zewnątrz	kształcenie, trening fizyczny, środki chemiczne
3	akomodacja	zachowania przystosowawcze typu reaktywnego	zmiana siebie stosownie do wymogów otoczenia
4	asymilacja	zachowania przystosowawcze typu aktywnego	dostosowanie otoczenia do własnych potrzeb

Źródło: K. Błaszczuk, *Współczesne koncepcje zdrowia* [w:] K. Błaszczuk, D. Rynkowska, *Wybrane problemy zdrowia publicznego w perspektywie pracy socjalnej*, Wydawnictwo Uniwersytetu Rzeszowskiego, Rzeszów 2014, s. 14; na podstawie: N. Gozdek, *Problemy zdrowia w wybranych relacjach*, Wydawnictwo Auxilium, Warszawa 1994, s. 11

⁶ Tamże.

⁷ Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego, DzU 1994 nr 111, poz. 535 z późn. zm.

⁸ D. Żołnierczuk-Kieliszek, *Zachowania zdrowotne i ich związek ze zdrowiem* [w:] T.B. Kulik, M. Latałski (red.), *Zdrowie publiczne*, s. 108.

Zdrowie zależy także od cech osobowości, co ukazano w tabeli 3.

Tabela 3. Czynniki osobowości sprzyjające zdrowiu

Lp.	Zakres	Charakterystyka
1	obraz siebie	<ul style="list-style-type: none"> – dbanie o swój rozwój i doskonalenie siebie przez całe życie – podchodzenie do tego, co niesie życie, z poczuciem humoru – zaufanie do siebie, dobry obraz siebie i samoakceptacja – poczucie godności i sensu życia, poczucie spójności i koherencji – rozwój życia duchowego, modlitwa, medytacja
2	emocje	<ul style="list-style-type: none"> – równowaga emocjonalna i fizjologiczna oraz umiejętność szybkiego przywracania homeostazy emocjonalnej – niewybuchanie gniewem oraz niepopadanie w apatię i depresję – nietłumienie emocji, lecz otwarte ich ujawnianie i wyrażanie – optymistyczne i z nadzieją podchodzenie do trudności
3	myślenie	<ul style="list-style-type: none"> – poczucie i oczekiwanie samoskuteczności – poczucie kompetencji społecznej – zdolność do odnalezienia sensu w kryzysie – poczucie kontroli nad swoim życiem – interpretowanie tego, co niesie życie, jako wyzwania – ciekawość świata i zainteresowanie drugim człowiekiem
4	relacje społeczne	<ul style="list-style-type: none"> – utrzymywanie i podtrzymywanie głębokich więzi z innymi – umiejętność dawania i brania wsparcia – zażyłość społeczna, posiadanie rodziny, przyjaciół i bliskiego partnera – bycie asertywnym
5	zachowanie	<ul style="list-style-type: none"> – zdrowy styl życia (dieta, aktywność fizyczna, nieuleganie nałogom, zdrowe nawyki, np. drzemka w południe) – szerokie zainteresowania oraz chęć angażowania się w działanie i na rzecz uznawanych ideałów – zaangażowanie w wykonywaną pracę – wytrwałość i elastyczność w działaniu – niefrasobliwość, czyli umiejętne dbanie o swoją wygodę i wyrozumiałość dla siebie, humor – korzystanie z technik psychologicznych, np. wizualizacji, relaksacji

Źródło: K. Błaszczuk, *Współczesne koncepcje zdrowia* [w:] K. Błaszczuk, D. Rynkowska, *Wybrane problemy zdrowia publicznego w perspektywie pracy socjalnej*, Wydawnictwo Uniwersytetu Rzeszowskiego, Rzeszów 2014, s. 21–22; na podstawie: M. Basińska, A. Andruszkiewicz, *Poczucie koherencji jako predyktor zdrowego funkcjonowania w pracy – badania pracowników socjalnych* [w:] H. Wrona-Polańska (red.), *Zdrowie – stres – choroba w wymiarze psychologicznym*, Wydawnictwo Impuls, Kraków 2008, s. 27

Polityka zdrowotna państwa powinna uznawać zdrowie społeczeństwa za priorytet, aby społeczeństwo traktowało je jako wartość umożliwiającą wszechstronny rozwój, dobrobyt i drogę do szczęścia osobistego i rodzinnego⁹.

⁹ K. Błaszczuk, *Współczesne koncepcje zdrowia* [w:] K. Błaszczuk, D. Rynkowska, *Wybrane problemy zdrowia publicznego w perspektywie pracy socjalnej*, Wydawnictwo Uniwersytetu Rzeszowskiego, Rzeszów 2014, s. 22.

Źródłem wzrostu zachorowalności i niepełnosprawności oraz przedwczesnych zgonów są przemiany cywilizacyjne, co wykazują statystyki zdrowotne i raporty Światowej Organizacji Zdrowia (WHO). Aby powstrzymać niekorzystną tendencję, WHO wprowadza ustawy, dekrety i wytyczne dotyczące realizacji zadań na rzecz poprawy zdrowia społeczeństwa poprzez właściwą politykę zdrowotną. Każde państwo w oparciu o statystyki zdrowotne i wyniki badań określa cele, ustala priorytety podejmowanych działań, opracowuje plany i sposoby realizacji oraz pozyskuje zasoby, środki i infrastrukturę, które gwarantują osiągnięcie planowanych rezultatów¹⁰.

3. Sytuacja demograficzna w Rzeszowie w latach 2004–2013

Liczba mieszkańców Rzeszowa w latach 2004–2013 wahała się pomiędzy 159 020 (2004) a 183 108 (2013), ze stałą tendencją wzrostową (w każdym roku przyrost wynosił ok. 1000 osób). Najliczniejszą populację stanowiły osoby w wieku od 15 do 34 lat (od 11 000 do 18 000 osób) oraz osoby w wieku 70+ (12 000–17 000), drugie miejsce zajmowała populacja 40–54 lata życia (10 000–13 000 osób). Najmniej było osób w wieku 5–14 lat i 65–69 lat, których liczba wahała się w granicach 6000–9000 osób, z wyjątkiem roku 2012, gdy populacja 65–69 lat osiągnęła liczbę 14 832 osób. Różnice pomiędzy liczbą kobiet i mężczyzn w wieku 70+ wypadają na niekorzyść mężczyzn (K : M = 7861 : 4813 – 2004 do 10 590 : 6581 – 2013)¹¹.

W demografii Rzeszowa obserwuje się dodatnie wskaźniki przyrostu naturalnego, przewyższające liczbę zgonów – od 251 (2004) do 675 (2012), przy liczbie 560 w 2013 r. Liczba urodzeń żywych dziewczynek i chłopców jest zbliżona w okresie 2004–2011 (ok. 700–900), zaś w okresie 2012–2013 przeważa liczba chłopców (1018, 1007).

Zgony niemowląt były najwyższe w latach 2004–2006 (21, 13, 15) oraz w roku 2010 i 2012 (12, 14). W pozostałych latach liczba zgonów niemowląt wahała się pomiędzy 9 a 4. Najgorsze wskaźniki w tym zakresie dotyczyły chłopców urodzonych w roku 2004 (14 zgonów) i w 2012 (11 zgonów). Liczba zgonów dziewczynek urodzonych w całym przedziale wiekowym wynosiła od 2 do 7, z wyjątkiem roku 2006 (9 zgonów). Najmniej zgonów

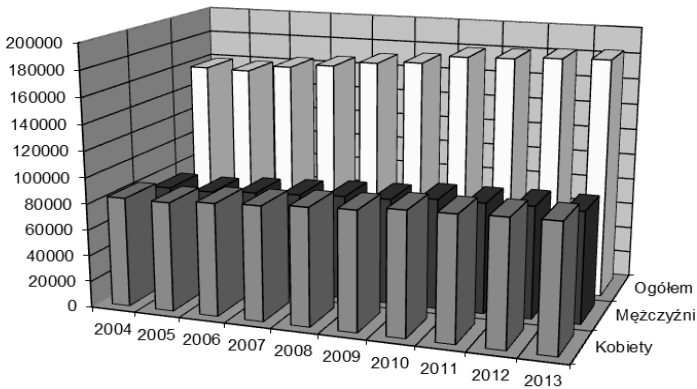
¹⁰ Tamże.

¹¹ Wzrost liczby mieszkańców Rzeszowa oprócz przyrostu naturalnego wynika z poszerzenia granic miasta o przyległe gminy z powiatu rzeszowskiego ziemskiego.

zanotowano w populacji 5–14 lat (w przedziale wiekowym 5–9 lat, w całym okresie zmarło 4 chłopców i nie zmarła ani jedna dziewczynka, zaś w przedziale 10–14 lat zmarło 2 chłopców (2004, 2011) i 7 dziewcząt (po 1 w latach 2004, 2006, 2010, 2012, 2013, a 2 w 2009 r.).

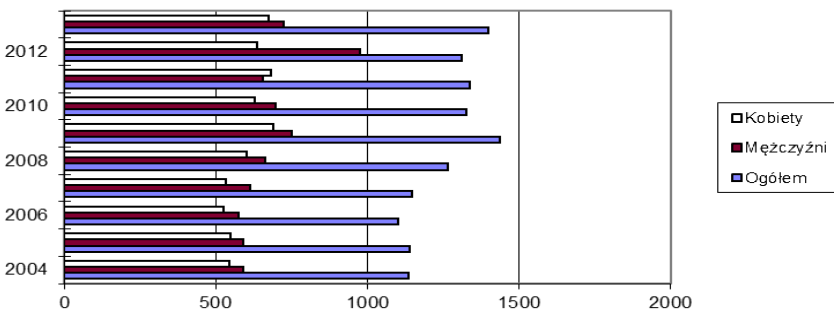
Wśród przyczyn zgonów pierwsze miejsce zajmują choroby układu krążenia (od 284 do 351 rocznie u kobiet, od 243 do 333 u mężczyzn). Na drugim miejscu przyczyn zgonów są nowotwory (od 125 do 181 rocznie u kobiet, od 171 do 217 u mężczyzn).

Liczbę mieszkańców Rzeszowa w okresie 2004–2013 przedstawiono na wykresie 1, zaś liczbę zgonów w populacji ogólnej przedstawiono na wykresie 2.



Wykres 1. Liczba mieszkańców Rzeszowa w okresie 2004–2013

Źródło: Sprawozdania Wydziału Polityki Społecznej Podkarpackiego Urzędu Wojewódzkiego na podstawie danych z GUS, mps, opracowanie własne



Wykres 2. Liczba zgonów według płci w latach 2004–2013

Źródło: Sprawozdania Wydziału Polityki Społecznej Podkarpackiego Urzędu Wojewódzkiego na podstawie danych z GUS, mps, opracowanie własne

4. Opieka zdrowotna i promocja zdrowia

Opieka zdrowotna obejmuje zakres świadczeń medycznych, profilaktyczno-diagnostycznych, terapeutyczno-rehabilitacyjnych i pomoc doraźną w stanach zagrożenia życia oraz opiekę paliatywno-hospicyjną w stanie zaawansowanej choroby terminalnej. W tej części opracowania przedstawione zostaną dane dotyczące placówek ochrony zdrowia w Rzeszowie i główne problemy zdrowotne mieszkańców Rzeszowa.

5. Zakres świadczeń medycznych w Rzeszowie

Dane na temat liczby placówek udzielających świadczeń medycznych w Rzeszowie opracowano na podstawie sprawozdań uzyskanych z Wydziału Polityki Społecznej Podkarpackiego Urzędu Wojewódzkiego¹². Liczba szpitali ogólnych udzielających świadczeń stacjonarnych w okresie 2004–2013 wynosiła od 6 w 2004 r. do 20 w 2013 r., z liczbą łóżek 1982 w 2004 r. do 2211 w 2013 r. Liczba osób leczonych w tych placówkach wyniosła od 85 795 (2004) do 104 167 (2013). Psychiatryczna opieka stacjonarna była świadczona przez 1 oddział (2004–2009), a później przez 2 podmioty (2010–2013). Liczba łóżek wyniosła od 25 (2004) do 45 (2013), a leczonych było od 65 (2004) do 218 (2013) pacjentów z problemami w sferze zdrowia psychicznego. Funkcjonowały również zakłady stacjonarnej opieki długoterminowej: 2 w latach 2004–2009, 3 w roku 2010 i 4 w latach 2011–2013. Obejmowały one oddziały opiekuńczo-lecznicze z liczbą łóżek od 39 (2004) do 93 (2013), gdzie leczonych było od 142 pacjentów (2004) do 152 (2013), oraz hospicja z liczbą łóżek od 30 (2004) do 72 (2013), gdzie leczonych było od 642 (2004) do 758 (2013) pacjentów.

Według sprawozdawczości resortowej w Rzeszowie działało od 80 (2004) do 168 (2013) podmiotów leczniczych, z których od 20 (2004) do 29 (2013) posiadało w swojej strukturze poradnie podstawowej opieki zdrowotnej oraz od 59 (2004) do 85 (2013) posiadało poradnie specjalistyczne. Praktyk lekarskich i pielęgniarstwo-położniczych było od 40 (2004) do 111 (najwięcej w roku 2006 – 110 i w 2010 – 111, zaś 85 w 2013). Większość z nich stanowiły praktyki specjalistyczne, łącznie ze stomatologicznymi, od 37 (2004) do 105 (najwięcej w roku 2006 – 105 i w 2010 – 104,

¹² Dane zostały opracowane na podstawie sprawozdawczości resortowej Ministra Zdrowia i uzupełnione o informacje z Urzędu Statystycznego, z Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego – Państwowego Zakładu Higieny i z Centrum Onkologii – Instytutu im. Marii Skłodowskiej-Curie.

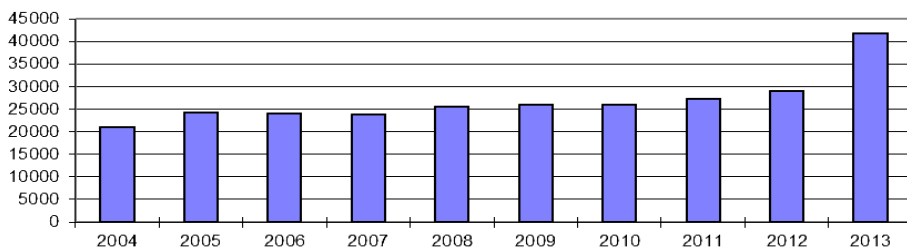
zaś 78 w 2013). Aktualnie funkcjonuje w Rzeszowie 9 placówek opieki medycznej stacjonarnej, 11 placówek opieki jednodniowej, 2 placówki opieki stacjonarnej psychiatrycznej i 4 placówki opieki długoterminowej. Wykaz wymienionych placówek przedstawiono w tabeli 4.

Tabela 4. Wykaz placówek stacjonarnej opieki medycznej w Rzeszowie

Lp.	Charakter świadczonej opieki medycznej	Wykaz placówek
1	stacjonarna	Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. Fryderyka Chopina Szpital Wojewódzki nr 2 im. św. Jadwigi Królowej Podkarpackie Centrum Chorób Płuc Szpital Miejski im. Jana Pawła II Szpital Ministerstwa Spraw Wewnętrznych Szpital Specjalistyczny Pro-Familia Asklepios B.P. spółka z o.o. Rzeszowskie Centrum Chirurgii Naczyniowej i Endowaskularnej PAKS IX Ośrodek Kardiologii Zabiegowej im. św. Józefa
2	jednodniowa	Ośrodek Chirurgii Oka prof. Zagórskiego NZOZ Ortopeda Visum Clinic spółka z o.o. NZOZ Oko-Res Centrum Medyczne Medyk Medicor Centrum Medyczne Rzeszowskie Centrum Medyczne Ewa Jakubiec-Blajer Ortovita spółka z o.o. Palomed spółka z o.o. Mrukmed spółka partnerska Meniscus spółka z o.o.
3	stacjonarna psychiatryczna	NZOZ Centrum Interwencji Kryzysowej SP ZOZ Centrum Leczenia Profilaktyki i Terapii Uzależnień
4	długoterminowa stacjonarna	Wojewódzka Stacja Pogotowia Ratunkowego – hospicjum NZOZ Bluemed s.c. – zakład opiekuńczo-leczniczy, hospicjum SPZOZ nr 1 – Zakład opiekuńczo-leczniczy Podkarpackie Hospicjum dla Dzieci

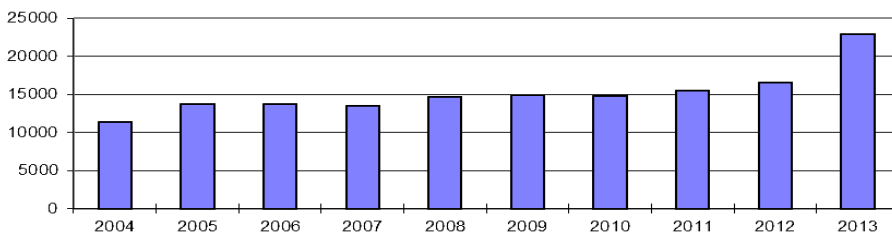
Źródło: Sprawozdania Wydziału Polityki Społecznej Podkarpackiego Urzędu Wojewódzkiego, mps, opracowanie własne

Liczba mieszkańców Rzeszowa leczonych w szpitalach ogólnych wyniosła od 20 943 (2004) do 41 717 (2013), w tym od 11 932 (2004) do 22 908 (2004) kobiet i od 9013 (2004) do 18 809 (2013) mężczyzn. Liczbę osób hospitalizowanych w okresie 2004–2013 przedstawiono na wykresach 3, 3a, 3 b.



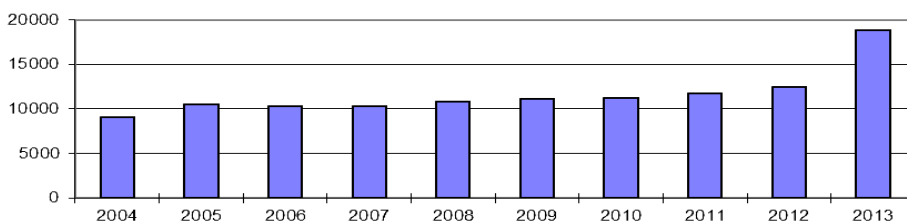
Wykres 3. Liczba mieszkańców Rzeszowa hospitalizowanych w okresie 2004–2013 (ogółem)

Źródło: Sprawozdania Wydziału Polityki Społecznej Podkarpackiego Urzędu Wojewódzkiego, mps, Sprawozdania Wydziału Zdrowia Podkarpackiego Urzędu Marszałkowskiego, mps, opracowanie własne



Wykres 3a. Liczba kobiet hospitalizowanych w okresie 2004–2013

Źródło: Sprawozdania Wydziału Polityki Społecznej Podkarpackiego Urzędu Wojewódzkiego, mps, Sprawozdania Wydziału Zdrowia Podkarpackiego Urzędu Marszałkowskiego, mps, opracowanie własne



Wykres 3b. Liczba mężczyzn hospitalizowanych w okresie 2004–2013

Źródło: Sprawozdania Wydziału Polityki Społecznej Podkarpackiego Urzędu Wojewódzkiego, mps, Sprawozdania Wydziału Zdrowia Podkarpackiego Urzędu Marszałkowskiego, mps, opracowanie własne

Wśród najczęstszych przyczyn hospitalizacji znalazły się w kolejności:

- choroby układu krążenia (UK) od 3249 – 2004 do 5372 – 2013;
- nowotwory (N) od 2627 – 2004 do 3148 – 2013;
- choroby układu moczowo-płciowego (UM-P) od 2494 – 2004 do 3914 – 2013);
- urazy, zatrucia i skutki działania czynników zewnętrznych (UZ) od 2339 – 2004 do 5943 – 2013;
- choroby układu trawiennego (UT) od 1983 – 2004 do 3149 – 2014.

W przypadku kobiet wymienione przyczyny obejmują:

- UM-P – od 1839 (2004) do 2524 (2013);
- UK – od 1647 (2004) do 2620 (2013);
- N – od 1583 (2004) do 1832 (2013);
- UZ – od 909 (2004) do 2457 (2013);
- UT – od 981 (2004) do 1528 (2013).

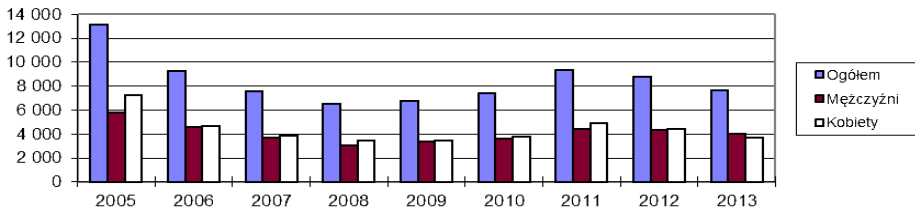
Dane w przypadku mężczyzn przedstawiają się następująco:

- UK – od 1602 (2004) do 2752 (2013);
- UZ – od 1430 (2004) do 3492 (2013);
- N – od 1044 (2004) do 1316 (2013);
- UT – od 1002 (2004) do 1621 (2014);
- UM-P – od 655 (2004) do 1390 (2013).

Z przedstawionych danych widać, że istnieją różnice w liczbach hospitalizacji z powodu określonych przyczyn ze względu na płeć. Pierwsze miejsce w kategorii przyczyn hospitalizacji u kobiet zajmują choroby układu moczowo-płciowego, zaś u mężczyzn na pierwszym miejscu są choroby układu krążenia, a liczba urazów i zatruc wyprzedza u nich liczbę nowotworów. Choroby układu krążenia zajmują drugie miejsce u kobiet. Trzecie miejsce u mężczyzn zajmują choroby układu trawiennego, zaś u kobiet plasują się one na miejscu piątym. Wysoki wskaźnik przyczyn hospitalizacji u obu płci wykazują choroby układu oddechowego (ogółem od 1640 – 2004 do 2997 – 2013, w tym u kobiet od 718 – 2004 do 1348 – 2014, u mężczyzn od 1640 – 2004 do 957 – 2013).

Poradnie zdrowia psychicznego i poradnie uzależnień usytuowane w Rzeszowie udzielają świadczeń pacjentom mieszkającym także poza miastem z uwagi na brak takich placówek w powiecie rzeszowskim. Wskaźniki zachorowalności (leczonych po raz pierwszy w roku sprawozdawczym) i chorobowości (leczonych w danym roku sprawozdawczym i w poprzednich latach) obejmują dane z terenu województwa podkarpackiego. Zarejestrowane zachorowania na zaburzenia psychiczne (według płci i wieku) przedstawiają wykres 4 i tabela 5 (dane dostępne za okres 2005–2013).

**Zarejestrowane zachorowania na zaburzenia psychiczne
w poradniach m. Rzeszowa**



**Wykres 4. Zachorowania na zaburzenia psychiczne
(w latach 2005–2013)**

Źródło: Sprawozdania Wydziału Polityki Społecznej Podkarpackiego Urzędu Wojewódzkiego, mps, opracowanie własne

Tabela 5. Zachorowania na zaburzenia psychiczne według wieku

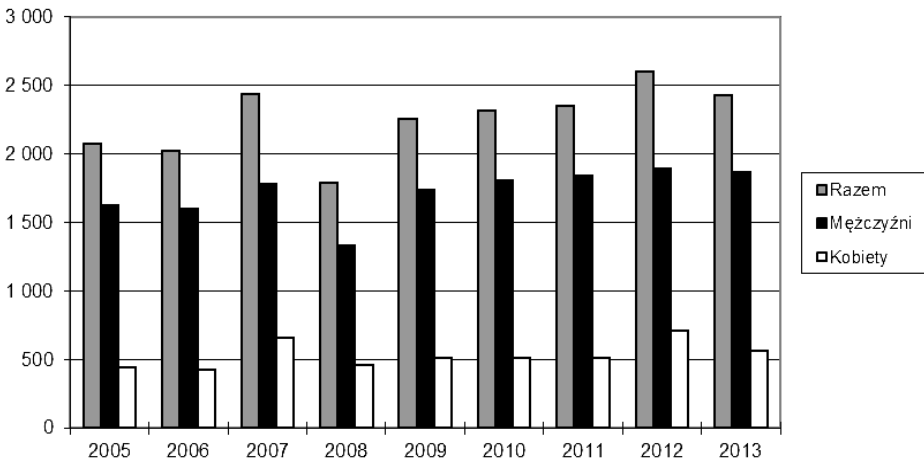
Zarejestrowane zachorowania na zaburzenia psychiczne w m. Rzeszowie – wg wieku									
Rok	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
65 i więcej	1185	1156	1096	460	870	675	913	824	771
30–64 lata	7069	4632	3488	3021	3298	3154	4403	3792	3472
19–29 lat	2229	1347	1270	1391	1346	1763	2195	1994	1639
0–18 lat	2628	2156	1706	1648	1271	1844	1839	2181	1794
Ogółem	13 111	9291	7560	6520	6785	7436	9350	8791	7676
Rok	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
MĘŻCZYŹNI	5840	4613	3699	3063	3343	3660	4403	4380	3999
0–18 lat	1268	1217	865	1000	808	1119	1033	1370	1205
19–29 lat	1027	708	664	646	676	826	1062	765	755
30–64 lata	3076	2161	1722	1179	1537	1415	1978	1861	1629
65 i więcej	469	527	428	238	322	300	330	384	410
Rok	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
KOBIETY	7271	4678	3861	3457	3442	3776	4947	4411	3677
0–18 lat	136	939	821	648	463	725	806	811	589
19–29 lat	1202	639	606	745	670	937	1135	1229	884
30–64 lata	3993	2471	1766	1842	1761	1739	2425	1931	1843
65 i więcej	716	629	668	222	548	375	583	440	361

Źródło: Sprawozdania Wydziału Polityki Społecznej Podkarpackiego Urzędu Wojewódzkiego, mps, opracowanie własne

Najwięcej zachorowań zanotowano w 2005 r. (ogółem 13 111 osób, w tym 7271 kobiet i 5840 mężczyzn, w pozostałych latach liczba zachorowań wahała się od 6520 do 9350 (w 2013 r. wynosiła 7676, w tym 3677

kobiet i 3999 mężczyzn). Zarejestrowane zachorowania na zaburzenia psychiczne według rozpoznania zasadniczego różnią się pod względem liczby u kobiet i mężczyzn. Kobiety cierpią najczęściej na: zaburzenia nerwicowe związane ze stresem, epizody afektywne, organiczne zaburzenia psychotyczne, schizofrenię, depresje nawracające i zaburzenia dwubiegunowe. Mężczyzn dotyczą najczęściej: organiczne zaburzenia psychotyczne, epizody afektywne, zaburzenia zachowania i emocji rozpoczynające się zwykle w dzieciństwie, depresje nawracające i zaburzenia dwubiegunowe, organiczne zaburzenia niepsychotyczne. Zaburzenia psychiczne o wiele częściej są problemem kobiet niż mężczyzn (w niektórych latach występują nawet proporcje 1 : 3).

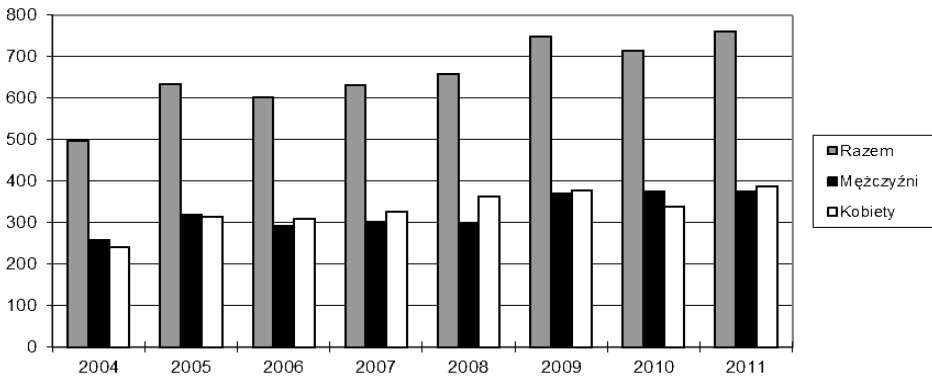
Niepokojące są także statystyki zaburzeń psychicznych związanych z problemem alkoholowym, które utrzymują się od kilku lat na stałym poziomie, poza małymi odchyleniami.



Wykres 5. Występowanie zaburzeń psychicznych związanych z nadużywaniem alkoholu w latach 2005–2013

Źródło: Sprawozdania Wydziału Polityki Społecznej Podkarpackiego Urzędu Wojewódzkiego, mps, opracowanie własne

Sytuacja zdrowotna mieszkańców Rzeszowa w zakresie chorób nowotworowych została przedstawiona w sprawozdaniach w oparciu o dane statystyczne uzyskane z Instytutu im. Marii Skłodowskiej-Curie w Centrum Onkologii w Warszawie. Liczbę zachorowań na nowotwory w okresie 2004–2011 przedstawia wykres 6.



Wykres 6. Zachorowania na nowotwory ogółem i według płci w latach 2004–2011

Źródło: Sprawozdania Wydziału Polityki Społecznej Podkarpackiego Urzędu Wojewódzkiego, mps, opracowanie własne

Według umiejscowienia u kobiet występują w kolejności: nowotwory złośliwe żeńskich narządów płciowych, nowotwory złośliwe sutka, nowotwory złośliwe narządów trawiennych, czerniak i inne nowotwory złośliwe skóry, nowotwory złośliwe narządów oddechowych i klatki piersiowej.

Kolejność występowania nowotworów złośliwych u mężczyzn przedstawia się następująco: nowotwory złośliwe narządów trawiennych, nowotwory złośliwe męskich narządów płciowych, nowotwory złośliwe narządów oddechowych i klatki piersiowej, czerniak i inne nowotwory złośliwe skóry.

Z przeprowadzonej analizy uzyskanych danych wynika, że kondycja zdrowotna mieszkańców Rzeszowa wymaga podejmowania wielu systemowych działań w zakresie profilaktyki, wczesnej diagnostyki i edukacji zdrowotnej w celu poprawy jakości życia osób zagrożonych/dotkniętych chorobami. Należy podejmować skuteczniejsze działania zmierzające do zwalczania zaburzeń i chorób mających związek ze stresem i stylem życia, ponieważ coraz częściej mamy do czynienia z tego typu problemami zdrowotnymi. Z uwagi na ograniczone ramy opracowania przedstawiono tylko niektóre dane statystyczne. Zestawienia liczbowe sytuacji zdrowotnej mieszkańców Rzeszowa za okres 2004–2013 obejmują wiele stron opracowań. Na podstawie tych materiałów można by przeprowadzić pogłębioną analizę omawianej problematyki.

W dalszej części opracowania przedstawione zostaną działania podejmowane w Rzeszowie w sferze profilaktyki, promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej.

6. Założenia Narodowego Programu Zdrowia (NPZ)

Stan zdrowia Polaków jest gorszy niż mieszkańców pozostałych krajów Unii Europejskiej, długość życia również jest krótsza od przeciętnej dla 25 krajów UE – o 4,6 lat dla mężczyzn i o 2,5 roku dla kobiet. Według szacunków WHO z 2002 r. Polacy żyją w zdrowiu przeciętnie 65,8 lat (63,1 mężczyźni i 68,5 kobiety), tj. około 4,9 lat krócej niż wynosi przeciętna długość życia w zdrowiu mieszkańców krajów Unii Europejskiej (różnica w stosunku do najdłużej żyjących Szwedów wynosi 7,5 lat). Według danych GUS w 2011 r. przeciętne trwanie życia w Polsce dla mężczyzn wynosiło 72,4 lat, a dla kobiet 80,9 lat.

Wskaźnik umieralności w Polsce jest wyższy niż przeciętny w krajach UE z wyjątkiem kobiet w wieku 15–29 lat. Najbardziej niekorzystna sytuacja dotyczy mężczyzn w wieku 30–59 lat. Wśród dzieci poniżej 15. roku życia ryzyko zgonu jest o 40% wyższe niż wśród ich rówieśników z innych krajów UE. Według danych GUS najczęstszymi przyczynami umieralności dzieci i młodzieży w wieku 5–19 lat są urazy i zatrucia, stanowiące ponad połowę wszystkich zgonów w tej grupie wiekowej. Ponad 13% to samobójstwa, których liczba niepokojąco wzrasta (w 1990 r. wynosiła 10%).

W roku 2004 zmarło w Polsce 73,2 tys. mężczyzn i 28,9 tys. kobiet w wieku 25–64 lata, co stanowiło 37% ogólnej liczby zmarłych mężczyzn i 17% ogółu zmarłych kobiet. Z danych GUS wynika, że w roku 2012 zmarło w Polsce ponad 380 tys. osób. Główną przyczyną zgonów w tej kategorii wiekowej są nowotwory. Liczba osób zmarłych w pozostałych krajach UE jest o około 80 tys. niższa w porównaniu z Polską. Główne przyczyny zgonów w Polsce przedstawiono w tabeli 6.

Tabela 6. Główne przyczyny zgonów

Lp.	Przyczyna	K	M	Uwagi
1	choroby układu krążenia	52,6%	41,1%	występuje tendencja spadkowa
2	nowotwory złośliwe	22,8%	26,4%	życiu mieszkańców Polski najbardziej zagraża rak oskrzeli i płuc
3	przyczyny zewnętrzne	3,6%	9,7%	dominują wypadki komunikacyjne ze wzrastającą liczbą zabitych pieszych

Źródło: K. Błaszczuk, *Współczesne koncepcje zdrowia* [w:] K. Błaszczuk, D. Rynkowska, *Wybrane problemy zdrowia publicznego w perspektywie pracy socjalnej*, Wydawnictwo Uniwersytetu Rzeszowskiego, Rzeszów 2014, s. 190–193; na podstawie: NPZ 2007–2015. Załącznik do uchwały nr 90/2007 Rady Ministrów z dnia 15 maja 2007, K. Kuszewski, P. Goryński, B. Wojtyniak, R. Halik (red.) 2007, s. 14

Z danych GUS wynika, że w roku 2011 najczęstszymi przyczynami zgonów były: choroby układu krążenia – 45%, choroby nowotworowe – ok. 25%, urazy i zatrucia – 6,9%, zaś w roku 2012 zmarło w Polsce ogółem ponad 380 tys. osób, tj. o ponad 4 tys. więcej niż w 2011 r. (ok. 53% ogólnej liczby zmarłych stanowili mężczyźni)¹³.

Na początku lat osiemdziesiątych XX w. Światowa Organizacja Zdrowia Biuro Regionalne dla Europy (WHO/EURO) przedstawiła nową strategię działań na rzecz promocji zdrowia pod nazwą „Zdrowie dla Wszystkich”. W roku 1985 opublikowano dokument zawierający 38 zadań dla poprawy zdrowia ludności jako podstawę do opracowania narodowych programów zdrowia. Pierwszą wersję programu w Polsce o nazwie Narodowy Program Zdrowia (NPZ), opracowano w roku 1990. Kolejne znowelizowane wersje opublikowano w latach 1993 i 1996¹⁴.

Narodowy Program Zdrowia 2007–2015 jako cel główny zakładał poprawę zdrowia i związanej z nim jakości życia ludności oraz zmniejszenie nierówności w zdrowiu przez:

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

Założono 8 strategicznych celów zdrowotnych i 15 celów operacyjnych.

Strategiczne cele zdrowotne obejmowały:

1. Zmniejszenie zachorowalności i umieralności z powodu chorób naczyniowo-sercowych, w tym udarów mózgu;
2. Zmniejszenie zachorowalności i przedwczesnej umieralności z powodu nowotworów złośliwych;
3. Zmniejszenie częstości urazów powstałych w wyniku wypadków i ograniczenie ich skutków;
4. Zapobieganie zaburzeniom psychicznym przez działania prewencyjno-promocyjne;
5. Zmniejszenie przedwczesnej zachorowalności i ograniczenie negatywnych skutków przewlekłych schorzeń układu kostno-stawowego;
6. Zmniejszenie zachorowalności i przedwczesnej umieralności z powodu przewlekłych chorób układu oddechowego;
7. Zwiększenie skuteczności zapobiegania chorobom zakaźnym i zakażeniom;

¹³ Rocznik Statystyczny GUS, 2012.

¹⁴ B. Woynarowska, *Narodowy Program Zdrowia – ewolucja, możliwości realizacji* [w:] J.B. Karński (red.), *Promocja zdrowia*, Wydawnictwo Ignis, Warszawa 1999, s. 88–93.

8. Zmniejszenie różnic społecznych i terytorialnych w stanie zdrowia populacji.

Cele operacyjne służące realizacji strategicznych celów zdrowotnych obejmowały:

1. Zmniejszenie rozpowszechnienia palenia tytoniu;
2. Zmniejszenie i zmianę struktury spożycia alkoholu oraz zmniejszenie szkód zdrowotnych spowodowanych alkoholem;
3. Poprawę sposobu żywienia ludności i jakości zdrowotnej żywności oraz zmniejszenie występowania otyłości;
4. Zwiększenie aktywności fizycznej ludności;
5. Ograniczenie używania substancji psychoaktywnych i związanych z tym szkód zdrowotnych;
6. Zmniejszenie narażenia na czynniki szkodliwe w środowisku życia i pracy oraz ich skutków zdrowotnych i poprawę stanu sanitarnego kraju;
7. Poprawę opieki zdrowotnej nad matką, noworodkiem i małym dzieckiem;
8. Wspieranie rozwoju i zdrowia fizycznego i psychospołecznego oraz zapobieganie najczęstszym problemom zdrowotnym i społecznym dzieci i młodzieży;
9. Tworzenie warunków do zdrowego i aktywnego życia osób starszych;
10. Tworzenie warunków do aktywnego życia osób niepełnosprawnych;
11. Intensyfikację zapobiegania próchnicy u dzieci i młodzieży;
12. Aktywizację jednostek samorządu terytorialnego i organizacji pozarządowych na rzecz zdrowia społeczeństwa;
13. Poprawę jakości świadczeń zdrowotnych w zakresie skuteczności, bezpieczeństwa i akceptowalności społecznej, w tym przestrzegania praw pacjenta;
14. Usprawnienie wczesnej diagnostyki i czynnej opieki nad osobami zagrożonymi chorobami układu krążenia, udarami mózgowymi, nowotworami, powikłaniami cukrzycy, chorobami układu oddechowego oraz chorobami reumatycznymi szczególnie przez działania podstawowej opieki zdrowotnej;
15. Zwiększenie i optymalne wykorzystanie systemu ochrony zdrowia oraz infrastruktury samorządowej dla potrzeb promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej.

Założone efekty realizacji celów NPZ do 2015 r przedstawia tabela 7.

Tabela 7. Wybrane docelowe wskaźniki efektów zdrowotnych w roku 2015

Cel strategiczny	Oczekiwany efekt zdrowotny	Wskaźnik	Oczekiwana zmiana wskaźnika w stosunku do bazowego roku 2005
1	2	3	4
1. Zmniejszenie zachorowalności i przedwczesnej umieralności z powodu chorób naczyniowo-sercowych, w tym udarów mózgu	> Zmniejszenie umieralności u osób poniżej 65. roku życia	Odsetek kobiet i mężczyzn umierających przed 64. rokiem życia	<p>> Zmniejszenie odsetka kobiet umierających przed 64. rokiem życia o 7%</p> <p>> Zmniejszenie odsetka mężczyzn umierających przed 64. rokiem życia o 20%</p>
	> Uzyskanie u co najmniej 70% chorych, którzy przeżyli ostry okres udaru i utrzymują samodzielność, wykonywania podstawowych czynności życia codziennego	Odsetek chorych, którzy według oceny Rankin otrzymali poniżej 3 punktów	> Wzrost odsetka chorych otrzymujących poniżej 3 punktów według oceny Rankin z 45% do 70%
2. Zmniejszenie zachorowalności i przedwczesnej umieralności z powodu nowotworów złośliwych	> Zmniejszenie umieralności z powodu nowotworów ogółem	Liczba zgonów z powodu nowotworów ogółem	> Spadek współczynnika zgonów na 100 000 mieszkańców z powodu nowotworów o 15%
	> Zmniejszenie umieralności z powodu raka piersi i w stopniu znacznym raka szyjki macicy przez wprowadzenie na skalę populacyjną zorganizowanych badań przesiewowych mammograficznych i cytologicznych oraz wykorzystanie szczepionek przeciw wirusom brodawczaka	<p>Liczba zgonów z powodu nowotworu sutka</p> <p>Liczba zgonów z powodu raka szyjki macicy</p>	<p>> Spadek współczynnika zgonów na 100 000 mieszkańców z powodu raka piersi o 15%</p> <p>> Spadek liczby zgonów z powodu raka szyjki macicy z 2000 do 500 (o 75%)</p>

1	2	3	4
3. Zmniejszenie częstości urazów powstałych w wyniku wypadków i ograniczenie ich skutków	<p>> Zmniejszenie odsetka ofiar śmiertelnych wskutek urazów powstałych w wyniku wypadków drogowych</p> <p>> Zmniejszenie liczby urazów powstałych w wyniku wypadków przy pracy do połowy stanu z 2005 r.</p>	<p>Liczba ofiar śmiertelnych w wypadkach drogowych</p> <p>Liczba wypadków powstałych przy pracy</p>	<p>> Spadek liczby ofiar śmiertelnych w wypadkach samochodowych z 5600 do liczby 2600 w roku 2015 (o 54%)</p> <p>> Spadek liczby wypadków w pracy z 84 402 w roku 2005 do 42 200 w roku 2015 (o 50%)</p>
4. Zapobieganie zaburzeniom psychicznym przez działania prewencyjno-promocyjne	<p>> Zmniejszenie zapadalności i rozpowszechnienia zaburzeń psychicznych, w tym liczby samobójstw</p> <p>> Wprowadzanie programów promocji zdrowia psychicznego i programów zapobiegania zaburzeniom psychicznym w środowisku szkolnym, w pracy i dla grup ryzyka (bezrobotni, zagrożeni samobójstwem, ludzie w podeszłym wieku)</p> <p>> Promowanie zdrowia psychicznego przez dostarczanie wiedzy i umiejętności potrzebnych do prawidłowego psychospołecznego rozwoju dzieci i młodzieży oraz rozwiązywania problemów życiowych; kształtowanie zachowań korzystnych dla zdrowia psychicznego</p>	<p>Liczba osób korzystających z różnych form opieki psychologicznej i psychiatrycznej</p> <p>Liczba programów promocji zdrowia psychicznego</p> <p>Liczba instytucji realizujących programy promocji zdrowia</p> <p>Odsetek powiatów, w których istnieją centra zdrowia psychicznego i zespoły opieki środowiskowej</p> <p>Liczba miejsc pracy dla osób przewlekle chorych psychicznie</p> <p>Liczba mieszkań chronionych</p>	<p>> Zmniejszenie o 15% liczby osób korzystających z różnych form opieki psychologicznej i psychiatrycznej</p> <p>> Zwiększenie o 50% liczby programów i liczby instytucji realizujących programy promocji zdrowia psychicznego i profilaktyki</p> <p>> Stworzenie centrów zdrowia psychicznego i zespołów opieki środowiskowej w 50% powiatów</p> <p>> Zwiększenie o 50% liczby miejsc pracy dla osób przewlekle chorych</p> <p>> Zwiększenie o 50% liczby mieszkań chronionych</p>

1	2	3	4
5. Zmniejszenie przedwczesnej zachorowalności i ograniczenie negatywnych skutków przewlekłych schorzeń układu kostno-stawowego	> Zwiększenie i wyrównanie dostępności do usług rehabilitacyjnych	Liczba przyznanych rent rocznie z powodu reumatoidalnego zapalenia stawów (kod ICD 10 M05, M06)	> Spadek rocznej liczby orzekanych rent z 750 do liczby 400 (reumatoidalne zapalenie stawów zostało potraktowane wskaźnikowo dla wszystkich chorób reumatycznych)
6. Zmniejszenie zachorowalności i przedwczesnej umieralności z powodu przewlekłych chorób układu oddechowego	> Zmniejszenie umieralności z powodu POChP	Liczba zgonów z powodu przewlekłej obturacyjnej choroby płuc	> Obniżenie liczby zgonów z powodu przewlekłej obturacyjnej choroby płuc z 2750 do 2000 rocznie (o 27%)
7. Zwiększenie skuteczności zapobiegania chorobom zakaźnym i zakażeniom	> Zmniejszenie liczby zatruć pokarmowych i zakażeń żołądkowo-jelitowych wywołanych przez czynniki biologiczne	Współczynniki zapadalności na wirusowe zakażenia żołądkowo-jelitowe Zapadalność dzieci do lat 2 na biegunki o nieokreślonej etiologii	> Utrzymanie współczynnika zapadalności na wirusowe zakażenia żołądkowo-jelitowe > Obniżenie zapadalności dzieci do lat 2 na biegunki o nieokreślonej etiologii o 25%
	> Zmniejszenie zapadalności na choroby przenoszone przez naruszenie ciągłości tkanek, ze szczególnym uwzględnieniem WZW typu C i HIV	Częstość wykrywania nowych zakażeń HIV	> Zmniejszenie częstości wykrywania nowych zakażeń HIV (z wyłączeniem krwiodawców) o 20%
	> Zmniejszenie zapadalności na choroby zakaźne, którym można zapobiegać przez szczepienia	Liczba chorób, przeciwko którym prowadzone są masowe obowiązkowe szczepienia Odsetek osób zaszczepionych terminowo w ramach powszechnych obowiązkowych szczepień przewidzianych „Programem szczepień ochronnych”	> Zwiększenie liczby chorób, przeciwko którym prowadzone są masowe obowiązkowe szczepienia, co najmniej o dwie choroby > Odsetek osób zaszczepionych terminowo w ramach powszechnych obowiązkowych szczepień przewidzianych „Programem szczepień ochronnych” – powyżej 95% w skali całego kraju, powyżej 90% w każdym województwie

1	2	3	4
	> Poprawa sytuacji w skali całego kraju w zakresie zakażeń szpitalnych	Procentowy udział przypadków chorób potwierdzonych laboratoryjnie w ogólnej liczbie rejestrowanych zachorowań zakaźnych	> Procentowy udział potwierdzonych laboratoryjnie przypadków chorób zakaźnych w ogólnej liczbie rejestrowanych zachorowań – powyżej 50%
8. Zmniejszenie różnic społecznych i terytorialnych w stanie zdrowia populacji	> Osiągnięcie pełnego dostępu pacjentów do podstawowej opieki zdrowotnej (POZ) – przyjęcie w dniu zgłoszenia	Średnia długość życia	> Zwiększenie długości życia w województwach o najniższej średniej długości życia o 2 lata wśród mężczyzn i o 1 rok wśród kobiet
	> Wypracowanie w ramach POZ mechanizmu opieki zdrowotnej ukierunkowanej na grupy zagrożone ubóstwem i wykluczeniem społecznym		

Źródło: NPZ 2007–2015. Załącznik do uchwały nr 90/2007 Rady Ministrów z dnia 15 maja 2007, K. Kuszewski, P. Goryński, B. Wojtyniak, R. Halik (red.), 2007.

Wytyczne do realizacji zadań w zakresie promocji zdrowia zawarte w NPZ nakładają obowiązek wdrażania systemowych rozwiązań na poziomie lokalnym przez wszystkie instytucje powołane do ochrony zdrowia mieszkańców oraz do działalności w sferze zdrowia publicznego, w tym placówki oświatowe i opiekuńczo-wychowawcze.

Wydział Zdrowia Urzędu Miasta Rzeszowa realizuje zadania w sferze profilaktyki i promocji zdrowia z udziałem instytucji reprezentujących resort zdrowia i edukacji oraz organizacji pozarządowych.

W dalszej części opracowania przedstawione zostaną programy profilaktyki realizowane w Rzeszowie oraz założenia Sieci Szkół Promujących Zdrowie.

7. Założenia promocji zdrowia

Według „American Journal of Health Promotion” promocja zdrowia pozwala ludziom sprostać wymaganiom prozdrowotnego stylu życia. Definicja zawarta w raporcie WHO z 1993 r. określiła promocję zdrowia jako „działa-

nie społeczne i polityczne na poziomie indywidualnym i zbiorowym, którego celem jest podniesienie stanu świadomości zdrowotnej społeczeństwa, krzewienie zdrowego stylu życia i tworzenie warunków sprzyjających zdrowiu. Jest to proces aktywizacji społeczności lokalnych, polityków, profesjonalistów i laików, podejmowanej do osiągnięcia trwałych zmian zachowań (redukcji zachowań będących czynnikami ryzyka i rozpowszechniania zachowań prozdrowotnych) oraz wprowadzenia zmian w środowisku, które zmniejszałyby lub eliminowały społeczne i inne środowiskowe przyczyny zagrożeń zdrowia”¹⁵. Uwzględniane są cztery poziomy promocji zdrowia:

- środowiskowy (środowisko życia, pracy);
- społeczny (grupy, elementy struktury społecznej, polityka społeczna, działania edukacyjne);
- organizacyjny (instytucje jako ośrodki promocji zdrowia, np. „zdrowa szkoła”, „zdrowy szpital”, tworzenie kultury sprzyjającej zdrowiu w środowisku pracy);
- indywidualny (zmiana zachowań jednostek i kształtowanie ich zdrowego stylu życia).

Warunkiem skuteczności oddziaływań jest planowe wdrażanie i ocena programów promocyjnych na wszystkich poziomach z uwzględnieniem zachodzących między nimi relacji.

Początkowo w dziedzinie promocji zdrowia skupiano się na jednostce, a następnie podejmowano działania w kierunku poprawy warunków środowiskowych, uwzględniając wzmocnienia lokalnego kapitału społecznego, poprawę warunków środowiska pracy i włączenie do działań różnych instytucji¹⁶. Strategicznym celem promocji zdrowia jest kształtowanie, wzmacnianie oraz optymalizacja statusu zdrowotnego jednostek i populacji. Drogą do osiągnięcia tego celu w Polsce są następujące cele operacyjne:

- zmniejszenie zachorowalności i przedwczesnej umieralności;
- redukcja czynników ryzyka (promocja karmienia piersią, zwalczanie nałogów, panowanie nad stresem);
- zmiana zachowań zdrowotnych (np. spędzanie wolnego czasu, relaks, praca, samoleczenie);
- zmniejszenie absencji chorobowej;

¹⁵ J.K. Karczewski, R. Grębowski, *Czynniki decydujące o zdrowiu człowieka* [w:] J.K. Karczewski (red.), *Higiena*, Wydawnictwo Czelej, Lublin 2002, s. 23.

¹⁶ Tamże, s. 24.

- obniżenie kosztów opieki zdrowotnej (promocja zdrowia jest jedyną alternatywą);
- lepsze standardy organizacyjne (tworzenie nowych ośrodków dostosowanych do promocji zdrowia);
- wzrost wiedzy społeczeństwa o czynnikach wpływających na zdrowie (środki i możliwość wyboru).

Podstawową rolę w ochronie zdrowia fizycznego, psychicznego i społecznego odgrywa edukacja prozdrowotna. Do głównych zadań oświaty zdrowotnej zalicza się:

- wpływanie na zmianę zachowań człowieka w kierunku zachowań prozdrowotnych;
- pobudzanie zainteresowań zdrowiem przez wzbogacanie wiedzy o nim;
- przekształcanie postaw i zachowań ludzkich, zwłaszcza w walce z nowymi zagrożeniami;
- wyrabianie odpowiedzialności za zdrowie własne i osób z najbliższego otoczenia.

„Każdy powinien wiedzieć, co jest dla zdrowia szkodliwe, a co działa pozytywnie na organizm; kiedy można z problemami zdrowotnymi radzić sobie samemu, a kiedy należy udać się do lekarza; co wpływa na przedłużenie i harmonię życia, a co powoduje zakłócenia w równowadze fizycznej i psychicznej organizmu, przyczyniając się do skrócenia życia. Do zadań oświaty zdrowotnej należy także prowadzenie szeroko zakrojonych akcji mających na celu walkę ze schorzeniami i nałogami zagrażającymi ogółowi społeczeństwa. Edukacja prozdrowotna jest więc dyscypliną z pogranicza nauk medycznych, humanistycznych i społecznych. Pomocne w jej realizacji są także najnowsze osiągnięcia z dziedziny psychologii i socjologii¹⁷. Zdrowy styl życia człowieka należy promować już w dzieciństwie, aby zwalczać nieprawidłowe zachowania zdrowotne. Największe znaczenie w kształtowaniu postaw dzieci i młodzieży mają rodzina i placówki oświatowo-wychowawcze. Już na poziomie wychowania przedszkolnego realizowane są programy edukacyjne o treściach związanych ze zdrowiem. Edukacja zdrowotna i promocja zdrowia od najmłodszych lat życia człowieka ma priorytetowe znaczenie dla zdrowia populacji, ponieważ włącza do działania całe środowisko lokalne. Sprzyja więc inicjowaniu zmian zachowań i postaw społeczeństwa wobec zagrożeń cywilizacyjnych wynikających z zaniedbań i braku wiedzy o czynnikach ryzyka zdrowotnego.

¹⁷ J. Gromadzka-Ostrowska, *Zagadnienia zdrowia publicznego i ochrony środowiska* [w:] J. Gromadzka-Ostrowska, D. Włodarek, Z. Toeplitz, *Edukacja prozdrowotna*, Wydawnictwo Szkoły Głównej Gospodarstwa Wiejskiego, Warszawa 2003, s. 29.

8. Wybrane programy profilaktyki i akcje promujące zdrowie finansowane z budżetu Miasta Rzeszowa w latach 2004–2013

Programy profilaktyki obejmują zakres zadań określonych w celach strategicznych i operacyjnych Narodowego Programu Zdrowia, które zostały wytyczone w danej edycji tego programu. Od roku 1990 opracowano już cztery edycje NPZ (aktualny obejmuje lata 2007–2015). Priorytety w sferze ochrony zdrowia określa Światowa Organizacja Zdrowia na podstawie przeprowadzonych badań sytuacji zdrowotnej mieszkańców różnych regionów świata.

Polska, tak jak inne kraje europejskie, doświadcza problemów i zagrożeń zdrowotnych w związku ze zbliżonym stylem życia większości obywateli, co przekłada się na wadliwy sposób odżywiania się (przekarmianie, nadmiar soli, cukru i tłuszczu) przy równoczesnym ograniczeniu ruchu i aktywności fizycznej (większość czasu spędzamy w pozycji siedzącej podczas pracy i wypoczynku) oraz zagrożeniu stresem sytuacyjnym (kryzys, bezrobocie, migracje zarobkowe).

Teoria polietiologii chorób wskazuje na wiele przyczyn chorób psychosomatycznych związanych z zachowaniami zdrowotnymi i czynnikami zewnętrznymi, wśród których nie sposób pominąć wpływów środowiska społecznego (rodziny, szkoły, pracy, społeczności lokalnej).

Statystyki dotyczące realizacji programów zdrowotnych w Rzeszowie udostępnione przez Wydział Zdrowia Urzędu Miasta Rzeszowa przedstawia tabela 8.

Tabela 8. Programy profilaktyki realizowane w Rzeszowie w latach 2004–2013

Program/rok/ liczba mie- szkańców objętych progra- mem liczba osób	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	Ogó- łem
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Profilaktyka raka piersi (K 45+)	1000	1000	600	620	392	659	595	570	450	245	6131
Profilaktyka raka piersi (K 20-44)	-	-	201	450	589	457	560	560	554	641	4012

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Profilaktyka chorób sercowo-naczyniowych (K, M 35-55)	500	300	272	125	-	-	-	-	-	-	1197
Profilaktyka wad postawy „Proste plecy” (uczniowie kl. IV-VI)	1500	1373	1481	1293	1255	1355	1419	1337	1411	1345	13 769
Profilaktyka raka szyjki macicy (K 30-59)	-	110	-	-	-	-	-	-	-	-	110
Profilaktyka raka jelita grubego (K, M 40+)	-	282	224	260	260	42	72	112	170	155	1577
Program szczepień przeciw grypie (K, M 60+)	-	3000	3550	5003	5428	5707	5483	5900	5135	5580	44 786
Profilaktyka schorzeń grzybiczych, w tym grzybicy stóp	-	-	1666	-	-	-	-	-	-	-	1666
Wczesne wykrywanie i leczenie cukrzycy typu II (K, M 40+)	-	-	820	277	121	220	208	380	214	239	2479
Racjonalne odżywianie się – kapitał zdrowia na przyszłość (uczniowie szk. gimn. i ponadgimn.)	-	-	5652	8000	8000	7900	7702	7200	7289	6619	58 362
Profilaktyka przeciwpróchnicowa (uczniowie szk. podst. kl. I-VI)	-	-	8730	8311	8070	-	-	-	-	-	25 111

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Higiena osobista (uczniowie)	-	-	-	-	-	9500	10240				19 740
Wczesne wykrywanie wad wzroku (dz. 6 l.)	-	-	-	-	1122	1180	1254	1248			4804
Program szczepień przeciwko zakażeniom meningi i pneumokokowym	-	-	-	-	-	528: M - 327 P - 201	275: M - 146 P - 129	283: M - 159 P - 124	-	-	1086
Profilaktyka chorób tarczycy u kobiet 40+	-	-	-	-	-	-	-	-	466	224	690
Ogółem	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	185 520

Źródło: Sprawozdania Wydziału Zdrowia Urzędu Miasta Rzeszowa, mps (okres 2004–2006); <http://bip.erszow.pl/wydzialurzedumiasta/wydzial-zdrowia/sprawozdania> (2007–2013), data dostępu: 14.11.2014, opracowanie własne

Oprócz przedstawionych programów profilaktycznych organizowane są inne wybiórcze formy oddziaływań prewencyjnych skierowane do konkretnych odbiorców korzystających ze świadczeń medycznych ze względu na określone problemy zdrowotne. Przykłady programów i akcji promujących zdrowie wskazanych w sprawozdaniach Wydziału Zdrowia Urzędu Miasta Rzeszowa:

- Program rehabilitacji dzieci niepełnosprawnych realizowany w Ośrodku Rehabilitacji Dzieci Niepełnosprawnych w SPZOZ nr 1 w Rzeszowie;
- przygotowanie higienistek szkolnych do realizacji edukacyjnych programów zdrowotnych adresowanych do uczniów („Dbam o swój wygląd”, „Zasady racjonalnego żywienia”, Profilaktyka chorób nowotworowych”);
- „Promowanie zdrowia na festynach rodzinnych” (pomiar ciśnienia tętniczego, badania spirometryczne, porady na temat rzucenia palenia);
- obchody Światowego Dnia bez Tytoniu (konkurs plastyczny w szkołach);
- akcja „Rzuć palenie razem z nami” (badania palaczy – pomiar ciśnienia tętniczego krwi, pojemności życiowej płuc, poziomu CO w płucach, udzielanie porad prozdrowotnych, rozdawanie materiałów edukacyjnych w formie ulotek);
- akcja „Październik miesiącem walki z rakiem” (Marsz Nadziei, akcja „Otwartych drzwi” – badania mammograficzne dla mieszkanek Rzeszowa);

- profilaktyka choroby alkoholowej, uzależnienia od narkotyków i nałogu nikotyny dzieci i młodzieży w wieku szkolnym (prowadzona przez higienistki szkolne);
- dofinansowanie funkcjonowania mikrobusu dla osób niepełnosprawnych;
- dofinansowanie programu edukacyjnego dla mieszkańców Rzeszowa chorych na cukrzycę;
- akcja pn. „Wczesne wykrywanie cukrzycy” (przesiewowe badania poziomu glukozy);
- Światowy Dzień Walki z AIDS (konkurs plastyczny z nagrodami dla uczniów szkół gimnazjalnych i ponadgimnazjalnych);
- program pn. „Szkolenie i rehabilitacja po przebytych chorobach nowotworowych”;
- projekt badawczy pn. „Dziecko rzeszowskie – budowa i rozwój dzieci i młodzieży miasta Rzeszowa i powiatu rzeszowskiego w wieku od 8 do 18 lat” (realizowany przez Uniwersytet Rzeszowski);
- akcja prozdrowotna mająca na celu propagowanie badań profilaktycznych wśród kobiet pn. „Bądź zdrowa, mamo. Zbadaj się” (akcja połączona z konkursem plastycznym i nagrodami książkowymi dla zwycięzców);
- program kompleksowej rehabilitacji dzieci i ich rodzin: „Program profilaktyki zaburzeń rozwoju psychoruchowego u dzieci” i „Wczesne wykrywanie całościowych zaburzeń rozwojowych oraz wczesna interwencja terapeutyczna i pomoc dziecku zagrożonemu autyzmem oraz jego rodzinie”);
- akcja „Światowy Dzień Serca” (badanie ciśnienia tętniczego i poziomu glukozy oraz porady dotyczące profilaktyki chorób serca i układu krążenia);
- program pn. „Zdrowe dziecko – zdrowa rodzina – zdrowe społeczeństwo”;
- kampania edukacji prozdrowotnej „Aktywni z astmą” (opracowanie materiałów edukacyjnych na stronie internetowej);
- program pn. „Dobra informacja to skuteczna rehabilitacja” (realizacja zadania publicznego pn. „Promocja zdrowia psychicznego i zapobieganie zaburzeniom psychicznym” przez Stowarzyszenie Rodzin Otwarty Umysł – działania wspomagające proces rehabilitacji, spotkania z psychologiem i lekarzem psychiatrą, zajęcia kulturalno-oświatowe, rekreacyjne, relaksacyjne, terapeutyczne, zajęcia dla rodzin i opiekunów, opracowanie przewodnika informującego o dostępnych formach opieki zdrowotnej, pomocy społecznej i aktywizacji zawodowej osób z zaburzeniami psychicznymi);
- program pn. „Grupa wsparcia dla rodzin pacjentów hospicjum oraz rodzin w żałobie” (realizowany przez Fundację Podkarpackie Hospicjum dla Dzieci);

- realizacja zadania pn. „Prowadzenie działań na rzecz zapobiegania chorobom cywilizacyjnym, w szczególności chorobom sercowo-naczyniowym, nowotworowym, cukrzycy”.

Wymienione formy działań profilaktyczno-promocyjnych refundowanych z budżetu Miasta Rzeszowa były realizowane cyklicznie w przedziale czasu 2004–2013.

Poza tymi formami działalności podejmowane były również inicjatywy ze strony organizacji pozarządowych we współpracy z instytucjami, które dysponowały środkami przeznaczonymi na cele społeczne. Przykładami takich inicjatyw mogą być: promocja honorowego krwiodawstwa wśród dorosłej młodzieży szkół ponadgimnazjalnych organizowana przez Wojewódzką Stację Krwiodawstwa i Regionalny Oddział PCK, szkolenia dzieci i młodzieży z zakresu udzielania pierwszej pomocy, wolontariat młodzieżowy na rzecz osób niepełnosprawnych i seniorów, honorowe krwiodawstwo w zakładach pracy, pokrywanie przez pracodawców kosztów badań przesiewowych pracowników w niektórych zakładach pracy. Dużą szansę zmian w podejściu do zachowań sprzyjających zdrowiu przez ogół społeczeństwa daje realizacja programu edukacji zdrowotnej dzieci i młodzieży w placówkach należących do Sieci Szkół Promujących Zdrowie, do której przystępuje coraz więcej przedszkoli i szkół w całej Polsce.

9. Szkoła Promująca Zdrowie

Program Szkoły Promującej Zdrowie (SzPZ) opiera się na wychowaniu zdrowotnym i edukacji zdrowotnej dzieci i młodzieży przy zaangażowaniu wszystkich grup społecznych oraz instytucji związanych ze środowiskiem nauczania i wychowania. Według K. Demela wychowanie zdrowotne „jest integralną częścią składową kształtowania pełnej osobowości, a polega ono na:

1. wytwarzaniu nawyków bezpośrednio lub pośrednio związanych z ochroną i doskonaleniem zdrowia fizycznego i psychicznego;
2. wyrabianiu odpowiednich sprawności;
3. nastawieniu woli i kształtowaniu postaw umożliwiających stosowanie zasad higieny, skuteczną pielęgnację, zapobieganie chorobom i leczenie;
4. pobudzaniu pozytywnego zainteresowania sprawami zdrowia przez epizodyczne i systematyczne wzbogacanie i pogłębianie wiedzy o sobie, a także o prawach rządzących zdrowiem publicznym”¹⁸.

¹⁸ E. Charońska, *Podstawy teoretyczne edukacji zdrowotnej* [w:] A. Andruszkiewicz, M. Banaszek (red.), *Promocja zdrowia*, t. I: *Teoretyczne podstawy promocji zdrowia*, Wydawnictwo Czelej, Lublin 2008, s. 126.

Polska przystąpiła do Europejskiej Sieci Szkół Promujących Zdrowie w 1992 r. Szkoła promująca zdrowie ma swoje logo i deklarację przyjętą podczas I Europejskiej Konferencji Szkół Promujących Zdrowie o treści: „Każde dziecko ma prawo i powinno mieć możliwość uczyć się w szkole promującej zdrowie”¹⁹. II Europejska Konferencja SzPZ pod hasłem „Partnerstwo sektorów zdrowia i edukacji” odbyła się w 2002 r. w Holandii. Hasło to uznano za jeden z priorytetów, ponieważ poprawa stanu zdrowia społeczeństwa wymaga współdziałania i zaangażowania interdyscyplinarnego.

Wśród placówek mających siedzibę w Rzeszowie do Wojewódzkiej Sieci Szkół Promujących Zdrowie (WSSzPZ) przystąpiły:

- w 1999 r. – 1 zespół szkół;
- w 2002 r. – 6 przedszkoli, 5 szkół podstawowych, 1 gimnazjum, 2 zespoły szkół (w tym Zespół Szkół Specjalnych im. UNICEF);
- od 2004 do 2009 r. – 4 przedszkola, 5 szkół podstawowych, 3 gimnazja, 5 zespołów szkół.

Tabela 9 przedstawia poziomy i zakres tematyczny edukacji prozdrowotnej dzieci i młodzieży w SzPZ.

Tabela 9. Poziomy i zakres tematyczny edukacji prozdrowotnej w SzPZ

Lp.	Poziom kształcenia	Zakres
1	2	3
1	wychowanie przedszkolne	– wprowadzenie dziecka w zagadnienia zdrowia w oparciu o wyniesione z rodziny zachowania i nawyki zdrowego stylu życia
2	klasy I–III szkoły podstawowej (kształcenie zintegrowane)	– kształtowanie właściwych nawyków higienicznych – umiejętność nawiązywania i utrzymywania poprawnych kontaktów interpersonalnych z rówieśnikami i dorosłymi, w tym osobami niepełnosprawnymi – poznawanie własnego ciała – dbałość o zdrowie oraz higienę własną i otoczenia – żywność i żywienie – bezpieczeństwo – umiejętność słuchania – podobieństwa i różnice między ludźmi – tolerancja – organizacja własnego warsztatu pracy

¹⁹ M. Sokołowska, *Szkoła promująca zdrowie* [w:] A. Andruszkiewicz, M. Banaszkiewicz (red.), *Promocja zdrowia. Teoretyczne podstawy promocji zdrowia*, s. 204–205.

1	2	3
3	klasy IV–VI szkoły podstawowej (nauczanie blokowe)	<ul style="list-style-type: none"> – kształtowanie zachowań sprzyjających zdrowiu i bezpieczeństwu – nabywanie umiejętności dbania o swoje zdrowie i rozwój – prawidłowa organizacja czasu wolnego i nauki w domu – wskazanie zagrożeń cywilizacyjnych i społecznych – rozróżnianie czynników i sytuacji wpływających pozytywnie i negatywnie na bezpieczeństwo oraz współpraca z dorosłymi w tym zakresie – kształtowanie umiejętności właściwego zachowania się w przypadku: kontaktu z przedmiotami niebezpiecznymi, toksycznymi, łatwopalnymi, wybuchowymi, niewybuchami i niewypałami, konfliktu w relacjach społecznych
4	gimnazjum (nauczanie przedmiotowe)	<ul style="list-style-type: none"> – przygotowanie ucznia do samodzielności w zakresie zdrowego stylu życia i dokonywania właściwych wyborów – wskazanie źródeł pomocy w przypadku zagrożenia uzależnieniami, prostytutką, molestowaniem seksualnym – uświadamianie współzależności między różnymi wymiarami zdrowia – higiena osobista i otoczenia – bezpieczeństwo i pierwsza pomoc – zasady odżywiania – aktywność ruchowa i umysłowa – zachowania sprzyjające podejmowaniu odpowiedzialnych wyborów – korzystanie z pomocy medycznej – poczucie własnej wartości – dawanie i przyjmowanie wsparcia – asertywność – przyczyny i skutki używania środków psychoaktywnych – formy pomocy dla osób eksperymentujących i uzależnionych – sposoby radzenia sobie w sytuacjach trudnych
5	szkoła ponadgimnazjalna (ścieżka edukacyjna)	<ul style="list-style-type: none"> – kontynuacja poprzednich etapów – kształtowanie samodzielności ucznia i utrwalanie zachowań zdrowotnych ważnych w codziennym życiu z uwzględnieniem przyszłości – pogłębienie wiedzy i realizacji zachowań prozdrowotnych o ochronie, utrzymaniu i poprawie zdrowia jednostki oraz bezpieczeństwa i zdrowia publicznego – utrwalanie umiejętności życiowych sprzyjających rozwojowi fizycznemu, psychicznemu, społecznemu i duchowemu

1	2	3
		<ul style="list-style-type: none"> – kształtowanie aktywnej i odpowiedzialnej postawy wobec zdrowia i bezpieczeństwa własnego oraz innych ludzi – rozbudzenie potrzeby działania na rzecz tworzenia zdrowego środowiska – wzmacnianie poczucia własnej wartości, wiary w siebie i swoje możliwości – rozwijanie współpracy z rodzicami i społecznością lokalną w zakresie edukacji prozdrowotnej i rozwiązywania problemów zdrowotnych – promocja zdrowia – ukazanie zdrowia jako wartości – pielęgnacja ciała i urody człowieka – znaczenie pracy i aktywnych form spędzania czasu wolnego – związek poczucia humoru ze zdrowiem – racjonalne żywienie i skutki odchudzania – pomoc medyczna i psychologiczna – zachowanie w chorobie – radzenie sobie w sytuacjach trudnych i umiejętność wspierania innych – umiejętność porozumiewania się i utrzymywania dobrych relacji z innymi ludźmi oraz funkcjonowania i współpracy w grupie – radzenie sobie z presją środowiska – kształtowanie właściwej postawy wobec osób chorych, niepełnosprawnych i starszych

Źródło: K. Błaszczuk, *Współczesne koncepcje zdrowia* [w:] K. Błaszczuk, D. Rynkowska, *Wybrane problemy zdrowia publicznego w perspektywie pracy socjalnej*, Wydawnictwo Uniwersytetu Rzeszowskiego, Rzeszów 2014, s. 34–36; na podstawie B. Wolny, *Edukacja zdrowotna w szkole*, Wydawnictwo Diecezjalne w Sandomierzu, Stalowa Wola 2008, s. 41–48

Każdy etap uczy dzieci i młodzież zdrowego stylu życia. Metody i treści są dobierane i dostosowane do poziomu wiedzy, rozwoju i specyfiki grupy (różny zakres tematyki dla uczniów i młodzieży zagrożonej z powodu ryzykownych zachowań zdrowotnych)²⁰.

10. Wnioski

W opracowaniu przedstawiono zarys problemów zdrowotnych mieszkańców Rzeszowa w przedziale czasowym 2004–2013. Wybór tego okresu był podyktowany przełomowym wydarzeniem – przystąpieniem Polski do

²⁰ B. Wolny, *Edukacja zdrowotna w szkole*, Wydawnictwo Diecezjalne w Sandomierzu, Stalowa Wola 2008, s. 49–53.

Wspólnoty Europejskiej, co nie pozostało obojętne dla sytuacji zdrowotnej ludności. Zmieniająca się sytuacja społeczno-ekonomiczna (rozłączenie rodzin z powodu migracji zarobkowej, przemiany demograficzne, bezrobocie) stała się czynnikiem pobudzającym społeczeństwo do aktywności w kierunku poprawy warunków życia dla przystosowania się do nowej rzeczywistości. Towarzyszące zmianom wspomniane zagrożenia nasilają stres sytuacyjny, który jest niekorzystny dla zdrowia psychosomatycznego, zaś drugim czynnikiem jest zmiana stylu życia, w tym nawyków żywieniowych, niepozostających bez znaczenia dla rozwoju chorób cywilizacyjnych (otyłość, cukrzyca, alergie). Artykuł dotyczył sytuacji zdrowotnej w mieście zamieszkanym przez prawie 200 tysięcy osób, w którym podejmowane są działania prewencyjne w kierunku poprawy zdrowia ogółu mieszkańców i realizowane są programy edukacyjne z zakresu promocji zdrowego stylu życia obejmujące wszystkie kategorie wiekowe ludności. Przedstawiono tylko ogólny zarys problemu, który może stanowić inspirację dla badaczy zainteresowanych tą dziedziną zjawisk społecznych.

Healthcare and health promotion in Rzeszow. The context of medical care and health related behaviours of Rzeszow residents

Abstract

Issues related to health of individuals and populations are classified among the phenomena occurring in social environment which require interdisciplinary approach. In course of our relations and contacts with others, we develop our health-related habits and we assume the roles of either healthy or sick or disabled person. Maintenance of good health makes it possible for people to accomplish life goals, develop their intellectual potential, achieve happiness, and gain satisfaction linked with their specific social roles. The study reviews statistical data related to various preventive healthcare services in the city of Rzeszow, acquired from reports published by Health Department of the Podkarpackie Marshal Office, Social Policy Department at the Podkarpackie Province Office and Health Department at the Municipal Office of Rzeszow. Issues related to health promotion have been discussed taking into account data of Health Department at the Municipal Office of Rzeszow and data derived from reports of entities coordinating the Network of Health Promoting Schools. The presented analysis of issues related to health of Rzeszow residents covers the period from 2004 to 2013.

Keywords: healthcare, prevention, health promotion