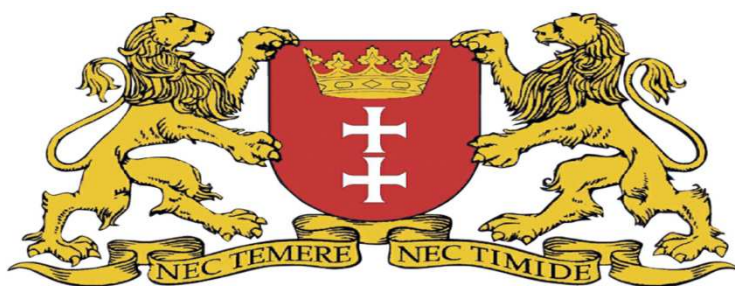


**PROGRAM PROMOCJI ZDROWIA
I
PRZECIWDZIAŁANIA WYBRANYM CHOROBYM
SPOŁECZNYM DLA GMINY GDAŃSK
NA LATA 2011 - 2013**



GDAŃSK
morze możliwości

GDAŃSK 2010

Program Promocji Zdrowia i Przeciwdziałania Wybranym Chorobom Społecznym w Gdańsku na lata 2011 – 2013

Spis treści:

1. Wstęp	3
2.Diagnoza stanu wyjściowego i główne założenia Programu	5
2. Program Promocji Zdrowia i Przeciwdziałania Wybranym Chorobom Społecznym w Gdańsku na lata 2011 - 2013	9
3. Cel strategiczny i cele operacyjne programu:	10
1. Wspieranie rozwoju i zdrowia fizycznego, psychospołecznego oraz zapobieganie najczęstszym problemom zdrowotnym i społecznym dzieci i młodzieży;	11
2. Poprawa sposobu żywienia ludności i jakości zdrowotnej żywności oraz zmniejszenie występowania otyłości.	12
3. Poprawa opieki zdrowotnej nad matką, noworodkiem i małym dzieckiem.	13
4. Zmniejszenie rozpowszechnienia palenia tytoniu.	14
5. Tworzenie warunków dla aktywnego życia osób niepełnosprawnych.	14
6. Tworzenie warunków do zdrowego i aktywnego życia osób starszych;	15
7. Ewaluacja wraz z badaniem i oceną efektywności programów profilaktycznych.	15
4. Zadania Programu Promocji Zdrowia i Przeciwdziałania Wybranym Chorobom Społecznym w Gdańsku na lata 2011 – 2013”	17
5. Szczegółowe programy operacyjne zaplanowane do realizacji w 2011 roku	21
6. Materiały źródłowe	22

1. Wstęp

Obecna definicja zdrowia przyjęta przez Światową Organizację Zdrowia jest następująca:

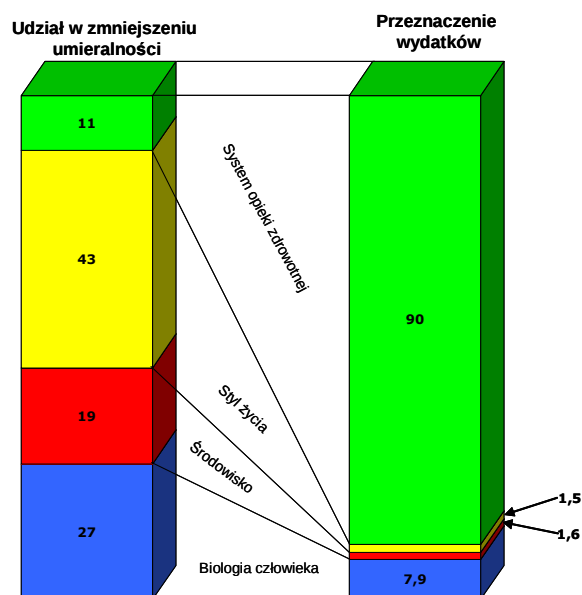
„Zdrowie to nie tylko całkowity brak choroby, czy kalectwa, ale także stan pełnego, fizycznego, umysłowego i społecznego dobrostanu (dobrego samopoczucia)”.

Definicja ta jest bardzo ważna i postępową, ponieważ nie poprzestaje na samym negującym ujęciu, że zdrowie jest brakiem choroby, ale bardzo mocno akcentuje, że zdrowie ma w sobie aktywny aspekt, którym jest dobrostan. Oznacza to, że w kwestiach zdrowia nie mamy jedynie koncentrować się na chorobach i próbach ich zwalczania, ale powinniśmy zwłaszcza koncentrować się na samym zdrowiu - na jego wzmacnianiu.

Zdrowie człowieka zależy od wielu wzajemnie powiązanych czynników, wśród których wyróżnia się cztery główne grupy:

- ❑ styl życia (model zachowań obejmujący m.in. odżywianie, aktywność fizyczną, uzależnienia, podatność na stres)-50% udziału,
- ❑ środowisko fizyczne (naturalne i stworzone przez człowieka), społeczne życie-20%,
- ❑ czynniki genetyczne-około 20%,
- ❑ służba zdrowia-medycyna naprawcza-około 10%.

Ryc.1.Relacja między ukierunkowaniem środków na ochronę zdrowia a efektem w postaci zmniejszenia umieralności.



Pojawia się zatem bardzo duża rola prewencji - zapobiegania chorobom. Jeżeli chcemy być zdrowi, to drogą do tego celu nie jest jedynie pójście do lekarza wtedy, gdy jesteśmy chorzy ale również koncentracja na samym zdrowiu poprzez jego wzmacnianie

przez odpowiedni tryb życia (np. odpowiednie żywienie, ruch fizyczny), sposób myślenia i właściwe radzenie sobie z naszymi emocjami.

Współczesna definicja zdrowia WHO bardzo mocno podkreśla zatem połączenie kwestii zdrowia z życiem wewnętrznym i społecznym człowieka oraz jego osobistą troską o kondycję fizyczną.

Dlatego właśnie dokonano stopniowo całkowitego przewartościowania w obszarze zdrowia i zadań medycyny - podkreślono rolę współpracy z pacjentem oraz zdrowego trybu życia dla zachowania zdrowia. Podkreślono rolę bardziej psychologicznego (osobowego, humanistycznego) podejścia do chorego. Doceniono rolę psychiki i działania umysłu (np. nastawienia do życia) w procesie zachowywania dobrej kondycji i odporności.

To, co wynika z tych przemian dla każdego z nas, to właśnie wzięcie osobistej odpowiedzialności za swoje zdrowie - nie przerzucanie odpowiedzialności za nasze zdrowie wyłącznie na naszego lekarza, ale mądre współpracowanie z nim, prowadzenie bardziej pozytywnego i zdrowego trybu życia oraz utrzymywanie sposobu myślenia doceniającego harmonię ze wszystkim.

2. Diagnoza stanu wyjściowego i główne założenia Programu

Podstawą obecnej wersji Programu Promocji Zdrowia i Przeciwdziałania Wybranym Chorobom Społecznym jest koncepcja promocji zdrowia zgodna z Kartą Ottawską (1986), definiującą promocję zdrowia jako: „proces umożliwiający ludziom zwiększenie kontroli nad swoim zdrowiem przez podejmowanie wyborów i decyzji sprzyjających zdrowiu”.

Program Promocji Zdrowia i Przeciwdziałania Wybranym Chorobom Społecznym w Gdańsku na lata 2011 – 2013 został opracowany w oparciu o Narodowy Program Zdrowia na lata 2007 – 2015, który za działania w ochronie zdrowia, polegające na realizacji zadań promujących zdrowy styl życia i zapobiegających czynnikom ryzyka najczęściej występujących chorób społecznych czyni odpowiedzialnymi samorządy lokalne. Program jest również zgodny ze Strategią Rozwoju Gdańska do 2015 r. i Gdańską Strategią Rozwiązywania Problemów Społecznych do 2015 r.

Tworząc program działań profilaktycznych Miasta na 2011 rok oraz lata następne wzięto pod uwagę główne zmiany demograficzne zachodzące w społeczeństwie, jak również stan zdrowia mieszkańców naszego miasta, ze szczególnym uwzględnieniem zagrożeń zdrowotnych w grupie dzieci i młodzieży.

W 2011 roku zaplanowano poniesienie wydatków na profilaktykę chorób społecznych i promocję zdrowia w kwocie 1.825.000 zł. jest to kwota równa nakładom poniesionym w 2010 roku.

W ramach konsultacji z gdańskim środowiskiem medycznym, zmierzających do przygotowania planu działań profilaktycznych skierowanych do gdańskich dzieci i młodzieży w obszarze medycyny szkolnej na kolejne lata, w czerwcu b.r., odbyła się konferencja pt. „Medycyna szkolna jako narzędzie rozwoju systemu opieki nad dzieckiem w wieku szkolnym do roku 2013”. Jako prelegenci w konferencji zabrali głos, specjaliści z dziedzin: żywienia, pediatrii, diabetologii, nadciśnienia tętniczego oraz rehabilitacji medycznej, związanych z opieką profilaktyczną nad dziećmi i młodzieżą: **Prof. dr hab. Wiesława Łysiak-Szydłowska** – Kierownik Zakładu Żywienia Klinicznego i Diagnostyki Laboratoryjnej GUM, **Dr hab. med. Barbara Kamińska** – Kierownik Katedry i Kliniki Pediatrii, Gastroenterologii, Hepatologii i Żywienia Dzieci, **Dr Ewa Semetkowska-Jurkiewicz** - Konsultant Wojewódzki w Dziedzinie Diabetologii, Regionalne Centrum Diabetologii Katedry Nadciśnienia Tętniczego i Diabetologii, **Dr hab. Med. Małgorzata Myśliwiec** – Oddział Diabetologii Kliniki Pediatrii UCK w Gdańsku, **Dr n. med. Iwona Maciąg-Tymecka** - Specjalista Rehabilitacji Medycznej, NZOZ „Krok po Kroku”, **Lek. Med. Andrzej Turski** – lekarz pediatra, **Mgr. Ilona Miotk** – Sekcja Oświaty Zdrowotnej i Promocji Zdrowia Powiatowej Stacji Sanitarno – Epidemiologicznej w Gdańsku, **Jerzy Jasiński** – Z-ca Dyrektora Wydziału Edukacji.

Wskazano trzy główne obszary problemowe, w ramach których powinny rozwijać działania profilaktyczne skierowane do dzieci i młodzieży szkolnej. Są to:

1. Negatywne trendy współczesnej cywilizacji (pośpiech, porcje żywieniowe XXL, rozpowszechnienie „fastfoodów”, reklama), powodujące zaburzenia odżywiania takie jak: niedożywienie, selektywne niedobory pokarmowe, otyłość, anoreksja, bulimia,
2. Cukrzyca, otyłość i podwyższone ciśnienie tętnicze jako epidemia XXI wieku,
3. Rosnąca liczba dzieci i młodzieży z wadami postawy.

Nakreślono jednocześnie wstępne zalecenia będące podstawą do opracowania optymalnego kierunku działań Miasta w obszarze profilaktyki:

- Edukacja żywieniowa na wszystkich poziomach kształcenia:
 - o Promocja zdrowej diety (zmniejszenie spożycia składników wysokoenergetycznych, cukrów i tłuszczów),
 - o Kształtowanie prawidłowych nawyków żywieniowych w szkole i w rodzinie (nie podjadanie między posiłkami, spożywanie większej ilości zdrowych posiłków w pierwszej połowie dnia, predefiniowanie przekąski, która winna składać się z produktów jak najmniej przetworzonych)
 - o Propagowanie wiedzy o żywności,
- Sklepiki szkolne promujące zdrowy sposób odżywiania,
- Trwała zmiana stylu życia oraz zwiększenie aktywności fizycznej,
- Objęcie fachową opieką rehabilitacyjną dzieci ze złożonymi zaburzeniami wynikającymi z wad postawy, zaburzeń rozwoju biologicznego i otyłości w celu zapobiegania utrwalania się i łagodzenia skutków nieprawidłowości, a tym samym niedopuszczenia do niepełnosprawności dziecka,
- Promocja karmienia piersią.

Specjaliści wskazali jednocześnie na konieczność stworzenia interdyscyplinarnego systemu opieki profilaktycznej przy aktywnym współdziałaniu ze społecznością szkolną i rodzicami, poprzez nawiązanie współpracy pielęgniarek i higienistek szkolnych (indywidualne i grupowe praktyki), lekarzy Podstawowej Opieki Zdrowotnej i lekarzy specjalistów oraz istniejących lub nowoutworzonych, wyspecjalizowanych ośrodków odpowiedzialnych za badania przesiewowe oraz dalsze prowadzenie dzieci z rozpoznanymi nieprawidłowościami, takich jak Ośrodek Promocji Zdrowia i Sprawności Dziecka (miejska jednostka budżetowa).

Na działania z zakresu medycyny szkolnej zaplanowano wydatki na poziomie 1.040.000 zł, co stanowi zwiększenie nakładów o 35,5 % w stosunku do roku poprzedniego. Zaplanowany wzrost wynika z planowanego przygotowania i wdrożenia w 2011 roku specjalistycznego, programu interdyscyplinarnego wsparcia i interwencji: **„Program Zdrowotny w zakresie prewencji i wczesnego wykrywania chorób cywilizacyjnych u dzieci i młodzieży na lata 2011-2015”**. W ramach programu zamierzono realizację celu głównego jakim jest poprawa stanu zdrowia gdańskich dzieci i młodzieży poprzez wczesne wykrycie i redukcję czynników ryzyka rozwoju chorób cywilizacyjnych (zaburzenia odżywiania, cukrzyca, nadciśnienie tętnicze, wady postawy), a także wzmacnianie potencjału zdrowotnego, przeprowadzenie długookresowej interwencji edukacyjno-leczniczej wśród dzieci i młodzieży z wykrytymi problemami zdrowotnymi, wsparcie dzieci, młodzieży oraz rodziców w redukcji modyfikowalnych czynników ryzyka poprzez zapewnienie kompleksowej opieki interdyscyplinarnego zespołu leczniczego oraz wsparcie merytoryczne

i organizacyjne środowiska szkolnego w zakresie budowania potencjału zdrowotnego dzieci i młodzieży.

Działania przewidziane są jako wieloletnia strategia działań w latach 2011-2014, skierowana do min. trzech kolejnych roczników dzieci gdańskich. Grupą docelową są dzieci w wieku 6 lat oraz 8-12 lat będące uczestnikami programów zdrowotnych realizowanych w ramach Ośrodka Promocji Zdrowia i Sprawności Dziecka, młodzież gdańskich gimnazjów w wieku 14 lat, rodzice oraz najbliższa rodzina dzieci objętych interwencją jak również szeroko rozumiana społeczność szkolna.

Zdając sobie sprawę jak ważne jest zdrowie kobiet w ciąży oraz przyszłych matek i ich dzieci, założono kontynuację działań z zakresu dofinansowania szkół rodzenia. Dodatkowo w ramach gdańskiej promocji laktacji zaplanowano sfinansowanie nowatorskiego programu **„Karmienie naturalne dziecka jako profilaktyka niekorzystnych wpływów środowiska”**. Celem programu jest promocja karmienia naturalnego jako szczególnie istotnej formy wczesnego rozwoju dzieci, propagowanie dobrego modelu gdańskiej rodziny, rozszerzenie programu szkół rodzenia o promocję laktacji. Grupą docelową są rodzice i młodzież – mieszkańcy Gdańska oraz środowisko medyczne, naukowe i oświatowe. Na realizację zadania polegającego na dofinansowaniu szkół rodzenia zaplanowano wydatkowanie środków budżetowych wysokości 200.000 zł, co daje wzrost nakładów o 11 % w stosunku do roku poprzedniego. Wzrost zaplanowano z uwagi na bardzo dużą popularność programu i wciąż rosnące potrzeby odbiorców. Natomiast na realizację nowatorskiego programu z zakresu laktacji zarezerwowano kwotę w wysokości 100.000 zł.

Podejmowane w tym obszarze działania profilaktyczne powinny doprowadzić do:

- wymiernego wzrostu akceptacji społecznej dla naturalnego karmienia piersią,
- ograniczenia liczby chorób przewlekłych u dzieci i młodzieży powstałych w następstwie powikłań w okresie ciąży i okołoporodowych,
- poprawy stanu zdrowia matek i dzieci,
- poprawy stanu odżywiania kobiet ciężarnych,
- wzrost świadomości społecznej z zakresu higieny życia kobiety ciężarnej,
- wzrostu zainteresowania mediów i środowiska medycznego problemem laktacji.

Znając statystyki, które mówią, iż aktywne palenie tytoniu jest najpoważniejszym czynnikiem zagrożenia zdrowia Polaków, a z drugiej strony 70-80 proc. osób palących pragnie zerwać z nałogiem, założono kontynuację finansowania zadania pt: „Utworzenie i prowadzenie poradni antytytoniowej z uwzględnieniem kompleksowej pomocy profilaktycznej skierowanej do osób uzależnionych od palenia tytoniu oraz osób zagrożonych uzależnieniem”. Leczenie uzależnienia do nikotyny powinno być kompleksowe i obejmować psychoterapię, leczenie behawioralne (nauka nowych zachowań) i ewentualnie farmakologiczne, jeśli powyższe metody okażą się niewystarczające. Najważniejszym czynnikiem, bez którego nie uda się rzucić palenia, jest motywacja. Wiele osób nie potrafi jednak rzucić palenia samodzielnie i potrzebuje wsparcia ze strony osób kompetentnych, oferujących pomoc w ramach działania Poradni Antytytoniowej finansowanej przez Miasto. Na realizację zadania zaplanowano, tak jak w minionym roku, kwotę w wysokości 100.00 zł.

Wychodząc naprzeciw potrzebom osób chorych na stwardnienie rozsiane – często młodych, mieszkańców Gdańska, w 2011 roku będzie kontynuowany program: „Dofinansowanie rehabilitacji chorych na stwardnienie rozsiane”. Choroba ta o wielofazowym przebiegu z okresami zaostrzeń i poprawy, dotyczy najczęściej osób młodych, ze szczytem występowania między 20. a 40. rokiem życia, i nieznaczną przewagą zachorowań u kobiet niż mężczyzn. Stwardnienie rozsiane może powodować wiele objawów i zespołów objawów. Najczęściej są to zaburzenia ruchowe, czuciowe, równowagi, widzenia, zespoły bólowe oraz objawy psychiatryczne. Występujące w chorobie objawy powodują, że jest ono jedną z przyczyn niepełnosprawności u osób młodych. Obecnie nie jest znane leczenie przyczynowe stwardnienia rozsianego, jednak z uwagi na rozwijanie metod wspomagających, takich jak fizjoterapia, kinezyterapia czy krioterapia, możliwe jest ograniczenie niepełnosprawności u osób chorych. Jest to niezwykle istotne również ze społecznego punktu widzenia, gdzie rehabilitacja chorych na SM pomaga w aktywizacji środowiskowej tych osób. Na realizację zadania zaplanowano kwotę w wysokości 100.000 zł.

W związku z nasilającą się tendencją starzenia się społeczeństwa zwrócono uwagę na tworzenie warunków do zdrowego i aktywnego życia osób starszych. Podejmując działania profilaktyczne takie jak „Program wyszczepiania przeciw grypie osób po 70 roku życia” pragniemy wzmocnić potencjał zdrowotny osób starszych, wydłużyć okres sprawności psychofizycznej ludzi w podeszłym wieku, zmniejszyć niepełnosprawność i umieralność związane z powikłaniami po przebytych chorobach zakaźnych oraz przeciwdziałać wykluczeniu społecznemu osób starszych, poprzez zachowanie ich samodzielności. W Gdańsku zamieszkuje ponad 47.000 osób po siedemdziesiątym roku życia. W minionym okresie program cieszył się bardzo dużą popularnością wśród odbiorców, niestety środki finansowe nie pozwalały na zaszczepienie wszystkich chętnych. Na realizację programu przewidziano środki budżetowe w wysokości 250.000 zł, zakładając zwiększenie o 13 % w stosunku do 2010 roku.

Oprócz działań profilaktycznych skierowanych do mieszkańców Gdańska zaplanowano wydatkowanie środków na promocję działań profilaktycznych podejmowanych przez UMG, wydruk ulotki informacyjnej o realizowanych przez miasto programach profilaktycznych, jak również dokonanie ewaluacji programów profilaktycznych wraz z badaniem i oceną efektywności programów profilaktycznych. Stan zdrowia społeczeństwa jest kluczowym ale nie jedynym wskaźnikiem planowania świadczeń medycznych i profilaktyki. Wobec istniejących ograniczeń ekonomicznych, planować należy w pierwszej kolejności rozwój tych świadczeń, które mogą przynieść największy pożytek zdrowiu społeczeństwa.

**Program Promocji Zdrowia i
Przeciwdziałania Wybrany Chorobom Społecznym w Gdańsku
na lata 2011 – 2013**

Cel strategiczny :

Poprawa stanu zdrowia i związanej z nim jakości życia mieszkańców Gdańska poprzez organizację badań profilaktycznych i kształtowanie prozdrowotnego stylu życia.

Główne kierunki osiągnięcia celu:

- ✓ aktywizacja mieszkańców w społecznym rozumieniu odpowiedzialności za zdrowy styl życia
- ✓ współdziałanie i tworzenie dobrowolnych koalicji na rzecz poprawy zdrowia mieszkańców
- ✓ Organizacja działań profilaktycznych, których celem jest utrzymanie społeczeństwa w sprawności fizycznej,
- ✓ kształtowanie prozdrowotnego stylu życia społeczeństwa,
- ✓ Promowanie szeroko rozumianej polityki prozdrowotnej w oparciu o odpowiednie warunki: społeczne, ekologiczne, gospodarcze i przestrzenne.
- ✓ Edukacja zdrowotna

Cele operacyjne:

1. Wspieranie rozwoju i zdrowia fizycznego, psychospołecznego oraz zapobieganie najczęstszym problemom zdrowotnym i społecznym dzieci i młodzieży;
2. Poprawa sposobu żywienia ludności i jakości zdrowotnej żywności oraz zmniejszenie występowania otyłości.
3. Poprawa opieki zdrowotnej nad matką, noworodkiem i małym dzieckiem.
4. Zmniejszenie rozpowszechnienia palenia tytoniu.
5. Tworzenie warunków dla aktywnego życia osób niepełnosprawnych.
6. Tworzenie warunków do zdrowego i aktywnego życia osób starszych;
7. Ewaluacja wraz z badaniem i oceną efektywności programów profilaktycznych.

1. Wspieranie rozwoju i zdrowia fizycznego, psychospołecznego oraz zapobieganie najczęstszym problemom zdrowotnym i społecznym dzieci i młodzieży

Stan zdrowia dzieci i młodzieży szkolnej oraz stan opieki zdrowotnej nad nimi jest niezadowolający. Głównymi zagrożeniami zdrowia są ryzykowne zachowania tj. nadużywanie środków odurzających, przemoc w szkole, bądź niewłaściwe zachowania zdrowotne takie jak niska aktywność fizyczna i złe nawyki żywieniowe. Najczęściej występującymi w populacji szkolnej zaburzeniami i chorobami są wady wzroku, próchnica zębów, wady postawy, alergie, stres, nadwaga i otyłość oraz bulimia i jadłowstręt, jak również lawinowo narastające w ostatnim czasie zjawisko występowania cukrzycy u dzieci. Koncepcje opieki zdrowotnej w środowisku szkolnym ulegają zmianom sprowadzając się obecnie do opieki pielęgniarskiej. Uczniowie jako zbiorowość, zostali pozbawieni opieki lekarskiej w szkole, co zaburza w praktyce realizację zadań profilaktycznych. Należy zatem nieustannie doskonalić system ochrony zdrowia populacji w wieku szkolnym poprzez realizację optymalnych programów profilaktycznych.

Zgodnie z najnowszą propozycją Światowej Organizacji Zdrowia we współczesnej strategii działań na rzecz zdrowia i rozwoju dzieci i młodzieży głównymi kierunkami działań powinny być: zmniejszenie nierówności w zdrowiu, rozwijanie zasobów dla zdrowia, eliminowanie czynników ryzyka dla zdrowia. Za priorytety uznaje się:

- intensyfikację działań z zakresu promocji zdrowia w odniesieniu do dzieci i młodzieży,
- zapobieganie: urazom, otyłości i cukrzycy,
- zapewnienie poradnictwa oraz pomocy dla środowiska szkolnego, rodziców, dzieci i młodzieży z zaburzeniami rozwoju.

Cukrzyca

Badania epidemiologiczne wskazują na szybko postępujący wzrost zachorowalności na cukrzycę wśród dzieci i młodzieży. Szczególnie niepokojący jest wzrost zapadalności w grupie najmłodszych. Większość przypadków rozpoznawanych wśród dzieci stanowi cukrzyca typu 1, ale rozpoznaje się także coraz więcej przypadków cukrzycy typu 2. Na tle innych krajów europejskich, w Polsce w latach 1989- 2003 odnotowano największy wzrost zapadalności dzieci na cukrzycę. Liczba zachorowań wśród dzieci w wieku 0-4 lat wzrosła o 400%, zaś wśród dzieci w wieku 5-9 lat o 200%. W skali Polski największa zachorowalność na cukrzycę typu 1 wśród dzieci i młodzieży występuje w województwie dolnośląskim i pomorskim.

Otyłość

Występowanie otyłości stanowi znaczący problem zdrowia publicznego. Wobec faktu, że zapobieganie chorobom cywilizacyjnym należy rozpocząć już w wieku rozwojowym, szczególnego znaczenia nabiera występowanie otyłości u dzieci i młodzieży. Udowodniono, że w stosunku do rówieśnika z prawidłową masą ciała dziecko otyłe w wieku 10-13 lat jest 6-7-krotnie bardziej narażone na występowanie otyłości w wieku dorosłym

Epidemiologia z województwa pomorskiego, dotycząca młodzieży w wieku 13-15 lat wskazuje na:

- najwyższy odsetek otyłej młodzieży (5,2%)

- odsetek chłopców z nadmiarem masy ciała wyniósł 12,6% (wyższy tylko w woj. podlaskim- 12,7%)
- odsetek dziewcząt otyłych- 7,4% (najwyższy spośród badanych województw)
- najwyższy odsetek młodzieży z nadmiarem masy ciała mieszkających w miastach (17,4%)
- najwyższy odsetek młodzieży otyłej zamieszkałej w miastach (5,6%)
- odsetek otyłej młodzieży zamieszkałej na wsi - 4,9% (wyższy odsetek tylko w woj. podlaskim- 5,4%)

Badania porównawcze wskazały, że występowanie nadmiaru masy ciała u młodzieży w wieku 14-15 lat wzrosło w ciągu 10 lat o ok. 2% (2,4% u chłopców, 2% u dziewcząt), a otyłości o 1,5% u chłopców i 2% u dziewcząt

Wady postawy

Zjawisko występowania wad postawy w społeczeństwie jest coraz bardziej powszechne. Dlatego niezwykle istotne jest podejmowanie działań profilaktycznych. Wady postawy występują najczęściej u dzieci w wieku 6-8 lat. Występowanie wad postawy ocenia się na 50-60% w zależności od regionu. Z badań prowadzonych w latach 2004-2006 wynika, że w województwie pomorskim 86,19% dzieci i młodzieży w wieku 4-19 lat cierpiało na wady postawy (10 miejsce pod kątem częstości występowania nieprawidłowych postaw ciała).

2. Poprawa sposobu żywienia ludności i jakości zdrowotnej żywności oraz zmniejszenie występowania otyłości

W ostatnich latach daje się zauważyć poprawa kondycji zdrowotnej ludności, która łączy się ze zmianą struktury spożycia. Mimo to sytuacja w zakresie chorób żywieniowo – zależnych jest w dalszym ciągu niekorzystna. Ma to swój wyraz we wskaźnikach zgonów spowodowanych chorobami układu sercowo – naczyniowego, a także wysokiej umieralności z powodu nowotworów złośliwych. Stale zwiększa się odsetek osób otyłych w populacji, szczególnie niepokoi wzrost częstości występowania otyłości u dzieci i młodzieży szkolnej. Omawiany cel operacyjny związany jest ze zmianą stylu życia i nawyków żywieniowych i pozostaje w ścisłym związku z aktywnością fizyczną. Świadczy o tym zaktualizowana „piramida zdrowia”, która za podstawę dawnej „piramidy żywieniowej” ma aktywność fizyczną i dostosowaną do niej dietę.

Zarówno w krajach rozwijających się, jak i rozwiniętych zwiększa się występowanie przewlekłych chorób niezakaźnych, wśród których do głównych należą choroby układu krążenia, niektóre rodzaje nowotworów złośliwych i cukrzyca typu 2. Przewlekłe choroby niezakaźne były w 2001 roku przyczyną prawie 60% ogółu zgonów na świecie oraz 47% wszystkich chorób. Najważniejszymi czynnikami ryzyka są w tym przypadku: wysokie ciśnienie krwi, wysokie stężenie cholesterolu w surowicy. Przyczyniają się do tego: zbyt małe spożycie owoców i warzyw, nadwaga i otyłość, brak aktywności fizycznej i palenie tytoniu. Rosnące zagrożenie przewlekłymi chorobami niezakaźnymi spowodowało, że ich prewencja uznana została za główne wyzwanie dla zdrowia publicznego, wymagające intensyfikacji zaangażowania w promocję zdrowej diety i aktywności fizycznej. W związku z tym WHO, opracowało dokument pt. Globalna strategia dotycząca diety, aktywności fizycznej i zdrowia. Dokument zobowiązuje do określenia, wdrożenia i ewaluacji działań promujących zdrową

dietę i aktywność fizyczną oraz zmniejszających ryzyko występowania przewlekłych chorób niezakaźnych, których przyczyny są przeważnie takie same we wszystkich krajach. Położono nacisk na to, aby w działaniach dotyczących diety uwzględniano wszystkie jej aspekty, tj. problem zarówno zbyt obfitych posiłków, jak niedożywienia, kwestie związane z bezpieczeństwem żywnościowym, jakością zdrowotną i bezpieczeństwem żywności oraz promocją wyłącznego karmienia piersią w ciągu pierwszych sześciu miesięcy życia noworodka.

Hiperlipidemia

Do najważniejszych czynników ryzyka chorób układu krążenia oprócz palenia papierosów, nadciśnienia i otyłości zalicza się podwyższony poziom cholesterolu. Przeprowadzone w latach ubiegłych badania wykazały znaczne odstępstwa od zasad prowadzenia zdrowego stylu życia i odżywiania, gdzie u około 70 % populacji stwierdzono zaburzenia gospodarki lipidowej. Polska cechuje się wysoką umieralnością na chorobę niedokrwienną serca.

Nadciśnienie tętnicze

Nadciśnienie tętnicze jest najbardziej rozpowszechnioną chorobą układu krążenia, będąc często następstwem otyłości i jej powikłań metabolicznych. Jest jednym z głównych czynników ryzyka wystąpienia udarów mózgu i zawałów serca. Należy oczekiwać, że wraz z narastaniem niekorzystnych trendów cywilizacyjnych, w tym nieprawidłowego sposobu odżywiania się, w ciągu najbliższych lat może dojść do nasilenia występowania nadciśnienia tętniczego.

3. Poprawa opieki zdrowotnej nad matką, noworodkiem i małym dzieckiem

Od kilku lat utrwała się w Polsce ujemny przyrost naturalny, którego przyczyną są przeobrażenia zachodzące w naszym kraju, związane z transformacją ustrojowo – gospodarczą, w tym brak stabilizacji ekonomicznej, bezrobocie, bądź obawa utraty pracy, czy obniżająca się skłonność do zawierania małżeństw. Tym więc większa winna być troska o zdrowie przyszłych matek oraz o prawidłowy rozwój i zdrowie dziecka, praktycznie od momentu poczęcia. Sytuacja zdrowotna kobiet ciężarnych wykazuje silne zróżnicowanie społeczne, wynikające z odmiennej sytuacji materialnej i życiowej, zachowań, a niekiedy świadomości zdrowotnej różnych grup społecznych.

Większość zaburzeń i chorób okresu okołoporodowego następuje pod wpływem przyczyn mających swe źródła w przebiegu ciąży lub okresu poprzedzającego ciążę. Dotyczy to przede wszystkim wcześniactwa i małej masy urodzeniowej noworodków. Najczęstszą przyczyną zgonów niemowląt w Polsce w dalszym ciągu są stany chorobowe powstające w okresie okołoporodowym, czyli w trakcie trwania ciąży matki i w okresie pierwszych 6 dni życia noworodka. U podłoża niekorzystnych zmian w zakresie częstości występowania tego problemu leżą m.in. brak wsparcia społecznego, niewłaściwe zachowania zdrowotne, np. palenie papierosów, złe odżywianie i niehigieniczny tryb życia, a także niska świadomość w zakresie higieny życia w czasie ciąży. Narastająca skala zjawiska wymaga zatem realizacji programów zdrowotnych dotyczących opieki profilaktycznej w czasie ciąży. Nadrzędnym celem opieki zdrowotnej nad kobietą ciężarną staje się więc zapewnienie prawidłowego przebiegu ciąży oraz jak najwcześniejsza identyfikacja czynników ryzyka, umożliwiająca

objęcie tych kobiet opieką odpowiednią do występujących potrzeb zdrowotnych. Opieka profilaktyczna nad ciężarną, ma tu ogromne znaczenie jako uzupełnienie oferty Narodowego Funduszu Zdrowia.

4. Zmniejszenie rozpowszechnienia palenia tytoniu

Aktywne palenie tytoniu jest najpoważniejszym czynnikiem zagrożenia zdrowia Polaków. Szacuje się, że na początku XXI wieku pali w Polsce około 9 milionów osób, jednocześnie około 4,5 miliona to „ekspalacze” {tzn. populacja, która przez wiele lat była eksponowana na czynniki toksyczne dymu tytoniowego. Obecnie pali około 40 % mężczyzn i 25 % kobiet. Szacuje się, że z powodu chorób wynikających z ekspozycji na dym tytoniowy corocznie przedwcześnie umiera w Polsce około 70 tysięcy Polaków. Palenie tytoniu zostało uznane za jeden z najważniejszych, poddających się redukcji, czynników ryzyka chorób sercowo – naczyniowych, układu oddechowego, nowotworów oraz zdrowia noworodków. W Polsce zaobserwowane w ostatnich latach, korzystne zmiany w postawach wobec palenia tytoniu, dotyczyły w większym stopniu mężczyzn niż kobiet. W polityce zdrowotnej, w szczególności w działaniach edukacyjnych i interwencyjnych, więcej miejsca powinno poświęcić się kobietom, silnie uzależnionym, długoletnim palaczom oraz słabiej wykształconym warstwom społeczeństwa. W przypadku kobiet zasadnicze znaczenie mają programy ukierunkowane na ochronę dzieci przed wymuszonym biernym paleniem tytoniu oraz kobiet w ciąży i młodych matek. Istotnym problemem jest duży odsetek palącej młodzieży. Działania zmierzające do minimalizacji zjawiska palenia tytoniu są ściśle powiązane z działaniami podejmowanymi w obszarze profilaktyki chorób nowotworowych oraz chorób krążenia. Mimo osiągnięcia pewnych sukcesów w ograniczeniu palenia tytoniu w Polsce w latach 90 i wynikających z tego korzyści zdrowotnych, należy pamiętać, że w większym stopniu dotyczyły one mężczyzn niż kobiet, a także lepiej wykształconych (i bogatszych) niż niewykształconych (i biedniejszych) warstw społeczeństwa. Duże różnice w częstości palenia mężczyzn i kobiet, zaczynają się powoli zacierać, zwłaszcza w ośrodkach wielkomiejskich.

5. Tworzenie warunków dla aktywnego życia osób niepełnosprawnych

Zgodnie z wynikami Narodowego Spisu Powszechnego Ludności i Mieszkań przeprowadzonego w 2002 roku, odsetek osób niepełnosprawnych stanowi 14,3% ludności Polski, co oznacza, że co siódmy mieszkaniec naszego kraju jest osobą niepełnosprawną. Dodatkowo, dane demograficzne (starzenie się społeczeństwa) oraz postęp medycyny wskazują, że procent osób zagrożonych niepełnosprawnością, a więc wymagających rehabilitacji, będzie się stale zwiększał. Ta wysoka liczba osób niepełnosprawnych jest istotną przesłanką do wzmacniania działań mających na celu włączanie niepełnosprawnych w społeczne i ekonomiczne życie społeczeństwa. Szacuje się, że w Gdańsku żyje od 700 do 1.000 osób chorych na stwardnienie rozsiane. Choroba ta dotyczy najczęściej osób młodych, ze szczytem występowania między 20. a 40. rokiem życia i nieznaczną przewagą zachorowań u kobiet niż mężczyzn. Stwardnienie rozsiane może powodować wiele objawów i zespołów

objawów. Najczęściej są to zaburzenia ruchowe, czuciowe, równowagi, widzenia, zespoły bólowe oraz objawy psychiatryczne powodujące, niepełnosprawność u chorych, często młodych ludzi. Obecnie nie jest znane leczenie przyczynowe stwardnienia rozsianego, jednak z uwagi na rozwijanie metod wspomagających, takich jak fizjoterapia, kinezyterapia czy krioterapia, możliwe jest ograniczenie niepełnosprawności u osób chorych. Jest to niezwykle istotne również ze społecznego punktu widzenia, gdzie rehabilitacja chorych na SM pomaga w aktywizacji środowiskowej tych osób.

6. Tworzenie warunków do zdrowego i aktywnego życia osób starszych

W ostatnich dziesięcioleciach w Europie wyraźnie zaznaczyła się tendencja starzenia się społeczeństw. W krajach europejskich co 7 osoba jest w wieku powyżej 65 roku życia, podczas gdy liczba osób w przedziale 0-19 lat wyraźnie się zmniejsza. Odnotowywany jest również spadek przyrostu naturalnego oraz wydłużanie trwania życia, w związku z czym relatywny ciężar głównych grup zależnych w społeczeństwie, czyli dzieci, młodzieży i osób starszych przesuwają się wyraźnie w kierunku tych ostatnich. Problem starzenia się społeczeństw stał się tak ważny, że WHO zaprezentowało Ramową Politykę Dotyczącą Aktywnego Starzenia się. Przyjęto również dwa dokumenty: Deklarację Polityczną i Międzynarodowy Plan Działania dot. Aktywnego Starzenia się. Oba zawierają przesłanie skierowane do społeczeństw świata, aby wzmacniały zachowania społeczne nakierowane na pełną akceptację i możliwości rozwoju osób starszych. Podejmując działania profilaktyczne skierowane do osób po 70 roku życia zaplanowano wzmocnienie potencjału zdrowotnego osób starszych, wydłużenie okresu sprawności psychofizycznej, zmniejszenie niepełnosprawności związanej z powikłaniami po przebytych chorobach zakaźnych. W Gdańsku zamieszkuje ponad 47.000 osób po siedemdziesiątym roku życia.

7. Ewaluacja wraz z badaniem i oceną efektywności programów profilaktycznych

Ewaluacja to systematyczne badanie wartości albo cech konkretnego programu, planu, działania (eksperymentu) bądź obiektu z punktu widzenia przyjętych kryteriów, w celu jego usprawnienia, rozwoju lub lepszego zrozumienia. Jest to „osąd wartości interwencji publicznej dokonany przy uwzględnieniu kryteriów i standardów (np. jego skuteczności, efektywności, trafności i trwałości). Osąd dotyczy zwykle potrzeb, jakie muszą być zaspokojone w wyniku interwencji oraz wyprodukowanych efektów. Ewaluacja oparta jest na specjalnie w tym celu zebranych i zinterpretowanych informacjach.

Zasadniczym celem ewaluacji jest stałe ulepszanie skuteczności i efektywności programów realizowanych przez władze publiczne. Przeprowadzana jest m.in. w następujących celach:

- określenia wielorakich efektów programu lub działań instytucji,
- lepszego zaspokojenia oczekiwań (zarówno aktualnych, jak i tych, które z dużym prawdopodobieństwem pojawią się w przyszłości) odbiorców programu,
- poprawy jakości programów,
- rozwoju zawodowego osób zarządzających programami/instytucjami,

- dostarczania informacji koniecznych dla podejmowania decyzji oraz ocena zewnętrzna ze strony instytucji nadzorujących, społeczności oraz opinii publicznej,
- uzyskania odpowiedzi na pytania i odniesienia się do krytyki ze strony beneficjentów programu, społeczności lokalnej, nadzoru administracji publicznej, opinii publicznej,
- pogłębienia odpowiedzialności za program wśród wszystkich zainteresowanych jego funkcjonowaniem i efektami,
- usprawnienia sposobu funkcjonowania instytucji zarządzającej i nadzorującej program, wzmocnienia i ulepszenia procedur demokratycznych dialogu społecznego, aktywności, podmiotowości itp.

Kluczowe cechy ewaluacji

- nastawienie na edukację
- użyteczność - celem ewaluacji powinno być dostarczenie zamawiającemu praktycznych informacji na temat ocenianego programu.
- rzetelność i poprawność badawcza. każda ewaluacja powinna być realizowana w sposób gwarantujący przestrzeganie standardów etycznych i badawczych, uwzględniając dobro osób zaangażowanych w ewaluację, a także tych, których dotyczą jej wyniki.
- osąd - ewaluacja nie jest oceną, ale ma w sobie element osądu rzeczywistości. Rekomendacje i wnioski, które nie są oparte na osobistych standardach czy wartościach, lecz są formułowane w oparciu o standardy, kryteria danej organizacji i środowiska, w którym funkcjonuje.
- Ewaluacja dotyczy celów i rezultatów naszego działania. Wyznaczenie konkretnych mierników naszego sukcesu jest warunkiem wstępnym skutecznej ewaluacji.
- Sprawdzanie efektywności finansowej stanowi nieodłączny element ewaluacji.

Stan zdrowia społeczeństwa jest kluczowym ale nie jedynym wskaźnikiem planowania świadczeń medycznych i profilaktyki. Wobec istniejących ograniczeń ekonomicznych, planować należy w pierwszej kolejności rozwój tych świadczeń, które mogą przynieść największy pożytek zdrowiu społeczeństwa. W związku z tym w planowaniu konieczne jest uwzględnienie kwestii efektywności leczenia i profilaktyki. Poprawę efektywności świadczeń zdrowotnych można uzyskać poprzez dodatkowe nakłady albo lepsze wykorzystanie posiadanych środków. Wobec ograniczenia środków przeznaczonych na opiekę zdrowotną i profilaktykę różnie potrzeba ich efektywniejszego spożytkowania.

Dla zapewnienia wiarygodnej oceny korzyści niezbędne jest odejście od opierania się na opiniach i sprawozdaniach oferenta lub realizatora świadczeń. Należy przyjąć zasadę wykorzystania opinii instytucji niezależnych od oferenta i wykonawcy.

Świadczenia profilaktyczne dotyczą osób bez dolegliwości, bez objawów chorobowych, mających poczucie zdrowia. Populację taką można zatem podzielić na grupy w zależności od poziomu czynników ryzyka. Strategie profilaktyczne należą zatem do jednej z trzech następujących kategorii:

- oferowane całej populacji,
- skierowane do subpopulacji o wysokim ryzyku,
- zróżnicowane, z odmiennym podejściem w zależności od poziomu ryzyka.

4. Zadania Programu Promocji Zdrowia i Przeciwdziałania Wybranych Chorobom Społecznym w 2011 roku

Realizowany cel operacyjny Narodowego Programu Zdrowia	Zadania	Działania	Wskaźniki	Realizator	Budżet
Wspieranie rozwoju i zdrowia fizycznego, psychospołecznego oraz zapobieganie najczęstszym problemom zdrowotnym i społecznym dzieci i młodzieży;	Program zdrowotny w zakresie prewencji i wczesnego wykrywania chorób cywilizacyjnych u dzieci i młodzieży	identyfikacja dzieci i młodzieży z czynnikami ryzyka chorób cywilizacyjnych (nadwaga i otyłość, zaburzenia odżywiania, cukrzyca, hiperlipidemie, choroby układu sercowo-naczyniowego w tym nadciśnienie tętnicze), przeprowadzenie długookresowej interwencji edukacyjno-leczniczej wśród dzieci i młodzieży z wykrytymi problemami zdrowotnymi z zakresu chorób cywilizacyjnych, wsparcie dzieci, młodzieży oraz rodziców w redukcji modyfikowalnych czynników ryzyka poprzez zapewnienie kompleksowej opieki interdyscyplinarnego zespołu leczniczego, wsparcie merytoryczne i organizacyjne środowiska szkolnego szkół	- liczba uczestników programu - odsetek uczniów korzystający z programu - liczba rodziców korzystających z programu	Ośrodek Promocji Zdrowia i Sprawności Dziecka w Gdańsku, gdańskie środowisko naukowe, Zakłady Opieki Zdrowotnej, indywidualne i grupowe praktyki lekarskie oraz pielęgniarek i położnych	1.000.000 zł

		podstawowych oraz gimnazjalnych w zakresie budowania potencjału zdrowotnego dzieci i młodzieży. Informacja dla rodziców i opiekunów o stanie zdrowia dzieci wraz z zaangażowaniem w zmianę stylu życia swoich rodzin.			
Poprawa opieki zdrowotnej nad matką, noworodkiem i małym dzieckiem.	Program: karmienie naturalne dziecka jako profilaktyka niekorzystnych wpływów środowiska	promocja karmienia naturalnego jako szczególnie istotnej formy wczesnego rozwoju dzieci, propagowanie dobrego modelu gdańskiej rodziny, rozszerzenie programu szkół rodzenia o promocję laktacji. Grupą docelową są rodzice i młodzież – mieszkańcy Gdańska oraz środowisko medyczne, naukowe i oświatowe.	- liczba uczestników programu	Zakłady Opieki Zdrowotnej, indywidualne i grupowe praktyki lekarskie oraz pielęgniarek i położnych	100.000 zł
	Przygotowanie kobiety ciężarnej do aktywnego porodu	program przeznaczony do realizacji w szkołach rodzenia. - pozytywne nastawienie kobiety do ciąży, porodu i porożu, - podniesienie sprawności fizycznej kobiet w ciąży, - nauka samoopieki i samopielęgnacji w czasie ciąży, porodu i porożu, - rola ojca w przebiegu ciąży i porodu – nawiązanie więzi z	-liczba uczestniczek programu - liczba placówek realizujących program	Zakłady Opieki Zdrowotnej, grupowe praktyki pielęgniarek i położnych osoby wykonujące zawód medyczny w ramach indywidualnej praktyki	200.000 zł

		nienarodzonym dzieckiem, - przygotowanie rodziny do karmienia naturalnego.			
Zmniejszenie rozpowszechnienia palenia tytoniu	Dofinansowanie działania poradni antytytoniowej	- profilaktyka skierowana do osób uzależnionych i zagrożonych uzależnieniem od palenia tytoniu: informacja, terapia indywidualna i grupowa, edukacja, porada, konsultacja. Działanie polega na dofinansowaniu działania poradni posiadającej kontrakt z NFZ, celem wzbogacenia jej oferty	- jest/nie ma	Zakłady Opieki Zdrowotnej	100.000 zł
Tworzenie warunków dla aktywnego życia osób niepełnosprawnych	Dofinansowanie rehabilitacji dla osób chorych na SM	- badanie lekarskie przeprowadzone przez specjalistę rehabilitacji medycznej, celem doboru odpowiednich zabiegów. - wykonanie 2 rodzajów zabiegów, po 10 wizyt każdy {2x10=20 zabiegów łącznie}: z zakresu fizykoterapii lub kinezyterapii. Program uzupełnia ofertę NFZ.	- liczba uczestników programu - liczba placówek realizujących program	Zakłady Opieki Zdrowotnej	100.000 zł
Tworzenie warunków do zdrowego i aktywnego życia osób starszych	Wyszczepianie przeciw grypie osób po 70 roku życia	profilaktyka skierowana do seniorów ze szczególnym wskazaniem lekarskim do szczepienia zmierzająca do minimalizacji powikłań pogrypowych, powodujących ograniczenie samodzielności z uwagi na	- liczba uczestników programu - odsetek osób zaszczepionych w populacji	Zakłady Opieki Zdrowotnej	200.000 zł

		pogorszony stan zdrowia, realizacja programu jest przewidziana w okresie od września do listopada.			
	Profilaktyka geriatryczna	- usprawnienie funkcjonowania seniorów, umożliwienie zachowania samodzielności poprzez działania ambulatoryjne - działania profilaktyczne, - rozpoznawanie i leczenie chorób występujących u ludzi starszych, - uśmierzanie objawów somatycznych, - wsparcie psychiczne - pomoc i edukacja rodziny lub opiekunów	- liczba uczestników programu	Zakłady Opieki Zdrowotnej	90.000 zł
Badanie i ocena efektywności świadczeń zdrowotnych	Ewaluacja programu	ocena efektów realizacji programu w latach 2011 – 2013, opracowanie wniosków co do przyszłych kierunków i sposobów działania	- jest/nie ma	Podmioty zewnętrzne	25.000 zł
	Działania promocyjno-edukacyjne Miasta dotyczące profilaktyki chorób społecznych	- wydruk ulotki informacyjnej o realizowanych przez miasto programach profilaktycznych, - promocja działań profilaktycznych, - organizacja konferencji, - organizacja akcji promocyjnych,	- jest/nie ma - liczba publikacji, konferencji, akcji	Wydział Spraw Społecznych, Organizacje Pozarządowe, inne podmioty zewnętrzne	10.000 zł

5.Szczegółowe programy operacyjne zaplanowane do realizacji w 2011 roku
W ramach Programu Promocji Zdrowia i Przeciwdziałania Wybrany Chorobom
Społecznym

Zadania szczegółowe	Kwota	Uwagi
1. Program zdrowotny w zakresie prewencji i wczesnego wykrywania chorób cywilizacyjnych u dzieci i młodzieży	1.000.00 PLN	Nowy, interdyscyplinarny program interwencji w ramach medycyny szkolnej
2. Program – karmienie naturalne dziecka jako profilaktyka niekorzystnych wpływów środowiska	100.000 PLN	Nowy program realizowany w ramach gdańskiej promocji laktacji
3. Przygotowanie kobiety ciężarnej do aktywnego porodu	200.000 PLN	Kontynuacja programu. Zwiększenie wyniku z potrzeb odbiorców
4. Dofinansowanie działania poradni antytytoniowej	100.000 PLN	Kontynuacja programu
5. Dofinansowanie rehabilitacji dla osób chorych na stwardnienie rozsiane	100.000 PLN	Kontynuacja programu
6. Wyszczepianie przeciw grypie osób po 70 roku życia.	200.000 PLN	Kontynuacja programu. Zwiększenie wyniku z potrzeb odbiorców
7. Profilaktyka geriatryczna	90.000 PLN	Kontynuacja programu.
8. Działania promocyjno – edukacyjne Miasta dotyczące profilaktyki chorób społecznych	10.000 PLN	Kontynuacja programu
9. Ewaluacja programów profilaktycznych	25.000 PLN	Kontynuacja działania
Razem	1.825.000 PLN	

6. Materiały źródłowe

1. Narodowy Program Zdrowia na lata 2007 – 2015
2. Gdańska Strategia Rozwiązywania Problemów Społecznych do roku 2015
3. Strategia Rozwoju Gdańska do roku 2015
4. Stan Bezpieczeństwa Sanitarnego Miasta Gdańska Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Gdańsku
5. Dane Pomorskiego Centrum Zdrowia Publicznego w Gdańsku
6. Dane Polskiego Towarzystwa Programów Zdrowotnych
7. Dane Ośrodka Promocji Zdrowia i Sprawności Dziecka
8. Dane i opracowania wykonane w Referacie Profilaktyki i Promocji Zdrowia Wydziału Spraw Społecznych UMG