

Projekt

**UCHWAŁA NR
RADY MIEJSKIEJ WROCŁAWIA**

z dnia 2022 r.

w sprawie założeń i kierunków działań w zakresie polityki zdrowotnej w latach 2022-2026

Na podstawie art. 18 ust. 2 pkt 2 ustawy z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym (Dz. U. z 2021 r. poz. 1372 i 1834) w związku z art. 3 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o zdrowiu publicznym (Dz. U. z 2021 r. poz. 1956 i 2469) Rada Miejska Wrocławia uchwala, co następuje:

§ 1. 1. Przyjmuje się założenia i kierunki działań Prezydenta Wrocławia w zakresie polityki zdrowotnej na lata 2022-2026, stanowiące załącznik nr 1 do niniejszej uchwały.

2. Wykaz działań prozdrowotnych planowanych do realizacji stanowi załącznik nr 2 do niniejszej uchwały.

3. Wykaz wskaźników w ewaluacji programów w ramach poszczególnych priorytetów prozdrowotnych stanowi załącznik nr 3 do niniejszej uchwały.

§ 2. Wykonanie uchwały powierza się Prezydentowi Wrocławia.

§ 3. Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

Przewodniczący Rady
Miejskiej Wrocławia

Załącznik nr 1
do uchwały nr ...
Rady Miejskiej Wrocławia
z dnia ... 2022 r.

Kierunki działań w zakresie zdrowia publicznego dla mieszkańców Wrocławia na lata 2022-2026

Zadanie finansowane ze środków Gminy Wrocław,
nr umowy: umowa dotacyjna nr P/PZ/1/2021
www.wroclaw.pl



Opracowanie koncepcyjne i merytoryczne:
dr n. hum. Małgorzata Synowiec-Piłat,
lek. Michał Jędrzejek

Fundacja Kreatywnie dla Zdrowia, Wrocław



SPIS TREŚCI

WPROWADZENIE	15
I. PODSTAWY PRAWNE I NAUKOWE	17
1. Uwarunkowania prawne i formułowanie misji	17
2. Istota profilaktyki i promocji zdrowia w oparciu o model społeczno-ekologiczny oraz priorytety współczesnej promocji zdrowia	39
II. DIAGNOZA SYTUACJI ZDROWOTNEJ MIESZKAŃCÓW WROCŁAWIA	63
1. Wybrane dane demograficzne	63
2. Wybrane dane epidemiologiczne	84
3. Organizacja opieki zdrowotnej	99
4. Diagnoza stylu życia wrocławian – zachowania, postawy i przekonania zdrowotne	109
III. PRIORYTETY POLITYKI ZDROWOTNEJ DLA MIESZKAŃCÓW WROCŁAWIA	147
PRIORYTET 1: Poprawa jakości działań w zakresie promocji zdrowia, w tym profilaktyki chorób i uzależnień	149
PRIORYTET 2: Zmniejszanie nierówności społecznych w zdrowiu	241
PRIORYTET 3: Kształtowanie zdrowego środowiska miejskiego	249
PRIORYTET 4: Poprawa jakości oraz zwiększenie zakresu współpracy międzysektorowej na rzecz zdrowia	265
PRIORYTET 5: Działania na rzecz upodmiotowienia i aktywizacji mieszkańców na rzecz zdrowia	271
IV. DZIAŁANIA PROZDROWOTNE I KRYTERIA PROGRAMOWE	275
V. WDRAŻANIE DZIAŁAŃ PROZDROWOTNYCH	290
1. Wskaźniki monitorowania	290
2. Zarządzanie ryzykiem (analiza SWOT)	307
3. Sprawozdawczość	313
4. Źródła finansowania	313
5. Instytucje i organizacje współpracujące oraz obszary współpracy	313
SPIS TABEL I RYCIN	315
BIBLIOGRAFIA	323
ZAŁĄCZNIKI	341

I. PODSTAWY PRAWNE I NAUKOWE

1. UWARUNKOWANIA PRAWNE I FORMUŁOWANIE MISJI

Opracowanie: dr n. hum. Małgorzata Synowiec-Piłat

Wybrane dokumenty światowe / europejskie
Dokumenty ogólnopolskie / rządowe
Dokumenty lokalne / samorządowe
Misja działań samorządu wrocławskiego w obszarze zdrowia

2. ISTOTA PROFILAKTYKI I PROMOCJI ZDROWIA W OPARCIU O MODEL SPOŁECZNO-EKOLOGICZNY ORAZ PRIORYTETY WSPÓŁCZESNEJ PROMOCJI ZDROWIA

Opracowanie: dr n. hum. Małgorzata Synowiec-Piłat

Definicja promocji zdrowia
Powstanie społeczno-ekologicznego modelu zdrowia jako podstawy teoretycznej promocji zdrowia
Charakterystyka społeczno-ekologicznego modelu zdrowia
Mandala zdrowia - model ekosystemu człowieka
Pojęcie zdrowia
Pojęcie jakości życia
Kontekstualna koncepcja promocji zdrowia
Promocja zdrowia jako strategia inwestowania w zdrowie
Definicja promocji zdrowia
Główne założenia promocji zdrowia opartej na społeczno-ekologicznym modelu zdrowia
Zakres oraz podstawowe strategie promocji zdrowia
Pojęcie stylu życia
Idea aktywizacji i upodmiotowienia jednostek i społeczności na rzecz zdrowia jako kluczowy paradygmat promocji zdrowia
Upodmiotowienie jednostek i społeczności – kwestie etyczne
Skuteczność interwencji prozdrowotnych – postulaty
Czynniki niesprzysięgające skuteczności interwencji prozdrowotnych
Znaczenie i funkcje zdrowia publicznego w promocji, ochronie i przywracaniu zdrowia populacji ludzkiej

II. DIAGNOZA SYTUACJI ZDROWOTNEJ MIESZKAŃCÓW WROCŁAWIA

Dane administracyjno-geograficzne

1. WYBRANE DANE DEMOGRAFICZNE

Opracowanie: lek. Michał Jędrzejek

Aktualna sytuacja demograficzna Polski na tle Unii Europejskiej, z uwzględnieniem województwa dolnośląskiego

Sytuacja demograficzna Wrocławia

2. WYBRANE DANE EPIDEMIOLOGICZNE

Opracowanie: lek. Michał Jędrzejek

Choroby układu krążenia

Choroba nowotworowa

Przyczyny zewnętrzne zgonów

3. ORGANIZACJA OPIEKI ZDROWOTNEJ

Opracowanie: lek. Michał Jędrzejek

Polska oraz województwo dolnośląskie

Wrocław

4. DIAGNOZA STYLU ŻYCIA WROCŁAWIAN - ZACHOWANIA, POSTAWY I PRZEKONANIA ZDROWOTNE

Opracowanie: dr n. hum. Małgorzata Synowiec-Piłat

Samoocena stanu zdrowia fizycznego i psychicznego

Subiektywne poczucie odpowiedzialności za stan zdrowia

Poziom zaufania wrocławian do medycyny i lekarzy

Przekonania na temat uwarunkowań zdrowia i zdrowego stylu życia

Przekonania na temat zdrowego stylu życia

ZACHOWANIA ZDROWOTNE WROCŁAWIAN:

Długość snu oraz problemy ze snem

Ilość czasu wolnego oraz percepcja zmian ilości czasu wolnego

Aktywność fizyczna i formy spędzania czasu wolnego

Zachowania dietetyczne oraz samocena sposobu odżywiania

Picie alkoholu

Palenie papierosów oraz przekonania na temat palenia

Uczestnictwo w badaniach profilaktycznych oraz przekonania na temat wpływu profilaktyki na zdrowie

Zachowania w przypadku zaobserwowania objawów chorobowych

PRIORYTET 1: POPRAWA JAKOŚCI DZIAŁAŃ W ZAKRESIE PROMOCJI ZDROWIA, W TYM PROFILAKTYKI CHOROÓB I UZALEŻNIEŃ

Priorytet taktyczny 1.1. Poprawa jakości działań prozdrowotnych w zakresie głównych czynników ryzyka chorób cywilizacyjnych

Opracowanie: lek. Michał Jędrzejek

Priorytety taktyczno-operacyjne:

- 1.1.1. Promowanie aktywności fizycznej
- 1.1.2. Promowanie zbilansowanego sposobu odżywiania
- 1.1.3. Zmniejszanie spożycia alkoholu i innych środków psychoaktywnych
- 1.1.4. Ograniczanie palenia tytoniu

Priorytet taktyczny 1.2. Zwiększenie uczestnictwa w programach profilaktyki onkologicznej

Opracowanie: dr n. hum. Małgorzata Synowiec-Piłat

Priorytety operacyjne:

- 1.2.1. Przeciwdziałanie „rakofobii” oraz przekonaniom fatalistycznym
- 1.2.2. Podnoszenie poziomu wiedzy w zakresie chorób nowotworowych
- 1.2.3. Upowszechnienie profilaktyki onkologicznej

Priorytet taktyczny 1.3. Przeciwdziałanie wybranym chorobom cywilizacyjnym

Opracowanie: lek. Michał Jędrzejek

Priorytety taktyczno-operacyjne:

- 1.3.1. Przeciwdziałanie chorobie sercowo-naczyniowej
- 1.3.2. Profilaktyka chorób nowotworowych
- 1.3.3. Zapobieganie i leczenie nadwagi i otyłości
- 1.3.4. Profilaktyka cukrzycy i jej powikłań
- 1.3.5. Profilaktyka chorób układu oddechowego
- 1.3.6. Przeciwdziałanie chorobom układu ruchu
- 1.3.7. Higiena i ochrona narządów słuchu i wzroku
- 1.3.8. Higiena jamy ustnej, w tym profilaktyka próchnicy

Priorytet taktyczny 1.4. Promocja i ochrona zdrowia psychicznego

Opracowanie: dr n. hum. Małgorzata Synowiec-Piłat

Priorytety operacyjne:

- 1.4.1. Przeciwdziałanie występowaniu zaburzeń psychicznych
- 1.4.2. Przeciwdziałanie samobójstwom
- 1.4.3. Zapewnienie osobom z zaburzeniami psychicznymi kompleksowej, wielostronnej i powszechnie dostępnej opieki zdrowotnej oraz innych form opieki i pomocy niezbędnych do życia w środowisku rodzinnym i społecznym

1.4.4. Kształtowanie właściwych postaw społecznych wobec osób z zaburzeniami psychicznymi, w szczególności zrozumienia, tolerancji, życzliwości, a także przeciwdziałania ich dyskryminacji

1.4.5. Tworzenie oraz wspieranie środowisk sprzyjających zdrowiu psychicznemu

Priorytet taktyczny 1.5. Promocja zdrowia seksualnego i reprodukcyjnego

Opracowanie: dr n. hum. Małgorzata Synowiec-Piłat

Priorytety operacyjne:

1.5.1. Ochrona i promocja zdrowia seksualnego i reprodukcyjnego

1.5.2. Podnoszenie poziomu wiedzy na temat seksualności człowieka, zdrowia reprodukcyjnego i seksualnego na podstawie rzetelnych badań naukowych

1.5.3. Kształtowanie pozytywnych postaw wobec seksualności człowieka oraz przeciwdziałanie dyskryminacji, segregacji i marginalizacji ze względu na seksualność

1.5.4. Przeciwdziałanie ryzykownym zachowaniom seksualnym oraz chorobom przenoszonym drogą płciową

Priorytet taktyczny 1.6. Poprawa jakości życia osób z niepełnosprawnościami i niesamodzielnymi oraz ich opiekunów

Opracowanie: dr n. hum. Małgorzata Synowiec-Piłat

Priorytety operacyjne:

1.6.1. Kompleksowe zabezpieczenie potrzeb osób chorych długoterminowo oraz ich opiekunów

1.6.2. Zapewnienie kompleksowej oraz zintegrowanej z systemem świadczeń zdrowotnych i usług opiekuńczych opieki domowej dla osób niesamodzielnymi i przewlekle chorych oraz ich rodzin

1.6.3. Zapewnienie kompleksowego wsparcia instytucjonalnego dla opiekunów osób niesamodzielnymi i przewlekle chorych

1.6.4. Realizacja cyklicznych badań empirycznych z zakresu socjologii zdrowia i medycyny ukierunkowanych na dorosłych wrocławian, objętych domową opieką długoterminową oraz ich opiekunów

PRIORYTET 2: ZMNIEJSZANIE NIERÓWNOŚCI SPOŁECZNYCH W ZDROWIU

Opracowanie: dr n. hum. Małgorzata Synowiec-Piłat

Priorytety operacyjne:

2.1. Podejmowanie działań na rzecz sprawiedliwości społecznej w obszarze zdrowia

2.2. Zapobieganie nierównościami społecznymi w zdrowiu oraz redukcja ich negatywnych skutków zdrowotnych

2.3. Uwzględnianie i wdrażanie w tworzonych oraz realizowanych programach z zakresu promocji zdrowia i profilaktyki chorób wyników badań empirycznych na temat nierówności społecznych w zdrowiu

PRIORYTET 3: KSZTAŁTOWANIE ZDROWEGO ŚRODOWISKA MIEJSKIEGO

Priorytet taktyczny 3.1. Poprawa bezpieczeństwa mieszkańców

Opracowanie: dr n. hum. Małgorzata Synowiec-Piłat, lek. Michał Jędrzejek

Cele operacyjne:

- 3.1.1. Zapobieganie urazom powstałym w wyniku wypadków komunikacyjnych, z uwzględnieniem edukacji w zakresie udzielania pierwszej pomocy przedmedycznej
- 3.1.2. Zapobieganie występowaniu i rozprzestrzenianiu się chorób zakaźnych, w szczególności przenoszonych drogą kropelkową

Priorytet taktyczny 3.2. Tworzenie środowisk proekologicznych

Opracowanie: dr n. hum. Małgorzata Synowiec-Piłat, lek. Michał Jędrzejek

Cele operacyjne:

- 3.2.1. Przeciwdziałanie szkodliwym dla zdrowia warunkom otoczenia miejskiego
- 3.2.2. Poszerzenie przestrzeni publicznych wolnych od dymu tytoniowego
- 3.2.3. Tworzenie warunków do planowania przestrzennego z uwzględnieniem zdrowia
- 3.2.4. Promocja postaw i zachowań proekologicznych, edukacja ekologiczna

Priorytet taktyczny 3.3. Rozwijanie i wzmacnianie siedlisk promujących zdrowie

Opracowanie: dr n. hum. Małgorzata Synowiec-Piłat

Cele operacyjne:

- 3.3.1. Tworzenie i wzmacnianie siedlisk dla zdrowia
- 3.3.2. Kształtowanie i wzmacnianie idei subsydiarności w działaniach prozdrowotnych

PRIORYTET 4: POPRAWA JAKOŚCI ORAZ ZWIĘKSZENIE ZAKRESU WSPÓŁPRACY MIĘDZYSEKTOROWEJ NA RZECZ ZDROWIA

Opracowanie: dr n. hum. Małgorzata Synowiec-Piłat

Priorytety operacyjne:

- 4.1. Wypracowanie i realizowanie w praktyce skutecznych zasad i procedur współpracy z innymi podmiotami publicznymi, prywatnymi i pozarządowymi na rzecz zdrowia
- 4.2. Motywowanie innych podmiotów życia społecznego do podejmowania współpracy międzysektorowej na rzecz zdrowia
- 4.3. Realizacja projektów i programów prozdrowotnych we współpracy z podmiotami publicznymi, prywatnymi i pozarządowymi na szczeblu lokalnym, krajowym i międzynarodowym

PRIORYTET 5: DZIAŁANIA NA RZECZ UPODMIOTOWIENIA I AKTYWIZACJI MIESZKAŃCÓW NA RZECZ ZDROWIA

Opracowanie: dr n. hum. Małgorzata Synowiec-Piłat

Priorytety operacyjne:

- 5.1. Podejmowanie działań aktywizujących i upodmiotowiających na rzecz zdrowia
- 5.2. Podejmowanie działań na rzecz zwiększenia świadomości dotyczącej znaczenia prozdrowotnego stylu życia dla utrzymania i potęgowania potencjału zdrowia
- 5.3. Podejmowanie działań na rzecz zwiększenia postrzeganego znaczenia profilaktyki w utrzymaniu i pomnażaniu potencjału zdrowia

IV. DZIAŁANIA PROZDROWOTNE I KRYTERIA PROGRAMOWE

Opracowanie: dr n. hum. Małgorzata Synowiec-Piłat

V. WDRAŻANIE DZIAŁAŃ PROZDROWOTNYCH

Opracowanie: dr n. hum. Małgorzata Synowiec-Piłat

- 1. WSKAŹNIKI MONITOROWANIA**
- 2. ZARZĄDZANIE RYZYKIEM (ANALIZA SWOT)**
- 3. SPRAWOZDAWCZOŚĆ**
- 4. ŹRÓDŁA FINANSOWANIA**
- 5. INSTYTUCJE I ORGANIZACJE WSPÓŁPRACUJĄCE ORAZ OBSZARY WSPÓŁPRACY**

SPIS TABEL I RYCIN

BIBLIOGRAFIA

ZAŁĄCZNIKI

WPROWADZENIE

Niniejszy dokument dotyczy planowanej na lata 2022–2026 realizacji zadań i polityki, mających na celu ochronę i promocję zdrowia oraz poprawę jakości życia mieszkańców Wrocławia. Jest również próbą usystematyzowania już realizowanych działań prozdrowotnych z ich kontynuacją na następne 5 lat oraz propozycji nowych przedsięwzięć, zgodnie z aktualnymi wymogami i przepisami prawnymi.

Przedłożony dokument nakreśla kierunki działań w zakresie ochrony i promocji zdrowia oraz podnoszenia jakości życia mieszkańców Wrocławia ze szczególnym uwzględnieniem priorytetowych potrzeb zdrowotnych. Zakres przedstawionych programów koresponduje z priorytetami zdrowotnymi zawartymi w planach i programach narodowych oraz w rezolucjach Światowej Organizacji Zdrowia (*World Health Organization, WHO*).

Celowym zabiegiem jest przyjęta w dokumencie otwartość zagadnień w zakresie programów ochrony zdrowia, profilaktyki i promocji zdrowia. Zakres oraz formy realizacji poszczególnych interwencji prozdrowotnych mogą być modyfikowane oraz poszerzane adekwatnie do potrzeb i bieżącej sytuacji, a krąg ich realizatorów uzupełniany o nowe podmioty.

Dokument *Kierunki działań w zakresie zdrowia publicznego dla mieszkańców Wrocławia na lata 2022-2026* wpisuje się także w założenia społeczno-ekologicznego modelu zdrowia jako podstawy teoretycznej współczesnej promocji zdrowia oraz w ideę aktywizacji i upodmiotowienia jednostek i społeczności na rzecz zdrowia, stanowiącą kluczowy paradygmat promocji zdrowia.

I. PODSTAWY PRAWNE I NAUKOWE

1. UWARUNKOWANIA PRAWNE I FORMUŁOWANIE MISJI

Zaproponowane zadania w zakresie promocji i ochrony zdrowia dla samorządu Miasta Wrocławia są **zgodne z przepisami prawnymi**, które umożliwiają szereg zaplanowanych w tym obszarze działań, w tym z poniższymi dokumentami:

- A. światowymi / europejskimi,
- B. ogólnopolskimi / rządowymi oraz
- C. lokalnymi / samorządowymi.

A. WYBRANE DOKUMENTY ŚWIATOWE / EUROPEJSKIE

EUROPEJSKA KARTA SAMORZĄDU TERYTORIALNEGO (LOKALNEGO) (*European Charter of Local Self-government*)¹

Dokument Rady Europy, przyjęty 15 października 1985 r. w Strasburgu przez Stałą Konferencję Gmin i Regionów Europy, weszła w życie 1 września 1988 r. Reguluje status samorządów lokalnych w relacji do władz danego państwa oraz w relacji do władz innych państw i działających w nich samorządów. Konwencja ratyfikowana przez RP, opublikowana w Dzienniku Ustaw z 1994 r. nr 124, poz. 607, od 2006 r. – pod nazwą Europejska Karta Samorządu Lokalnego².

Karta zawiera w art. 3 ust 1. **definicję samorządu terytorialnego**: „samorząd terytorialny oznacza prawo i zdolność społeczności lokalnych, w granicach określonych prawem, do kierowania i zarządzania zasadniczą częścią spraw publicznych na ich własną odpowiedzialność i w interesie ich mieszkańców”. Dokument propaguje ideę samorządu lokalnego, jako głównego elementu demokracji. Kluczowym celem dokumentu jest włączanie obywateli w tworzenie demokracji w miejscu ich funkcjonowania, co pociąga za sobą obowiązek zasięgania opinii społeczności lokalnych we wszystkich sprawach bezpośrednio ich dotyczących. W Karcie zawarty jest katalog zasad istotnych dla prawidłowego funkcjonowania samorządu lokalnego, a jedną z kluczowych jest wymóg, by podstawowe kompetencje społeczności lokalnych uregulowane zostały w konstytucji lub w stosownych ustawach.

Zgodnie z ideą Karty, podział zadań i kompetencji pomiędzy poszczególne szczeble administracji powinien opierać się na **zasadzie subsydiarności**, zgodnie z którą odpowiedzialność za sprawy publiczne powinna być ponoszona przede wszystkim przez organy władzy znajdujące się najbliżej obywateli. W Karcie podkreśla się również potrzebę dostosowywania do warunków miejscowych sposobu wykonywania kompetencji delegowanych (zleconych) samorządowi lokalnemu przez organy władzy centralnej lub regionalnej.

¹https://umwd.dolnyslask.pl/fileadmin/fundusze_europejskie/ZGR/emilia_romania_-_gallery/foto/obwo_dniepropietrowski/Europejska_Karta_Samorządu_Terytorialnego.pdf

²Obwieszczenie Ministra Spraw Zagranicznych z dnia 22 sierpnia 2006 r. o sprostowaniu błędu (Dz.U. z 2006 r. nr 154, poz. 1107)

Aby chronić autonomię i samodzielność społeczności lokalnych, dokument wprowadza ograniczenia dotyczące możliwości przeprowadzania administracyjnej kontroli ich działania (na podstawie regulacji określonych w konstytucji lub ustawach). Tego rodzaju kontrola może być sprawowana w oparciu o kryterium legalności (tj. przestrzegania prawa i zasad konstytucji) oraz kryterium celowości działania (dopuszczalne jedynie w odniesieniu do „zadań delegowanych”).

W zakresie współpracy między samorządami lokalnymi i regionalnymi, w tym współpracy ze społecznościami innych państw, Karta przyznaje samorządom lokalnym tego rodzaju prawa wraz z odesłaniem do ustawodawstwa poszczególnych państw.

ŚWIATOWA DEKLARACJA ZDROWIA - ZDROWIE DLA WSZYSTKICH W XXI WIEKU (*Health for all in the 21st century*)³

Dokument przyjęty przez światową społeczność zajmującą się problematyką zdrowotną na XXXI Światowym Zgromadzeniu Zdrowia w maju 1998 r., zawierający podstawowe założenia polityki zdrowia dla wszystkich w Regionie Europejskim WHO (21 zadań dla Regionu Europejskiego). Jednym ze stałych zadań jest wykorzystanie pełnego potencjału zdrowia dla wszystkich poprzez realizację dwóch głównych celów: **promocję i ochronę zdrowia ludzi w ciągu całego ich życia oraz zmniejszenie występowania chorób i urazów oraz złagodzenie cierpień z ich powodu**. Podstawą etyczną założeń "Zdrowia 21" są trzy fundamentalne wartości: (1) zdrowie jako podstawowe prawo człowieka; (2) równość w zdrowiu i solidarność w działaniu na rzecz zdrowia wewnątrz krajów i pomiędzy krajami oraz ich mieszkańcami; (3) uczestnictwo w stałym rozwoju dziedziny zdrowia i odpowiedzialność za efekty działalności jednostek, grup, instytucji i społeczności lokalnych.

Aby zapewnić zrównoważony pod względem naukowym, gospodarczym, społecznym i politycznym przebieg wdrażania "Zdrowia 21", ustalono **cztery podstawowe strategie działania** (Zdrowie 21. Zdrowie dla wszystkich w XXI w., 2001):

- 1) strategie wielosektorowe, uwzględniające fizyczne, ekonomiczne, społeczne i kulturowe uwarunkowania zdrowia, przyjmujące perspektywę uwzględniającą potrzeby mężczyzn i kobiet oraz zapewniające możliwość oceny oddziaływania na dziedzinę zdrowia;
- 2) programy nastawione na skuteczność opieki zdrowotnej i inwestowanie w rozwój zdrowia oraz opiekę kliniczną;
- 3) zintegrowana i zorientowana na rodzinę i społeczność lokalną podstawowa opieka zdrowotna, wspierana przez elastyczny, dostosowany system opieki szpitalnej;
- 4) współuczestniczenie w procesie rozwoju dziedziny zdrowia partnerów na poziomie domu, szkoły, miejsca pracy, społeczności lokalnej i kraju oraz promowanie wspólnego podejmowania decyzji, wdrażania i rozliczania.

³<https://www.parpa.pl/index.php/alkohol-w-europie/zdrowie-21-zdrowie-dla-wszystkich-who>

W dokumencie wyznaczono **21 zadań dla Regionu Europejskiego**:

- 1) Porozumienie na rzecz zdrowia w Regionie Europejskim – wyrównanie szans zdrowotnych.
- 2) Równość w zdrowiu.
- 3) Zdrowy start życiowy – zdrowie od urodzenia.
- 4) Zdrowie młodych ludzi.
- 5) Zdrowie ludzi starszych.
- 6) Poprawa zdrowia psychicznego.
- 7) Redukcja chorób zakaźnych.
- 8) Redukcja chorób niezakaźnych.
- 9) Redukcja urazów powstałych w wyniku przemocy i wypadków.
- 10) Zdrowe i bezpieczne środowisko naturalne.
- 11) Zdrowszy tryb życia.
- 12) Redukcja skutków nadużywania alkoholu, palenia tytoniu i zażywania narkotyków.
- 13) Tworzenie przyjaznego zdrowiu otoczenia.
- 14) Wielosektorowa odpowiedzialność za zdrowie.
- 15) Zintegrowany sektor zdrowia.
- 16) Zarządzanie jakością opieki zdrowotnej.
- 17) Finansowanie świadczeń zdrowotnych i alokacja środków.
- 18) Rozwijanie kadry pracowniczej w opiece zdrowotnej.
- 19) Badania naukowe i wiedza na rzecz zdrowia.
- 20) Pozyskiwanie partnerów do zdrowia.
- 21) Założenia strategii i polityki zdrowia dla wszystkich.

EUROPEJSKI KODEKS WALKI Z RAKIEM (*European Code Against Cancer and scientific justification*)⁴

Dokument mający na celu uwrażliwienie społeczeństw na zagrożenia nowotworowymi złośliwymi, występujące w krajach Unii Europejskiej (UE). W 2014 r. na konferencji *European Cancer Leagues* zaprezentowano zalecenia kolejnej edycji **Europejskiego Kodeksu Walki z Rakiem** – 12 prostych sposobów na zapobieganie nowotworom:

1. *Nie pal. Nie używaj tytoniu w żadnej postaci.*
2. *Stwórz w domu środowisko wolne od dymu tytoniowego. Wspieraj politykę miejsca pracy wolnego od tytoniu.*
3. *Utrzymuj prawidłową masę ciała.*
4. *Bądź aktywny fizycznie w codziennym życiu. Ogranicz czas spędzany na siedząco.*
5. *Przestrzegaj zaleceń prawidłowego sposobu żywienia: jedz dużo produktów pełnoziarnistych, roślin strączkowych, warzyw i owoców; ogranicz spożycie wysokokalorycznych produktów spożywczych, unikaj napojów słodzonych; unikaj przetworzonego mięsa; ogranicz spożycie mięsa czerwonego i żywności z dużą zawartością soli.*

⁴<https://cancer-code-europe.iarc.fr/index.php/pl/>

<https://zwrotnik.b-cdn.net/wp-content/uploads/2017/06/Europejski-Kodeks-Walki-z-Rakiem-2017.pdf>

6. Jeśli pijesz alkohol dowolnego rodzaju, ogranicz jego spożycie. Abstynencja pomaga zapobiegać nowotworom.
7. Unikaj nadmiernej ekspozycji na promienie słoneczne. Chroń się przed słońcem, używaj produktów przeznaczonych do ochrony przeciwsłonecznej. Nie korzystaj z solarium.
8. Chroń się przed działaniem substancji rakotwórczych w miejscu pracy. Postępuj zgodnie z zaleceniami dotyczącymi bezpieczeństwa i higieny pracy.
9. Dowiedz się, czy w domu jesteś narażony na naturalne promieniowanie spowodowane wysokim stężeniem radonu. Podejmij działania na rzecz zmniejszenia jego poziomu.
10. Kobiety powinny pamiętać o tym, że: karmienie piersią zmniejsza u matki ryzyko zachorowania na raka piersi. Jeśli możesz, karm swoje dziecko piersią, hormonalna terapia zastępcza zwiększa ryzyko rozwoju niektórych rodzajów nowotworów. Ogranicz jej stosowanie.
11. Zadbaj o to, aby twoje dzieci poddano szczepieniom ochronnym przeciwko:
 - wirusowemu zapaleniu wątroby typu B (dotyczy noworodków),
 - wirusowi brodawczaka ludzkiego – HPV (dotyczy dziewcząt).
12. Bierz udział w zorganizowanych programach badań przesiewowych w celu wczesnego wykrywania:
 - raka jelita grubego (zalecenie dotyczy zarówno mężczyzn, jak i kobiet),
 - raka piersi (u kobiet),
 - raka szyjki macicy (u kobiet).

Europejski Kodeks Walki Z Rakiem koncentruje się na działaniach, jakie mogą podjąć obywatele, aby zapobiegać nowotworom. Skuteczne zapobieganie chorobom nowotworowym wymaga, aby te indywidualne działania były wspierane przez politykę i działania rządu.

HELSIŃSKA DEKLARACJA MINISTRÓW ZDROWIA KRAJÓW EUROPEJSKICH PT. „DEKLARACJA O OCHRONIE ZDROWIA PSYCHICZNEGO DLA EUROPY” (2005)⁵

Kluczową ideą dokumentu jest pogląd, że nie ma zdrowia bez zdrowia psychicznego: ma ono zasadnicze znaczenie dla poszczególnych jednostek, społeczeństw i krajów oraz ekonomii i jako takie powinno być postrzegane jako integralna i ważna część pozostałych obszarów polityki publicznej (m.in. praw człowieka, opieki społecznej, edukacji oraz zatrudnienia). Postulowano wdrożenie interwencji na rzecz upowszechnienia znaczenia polityki ochrony zdrowia psychicznego także w innych sektorach i resortach. W Deklaracji Helsińskiej wskazano na konieczność podjęcia następujących działań (Wciórka, 2014, s. 20-22):

- promowanie dobrostanu psychicznego całej populacji;
- docenienie potencjalnych wpływów polityk w zakresie spraw publicznych na zdrowie psychiczne, zwłaszcza na zdrowie psychiczne grup szczególnie zagrożonych;

⁵Resolution EUR/04/5047810/6 Mental Health Declaration for Europe. Facing the Challenges, Building Solutions. World Health Organization – Regional Office for Europe (2005); Link do dokumentu: https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/99720/edoc06.pdf

- przeciwdziałania stygmatyzacji i dyskryminacji, zapewnienia ochrony praw i godności człowieka oraz wdrażania koniecznych przepisów prawnych;
- zapewnienie szczególnego wsparcia oraz pomocy dla osób narażonych na zwiększone ryzyko ze względu na okres ich życia, w szczególności w zakresie opieki rodzicielskiej i kształcenia dzieci i młodzieży oraz opieki nad osobami starszymi;
- opracowanie i wprowadzenie w życie środków, których celem jest zapobieganie przyczynom samobójstw oraz powstawania problemów zdrowia psychicznego i chorób im towarzyszących;
- rozwijanie wiedzy i umiejętności lekarzy i pracowników placówek podstawowej opieki zdrowotnej, by mogli trafnie diagnozować, leczyć i udzielać skutecznej, wielostronnej pomocy osobom z problemami zdrowia psychicznego;
- zaoferowanie osobom z poważnymi problemami zdrowia psychicznego skutecznej i wielostronnej opieki i leczenia w sposób zapewniający poszanowanie ich osobistych preferencji oraz chroniący ich przed lekceważeniem i poniżającym traktowaniem;
- ustanowienie współpracy międzysektorowej na rzecz ochrony zdrowia psychicznego;
- opracowanie programów edukacyjnych oraz szkoleń mających na celu stworzenie kompetentnego zespołu specjalistów;
- badanie stanu zdrowia psychicznego populacji, umożliwiające porównanie danych na poziomie krajowym i międzynarodowym;
- inicjowanie oraz realizacja badań naukowych, wspieranie ewaluacji oraz ich upowszechniania.

SPÓJNY PLAN DZIAŁANIA W ZAKRESIE ZDROWIA PSYCHICZNEGO 2013-2020 (WHO 2013) (*Resolution WHA66.8 Comprehensive Mental Health Action Plan 2013-2020*)⁶

W dokumencie podkreśla się podstawowe znaczenie zdrowia psychicznego, jako warunku osiągnięcia zdrowia przez wszystkich ludzi. Plan opiera się jest na podejściu uwzględniającym cały cykl życia jednostki. Jednym z podstawowych celów postawionych w dokumencie jest dążenie do osiągnięcia równości i sprawiedliwości w zdrowiu poprzez powszechny dostęp do opieki zdrowotnej oraz podkreślenie roli i znaczenia promocji zdrowia i profilaktyki.

Określone zostały następujące główne cele dotyczące ochrony zdrowia psychicznego: 1) zwiększenie efektywności zarządzania w dziedzinie zdrowia psychicznego; 2) zapewnienie wszechstronnych, zintegrowanych świadczeń zdrowotnych i społecznych w jednostkach opieki środowiskowej; 3) wdrożenie strategii zapobiegania i promocji zdrowia psychicznego oraz 4)

⁶World Health Organization (2013): *Resolution WHA66.8 Comprehensive Mental Health Action Plan 2013-2020*; link do dokumentu: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA66/A66_R8-en.pdf?ua=1
Zobacz też: <https://www.katowice.eu/SiteAssets/urząd-miasta/rodzina-i-zdrowie/profilaktyka-i-promocja-zdrowia/zdrowie-psychiczne/Priorytetowe%20działania%20w%20obszarze%20zdrowia%20psychicznego%20na%20lata%202016-2020.pdf>
oraz <http://www.un.org/pl/files/153/Fact-sheet-SDG-Mental-health-FINAL-04-09-2017.pdf>

wzmocnienie systemów informacji, dowodów empirycznych oraz badań naukowych na rzecz zdrowia psychicznego (Wciórka, 2014).

B. DOKUMENTY OGÓLNOPOLSKIE / RZĄDOWE

DŁUGOOKRESOWA STRATEGIA ROZWOJU KRAJU (DSRK). POLSKA 2030. TRZECIA FALA NOWOCZESNOŚCI⁷

Celem głównym DSRK jest poprawa jakości życia Polaków. Zgodnie z zawartymi w dokumencie zapisami, zapewnienie efektywnej opieki zdrowotnej jest jednym z kluczowych warunków dla tworzenia optymalnego rozwoju w XXI wieku. W DSRK inwestycje na rzecz zdrowia traktowane są jako tzw. wydatki prorozwojowe, dzięki którym możliwe jest dążenie do kompleksowego rozwoju „jakości życia” jako dobrostanu w różnych obszarach funkcjonowania, które przejawia się m.in. w długości życia w zdrowiu. W DSRK dobrostan zdrowotny społeczeństwa traktowany jest jako integralna część składająca się na jakość kapitału ludzkiego. Z tego powodu, zagadnienia dotyczące ochrony zdrowia zostały umiejscowione w celu nr 6 „Rozwój kapitału ludzkiego poprzez wzrost zatrudnienia i stworzenie *workfare state*”⁸.

Dobry stan zdrowia społeczeństwa został uznany za ważną przesłankę poprawy jakości życia. Zmniejszenie przedwczesnej umieralności, zachorowalności i niepełnosprawności jest zależne od przyspieszenia postępów w zwalczaniu szkodliwych dla zdrowia zachowań i warunków, które prowadzą do większej zapadalności na choroby cywilizacyjne (głównie nowotwory, choroby układu oddechowego, układu krążenia, cukrzycę i choroby psychiczne). W strategii zwraca się również uwagę, że niezbędne jest zintensyfikowanie działań profilaktycznych promujących zdrowy styl życia, wdrożenie interwencji eliminujących nierówności i zróżnicowania w zdrowiu, wynikające między innymi z uwarunkowań społecznych oraz poprawa dostępu do wysokiej jakości usług zdrowotnych, tak aby umożliwić szybki i efektywny powrót na rynek pracy.

W dokumencie sformułowano następujące **kierunki interwencji w obszarze zdrowia**:

- 1) wdrożenie instrumentów podnoszących jakość świadczonych usług zdrowotnych i efektywność systemu opieki zdrowotnej;
- 2) dostosowanie systemu opieki zdrowotnej do prognozowanych do roku 2030 zmian demograficznych, w szczególności wzmocnienie działań na rzecz rozwoju infrastruktury i zasobów kadrowych w obszarach opieki nad matką i dzieckiem oraz osobami starszymi;
- 3) zwiększenie dostępności do wysokiej jakości usług zdrowotnych w priorytetowych, wynikających z uwarunkowań epidemiologicznych, dziedzinach medycyny (np. kardiologia, onkologia, neurologia, medycyna ratunkowa, psychiatria);

⁷<http://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/download.xsp/WMP20130000121/O/M20130121.pdf>

⁸*workfare state*: system, w którym podstawowym czynnikiem odpowiedzialnym za indywidualny dobrostan jest zatrudnienie

- 4) opracowanie i wdrożenie działań wzmacniających kształtowanie postaw prozdrowotnych zwiększających dostępność do programów zdrowotnych (profilaktycznych, rehabilitacyjnych) w celu zmniejszenia zachorowalności i umieralności, w szczególności z powodu chorób cywilizacyjnych.

USTAWA O ŚWIADCZENIACH OPIEKI ZDROWOTNEJ FINANSOWANYCH ZE ŚRODKÓW PUBLICZNYCH z dnia 27.08.2004 r. (Dz.U. 2004 nr 210 poz. 2135)⁹

oraz

USTAWA O ZMIANIE USTAWY O ŚWIADCZENIACH OPIEKI ZDROWOTNEJ FINANSOWANYCH ZE ŚRODKÓW PUBLICZNYCH z dnia 29.09.2017 r. (Dz.U. 2017 poz. 2110)¹⁰

Ustawa określa jako zadanie własne dla samorządu opracowywanie i realizację programów dotyczących zdrowia na podstawie rzeczywistych potrzeb mieszkańców. Programy te mogą opracować, wdrażać, realizować i finansować ministrowie, jednostki samorządu terytorialnego lub Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ). Dotyczą one istotnych zjawisk epidemiologicznych i problemów zdrowotnych, a także interwencji profilaktycznych. Wyboru realizatora programu zdrowotnego dokonuje się w drodze konkursu ofert. Zgodnie z przepisami prawa, Minister oraz jednostka samorządu terytorialnego przygotowuje program polityki zdrowotnej na podstawie tzw. **regionalnych map potrzeb zdrowotnych** (uwzględniających specyfikę potrzeb zdrowotnych poszczególnych społeczności).

Ustawa wprowadza ponadto rozróżnienie pomiędzy programami zdrowotnymi a programami polityki zdrowotnej, w myśl którego:

- **program polityki zdrowotnej** to zespół zaplanowanych i zamierzonych działań z zakresu opieki zdrowotnej ocenianych jako skuteczne, bezpieczne i uzasadnione, umożliwiających osiągnięcie w określonym terminie założonych celów, polegających na wykrywaniu i zrealizowaniu określonych potrzeb zdrowotnych oraz poprawy stanu zdrowia określonej grupy świadczeniobiorców, opracowany, wdrażany, realizowany i finansowany przez ministra albo jednostkę samorządu terytorialnego;
- **program zdrowotny** to zespół zaplanowanych i zamierzonych działań z zakresu opieki zdrowotnej ocenianych jako skuteczne, bezpieczne i uzasadnione, umożliwiających osiągnięcie w określonym terminie założonych celów, polegających na wykrywaniu i zrealizowaniu określonych potrzeb zdrowotnych oraz poprawy stanu zdrowia określonej grupy świadczeniobiorców, opracowany, wdrażany, realizowany i finansowany przez Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ).

Ustawa wprowadza art. 48c¹¹ i art. 48d¹² dotyczący **możliwości dofinansowania programów polityki zdrowotnej**. Przepisy te dają możliwość jednostce samorządu terytorialnego, w ramach realizacji zadań własnych, dofinansowania programów zdrowotnych i programów

⁹<https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU20042102135>

¹⁰<https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU20170002110>

¹¹<https://sip.lex.pl/akty-prawne/dzu-dziennik-ustaw/swiadczenia-opieki-zdrowotnej-finansowane-ze-srodkow-17127716/art-48-c>

¹²<https://lexlege.pl/ustawa-o-swadczeniach-opieki-zdrowotnej-finansowanych-ze-srodkow-publicznych/art-48d/>

polityki zdrowotnej, innych niż te, które są przez nią realizowane, polegających na profilaktyce chorób. Dofinansowanie to polega na udzieleniu realizatorowi programu wybranemu w trybie określonym w art. 48b dotacji celowej w rozumieniu ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych. Ponadto, przepisy stanowią, że NFZ może przekazać środki na dofinansowanie programów polityki zdrowotnej, które są realizowane przez jednostkę samorządu terytorialnego. Jednakże, aby uzyskać dofinansowania, program powinien posiadać pozytywną opinię zarówno Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji (AOTMiT), jak i wojewody. Opinia ta dotyczy zgodności planowanego programu z priorytetami dla regionalnej polityki zdrowotnej oraz zgodności z celami operacyjnymi Narodowego Programu Zdrowia.

Nowelizacja ustawy z dnia 29.09.2017 r. stwarza możliwość ministrowi właściwemu do spraw zdrowia przeprowadzanie **programów pilotażowych**, rozumianych jako zespół zaplanowanych działań z zakresu opieki zdrowotnej o charakterze testowym, dotyczących nowych warunków organizacji, realizacji lub nowego sposobu finansowania świadczeń opieki zdrowotnej, poprzedzających wdrożenie rozwiązań systemowych. Doprecyzowano również **procedurę tworzenia programu polityki zdrowotnej**, zgodnie z którą projekt programu polityki zdrowotnej powinien zostać oparty nie tylko na danych wynikających z **mapy potrzeb zdrowotnych**, ale także na dostępnych danych epidemiologicznych i na rekomendacji Prezesa Agencji wydanej dla konkretnego problemu zdrowotnego, która została przygotowana **w oparciu o dowody naukowe**.

ROZPORZĄDZENIE MINISTRA ZDROWIA z dnia 28 grudnia 2016 r. w sprawie trybu składania i rozpatrywania wniosków o dofinansowanie programów polityki zdrowotnej realizowanych przez jednostkę samorządu terytorialnego oraz trybu rozliczania przekazanych środków i zwrotu środków niewykorzystanych lub wykorzystanych niezgodnie z przeznaczeniem (Dz.U. 2017 poz. 9)¹³

USTAWA O SAMORZĄDZIE GMINNYM z dnia 8 marca 1990 r.
(Dz.U. 1990 nr 16 poz. 95)¹⁴

W art. 7 ustawa określa zadania własne gminy, czyli zaspokajanie zbiorowych potrzeb wspólnoty, w tym ochrony zdrowia (pkt 1 ppkt 5).

USTAWA O DZIAŁALNOŚCI POŻYTKU PUBLICZNEGO I WOLONTARIACIE z dnia 23.04.2003 r. (Dz. U. 2003 Nr 96 poz. 873)¹⁵

Umożliwia pozyskiwanie środków finansowych przez organizacje non-profit z przeznaczeniem na promocję zdrowia i profilaktykę, w ramach zlecenia lub wspierania określonego zadania przez samorząd terytorialny. Realizacja zadań odbywa się na podstawie przyjętego przez

¹³<https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU20170000009>

¹⁴<https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU19900160095>

¹⁵<https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/download.xsp/WDU20030960873/U/D20030873Lj.pdf>

samorząd programu współpracy z organizacjami pozarządowymi oraz podmiotami prowadzącymi działalność pożytku publicznego na dany rok kalendarzowy. Wybór organizacji odbywa się w drodze konkursu ofert.

USTAWA O ZDROWIU PUBLICZNYM z dnia 11.09.2015 r. (Dz.U. 2015 poz. 1916)¹⁶

Określa **zadania z zakresu zdrowia publicznego, podmioty realizujące te zadania oraz zasady finansowania owych zadań**. Podstawowy cel ustawy to utworzenie struktur odpowiedzialnych za koordynację oraz monitorowanie działalności władz publicznych, mających wpływ na zmianę stanu zdrowia populacji oraz zapewnienie stabilnych mechanizmów finansowania.

Zgodnie z ustawą, **zadania z zakresu zdrowia publicznego są finansowane** ze środków pozostających w dyspozycji:

- 1) ministra właściwego do spraw zdrowia, w tym ze środków państwowych funduszy celowych;
- 2) realizujących zadania z zakresu zdrowia publicznego: a) innych ministrów lub centralnych organów administracji rządowej, w tym ze środków państwowych funduszy celowych, agencji wykonawczych i innych państwowych jednostek organizacyjnych, w tym NFZ; b) jednostek samorządu terytorialnego.

Wyróżniono następujące **zadania z zakresu zdrowia publicznego**:

- monitorowanie i ocena stanu zdrowia społeczeństwa, zagrożeń zdrowia i jakości życia związanej ze zdrowiem społeczeństwa;
- edukację zdrowotną dostosowaną do potrzeb różnych grup społeczeństwa (w szczególności dzieci, młodzieży i osób starszych);
- promocję zdrowia oraz profilaktykę chorób;
- działania dotyczące rozpoznawania, eliminowania i ograniczania zagrożeń oraz szkód dla zdrowia fizycznego i psychicznego (m.in. w domu, szkole i pracy);
- analizę adekwatności i efektywności udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej w odniesieniu do rozpoznanych potrzeb zdrowotnych społeczeństwa;
- inicjowanie i prowadzenie badań naukowych oraz współpracy międzynarodowej w zakresie zdrowia publicznego;
- rozwój kadr uczestniczących w realizacji zadań z zakresu zdrowia publicznego;
- ograniczanie nierówności w zdrowiu wynikających z uwarunkowań społeczno-ekonomicznych; działania w obszarze aktywności fizycznej.

Ustawa o zdrowiu publicznym uchyliła od 2017 r. obowiązek przekazywania informacji o programach polityki zdrowotnej zrealizowanych i planowanych do realizacji przez powiaty, gminy i samorządy województw. Obecnie jednostki samorządu terytorialnego przekazują

¹⁶<https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU20150001916>

właściwemu wojewodzie roczną informację o zrealizowanych lub podjętych zadaniach z zakresu zdrowia publicznego, w tym również o programach polityki zdrowotnej.

ROZPORZĄDZANIE RADY MINISTRÓW z dnia 30 marca 2021 r. w sprawie NARODOWEGO PROGRAMU ZDROWIA (NPZ) na lata 2021 – 2025¹⁷

Podstawowy dokument polityki zdrowia publicznego, wyznaczający cele strategiczne i operacyjne oraz najważniejsze zadania do realizacji na rzecz poprawy zdrowia i związanej z nim jakości życia społeczeństwa. Dokument ten uwzględnia zakres pozamedycznych determinant zdrowia (styl życia, środowisko fizyczne oraz środowisko społeczne życia i pracy). Jest odpowiedzią Polski na problematykę zawartą w deklaracjach Światowej Organizacji Zdrowia i przepisach Unii Europejskiej.

Nadrzędnym, długofalowym **celem strategicznym NPZ jest zwiększenie liczby lat przeżytych w zdrowiu oraz zmniejszenie społecznych nierówności w zdrowiu**. Cel ten, zgodnie z zawartymi w NPZ zapisami, można osiągnąć poprzez następujące **cele operacyjne**, które obejmują:

- 1) profilaktykę nadwagi i otyłości¹⁸,
- 2) profilaktykę uzależnień (zintegrowane przeciwdziałanie uzależnieniom, uzależnienie od tytoniu (nikotyny), uzależnienie od alkoholu, uzależnienia behawioralne)¹⁹,
- 3) promocję zdrowia psychicznego (w tym zapobieganie zachowaniom samobójczym)²⁰,
- 4) zdrowie środowiskowe i choroby zakaźne²¹,
- 5) wyzwania demograficzne²².

Określone zostały również **wskaźniki, sposób monitorowania i ewaluacji NPZ**: „monitorowanie zadań i ich efektów będzie prowadzone w oparciu o wskaźniki gromadzone w ramach systemu statystyki publicznej, systemu monitorowania rozwoju, dane dotyczące chorobowości szpitalnej, dane o przyczynach zgonu, a także informacje gromadzone przez realizatorów poszczególnych zadań przewidzianych w NPZ. Zaproponowane wskaźniki powinny być gromadzone i prezentowane w rozbiciu na wiek i płeć, w przypadku dostępności danych”²³.

¹⁷<https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/download.xsp/WDU20210000642/O/D20210642.pdf>

¹⁸Wykaz zadań służących realizacji celu operacyjnego 1: Profilaktyka nadwagi i otyłości - s. 8-10:
<https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/download.xsp/WDU20210000642/O/D20210642.pdf>

¹⁹Wykaz zadań służących realizacji celu operacyjnego 2: Profilaktyka uzależnień – s. 10-17:
<https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/download.xsp/WDU20210000642/O/D20210642.pdf>

²⁰Wykaz zadań służących realizacji celu operacyjnego 3: Promocja zdrowia psychicznego – s.17-21:
<https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/download.xsp/WDU20210000642/O/D20210642.pdf>

²¹Wykaz zadań służących realizacji celu operacyjnego 4: Zdrowie środowiskowe i choroby zakaźne – s. 21-24:
<https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/download.xsp/WDU20210000642/O/D20210642.pdf>

²²Wykaz zadań służących realizacji celu operacyjnego 5: Wyzwania demograficzne – s. 24-26:
<https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/download.xsp/WDU20210000642/O/D20210642.pdf>

²³<https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/download.xsp/WDU20210000642/O/D20210642.pdf> s.27

NARODOWA STRATEGIA ONKOLOGICZNA (NSO) na lata 2020-2030²⁴

regulowana na podstawie następujących aktów prawnych:

USTAWA O NARODOWEJ STRATEGII ONKOLOGICZNEJ z dnia 26 kwietnia 2019 r. (Dz.U. 2019 poz. 969)²⁵

UCHWAŁA nr 10 RADY MINISTRÓW w sprawie przyjęcia programu wieloletniego pn. NARODOWA STRATEGIA ONKOLOGICZNA (NSO) na lata 2020-2030 z dnia 4 lutego 2020 r.²⁶ (Dz.U. 2019 poz. 969)²⁷

NSO to kompleksowy program walki z rakiem na lata 2020-2030, będący odpowiedzią na wzrastające wskaźniki zachorowalności i umieralności na choroby nowotworowe w Polsce.

Celem nadrzędnym programu jest wzrost odsetka osób przeżywających 5 lat od zakończenia leczenia onkologicznego, a także zwiększenie wykrywalności nowotworów we wczesnych stadiach oraz poprawa jakości życia w trakcie i po ukończonym leczeniu.

Dokument wytycza **kierunki rozwoju systemu opieki zdrowotnej w zakresie onkologii**, wskazując na **5 obszarów strategicznych**, kluczowych dla poprawy skuteczności terapii onkologicznych i dostosowania rozwiązań systemowych do potrzeb pacjentów z chorobą nowotworową:

- 1) zahamowanie wzrostu zachorowań na nowotwory,
- 2) osiągnięcie średnich europejskich wskaźników w zakresie wczesnego wykrywania nowotworów,
- 3) osiągnięcie średnich europejskich wskaźników skuteczności leczenia,
- 4) stworzenie warunków do wykorzystania w praktyce onkologicznej postępu wiedzy o przyczynach i mechanizmach rozwoju chorób nowotworowych,
- 5) utworzenie systemu ciągłego monitorowania skuteczności zwalczania nowotworów w skali kraju i w poszczególnych regionach.

Kierunki działania Programu zmierzają do: rozwoju profilaktyki pierwotnej nowotworów złośliwych, w tym zwłaszcza tytoniozależnych oraz związanych z niewłaściwym żywieniem, a także wdrożenia populacyjnych programów wczesnego wykrywania, w szczególności raka szyjki macicy, piersi, jelita grubego oraz wybranych nowotworów u dzieci. Program zakłada zwiększenie dostępności do metod wczesnego rozpoznawania nowotworów oraz wdrożenie procedur dla zapewnienia jakości diagnostyki i terapii chorób nowotworowych.

NSO koncentruje się na **pięciu obszarach działania**, mających na celu poprawę sytuacji polskich pacjentów oraz lekarzy zajmujących się diagnostyką i terapią onkologiczną²⁸:

²⁴<https://www.gov.pl/web/zdrowie/narodowa-strategia-onkologiczna-nso>

²⁵<https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU20190000969>

²⁶<https://sip.lex.pl/akty-prawne/mp-monitor-polski/przyjecie-programu-wieloletniego-pn-narodowa-strategia-onkologiczna-na-18959256>

²⁷<https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU20190000969>

²⁸<https://www.gov.pl/web/zdrowie/narodowa-strategia-onkologiczna>

- I. Inwestycje w kadry medyczne:
 1. zwiększenie liczby lekarzy specjalistów w dziedzinie onkologii i lekarzy specjalności pokrewnych,
 2. poprawa jakości kształcenia kadry medycznej.
- II. Inwestycje w edukację dotyczącą stylu życia:
 1. wprowadzenie regulacji prawnych związanych z ograniczeniem palenia tytoniu, walką z otyłością, ochroną przeciw promieniowaniu UV,
 2. kształtowanie postaw prozdrowotnych u dzieci, młodzieży i osób dorosłych,
 3. szczepienia HPV dla dziewcząt i chłopców,
 4. włączenie lekarzy POZ i medycyny pracy w działania prewencji pierwotnej.
- III. Inwestycje w pacjenta:
 1. zwiększenie dostępności do badań przesiewowych,
 2. wprowadzenie nowych badań przesiewowych,
 3. poprawa jakości realizowanych badań przesiewowych,
 4. zwiększenie zaangażowania zespołów POZ i medycyny pracy w poprawę zgłaszalności na badania przesiewowe.
- IV. Inwestycje w naukę i innowacje:
 1. wsparcie badań naukowych w onkologii,
 2. większy udział pacjentów onkologicznych w badaniach klinicznych,
 3. dostęp do innowacyjnych terapii,
 4. zwiększenie liczby leków refundowanych.
- V. Inwestycje w system opieki onkologicznej:
 1. wdrożenie Krajowej Sieci Onkologicznej,
 2. utworzenie podmiotów wyspecjalizowanych w diagnostyce i leczeniu wybranych nowotworów,
 3. zapewnienie najwyższej jakości standardów diagnostyki i leczenia dla wszystkich pacjentów onkologicznych,
 4. zwiększenie dostępu do nowoczesnej aparatury medycznej,
 5. poprawa infrastruktury szpitali,
 6. rozwój opieki rehabilitacyjnej, paliatywnej i hospicyjnej,
 7. poprawa jakości życia pacjentów onkologicznych,
 8. prawo do życia bez bólu dla wszystkich pacjentów onkologicznych,
 9. uruchomienie Narodowego Portalu Onkologicznego.

Najważniejsze działania w ramach NSO²⁹ – NSO zakłada wprowadzenie:

- od września 2020 r. zajęć o zdrowiu, które mają być realizowane np. w ramach godzin wychowawczych,
- od 2021 r. szczepień przeciwko wirusowi brodawczaka ludzkiego (HPV) dziewcząt w wieku dojrzewania,
- w 2021 r. narzędzi motywacyjnych dla zespołów POZ mających na celu objęcie „lokalnych” populacji osób z grup podwyższonego ryzyka badaniami przesiewowymi,

²⁹<https://www.gov.pl/web/zdrowie/narodowa-strategia-onkologiczna>

- w 2022 r. narzędzi motywacyjnych dla zespołów medycyny pracy mających na celu objęcie pracowników z grup podwyższonego ryzyka badaniami przesiewowymi,
- od 2024 r. finansowania ze środków publicznych nowych programów badań przesiewowych, w grupach wysokiego ryzyka, w szczególności w kierunku wykrywania nowotworów płuca i nowotworów gruczołu krokowego,
- do końca 2023 r. obowiązku stosowania mammografów cyfrowych w wykonywaniu badań przesiewowych w ramach „Programu profilaktyki raka piersi”,
- do końca 2022 r. interaktywnej e-platformy dla pacjentów i badaczy dotyczącej prowadzonych badań klinicznych w dziedzinie onkologii,
- do końca 2022 r. 4 nowych ośrodków badań wczesnych faz w onkologii,
- do końca 2030 r. przynajmniej 90% dostępnych terapii onkologicznych wśród wszystkich refundowanych na terenie UE,
- do końca 2024 r. działań mających na celu zwiększenie dostępu do świadczeń opieki rehabilitacyjnej, opieki paliatywnej i hospicyjnej w poszczególnych województwach.

Zakłada się, iż realizacja NSO umożliwi odwrócenie następujących niekorzystnych trendów: fragmentacji opieki, rozproszenia świadczeń i ośrodków onkologicznych, które dotychczas wpływały na jakość leczenia onkologicznego, a co za tym idzie przyczyni się do zwiększenia szansy pacjentów na wyjście z choroby nowotworowej.

ROZPORZĄDZANIE RADY MINISTRÓW z dnia 08.02.2017 r. w sprawie NARODOWEGO PROGRAMU OCHRONY ZDROWIA PSYCHICZNEGO (NPOZP) na lata 2017-2022 (Dz.U. 2017 poz. 458)³⁰

Dokument oparty na współdziałaniu organów administracji rządowej, jednostek samorządu terytorialnego oraz innych podmiotów działających w obszarze zdrowia publicznego. Określa strategię działań ukierunkowanych na realizację następujących celów:

1. zapewnienie osobom z zaburzeniami psychicznymi kompleksowej, wielostronnej i powszechnie dostępnej opieki zdrowotnej oraz innych form opieki i pomocy niezbędnych do życia w środowisku rodzinnym i społecznym;
2. kształtowanie wobec osób z zaburzeniami psychicznymi właściwych postaw społecznych, w szczególności zrozumienia, tolerancji, życzliwości, a także przeciwdziałania ich dyskryminacji.

Podmioty biorące udział w NPOZP: 1) ministrowie właściwi ze względu na cele Programu, w szczególności ministrowie właściwi do spraw: zdrowia, zabezpieczenia społecznego, rodziny, pracy, oświaty i wychowania, spraw wewnętrznych, sprawiedliwości oraz obrony narodowej; 2) Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ); 3) samorządy województw, powiatów i gmin. Ponadto, w realizacji zadań wynikających z NPOZP mogą także uczestniczyć: organizacje społeczne, organizacje non-profit, samorządy zawodowe, kościoły i inne związki wyznaniowe oraz grupy samopomocy pacjentów i ich rodzin, a także inne podmioty, które zakresem swojej działalności obejmują cele i zadania Programu.

³⁰<http://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU20170000458>

UCHWAŁA nr 165 RADY MINISTRÓW z dnia 12 sierpnia 2014 r. w sprawie przyjęcia programu pod nazwą „KRAJOWY PROGRAM PRZECIWDZIAŁANIA UBÓSTWU I WYKLUCZENIU SPOŁECZNEMU 2020. NOWY WYMIAR AKTYWNEJ INTEGRACJI” (M.P.2014.787 z dnia 16.09.2014 r.)³¹

Dokument o charakterze operacyjno-wdrożeniowym, którego celem jest przedstawienie projektowanej polityki państwa w zakresie walki z ubóstwem i wykluczeniem społecznym. Jest odpowiedzią na przyjęty w grudniu 2010 r. przez Komisję Europejską komunikat „Europejska platforma współpracy w zakresie walki z ubóstwem i wykluczeniem społecznym: europejskie ramy na rzecz spójności społecznej i terytorialnej”. Program zawiera cel główny i pięć celów szczegółowych oraz sześć priorytetów wyznaczonych do realizacji celów szczegółowych, a tym samym celu głównego. Zarówno cele, jak i priorytety są związane i wynikają z diagnozy, znajdującej się na początku dokumentu. Diagnoza zawiera główne obszary społeczne i grupy zagrożone ubóstwem i wykluczeniem społecznym.

Cele operacyjne w odniesieniu do poszczególnych rezultatów oraz kierunków interwencji publicznej przedstawiają się następująco:

Cel Operacyjny 1: Usługi dla aktywności i profilaktyki - ograniczenie wykluczenia dzieci i młodzieży

Cel Operacyjny 2: Gwarancje dla przyszłości młodzieży - stworzenie szansy dla młodzieży wejścia na rynek pracy i tworzenia rodzin

Cel Operacyjny 3: Aktywna osoba, zintegrowana rodzina, odpowiedzialne lokalne środowisko

Cel Operacyjny 4: Zapobieganie niepewności mieszkaniowej

Cel Operacyjny 5: Seniorzy- bezpieczni, aktywni i potrzebni

Priorytety i działania Programu Przeciwdziałania Ubóstwu i Wykluczeniu Społecznemu:

Priorytet I: Przeciwdziałanie wykluczeniu społecznemu dzieci i młodzieży

Działanie I.1. Zwiększenie bezpieczeństwa żywnościowego jako jedna z form pomocy dla rodzin, dzieci i młodzieży.

Działanie I.2. Rozwój usług edukacyjnych i opiekuńczych dla dzieci.

Działanie I.3. Wsparcie działań z zakresu profilaktyki wykluczenia społecznego prowadzonych na rzecz rodziny.

Działanie I.4. Wsparcie rodzin w kryzysie lub zagrożonych kryzysem.

Działanie I.5. Poszerzenie zakresu wsparcia w systemie świadczeń finansowych dla rodzin.

Działanie I.6. Wsparcie kobiet i mężczyzn w powrocie na rynek pracy po przerwie związanej z wychowaniem dziecka lub opieką nad osobą zależną.

Priorytet II. Zapewnienie spójności działań edukacyjnych, społecznych i zawodowych na rzecz dzieci i młodzieży

Działanie II.1. Wzmocnienie funkcji socjalnej i wczesno-interwencyjnej szkoły, w koordynacji z rozwojem różnych usług profilaktycznych i socjoterapeutycznych dla dzieci i młodzieży realizowanych poza szkołą w środowisku.

³¹<https://sip.lex.pl/akty-prawne/mp-monitor-polski/przyjecie-programu-pod-nazwa-krajowy-program-przeciwdzialania-ubostwu-i-18123940>

Działanie II.2. Unowocześnianie systemu kształcenia młodzieży poprzez zorientowanie na kształcenie kompetencji kluczowych: kreatywności, przedsiębiorczości oraz kooperacji.

Działanie II.3. Doskonalenie modelu kształcenia zawodowego oraz promocja kształcenia zawodowego w powiązaniu z rynkiem pracy.

Działanie II.4. Wdrożenie kompleksowego systemu pierwszego zatrudnienia młodzieży opartego o zintegrowane działania instytucji edukacyjnych, rynku pracy i integracji społecznej.

Priorytet III. Aktywna integracja w społeczności lokalnej

Działanie III.1. Zwiększenie uczestnictwa w życiu publicznym i zawodowym jednostek i rodzin zagrożonych marginalizowaniem społecznym poprzez system aktywnej integracji.

Działanie III.2. Budowa aktywnych, zdolnych do rozwoju społeczności - podnoszenie społecznego i ekonomicznego potencjału zmarginalizowanych, wieloprotblemowych społeczności.

Działanie III.3. Rozwój społecznych usług użyteczności publicznej, zwłaszcza usług środowiskowych.

Działanie III.4. Poprawa systemu włączania osób niepełnosprawnych do życia społecznego i zawodowego.

Działanie III. 5. Poprawa dostępności do świadczeń zdrowotnych.

Działanie III.6. Działania na rzecz włączenia społecznego migrantów.

Priorytet IV. Bezpieczeństwo i aktywność osób starszych

Działanie IV.1. Promocja aktywności zawodowej i społecznej seniorów.

Działanie IV.2. Stworzenie nowego systemu opieki nad osobami niesamodzielnymi i w podeszłym wieku.

Działanie IV.3. Zwiększenie dostępności i jakości opieki zdrowotnej oraz rehabilitacji medycznej dla osób starszych.

Działanie IV.4. Rozwój środowiskowych form pomocy i samopomocy seniorów. Rozwój aktywności i wolontariatu seniorów.

Priorytet V. Zapobieganie niepewności mieszkaniowej i przeciwdziałanie bezdomności

Działanie V.1. Rozwój mieszkalnictwa i budownictwa społecznego.

Działanie V.2. Zintegrowane działania na rzecz zapobiegania utracie mieszkania, zadłużeniom czynszowym, eksmisjom i bezdomności.

Działanie V.3. Diagnozowanie problemu wykluczenia mieszkaniowego.

Działanie V.4. Rozwiązywanie problemu bezdomności.

Priorytet VI. Zarządzanie i zmiany strukturalne systemu integracji społecznej

Działanie VI.1. Uporządkowanie systemu programowania polityki społecznej.

Działanie VI.2. Zmiana systemu pomocy społecznej w celu zwiększenia bezpieczeństwa obywateli.

Działanie VI.3. Poprawa dostępności do pomocy udzielanej przez publiczne służby zatrudnienia dla osób zainteresowanych poprawą swojej sytuacji na rynku pracy oraz dla pracodawców.

Działanie VI.4. Jakość pracy socjalnej, usług socjalnych, instytucji rynku zatrudnienia.

PROJEKT UCHWAŁY RADY MINISTRÓW w sprawie ustanowienia polityki publicznej pt. „ZDROWA PRZYSZŁOŚĆ. RAMY STRATEGICZNE ROZWOJU SYSTEMU OCHRONY ZDROWIA NA LATA 2021-2027, Z PERSPEKTYWĄ DO 2030r.”³² (projekt skierowany do konsultacji publicznych: data rozpoczęcia opiniowania: 28-06-21; data zakończenia opiniowania: 08-07-21)

Dokument strategiczny, identyfikujący główne wyzwania w systemie ochrony zdrowia oraz wskazujący kierunki zmian w celu wydłużenia trwania życia w zdrowiu i poprawy stanu zdrowia społeczeństwa. Stanowi on kontynuację dokumentu strategicznego „Policy Paper dla ochrony zdrowia na lata 2014-2020. Krajowe ramy strategiczne”, który przedstawiał długofalową wizję rozwoju systemu ochrony zdrowia w Polsce, jak również cele strategiczne oraz narzędzia ich realizacji.

W projektowanym dokumencie określone zostały **działania zmierzające do poprawy sytuacji w polskim systemie ochrony zdrowia, a dotyczące sześciu głównych obszarów:**

- 1) profilaktyki i promocji zdrowia;
- 2) jakości, przyjazności i efektywności świadczonych usług zdrowotnych, w tym opieki koordynowanej i usług środowiskowych;
- 3) dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej;
- 4) rozwoju usług cyfrowych w systemie ochrony zdrowia;
- 5) kadr systemu ochrony zdrowia;
- 6) nowoczesnych technologii w sektorze zdrowia.

C. DOKUMENTY LOKALNE / SAMORZĄDOWE

PRIORYTETY DLA REGIONALNEJ POLITYKI ZDROWOTNEJ WOJEWÓDZTWA DOLNOŚLĄSKIEGO na lata 2019 -2021³³

Dokument jest odpowiedzią na publikowane na stronie internetowej resortu zdrowia mapy potrzeb zdrowotnych (z dnia 31.12.2018 r.), w ramach realizowanego przez Ministerstwo Zdrowia projektu systemowego pn. „Mapy potrzeb zdrowotnych – Baza Analiz Systemowych i Wdrożeniowych”, współfinansowanego przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój:

- 1) mapa potrzeb zdrowotnych w zakresie onkologii dla województwa dolnośląskiego;
- 2) mapa potrzeb zdrowotnych w zakresie kardiologii dla województwa dolnośląskiego;
- 3) mapy potrzeb zdrowotnych dla 30 grup chorób.

W dokumencie wyróżnione zostały **priorytety i cele dla regionalnej polityki zdrowotnej województwa dolnośląskiego na lata 2019 -2021** - Tabela I.1.1.

³²<https://www.monitorowanieprawa.pl/opiniowane-akty-prawne/2512-projekt-uchwaly-rady-ministrow-w-sprawie-ustanowienia-polityki-publicznej-pt-zdrowa-przyszlosc-ramy-strategiczne-rozwoju-systemu-ochrony-zdrowia-na-lata-2021-2027-z-perspektywa-do-2030-r.html>

Link do projektu: <https://legislacja.rcl.gov.pl/projekt/12348352/katalog/12798644#12798644>

Link do informacji szczegółowych: <https://legislacja.rcl.gov.pl/projekt/12348352>

³³<https://bip.duw.pl/bip/ogloszenia/priorytety-dla-regional/3263,2019.html>

Tabela I.1.1. Priorytety oraz cele regionalnej polityki zdrowotnej województwa dolnośląskiego na lata 2019-2021

PRIORYTET	CELE
1. Onkologia	1. Poprawa jakości i dostępności do usług zdrowotnych, ze szczególnym uwzględnieniem kompleksowości tych świadczeń. 2. Stworzenie optymalnych warunków zapewniających szeroko pojętą koordynację opieki onkologicznej. 3. Poprawa efektywności stosowanych terapii onkologicznych. 4. Zwiększenie skuteczności działań profilaktycznych i diagnostycznych w zakresie opieki onkologicznej.
2. Szkolenie kadr medycznych	1. Zapewnienie optymalnej dostępności i jakości świadczeń opieki zdrowotnej. 2. Poprawa kompleksowości realizacji świadczeń zdrowotnych
3. Medycyna ratunkowa	1. Poprawa efektywności i dostępności opieki zdrowotnej w stanach zagrożenia życia. 2. Optymalizacja świadczeń udzielanych w SOR
4. Psychiatria	1. Modernizacja szpitali psychiatrycznych i ich przekształcanie w wyspecjalizowane jednostki oraz alokacja łóżek psychiatrycznych do szpitali ogólnych 2. Zapewnienie wielostronnej i powszechnie dostępnej opieki psychiatrycznej, w tym dla dzieci i młodzieży. 3. Zwiększenie oferty opieki środowiskowej psychiatrycznej oraz poprawa dostępności dla dzieci i młodzieży. 4. Wsparcie opieki psychiatrycznej opieką środowiskową.
5. Choroby wewnętrzne	1. Poprawa warunków hospitalizacji pacjentów. 2. Zwiększenie obsady kadry medycznej. 3. Poprawa dostępności i jakości neurologicznej opieki zdrowotnej.
6. Pediatria	1. Poprawa dostępności i jakości świadczeń opieki stacjonarnej. 2. Poprawa dostępności do świadczeń zdrowotnych w ramach procedury jednego dnia.
7. Geriatria	1. Dostosowanie usług zdrowotnych do wyzwań demograficznych. 2. Rozwój i poprawa dostępności do kompleksowej opieki nad osobami przewlekle chorymi i starszymi oraz wymagającymi opieki paliatywnej i hospicyjnej, w tym w warunkach domowych. 3. Rozwój, poprawa dostępności i do wczesnej rehabilitacji osób po udarach i osób starszych. 4. Poprawa dostępności do opieki pielęgniarstwa długoterminowej w domu chorego. 5. Poprawa dostępności do pozaszpitalnych form opieki geriatrycznej (deinstytucjonalizacja).
8. Neonatologia i perinatologia (opieka nad matką i dzieckiem)	1. Poprawa jakości opieki nad noworodkami i niemowlętami 2. Poprawa dostępności do świadczeń zdrowotnych w obszarze II stopnia referencyjnego oraz w zakresie patologii noworodka. 3. Racjonalizacja wykorzystania łóżek szpitalnych. 4. Poprawa dostępności do świadczeń szpitalnych z zakresu leczenia chorób rzadkich i uwarunkowanych genetycznie.
9. Kardiologia	1. Poprawa jakości świadczonych usług zdrowotnych, w szczególności zapewnienie możliwości kompleksowego leczenia kardiologicznego w specjalistycznych ośrodkach oferujących dostęp do wszystkich technik diagnostycznych i terapii. 2. Podniesienie jakości świadczonych usług zdrowotnych w zakresie kardiologii dziecięcej, w szczególności zapewnienie pacjentom do 18 roku życia dostępności do inwazyjnych procedur diagnostycznych i terapeutycznych. 3. Poprawa dostępności do kompleksowej i koordynowanej opieki kardiologicznej, szczególnie dla chorych po przebytych zawałach i chorych z niewydolnością serca. 4. Zwiększenie skuteczności prewencji chorób układu krążenia

10. Rehabilitacja	1. Zwiększenie dostępności do wczesnej, kompleksowej i nowoczesnej rehabilitacji. 2. Rozwój wczesnej rehabilitacji onkologicznej realizowanej przez ośrodki onkologiczne.
11. Angiologia i chirurgia naczyniowa	Poprawa dostępności do kompleksowej, skoordynowanej opieki angiologicznej i chirurgii naczyniowej.
12. Diabetologia	1. Poprawa dostępności do kompleksowej, skoordynowanej opieki diabetologicznej w tym dla dzieci. 2. Równomierna alokacja poradni diabetologicznych.
13. Ortopedia i chirurgia dziecięca	1. Poprawa dostępności do wysokospecjalistycznych świadczeń zdrowotnych z zakresu ortopedii i chirurgii dziecięcej oraz urazów wielonarządowych. 2. Zmniejszenie wskaźnika śmiertelności pourazowej u dzieci. 3. Poprawa dostępności do świadczeń zdrowotnych i jakości opieki w zakresie chirurgii dziecięcej wad wrodzonych narządu ruchu. 4. Zwiększenie zakresu usług zabiegowych.
14. Infrastruktura i rozwój nowych technologii	1. Poprawa infrastruktury podmiotów leczniczych zapewniająca dostępność do świadczeń zdrowotnych najwyższej jakości. 2. Tworzenie innowacyjnych rozwiązań technologicznych i organizacyjnych. 3. Zwiększenie dostępności do wysokiej jakości sprzętu medycznego. 4. Rozwój cyfrowej informacji medycznej i jakości e-usług świadczonych dla pacjentów.
15. Zwiększenie skuteczności promocji zdrowia i profilaktyki schorzeń cywilizacyjnych	1. Zmniejszenie przedwczesnej zachorowalności i ograniczenie negatywnych skutków przewlekłych schorzeń cywilizacyjnych: chorób naczyniowo – sercowych, cukrzycy, otyłości, chorób układu oddechowego, chorób ortopedyczno–urazowych, reumatycznych oraz chorób nowotworowych. 2. Propagowanie zdrowego stylu życia. 3. Zmniejszenie poziomu umieralności w grupach największego ryzyka.
16. Położnictwo i ginekologia	1. Poprawa dostępności i jakości opieki nad kobietą ciężarną i noworodkiem. 2. Poprawa standardów opieki okołoporodowej. 3. Poprawa dostępności do podmiotów leczniczych zapewniających konsultacje i szybką diagnostykę. 4. Dostosowanie liczby łóżek do przewidywanej populacji.
17. Psychogeriatrya	1. Poprawa dostępności do świadczeń zdrowotnych w ramach procedury jednego dnia. 2. Profilaktyka chorób otępiennych. 3. Zapewnienie systemów wsparcia dla rodzin pacjentów z chorobą otępienną.
18. Choroby zakaźne	1. Organizacja wojewódzkiego centrum chorób zakaźnych. 2. Reorganizacja oddziałów chorób wewnętrznych w wybranych wieloprofilowych szpitalach 3. Utworzenie sieci telemedycznej umożliwiającej udzielanie e-konsultacji. 4. Zwiększenie dostępności do diagnostyki zakażenia HIV.
19. Endokrynologia	1. Poprawa dostępności do diagnostyki i leczenia specjalistycznego. 2. Poprawa współpracy lekarzy specjalistów z lekarzami rodzinnymi
20. Reumatologia	1. Poprawa dostępności do świadczeń zdrowotnych zapewniających szybką diagnostykę reumatologiczną w ramach leczenia ambulatoryjnego. 2. Poprawa dostępności do leczenia w ramach programów lekowych RZS, MIZS, ZZSK, ŁZS, ziarniniakowatości z zapaleniem naczyń (ZZN), spondyloartrop
21. Urologia	1. Zwiększenie dostępności do specjalisty urologa 2. Wzmocnienie kadrowe oddziałów urologicznych w sposób zapewniający całodobową dostępność (dyżury całodobowe)

SOR - Szpitalny Oddział Ratunkowy, HIV - ludzki wirus niedoboru odporności (ang. Human Immunodeficiency Virus), RZS – reumatoidalne zapalenie stawów, MIZS - młodzieńcze idiopatyczne zapalenie stawów, ZZSK - zeszywniające zapalenie stawów kręgosłupa, ŁZS – łuszczycowe zapalenie stawów

MAPY POTRZEB ZDROWOTNYCH DLA WOJEWÓDZTWA DOLNOŚLĄSKIEGO³⁴

Mapy potrzeb zdrowotnych opracowane zostały w ramach projektu systemowego pn. „Mapy potrzeb zdrowotnych – Baza Analiz Systemowych i Wdrożeńiowych” współfinansowanego przez UE ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój. Na stronie Ministerstwa Zdrowia (MZ) dostępne są następujące dokumenty, z podziałem na województwa:

- Mapy szpitalne.
- Mapy onkologiczne.
- Mapy kardiologiczne.
- Mapy dla 30 grup chorób.

Mapy szpitalne 2018 dla województwa dolnośląskiego³⁵.

Mapy onkologiczne 2018 dla województwa dolnośląskiego: onkologia³⁶ oraz onkologia i hematatoonkologia dziecięca³⁷.

Mapy kardiologiczne 2018 dla województwa dolnośląskiego³⁸.

Mapy dla 30 grup chorób dla województwa dolnośląskiego³⁹.

Na stronie MZ dostępne są również publikacje naukowe mające na celu popularyzację rezultatów prac związanych z mapowaniem potrzeb zdrowotnych⁴⁰, prowadzonych w ramach dwóch projektów współfinansowanych ze środków unijnych, skierowane do środowisk medycznych, akademickich oraz ekspertów związanych z systemem ochrony zdrowia.

OBWIESZCZENIE MINISTRA ZDROWIA z dnia 27 sierpnia 2021 r. W SPRAWIE MAPY POTRZEB ZDROWOTNYCH, Dziennik Urzędowy Ministra Zdrowia, Warszawa, dnia 30 sierpnia 2021 r., poz. 69⁴¹

STRATEGIA WROCŁAW 2030⁴²

Dokument obrazujący kierunki rozwoju Wrocławia. Główne składniki wizji rozwoju Miasta to: zrównoważony rozwój, wysoka jakość życia oraz gospodarka oparta na wiedzy (s. 27). Misja strategii określona została jako dążenie do zrównoważonego rozwoju, opartego na wysokiej jakości życia obecnych i przyszłych mieszkańców oraz kreatywności, innowacyjności i przedsiębiorczości (s. 27). Cel strategiczny Strategii to: *„wzmacnianie solidarności i kreatywności, podnoszenie jakości życia na terenie całego miasta oraz poprawa pozycji Wrocławia w sieciach globalnych – m.in. poprzez działania na rzecz osiągnięcia statusu jednej z zielonych stolic Europy”* (s. 29).

³⁴<https://bip.duw.pl/bip/ogloszenia/mapy-potrzeb-zdrowotnyc>

³⁵http://mpz.mz.gov.pl/wp-content/uploads/sites/4/2018/06/01_dolnoslaskie.pdf

³⁶http://mpz.mz.gov.pl/wp-content/uploads/sites/4/2019/06/mpz_onkologia_dolnoslaskie.pdf

³⁷http://mpz.mz.gov.pl/wp-content/uploads/2019/06/mpz_onkologia_i_hematoonkologia_dziecieca_dolnoslaskie.pdf

³⁸http://mpz.mz.gov.pl/wp-content/uploads/sites/4/2019/06/mpz_kardiologia_dolnoslaskie.pdf

³⁹<http://mpz.mz.gov.pl/mapa/mapy/woj-dolnoslaskie/#>

⁴⁰<http://mpz.mz.gov.pl/publikacje/>

⁴¹<http://dziennikmz.mz.gov.pl/legalact/2021/69/>

Link do aktu: http://dziennikmz.mz.gov.pl/DUM_MZ/2021/69/akt.pdf

⁴²<https://www.wroclaw.pl/rozmawia/strategia-wroclaw-2030-jest-po-to-bysmy-wspolnie-zmienili-nasze-miasto-na-lepsze>

W dokumencie określono **7 priorytetów**, na które składają się określone działania (s. 44):

- 1) mobilność,
- 2) jakość środowiska i przestrzeni miejskiej,
- 3) przedsiębiorczość,
- 4) gospodarka kreatywna i innowacyjna powiązana z nauką,
- 5) zdrowi i aktywni mieszkańcy,**
- 6) miasto otwarte,
- 7) *governance*.

Priorytet 5. dotyczy spraw zdrowia i aktywności wrocławian: „*Chcemy, by organizacja przestrzeni Wrocławia sprzyjała nie tylko rekreacji i sportowi amatorskiemu, ale też osobom słabszym, starszym, nie w pełni sprawnym oraz dzieciom!*” (s. 38).

W ramach tego priorytetu przewidziane zostały następujące **działania, przyporządkowane pięciu składnikom misji Strategii:**

- ❖ Miasto mądre – działania:
 - Ułatwiamy życie w mieście osobom z niepełnosprawnościami.
 - Wspieramy działania na rzecz wydłużania życia wrocławian w zdrowiu.
 - Twórzmy grupy wsparcia dla osób, które nie mogą dostosować się do szybkich zmian w gospodarce.
 - Likwidujemy bariery architektoniczne dla osób o ograniczonej mobilności.
 - Rozwijamy edukację seniorów w zakresie profilaktyki zdrowotnej.
- ❖ Miasto piękne – działania:
 - Ulepszamy estetyczną jakość obiektów publicznych.
 - Wzmacniamy rekreacyjną i kulturową funkcję rzek.
- ❖ Miast zasobne – działania:
 - Kompleksowo zagospodarujemy Odrę i jej główne dopływy, uwzględniając ich potencjał ekonomiczny.
 - Twórzmy strefy aktywnego wypoczynku – zwłaszcza takie, które wspomogą kształtowanie świadomości ekologicznej i prozdrowotnej.
- ❖ Miasto, które jednoczy – działania:
 - Inwestujemy w infrastrukturę do aktywnego spędzania wolnego czasu.
 - Wspieramy rozwój kultury fizycznej sportu.
 - Wspieramy działania na rzecz wzmocnienia solidarności międzypokoleniowej.
- ❖ Miasto, które inspiruje – działania:
 - Poszerzamy ofertę w zakresie edukacji, kultury, sportu i rekreacji.
 - Kreujemy i wspieramy nowe formy uczestnictwa w kulturze i spędzania czasu wolnego, w tym poprzez rozwijanie pasji i zainteresowań.

GMINNY PROGRAM PROFILAKTYKI I ROZWIĄZYWANIA PROBLEMÓW ALKOHOLOWYCH ORAZ PRZECIWDZIAŁANIA NARKOMANII DLA MIASTA WROCŁAWIA NA ROK 2021⁴³

Dokument stworzony w związku z realizacją zadań z zakresu ochrony zdrowia, nałożonych na samorządy gmin zgodnie z art. 7 ustawy o samorządzie gminnym (Dz.U. z 2020 r. poz. 713 i 1378) oraz zadań własnych gminy wynikających bezpośrednio z art. 4 ustawy z dnia 26.10.1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi (Dz.U. z 2019 r. poz. 2277 z późn. zm. Oraz z 2020 r. poz. 1492) oraz ustawy z dnia 29.07.2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii (Dz.U. z 2019 r. poz. 852 i 1818 oraz z 2020 r. poz. 322, 1337, 1493 i 1655). Program określa miejską strategię w zakresie profilaktyki oraz minimalizowania szkód społecznych i zdrowotnych, będących konsekwencją stosowania alkoholu i narkotyków (Wrocław, 2021, s. 6).

W programie określone zostały **zadania w zakresie przeciwdziałania alkoholizmowi i narkomanii**, które wykonywane są poprzez kształtowanie polityki społecznej. Zawarte w dokumencie działania nastawione są na rozwiązywanie problemów związanych z uzależnieniami od napojów alkoholowych oraz środków psychoaktywnych, w tym „dopalaczy”, a także przemocy związanej z uzależnieniem (Wrocław, 2021, s. 4). Cele oraz działania oparte zostały na diagnozie problemów związanych z używaniem substancji psychoaktywnych wśród mieszkańców Wrocławia.

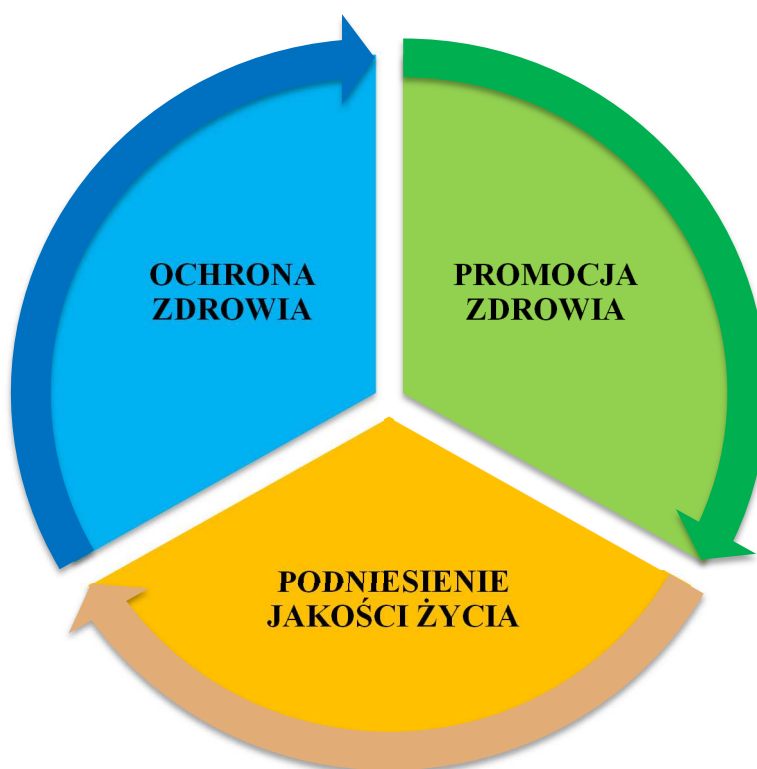
⁴³Gminny program profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych oraz przeciwdziałania narkomanii dla miasta Wrocławia na rok 2021, Wydział Zdrowia i Spraw Społecznych Urzędu Miejskiego Wrocławia, Wrocław 2021.

MISJA DZIAŁAŃ SAMORZĄDU WROCŁAWSKIEGO W OBSZARZE ZDROWIA

**NADRZĘDNYM CELEM I MISJĄ DZIAŁAŃ SAMORZĄDU WROCŁAWSKIEGO
JEST OCHRONA ORAZ PROMOCJA ZDROWIA, A TAKŻE PODNIESIENIE
JAKOŚCI ŻYCIA MIESZKAŃCÓW WROCŁAWIA, OPARTE O WSPÓŁCZESNĄ
WIEDZĘ NAUKOWĄ I DOŚWIADCZENIE**

– Rycina I.1.1.

Rycina I.1.1. Misja działań samorządu wrocławskiego w obszarze zdrowia



Źródło: opracowanie własne

2. ISTOTA PROFILAKTYKI I PROMOCJI ZDROWIA W OPARCIU O MODEL SPOŁECZNO-EKOLOGICZNY ORAZ PRIORYTETY WSPÓŁCZESNEJ PROMOCJI ZDROWIA⁴⁴

Pod względem naukowym niniejszy dokument jest zgodny z założeniami społeczno-ekologicznego modelu zdrowia jako podstawy teoretycznej współczesnej promocji zdrowia oraz z ideą aktywizacji oraz upodmiotowienia jednostek i społeczności na rzecz zdrowia, stanowiącą kluczowy paradygmat promocji zdrowia.

Współczesne dyskusje na temat promocji zdrowia dotyczą raczej jej zakresu i strategii działania, niż samej jej istoty. Przegląd pochodzących z różnych środowisk i regionów świata definicji promocji zdrowia, pomimo odmiennego rozłożenia akcentów, pokazuje wspólne dla nich wszystkich akcentowanie potrzeby angażowania jednostek, grup społecznych oraz instytucji, a także różnorodnych sektorów życia społecznego w działania na rzecz zdrowia.

DEFINICJA PROMOCJI ZDROWIA

Zgodnie z klasyczną, przyjętą w 1986 r. przez WHO definicją, **promocja zdrowia** to „proces umożliwiający każdemu człowiekowi zwiększenie oddziaływania na jego zdrowie w sensie jego poprawy i utrzymania. W celu osiągnięcia całkowitego dobrostanu (dobrego samopoczucia) fizycznego, psychicznego i społecznego, zarówno jednostka, jak i grupa społeczna, muszą umieć określać i urzeczywistniać swoje aspiracje, zaspokajać potrzeby, radząc sobie z wyzwaniami swojego środowiska w jego istniejącym stanie lub dokonując w nim odpowiednich zmian” (Karski, 1994a, s. 424; WHO, 1986).

Bardzo podobnie definiuje promocję zdrowia Glossary (WHO, 1995a), określając ją jako „proces umożliwiający jednostkom i grupom społecznym zwiększenie kontroli nad uwarunkowaniami zdrowia w celu poprawy ich stanu zdrowia oraz sprzyjający rozwijaniu zdrowego stylu życia, a także kształtowaniu innych społecznych, środowiskowych i osobniczych czynników prowadzących do zdrowia” (Karski, 1999, s. 19). W ujęciu tym wpisane są podstawowe priorytety promocji zdrowia: **aktywizacja i upodmiotowienie jednostek i społeczności na rzecz zdrowia**.

POWSTANIE SPOŁECZNO-EKOLOGICZNEGO MODELU ZDROWIA JAKO PODSTAWY TEORETYCZNEJ PROMOCJI ZDROWIA

Podstawą teoretyczną tak rozumianej promocji zdrowia jest **społeczno-ekologiczny model zdrowia**, będący przeciwieństwem obowiązującego wcześniej modelu biomedycznego (Nettleton, 2003; Piątkowski, 2002; Słońska, 1994; Synowiec-Piłat, 2009). Do powstania w latach 70. XX w. modelu społeczno-ekologicznego i związanych z nim przemian w rozumieniu zdrowia przyczyniło się kilka procesów społecznych, spośród których wymienić można (Synowiec-Piłat, 2020, ss. 149-54):

⁴⁴Fragmenty opracowania pochodzą z (Synowiec-Piłat, 2009, 2020; Synowiec-Piłat et al., 2017b)

- 1) **rozwój ruchu zdrowia publicznego** (1840-1920) w odpowiedzi na wyzwania zdrowotne, będące konsekwencją procesów, jakie spowodowała rewolucja naukowo-techniczna (gwałtowny wzrost liczby ludności, urbanizacja i migracje, rozwój zatrudnienia w masowej skali etc.); wypracowanie skutecznych narzędzi walki z chorobami zakaźnymi i osiągnięcie sukcesu w ich opanowaniu (I rewolucja zdrowotna) (Bik, 2001; Kirschner, 1999, 2002; Włodarczyk & Poździej, 2000);
- 2) dokonujące się w krajach wysoko uprzemysłowionych od połowy XX w. **przemiany w obrazie epidemiologicznym chorób, polegające na stopniowym wypieraniu chorób zakaźnych przez choroby cywilizacyjne** (gwałtowny wzrost wskaźników umieralności spowodowany przede wszystkim chorobami układu krążenia, nowotworami oraz wypadkami i urazami, a w konsekwencji spowolnienie przyrostu oczekiwanego czasu trwania życia) (Kirschner, 1999; Słońska, 1994a; Synowiec-Piłat, 2009b);
- 3) **powstanie holistycznej definicji zdrowia** (WHO, 1948), rozumianej jako pełen dobrostan (pozytywny stan samopoczucia) jednostki w sensie biologicznym, psychicznym i społecznym, a nie tylko jako brak choroby; a w konsekwencji odejście od traktowania zdrowia tylko w kategoriach biologicznych, jako zaprzeczenia choroby - rozumienie zdrowia jako stanu pozytywnego, w kategoriach jakościowych, z podkreśleniem znaczenia czynników psychospołecznych oraz kulturowych w funkcjonowaniu człowieka (Heszen-Niejodek, 1995; Sokołowska, 1986; Tobiasz-Adamczyk, 1995);
- 4) **„kryzys medycyny”** (lata 60. XX w.) – potwierdzenie na podstawie badań epidemiologicznych prowadzonych w krajach wysoko uprzemysłowionych, że postęp medycyny nie przekłada się na poprawę stanu zdrowia ludności (Ostrowska, 1990); krytyka medycyny za jej nieskuteczność w walce z chorobami przewlekłymi, pomimo gigantycznego rozwoju wiedzy naukowej w zakresie metod leczenia, profilaktyki i rehabilitacji, ponoszonych ogromnych nakładów na leczenie i rehabilitację chorych oraz rozwój infrastruktury medycznej; zwrócenie uwagi na dysfunkcjonalność medycyny oraz jej nieprzystosowanie do potrzeb zdrowotnych społeczeństwa; dodatkowo, pojawiły się nowe problemy związane ze zdrowiem wykraczające poza kompetencje medyczne (zdrowie ludzi starych i psychicznie chorych, zdrowotne konsekwencje skażenia środowiska, wzrastające koszty technologii medycznej, niewłaściwe planowanie i alokacja środków na ochronę zdrowia, a także niekontrolowany wzrost kosztów opieki zdrowotnej w związku z gwałtownym rozwojem technologii medycznych) (Słońska, 1994);
- 5) **powstanie „społecznego modelu choroby”** (lata 60. XX w.) – eksponowanie znaczenia społeczno-kulturowych uwarunkowań zdrowia i choroby, spośród których wymienić należy: środowisko społeczne człowieka, wyznawany system wartości i norm, zwyczaje i przekonania określonych zbiorowości społecznych oraz analiza procesu chorowania w kategorii roli społecznej (Parsons, 1951/2013);
- 6) w oparciu o *The Black Report* (lata 70. XX w.) (Włodarczyk, 1994, s. 34) udowodniono, iż rozwój medycyny ma relatywnie mniejszy wpływ na przeciętną długość trwania życia ludzkiego niż czynniki o charakterze społeczno-ekonomicznym, do których zalicza się: poprawę warunków życia (mieszkaniowych, pracy i

sanitarnych), redukującą kontakt z bakteriami chorobotwórczymi (głównie poprzez zapewnienie dostępu do czystej wody i kanalizację), poprawę odżywiania i związany z tym wzrost odporności oraz szczepienia ochronne (Ostrowska, 1998, s. 149). Współcześnie natomiast, coraz większa uwaga promotorów zdrowia skupia się na znaczeniu kształtowania prozdrowotnych stylów życia poszczególnych zbiorowości, z uwzględnieniem społeczno-kulturowych uwarunkowań;

- 7) **koncepcja „pól zdrowia”** (lata 70. XX w.) M. Lalonde’a (Lalonde, 1978), który w oparciu o badania epidemiologiczne udowodnił, że **występowanie chorób przewlekłych jest ściśle związane ze stylem życia jednostki**, z dokonywanymi przez człowieka wyborami, mającymi przełożenie na konkretne zachowania zdrowotne, a także z jego środowiskiem społecznym. Spośród wielu negatywnych zachowań zdrowotnych związanych ze stylem życia jednostek, a przyczyniających się do tak gwałtownego wzrostu występowania chorób przewlekłych, wymienia się na poziomie jednostki: niewłaściwą dietę, siedzący tryb życia, małą aktywność ruchową, duże spożycie alkoholu, palenie tytoniu; zaś na poziomie społecznym: złe warunki mieszkaniowe, niski dochód, bezrobocie, ubóstwo, niski poziom wykształcenia, stres cywilizacyjny oraz skażenie środowiska;
- 8) **silna zależność pomiędzy występowaniem chorób przewlekłych a niewłaściwymi zachowaniami zdrowotnymi jednostek i grup** wskazuje jednoznacznie, że zmniejszenie wskaźników zachorowalności oraz umieralności tych chorób, możliwe jest przede wszystkim wtedy, gdy ludzie zrozumieją potrzebę zmiany bądź korekty dotychczasowego stylu życia (Synowiec-Piłat, 2020). Warto zauważyć, iż wcześniej najistotniejsze czynniki postępu w dziedzinie zdrowia były niezależne od osobistych decyzji jednostek. Sukces w walce z chorobami zakaźnymi związany był przede wszystkim z procesami makrospołecznymi, takimi jak: wzrost gospodarczy i poprawa warunków egzystencji ludności, działalność legislacyjna promująca zdrowie publiczne, stworzenie skutecznego systemu kontroli chorób zakaźnych, poprawa jakości i dostępności usług medycznych, rozwój systemów opieki zdrowotnej zapewniających coraz więcej świadczeń terapeutycznych i profilaktycznych (np. szczepienia ochronne, opieka nad matką i dzieckiem, profilaktyka medyczna w miejscu pracy etc.) (Kirschner, 1999). **W przypadku chorób przewlekłych niezbędna jest natomiast aktywizacja jednostek i grup w ich działaniach na rzecz utrzymania zdrowia czy przeciwdziałania chorobie** oraz uzmysłowienie społeczeństwu **konieczności wzięcia odpowiedzialności za swoje zdrowie**. Szczególną rolę w tym względzie mają niewątpliwie interwencje podejmowane w ramach promocji zdrowia.

Powyższe okoliczności spowodowały konieczność szerszego niż tylko biologiczne spojrzenia na problematykę zdrowia i choroby oraz konieczność szukania nowych sposobów ochrony zdrowia ludności. Następował **proces odchodzenia od tzw. modelu biomedycznego w rozpatrywaniu problemów zdrowotnych do modelu społeczno-ekologicznego, stanowiącego bazę teoretyczną dla promocji zdrowia**.

CHARAKTERYSTYKA SPOŁECZNO-EKOLOGICZNEGO MODELU ZDROWIA

W analizie problemów związanych ze zdrowiem i chorobą nastąpiła znacząca zmiana w rozłożeniu akcentów. Współcześnie, w **modelu społeczno-ekologicznym** (Nettleton, 2003; Synowiec-Piłat, 2009, 2020) uwaga koncentruje się nie na chorobie, lecz na **zdrowiu**. Podkreśla się, że na utrzymanie zdrowia oraz na zapadalność na określone choroby mają wpływ nie tylko **czynniki** biologiczne, ale także **psychiczne, społeczne czy kulturowe**. Współczesne przemiany w obrazie chorób, objawiające się przejściem od chorób ostrych (*acute*) do chorób przewlekłych (*chronic*), spowodowały także potrzebę wyjścia na pierwszy plan **obserwacji zdrowia populacji** (*monitoring*) w miejsce dominującego w modelu biomedycznym interwencjonizmu medycznego oraz **opieki** (*care*) w miejsce leczenia (*treatment*). Udowodniono też, że w skutecznej walce z chorobami przewlekłymi stosowane przez medycynę działania naprawcze nie są wystarczające, a w związku z tym coraz większą wagę zaczęto przywiązywać do **profilaktyki** (*prevention*). Podmiotem działań w sferze zdrowia nie jest już pacjent, lecz **osoba zdrowa**, która ma brać odpowiedzialność za stan swojego zdrowia. Świadomość wpływu stylu życia na stan zdrowia społeczeństwa uzmysłowiła także, że najważniejszą formą organizacyjną w ochronie zdrowia są nie instytucje medyczne, lecz **społeczność** (*community*), w której jednostka funkcjonuje na co dzień i w której poprzez procesy socjalizacji nabywa wzorce postaw i zachowań zdrowotnych oraz wartości, jakie przypisuje zdrowiu.

MANDAŁA ZDROWIA – MODEL EKOSYSTEMU CZŁOWIEKA

W latach 80. XX w., na podstawie paradygmatu społeczno-ekologicznego opracowana została przez Departament Zdrowia Publicznego w Toronto tzw. „**mandala zdrowia**”, czyli „model ekosystemu człowieka. Przedstawia ona system skomplikowanych powiązań między zdrowiem jednostki a jego środowiskiem (Hancock, 1990; Hancock & Perkins, 1990). Kluczowymi pojęciami modelu społeczno-ekologicznego są **równowaga zdrowotna i potencjał zdrowia**. Utrzymanie stanu równowagi zdrowotnej zależne jest od relacji, jakie zachodzą pomiędzy poszczególnymi podsystemami, które opisują funkcjonowanie jednostki w sferze fizjologicznej, psychologicznej, społecznej i ekologicznej. „Mandala zdrowia” obrazuje **wielopłaszczyznowe podejście do zdrowia**, co graficznie przedstawione zostało w postaci kręgów otaczających jednostkę, symbolizujących poszczególne determinanty zdrowia (Słońska, 1994; Synowiec-Piłat, 2020; Synowiec-Piłat, 2009). W koncepcji tej mamy do czynienia z **holistycznym ujęciem jednostki**. Na człowieka składa się jego sfera biologiczna (ciało), emocjonalna (duch) i intelektualna (rozum), ale jednocześnie jest on osadzony w określonych realiach przyrodniczych i kulturowych (najszerze kręgi to biosfera i kultura). W omawianym modelu podkreśla się **wymiar społecznego funkcjonowania jednostki**, która jest członkiem określonych systemów społecznych, mikro- i makrostruktur. Szczególne znaczenie, także w wymiarze zdrowotnym, przypisuje się rodzinie. **Rodzina** pełni szereg ważnych dla zdrowia funkcji – opiekuńczą i emocjonalną, zabezpieczenia materialnego. Spośród wszystkich grup społecznych rodzina najsilniej i najskuteczniej socjalizuje jednostkę, a więc przekazuje jej określone systemy wartości i norm oraz wzorce zachowania, z których część dotyczy sfery

zdrowia. Rodzina jest także swoistym pośrednikiem między wchodzącą w życie społeczne jednostką a innymi grupami społecznymi i instytucjami. Pełni także funkcję stratyfikacyjną: kształtuje styl życia związany ze zdrowiem oraz wyznacza tzw. „start życiowy”.

Kolejne, ukazane w modelu **determinanty zdrowia** (*determinants of health*), to:

- 1) czynniki biologiczne: bagaż genetyczny i predyspozycje wrodzone, cechy systemu immunologicznego, charakterystyki biochemiczne, fizjologiczne i anatomiczne, zarówno jednostki, jak i jej rodziny;
- 2) zachowania jednostkowe: zwyczaje dietetyczne, stosowanie używek, aktywność fizyczna, długość i jakość snu, formy spędzania czasu wolnego, sposób prowadzenia pojazdów, ogólna skłonność do ryzyka i podejmowania działań zapobiegawczych;
- 3) środowisko psychospołeczne: status społeczny i ekonomiczny, siły konformizujące w ramach grup pierwotnych i podatność na nie, podatność na informację zewnętrzną, w tym na reklamę, dojrzałość grup społecznego wsparcia;
- 4) środowisko fizyczne: warunki mieszkaniowe, cechy środowiska pracy, cechy bliższego i dalszego otoczenia człowieka (Słońska, 1994; Synowiec-Piłat, 2009, s. 33; Włodarczyk, 1994, s. 31) – Rycina I.2.1.

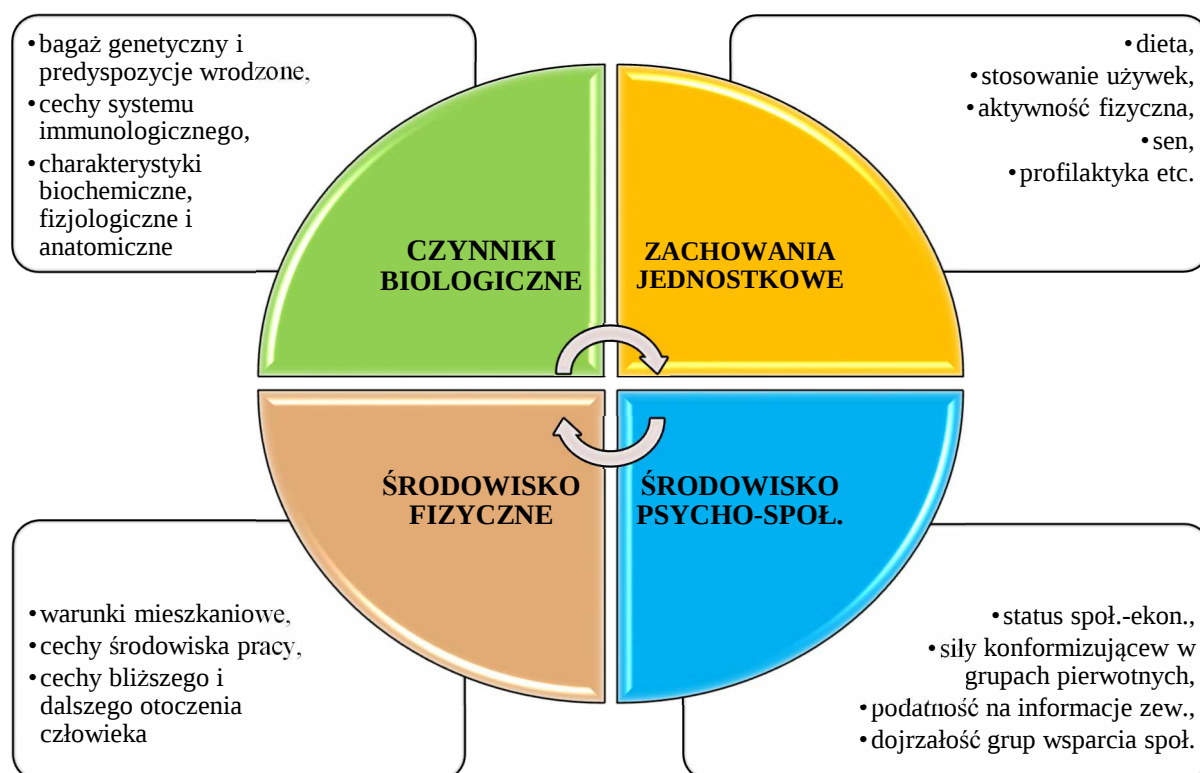
W dalszej kolejności, wpływ na zdrowie mają cztery **nadsystemy**:

- 1) system społeczno-medycznej opieki nad chorymi, podejmujący działania związane z biologią człowieka i jego sferą behawioralną;
- 2) środowisko pracy występujące na styku czynników związanych ze środowiskiem fizycznym oraz psychospołecznym człowieka. Podkreślany jest wpływ na zdrowie takich czynników, jak: miejsce i warunki pracy, stosowana technologia, pozycja społeczna jednostki w grupie zawodowej czy bezrobocie;
- 3) społeczność – styl życia jako system związany ze środowiskiem psychospołecznym jednostki i jego zachowaniami;
- 4) środowisko stworzone przez człowieka, będące na styku takich pól zdrowia, jak biologia człowieka i środowisko fizyczne (Hancock, 1990; Hancock & Perkins, 1990; Słońska, 1994; Synowiec-Piłat, 2009, ss. 33-34).

Ponadto, w modelu społeczno-ekologicznym podkreśla się **wpływ na zdrowie czynników ekologicznych**, spośród których wymienia się: jakość wód i powietrza, racjonalność wykorzystania i stopień degradacji gleby, wielkość obszarów leśnych, promieniowanie, odpady. Konieczność ochrony środowiska przyrodniczego stała się jednym z priorytetów w działaniach na rzecz zdrowia (Kozłowska-Szczęsna, Krawczyk, & Kuchcik, 2004; Lutyński, 1994; Wierzbicki & Tazbir, 1994; *Zdrowie 21. Zdrowie dla wszystkich w XXI w.*, 2001, ss. 112-119).

Jak potwierdzają rozliczne badania, na nasze zachowania zdrowotne niewątpliwie wpływ mają **uwarunkowania kulturowe**, a w tym: wyznawane wartości i normy, postawy, przekonania, obowiązująca religia etc. (Green & Potvin, 2004; Libiszowska-Żółtkowska, 1998; Siciński, 1990; Tobiasz-Adamczyk, 1995; Tobiasz-Adamczyk, Szafraniec, & Bajka, 1999).

Rycina I.2.1. Determinanty zdrowia



Źródło: opracowanie własne na podstawie (Słońska, 1994; Synowiec-Piłat, 2009, s. 33; Włodarczyk, 1994, s. 31)

Podsumowując, do **głównych założeń społeczno-ekologicznego modelu zdrowia** zalicza się:

- ❖ **Przesunięcie akcentu z profesjonalnej na indywidualną odpowiedzialność za zdrowie** (Słońska, 1994, s. 41), bowiem to ludzie jako uczestnicy określonych grup i zbiorowości społecznych preferują dany styl życia oraz realizują określone zachowania zdrowotne (Tobiasz-Adamczyk, 1995, s. 21). Z koncepcji tej wynika, że odpowiedzialność za zdrowie spoczywa w dużej mierze na nas samych, choć także w określonym zakresie ponosi ją państwo i prowadzona przez nie polityka społeczna oraz instytucje medyczne (Słońska, 1994).
- ❖ **Samoopieka (self-care) jako podstawowa forma opieki zdrowotnej** w miejsce dominujących wcześniej profesjonalnych systemów opieki zdrowotnej, które powinny jedynie wspierać jednostkę w jej działaniach (Słońska, 1994, s. 41). Samoopieka to niesformalizowane działania oraz decyzje związane ze zdrowiem, podejmowane przez jednostki, rodziny, sąsiadów, przyjaciół, współpracowników itd. Obejmuje ona zarówno samodzielny wybór leków i terapii, jak i wsparcie emocjonalno-społeczne podczas choroby, a także pierwszą pomoc w naturalnym środowisku funkcjonowania człowieka (Kickbusch, 1995, s. 79).
- ❖ **Akcentowanie znaczenia strukturalnych i kulturowych uwarunkowań zdrowia** (Green & Potvin, 2004; Nettleton, 2003; Siciński, 1990).
- ❖ **Potrzeba poznania znaczenia, jakie jednostki nadają zdrowiu w swym codziennym życiu** (zdrowie jako wartość) **oraz wzorów codziennego życia** (źródła zachowań zdrowotnych) (Synowiec-Piłat, 2020). Zdrowie stanowi w naszym życiu specyficzną wartość. Podkreślić należy jednak, że jest ono wartością częściej w deklaracjach niż w

codziennej praktyce. Deklaracje te nie mają często przełożenia na motywacje i konkretne zachowania ludzi. Bardzo często stajemy przed koniecznością wybierania między zdrowiem a innymi ważnymi dla nas celami. W takiej sytuacji zdrowie zazwyczaj przegrywa z takimi konkurencyjnymi wartościami, jak chociażby: rodzina, kariera zawodowa, konieczność zarabiania pieniędzy, by nie popaść w ubóstwo itp. Analizując podejmowane przez jednostki zachowania zdrowotne, zwraca się szczególną uwagę na to, jakie są **źródła zachowań zdrowotnych człowieka**. Wzory zachowań, przekonania, wartości i normy, które rzutują na zachowania zdrowotne, są przekazywane jednostce m.in. w dwóch najważniejszych procesach społecznych – w **procesie socjalizacji oraz kontroli społecznej**.

- ❖ **Wpływ nierówności społecznych na zachowania i postawy zdrowotne („społeczna dystrybucja zdrowia”)** (Kelly & Field, 2005; Nettleton, 2003; Turner, 2005). Zachowania zdrowotne są silnie uwarunkowane kontekstem strukturalnym i kulturowym i nie zawsze mogą być efektem prostych i dostępnych wyborów jednostek. Istniejące w społeczeństwie nierówności w zdrowiu jednostek usytuowanych w poszczególnych klasach i warstwach społecznych, powodują nierówne szanse w dostępie do służby zdrowia, ale także – a nawet przede wszystkim – nierówne możliwości przestrzegania zasad zdrowego stylu życia. Zjawisko to określane jest mianem „społecznej dystrybucji zdrowia”. Szczególnie podkreślana jest zależność zdrowia jednostek od czynników społeczno-demograficznych (płeć, wiek, stan cywilny, ilość dzieci, miejsce zamieszkania) oraz społeczno-strukturalnych, wyznaczających pozycję społeczną jednostki (sytuacja ekonomiczna oraz poziom wykształcenia) – Rycina I.2.2.

Zgodnie z modelem społeczno-ekologicznym, promocja zdrowia (Słońska, 1994, s. 43):

- ❖ powinna być rozumiana jako **proces** umożliwiający ludziom kontrolę nad własnym zdrowiem oraz jego poprawę;
- ❖ powinna koncentrować się nie tyle na osobach zagrożonych określonymi chorobami, co na **całej populacji** rozpatrywanej w kontekście codziennego życia.

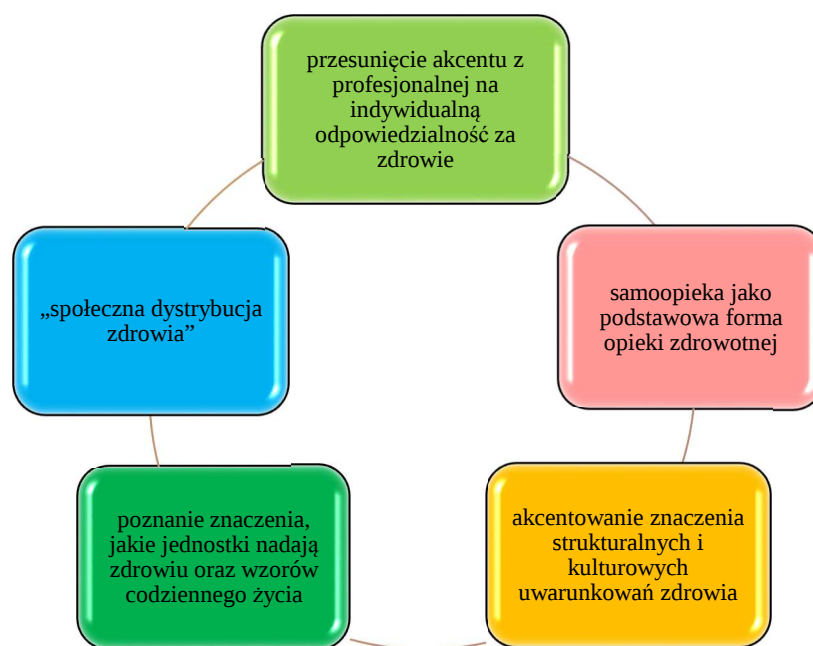
POJĘCIE ZDROWIA

W modelu społeczno-ekologicznym **zdrowie** rozumiane jest pozytywnie, jako pełen dobrostan (pozytywny stan samopoczucia) jednostki w sensie biologicznym, psychicznym i społecznym (Heszen-Niejodek, 1995; Sokołowska, 1986; Tobiasz-Adamczyk, 1995), z uwzględnieniem jego zależności od czynników o charakterze społecznym, ekonomicznym i środowiskowym (Synowiec-Piłat et al., 2017; Synowiec-Piłat, 2009).

Wśród specjalistów zajmujących się promocją zdrowia, występuje powszechna akceptacja dla popularnej **definicji „zyskania zdrowia” (*health gain*)**, która w następujący sposób określa **główne cele usług zdrowotnych** (Tones, 2004, s. 832):

- ❖ zwiększenie liczby lat życia – redukcja zgonów, którym można zapobiec;
- ❖ zwiększenie zdrowia w życiu – redukcja chorób i niepełnosprawności;
- ❖ zwiększenie życia w latach – polepszenie jakości życia.

Rycina I.2.2. Główne założenia społeczno-ekologicznego modelu zdrowia



Źródło: Opracowano na podstawie (Hancock & Perkins, 1990; Słońska, 1994; Małgorzata Synowiec-Piłat, 2009)

POJĘCIE JAKOŚCI ŻYCIA

Kategoria jakości życia (*quality of life*, QoL) jest elementem oceny stanu zdrowia oraz efektywności leczenia chorych. Trudności ze zdefiniowaniem pojęcia jakości życia związane są z tym, że jest to odczucie subiektywne, w dużej mierze zdeterminowane przez indywidualne potrzeby jednostek oraz ich przekonania, wartości i postawy, a także jest wartością zmienną w czasie. Ważną determinantą jakości życia jest stan zdrowia (**health-related quality of life**) (Shipper, 1990). Jakość życia rozumiemy jako sposób postrzegania przez człowieka swojej pozycji w życiu, w odniesieniu do systemów wartości i kultury, w których funkcjonuje, a także w kontekście jego celów, oczekiwań i zainteresowań. W zakres pojęcia jakości życia wchodzi stan fizyczny i psychiczny, stopień niezależności, relacje społeczne, funkcjonowanie w środowisku oraz sfera duchowa (WHO, 1995b).

KONTEKSTUALNA KONCEPCJA PROMOCJI ZDROWIA

Obiektem oddziaływania współczesnej promocji zdrowia są czynniki wpływające na umocnienie zdrowia rozumianego jako potencjał fizycznych, psychicznych i społecznych możliwości człowieka (Słońska, 1994, s. 43). Zdrowie i style życia są zatem nierozdzielnie związane ze środowiskiem społeczno-ekonomicznym oraz kulturowym człowieka. Mamy tu do czynienia z **kontekstualną koncepcją promocji zdrowia** (Kickbusch, 1995). Podkreśla się potrzebę zaktywizowania jednostek i społeczności w trosce (dbałości) o swoje zdrowie, odrzucając strategię prowadzenia działań prozdrowotnych odgórnie, bez możliwości ingerencji w nie poszczególnych ludzi. Nastąpiło zdecydowane odejście od traktowania promocji zdrowia

jako dziedziny, za którą odpowiada wyłącznie sektor zdrowia. **Promocja zdrowia opiera się w swych działaniach przede wszystkim na aktywności środowisk lokalnych oraz współpracy międzysektorowej.** W takim rozumieniu „promocja zdrowia jest przede wszystkim **przedsięwzięciem politycznym i społecznym, wymagającym rozległej aktywności jednostek i grup**” (Słońska, 1994, s. 43).

PROMOCJA ZDROWIA JAKO STRATEGIA INWESTOWANIA W ZDROWIE

Zgodnie z nową koncepcją promocji zdrowia, propagowaną przez WHO, pojęcie to rozumiane jest jako złożona **strategia inwestowania w zdrowie**: „strategia, która przynosi korzyści społeczne i zdrowotne, zarówno krótko-, jak i długoterminowe, jest integralnym elementem społecznego i gospodarczego rozwoju ukształtowanym zgodnie z ideą sprawiedliwości, stabilności i upodmiotowienia” (Levin & Ziglio, 1996, s. 33). Takie podejście do promowania zdrowia implikuje konieczność intensyfikacji działań, mających na celu skuteczniejsze wpływanie na politykę publiczną, realizowaną w sektorze zdrowia, ale równocześnie w pozostałych sektorach życia społecznego – Rycina I.2.3.

Rycina I.2.3. Promocja zdrowia jako strategia



Źródło: opracowanie własne na podstawie (Levin & Ziglio, 1996) (Synowiec-Piłat, 2020, s. 163)

DEFINICJA PROMOCJI ZDROWIA

Jednym z najważniejszych celów promocji zdrowia jest **wdrażanie idei zdrowia dla wszystkich** (*health for all*). Postulat podejmowania działań na rzecz sprawiedliwości społecznej w obszarze zdrowia został sformułowany przez Światową Organizację Zdrowia w wizjonerskiej strategii „Zdrowie dla Wszystkich w XXI wieku” (WHO, 1998). W dokumencie tym apelowano o zlikwidowanie lub zminimalizowanie niesprawiedliwych różnic pomiędzy jednostkami i grupami. Nie oznacza to, że społeczeństwo musi być jednorodne, co byłoby utopią, a wprost przeciwnie – akcentuje się, że w poszczególnych społeczeństwach funkcjonują grupy, które mogą się zdecydowanie różnić, także w zakresie potrzeb zdrowotnych. Niezbędne jest jednak rozpoznanie – we współpracy z konkretnymi społecznościami – gdzie i jakie inwestycje dla zdrowia są potrzebne, a także możliwe do realizacji.

Wszystkim członkom społeczeństwa należy stworzyć takie warunki, by mogli dokonywać prozdrowotnych wyborów i w pełni rozwijać swój potencjał zdrowotny.

GŁÓWNE ZAŁOŻENIA PROMOCJI ZDROWIA OPARTEJ NA SPOŁECZNO-EKOLOGICZNYM MODELU ZDROWIA

Główne założenia promocji zdrowia, opierającej się na paradygmacie społeczno-ekologicznym, można zatem określić w następujący sposób – Rycina I.2.4.:

1. Zdrowie rozumiane jest pozytywnie, jako potencjał fizycznych, psychicznych i społecznych możliwości człowieka.
2. Zdrowie i styl życia są nierozdzielnie związane ze środowiskiem społeczno-kulturowym, w którym funkcjonują jednostki i zbiorowości społeczne.
3. Istnieje potrzeba stałego aktywizowania jednostek i społeczności w działania na rzecz swojego zdrowia.
4. Należy odchodzić od strategii prowadzenia działań prozdrowotnych odgórnie.
5. Konieczne jest odejście od traktowania promocji zdrowia jako dziedziny, za którą odpowiada wyłącznie sektor zdrowia.
6. Promocja zdrowia powinna się opierać na aktywności środowisk lokalnych oraz współpracy międzysektorowej.
7. Promocja zdrowia to przedsięwzięcie przede wszystkim polityczne i społeczne, wymagające rozległej aktywności jednostek i grup społecznych (Synowiec-Piłat, 2020, s. 165).

Rycina I.2.4. Główne założenia koncepcji promocji zdrowia opartej na paradygmacie społeczno-ekologicznym



Źródło: opracowanie własne na podstawie (Tones, 2004)



PROMOCJA ZDROWIA A PROFILAKTYKA

Jednym z filarów promocji zdrowia jest profilaktyka. Warto podkreślić, że nie są to jednak pojęcia tożsame.

Punktem wyjścia dla profilaktyki jest choroba, celem zaś – zapobieganie występowaniu określonych jednostek chorobowych. **Promocja zdrowia zaś zajmuje się zdrowiem**, a jej celem jest utrzymanie i pomnażanie potencjału zdrowia (rezerw organizmu).

Różnica ta „niesie ze sobą bardzo poważne konsekwencje metodologiczne oraz wpływa w istotny sposób na jakość uzyskiwanych rezultatów:

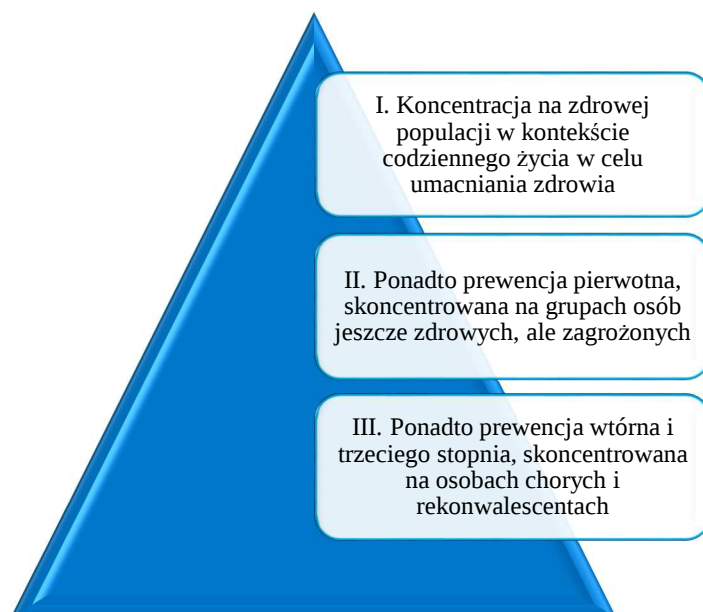
- ❖ w konkretnym działaniu prewencyjnym obiektem oddziaływania są grupy ludzi szczególnie narażonych na zachorowanie, zaś w promocji zdrowia cała populacja rozpatrywana w kontekście codziennego życia;
- ❖ w profilaktyce uwaga koncentruje się na przyczynowych związkach między pojedynczymi czynnikami a zachowaniem człowieka, natomiast w promocji zdrowia – na wzorach interakcji między czynnikami biologicznymi, jednostkowymi i środowiskowymi” (Słońska, 1994).

Wyróżniamy następujące POZIOMY PROFILAKTYKI:

- **profilaktyka pierwotna:** minimalizowanie lub redukcja prawdopodobieństwa wystąpienia zaburzeń zdrowia lub choroby poprzez przeciwdziałanie czynnikom zagrażającym zanim spowodują one dane schorzenie; zapobieganie chorobom **ukierunkowane na populację ludzi zdrowych**, ze szczególnym uwzględnieniem tzw. grup ryzyka, czyli osób szczególnie zagrożonych zachorowaniem na daną jednostkę chorobową;
- **profilaktyka wtórna:** działania mające na celu powstrzymanie lub odwrócenie procesu chorobowego lub dolegliwości zdrowotnych poprzez wczesne rozpoznanie choroby oraz szybką i skuteczną interwencję (leczenie); **dotyczy osób chorych we wszystkich fazach choroby**;
- **profilaktyka trzeciego stopnia:** działania zmierzające do **redukcji następstw choroby**, zarówno o charakterze fizycznym (niepełnosprawność, cierpienie i ból spowodowane chorobą) jak i psychospołecznych (lęk, poczucie alienacji, deprywacja społeczna, naznaczanie społeczne itp.) oraz przeciwdziałanie nawrotom choroby; adresatami tych działań są **zarówno osoby chore, jak i ich rodziny** (Bik, 2001, s. 224; Heszen-Niejodek, 1995, s. 11; Karski, 1994b, s. 23; Pike & Forster, 1998, ss. 53-57; Synowiec-Piłat, 2009, s. 47).

W literaturze przedmiotu wyróżnia się **TRZY ZAKRESY PROMOCJI ZDROWIA W ODNIESIENIU DO PROFILAKTYKI** – Rycina I.2.5. (Synowiec-Piłat, 2020, ss. 169-70). W pierwszym, największym zakresie na promocję zdrowia składają się wyłącznie działania ukierunkowane na populację ludzi zdrowych, analizowane w kontekście ich codziennego życia, a mające na celu umacnianie potencjału zdrowia. W tym przypadku profilaktykę należy uznać za odrębny obszar działania. Podkreślić jednak należy, że najczęściej adresatami działań promocji zdrowia, wbrew samej nazwie tej dyscypliny, nie są tylko i wyłącznie osoby zdrowe, lecz cała populacja, a więc także osoby zagrożone chorobą i/lub – jeszcze szerzej – osoby chore, z uwzględnieniem wszystkich faz rozwoju choroby. Działalność promocji zdrowia jest zatem ukierunkowana na utrzymanie i rozwój potencjału zdrowia określonych zbiorowości społecznych, lecz w jej zakres wchodzi także interwencje o charakterze prewencyjnym (Anderson, 1993, s. 134; Heszen-Niejodek, 1995, ss. 10-11). Dlatego też, do drugiego zakresu promocji zdrowia włączona została profilaktyka pierwotna, natomiast do zakresu trzeciego, najszerszego – dodatkowo profilaktyka wtórna i trzeciego stopnia. W związku z tym, **profilaktyka może być traktowana nie jako oddzielny, zarezerwowany tylko dla medycyny typ działania, lecz jako część, jeden z elementów promocji zdrowia.**

Rycina I.2.5. Zakresy promocji zdrowia w odniesieniu do profilaktyki chorób



Źródło: opracowanie na podstawie (Heszen-Niejodek, 1995, s. 11; Synowiec-Piłat, 2020, s. 170)

➡ ROLA EDUKACJI ZDROWOTNEJ W PROMOCJI ZDROWIA

Kolejnym elementem promocji zdrowia jest **EDUKACJA ZDROWOTNA**, rozumiana jako „proces, w którym ludzie uczą się dbać o zdrowie własne i społeczności, w której żyją” (Williams, 1988, ss. 193-194). Jest to intencjonalny przekaz skierowany od nadawcy z zamiarem wywarcia wpływu na związane ze zdrowiem sposoby myślenia odbiorcy, a w związku z tym także jego zachowania i styl życia (Puchalski, 2012, s. 122).

Edukacja zdrowotna ma na celu przekazywanie, zwiększanie lub modyfikację kompetencji jednostek w zakresie:

- 1) **świadomości** zdrowotnej i rozumienia zdrowia,
- 2) **wiedzy** o zdrowiu, czynnikach zwiększających potencjał zdrowia oraz czynnikach zagrażających zdrowiu,
- 3) **postaw**, czyli stosunku do zdrowia swojego i innych ludzi, będącego funkcją uznania (bądź nie uznania) zdrowia za wartość,
- 4) **umiejętności** potrzebnych do kształtowania zachowań i postaw sprzyjających zdrowiu, radzenia sobie z nowymi sytuacjami oraz podejmowania właściwych wyborów.

Zadaniem edukacji zdrowotnej jest także, obok oddziaływania na jednostki i zbiorowości, **działalność ukierunkowana na ośrodki decyzyjne** na różnych szczeblach władzy i w różnych sektorach życia społecznego, ukazująca możliwości i formy działań na poziomie społecznym, środowiskowym i gospodarczym, zmierzających do pozytywnej modyfikacji zdrowia społeczeństwa. Wskazuje się na ogromne znaczenie w działaniach promocji zdrowia **zdrowotnej polityki publicznej**. Niejednokrotnie w literaturze przedmiotu pojęcie promocji zdrowia jest przedstawiane w postaci następującego równania (Słońska, 1999, s. 16; Tones, 2004, s. 833; Tones & Tilford, 1994):

$$\text{PROMOCJA ZDROWIA} = \text{EDUKACJA ZDROWOTNA} \times \text{POLITYKA PUBLICZNA}$$

Edukacja zdrowotna i publiczna polityka społeczna uważane są więc za dwa najważniejsze filary promocji zdrowia.



POLITYKA ZDROWOTNA A PROMOCJA ZDROWIA

POLITYKA ZDROWOTNA jest częścią polityki społecznej, którą określić można jako „*dający się wyodrębnić proces intencjonalnie wywołanych zdarzeń odnoszących się do spraw zdrowia w skali ponadjednostkowej, w którym to procesie obecne są rozstrzygnięcia o charakterze władczym*” (Włodarczyk, 1996).

Polityka zdrowotna odnosi się do decyzji, planów i interwencji, których celem jest osiągnięcie określonych priorytetów opieki zdrowotnej w społeczeństwie. Określa ona zatem pewną wizję przyszłości, dzięki której możliwe jest ustalenie krótko- i długoterminowych strategii działania w sprawach ochrony zdrowia. Tym samym, wyznaczone zostają potrzeby poszczególnych grup czy zbiorowości społecznych w sprawach zdrowia oraz przydzielone zostają role w ich realizacji. Poszczególne funkcje polityki zdrowotnej realizowane są na wszystkich szczeblach administracji publicznej oraz w instytucjach samorządu terytorialnego (województwa, powiaty i gminy).

Podmiotem przygotowującym oraz realizatorem polityki zdrowotnej jest więc sektor publiczny, nie zaś osoby indywidualne. Bardzo często polityka zdrowotna jest zależna od procesu politycznego danego kraju. Potrzebna dla rozwoju strategii oraz realizacji zasad promocji zdrowia polityka społeczna powinna być prowadzona na wszystkich szczeblach, poczynając od instytucji centralnych państwa, poprzez władze lokalne, aż po organizacje i grupy.

STRATEGIE PROMOCJI ZDROWIA

W ramach zdrowotnej polityki publicznej podejmowane są następujące **STRATEGIE POŚWIĘCONE PROMOCJI ZDROWIA**:

- ❖ **strategie na poziomie makro**, np. wprowadzanie zakazu palenia tytoniu w miejscach publicznych, konieczność zamieszczania na wyrobach tytoniowych czy alkoholowych informacji o ich szkodliwości;
- ❖ **strategie na poziomie mikro**, czyli tworzenie środowisk sprzyjających prozdrowotnym wyborom, np. szpital, społeczność lokalna (np. tworzenie sieci przychodni, w których kobiety mogą badać piersi, ale także uczyć się samobadania piersi; współpraca instytucji medycznych ze szkołami, organizacjami pozarządowymi w tworzeniu i realizacji projektów z zakresu np. promocji zdrowia i profilaktyki onkologicznej).

Współczesna promocja zdrowia opiera się na **pięciu głównych strategiach** – Rycina I.2.6.:

- ✓ Rozwijanie indywidualnej umiejętności dbania o zdrowie.
- ✓ Wzmacnianie działań prozdrowotnych w społecznościach.
- ✓ Tworzenie środowisk wspierających zdrowie.
- ✓ Budowanie prozdrowotnej polityki publicznej.
- ✓ Reorientacja służby zdrowia (Karski, 1999, ss. 23-28; Pike & Forster, 1998, ss. 37-42; Słońska, 1994a, ss. 45-50; Tones, 2004; WHO, 1986, ss. 426-428).

– strategie te składają się na model promocji zdrowia opierający się na upodmiotowieniu (Synowiec-Piłat, 2009).

Rycina I.2.6. Główne strategie działań promocji zdrowia



Źródło: opracowanie własne na podstawie (Tones, 2004) (Synowiec-Piłat, 2020, s. 182)

POJĘCIE STYLU ŻYCIA

Zmniejszenie wskaźników zachorowalności i umieralności na choroby przewlekłe możliwe jest przede wszystkim poprzez **zmianę/korektę dotychczasowego stylu życia jednostek i grup społecznych**.

W medycynie i naukach o zdrowiu **styl życia** związany ze zdrowiem jest najczęściej utożsamiany z poszczególnymi zachowaniami zdrowotnymi, czyli z tzw. **behawioralnymi czynnikami ryzyka chorób**, które można modyfikować na rzecz zdrowia. Podejmowane są zatem działania na rzecz niepalenia papierosów, niepicia alkoholu, uprawiania aktywności fizycznej, zdrowej diety, bezpiecznego seksu, ograniczania ekspozycji na promieniowanie słoneczne, uczęszczania na badania profilaktyczne etc. Wszystkie te postulaty są oczywiście słuszne, należy jednak pamiętać o **konieczności uwzględniania w strategiach prozdrowotnych perspektywy społeczno-kulturowej**.

Pojawia się zatem bardzo ważny postulat niesprowadzania kategorii stylu życia do określonych zachowań zdrowotnych, z pominięciem uwarunkowań społeczno-kulturowych, strukturalnych oraz systemowych. **Dla socjologów KATEGORIA STYLU ŻYCIA** stanowi wykładnię położenia społecznego i podstawę identyfikacji społecznej jednostek i zbiorowości. Rozumiany jest jako zakres i formy codziennych zachowań, swoistych dla określonej zbiorowości społecznej, tj. charakterystyczny „sposób bycia” w społeczeństwie (Siciński, 1980). Podkreśla się jednocześnie **zależność** stylu życia od obowiązujących w danej społeczności norm, systemów wartości i przekonań oraz związanych z tym społecznych oczekiwań (Bourdieu, 1984). To, jak postrzegamy kategorie zdrowia i choroby oraz jakie podejmujemy działania na rzecz zdrowia jest zatem w bardzo dużym stopniu **zależne od kultury danej zbiorowości**. Ponadto, styl życia zależny jest również od zmiennych społeczno-demograficznych (płci, wieku, miejsca zamieszkania, zawodu, stanu cywilnego i ilości dzieci) oraz **uwarunkowań strukturalnych** (poziomu wykształcenia sytuacji ekonomicznej), w tym od pełnionych przez jednostkę ról społecznych (Giddens, 1991). W związku z tym, nasze wybory i decyzje zdrowotne, zachowania i postawy zdrowotne, składające się na styl życia, powinny być także analizowane w kontekście dyskursu dotyczącego **NIERÓWNOŚCI SPOŁECZNYCH W OBSZARZE ZDROWIA I CHOROBY** (Ostrowska, 1998; Synowiec-Piłat, 2002; Synowiec-Piłat et al., 2017b). Mówimy tu o nierównym dostępie do zdrowia („społecznej dystrybucji chorób”) w zależności od cech położenia społecznego, co oznacza z jednej strony nierówny dostęp poszczególnych grup czy zbiorowości społecznych do instytucji medycznych, opieki zdrowotnej, ale także nierówny dostęp do możliwości prowadzenia prozdrowotnego stylu życia (Ostrowska, 1999).

Podjmując interwencje na rzecz kształtowania lub wzmacniania prozdrowotnego stylu życia należy zatem uwzględniać następujące kwestie środowiskowe i makrostrukturalne:

- ✓ w określonych sytuacjach jednostki i grupy nie mogą podejmować prozdrowotnych wyborów z powodu **niskiego poziomu świadomości zdrowotnej** lub **nacisków kulturowych**,
- ✓ **nie wszyscy ludzie widzą zależność pomiędzy stylem życia a możliwością wystąpienia choroby**,
- ✓ choroby i niepełnosprawność wynikają nie tylko z indywidualnych wyborów, ale także ze **złożonego oddziaływania czynników biologicznych, genetycznych i środowiskowych** (bezrobocie, bieda, skażenie środowiska, brak dostępu lub niska jakość usług medycznych; określone procesy społeczne).

W związku z powyższym pojawia się bardzo istotny **POSTULAT SZERSZEGO SPOJRZENIA NA KATEGORIĘ „STYLU ŻYCIA”** – Rycina I.2.7.:

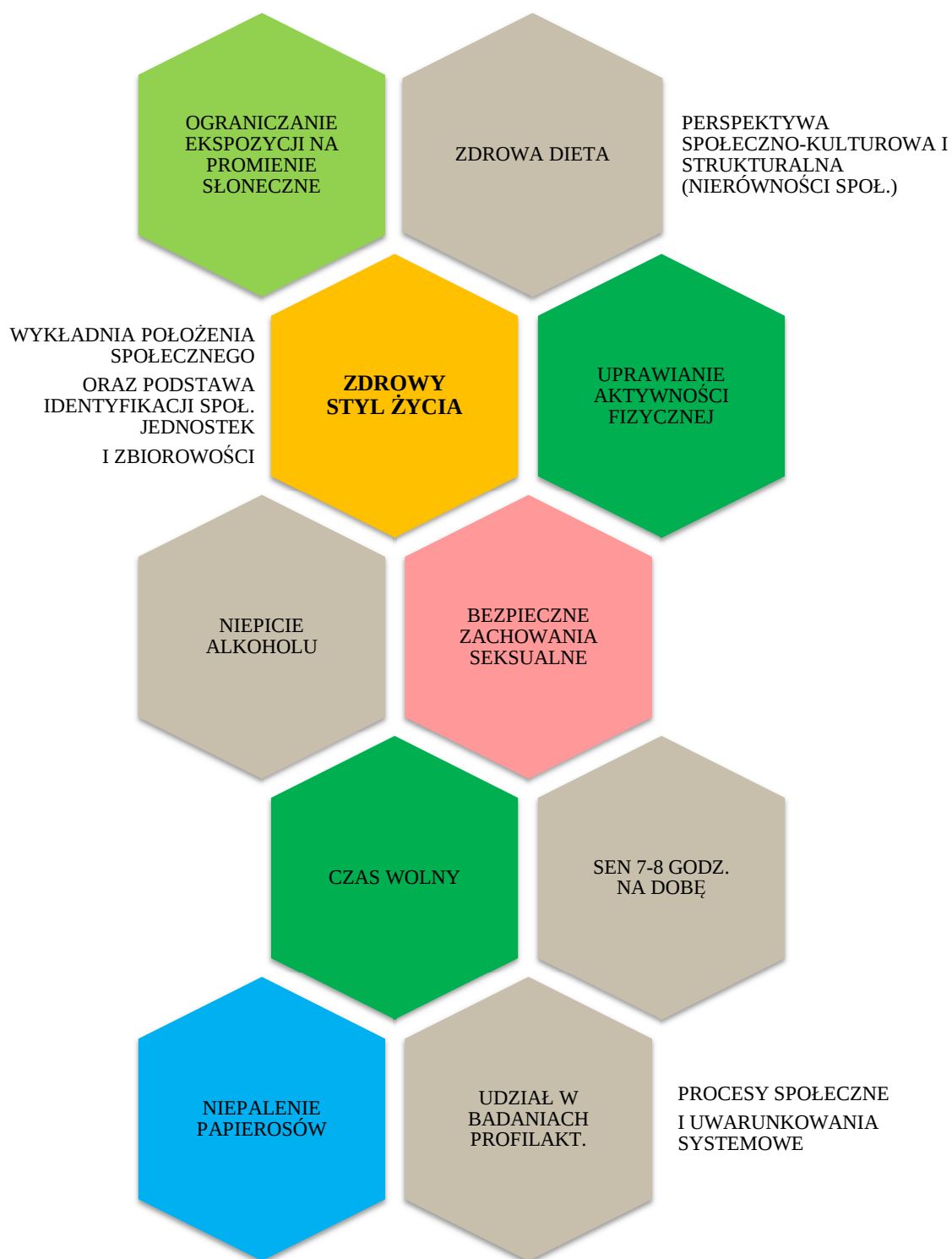
- ❖ uwzględnianie społeczno-kulturowych determinant behawioralnych czynników ryzyka w interwencjach prozdrowotnych (wartości, normy, postawy i laickie przekonania wpływające na ludzkie zachowania, a kształtowane w procesie socjalizacji);
- ❖ uwzględnianie uwarunkowań społeczno-strukturalnych (zależność stylu życia od położenia społecznego jednostek – poziomu wykształcenia i sytuacji ekonomicznej; styl życia a nierówności społeczne w zdrowiu / „społeczna dystrybucja chorób”);
- ❖ konieczność relatywizacji działań promocji zdrowia w odniesieniu do różnych kategorii odbiorców pochodzących z różnych zbiorowości społecznych;
- ❖ powiązanie stylu życia z procesami społecznymi i uwarunkowaniami systemowymi: jakość i dostępność do usług medycznych; bieda i ubóstwo, bezrobocie, polityka zdrowotna, ustawodawstwo na rzecz zdrowia etc.

IDEA AKTYWIZACJI I UPODMIOTOWIENIA JEDNOSTEK I SPOŁECZNOŚCI NA RZECZ ZDROWIA JAKO KLUCZOWY PARADYGMAT PROMOCJI ZDROWIA

We współczesnej promocji zdrowia, opartej na modelu społeczno-ekologicznym, podkreśla się, że skuteczność podejmowanych interwencji na rzecz prozdrowotnych wyborów, budowania prozdrowotnego stylu życia jest zależna w dużej mierze od **aktywizacji jednostek i grup w utrzymaniu zdrowia** czy przeciwdziałaniu chorobie. Ważne jest także uzmysłowienie społeczeństwu **konieczności wzięcia odpowiedzialności za swoje zdrowie**.

UPODMIOTOWIENIE NA RZECZ ZDROWIA to zdolność jednostek i społeczności do przejęcia kontroli nad życiem i zdrowiem swoim oraz otoczenia, w którym funkcjonują (Tones, 2004, s. 832). Upodmiotowienie traktowane jest współcześnie jako najważniejszy cel promocji zdrowia, jako jej imperatyw. Oprócz zdobywania kontroli na poziomie indywidualnym, ważne jest także motywowanie ludzi do aktywnego angażowania się we wzmacnianie zdrowia w społecznościach, w których żyją. W promocji zdrowia podkreśla się zatem, że **aktywnością na rzecz zdrowia powinny odznaczać się nie tylko jednostki, lecz także i społeczności**. W Deklaracji Dżakarckiej stwierdzono, że *„aktywny udział jest podstawą skuteczności podejmowanych wysiłków na rzecz zdrowia. Aby uzyskać pożądane efekty, ludzie muszą być w centrum działań promocji zdrowia i uczestniczyć w procesie podejmowania dotyczących ich decyzji”* („Deklaracja Dżakarcka”, 1997; Karski, 1999, s. 485).

Rycina I.2.7. Szerokie rozumienie prozdrowotnego stylu życia – perspektywa socjologiczna



Źródło: opracowanie własne

Istotną kwestią jest zrozumienie, że celem działań zmierzających do kształtowania indywidualnych i zbiorowych wyborów prozdrowotnych nie jest ani manipulowanie, ani nakłanianie do stosowania się do zaleceń profilaktycznych czy terapeutycznych, lecz właśnie upodmiotowienie, które można osiągnąć poprzez rozwijanie poziomu świadomości zdrowotnej, pewności siebie oraz wyposażenie w konkretne umiejętności, a w konsekwencji uczynienie korzystnego dla zdrowia wyboru łatwiejszym wyborem (Tones, 2004). Istota upodmiotowienia pokrywa się z jedną ze strategii promocji zdrowia, dotyczącą **rozwijania indywidulanej dbałości o zdrowie**.

Kolejną ze strategii promocji zdrowia jest **wzmacnianie działań prozdrowotnych w społecznościach** (WHO, 1986). Zakłada ona, iż wszystkie grupy społeczne wchodzące w skład społeczeństwa powinny aktywnie uczestniczyć w (Synowiec-Piłat & Pałęga, 2017):

- identyfikacji problemów zdrowotnych, tworzeniu priorytetów w ochronie zdrowia,
- procesie podejmowania decyzji w rozwiązywaniu problemów zdrowotnych,
- ustalaniu kierunków i sposobów działania na rzecz zdrowia.

Aby osiągnąć poprawę stanu zdrowia społeczeństwa, a więc pozytywną zmianę zdrowia o charakterze masowym, nie należy koncentrować się wyłącznie na zmianie indywidualnych zachowań, lecz uwzględniać społeczny, polityczny i ekonomiczny kontekst, w którym zachodzi owo edukacyjne oddziaływanie na jednostkę. Bardzo istotne jest wspomaganie tworzenia warunków dla zmiany, czyli podejmowanie wysiłków na rzecz **wzrostu kompetencji jednostek i grup** (*capacity building, empowerment*) w sferze samodzielnego działania na rzecz zdrowia, na różnych poziomach organizacji życia społecznego (Słońska, 1999): w polityce społecznej, w tym zdrowotnej, w społecznościach lokalnych, środkach masowego przekazu oraz w zbiorowościach umiejscowionych w różnorodnych ramach instytucjonalnych (tzw. siedliska dla zdrowia; *settings for health*).

Jednym z priorytetów promocji zdrowia jest również kształtowanie bezpiecznych, sprzyjających zdrowiu warunków we wszystkich miejscach funkcjonowania człowieka (rodzina, szkoła, grupa towarzyska, grupa zawodowa, społeczność lokalna), tak by uczynić życie ludzkie bardziej satysfakcjonującym. Idea ta znalazła wyraz w strategii dotyczącej **TWORZENIA ŚRODOWISK WSPIERAJĄCYCH ZDROWIE**.

Zgodnie z propagowaną przez WHO ideą tworzenia **SIEDLISK DLA ZDROWIA** (*setting for health*), powstały następujące projekty i programy promocji zdrowia, w których uczestniczy również Polska (Karski, 2011):

- ❖ Zdrowe Miasta,
- ❖ Zdrowe miejsce pracy,
- ❖ Szkoła promująca zdrowie (Zdrowa Szkoła),
- ❖ Szpital Promujący Zdrowie,
- ❖ Samorządowy Ośrodek Ekologii i Zdrowia,
- ❖ Zdrowy Dom,
- ❖ Promocja Zdrowia w Podstawowej Opiece Zdrowotnej,
- ❖ Narodowy Program Zdrowia.

Warto podkreślić, iż celem działań ukierunkowanych na promowanie zdrowia są nie tylko jednostki i zbiorowości, ale także ośrodki decyzyjne na różnych szczeblach władzy i w różnych sektorach życia społecznego. Zwraca to uwagę na możliwości i formy działań na poziomie społecznym, środowiskowym i gospodarczym i politycznym, zmierzające do pozytywnej modyfikacji zdrowia społeczeństwa. Programy prozdrowotne są podejmowane przez różnorodne podmioty życia społecznego:

- 1) administrację rządową i samorządową, instytucje sanitarno-epidemiologiczne, instytucje medyczne, placówki oświatowo-wychowawcze (sektor publiczny);
- 2) przedstawicieli sektora prywatnego (biznesowego) oraz
- 3) organizacje pozarządowe (sektor trzeci, non-profit).

Podejmowana pomiędzy tymi instytucjami i organizacjami współpraca potwierdza wielopłaszczyznowy charakter profilaktyki i promocji zdrowia. Jest to zgodne z propagowaną przez współczesną promocję zdrowia **IDEĄ WSPÓŁPRACY MIĘDZYSEKTOROWEJ NA RZECZ ZDROWIA**.

UPODMIOTOWIENIE JEDNOSTEK I SPOŁECZNOŚCI – KWESTIE ETYCZNE

Odpowiedzialność za zdrowie spoczywa w dużej mierze na samych jednostkach, funkcjonujących w określonych grupach i zbiorowościach społecznych. Powszechnie znane jest hasło promocji zdrowia: **„Twoje zdrowie w twoich rękach”**. W promowaniu zdrowego stylu życia nastąpiło **„przesunięcie akcentu z profesjonalnej na indywidualną odpowiedzialność za swoje zdrowie”** (Słońska, 1994, s. 41). Należy jednak pamiętać, że nadal ową odpowiedzialność za zdrowie ponosi także w określonym zakresie państwo i prowadzona przez nie polityka zdrowotna i społeczna oraz w pewnym zakresie instytucje medyczne.



Fakt, iż wzrost wskaźników zachorowalności i umieralności na choroby cywilizacyjne generowany jest w głównej mierze przez nieprzestrzeganie dyrektyw prozdrowotnego stylu życia, doprowadził do konstatacji – a zarazem uproszczenia – że są to „choroby z wyboru”. W efekcie występuje tendencja do **ZRZUCANIA CAŁEJ ODPOWIEDZIALNOŚCI ZA STAN ZDROWIA NA JEDNOSTKĘ**. W podejściu tym nie akceptuje się zatem, bądź nie dostrzega, złożoności społecznych uwarunkowań zdrowia i choroby. Powstaje zatem problem **określenia granic indywidualnej odpowiedzialności za stan zdrowia**.

W modelu społeczno-ekologicznym, jako podstawie teoretycznej promocji zdrowia, nie chodzi o przerzucenie całej odpowiedzialności za stan zdrowia na jednostkę, lecz o takie wspomaganie człowieka jako uczestnika kultury i życia społecznego, by był on w stanie pozytywnie oddziaływać na swoje zdrowie, dokonywać prozdrowotnych wyborów oraz eliminować zachowania szkodzące zdrowiu.



Ze zjawiskiem przenoszenia pełnej odpowiedzialności za zdrowie na jednostkę związany jest również tzw. **HEALTHISM („KULT ZDROWIA”)**, tj. postulat podporządkowania życia zdrowiu oraz piętnowanie, naznaczanie tych osób i grup, którzy nie stosują się do propagowanych zaleceń zdrowotnych.

Należy jednak pamiętać, że:

- ❖ nieprzestrzeganie zasad zdrowego stylu życia może być efektem negatywnych emocji bądź rzeczywistego braku możliwości podążania za zaleceniami prozdrowotnymi (np. istnienie nierówności w zdrowiu; niska jakość i dostępność do usług medycznych, niesprzyjające zdrowiu ustawodawstwo etc.);
- ❖ nie należy zakładać *a priori*, że zdrowie jest dla wszystkich najważniejszą wartością (w życiu codziennym ze zdrowiem wygrywają inne znaczące wartości, takie jak kariera, zamożność czy dbałość o dobro rodziny);
- ❖ dążenie do doskonałego wizerunku zdrowego człowieka lansowanego przez promocję zdrowia u jednych poprawia kondycję zdrowotną, u innych zaś może prowadzić do zaburzeń zdrowotnych;
- ❖ istnieje tzw. szum informacyjny dotyczący kwestii zdrowia, który może negatywnie wpływać na wybory zdrowotne ludzi.

! W efekcie powyższych wypaczeń podstawowych założeń promocji zdrowia, ta część społeczeństwa, która nie jest w stanie sprostać wymaganiom prozdrowotnym i/lub nie stosuje się do określonych zaleceń zdrowotnych, **staje się ofiarą idei, która miała im służyć** (zgodnie z priorytetem wyrównywania szans w działaniach na rzecz zdrowia). Są to m.in. osoby biedne, niżej wykształcone, starsze itp. Zjawisko to nazywane jest **SYNDROMEM OBWINIANIA OFIARY**. Mamy tu do czynienia ze zjawiskiem naznaczania poszczególnych osób czy grup, które nie stosują się do określonych zaleceń zdrowotnych – niejednokrotnie nie ze swojej winy.

PODSTAWOWE ZASADY PROMOCJI ZDROWIA OPARTEJ NA MODELU UMODMIOTOWIENIA NA RZECZ ZDROWIA

Podsumowując, **współczesna promocja zdrowia oparta na modelu upodmiotowienia jednostek i społeczności sprowadza się do następujących zasad** – Rycina I.2.8.:

- 1) Zdrowie to stan pozytywny; ważne dobro, którego ludzie potrzebują, aby osiągnąć życie produktywne pod względem społecznym i ekonomicznym.
- 2) Zdrowie nie jest dobrem, za które odpowiadają jedynie poszczególne jednostki ludzkie. Usiłowanie nakłonienia ludzi do wzięcia odpowiedzialności za własne zdrowie, przy jednoczesnym ignorowaniu czynników społecznych i środowiskowych, jest z gruntu nieetyczne.
- 3) Znaczący postęp w dziedzinie promocji zdrowia zależy od osiągnięcia sprawiedliwości i wyrównania nierówności pod względem zdrowia zarówno w poszczególnych państwach, jak i pomiędzy nimi.
- 4) Sukces promocji zdrowia zależy od upodmiotowienia indywidualnego i całych społeczności (Tones, 2004, s. 831).

Rycina I.2.8. Kluczowe zasady składające się na współczesne stanowisko ideologiczne WHO w odniesieniu do promocji zdrowia opierającej się na modelu upodmiotowienia na rzecz zdrowia



Źródło: opracowanie własne na podstawie (Tones, 2004, s. 831; Synowiec-Piłat, 2020, s. 185)

SKUTECZNOŚĆ INTERWENCJI PROZDROWOTNYCH - POSTULATY

Jak wynika z powyższych rozważań, **aby podnieść skuteczność tworzonych oraz realizowanych interwencji prozdrowotnych, należy zwrócić uwagę na następujące postulaty** – Rycina I.2.9.:

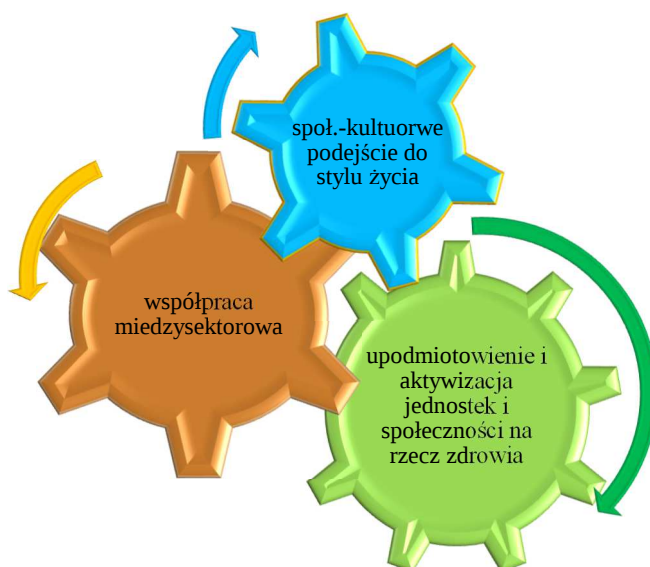
- 1) opieranie interwencji prozdrowotnych na paradygmacie upodmiotowienia na rzecz zdrowia;
- 2) szerokie podejście do zagadnienia „stylu życia” (perspektywa społeczno-kulturowa);
- 3) podejmowanie współpracy międzysektorowej na rzecz zdrowia.

CZYNNIKI NIESPRZYJAJĄCE SKUTECZNOŚCI INTERWENCJI PROZDROWOTNYCH

Za **czynniki niesprzyjające skuteczności interwencji prozdrowotnych** uznać należy – Rycina I.2.10.:

- ❖ brak działań na rzecz aktywizacji i upodmiotowienia jednostek i społeczności na rzecz zdrowia;
- ❖ pomijanie społeczno-kulturowych i strukturalnych uwarunkowań zdrowia i stylu życia;
- ❖ brak wiedzy na temat potrzeb i możliwości grupy docelowej;
- ❖ zrzucanie pełnej odpowiedzialności za stan zdrowia na jednostki i grupy;
- ❖ healthism / syndrom obwiniania ofiary.

Rycina I.2.9. Podniesienie skuteczności interwencji prozdrowotnych w oparciu o paradygmat społeczno-ekologiczny



Źródło: opracowanie własne

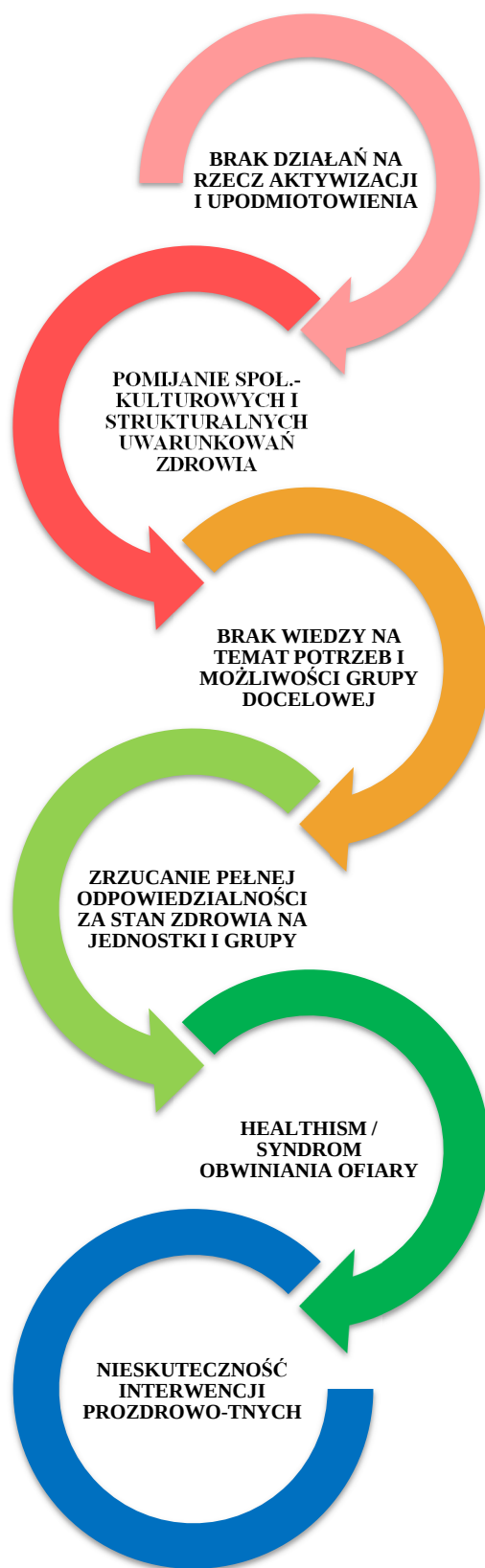
ZNACZENIE I FUNKCJE ZDROWIA PUBLICZNEGO W PROMOCJI, OCHRONIE I PRZYWRACANIU ZDROWIA POPULACJI LUDZKIEJ

Powstanie w latach 70. XX w. ruchu zdrowia publicznego oraz jego dynamiczny rozwój stworzyło sprzyjający grunt dla współczesnej promocji zdrowia. Zgodnie z definicją WHO zawartą w dokumencie *Health Systems Strengthening Glossary*, **zdrowie publiczne** to zorganizowany wysiłek społeczny, realizowany głównie przez wspólne działania instytucji publicznych. Jego celem jest polepszenie, promocja, ochrona i przywracanie zdrowia ludności (WHO, 2012b). Natomiast Międzynarodowe Towarzystwo Epidemiologiczne (*International Epidemiological Association*) definiuje zdrowie publiczne jako zorganizowany wysiłek społeczeństwa na rzecz ochrony, promowania i przywracania ludziom zdrowia, a wszelkie programy, świadczenia i instytucje zajmujące się tą problematyką są ukierunkowane na zapobieganie chorobom i potrzeby zdrowotne populacji jako całości (Porta, 2008).

Główną organizacją międzynarodową zajmującą się problemami zdrowia jest **Światowa Organizacja Zdrowia** (WHO). Ważnymi, międzynarodowymi organizacjami działającymi w dziedzinie zdrowia są ponadto:

- 1) Globalny Fundusz na rzecz Walki z AIDS, Gruźlicą i Malarią (*The Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria*, GFATM),
- 2) Globalny Sojusz na rzecz Szczepionek i Szczepień (*Global Alliance for Vaccines and Immunization*, GAVI),
- 3) Wspólny Program Narodów Zjednoczonych Zwalczenia HIV i AIDS (*The Joint United Nations Programme on HIV and AIDS*, UNAIDS),
- 4) Program Narodów Zjednoczonych ds. Rozwoju (*United Nations Development Programme*),
- 5) Fundusz Narodów Zjednoczonych na rzecz Dzieci (*United Nations International Children's Emergency Fund*, UNICEF).

Rycina I.2.10. Czynniki niesprzyjające skuteczności interwencji prozdrowotnych



Źródło: opracowanie własne

Podstawowe funkcje zdrowia publicznego (*essential public health functions*) zostały z określone przez WHO w następujący sposób (WHO, 2012b):

- 1) monitoring, ewaluacja i analiza stanu zdrowia;
- 2) nadzór epidemiologiczny, badanie i zwalczanie zagrożeń dla zdrowia populacji;
- 3) promocja zdrowia;
- 4) udział społeczeństwa w rozwiązywaniu zagadnień zdrowia;
- 5) rozwój polityki zdrowotnej i bazy instytucjonalnej dla planowania i zarządzania zdrowiem publicznym,
- 6) umacnianie prawodawstwa zdrowotnego i możliwości jego wdrażania,
- 7) ewaluacja i promocja równego dostępu do świadczeń zdrowotnych;
- 8) rozwój kadr i szkolenia w dziedzinie zdrowia publicznego,
- 9) zapewnienie jakości świadczeń zdrowotnych indywidualnych i w środowisku,
- 10) prowadzenie badań naukowych w zakresie zdrowia publicznego,
- 11) zmniejszenie niekorzystnego wpływu na zdrowie sytuacji nagłych i katastrof.

Natomiast, zgodnie z art. 2 Ustawy z dnia 11 września 2015 r. o zdrowiu publicznym (t.j. Dz. U. z 2021 r. poz. 183, 694) **zadania z zakresu zdrowia publicznego obejmują:**

- 1) monitorowanie i ocenę stanu zdrowia społeczeństwa, zagrożeń zdrowia oraz jakości życia związanej ze zdrowiem społeczeństwa;
- 2) edukację zdrowotną dostosowaną do potrzeb różnych grup społeczeństwa, w szczególności dzieci, młodzieży i osób starszych;
- 3) promocję zdrowia;
- 4) profilaktykę chorób;
- 5) działania w celu rozpoznawania, eliminowania lub ograniczania zagrożeń i szkód dla zdrowia fizycznego i psychicznego w środowisku zamieszkania, nauki, pracy i rekreacji;
- 6) analizę adekwatności i efektywności udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej w odniesieniu do rozpoznanych potrzeb zdrowotnych społeczeństwa;
- 7) inicjowanie i prowadzenie:
 - a) działalności naukowej w zakresie zdrowia publicznego,
 - b) współpracy międzynarodowej dotyczącej działalności naukowej w zakresie zdrowia publicznego;
- 8) rozwój kadr uczestniczących w realizacji zadań z zakresu zdrowia publicznego;
- 9) ograniczanie nierówności w zdrowiu wynikających z uwarunkowań społeczno-ekonomicznych;
- 10) działania w obszarze aktywności fizycznej.

II. DIAGNOZA SYTUACJI ZDROWOTNEJ MIESZKAŃCÓW WROCŁAWIA

DANE ADMINISTRACYJNO-GEOGRAFICZNE

Województwo dolnośląskie

Województwo dolnośląskie położone jest w południowo-zachodniej części Polski, od zachodu granicząc z Niemcami, na południu z Czechami, zaś na północy z województwem lubuskim i wielkopolskim oraz na wschodzie z województwem opolskim i zajmuje 7. miejsce wśród województw pod względem powierzchni (19 947 km²; 6,4% terytorium kraju) oraz 5. miejsce pod względem liczby mieszkańców (2 900,2 tys. osób; 7,6% ludności kraju; stan na dzień 31.12.2019 r.) (GUS, 2020d). Stolicą województwa i największym miastem jest Wrocław (642,9 tys. mieszkańców, 22,2% ludności województwa; stan na dzień 31.12.2019 r.) (GUS, 2020c, 2020d). Administracyjnie, województwo dolnośląskie dzieli się na 169 gmin (35 miejskich, 56 miejsko-wiejskich oraz 78 wiejskich) oraz 30 powiatów, w tym 4 miasta na prawach powiatu (Wrocław, Wałbrzych, Jelenia Góra, Legnica) (GUS, 2020d). Województwo dolnośląskie jest częścią makroregionu południowo-zachodniego (kod PL5 – poziom NUTS 1) oraz podzielone jest na 5 podregionów (trzeci poziom Klasyfikacji Jednostek Terytorialnych do Celów Statystycznych – NUTS 3): jeleniogórski, legnicko-głogowski, wałbrzyski, wrocławski oraz miasto na prawach powiatu Wrocław (GUS, 2020d).

Wrocław

Miasto znajduje się na 51°06' szerokości geograficznej północnej oraz 17°02' długości geograficznej południowej, o łącznej powierzchni 292,8 km² oraz rozciągłości 20,5 km z południa na północ oraz 26,0 km z zachodu na wschód (GUS, 2020c). Maksymalna różnica poziomów w granicach administracyjnych miasta wynosi 50 m (w zakresie 105-155 m n.p.m.). Przez miasto przepływają: Odra (26 km w graniach miasta), Widawa (odpowiednio 20 km), Ślęza (16 km), Bystrzyca (15 km) oraz Oława (8 km). W okresie 2015-2019 średnia roczna temperatura powietrza mieściła się w zakresie 10,4-11,4°C (11,4°C w 2019 r.: w zakresie od 0,2 w styczniu do 22,7°C w czerwcu; dla Polski w 2019 r. wyniosła 10,2°C), roczna suma opadów – 388-611 mm (451 mm w 2019 r.: w zakresie od 14 w grudniu do 60 mm w maju), a średnie zachmurzenie – 5,1-5,8 oktanów (od 0 [niebo bez chmur] do 8 [całkowicie pokryte chmurami]) (GUS, 2020c; IMGW, 2021).

Wrocław zamieszkuje 642,9 tys. mieszkańców (stan na dzień 31.12.2019 r.), z gęstością zaludnienia 2 195 osób/km² (GUS, 2020c). Administracyjnie miasto jest podzielone na 48 osiedli, które posiadają rady osiedlowe i zarządy, spełniające ograniczone funkcje samorządowe. Przez długi czas (lata 1952-1990) miasto składało się z 5 dzielnic: Psie Pole, Śródmieście, Stare Miasto, Krzyki, Fabryczna, które mimo aktualnego braku własnej osobowości prawnej⁴⁵, stanowią nadal kryterium organizacji wielu urzędów i instytucji.

⁴⁵Podział na dzielnice zastąpiono podziałem na osiedla na podstawie Uchwały nr XX/110/91 Rady Miejskiej Wrocławia z 20 marca 1991 r. w sprawie podziału Wrocławia na osiedla;
Źródło: http://wrosystem.um.wroc.pl/beta_4/webdisk/120790/0110ru01skan.pdf

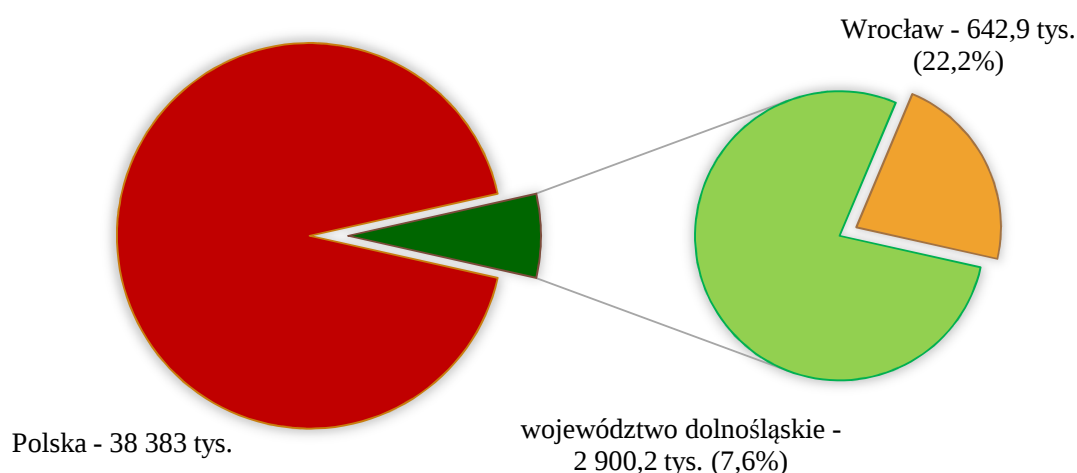
1. WYBRANE DANE DEMOGRAFICZNE

AKTUALNA SYTUACJA DEMOGRAFICZNA POLSKI NA TLE UNII EUROPEJSKIEJ, Z UWZGLĘDNIENIEM WOJEWÓDZTWA DOLNOŚLĄSKIEGO

Ludność

W Polsce, w perspektywie długoterminowej (1950-2016) zanotowano wzrost populacji kraju z ok. 25 mln do 38,4 mln, choć **w perspektywie ostatnich lat (okres 2012-2019) ludność Polski zmniejszała się**, by na koniec 2019 r. osiągnąć wartość 38 383 tys. osób⁴⁶ (7,4% ogółu ludności 28 krajów Unii Europejskiej [UE28] – 7. miejsce wśród krajów UE). Z kolei na koniec grudnia 2019 r. województwo dolnośląskie zamieszkiwało 2 900,2 tys. osób, co stanowiło 7,6% ogólnej liczby ludności kraju (GUS, 2020d) – Wykres II.1.1. W Polsce od kilku lat obserwuje się **systematyczny trend spadkowy liczby mieszkańców miast**, na rzecz zjawiska *suburbanizacji* (tzw. „rozlewania się miast”). W kraju, w *porównaniu z 2018 r.*, miał miejsce dalszy spadek liczby mieszkańców miast – o 34,2 tys. osób, przy jednoczesnym wzroście liczby mieszkańców wsi o 5,6 tys.: sumarycznie zaludnienie Polski zmniejszyło się o 28,6 tys. osób, zaś w województwie dolnośląskim nastąpił również spadek liczby mieszkańców w miastach – o 6,5 tys. osób oraz wzrost na wsi – o 5,4 tys. osób: sumarycznie zaludnienie województwa zmniejszyło się o 1,1 tys. osób, a w *porównaniu do 2010 r.* nastąpiło zmniejszenie ludności odpowiednio dla Polski o 147,3 tys. (tj. 0,38%) oraz dla województwa o 17,1 tys. osób (tj. o 0,59%) (GUS, 2020d) – Tabela II.1.1.

Wykres II.1.1. Ludność Polski, województwa dolnośląskiego oraz Wrocławia [31.12.2019 r.]



Źródło: dane GUS

⁴⁶37 958 tys. na dzień 01.01.2020 r. według danych EUROSTAT:
https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/demo_pjan/default/table?lang=en

Tabela II.1.1. Zmiany ludności Polski, województwa dolnośląskiego oraz Wrocławia w 2019 r. w porównaniu do 2018 oraz 2010 r.

		zmiana względem 2018 r.	zmiana względem 2010 r.
POLSKA	ogółem	-28,6 tys. (-0,07%)	-147,3 tys. (-0,38%)
	miasta	-34,2 tys. (-0,1%)	
	wieś	+5,6 tys. (+0,04%)	
WOJEWÓDZTWO DOLNOŚLĄSKIE	ogółem	-1,1 tys. (-0,04%)	-17,1 tys. (-0,59%)
	miasta	-6,5 tys. (-0,3%)	
	wieś	+5,4 tys. (+0,5%)	
WROCŁAW	ogółem	+2,2 tys. (+0,3%)	+12,2 tys. (+1,93%)

Źródło: dane GUS

Wbrew ogólnopolskiemu trendowi, w województwie dolnośląskim w 2019 r., w porównaniu do 2013 r., nastąpił **przyrost ludności we Wrocławiu (o 1,7%) oraz w powiatach skupionych wokół**, tj. w powiecie wrocławskim (o 18,4%), średzkim, trzebnickim, oławskim, oleśnickim, a także w powiecie legnickim, zaś największy spadek liczby ludności zanotowano w Wałbrzychu (o 5,6%), powiecie ząbkowickim (o 4,5%) oraz zgorzeleckim (GUS, 2020d). Z kolei na poziomie gmin, na 169 przyrost liczby ludności wystąpił w 46 gminach, w tym tylko w 2 gminach o charakterze miejskim, tj. we Wrocławiu (o 1,7%) i w Oławie (o 1,0%), a największy przyrost ludności wystąpił w gminach wiejskich lub miejsko-wiejskich skoncentrowanych wokół Wrocławia (Czernica, Długołęka, Siechnice, Miękinia, Kobierzyce, Żórawina, Kąty Wrocławskie), Głogowa, Legnicy, Lubina i Polkowic, zaś największy ubytek – w gminach położonych w południowej części województwa, głównie przy granicy z Czechami (Karpacz, Duszniki-Zdrój, Kowary, Bogatynia, Kamienna Góra) (GUS, 2020d).

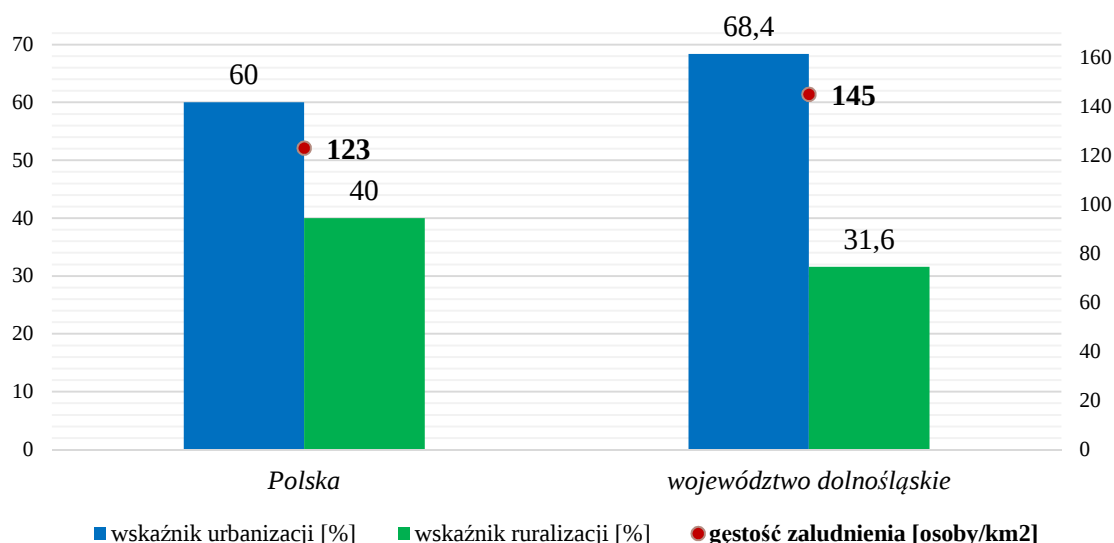
Gęstość zaludnienia Polski w 2019 r. wynosiła 123 osób na 1 km², zaś województwa dolnośląskiego – 145 na 1 km² powierzchni ogólnej (4. miejsce w kraju; stan na dzień 31 grudnia; 118 dla UE28 w 2018 r.⁴⁷), przy wskaźniku urbanizacji (udział ludności zamieszkałej w miastach w ogólnej liczbie ludności) wynoszącym dla Polski 60,0% oraz dla województwa dolnośląskiego – 68,4% (odpowiednio ludność wiejska stanowiła 40,0% ogólnej liczby ludności kraju, a w województwie dolnośląskim – 31,6% - tzw. wskaźnik ruralizacji) (GUS, 2020d) – Wykres II.1.2.

Kobiety stanowiły 51,6% ogólnej liczby ludności Polski, podobnie jak w województwie dolnośląskim – 51,9% (według stanu z końca grudnia 2019 r.; 51,1% dla krajów UE28 według 01.01.2019 r.⁴⁸). Z kolei wskaźnik feminizacji (liczba kobiet przypadających na 100 mężczyzn), wynosił odpowiednio 107 oraz 108 (3. miejsce w kraju; 104 dla UE28), przy czym dla województwa dolnośląskiego wskaźnik ten był wyższy w miastach – 112, niż na wsi – 101 (GUS, 2020d) – Wykres II.1.3.

⁴⁷Dane EUROSTAT: <https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/tps00003/default/table?lang=en>

⁴⁸https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/DEMO_PJAN__custom_1128591/default/table?lang=en

Wykres II.1.2. Porównanie wskaźnika urbanizacji, ruralizacji oraz gęstości zaludnienia w Polsce oraz w województwie dolnośląskim (dane za 2019 r.)

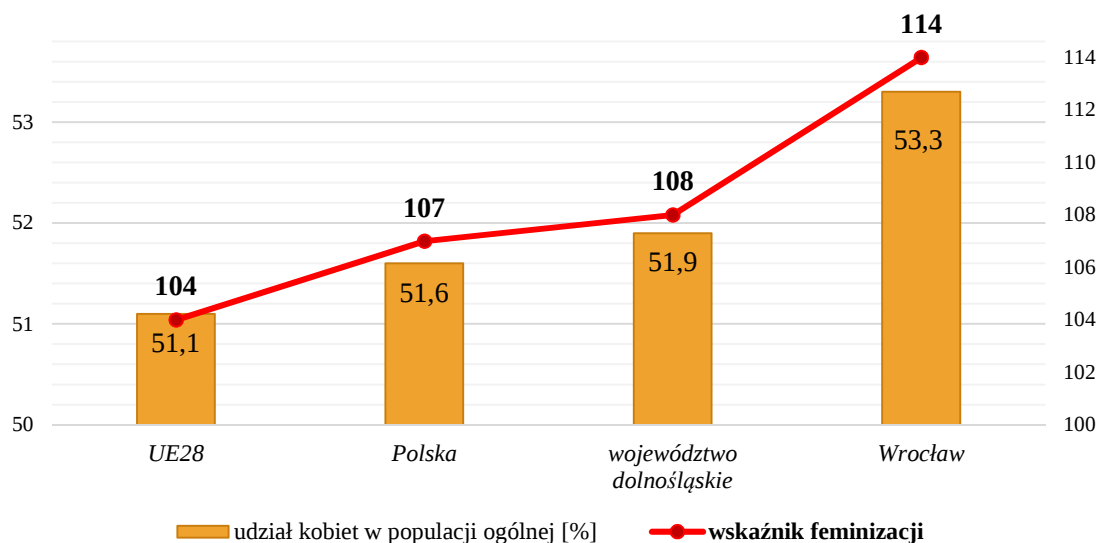


Źródło: dane GUS

Analizując strukturę ludności Polski według wieku i płci, można zauważyć, że **w młodszych grupach wiekowych jest więcej mężczyzn** (rodzi się więcej chłopców niż dziewczynek) i przewaga ta utrzymuje się do ok. 45-55. roku życia, z kolei **w starszych grupach wiekowych następuje zwiększająca się przewaga liczebna kobiet**, tj. w wieku ≥ 65 lat na 100 mężczyzn przypadają 154 kobiety, zaś w wieku podeszłym, tj. 85 lat i więcej, na 100 mężczyzn przypada aż 260 kobiet (Wojtyniak & Goryński, 2020). Powyższa sytuacja kształtuje się bardzo podobnie dla ludności województwa dolnośląskiego (GUS, 2020d) – porównaj: Wykres II.1.17.

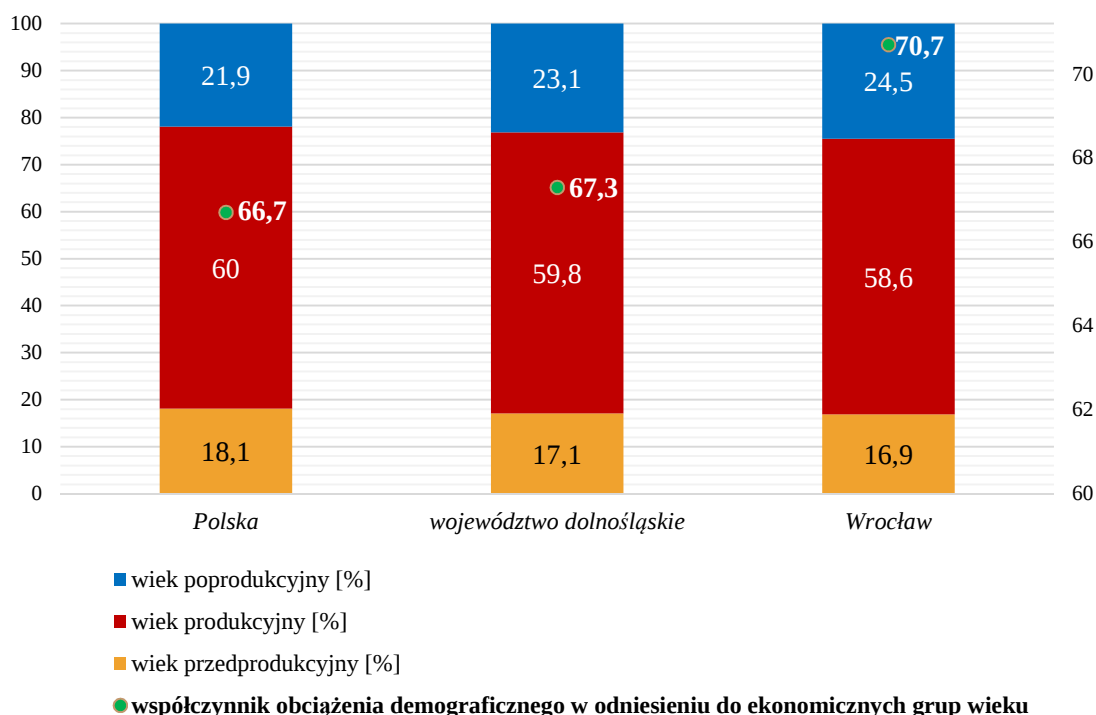
Struktura ludności według ekonomicznych grup wieku przedstawia się dla Polski i województwa dolnośląskiego następująco: odpowiednio 18,1% oraz 17,1% w (1) wieku przedprodukcyjnym (jest to jeden z najniższych odsetków notowanych wśród województw; 12. miejsce w Polsce), 60,0% oraz 59,8% w (2) wieku produkcyjnym oraz 21,9% i 23,1% – (3) poprodukcyjnym (stan na dzień 31.12.2019 r.; za granice wiekowe w powyższym podziale przyjęto: (1) 0-17 lat dla wieku przedprodukcyjnego; (2) wiek zdolności do pracy, tj. 18-64 lat – wiek produkcyjny mężczyzn oraz 18-59 lat – wiek produkcyjny kobiet; oraz (3) wiek, w którym osoby zazwyczaj kończą pracę zawodową, tj. ≥ 65 lat – wiek poprodukcyjny mężczyzn oraz ≥ 60 lat – wiek poprodukcyjny kobiet) (GUS, 2020d) – Wykres II.1.4. Zarówno w skali kraju, jak i województwa, systematycznie rośnie odsetek osób w *wieku poprodukcyjnym* (w 2019 r. odpowiednio o 18,8% oraz 21,5% w porównaniu do 2013 r.), co jest bezpośrednim wyrazem obecnej sytuacji demograficznej. Równolegle obserwuje się wzrastające wartości współczynnika obciążenia demograficznego w odniesieniu do ekonomicznych grup wieku (liczba osób w wieku nieprodukcyjnym [przed- i poprodukcyjnym] w przeliczeniu na 100 osób w wieku produkcyjnym), który w końcu 2019 r. osiągnął wartość 66,7 dla Polski oraz 67,3 dla województwa dolnośląskiego (GUS, 2020d). Województwo dolnośląskie wyróżnia się na tle pozostałych województw jedną z wyższych wartości tego wskaźnika, osiągając 3. miejsce w kraju, a dla przykładu, wskaźnik ten w 2018 r. wynosił 65,5, a w 2013 r. – 55,8 dla województwa.

Wykres II.1.3. Udział procentowy kobiet oraz wskaźnik feminizacji w populacji krajów Unii Europejskiej, Polski, województwa dolnośląskiego oraz Wrocławia (2019 r.)



Źródło: dane GUS oraz EUROSTAT

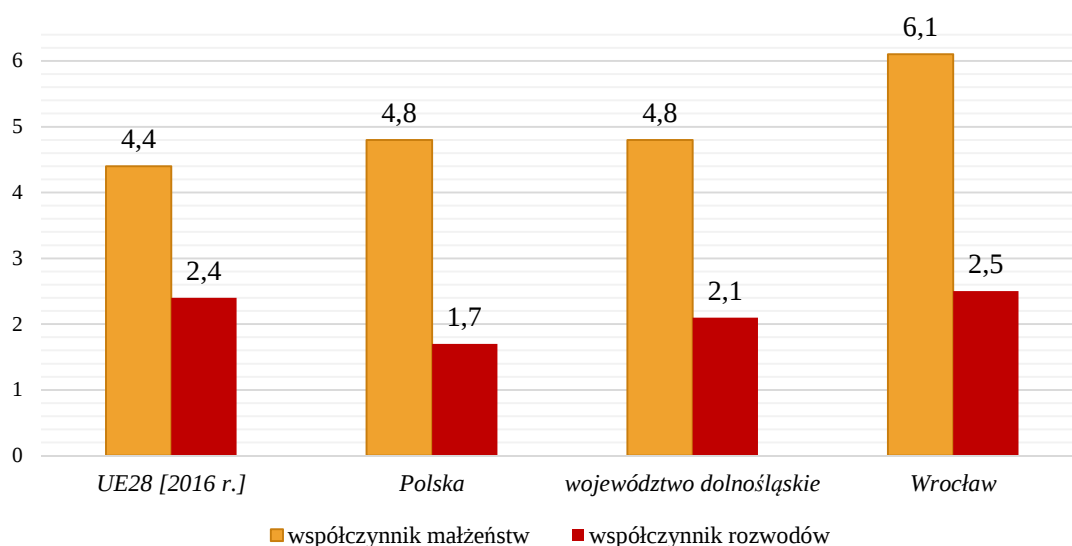
Wykres II.1.4. Struktura ludności według ekonomicznych grup wieku dla Polski, województwa dolnośląskiego oraz Wrocławia; stan na dzień 31.12.2019 r.



Źródło: dane GUS

W Polsce, na przestrzeni lat 2000-2016, **spadła liczba zawieranych małżeństw** na 1 000 ludności (współczynnik małżeństw) z 6,8 do 5,9‰ (4,4‰ dla UE28 w 2016 r.⁴⁹), by w 2019 r. osiągnąć wartość 4,8‰. Jednocześnie nieznacznie **wzrosła wartość współczynnika rozpadu małżeństw** (na 1 000 istniejących małżeństw) z 23 do 24‰, głównie z powodu rozwodu (wzrost wartości współczynnika rozwodów z 1,1 do 1,7‰ [na 1 000 ludności; 1,9‰ dla UE28 w 2016 r.] oraz z 203 do 328‰ [na 1 000 zawartych małżeństw]) (GUS, 2017, 2020d). W województwie dolnośląskim, w perspektywie lat 2010-2019, spadła liczba zarejestrowanych związków małżeńskich o 15,4% (w Polsce spadek o 19,7%), a współczynnik małżeństw w województwie dolnośląskim wynosił w 2019 r. 4,8‰ (tyle samo co w kraju). Jednocześnie, w 2019 r. w województwie dolnośląskim sądy orzekły prawomocnie 6,1 tys. rozwodów, tj. o 8,2% więcej w porównaniu z 2018 r. (Polska – wzrost o 4,0%), a współczynnik rozwodów na 1 000 ludności wyniósł 2,1‰ (Polska – 1,7‰) (GUS, 2020d) – Wykres II.1.5.

Wykres II.1.5. Porównanie współczynnika małżeństw oraz rozwodów w krajach Unii Europejskiej, Polsce, województwie dolnośląskim oraz we Wrocławiu – 2019 r. [w ‰]



Źródło: dane GUS oraz EUROSTAT

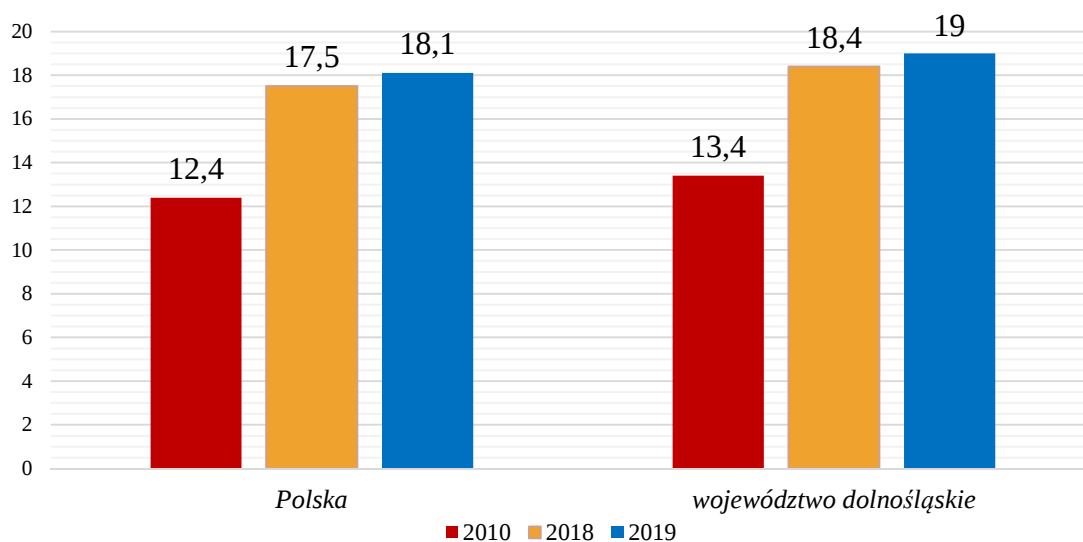
Poważnym jest wciąż dynamicznie rosnące zjawisko **starzenia się demograficznego społeczeństw**, zarówno Europy, jak i Polski. W 2019 r. w Polsce osoby w wieku starszym (tj. ≥ 65 lat) stanowiły 18,1% ogólnej liczby ludności, tj. o 0,6 p. proc. więcej niż w 2018 r. i o 5,7 p. proc. więcej niż 2010 r., zaś w województwie dolnośląskim – 19,0%, tj. o 0,6 p. proc. więcej niż w 2018 r. i jednocześnie o 5,6 p. proc. więcej niż w 2010 r. (GUS, 2020d) – Wykres II.1.6. W Polsce, udział osób w wieku ≥ 65 lat był zróżnicowany w układzie *miasto-wieś*, odpowiednio 19,9% vs. 15,5% (podobnie jak w województwie dolnośląskim, tj. dla 2019 r.: 20,9% w miastach oraz 15,1% na wsiach) (Wojtyniak & Goryński, 2020). Z kolei w krajach UE w 2019 r. osoby te stanowiły 20,0% ogółu (17,7% dla Polski według Eurostat); przy czym najmniejszy udział zanotowano w Irlandii – 14,1%, zaś największy we Włoszech – 22,9%⁵⁰.

⁴⁹<https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/tps00206/default/table?lang=en>

⁵⁰https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/DEMO_PJANGROUP__custom_1128570/default/table?lang=en

Innymi wskaźnikami związanymi ze starzeniem się społeczeństw są: *wskaźnik obciążenia demograficznego w oparciu o biologiczne grupy wieku* (liczba osób w wieku 0–14 lat i 65 lat i więcej przypadająca na 100 osób w wieku 15–64 lata), który wynosił w 2016 r. dla Polski 46 punktów (w 1990 r. – 54, a według prognoz w 2040 r. ma wynieść 63; 55,1 dla UE w 2019 r.) oraz *indeks starości* (liczba osób w wieku 65 lat i więcej przypadająca na 100 osób w wieku 0–14 lat [liczba dziadków na 100 wnuczków]), który wyniósł w 2016 roku 109 (w 1990 r. – 41, a według prognoz w 2040 r. – 219) (GUS, 2017). W 2019 r. indeks starości w Polsce wyniósł już 118, a w województwie dolnośląskim 130. Wskaźnikiem, który pozwala na określenie potrzeb związanych m.in. z opieką społeczną i ochroną zdrowia jest *wskaźnik wsparcia międzypokoleniowego* (wskaźnik wsparcia najstarszych, tj. liczba osób w wieku ≥ 85 lat przypadająca na 100 osób w wieku 50–64 lata), który w 2019 r. w kraju wyniósł 10,9, zaś w województwie dolnośląskim – 11,3, a prognozowany jest jego dalszy wzrost do poziomu ok. 20 w 2040 r. (GUS, 2020d).

Wykres II.1.6. Udział osób w wieku ≥ 65 lat w populacji Polski oraz województwa dolnośląskiego [w %]



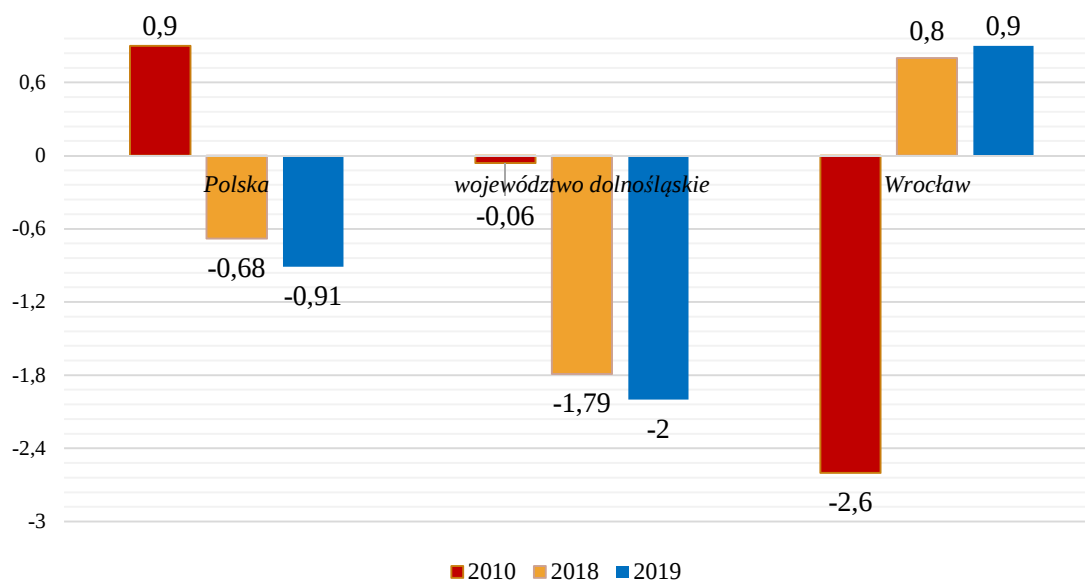
Źródło: dane GUS

Wzrost udziału seniorów obserwowany w ostatnim stuleciu jest konsekwencją kilku procesów demograficznych, z których najważniejszymi są *wydłużanie się trwania życia ludzkiego* oraz jednocześnie *obniżanie się dzietności* (spadek współczynników urodzeń), poniżej poziomu zapewniającego zastępowalność pokoleń (Błędowski, Szatur-Jaworska, Szweda-Lewandowska, & Kubicki, 2012). **Populację osób starszych**, ze względu na stałe jej powiększanie, **cechuje coraz większe wewnętrzne zróżnicowanie** (m.in. w zakresie struktury wieku, płci, wykształcenia, miejsca zamieszkania, stanu zdrowia), które w obliczu tzw. podwójnego starzenia (tj. bardzo dynamicznego wzrostu udziału w populacji odsetka osób w wieku 80 lat i więcej) jeszcze bardziej się nasili. Szczególnie obserwuje się wyraźną **feminizację** oraz **singularyzację**. Wzrost odsetka osób starszych w społeczeństwach niesie za sobą konsekwencje nie tylko ekonomiczne, ale również zdrowotne i społeczne (Błędowski et al., 2012).

Przyrost naturalny

Rezultatem różnicy między urodzeniami żywymi a zgonami jest przyrost naturalny – istotny czynnik kształtujący przyrost lub ubytek rzeczywistej ludności. **Od 2013 r. w Polsce obserwuje się corocznie ujemne wartości przyrostu naturalnego**, dla przykładu w 2019 r. przyrost naturalny na 1 000 ludności w Polsce miał wartość *minus 0,91‰*, w 2018 r. – *minus 0,68‰*, a w 2010 r. – *plus 0,90‰* – Wykres II.1.7. Utrzymująca się od wielu lat w województwie dolnośląskim nadwyżka zgonów nad urodzeniami powoduje, iż przyrost naturalny jest niezmiennie ujemny (od co najmniej 2005 r.) (GUS, 2020d). W 2019 r. miał miejsce ubytek ludności z tytułu ruchu naturalnego wielkości 5,8 tys. osób (w 2018 r. – 5,2 tys. osób, a w 2010 r. – 0,2 tys. osób ubytku naturalnego), a w przeliczeniu na 1 000 ludności przyrost naturalny w województwie wyniósł *minus 2,00‰* (w 2018 r. – *minus 1,79‰*, a w 2010 r. – *minus 0,06‰*) (GUS, 2020d) – Wykres II.1.8. W 2019 r., wśród 30 powiatów województwa dolnośląskiego, w 5 wystąpił *dodatni przyrost naturalny* na 1 000 ludności (typy A-C wg typologii Webba) – najwyższy poziom obserwowano w powiecie wrocławskim (*plus 5,25‰*), a znacznie niższy we Wrocławiu (*plus 0,87‰*), powiecie oławskim (*plus 0,81‰*), średzkim (*plus 0,75‰*) oraz oleśnickim (*plus 0,35‰*), z kolei najwyższy ubytek ludności odnotowano w Wałbrzychu (*minus 8,19‰*), powiecie wałbrzyskim (*minus 6,81‰*) oraz ząbkowickim (*minus 6,14‰*) (GUS, 2020d).

Wykres II.1.7. Przyrost naturalny w Polsce, województwie dolnośląskim oraz Wrocławiu [w ‰]

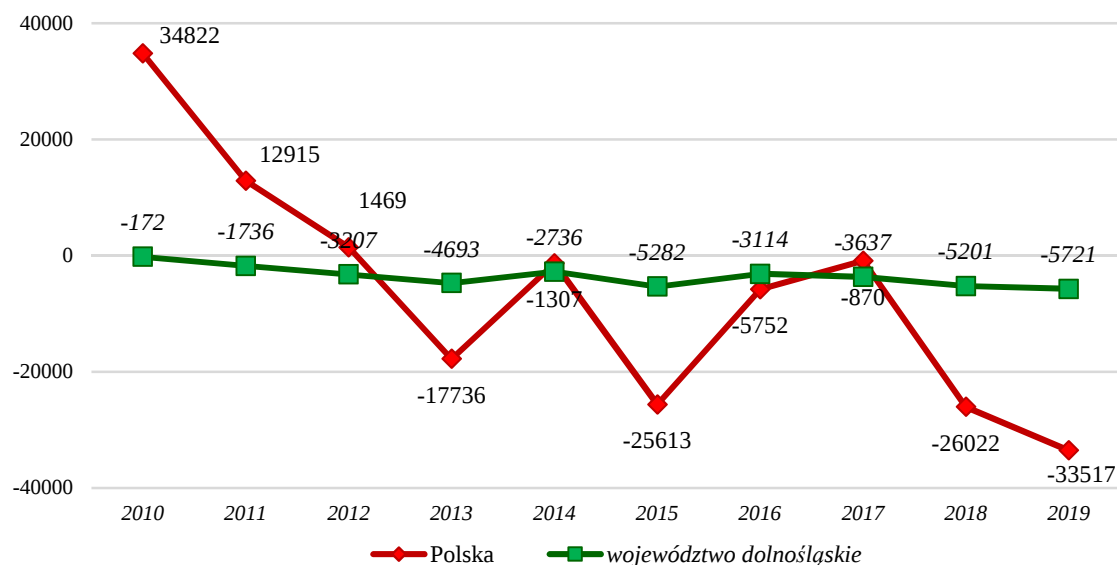


Źródło: dane GUS

Zgodnie z klasyfikacją J.W. Webba, zarówno w 2018, jak i 2019 r., **Polska oraz województwo dolnośląskie zostały zaliczone do obszarów nieaktywnych demograficznie** typu E (spadek liczby ludności jako konsekwencja ujemnego przyrostu naturalnego, przewyższającego dodatni przyrost migracyjny) (GUS, 2020d).

W 2019 r., spośród 30 powiatów województwa dolnośląskiego tylko 6 zakwalifikowano do aktywnych demograficznie, czyli *zaludniających się* (typ C – 5 powiatów: wrocławski, m. Wrocław, oławski, średzki, oleśnicki oraz typ D – powiat trzebnicki), a w porównaniu do roku 2018 żaden z powiatów nie zmienił statusu z nieaktywnego na aktywny demograficznie w 2019 r. Z kolei na poziomie gmin, do aktywnych demograficznie zakwalifikowano 42 gminy (łącznie z miastami na prawach powiatu; o 2 mniej niż w 2018 r.) (GUS, 2020d).

Wykres II.1.8. Przyrost naturalny w Polsce oraz województwie dolnośląskim w latach 2010-2019 (wartości bezwzględne)



Źródło: dane GUS

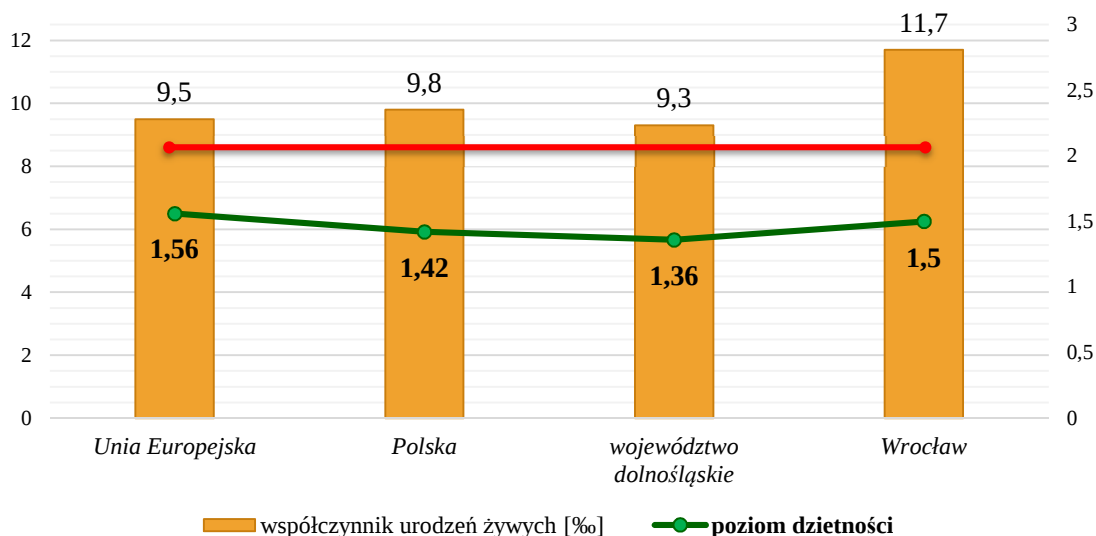
Urodzenia

Według prognoz GUS, w ciągu najbliższych lat należy spodziewać się dalszego, **systematycznego spadku liczby urodzeń**. Liczba urodzeń żywych w latach 2018-2019 zmniejszała się w miastach, przy minimalnym wzroście na wsi (Wojtyniak & Goryński, 2020). W 2019 r. w Polsce odnotowano 374 954 urodzeń żywych (7,7% wszystkich urodzeń żywych w 28 krajach UE), a współczynnik urodzeń żywych [na 1 000 ludności] wyniósł 9,8‰ (14,3‰ w 1990 r.), zaś dla Unii Europejskiej – 9,5‰ (najniższy odnotowano we Włoszech (7,0‰), a najwyższy na Islandii (12,3‰))⁵¹. Z kolei współczynnik płodności (stosunek liczby urodzeń żywych w danym okresie do liczby kobiet będących w wieku rozrodczym [15-49 lat]), wyniósł dla Polski 41,8 pkt. W tym samym czasie współczynnik dzietności ogólnej wyniósł 1,42 dla kraju (1,99 w 1990 r.; 1,56 dla krajów UE28 w 2018 r.⁵²), który powinien kształtować się na poziomie ok. 2,10-2,15, by wielkość ta stała się korzystna dla stabilnego rozwoju demograficznego (jest to tzw. próg prostej zastępowalności pokoleń) (GUS, 2017, 2020d) – Wykres II.1.9.

⁵¹<https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/tps00204/default/table?lang=en>

⁵²https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/DEMO_FIND__custom_1128555/default/table?lang=en

Wykres II.1.9. Porównanie współczynnika urodzeń żywych [na 1 000 ludności] oraz poziomu dzietności w krajach Unii Europejskiej, Polsce, województwie dolnośląskim oraz we Wrocławiu – 2019 r. (czerwona linia – próg prostej zastępowalności pokoleń [2,1])



Źródło: dane GUS oraz EUROSTAT

Warto zauważyć, że przy systematycznym spadku współczynnika dzietności, równolegle systematycznie **rośnie mediana wieku kobiet, które urodziły dziecko** – z 25,8 w 1990 r. do 29,9 lat w 2016 r. (GUS, 2017) W 2019 r. Polki najczęściej zostawały matkami w wieku 30-34 lata (33,0% ogółu matek) oraz w wieku 25-29 lat (32,5%). Z kolei według danych Eurostat za 2018 r., wiek środkowy kobiet krajów UE28, które urodziły dziecko wyniósł 30,8 lat (w Europie najmłodsze matki są w Bułgarii i na Ukrainie, tj. z medianą wieku 27,7 lat, zaś najstarsze w Liechtensteinie oraz Irlandii, tj. 32,3 oraz 32,2 lat)⁵³. Jednocześnie w Polsce, w *porównaniu do 2010 r.*, wzrósł odsetek urodzeń żywych, których matki miały powyżej 34 lat (z 12,0 do 19,5%), a zmniejszył się udział matek poniżej 25 lat (z 23,3 do 15,0%) (GUS, 2020d). Wyraźnie także wzrósł odsetek kobiet z wykształceniem wyższym, które urodziły dzieci w ogólnej liczbie matek – z 6 w 1990 r. do 52% w 2016 r. oraz wzrósł udział urodzeń pozamałżeńskich w ogólnej liczbie urodzeń żywych – z 6 w 1990 r. do 25% w 2016 r. oraz 25,4% w 2019 r. (udział urodzeń pozamałżeńskich wyniósł dla krajów UE w 2019 r. 42,7%)⁵⁴ (GUS, 2017; Wojtyniak & Goryński, 2020). W 2019 r. 5,6% urodzeń żywych stanowiły dzieci z tzw. niską masą urodzeniową, czyli o masie <2 500 g – odsetek ten dla krajów UE wynosił w 2018 r. 6,1%, podobnie jak dla województwa dolnośląskiego (6,1%) (Wojtyniak & Goryński, 2020).

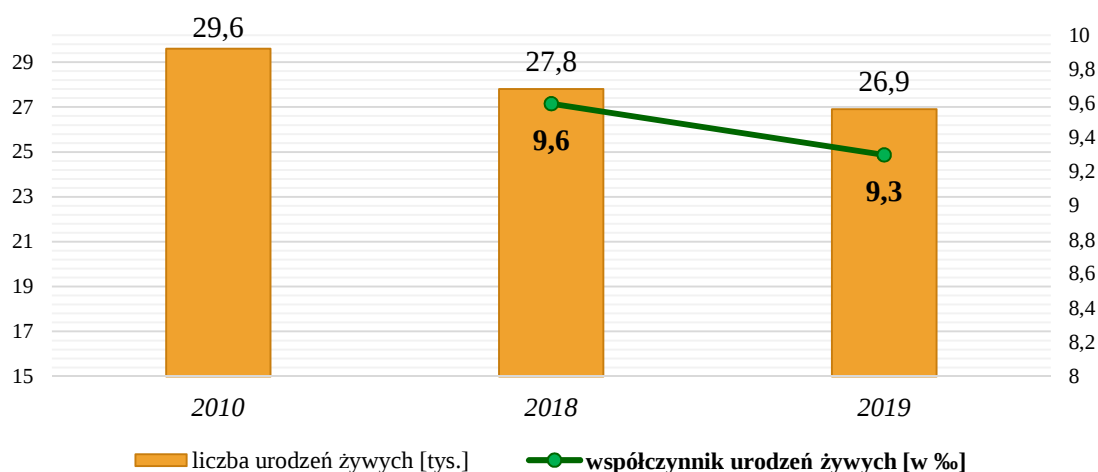
Z kolei w województwie dolnośląskim w 2019 r. odnotowano 26,9 tys. urodzeń żywych (5. miejsce w kraju pod względem liczby urodzeń żywych; 7,2% wszystkich urodzeń żywych w kraju), tj. o 3,1% mniej niż w 2018 r. i o 8,9% mniej niż w 2010 r. (GUS, 2020d) – Wykres II.1.10. Najwięcej dzieci urodziło się we Wrocławiu (7,5 tys.; 27,9% urodzeń w

⁵³https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/demo_find/default/table?lang=en

⁵⁴https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/DEMO_FIND_custom_1128565/default/table?lang=en

województwie). Współczynnik urodzeń żywych wyniósł 9,3‰ (w 2018 r.: 9,6‰), a najwyższe wartości współczynnika urodzeń żywych obserwowano w powiecie wrocławskim (13,04‰) oraz we Wrocławiu (11,70‰) (GUS, 2020d). Z kolei płodność kobiet zmniejszyła się do poziomu 40 urodzeń żywych na 1 000 kobiet w wieku rozrodczym (41 w 2018 r.), a **poziom dzietności kobiet nadal nie gwarantował prostej zastępowalności pokoleń** – współczynnik dzietności teoretycznej wyniósł 1,36 (w 2018 r. – 1,37). Największa dzietność kobiet wystąpiła w powiatach: wrocławskim (1,73), średzkim (1,52), oławskim (1,51) i we Wrocławiu (1,5). W 2019 r. najczęściej zostawały matkami kobiety w wieku 30-34 lata (34,4% ogółu matek) oraz w wieku 25-29 lat (30,3%). Matki ze starszych grup wiekowych (≥ 35 lat) urodziły 5,4 tys. noworodków żywych (20,2% ogółu urodzeń żywych), a w wieku poniżej 25 lat – 4,1 tys. (15,1%) (GUS, 2020d). Odsetek urodzeń pozamałżeńskich wyniósł dla województwa dolnośląskiego 33,2% urodzeń żywych (8,9 tys. dzieci) (Wojtyniak & Goryński, 2020).

Wykres II.1.10. Liczba urodzeń żywych w województwie dolnośląskim [tys.] w latach 2010-2019



Źródło: dane GUS

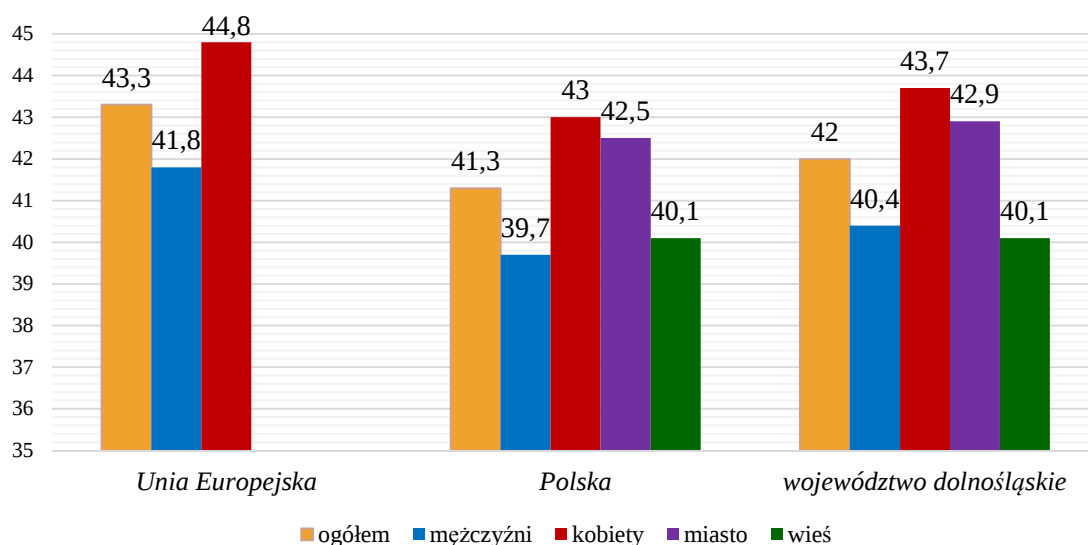
Długość życia

Według danych Eurostatu⁵⁵, mediana wieku (tzw. wiek środkowy) dla całej Unii Europejskiej wynosiła w 2019 r. 43,3 lat, w tym 44,8 dla kobiet oraz 41,8 lat dla mężczyzn (w Europie najmłodsza była ludność Islandii – 36,4 lat, a najstarsza populacja Włoch z medianą wieku 46,8 lat). Z kolei mediana wieku ludności Polski w 2019 r. wyniosła 41,3 lat (w 1990 r. – 32,4 lat, a według prognoz w 2040 r. – 50,3 lat) i była nieznacznie wyższa w miastach (42,5 lat), a niższa na wsiach (40,1 lat) oraz wyższa dla kobiet (43,0 lata) i niższa dla mężczyzn (39,7 lat) – według stanu na 31.12.2019 r. (GUS, 2020d): Wykres II.1.11. **Ludność Polski jest przeciętnie młodsza niż ludność większości krajów Unii Europejskiej**, ale jak wynika z prognoz Eurostatu, ta korzystna dla Polski różnica będzie stopniowo zanikać i w połowie obecnego wieku zarówno mediana wieku, jak i odsetek osób w wieku ≥ 65 lat, będą w Polsce wyraźnie wyższe od przeciętnych dla krajów Unii (Wojtyniak & Goryński, 2020).

⁵⁵https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/DEMO_PJANIND__custom_1128634/default/table?lang=en

Na koniec 2019 r. mediana wieku w województwie dolnośląskim wynosiła 42,0 lata, w tym dla mężczyzn 40,4, a dla kobiet – 43,7 lat. Przeciętnie ludność w miastach województwa była starsza o 2,8 roku od ludności mieszkającej na wsi, przy czym średni wiek mieszkańca miast wynosił 42,9 lata (GUS, 2020d) – Wykres II.1.11. Podobnie jak w kraju, w województwie statystyczny mężczyzna był młodszy od kobiety o 3,3 roku, w tym w miastach o 4,1, a na wsi o 1,8 roku (w kraju odpowiednio o 3,3, 4,0 i 2,1 roku). Statystycznie najmłodsi mieszkańcy województwa dolnośląskiego byli zameldowani w powiecie wrocławskim (38,3 lat), a najstarsi w Jeleniej Górze (45,8 lat) oraz Wałbrzychu (45,2 lata) (GUS, 2020d).

Wykres II.1.11. Mediana wieku ludności w Unii Europejskiej, Polsce oraz województwie dolnośląskim w 2019 r.



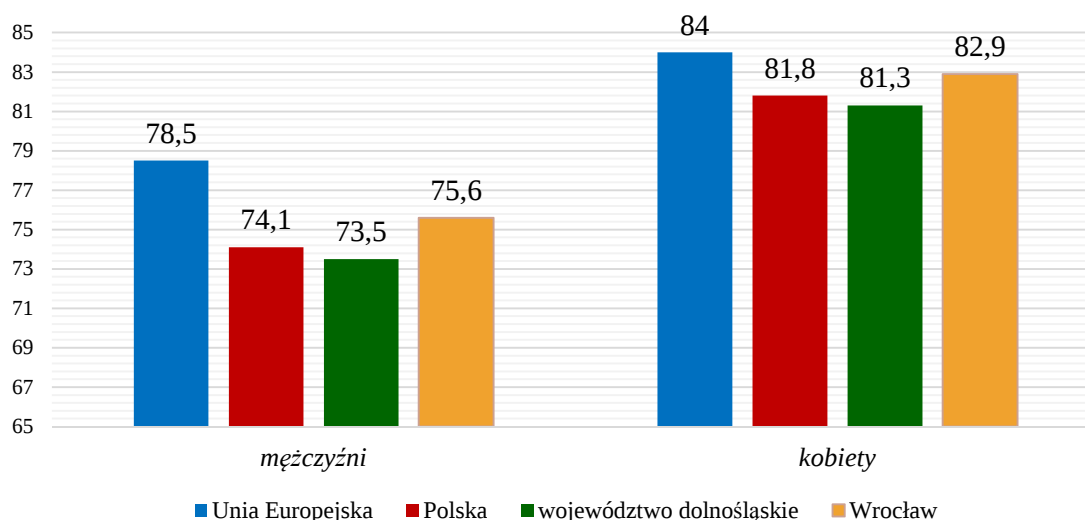
Źródło: dane GUS oraz EUROSTAT

W perspektywie lat 1950-2016 obserwuje się **systematyczne wydłużanie przeciętnego trwania życia**, zarówno w populacji mężczyzn, jak i kobiet. Oczekiwana długość życia w chwili urodzenia dla mieszkańców krajów UE wynosiła 81,3 lat w 2019 r. (w tym 78,5 dla mężczyzn oraz 84,0 lat dla kobiet), zaś w Europie najkrótsza oczekiwana długość życia dotyczyła mieszkańców Ukrainy (73,4 lata) oraz Bułgarii (75,1 lat), a najdłuższa – mieszkańców Liechtensteinu (84,3 lata) oraz Hiszpanii (84,0 lat)⁵⁶. Z kolei **w Polsce**, w okresie 2000-2016, **przeciętne trwanie długości życia** mężczyzn **wzrosło** z 69,7 do 73,9 lat, zaś kobiet – z 78,0 do 81,9 lat, a w okresie 1990-2018 wydłużyło się odpowiednio o 7,6 i 6,5 lat (GUS, 2017). W 2019 r. średnia długość życia mężczyzn wynosiła 74,1 lata, a kobiet była o 7,7 lat dłuższa i wynosiła 81,8 lat (78,0 lat dla Polski ogółem według danych Eurostat) – Wykres II.1.12. W Polsce najdłużej żyją mężczyźni oraz kobiety w Sopocie oraz Rzeszowie (odpowiednio 78,3 i 84,7 lat oraz 78,0 i 84,3 lat), a najkrócej – mieszkańcy najmniejszych miast (tj. poniżej 5 tys. mieszkańców) (Wojtyniak & Goryński, 2020). **Długość życia polskich mężczyzn jest wyraźnie krótsza niż przeciętna w krajach Unii Europejskiej** – o 4,4 lat, natomiast w przypadku kobiet różnica jest mniejsza i wynosi 2,2 roku.

⁵⁶https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/DEMO_MLIFETABLE__custom_1128590/default/table?l

Podobne wartości jak w kraju, obserwowano również wśród mieszkańców województwa dolnośląskiego w 2019 r., tj. przeciętne trwanie życia dla mężczyzn wynosiło ponad 73,5 lata, a dla kobiet – 81,3 lat (wobec odpowiednio 71,7 lat dla mężczyzn i 80,2 lat dla kobiet w 2010 r.) (GUS, 2020d) – Wykres II.1.12. **Spośród dolnośląskich podregionów najkorzystniej dalsze trwanie życia mężczyzn i kobiet kształtuje się niezmiennie od wielu lat we Wrocławiu** – w 2019 r. odpowiednio ponad 75,5 dla mężczyzn i prawie 83 lat dla kobiet (GUS, 2020d, 2020c). Najkrócej zaś żyli mężczyźni w podregionie wałbrzyskim (nieco ponad 72 lat) i kobiety w podregionie wałbrzyskim i jeleniogórskim (ponad 80 lat).

Wykres II.1.12. Długość życia w Unii Europejskiej, Polsce, województwie dolnośląskim oraz we Wrocławiu



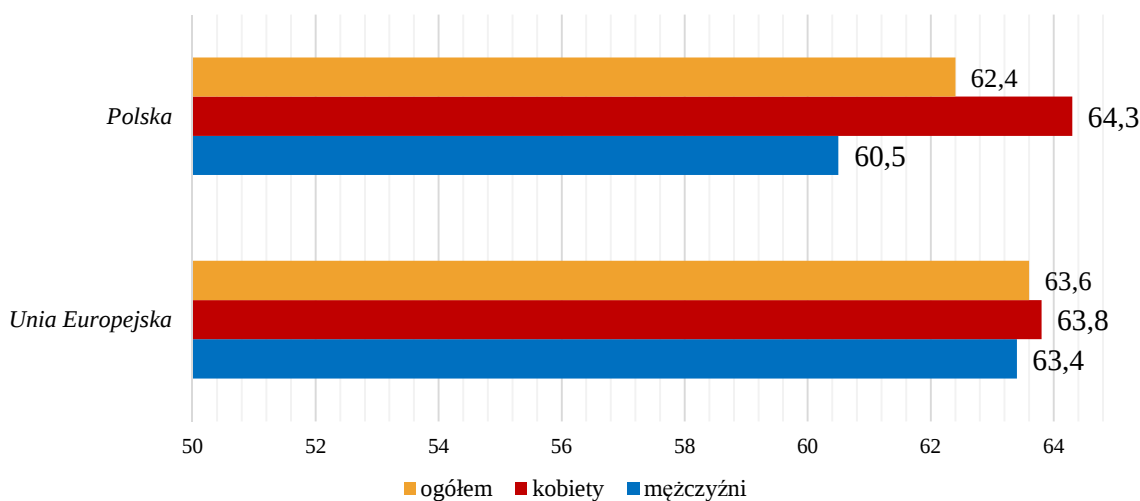
Źródło: dane GUS oraz EUROSTAT

W 2018 r. mężczyźni w Polsce mogli oczekiwać, że przeżyją w zdrowiu (bez ograniczonej sprawności; ang. *Healthy Life Years*, HLY) 60,5 lat (82,1% długości życia), a kobiety – 64,3 lat (78,7% długości życia), podczas, gdy mieszkańcy UE28 – 63,6 lat, w tym mężczyźni – 63,4 lat oraz kobiety – 63,8 lat; Polska ogółem – 62,4 lat⁵⁷ (Wojtyniak & Goryński, 2020) – Wykres II.1.13. Różnica w oczekiwanej długości życia w zdrowiu kobiet i mężczyzn w Polsce (3,8 lat) jest obecnie największa w krajach UE (Wojtyniak & Goryński, 2020).

Idąc za autorami Raportu *Sytuacja zdrowotna ludności Polski 2020*: długość życia jest także silnie różnicowana przez czynniki społeczne – w 2017 r. mężczyźni w wieku 30 lat z wykształceniem wyższym mogli oczekiwać, że będą żyli ok. 7,4 lat dłużej niż mężczyźni z wykształceniem średnim (włączając do tej grupy zasadnicze zawodowe) oraz o ok. 11,0 lat dłużej niż mężczyźni z wykształceniem gimnazjalnym i niższym. W przypadku kobiet różnice związane z poziomem wykształcenia są znacznie mniejsze niż wśród mężczyzn (Wojtyniak & Goryński, 2020). Znacznie większa różnica w długości życia mężczyzn w porównaniu z kobietami, względem poziomu wykształcenia, wskazuje na znaczącą rolę czynników związanych ze statusem społeczno-ekonomicznym w *nadumieralności mężczyzn* w stosunku do kobiet.

⁵⁷<https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/tps00150/default/table?lang=en>

Wykres II.1.13. Porównanie oczekiwanej długości życia w zdrowiu w Unii Europejskiej i w Polsce w 2018 r.



Źródło: dane EUROSTAT

Zgony

W Polsce, w perspektywie długoterminowej (1950-2016) zaobserwowano wzrost bezwzględnej liczby zgonów z ok. 300 do 400 tys. rocznie – przy wzroście populacji kraju z ok. 25 mln do 38,4 mln, z jednoczesnym **spadkiem wartości współczynnika zgonów** na 1 000 ludności (GUS, 2017). W perspektywie ostatnich dwóch dekad wskaźnik ten nieznacznie wzrósł, bo z wartości 9,6‰ w 2000 r. do 10,1‰ w 2016 r. oraz 10,7‰ w 2019 r. i był jednoznacznie wyższy dla mężczyzn niż dla kobiet. Według danych Eurostat, w 2019 r. w Polsce zanotowano 409 709 zgonów, co stanowiło 7,8% zgonów w 28 krajach UE (współczynnik zgonów na 1 000 ludności dla UE28 wyniósł 10,2‰; najniższy dla Islandii oraz Irlandii – 6,3‰, a najwyższy dla Bułgarii – 15,5‰)⁵⁸.

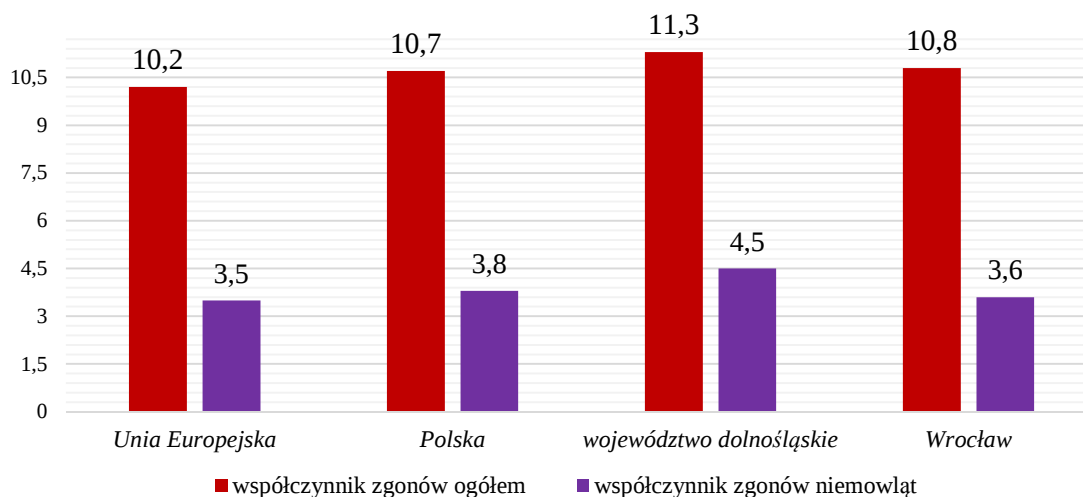
Również **umieralność niemowląt w Polsce jest wyższa od przeciętnej w krajach UE** i na każde 10 000 urodzeń żywych w Polsce w latach 2018-2019, przed ukończeniem pierwszego roku życia, umierało 38 dzieci, podczas gdy w UE przeciętnie 35 (2018 r.)⁵⁹ – Wykres II.1.14. W województwie dolnośląskim, w 2019 r. współczynnik zgonów niemowląt na 10 000 urodzeń żywych wynosił 45 (3. miejsce w kraju pod względem wysokości współczynnika; 38 dla Polski) (GUS, 2020d). W województwie umieralność niemowląt na 10 000 urodzeń żywych w miastach kształtowała się na niższym poziomie niż na wsi – odpowiednio 41 oraz 51 (w 2018 r. w miastach 39, a na wsi 19) (GUS, 2020d). Podobnie jak w skali całego kraju, niemowlęta płci męskiej umierały z nieznacznie większą częstością niż niemowlęta płci żeńskiej – odpowiednio w 2019 r. 49 vs. 39 (przeciętnie w kraju odpowiednio 39 wśród chłopców oraz 36 wśród dziewcząt). W ogólnej liczbie zmarłych niemowląt większość dzieci umiera w okresie noworodkowym, tj. przed ukończeniem pierwszych czterech tygodni życia – w 2019 r. stanowiły one 75,8% ogółu zgonów niemowląt (w kraju – 72,5%), w tym 51,7% stanowiły

⁵⁸<https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/tps00029/default/table?lang=en>

⁵⁹<https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/tps00027/default/table?lang=en>

zgonu w pierwszym tygodniu życia (w kraju – 53,4%). Umieralność noworodków determinowana jest także wagą w chwili urodzenia dziecka – szczególnie duże ryzyko zgonu dotyczy noworodków o małej masie ciała (w ogólnej liczbie zgonów niemowląt dzieci o wadze poniżej 2500 g stanowiły 72,5%, w tym o wadze poniżej 1500 g – 57,5%) (GUS, 2020d).

Wykres II.1.14. Porównanie współczynnika zgonów na 1 000 ludności dla Unii Europejskiej, Polski, województwa dolnośląskiego oraz Wrocławia w 2019 r.



Źródło: dane GUS oraz EUROSTAT

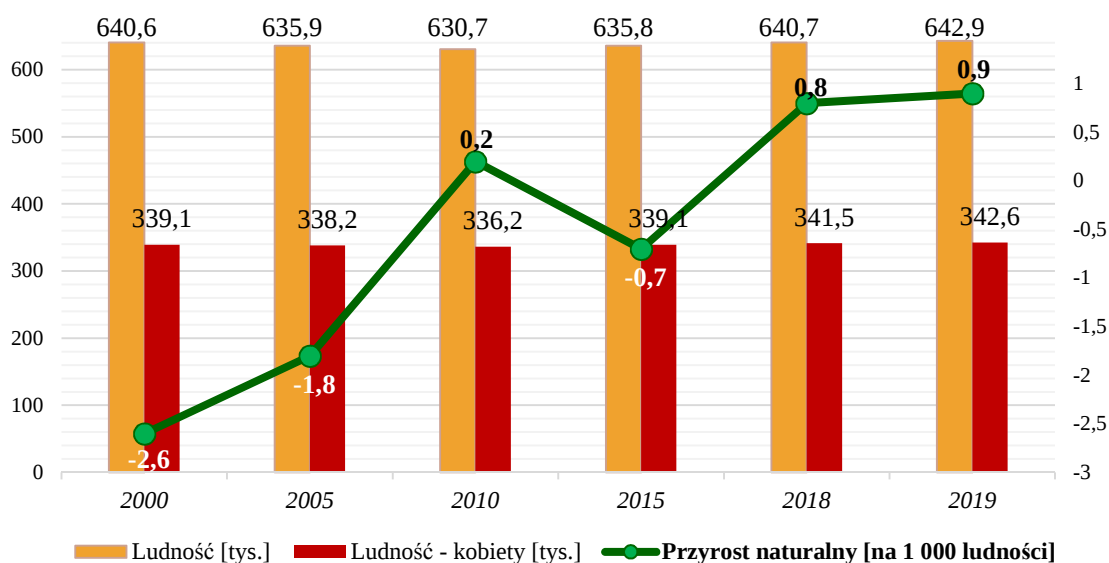
W 2019 r. w województwie dolnośląskim zmarło 32,7 tys. mieszkańców, w tym 23,4 tys. w miastach oraz 9,3 tys. osób na wsi (łącznie o 3,0 tys. więcej niż w 2010 r., tj. o 10,1%) (GUS, 2020d). W 2019 r. częstość zgonów obu płci w grupie osób ≥ 65 lat była 3-krotnie wyższa niż w wieku 0–64 lata. Z kolei w przedziale wiekowym do 64 roku życia odnotowano ponad 2-krotnie więcej zgonów mężczyzn (o 132,5% więcej) niż kobiet, natomiast w przedziale wieku ≥ 65 lat odnotowano o 2,5 tys. więcej zgonów kobiet. **Struktura zgonów według płci potwierdza w dalszym ciągu relację określaną nadumieralnością mężczyzn względem kobiet.** Łącznie, w 2019 r. odnotowano o 4,4 punktów procentowych więcej zgonów mężczyzn niż kobiet (wzrost o 1,2 p. proc do 2018 r.). Z kolei współczynnik zgonów na 1 000 ludności w województwie dolnośląskim wynosił 11,3‰ (Polska – 10,7‰), a w miastach – 11,8‰ oraz na wsi – 10,2‰ (odpowiednio w Polsce – 11 oraz 10,2‰) i był to jeden z najwyższych współczynników w kraju (GUS, 2020d) – Wykres II.1.14. Najmniej osób zmarło w powiatach górowskim (0,4 tys.) i milickim (0,4 tys.), a najwięcej we Wrocławiu (6,9 tys.), a do grupy powiatów, w których zarejestrowana liczba zgonów przekroczyła 1,5 tys. należały również: powiaty kłodzki (2,0 tys.), świdnicki (1,9 tys.) oraz Wałbrzych (1,7 tys.). Najniższą wartość współczynnika natężenia zgonów odnotowano w powiecie wrocławskim (7,77‰), a najwyższą w Wałbrzychu (15,06‰) (GUS, 2020d).

Głównymi przyczynami zgonów mieszkańców Polski oraz województwa dolnośląskiego były choroby układu krążenia oraz nowotwory. W 2018 r., z ogólnej liczby 33,0 tys. zgonów w województwie dolnośląskim, z wymienionych powyżej przyczyn zmarło razem 69,7% (70,7% w 2017 r.), a udział tych zgonów był wyższy o 2,8 p. proc. niż w kraju (66,9%) (GUS, 2020d). Więcej szczegółów: patrz Cz. II, pkt. 2. *Wybrane dane epidemiologiczne.*

SYTUACJA DEMOGRAFICZNA WROCŁAWIA

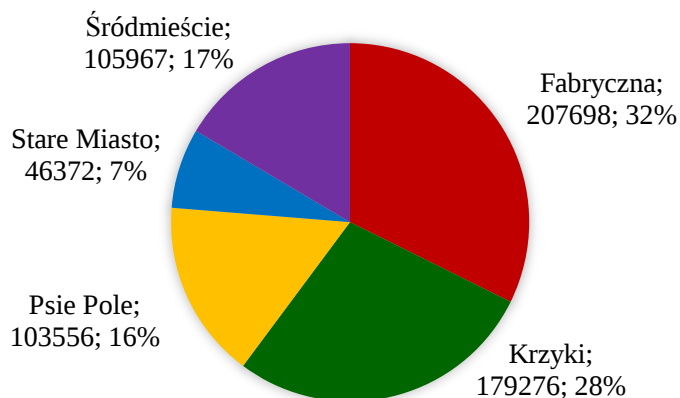
Mimo niekorzystnej demograficznie sytuacji województwa oraz kraju, **Wrocław został określony w typologii według J.W. Webba za demograficznie aktywny typu C** (dodatni przyrost naturalny niższy od dodatniego salda migracji) (GUS, 2020d). W perspektywie ostatniej dekady (2010-2019) **liczba ludności miasta systematycznie rosła** z 630,7 do 642,9 tys. (stan w dniu 31 grudnia) – Wykres II.1.15., II.1.16. oraz II.1.17., ze stabilnym udziałem procentowym kobiet (53,3%) i współczynnikiem feminizacji (114) (GUS, 2020c), które były wyższe, niż wartości dla województwa i kraju (odpowiednio 51,9% i 108 oraz 51,6% oraz 107; stan na 31.12.2019 r.) – Wykres II.1.3 oraz II.1.15. W porównaniu do 2018 r., nastąpił wzrost liczby ludności o 0,3%, a do 2010 r. – o 1,9%. Z kolei w strukturze wieku ludności względem grup ekonomicznych można zauważyć jeszcze mniejszy udział osób w wieku przedprodukcyjnym oraz większy udział osób w wieku poprodukcyjnym, w porównaniu z danymi dla województwa oraz kraju (we Wrocławiu: 16,9% osób w wieku przedprodukcyjnym, 58,6% – produkcyjnym oraz 24,5% – poprodukcyjnym) (GUS, 2020c) – Wykres II.1.4 oraz II.1.18. Równolegle, we Wrocławiu można zaobserwować większy odsetek ludności w wieku nieprodukcyjnym na 100 osób w wieku produkcyjnym, bo 70,7%, w porównaniu do województwa – 67,3% oraz dla Polski – 66,7% (dane na dzień 31.12.2019 r.). We Wrocławiu w 2019 r. zanotowano relatywnie większą liczbę małżeństw na 1 000 ludności – 6,1‰ (województwo – 4,8‰; Polska – 4,8‰; największa wartość w okresie 2015-2019 [zakres od 4,2 do 6,1‰]), ale jednocześnie również większą liczbę rozwodów na 1 000 ludności, bo 2,5‰ (2,1‰ dla województwa oraz 1,7‰ dla Polski; największa wartość w okresie 2015-2019 [zakres od 1,7 do 2,5‰]) (GUS, 2020c, 2020d) – Wykres II.1.5. Struktura ludności Polski oraz Wrocławia według płci, grup wiekowych oraz wykształcenia – Załącznik II.1.1.

Wykres II.1.15. Zmiany ludności Wrocławia w okresie 2000-2019 [na dzień 31 grudnia]



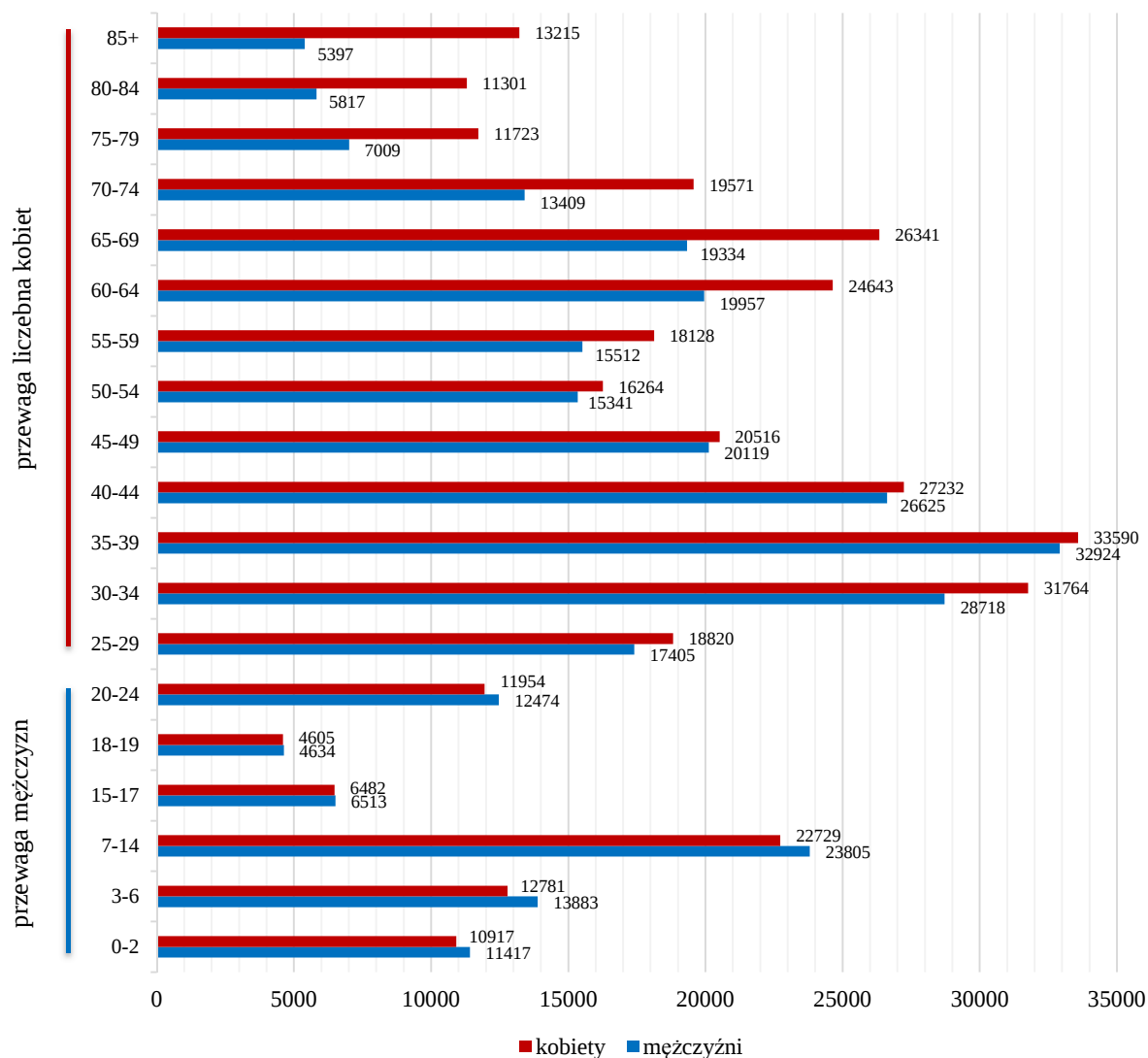
Źródło: dane GUS (Rocznik Statystyczny Wrocławia 2020)

Wykres II.1.16. Ludność Wrocławia w 2019 r. według delegatur [stan w dniu 31.12.2019 r.]



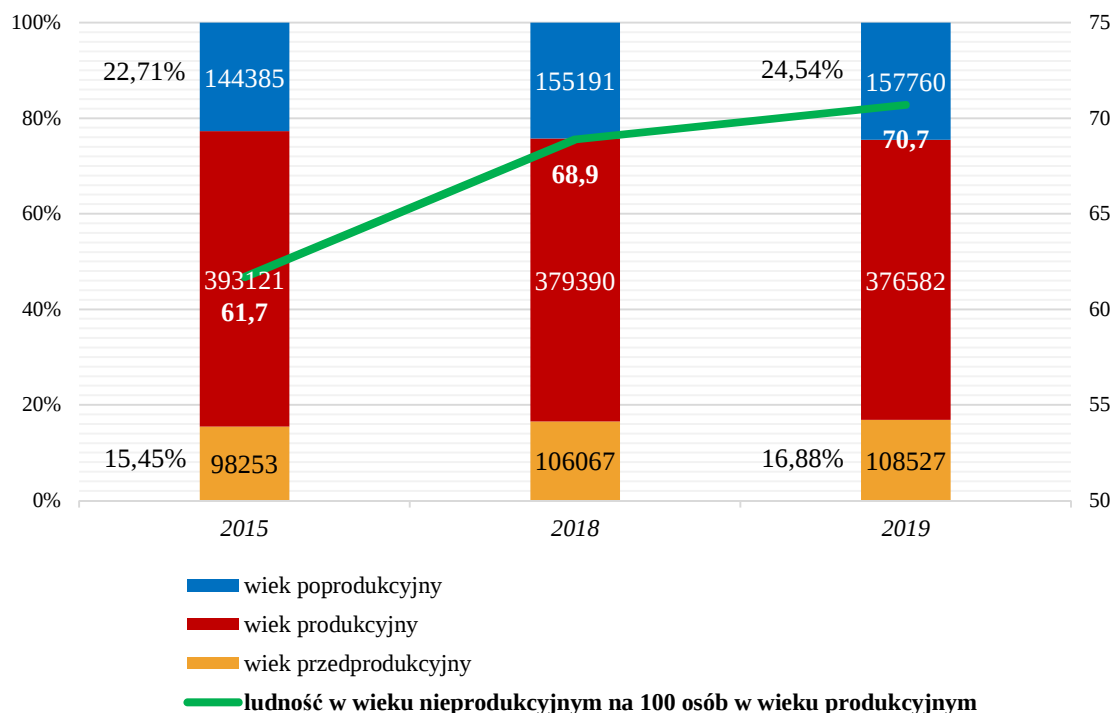
Źródło: dane GUS (Rocznik Statystyczny Wrocławia 2020)

Wykres II.1.17. Ludność Wrocławia w 2019 r. według grup wiekowych [stan w dniu 31.12.2019 r.]



Źródło: dane GUS (Rocznik Statystyczny Wrocławia 2020)

Wykres II.1.18. Ludność Wrocławia według grup ekonomicznych w latach 2015, 2018, 2019 [stan w dniu 31 grudnia]

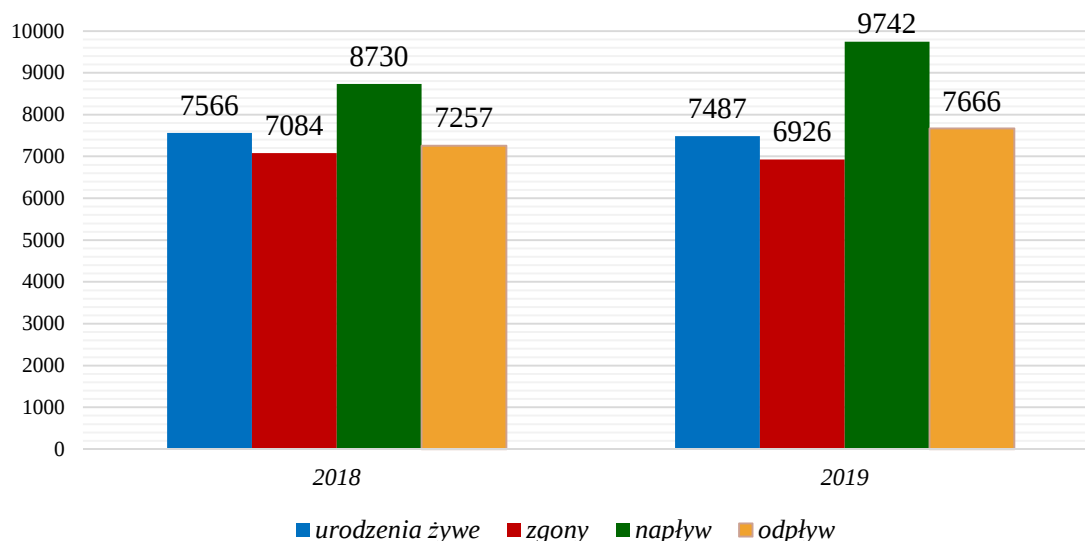


Źródło: dane GUS (Rocznik Statystyczny Wrocławia 2020)

Warto zaznaczyć, że **przyrost naturalny we Wrocławiu za 2019 r. był dodatni i wyniósł plus 0,9‰**, przy ujemnych wartościach dla województwa (*minus 2,0‰*) oraz dla kraju (*minus 0,9‰*) – Wykres II.1.7 oraz II.1.15. Wartości bezwzględne ruchu naturalnego oraz migracyjnego dla Wrocławia za 2018 oraz 2019 r. zostały przedstawione na Wykresie II.1.19. Od 2000 r. **we Wrocławiu systematycznie rośnie wartość wskaźnika żywych urodzeń na 1 000 ludności** – 7,3‰ w 2010 r., 10,2‰ w 2015 r. oraz 11,7‰ w 2019 r. (stan na 31 grudnia) – Wykres II.1.20., przy czym w 2019 r. była to jedna z najwyższych wartości współczynnika urodzeń żywych w województwie dolnośląskim (9,3‰ dla województwa; wyższą wartość zaobserwowano tylko w powiecie wrocławskim – 13,0‰) (GUS, 2020c, 2020d). Jednocześnie, w okresie 2000-2019 **systematycznie zmniejszała się wartość wskaźnika zgonów niemowląt na 1 000 urodzeń żywych**, bo z wartości 9,2 do 3,6‰ (w 2019 r. 4,5‰ dla województwa oraz 3,8‰ dla kraju) – Wykres II.1.20. **Poziom dzietności mieszkane Wrocławia nadal nie gwarantował prostej zastępowalności pokoleń** – współczynnik dzietności teoretycznej wyniósł w 2019 r. 1,5 (1,36 dla województwa, 1,42 dla kraju) (GUS, 2020c, 2020d) – Wykres II.1.9.

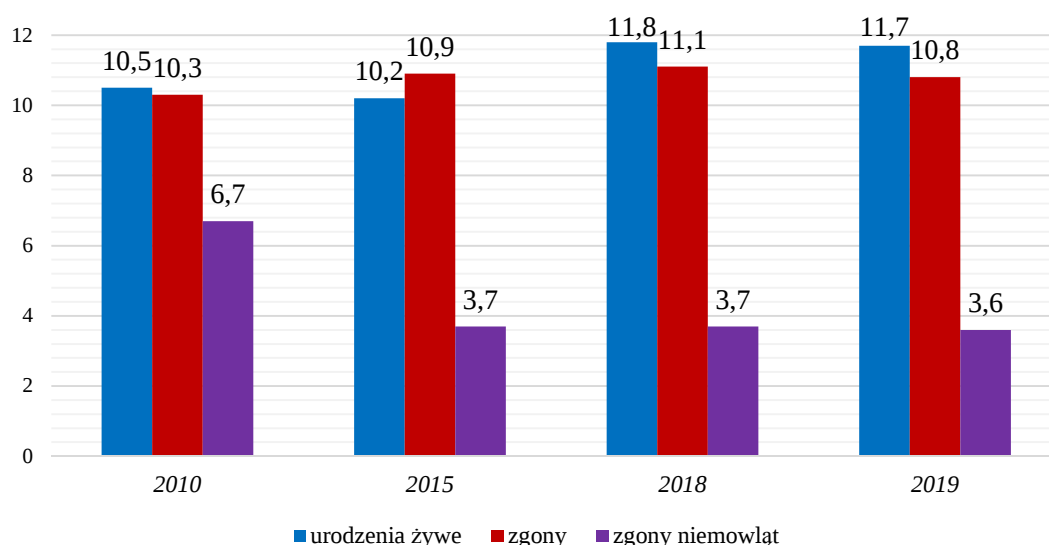
Zgodnie z ogólnopolskim trendem, **oczekiwana długość życia w momencie urodzenia mieszkańców Wrocławia systematycznie wydłużała się w ostatnich latach (2005-2019)** – z 72,4 do 75,6 lat dla mężczyzn oraz z 80,2 do 82,9 lat dla kobiet (GUS, 2020c). Dla roku 2019 są to wartości wyższe, niż dla województwa i kraju (odpowiednio 73,5 oraz 74,1 lat dla mężczyzn oraz 81,3 oraz 81,8 lat dla kobiet) – Wykres II.1.12.

Wykres II.1.19. Ruch naturalny oraz migracyjny we Wrocławiu w latach 2018 oraz 2019 [w liczbach bezwzględnych]



Źródło: dane GUS (Rocznik Statystyczny Wrocławia 2020)

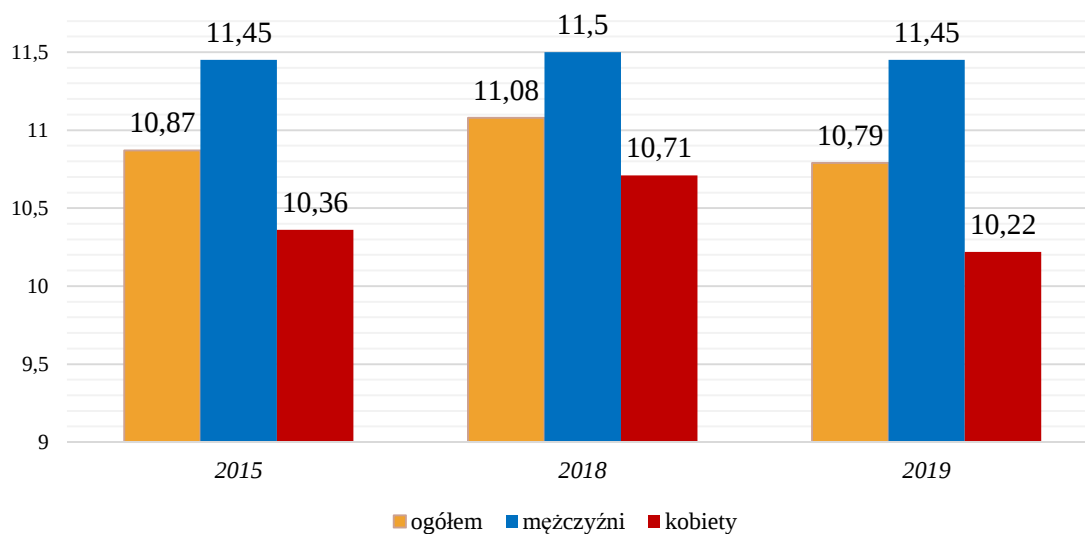
Wykres II.1.20. Współczynnik urodzeń żywych, zgonów, zgonów niemowląt we Wrocławiu w latach 2010-2019 [na 1 000 ludności]



Źródło: dane GUS (Rocznik Statystyczny Wrocławia 2020)

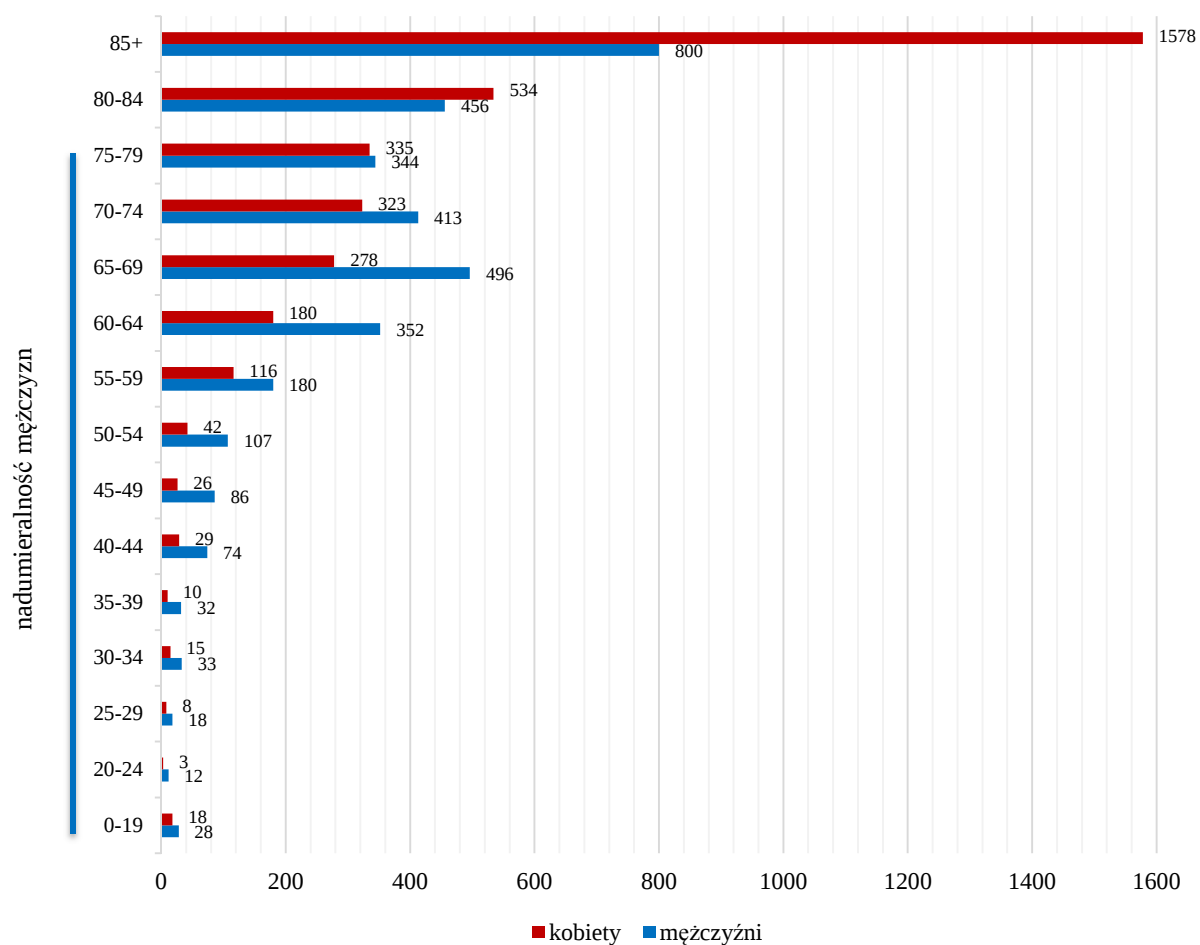
Z kolei wrocławski współczynnik zgonów na 1 000 ludności, według stanu z 31.12.2019 r., był niższy niż wojewódzki, bo 10,8 vs. 11,3‰, ale na podobnym poziomie jak krajowy (10,7‰) (GUS, 2020c, 2020d) – Wykres II.1.14, a trend tego wskaźnika w latach 2015-2019 we Wrocławiu przedstawia Wykres II.1.21, a liczbę zgonów w wartościach bezwzględnych – Wykres II.1.22. **Choroby układu krążenia oraz nowotwory były dominującą przyczyną zgonów w populacji Wrocławia** – Wykres II.1.23.

Wykres II.1.21. Współczynniki zgonów na 1 000 ludności we Wrocławiu w latach 2015, 2018, 2019



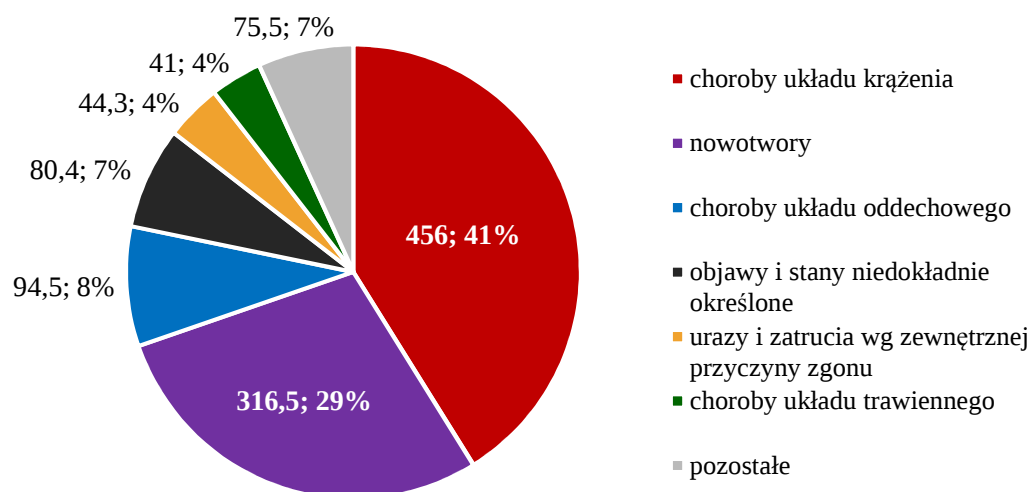
Źródło: dane GUS (Rocznik Statystyczny Wrocławia 2020)

Wykres II.1.22. Liczba zgonów we Wrocławiu w 2019 r. według płci oraz grup wiekowych [w liczbach bezwzględnych]



Źródło: dane GUS (Rocznik Statystyczny Wrocławia 2020)

Wykres II.1.23. Struktura zgonów według przyczyn we Wrocławiu w 2018 r. [na 100 tys. ludności]

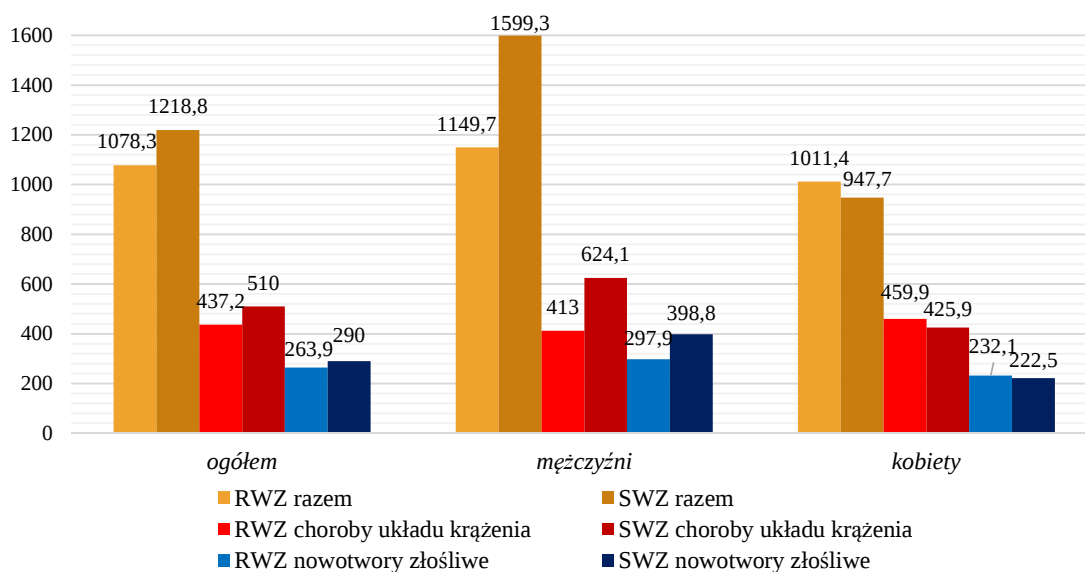


Źródło: dane GUS (Rocznik Statystyczny Wrocławia 2020)

2. WYBRANE DANE EPIDEMIOLOGICZNE

Statystyka zgonów według ich przyczyn pozwala na określenie potrzeb i wynikających z nich zadań w zakresie ochrony zdrowia. Szczególne znaczenie mają dostępne dane dotyczące umieralności z powodu **chorób układu krążenia oraz nowotworów**, które w 2018 r., powołując się na dane GUS, **były odpowiedzialne łącznie za 65,0% wszystkich zgonów, w tym choroby układu krążenia za 40,5% zgonów** (167 942 osoby, tj. 437 osób na 100 tys. ludności) oraz **nowotwory złośliwe – 24,5% zgonów** (101 386 osób, tj. 264 osób na 100 tys.) (Wojtyniak & Goryński, 2020). Również mając na uwadze różnice ze względu na *płeć*, choroby układu krążenia pozostają główną przyczyną zgonów, bo odpowiadają za 45,5% zgonów kobiet (460/100 000) oraz 35,9% zgonów mężczyzn (413/100 000), podobnie jak nowotwory złośliwe pozostają drugą główną przyczyną zgonów – odpowiadają za 22,9% zgonów kobiet (232/100 000) oraz 25,9% zgonów mężczyzn (298/100 000). Warto podkreślić, że po wyeliminowaniu różnic wiekowych obu płci, *standaryzowany* współczynnik zgonów w przypadku chorób układu krążenia był dla mężczyzn o 46,5% wyższy niż dla kobiet (624,1 vs. 425,9/100 000), w przeciwieństwie do *rzeczywistych* współczynników – odpowiednio 413 vs. 460/100 000 (co wynika z racji przeciętnie starszego wieku kobiet w populacji ogólnej). Również w przypadku nowotworów złośliwych współczynnik *standaryzowany* jest wyższy dla mężczyzn – o 79,2% (398,8 vs. 222,5/100 000), co pokazuje, iż choroby te są większym zagrożeniem dla mężczyzn niż dla kobiet (Wojtyniak & Goryński, 2020) – Wykres II.2.1. oraz II.2.3.

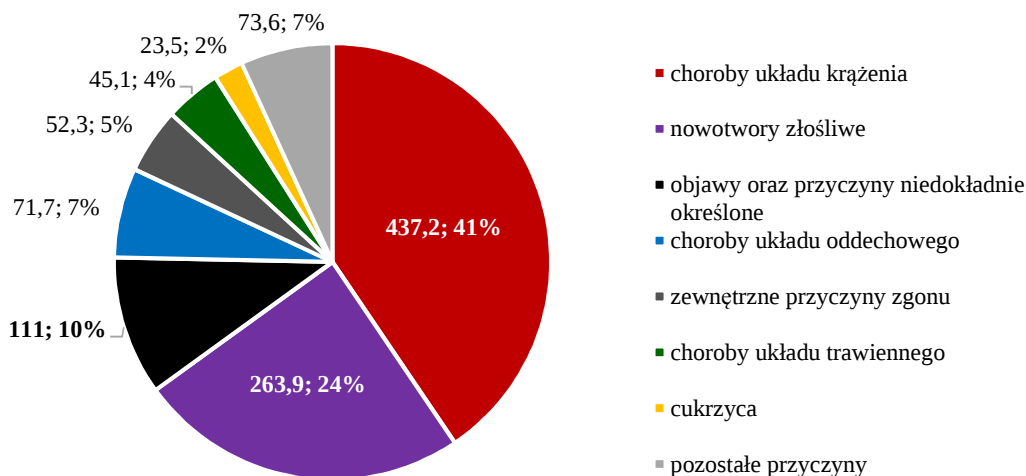
Wykres II.2.1. Rzeczywiste współczynniki zgonów (RWZ) oraz standaryzowane współczynniki zgonów (SWZ) na 100 000 ludności w Polsce w 2018 r. – choroby układu krążenia oraz nowotwory złośliwe



Źródło: dane GUS (za: Wojtyniak & Goryński, 2020)

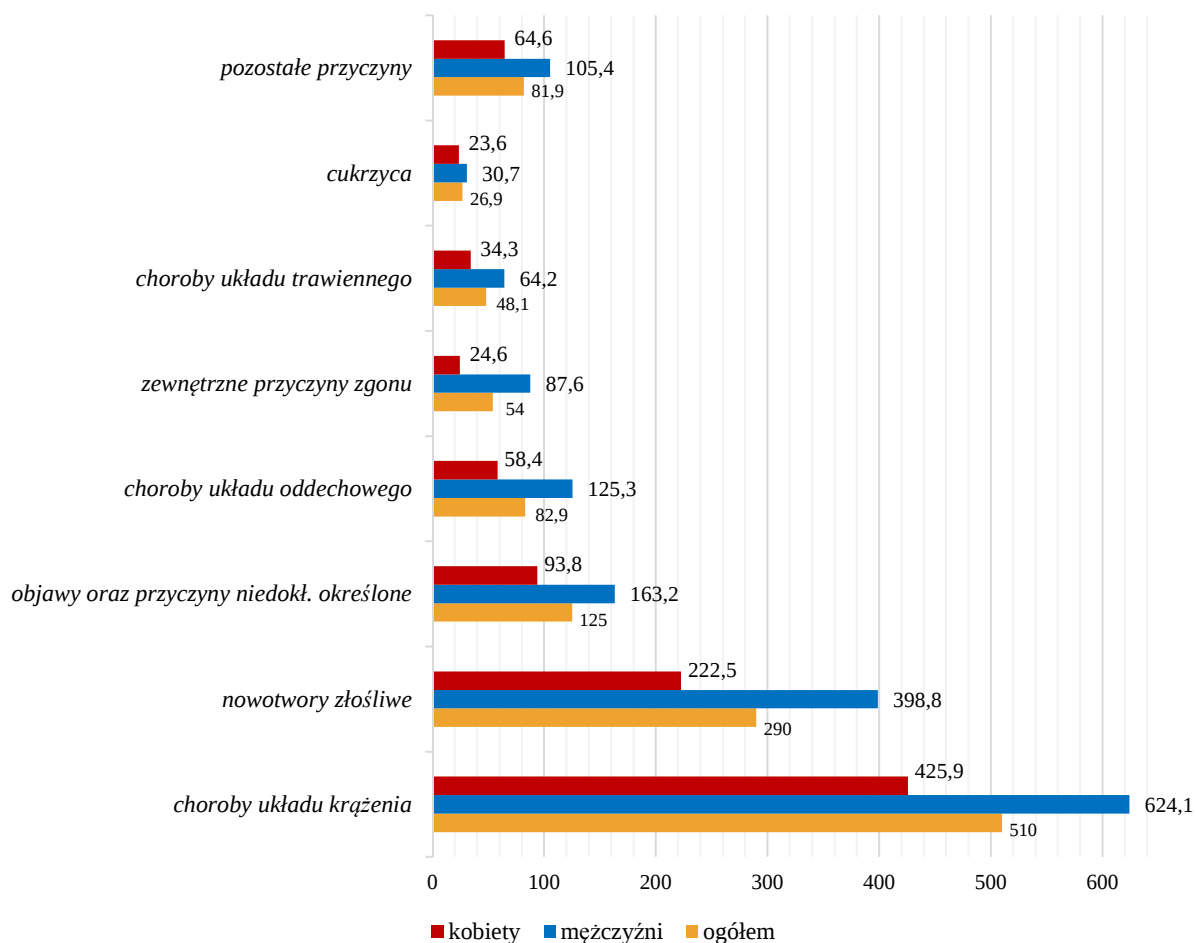
Wśród pozostałych przyczyn zgonów znajdują się: „objawy i cechy chorobowe”, w tym „nieodkryte lub nieznane przyczyny umieralności” – trzecia co do częstości przyczyna zgonów w Polsce (10%), choroby układu oddechowego (7%), zewnętrzne przyczyny zgonu (5%), choroby układu trawiennego (4%) oraz cukrzyca (2%) – Wykres II.2.2. oraz II.2.3.

Wykres II.2.2. Struktura zgonów według przyczyn w Polsce w 2018 r. – rzeczywiste współczynniki zgonów [na 100 tys. ludności]



Źródło: dane GUS (za: Wojtyniak & Goryński, 2020)

Wykres II.2.3. Struktura zgonów według przyczyn mężczyzn oraz kobiet w Polsce w 2018 r. – standaryzowane współczynniki zgonów [na 100 tys. ludności]



Źródło: dane GUS (za: Wojtyniak & Goryński, 2020)

Zgony przedwczesne

Zgon, który ma miejsce przed 70 lub 75⁶⁰ r.ż. uważa się za przedwczesny (Wojtyniak & Goryński, 2020). Wśród kobiet dominującą przyczyną utraconych przedwcześnie lat życia są nowotwory złośliwe (39,4%), następnie choroby układu krążenia (18,3%) oraz przyczyny zewnętrzne (7,7%), zaś w przypadku mężczyzn – choroby układu krążenia (22,3%), nowotwory złośliwe (21,3%) oraz przyczyny zewnętrzne (18,6%) (Wojtyniak & Goryński, 2020) – Wykres II.2.4. Życie młodych mężczyzn (25-44 lat) oraz kobiet (10-29 lat) jest najbardziej zagrożone przyczynami zewnętrznymi (wypadki, samobójstwa, skutki przestępstwa), z kolei w późniejszych latach *mężczyznom* najbardziej zagrażają choroby układu krążenia oraz w mniejszym stopniu – nowotwory, zaś w przypadku *kobiet* ≤75 r.ż. – nowotwory złośliwe (31,4% zgonów kobiet w wieku 20-44 lat oraz 47,7% zgonów kobiet w wieku 45-64 lat (KRN, 2020)), które dopiero w najstarszych grupach wiekowych ustępują chorobom układu krążenia⁶¹. Jak wspomniano wcześniej, we wszystkich grupach wieku mężczyźni umierają częściej niż kobiety (*nadumieralność mężczyzn* – 4-krotnie częściej niż kobiety w grupie wieku 20-34 lat, a 3-krotnie częściej w grupie wieku 35-44 lat), a po wyeliminowaniu wpływu różnic wieku,

⁶⁰OECD [patrz: przypis 64] oraz Eurostat przyjmują granicę 70 r.ż., natomiast USA czy Wielka Brytania: 75 lat

⁶¹Ryzyko sercowo-naczyniowe kobiet jest jedynie „odroczone” o ok. 10-15 lat w czasie w stosunku do mężczyzn

obciążenie przedwczesnym zgonem mężczyzn jest 2,5-krotnie większe niż kobiet (Wojtyniak & Goryński, 2020). Autorzy podkreślają znaczny wzrost współczynników zgonów w latach 2014-2018 odnośnie przedwcześnie utraconych lat życia przede wszystkim z powodu cukrzycy, chorób układu oddechowego, przewlekłych chorób wątroby oraz ogółu przyczyn bezpośrednio związanych z konsumpcją alkoholu (Wojtyniak & Goryński, 2020).

Wykres II.2.4. Przyczyny przedwczesnej umieralności mężczyzn i kobiet w Polsce [w %]



Źródło: dane GUS (za: Wojtyniak & Goryński, 2020)

CHOROBY UKŁADU KRAŻENIA

Pojęcie chorób układu krążenia jest niezwykle szerokie i obejmuje wszystkie choroby serca oraz naczyń – tętnic i żył. Do szerokiego kręgu chorób układu krążenia należy m.in. nadciśnienie tętnicze, zaburzenia rytmu serca (najczęściej – migotanie przedsionków) oraz niewydolność serca. Wśród chorób serca, szczególne znaczenie kliniczne oraz epidemiologiczne ma **choroba niedokrwienna serca** (ChNS), która znów jest szerokim pojęciem i obejmuje wszystkie stany niedokrwienia mięśnia sercowego bez względu na jego mechanizm, jednakże najczęstszą przyczyną ChNS (>98% przypadków) jest **miażdżyca** tętnic wieńcowych (tzw. choroba wieńcowa, ChW). Z kolei **miażdżyca** (*atherosclerosis* v. *arteriosclerosis*) jest przewlekłym procesem zapalnym dotyczącym aorty i tętnic średniej wielkości, a główne kliniczne manifestacje miażdżycy dotyczą dopiero jej zaawansowanej postaci, tj. obecności blaszek i związanymi z nimi zaburzeniami ukrwienia tkanek i niedokrwieniem (Beręsewicz, 2011). Choć miażdżyca jest procesem całego układu tętniczego, najczęstszą jej manifestacją są choroba niedokrwienna serca (ChNS) oraz **udar niedokrwienny mózgu** (choroba naczyń mózgowych). Ponadto, szacuje się, że miażdżyca tętnic wieńcowych i spowodowana nią ChNS są przyczyną ~70% przypadków niewydolności serca i ~80% nagłych śmierci sercowych (Beręsewicz, 2011). Warto zauważyć, że miażdżyco-pochodne zespoły chorobowe są bardzo częste w populacji ogólnej, wywoływane przez podobne czynniki (patrz

niżej), mają wspólny patomechanizm i prawdopodobnie mogą być podobnie leczone – stąd wielu autorów używa pojedynczego terminu **choroba sercowo-naczyniowa** (ChSN, *cardiovascular disease*, CVD) jako synonimu tychże miażdżyco-pochodnych chorób, tj. przede wszystkim choroby wieńcowej oraz udaru niedokrwiennej mózgu.

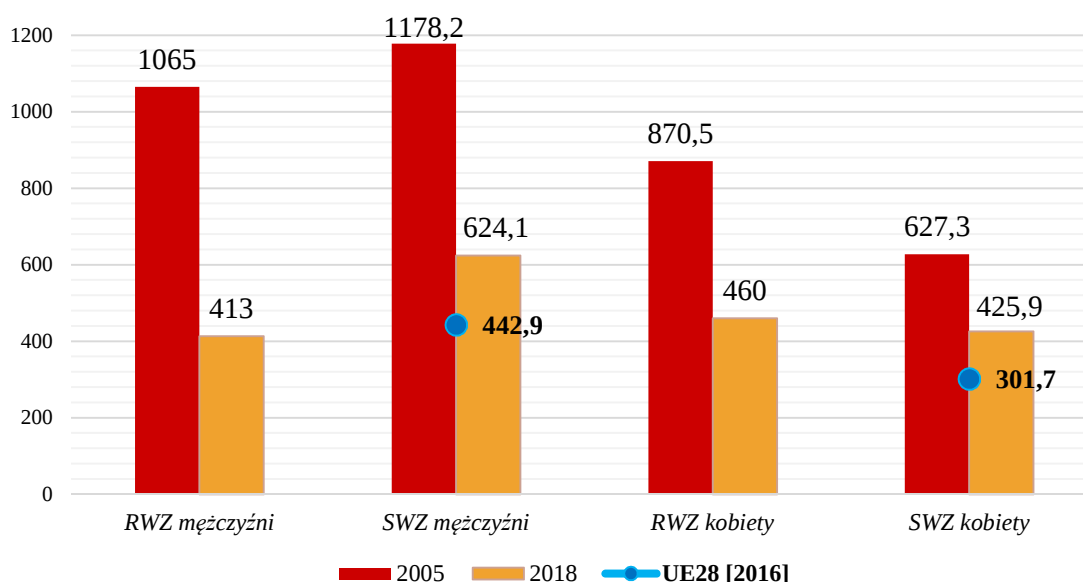
Polska na tle Unii Europejskiej

Na wstępie należy bardzo mocno podkreślić duże ograniczenie w analizach porównawczych danych epidemiologicznych dotyczących chorób układu krążenia odnośnie bardziej szczegółowych jednostek chorobowych – występują znaczne różnice w orzecznictwie oraz kodowaniu przyczyn zgonów, nie tylko na tle międzynarodowym, ale przede wszystkim występują spore różnice międzywojewódzkie w kraju w tym zakresie. W poniższym opracowaniu, idąc za autorami raportu *Sytuacji zdrowotnej Polski i jej uwarunkowań 2020*, wyróżniono szczegółowo choroby serca, w tym zawał serca, oraz choroby naczyń mózgowych odnośnie danych krajowych (Wojtyniak & Goryński, 2020), zaś opisując sytuację epidemiologiczną dla województwa dolnośląskiego oraz Wrocławia, idąc za danymi zawartymi w opracowaniach GUS, wyróżnia się szczegółowo przede wszystkim chorobę niedokrwienną serca oraz chorobę naczyń mózgowych (GUS, 2020d, 2020c).

Choroby układu krążenia są wiodącą przyczyną zgonów, zarówno w Polsce, jak i w Europie, w której odpowiadają za ponad 4 mln zgonów każdego roku, w tym za 2,2 mln zgonów kobiet oraz 1,8 mln mężczyzn, a przed 65. rokiem życia zgony z przyczyn sercowo-naczyniowych są ok. 2,5 razy częstsze u mężczyzn, niż u kobiet (ESC/EAS, 2020). Warto zaznaczyć, że skorygowana do wieku **śmiertelność związana z chorobą wieńcową (ChW) zmniejszyła się od lat 80. XX wieku**, zwłaszcza w regionach o wysokich dochodach, a **w wielu krajach Europy częstość występowania ChW jest obecnie o połowę niższa niż we wczesnych latach 80.**, co jest związane ze skutecznymi działaniami prewencyjnymi (m.in. sukces prawodawstwa dotyczącego wyrobów tytoniowych) (ESC, 2016). Niepokojącym jednak jest fakt **utrzymywania się w dalszym ciągu nierówności między krajami oraz stały, istotny wzrost częstości występowania wielu czynników ryzyka, zwłaszcza otyłości oraz cukrzycy**. Jeszcze w 2005 r. w Polsce zgony z powodu chorób serca i naczyń stanowiły 45,7% ogólnej liczby zgonów, a bezwzględne współczynniki umieralności na 100 tys. ludności wyniosły 1065 u mężczyzn oraz 870,5 u kobiet (w tym standaryzowane względem wieku – 1178,2 u mężczyzn oraz prawie dwukrotnie mniej u kobiet – 627,3) (Zdrojewski et al., 2007), a w 2018 r. wyniosły odpowiednio 413 u mężczyzn vs. 460 kobiet (w tym standaryzowane współczynniki odpowiednio 624,1 oraz 425,9/100 000) (Wojtyniak & Goryński, 2020) – Wykres II.2.5. Od co najmniej początku XXI wieku umieralność przedwczesna z powodu chorób układu krążenia (tj. <65 r.ż.) w Polsce jest wyższa niż średnia dla krajów Unii Europejskiej – w 2005 r. nadwyżka umieralności przedwczesnej w Polsce wyniosła 72% dla mężczyzn oraz 50% dla kobiet, w tym w przypadku chorób naczyń mózgowych – 89% dla mężczyzn oraz 67% dla kobiet (Zdrojewski et al., 2007), a w 2017 r. standaryzowany współczynnik zgonów <65 r.ż. z powodu chorób układu krążenia w Polsce był wyższy o 50%

niż średnia dla krajów UE (66,9 vs. 44,8/100 000)⁶². Z kolei **standaryzowany współczynnik zgonów dla całej populacji w 2018 r. w Polsce był wyższy o 40,9% dla mężczyzn oraz 41,2% dla kobiet niż średnia dla ogółu krajów UE28 w 2016 r.** (tj. dla mężczyzn 442,9, a dla kobiet 301,7/100 000) (Wojtyniak & Goryński, 2020) – Wykres II.2.5.

Wykres II.2.5. Rzeczywiste współczynniki zgonów (RWZ) oraz standaryzowane współczynniki zgonów (SWZ) na 100 000 ludności z powodu chorób układu krążenia w Polsce w latach 2005 oraz 2018



Źródło: dane za: Zdrojewski i in. (2007) oraz Wojtyniak & Goryński (2020)

W 2018 r. w Polsce najczęstszą przyczyną zgonów z powodu chorób układu krążenia były choroby serca (99,0 tys. zgonów; 59,0%), w tym zawał serca (12,0 tys. zgonów; 7,2%), zaś na drugim miejscu – choroby naczyń mózgowych (30,0 tys. zgonów, 17,8%) – łącznie 76,8% zgonów z powodu chorób układu krążenia (129 tys. zgonów). Warto zaznaczyć, że choroby układu krążenia we wszystkich województwach w Polsce bardziej zagrażają mieszkańcom wsi, bowiem umieralność jest wyższa o ok. 1,7% niż średnia krajowa oraz o 2,8% niż w miastach (Wojtyniak & Goryński, 2020). Z kolei częstość występowania ostrych zespołów wieńcowych (OZW; zaawansowana postać choroby wieńcowej) w Polsce szacuje się na >100 tys. przypadków rocznie, podczas gdy *zapadalność* na OZW wynosiła w 2018 r. 299 na 100 tys. mieszkańców, a *zapadalność* na udar niedokrwienno mózgu w 2017 r. wyniosła >190 na 100 tys. osób (Gajewski, 2020). Wśród głównych przyczyn tak ogromnej poprawy wskaźników umieralności znajdują się przede wszystkim postęp w naukach medycznych, w tym wdrożenie nowych technologii medycznych, a także skuteczne działania prewencyjne.

⁶²https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Cardiovascular_diseases_statistics

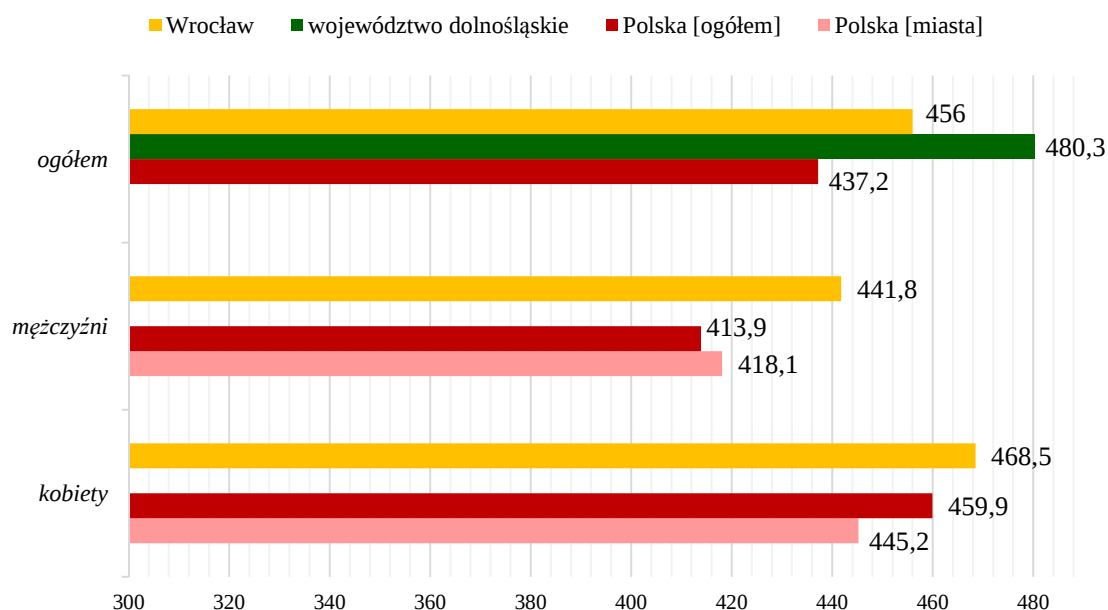
Jednakże niezależnie od powyższego, choroby układu krążenia wciąż pozostają 1. przyczyną zgonów, zatem **priorytetem polityki zdrowotnej powinny być wszelkie działania ukierunkowane na promocję zdrowia oraz profilaktykę, w tym badania przesiewowe oceniające ryzyko sercowo-naczyniowe** (strategia ogólnopopulacyjna oraz wysokiego ryzyka – patrz dalej).

Województwo dolnośląskie oraz Wrocław

Województwo dolnośląskie jest jednym z regionów w kraju o najwyższej liczbie zgonów z powodu chorób układu krążenia (2018 r.: 13,9 tys. zgonów, 4. miejsce w kraju; 42,2% ogólnej liczby zgonów w województwie), przy czym, *w porównaniu do 2017 r.*, nastąpił wzrost liczby zgonów z tego powodu o 1,8%. Jednocześnie, wskaźnik zgonów z powodu chorób układu krążenia na 100 tys. ludności był jednym z wyższych w kraju (480,3 – 5. miejscu w kraju [Polska – 437,2]) (GUS, 2020d). *W porównaniu z 2010 r.*, wzrosła o 22,1% liczba zgonów z powodu chorób naczyń mózgowych oraz o 11,6% z powodu choroby niedokrwiennej serca. W 2018 r. najwyższy udział zgonów z powodu chorób układu krążenia był notowany w powiecie strzelińskim (49,0%) oraz górowskim (46,5%) i milickim (46,1%), a najniższy – w powiecie bolesławieckim (38,3%), lubińskim (39,1%) oraz trzebnickim (39,2%) i kamiennogórskim (39,5%), zaś najwyższy wskaźnik zgonów z tego powodu na 100 tys. ludności zanotowano w Wałbrzychu (630), a niższy – w powiecie wrocławskim (342) (GUS, 2020d).

We Wrocławiu, w 2018 r. zanotowano wskaźnik zgonów z powodu chorób układu krążenia na 100 tys. ludności na poziomie 456,0 (417,1 w 2016 r.; 480,3 dla województwa, 437,2 dla Polski), przy czym dla kobiet był on wyższy i wyniósł 468,5, a dla mężczyzn – 441,8, w tym z powodu choroby niedokrwiennej serca: 81,5 dla Wrocławia, 71,3 dla kobiet oraz 93,2 dla mężczyzn oraz z powodu choroby naczyń mózgowych – odpowiednio 74,3, 83,0 oraz 64,4 (GUS, 2020c) – Wykres II.2.6. oraz II.2.13.

Wykres II.2.6. Rzeczywiste współczynniki zgonów na 100 tys. mieszkańców z powodu chorób układu krążenia w 2018 r. w Polsce, województwie dolnośląskim oraz we Wrocławiu



Źródło: dane GUS oraz za: Wojtyniak & Goryński (2020)

CHOROBA NOWOTWOROWA

Pojęcie „nowotwór” określa grupę chorób, w których komórki dzielą się w niekontrolowany przez organizm sposób, a nowopowstałe komórki nowotworowe nie różnicują się w typowe dla danej tkanki. Nowotwory mogą dotyczyć wszystkich tkanek ciała, natomiast pojęcie *rak* dotyczy tylko komórek pochodzenia nabłonkowego, np. śluzówki jelita, komórek nabłonka płuc itp., a z kolei nowotwory pochodzenia nienabłonkowego to mięsaki. Raki (*cancers*) są dużą grupą chorób, które obejmują nieprawidłowy wzrost komórek z potencjałem inwazji lub rozprzestrzeniania się na inne części ciała; stanowią one podgrupę nowotworów (*neoplasms*), choć w potocznym języku słowo „rak” bardzo często używane jest jako synonim chorób nowotworowych.

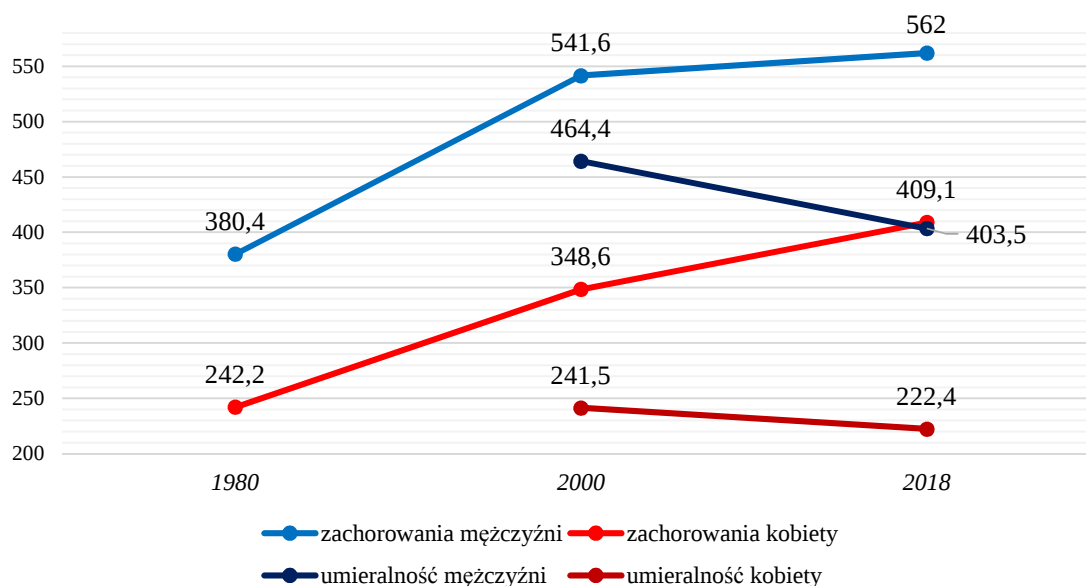
Polska na tle Unii Europejskiej

Nowotwory złośliwe w ostatnim czasie stanowią narastający problem zdrowotny, społeczny oraz ekonomiczny. **W Polsce, w 2018 r.** według danych z Krajowego Rejestru Nowotworów (KRN) **zarejestrowano 167 446 tys. nowych zachorowań** (w tym 83 570 u mężczyzn oraz 83 876 u kobiet) oraz **101 391 zgonów** (w tym 55 363 mężczyzn oraz 46 028 kobiet), odpowiednio o ok. 2,5 tys. oraz o 1,7 tys. *więcej* niż w 2017 r., a ponad 1,17 mln osób żyło z rozpoznaniem choroby nowotworowej (KRN, 2020). Standaryzowane współczynniki zachorowalności wyniosły w 2018 r. 562 u mężczyzn oraz 409 u kobiet na 100 tys. ludności (według ESP2013), zaś standaryzowane współczynniki umieralności wynosiły odpowiednio 404 u mężczyzn oraz 222 u kobiet – Wykres II.2.7. Łącznie, na każde 100 tys. osób populacji Polski przypadają 264 zgony z powodu nowotworów złośliwych – Wykres II.2.2. Nowotwory złośliwe stanowią obecnie ogółem drugą, po chorobach układu krążenia, przyczynę zgonów (25,9% zgonów mężczyzn oraz 23,1% zgonów kobiet), zaś w grupie kobiet przed 65. rokiem życia – są

najczęstszą przyczyną zgonów (31,4% zgonów młodych, tj. w wieku 20-44 lat, oraz 47,7% zgonów kobiet w średnim wieku, tj. 45-64 lat) (KRN, 2020). Ogółem, w okresie 1965-2018, **liczba zachorowań onkologicznych wzrosła 4-krotnie** (w tym wzrost wartości współczynnika standaryzowanego (ESP2013) zachorowań na nowotwory złośliwe na 100 tys. ludności w okresie 1980-2018 z 380,4 do 562,0 dla mężczyzn oraz z 242,2 do 409,1 dla kobiet), wraz ze wzrostem bezwzględnej liczby zgonów z tego powodu (84 559 zgonów w 2000 r.; wzrost o 20% w okresie 2000-2018), pomimo zauważalnego **spadku wartości współczynników umieralności** (dla przykładu – spadek wartości standaryzowanego współczynnika ESP2013 z 464,4 do 403,5 dla mężczyzn oraz z 241,5 do 222,4 dla kobiet w okresie 2000-2018 oraz sukcesywny spadek wartości stosunku liczby zgonów do zachorowań w okresie 1980-2018 z 1,0 do 0,7 dla mężczyzn oraz z 0,9 do 0,5 dla kobiet) (KRN, 2020) – Wykres II.2.7. Mimo znaczącego postępu efektu leczenia nowotworów w Polsce, ich wyniki nadal są gorsze niż większości krajów Unii Europejskiej, a Polska zajmuje ostatnie miejsce w rankingu skuteczności leczenia.

Ze względu na powyższe, priorytetem polityki zdrowotnej powinny być wszelkie działania ukierunkowane na promocję zdrowia, profilaktykę oraz wczesne wykrywanie zmian nowotworowych.

Wykres II.2.7. Standaryzowane (ESP2013) współczynniki zachorowalności oraz umieralności na nowotwory złośliwe w Polsce według płci w latach 1980, 2000 oraz 2018 [na 100 tys. ludności]



Źródło: dane KRN

Rodzaj (lokalizacja narządowa) nowotworu, częstotliwość jego występowania oraz rokowanie różnią się w zależności od płci oraz wieku, a także determinowane są narażeniem na czynniki rakotwórcze (głównie palenie tytoniu). Silnym czynnikiem determinującym częstość występowania nowotworów jest wiek, bowiem współczynniki zarówno zachorowalności, jak i umieralności u obu płci wykazują zależność wykładniczą od wieku, tj. wzrastając 10-krotnie

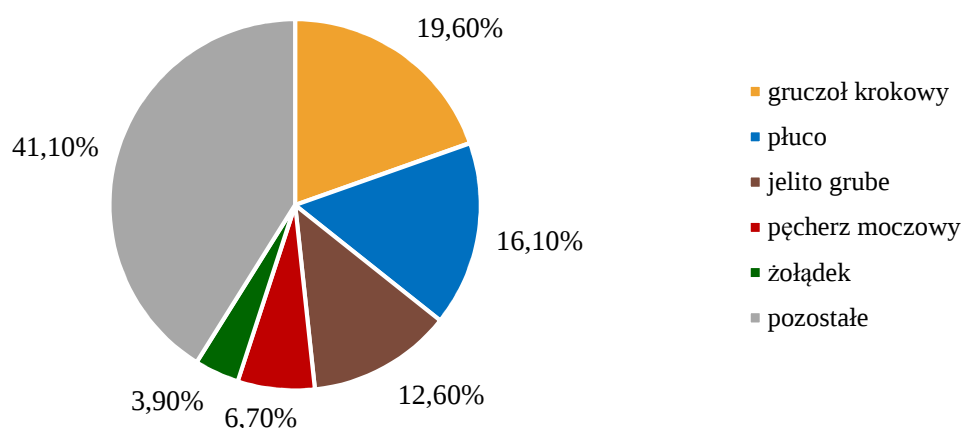
co 2-3 dekady życia (szczególnie po 50 r.ż., ze szczytem zachorowań u mężczyzn między 55 a 79 r.ż., a u kobiet – 50-74 lat) (KRN, 2020). Warto zauważyć, że w grupie wiekowej 20-59 lat, współczynniki zachorowań są wyższe dla kobiet. Znaczący przyrost ilości zachorowań w ostatnim czasie w Polsce związany jest m.in. z dynamicznym starzeniem się społeczeństwa⁶³. Z kolei najwięcej zgonów przyda na 7. oraz 8. dekadę życia.

Drugim, istotnym czynnikiem determinującym wskaźniki epidemiologiczne w onkologii jest płeć. Poniższe dane, pochodzą z najnowszych dla Polski danych, tj. za 2018 r., opracowanych w 2020 r. przez Krajowy Rejestr Nowotworów (KRN, 2020). W Polsce, w populacji **mężczyzn** najczęściej występuje nowotwór gruczołu krokowego (19,6% zachorowań), ze znaczną dynamiką wzrostu zachorowalności oraz niewielkim wzrostem umieralności, zastępując nowotwór złośliwy płuc (16,1%), którego zachorowalność oraz umieralność w ostatnim czasie zmniejszyła się, co jest bezpośrednio związane ze zmniejszeniem częstości palenia papierosów w tej populacji; trzecie miejsce zajmuje nowotwór jelita grubego (12,6%) z rosnącą tendencją zachorowalności oraz stabilnym poziomem umieralności oraz na miejscu czwartym – nowotwór pęcherza moczowego (6,7%) – łącznie 55%, Wykres II.2.8. Zaś w strukturze zgonów wciąż dominuje nowotwór płuca (28,2%) wraz z jelitem grubym (12,6%), gruczołem krokowym (10,1%) oraz żołądkiem (5,7%) i pęcherzem moczowym (5,6%) – łącznie 62,2%: Wykres II.2.9. Z kolei w populacji **kobiet** najczęściej występują nowotwory piersi (22,5%), jelita grubego (9,7%), płuca (9,3%) oraz trzonu macicy (7,2%) – łącznie 53,2%, przy czym nowotwory płuca były pierwszą przyczyną zgonów z powodu nowotworów w tej grupie (17,6%), wyprzedzając ponownie (od ponad dekady) nowotwory piersi (15,0%), a w dalszej kolejności znajdowały się nowotwory jelita grubego (11,8%) oraz jajnika (6,1%) – łącznie 50,5%: Wykres II.2.10. oraz II.2.11. Warto zaznaczyć, że nowotwory piersi wykazują stałą tendencję wzrostową wskaźników zachorowalności, ze zmiennym trendem umieralności w ostatnich dekadach (obecnie ponownie z tendencją wzrostową), zaś nowotwory płuca cechują się dynamiczną tendencją wzrostową zachorowalności, ze stale narastającymi wartościami współczynnika zgonów w tej grupie.

Analizując strukturę zachorowań oraz zgonów według grup wiekowych, można zauważyć, że w populacji wieku rozwojowego (0-19 lat) dominującymi nowotworami pod względem częstości występowania oraz jednocześnie zgonów są: białaczki, chłoniaki oraz nowotwory mózgu (łącznie ponad 60%) u obu płci, z kolei w grupie wiekowej mężczyzn 20-44 lat wyraźnie dominują w strukturze zachorowań nowotwory jądra (23%; 8% zgonów), zaś w strukturze zgonów – nowotwory mózgu (12%), a u kobiet łącznie nowotwory piersi (27% zachorowań, 25% zgonów), a co więcej, w tej grupie wiekowej [20-44 lat] standaryzowane współczynniki zachorowalności (ESP2013) są 2-krotnie wyższe dla kobiet – odpowiednio 111 oraz 55 na 10 tys. ludności. Struktura zachorowań oraz zgonów u obu płci >45 r.ż. została przedstawiona w Tabeli II.2.1.

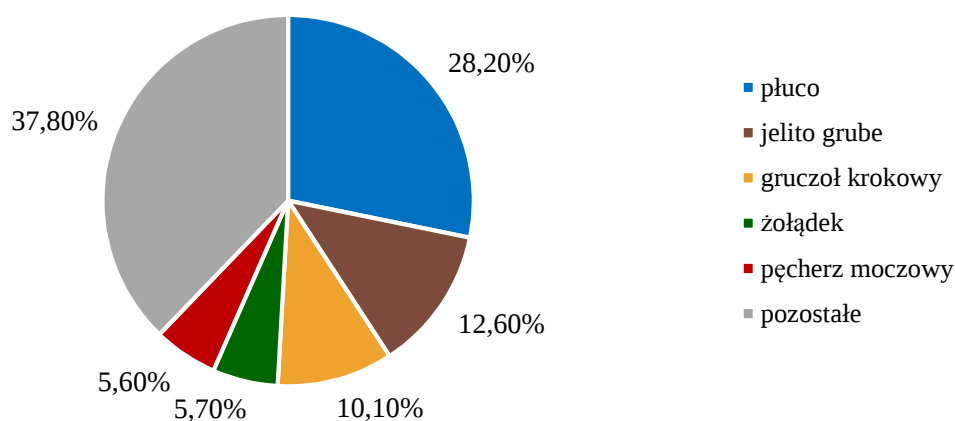
Wykres II.2.8. Struktura zachorowań z powodu poszczególnych nowotworów złośliwych w populacji mężczyzn w Polsce w 2018 r.

⁶³Patrz: Cz. II, pkt. 1. Wybrane dane demograficzne



Źródło: dane KRN

Wykres II.2.9. Struktura zgonów z powodu poszczególnych nowotworów złośliwych w populacji mężczyzn w Polsce w 2018 r.



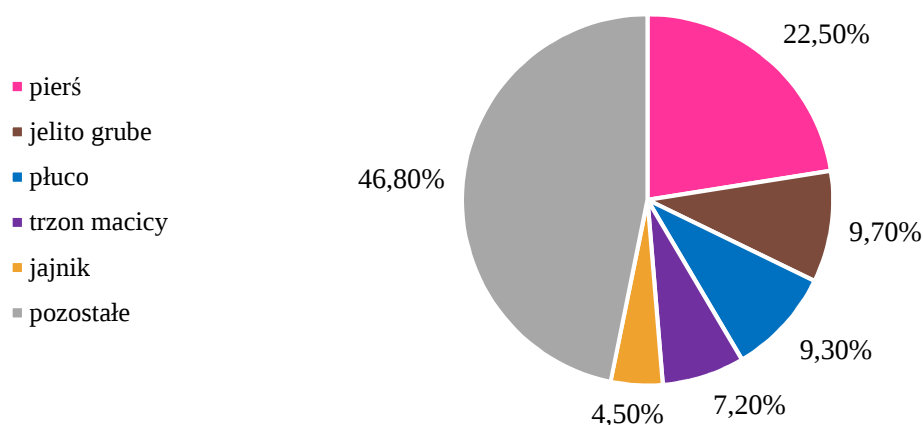
Źródło: dane KRN

Tabela II.2.1. Struktura zachorowań oraz zgonów z powodu poszczególnych nowotworów według płci w grupie >45 r.ż.

	Mężczyźni		Kobiety	
	Zachorowania	Zgony	Zachorowania	Zgony
45-64 lata	Płuco 17% Gruczoł krokowy 17% Jelito grube 13% Pęcherz moczowy 6%	Płuco 31% Jelito grube 10% Żołądek 6% Gruczoł krokowy 4%	Pierś 29% Płuca 9% Trzon macicy 9% Jelito grube 8%	Płuca 21% Pierś 18% Jelito grube 9% Jajnik 9%
>65 lat	Gruczoł krokowy 23% Płuco 17% Jelito grube 13% Pęcherz moczowy 8%	Płuco 28% Jelito grube 14% Gruczoł krokowy 13% Pęcherz moczowy 7%	Pierś 18% Jelito grube 12% Płuco 11% Trzon macicy 7%	Płuco 17% Pierś 14% Jelito grube 13% Jajnik 5%

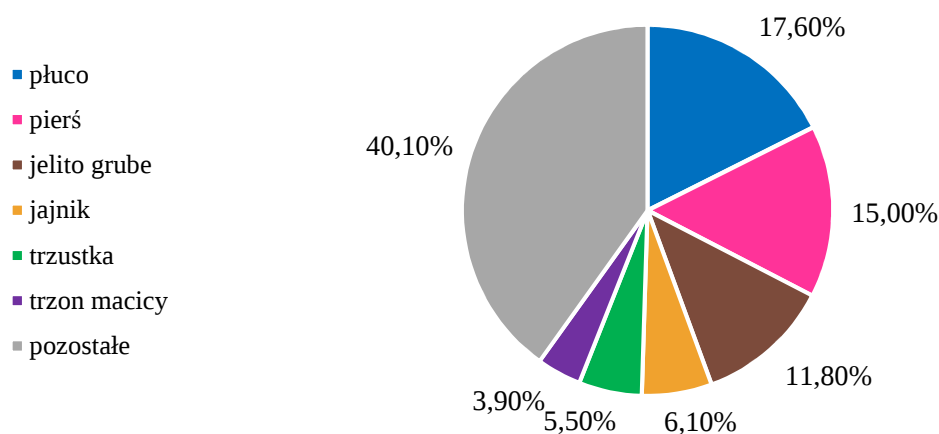
Źródło: KRN 2020

Wykres II.2.10. Struktura zachorowań z powodu poszczególnych nowotworów złośliwych w populacji kobiet w Polsce w 2018 r.



Źródło: dane KRN

Wykres II.2.11. Struktura zgonów z powodu poszczególnych nowotworów złośliwych w populacji kobiet w Polsce w 2018 r.



Źródło: dane KRN

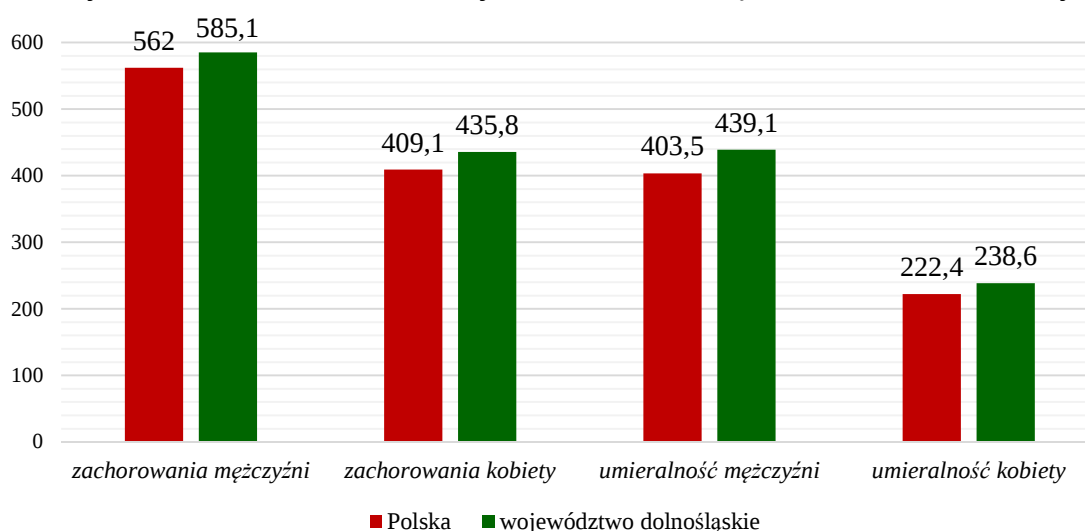
Województwo dolnośląskie oraz Wrocław

W obrębie kraju występuje niejednorodny rozkład geograficzny natężenia współczynnika umieralności na nowotwory złośliwe, tj. w regionach północno-zachodnich kraju (w tym w województwie dolnośląskim) notowane są wyższe wskaźniki, dla obydwu płci. **Województwo dolnośląskie jest jednym z regionów w kraju o najwyższym udziale choroby nowotworowej w ogólnej liczbie zgonów** (27,4% zgonów w województwie [w Polsce – 26,4%]; 8,5 tys. zgonów w 2018 r. – 4. miejsce w kraju), przy czym, w porównaniu do 2017 r., nastąpił wzrost liczby zgonów z tego powodu o 0,8% (GUS, 2020d). Jednocześnie, wskaźnik zgonów z powodu choroby nowotworowej na 100 tys. ludności był jednym z najwyższych (311,8 – 3. miejscu w kraju [Polska – 284,5]; 309,3 w 2017 r.), a pod względem umieralności na nowotwory *złośliwe* na 100 tys. ludności, województwo dolnośląskie kolejny rok znalazło się na 1. miejscu w kraju (292,6; 291,9 w 2017 r.; w Polsce według danych KRN – 264). W porównaniu z 2010 r. wzrosła o 21,0% liczba zgonów z powodu nowotworów (wzrost o 15,3%

w przypadku nowotworów złośliwych), w tym tchawicy, oskrzeli i płuc o 12,5%, o 15,0% z powodu chorób żołądka, okrężnicy, odbytnicy, złącza jelit i odbytu, i o 45,2% z powodu nowotworu piersi i szyjki macicy (GUS, 2020d). W 2018 r. najwyższy wskaźnik zgonów na 100 tys. ludności z powodu choroby nowotworowej był notowany w powiecie jeleniogórskim (411), a najniższy – w powiecie wrocławskim (219), zaś największy udział w strukturze zgonów ogółem, choroby nowotworowe miały w powiecie lubińskim (33,1%), jeleniogórskim (29,8%) oraz oleśnickim (29,2%) i milickim (29,0%), zaś najmniejszy – w powiecie górowskim (23,7%), złotoryjskim (24,2%) oraz kamiennogórskim (24,5%) (GUS, 2020d).

Województwo dolnośląskie cechuje się wyższymi niż krajowy standaryzowanymi wskaźnikami zachorowalności na nowotwory złośliwe (ESP2013), zarówno w grupie mężczyzn, jak i kobiet, bo dla 2018 r. odpowiednio: 585,1 (7. miejsce w kraju; 562,0 dla Polski) oraz 435,8 (4. miejsce w kraju; 409,1 dla Polski), a także umieralnością na nowotwory złośliwe – 439,1 dla mężczyzn (3. miejsce w kraju; 403,5 dla Polski) oraz 238,6 dla kobiet (4. miejsce w kraju; 222,4 dla Polski) (KRN, 2020) – Wykres II.2.12.

Wykres II.2.12. Standaryzowane (ESP2013) wskaźniki zachorowalności oraz umieralności na nowotwory złośliwe w Polsce oraz w województwie dolnośląskim w 2018 r. [na 100 tys.]



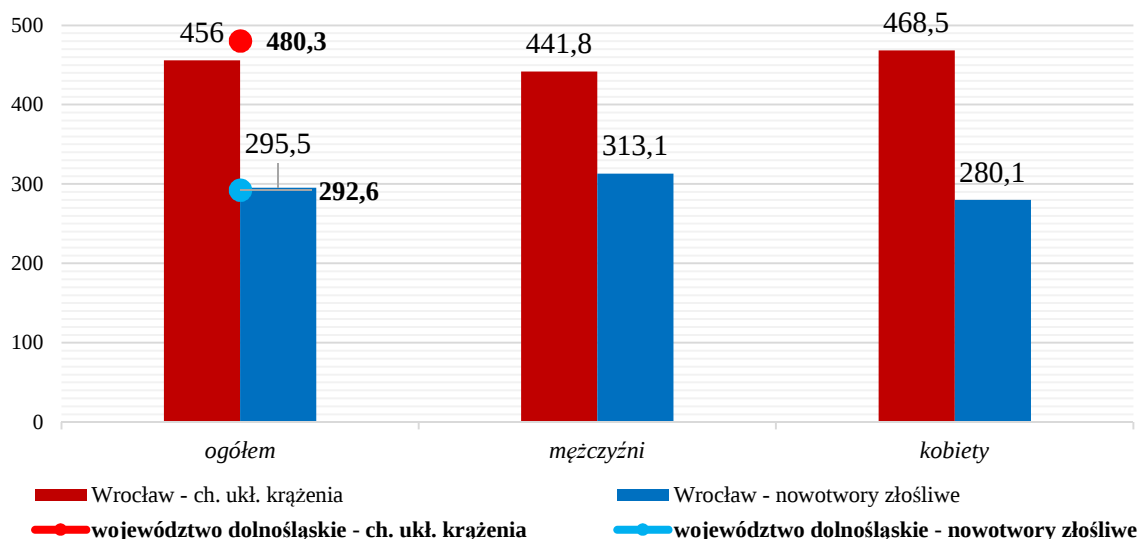
Źródło: KRN 2020

W 2018 r., w województwie zanotowano 6 723 nowych zachorowań na nowotwory złośliwe wśród mężczyzn (8% zachorowań mężczyzn) oraz 7 026 wśród kobiet (8,4%), w tym w populacji mężczyzn najczęściej występował nowotwór płuc (18,3%) oraz gruczołu krokowego (16,9%) – odwrotnie niż trendy krajowe (odpowiednio 16,1% oraz 19,6% w Polsce), jelita grubego (12,4%; 12,6% dla Polski) oraz na miejscu czwartym – nowotwór pęcherza moczowego (7,5%; dla Polski – 6,7%), a z kolei w populacji kobiet najczęściej występowały nowotwory piersi (22,1%, dla Polski – 22,5%), płuca (10,5%, dla Polski – 9,3%), jelita grubego (9,9%, dla Polski – 9,7%) oraz trzonu macicy (7,9%, dla Polski – 7,2%) (KRN, 2020). W 2018 r. zarejestrowano 4 582 zgonów mężczyzn (8,27% zgonów mężczyzn) oraz 3 906 kobiet (8,48%) z powodu nowotworu złośliwego. Podobnie jak w kraju, w grupie mężczyzn dominuje nowotwór płuca w strukturze zgonów (28,6%, dla Polski – 28,2%) wraz z jelitem grubym (12,8%, dla Polski – 12,6%), gruczołem krokowym (9,4%, dla Polski – 10,1%) oraz żołądkiem

(5,9%, dla Polski 5,7%) i pęcherzem moczowym (5,7%, 5,6% dla Polski). W grupie kobiet nowotwory płuca były pierwszą przyczyną zgonów z powodu nowotworów (19,2%, dla Polski – 17,6%), wyprzedzając ponownie (od ponad dekady) nowotwory piersi (14,8%, 15,0% dla Polski), a w dalszej kolejności znajdowały się nowotwory jelita grubego (12,0%, dla Polski – 11,8%) oraz jajnika (5,0%, dla Polski – 6,1%) (KRN, 2020).

We Wrocławiu, w 2018 r. zanotowano wskaźnik zgonów z powodu choroby nowotworowej na 100 tys. ludności na poziomie 316,5 (303,3 w 2016 r.; 311,8 dla województwa), przy czym dla mężczyzn był on wyższy i wynosił 333,5, a dla kobiet – 301,6, w tym z powodu nowotworów złośliwych odpowiednio: 295,5 dla Wrocławia ogółem (292,6 dla województwa, w Polsce według danych KRN – 264; 287,7 w 2016 r. dla Wrocławia), 313,1 dla mężczyzn oraz 280,1 dla kobiet (GUS, 2020c) – Wykres II.2.13.

Wykres II.2.13. Bezwzględne wskaźniki zgonów z powodu nowotworów złośliwych oraz chorób układu krążenia we Wrocławiu w 2018 r. [na 100 tys. mieszkańców]



Źródło: GUS 2020

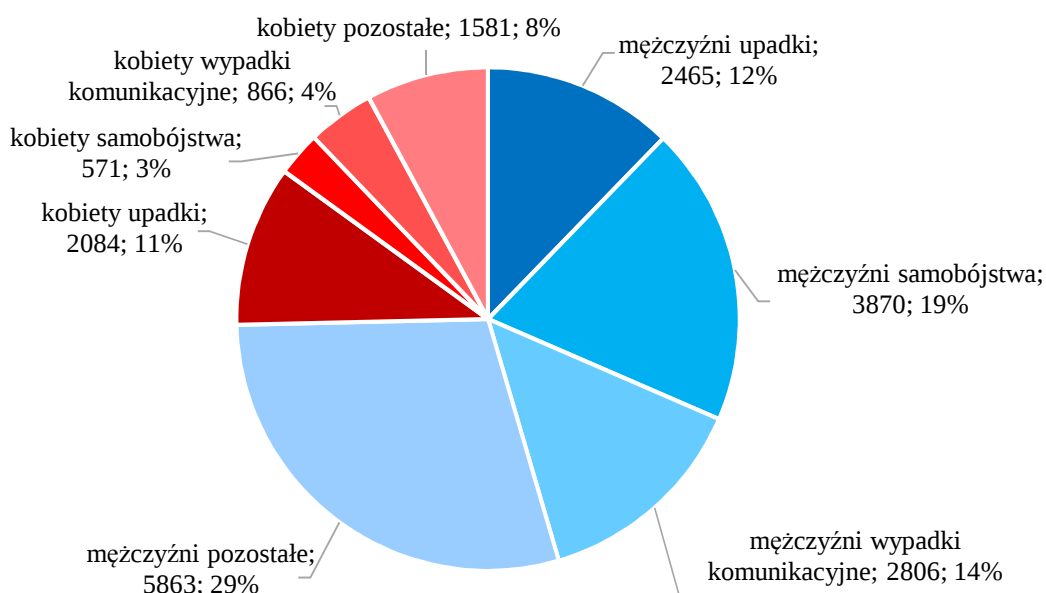
PRZYCZYNY ZEWNĘTRZNE ZGONÓW

Przyczyny zewnętrzne (tzw. nienaturalne) zgonów są ogółem piątą co do znaczenia grupą przyczyn umieralności, ze współczynnikiem zgonów 52,3 na każde 100 tys. ludności (w tym ponad 3-krotnie wyższym dla mężczyzn niż dla kobiet) – Wykres II.2.2., ale mają z kolei **istotne znaczenie wśród przyczyn umieralności przedwczesnej**. Według obliczeń własnych autorów Raportu *Sytuacja zdrowotna Polski i jej uwarunkowania 2020* (Wojtyniak & Goryński, 2020), udział przyczyn zewnętrznych zgonów w utraconych potencjalnych latach życia wyniósł 7,7% w przypadku kobiet oraz 18,6% w przypadku mężczyzn i była to trzecia przyczyna wśród obydwu płci – Wykres II.2.4., a **dla osób w wieku 5-44 lat są największym zagrożeniem życia**, bowiem odpowiadały za 41% zgonów w 2018 r. w tej grupie wiekowej.

Polska

Wśród najczęstszych przyczyn zewnętrznych zgonów były upadki (4 549 zgonów, 22,6%), samobójstwa (4 441 zgonów, 22,1%) oraz wypadki komunikacyjne (3 672 zgonów, 18,3%) (Wojtyniak & Goryński, 2020), przy czym 15 tys. zgonów dotyczyło mężczyzn (74,6%) – Wykres II.2.14. Analizując standaryzowane współczynniki zgonów, można zauważyć, że **zagrożenie zgonem z przyczyn zewnętrznych jest większe w Polsce dla mieszkańców wsi niż miast**, zarówno w grupie mężczyzn, jak i kobiet (odpowiednio o 31% i o 8% większe), co dotyczy również samobójstw (odpowiednio o 57% większe dla mężczyzn oraz o 31% dla kobiet) oraz wypadków komunikacyjnych (odpowiednio o 76% oraz 43%). Warto także zauważyć, że zagrożenie życia z powodu samobójstw, a także wypadków komunikacyjnych było w latach 2017-2018 mniejsze niż 5 lat wcześniej – odpowiednio o 29,6% oraz 11,8% w skali całego kraju (Wojtyniak & Goryński, 2020).

Wykres II.2.14. Struktura zgonów z przyczyn zewnętrznych według płci w Polsce w 2018 r.



Źródło: dane za Wojtyniak & Goryński (2020)

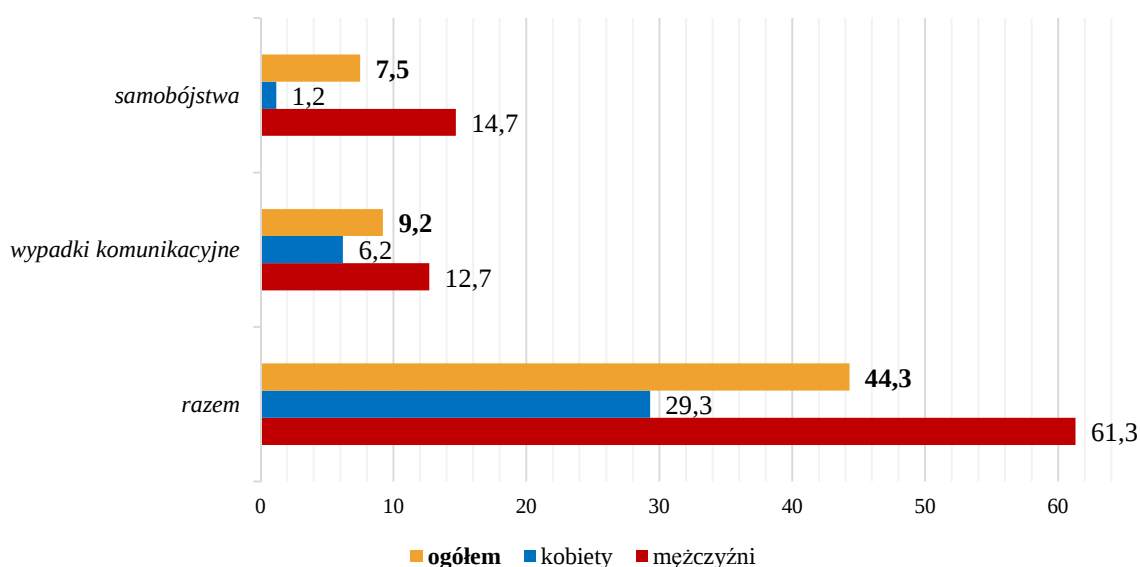
Województwo dolnośląskie oraz Wrocław

Zewnętrzne przyczyny zgonu stanowiły 4,2% zgonów ogółem mieszkańców województwa w 2018 r. (1,4/33 tys.), w tym głównie z następujących powodów: wypadki i nieszczęśliwe następstwa wypadków (972 zgonów), samobójstwa (381 zgonów) oraz zabójstwa (18 zgonów) (GUS, 2020d). O ile w przypadku samobójstw oraz wypadków komunikacyjnych jako przyczyny zgonów, sytuacja epidemiologiczna w kraju ogólnie systematycznie poprawia się, tak w województwie dolnośląskim w ostatnim okresie 2017-2018 współczynnik umieralności z powodu wypadków komunikacyjnych był wyższy niż 5 lat wcześniej, zarówno wśród ogółu mieszkańców, jak i osób w grupie wieku 25-64 lata (Wojtyniak & Goryński, 2020).

We Wrocławiu, w 2018 r. bezwzględny współczynnik zgonów na 100 tys. ludności z powodu urazów i zatruc według zewnętrznej przyczyny zgonu wyniósł 44,3 (4% ogólnej liczby zgonów;

52,3 w Polsce, w tym 80,7 dla mężczyzn oraz 25,7 dla kobiet (Wojtyniak & Goryński, 2020)) – Wykres II.1.23., w tym dla mężczyzn był wyższy i wynosił 61,3, a dla kobiet był dwukrotnie niższy niż dla mężczyzn, bo wynosił 29,3/100 000 (GUS, 2020c) – Wykres II.2.15. 20% wartości tego wskaźnika to zgony z powodu wypadków komunikacyjnych, a 17% – samobójstw (łącznie ponad 1/3). W 2019 r., według danych Komendy Wojewódzkiej Policji we Wrocławiu, zanotowano 354 zamachów samobójczych, w tym 105 – dokonanych (28% liczby samobójstw w województwie), a w porównaniu do 2018 r., był to wzrost odpowiednio o 62,4% oraz 25%. Najczęściej zamachów samobójczych (dokonanych i usiłowanych) dotyczyło mężczyzn, bo odpowiednio 65% zamachów ogółem (230/354) oraz 72% zamachów dokonanych (76/105) – współczynnik zgonów na 100 tys. mieszkańców z powodu samobójstwa jest 12-krotnie wyższy dla mężczyzn niż dla kobiet, tj. 14,7 vs. 1,2 (GUS, 2020c).

Wykres II.2.15. Współczynniki zgonów z przyczyn zewnętrznych we Wrocławiu w 2018 r. [na 100 tys. ludności]



Źródło: dane GUS

3. ORGANIZACJA OPIEKI ZDROWOTNEJ

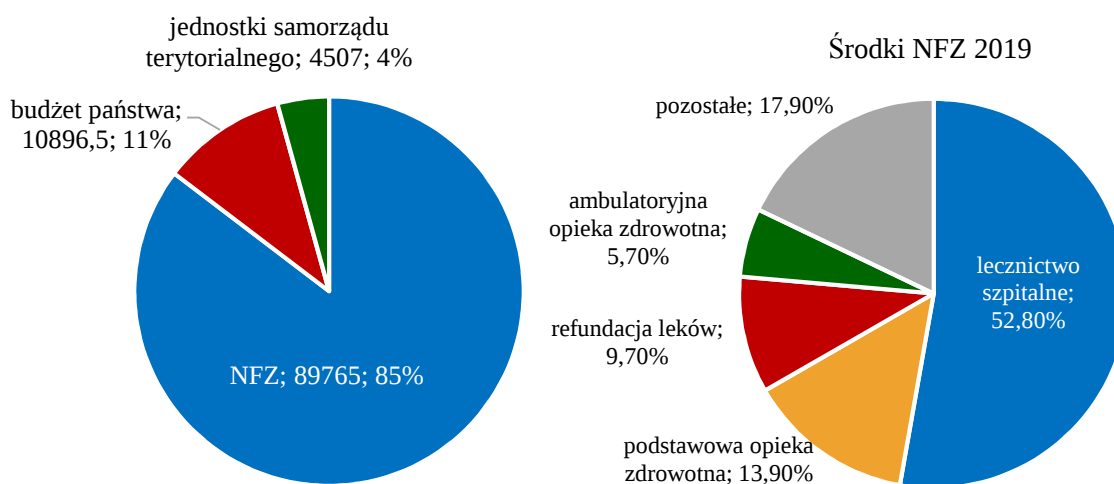
POLSKA ORAZ WOJEWÓDZTWO DOLNOŚLĄSKIE

Wydatki na ochronę zdrowia

Na wstępie należy zaznaczyć, iż **wydatki w Polsce na ochronę zdrowia są znacznie niższe** w porównaniu do innych państw – w 2018 r. było to 6,33% PKB (Produkt Krajowy Brutto; 6,56% w 2017 oraz 2016 r.), zaś średnia dla krajów OECD⁶⁴ – 8,8% (mniejszy udział PKB odnotowano jedynie w Estonii (6,2%), Meksyku (5,5%), Luksemburgu (5,3%) oraz Turcji (4,2%), zaś największy – w Stanach Zjednoczonych (16,9%)) (GUS, 2020e; Wojtyniak & Goryński, 2020).

W strukturze wydatków publicznych na ochronę zdrowia w 2019 r. największy udział miały środki Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ) – 85%, następne 11% – środki z budżetu państwa (2,6% całkowitych środków budżetu państwa w 2019 r.) oraz 4% – środki jednostek samorządu terytorialnego (średnio samorządy terytorialne przekazały na ochronę zdrowia 117,41 zł na 1 mieszkańca, w tym w województwie dolnośląskim – 91,9 zł) (GUS, 2020e). Koszty świadczeń zdrowotnych poniesione przez NFZ w 2019 r. (89 765 mln zł; o 10,7% więcej niż w 2018 r.) przeznaczone były głównie na lecznictwo szpitalne (52,8%), podstawową opiekę zdrowotną (13,9%) oraz refundację leków (9,7%), natomiast środki z budżetu państwa (10 896,5 mln zł) przeznaczono głównie na ratownictwo medyczne (21,6%), inspekcję sanitarną (11,1%) oraz programy polityki zdrowotnej (8,5%) (GUS, 2020e) – Wykres II.3.1.

Wykres II.3.1. Struktura wydatków publicznych na ochronę zdrowia w 2019 r. [w mln zł]



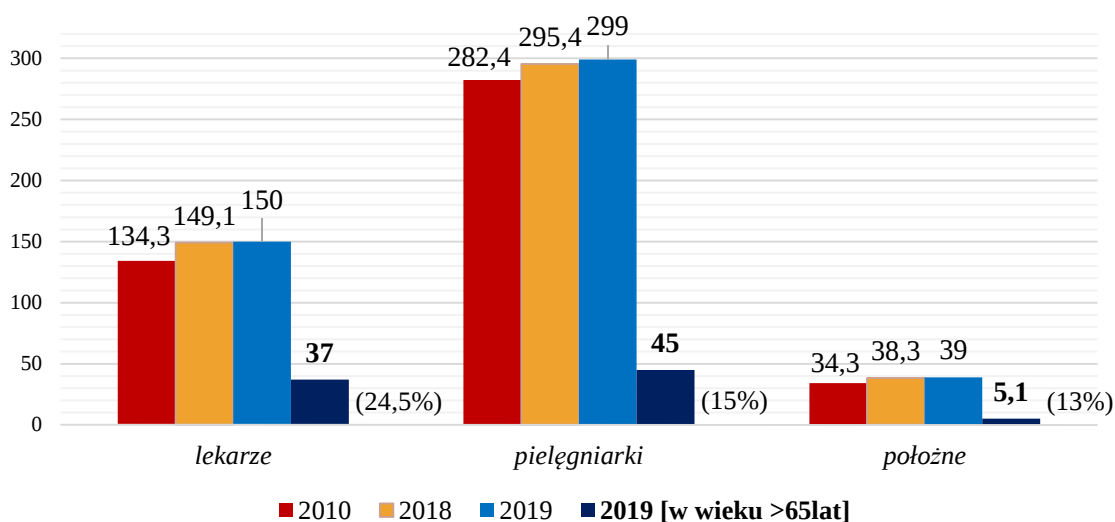
Źródło: dane GUS

⁶⁴Organizacja Współpracy Gospodarczej i Rozwoju (ang. Organisation for Economic Co-operation and Development); organizacja międzynarodowa o profilu ekonomicznym skupiająca 36 wysoko rozwiniętych i demokratycznych państw

Personel medyczny

Zasoby kadrowe są kluczowym elementem skutecznego funkcjonowania każdego systemu opieki zdrowotnej, niezależnie od jego struktury. Pomimo, iż bezwzględna liczba lekarzy i pielęgniarek rośnie systematycznie od lat (w okresie 2010-2018 nastąpił wzrost liczby lekarzy z 134,3 do 149,1 tys., pielęgniarek – z 282,4 do 295,4 tys. oraz położnych – z 34,3 do 38,3 tys. (GUS, 2020e)), **wciąż utrzymuje się deficyt kadr medycznych** (Wojtyniak & Goryński, 2020). Według rejestrów odpowiednich izb zawodowych, w 2019 r. prawo wykonywania zawodu posiadało 150 tys. lekarzy, 42 tys. lekarzy dentystów, 299 tys. pielęgniarek, 39 tys. położnych, 36 tys. farmaceutów oraz 16 tys. diagnostów laboratoryjnych (GUS, 2020e). W 2019 r. w zespołach ratownictwa medycznego pracowało 15 709 tys. ratowników medycznych; natomiast fizjoterapeutów z prawem wykonywania zawodu było 65,8 tys. (GUS, 2020e). W 2019 r., w *porównaniu do 2018 r.*, wzrosła liczba osób posiadających prawo wykonywania zawodu we wszystkich wyżej wymienionych grupach zawodów medycznych, tj. lekarzy (o 1,2%), lekarzy dentystów (o 1,1%), pielęgniarek (o 1,4%), położnych (o 1,9%), farmaceutów (o 1,6%) i diagnostów laboratoryjnych (o 2,2%) (GUS, 2020e). Drugim zasadniczym problem kadrowym jest fakt, iż proces starzenia się społeczeństwa dotyczy również osób wykonujących zawody medyczne – według danych GUS, w 2019 r. udział lekarzy w wieku ≥ 65 lat osiągnął 24,5% (37 tys. osób; w 2010 r. – ok. 19%), lekarzy dentystów – 22,7% (9,7 tys. osób), a pielęgniarek – 15% (45 tys. osób; w 2011 r. – 4,4%) (GUS, 2020e) – Wykres II.3.2. **W najbliższej przyszłości, przy utrzymaniu obecnego udziału osób ≤ 35 r.ż., może nie być możliwe zapewnienie prostej zastępowalności pokoleń zawodów medycznych** (Wojtyniak & Goryński, 2020).

Wykres II.3.2. Porównanie ilości lekarzy, pielęgniarek oraz położnych w Polsce w latach 2010, 2018 oraz 2019 [w tys.]



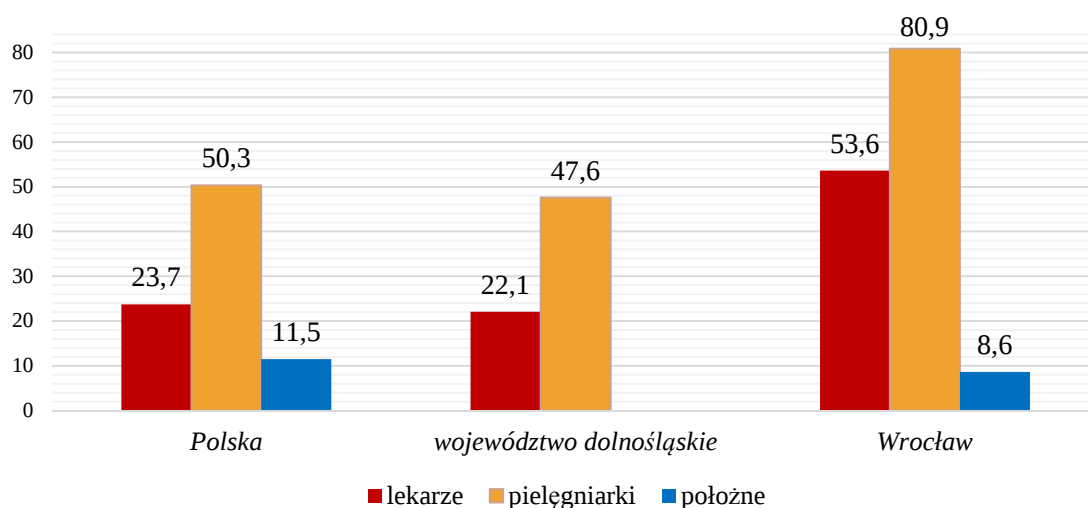
Źródło: dane GUS

W Polsce, w 2019 r. liczba lekarzy na 10 tys. ludności wyniosła 23,7, a pielęgniarek – 50,3 i położnych – 11,5, zaś w województwie dolnośląskim liczba lekarzy i pielęgniarek pracujących z pacjentem na 10 tys. ludności wynosiła odpowiednio 22,1 oraz 47,6 (GUS, 2020e) – Wykres II.3.3.



Według danych WHO, **W POLSCE WYSTĘPUJE NAJMNIEJSZA LICZBA LEKARZY NA MIESZKAŃCÓW W CAŁEJ UNII EUROPEJSKIEJ ORAZ JEDNA Z NAJMNIEJSZYCH W EUROPIE**, bo 23,8 lekarzy na 10 tys. ludności (2017 r.), mniej było tylko w Bośni i Hercegowinie – 21,6 (2015 r.) oraz w Albanii – 16,5 (2019 r.) (!), a najwięcej – we Włoszech, bo 80,1 (2019 r.)⁶⁵. Wśród państw sąsiednich wskaźniki wyglądają następująco: Niemcy – 43 (2018), Czechy – 41,2 (2019), Słowacja – 35,2 (2018), Ukraina – 29,9 (2014), Białoruś – 51,9 (2015), Litwa – 50,4 (2019) oraz Rosja – 44,4 (2018). Jednocześnie, według danych OECD, statystycznie **LEKARZ W POLSCE WYKONUJE NAJWIĘCEJ PORAD FACE TO FACE ROCZNIE W PRZELICZENIU NA 1 LEKARZA W CAŁEJ UE** (3 197 vs. średnia EU22 – 1 939)⁶⁶.

Wykres II.3.3. Porównanie liczby lekarzy, pielęgniarek oraz położnych na 10 tys. ludności w Polsce, województwie dolnośląskim oraz we Wrocławiu



Źródło: dane GUS

Ambulatoryjna opieka zdrowotna

W okresie 2010-2018 w **Polsce zwiększyła się ilość przychodni** z 16 903 do 21 881 (wzrost o 29,5%), przy jednoczesnym spadku ilości praktyk lekarzy oraz lekarzy dentyistów z 6 927 do 4 820 (spadek o 30,4%) (GUS, 2020b). Równolegle, w wymienionym okresie **wzrosła ilość udzielonych porad** (w ciągu roku) na 1 mieszkańca z 7,4 do 8,5 (w tym 7,6 porad lekarskich oraz 0,9 stomatologicznych) (GUS, 2020b, 2020e).

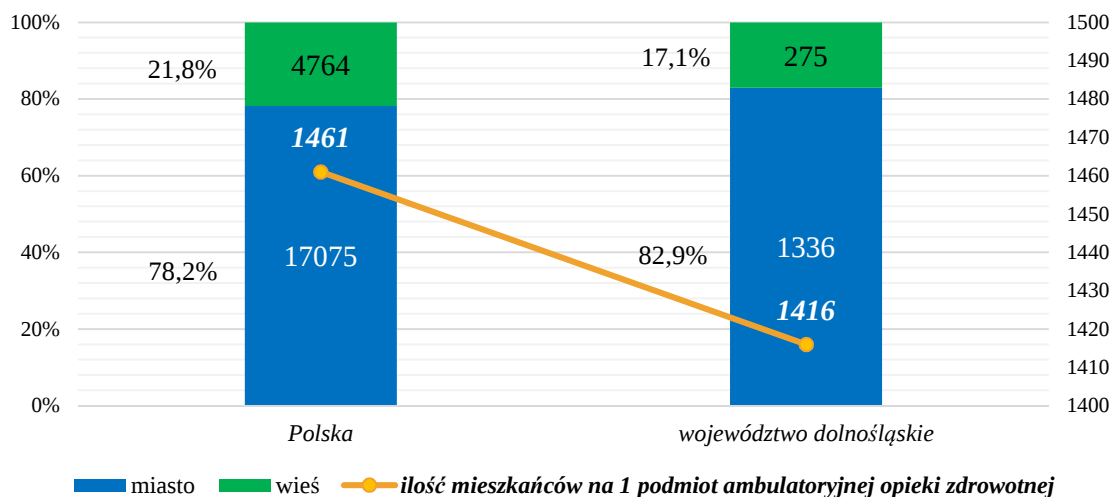
W 2019 r., z 26,3 tys. podmiotów ambulatoryjnej opieki zdrowotnej (przychodnie, praktyki lekarskie, praktyki stomatologiczne) 20,4 tys. podmiotów zlokalizowanych było w miastach (77,5%), a pozostałe 5,9 tys. – na wsi, w tym odnośnie przychodni (21 839): 17 075 jednostek znajdowało się w miastach (78,2%) oraz 4 764 – na wsi (stan w dniu 31.12.2019 r.) (GUS, 2020a). Na koniec 2019 r. w województwie dolnośląskim funkcjonowało 1 611 przychodni

⁶⁵[https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/medical-doctors-\(per-10-000-population\)](https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/medical-doctors-(per-10-000-population))

⁶⁶<https://www.oecd-ilibrary.org/sites/305423b6-en/index.html?itemId=/content/component/305423b6-en>

(7,38% liczby przychodni kraju), w tym 1 336 przychodni zlokalizowanych było w miastach (82,9% liczby przychodni w województwie), a pozostałe 275 – na wsi – Wykres II.3.4. W 2019 r. na 1 podmiot ambulatoryjnej opieki zdrowotnej przypadało w Polsce średnio 1 461 osób, w tym w województwie dolnośląskim niewiele mniej, bo 1 416 osób (GUS, 2020a).

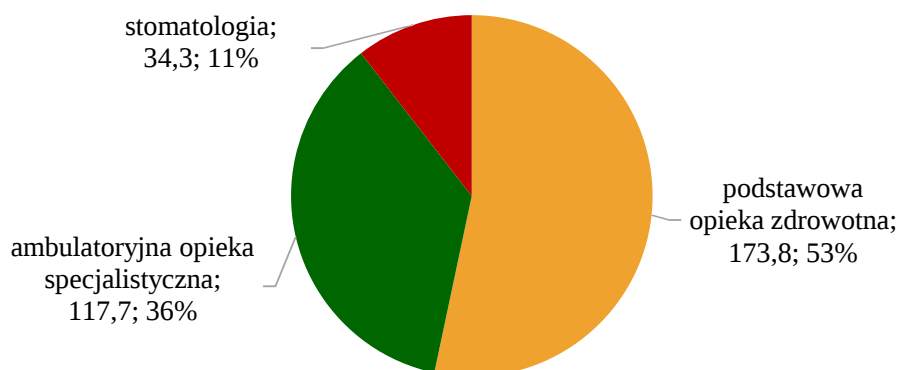
Wykres II.3.4. Porównanie ilości oraz rozkładu przychodni w układzie *miasto-wieś* w Polsce oraz województwie dolnośląskim w 2019 r.



Źródło: dane GUS

W 2019 r. udzielono łącznie 325,8 mln porad w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej, w tym 291,5 mln porad lekarskich (wzrost o 1,1% z poprzednim rokiem) oraz 34,3 mln stomatologicznych (GUS, 2020a). Z kolei **spośród porad lekarskich, 173,8 mln stanowiły porady udzielone w podstawowej opiece zdrowotnej (POZ, łącznie z poradami nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej; 59,6% porad lekarskich, 53,3% porad ambulatoryjnych ogółem)**, a pozostałe 117,7 mln – porady ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (AOS; pozostałe 40,4% porad lekarskich, 36,1% porad ambulatoryjnych ogółem) (GUS, 2020a, 2020e) – Wykres II.3.5. *W stosunku do 2018 r.*, nastąpił wzrost liczby udzielonych porad POZ oraz AOS, odpowiednio o 1,0% oraz 1,2% w skali roku. W województwie dolnośląskim udzielono w 2019 r. 24,9 mln porad ambulatoryjnych (7,6% łącznej ilości porad ambulatoryjnych w kraju), w tym 13,1 mln porad POZ (59,2% porad lekarskich/52,6% wszystkich porad ambulatoryjnych w województwie; 7,5% wszystkich porad POZ w Polsce), 9,0 mln porad specjalistycznych oraz 2,8 mln porad stomatologicznych (GUS, 2020a). W tym czasie przeciętna liczba porad ambulatoryjnych na 1 mieszkańca wyniosła w kraju 8,5, w tym w województwie dolnośląskim – 8,6. Warto zaznaczyć, że zarówno w POZ, jak i w AOS zanotowano **wzrost ilości porad udzielonych osobom w wieku 65 lat i więcej** – w 2019 r. udzielono ich odpowiednio 58,8 (33,8% porad POZ) oraz 34,6 mln (29,3% porad AOS), tj. wzrost o odpowiednio 4,1% oraz 2,7% więcej niż przed rokiem (GUS, 2020a). Jednocześnie, w specjalistycznej opiece lekarskiej najwięcej porad udzielono w poradniach: chirurgicznej (ok. 21 mln; 17,9%), ginekologiczno-położniczej (11,2%) oraz okulistycznej (9,6%), a najmniej porad zarejestrowano w poradniach: chorób zakaźnych (0,6%), medycyny sportowej (0,3%) oraz geriatrycznej (0,1%) (GUS, 2020a, 2020e).

Wykres II.3.5. Porady ambulatoryjne w Polsce w 2019 r. [w mln]



Źródło: dane GUS

Opieka szpitalna

W okresie 2010-2018 **wzrosła liczba szpitali ogólnych w Polsce** z 836 do 949, z jednoczesnym niewielkim **spadkiem wskaźnika liczby łóżek na 10 tys. ludności** z 49,4 do 47,3 (łącznie z łózkami i inkubatorami dla noworodków) (GUS, 2020b). W Polsce na koniec 2019 r. funkcjonowało 890 stacjonarnych szpitali ogólnych oraz 225 szpitali dziennych (tzw. szpitali jednego dnia), które dysponowały łącznie liczbą 167,3 tys. łóżek (stan w dniu 31 grudnia). Wskaźnik liczby szpitali na 100 tys. mieszkańców (31.12.2019 r.), uwzględniający placówki jednego dnia, wyniósł 2,9 szpitala, a w województwie dolnośląskim – 3,8 (GUS, 2020e).

W okresie 2010-2018 liczba leczonych pacjentów stacjonarnie (bez międzyoddziałowego ruchu chorych; w ciągu roku) na 10 tys. ludności była na stałym poziomie ok. 2 tys., z przeciętnym trwaniem pobytu chorego odpowiednio od 5,7 do 5,3 dnia (GUS, 2020b). W 2019 r. w szpitalach ogólnych hospitalizowano łącznie 7 464,4 tys. pacjentów (na 10 tys. ludności Polski przypadało 1 945 hospitalizacji), a dla województwa dolnośląskiego odpowiednio – 552,7 tys. pacjentów oraz 1 906 hospitalizacji (GUS, 2020e).

Apteki, krwiodawstwo i uzdrowiska

W okresie 2010-2018 nieznacznie **wzrosła w kraju liczba aptek ogólnodostępnych** z 11 297 do 12 899. Na koniec 2019 r. liczba ludności przypadająca na 1 aptekę ogólnodostępną wynosiła w Polsce 3 124 (w tym 2,3 tys. osób w miastach, a 7,7 tys. na wsiach), a w województwie dolnośląskim – 2 924 (GUS, 2020e).

W 2019 r. funkcjonowały **23 regionalne centra krwiodawstwa oraz 137 oddziałów terenowych**, a liczba krwiodawców osiągnęła 614,9 tys. osób, z łączną liczbą donacji krwi pełnej 1 254 tys. (ok. 564,2 tys. litrów). Wśród dawców zdecydowana większość to mężczyźni (72%) oraz dawcy wielokrotni i powtórni – 76% (GUS, 2020e). W Polsce przypada ogółem 160 krwiodawców na 10 tys. ludności (2018 r.) (GUS, 2020b), a w województwie dolnośląskim – 175, ze średnią liczbą 2,0 pobrań przypadających na 1 krwiodawcę (2019 r.) (GUS, 2020e).

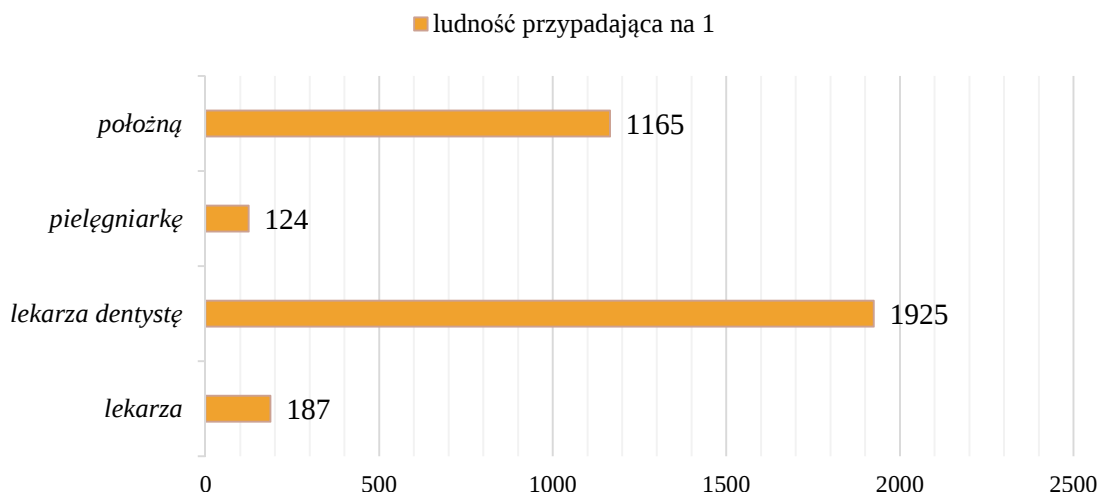
Łącznie w Polsce znajduje się **44 uzdrowisk oraz 271 zakładów lecznictwa uzdrowiskowego**, w tym w województwie dolnośląskim – 11 uzdrowisk (57 zakładów) z łączną liczbą 6 053 łóżek (stan na dzień 31.12.2019 r.) (GUS, 2020e).

WROCLAW

Personel medyczny

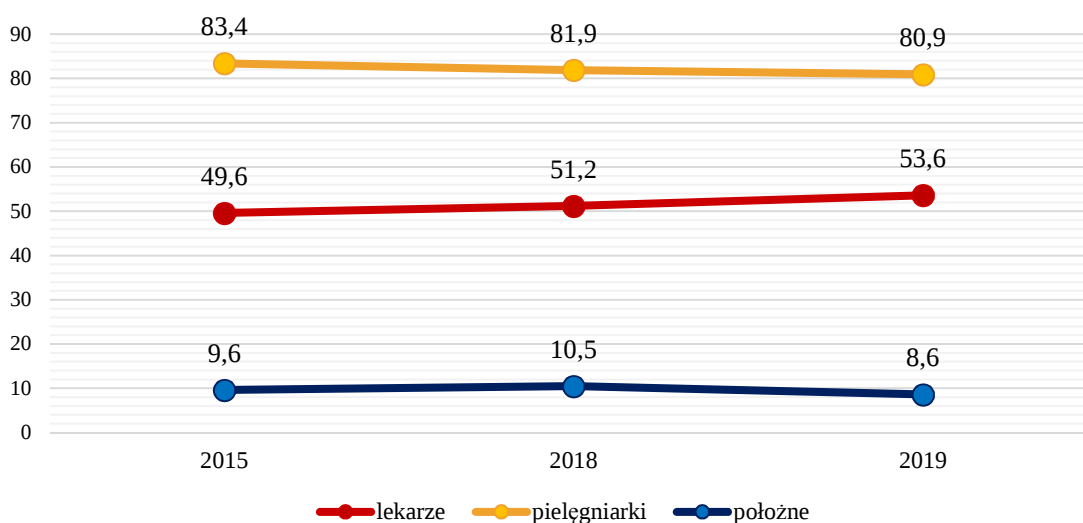
Od kilku lat obserwuje się **względnie stałą liczbę lekarzy oraz lekarzy dentystów, ze spadkiem liczby pielęgniarek oraz położnych we Wrocławiu**. W okresie 2015-2019 zwiększyła się liczba lekarzy na 10 tys. ludności z 49,6 do 53,6 oraz odpowiednio zmniejszyła się liczba ludności na 1 lekarza z 202 na 187. Liczba pielęgniarek oraz położnych na 10 tys. ludności zmalała w wyżej wymienionym okresie odpowiednio z 83,4 do 80,9 oraz 9,6 do 8,6, ze wzrostem liczby ludności na 1 pielęgniarkę oraz położną odpowiednio z 120 do 124 oraz z 1037 do 1165 (GUS, 2020c) – Wykres II.3.6. oraz II.3.7.

Wykres II.3.6. Pracownicy medyczni we Wrocławiu w 2019 r.



Źródło: dane GUS (Rocznik Statystyczny Wrocławia 2020)

Wykres II.3.7. Pracownicy medyczni we Wrocławiu w latach 2015, 2018, 2019 [na 10 tys. ludności]



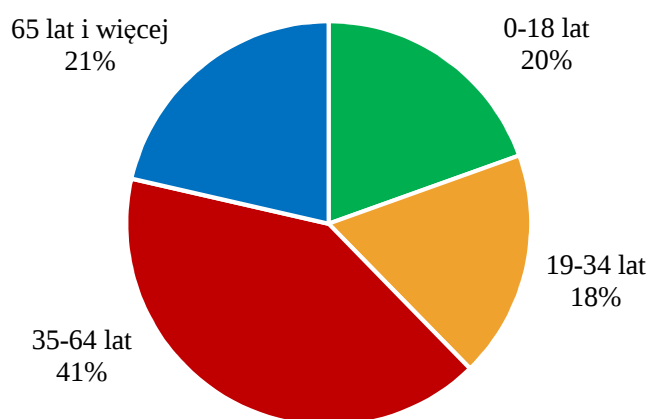
Źródło: dane GUS (Rocznik Statystyczny Wrocławia 2020)

Ambulatoryjna opieka zdrowotna

Podobnie jak w trendzie krajowym, w okresie 2015-2019 **wzrosła ilość zakładów opieki zdrowotnej** z 514 do 627, **w tym liczba przychodni** z 434 do 570, przy spadku ilości praktyk, które podpisały kontrakty z NFZ lub z przychodniami z 80 na 57. Liczba przychodni na 10 tys. mieszkańców wynosiła 9 w 2019 r. Jednocześnie, we wspomnianym okresie, wzrosła liczba udzielonych porad lekarskich (w tym niefinansowanych z NFZ) z 6,7 do 7,37 mln (GUS, 2020c).

Według stanu z dnia 20.06.2021 r., we Wrocławiu funkcjonowało 123 podmiotów podstawowej opieki zdrowotnej, świadczące opiekę w ramach NFZ – Załącznik II.3.1., a liczba oraz struktura wiekowa zadeklarowanej populacji została przedstawiona w Tabeli II.3.1. oraz na Wykresie II.3.8.

Wykres II.3.8. Struktura wiekowa populacji osób zadeklarowanych do praktyk lekarza rodzinnego/POZ we Wrocławiu [w tys.]



Źródło: dane NFZ; stan według okresu rozliczeniowego: 05.2021r.

Tabela II.3.1. Liczba i struktura wiekowa populacji osób zadeklarowanych do praktyk lekarza rodzinnego/POZ we Wrocławiu

LICZBA PRAKTYK LEKARZA RODZINNEGO/POZ WE WROCŁAWIU

126

LICZBA OSÓB ZADEKLAROWANYCH

0-18 lat	19-34 lat	35-64 lat	65 lat i więcej	łącznie 19 lat i więcej
132 361 (20%)	123 130 (18%)	277 141 (41%)	145 162 (21%)	545 433 (80%)

Źródło: dane NFZ; stan według okresu rozliczeniowego: 05.2021r.

Lista poradni specjalistycznych we Wrocławiu została przedstawiona w Tabeli II.3.2., a jej rozwinięcie stanowi Załączniku II.3.2.

Tabela II.3.2. Poradnie specjalistyczne we Wrocławiu

Nazwa Poradni	Ilość
Poradnia Alergologiczna	24
Poradnia Alergologiczna Dla Dzieci	6
Poradnia Audiologiczna	2
Poradnia Chirurgii Klatki Piersiowej	2
Poradnia Chirurgii Naczyniowej	1
Poradnia Chirurgii Ogólnej	27
Poradnia Chirurgii Onkologicznej	3
Poradnia Chirurgii Onkologicznej Dla Dzieci	1
Poradnia Chirurgii Plastycznej	2
Poradnia Chirurgii Szczękowo-Twarzowej	2
Poradnia Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej	25
Poradnia Chirurgii Transplantacyjnej	5
Poradnia Chirurgii Dziecięcej	3
Poradnia Chorób Metabolicznych	2
Poradnia Chorób Naczyń / Angiologiczna	6
Poradnia Chorób Płuc / Pulmonologiczna	5
Poradnia Gruźlicy I Chorób Płuc Dla Dzieci	1
Poradnia Chorób Zakaźnych	3
Poradnia Chorób Zakaźnych Dla Dzieci	2
Poradnia Dermatologiczna	39
Poradnia Diabetologiczna	16
Poradnia Diabetologiczna Dziecięca	1
Poradnia Endokrynologiczna	5
Poradnia Endokrynologiczna Dziecięca	2
Poradnia Foniatryczna	1
Poradnia Gastroenterologiczna	4
Poradnia Gastroenterologiczna Dla Dzieci	3
Poradnia Genetyczna	2
Poradnia Geriatryczna	2
Poradnia Ginekologiczno-Położnicza	56
Poradnia Ginekologiczna Dla Dziewcząt	2
Poradnia Hematologiczna	4
Poradnia Hematologiczna Dla Dzieci	1
Poradnia Immunologiczna / Zaburzeń Odporności	2
Poradnia Kardiochirurgiczna	3
Poradnia Kardiologiczna	16
Poradnia Kardiologiczna Dla Dzieci	5
Poradnia Leczenia Bólu	1
Poradnia Logopedyczna	20

Poradnia Medycyny Paliatywnej	2
Poradnia Medycyny Sportowej	1
Poradnia Seksuologiczna	1
Poradnia Nefrologiczna	4
Poradnia Nefrologiczna Dla Dzieci	3
Poradnia Neurochirurgiczna	4
Poradnia Neurologiczna	33
Poradnia Neurologiczna Dla Dzieci	5
Poradnia Okulistyczna	38
Poradnia Okulistyczna Dla Dzieci	6
Poradnia Onkologiczna	13
Poradnia Osteoporozy	3
Poradnia Otolaryngologiczna	35
Poradnia Otolaryngologiczna Dla Dzieci	3
Poradnia Psychologiczna	4
Poradnia Preluksacyjna	3
Poradnia Proktologiczna	4
Poradnia Rehabilitacyjna	24
Poradnia Rehabilitacyjna Dla Dzieci	2
Pracownia / Dział Fizjoterapii	31
Ośrodek Rehabilitacji Diennej	9
Ośrodek Rehabilitacji Diennej Dla Dzieci	11
Poradnia Reumatologiczna	16
Poradnia Reumatologiczna Dla Dzieci	3
Poradnia / Oddział Dzienny Terapii Uzależnień	6
Poradnia Terapii Uzależnień Dla Dzieci I Młodzieży	1
Poradnia Urologiczna	14
Poradnia Urologiczna Dla Dzieci	1
Poradnia Wad Postawy	3
Poradnia Zdrowia Psychicznego / Psychiatryczna	22
Poradnia Zdrowia Psychicznego Dla Dzieci I Młodzieży	5

Opracowanie własne, na podstawie informacji NFZ: <https://gsl.nfz.gov.pl/GSL/GSL/PrzychodnieSpecjalistyczne>; stan na dzień: 27.07.2021 r.

Opieka szpitalna

W okresie 2015-2019 **wzrosła liczba szpitali we Wrocławiu** z 17 do 22, przy jednoczesnym spadku bezwzględnej liczby łóżek (łącznie z łózkami i inkubatorami dla noworodków) z 5 258 do 4 744 oraz odpowiednio spadku liczby łóżek na 10 tys. mieszkańców z 82,7 do 73,8 (45,3 oraz 43,5 odpowiednio w województwie oraz w Polsce). Liczba leczonych pacjentów w ciągu roku zmniejszyła się w okresie 2015-2019 z 264 246 do 249 343, w tym odpowiednio z 48 838 do 44 507 dzieci. W okresie 2015-2019 zmniejszyła się także ilość placówek wsparcia dziennego z 30 do 14 (GUS, 2020c). Lista placówek opieki stacjonarnej we Wrocławiu – Załącznik II.3.3.

Listę szpitali we Wrocławiu udzielających świadczeń zdrowotnych w ramach umowy z NFZ od 1.10.2017 r. w systemie tzw. sieci szpitali, tj. systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej zawiera Tabela II.3.3.

Tabela II.3.3. System podstawowego szpitalnego zabezpieczenia (PSZ) świadczeń opieki zdrowotnej we Wrocławiu

POZIOM PSZ	SZPITAL
I STOPIEŃ	Szpital Specjalistyczny im. A. Falkiewicza we Wrocławiu <i>ul. Warszawska 2, 52-114 Wrocław</i>
III STOPIEŃ	Dolnośląski Szpital Specjalistyczny im. T. Marciniaka – Centrum Medycyny Ratunkowej <i>ul. Fieldorfa 2, 54-049 Wrocław</i>
	„Medinet” Sp. z o.o. <i>ul. Kamieńskiego 73A, 51-124 Wrocław</i>
	Wojewódzki Szpital Specjalistyczny we Wrocławiu <i>ul. Kamieńskiego 73A, 51-124 Wrocław</i>
	Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. J. Gromkowskiego <i>ul. Koszarowa 5, 51-149 Wrocław</i>
OGÓLNOPOLSKI	Uniwersytecki Szpital Kliniczny im. J. Mikulicza-Radeckiego we Wrocławiu <i>ul. Borowska 213, 50-556 Wrocław</i>
	Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny nr 1 we Wrocławiu ⁶⁷ <i>ul. Curie-Skłodowskiej 58, 50-369 Wrocław</i>
	Samodzielny Publiczny ZOZ MSWiA we Wrocławiu <i>ul. Olbińska 32, 50-233 Wrocław</i>
	4 Wojskowy Szpital Kliniczny z Polikliniką we Wrocławiu <i>ul. Weigla 5, 50-981 Wrocław</i>
ONKOLOGICZNY	Dolnośląskie Centrum Transplantacji Komórkowych z Krajowym Bankiem Dawców Szpiku <i>ul. Grabiszyńska 105, 53-439 Wrocław</i>
	Dolnośląskie Centrum Onkologii we Wrocławiu <i>pl. Hirsfelda 12, 53-413 Wrocław</i>
PULMONOLOGICZNY	Dolnośląskie Centrum Chorób Płuc we Wrocławiu <i>ul. Grabiszyńska 105, 53-439 Wrocław</i>

Źródło: dane NFZ⁶⁸

Apteki i krwiodawstwo

Liczba aptek ogólnodostępnych we Wrocławiu była na stałym poziomie w okresie 2015-2019, tj. 270 – 274, w tym analogicznie liczba ludności na 1 aptekę (2 355 – 2 346) (GUS, 2020c). Listę aptek całodobowych we Wrocławiu przedstawia Załącznik II.3.4.

We Wrocławiu funkcjonuje 1 centrum krwiodawstwa, ze **względnie stałą liczbą honorowych krwiodawców oraz wzrastającą liczbą donacji krwi pełnej** w okresie 2015-2019, odpowiednio 38 118 – 38 128 oraz z 68,909 do 72,959 tys. (GUS, 2020c). Adresy placówek krwiodawstwa we Wrocławiu oraz na Dolnym Śląsku – Załącznik II.3.5.

⁶⁷Od 1 grudnia 2017 r. Uniwersytecki Szpital Kliniczny we Wrocławiu przy ul. Borowskiej 213 został połączony z drugim szpitalem klinicznym Uniwersytetu Medycznego – SPSK nr 1 przy ul. M. Curie-Skłodowskiej 58.

⁶⁸<https://www.nfz-wroclaw.pl/Default2.aspx?obj=47408;50910&par=2&des=1;2&oth=ncc&eev=2>

4. DIAGNOZA STYLU ŻYCIA WROCŁAWIAN – ZACHOWANIA, POSTAWY I PRZEKONANIA ZDROWOTNE

Analiza wyników badań socjomedycznych pozwala na poznanie zachowań, postaw oraz przekonań zdrowotnych, na które należy zwrócić szczególną uwagę w planowaniu i wdrażaniu programów prozdrowotnych w społeczeństwie. Ponadto, dzięki diagnozie społeczno-kulturowych oraz strukturalnych uwarunkowań behawioralnych czynników ryzyka, możliwe jest również poznanie grup docelowych tychże działań, a w konsekwencji skuteczniejsze tworzenie i wdrażania programów prozdrowotnych w określonych społecznościach (Synowiec-Piłat, 2020).

Dane dotyczące zachowań, postaw oraz przekonań zdrowotnych mieszkańców Wrocławia pochodzą z socjologicznych badań ankietowych „Z korzyścią dla zdrowia czy na jego szkodę? Analiza socjologiczna stylu życia wrocławian” (zespół badawczy: Synowiec-Piłat M., Jędrzejek M., Pałęga A., Zmysłona B.; autorski projekt badawczy finansowany ze środków gminy Wrocław, 2018 r.; nr umowy D/WZD/19A/68/2018)⁶⁹ (Synowiec-Piłat et al., 2018). Dane te przedstawione zostaną w kontekście analogicznych badań regionalnych / ogólnopolskich.

Dane dotyczące profilaktyki chorób nowotworowych wrocławian pochodzą z autorskich, porównawczych (2012 / 2018) badań socjologicznych, opracowanych metodologicznie, zrealizowanych oraz opracowanych merytorycznie przez Małgorzatę Synowiec-Piłat⁷⁰ (Synowiec-Piłat, 2020).

Oprócz rozkładów procentowych odpowiedzi dotyczących stylu życia wrocławian, przedstawione zostały również statystycznie istotne zależności pomiędzy wybranymi zachowaniami i przekonaniami zdrowotnymi a zmiennymi społeczno-demograficznymi, kulturowymi oraz strukturalnymi – Tabela II.4.1.

Konieczność uwzględniania w tworzonych oraz realizowanych projektach oraz programach z zakresu promocji zdrowia i profilaktyki wiedzy empirycznej na temat społeczno-kulturowych uwarunkowań zdrowia populacji wrocławian oraz analizowania tego zagadnienia w ramach dyskursu dotyczącego nierówności społecznych w zdrowiu.

⁶⁹Synowiec-Piłat M., Jędrzejek M., Pałęga A., Zmysłona B., *Raport z badań „Z korzyścią dla zdrowia czy na jego szkodę? Analiza socjologiczna stylu życia Wrocławian”*, projekt badawczy finansowany ze środków gminy Wrocław, 2018 r.; nr umowy D/WZD/19A/68/2018

Link do całego raportu: <https://www.kreatywniedlazdrowia.pl/kdz/raportbadania.pdf>

⁷⁰Synowiec-Piłat, M. (2020). *Przekonania i wiedza dotyczące chorób nowotworowych a uczestnictwo w onkologicznych badaniach profilaktycznych. Studium socjologiczne*. Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu, ISBN: 978-83-7055-626-6

Tabela II.4.1. Społeczno-demograficzne, strukturalne i kulturowe uwarunkowania zachowań i przekonań zdrowotnych wrocławian

	płeć	wiek	poziom wykształcenia	stan cywilny	subiektywna ocena sytuacji materialnej	wysokość dochodu	współ- występowanie choroby przewlekłej
samoocena stanu zdrowia fizycznego	NS	$\chi^2=139,9012$, p=0,0000; V=0,2790986	$\chi^2=32,31113$, p=0,00000; V=0,1341291	$\chi^2=76,44236$, p=0,00000; V=0,2063070	$\chi^2=95,74995$, p=0,0000; V=0,2308958	$\chi^2=38,07693$, p=0,00001; V=0,1456055	$\chi^2=129,7350$, p=0,0000; V=0,3800935
samoocena stanu zdrowia psychicznego	NS	$\chi^2=49,23167$, p=0,00000; V=0,1655652	$\chi^2=26,41718$, p=0,00003; V=0,1212803	$\chi^2=30,30838$, p=0,00019; V=0,1299057	$\chi^2=117,5944$, p=0,0000; V=0,3402775	$\chi^2=44,61179$, p=0,00000; V=0,1576056	$\chi^2=32,39399$, p=0,0000; V=0,1899302
subiektywne poczucie odpowiedzialno- ści za zdrowie	$\chi^2=6,384012$, p=0,04109; V=0,0843157	NS	$\chi^2=49,15149$, p=0,00000; V=0,1654304	$\chi^2=26,06619$, p=0,00102; V=0,1204719	$\chi^2=52,28448$, p=0,00000; V=0,1706213	$\chi^2=33,36823$, p=0,00005; V=0,1363055	$\chi^2=12,51378$, p=0,00192; V=0,1180473
przekonania na temat popularności zdrowego stylu życia	$\chi^2=7,172020$, p=0,02771; V=0,0893681	$\chi^2=22,20574$, p=0,01409; V=0,1111935	NS	NS	$\chi^2=41,03960$, p=0,00000; V=0,1511640	NS	NS
ilość czasu wolnego	NS	H=95,06861; p=0,0000	NS	NS	NS	H=38,9747, p=0,0000	-
percepcja zmian ilości czasu wolnego	NS	$\chi^2=225,4673$, p=0,0000; V=0,2505380	NS	NS	NS	$\chi^2=32,84763$, p=0,00774; V=0,0956277	NS
samoocena ilości spożywanych posiłków	$\chi^2=31,24602$, p=0,00000; V=0,1865345	NS	$\chi^2=34,61668$, p=0,00000; V=0,1388320	NS	$\chi^2=12,62238$, p=0,01328; V=0,0838335	$\chi^2=27,57299$, p=0,00056; V=0,1239050	NS
samoocena sposobu odżywiania	$\chi^2=6,400238$, p=0,04076; V=0,0844228	$\chi^2=25,52561$, p=0,00443; V=0,1192161	$\chi^2=24,96694$, p=0,00005; V=0,1179043	$\chi^2=26,58700$, p=0,00083; V=0,1216694	$\chi^2=33,54118$, p=0,00000; V=0,1366583	$\chi^2=21,33268$, p=0,00631; V=0,1089857	NS
gotowość/chęć spożycia alkoholu	$\chi^2=59,33174$, p=0,00000; V=0,2570427	$\chi^2=66,41389$, p=0,00000; V=0,1359757	NS	$\chi^2=90,47224$, p=0,00000; V=0,1587046	NS	NS	$\chi^2=13,11529$, p=0,01073; V=0,1208511
częstość spożywania alkoholu	$\chi^2=89,62469$, p=0,0000; V=0,3159190	$\chi^2=95,44611$, p=0,00000; V=0,1630088	$\chi^2=19,81242$, p=0,01107; V=0,1050306	$\chi^2=94,34213$, p=0,00000; V=0,1620633	NS	NS	$\chi^2=18,23322$, p=0,00111; V=0,1424930
palenie papierosów	$\chi^2=24,19706$, p=0,00007; V=0,1641508	$\chi^2=46,61042$, p=0,00066; V=0,1139130	NS	NS	$\chi^2=29,35179$, p=0,00028; V=0,1278392	NS	NS
przekonania na temat wpływu profilaktyki na zdrowie	$\chi^2=10,19294$, p=0,00605; V=0,1065397	$\chi^2=19,68547$, p=0,03237; V=0,1046935	$\chi^2=41,77125$, p=0,00000; V=0,1525055	NS	$\chi^2=97,19978$, p=0,00000; V=0,2326374	$\chi^2=46,36463$, p=0,00000; V=0,1606720	NS

Wyniki testu χ^2 , p (p-value), V – wartość współczynnika korelacji V-Cramera; H – wartość testu ANOVA Kruskala-Wallis

NS – no significant correlation (brak istotnej zależności)

Źródło: opracowanie własne (Synowiec-Piłat et al., 2018)

SAMOOCENA STANU ZDROWIA FIZYCZNEGO I PSYCHICZNEGO

Samoocena⁷¹ oraz poczucie dobrostanu to ważne parametry, które bierze się pod uwagę w ocenie stanu zdrowia jednostek. Są one zależne w dużej mierze od poziomu sprawności funkcjonalnej danej jednostki. Samoocena dotyczyć może różnych wymiarów zdrowia jednostki (fizycznego, psychicznego, społecznego oraz duchowego) oraz zawiera całościowy osąd wpływu wielu subiektywnych i obiektywnych wskaźników zdrowia odbieranych przez jednostkę (Fillenbaum, 1984; Tisse, 1972). Odczuwanie swojego stanu zdrowia jest uznawane za wskaźnik prognostyczny zapadalności na szereg chorób przewlekłych oraz wpływa na rokowanie tych chorób. Co więcej, badania potwierdzają także związek pomiędzy postrzeganiem własnego zdrowia a śmiertelnością (DeSalvo, Bloser, Reynolds, He, & Muntner, 2006).

Samoocena zdrowia fizycznego⁷²

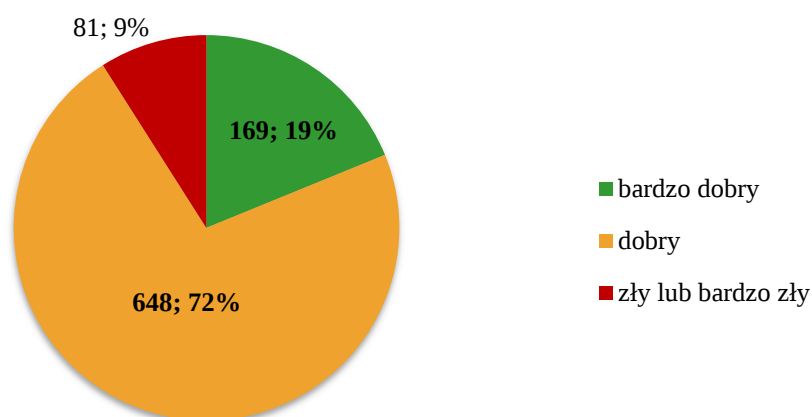


Większość wrocławian pozytywnie ocenia stan swojego zdrowia fizycznego (91%, w tym: 19% bardzo dobrze), co jest wynikiem wyższym w porównaniu do danych ogólnopolskich (58,5%), a także europejskich (67,5%) (EUROSTAT, 2018)

- Wykres II.4.1.

Samoocena stanu zdrowia spada wraz ze wzrostem wieku oraz pogorszeniem się sytuacji materialnej. **Pozytywnej samoocenie stanu zdrowia fizycznego sprzyja** wysokie wykształcenie oraz brak chorób przewlekłych.

Wykres II.4.1. Samoocena stanu zdrowia fizycznego



Źródło: opracowanie własne

Potwierdzono **istnienie zależności pomiędzy samooceną zdrowia fizycznego a następującymi zmiennymi społeczno-demograficznymi** (Tabela II.4.1.): wiekiem, wykształceniem, stanem cywilnym, oceną sytuacji materialnej, dochodami oraz

⁷¹Raport z badań „Z korzyścią dla zdrowia...op.cit., s. 13-14

⁷²Raport z badań „Z korzyścią dla zdrowia...op.cit., s. 13-16

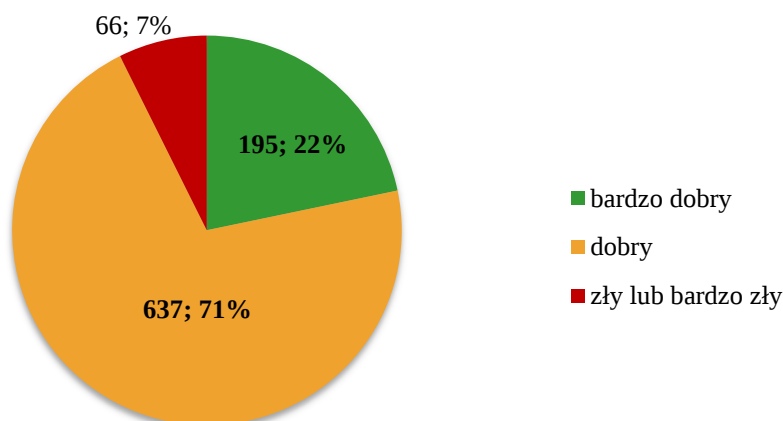
występowaniem chorób przewlekłych. Nie potwierdzono natomiast istnienia zależności pomiędzy tym wskaźnikiem a płcią.

Samoocena zdrowia psychicznego⁷³



Zdecydowana większość badanych wrocławian oceniała pozytywnie swoje samopoczucie psychiczne (93%, w tym 22% bardzo dobrze) – Wykres II.4.2. Wynik ten jest zbliżony do samooceny zdrowia psychicznego mieszkańców czołówki krajów europejskich (78,7% - Cypr) (EUROSTAT, 2018).

Wykres II.4.2. Samoocena stanu zdrowia psychicznego



Źródło: opracowanie własne

Samoocena stanu zdrowia psychicznego rośnie wraz z wykształceniem, poziomem zamożności oraz samooceną sytuacji materialnej, zaś **maleje** wraz z wiekiem ankietowanych oraz występowaniem chorób przewlekłych.

Potwierdzono **istnienie zależności pomiędzy samooceną zdrowia psychicznego a następującymi zmiennymi społeczno-demograficznymi** (Tabela II.4.1): wiekiem, wykształceniem, stanem cywilnym, oceną sytuacji materialnej, wysokością dochodów oraz występowaniem chorób przewlekłych. Nie potwierdzono natomiast istnienia zależności pomiędzy tym wskaźnikiem a płcią.

SUBIEKTYWNE POCZUCIE ODPOWIEDZIALNOŚCI ZA STAN ZDROWIA

Subiektywne poczucie odpowiedzialności za stan zdrowia⁷⁴:

- zaledwie 1/3 ankietowanych bierze odpowiedzialność za stan swojego zdrowia (34%). Aż 45% wrocławian jest zdania, że za stan ich zdrowia odpowiedzialne jest przede wszystkim państwo i odpowiednie władze (Wykres II.4.3). Jest to niepokojący wynik, bowiem **zrzucanie odpowiedzialności za zdrowie na czynniki zewnętrzne implikuje bierne postawy i zachowania w zdrowiu i chorobie oraz**

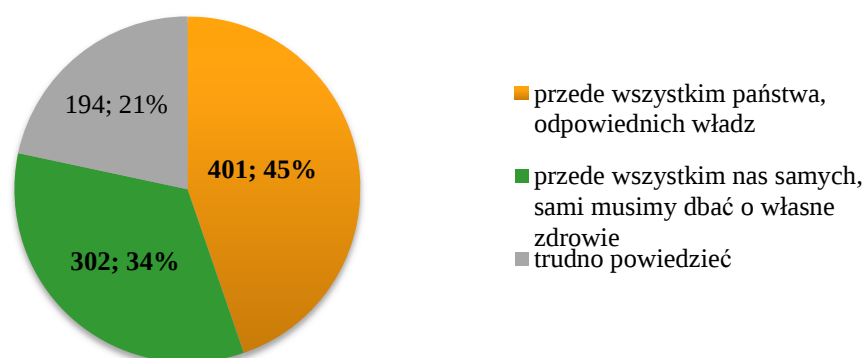
⁷³Raport z badań „Z korzyścią dla zdrowia...op.cit., 16-18

⁷⁴Raport z badań „Z korzyścią dla zdrowia...op.cit., 19-21

zmniejsza prawdopodobieństwo podejmowania inicjatyw mających na celu pozytywną zmianę zachowań na prozdrowotne.

Potwierdzono istnienie zależności pomiędzy przekonaniami na temat odpowiedzialności za stan swojego zdrowia a następującymi zmiennymi społeczno-demograficznymi (Tabela II.4.1): płcią; wykształceniem, stanem cywilnym, oceną warunków materialnych, sytuacją ekonomiczną oraz istnieniem chorób przewlekłych u respondentów. Natomiast nie potwierdzono istnienia zależności pomiędzy tym wskaźnikiem a wiekiem. Niebranie odpowiedzialności za zdrowie jest bardziej charakterystyczne dla osób mniej zamożnych (zarówno w wymiarze subiektywnym, jak i obiektywnym) oraz niżej wykształconych.

Wykres II.4.3. Subiektywne poczucie odpowiedzialności za zdrowie. Zdrowie zależy od:



Źródło: opracowanie własne

POZIOM ZAUFANIA WROCŁAWIAN DO MEDYCYNY I LEKARZY

Poziom zaufania wrocławian do medycyny i lekarzy⁷⁵: Wyniki badań empirycznych potwierdzają zależność pomiędzy poziomem zaufania do lekarzy i medycyny a zachowaniami pro- lub antyzdrowotnymi, dostępem i korzystaniem ze świadczeń zdrowotnych, przestrzeganiem zaleceń lekarskich oraz ciągłością leczenia (O'Malley, Sheppard, Schwartz, & Mandelblatt, 2004; Thom, Ribisl, Stewart, & Luke, 1999). Zaufanie sprzyja ponadto podjęciu decyzji o rozpoczęciu leczenia (Calnan & Rowe, 2006). Poziom zaufania do lekarza i medycyny ma także wpływ na ocenę jakości usług medycznych i zasadności stosowania procedur medycznych (Lee & Lin, 2009). Spośród wielu zmiennych społeczno-kulturowych, które mają znaczący wpływ na podejmowanie decyzji profilaktycznych, podkreśla się znaczenie subiektywnie odczuwanego przez jednostki zaufania do medycyny i lekarzy (Salkeld, Solomon, Short, & Butow, 2004; Seetharamu, Iqbal, & Weiner, 2007). Badania porównawcze (2012 / 2018) przeprowadzone na populacji wrocławian potwierdziły, że istnieje **potrzeba podejmowania oraz intensyfikacji interwencji społecznych na rzecz budowania zaufania do lekarzy i medycyny, w których niezbędne jest uwzględnienie społeczno-strukturalnego kontekstu funkcjonowania jednostek.** Podniesienie poziomu zaufania do

⁷⁵Synowiec-Piłat M., Zmyślona B., Zarek A., *Socio-demographic and structural determinants of trust in doctors and the impact of trust participation in preventive oncological examinations (in print).*

medycyny i lekarzy może przyczynić się do zwiększenia liczby osób wykonujących badania profilaktyczne oraz zgłaszających się do lekarza w krótkim czasie po wystąpieniu objawów.

- • 26,15% / 37,42% respondentów (2012/2018) odznaczało się dość małym, a 20,55% / 6.01% bardzo małym lub zupełnym brakiem zaufaniem do lekarzy i medycyny;
-  • kobiety częściej deklarują bardzo duże i dość duże zaufanie do lekarzy;
- • bardzo małe lub brak zaufania do medycyny i lekarzy deklaruują częściej: mężczyźni, osoby samotne, osoby z niższym wykształceniem, pochodzące ze środowisk o niższej pozycji społecznej (niskie wykształcenie matki i ojca); respondenci o niższym dochodzie oraz gorzej oceniający swoją sytuację materialną.

PRZEKONANIA NA TEMAT UWARUNKOWAŃ ZDROWIA I ZDROWEGO STYLU ŻYCIA

Przekonania na temat uwarunkowań zdrowia i zdrowego stylu życia⁷⁶ (Wykres II.4.4.): wrocławianie, dokładnie tak, jak respondenci w badaniu ogólnopolskim (CBOS, 2012a), za najważniejszą determinantę zdrowia uważają na pierwszym miejscu dietę, a na trzecim - unikanie sytuacji stresowych. Odnotowano także porównywalne przypisywanie ważności dla zdrowia takich czynników behawioralnych, jak: aktywny wypoczynek i częste gimnastykowanie się, bieganie etc.; niepicie alkoholu oraz zażywanie preparatów / witamin. Natomiast w porównaniu do populacji ogólnopolskiej, wrocławianie za o wiele mniej istotne dla zdrowia uważają regularne wizyty u lekarza, natomiast w o wiele większym zakresie są przekonani, że niepalenie papierosów jest jednym z najważniejszych czynników wpływających na zdrowie (na drugim miejscu po diecie). Warto zauważyć, że znaczenie „regularnego uczestniczenia w badaniach profilaktycznych” znalazło się w ocenie wrocławian dopiero na 6. miejscu. Słabo docenianym czynnikami behawioralnym było także niepicie alkoholu.

PRZEKONANIA NA TEMAT ZDROWEGO STYLU ŻYCIA

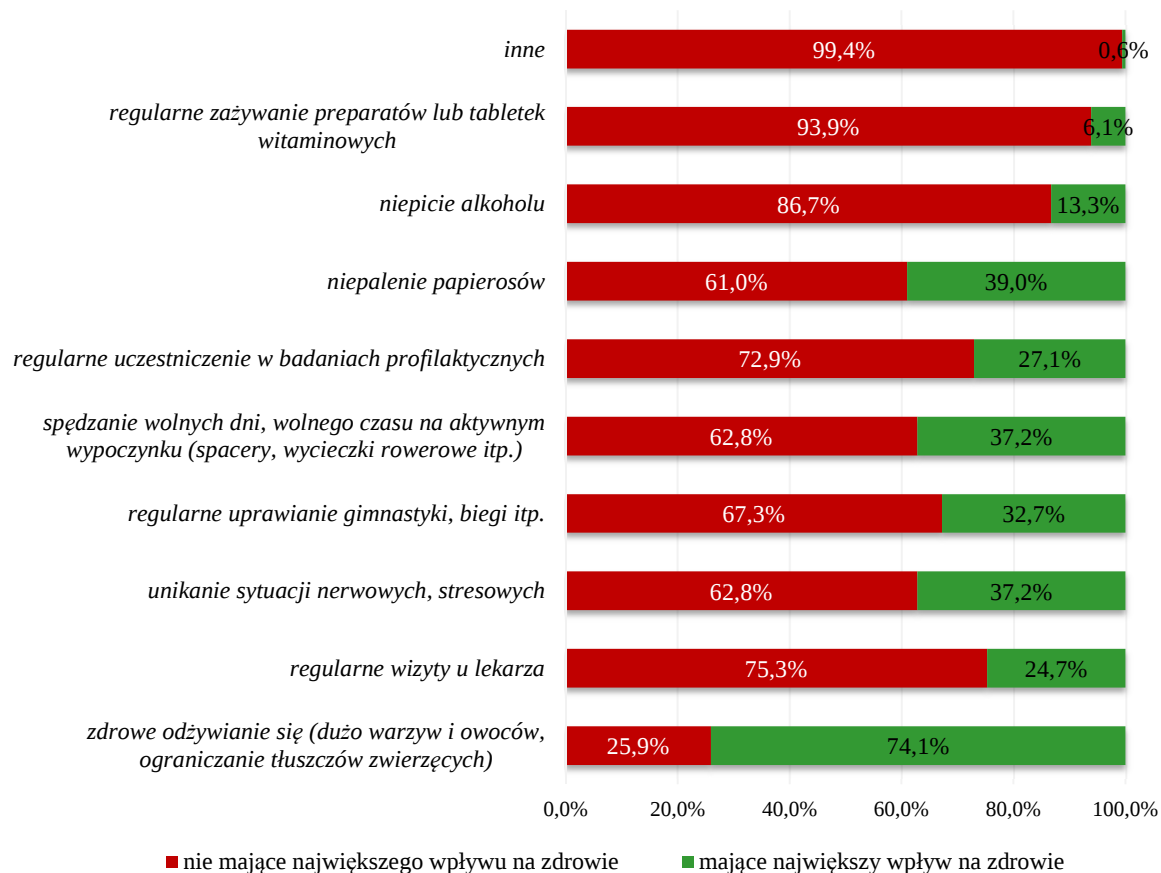
Przekonania na temat zdrowego stylu życia⁷⁷: chociaż deklaracje wrocławian, co do prowadzenia przez Polaków zdrowego stylu życia, są bardzo optymistyczne (tylko ¼ uważa, że w naszym kraju zdrowy styl życia nie jest popularny), to ze względu na potwierdzoną wieloma badaniami wysoką deklaratywność wartości zdrowia, w przeciwieństwie do realizacji prozdrowotnego stylu życia w praktyce życia codziennego, do wyniku tego należy podchodzić bardzo ostrożnie i poddać go wnikliwej analizie (Wykres II.4.5.).

Analiza danych pokazała, że **przekonania na temat popularności w Polsce zdrowego stylu życia są zależne od następujących zmiennych społeczno-demograficznych** (Tabela II.4.1.): płci, wieku oraz oceny warunków materialnych. Nie potwierdzono natomiast istnienia zależności pomiędzy tym wskaźnikiem a: wykształceniem, stanem cywilnym, dochodami oraz istnieniem chorób przewlekłych u respondenta.

⁷⁶Raport z badań „Z korzyścią dla zdrowia...op.cit., s. 21-23

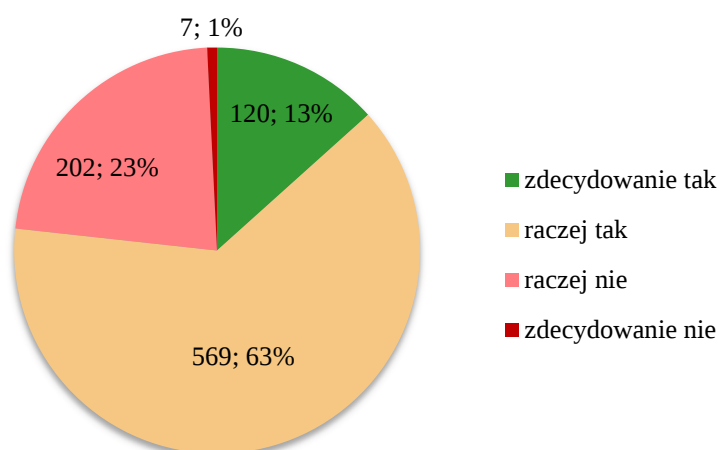
⁷⁷Raport z badań „Z korzyścią dla zdrowia...op.cit., s. 23-24

Wykres II.4.4. Przekonania na temat uwarunkowań zdrowia (dane w %). Do poprawy zdrowia w największym stopniu przyczyniają się:



Źródło: opracowanie własne

Wykres II.4.5. Przekonania na temat popularności w Polsce zdrowego stylu życia.



Źródło: opracowanie własne

ZACHOWANIA ZDROWOTNE WROCŁAWIAN

DŁUGOŚĆ SNU ORAZ PROBLEMY ZE SNEM

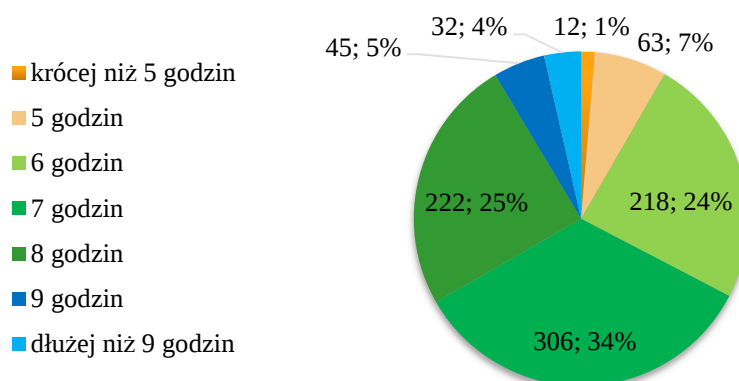
Długość snu⁷⁸: większość wrocławian (83%) poświęca na sen od 6 do 8 godzin dziennie (Wykres II.4.6.). Zarówno kobiety, jak i mężczyźni poświęcają porównywalną ilość czasu na sen, bez znaczących różnic między nimi. Większe różnice w rozkładzie odpowiedzi widać w zależności od wieku respondentów. Można zauważyć, że osoby młodsze poświęcają ogólnie mniej czasu na sen, w przeciwieństwie do osób starszych. Prawie 1/5 osób (18,3%) z najstarszej kategorii wiekowej deklaruje poświęcanie na sen 9 godzin i więcej, w przeciwieństwie do niecałych 5% osób z najmłodszej kategorii wiekowej.

Problemy ze snem⁷⁹ (Wykres II.4.7.):



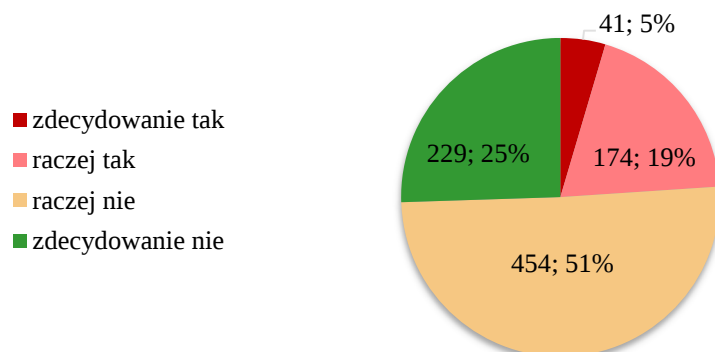
- większość wrocławian ogólnie nie zgłasza zdecydowanych problemów ze spaniem (łącznie 76%, w tym: 51% raczej nie, a 25% - zdecydowanie nie);
- problemy z bezsennością częściej deklarują ludzie starsi, zaś największe deficyty, jeżeli chodzi o długość snu, zgłaszane są przez najmłodszych wrocławian.

Wykres II.4.6. Średni czas snu



Źródło: opracowanie własne

Wykres II.4.7. Występowanie problemów ze spaniem



Źródło: opracowanie własne

⁷⁸Raport z badań „Z korzyścią dla zdrowia...op.cit., s. 25-26, 27-28

⁷⁹Raport z badań „Z korzyścią dla zdrowia...op.cit., s. 26-28

ILOŚĆ CZASU WOLNEGO ORAZ PERCEPCJA ZMIAN ILOŚCI CZASU WOLNEGO

Ilość czasu wolnego oraz percepcja zmian ilości czasu wolnego⁸⁰ (Synowiec-Piłat, Jędrzejek, Pałęga, & Zmyślona, 2021): odpowiednio długi odpoczynek to jeden z elementów stylu życia, zapewniający poczucie dobrostanu oraz przyczyniający się do utrzymania i pomnażania potencjału zdrowia. Nadmiar obowiązków zawodowych i deficyt czasu wolnego rodzi napięcie emocjonalne i przemęczenie, które jest źródłem stresu, co z kolei zwiększa ryzyko wielu chorób przewlekłych (Cheng, Park, Kim, & Kawakami, 2012; Härmä, 2006; Kivimäki & Kawachi, 2015), m.in. nadciśnienia tętniczego oraz chorób układu krążenia (szczególnie choroby wieńcowej) (Bortkiewicz, Gadzicka, Siedlecka, & Pałczyński, 2010; Kivimäki & Kawachi, 2015), zaostrza chorobę wrzodową żołądka i dwunastnicy (Bartnik, 2017), ma związek z bólami migrenowymi (Griep et al., 2016), a także prowadzi do zaburzeń snu (Kapała, 2014) oraz sfery seksualnej (Zdrojewicz & Lelakowska, 2006). Przewlekły stres prowadzi również do obniżenia odporności (immunosupresji), co zwiększa podatność na infekcje (Traczyk & Trzebski, 2015), a nawet rozważa się jego udział w kancerogenezie (Kosiarczyk & Włoszczak-Szubzda, 2016; Surman & Janik, 2017).

Dodatkowym obciążeniem są problemy ze snem, które prowadzić mogą do osłabienia odporności immunologicznej, a także pogorszenia sprawności psychicznej, głównie w zakresie funkcji poznawczych (Kapała, 2014; Traczyk & Trzebski, 2015). Przedłużanie się reakcji stresowej i braku czasu na regenerację zmniejsza możliwości adaptacyjne organizmu i prowadzi do wyczerpania. Pojęcie „braku odprężenia i wolnego czasu” znajduje się również w Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 (kod Z73.2) (WHO, 2009), a jego skrajnym przykładem jest *karoshi*, czyli zjawisko nagłej śmierci w wyniku przepracowania i stresu (Ke, 2012).

Ilość czasu wolnego⁸¹ (Synowiec-Piłat et al., 2021) (rozumianego jako ilość czasu wolnego w tygodniu, nie licząc nocnego snu; taki czas, kiedy badani mogą robić to, na co mają ochotę lub po prostu odpoczywać): analiza danych potwierdziła bardzo dużą zbieżność wyników dotyczących ilości czasu wolnego wrocławian w stosunku do wyników reprezentatywnych badań prowadzonych wśród dorosłych Polaków w latach 2006 i 2010 (CBOS, 2010). Dla porównania, w badaniach ogólnopolskich potwierdzono zmniejszenie odsetka osób, które deklarują brak czasu wolnego z 13% do 6%, zaś w przypadku wrocławian wyniósł on 7% (Wykres II.4.8.). Jednocześnie odsetek osób, które deklarowały, że mają dla siebie mniej niż

⁸⁰Raport z badań „Z korzyścią dla zdrowia...op.cit., s. 29-37

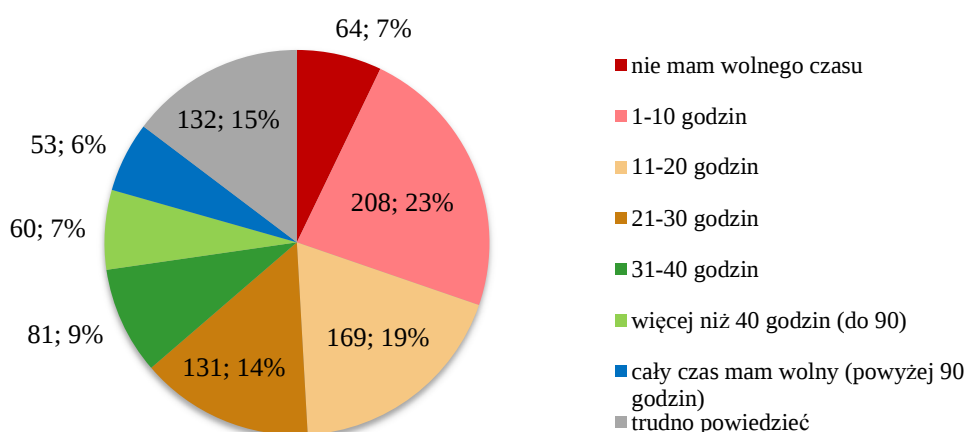
Dane empiryczne oraz fragmenty opracowania na podstawie artykułów z badań dotyczących populacji wrocławian, w ramach projektu naukowego „Z korzyścią dla zdrowia czy na jego szkodę? Analiza socjologiczna stylu życia Wrocławian”, projekt badawczy finansowany ze środków gminy Wrocław, 2018 r.; nr umowy D/WZD/19A/68/2018:

Synowiec-Piłat, M., Jędrzejek, M., Pałęga, A., & Zmyślona, B. (2021). *Work-life (im)balance? The amount of leisure of Wrocław adults in the context of health promotion*. *Health Promotion International*;36(4): 1084-94.
Synowiec-Piłat, M., Jędrzejek, M., Zmyślona, B., *Differences in Leisure Time across middle generation adults in Wrocław, Poland: Examining the usefulness of the 'sandwich generation' category*, *Family Relations*. *International Journal of Applied Family Science* (in print).

⁸¹Raport z badań „Z korzyścią dla zdrowia...op.cit., s. 30-31, 35-37

20 godzin w tygodniu, wliczając w to również weekend, pozostał bez zmian na poziomie 45% (CBOS, 2010), a w przypadku populacji wrocławian wyniósł on 42% (w tym: <10 godz. – 23% badanych, a 11-20 godz. – 19%). Ponadto, ¼ wrocławian (23%), tak jak i w przypadku ogółu dorosłych Polaków (23% w 2006 r./24% w 2010 r.) deklarowała dysponowanie 20-40 godzinnym czasem wolnym w tygodniu. Natomiast różnicę odnotowano jeżeli chodzi o odsetek osób, które dysponują największą ilością czasu wolnego (od 40 do ponad 90 godzin/tydzień): taką odpowiedź deklaroowało bowiem mniej, bo 13% wrocławian, w stosunku do 21%/24% dorosłych Polaków (2006/2010) (CBOS, 2010) (pozostałe 15% wrocławian nie potrafiło sprecyzować ilości swojego wolnego czasu).

Wykres II.4.8. Deklarowana ilość czasu wolnego w tygodniu, nie licząc nocnego snu



Źródło: opracowanie własne

Tak jak i w wielu innych polskich i europejskich analizach empirycznych, tak i w prezentowanym badaniu własnym, potwierdzono, że **aktywni zawodowo wrocławianie dysponują znacznie mniejszą ilością czasu wolnego** w stosunku do pozostałych badanych kategorii dorosłych osób, w tym także w stosunku do uczących się ($H=121,0806$, $p=0,000$). Ta ostatnia zaś kategoria respondentów dysponuje mniejszą ilością wolnego czasu w porównaniu do osób nieuczących się i niepracujących (w tym emerytów i rencistów). Ponadto, dorośli aktywni zawodowo oraz uczący się częściej deklarowali, że dysponują obecnie raczej mniejszą i zdecydowanie mniejszą ilością czasu wolnego w porównaniu do rencistów i emerytów, którzy z kolei częściej deklarowali, że mają obecnie zdecydowanie więcej czasu (Synowiec-Piłat et al., 2021).

Ilość czasu wolnego wrocławian zależy ponadto od (Synowiec-Piłat et al., 2021):

- **wieku** ($H=95,06861$; $p=0,0000$): potwierdzono, że średni poziom z rang ilości godzin czasu wolnego był najwyższy u seniorów (65+) (w porównaniu do pozostałych kategorii wieku; zależność istotna statystycznie), a następnie wśród osób w wieku 55-64 lata; średni poziom z rang ilości godzin czasu wolnego był natomiast najniższy u osób w wieku 35-44 lat oraz 45-54 lat;
- **wysokości dochodu** ($H=38,9747$, $p=0,0000$): osoby o niższych dochodach deklaruują mniej czasu wolnego w porównaniu do osób bardziej zamożnych.

Rozkład odpowiedzi w zależności od zmiennej wykształcenia pokazał ponadto, że większy odsetek osób z wykształceniem podstawowym, w porównaniu do osób z wykształceniem wyższym, deklaruował więcej niż 40 godzin tygodniowo czasu wolnego (odpowiednio 18,3% vs. 9,3%), i odwrotnie – większy odsetek osób z wykształceniem wyższym, w porównaniu do osób z wykształceniem podstawowym, deklaruował dysponowanie mniejszą ilością tego czasu, tj. <40 godzin tygodniowo – odpowiednio 77,7% vs. 63,9% (nie jest to jednak zależność istotna statystycznie) (Synowiec-Piłat et al., 2021).

— Warto też zauważyć, że **pracujące zawodowo kobiety mają mniej wolnego czasu dla siebie niż pracujący mężczyźni, ale również nieaktywne zawodowo kobiety mają go mniej niż niepracujący mężczyźni**, co potwierdzono nie tylko w badaniach własnych (Synowiec-Piłat et al., n.d.), ale i w badaniach ogólnopolskich (CBOS, 2010). Wynik ten tłumaczony jest nierównym i niekorzystnym dla kobiet dodatkowym obciążeniem pracami domowymi i opieką nad dziećmi.

— Wprawdzie ilość czasu wolnego rośnie wraz z wiekiem, co związane jest oczywiście z ograniczaniem aktywności zawodowej (najwięcej czasu wolnego mają emeryci i renciści), jednakże warto zauważyć, że wśród wrocławian, w większości przedziałów wiekowych (oprócz kategorii wieku 25-34 lat i 65+) **mniej tego czasu mają kobiety niż mężczyźni**. Biorąc pod uwagę rozkłady procentowe w poszczególnych kategoriach wieku, największa dysproporcja zauważalna jest wśród osób w wieku 35-44 lat i stanowi 19 punktów procentowych na niekorzyść kobiet, tj. 75% kobiet vs. 56% mężczyzn deklaruje najmniejszą ilość czasu wolnego (<20 godz./tydzień). Biorąc pod uwagę poszczególne kategorie wiekowe badanych, w największym stopniu najmniejszą ilość czasu wolnego tygodniowo (<20 godzin) deklarowały właśnie osoby w wieku 35-44 lat (66.6%) oraz 45-54 lat (56.8%) (łącznie 62% badanych w wieku 35-54 lat). Także średni poziom z rang ilości godzin czasu wolnego był najniższy u osób w wieku 35-44 lat oraz 45-54 lat, czyli wśród przedstawicieli tzw. *sandwich generation*⁸² (Synowiec-Piłat et al., 2021).

— Także **analiza danych dotycząca czasu wolnego wrocławian z uwzględnieniem zmiennych płci, wieku i aktywności zawodowej**, zdaje się potwierdzać istnienie zjawiska *sandwich generation* w średnim pokoleniu (Synowiec-Piłat et al., 2021). Przejawia się to w **zdecydowanych niedoborach czasu wolnego wśród osób w wieku 35-44 lat oraz 45-54 lat**, przy czym w większym zakresie *sandwiching* dotyczy kobiet w średnim wieku w porównaniu do mężczyzn.

— Istnienie zjawiska *sandwich generation* w średnim pokoleniu wrocławian widoczne jest również w przypadku analizy ilości czasu wolnego respondentów ze względu na ich stan cywilny. Potwierdzono, że **w grupie osób będących w małżeństwie największy odsetek dysponowania najmniejszą ilością czasu wolnego zgłosiły osoby w wieku 35-54 lat (63.3%)** i jednocześnie najrzadziej deklarowały one dużą ilość czasu wolnego – ponad 40 godzin/tydzień (3.2%). Natomiast **zarówno wśród osób żyjących w związkach nieformalnych, jak i**

⁸²**Sandwich generation** („pokolenie kanapek”): dwustronne oczekiwanie wsparcia od pokolenia środkowego. Sprowadza się to do upowszechniania sytuacji realizowania przez dorosłe dzieci potrzeb opiekuńczych coraz starszych rodziców przy jednoczesnym subsydiowaniu własnych dzieci i to przez coraz dłuższy okres ich życia (Barnett & Hyde, 2001; Grotowska-Leder & Roszak, 2016)

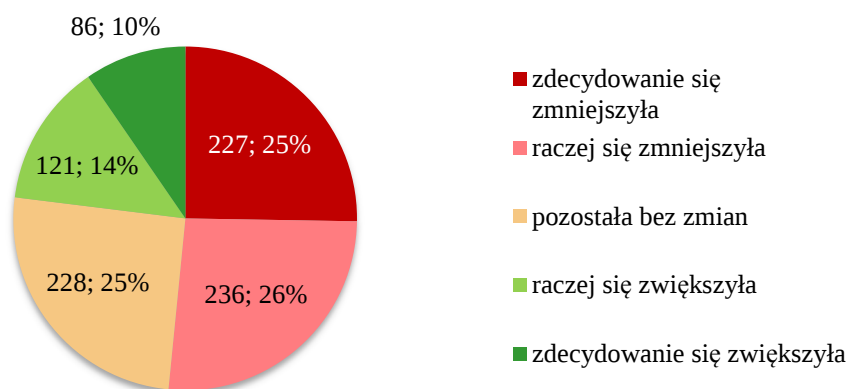
żyjących samotnie najmniejszą ilością czasu wolnego dysponują w największym odsetku respondenci w wieku 55–64 lat (odpowiednio: 75.0% oraz 85.7%) oraz 35–54 lat (odpowiednio: 64.7% oraz 55.6%).

— Warto również zauważyć, że **deficyt ilości czasu wolnego w większym zakresie odczuwają kobiety, niezależnie od stanu cywilnego** (Synowiec-Piłat et al., 2021). Potwierdzono bowiem, że większy odsetek kobiet w stosunku do mężczyzn dysponuje najmniejszą ilością czasu wolnego (<20 godzin w tygodniu) zarówno w przypadku respondentów żyjących w małżeństwie (54.5% vs. 48.1%), jak i wśród osób samotnych (53.8% vs. 47.4%) oraz rozwodników (52.8% vs. 30.0%).

— Potwierdzono również, że **wraz z ilością posiadanych dzieci zwiększa się odsetek respondentów dysponujących najmniejszą ilością czasu wolnego (<20 godzin)**.

Percepcja zmian w ilości czasu wolnego w ciągu ostatnich 5 lat⁸³ (Synowiec-Piłat et al., 2021): więcej wrocławian (51%) (Wykres II.4.9) w porównaniu do próby ogólnopolskiej (32%) (CBOS, 2006) deklaruje, że ich **ilość czasu wolnego uległa zmniejszeniu w ciągu ostatnich 5 lat**.

Wykres II.4.9. Percepcja zmian w ilości czasu wolnego w ciągu ostatnich 5 lat



Źródło: opracowanie własne

Percepcja przez wrocławian zmian w ilości czasu wolnego w ostatnich latach jest zależna od (Tabela II.4.1.) (Synowiec-Piłat et al., 2021):

- **aktywności zawodowej** respondentów: dorośli aktywni zawodowo oraz uczący się częściej deklarowali, że dysponują obecnie raczej mniejszą i zdecydowanie mniejszą ilością czasu wolnego w porównaniu do rencistów i emerytów, którzy z kolei częściej deklarowali, że mają obecnie zdecydowanie więcej czasu;
- **wieku**: zarówno w badaniach ogólnopolskich, jak i dotyczących Wrocławia, respondenci deklarujący zmniejszenie się ilości czasu wolnego to przede wszystkim osoby pomiędzy 35 a 54 rokiem życia oraz pracujące zawodowo (CBOS, 2010). Zjawisko to tłumaczone jest faktem przejmowania przez młodych dorosłych nowych ról społecznych, zarówno zawodowych, jak i rodzinnych (małżeńskich i rodzicielskich).

⁸³Raport z badań „Z korzyścią dla zdrowia...op.cit., s. 30

Natomiast osoby w średnim wieku pełnią dodatkowo, oprócz ról zawodowych, także role opiekuńcze w stosunku do dzieci i starzejących się rodziców. Taki sam odsetek wrocławian (24%) i ogólnie dorosłych Polaków (24% / 25%) twierdzi, że dysponuje obecnie większą ilością czasu wolnego (CBOS, 2010). Natomiast zdecydowanie mniej wrocławian (25%) uważa, że ilość czasu wolnego pozostała bez zmian – w badaniach ogólnopolskich odsetek tego rodzaju odpowiedzi wyniósł 42%/39% (2006/2010) (CBOS, 2010). Poczucie stabilizacji w percepcji czasu wolnego wiąże się najprawdopodobniej z osiągnięciem względnej stabilizacji życiowej w wieku 55+, natomiast poczucie zyskania czasu wolnego w wieku starszym – z dominującym w tej fazie życia brakiem obowiązków zawodowych. Percepcja zmian w ilości czasu wolnego zdaje się zatem przeplatać z pełnieniem przez respondentów kluczowych ról społecznych;

- **dochodów:** a) osoby o najniższych dochodach częściej deklarowały, że obecnie mają raczej mniej czasu wolnego; b) badani o najwyższych dochodach częściej twierdzili, że mają tyle samo lub zdecydowanie mniej czasu wolnego w porównaniu z okresem sprzed 5 lat; c) respondenci dysponujący środkami w wysokości 901-1200 PLN, częściej deklarowali, że mają raczej mniej czasu wolnego.

Ponadto, analiza rozkładów procentowych odpowiedzi wskazuje, że **osoby wyżej wykształcone** częściej są zdania, że w porównaniu z okresem sprzed 5 lat mają go mniej (nie jest to zależność istotna statystycznie).

AKTYWNOŚĆ FIZYCZNA I FORMY SPĘDZANIA CZASU WOLNEGO

Aktywność fizyczna i formy spędzania czasu wolnego⁸⁴: **aktywność fizyczna** (Pałęga et al., 2019, s. 27) jako jeden z behawioralnych czynników ryzyka, jest **istotnym regulatorem**

⁸⁴Raport z badań „Z korzyścią dla zdrowia...op.cit., s.29-37

Dane empiryczne oraz fragmenty opracowania na podstawie artykułów teoretycznych oraz artykułu oryginalnego z badań dotyczących populacji wrocławian, w ramach projektu naukowego „Z korzyścią dla zdrowia czy na jego szkodę? Analiza socjologiczna stylu życia Wrocławian”, projekt badawczy finansowany ze środków gminy Wrocław, 2018 r.; nr umowy D/WZD/19A/68/2018:

Pałęga A., Jędrzejek M., Synowiec-Piłat M., **Rekreacyjna aktywność fizyczna jako kapitał dla zdrowia.**

Rozważania teoretyczne, W: Zdrowy styl życia jako kapitał XXI wieku, red. nauk. Artur Borcuch, Monika Knefel, Anna Krzysztofek; Kielce: Laboratorium Wiedzy Artur Borcuch, 2019; s.27-35; ISBN 978-83-953315-9-6;

Link do artykułu: <https://www.kreatywniedlazdrowia.pl/kdz/Aktywnoscfizyczna-rozwazaniateoretyczne.pdf>

Jędrzejek M., Synowiec-Piłat M., Zmysłona B., Pałęga A., **Rekreacyjna aktywność fizyczna wrocławian i jej**

społeczno-demograficzne uwarunkowania, W: Zdrowy styl życia jako kapitał XXI wieku, red. nauk. Artur Borcuch, Monika Knefel, Anna Krzysztofek; Kielce: Laboratorium Wiedzy Artur Borcuch, 2019; s.37-51; ISBN 978-83-953315-9-6;

Link do artykułu: <https://www.kreatywniedlazdrowia.pl/kdz/Aktywnoscfizyczna-badaniaempiryczne.pdf>

Synowiec-Piłat M., Jędrzejek M., Pałęga A., **Propagowanie rekreacyjnej aktywności fizycznej jako wyzwanie dla promocji zdrowia ukierunkowanej na społeczność lokalną, na przykładzie populacji Wrocławia**, W:

Zdrowy styl życia jako kapitał XXI wieku, red. nauk. Artur Borcuch, Monika Knefel, Anna Krzysztofek; Kielce: Laboratorium Wiedzy Artur Borcuch, 2019; s.53-61; ISBN 978-83-953315-9-6.

Link do artykułu: <https://www.kreatywniedlazdrowia.pl/kdz/Aktywnoscfizyczna-wyzwaniapromocjizdrowia.pdf>

funkcjonowania organizmu, a systematycznie uprawiana, niesie szereg korzyści (m.in. zwiększenie wydajności pracy serca, układu oddechowego, regulację gospodarki lipidowo-cukrowej oraz poprawę parametrów hemodynamicznych – normalizację ciśnienia tętniczego krwi oraz rytmu serca) (Traczyk & Trzebski, 2015). Regularna, umiarkowana aktywność fizyczna skutecznie redukuje ryzyko wystąpienia choroby sercowo-naczyniowej, nadciśnienia tętniczego, cukrzycy typu 2, choroby nowotworowej (m.in. raka piersi oraz jelita grubego) oraz depresji (Warburton, 2006). Osoby odznaczające się wysokim poziomem aktywności i wydolności fizycznej mają mniejsze ryzyko przedwczesnego zgonu w odniesieniu do osób prowadzących sedenteryjny tryb życia (Irwin et al., 2008).

Regularna aktywność fizyczna jest zatem **istotnym elementem prozdrowotnego stylu życia oraz podstawą działań prewencyjnych** w kontekście rozwoju współczesnych chorób przewlekłych (Jędrzejek, Synowiec-Piłat, Zmyślona, & Pałęga, 2019). Umiejętność aktywnego spędzania czasu wolnego rozpatrywana jest również jako **element kapitału społecznego**, którym dysponuje jednostka w swym życiu (Pałęga et al., 2019, s. 30).

Formy spędzania czasu wolnego⁸⁵ (Jędrzejek et al., 2019, ss. 50-51): mieszkańcy Wrocławia przejawiają pewne zainteresowanie aktywnością fizyczną, ale jest ona niewystarczająca:

-  • ¼ wrocławian w ogóle nie wykonuje aerobowych ćwiczeń fizycznych (bieganie/pływanie/jazda na rowerze), a kolejne 12% wykonuje je minimum raz w roku;
-  • codziennie rekreacyjnie ćwiczy 6% badanych, zaś minimum raz na tydzień 30% respondentów;
-  • spacerowaniem, przez co najmniej godzinę dziennie, które nie wymaga ani dodatkowych nakładów czasowych, ani finansowych, nie jest zainteresowany co dziesiąty badany (11%); codzienne spacerowanie deklaruje 23% wrocławian, a ponad 1/3 (37%) – minimum raz na tydzień;
-  • na jednodniowe oraz na dłuższe wycieczki nie wyjeżdża nigdy lub prawie nigdy odpowiednio 21% oraz 22% ankietowanych.

Porównywalne wyniki uzyskano na reprezentatywnej próbie ogólnopolskiej (CBOS, 2016b): ponad jedna trzecia (37%) Polaków w ogóle nie podejmuje takich aktywności, jak bieganie, pływanie czy jazda na rowerze itp. Według badania GUS (EHIS 2014) (Główny Urząd Statystyczny, 2016) ćwiczenia rekreacyjne, wymagające przynajmniej umiarkowanego wysiłku fizycznego w sezonie jesiennym, uprawia regularnie 22% Polaków w wieku 15 lat lub więcej (średnio przez 36 minut tygodniowo). Jednak rekomendowany przez WHO poziom aktywności fizycznej (min. 150 minut tygodniowo) spełniał zaledwie co szósty Polak, a ich odsetek szybko spadał z wiekiem – odpowiednio ćwiczyła co trzecia osoba w wieku 15–19 lat, co czwarty dwudziestolatek, co piąty trzydziestolatek, co ósmy czterdziesto- i pięćdziesięciolatek. Jednocześnie 55% mężczyzn i 62% kobiet zadeklarowało całkowity brak powyższych form

⁸⁵Rozkład procentowy poszczególnych form aktywności wrocławian dostępny w: Raport z badań „Z korzyścią dla zdrowia...op.cit., s. 31-37
Link: <https://www.kreatywniedlazedrowia.pl/kdz/raportbadania.pdf>

aktywności (nie poświęcają 10 minut w tygodniu na rekreację wymagającą przynajmniej umiarkowanego wysiłku fizycznego).

— Również w badaniach wrocławskich (Jędrzejek et al., 2019, s. 50; Synowiec-Piłat et al., 2018), potwierdzono statystycznie (Tabela II.4.2.), że **deklarowana aktywność fizyczna jest zdecydowanie mniejsza wśród seniorów (65+)**, którzy częściej negowali uprawianie aerobowej aktywności fizycznej oraz uczestniczenie w wycieczkach, zarówno jednodniowych, jak i dłuższych. Co jest zrozumiałe, jest to związane ze zmniejszającą się wraz z wiekiem wydolnością organizmu oraz wielochorobowością.

Za pozytywny wynik uznać należy natomiast to, że osoby starsze (od 65 roku życia) częściej spacerują codziennie, w porównaniu do osób młodszych.

— Zdecydowanie **mniej aktywne fizycznie są również osoby z wykształceniem podstawowym/zawodowym** – częściej negują uprawianie typowej aktywności rekreacyjnej (pływanie, rower, bieganie etc.) oraz uczestniczenie w rekreacyjnych wycieczkach.

— Ponadto, w **rekreacyjnej aktywności fizycznej rzadziej uczestniczyli respondenci o niższych dochodach oraz gorzej oceniający warunki materialne** własnego gospodarstwa domowego (Jędrzejek et al., 2019, s. 50).

Zależność częstotliwości uczestniczenia w poszczególnych formach rekreacyjnej aktywności fizycznej wrocławian od zmiennych społeczno-demograficznych i strukturalnych przedstawiona została w Tabeli II.4.2.

Tabela II.4.2. Zależność częstotliwości uczestniczenia w poszczególnych formach rekreacyjnej aktywności fizycznej wrocławian od zmiennych społeczno-demograficznych i strukturalnych (N=898)

	płeć	wiek	wykształcenie	dochody	ocena sytuacji materialnej
<i>bieganie, pływanie, jazda na rowerze</i>	$\chi^2=24,77512$ p=0,00006 V=0,1661000	$\chi^2=146,6737$ p=0,0000 V=0,2020728	$\chi^2=28,70090$ p=0,00036 V=0,1264138	$\chi^2=29,01931$ p=0,02381 V=0,0898826	$\chi^2=51,52248$ p=0,00000 V=0,1693734
<i>spacerowanie co najmniej przez godzinę</i>	$\chi^2=17,77624$ p=0,00136 V=0,1406960	$\chi^2=32,27347$ p=0,04047 V=0,0947883	n/s	n/s	n/s
<i>jednodniowe wycieczki</i>	n/s	$\chi^2=58,76870$ p=0,00001 V=0,1279101	$\chi^2=24,08029$ p=0,00222 V=0,1157918	$\chi^2=26,92607$ p=0,04231 V=0,0865801	$\chi^2=35,16377$ p=0,00002 V=0,1399247
<i>dłuższe wycieczki</i>	n/s	$\chi^2=78,45947$ p=0,00000 V=0,1477932	$\chi^2=48,47032$ p=0,00000 V=0,1642800	$\chi^2=29,73447$ p=0,01943 V=0,0909834	$\chi^2=50,98022$ p=0,00000 V=0,1684797

Wyniki testu χ^2 , p (p-value), V – wartość współczynnika korelacji V-Cramera;

n/s – wynik nieistotny statystycznie

Źródło: dane za (Jędrzejek et al., 2019)

Zjawisko zmniejszającej się aktywności fizycznej wraz z wiekiem oraz niższym poziomem wykształcenia i statusu materialnego (w sensie obiektywnym i subiektywnym) badanych

potwierdzone zostało również w rozlicznych badaniach empirycznych, prowadzonych w krajach Europy Zachodniej i USA. Wyniki te analizowane są w ramach dyskursu dotyczącego nierówności społecznych w zdrowiu (Synowiec-Piłat et al., 2019).

ZACHOWANIA DIETETYCZNE ORAZ SAMOCENA SPOSOBU ODŻYWIANIA

Zachowania dietetyczne oraz samocena sposobu odżywiania wrocławian⁸⁶: w Polsce w 2016 r. niewłaściwa dieta była **głównym czynnikiem ryzyka śmierci**, zarówno w przypadku mężczyzn, jak i kobiet, oraz **istotnym czynnikiem ryzyka niepełnosprawności** (Śliż & Mamcarz, 2018). Niewłaściwa dieta w 2016 r. spowodowała utratę 15,9% lat przeżytych w zdrowiu, w przypadku mężczyzn było to 16,8% lat, a w przypadku kobiet – 13,4%. Szacuje się, że z powodu niewłaściwej diety w 2016 r. zmarło 106,8 tys. osób (27,4% wszystkich zgonów) w naszym kraju, w tym 53,5 tys. mężczyzn (tj. 26,8% zgonów) i 53,3 tys. kobiet (tj. 28,1% zgonów) (Synowiec-Piłat et al., 2018, ss. 37-38).

Uważa się, że prawie 100 jednostek chorobowych (m.in. choroby układu krążenia, nowotwory układu pokarmowego, cukrzyca typu II, otyłość, niedokrwistość, osteoporoza) jest następstwem **niedoboru, bądź nadmiaru poszczególnych składników odżywczych i energetycznych w diecie**. Współcześnie, nieprawidłowa dieta opisywana jest jako mało urozmaicona, wysokokaloryczna, bogatotłuszczowa oraz skąpowitaminowa. Dodatkowo, podkreślane są błędy w schemacie odżywiania – niedostateczna liczba spożywanych posiłków oraz niewłaściwy ich rozkład w ciągu dnia (Karski, 1999). Szczególnie dieta wysokokaloryczna i bogatotłuszczowa sprzyja rozwojowi nadciśnienia tętniczego, cukrzycy oraz nadwagi i otyłości (Synowiec-Piłat et al., 2018, s. 38).

Obecnie dominującym problemem w kontekście zaburzeń odżywiania w krajach rozwijających się oraz rozwiniętych jest kwestia nadmiernej konsumpcji pożywienia, która w połączeniu z prowadzonym mało aktywnym (tj. siedzącym) trybem życia prowadzi bezpośrednio do rozwoju nadwagi i otyłości, wraz z jej konsekwencjami.

Ilość spożywanego jedzenia⁸⁷: większość wrocławian (58%) deklaruje, iż stara się ograniczać ilość spożywanego jedzenia, ponad 1/3 (38%) nie ogranicza się w jedzeniu, natomiast 4% ankietowanych deklaruje, że jest obecnie na diecie odchudzającej (Wykres II.4.10.). Brak stosowania ograniczeń ilościowych w diecie częściej deklarują mężczyźni oraz osoby o niższym poziomie wykształcenia (Tabela II.4.1.).



Wrocławianie odżywiają się dość regularnie - 3/4 badanych zjada codziennie śniadanie (76%) oraz co najmniej trzy posiłki dziennie (78%). Zdecydowana większość wrocławian (83%) spożywa codziennie ciepły posiłek⁸⁸.

Samoocena sposobu odżywiania⁸⁹ - Wykres II.4.11.:

⁸⁶Raport z badań „Z korzyścią dla zdrowia...op.cit., s. 37-50

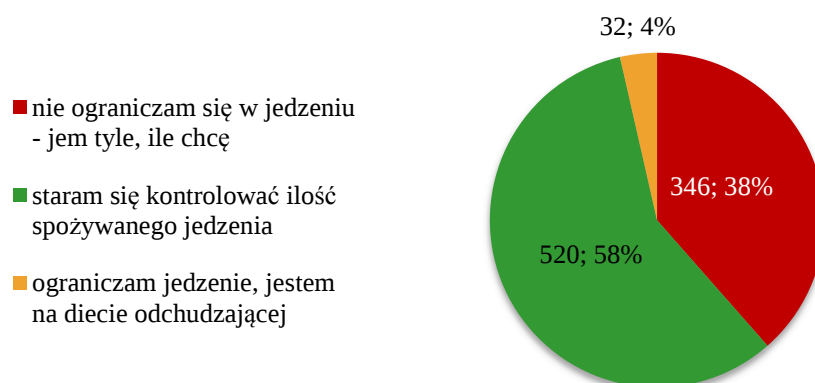
⁸⁷Raport z badań „Z korzyścią dla zdrowia...op.cit., s. 38-40

⁸⁸Rozkład procentowy odpowiedzi dotyczący częstotliwości spożywanych posiłków przez wrocławian dostępny w: Raport z badań „Z korzyścią dla zdrowia...op.cit., s.41

⁸⁹Raport z badań „Z korzyścią dla zdrowia...op.cit., s. 46-47

- zaledwie 7% ankietowanych **postrzegało swój styl odżywiania** jako bardzo zdrowy, natomiast $\frac{3}{4}$ (76%) jako raczej zdrowy;
- częściej swoją dietę oceniają jako zdrową kobiety, młodzież oraz seniorzy, osoby z wyższym wykształceniem (Tabela II.4.1.).

Wykres II.4.10. Samoocena ilości spożywanych posiłków



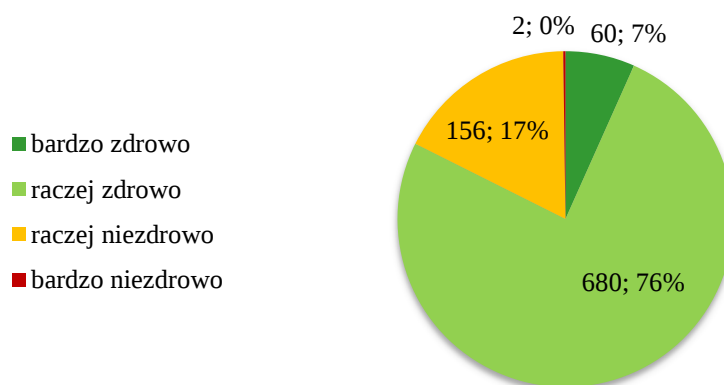
Źródło: opracowanie własne

Spożywanie przez wrocławian poszczególnych produktów⁹⁰:

- 😊 • większość wrocławian **spożywa wodę kilka razy dziennie** (79%);
- • ponad 1/3 badanych (39%) deklaruje kilka razy w tygodniu lub codziennie **przegryzanie produktów wysokoprzetworzonych**;
- • prawie połowa (48%) codziennie **solii potrawy**;
- • prawie połowa (47%) deklaruje **spożywanie produktów smażonych** kilka razy w tygodniu;
- • zaledwie 15% spożywa kilka razy dziennie **warzywa**, a 17% - **owoce**;
- • 59% respondentów minimum raz na tydzień spożywa **czerwone mięso**, codziennie (kilka razy lub raz dziennie) - 14%;
- • maksymalnie raz na miesiąc 33% je **ryby**;
- • napoje słodzone pije minimum raz na tydzień – 27%, raz dziennie – 11%, a kilka razy dziennie – 9% badanych;
- 😊 • 73% **sprawdzają datę ważności kupowanych produktów**;
- • ponad jedna czwarta respondentów (28%) **nie czyta etykiet i nie sprawdza składu kupowanych produktów żywnościowych**;

Wykres II.4.11. Samoocena sposobu odżywiania

⁹⁰Rozkład procentowy odpowiedzi dotyczący częstotliwości spożywania przez wrocławian płynów oraz poszczególnych produktów dostępny w: Raport z badań „Z korzyścią dla zdrowia...op.cit., s. 42-44



Źródło: opracowanie własne

PICIE ALKOHOLU

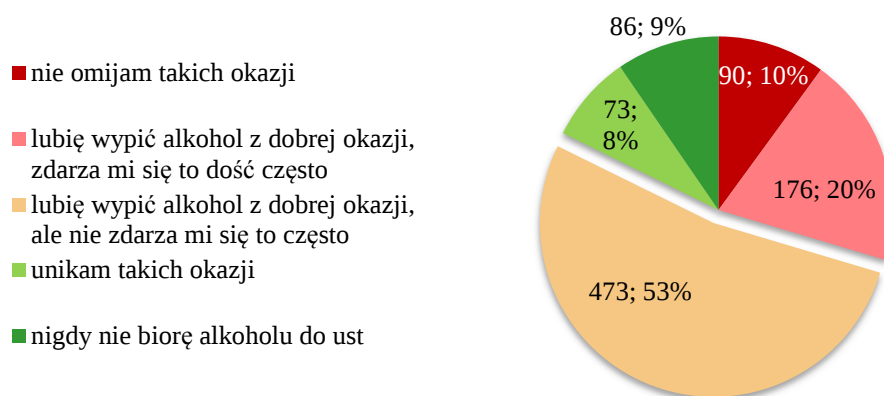
Picie alkoholu⁹¹: spożywanie alkoholu, zwłaszcza w nadmiernych ilościach, niesie za sobą **poważne skutki zdrowotne** (Synowiec-Piłat et al., 2018, s. 50): zwiększone ryzyko rozwoju nowotworów głowy i szyi, przewodu pokarmowego, wątroby, piersi; marskość wątroby i jej konsekwencje; zwiększone ryzyko wystąpienia udaru krwotocznego mózgu, zaburzeń rytmu serca; częstsze wypadki, urazy, utonięcia) oraz psychospołeczne (konsekwencje uzależnienia od alkoholu, m.in. zachowania agresywne, problemy rodzinne, bezrobocie, depresja, stany lękowe) (Śliż & Mamcarz, 2018). Według szacunków, konsumpcja alkoholu w 2016 r. w Polsce była odpowiedzialna za **utratę 8,9% lat przeżytych w zdrowiu**. Szacuje się, że z powodu picia alkoholu w 2016 r. w Polsce **zmarło** 32,1 tys. osób (tj. 8,2% wszystkich zgonów), w tym 27,6 tys. mężczyzn i 4,5 tys. kobiet (Śliż & Mamcarz, 2018).

Gotowość / chęć spożywania alkoholu⁹²: połowa dorosłych wrocławian (53%) odpowiedziała, że „lubi wypić alkohol z dobrej okazji, ale nie zdarza się im to często”, jedna piąta respondentów (20%), stwierdziła, że „lubi wypić alkohol z dobrej okazji i zdarza się im to dość często”. Co dziesiąty ankietowany (10%) odpowiedział, że „nie omija takich okazji”, i przeciwnie, również co dziesiąty ankietowany (9,5%) odpowiedział, że „nigdy nie bierze alkoholu do ust” (Wykres II.4.12).

Wykres II.4.12. Gotowość/chęć spożywania alkoholu

⁹¹Raport z badań „Z korzyści dla zdrowia...op.cit., s. 50-62

⁹²Raport z badań „Z korzyści dla zdrowia...op.cit., s. 50-53

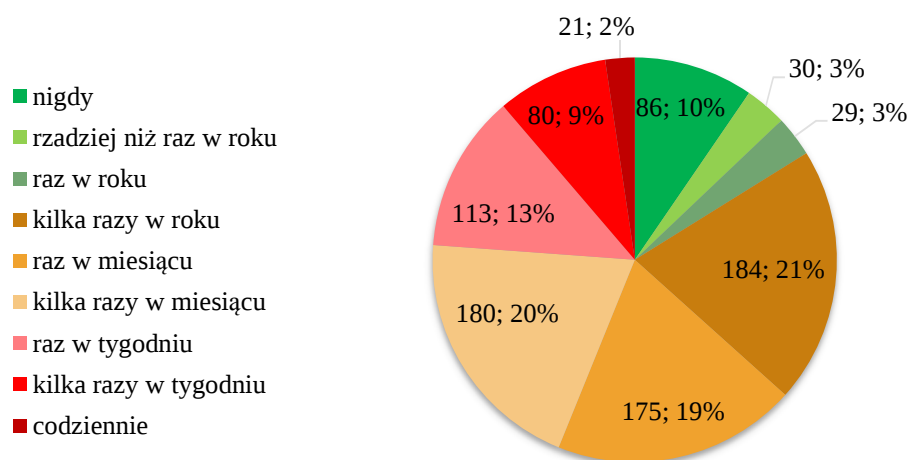


Źródło: opracowanie własne

Częstotliwość spożywania alkoholu⁹³ (Wykres II.4.13.):

mieszkańcy Wrocławia spożywają alkohol częściej, niż wskazują na to ogólnopolskie badania GUS z 2016 r., bowiem picie alkoholu w 2014 r. deklarowało 72,2% osób w wieku 15 lat i więcej, w tym częściej mężczyźni – 82,9% niż kobiety 63,2%. Według tych danych, co najmniej raz w tygodniu alkohol pije 17,8% ogółu Polaków, w tym 28,5% mężczyzn oraz 8,8% kobiet, z kolei co najmniej raz w miesiącu – 28,5% ogółu, w tym 34,3% mężczyzn oraz 23,6% kobiet, natomiast rzadziej niż raz w miesiącu – 25,9% ogółu Polaków, w tym 20,1% mężczyzn oraz 30,8% kobiet oraz (Śliż & Mamcarz, 2018).

Wykres II.4.13. Częstotliwość spożywania alkoholu



Źródło: opracowanie własne

W przypadku wrocławian spożywanie alkoholu deklarowało:

- 90% badanych, w tym nieznacznie częściej mężczyźni – 92,3% vs. 88,9% kobiet;
- co najmniej raz w tygodniu – 24% dorosłych wrocławian, w tym 36,5% mężczyzn oraz prawie połowa mniej kobiet – 13,5%;

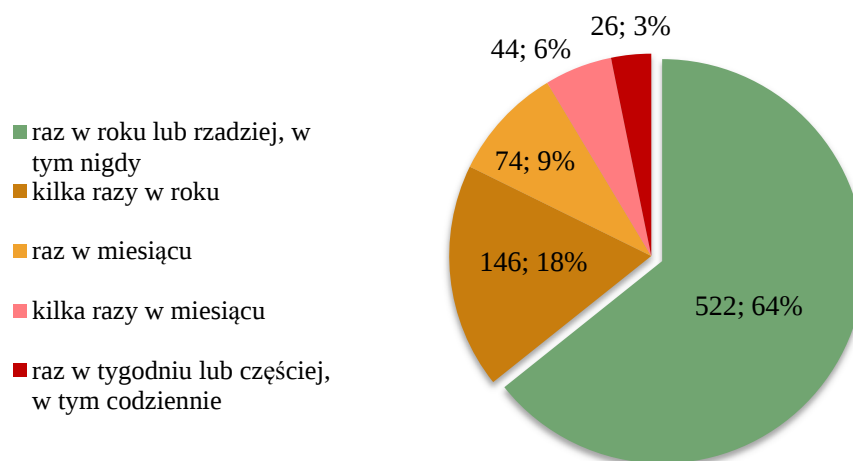
⁹³Raport z badań „Z korzyścią dla zdrowia...op.cit., s. 53-57

- picie co najmniej raz w miesiącu – 19% respondentów, w tym 15,6% mężczyzn oraz 22,6% kobiet, zaś rzadziej niż raz w miesiącu – 27% respondentów, w tym 16,7% mężczyzn oraz 35,5% kobiet;
- codziennie spożywanie alkoholu – 4,7% mężczyzn i tylko 0,4% kobiet;
- całkowitą abstynencję od alkoholu deklarowało łącznie 10% badanych, częściej kobiety – 11,%, w porównaniu do 7,7% mężczyzn.

Szczególnie niebezpiecznym zjawiskiem jest **używanie alkoholu przez młodzież**, zwłaszcza że ostatnie badania pokazują niekorzystną tendencję wzrostową (Synowiec-Piłat et al., 2018, s. 60). Dla przykładu, powołując się na dane GUS z 2009 r., 42% osób w wieku 15–19 lat spożywało alkohol w ciągu roku przed badaniem, w tym większość (62,5%) deklarowała spożywanie alkoholu okazjonalnie – raz w miesiącu lub 2-4 razy na miesiąc (Synowiec-Piłat et al., 2017). Z kolei powołując się na dane z badań HBSC, w Polsce 21,1% dzieci w wieku 11-15 lat upiło się co najmniej raz w życiu (!), a 6,4% pije alkohol co najmniej raz w tygodniu (!!!). Idąc dalej, według tych samych badań, 34,9% dzieci po raz pierwszy piło alkohol mając 13 lat lub mniej (!), a 9,2% dzieci po raz pierwszy upiło się w wieku 13 lat (Śliż & Mamcarz, 2018).

Upijanie się⁹⁴: wśród osób deklarujących spożywanie jakichkolwiek ilości alkoholu (N=812), zdecydowana większość (64%) odpowiedziała, że zdarza się im to raz w roku lub rzadziej, 18% – kilka razy w roku, natomiast kilka razy w miesiącu – 6%, a kilka razy w tygodniu lub częściej – 3% (Wykres II.4.14.).

Wykres II.4.14. Częstotliwość upijania się [wśród osób spożywających alkohol, N=812]



Źródło: opracowanie własne

Potwierdzono **istnienie statystycznie istotnych zależności dotyczących spożywania alkoholu przez wrocławian** (Tabela II.4.1.), spośród których szczególną uwagę zwracają następujące kwestie:

- mężczyźni częściej deklarują chęć spożywania oraz częściej sięgają po alkohol, piją większe jego ilości oraz częściej się upijają;



⁹⁴Raport z badań „Z korzyścią dla zdrowia...op.cit., s. 58-60

- więcej kobiet deklaruje zupełną abstynencję;
- • spożycie alkoholu oraz jego częstotliwość rośnie wraz ze spadkiem wykształcenia badanych;
- • najczęściej spożywają alkohol *single*;
- 😊 • ilość spożywanego alkoholu spada wraz z wiekiem;
- • istnieje wyraźna tendencja częstego upijania się w młodszych grupach wiekowych;
- • wysokie spożycie alkoholu oraz częste upijanie się związane jest najczęściej z niskim poziomem wykształcenia;
- 😊 • osoby z wyższym wykształceniem piją mniej alkoholu oraz rzadziej się upijają;
- • osoby ubogie i postrzegające swój status materialny jako gorszy piją i upijają się częściej.

PALENIE PAPIEROSÓW ORAZ PRZEKONANIA NA TEMAT PALENIA

Palenie papierosów oraz przekonania na temat palenia⁹⁵: palenie tytoniu (Synowiec-Piłat et al., 2018, ss. 62-63) **jest jednym z najważniejszych czynników ryzyka** rozwoju choroby sercowo-naczyniowej (szczególnie choroby niedokrwiennej serca, udaru mózgu oraz chorób tętnic obwodowych), a także rozwoju wielu chorób nowotworowych (m.in. nowotworów płuc, gardła, krtani, pęcherza moczowego, nerek, trzustki). Ponadto, bezsprzeczny jest udział palenia w rozwoju przewlekłych chorób dolnych dróg oddechowych, w tym przewlekłej obturacyjnej choroby płuc (POCHP; nawet do 80% przypadków), która znacząco pogarsza jakość życia oraz prowadzi do przedwczesnych zgonów (Gajewski, 2020). Palenie tytoniu **powoduje utratę przeżytych lat w zdrowiu**. Szacuje się, że w Polsce w 2016 r. skutkowało ono utratą 14,1% lat przeżytych w zdrowiu, w przypadku mężczyzn było to 18,5%, a w przypadku kobiet – 8,7%. Badania pokazują, że osoby palące **żyją przeciętnie krócej** o 10 lat, niż niepalący. (Śliż & Mamcarz, 2018). W krajach rozwiniętych palenie papierosów jest najważniejszą, pojedynczą **przyczyną przedwczesnej śmierci**, której można zapobiec, bowiem zaprzestanie palenia powoduje istotne zmniejszenie ryzyka wystąpienia chorób tytoniozależnych (w tym nowotworów), a ryzyko to zmniejsza się jeszcze bardziej w miarę trwania tytoniowej abstynencji.

Negatywne skutki palenia dotyczą nie tylko palaczy czynnych, ale również osób w bezpośrednim otoczeniu, tzw. palaczy biernych. **Bierne palenie** było przyczyną utraty 0,8% lat przeżytych w zdrowiu i było odpowiedzialne za 6,2 tys. zgonów, tj. 1,6% wszystkich zgonów (Śliż & Mamcarz, 2018).

Rozpowszechnienie palenia⁹⁶:

😊 **We Wrocławiu obserwuje się mniejszy odsetek osób palących papierosy nałogowo (tj. codziennie), a także mieszkańcy Wrocławia palą mniej, w porównaniu do ogółu społeczeństwa polskiego.** Jest to oczywiście zjawisko korzystne, zwłaszcza w świetle danych ogólnokrajowych, według których w Polsce obserwuje się tendencję spadkową liczby palaczy

⁹⁵Raport z badań „Z korzyści dla zdrowia...op.cit., s. 62-73

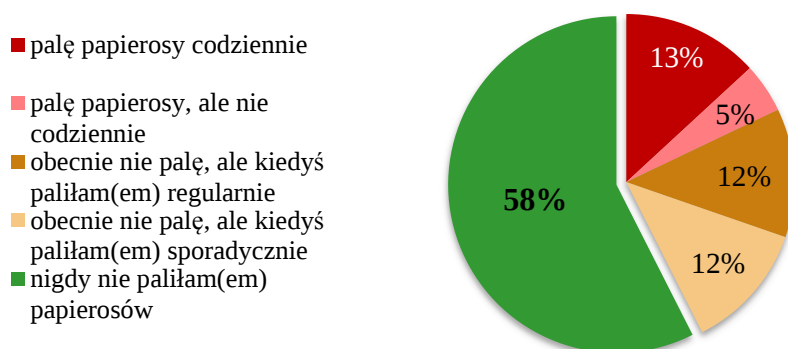
⁹⁶Raport z badań „Z korzyści dla zdrowia...op.cit., s. 63-65

tytoniu, w tym palenia nałogowego (codziennego) (Trzasańska, Staszyńska, & Krassowska, 2017). Ponad połowa wrocławian (58%) odpowiedziała, że nigdy nie paliła papierosów. Prawie jedna czwarta ankietowanych, 24%, deklaruowała palenie papierosów w przeszłości, w tym połowa tej grupy (12% ogółu badanych), paliła kiedyś regularnie. Obecnie natomiast pali 18% badanych, w tym: palenie codzienne deklaruje 13% osób, zaś pozostałe 5% ankietowanych – palenie okazjonalne – Wykres II.4.15.

Zależność częstotliwości palenia od zmiennych społeczno-demograficznych i strukturalnych (Tabela II.4.1.):

- częściej całkowitą abstynencję od palenia papierosów, wśród badanej populacji, deklaruują kobiety; aktualny status palacza deklaruje podobna ilość mężczyzn oraz kobiet (17% vs. 20%), w tym palenie codzienne odpowiednio 12% oraz 15%, zaś okazjonalne odpowiednio po 5%;
- najwyższy odsetek obecnie palących notuje się w najmłodszej grupie wiekowej (18-24 lata); a najmniejszy – wśród osób w wieku 55-64 lat oraz 65 lat i więcej;
- palenie nałogowe (codzienne) nieznacznie częściej deklaruują osoby z wykształceniem podstawowym lub zawodowym w stosunku do respondentów z wykształceniem średnim i wyższym lub niepełnym wyższym (17% vs. 13% oraz 10%) (brak zależności istotnej statystycznie).

Wykres II.4.15. Częstotliwość palenia papierosów



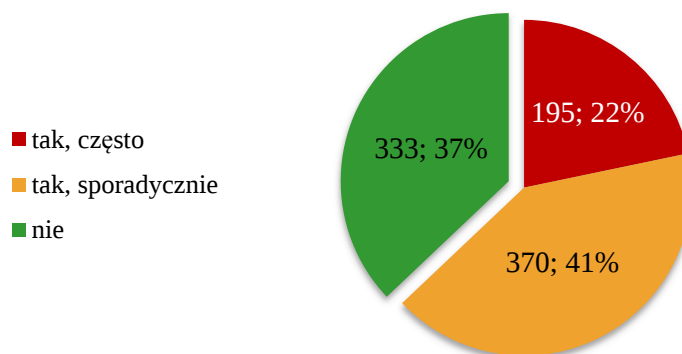
Źródło: opracowanie własne

Większość mieszkańców Wrocławia stwierdza, że jest narażona na dym papierosowy, bo prawie 2/3 badanych (Wykres II.4.16.).



W porównaniu do danych uzyskanych w sondażach ogólnopolskich (CBOS, 2012b) **palenie papierosów w swoim towarzystwie toleruje** mniej wrocławian w porównaniu do próby ogólnopolskiej (29% vs. 42-46%). Wprawdzie 50% dorosłych Wrocławian deklaruje, że nie lubi przebywać w obecności osób palących, ale zaledwie 13% nie pozwala na palenie w swoim towarzystwie.

Wykres II.4.16. Deklarowane narażenie na dym tytoniowy



Źródło: opracowanie własne

UCZESTNICTWO W BADANIACH PROFILAKTYCZNYCH ORAZ PRZEKONANIA NA TEMAT WPŁYWU PROFILAKTYKI NA ZDROWIE

Uczestnictwo w badaniach profilaktycznych oraz przekonania na temat wpływu profilaktyki na zdrowie⁹⁷: profilaktyka ma nieocenione znaczenie w przeciwdziałaniu chorobom przewlekłym oraz zakaźnym. Zgodnie ze stanowiskiem WHO, profilaktykę chorób (*disease prevention*) zdefiniować można jako: „działania mające na celu nie tylko zapobieganie występowaniu chorób, takie jak szczepienia, zwalczanie nosicielstwa choroby lub działania antynikotynowe, lecz także zatrzymanie ich postępu i zmniejszanie ewentualnych następstw” (WHO, 1993).

Nieuczestniczenie w badaniach profilaktycznych oraz niekontaktowanie się ze specjalistą w przypadku zaobserwowania niepokojących objawów w znacznym stopniu przyczynia się do wykrywania choroby w jej zaawansowanych stadiach, co zmniejsza prawdopodobieństwo wyleczenia i/lub wydłuża proces terapeutyczny.

W rozważaniach na temat przesłanek budowania programów profilaktycznych zwraca się uwagę, że realizacja badań skriningowych napotyka na znaczne trudności w osiągnięciu zadowalającego poziomu realizowalności, są one mało skuteczne oraz kosztowne (Ostrowska, 2011).

! Ponadto, badacze wskazują na skłonności twórców tych programów do upatrywania źródeł niepowodzeń głównie w niskiej świadomości i braku zaangażowania społeczeństwa, co prowadzić może do tzw. „syndromu obwiniania ofiary”⁹⁸. Natomiast bagatelizowanych jest szereg czynników o charakterze społeczno-kulturowym, np. kwestia nierówności społecznych, warunków życia, przekonań nawyków oraz przekonań zdrowotnych.

Bardzo istotną kwestią, która powinna być brana pod uwagę w działaniach na rzecz zwiększenia zgłaszalności poszczególnych grup czy zbiorowości społecznych na badania profilaktyczne, jest analiza przekonań na temat wpływu profilaktyki na zdrowie człowieka.

⁹⁷Raport z badań „Z korzyścią dla zdrowia...op.cit., s.74-84

⁹⁸Patrz: Cz. I.2. Istota profilaktyki i promocji zdrowia...op.cit.

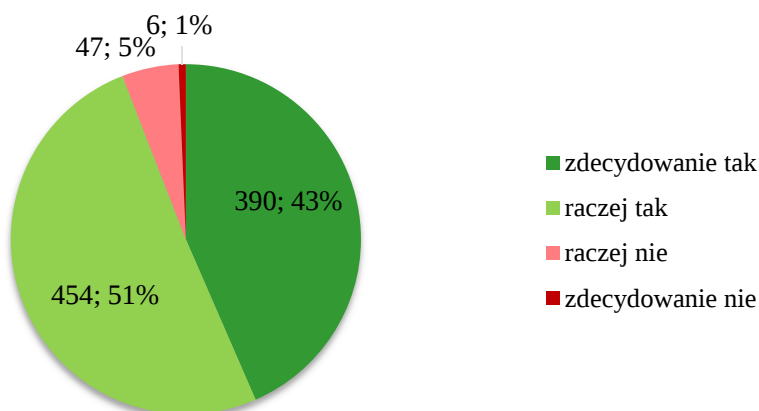
PRZEKONANIA NA TEMAT WPŁYWU PROFILAKTYKI NA ZDROWIE

Przekonania wrocławian na temat wpływu profilaktyki na zdrowie⁹⁹ (Wykres II.4.17.):



- 94% twierdziła, że **profilaktyka ma pozytywny wpływ na zdrowie człowieka**, w tym 43% zdecydowanie się zgadzało z tym twierdzeniem, a 51% – raczej się zgadzało, według 5% badanych profilaktyka nie ma wpływu na zdrowie człowieka, zaś 1% badanych nie miał zdania na ten temat.

Wykres II.4.17. Przekonania na temat pozytywnego wpływu profilaktyki na zdrowie człowieka



Źródło: opracowanie własne

Wprawdzie większość badanych Wrocławian twierdziła, że profilaktyka ma pozytywny wpływ na zdrowie człowieka, warto jednak zauważyć, że ten element stylu życia znalazł się w opiniach Wrocławian dopiero na 6. miejscu, jeżeli chodzi o jego znaczenie dla zdrowia (Wykres II.4.4.).

Potwierdzono istnienie statystycznie istotnych zależności pomiędzy przekonaniami na temat znaczenia profilaktyki dla zdrowia człowieka a następującymi zmiennymi społeczno-demograficznymi i strukturalnymi¹⁰⁰ (Tabela II.4.1.):



- Kobiety** częściej odpowiedziały, że profilaktyka zdecydowanie ma wpływ na nasze zdrowie (47,9% versus 38,0% mężczyzn),
- natomiast **mężczyźni**, częściej twierdzili, że profilaktyka raczej wpływa lub nie wpływa w ogóle na zdrowie człowieka, odpowiednio 54,6% oraz 7,4% (w porównaniu do 47,5% oraz 4,6% kobiet);
- W grupie młodszych dorosłych (18-54 lat) wraz z **wiekem** maleje odsetek osób zdecydowanie zgadzających z omawianym twierdzeniem (51,5% w grupie 18-24 lat w porównaniu do 36,0% w grupie 45-54 lat), na rzecz odpowiedzi „raczej tak” (43,7%

⁹⁹Raport z badań „Z korzyścią dla zdrowia...op.cit., s. 75

¹⁰⁰Opracowanie prezentowanych zależności niepublikowane – własność intelektualna: Fundacja Kreatywnie dla Zdrowia, Wrocław

osób z najmłodszej kategorii wiekowej w porównaniu do 59,2% osób w wieku 45-54 lat).



Z kolei odwrotnie, w grupie starszych dorosłych (55+) najstarsza grupa wiekowa (65+) w większym odsetku zdecydowanie się zgadza, że profilaktyka ma wpływ na zdrowie człowieka (48,7% versus 37,7% wśród 55-64-latków).



Osoby z najstarszej kategorii wiekowej, tj. 65+ w największym odsetku ze wszystkich kategorii wiekowych wskazywały na odpowiedź, że profilaktyka nie wpływa na zdrowie (10,1%)



- Zgodność z twierdzeniem o pozytywnym wpływie profilaktyki na zdrowie wzrasta wraz ze wzrostem **poziomu wykształcenia** wrocławian.



- Osoby **oceniające swoją sytuację jako złą** w znacznie większym odsetku twierdzą, iż profilaktyka nie wpływa na zdrowie, tj. 33,3% tych osób, w porównaniu do 5,6% oraz 3,3% osób oceniających odpowiednio sytuację materialną jako średnią lub dobrą.



Z kolei ponad połowa (54,1%) **osób oceniających swoją sytuację materialną jako dobrą** uważa, że profilaktyka zdecydowanie wpływa na zdrowie, w porównaniu do 34,9% oraz 24,4% osób oceniających tę sytuację jako średnią oraz złą.



- Wrocławianie o **najniższych dochodach** znacznie częściej twierdzili, że profilaktyka nie ma wpływu na zdrowie (20,0%), niż pozostali respondenci (w zakresie 4,8%-6,5%).



Wraz ze wzrostem dochodu coraz większy odsetek respondentów zgadzał się, że profilaktyka zdecydowanie wpływa na nasze zdrowie.

PRZEKONANIA NA TEMAT ZNACZENIA PROFILAKTYKI W PRZECIWDZIAŁANIU CHOROBOB NOWOTWOROWYM

Przekonania na temat znaczenia profilaktyki w przeciwdziałaniu chorobom nowotworowym¹⁰¹ (Wykres II.4.18.):



- większość mieszkańców Wrocławia uważa, że należy wykonywać badania profilaktyczne pod kątem „raka” (86%), w tym 51% twierdziło, że dotyczy to również sytuacji, gdy nie ma się żadnych dolegliwości, a 35% – tylko w sytuacji, gdy są jakieś niepokojące objawy;



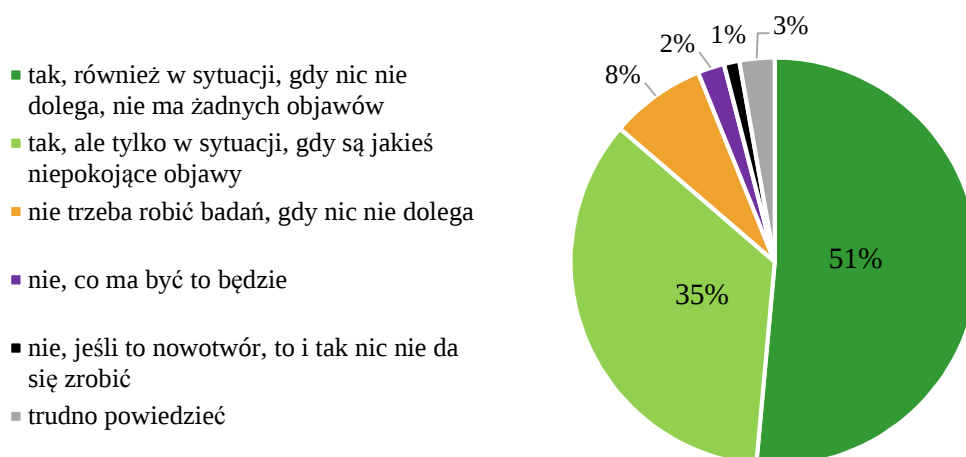
- 11% jest przeciwna wykonywaniu onkologicznych badań profilaktycznych, w tym 8% uważa, że nie trzeba ich robić, gdy nic nie dolega, 2% twierdzi, że „co ma być to będzie”, 1% uważa, że „jeśli to nowotwór, to i tak nic nie da się zrobić” (3% - nie ma zdania).

¹⁰¹Opracowanie prezentowanych danych niepublikowane – własność intelektualna: Fundacja Kreatywnie dla Zdrowia, Wrocław



Potwierdzono, że osoby z **najwyższym poziomem wykształcenia oraz o najwyższych dochodach częściej twierdziły, że należy wykonywać badania profilaktyczne, również w sytuacji, gdy nie ma żadnych objawów** (zależności istotne statystycznie)¹⁰².

Wykres II.4.18. Przekonania na temat znaczenia profilaktyki w przeciwdziałaniu chorobom nowotworowym



Źródło: opracowanie własne

WYBRANE ZACHOWANIA PROFILAKTYCZNE

Wybrane zachowania profilaktyczne wrocławian¹⁰³:

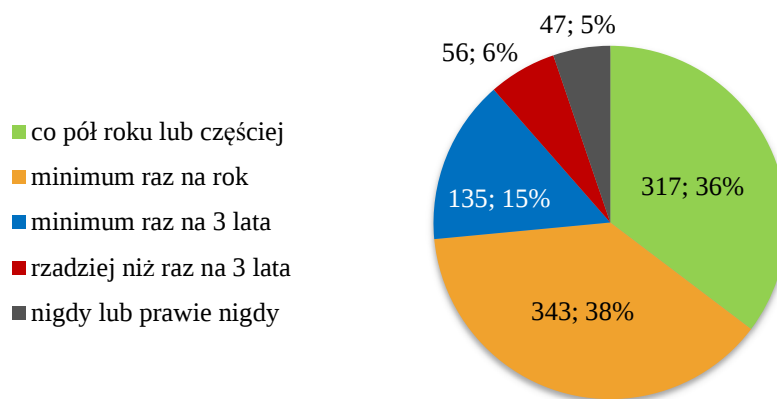


- potwierdzono wysoką częstotliwość wizyt kontrolnych u lekarza POZ - $\frac{3}{4}$ Wrocławian (74%) chodzi do lekarza rodzinnego przynajmniej raz w roku (Wykres II.4.19.);
- 1/3 badanych nie stosuje się do profilaktycznych zaleceń stomatologicznych i chodzi do dentysty rzadziej niż raz na rok (36%, w tym 10% rzadziej niż co 3 lata, a 5% nigdy) (Wykres II.4.20.);
- 1/3 badanych nie stosuje się do profilaktycznych zaleceń okulistycznych i chodzi do okulisty rzadziej niż co 3 lata (36%, w tym 15% nigdy) (Wykres II.4.21.);
- aż 61% nie stosuje się do zaleceń laryngologicznych – chodzi na badania słuchu rzadziej niż raz na 3 lata (w tym 36% nie bada się w ogóle) (Wykres II.4.22.).

Wykres II.4.19. Uczęszczanie do lekarza pierwszego kontaktu (lekarza rodzinnego)

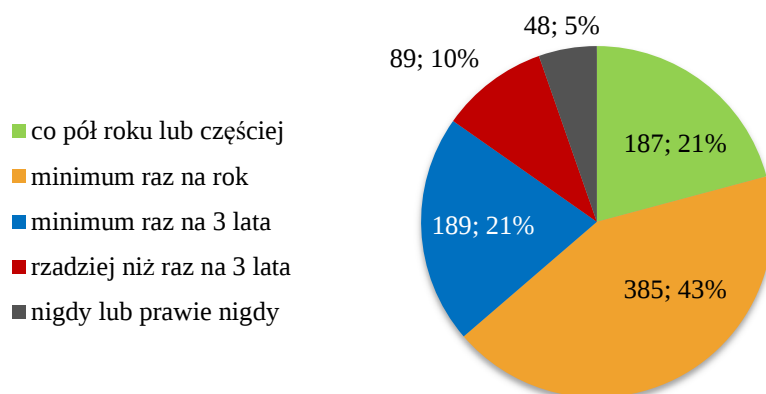
¹⁰²Opracowanie prezentowanych zależności niepublikowane – własność intelektualna: Fundacja Kreatywnie dla Zdrowia, Wrocław

¹⁰³Raport z badań „Z korzyścią dla zdrowia...op.cit., s. 75-76



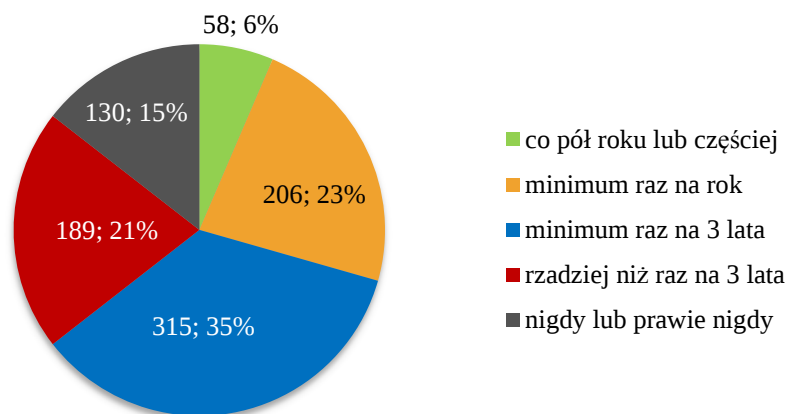
Źródło: opracowanie własne

Wykres II.4.20. Uczęszczanie profilaktyczne do dentysty



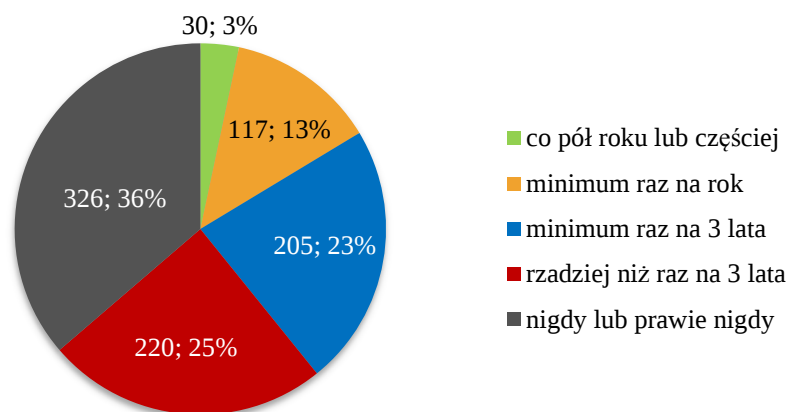
Źródło: opracowanie własne

Wykres II.4.21. Wykonywanie okresowego badania wzroku



Źródło: opracowanie własne

Wykres II.4.22. Wykonywanie okresowego badania słuchu



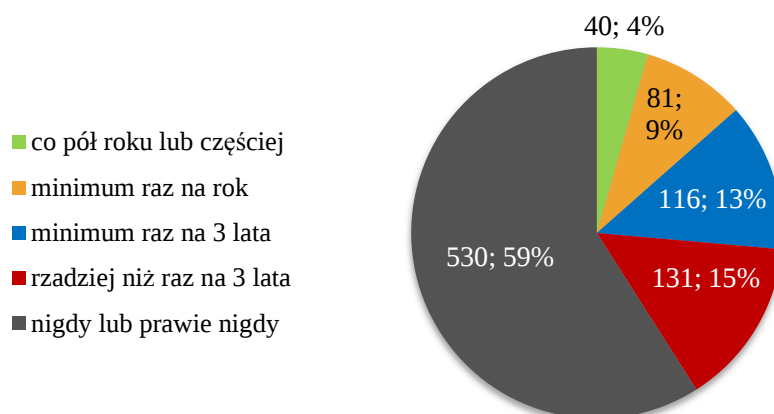
Źródło: opracowanie własne

UDZIAŁ W PROFILAKTYCE ONKOLOGICZNEJ DOTYCZĄCEJ CAŁEJ POPULACJI

Udział wrocławian w profilaktyce onkologicznej dotyczącej całej populacji¹⁰⁴:

- aż 85% badanych nie uczęszcza na zalecane przez specjalistów, regularne (minimum raz na rok) wizyty dermatologiczne (w tym aż 59% nie chodzi w ogóle do dermatologa) (Wykres II.4.23.),
- 75% nigdy nie miało wykonanej kolonoskopii (Wykres II.4.24.).

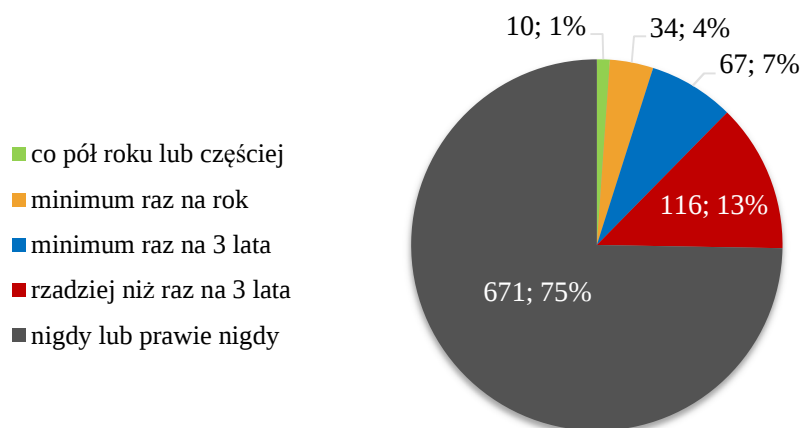
Wykres II.4.23. Częstotliwość kontrolowania znamion i pieprzyków



Źródło: opracowanie własne

Wykres II.4.24. Częstotliwość wykonywania kolonoskopii

¹⁰⁴Raport z badań „Z korzyścią dla zdrowia...op.cit., s. 77



Źródło: opracowanie własne

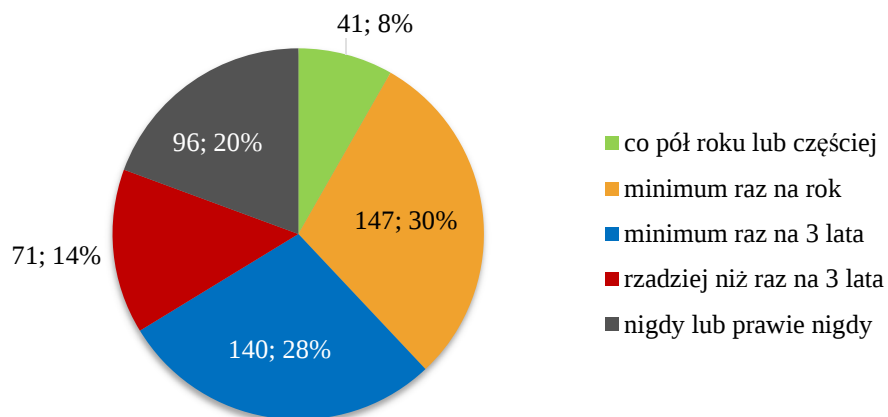
UDZIAŁ W PROFILAKTYCE ONKOLOGICZNEJ DOTYCZĄCEJ NOWOTWORÓW KOBIECYCH

Udział wrocławianek w profilaktyce onkologicznej dotyczącej nowotworów kobiecych¹⁰⁵:

- 😊 • regularnie, zgodnie z zaleceniami: uczęszcza na mammografię/USG piersi 38% (przynajmniej raz na rok),
 — zaś aż 20% nigdy nie była na tych badaniach (Wykres II.4.25.);
- 😊 • regularnie, zgodnie z zaleceniami: wykonuje samobadanie 45% (raz na miesiąc, w badaniu – kategoria raz na pół roku),
 — a ponad połowa nie stosuje się do zaleceń (55%, w tym nigdy nie bada się samodzielnie – 22%) (Wykres II.4.26.);
- 😊 • 65% regularnie chodzi do ginekologa (minimum raz na rok),
 — ale 9% poddaje się badaniom ginekologicznym rzadziej niż co 3 lata, a kolejne 9% nie chodzi do ginekologa w ogóle (Wykres II.4.27.);
- 😊 • regularnie, zgodnie z zaleceniami: deklaruje udział w badaniach cytologicznych 48% minimum raz na rok (8% - co pół roku lub częściej, 40% - minimum raz na rok), a 30% – raz na 3 lata;
 — ale 1/4 respondentek nie stosuje się do zaleceń profilaktycznych odnośnie badań cytologicznych (raz na rok/ bezpłatne raz na 3 lata), w tym 10% wykonuje cytologię rzadziej niż co 3 lata, a 12% nigdy nie miało cytologii (Wykres II.4.28.).

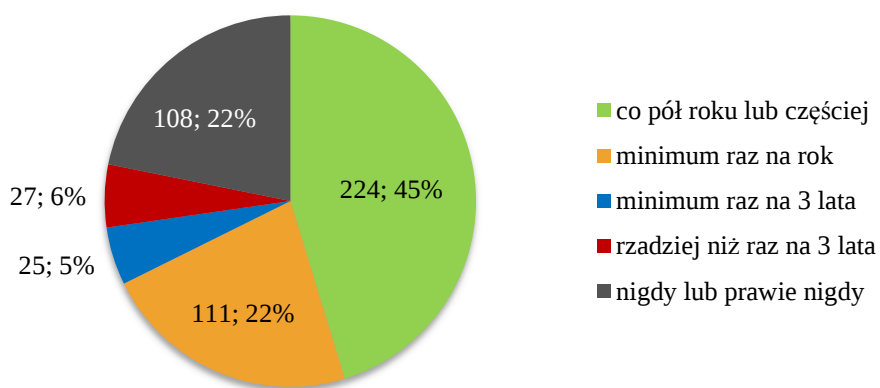
Wykres II.4.25. Wykonywanie badania piersi – USG lub mammografia

¹⁰⁵Raport z badań „Z korzyścią dla zdrowia...op.cit., s. 77-78



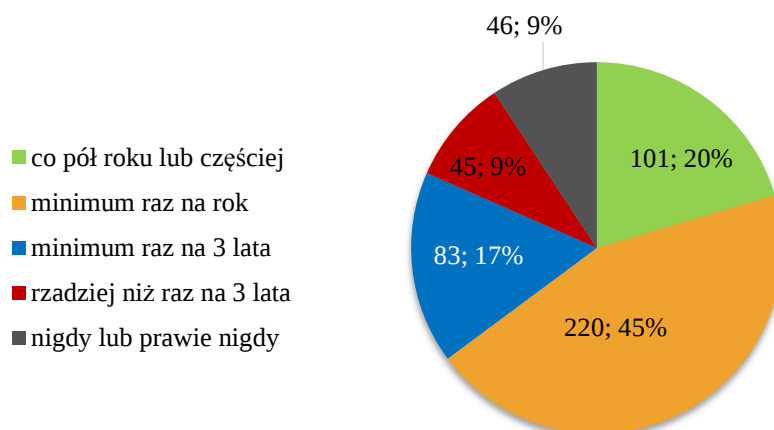
Źródło: opracowanie własne

Wykres II.4.26. Wykonywanie samobadania piersi



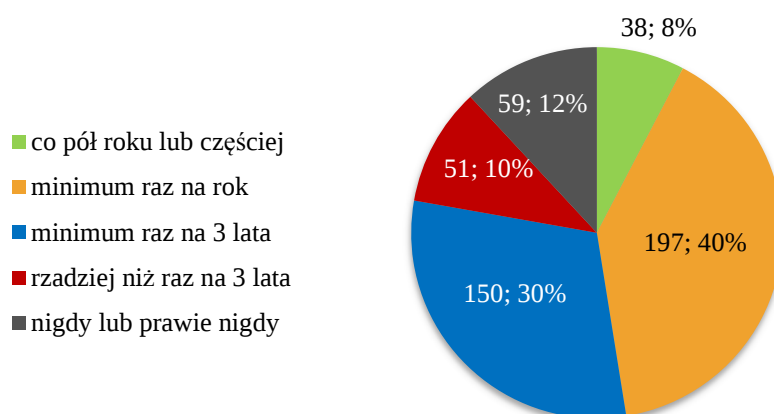
Źródło: opracowanie własne

Wykres II.4.27. Uczęszczanie profilaktyczne do ginekologa



Źródło: opracowanie własne

Wykres II.4.28. Wykonywanie cytologii



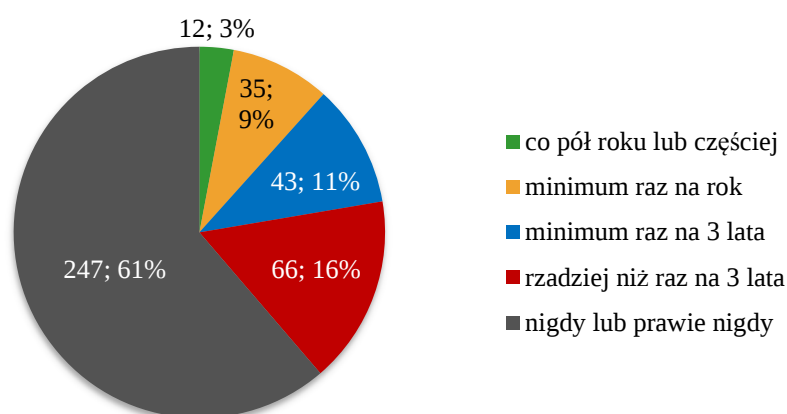
Źródło: opracowanie własne

UDZIAŁ W PROFILAKTYCE ONKOLOGICZNEJ DOTYCZĄCEJ NOWOTWORÓW MĘSKICH

Udział wrocławian w profilaktyce onkologicznej dotyczącej nowotworów męskich¹⁰⁶:

- 61% mężczyzn nigdy nie miało wykonanych badań pod kątem diagnostyki raka prostaty, a 16% miało je rzadziej niż co 3 lata (Wykres II.4.29.);
- 69% mężczyzn nigdy nie miało kontrolowanych jąder przez lekarza, a 14% kontrolę tą przechodzi rzadziej niż co 3 lata, znikomy odsetek badanych chodzi na tego rodzaju badania częściej (17%) (Wykres II.4.30.);
- ponad połowa badanych mężczyzn nigdy nie wykonywała samobadania jąder (58%), a 27% przeprowadza je rzadziej niż raz na 3 lata (Wykres II.4.31.).

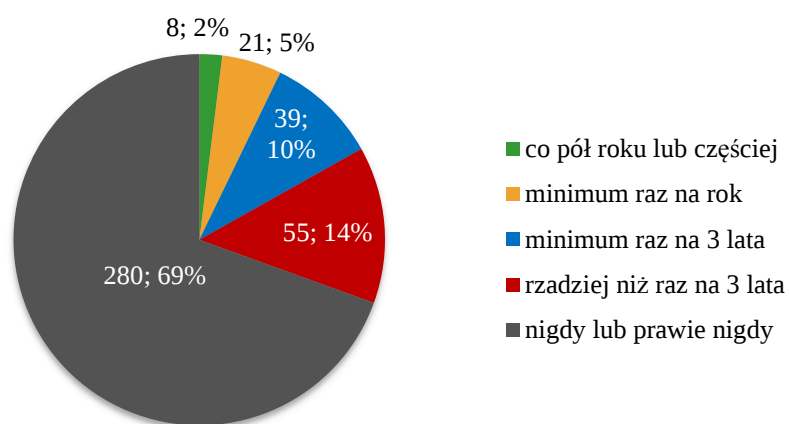
Wykres II.4.29. Częstotliwość kontrolnego badania prostaty



Źródło: opracowanie własne

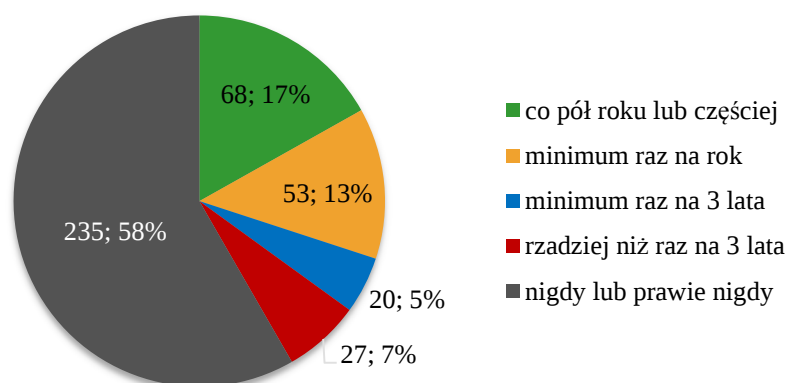
¹⁰⁶Raport z badań „Z korzyścią dla zdrowia...op.cit., s.79

Wykres II.4.30. Częstotliwość kontrolnego badania jąder



Źródło: opracowanie własne

Wykres II.4.31. Wykonywanie samobadania jąder



Źródło: opracowanie własne

ZALEŻNOŚĆ UCZESTNICTWA W ONKOLOGICZNYCH BADANIACH PROFILAKTYCZNYCH OD ZMIENNYCH SPOŁECZNO-DEMOGRAFICZNYCH I STRUKTURALNYCH

Tabela. II.4.3. Zależność uczestnictwa w onkologicznych badaniach profilaktycznych od zmiennych społeczno-demograficznych i strukturalnych¹⁰⁷

UDZIAŁ W BADANIACH	ONKOLOGICZNE BADANIA PROFILAKTYCZNE K/M		ONKOLOGICZNE BADANIA PROFILAKTYCZNE Kobiet				ONKOLOGICZNE BADANIA PROFILAKTYCZNE MĘŻCZYZYN*	
zmienne	kontrolowanie stanu zmian i pieprzyków	kolonoskopia (badanie jelita grubego)	wizyty profilaktyczne u ginekologa	cytologia	badania piersi (USG, mammografia)	samobadanie piersi	badania prokologiczne (kontrola prostaty),	badania jąder przez lekarza
pleć	$\chi^2=24,3455$ $p=0,00002$ $V=0,16465$	$\chi^2=4,586112$ $p=0,03223$ $V=0,071282$	NS	NS	NS	NS	NS	NS
wiek	NS	$\chi^2=58,58656$ $p=0,00000$ $V=0,255424$	$\chi^2=102,2791$ $p=0,00000$ $V=0,227279$	$\chi^2=98,09029$ $p=0,00000$ $V=0,222577$	$\chi^2=56,63128$ $p=0,00002$ $V=0,169120$	NS	$\chi^2=69,86414$ $p=0,00000$ $V=0,416365$	$\chi^2=30,56616$ $p=0,00001$ $V=0,275403$
stan cywilny	NS	$\chi^2=34,54591$ $p=0,00000$ $V=0,196137$	NS	$\chi^2=51,50594$ $p=0,00001$ $V=0,161286$	$\chi^2=43,14908$ $p=0,00027$ $V=0,147623$	NS	$\chi^2=35,16950$ $p=0,00000$ $V=0,295414$	$\chi^2=15,03303$ $p=0,00463$ $V=0,193139$
ilość dzieci	NS	$\chi^2=29,81544$ $p=0,00000$ $V=0,182214$	$\chi^2=21,76621$ $p=0,04023$ $V=0,121068$	NS	NS	NS	$\chi^2=37,02380$ $p=0,00000$ $V=0,303101$	$\chi^2=10,60423$ $p=0,01407$ $V=0,162214$
wykształcenie	$\chi^2=14,27212$ $p=0,02674$ $V=0,089144$	NS	$\chi^2=20,77887$ $p=0,00776$ $V=0,144875$	$\chi^2=19,06751$ $p=0,01450$ $V=0,138781$	NS	$\chi^2=21,77513$ $p=0,00535$ $V=0,148307$	NS	NS
ocena warunków materiałnych	NS	NS	$\chi^2=12,67234$ $p=0,01299$ $V=0,1600021$	$\chi^2=26,73404$ $p=0,00002$ $V=0,232397$	$\chi^2=15,16814$ $p=0,00436$ $V=0,175051$	NS	NS	NS
dochody	NS	NS	$\chi^2=21,09229$ $p=0,04905$ $V=0,119179$	$\chi^2=29,02326$ $p=0,00391$ $V=0,139801$	$\chi^2=30,02059$ $p=0,00277$ $V=0,142182$	NS	NS	NS
choroby przewlekłe	NS	$\chi^2=17,27932$ $p=0,00003$ $V=0,137399$	$\chi^2=15,51076$ $p=0,00375$ $V=0,177017$	$\chi^2=18,43100$ $p=0,00102$ $V=0,192962$	$\chi^2=13,47779$ $p=0,00916$ $V=0,165009$	NS	$\chi^2=27,71494$ $p=0,00000$ $V=0,121400$	$\chi^2=8,062665$ $p=0,00452$ $V=0,140050$

Wyniki testu χ^2 , p (p-value), V – wartość współczynnika korelacji V-Cramera;

NS – no significant correlation (brak istotnej zależności)

*samobadanie jąder – NS

Źródło: opracowanie własne

Potwierdzenie istnienia powyższych zależności wskazuje na potrzebę rozpatrywania zachowań profilaktycznych dotyczących nowotworów w populacji wrocławian w kontekście zjawiska nierówności społecznych w zdrowiu.

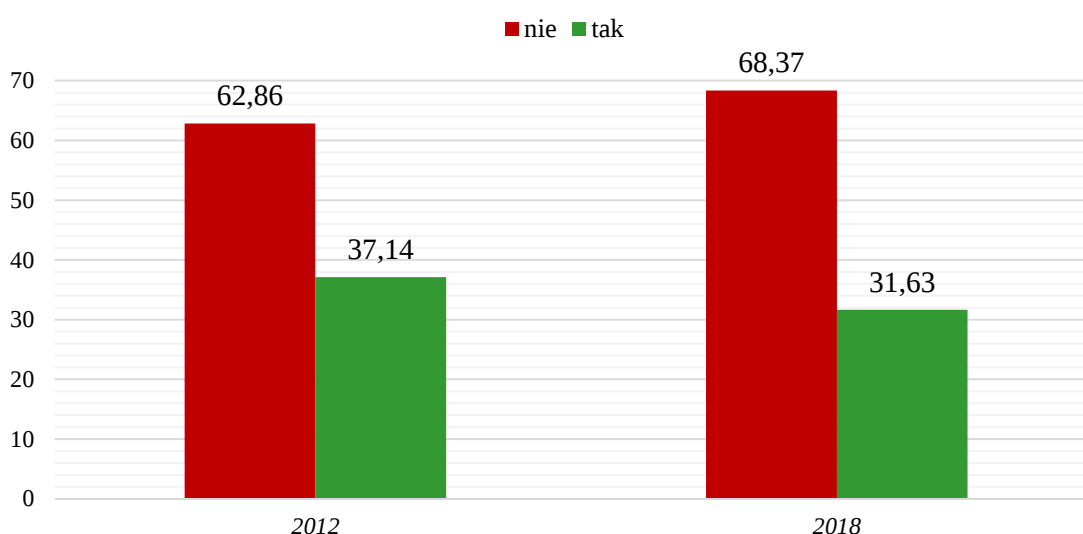
¹⁰⁷ Opracowanie prezentowanych zależności niepublikowane – własność intelektualna: Fundacja Kreatywnie dla Zdrowia, Wrocław

UDZIAŁ WROCŁAWIAN W ONKOLOGICZNYCH BADANIACH PROFILAKTYCZNYCH - PORÓWNANIE DANYCH W LATACH 2012 -2018

— Większość dorosłych wrocławian, w przeciągu trzech lat poprzedzających badanie ankietowe, **nie** poddała się badaniom profilaktycznym pod kątem chorób nowotworowych¹⁰⁸ (Wykres II.4.32.):

- w 2012 r. (I etap badania) nie uczestniczyło w tego rodzaju badaniach profilaktycznych 62.86% wrocławian, natomiast w 2018 r. odsetek osób niebadających się wzrósł jeszcze o 5.51 punktów procentowych i wyniósł 68.37%,
- natomiast, skorzystało z tego rodzaju badań 37.14% / 31.63 % respondentów.

Wykres II.4.32. Wykonywanie badań profilaktycznych w przeciągu ostatnich 3 lat. Porównanie danych w latach 2012 (% z n=910) i 2018 (% z n=898)

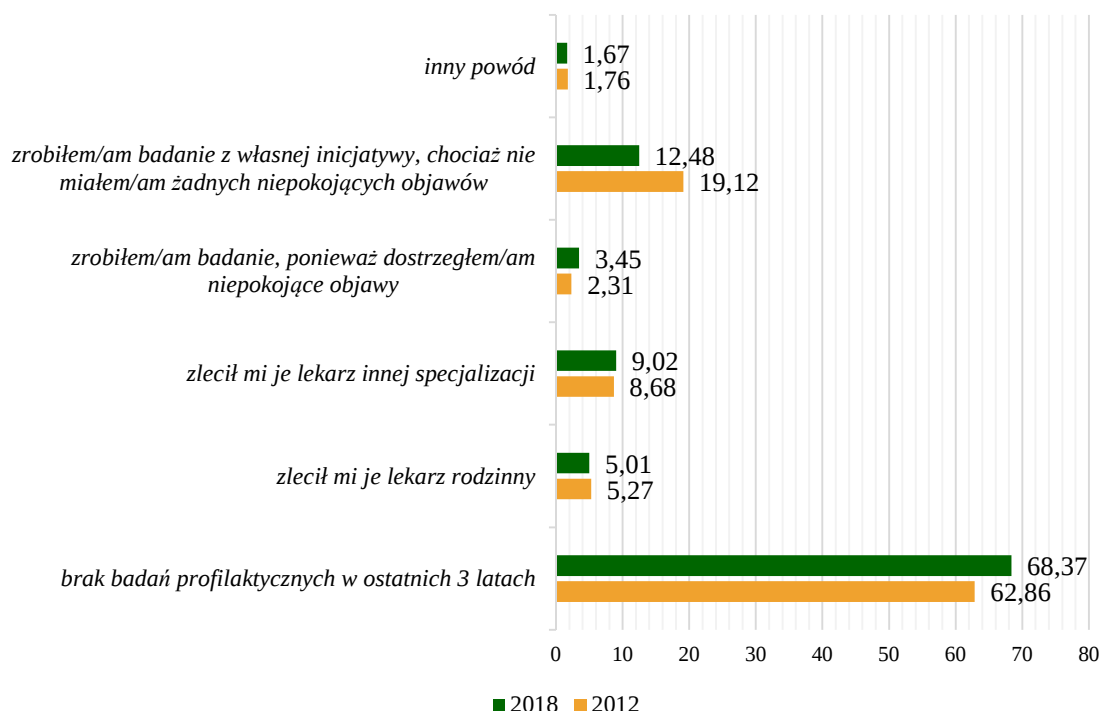


Źródło: badania własne (Synowiec-Piłat, 2020, s. 398)

Powody wykonywania przez wrocławian badań profilaktycznych pod kątem chorób nowotworowych (Synowiec-Piłat, 2020, s. 399): łącznie co 10. badany poddał się badaniom profilaktycznym, ponieważ zlecił je lekarz (13.95% / 14.03%): w przypadku 5.27% / 5.01% ankietowanych – był to lekarz rodzinny, a odpowiednio 8.68% / 9.02% respondentów – lekarz innej (poza medycyną rodzinną) specjalizacji. W przypadku 19.12% / 12.48% badanie zostało wykonane z własnej inicjatywy respondentów, chociaż nie mieli oni żadnych niepokojących objawów. Natomiast 2.31% / 3.45% ankietowanych udało się na badanie profilaktyczne, ponieważ dostrzegli oni niepokojące objawy, mogące świadczyć o wystąpieniu choroby nowotworowej (Wykres II.4.33.).

¹⁰⁸Na podstawie badań porównawczych 2012/2018, zrealizowanych na próbie dorosłych, zdrowych (bez diagnozy nowotworowej) wrocławian – źródło: Synowiec-Piłat, M. (2020). **Przekonania i wiedza dotyczące chorób nowotworowych a uczestnictwo w onkologicznych badaniach profilaktycznych. Studium socjologiczne.** Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu

Wykres II.4.33. Powód wykonania badania profilaktycznego pod kątem chorób nowotworowych. Porównanie danych w latach 2012 (% z n=910) i 2018 (% z n=898)

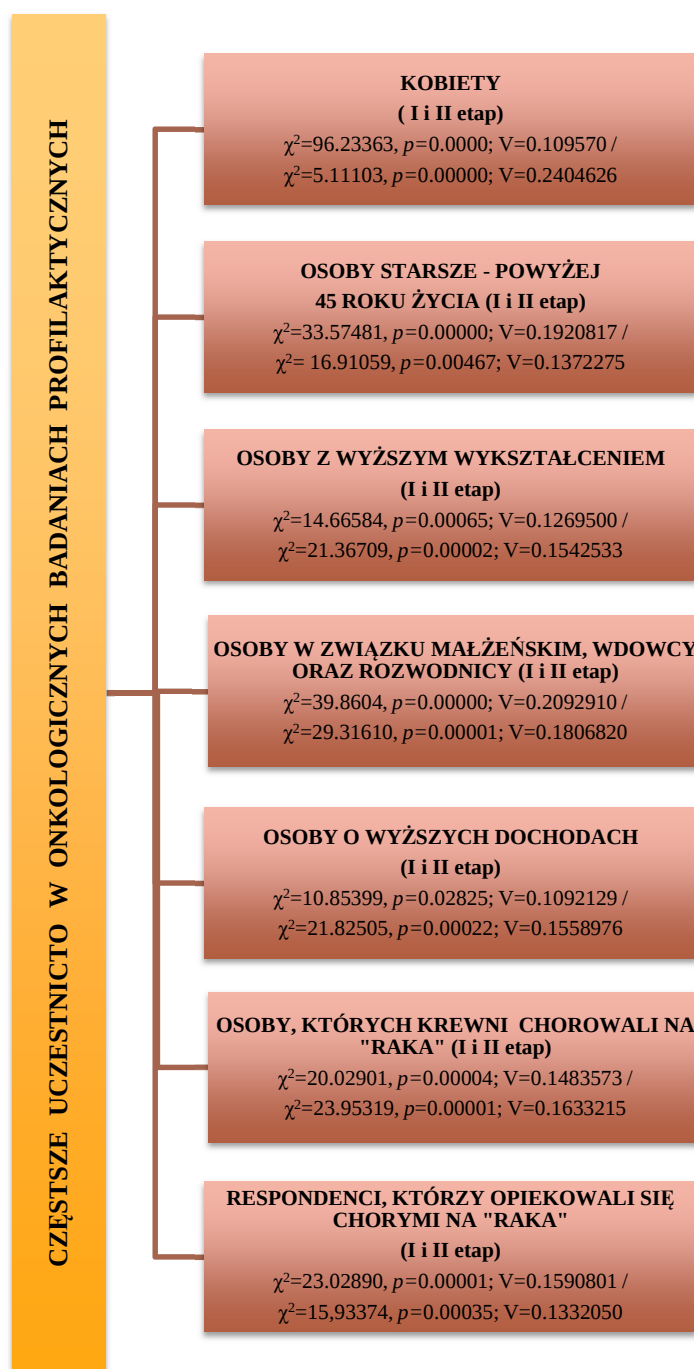


Źródło: badania własne (Synowiec-Piłat, 2020, s. 399)

Potwierdzono zależność uczestnictwa wrocławian w onkologicznych badaniach profilaktycznych od (Synowiec-Piłat, 2020):

- ❖ zmiennych społeczno-demograficznych i społeczno-strukturalnych (Rycina II.4.1.);
- ❖ „rodzinnej historii raka” (choroba nowotworowa w rodzinie oraz opieka nad osobą chora na raka) (Rycina II.4.1.);
- ❖ poziomu lęku przed rakiem (Rycina II.4.2.);
- ❖ przekonań fatalistycznych (Rycina II.4.2.);
- ❖ poziomu wiedzy na temat nowotworów (Rycina II.4.2.).

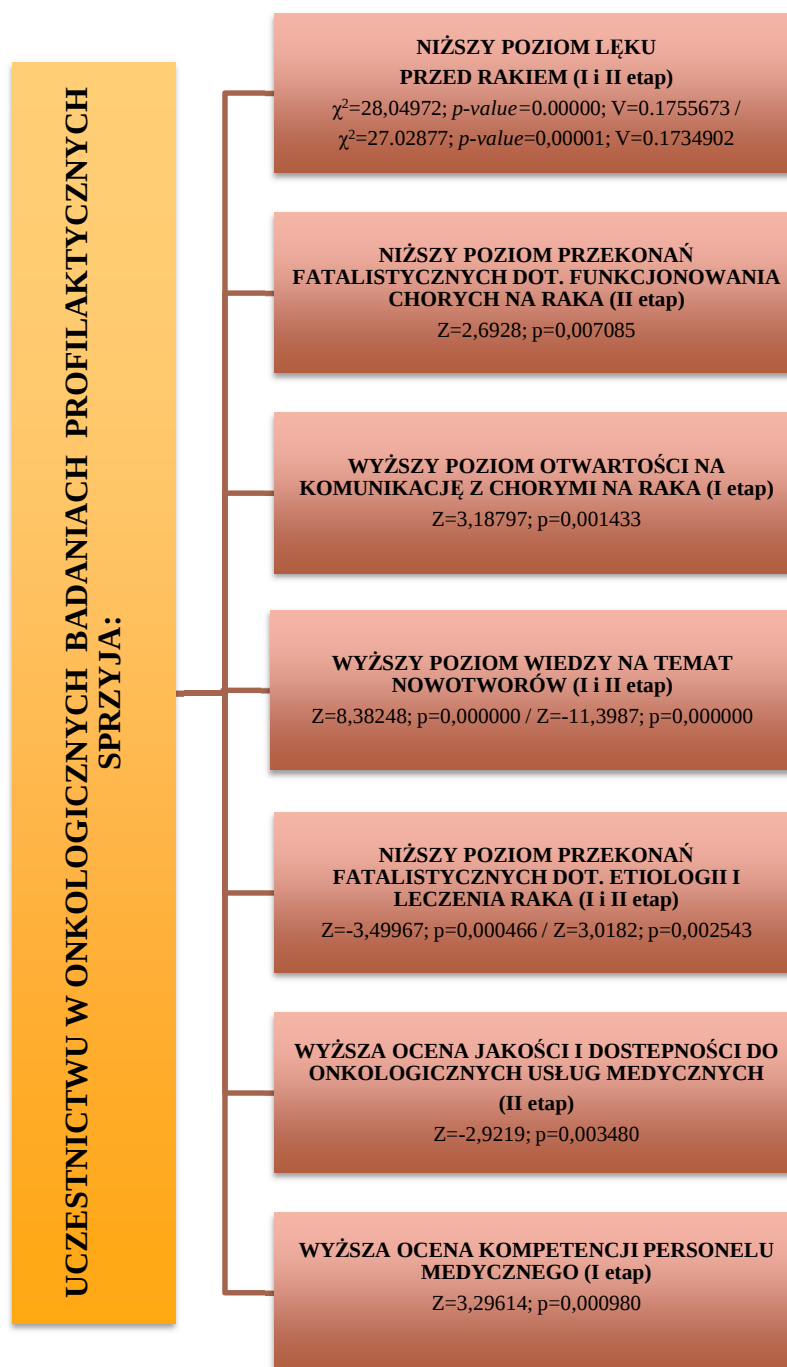
Rycina II.4.1. Zależność uczestnictwa w onkologicznych badaniach profilaktycznych od zmiennych społeczno-demograficznych i społeczno-strukturalnych oraz „rodzinnej historii raka” (I/II etap badania)



Wyniki testu χ^2 , p (p -value), V – wartość współczynnika korelacji V-Cramera;

Źródło: badania własne (Synowiec-Piłat, 2020, s. 405)

Rycina II.4.2. Zależności pomiędzy poziomem lęku przed „rakiem”, przekonaniami zdrowotnymi i wiedzą na temat chorób nowotworowych a uczestnictwem w onkologicznych badaniach profilaktycznych (I/II etap badania)

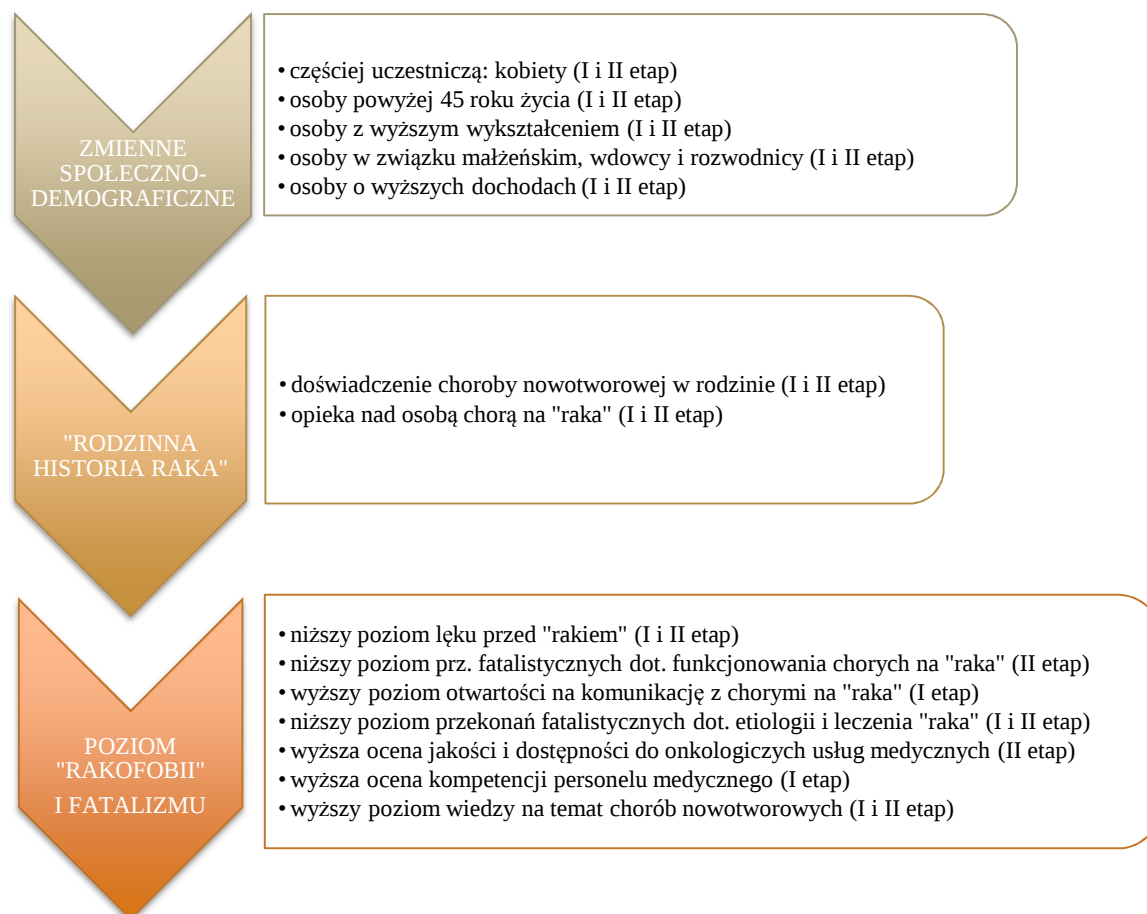


Wyniki testu χ^2 , p ($p\text{-value}$), V – wartość współczynnika korelacji V-Cramera; Z – wartość testu U Manna-Whitneya; $p\text{-value}$.

Źródło: badania własne (Synowiec-Piłat, 2020, s. 411)

Co sprzyja uczestnictwu wrocławian w onkologicznych badaniach profilaktycznych?
(Rycina II.4.3.) (Synowiec-Piłat, 2020, ss. 463-466)

Rycina II.4.3. Co sprzyja uczestnictwu w onkologicznych badaniach profilaktycznych? (I/II etap badania)



Źródło: badania własne (Synowiec-Piłat, 2020, s. 466)

Badania pokazują, że istnieje potrzeba uwzględniania w projektach i programach poświęconych profilaktyce chorób nowotworowych:

zagadnień związanych z nierównościami w zdrowiu (wpływu zmiennych społeczno-demograficznych i społeczno-strukturalnych),

uwarunkowań kulturowych dotyczących zachowań zdrowotnych (poziomu „rakofobii” – lęku przed „rakiem” oraz laickich przekonań dotyczących nowotworów, a zwłaszcza przekonań fatalistycznych) oraz

„rodzinnej historii raka” (doświadczenia z chorobą nowotworową w rodzinie).

ZACHOWANIA W PRZYPADKU ZAOBSERWOWANIA OBJAWÓW CHOROBYCHYCH

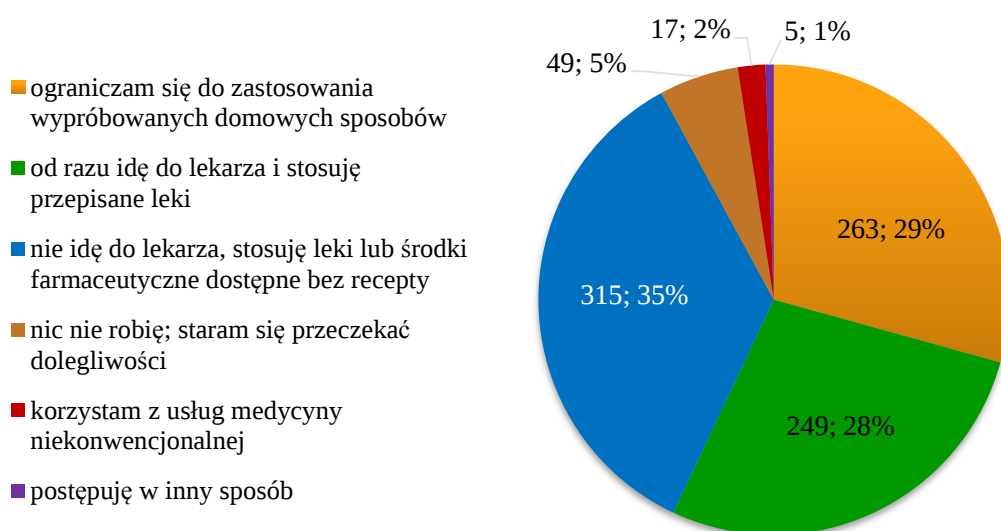
Zachowania w przypadku zaobserwowania objawów chorobowych¹⁰⁹: wykrywalność chorób przewlekłych we wczesnej fazie zaawansowania ma kluczowe znaczenie dla skuteczności terapii, zwiększa szansę na wyleczenie oraz zmniejsza prawdopodobieństwo zgonu pacjenta. Bardzo istotną kwestią jest szybkie zgłoszenie się do lekarza w przypadku zaobserwowania potencjalnych objawów choroby. W przypadku wielu chorób przewlekłych kluczową kwestią, zwiększającą szansę na powodzenie terapii, jest ich rozpoznawanie we wczesnych stadiach klinicznego zaawansowania (Synowiec-Piłat et al., 2018, s. 84).

W sytuacji choroby, odczuwania bólu i dolegliwości wrocławianie (Wykres II.4.34.):

- • przede wszystkim stosują leki lub środki farmaceutyczne dostępne bez recepty, nie idą do lekarza (35%);
- • ograniczają się do zastosowania wypróbowanych domowych sposobów (29%);
-  • od razu idą do lekarza i stosują przepisane leki (28%);
- • 5% nic nie robi, stara się przeczekać dolegliwości;
- • 2% korzysta z usług medycyny niekonwencjonalnej;
- • 1% postępuje w inny sposób.

Reasumując, wrocławianie w mniejszym stopniu niż ogółu Polaków (CBOS, 2016a), od razu idą do lekarza i stosują przepisane leki (28% vs. 30%). Wrocławianie korzystają z usług medycznych dopiero, kiedy zawodzą podejmowane próby samoleczenia.

Wykres II.4.34. Postępowanie w przypadku zaobserwowania objawów chorobowych



Źródło: opracowanie własne

¹⁰⁹Raport z badań „Z korzyścią dla zdrowia...op.cit., s. 84-89

III. PRIORYTETY POLITYKI ZDROWOTNEJ DLA MIESZKAŃCÓW WROCŁAWIA

PRIORYTETY (CELE) STRATEGICZNE:

PRIORYTET 1:

POPRAWA JAKOŚCI DZIAŁAŃ W ZAKRESIE PROMOCJI ZDROWIA, W TYM PROFILAKTYKI CHOROÓB I UZALEŻNIEŃ

PRIORYTET 2:

ZMNIEJSZANIE NIERÓWNOŚCI SPOŁECZNYCH W ZDROWIU

PRIORYTET 3:

KSZTAŁTOWANIE ZDROWEGO ŚRODOWISKA MIEJSKIEGO

PRIORYTET 4:

POPRAWA JAKOŚCI ORAZ ZWIĘKSZENIE ZAKRESU WSPÓŁPRACY MIĘDZYSEKTOROWEJ NA RZECZ ZDROWIA

PRIORYTET 5:

DZIAŁANIA NA RZECZ UPODMIOTOWIENIA I AKTYWIZACJI MIESZKAŃCÓW NA RZECZ ZDROWIA

PRIORYTET 1: POPRAWA JAKOŚCI DZIAŁAŃ W ZAKRESIE PROMOCJI ZDROWIA, W TYM PROFILAKTYKI CHORÓB I UZALEŻNIEŃ



1.1. POPRAWA JAKOŚCI DZIAŁAŃ PROZDROWOTNYCH W ZAKRESIE GŁÓWNYCH CZYNNIKÓW RYZYKA CHORÓB CYWILIZACYJNYCH

Styl życia odgrywa ważną rolę w etiologii większości chorób w krajach uprzemysłowionych¹¹⁰. Patrząc z bardziej pozytywnej strony – od naszego stylu życia zależy w dużej mierze czy będziemy zdrowi, czy utrzymamy nasze zdrowie w dobrej kondycji (konceptcja pól zdrowia Lalonde’a¹¹¹). Na styl życia składa się szereg, wykształconych w procesie socjalizacji, zachowań i postaw jednostek oraz grup społecznych, spośród których w odniesieniu do sfery zdrowia i choroby wyróżnia się: odżywianie, aktywność fizyczną, higienę osobistą i otoczenia, stosowanie używek, formy spędzania czasu wolnego, sen, profilaktykę, zachowania seksualne, wzory korzystania z usług medycznych, konsumpcję leków etc. (Rycina I.2.7.). Światowa Organizacja Zdrowia wymienia **cztery główne czynniki behawioralne – palenie tytoniu, szkodliwe używanie alkoholu, nieprawidłową dietę oraz niedostateczną aktywność fizyczną**, które z kolei są bezpośrednio skorelowane z występowaniem czynników metabolicznych, tj. podwyższone wartości ciśnienia tętniczego krwi, zwiększone stężenie cholesterolu oraz glukozy w surowicy krwi, a także występowanie nadwagi/otyłości i razem **mają bezpośredni związek z występowaniem wiodących chorób cywilizacyjnych** (Rycina III.1.1.), określanych mianem chorób nieinfekcyjnych (*noncommunicable diseases*, NCDs). W przeciwieństwie do chorób infekcyjnych, choroby NCDs są główną przyczyną obecnie narastającej przedwczesnej chorobowości i umieralności, trwałych dysfunkcji oraz zmniejszają jakość życia pacjentów (*quality of life*, QoL), ponadto charakteryzują się powolnym początkiem, okresem utajenia klinicznego oraz przewlekłym przebiegiem, a w skali globalnej przybrały formę i rozmiary epidemii.

Chorobami z grupy NCDs o znaczeniu globalnym są: choroba sercowo-naczyniowa (ChSN), nowotwory, przewlekłe schorzenia układu oddechowego oraz cukrzyca (WHO, 2011).

Powyższe schorzenia łącznie są wiodącą przyczyną zgonów w skali światowej, bowiem według najnowszego raportu WHO z 2018 r., choroby NCDs były odpowiedzialne za 71% zgonów na świecie w 2016 r. (WHO, 2018b). Z kolei w Polsce, choroby z grupy NCDs były odpowiedzialne łącznie za około 90% zgonów, w tym 46% – choroba sercowo-naczyniowa,

¹¹⁰Patrz: Cz. II, pkt. 2. Wybrane dane epidemiologiczne

¹¹¹Patrz: Cz. I, pkt. 2. Istota profilaktyki i promocji zdrowia w oparciu o model społeczno-ekologiczny oraz priorytety współczesnej promocji zdrowia

27% – nowotwory, 5% – przewlekłe schorzenia układu oddechowego, 2% – cukrzyca (10% – inne choroby NCDs; wypadki i urazy – 5%; inne przyczyny – 5%) (WHO, 2018b). Krajowe dane Głównego Urzędu Statystycznego (GUS) za 2017 r. precyzują powyższe wskaźniki – dominującą przyczyną zgonów w Polsce są choroby układu krążenia – 40%, choroby nowotworowe stanowiły 25,8% wszystkich zgonów, choroby układu oddechowego – 6,4%, a zgony spowodowane wypadkami i urazami (tzw. przyczyny nienaturalne) – 4,5% wszystkich zgonów (Potyra & Góral-Radziszewska, 2019). W 2018 r. **choroby układu krążenia oraz nowotwory**, powołując się na dane GUS, **były odpowiedzialne łącznie za 65,0% wszystkich zgonów, w tym choroby układu krążenia – 40,5% oraz nowotwory złośliwe – 24,5% zgonów**¹¹² (Wojtyniak & Goryński, 2020).

Rycina III.1.1. Zależność między behawioralnymi oraz metabolicznymi czynnikami ryzyka a występowaniem chorób NCDs



NCDs - noncommunicable diseases

Źródło: modyfikacja własna, na podstawie (Małgorzata Synowiec-Piłat, Pałęga, & Jędrzejek, 2017b)

Kluczowe znaczenie mają działania ukierunkowane na promocję zachowań prozdrowotnych, związanych ze stylem życia: całkowitą abstynencję od palenia papierosów, umiarkowane spożywanie alkoholu, regularną, rekreacyjną aktywność fizyczną oraz zbilansowaną dietę (WHO, 2011), bowiem są to wspólne czynniki ryzyka, zarówno w kontekście chorób układu krążenia, jak i choroby nowotworowej, a także przewlekłych chorób dróg oddechowych oraz cukrzycy – Rycina III.1.1.

Autorzy Wytycznych Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego (*European Society of Cardiology, ESC*) z 2016 r. zaznaczają, że **prewencja pierwotna jest: (1) skuteczna** – szacują, że wyeliminowanie działań związanych z ryzykiem dla zdrowia pozwoliłoby zapobiec $\geq 80\%$ przypadków chorób sercowo-naczyniowych oraz nawet 40% zachorowań na raka oraz **(2) opłacalna** (ESC, 2016).

¹¹²Patrz: Cz. II, pkt. 2. Wybrane dane epidemiologiczne



1.1.1. Promowanie aktywności fizycznej

Wpływ aktywności fizycznej na zdrowie oraz rekomendacje

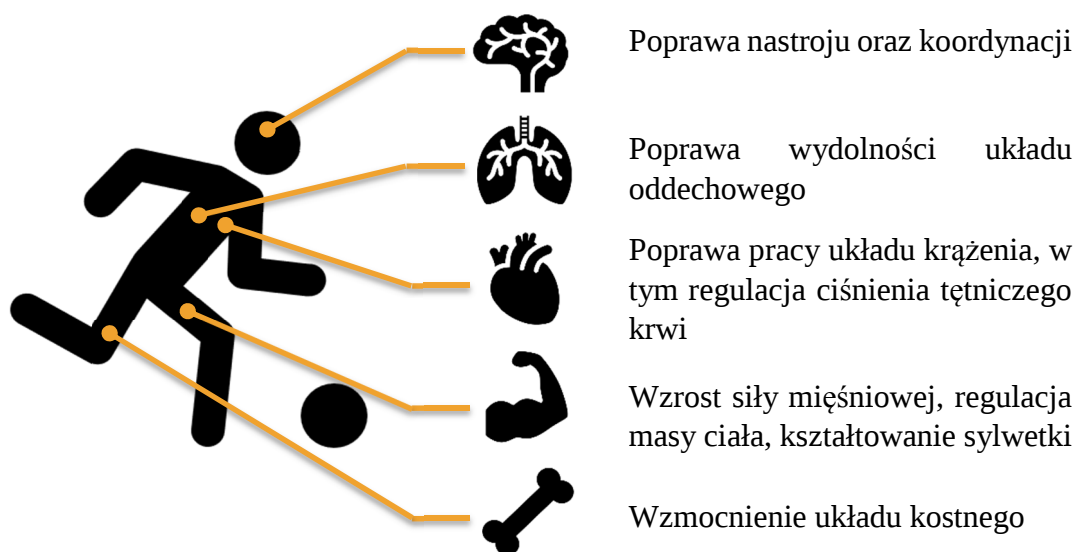
Strategicznym czynnikiem ryzyka współczesnych chorób przewlekłych NCDs jest **niedostateczna aktywność fizyczna**. Wysiłek fizyczny jest istotnym regulatorem funkcjonowania organizmu, a systematycznie uprawiany niesie szereg korzyści, natomiast jego brak uznawany jest za przyczynę utraty zdrowia (Cleland, Granados, Crawford, Winzenberg, & Ball, 2013; Warburton, 2006). Aktywność fizyczna wykazuje działanie wielokierunkowe, wpływając na wiele procesów fizjologicznych organizmu, m.in. wywierając korzystny wpływ na metabolizm węglowodanów oraz lipidów, zmniejszając insulinooporność, poprawiając funkcję śródbłonna naczyń krwionośnych, zmniejszając gotowość prozakrzepową krwi, poprawiając funkcję i wydolność mięśnia sercowego, układu oddechowego, poprawiając strukturę, metabolizm oraz czynność mięśni szkieletowych oraz kośćca – Rycina III.1.2. (Piotrowicz, Drygas, Kopeć, & Podolec, 2010; Traczyk & Trzebski, 2015). Osoby cechujące się wysokim poziomem aktywności i wydolności fizycznej charakteryzują się od 20% do nawet 50% mniejszym relatywnym ryzykiem przedwczesnego zgonu w odniesieniu do osób prowadzących nieaktywny tryb życia (Lee & Skerrett, 2001; Warburton, 2006). Regularna, umiarkowana aktywność fizyczna skutecznie redukuje ryzyko choroby sercowo-naczyniowej (w tym nadciśnienia tętniczego), cukrzycy, choroby nowotworowej (raka piersi oraz jelita grubego) oraz depresji (Warburton, 2006). Co więcej, aktywność fizyczna jest również zalecana i przynosi wymierne korzyści u osób z już rozwiniętą chorobą sercowo-naczyniową (Ku et al., 2018; Moholdt, Wisløff, Nilsen, & Slørdahl, 2008; Stewart et al., 2017), cukrzycą typu 2 (Warburton, 2006), również u pacjentów z rozpoznanym nowotworem piersi lub jelita grubego (Irwin et al., 2008), poprawiając rokowanie i zmniejszając śmiertelność w tych grupach chorych.



Według rekomendacji WHO (WHO, 2010), osobom dorosłym w wieku 18-64 lat, zaleca się przynajmniej 150 minut umiarkowanej tlenowej (aerobowej) aktywności fizycznej w tygodniu lub jako równoważnik – 75 minut intensywnej aerobowej aktywności fizycznej w tygodniu, przy czym ćwiczenia tlenowe powinny być wykonywane w sposób ciągły, przez co najmniej 10 minut. Dla osób starszych (tj. 65+) wymiar czasowy tych zaleceń jest taki sam, z zastrzeżeniem, iż w tej grupie wiekowej, ze względu na ogólny stan zdrowia, powinny być one aktywne fizycznie na tyle, na ile pozwalają im umiejętności i warunki. Zalecana aktywność fizyczna obejmuje działania rekreacyjne, aktywność fizyczną w czasie wolnym, przemieszczanie się pieszo lub na rowerze, aktywność fizyczną związaną z pracą zawodową czy pracami domowymi, a także gry, zabawy, sport lub zaplanowane ćwiczenia.

**KAŻDA AKTYWNOŚĆ JEST LEPSZA NIŻ ŻADNA,
A WIĘKSZA AKTYWNOŚĆ JEST LEPSZA OD MNIEJSZEJ!**

Rycina III.1.2. Wielokierunkowy wpływ aktywności fizycznej



Źródło: opracowanie własne

Epidemiologia - rozpowszechnienie siedzącego trybu życia

Największe rozpowszechnienie mało aktywnego trybu życia notuje się w krajach rozwiniętych, a zjawisko to istotnie rośnie również w krajach rozwijających się, szczególnie wśród kobiet – według danych WHO z 2010 r., rekomendacji 150 minut umiarkowanego wysiłku fizycznego tygodniowo nie realizowało 23% dorosłych powyżej 18 r.ż., a w przypadku młodzieży był to jeszcze większy odsetek, bo aż 81% osób w wieku 11–17 lat (zalecenia dla tej kategorii wiekowej to 60 minut aktywności fizycznej dziennie) (WHO, 2014).

✓ **W Polsce, powołując się na dane z badania CBOS z 2016 r., niemal trzy piąte (58%) nigdy lub prawie nigdy nie wykonuje ćwiczeń gimnastycznych ani nie uprawia aerobiku, a ponad jedna trzecia (37%) w ogóle nie podejmuje aktywności takich jak bieganie, pływanie, jazda na rowerze, sportowe gry zespołowe itp. (CBOS, 2016b). Według badania GUS (EHIS 2014) sport i ćwiczenia rekreacyjne, wymagające przynajmniej umiarkowanego wysiłku fizycznego w sezonie jesiennym, uprawia regularnie 22% Polaków w wieku 15 lat lub więcej (średnio przez 36 minut tygodniowo) (GUS, 2015). Jednak rekomendowany przez WHO poziom aktywności fizycznej spełniał zaledwie co szósty Polak, a ich odsetek szybko spadał z wiekiem. Inne, ogólnopolskie dane¹¹³ również wskazują na stosunkowo niski odsetek aktywnych Polaków (41,5%), a także potwierdzają związek płci (mężczyźni), wieku (osoby młodsze) oraz dochodów (wyższy poziom) z aktywnością fizyczną (Gołdys, Podziemski, & Włoch, 2012). Wraz z dochodami rośnie uczestnictwo w aktywności sportowej, jednak kwestie finansowe nie stanowią największej bariery w aktywności sportowej.**

¹¹³Badanie zrealizowane w 2012 r., na próbie N=2004



Choć powszechnie dostępny sprzęt lub infrastruktura z pewnością promują aktywność i pobudzają do bycia aktywnym fizycznie, nie jest to warunek *sine qua non*. Autorzy badania podkreślają, że **brak infrastruktury sportowej nie może być uważany za kluczową barierę w aktywności ruchowej Polaków**, bowiem co prawda Polacy dostrzegają obecność infrastruktury sportowej i oceniają, że jest ona w dobrym stanie, ale dla nieaktywnych nie jest to wystarczający powód, by zacząć się ruszać. Co więcej, działalność klubów sportowych nie przekłada się na upowszechnienie sportu w danym województwie, a wśród badanych Polaków dominuje wysiłek rekreacyjny, który związany jest z byciem na świeżym powietrzu, głównie bieganie czy jazda na rowerze.



Z kolei analizując odpowiedzi wrocławian odnośnie wybieranych form spędzania czasu wolnego¹¹⁴, można stwierdzić, że **mieszkańcy Wrocławia przejawiają pewne zainteresowanie aktywnością fizyczną, ale aktywność ta jest niewystarczająca**. Połowa ankietowanych, tj. 51%, nigdy lub prawie nigdy nie wykonuje intensywnych treningów sportowych, a 25% nigdy lub prawie nigdy nie wykonuje aerobowych ćwiczeń fizycznych pod postacią biegania /pływania /jazdy na rowerze. Codziennie intensywnie ćwiczy 3%, a rekreacyjnie ćwiczy codziennie 6% badanych. Minimum raz na tydzień intensywnie ćwiczy 20% ankietowanych, a 30% ćwiczy aerobowo. Uczestniczenie w grach zespołowych, z różną częstotliwością, deklaruje ogółem 38% respondentów. Z kolei spacerowanie przez co najmniej godzinę deklaruje 23% Wrocławian z częstotliwością raz dziennie, a ponad 1/3, tj. 37% – minimum raz na tydzień, zaś 11% nigdy lub prawie nigdy nie chodzi na godzinne spacer. W populacji wrocławskiej również można zaobserwować typowy trend zmniejszenia deklarowanej aktywności wraz z wiekiem¹¹⁵ (Synowiec-Piłat, Jędrzejek, Pałęga, & Zmyślona, 2018).

Aktywność fizyczna w wieku rozwojowym

Warto także, a nawet przede wszystkim, zwrócić uwagę na aktywność fizyczną w okresie rozwojowym człowieka, bowiem niesie ona wiele więcej korzyści, niż tylko te w wymiarze biologiczno-fizjologicznym opisane wcześniej. Aktywność fizyczna, szczególnie amatorska aktywność sportowa, stymuluje i wspomaga rozwój, nie tylko fizyczny (stymulacja wzrastania, rozwój układu kostno-mięśniowego) oraz motoryczny, ale również intelektualny, psychiczny i społeczny (kształtowanie relacji z innymi oraz umiejętności współpracy) (Wojnarowska, 2010) – aktywność sportowa rozwija m.in. kreatywność (umiejętność rozwiązywania problemów, radzenia sobie w sytuacjach nietypowych) oraz samodzielność (budowanie zaufania do siebie, kształtowanie własnego zdania oraz postawy nieulegania wpływom), wzmacnia koncentrację oraz kształtuje postawę zwycięzcy (uczenie się na błędach, trening wytrwałości, wyznaczanie celów) (Panfil, 2019). Aktywność fizyczna pełni również funkcję kompensacyjną (wyrównawczą) względem niekorzystnych zjawisk współczesnego życia, takich jak nadmierne

¹¹⁴Patrz: Cz. II, pkt. 4. Diagnoza stylu życia wrocławian – zachowania, postawy i przekonania zdrowotne

¹¹⁵Więcej na temat wyników badań: Jędrzejek M., Synowiec-Piłat M., Zmyślona B., Pałęga A.: **Rekreacyjna aktywność fizyczna wrocławian i jej społeczno-demograficzne uwarunkowania**, W: Zdrowy styl życia jako kapitał XXI wieku, red. nauk. Artur Borcuch, Monika Knefel, Anna Krzysztofek; Kielce: Laboratorium Wiedzy Artur Borcuch, 2019; ss. 37-51

unieruchomienie (nauka w szkole, odrabianie lekcji, oglądanie telewizji lub praca przy komputerze), zapobiega zaburzeniom rozwoju i zdrowia, w tym przede wszystkim nadwagi i otyłości, oraz w końcu pełni funkcję terapeutyczną wielu zaburzeń, takich jak wspomniana nadwaga i otyłość, ale również cukrzyca, astma oskrzelowa, zaburzeń układu ruchu (Wojnarowska, 2010).



Mimo powszechnie uznanej dobroczynnej roli aktywności fizycznej, odsetek aktywnych dzieci oraz młodzieży zmniejsza się, powołując się na raport badania HBSC: „porównując dane uzyskane w dwóch ostatnich rundach badań, z lat 2014 i 2018 stwierdzono statystycznie istotne różnice w poziomie aktywności fizycznej młodzieży. Zaznaczył się w tym okresie wyraźny negatywny trend, czyli **zmniejszenie odsetka młodzieży spełniającej zalecenia WHO co do umiarkowanej aktywności fizycznej, z 24,2% w 2014 r. do 17,2% w 2018 r.**”, przy czym „obserwuje się spadek wraz z wiekiem odsetka nastolatków aktywnych fizycznie przez 7 dni w tygodniu (...) Chłopcy częściej są aktywni fizycznie na zalecanym poziomie niż dziewczęta” (Mazur & Małkowska-Szkutnik, 2018, p. 91). Przyczyny niedostatków aktywności fizycznej dzieci i młodzieży, podobnie jak u dorosłych, są złożone. Wojnarowska i wsp. wskazują m.in. na brak pozytywnych wzorców ze strony osób dorosłych, a zwłaszcza rodziców; powszechną dostępność do różnorodnych form transportu (samochody, windy, ruchome schody), które eliminują lub ograniczają przemieszczanie się pieszo; brak atrakcyjnej i dostępnej dla dzieci i młodzieży infrastruktury do uprawiania różnych form aktywności fizycznej w miejscu zamieszkania oraz duże koszty uczestnictwa w różnych formach aktywności fizycznej, a także stosunkowo duży odsetek uczniów nieuczestniczących systematycznie w szkolnych zajęciach wychowania fizycznego, mimo braku ku temu wskazań medycznych (Wojnarowska, 2010).

Powyższe dane jednoznacznie wskazują na potrzebę prowadzenia działań ukierunkowanych na promocję rekreacyjnej aktywności fizycznej, celem poprawy ogólnego stanu zdrowia oraz zapobiegania wystąpieniu chorób przewlekłych.

Interwencje - zalecenia

Najważniejsze informacje odnośnie podejścia populacyjnego do promocji aktywności fizycznej przedstawiono w Tabeli III.1.3., z których najważniejsze wydają się być: (1) interwencje na poziomie populacyjnym są skuteczne w promowaniu aktywności fizycznej; (2) wczesna edukacja dziecięca dotycząca aktywności fizycznej oraz ruchu powinna być rozpoczęta w okresie przedszkolnym oraz (3) dobre sąsiedztwo i bezpieczne środowisko wzmacniają i zachęcają do aktywności fizycznej w codziennym życiu (ESC, 2016).

Autorzy dokumentu Wytycznych ESC z 2016 r. dotyczących prewencji sercowo-naczyniowej (ESC, 2016) rozpatrują zalecenia dotyczące populacyjnego podejścia do aktywności fizycznej w 7 obszarach: restrykcje rządowe i upoważnienia, media i edukacja, etykietowanie i edukacja, zachęty ekonomiczne, szkoły, miejsca pracy oraz społeczność lokalna.

Najwyższą klasę rekomendacji (**klasa I: „jest zalecane/jest wskazane”**), jednakże z poziomem C wiarygodności danych¹¹⁶, otrzymały dwa zalecenia:

- *w przypadku powstawania nowych planów zagospodarowania terenu/budynków lub miast zaleca się uwzględnianie kwestii związanych z aktywnością fizyczną (obszar restrykcji rządowych),*
- *zaleca się zwiększoną dostępność do różnych typów boisk szkolnych i sprzętu do aktywności fizycznej i uprawiania sportu (obszar „szkoła”).*

Pozostałe zalecenia zakwalifikowano do klasy IIa/IIb, z poziomem wiarygodności danych B lub C¹¹⁷:

➤ **Zalecenia klasy IIa („należy rozważyć”):**

Media i edukacja:

- *należy rozważyć krótkotrwałe programy edukacyjne w obrębie lokalnych społeczności i noszone urządzenia promujące zachowania prozdrowotne takie jak chodzenie (poziom C).*

Etykietowanie i edukacja:

- *należy rozważyć umieszczanie znaków zachęcających do korzystania ze schodów (poziom B);*
- *w celu promocji zdrowia należy rozważyć przepisywanie wysiłku fizycznego przez lekarzy, zwłaszcza podstawowej opieki zdrowotnej, w podobny sposób, jak przepisuje się leki (poziom C).*

Zachęty ekonomiczne:

- *należy rozważyć wprowadzenie wyższych podatków za benzynę w celu zwiększenia aktywnego transportu/dojazdu do pracy (poziom C) [Patrz: komentarz w ramce niżej].*

Szkoły:

- *należy rozważyć wprowadzenie regularnych przerw w szkole między lekcjami w celu umożliwienia realizacji aktywności fizycznej (poziom B);*
- *należy rozważyć zwiększenie aktywnego dojazdu do szkoły, np. program spacerów od autobusu szkolnego do szkoły i z powrotem trasami podlegającymi nadzorowi w celu zapewnienia bezpieczeństwa (poziom C).*

Miejsca pracy:

- *należy rozważyć kompleksowe programy zdrowotne w miejscu pracy obejmujące żywienie i aktywność fizyczną (poziom B);*
- *należy rozważyć programy strukturalne w miejscu pracy, które zachęcą do aktywności fizycznej i umożliwią ustalenie czasu na aktywność fizyczną w trakcie godzin pracy.*

¹¹⁶Klasa I - dowody z badań naukowych i/lub powszechna zgodność opinii, że dane leczenie lub zabieg są korzystne, przydatne, skuteczne; sugestia dotycząca zastosowania: jest zalecane/jest wskazane.

Poziom C wiarygodności danych - uzgodniona opinia ekspertów i/lub dane pochodzące z małych badań, badań retrospektywnych, rejestrów

¹¹⁷Sprzeczne dowody z badań naukowych i/lub rozbieżność opinii na temat przydatności/skuteczności danego leczenia lub zabiegu; sugestia dotycząca zastosowania: należy rozważyć (IIa) lub można rozważyć (IIb).

Poziom B wiarygodności danych - dane pochodzące z jednej randomizowanej próby klinicznej lub dużych badań nierandomizowanych

Należy rozważyć poprawę dostępności do schodów i apelować o korzystanie z nich, potencjalnie w połączeniu z zastosowaniem wind niezatrzymujących się na wybranych piętrach (poziom C);

- *należy rozważyć promowanie centrów fitness w miejscu pracy (poziom C).*

Społeczność lokalna:

- *osoby zapewniające opiekę zdrowotną powinny rozważyć dopytywanie pacjentów o aktywność fizyczną w trakcie każdej wizyty i umieszczanie informacji na ten temat w dokumentacji. Ponadto należy rozważyć motywowanie poszczególnych osób i promowanie aktywności fizycznej (poziom C);*
- *należy rozważyć poprawę dostępności do miejsc i obiektów rekreacji oraz aktywności fizycznej (np. budowanie parków i boisk, wydłużenie czasu ich otwarcia, wykorzystanie obiektów szkolnych w trakcie godzin pozalekcyjnych), a także stworzenie miejsc przyjaznych pieszym (poziom C);*
- *należy rozważyć poprawę estetyki sąsiedztwa (w celu zwiększenia aktywności fizycznej osób dorosłych) (poziom C).*

➤ **Zalecenia klasy IIb („można rozważyć”):**

Szkoły:

- *w celu wprowadzenia przynajmniej umiarkowanej aktywności fizycznej można rozważyć zwiększenie liczby i czasu trwania zajęć sportowych, z poprawionym programem nauczania w zakresie aktywności fizycznej, a także wprowadzenie nauczycieli wykształconych w zakresie prowadzenia zajęć wysiłkowych i sportu (poziom B).*

Media i edukacja:

- *w celu promocji aktywności fizycznej można rozważyć długo trwające lub ciągle, zogniskowane na aktywność fizyczną edukacyjne kampanie realizowane poprzez stosowanie licznych form przekazu (np. aplikacje, plakaty, ulotki i oznakowanie) (poziom C).*

Zachęty ekonomiczne:

- *można rozważyć wprowadzenie zachęt podatkowych dla osób kupujących sprzęt do ćwiczeń lub członków klubów sportowych/klubów fitness (poziom C);*
- *w celu zwiększenia aktywności/sprawności fizycznej można rozważyć stosowanie trwałych, indywidualnych zachęt finansowych (poziom C);*
- *w celu zaoferowania kompleksowych programów zdrowotnych w miejscu pracy, obejmujących żywienie, aktywność fizyczną i zaprzestanie/prewencję palenia tytoniu, można rozważyć wprowadzenie zachęt podatkowych dla pracodawców (poziom C).*

Autorzy Wytycznych ESC (ESC, 2016, ss. 887-889) podkreślają, że **prostą strategią zwiększenia codziennych ćwiczeń jest korzystanie ze schodów** zamiast z windy lub schodów ruchomych, a także oznakowanie prowadzące do schodów i materiały promujące zdrowie, informujące o korzystnych efektach wchodzenia po schodach.

W pewnym zakresie również niektóre rozwiązania systemowe, takie jak wzrost cen paliw, mogą ograniczyć poruszanie się samochodem i zwiększać aktywny dojazd do pracy osób mieszkających w niedużej odległości umożliwiającej spacer lub jazdę na rowerze (z wyjątkiem osób schorowanych lub niepełnosprawnych).

Należy bardzo wyraźnie podkreślić, że **edukację w zakresie aktywności fizycznej należy rozpocząć w okresie przedszkolnym i kontynuować na wszystkich poziomach edukacji.**

Miejsca pracy mogą oferować różne możliwości promocji aktywności fizycznej. Niektóre większe firmy zapewniają centra fitnessu w budynkach pracy, które nie są płatne dla pracowników – jednak wyniki wskazują, że znaczna część osób pracujących nie korzysta z tej możliwości.

Poprawa dostępności obiektów przeznaczonych do ćwiczeń i rekreacji, w połączeniu z wydłużeniem godzin otwarcia i wykorzystaniem zasobów danej społeczności, takich jak boiska szkolne, może zwiększać ilość regularnej aktywności fizycznej we wszystkich grupach wiekowych i zmniejszać społeczno-ekonomiczne nierówności w dostępie do ww. elementów.



Na podstawie badań wyróżniono następujące **grupy odbiorców, do których w pierwszej kolejności powinny być kierowane interwencje na rzecz promocji rekreacyjnej aktywności fizycznej, w tym w populacji wrocławskiej¹¹⁸**:

- osoby starsze – wraz z wiekiem wyraźnie maleje częstotliwość podejmowanej aktywności fizycznej (zależność istotna statystycznie);
- osoby mniej zamożne – wiele dowodów naukowych potwierdza, że wraz ze wzrostem zamożności rośnie poziom podejmowanej aktywności fizycznej (zależność istotna statystycznie);
- osoby z niższym wykształceniem (zależność istotna statystycznie);
- kobiety – wiele dowodów naukowych potwierdza, że kobiety rzadziej deklarują podejmowanie regularnej aktywności fizycznej;
- dzieci i młodzież – badania epidemiologiczne wskazują jednoznacznie, iż dzieci i młodzież w dużym odsetku nie wypełniają rekomendacji WHO.

¹¹⁸Więcej na temat wyników badań: Jędrzejek M., Synowiec-Piłat M., Zmysłona B., Pałęga A.: **Rekreacyjna aktywność fizyczna wrocławian i jej społeczno-demograficzne uwarunkowania**, W: Zdrowy styl życia jako kapitał XXI wieku, red. nauk. Artur Borcuch, Monika Knefel, Anna Krzysztofek; Kielce: Laboratorium Wiedzy Artur Borcuch, 2019; ss. 37-51

oraz: Synowiec-Piłat M., Jędrzejek M., Pałęga A.: **Propagowanie rekreacyjnej aktywności fizycznej jako wyzwanie dla promocji zdrowia ukierunkowanej na społeczność lokalną, na przykładzie populacji Wrocławia**, W: Zdrowy styl życia jako kapitał XXI wieku, red. nauk. Artur Borcuch, Monika Knefel, Anna Krzysztofek; Kielce: Laboratorium Wiedzy Artur Borcuch, 2019; s.53-61



1.1.2. Promowanie zbilansowanego sposobu odżywiania

Wpływ żywienia na zdrowie

Kolejnym kluczowym czynnikiem behawioralnym jest prowadzenie **zbilansowanej diety**, która ma kluczowe znaczenie dla prawidłowego funkcjonowania organizmu. Autorzy Wytycznych ESC podkreślają, że sposób odżywiania jest kluczowym i dominującym wyznacznikiem rozwoju/występowania otyłości, nadciśnienia tętniczego, dyslipidemii, cukrzycy oraz niekorzystnych zdarzeń kardiologicznych (ESC, 2016). Po wprowadzeniu zmian w diecie na poziomie populacyjnym można obserwować gwałtowny spadek częstości zdarzeń sercowo-naczyniowych. W celu ułatwienia prowadzenia zbilansowanego sposobu odżywiania, opracowywane są normy, określające niezbędną ilość energii oraz składników odżywczych dla zaspokojenia potrzeb żywieniowych. Odżywanie zgodne z zaleceniami norm żywieniowych ma **zapobiegać chorobom wynikającym zarówno z niedoboru energii i składników odżywczych, a także z powodu ich nadmiernej podaży** (Jarosz & Rychlik, 2020). W Polsce prace nad normami żywienia ludności są prowadzone głównie przez Instytut Żywności i Żywienia (IŻiŻ), obecnie w ramach struktur Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego – Państwowego Zakładu Higieny (NIZP-PZH)¹¹⁹. Zwyczajowa dieta Polaków już od pewnego czasu opisywana jest jako mało urozmaicona, wysokokaloryczna, bogatotłuszczowa oraz skąpowitaminowa (Rywik, 1999). Dodatkowo wskazywane są błędy w schemacie odżywiania – niedostateczna liczba spożywanych posiłków oraz niewłaściwy ich rozkład w ciągu dnia. WHO rekomenduje zwiększenie spożywania warzyw i owoców, zmniejszenie spożywania produktów przetworzonych (zawierających duże ilości cukru oraz tłuszczu) oraz zmniejszenie spożywania nasyconych kwasów tłuszczowych pochodzenia zwierzęcego w myśl zasady „mniej cukru, soli i tłuszczu, więcej błonnika”, celem zmniejszenia ryzyka wystąpienia choroby sercowo-naczyniowej oraz nowotworów układu pokarmowego (żołądka, jelita grubego) (WHO, 2011).



Model odżywiania według zasad tzw. diety śródziemnomorskiej uchodzi obecnie za jeden z najkorzystniejszych modeli żywienia. Dieta śródziemnomorska opiera się głównie na regularnym spożywaniu oliwy z oliwek z pierwszego tłoczenia (jako głównego źródła dodanego tłuszczu) oraz żywności pochodzenia roślinnego (produkty pełnoziarniste, warzywa, rośliny strączkowe, świeże owoce, orzechy, nasiona, zioła i przyprawy), z umiarkowaną ilością ryb, owoców morza, nabiału i drobiu oraz cechuje się niskim spożyciem czerwonego i przetworzonego mięsa, cukrów, alkoholu (głównie

¹¹⁹Z dniem 1 lutego 2020 r., na mocy rozporządzenia Rady Ministrów, nastąpiło włączenie Instytutu Żywności i Żywienia im. prof. dra med. Aleksandra Szczygła do struktur Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego – Państwowego Zakładu Higieny (NIZP-PZH)

czerwonego wina) oraz ciast (Caprara, 2021). Wiele badań i obserwacji dowodzi skuteczności sposobu odżywiania według zasad diety śródziemnomorskiej w zapobieganiu rozwojowi NCDs, w tym cukrzycy typu 2 (m.in. badanie EPIC (Rossi et al., 2013) oraz ATTICA (Koloveryou et al., 2016)), a także chorób nowotworowych. W Polsce do niedawna powszechnie stosowana była Piramida Zdrowego Żywienia i Aktywności Fizycznej¹²⁰, opracowana przez IŻiŻ jako graficzna forma przedstawienia zasad prawidłowego żywienia. Mimo, iż obecnie została zastąpiona przez Talerz Zdrowego Żywienia, warto zwrócić uwagę na wprowadzone ostatnie zmiany, tj. najnowsza wersja Piramidy (2016) u swojej podstawy zawiera aktywność fizyczną, co podkreśla jej istotną rolę dla utrzymania zdrowia, ponadto wzmocniono zalecenie spożycia warzyw i owoców, umieszczając je u podstawy Piramidy przed produktami zbożowymi, a także umieszczono dodatkowo zioła, których używanie ma na celu redukcję spożycia soli kuchennej (z racji powszechnie występującego nadciśnienia tętniczego, WHO rekomenduje redukcję spożycia soli kuchennej do 5 g dziennie (co odpowiada 2 g sodu dziennie) (WHO, 2018b)).

10 Zasad Zdrowego Żywienia według IŻiŻ, to:

- 1) *spożywanie posiłków regularnie (tj. 4-5 posiłków dziennie; co 3-4 godziny);*
- 2) *co najmniej połowę spożywanych posiłków powinny stanowić warzywa i owoce, w proporcji $\frac{3}{4}$ warzywa oraz $\frac{1}{4}$ owoce (co najmniej 5 porcji dziennie, w tym 1 porcją może być szklanka soku; zwiększenie ilości porcji dziennie (6-7) przynosi dodatkowe korzyści zdrowotne);*
- 3) *spożywanie produktów zbożowych, szczególnie pełnoziarnistych (pieczywo pełnoziarniste razowe lub graham, ryż pełnoziarnisty brązowy, makaron razowy, kasza gryczana lub jęczmienna);*
- 4) *spożywanie codziennie 2 dużych szklanek mleka lub innych przetworów mlecznych (jogurt, kefir, częściowo sery);*
- 5) *ograniczenie spożywania mięsa (szczególnie czerwonego) oraz przetworzonych produktów mięsnych do 0,5 kg w tygodniu, zwiększenie spożycia ryb morskich (co najmniej 2 razy w tygodniu), jaj oraz nasion roślin strączkowych (groch, fasola, soczewica, soja);*
- 6) *zastąpienie tłuszczów zwierzęcych olejami roślinnymi (zwłaszcza olejem rzepakowym, oliwą z oliwek);*
- 7) *unikanie spożycia cukru i słodyczy (zastąpienie ich owocami, niesolonymi orzechami, szczególnie włoskimi lub nasionami – słonecznika lub dyni);*
- 8) *zmniejszenie użycia soli, niedosalanie potraw, używanie ziół (m.in. rozmaryn, oregano, tymianek, bazylia, kurkuma, czosnek, imbir, cynamon);*
- 9) *odpowiednia podaż wody dziennie (co najmniej 1,5 l dziennie; głównie czysta woda, również herbata i kawa, unikanie napojów słodzonych i wód smakowych);*
- 10) *unikanie spożywania alkoholu (patrz rozważania niżej) (Jarosz, 2017).*

¹²⁰Link do Piramidy: www.izz.waw.pl/zasady-prawidowego-zywienia

Obecnie preferowany jest Talerz Zdrowego Żywienia – jest to polska modyfikacja harwardzkiego „*Healthy Eating Plate*”¹²¹, który zastąpił piramidę Zdrowego Żywienia i Stylu Życia, co ogłoszono podczas V Narodowego Kongresu Żywnościowego. **Połowa talerza wypełniona jest warzywami i owocami, jedna ćwiartka zawiera produkty zbożowe, a na ostatniej ćwiartce powinny znaleźć się źródła białka, w tym mięso.**

Zwyczaje żywieniowe Polaków oraz wrocławian

Poniższe podsumowanie charakterystyki sposobu żywienia Polaków pochodzi z Raportu *Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania* (Wojtyniak & Goryński, 2020), która dokonana została na podstawie wyników badań budżetów gospodarstw domowych prowadzonych w latach 2017-2018, a także omówiono zmiany, które zaszły w latach 2010-2018. We wspomnianym okresie spadło spożycie większości produktów żywnościowych (produktów zbożowych, ziemniaków, warzyw, mięsa i przetworów, tłuszczów, mleka i napojów mlecznych, jaj, cukru), co wpłynęło na zmniejszenie wartości energetycznej diety i zawartości w niej ważnych składników (m.in. błonnika i witaminy C).



Autorzy Raportu zaznaczają, że w tym okresie **Polacy spożywali zbyt małe ilości warzyw i owoców oraz zbyt dużo mięsa czerwonego i przetworzonych produktów mięsnych w porównaniu do zaleceń**. Ponadto stwierdzono za duży był udział energii z tłuszczu, w tym z kwasów tłuszczowych nasyconych, a mało energii wносиły węglowodany. Odnotowano różnice w sposobie żywienia mieszkańców miast i wsi, tj. mieszkańcy wsi spożywali więcej pieczywa, ziemniaków, produktów mięsnych, mleka i napojów mlecznych, jaj, cukru; z kolei w miastach większe było spożycie warzyw i owoców oraz serów. Autorzy Raportu wskazują na duże rozpowszechnienie nadwagi i otyłości – **nadmierna masa ciała dotyczyła przede wszystkim osób dorosłych i częściej występowała u mężczyzn niż u kobiet**. Jednak również w populacji dzieci i młodzieży skala tego zjawiska była niepokojąca.



Z kolei w populacji Wrocławia¹²² **kilka razy dziennie warzywa oraz owoce spożywa odpowiednio 15% oraz 17% mieszkańców, a raz dziennie – 42% oraz 41% (łącznie odpowiednio 57% oraz 58%)**, z kolei minimum raz na tydzień – 37% oraz 34%, co według zaleceń jest zdecydowanie za mało. W tej kwestii Wrocławianie wpisują się w średnią dla Polski, bowiem powołując się na badania EHIS (GUS, 2015), w 2014 r. w Polsce odsetek osób powyżej 15 r.ż. deklarujących spożywanie warzyw każdego dnia wyniósł 55,7% osób, w tym częściej kobiety – 59,6% vs. 51% mężczyzn, natomiast odsetek deklarujących spożywanie owoców każdego dnia wynosił 58,5%, również częściej wśród kobiet (63,9%), niż mężczyzn (52,3%). Zalecane spożywanie 5 porcji warzyw i owoców w ciągu dnia deklarowało 10,1%

¹²¹Link do strony z opisem *Healthy Eating Plate* (w języku angielskim): www.hsph.harvard.edu/nutritionsource/healthy-eating-plate

¹²²Zobacz: Synowiec-Piłat M., Jędrzejek M., Pałęga A., Zmysłona B., **Raport z badań „Z korzyścią dla zdrowia czy na jego szkodę? Analiza socjologiczna stylu życia Wrocławian”**, projekt badawczy finansowany ze środków gminy Wrocław, 2018 r.; nr umowy D/WZD/19A/68/2018, s. 38-50
Link: <https://www.kreatywniedlazedrowia.pl/kdz/raportbadania.pdf>

osób w Polsce (Śliż & Mamcarz, 2018). Zdecydowanie należy ograniczyć spożywanie słodczy, produktów smażonych oraz używanie soli (zaleca się zastąpienie jej ziołami). **Prawie połowa respondentów niniejszego badania (48%) odpowiedziała, że codziennie soli potrawę, a kilka razy w tygodniu robi to prawie 1/3 badanych – 30%,** natomiast co najwyżej raz w miesiącu lub wcale jedynie 12%. Z kolei **ponad 1/3 badanych (39%) deklaruje przegryzanie produktów wysokoprzetworzonych, typu słodczy/chipsy kilka razy w tygodniu lub codziennie,** kilka razy w miesiącu deklaruje ¼ badanych (26%), natomiast co najwyżej raz w miesiącu lub wcale – 35% badanych. Zaleca się również ograniczenie spożycia mięsa, zwłaszcza czerwonego i przetworzonych produktów mięsnych, za to wskazuje się na zwiększenie spożycia ryb, jaj i nasion roślin strączkowych. **Codziennie (kilka razy lub raz dziennie) mięso czerwone spożywa 14% badanych, a drobiowe – 20%, zaś minimum raz na tydzień odpowiednio 59% oraz 72%.** Maksymalnie raz na miesiąc spożywanie mięsa czerwonego deklaruje 20% badanych. Jeśli chodzi o spożycie ryb, to co najmniej raz dziennie zjada je 6% badanych, minimum raz na tydzień – 54%, a maksymalnie raz na miesiąc 33%.

Analizując materiał własny można stwierdzić, iż **mieszkańcy Wrocławia odżywiają się dość regularnie.** W niniejszym badaniu ¾ ankietowanych (76%) odpowiedziało, że codziennie rano zjada śniadanie, 14% odpowiedziało „kilka razy w tygodniu”, natomiast „wcale lub prawie wcale” – 3% ankietowanych. Jednakże prawie połowa ankietowanych (43%) deklaruje, że co najmniej raz w tygodniu jada posiłek tuż przed snem, w tym codziennie – 11%. Codzienne lub kilka razy w tygodniu spożywanie co najmniej trzech posiłków dziennie deklaruje większość ankietowanych, odpowiednio 78% oraz 16%. **Co jedenasty mieszkaniec Wrocławia (9%) deklaruje, że żywi się w barach/restauracjach szybkiej obsługi codziennie lub kilka razy w tygodniu.** Dla przykładu, według danych CBOS, niemal co drugi ankietowany (46%) co najmniej raz w tygodniu jada posiłek tuż przed snem, w tym dla co jedenastego (9%) jest to stały zwyczaj, co daje bardzo zbliżony wynik do badania własnego. Niespełna co trzeci badany (30%) minimum raz w tygodniu jada mniej niż trzy posiłki na dobę, w tym co jedenasty (9%) zwykle nie jada więcej niż dwa razy dziennie. Podobnie jak w materiale własnym, co szesnasty (6%) najrzadziej raz na siedem dni żywi się w restauracjach i barach szybkiej obsługi (CBOS, 2016b).

Podstawą zdrowego żywienia jest wybieranie jakościowo dobrych produktów, a mieszkańcy Wrocławia wykazują typowe zachowania w tym obszarze jak ogół Polaków. Struktury procentowe w poszczególnych kategoriach odpowiedzi były bardzo zbliżone do odpowiedzi w sondażach CBOS z 2014 r.¹²³ (CBOS, 2014) na reprezentatywnej próbie Polaków (badania własne vs. sondaże CBOS), a mianowicie:

- a) datę ważności kupowanych produktów zawsze lub prawie zawsze sprawdza prawie połowa badanych – 46% vs. 42%, często robi to odpowiednio po 27%, co łącznie daje prawie ¾ odpowiedzi – 73% Wrocławian oraz 69% ogółu Polaków. Nigdy lub prawie nigdy nie sprawdza daty ważności co 11 mieszkaniec Wrocławia (9%) oraz co 10 Polak (10%);

¹²³Reprezentatywna próba losowa dorosłych mieszkańców Polski (N=943 osoby)

- b) mieszkańcy Wrocławia, i Polski ogółem, jeszcze rzadziej czytają etykiety i sprawdzają skład kupowanych produktów żywnościowych – zawsze lub prawie zawsze deklaruje niecała jedna piąta respondentów – 19%, „często” ¼ badanych (25%), zaś nigdy lub prawie nigdy – ponad jedna czwarta respondentów – 28% Wrocławian vs. 29% ogółu Polaków. W badaniu CBOS blisko jedna trzecia (31%) robi to czasami, a dwie piąte (40%) – zazwyczaj.

Przekonanie o zdrowym odżywianiu wśród Wrocławian jest niemal powszechne. Zaledwie 17% uważa, że odżywia się raczej niezdrowo, a 2 osoby – bardzo niezdrowo. Tendencja ta jest zbieżna z wynikami uzyskanymi w ogólnopolskim sondażu, zrealizowanym na reprezentatywnej próbie dorosłych Polaków, który prowadzony był cyklicznie w latach: 1998, 2000, 2005, 2010 (CBOS, 2014).

Interwencje - zalecenia

Autorzy Wytycznych ESC podkreślają dwie zasadnicze informacje dotyczące interwencji dotyczących działań populacyjnych na rzecz zmian w sposobie odżywiania: (1) środki strukturalne, takie jak zmiana składu produktów, ograniczenie wprowadzania do obrotu i wysokie podatki nałożone na niezdrowe pokarmy, dopłaty do zdrowszej żywności i przyjazne dla konsumenta oznaczenia wartości odżywczej, pozwolą na poprawę zdrowych wyborów żywieniowych, a także (2) zdrowe środowisko w społeczności, szkołach i miejscach pracy będzie zachętą do zdrowego stylu życia (ESC, 2016).

Wiele interwencji dotyczących działań populacyjnych na rzecz zmian w sposobie odżywiania uzyskało najwyższą klasę zaleceń (I), większość jednak z umiarkowanym poziomem wiarygodności danych (B/C):

➤ **Zalecenia klasy I („jest zalecane”):**

Rządowe restrykcje i upoważnienia:

- *zaleca się eliminację przemysłowo wytwarzanych tłuszczów trans (poziom A¹²⁴);*
- *zaleca się ustawodawstwo w zakresie składu żywności w celu zmniejszenia spożycia kalorii, soli i nasyconych kwasów tłuszczowych oraz (dodanej) zawartości cukru w żywności i napojach, a także zmniejszenie wielkości porcji (poziom B);*
- *w celu promocji zdrowej diety i zapobiegania nadwadze zaleca się ułatwienia i zintegrowaną, spójną politykę oraz aktywność (lokalnych) władz rządowych, organizacji pozarządowych, przemysłu żywieniowego, handlu detalicznego, gastronomii, szkół, miejsc pracy i innych zainteresowanych stron (poziom C);*
- *zaleca się ustawodawstwo ograniczające marketing skierowany do dzieci dotyczący produktów bogatych w tłuszcze, cukier i/lub sól, wyboru mniej zdrowych produktów, jedzenia „śmieciowego”, napojów alkoholowych i niealkoholowych, bogatych w cukier*

¹²⁴Zobacz przypis 116 i 117

Poziom A wiarygodności danych - dane pochodzące z wielu randomizowanych prób klinicznych lub metaanaliz

(np. w telewizji, Internecie, mediach społecznościowych i na opakowaniach żywnościowych) (poziom C).

Etykietowanie i edukacja:

- zaleca się zamieszczanie z przodu opakowania obowiązkowych, ujednoliconych i uproszczonych etykiet żywnościowych (poziom C).

Zachęty ekonomiczne:

- w celu promocji wyboru zdrowszej żywności i napojów zaleca się ustalanie cen i strategię dotacji (poziom B);
- zaleca się opodatkowanie żywności i napojów bogatych w cukier i nasycone kwasy tłuszczowe oraz napojów alkoholowych (poziom B).

Szkoły:

- w celu promocji zdrowej diety zaleca się stosowanie wieloelementowej, wszechstronnej i spójnej polityki we wszystkich szkołach, przedszkolach i miejscach opieki dziennej (poziom B);
- zaleca się dostępność do świeżej wody pitnej i zdrowej żywności w szkołach i automatach (poziom B).

Miejsca pracy:

- w celu stymulowania świadomości zdrowotnej pracowników we wszystkich firmach zaleca się stosowanie spójnej i wyczerpującej polityki zdrowotnej i edukacji żywieniowej (poziom B).

➤ **Zalecenia klasy IIa („należy rozważyć”):**

Media i edukacja:

- w celu pobudzenia świadomości klientów dotyczącej jakości odżywczej produktów należy rozważyć przeformułowanie żywności wraz z kampaniami edukacyjnymi (poziom C).

Etykietowanie i edukacja:

- w celu wsparcia deklaracji dotyczących zdrowia i żywienia oraz logotypów z przodu opakowania (np. sygnalizacji świetlnej, zdrowych wyborów, dziurek od klucza) należy rozważyć sformułowanie niezależnych i spójnych kryteriów dla informacji o wartościach odżywczych (poziom C);
- należy rozważyć obowiązkowe etykietowanie produktów dla żywności niezapakowanej wstępnie, obejmujących restauracje, szpitale i miejsca pracy (poziom C).

Miejsca pracy:

- należy rozważyć zwiększenie dostępności do świeżej wody pitnej i poprawę jakości odżywczej produktów serwowanych i/lub sprzedawanych w miejscu pracy lub w automatach (poziom C).

Społeczność lokalna:

- należy rozważyć uregulowanie kwestii lokalizacji i zagęszczenia sieci barów szybkiej obsługi oraz punktów sprzedaży alkoholu i innych zakładów gastronomicznych (poziom C).

Autorzy Wytycznych ESC (ESC, 2016, ss. 885-887) podkreślają, że **kampanie uświadamiające konsumentów w zakresie zdrowego pożywienia oraz etykietowanie żywności również mogą być skuteczne**. Konsumenti rozumieją różne systemy etykietowania, a ich stosowanie ma pozytywny wpływ na wyniki sprzedaży.

Strategie cenowe mogą prowadzić do zmniejszenia sprzedaży niezdrowej żywności i wzrostu sprzedaży owoców i warzyw. Coraz większa liczba krajów nakłada podatki na niezdrową żywność i napoje. Należy rozważyć wprowadzenie zrównoważonych zachęt podatkowych — dopłat i podatków zapobiegających występowaniu nierówności u osób społecznie pokrzywdzonych.

W celu zwalczania otyłości każda szkoła i miejsce pracy powinny prowadzić politykę promowania zdrowego środowiska i zapewniać zdrową żywność i posiłki. Według idealnego modelu **edukacja zdrowotna powinna być częścią programu nauczania w szkołach**.

Wykazano, że same interwencje w zakresie modyfikacji dietetycznych w miejscu pracy lub ich skojarzenie z edukacją żywieniową albo zmianami środowiskowymi, powoduje poprawę spożycia owoców i warzyw i/lub tłuszczów.

W obrębie społeczności lokalnych konieczne jest planowanie lokalizacji i zagęszczenia sieci fast-foodów oraz dobry dostęp do supermarketów, zwłaszcza w obszarach najbardziej potrzebujących.



Na podstawie badań wyróżniono następujące **grupy odbiorców, do których w pierwszej kolejności powinny być kierowane interwencje na rzecz promocji zbilansowanego sposobu odżywiania, w tym w populacji wrocławskiej**:

- dzieci i młodzież – ze względu na okres intensywnego kształtowania nawyków zdrowotnych;
- młodzi dorośli, mężczyźni ogółem oraz osoby mniej wykształcone ogółem, bowiem w badaniu wrocławskim¹²⁵, najczęściej oceniali swój sposób odżywiania jako niezdrowy. Warto podjąć szczególnie działania na rzecz zwiększenia poziomu świadomości konsumenckiej.

¹²⁵Zobacz: Synowiec-Piłat M., Jędrzejek M., Pałęga A., Zmysłona B., **Raport z badań „Z korzyścią dla zdrowia czy na jego szkodę? Analiza socjologiczna stylu życia Wrocławian”**, projekt badawczy finansowany ze środków gminy Wrocław, 2018 r.; nr umowy D/WZD/19A/68/2018, s. 38-50
Link: <https://www.kreatywniedlazedrowia.pl/kdz/raportbadania.pdf>



1.1.3. Zmniejszanie spożycia alkoholu i innych środków psychoaktywnych

Mianem substancji psychoaktywnych określamy takie używki, które wpływają na funkcjonowanie ośrodkowego układu nerwowego (OUN). Wpływ ten może być różnokierunkowy – pobudzający, uspokajający czy też halucynogeny.

Wpływ picia alkoholu na zdrowie

Szacuje się, że prawie 6% światowych zgonów jest spowodowana przez **szkodliwe używanie alkoholu** (spożywanie alkoholu prowadzące do uszczerbku na zdrowiu fizycznym lub psychicznym), z czego ponad połowa nastąpiła z powodu chorób NCDs, w tym nowotworów, choroby sercowo-naczyniowej oraz marskości wątroby (WHO, 2014). **Nadużywanie alkoholu niesie za sobą poważne skutki zdrowotne** (m.in. rozwój nowotworów głowy i szyi, przewodu pokarmowego, wątroby, piersi; rozwój marskości wątroby i jej konsekwencje; ryzyko udaru krwotocznego mózgu oraz zaburzeń rytmu serca; wypadki i urazy) **oraz społeczne** (konsekwencje uzależnienia od alkoholu, m.in. zachowania agresywne oraz przemoc, problemy rodzinne, bezrobocie, depresja, stany lękowe) (WHO, 2018a) – Tabela III.1.1. Jednakże regularne spożywanie małych/umiarkowanych ilości (przykładowo dla Polski są to 2 standardowe jednostki alkoholu dziennie dla kobiet oraz 4 dla mężczyzn, przy czym standardowa jednostka alkoholu to 10 g czystego etanolu (Kalinowski & Humphreys, 2016)) może nieść za sobą pewne korzyści zdrowotne – w literaturze od lat toczy się dyskusja nad zaletami takiego postępowania (Rehm, Roerecke, & Room, 2016) – Tabela III.1.1. Ciekawa jest historia tzw. „francuskiego paradoksu”, który polega na niższych wskaźnikach śmiertelności choroby wieńcowej serca wśród Francuzów w porównaniu do innych, podobnych epidemiologicznie populacji, a za przyczynę tego zjawiska uważa się wysokie spożycie czerwonego wina (Sinkiewicz, Węglarz, & Chudzińska, 2014). Jednakże jest to obserwacja ekologiczna, a nie związek przyczynowo-skutkowy, a część autorów wskazuje, iż osoby spożywające czerwone wino w obserwowanej populacji prowadzą ogólnie zdrowszy tryb życia (są rzadziej otyli, zazwyczaj nie palą, częściej są aktywni fizycznie, spożywają więcej owoców, warzyw oraz ryb), co może być potencjalną przyczyną mniejszej zachorowalności i śmiertelności na choroby układu krążenia (Sinkiewicz et al., 2014). Czerwone wino, oprócz etanolu, zawiera szereg innych biologicznie czynnych związków, głównie polifenolowych (m.in. resweratrol), w tym flawonoidy, które *per se* wykazują działanie kardioprotekcyjne (Blackhurst & Marais, 2005; Mamcarz, Podolec, & Kopeć, 2007). Istnieją istotne i spójne dowody na to, że umiarkowane spożycie alkoholu może mieć korzystny wpływ na ogólny profil ryzyka sercowo-naczyniowego i śmiertelność, ale jednocześnie istnieją poważne ograniczenia dla określenia tego wpływu jako silnego (Goel, Sharma, & Garg, 2018).

Jednakże ze względu na **wiele niekorzystnych skutków zdrowotnych, jakie może nieść za sobą spożywanie alkoholu, obecnie nie zaleca się jego spożywania jako metody zapobiegania chorobie sercowo-naczyniowej** (Sinkiewicz i in., 2014) – Tabela III.1.1.

Tabela III.1.1. Wpływ spożycia alkoholu na zdrowie człowieka

Potencjalne korzyści spożywania umiarkowanych ilości alkoholu	Negatywne skutki przewlekłego/nadmiernego spożycia alkoholu
Zmiana profilu lipidowego: zwiększenie stężenia frakcji HDL cholesterolu, zmniejszenie stężenia frakcji LDL cholesterolu oraz apolipoproteiny (a) Wpływ na układ krzepnięcia: zmniejszenie agregacji płytek krwi, zmniejszenie stężenia fibrynogenu Proces zapalny: zmniejszenie stężenia wykładników stanu zapalnego, wzrost produkcji tlenu azotu	Zmiana profilu lipidowego: zwiększenie stężenia trójglicerydów we krwi Układ nerwowy: alkohol etylowy jest silną neurotoksyną – ryzyko rozwoju neuropatii obwodowych, miopatii oraz encefalopatii
Redukcja chorobowości i śmiertelności z powodu choroby niedokrwiennej serca oraz udaru niedokrwinnego mózgu	Ryzyko rozwoju nadciśnienia tętniczego oraz zaburzeń rytmu serca Ryzyko rozwoju udaru krwotocznego
Redukcja wystąpienia i progresji niewydolności serca	Ryzyko rozwoju kardiomiopatii alkoholowej
Zmniejszenie ryzyka osteoporozy u kobiet	Ryzyko rozwoju niektórych nowotworów, w tym: przewodu pokarmowego (przełyk, żołądek, jelito grube, wątroba), jamy ustnej, gardła i krtani oraz piersi
Zmniejszenie ryzyka rozwoju demencji	Ryzyko rozwoju zaburzeń psychicznych, w tym psychotycznych oraz depresji. Czynnik ryzyka samobójstwa
Zmniejszenie insulinooporności	Ryzyko rozwoju alkoholowej, tłuszczeniowej choroby wątroby, marskości wątroby, encefalopatii wątrobowej

Opracowanie własne, na podstawie: (Mamcarz et al., 2007)

Spożywanie alkoholu - epidemiologia

W 2012 roku ok. 3,3 mln zgonów (5,9% wszystkich zgonów globalnie) i 139 mln DALY (5,1% globalnego obciążenia chorobami i urazami) przypisano spożyciu alkoholu (ESC, 2016). Według szacunków, konsumpcja alkoholu w 2016 r. w Polsce była odpowiedzialna za utratę 8,9% lat przeżytych w zdrowiu, w tym w przypadku mężczyzn – 13,7%, w przypadku kobiet – 3,2%. Szacuje się, że z powodu picia alkoholu w 2016 r. w Polsce zmarło 32,1 tys. osób (tj. 8,2% wszystkich zgonów), w tym 27,6 tys. mężczyzn i 4,5 tys. kobiet (Śliż & Mamcarz, 2018).

Wyniki badań wskazują, że 12–15% polskiego społeczeństwa nadużywa alkoholu, a ok. 2% populacji spełnia kryteria zespołu uzależnienia od alkoholu¹²⁶.

¹²⁶<https://www.mp.pl/poz/psychiatria/uzaleznienia/271970,naduzywanie-alkoholu-de-novo-u-osob-starszych-przyczyny-objawy-i-czestosc-wystepowania>

W Polsce, według Raportu WHO, spożycie czystego alkoholu *per capita* wynosi 12 l w populacji powyżej 15 r.ż., co jest praktycznie dwukrotnie większą wartością, niż dla populacji ogólnoswiatowej – 6,4 l czystego alkoholu *per capita* (WHO, 2018b).



W badaniach własnych¹²⁷, **mieszkańcy Wrocławia deklarują spożywanie alkoholu częściej, niż wskazują na to ogólnopolskie dane GUS z 2016 r.**, bowiem picie alkoholu w 2014 r. deklarowało 72,2% osób w wieku 15 lat i więcej, w tym częściej mężczyźni – 82,9% niż kobiety 63,2%. Według tych danych, co najmniej raz w tygodniu alkohol pije 17,8% ogółu Polaków, w tym 28,5% mężczyzn oraz 8,8% kobiet, z kolei co najmniej raz w miesiącu – 28,5% ogółu, w tym 34,3% mężczyzn oraz 23,6% kobiet (Śliż & Mamcarz, 2018). Dla przykładu, w niniejszym badaniu spożywanie alkoholu deklarowało 90% badanych (N=898), w tym nieznacznie częściej mężczyźni – 92,3% vs. 88,9% kobiet.



Spożywanie alkoholu co najmniej raz w tygodniu deklaruje 24% dorosłych Wrocławian, w tym 36,5% mężczyzn oraz prawie połowa mniej kobiet – 13,5%, z kolei picie co najmniej raz w miesiącu deklarowało 19% respondentów, w tym 15,6% mężczyzn oraz 22,6% kobiet. **Codziennie spożywanie alkoholu deklarowało 4,7% mężczyzn** i tylko 0,4% kobiet, zaś całkowitą abstynencję od alkoholu deklarowało łącznie 10% badanych, częściej kobiety – 11,%, w porównaniu do 7,7% mężczyzn. Należy mieć jednak na uwadze, iż wspomniane dane GUS dotyczą również osób w wieku 15-17 lat, których niniejsze badanie nie obejmowało.

Szczególnie **niebezpiecznym zjawiskiem jest używanie alkoholu przez młodzież**, zwłaszcza, że ostatnie badania pokazują niekorzystną tendencję wzrostową. Dla przykładu, powołując się na dane GUS-u z 2009 r., 42% osób w wieku 15–19 lat spożywało alkohol w ciągu roku przed badaniem, w tym większość (62,5%) deklarowała spożywanie alkoholu okazjonalnie – raz w miesiącu lub 2-4 razy na miesiąc (Resler & Cichosz, 2015). Z kolei wyniki najnowszej, polskiej edycji badania HBSC pokazały, że **„wśród młodzieży w wieku 11-15 lat, przynajmniej raz w życiu prawie co trzeci (34,6%) pił alkohol, (...) a 15,5% z nich było pijanych**. Odsetki badanych, którzy podjęli już próby z piciem alkoholu, czy paleniem tytoniu wzrastają wraz z wiekiem. Wśród 15-latków, w całym życiu, próby picia alkoholu miało 63,4% badanych w tym 32,5% podało, że wypili naprawdę dużo alkoholu i czuli się pijani. (...) W ciągu 30 dni przed badaniem 15,1% badanych piło alkohol, w tym 5,8% upiła się, a 8,6% podało, że paliło tytoń. Odsetki te były najwyższe wśród 15 latków, co trzeci z nich (34,2%) podał, że pił alkohol w tym prawie co dziesiąty (12,9%) był pijany” (Mazur & Małkowska-Szkutnik, 2018, s. 141).

W związku z licznymi konsekwencjami spożywania alkoholu (zdrowotnymi i społecznymi), działania promocji zdrowia powinny promować całkowitą abstynencję od alkoholu.

¹²⁷Patrz: Cz. II, pkt. 4. Diagnoza stylu życia wrocławian – zachowania, postawy i przekonania zdrowotne oraz Synowiec-Piłat M., Jędrzejek M., Pałęga A., Zmysłona B., **Raport z badań „Z korzyścią dla zdrowia czy na jego szkodę? Analiza socjologiczna stylu życia Wrocławian”**, projekt badawczy finansowany ze środków gminy Wrocław, 2018 r.; nr umowy D/WZD/19A/68/2018, s. 50-62

Link: <https://www.kreatywniedlazedrowia.pl/kdz/raportbadania.pdf>

Badania dotyczące spożycia alkoholu są **trudne metodologicznie**, ze względu na istnienie szeregu uwarunkowań społeczno-kulturowych, które mogą zaburzać wiarygodność udzielanych odpowiedzi. Szczególne znaczenie mają tu takie kwestie, jak symbolika dotycząca picia alkoholu oraz przypisywanie w określonych środowiskach społecznych nadmiernemu piciu alkoholu etykiet dewiacyjnych lub też odwrotnie - istnienie przyzwolenia na picie.

Generalnie warto zauważyć, że w większości przyczyną picia alkoholu w naszym kraju nie są problemy egzystencjalne (taka sytuacja jest częstsza w przypadku stosowania narkotyków), lecz jest to związane z tzw. „formami spędzania czasu wolnego”, częstym przeświadczeniem, że nie można się „dobrze bawić” bez alkoholu. Spędzanie czasu wolnego lub wszelkich uroczystości rodzinnych, towarzyskich „przy kieliszku” jest powszechnie akceptowane, co więcej – przekazywane jako swego rodzaju norma następnym pokoleniom w procesie socjalizacji i spożywanie alkoholu jest niejako „częścią naszej kultury”. **Istnieje zatem bardzo duże przyzwolenie na picie alkoholu**, a w większości środowisk nie ma mechanizmów kontroli społecznej, co do ilości spożycia, zaś odmowa spożycia lub niskie spożycie alkoholu jest postrzegane niejednokrotnie jako nietypowe, czy nawet dewiacyjne. W konsekwencji, picie alkoholu może być i często jest wynikiem przyjmowania postaw konformistycznych, ulegania naciskowi grupy. Tak dzieje się niejednokrotnie w przypadku dzieci i młodzieży, dla których stosowanie alkoholu (a także palenie papierosów) nie jest atrakcyjne samo w sobie (zwłaszcza na początku, gdy skutkuje negatywnymi reakcjami organizmu – np. wymiotami, złym samopoczuciem), ale jest odpowiedzią na oczekiwania grupy. Stosowanie używek, jako przejaw konformistycznego dostosowywania się do grupy, w celu osiągnięcia jej akceptacji, jest zresztą niezależne od wieku i dotyczy wielu środowisk. Warto także dodać, że zarówno palenie, jak i picie alkoholu jest jeszcze nadal, pomimo kształtowania świadomości zasadności unikania używek oraz prób kształtowania mody na zdrowy styl życia, kojarzone przez wiele grup społecznych z dorosłością. Możliwość jawnego picia alkoholu i palenia papierosów traktowane jest jako symboliczny rytuał „wejścia w dorosłość” i jako takie staje się dodatkowo jeszcze bardziej (poza aspektem integracyjnym) społecznie atrakcyjne dla młodych ludzi. Wysokie spożycie alkoholu zarówno w społeczeństwie polskim, jak i w badanej populacji Wrocławia zdaje się ten problem potwierdzać. Co więcej, przy tak wysokiej akceptacji picia alkoholu (także wśród młodzieży) oraz częstym braku pozytywnych przykładów „niepicia” w najbliższym środowisku społecznym (rodzinie, grupie towarzyskiej, grupie zawodowej) lub spędzania czasu wolnego i uroczystości bez alkoholu, za dewiacyjne zachowania uważane są dopiero raczej skrajne stany uzależnienia, objawiające się częstymi upojeniami, utratą świadomości, tzw. „ciągami alkoholowymi”, agresją wobec członków rodziny oraz osób obcych, jawnym niedbaniem o siebie i otoczenie (brak higieny, brud etc.), problemami z prawem itp. Wcześniejsze natomiast oznaki nadużywania alkoholu są bagatelizowane, „niezauważane” lub traktowane w kategoriach żartobliwych.

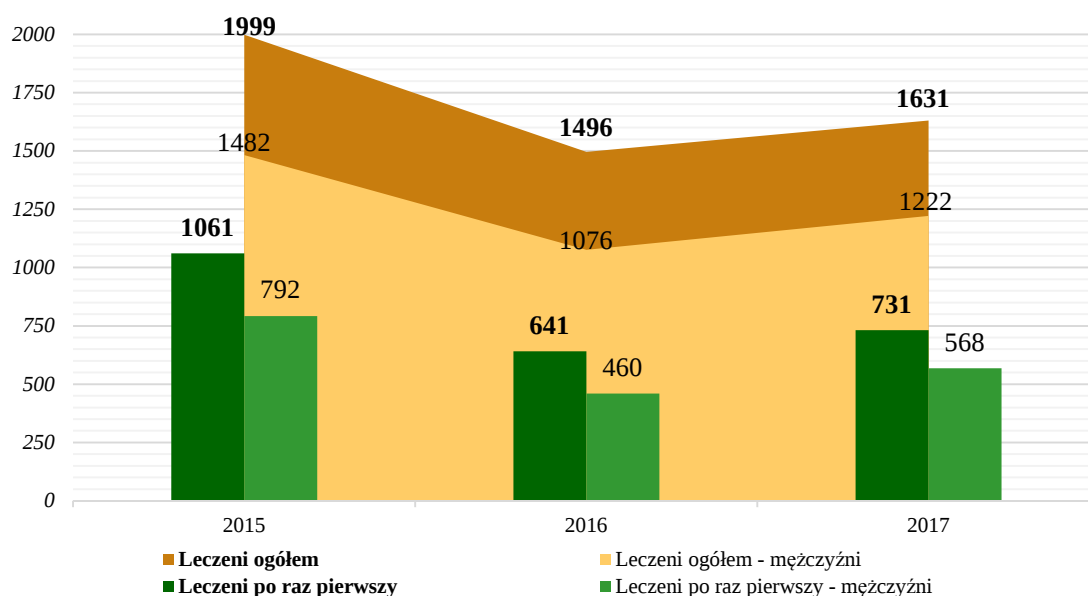
Środki psychoaktywne - epidemiologia

Według Raportu GIS, w 2020 r. rejestr zgłoszonych zatruć i podejrzeń zatruć obejmował łącznie 1 675 przypadków, w tym w zakresie nowych substancji psychoaktywnych (NSP) oraz środków zastępczych (ŚZ) – 806 (w tym 24 z województwa dolnośląskiego – 3%; w tym 668 dotyczyło mężczyzn (82,9%); w tym 125 dotyczyło osób do 18 r.ż. (15,5%)), a w grupie pozostałych substancji – 869 zgłoszeń¹²⁸. Autorzy Raportu komentują: „porównując dynamikę zjawiska zatruć NSP/ŚZ w Polsce na przestrzeni ostatnich 6 lat (2015–2020) należy odnotować, że największa liczba interwencji medycznych miała miejsce w 2015 r., w którym odnotowano 7 357 zgłoszeń z terenu całego kraju. W okresie 2016-2019 coroczna liczba zgłoszeń utrzymywała się na porównywalnym poziomie, z widocznym trendem spadkowym w 2019 r.” (GIS, 2021, s. 19). W 2020 r. odnotowano 17 przypadków zgonów po zażyciu substancji działających na ośrodkowy układ nerwowy.

Powodując się ponownie na wyniki polskiej edycji badania HBSC 2018 wśród młodzieży, **próby używania marihuany lub haszyszu ma za sobą 14,5% badanych 15-latków** (Mazur & Małkowska-Szkutnik, 2018).

Dane na temat ilości osób leczonych z zaburzeniami spowodowanymi używaniem substancji psychoaktywnych we Wrocławiu w latach 2015-2017 w opiece ambulatoryjnej przedstawia Wykres III.1.1.

Wykres III.1.1. Ilość leczonych z zaburzeniami spowodowanymi używaniem substancji psychoaktywnych we Wrocławiu w latach 2015-2017 [opieka ambulatoryjna]



Źródło: dane NFZ dla Urzędu Miasta Wrocławia

¹²⁸<https://www.gov.pl/web/gis/informacja-w-zakresie-art-30a-ust-6-ustawy-z-dnia-29-lipca-2005r-o-przeciwdziałaniu-narkomanii>

Interwencje - zalecenia

W związku z nakreślonymi powyżej uwarunkowaniami społeczno-kulturowymi, odnośnie zarówno wskaźników picia alkoholu, jak i omawianego poniżej palenia papierosów, szczególnie istotne jest: (1) **prowadzenie działań makrostrukturalnych, mających na celu zapobieganie nierównościom społecznym**, ze względu na częstsze sięganie po używki przez grupy społecznie marginalizowane (o niskim poziomie wykształcenia i zamożności) oraz (2) w działaniach z zakresu profilaktyki uzależnień oraz promocji zdrowia, niezbędne jest zwrócenie uwagi na potrzebę **zmiany istniejących przekonań dotyczących picia i palenia papierosów oraz związanej z nimi symboliki**. Ponadto w celu przeciwdziałania stosowania używek jako reakcji o charakterze konformistycznym, niezbędne jest podnoszenie poziomu własnej wartości wśród dzieci i młodzieży poprzez nagradzanie zachowań prozdrowotnych, a także wykształcanie umiejętności asertywnego wyrażania sprzeciwu wobec prób nacisku ze strony grupy do przejawiania zachowań antyzdrowotnych.

Najważniejsze informacje odnośnie podejścia populacyjnego do ograniczania spożycia alkoholu przedstawiono w Tabeli III.1.3. Kilka zaleceń dotyczących podejścia populacyjnego w ograniczaniu spożywania alkoholu uzyskało najwyższą klasę rekomendacji (klasa I), ale z umiarkowanym lub najniższym poziomem wiarygodności danych (poziom B lub C)¹²⁹ według Wytycznych ESC (ESC, 2016):

➤ Zalecenia klasy I („jest zalecane”):

Rządowe restrykcje i upoważnienia:

- *zaleca się regulację fizycznej dostępności do napojów alkoholowych, obejmującą minimalny usankcjonowany wiek kupującego, restrykcje dotyczące zagęszczenia punktów sprzedaży i godzin oraz miejsc sprzedaży, systemów licencyjnych ukierunkowanych na zdrowie publiczne oraz monopol rządowy punktów sprzedaży detalicznej (poziom B);*
- *zaleca się środki zapobiegające prowadzeniu pojazdu po alkoholu, takie jak: obniżone limity stężenia alkoholu we krwi i „zero tolerancji”, wrywkowe testy oddechowe i punkty pomiaru trzeźwości (poziom B);*
- *zaleca się kompleksowe restrykcje i zakazy reklamowania oraz promowania napojów alkoholowych (poziom C).*

Zachęty ekonomiczne:

- *zaleca się wprowadzenie wyższych podatków na napoje alkoholowe (poziom B).*

Miejsca pracy:

- *w każdej firmie zaleca się prowadzenie spójnej i kompleksowej polityki zdrowotnej oraz edukacji dotyczącej żywienia w celu stymulacji zdrowia u pracowników, z ograniczeniem nadmiernego spożycia alkoholu (poziom B).*

Społeczność lokalna:

- *zaleca się środki wspierające i wzmacniające podstawową opiekę w zakresie skutecznego podejścia do prewencji i zmniejszania szkodliwego wpływu spożywania alkoholu (poziom B).*

¹²⁹Zobacz przypis nr 116 i 117

➤ **Zalecenia klasy IIa („należy rozważyć”):**

Społeczność lokalna:

- *w celu zmniejszenia negatywnych konsekwencji spożywania alkoholu należy rozważyć wdrożenie polityki odpowiedzialnego podawania napojów alkoholowych (poziom B);*
- *należy rozważyć planowanie lokalizacji i zagęszczenia punktów sprzedaży alkoholu oraz innych zakładów gastronomicznych (poziom C).*

➤ **Zalecenia klasy IIb („można rozważyć”):**

Media i edukacja:

- *w celu poprawy świadomości dotyczącej niebezpiecznych efektów spożywania alkoholu można rozważyć kampanie edukacyjne (poziom B).*

Etykietowanie i edukacja:

- *można rozważyć umieszczanie na etykietach opakowań z alkoholem informacji na temat zawartości kalorii i ostrzeżeń dotyczących szkodliwych efektów działania alkoholu (poziom B).*

Szkoły:

- *w każdej szkole, przedszkolu i ośrodku opieki dziennej można rozważyć przeprowadzenie wieloelementowej, kompleksowej i spójnej edukacji w celu zapobiegania nadużywaniu alkoholu (poziom B).*

Autorzy Wytocznych ESC (ESC, 2016, ss. 891-892) podkreślają, że **konsumpcja alkoholu wiąże się z licznymi zagrożeniami zdrowotnymi, które zdecydowanie przewyższają wszelkie potencjalne korzyści.**

Następujące strategie i interwencje cechuje największy stopień skuteczności w zapobieganiu szkodliwemu spożyciu alkoholu: limity wieku sprzedaży i podawania, strategie związane z zapobieganiem picia i prowadzeniu pojazdu, monopole rządów w zakresie sprzedaży detalicznej alkoholu i skrócenie godzin sprzedaży, zakaz reklamowania alkoholu i sponsorowania wydarzeń oraz wzrost cen w handlu detalicznym.

Wykazano, że w przypadku braku innych środków na poziomie populacyjnym, takich jak opodatkowanie i restrykcje reklamowe, umieszczanie na etykietach informacji na temat zawartości kalorycznej i ostrzeżeń zdrowotnych dotyczących szkodliwych skutków alkoholu ma ograniczony efekt.

Rozporządzenia dotyczące alkoholu w ramach polityki w miejscach pracy, centrach edukacyjnych i szkołach są skuteczne.

W obrębie społeczności nadmierne spożywanie alkoholu można zmniejszyć, **ograniczając liczbę i czas otwarcia punktów sprzedaży lub podwyższając minimalny wiek wymagany do nabywania i serwowania alkoholu.**



Na podstawie badań wyróżniono następujące **grupy odbiorców, do których w pierwszej kolejności powinny być kierowane interwencje na rzecz promocji ograniczania spożycia alkoholu i innych substancji psychoaktywnych, w tym w populacji wrocławskiej**¹³⁰:

- mężczyźni – dane epidemiologiczne pokazują, że spożywanie alkoholu częściej i w większych ilościach dotyczy w większym odsetku płci męskiej (zależność istotna statystycznie);
- dzieci i młodzież oraz młodzi dorośli – ze względu na duży odsetek spożywania alkoholu i częstszego występowania stanu upojenia wśród młodszych dorosłych (zależność istotna statystycznie) oraz m.in. na zagrożenia społeczne jakie niesie za sobą spożywanie alkoholu przez nieletnich i ciągle rosnące wskaźniki spożywania alkoholu przez młodzież oraz niski wiek inicjacji alkoholowej.

W Narodowym Programie Zdrowia na lata 2021–2025 przedstawiono następujący wykaz zadań służących realizacji celu operacyjnego 2: Profilaktyka uzależnień¹³¹:

UZAŁEŻNIENIE OD ALKOHOLU:

- 1) Wdrożenie i upowszechnianie standardów i procedur profilaktyki, diagnozy oraz terapii FASD (Spektrum Płodowych Zaburzeń Alkoholowych) zgodnie z aktualnym stanem wiedzy naukowej.
- 2) Kształcenie personelu medycznego w zakresie umiejętności rozpoznawania wzorów picia i podejmowania interwencji wobec pacjentów pijących alkohol ryzykownie i szkodliwie oraz na temat FASD.
- 3) Wdrożenie w podstawowej opiece zdrowotnej procedury wczesnego rozpoznawania i krótkiej interwencji wobec pacjentów spożywających alkohol ryzykownie i szkodliwie
- 4) Zmniejszanie dostępności fizycznej i ekonomicznej alkoholu.
- 5) Zwiększanie skuteczności w przestrzeganiu prawa w zakresie produkcji, dystrybucji, sprzedaży, reklamy, promocji oraz spożywania napojów alkoholowych.
- 6) Ograniczanie skali przemytu i liczby nielegalnych miejsc odkażania alkoholu.

UZAŁEŻNIENIA OD NARKOTYKÓW:

- 1) Zadania na rzecz ograniczania stosowania środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych i NSP.
- 2) Prowadzenie poradnictwa w ramach ogólnopolskiego telefonu zaufania oraz poradni internetowej.
- 3) Objęcie leczeniem substytucyjnym co najmniej 30% osób uzależnionych od opioidów w każdym województwie.
- 4) Zwiększanie liczby programów terapeutycznych skierowanych do użytkowników przetworów konopi i osób uzależnionych od nich.
- 5) Realizacja działań mających na celu ograniczenie podaży środków odurzających, substancji psychotropowych i NSP.

¹³⁰Patrz: Cz. II, pkt. 4. Diagnoza stylu życia wrocławian – zachowania, postawy i przekonania zdrowotne oraz Synowiec-Piłat M., Jędrzejek M., Pałęga A., Zmysłona B., **Raport z badań „Z korzyścią dla zdrowia czy na jego szkodę? Analiza socjologiczna stylu życia Wrocławian”**, projekt badawczy finansowany ze środków gminy Wrocław, 2018 r.; nr umowy D/WZD/19A/68/2018, s. 50-62

Link: <https://www.kreatywniedlazedrowia.pl/kdz/raportbadania.pdf>

¹³¹<https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/download.xsp/WDU20210000642/O/D20210642.pdf>, s. 10-17



1.1.4. Ograniczanie palenia tytoniu

Wpływ palenia na zdrowie

Palenie papierosów jest jednym z najbardziej obciążających czynników behawioralnych, bowiem należy ono do głównych czynników ryzyka rozwoju choroby niedokrwiennej serca, udaru niedokrwinnego mózgu, choroby nowotworowej wielu narządów (główny pojedynczy czynnik etiologiczny raka płuc – około 90% przypadków), a także przewlekłych chorób układu oddechowego (głównie przewlekłej obturacyjnej choroby płuc, POChP) (Gajewski, 2020). Nikotyna zawarta w dymie papierosowym obciąża pracę serca, ma negatywny wpływ na gospodarkę lipidową, a także sprzyja incydom zakrzepowatorowym (Rywik, 1999). Dym papierosowy zawiera około 4000 różnych substancji, w tym ≥ 50 rakotwórczych, co bezpośrednio przyczynia się do rozwoju szeregu nowotworów tzw. tytoniozależnych – narażenie na dym tytoniowy (palenie zarówno czynne, jak i bierne) koreluje jednoznacznie z występowaniem nowotworów jamy ustnej, krtani, płuc, trzustki, przełyku, żołądka, jelita grubego, nerki, pęcherza moczowego oraz szyjki macicy (Mejza, Cedzyńska, Mejza, & Górecka, 2020; WHO, 2011). Bezsprzeczny jest udział palenia w rozwoju POChP (nawet do 80% przypadków), które znacząco pogarsza jakość życia oraz prowadzi do przedwczesnych zgonów (Pierzchała, Niżankowska-Mogilnicka, & Mejza, 2020). Ponadto, wyniki przeglądu systematycznego z metaanalizą (łącznie ponad 500 tys. pacjentów) wskazują, że palenie papierosów zwiększa ryzyko ciężkiego przebiegu COVID-19, włącznie ze zgonem (Zhang et al., 2021). Negatywne skutki palenia dotyczą nie tylko palaczy czynnych, ale również osób w bezpośrednim otoczeniu, tzw. palaczy biernych.

Nadal nie jest pewne, jakie są odległe skutki zdrowotne stosowania tzw. e-papierosów, choć w Stanach Zjednoczonych opisano przypadki ostrego uszkodzenia płuc wśród osób ich używających (Layden et al., 2019; Mejza et al., 2020; Schier et al., 2019). Warto zaznaczyć, że w Wielkiej Brytanii dopuszcza się stosowanie e-papierosów jako środka wspomagającego zaprzestanie palenia, wspominają również o tym autorzy Wytycznych ESC („*papierosy elektroniczne (e-papierosy) mogą być przydatne w zaprzestaniu palenia tytoniu, jednak powinny być objęte takimi samymi restrykcjami marketingowymi jak papierosy*”; ESC, 2016; s. 859), jednakże podejście to spotkało się z krytyką wielu organizacji (Mejza et al., 2020), a najnowsze badania wykazały, że korzystanie z e-papierosów zwiększa prawdopodobieństwo powrotu do tradycyjnych papierosów¹³².

¹³²dostęp online: <https://www.mp.pl/pacjent/pochp/aktualnosci/283100,e-papierosy-nie-pomagaja-w-rzucaniu-nalogu-tytoniowego>; oryginalny artykuł: <http://dx.doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2021.28810>

Palenie - epidemiologia

Według danych WHO, każdego roku umiera około 6 milionów ludzi z powodu palenia papierosów, zarówno czynnego jak i biernego, a do 2020 r. liczba ta ma wzrosnąć do 7,5 miliona osób, co będzie stanowić ok. 10% wszystkich zgonów (WHO, 2011). Światowa Organizacja Zdrowia ocenia również, że palenie w skali światowej jest odpowiedzialne za ok. 71% zgonów z powodu nowotworu płuca, 42% zgonów z powodu przewlekłych chorób układu oddechowego oraz 10% zgonów z powodu choroby sercowo-naczyniowej. Najwyższy wskaźnik palenia wśród mężczyzn występuje w krajach o niskim i średnim statusie ekonomicznym, a dla ogółu populacji rozpowszechnienie palenia największe jest w krajach o średnim i wysokim rozwoju gospodarczym (WHO, 2011). Analiza danych z lat 2000–2016 wskazuje, że globalne rozpowszechnienie palenia tytoniu u osób w wieku 15 lat i starszych zmniejszyło się z 27% (w 2000 r.) do 20% (w 2016 r.) (WHO, 2018b).



Powołując się na dane Państwowego Zakładu Higieny (PZH) z 2016 r., **w Polsce codziennie pali ok. 29% dorosłych mężczyzn oraz ok. 17% dorosłych kobiet** (Mejza et al., 2020), zaś według raportu Głównego Inspektoratu Sanitarnego (GIS) w 2017 r. do nałogowego (codziennego) palenia przyznawała się niemal jedna czwarta Polaków – 24% (29% mężczyzn oraz 20% kobiet) (Trzasańska et al., 2017). Dotychczas, w cyklicznych badaniach GIS obserwowano tendencję spadkową liczby palaczy tytoniu w Polsce, w tym palenia nałogowego (codziennego), jednakże w ostatnim badaniu z 2017 r. tendencja ta zatrzymała się. Z kolei w autorskich badaniach wrocławskich aktualny status palacza deklaruje podobna ilość mężczyzn oraz kobiet (17% vs. 20%), w tym palenie codzienne odpowiednio 12% oraz 15%, zaś okazjonalne odpowiednio po 5%.

Interwencje - zalecenia

Zaprzestanie palenia niesie korzyści w każdym momencie. Dla przykładu, powrót ryzyka wystąpienia zawału serca do poziomu osób nigdy niepalących, wynosi dla palaczy do 20 papierosów dziennie około 10 lat od całkowitego zaprzestania palenia, a dla palących więcej niż 20 papierosów dziennie – około 20 lat (Rywik, 1999), choć nowsze dane mówią, że osoby palące nie osiągną poziomu ryzyka choroby sercowo-naczyniowej właściwego dla osób nigdy niepalących (ESC, 2016). **Zaprzestanie palenia jest skutecznym działaniem w zmniejszeniu występowania oraz śmiertelności wiodących chorób NCDs**, zatem wszelkie działania profilaktyczne oraz promocji zdrowia powinny opierać się m.in. na tej strategii. Konieczne są zmiany legislacyjne, m.in. wprowadzenie powszechnego zakazu palenia w miejscach publicznych, zakazu sprzedaży wyrobów tytoniowych nieletnim, wyraźnego oznaczenia na produktach tytoniowych informacji o szkodliwości i konsekwencjach palenia, wzrost cen produktów tytoniowych (WHO, 2018b). Z kolei w raporcie dotyczącym narzędzi zmniejszających rozpowszechnienie palenia wśród młodych ludzi wskazuje się przede wszystkim na istotny związek między cenami papierosów a ryzykiem rozpoczęcia palenia (Stokłosa, Pogorzelski, & Balwicki, 2021).

Najważniejsze informacje w podejściu indywidualnym oraz populacyjnym w strategii zmniejszania częstości palenia papierosów zostały przedstawione w Tabeli III.1.3. Wiele zaleceń dotyczących podejścia populacyjnego w ograniczaniu palenia papierosów uzyskało najwyższą klasę rekomendacji (klasa I) oraz posiadają najwyższy poziom wiarygodności danych (poziom A lub B)¹³³ według Wytycznych ESC (ESC, 2016):

➤ **Zalecenia klasy I („jest zalecane”):**

Rządowe restrykcje i upoważnienia:

- *w celu zapobiegania paleniu tytoniu i promowania zaprzestania palenia zaleca się wprowadzenie zakazu palenia tytoniu w miejscach publicznych (poziom A);*
- *w celu ochrony ludzi przed paleniem biernym zaleca się wprowadzenie zakazu palenia tytoniu w miejscach publicznych, na zewnątrz wokół wejść publicznych, w miejscach pracy, restauracjach i barach (poziom A);*
- *zaleca się zakazanie sprzedaży produktów tytoniowych osobom nastoletnim (poziom A);*
- *zaleca się zakazanie automatów z produktami tytoniowymi (poziom A);*
- *zaleca się wprowadzenie ograniczenia reklam oraz wprowadzenia do obrotu i sprzedaży produktów tytoniowych przeznaczonych do zastosowania w formie innej niż palenie (poziom A);*
- *zaleca się całkowity zakaz reklamowania i promocji wyrobów tytoniowych (poziom B);*
- *zaleca się zmniejszenie zagęszczenia detalicznych punktów sprzedaży w obszarach mieszkalnych, szkołach i szpitalach (poziom B).*

Media i edukacja:

- *w celu udzielania porad dotyczących zaprzestania stosowania tytoniu i prowadzenia działań wspierających zaleca się uruchomienie odpowiednich linii telefonicznych i stron internetowych (poziom A);*
- *zaleca się przeprowadzanie kampanii medialnych i edukacyjnych jako części wieloelementowych strategii ukierunkowanych na zmniejszenie częstości palenia i zwiększenie odsetka osób zaprzestających palenia, redukcję zjawiska biernego palenia oraz zmniejszenie stosowania wyrobów tytoniowych do użycia w innej formie niż palenie (poziom A).*

Etykietowanie i edukacja:

- *zaleca się umieszczanie ostrzeżeń w formie obrazów i tekstu na opakowaniach papierosów (poziom B);*
- *zaleca się stosowanie jednolitych, zwykłych opakowań (poziom B).*

Zachęty ekonomiczne:

- *zaleca się wprowadzenie wyższych podatków i cen na wszystkie produkty tytoniowe (poziom A).*

Szkoły:

- *w celu ochrony przed biernym paleniem zaleca się wprowadzenie zakazu palenia tytoniu w szkołach, przedszkolach i żłobkach (poziom A).*

¹³³Zobacz przypis nr 116, 117 i 124

Miejsca pracy:

- w celu zmniejszenia biernego palenia i zwiększenia odsetka osób zaprzestających stosowania tytoniu zaleca się wprowadzenie zakazów palenia w miejscu pracy (poziom A);
- zaleca się politykę prozdrowotnych wyborów w miejscu pracy, obejmującą zaprzestanie palenia tytoniu/prewencję (poziom A).

Społeczność lokalna:

- zaleca się, aby pracownicy ochrony zdrowia, opiekunowie i personel szkół dawali dobry przykład poprzez niepalenie lub niestosowanie wyrobów tytoniowych w miejscu pracy (poziom A);
- zaleca się poradnictwo wśród kobiet w ciąży dotyczące niestosowania tytoniu w okresie ciąży (poziom A);
- zaleca się poradnictwo wśród rodziców, aby nie stosowali tytoniu w obecności dzieci (poziom A);
- zaleca się poradnictwo wśród rodziców, aby nigdy nie palili w samochodach i swoich domach (poziom A).

➤ **Zalecenia klasy IIa („należy rozważyć”):**

Rządowe restrykcje i upoważnienia:

- należy rozważyć ograniczenie reklamowania, wprowadzania do obrotu i sprzedaży elektronicznych papierosów (poziom A).

Szkoły:

- we wszystkich szkołach należy rozważyć promowanie i nauczanie zdrowego stylu życia, obejmującego życie bez tytoniu (poziom B).

Media i edukacja:

- należy rozważyć przeprowadzenie kampanii medialnych i edukacyjnych skoncentrowanych wyłącznie na ograniczeniu palenia, zwiększeniu odsetka osób zaprzestających stosowania tytoniu, zmniejszeniu palenia biernego i redukcję stosowanie wyrobów tytoniowych do użycia w innej formie niż palenie (poziom B).

Społeczność lokalna:

- należy rozważyć ograniczenia dotyczące palenia tytoniu w danym miejscu zamieszkania (poziom B).



Na podstawie badań wyróżniono następujące **grupy odbiorców, do których w pierwszej kolejności powinny być kierowane interwencje na rzecz promocji abstynencji od palenia papierosów, w tym w populacji wrocławskiej**¹³⁴:

- mężczyźni – wiele danych i badań wskazuje, że to mężczyźni palą częściej i więcej;
- kobiety – dane epidemiologiczne, szczególne te dotyczące chorób nowotworowych¹³⁵ wskazują na ogromną potrzebę działań na rzecz niepalenia przez kobiety;
- dzieci i młodzież – jako grupa najbardziej narażona na inicjację palenia z kontynuacją nałogu w dorosłym życiu.

¹³⁴Raport z badań „Z korzyścią dla zdrowia...op.cit., s. 62-73

¹³⁵Patrz: Cz. II, pkt. 2. Wybrane dane epidemiologiczne

Autorzy Wytycznych ESC (ESC, 2016, ss. 889-891) podkreślają, że najlepsze są strategie wieloelementowe.

WHO zaleca **wprowadzenie prawa sprzyjającego niepaleniu tytoniu**: ochronę przed dymem tytoniowym i zakazywanie palenia w miejscach publicznych, ostrzeganie przed niebezpieczeństwami związanymi z tytoniem, nakładanie podatków na wyroby tytoniowe i wprowadzanie zakazu ich reklamowania.

Zakazy reklamowania zmniejszają konsumpcję tytoniu, a kampanie w mass-mediatediach pozwalają ograniczyć stosowanie tytoniu przez nastolatków i zwiększają liczbę dorosłych zaprzestających palenia. Kampanie edukacyjne w mediach w szkołach powodują redukcję palenia tytoniu i promują jego zaprzestanie. Opakowania z rysunkami i słownymi ostrzeżeniami powodują wzrost świadomości dotyczącej niebezpieczeństwa palenia tytoniu.

Wyższe podatki zmniejszają konsumpcję tytoniu i stanowią zachętę do jej zaprzestania, zwłaszcza u młodych osób i w grupach o niskim statusie socjoekonomicznym.

Należy wprowadzić zakaz palenia w szkołach. Zakazy palenia w miejscu pracy zmniejszają narażenie na bierne palenie i zwiększają odsetek przypadków zaprzestania palenia. Należy ograniczyć zagęszczenie punktów sprzedaży tytoniu w okolicach miejsc zamieszkania, szpitali, szkół.

Telefoniczne lub internetowe wsparcie w zaprzestaniu palenia tytoniu zmniejsza jego stosowanie.

W **Narodowym Programie Zdrowia na lata 2021–2025** przedstawiono następujący wykaz zadań służących realizacji celu operacyjnego 2: Profilaktyka uzależnień¹³⁶:

UZAŁĘŻNIENIE OD TYTONIU (NIKOTYNY):

- 1) Ograniczanie dostępności fizycznej i ekonomicznej wyrobów tytoniowych i powiązanych.
- 2) Realizacja szkoleń personelu medycznego w zakresie leczenia uzależnienia od nikotyny oraz prowadzenie Telefonicznej Poradni Pomocy Palącym.
- 3) Ułatwianie wychodzenia z nałogu używania wyrobów tytoniowych, w tym nowatorskich wyrobów tytoniowych i elektronicznych papierosów przez zapewnienie dostępu do świadczeń specjalistycznych.
- 4) Prowadzenie współpracy międzynarodowej dotyczącej polityki ograniczania następstw zdrowotnych używania wyrobów tytoniowych, w tym nowatorskich wyrobów tytoniowych i elektronicznych papierosów oraz płynów do ponownego ich napełniania
- 5) Prowadzenie nadzoru nad zawartością składników w wyrobach tytoniowych, w tym nowatorskich wyrobach tytoniowych oraz płynach do ponownego ich napełniania.
- 6) Zapewnienie skutecznego przestrzegania przepisów obowiązującego prawa w zakresie polityki antynikotynowej.

¹³⁶<https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/download.xsp/WDU20210000642/O/D20210642.pdf>, s. 10-17



1.2. ZWIĘKSZENIE UCZESTNICTWA W PROGRAMACH PROFILAKTYKI ONKOLOGICZNEJ

W związku z faktem, iż nowotwory są drugą po chorobach układu krążenia grupą chorób, która generuje najwyższe wskaźniki zachorowań i zgonów w Polsce, w tym na Dolnym Śląsku¹³⁷, niezbędne jest podejmowanie stałych, cyklicznych i zintensyfikowanych działań na rzecz promocji zdrowia i profilaktyki onkologicznej. W celu podniesienia skuteczności podejmowanych interwencji antynowotworowych niezbędne jest uwzględnienie szeregu zmiennych o charakterze społeczno-demograficznym, strukturalnym oraz kulturowym.

PRZECIWDZIAŁANIE „RAKOFOBII” ORAZ PRZEKONANIOM FATALISTYCZNYM

Potrzeba neutralizacji negatywnej, traumatycznej symboliki „raka”

W badanej populacji wrocławian u co 10. ankietowanego słowo „rak” wywoływało przede wszystkim lęk. Obrazy kojarzone z chorobami nowotworowymi przybierały u większości badanych pesymistyczne, a nawet traumatyczne znaczenia. Właściwie niezmiennie na przestrzeni sześciu lat (2012-2018) „rak” utożsamiany jest przez ponad 50% respondentów ze śmiercią (57,42% / 55,55%), a także z cierpieniem i bólem oraz (choć w mniejszym zakresie) przewlekłą, trudną do wyleczenia chorobą i negatywnymi emocjami (Synowiec-Piłat, 2020, ss. 213-217, 427).

~~Choroba nowotworowa w świadomości społecznej jest synonimem cierpienia, bólu i śmierci.~~

W planowaniu i realizacji programów czy kampanii społecznych mających na celu przeciwdziałanie chorobom nowotworowym, niezbędne jest branie pod uwagę zagadnień związanych z symboliką „raka”, znaczeń przypisywanych tej grupie chorób oraz zwrócenie uwagi na najczęstsze obawy ludzi zdrowych dotyczące chorób nowotworowych.

¹³⁷Patrz: Cz. II, pkt. 2. Wybrane dane epidemiologiczne

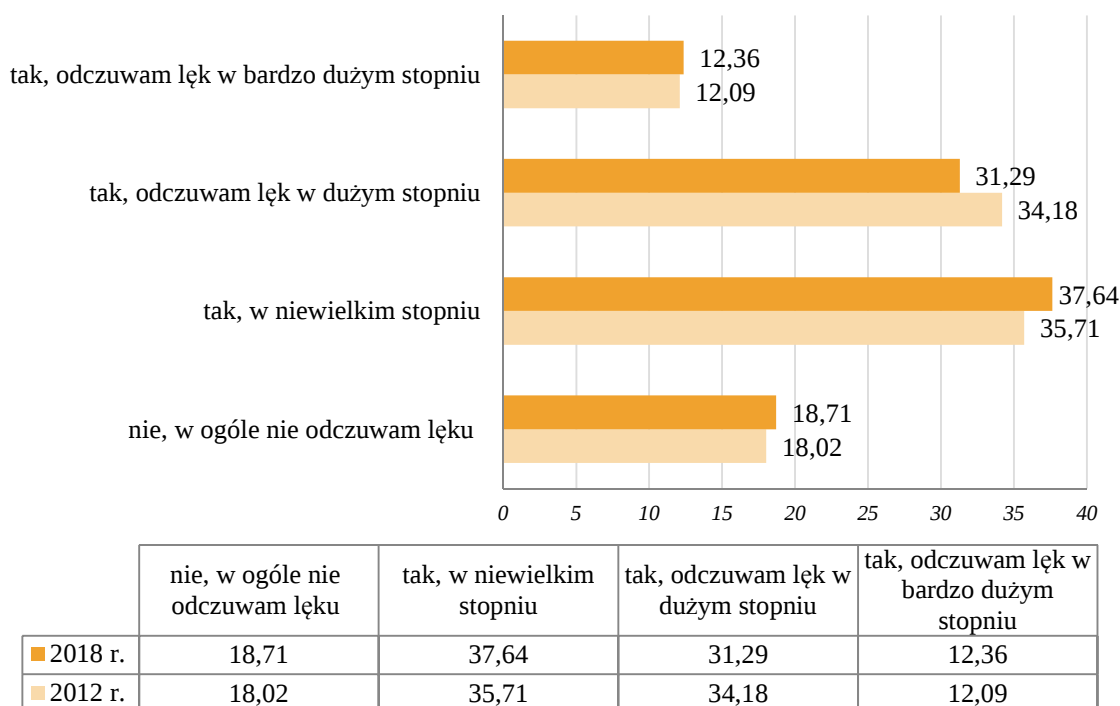


W podejmowanych działaniach antynowotworowych szczególnie istotną kwestią jest **unikanie negatywnych przekazów dotyczących fizycznych** (śmierci, cierpienia i bólu oraz zmian w ciele chorego) **i psychospołecznych** (stres, trauma, izolacja społeczna, „wypadanie” lub zmiana ról społecznych) **skutków „raka”, a zastąpienie ich wzmocnieniami pozytywnymi** (np. ukazującymi możliwości leczenia bólu, osiągnięcia w leczeniu i rehabilitacji, postępy w chirurgii rekonstrukcyjnej czy estetycznej, możliwości uzyskania wsparcia emocjonalnego, społecznego i instytucjonalnego, a także budującymi zaufanie do medycyny i personelu medycznego) (Synowiec-Piłat, 2020, s. 429).

Konieczność przeciwdziałania zjawisku „rakofobii”

W populacji wrocławian, na przestrzeni badanych sześciu lat (2012-2108) utrzymuje się trend odnośnie do wysokiego poziomu subiektywnego poczucia zagrożenia przed chorobami nowotworowymi (81,98%/81,29%) (Synowiec-Piłat, 2020, s. 218) – Wykres III.1.2.

Wykres III.1.2. Subiektywny/deklarowany poziom zagrożenia chorobami nowotworowymi. Porównanie danych w latach 2012 (% z n=910) i 2018 (% z n=898)



Źródło: badania własne (Synowiec-Piłat, 2020, s. 218)

Zjawisko utrzymującego się, wysokiego lęku przed chorobami nowotworowymi, potwierdzone badaniami naukowymi w USA i w Europie (Niederdeppe & Levy, 2007; Rabinowitz & Peirson, 2006; Reich, Gaudron, & Penel, 2009), w tym w Polsce (Jokiel, 1990; Synowiec-Piłat, 2020; Tobiasz-Adamczyk et al., 1999), określane jest mianem „rakofobii”. Pojęcia „rakofobii” (*cancerophobia*) nie należy mylić z fobią nowotworową (*cancerphobia*; *carcinophobia*).

„Rakofobia” (*cancerophobia*) jest rozpatrywana w literaturze przedmiotu jako zjawisko społeczno-kulturowe, biorąc pod uwagę powszechność jej występowania w społeczeństwie oraz ze względu na poważne konsekwencje zdrowotne, psychiczne i społeczne jakie ze sobą niesie (Synowiec-Piłat, 2020, s. 98-119).



Wysoki poziom lęku przed nowotworami wzmacnia przekonania fatalistyczne, a w konsekwencji przyczynia się do biernych postaw z zdrowiu i chorobie oraz hamuje zachowania prozdrowotne (związane ze stylem życia jednostek i społeczności, uczestnictwem w badaniach profilaktycznych, zgłaszalnością do lekarza w przypadku zaobserwowania niepokojących objawów oraz stosowaniem się do zaleceń lekarskich i kontynuowaniem leczenia w sytuacji diagnozy nowotworowej) (Synowiec-Piłat, 2020, ss. 98-119, 426-431). Dlatego też **niezbędna jest intensyfikacja działań na rzecz redukcji lęku przed rakiem.**



Na podstawie badań wyróżniono **GRUPY ODBIORCÓW, do których w pierwszej kolejności powinny być kierowane interwencje na rzecz redukcji subiektywnego poczucia lęku przed rakiem** (kategorie osób o wysokim poziomie lęku) – Rycina III.1.3. (Synowiec-Piłat, 2020, ss. 218-221, 427):

- ze względu na uwarunkowania społeczno-demograficzne: kobiety, osoby samotne i starsze;
- ze względu na uwarunkowania strukturalne: osoby oceniające swój status ekonomiczny jak zły oraz osoby pochodzące z rodzin o niższym statusie społecznym (niższe wykształcenie matki i ojca respondenta), co może świadczyć o wpływie socjalizacji na przekonania dotyczące nowotworów jako elementu świadomości zdrowotnej;
- ze względu na tzw. „rodzinną historię raka”: osoby, u których w rodzinie miały miejsce przypadki zachorowań na nowotwór oraz osoby, które mają doświadczenie w opiece nad osobą chorą na raka.

Istnieje nagląca **potrzeba podjęcia intensywnych interwencji społecznych na rzecz zmniejszenia poziomu „rakofobii” w całej badanej społeczności wrocławian, a zwłaszcza w tych kategoriach odbiorców, które odznaczają się szczególnie wysokim poziomem „rakofobii”** (Synowiec-Piłat 2020, s. 426).



Ze względu na istotne konsekwencje wysokiego poziomu lęku przed rakiem dla pacjentów (zarówno na etapie diagnozy, leczenia, jak i będących w remisji oraz wyleczonych, a obawiających się nawrotu choroby), a także ich najbliższych, istnieje potrzeba włączenia personelu medycznego w działania na rzecz zmniejszenia poziomu „rakofobii”.

Konieczność intensyfikacji działań na rzecz przeciwdziałania fatalizmowi nowotworowemu

Wysokiemu poziomowi lęku przed „rakiem” towarzyszą **przekonania fatalistyczne** na temat tej grupy chorób. **Fatalizm** to przekonanie, zgodnie z którym wydarzenia i/lub problemy zdrowotne, z którymi mamy do czynienia, są kontrolowane przez czynniki zewnętrzne, a zatem są poza kontrolą indywidualną (Beeken, Simon, von Wagner, Whitaker, & Wardle, 2011; Niederdeppe & Levy, 2007; Straughan, PT; Seow, 1998).



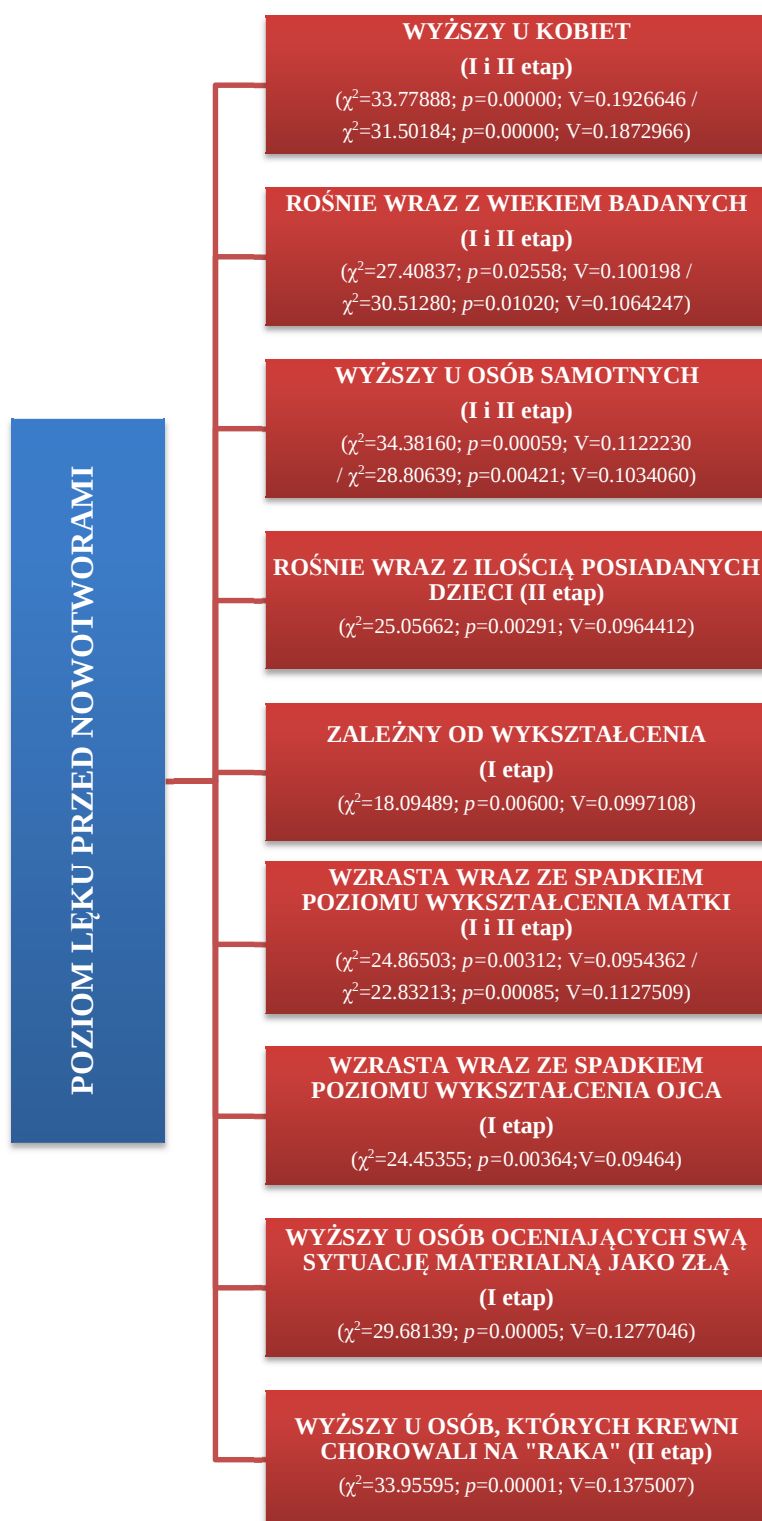
Przekonania fatalistyczne charakteryzują się **pesymizmem, bezsilnością i zagubieniem** odnośnie możliwości uniknięcia raka oraz poradzenia sobie z chorobą (Becker, 2006; Beeken et al., 2011; Freeman, 1991; Mayo, Ureda, & Parker, 2001; Straughan, PT; Seow, 1998; Underwood, 1992).

Przekonania fatalistyczne nie są budowane w odniesieniu do faktów oraz do własnego wkładu w daną sytuację i własnych możliwości kontroli oraz wpływu, a w związku z tym **ograniczają, demotywują jednostkę w jej postawach i zachowaniach prozdrowotnych** (Beeken et al., 2011; Lyratzopoulou et al., 2015; Synowiec-Piłat 2020)

Przekonania fatalistyczne ograniczają, blokują / negatywnie wpływają na aktywność zdrowotną jednostek (Synowiec-Piłat, 2020, ss. 119-140), a szczególności na:

- **podejmowanie zachowań prozdrowotnych, w tym prewencyjnych** (Chavez, L.R.; Hubbell, F.A.; Mishra, S.I.; Valdez, 1997; Lannin, D.R.; Mathews, H.F.; Mitchell, J.; Swanson, F.H.; Edwards, 1998; Powe & Finnie, 2003; Straughan, PT; Seow, 1998);
- **uczestnictwo w badaniach profilaktycznych, w tym – w badaniach przesiewowych** (Niederdeppe & Levy, 2007; Powe & Finnie, 2003; Straughan, PT; Seow, 1998; M Synowiec-Piłat, 2020; M Synowiec-Piłat & Pałęga, 2018);
- **zgłaszalność do lekarza w przypadku zaobserwowania niepokojących objawów** (Beeken et al., 2011; Chojnacka-Szawłowska, Kościelak, Karasiewicz, Majkowicz, & Kozaka, 2013; EEOC, 2018; Lyratzopoulos, Liu, Abel, Wardle, & Keating, 2015; Mayo et al., 2001; Powe, 2001; Rabinowitz & Peirson, 2006);
- **stosowanie się do zaleceń lekarskich i kontynuowanie leczenia** (Powe & Finnie, 2003);
- a w konsekwencji przekonania fatalistyczne **negatywnie wpływają na przeżywalność** (Grunfeld, Ramirez, Hunter, & Richards, 2002; Mayo et al., 2001; Steptoe & Wardle, 2001).

Rycina III.1.3. Uwarunkowania poziomu lęku przed chorobami nowotworowymi – zależność od zmiennych społeczno-demograficznych, społeczno-strukturalnych oraz „rodzinnej historii raka” (I/II etap badania)



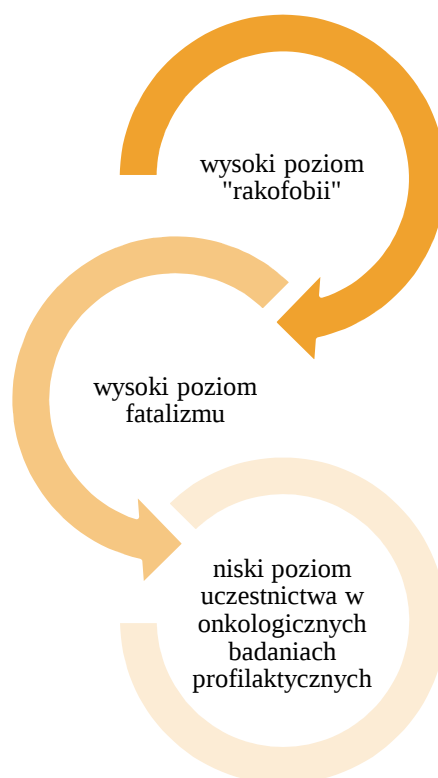
Wyniki testu χ^2 , p (p -value), V – wartość współczynnika korelacji V-Cramera

Opracowanie: badania własne (Synowiec-Piłat, 2020, s. 428)

Badania potwierdziły istnienie wysokiego i utrzymującego się na przestrzeni 6 lat (2012/2018) poziomu **przekonań fatalistycznych w populacji dorosłych wrocławian, które dotyczyły bardzo wielu obszarów związanych z chorobami nowotworowymi** (Synowiec-Piłat, 2020, ss. 225-276, 432-435) - przykładowo:

- „rak zawsze boli i wiąże się z cierpieniem” (70% / 67%);
- „nowotworu nie da się wyleczyć, zawsze kończy się śmiercią” (24.40% / 24.17%);
- „to, czy zachorujemy na raka zależy w znacznym stopniu od trybu życia i od naszego otoczenia” (68% / 61%), czyli **1/3 respondentów nie widzi zależności pomiędzy stylem życia a możliwością zachorowania na „raka”** (31,87% / 38,64; wzrost o 6,77 punktów procentowych);
- ¼ respondentów oceniała jako niskie kompetencje zawodowe onkologów w naszym kraju (wiedzę i umiejętności), a ponad 40% (43,19%/48,89%) negatywnie ocenia umiejętności interpersonalne onkologicznego personelu medycznego (spadek pozytywnych ocen o 5,70 punktów procentowych);
- połowa wrocławian (53,63% / 48,11%) negatywnie ocenia warunki leczenia w większości polskich szpitali onkologicznych; a większość nisko ocenia dostępność do onkologicznych usług medycznych: rehabilitacji onkologicznej (75,71% / 73,72%), onkologicznego leczenia szpitalnego (62,74% / 62,81%), lekarzy onkologów, przychodni onkologicznych (67,36% / 66,15%), onkologicznych badań profilaktycznych (59,67% / 58,8%).

Rycina III.1.4. Negatywny wpływ „rakofobii” i przekonań fatalistycznych na uczestnictwo w onkologicznych badaniach profilaktycznych



Źródło: opracowanie własne



Na podstawie badań wyróżniono **grupy odbiorców**, do których w pierwszej kolejności powinny być kierowane interwencje na rzecz redukcji fatalizmu nowotworowego (osoby o wysokim poziomie fatalizmu nowotworowego) (Synowiec-Piłat, 2020, s. 439-463):

- mężczyźni;
- osoby starsze;
- osoby niżej wykształcone;
- osoby mniej zamożne;
- osoby gorzej oceniające swoją sytuację ekonomiczną;



Interwencje na rzecz zmniejszenia poziomu „rakofobii” i fatalizmu nowotworowego powinny być **ukierunkowane nie tylko na populację dorosłych wrocławian, ale także na młodzież i dzieci** w wieku szkolnym, a nawet przedszkolnym.

Każdy z wymiarów przekonań fatalistycznych wymaga wnikliwej analizy i uwzględnienia zarówno na etapie planowania programów z zakresu profilaktyki onkologicznej i promocji zdrowia, jak i podczas ich realizacji i ewaluacji (Synowiec-Piłat 2020, s.434).



We wszystkich obszarach działania na rzecz zmniejszenia poziomu „rakofobii” i fatalizmu nowotworowego niezbędne są nie tylko **działania lokalne, ale jednocześnie także zmiany makrostrukturalne służące podniesieniu jakości i dostępności usług medycznych** (profilaktycznych, terapeutycznych i rehabilitacyjnych) **oraz ukierunkowane na budowanie instytucjonalnego systemu wsparcia społecznego**, w tym ekonomicznego dla chorych i ich rodzin (od momentu diagnozy poprzez proces leczenia i rehabilitacji, a także w okresie remisji i po wyleczeniu) (Synowiec-Piłat, 2020, s. 434).



Podkreśla się również potrzebę podejścia interdyscyplinarnego oraz współpracy międzysektorowej na rzecz zdrowia w tworzeniu i wdrażaniu programów przeciwdziałających „rakofobii” i fatalizmowi nowotworowemu.



Podejmowane interwencje antynowotworowe powinny mieć praktyczny charakter. Niezbędna jest zatem koncentracja działań z zakresu promocji zdrowia i profilaktyki onkologicznej na **kształtowaniu konkretnych umiejętności zdrowotnych oraz pozytywnych, prozdrowotnych przekonań i postaw.**



Realizowane w omawianym obszarze programy i kampanie nie powinny ograniczać się jedynie do działań mających na celu podnoszenie poziomu wiedzy, bowiem sama wiedza, nawet na wysokim poziomie, nie gwarantuje jeszcze pozytywnej zmiany zachowań zdrowotnych. Niezbędne jest zatem **wdrażanie w życie metod aktywizujących i upodmiotowiających, w połączeniu z realizacją idei międzysektorowości** (Synowiec-Piłat, 2020, s. 435).

PODNIOSZENIE POZIOMU WIEDZY W ZAKRESIE CHOROÓB NOWOTWOROWYCH

Wysoki poziom zachorowalności i umieralności na nowotwory ukazuje potrzebę intensyfikacji działań na rzecz podniesienia świadomości społeczeństwa na temat tej grupy chorób (Bojar et al., 2011; Pasławska, 2014; Tobiasz-Adamczyk et al., 1999). Skuteczne realizowanie celów w ramach profilaktyki pierwotnej i wtórnej zależy jest w określonym zakresie od wiedzy poszczególnych grup społecznych na temat zarówno czynników ryzyka i symptomów „raka”, jak i rodzajów onkologicznych badań profilaktycznych/diagnostycznych. Wiedza ta stanowi potencjał, dzięki któremu jednostka może odpowiednio wcześniej podjąć działania prewencyjne i terapeutyczne w przypadku diagnozy. **Działania podejmowane w ramach edukacji onkologicznej powinny odznaczać się cyklicznością i adekwatnością do potrzeb i możliwości poznawczych odbiorców.**

Szczególnie istotne jest nie tylko poznanie deficytów wiedzy na temat chorób nowotworowych, ale również społeczno-demograficznych, strukturalnych i kulturowych uwarunkowań poziomu tejże wiedzy, a więc jak najbardziej **precyzyjne zidentyfikowanie grup odbiorców interwencji edukacyjnych.**

Analiza badań socjologicznych, prowadzonych w latach 2012 / 2018 na populacji dorosłych, zdrowych (bez diagnozy nowotworowej) wrocławian (n= 910 / 898) ukazała potrzebę podejmowania stałych interwencji na rzecz podnoszenia poziomu wiedzy społeczności wrocławian na temat chorób nowotworowych (Synowiec-Piłat, 2020, ss. 276-341, 412-426) oraz pozwala na **określenie kierunków działań (treści programowych) oraz grup docelowych, do których w pierwszej kolejności działania te powinny być kierowane.**

Podnoszenie poziomu wiedzy na temat etiologii chorób nowotworowych

Potwierdzono niski i zmniejszający się ogólny poziom wiedzy na ten temat (niski poziom wiedzy u 1/3 ankietowanych w 2012 r. i ponad 50% w 2018 r.) (Synowiec-Piłat, 2020, s. 280-291).



W programach edukacyjnych powinny znaleźć się treści podnoszące poziom wiedzy na temat:

- ❖ **czynników rakotwórczych, zwłaszcza fizycznych i chemicznych** (wiedzą na ich temat dysponuje zaledwie odpowiednio w 2012/2018 r.: 21,05% / 19,00% oraz 8,68% / 9,71% ankietowanych), ale także **biologicznych** (2/3 badanych odznacza się brakiem wiedzy na temat uwarunkowań genetycznych, a ponad 95% nic nie wie na temat onkogennych wirusów, co szczególnie niepokoi ze względu na wysoką zachorowalność na raka szyjki macicy oraz raka wątroby).
- ❖ **czynników ryzyka zachorowania na nowotwory:**
 - **potrzeba aktywizowania jednostek i społeczności w działania na rzecz ochrony środowiska naturalnego** (średnio zaledwie co szósty badany wymienił skażenie środowiska naturalnego jako czynnik ryzyka „raka”);

- **potrzeba aktywizowania jednostek i społeczności w działania na rzecz prozdrowotnej modyfikacji behawioralnych czynników ryzyka chorób nowotworowych.**



Uwaga edukatorów i promotorów zdrowia powinna się koncentrować na **kształtowaniu wiedzy na temat szkodliwości następujących, związanych ze stylem życia, czynników ryzyka** (w kolejności od najmniej znanych respondentom):

- **otyłość** (wymieniło ten czynnik zaledwie 1,22% / 2,47%),
- **mała aktywność fizyczna** (wiedzą na ten temat dysponowało zaledwie 4,89% / 5,16% ankietowanych),
- **czynniki zawodowe, praca w szkodliwych warunkach** (czynnik wymieniony przez 5,38% / 2,68%),
- **długotrwały, silny stres** (wiedzą na ten temat dysponował średnio co ósmy ankietowany),
- **nadmierna ekspozycja na promieniowanie UV** (podaje ten czynnik średnio co 10. respondent),
- **nadużywanie alkoholu** (brak wiedzy u co piątego respondenta w 2012 r. i co trzeciego w 2018 r.),
- **niezdrowa dieta, niewłaściwe nawyki żywieniowe** (nie wymieniło tego czynnika około 2/3 badanych);
- **palenie tytoniu** (brak wiedzy u około 1/3 respondentów).

Dodatkowo warto też zwrócić uwagę, że zaledwie 3,54% / 5,16% wrocławian wymieniło **nieuczestniczenie w badaniach profilaktycznych** jako czynnik ryzyka „raka”.

Podnoszenie poziomu wiedzy na temat onkologicznych badań profilaktycznych

Wiedza na ten temat jest nie tylko zbyt mała, ale na przestrzeni sześciu badanych lat (2012-2018) odnotowano również jej spadek. Liczba badanych odznaczających się niedostateczną wiedzą na ten temat zwiększyła się 1,5 raza (z 39,12% do 62,92%) (Synowiec-Piłat, 2020, s. 291-315).



W programach edukacyjnych powinny znaleźć się treści podnoszące poziom wiedzy na temat:

- ❖ **metod profilaktyki nowotworów męskich**, dotyczących prostaty (ogólną wiedzę na ten temat miał średnio co 10. ankietowany) oraz badania jąder (tę metodę znał znikomy odsetek respondentów – 0,74% / 3,47%);
- ❖ **metod profilaktyki nowotworów kobiecych**: respondenci w największym zakresie znają metody diagnostyczne dotyczące raka piersi (64,75% / 59,72%, ale spadek o 5 punktów procentowych) oraz raka szyjki macicy (nieco ponad 1/3 ankietowanych).

Warto jednak zwrócić uwagę, że o ile dobrze rozpoznawalnymi metodami są mammografia (55,04% / 45,93%; spadek o 9,11 punktów procentowych [p.p.] i cytologia (38,23% / 39,58%; wzrost o 1,35 p.p.), o tyle znikomą wiedzę na ten temat odnotowano odnośnie USG piersi (2,49% / 7,87%; minimalny wzrost o 1,35 p.p.) oraz USG dopochwowego (0,25% / 0,46%).

Warto zwrócić uwagę, że **takie metody, jak badanie ginekologiczne (0,87%/-), badanie palpacyjne piersi (4,35% / 3,01%) i jąder przez lekarza (0,74% / 3,24%) oraz badanie per rectum (4,85% / 9,50%) są identyfikowane jako metody profilaktyki „raka” przez znikomy odsetek wrocławian.**

W programach edukacyjnych, które powinny być kierowane nie tylko do dorosłych, ale także do młodzieży jeszcze przed inicjacją seksualną (11-12 lat) oraz po rozpoczęciu współżycia seksualnego powinny znaleźć się treści dotyczące możliwości zapobiegania nowotworom męskim i żeńskim oraz znaczenia regularnych wizyt kontrolnych u ginekologa/urologa.

- ❖ **metod diagnostyki raka skóry oraz raka jelita grubego, a także uwrażliwiającej na zasadność wykonywania testów genetycznych** w przypadku istnienia obciążenia rodzinnego chorobą nowotworową (wiedzą na ten temat dysponuje odpowiednio: 2,99% / 3%; 13,44% / 31,02%; 0,87% / 0,69% ankietowanych).

Podnoszenie poziomu wiedzy na temat najczęstszych objawów nowotworów

W przeciągu 6 badanych lat (2012-2018) odnotowano ponad dwukrotny wzrost odsetka dorosłych wrocławian odznaczających się niskim poziomem wiedzy na ten temat (31,64% / 73,16% - wzrost o 41,52 p.p.). Średni i wysoki poziom wiedzy spadł natomiast 2,5-krotnie. Trzeba natomiast pamiętać, że rozpoznanie choroby we wczesnych stadiach jej klinicznego rozwoju oraz szybkie zgłoszenie się do specjalisty znacznie zwiększa prawdopodobieństwo wyleczenia (Synowiec-Piłat, 2020, s. 315-330).



W programach edukacyjnych powinny znaleźć się treści podnoszące poziom wiedzy na temat:

- ❖ **identyfikacji bólu jako symptomu choroby nowotworowej:** wiedza na ten temat jest wprawdzie znaczna (64,98% / 53,08%, zmniejszenie odsetka o 11,90 p.p.), jednakże promotorzy i edukatorzy powinni zwrócić uwagę, że nadmierna koncentracja na zagadnieniu bólu towarzyszącemu nowotworom może potęgować zjawisko „rakofobii”, a w rezultacie skutkować biernością w zachowaniach prozdrowotnych (uruchomienie mechanizmów obronnych);
- ❖ **symptomów raka skóry:** odnotowano spadek o 15 p.p. poziomu wiedzy na temat takich objawów, jak zmiany na skórze czy błonach śluzowych (z 34,08% do 19,52%). W przypadku interwencji prozdrowotnych niezbędne jest uwzględnienie ich społeczno-kulturowego kontekstu. Warto zwrócić uwagę na symbolikę towarzyszącą „rakowi” skóry (przekonanie o atrakcyjności opalonego ciała zachęca do długiego przebywania na słońcu oraz korzystania z solarium);
- ❖ **wyczuwalnych guzów w różnych częściach ciała:** zaledwie 1/3 respondentów (36,20% / 30,82%, spadek o 5,38 p.p.) wymienia jako potencjalny symptom choroby nowotworowej wyczuwalne guzy w różnych częściach ciała;
- ❖ **objawów nowotworów męskich (potrzeba zdecydowanej intensyfikacji działań):** brak wiedzy wrocławian (brak wskazań) na temat objawów związanych z rakiem

prostaty (ból miednicy, częstomocz, słaby, przerywany strumień moczu oraz ból podczas mikcji) oraz rakiem jąder (bezbolesne powiększenie jądra, wyczuwalne guzy, zmiany na skórze, ból w podbrzuszu, przewlekłe ból kręgosłupa i ból w pachwinach);

- ❖ **powiększonych węzłów chłonnych:** syndrom wymieniony przez 6% / 5,5% wrocławian;
- ❖ **objawów nowotworów kobiecych** (potrzeba kontynuacji interwencji prozdrowotnych): w przypadku raka piersi zaledwie 3,71% / 0,68% wymieniło guzek w piersi jako objaw „raka”; respondenci nie wymieniali natomiast innych symptomów raka piersi, jak np. wciągnięta lub owrzodzona brodawka sutkowa. Ponadto, nie wymieniany był przez wrocławian taki symptom, jak nieprawidłowe krwawienie z dróg rodnych (odpowiedzi takiej udzieliło zaledwie 0,53% / 0% respondentów), które może wskazywać na raka pochwy, szyjki lub trzonu macicy oraz jajnika. Nie wymieniano również innych objawów raka szyjki macicy (krwiste upławy, ból podbrzusza i krzyża oraz bolesne oddawanie moczu) i jajnika (dyskomfort w podbrzuszu oraz powiększenie brzucha);
- ❖ **zmian w wypróżnianiu się** (ten objaw wymieniło 4,77% / 13,69% badanych) lub **pojawienia się krwi w stolcu** (objaw znany przez 4,64% / 6,84% ankietowanych), a w szczególności: świeża krew w stolcu lub stolec czarny, stolec cienki (ołówkowaty), naprzemienne zaparcia i biegunki, wzdęcia, śluz w stolcu. Symptomy te mogą świadczyć o guzie nowotworowym zlokalizowanym w układzie pokarmowym, głównie o nowotworze jelita grubego i odbytnicy;
- ❖ **krwiomoczu** występującego bez objawów zapalenia dróg moczowych (objaw wymieniany przez 1,45% / 2,39%) oraz **dyzurii** (parcie na mocz, trudności w oddawaniu moczu) (wskazany przez 0% / 1,36%), które mogą towarzyszyć nowotworom układu moczowego.

W przypadku nowotworów kobiecych, a zwłaszcza męskich **niezbędna jest zmiana stosowanych dotychczas narzędzi wpływu na bardziej aktywizujące i upodmiotowiające.**

Należy też **uwzględnić, że nowotwory kobiece** (rak piersi i szyjki macicy) **i męskie** (rak jąder, prostaty), **to nowotwory postrzegane przez ludzi jako jedne z najbardziej „wstydliwych”** (dotyczą sfery intymnych ciała), co uruchamia mechanizmy obronne i przyczynia się do niskiej świadomości na temat zarówno ich istnienia, jak i możliwości wyleczenia, zwłaszcza w przypadku mężczyzn, a także do bierności w podejmowaniu zachowań prozdrowotnych (Synowiec-Piłat 2020).

W programach edukacyjnych należy zwrócić szczególną uwagę na towarzyszącą chorobom nowotworowym symbolikę, **eliminację przekazów mogących inicjować lub wzmacniać przekonania o naznaczającym charakterze objawów chorób** oraz **eksponowanie pozytywnego znaczenia wczesnego rozpoznawania symptomów i rozpoczęcia terapii w walce z chorobą nowotworową.**

Podnoszenie poziomu wiedzy na temat metod leczenia nowotworów

Na przestrzeni 6 badanych lat (2012-2018) odsetek osób, które nie dysponowały w ogóle wiedzą na ten temat wzrósł o 25,17 p.p., co należy uznać za bardzo niepokojące zjawisko. Najbardziej znanymi wrocławianom są najczęściej stosowane metody terapii onkologicznej: chemioterapia (wyróżniona przez 95,21% / 96% respondentów), radioterapia (66,75% / 54,10%) oraz leczenie chirurgiczne (55,38% / 59,21%). Niewielką wiedzę dysponują oni natomiast odnośnie metod wspomagających leczenie onkologiczne - terapii bólu (wskazana zaledwie przez 0,36% / 0% wrocławian) oraz psychoterapii (wskazywana przez 0,36% / 0,33% badanych), a także diety przeciwrakowej (znanej przez 0,84% / 1,00% badanych), które mogą pozytywnie wpłynąć na jakość życia chorych (Synowiec-Piłat, 2020, ss. 330-341).



W programach edukacyjnych szczególną uwagę należy zwrócić na:

- ❖ działania zmierzające do **zmniejszenia poziomu lęku przed stosowaniem konwencjonalnych metod leczenia „raka”** (operacji chirurgicznych, radio- i chemioterapii) oraz **obalanie stereotypów dotyczących negatywnych skutków ubocznych ich oddziaływania**;
- ❖ **potrzebę wdrażania i skuteczność psychoterapii** w łagodzeniu cierpień i rozwiązywaniu problemów chorych na „raka” oraz ich najbliższych;
- ❖ **konieczność i skuteczność stosowania leczenia bólu** w terapii onkologicznej;
- ❖ **pozytywne oddziaływanie wybranych alternatywnych metod wspomagania leczenia „raka”**, takich jak dietoterapia, ale z podkreśleniem ich stosowania za zgodą i pod kontrolą lekarza.

Inwazyjny charakter terapii onkologicznych, skutki leczenia onkologicznego, bardzo obciążające organizm chorego, ale także powodujące niekorzystne skutki psychospołeczne, przekładają się na **negatywny odbiór społeczny chemioterapii, radioterapii i leczenia chirurgicznego**. Uwidacznia to konieczność stałego edukowania społeczności w tym zakresie, zwłaszcza w kontekście istnienia „rakofobii” i przekonań fatalistycznych blokujących działania prozdrowotne, w tym zgłaszalność do lekarza, wyrażenie zgody na leczenie oraz stosowanie się do zaleceń lekarskich. Dlatego też **kształtowanie wiedzy na temat możliwości łagodzenia cierpienia i bólu pacjentów powinno być stałym elementem programów edukacyjnych dotyczących raka** (Synowiec-Piłat, 2020, s. 421).

Wyniki prezentowanych badań wskazują jednoznacznie, że **odbiorcami tworzonych i realizowanych w tym zakresie programów prozdrowotnych powinni być zdrowi, dorośli wrocławianie**. Jednocześnie jednak **wskazane jest kierowanie tego rodzaju inicjatyw do młodzieży oraz dzieci w wieku szkolnym, a nawet przedszkolnym**. Oczywiście programy te powinny być dostosowane do możliwości intelektualnych oraz rozwoju emocjonalnego dzieci z poszczególnych grup wiekowych (Synowiec-Piłat 2020, s. 425).



Grupy odbiorców, do których w pierwszej kolejności powinny być kierowane działania edukacyjne mające na celu podniesienie poziomu wiedzy na temat nowotworów (osoby o niskiej wiedzy medycznej w tym zakresie¹³⁸ (Synowiec-Piłat, 2019, 2020, ss. 412-413) (Rycina III.1.5.):

- ze względu na zmienne społeczno-demograficzne: mężczyźni, osoby rozwiedzione lub owdowiałe oraz starsze;
- ze względu na zmienne społeczno-strukturalne: osoby niżej wykształcone, charakteryzujące się gorszą sytuacją materialną oraz gorzej oceniające swoją pozycję ekonomiczną;
- ze względu na tzw. „rodzinną historię raka”: osoby, u których w rodzinie nie było przypadków zachorowań na raka oraz nie posiadające doświadczeń w opiece nad chorym na nowotwór (tendencja do postrzegania braku „rodzinnej historii raka”, jako uspokajającej ochrony przed tą chorobą (Lindenmeyer, Griffiths, & Hodson, 2011));
- ze względu na poziom „rakofobii”: osoby o wysokim poziomie lęku przed rakiem.

Wskazuje to na potrzebę stałego podejmowania interwencji ukierunkowanych na walkę z nierównościami społecznymi w obszarze zdrowia oraz na obniżenie poziomu „rakofobii”.



Poziom wiedzy wrocławian na temat „raka” jest również zależny od różnych wymiarów przekonań zdrowotnych. Poziom tejże wiedzy wrocławian obniża się wraz ze (Synowiec-Piłat, 2020, s. 413) (Rycina III.1.6.):

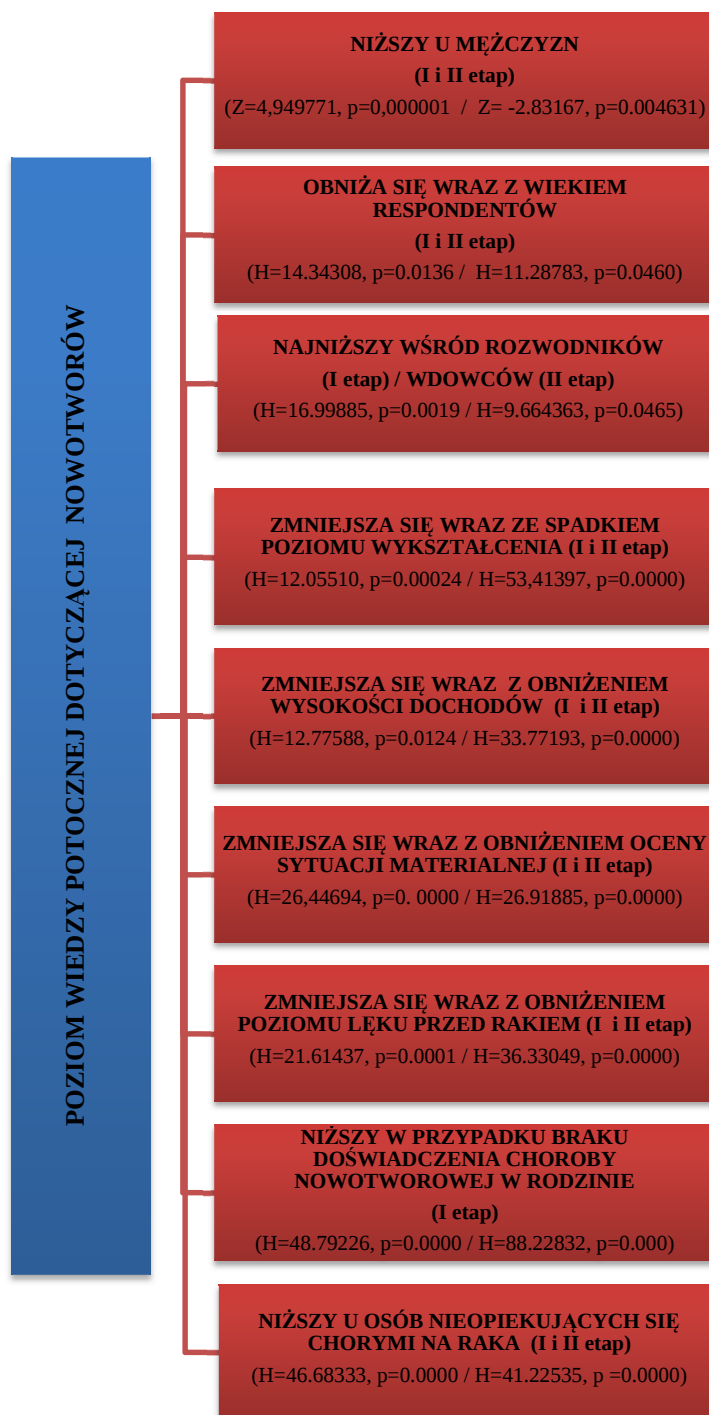
- wzrostem przekonań fatalistycznych dotyczących funkcjonowania chorych na nowotwory (2012 r. i 2018 r.) oraz etiologii i leczenia „raka” (2012 r. i 2018 r.) (zależności ujemne)

oraz

- wraz z obniżeniem się (zależności dodatnie): poziomu otwartości na komunikację z chorymi (2012 r. i 2018 r.); oceny dostępu do onkologicznych usług medycznych (2012 r.) i oceny kompetencji onkologicznego personelu medycznego (2012 r.).

¹³⁸Synowiec-Piłat M., Raport z badań przeprowadzonych w ramach projektu naukowego „Poziom wiedzy dotyczącej chorób nowotworowych wśród populacji wrocławian oraz jej społeczno-kulturowe uwarunkowania, Wrocław 2019, Fundacja Kreatywnie dla Zdrowia; Projekt finansowany ze środków Urzędu Miasta Wrocławia (umowa nr D/WZD/19A/31/2019)

Rycina III.1.5. Uwarunkowania poziomu wiedzy wrocławian na temat chorób nowotworowych – zależność od zmiennych społeczno-demograficznych, społeczno-strukturalnych, poziomu „rakofobii” oraz „rodzinnej historii raka” (2012/2018)



Z – wartość testu U Manna-Whitneya; p (p– value); H – wartość statystyki testowej dla testu ANOVA rang Kruskala-Wallisa; p (p– value)

Źródło: badania własne (Synowiec-Piłat, 2020, s. 414)

Rycina III.1.6. Zależność poziomu wiedzy na temat „raka” od przekonań zdrowotnych dotyczących chorób nowotworowych (2012/2018)



Źródło: badania własne (Synowiec-Piłat, 2020, s. 415)

Warto zatem zauważyć, że wzrost fatalizmu w przypadku 5. wymiarów badanych przekonań, jest istotnie związany z obniżeniem poziomu wiedzy na temat „raka”. Wskazuje to jednoznacznie na **potrzebę ukierunkowania działań edukatorów i promotorów zdrowia na walkę z utrwalonym i wzajemnie wzmacniającym się w świadomości respondentów fatalizmem we wskazanych obszarach dotyczących chorób nowotworowych** (Synowiec-Piłat, 2020, s. 425).

W związku z tym, że nawet wysoki poziom wiedzy nie jest gwarantem przestrzegania zasad zdrowego stylu życia, **niezbędne jest podejmowanie działań mających na celu wspieranie i rozwijanie podmiotowości jednostek i grup społecznych, postawy brania odpowiedzialności za zdrowie** swoje oraz społeczności, w której te jednostki funkcjonują. Należy odchodzić od programów edukacyjnych ograniczających się jedynie do biernego uczestnictwa odbiorców.

Bardzo ważne jest dostosowanie edukacyjnych interwencji antynowotworowych do poszczególnych grup odbiorców, ze względu na uwarunkowania społeczno-demograficzne, strukturalne, „rodzinną historię raka” oraz poziom lęku przed „rakiem”.

Warto też pamiętać, że **wiedza potoczna dotycząca „raka”** splata się w świadomości poszczególnych zbiorowości zarówno z elementami wiedzy naukowej, jak też z różnymi wymiarami przekonań fatalistycznych dotyczących tej grupy chorób.

Fatalizm nowotworowy wpływa zaś na jednostki demotywujuco, jeżeli chodzi o zdobywanie wiedzy na temat tej grupy chorób.

Co więcej, **niski poziom wiedzy na temat „raka” wpływa na zwiększenie bierności w realizacji zachowań prozdrowotnych, w tym na uczestnictwo w badaniach profilaktycznych**, co potwierdzono również w niniejszych badaniach na populacji wrocławian.

UPOWSZECHNIENIE PROFILAKTYKI ONKOLOGICZNEJ

Potrzeba wzmacniania przekonania o znaczeniu profilaktyki onkologicznej w przeciwdziałaniu chorobom nowotworowym



Jak pokazały badania, **istnieje potrzeba wzmacniania wśród wrocławian przekonania o pozytywnym znaczeniu profilaktyki w przeciwdziałaniu chorobom nowotworowym**, bowiem pomimo prowadzonych od lat programów edukacyjnych i kampanii społecznych na ten temat¹³⁹:

- 11% respondentów nadal jest przeciwna wykonywaniu badań profilaktycznych;
- 35% respondentów jest zdania, że należy je wykonywać tylko w sytuacji, gdy są jakieś niepokojące objawy.

Jest to tym bardziej istotne, zważywszy na niską wiedzę wrocławian na temat objawów chorób nowotworowych – patrz wyżej.



Grupy odbiorców, do których w pierwszej kolejności powinny być kierowane działania tego rodzaju: osoby o niższym poziomie wykształcenia oraz o niższych dochodach¹⁴⁰.

Konieczność intensyfikacji działań na rzecz zwiększenia zgłaszalności na onkologiczne badania profilaktyczne

Badania prowadzone na przestrzeni 6 lat (2012-2018) ukazały jednoznacznie, że większość dorosłych wrocławian (62,86% / 68,37%) nie poddaje się badaniom profilaktycznym pod kątem chorób nowotworowych. Ponadto, odsetek osób niebadających się wzrósł o 5,51 punktów procentowych (Synowiec-Piłat, 2020, ss. 395-11, 463-466).



Wskazuje to na **potrzebę stałego i cyklicznego realizowania programów motywujących jednostki lub poszczególne grupy społeczne do poddawania się onkologicznym badaniom profilaktycznym**. Za postulatem tym przemawia dodatkowo fakt, że podjęcie samodzielnej inicjatywy w zgłoszeniu się na badania profilaktyczne, bez

¹³⁹Patrz: Cz. II, pkt. 4. Diagnoza stylu życia wrocławian - zachowania, postawy i przekonania zdrowotne

¹⁴⁰Patrz: Cz. II, pkt. 4. Diagnoza stylu życia wrocławian... op.cit.

doświadczania niepokojących objawów, było udziałem zaledwie 19,12% / 12,48% badanych, przy czym zaobserwowano zmniejszenie tego rodzaju zachowań o 6,64 punktów procentowych na przestrzeni sześciu badanych lat (Synowiec-Piłat, 2020, s. 463).



Grupy odbiorców, do których w pierwszej kolejności powinny być kierowane działania (częściej nie wykonujący badań) - **ze względu na zmienne społeczno-demograficzne i strukturalne**¹⁴¹ (Synowiec-Piłat, 2020, s. 405):

- mężczyźni,
- osoby niezamężne (panny/kawalerowie i żyjący w konkubinacie),
- osoby młodsze – do 45. r.ż.,
- osoby z niższym wykształceniem,
- o niższym wykształceniu i dochodach.

Głównym celem decydentów zdrowia publicznego oraz promotorów zdrowia powinna stać się **intensyfikacja działań na rzecz wyrównywania różnic w zdrowiu** (zgodnie z ideą „zdrowia dla wszystkich”) (Synowiec-Piłat, 2020, s. 464).



Grupy odbiorców, do których w pierwszej kolejności powinny być kierowane działania (częściej nie wykonujący badań) **ze względu na „rodzinną historię raka”**¹⁴² (Synowiec-Piłat, 2020, s. 405), to osoby, które nie doświadczyły choroby nowotworowej w rodzinie oraz osoby, które nie opiekowały się osobą chorą na raka.

Istotnym elementem działań na rzecz upowszechnienia profilaktyki onkologicznej powinny stać się wszelkiego rodzaju **inicjatywy na rzecz osławiania społeczeństwa z chorobą nowotworową**, poprzez chociażby krzewienie idei wolontariatu na oddziałach onkologicznych czy w hospicjach, a także działalność w organizacjach pozarządowych wspierających chorych na nowotwory (Synowiec-Piłat, 2020, s. 464).



Grupy odbiorców, do których w pierwszej kolejności powinny być kierowane działania (częściej nie wykonujący badań) - **ze względu na uwarunkowania kulturowe (poziom „rakofobii” i fatalizmu nowotworowego)**¹⁴³ (Synowiec-Piłat, 2020, s. 411):

- osoby odczuwające wysoki poziom lęku przed rakiem,
- osoby odznaczające się wysokim poziomem fatalizmu nowotworowego odnośnie: funkcjonowania chorych na raka, etiologii i leczenia raka;
- osoby odznaczające się niskim poziomem otwartości na komunikację z chorymi na nowotwór,
- osoby nisko oceniające jakość i dostępność do onkologicznych usług medycznych,
- osoby nisko oceniające kompetencje personelu medycznego,
- osoby o niskim poziomie wiedzy na temat chorób nowotworowych.

¹⁴¹Patrz: Cz. II, pkt. 4. Diagnoza stylu życia wrocławianop.cit.

¹⁴²Patrz: Cz. II, pkt. 4. Diagnoza stylu życia wrocławianop.cit.

¹⁴³Patrz: Cz. II, pkt. 4. Diagnoza stylu życia wrocławianop.cit

Działając na rzecz poprawy zgłaszalności na onkologiczne badania profilaktyczne, powinniśmy koncentrować uwagę na **minimalizowaniu lęku przed „rakiem” oraz eliminacji fatalizmu nowotworowego**. Niezbędne jest również **stałe podnoszenie poziomu wiedzy na temat chorób nowotworowych**, niski jej poziom sprzyja bowiem bierności w zachowaniach profilaktycznych.

Onkologiczne badania profilaktyczne dotyczące całej populacji wrocławian

W przypadku onkologicznych badań profilaktycznych dotyczących CAŁEJ POPULACJI wrocławian szczególną uwagę zwrócić należy na:

❖ **Zwiększenie zgłaszalności na wizyty u dermatologa (kontrola znamion i pieprzyków)**¹⁴⁴:

Zgodnie z zaleceniami, regularnie, czyli minimum raz do roku, do dermatologa chodzi zaledwie 15% wrocławian. Aż 59% w ogóle nie chodzi na wizyty kontrolne skóry. Jest to bardzo niekorzystny wynik, szczególnie ze względu na coroczny wzrost zachorowalności na czerniaka o 3-7% w skali świata, zaś w Polsce o 2,60% dla mężczyzn i 4,40% dla kobiet (Krajowy Rejestr Nowotworów, 2018b). Częstość występowania raka skóry gwałtownie rośnie w wielu krajach rozwiniętych (Michielutte, Dignan, Sharp, Boxley, & Wells, 1996). W Polsce każdego roku na czerniaka zapada 3,5 tys. osób, przy czym około 40% wszystkich przypadków tego nowotworu wykrywają lekarze rodzinni (Paculanka, 2017). Niestety, blisko połowa chorych umiera, ponieważ zbyt późno zgłosili się po specjalistyczną pomoc. Natomiast wczesne rozpoznanie i poddanie się leczeniu, daje bardzo duże szanse na wyleczenie.

Ze względu na bardzo niski wskaźnik zgłaszalności na badania dermatologiczne wśród wrocławian, profilaktyka raka skóry powinna stać się jednym z wiodących tematów promocji zdrowia na Dolnym Śląsku. Warto zauważyć i wziąć pod uwagę w działaniach promujących zdrowie i motywujących do poddawania się badaniom dermatologicznym, że **zmiany skórne to jedna z chorób społecznie piętnowanych** (negatywne reakcje społeczne na zmiany skórne przez otoczenie społeczne, a w przypadku chorujących – strach przed odrzuceniem; ale również problem z akceptacją swojego ciała, a także lęk przed śmiercią w przypadku podejrzenia raka). Widoczne objawy zmian skórnych czy raka skóry traktowane są w naszej kulturze jako „odpychające”, „niemiłe dla oka” etc. i z tego względu trudne do zaakceptowania lub podchodzimy do tej choroby z lękiem ze względu na podejrzaną możliwość zarażenia się (Synowiec-Piłat, 2020).



Grupy odbiorców, do których w pierwszej kolejności powinny być kierowane działania (częściej nie wykonujący badań)¹⁴⁵:

- mężczyźni,

¹⁴⁴Patrz Cz. II. 4. Diagnoza stylu życia wrocławianop.cit. (Udział w profilaktyce onkologicznej dotyczącej całej populacji) oraz Raport z badań „Z korzyścią dla zdrowia...op.cit., s. 77, 80

¹⁴⁵Zależności istotne statystycznie - patrz Cz. II. 4. Diagnoza stylu życia wrocławianop.cit. (Tabela. II.4.3.)
Uwaga: badania niepublikowane - własność intelektualna Fundacji Kreatywnie dla Zdrowia

- osoby niżej wykształcone (wykształcenie podstawowe / zawodowe),
- pochodzące z rodzin o niższej pozycji społecznej (niższe wykształcenie matki i ojca).

❖ **Upowszechnienie kolonoskopii**¹⁴⁶:

W badaniu z 2018 r. potwierdzono, że aż 75% wrocławian ogółem nigdy nie miało wykonanej kolonoskopii, w tym 65% osób w grupie wieku >55 lat. Kolonoskopia uważana jest za najskuteczniejszą metodę diagnostyczną w przypadku raka jelita grubego (Kazana & Zdolińska, 2006). W Polsce, w ramach Programu Badań Przesiewowych, od 2000 roku wykonywana jest bezpłatna profilaktyczna kolonoskopia, wśród osób w wieku 55-64 lata (Kazana & Zdolińska, 2006; Polska Unia Onkologii, 2018a). Oczywiście w przypadku przeprowadzania kolonoskopii, szczególną uwagę należy zwrócić na osoby z grupy ryzyka zachorowania. Prawdopodobieństwo zachorowania na raka jelita grubego rośnie po 50. roku życia; 9 na 10 osób, które na niego zachorowały, ma 50 i więcej lat. Niezbędne są jednakże akcje edukacyjne skierowane do wszystkich dorosłych, nie tylko do grupy ryzyka, by uświadomić potrzebę wczesnej diagnostyki w skutecznym leczeniu raka jelita grubego. W realizowanych prozdrowotnych programach motywujących do badania, warto zwrócić uwagę, że **kolonoskopia jest badaniem, którego ludzie unikają ze względu na wstyd i skrępowanie**. Jest to istotny psychologiczny czynnik powodujący odwlekanie lub unikanie wizyty u specjalisty nawet w sytuacji wystąpienia niepokojących czy dokuczliwych objawów fizjologicznych (Synowiec-Piłat, 2020).



Grupy odbiorców,, do których w pierwszej kolejności powinny być kierowane działania (część nie wykonujące badań)¹⁴⁷:

- mężczyźni,
- osoby samotne / w związkach nieformalnych,
- osoby bezdzietne / z 1 dzieckiem.

Onkologiczne badania profilaktyczne dotyczące nowotworów kobiecych

W przypadku onkologicznych badań profilaktycznych dotyczących NOWOTWORÓW KOBIECYCH szczególną uwagę zwrócić należy na:

❖ **Zwiększenie zgłaszalności wrocławianek na badania obrazkowe piersi - mammografię / USG**¹⁴⁸

Pomimo prowadzonych regularnie i od lat na terenie Wrocławia programom poświęconym profilaktyce raka piersi, tylko 1/3 wrocławianek (38% kobiet, w tym 8% raz na pół roku, a 30% minimum raz na rok) uczęszcza regularnie (przynajmniej raz na rok) na zalecane przez specjalistów badania diagnostyczne piersi – mammografię lub USG. Natomiast 42% uczęszcza na nie rzadziej niż raz na rok, zaś aż 20% w ogóle.

¹⁴⁶Patrz Cz. II. 4. Diagnoza stylu życia wrocławianop.cit. (Udział w profilaktyce onkologicznej dotyczącej całej populacji) oraz Raport z badań „Z korzyścią dla zdrowia...op.cit., s. 77, 80-81

¹⁴⁷Zależności istotne statystycznie - patrz Cz. II. 4. Diagnoza stylu życia wrocławianop.cit. (Tabela. II.4.3.)
Uwaga: badania niepublikowane - własność intelektualna Fundacji Kreatywnie dla Zdrowia.

¹⁴⁸Patrz: Cz. II. 4. Diagnoza stylu życia wrocławianop.cit. (Udział w profilaktyce onkologicznej dotyczącej całej populacji) oraz Raport z badań „Z korzyścią dla zdrowia...op.cit., s. 78, 81

W profilaktyce raka piersi zalecana są następujące badania: mammografia/USG piersi oraz samobadanie piersi. W przypadku raka piersi w Polsce prowadzone są bezpłatne badania screeningowe dla kobiet w grupach ryzyka: 50-69 lat (Krajowy Rejestr Nowotworów, 2018a). Skuteczność mammograficznego badania przesiewowego w wykrywaniu raka piersi we wczesnym etapie rozwoju jest ugruntowana wieloletnimi badaniami i obserwacjami klinicznymi. Wychwycenie w porę groźnych zmian daje ponad 90% szans przeżycia kolejnych 5 lat po diagnozie (Krajowy Rejestr Nowotworów, 2018a). W profilaktyce raka piersi, jako uzupełnienie mammografii, zwłaszcza w diagnostyce sułków gruczołowych, zaleca się również wykonywanie USG piersi - przede wszystkim kobietom w wieku 20 – 40 lat oraz po 40 roku, jako że badanie to pomaga wykrywać zmiany, których może nie wykazać badanie mammograficzne (Polska Unia Onkologii, 2018b).



Grupy odbiorców, do których w pierwszej kolejności powinny być kierowane działania (częściej nie wykonujące badań) - **kobiety**¹⁴⁹:

- do 55 roku życia;
- samotne (stan cywilny wolny),
- pochodzące z rodzin o niższej pozycji społecznej (niższe wykształcenie matki /ojca);
- gorzej oceniające warunki materialne swojego gospodarstwa domowego;
- dysponujące niższym dochodem na osobę w gospodarstwie domowym.

Poza powyższymi priorytetowymi grupami docelowymi, cykliczne interwencje prozdrowotne powinny być nadal prowadzone dla całej populacji dorosłych wrocławianek, ale także wśród nastolatek.

❖ Upowszechnienie wśród wrocławianek samobadania piersi¹⁵⁰

Regularne wykonywanie samobadania deklaruje 45% wrocławianek, a ponad połowa nie stosuje się do zaleceń (55%, w tym nigdy nie bada się samodzielnie – 22%). Samobadanie piersi jest podstawowym i bardzo istotnym elementem w procesie wczesnego wykrywania raka piersi. Powinno być wykonywane regularnie, tzn. przynajmniej raz w miesiącu, w te samej fazie cyklu miesięczkowego (2-3 dni po miesiączce, by wykluczyć nadwrażliwość brodawek i bolesność piersi) lub w wybranym dniu miesiąca u kobiet niemiesiączkujących. W przypadku wykrycia niepokojących zmian należy bezzwłocznie skontaktować się z lekarzem (Polska Unia Onkologii, 2018a).



Grupy odbiorców, do których w pierwszej kolejności powinny być kierowane działania (częściej nie wykonujące badań) - **kobiety**¹⁵¹:

- niżej wykształcone;
- pochodzące z rodzin o niższej pozycji społecznej (niższe wykształcenie matki).

¹⁴⁹Zależności istotne statystycznie - patrz Cz. II. 4. Diagnoza stylu życia wrocławianop.cit. (Tabela. II.4.3.)

Uwaga: badania niepublikowane - własność intelektualna Fundacji Kreatywnie dla Zdrowia.

¹⁵⁰Patrz Cz.. II. 4. Diagnoza stylu życia wrocławianop.cit. (Udział w profilaktyce onkologicznej dotyczącej całej populacji) oraz Raport z badań „Z korzyścią dla zdrowia...op.cit., s. 78, 81

¹⁵¹Zależności istotne statystycznie - patrz Cz. II. 4. Diagnoza stylu życia wrocławianop.cit. (Tabela. II.4.3.)

Uwaga: badania niepublikowane - własność intelektualna Fundacji Kreatywnie dla Zdrowia

Poza powyższymi priorytetowymi grupami docelowymi, cykliczne interwencje prozdrowotne powinny być nadal prowadzone dla całej populacji dorosłych wrocławianek, ale także wśród nastolatek.

❖ **Zwiększenie zgłaszalności wrocławianek na badania kontrole u ginekologa**¹⁵²

Wprawdzie 65% dorosłych wrocławianek deklaruje, że regularnie chodzi do ginekologa (minimum raz na rok), warto jednak zauważyć, że 9% poddaje się badaniom ginekologicznym rzadziej niż co 3 lata, a kolejne 9% nie chodzi do ginekologa w ogóle. Regularne, przynajmniej raz w roku, poddawanie się kontrolnym badaniom ginekologicznym zwiększa prawdopodobieństwo wczesnego wykrycia raka szyjki macicy oraz jajnika, a także raka piersi (palpacyjne badanie piersi przez ginekologa), jak również wielu innych schorzeń ginekologicznych.



Grupy odbiorców, do których w pierwszej kolejności powinny być kierowane działania (częściej nie wykonujące badań) - **kobiety**¹⁵³:

- starsze,
- posiadające mniejszą ilość potomstwa,
- niżej wykształcone,
- pochodzące z rodzin o niższej pozycji społecznej (niższe wykształcenie matki i ojca);
- gorzej oceniające warunki materialne swojego gospodarstwa domowego;
- dysponujące niższym dochodem na osobę w gospodarstwie domowym.

Poza powyższymi priorytetowymi grupami docelowymi, cykliczne interwencje prozdrowotne powinny być nadal prowadzone dla całej populacji dorosłych wrocławianek, ale także wśród nastolatek.

❖ **Zwiększenie zgłaszalności wrocławianek na badania cytologiczne**¹⁵⁴

Aż 1/4 wrocławianek nie stosuje się do zaleceń profilaktycznych odnośnie badań cytologicznych (raz na rok/ bezpłatne raz na 3 lata), w tym 10% wykonuje cytologię rzadziej niż co 3 lata, a 12% nigdy nie miało cytologii. W tym kontekście warto dodać, że zaleca się badanie cytologiczne raz na rok, zaś raz na 3 lata można je wykonać bezpłatnie. Badania te, tak jak i regularne wizyty kontrolne u ginekologa, zalecane są w profilaktyce raka szyjki macicy. W kierunku raka szyjki macicy prowadzone są bezpłatne badania screeningowe dla kobiet w grupach ryzyka: 25-59 lat (Polska Unia Onkologii, 2018c).

Rak szyjki macicy jest obecnie trzecim pod względem częstości zachorowań nowotworem u kobiet na świecie (Krajowy Rejestr Nowotworów, 2018c). W skali świata, każdego roku na chorobę tą zapada około 500 tys. kobiet, natomiast w Polsce – 3,5 tys. Około 50% kobiet, które usłyszały diagnozę, nigdy nie wyzdrowieje, ze względu na zgłoszenie się do lekarza w zaawansowanym stadium choroby (Krajowy Rejestr Nowotworów, 2018c). Rak szyjki macicy

¹⁵²Patrz Cz., II, pkt. 4. Diagnoza stylu życia wrocławianop.cit. (Udział w profilaktyce onkologicznej dotyczącej całej populacji) oraz Raport z badań „Z korzyściami dla zdrowia...op.cit., s. 78, 81

¹⁵³Zależności istotne statystycznie - patrz Cz. II, 4. Diagnoza stylu życia wrocławianop.cit. (Tabela. II.4.3.)

Uwaga: badania niepublikowane - własność intelektualna Fundacji Kreatywnie dla Zdrowia

¹⁵⁴Patrz Cz. II, pkt. 4. Diagnoza stylu życia wrocławianop.cit. (Udział w profilaktyce onkologicznej dotyczącej całej populacji) oraz Raport z badań „Z korzyściami dla zdrowia...op.cit.,

we wczesnej fazie rozwoju przebiega bezobjawowo, dlatego szczególnie istotne jest poddawanie się badaniom cytologicznym oraz regularne kontrole ginekologiczne, zwłaszcza, gdy występują niepokojące objawy (krwawienia i obfite upławy z pochwy, ból w podbrzuszu i podczas stosunku) (Polska Unia Onkologii, 2018c). Regularne wykonywanie przez kobiety badań cytologicznych jest skutecznym sposobem przeciwdziałania rakowi szyjki macicy. Badanie to odznacza się znaczącą czułością i swoistością oraz jest stosunkowo tanie i skuteczne. Przykładowo, w takich krajach, jak Kanada czy Szwecja regularne badania przesiewowe przyczyniły się do spadku wskaźników umieralności na raka szyjki macicy nawet do 70% (Kazana & Zdolińska, 2006).



Grupy odbiorców, do których w pierwszej kolejności powinny być kierowane działania (częściej nie wykonujące badań) - **kobiety**¹⁵⁵:

- starsze (65+),
- samotne,
- niżej wykształcone,
- pochodzące z rodzin o niższej pozycji społecznej (niższe wykształcenie matki i ojca);
- dysponujące niższym dochodem na osobę w gospodarstwie domowym.

Poza powyższymi priorytetowymi grupami docelowymi, cykliczne interwencje prozdrowotne powinny być nadal prowadzone dla całej populacji dorosłych wrocławianek, ale także wśród nastolatek.

Onkologiczne badania profilaktyczne dotyczące nowotworów męskich

W przypadku onkologicznych badań profilaktycznych dotyczących NOWOTWORÓW MĘSKICH szczególną uwagę zwrócić należy na:

❖ kontrolne badania prostaty¹⁵⁶

Aż 61% mężczyzn mieszkających we Wrocławiu nigdy nie miało wykonanych badań pod kątem diagnostyki raka prostaty, a 16% miało je rzadziej niż co 3 lata, co można uznać za wynik niepokojący, nawet biorąc pod uwagę, że grupa ryzyka to wiek 50+.

Raka gruczołu krokowego (prostaty, stercza) bardzo rzadko ujawnia się przed 50. rokiem życia, a ponad połowa mężczyzn w momencie rozpoznania ma co najmniej 70 lat (Krajowy Rejestr Nowotworów, 2018d). Podstawowe badania diagnostyczne związane z tym nowotworem, to badanie *per rectum* oraz badanie stężenia PSA (*prostate specific antygen*) (Krajowy Rejestr Nowotworów, 2018d).



Grupy odbiorców, do których w pierwszej kolejności powinny być kierowane działania (częściej nie wykonujący badań) - **mężczyźni**¹⁵⁷:

¹⁵⁵Zależności istotne statystycznie - patrz Cz.. II. 4. Diagnoza stylu życia wrocławianop.cit. (Tabela. II.4.3.)

Uwaga: badania niepublikowane - własność intelektualna Fundacji Kreatywnie dla Zdrowia

¹⁵⁶Patrz Cz.. II, pkt. 4. Diagnoza stylu życia wrocławian.... op.cit. (Udział w profilaktyce onkologicznej dotyczącej całej populacji) oraz Raport z badań „Z korzyścią dla zdrowia...op.cit., s. 79, 82

¹⁵⁷Zależności istotne statystycznie - patrz Cz. II. 4. Diagnoza stylu życia wrocławian... op.cit. (Tabela. II.4.3.)

Uwaga: badania niepublikowane - własność intelektualna Fundacji Kreatywnie dla Zdrowia.

- do 45 r. życia,
- samotni,
- bezdzietni oraz posiadający jedno dziecko,
- pochodzący z rodzin o niższej pozycji społecznej (niższe wykształcenie matki),
- nie chorujący na choroby przewlekłe.

Poza powyższymi priorytetowymi grupami docelowymi, cykliczne interwencje prozdrowotne powinny być nadal prowadzone dla całej populacji dorosłych wrocławian, ale także wśród nastolatków.

❖ kontrolne badania jąder u lekarza¹⁵⁸

Aż 69% mężczyzn nigdy nie miało kontrolowanych jąder przez lekarza, a 14% kontrolę tą przechodzi rzadziej niż co 3 lata. Znikomy odsetek badanych chodzi na tego rodzaju badania częściej (17%). Wyniki te są bardzo niepokojące, biorąc pod uwagę, że nowotwory jądra są najczęściej występującym nowotworem złośliwym wśród młodych dorosłych (20-44 lat) (25% zachorowań w tej grupie wiekowej) oraz stanowią 1,6% zachorowań na nowotwory złośliwe u mężczyzn w ogóle (Krajowy Rejestr Nowotworów, 2018e).



Grupy odbiorców, do których w pierwszej kolejności powinny być kierowane działania (częściej nie wykonujący badań) - **mężczyźni**¹⁵⁹:

- do 45 r. życia,
- bezdzietni oraz posiadający jedno dziecko,
- nie chorujący na choroby przewlekłe.

Poza powyższymi priorytetowymi grupami docelowymi, cykliczne interwencje prozdrowotne powinny być nadal prowadzone dla całej populacji dorosłych wrocławian, ale także wśród nastolatków.

❖ samobadanie jąder¹⁶⁰

Ponad połowa badanych mężczyzn, nigdy nie wykonywała samobadania jąder (58%), a 27% przeprowadza je rzadziej niż raz na 3 lata.



Grupy odbiorców, do których w pierwszej kolejności powinny być kierowane działania (częściej nie wykonujący badań) - **mężczyźni**¹⁶¹:

- pochodzący z rodzin o niższej pozycji społecznej (niższe wykształcenie matki).

¹⁵⁸Patrz Cz. II, pkt. 4. Diagnoza stylu życia wrocławianop.cit. (Udział w profilaktyce onkologicznej dotyczącej całej populacji) oraz Raport z badań „Z korzyścią dla zdrowia...op.cit., s. 79, 82

¹⁵⁹Zależności istotne statystycznie - patrz Cz. II, pkt. 4. Diagnoza stylu życia wrocławian...op.cit. (Tabela. II.4.3.)

Uwaga: badania niepublikowane - własność intelektualna Fundacji Kreatywnie dla Zdrowia

¹⁶⁰Patrz Cz. II, pkt. 4. Diagnoza stylu życia wrocławian... (Udział w profilaktyce onkologicznej dotyczącej całej populacji) oraz Raport z badań „Z korzyścią dla zdrowia...op.cit., s. 79, 82.

¹⁶¹Zależności istotne statystycznie - patrz Cz. II, pkt. 4. Diagnoza stylu życia wrocławian - zachowania...op.cit. (Tabela. II.4.3.)

Uwaga: badania niepublikowane - własność intelektualna Fundacji Kreatywnie dla Zdrowia

Poza powyższymi priorytetowymi grupami docelowymi, cykliczne interwencje prozdrowotne powinny być nadal prowadzone dla całej populacji dorosłych wrocławian, ale także wśród nastolatków.

PODSUMOWANIE:



Szczególną uwagę należy poświęcić profilaktyce onkologicznej oraz promocji zdrowia nowotworów kobiecych i męskich, gdyż uczestnictwo w badaniach diagnostycznych wrocławian uznać można w tym zakresie za daleko niezadowalające, zwłaszcza w przypadku mężczyzn¹⁶²:

- nadal istnieje potrzeba, zachęcania kobiet i mężczyzn poprzez edukację, ale przede wszystkim kształtowanie umiejętności prawidłowego wykonywania samobadania piersi/jąder. Jeżeli chodzi o kobiety, tego rodzaju szkolenia są od wielu lat prowadzone, natomiast w przypadku mężczyzn należą one do rzadkości w skali całej Polski (Marmajewska, 2017);
- istnieje również potrzeba pozytywnego motywowania wrocławianek do regularnego uczestniczenia w badaniach diagnostycznych pod kątem raka piersi i szyjki macicy, a mężczyzn – w kierunku raka prostaty i jądra.



W przypadku badań profilaktycznych związanych z nowotworami kobiecymi / męskimi szczególnie cenne byłoby **podjęcie empirycznych analiz jakościowych i ilościowych, w celu zbadania społeczno-kulturowych uwarunkowań postaw i przekonań zdrowotnych**, które mogą zarówno blokować, jak i motywować do podejmowania zachowań prozdrowotnych.

Ważną kwestią, która może rzutować na zgłaszalność na badania profilaktyczne, a także powodować uruchomienie mechanizmów obronnych (w tym unikanie wszelkich informacji na temat raka, co negatywnie rzutować będzie na poziom wiedzy medycznej), jest **piętnowanie przez otoczenie społeczne określonych typów nowotworów** (np. w przypadku raka piersi i jądra – przypisywanie etykiet deprecjonujących atrakcyjność seksualną oraz kobiecość / męskość chorych; izolowanie lub unikanie chorych z widocznymi objawami choroby - guzami, deformacjami ciała spowodowanymi chorobą itp.) (Michielutte i in., 1996).

Druga sprawa, to **wstyd pacjenta**, unikanie niektórych typów badań profilaktycznych ze względu na to, że **dotyczą one miejsc intymnych pacjenta** (piersi, jąder, prostaty, narządów rodnych etc.); **unikanie badań, które odbierane są przez pacjentów jako upokarzające** (np. badanie *per rectum* lub kolonoskopia) **lub bolesne** (np. mammografia).

¹⁶²Patrz niepokojąco niski poziom wiedzy wrocławian na temat metod profilaktyki nowotworów męskich (Problematyka związana ze znajomością onkologicznych metod profilaktycznych).

Ważnymi determinantami hamującymi zachowania profilaktyczne pozwalające na wczesne wykrycie nowotworu są również **przekonania fatalistyczne oraz lęk przed rakiem**.

Wszystkie te zagadnienia o charakterze społeczno-kulturowym oraz psychologicznym powinny zostać wzięte pod uwagę w projektowaniu działań z zakresu promocji zdrowia kierunkowanej na motywowanie osób zdrowych do poddawania się badaniom profilaktycznym.



1.3. PRZECIWDZIAŁANIE WYBRANYM CHOROBYM CYWILIZACYJNYM



1.3.1. Przeciwdziałanie chorobie sercowo-naczyniowej

Epidemiologia

Patrz: Cz. II, pkt. 2. *Wybrane dane epidemiologiczne*

Według danych Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ), w samym 2020 r. odnotowano we Wrocławiu 1 320 przypadków z rozpoznaniem I21 wg ICD-10 (*ostry zawał mięśnia sercowego*), a liczba osób leczonych z rozpoznaniem I10 wg ICD-10 (*nadciśnienie tętnicze samoistne*) wyniosła 69 305¹⁶³. W 2020 r. we Wrocławiu hospitalizowano 1 710 osób po udarze mózgu.

Czynniki ryzyka choroby sercowo-naczyniowej oraz możliwości prewencji

W przypadku chorób układu krążenia, ze względu na złożoną patofizjologię, wyróżnia się tzw. *czynniki ryzyka*, których obecność zwiększa statystycznie ryzyko wystąpienia choroby (ale ich brak nie wyklucza możliwości zachorowania) (Podolec, Kopeć, & Pająk, 2007). Na podstawie wielu badań oraz obserwacji epidemiologicznych, ustalono listę głównych czynników ryzyka występowania choroby sercowo-naczyniowej – Tabela III.1.2. Większość z nich cechuje dominująca rola w przewidywaniu ryzyka, duże rozpowszechnienie w populacji, istnienie

¹⁶³Dane NFZ dla Urzędu Miasta Wrocławia

związku przyczynowo-skutkowego z chorobą sercowo-naczyniową, a także **większość z nich podlega modyfikacjom, poprzez interwencje promocji zdrowia w zakresie stylu życia lub interwencje medyczne, m.in. w zakresie farmakoterapii** (Podolec et al., 2007).

Tabela III.1.2. Główne czynniki ryzyka choroby sercowo-naczyniowej

CZYNNIKI RYZYKA MODYFIKOWALNE	CZYNNIKI RYZYKA NIEMODYFIKOWALNE
behawioralne	wiek (zaawansowany) płeć (męska) uwarunkowania genetyczne
palenie papierosów (czynne i bierne) niska aktywność fizyczna wysokotłuszczowa, wysokoprzetworzona oraz małowartościowa dieta nadmierne spożycie alkoholu	
biologiczne/biochemiczne	
podwyższone ciśnienie tętnicze krwi hipercholesterolemia nieprawidłowa glikemia/cukrzyca nadwaga/otyłość	

Opracowanie własne, na podstawie: Zdrojewski i in. (2007), Beręsewicz (2011) oraz ESC (2016)

Identyfikacja czynników ryzyka o istotnym znaczeniu klinicznym, które podlegają modyfikacji, pozwala z kolei na wdrożenie strategii prewencyjnych w zakresie występowania chorób układu krążenia. Według Wytycznych Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego (*European Society of Cardiology, ESC*) z 2016 r., prewencję chorób układu sercowo-naczyniowego (*cardiovascular disease, CVD*) definiuje się jako *skoordynowany zestaw działań na poziomie populacyjnym lub ukierunkowany na jednostkę, którego celem jest eliminacja lub minimalizowanie wpływu CVD i związanej z nimi niepełnosprawności* (ESC, 2016).

Autorzy dokumentu wskazują, że prewencję należy wdrażać jednocześnie:

- 1) na poziomie populacji ogólnej (**strategia ogólnopopulacyjna**), promując zdrowy styl życia
oraz
- 2) na poziomie indywidualnym, tj. u osób obciążonych co najmniej umiarkowanym ryzykiem CVD lub u pacjentów z już rozpoznaną CVD (**strategia wysokiego ryzyka**), poprzez zajęcie się niezdrowym stylem życia (np. dietą złej jakości, brakiem ruchu fizycznego, paleniem tytoniu) oraz optymalizując kontrolę metabolicznych czynników ryzyka (ESC, 2016).

W ramach *strategii ogólnopopulacyjnej* prowadzi się m.in. takie działania, jak tworzenie odpowiednich uwarunkowań prawnych czy tworzenie odpowiedniej infrastruktury, które są domeną zdrowia publicznego i powinny być realizowane przez jednostki administracji państwowej oraz instytucje użyteczności publicznej we współpracy z mediami, a rola systemu

opieki zdrowotnej oraz personelu medycznego powinna obejmować aktywne poparcie oraz wsparcie merytoryczne tych działań. Z kolei działania w zakresie *strategii wysokiego ryzyka* (pierwszym zadaniem w tym podejściu jest aktywne poszukiwanie zagrożonych osób poprzez prowadzenie badań przesiewowych) pozostają w głównej mierze domeną systemu opieki zdrowotnej (Pająk, 2007). Świadomość istnienia obu strategii prewencji, ich jednakowej wartości oraz równoległe wdrażanie i prowadzenie tych działań jest niezbędnym warunkiem determinującym ich skuteczność (Pająk, 2007).

Autorzy Wytycznych ESC podkreślają, że **działania prewencyjne** odnośnie chorób układu krążenia, zarówno poprzez modyfikację stylu życia, jak i stosowanie leków, są **kosztowo efektywne** – zarówno przy strategii populacyjnej, jak i strategii wysokiego ryzyka (dla przykładu, w 2009 r. koszty związane z CVD wyniosły 106 mld euro, stanowiąc ok. 9% całkowitych wydatków przeznaczonych na ochronę zdrowia w Unii Europejskiej) (ESC, 2016).

Autorzy Wytycznych formułują najważniejsze zalecenia oraz informacje dotyczące obszarów prewencji pierwotnej CVD – Tabela III.1.3.:

- *w celu wspomagania zmiany stylu życia zaleca się stosowanie uznanych strategii poznawczo-behawioralnych (np. dialog motywujący),*
- *zaleca się zaangażowanie wielodyscyplinarnego zespołu pracowników opieki zdrowotnej (np. pielęgniarek, dietetyków, psychologów),*
- *u osób z bardzo wysokim ryzykiem CVD zaleca się zastosowanie wielomodalnych interwencji łączących zasoby medyczne z edukacją dotyczącą zdrowego stylu życia, aktywnością fizyczną, radzeniem sobie ze stresem i poradnictwem dotyczącym psychospołecznych czynników ryzyka (ESC, 2016).*

Tabela III.1.3. Najważniejsze informacje dotyczące obszarów prewencji pierwotnej CVD

INTERWENCJE NA POZIOMIE INDYWIDUALNYM	INTERWENCJE NA POZIOMIE POPULACYJNYM
<i>zmiany behawioralne</i>	
• metody poznawczo-behawioralne są skuteczne we wspieraniu pacjentów w przyjmowaniu zdrowego stylu życia	
<i>siedzący tryb życia i aktywność fizyczna</i>	
• regularny wysiłek jest podstawą prewencji kardiologicznej – zmniejsza śmiertelność ogólną oraz z przyczyn sercowo-naczyniowych; • aktywność fizyczna zwiększa sprawność fizyczną i poprawia zdrowie psychiczne; • należy zachęcać osoby z siedzącym trybem życia do rozpoczęcia aerobowej aktywności fizycznej o małym nasileniu;	• siedzący tryb życia i brak aktywności dotyczą więcej niż połowy światowej populacji; • zaleca się regularną aktywność fizyczną u wszystkich mężczyzn i kobiet jako dożywnią część stylu życia, obejmującą ≥ 150 min./tydzień wysiłku o umiarkowanym natężeniu lub ≥ 75 min./tydzień intensywnego wysiłku lub ekwiwalent stanowiący połączeniu dwóch powyższych. Każda aktywność jest lepsza niż żadna, a większa aktywność jest lepsza od mniejszej; • interwencje na poziomie populacyjnym są skuteczne w promowaniu aktywności fizycznej;

	• wczesna edukacja dziecięca dotycząca aktywności fizycznej i ruchu powinna być rozpoczęta w okresie przedszkolnym; dzienna aktywność fizyczna w szkole powinna wynosić ≥ 30 minut, a najlepiej 60 minut; • dobre sąsiedztwo i bezpieczne środowisko wzmacniają i zachęcają do aktywności fizycznej w codziennym życiu.
--	--

interwencje w zakresie palenia tytoniu

• zaprzestanie palenia tytoniu jest najlepszą kosztowo efektywną strategią w prewencji CVD; • istnieje silna podbudowa naukowa dla krótkich interwencji obejmujących porady służące zaprzestaniu palenia, wszystkich rodzajów nikotynowej terapii zastępczej (NRT), bupropionu, warenikliny i większej skuteczności leków w połączeniu, poza NRT z warenikliną. Najbardziej skuteczne są krótkie interwencje wraz z pomocą w zaprzestaniu stosowania leków i wsparcie w trakcie dalszej obserwacji; • papierosy elektroniczne (e-papierosy) mogą być przydatne w zaprzestaniu palenia tytoniu, jednak powinny być objęte takimi samymi restrykcjami marketingowymi jak papierosy¹⁶⁴; • bierne palenie tytoniu niesie ze sobą istotne ryzyko, dlatego konieczna jest ochrona osób niepalących;	• okres dorastania jest czasem największej podatności na rozpoczęcie palenia tytoniu, z konsekwencjami do końca życia, a wysokie opodatkowanie wszystkich wyrobów tytoniowych to najskuteczniejsza polityka ograniczania palenia wśród osób młodych; • wprowadzenie restrykcji dotyczących stosowania tytoniu w formie innej niż do palenia ze względu na mocne dowody jego szkodliwości; • wprowadzenie ograniczeń dotyczących e-papierosów ze względu na niepewność związaną z ich bezpieczeństwem i działaniem; • zwykłe opakowania pozwalają skutecznie zmniejszyć konsumpcję tytoniu – wprowadzenie restrykcji dotyczące reklamowania, promowania i sponsorowania przez przemysł tytoniowy; • cel mogłoby stanowić podjęcie wspólnej decyzji przez kraje europejskiej o osiągnięciu Europy wolnej od palenia do 2030 roku.
--	---

żywienie i spożycie alkoholu

• nawyki żywieniowe wpływają na ryzyko CVD i inne choroby przewlekłe, takie jak np. rak; • przyjmowana energia powinna być ograniczona do ilości potrzebnej do utrzymania (lub uzyskania) zdrowej masy ciała, co oznacza BMI >20, lecz <25 kg/m²; • w zasadzie w przypadku przestrzegania zasad zdrowej diety nie są konieczne suplementy dietetyczne.	• środki strukturalne, takie jak zmiana składu produktów, ograniczenie wprowadzania do obrotu i wysokie podatki nałożone na niezdrowe pokarmy, dopłaty do zdrowszej żywności i przyjazne dla konsumenta oznaczenia wartości odżywczej, pozwolą na poprawę zdrowych wyborów żywieniowych; • zdrowe środowisko w społeczności, szkołach i miejscach pracy będzie zachętą do zdrowego stylu życia; • nadmierne spożywanie alkoholu wiąże się z podwyższoną śmiertelnością z powodu CVD, a alkohol jest drugą, najczęstszą przyczyną utraty DALY w krajach o wysokich dochodach; • interwencje dotyczące szkodliwego stosowania alkoholu są efektywne kosztowo, z dobrym zwrotem (tj. wzrastający podatek akcyzowy na napoje alkoholowe, ograniczenie dostępu do napojów alkoholowych i wprowadzenie
---	---

¹⁶⁴Podejście kontrowersyjne: zobacz komentarz w części 1.1.4. Ograniczanie palenia tytoniu.

kompleksowych ograniczeń oraz zakazów reklamowania i promowania napojów alkoholowych).

BMI – wskaźnik masy ciała (ang. *body mass index*); CVD – choroba sercowo-naczyniowa (ang. *cardiovascular disease*); DALY – lata życia skorygowane niesprawnością (ang. *disability adjusted life-years*)

Źródło: Wytyczne ESC, 2016; ss. 853, 855, 858-859, 861, 885-892

Zalecane interwencje

W ramach działań **promocji zdrowia oraz prewencji pierwotnej** choroby sercowo-naczyniowej (ChSN) należy podjąć działania na poziomie indywidualnym oraz populacyjnym mające na celu:

- ❖ zmniejszenie rozpowszechnienia palenia papierosów;
- ❖ zmniejszenie szkodliwego spożywania alkoholu;
- ❖ zwiększenie poziomu codziennej, rekreacyjnej aktywności fizycznej;
- ❖ promocję oraz edukację żywieniową;
 - strategia ogólnopopulacyjna (domena zdrowia publicznego)¹⁶⁵.

W ramach działań **promocji zdrowia oraz prewencji wtórnej** ChSN należy podjąć działania mające na celu:

- ❖ wczesne wykrywanie modyfikowalnych, głównych czynników ryzyka ChSN
 - strategia wysokiego ryzyka (domena systemu ochrony zdrowia).



1.3.2. Profilaktyka chorób nowotworowych

Epidemiologia

Patrz: Cz. II, pkt. 2. Wybrane dane epidemiologiczne

Nowotworzenie (kancerogeneza) - czynniki ryzyka

Kancerogeneza (proces nowotworzenia) jest procesem wieloetapowym i długoletnim (Siedlecki, 2017). Według Raportu *Harvard Center for Cancer Prevention* z 1996 r. największy wpływ na nowotworzenie ma palenie papierosów (30%) oraz czynniki związane z dietą (30%),

¹⁶⁵Patrz: Cz. III. Priorytet 1.1. Poprawa jakości działań prozdrowotnych w zakresie głównych czynników ryzyka chorób cywilizacyjnych

a wśród pozostałych czynników znalazły się: siedzący tryb życia (5%), czynniki zawodowe (5%), obciążenie rodzinne chorobą nowotworową (5%), wirusy oraz inne czynniki biologiczne (5%), czynniki związane z rozwojem prenatalnym oraz położnicze (5%), czynniki związane z zachowaniami seksualnymi (3%), picie alkoholu (3%), status socjoekonomiczny (3%), zanieczyszczenie środowiska (2%), promieniowanie jonizujące/ultrafioletowe (2%), czynniki jatrogenne (1%), sól i inne dodatki do żywności (1%) (Synowiec-Piłat et al., 2017a). Należy pamiętać, że są to dane szacunkowe, a raportowi zarzuca się m.in. to, że czynniki sumują się do 100%, co sugeruje, że zostały poznane wszystkie czynniki wpływu na rozwój choroby nowotworowej. Jednakże, analizując wymienione czynniki, można zauważyć, że zdecydowana większość to czynniki modyfikowalne, a w ponad 50% zachorowaniom można zapobiec poprzez prawidłowo zbilansowaną dietę oraz abstynencję od palenia papierosów. To z kolei nasuwa wniosek, iż **choroba nowotworowa jest chorobą, której można wprost zapobiegać** oraz wskazuje na podstawę do ustalenia strategii działań w zakresie profilaktyki.

Profilaktyka I- oraz II-rzędowa

W zapobieganiu rozwoju choroby nowotworowej wyróżnia się obecnie działania w obszarze profilaktyki pierwotnej oraz wtórnej. **Profilaktyka pierwotna polega na eliminowaniu narażenia na znane czynniki ryzyka zachorowania**, takie jak: palenie papierosów, nadmierna ekspozycja na promieniowanie słoneczne (UV), nieprawidłowa dieta czy niedostateczna aktywność fizyczna (Didkowska, Zatoński, Kordek, Reguła, & Olszewski, 2020)¹⁶⁶.

Badania skriningowe

Patrz: Cz. III. Priorytet 1.2. *Zwiększenie uczestnictwa w programach profilaktyki onkologicznej*

Z kolei **profilaktyka wtórna dotyczy tzw. badań przesiewowych (skrining)**, których istotą jest wykrycie zmian przednowotworowych (predysponujących do rozwoju nowotworu, np. polipy jelita grubego) i/lub nowotworów na wczesnym etapie zaawansowania (faza przedkliniczna lub wczesna kliniczna) (Didkowska et al., 2020). Badania przesiewowe prowadzi się w populacji osób „zdrowych”, tj. takich, u których nie występują objawy mogące sugerować proces nowotworowy, ale ze zwiększonym ryzykiem jego wystąpienia (głównie wiek). Warto zaznaczyć, że warunkiem *sine qua non* badania przesiewowego w onkologii jest zdolność danego badania/procedury do zmniejszania wskaźników zachorowalności i umieralności z powodu nowotworów, ale także umieralności ogółem (Didkowska et al., 2020). **Jedynie w niektórych typach nowotworów badania przesiewowe mają zastosowanie i znaczenie medyczne oraz ekonomiczne**, tj. badanie mammograficzne we wczesnym wykrywaniu raka piersi, badanie cytologiczne w odniesieniu do raka szyjki macicy oraz badanie kału na obecność krwi utajonej czy endoskopia (sigmoidoskopia/kolonoskopia) w

¹⁶⁶Patrz: Cz. I, pkt. 1. *Uwarunkowania prawne i formułowanie misji: Europejski Kodeks Walki z Rakiem*

przypadku raka jelita grubego (Didkowska et al., 2020) – Tabela III.1.4. W tych przypadkach masowe programy profilaktyki wtórnej są wysoce efektywnym postępowaniem, mającym na celu spadek zachorowań oraz śmiertelności, a **działania polityki zdrowotnej powinny być ukierunkowane na promocję tych programów**¹⁶⁷.

Tabela III.1.4. Badania przesiewowe – skrining onkologiczny w Polsce

BADANIE PRZESIEWOWE	RODZAJ NOWOTWORU	CEL BADANIA	REALIZACJA W POLSCE	ZALECENIA EUROPEJSKIE /AMERYKAŃSKIE
badanie cytologiczne wymazu z szyjki macicy	rak szyjki macicy	wykrywanie zmian przedrakowych oraz wczesnych postaci raka	co 3 lata u kobiet w wieku 25-59 lat	- zalecenia europejskie: co 2-3 lata u kobiet w wieku 25-64 lat - zalecenia amerykańskie: co 3 lata u kobiet od 21. do 65. roku życia
badanie mammograficzne piersi	rak piersi	wykrywanie zmian nowotworowych (konieczna dodatkowa ocena, w tym histopatologiczna)	co dwa lata u kobiet w wieku 50-69 lat	- zalecenia europejskie: co 2 lata u kobiet w wieku 50-69 lat - zalecenia amerykańskie: co 2 lata u kobiet w wieku 50- 74 lat
krw. utajona w stolcu	rak jelita grubego			zalecenia europejskie: co 1- 2 lata od 50 r.ż.
badanie endoskopowe jelita grubego		wykrywanie zmian przedrakowych oraz wczesnych postaci raka	raz na 10 lat w grupie osób 50-65 lat	co 10 lat

Opracowanie własne, na podstawie: Didkowska i in. (2020) oraz Korman (2015)

Zalecane interwencje

W ramach działań **promocji zdrowia oraz prewencji pierwotnej** choroby nowotworowej należy podjąć działania na poziomie indywidualnym oraz populacyjnym w obszarach:

- ❖ zmniejszenie rozpowszechnienia palenia papierosów;
- ❖ zmniejszenie szkodliwego spożywania alkoholu;
- ❖ zwiększenie poziomu codziennej, rekreacyjnej aktywności fizycznej;
- ❖ promocji i edukacji żywieniowej¹⁶⁸.

W ramach działań **promocji zdrowia oraz prewencji wtórnej** choroby nowotworowej należy podjąć działania mające na celu:

- ❖ zwiększenie uczestnictwa w programach profilaktyki onkologicznej¹⁶⁹.

¹⁶⁷Patrz: Cz. III. Priorytet 1.2. Zwiększenie uczestnictwa w programach profilaktyki onkologicznej

¹⁶⁸Patrz: Cz. III. Priorytet 1.1. Poprawa jakości działań prozdrowotnych w zakresie głównych czynników ryzyka chorób cywilizacyjnych

¹⁶⁹Patrz: Cz. III. Priorytet 1.2. Zwiększenie uczestnictwa w programach profilaktyki onkologicznej



1.3.3. Zapobieganie i leczenie nadwagi i otyłości

Epidemiologia

Według danych z Raportu WHO, z powodu nadwagi i otyłości każdego roku umiera co najmniej 2,8 miliona osób (WHO, 2011). Największe rozpowszechnienie nadwagi/otyłości notuje się w krajach rozwiniętych, choć zjawisko to dynamicznie rośnie również w krajach rozwijających się (WHO, 2018b). **W Polsce, według danych opisanych w raporcie WHO, problem otyłości ($BMI^{170} > 30 \text{ kg/m}^2$) dotyczy 26% dorosłych, z prognozowaną wyraźną tendencją rosnącą (WHO, 2018b).** Wyniki badania WOBASZ II przeprowadzonego w latach 2013–2014 wykazały, że **częstość występowania nadwagi w dorosłej populacji polskiej zwiększyła się do 43,2% u mężczyzn i 30,5% u kobiet, a otyłości odpowiednio do 24,4% i 25,0% (Broncel et al., 2017).**

We Wrocławiu, według danych NFZ¹⁷¹, zanotowano odpowiednio w latach 2017, 2018 oraz 2019: 958, 816 oraz 749 dzieci w wieku 0-18 lat z rozpoznaniem otyłości oraz odpowiednio 5 956, 4 144 oraz 4 952 osób dorosłych (kody rozpoznania E65-E68 według klasyfikacji ICD-10: otyłość i inne zespoły z hiperalimentacji).

Konsekwencje dla zdrowia

Tkanka tłuszczowa jest tkanką hormonalnie czynną, jednak wraz z jej patologicznym rozrostem narasta dysfunkcja tej czynności – w konsekwencji rozwija się miejscowy stan zapalny, narasta insulinooporność, zmianie ulega funkcjonowanie układu nerwowego oraz endokrynnego (Olszanecka-Glinianowicz & Ostrowska, 2020). **Ryzyko wystąpienia nadciśnienia tętniczego krwi, choroby serca, udaru niedokrwiennego mózgu oraz cukrzycy typu 2 rośnie wraz ze wzrostem wartości BMI (WHO, 2011).** Warto zaznaczyć, że otyłość, zwłaszcza brzuszna, jest najistotniejszym nabytym (środowiskowym) czynnikiem ryzyka cukrzycy typu 2 (Patrz niżej – pkt. 1.3.4. *Profilaktyka cukrzycy i jej powikłań*) (Sieradzki, 2020). **Zwiększona wartość BMI związana jest również ze wzrostem ryzyka wystąpienia niektórych nowotworów – raka endometrium, piersi, prostaty, pęcherzyka żółciowego, trzustki, wątroby, jelita grubego, nerki, tarczycy oraz gruczołakoraka przełyku (Olszanecka-Glinianowicz & Ostrowska, 2020).**

¹⁷⁰Body Mass Index, BMI

¹⁷¹Dane NFZ dla Urzędu Miasta Wrocławia; dane z formularzy MZ-11

Aspekty etyczne

Autorzy Wytycznych *Leczenie nadwagi i otyłości w czasie i po pandemii. Nie czekajmy na rozwój powikłań – nowe wytyczne dla lekarzy*¹⁷² podkreślają aspekty etyczne w podejściu do chorych z otyłością, zaznaczając negatywny wpływ przerzucania winy i odpowiedzialności za rozwój otyłości na jednostkę (Olszanecka-Glinianowicz et al., 2020).

„Wbrew obiegowej opinii otyłość nie jest winą chorego. Obwinianie go, że jest chory, jest nieetyczne i prowadzi do niepodejmowania skutecznego leczenia, w konsekwencji postępu choroby, rozwoju jej powikłań, pogorszenia jakości życia, rozwoju niepełnosprawności i skrócenia długości życia (...) W aspekcie społecznym istnieje tendencja do obwiniania chorych na otyłość o to, że ich nadmierna masa ciała naraża na koszty pozostałych członków społeczeństwa (...)

Chory na otyłość powinien być traktowany z szacunkiem, a jego choroba nie powinna być źródłem wstydu i samoobwiniania (...) Normą w podejściu do chorych na otyłość powinna być zasada opieki skoncentrowanej na osobie.”

(Olszanecka-Glinianowicz i in., 2020, ss. 2-3)

Czynniki ryzyka i obszary interwencji

Przyczyny rozwoju otyłości są złożone i niejednorodne, bowiem wśród nich znajdują się m.in. czynniki dziedziczne – genetyczne (opisano około 200 przypadków dziedziczonej otyłości w sposób monogenowy [prosty]), zespoły chorobowe (endokrynopatie; m.in. zespół Cushinga, niedoczynność przysadki lub tarczycy), czy wpływ leków (otyłość jatrogena; m.in. sterydy, niektóre leki przeciwdepresyjne, psychiatryczne oraz insulina), jednak to **czynniki środowiskowe odgrywają zasadniczą rolę** (Olszanecka-Glinianowicz & Ostrowska, 2020). Wśród czynników środowiskowych wymienia się:

- **zmianę nawyków żywieniowych i struktury spożycia żywności**, które prowadzą do dodatniego bilansu energetycznego;
- **stale zmniejszającą się aktywność fizyczną** (rozwój urbanizacyjny, motoryzacyjny, zmiany form spędzania wolnego czasu na rzecz wypoczynku biernego);
- **niekorzystne środowisko pracy** (m.in. zmianowy system pracy; długie, nieprzerwane godziny pracy, nadmierne obciążenie stresem);
- **przewlekły stres**, który prowadzi do **zaburzeń emocjonalnych** (błędne koło ucieczki w jedzenie; obniżenie samooceny oraz poczucia wartości; obniżenie nastroju).

¹⁷²Wspólne wytyczne opracowane przez Ekspertów pod patronatem Polskiego Towarzystwa Badań nad Otyłością, Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego, Polskiego Towarzystwa Nadciśnienia Tętniczego, Sekcji Naukowej Telepsychiatrii Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego, Polskiego Towarzystwa Kardiometabolicznego, Polskiego Towarzystwa Endokrynologicznego i Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce. Patronat społeczny Fundacji Osób Chorych na Otyłość OD-WAGA
Link: https://journals.viamedica.pl/nadcisnienie_tetnicze_w_praktyce/article/view/71096/52046

W podejściu indywidualnym, jak i populacyjnym, kluczowe są zatem interwencje z zakresu promocji zdrowia w obszarze edukacji żywieniowej, promocji rekreacyjnej aktywności fizycznej, a także promocji zdrowia psychicznego.

W Narodowym Programie Zdrowia na lata 2021–2025 przedstawiono następujący wykaz zadań służących realizacji celu operacyjnego 1: Profilaktyka nadwagi i otyłości¹⁷³:

- 1) Prowadzenie ogólnopolskiego centrum edukacji żywieniowej.
- 2) Kształtowanie postaw prozdrowotnych, w tym upowszechnianie koncepcji Przedszkoli i Szkół Promujących Zdrowie.
- 3) Promocja aktywności fizycznej – wsparcie pozalekcyjnych form aktywizacji fizycznej dzieci i młodzieży.
- 4) Działania edukacyjne skierowane do pacjentów z cukrzycą oraz ich rodzin i opiekunów mające na celu ograniczenie powikłań cukrzycy oraz poprawę jakości i długości życia chorych.
- 5) Promocja karmienia piersią.
- 6) Promowanie prawidłowego żywienia i aktywności fizycznej wśród służb mundurowych.
- 7) Prace nad systemem przyjaznego etykietowania żywności.
- 8) Szkolenia w zakresie zasad zdrowego żywienia i aktywności fizycznej dla grup zawodowych zaangażowanych w działania na rzecz walki z nadwagą i otyłością (pracodawcy, przemysł spożywczy, menedżerowie zdrowia, zawody medyczne, nauczyciele, pracownicy ochrony zdrowia).
- 9) Badanie preferencji konsumentów dotyczących wyborów żywieniowych, w tym przegląd składu i wartości odżywczej wybranych produktów dostępnych na rynku.
- 10) Realizacja prozdrowotnej polityki fiskalnej sprzyjającej walce z nadwagą i otyłością.
- 11) Prowadzenie eBazy izomerów trans kwasów tłuszczowych oraz jej aktualizacja na podstawie badań zawartości tych związków w żywności.
- 12) Aktualizacja norm żywienia populacji.
- 13) Określenie norm żywienia w szpitalach.
- 14) Monitorowanie, wczesna diagnoza i interwencja w zakresie występowania nadwagi i otyłości oraz podwyższonego ciśnienia tętniczego krwi w populacji dzieci.
- 15) Badanie sposobu żywienia i stanu odżywienia polskiego społeczeństwa.

Leczenie

Wiele niekorzystnych zmian metabolicznych, indukowanych otyłością, ulega samoistnej korekcie wraz z regulacją (normalizacją) nadmiernej masy ciała. **Zatem leczenie nadwagi i otyłości powinno być przyczynowe, a postępowanie to jest jednocześnie profilaktyką wtórną innych jednostek chorobowych (ChSN, nadciśnienia tętniczego krwi, cukrzycy, niektórych nowotworów).** W leczeniu otyłości nie powinno się skupiać wyłącznie na redukcji masy ciała i zmniejszaniu wartości BMI, ale także na poprawie parametrów metabolicznych oraz jakości życia (Olszanecka-Glinianowicz & Ostrowska, 2020). Osobom z *nadwagą* bez

¹⁷³<https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/download.xsp/WDU20210000642/O/D20210642.pdf>, s. 8-10

powikłań należy proponować i **wspierać w modyfikacjach stylu życia**, podobnie jak u wszystkich chorych z *otyłością*. Z kolei **skuteczne leczenie otyłości wymaga kompleksowego podejścia** (leczenie zachowawcze, farmakologiczne, interwencje chirurgii bariatrycznej) i **współpracy interdyscyplinarnego zespołu** (Olszanecka-Glinianowicz et al., 2020).

Leczenie zachowawcze – interwencje promocji zdrowia w zakresie modyfikacji stylu życia obejmują: **leczenie dietetyczne i zmianę nawyków żywieniowych, zwiększenie aktywności fizycznej**, terapię behawioralną/psychoterapię. Nie powinno się stosować metod, których bezpieczeństwo i skuteczność nie zostały potwierdzone w wiarygodnych badaniach.



1.3.4. Profilaktyka cukrzycy i jej powikłań

Epidemiologia

Globalnie, według danych WHO, **liczba osób z cukrzycą (*diabetes mellitus*, DM) wzrosła prawie czterokrotnie w okresie 1980-2014, ze 108 do 422 milionów osób** (WHO, 2018b), a przewiduje się, że w 2040 r. DM będzie dotyczyć nawet 640 milionów osób (Sieradzki, 2020). **W Polsce cukrzyca ma charakter choroby społecznej, bowiem chorobowość przekracza 1%** (od 0,3% w przypadku cukrzycy typu 1 do 4,7% dla cukrzycy typu 2) (Sieradzki, 2020). W przypadku cukrzycy typu 2 średni wiek zachorowania przypada na ogół po 30. roku życia, a zapadalność zwiększa się wraz z wiekiem, do ok. 70. roku życia. Większość zgonów (ok. 70%) następuje z powodu powikłań sercowo-naczyniowych (Sieradzki, 2020). Według danych WHO, cukrzyca była odpowiedzialna w Polsce za 2% zgonów – dane za 2016 r. (WHO, 2018b).

Według danych NFZ, we Wrocławiu w 2020 r. było 14 623 pacjentów dorosłych z rozpoznaniem E10-E14 według klasyfikacji ICD-10: *cukrzyca*, oraz 246 pacjentów w wieku rozwojowym (0-18 lat)¹⁷⁴.

Profilaktyka pierwotna oraz wtórna cukrzycy

Edukacja zdrowotna

Podstawą działań promujących zdrowie, w tym z zakresu profilaktyki zdrowotnej (każdego poziomu), jest kompleksowa edukacja zdrowotna, która ma na celu nie tylko podniesienie poziomu wiedzy, ale także – a właściwie przede wszystkim – kształtowanie prozdrowotnych postaw i umiejętności oraz motywowanie do zmiany zachowań na prozdrowotne. Wskazuje się,

¹⁷⁴Dane NFZ dla Urzędu Miasta Wrocławia

by interwencje z zakresu edukacji zdrowotnej były skuteczne, powinny być oparte o aktualną wiedzę medyczną, z przekazem dostosowanym do poziomu wiedzy oraz uwzględniającym postawy, przekonania oraz kontekst kulturowy odbiorcy, a także angażujące i aktywizujące odbiorcę (Synowiec-Piłat & Pałęga, 2017). Warto podkreślić, że skuteczna edukacja zdrowotna jest procesem oraz sumą aktywnych działań, a jednorazowy akt informacyjny (np. ulotka, wykład) cechuje się bardzo niską efektywnością i nie skutkuje trwałą zmianą zachowań. **Wśród najefektywniejszych form edukacji zdrowotnej wymienia się m.in. formę warsztatową oraz edukację grupową (grupy wsparcia).**

Podręcznikowym przykładem powyższego podejścia jest holistyczny model opieki nad pacjentem z cukrzycą, w którym edukacja terapeutyczna ma podobne znaczenie jak pozostałe interwencje nefarmakologiczne oraz postępowanie farmakologiczne (Sieradzki, 2020). Nadrzędnym celem takiej edukacji jest zdobycie przez chorego umiejętności pozwalających na (częściowo) **samodzielne radzenie sobie z chorobą, także w zakresie leczenia farmakologicznego oraz unikanie powikłań choroby i postępowanie w przypadku ich wystąpienia** (*self-management training*). Pożądane jest objęcie edukacją także opiekunów/członków rodziny chorego (PTD, 2021). Prowadzi się edukację indywidualną oraz zbiorową (m.in. poprzez grupy wsparcia), najlepiej równolegle, a stałe powtarzanie szkoleń oraz systematyczne monitorowanie efektów, głównie w zakresie umiejętności pacjenta, jest kluczowe (Sieradzki, 2020). Docelowo dąży się do realizacji koncepcji leczenia zespołowego, według której wyszkolony pacjent jest pełnoprawnym członkiem zespołu terapeutycznego, obok lekarza i pielęgniarki (POZ/opieki specjalistycznej – diabetologicznej). Fundamentalną rolę edukacji diabetologicznej podkreślają również autorzy raportu Polskiej Federacji Edukacji w Diabetologii (PFED), wskazując jednocześnie, że dostęp do specjalistów i edukatorów diabetologicznych w Polsce jest ograniczony i bardzo zróżnicowany terytorialnie (Kulik et al., 2015).

Prewencja cukrzycy

W ramach strategii ukierunkowanej na **prewencję i opóźnianie rozwoju cukrzycy**, aktualne Zalecenia Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego (PTD) wymieniają następujące interwencje (głównie w ramach profilaktyki wtórnej, tj. II-rzędowej): 1) **prowadzenie edukacji prozdrowotnej oraz wykonywanie badań przesiewowych w grupie osób obciążonych (wysokim) ryzykiem (*)**, 2) sformułowanie zaleceń postępowania nefarmakologicznego (behawioralnego – modyfikacja stylu życia) z rozważeniem prewencji farmakologicznej cukrzycy (metformina) *u osób ze stanem przedcukrzycowym*, 3) aktywne wykrywanie innych (modyfikowalnych) czynników ryzyka choroby sercowo-naczyniowej (ChSN) *u osób ze stanem przedcukrzycowym*, a w przypadku ich występowania wdrożenie odpowiedniego leczenia, 4) **skuteczne leczenie nadwagi /otyłości**, w tym interwencje farmakologiczne lub chirurgii bariatrycznej, 5) unikanie – w miarę możliwości – stosowania leków diabetogennych (PTD, 2021). Ponadto autorzy Zaleceń podkreślają, iż **zwiększenie aktywności fizycznej przynosi korzyści bez względu na wiek oraz wskazują na konieczność powtarzania porad dotyczących zaleceń behawioralnych.**

(*) Osobną strategią jest identyfikacja osób z czynnikami ryzyka oraz prowadzenie wśród nich badań przesiewowych (profilaktyka wtórna, tj. II-rzędowa).

Badanie przesiewowe w kierunku cukrzycy należy przeprowadzać u każdej osoby >45 roku życia z częstotliwością raz na 3 lata (bez dodatkowych czynników ryzyka) oraz, niezależnie od wieku, co roku w następujących grupach osób (podział własny):

- u osób z dodatnim wywiadem rodzinnym w kierunku występowania DM, u osób z rozpoznaniem *stanem przedcukrzycowym* oraz u kobiet z przebyłą *cukrzycą ciążową*,
- u osób z rozpoznaną ChSN lub jej czynnikami ryzyka (tj. z rozpoznaniem nadciśnieniem tętniczym, z dyslipidemią, z niskim poziomem aktywności fizycznej, z nadwagą lub otyłością i/lub zwiększonym obwodem w talii),
- u kobiet z *zespołem policystycznych jajników*, lub które urodziły dziecko z masą ciała >4 kg (PTD, 2021).

Zalecane interwencje

W ramach działań **promocji zdrowia oraz prewencji pierwotnej** cukrzycy typu 2 należy podjąć działania na poziomie indywidualnym oraz populacyjnym w obszarach:

- ❖ zmniejszenie rozpowszechnienia palenia papierosów;
- ❖ zmniejszenie szkodliwego spożywania alkoholu;
- ❖ zwiększenie poziomu codziennej, rekreacyjnej aktywności fizycznej;
- ❖ promocji i edukacji żywieniowej¹⁷⁵.

W ramach działań **prewencji wtórnej** cukrzycy typu 2 należy podjąć działania mające na celu:

- ❖ zwiększenie uczestnictwa w programach badań przesiewowych (patrz wyżej).



1.3.5. Profilaktyka chorób układu oddechowego

Epidemiologia i czynniki ryzyka

Światowa Organizacja Zdrowia wskazuje przewlekłe choroby układu oddechowego na jedno z głównych zagrożeń zdrowotnych na świecie. Szacuje się, że globalnie odpowiadają za ok. 5%

¹⁷⁵Patrz: Cz. III. Priorytet 1.1. Poprawa jakości działań prozdrowotnych w zakresie głównych czynników ryzyka chorób cywilizacyjnych

zgonów (WHO, 2018b), a w Polsce nawet za ok. 6,4% (Potyra & Góral-Radziszewska, 2019).

Choroby układu oddechowego stanowiły **czwartą przyczynę zgonów** Polaków w 2018 r., zarówno wśród mężczyzn (7,1% zgonów), jak i kobiet (6,2% zgonów) (Wojtyniak & Goryński, 2020)¹⁷⁶. Umieralność z powodu chorób układu oddechowego *ogółem* wykazuje tendencję wzrostową w ostatnich latach, choć umieralność ogółu ludności Polski spowodowana *przewlekłymi* chorobami dolnych dróg oddechowych od dziesięciu lat stopniowo zmniejsza się.

Jedną z głównych *przewlekłych* chorób układu oddechowego jest **przewlekła obturacyjna choroba płuc (POChP)**, która dotyczy ok. 380 mln osób na świecie, a według szacunków WHO jest 3. główną przyczyną zgonów globalnie (Pierzchała et al., 2020). Choroba rozwija się w wyniku interakcji czynników środowiskowych i osobniczych, a najważniejszym *czynnikiem ryzyka* zachorowania na POChP jest **palenie tytoniu**¹⁷⁷, które odpowiada za nawet ok. 80% przypadków. Warto zaznaczyć, że także *palenie bierne* również zwiększa ryzyko rozwoju POChP. Wśród innych środowiskowych czynników ryzyka znajduje się także **zanieczyszczenia powietrza atmosferycznego**. POChP jest chorobą postępującą, zwłaszcza, jeśli utrzymywane jest narażenie na palenie czy zanieczyszczenia, a częste zaostrzenia przyspieszają utratę czynności płuc, a tym samym pogorszą jakość życia chorych oraz zwiększają ryzyko zgonu (Pierzchała et al., 2020). Rozwiniętej choroby nie można wyleczyć – konieczne jest leczenie przewlekłe do końca życia. **Najskuteczniejszym sposobem zapobiegania zachorowaniu na POChP i jednocześnie zwolnienia progresji choroby jest niepalenie tytoniu**, w tym unikanie biernego palenia, a także unikanie narażenia na zanieczyszczenia powietrza (Pierzchała et al., 2020).

Drugą z najczęstszych przewlekłych chorób układu oddechowego jest **astma** – szacuje się, że choruje na nią ok. 340 mln osób na świecie, a w Polsce chorobowość wynosi ok. 5% (Niżankowska-Mogilnicka, Bochenek, & Gajewski, 2020). Istotą choroby jest przewlekły stan zapalny oskrzeli, a czynniki środowiskowe znajdują się wśród głównych czynników zachorowania na astmę (m.in. alergenów środowiska zewnętrznego, **dym tytoniowy, zanieczyszczenia powietrza atmosferycznego**). Wskazuje się, że nie ma skutecznych metod profilaktyki pierwotnej, choć **unikanie ekspozycji na dym tytoniowy** w życiu płodowym oraz wczesnym dzieciństwie zmniejsza ryzyko rozwoju chorób dróg oddechowych u dzieci.

Zalecane interwencje

W ramach działań **promocji zdrowia** należy podjąć działania na poziomie indywidualnym oraz populacyjnym mające na celu:

¹⁷⁶Patrz: Cz. II, pkt. 2. Wybrane dane epidemiologiczne - Wykres II.2.3. Struktura zgonów według przyczyn mężczyzn oraz kobiet w Polsce w 2018 r. – standaryzowane współczynniki zgonów [na 100 tys. ludności]

¹⁷⁷Patrz: Cz. II, pkt. 4. Diagnoza stylu życia wrocławian – zachowania, postawy i przekonania zdrowotne (Palenie papierosów oraz przekonania na temat palenia) oraz Cz. III. Priorytet 1.1.4. Ograniczanie palenia tytoniu

- (1) zmniejszenie rozpowszechnienia palenia papierosów¹⁷⁸;
- (2) działania na rzecz poprawy jakości powietrza atmosferycznego¹⁷⁹.



1.3.6. Przeciwdziałanie chorobom układu ruchu

Wśród chorób układu ruchu o znaczeniu globalnym znajdują się: choroba zwyrodnieniowa stawów (ChZS) oraz osteoporoza.

Epidemiologia oraz czynniki ryzyka

Choroba zwyrodnieniowa stawów (ChZS) jest najczęstszą przyczyną dolegliwości ze strony układu ruchu, a można ją rozpoznać u połowy osób w wieku powyżej 40 r.ż., przy czym u 80% osób >55 r.ż. występują radiologiczne cechy choroby, a u 100% osób w tej grupie wiekowej – charakterystyczne zmiany histopatologiczne (Zimmermann-Górska & Szczepański, 2020). Wśród czynników ryzyka ChZS znajdują się m.in. starszy wiek, **nadwaga i otyłość, siedzący tryb życia** lub uprawianie sportu wyczynowego. ChZS rozwija się powoli, początkowo bez- lub skąpoobjawowo, a postęp choroby z czasem prowadzi do kalectwa (Zimmermann-Górska & Szczepański, 2020).

Istotną chorobą układu szkieletowego *osób starszych* jest **osteoporoza**. Zmniejszona masa kostna oraz zaburzenia w mikroarchitektonice kości powodują wzrost podatności na złamania (Głuszko & Tłustochowicz, 2020). Według danych NFZ, w Polsce może chorować ok. 2,1 mln osób, a szacuje się, że około 40% kobiet 50-letnich dozna co najmniej 1 złamania związanego z osteoporozą (Głuszko & Tłustochowicz, 2020). Złamania osteoporotyczne najczęściej dotyczą trzonów kręgów oraz biodra, a złamania kości udowej prowadzą do poważnych powikłań oraz zgonów (unieruchomienie oraz jego konsekwencje, m.in. powikłania zakrzepowo-zatorowe, odleżyny, infekcje) (Grodzicki, Kocemba, & Skalska, 2007). Wśród czynników ryzyka związanych ze stylem życia wymienia się małą podaż wapnia, niedobór witaminy D, **palenie tytoniu, alkoholizm** czy **siedzący tryb życia** (Głuszko & Tłustochowicz, 2020).

Możliwości prewencji

Wśród metod zapobiegania ChZS znajdują się: (1) **zapobieganie nadwadze i otyłości**¹⁸⁰; (2) korekcja w obciążaniu powierzchni stawowych i utrzymanie dobrego stanu mięśni

¹⁷⁸Patrz: Cz. II, pkt. 4. Diagnoza stylu życia wrocławian – zachowania, postawy i przekonania zdrowotne (Palenie papierosów oraz przekonania na temat palenia); Cz. III. Priorytet 1.1.4. Ograniczanie palenia tytoniu)

¹⁷⁹Patrz: Cz. III. Priorytet 3. Kształtowanie zdrowego środowiska miejskiego

¹⁸⁰Patrz: Cz. III. Priorytet 1.3.3. Zapobieganie i leczenie nadwagi i otyłości

szkieletowych (m.in. poprzez **regularnie prowadzoną rekreacyjną, umiarkowaną aktywność fizyczną**¹⁸¹) (Zimmermann-Górska & Szczepański, 2020). Z kolei profilaktyka osteoporozy polega m.in. na stosowaniu diety bogatowapniowej, eliminacji niedoboru witaminy D oraz **stosowaniu regularnego wysiłku fizycznego**¹⁸² (Głuszko & Tłustochowicz, 2020).



1.3.7. Higiena i ochrona narządów słuchu i wzroku

Nadmierne bodźce akustyczne oddziałują negatywnie nie tylko na narząd słuchu, ale również na inne narządy, samopoczucie czy sprawność umysłową (Gwódz, 2017). Co więcej, bardzo wysokie poziomy hałasu (>120 dB) mogą ograniczać zdolność kontroli nad otoczeniem, co bezpośrednio przekłada się na bezpieczeństwo i efektywność pracy¹⁸³.

Z kolei odpowiednie oświetlenie jest istotne dla prawidłowego funkcjonowania narządu wzroku – np. zbyt duża intensywność oświetlenia w miejscu pracy (np. o sile 3 000 luksów) powoduje zjawisko olśnienia, co ogranicza bezpieczeństwo pracy i zmniejsza jej wydajność, a długotrwałe działanie jaskrawego światła jest bardzo uciążliwe, a nawet szkodliwe; z drugiej strony, w warunkach słabego oświetlenia zmniejsza się ostrość widzenia, co ma szczególne znaczenie dla osób >40 r.ż. (Gwódz, 2017).

Epidemiologia

W przebiegu procesu starzenia następuje stopniowe zmniejszenie ostrości narządów zmysłów, w tym słuchu i wzroku.

Według niektórych danych, nawet do 90% pacjentów powyżej 80 r.ż. ma trudności ze słyszeniem rozmów, co wyraźnie przyczynia się do pogorszenia sytuacji społecznej, emocjonalnej oraz utraty samodzielności (Pączek & Niemczyk, 2009). Z rodzimych badań PolSenior wynika, że **u prawie 30% osób ≥65 r. ż. występowało upośledzenie słuchu, przy czym stopień i częstość zaburzenia wzrastały wraz z wiekiem**, a niecałe 7% osób w tej grupie wiekowej posiadało aparat słuchowy (Mossakowska, Więcek, & Błędowski, 2012).

Z kolei postępujące zmniejszenie ostrości widzenia w wieku podeszłym związane jest m.in. z postępującą utratą akomodacji oka oraz zmianami w soczewce (Grodzicki, Kocemba, & Skalska, 2007). Główne przyczyny poważnych zaburzeń widzenia oraz ślepoty w wieku starszym, to: zwyrodnienie plamki żółtej związane z wiekiem (ang. *Age-related Macular Degeneration*, AMD), powikłania okulistyczne cukrzycy, jaskra oraz zaćma starcza (Pelletier, Rojas-Roldan, & Coffin, 2016; Wierzbowska & Stankiewicz, 2011), w tym **zaćma stanowi**

¹⁸¹Patrz: Cz. III. Priorytet 1.1.1. Promowanie aktywności fizycznej

¹⁸²Patrz: Cz. III. Priorytet 1.1.1. Promowanie aktywności fizycznej

¹⁸³Patrz: Cz. III. Priorytet 3.2. Tworzenie środowisk proekologicznych

najważniejszą (48%), a jaskra drugą pod względem częstości przyczynę ślepoty na świecie, zaś AMD jest najczęstszą przyczyną utraty wzroku u osób rasy białej ≥ 65 . r.ż. (Wierzbowska & Stankiewicz, 2011). Nabyta utrata przezroczystości soczewki powstaje najczęściej w wyniku procesu starzenia (tzw. zaćma starcza), rzadziej na skutek działania innych czynników (m.in. zwiększona ekspozycja na promieniowanie UVB lub w przebiegu chorób, takich jak nadciśnienie tętnicze, cukrzyca), zaś jaskra wtórna związana jest ze stanami, takimi jak: cukrzyca, zaćma, procesy zapalne, nowotwory lub jako skutek urazu narządu wzroku. Z kolei wśród czynników ryzyka zachorowania na AMD znajdują się m.in.: starszy wiek, palenie tytoniu, nadciśnienie tętnicze, otyłość, nadmierna ekspozycja na światło słoneczne, a także nieprawidłowa dieta oraz nadmierne spożywanie alkoholu (Wierzbowska & Stankiewicz, 2011). Szacuje się, że zaćma dotyczy około 50% osób powyżej 75. r.ż., zaś jaskra – ok. 17% powyżej 85. r.ż., a AMD dotyczy w Polsce ponad 1,2 mln osób (Wierzbowska & Stankiewicz, 2011).

Możliwości interwencji

Kluczową rolę odgrywa higiena narządów słuchu (używanie ochraniaczy, unikanie słuchania głośnej muzyki) i wzroku (odpowiednie warunki oświetleniowe pracy, stosowanie okularów ochronnych) w ciągu życia oraz działania promocyjne i edukacyjne w tym obszarze.

Z uwagi na bezobjawowość i podstępny charakter jaskry szczególnego znaczenia nabierają **systematyczne badania profilaktyczne**¹⁸⁴, tj. każda osoba >35 r.ż. powinna być badana okulistycznie przynajmniej raz na 2 lata, zaś osoby z grup ryzyka – częściej; podobnie jak w przypadku AMD – prosty test przesiewowy (test Amslera) powinien być przeprowadzany u każdej osoby ≥ 50 . r.ż. co najmniej raz w roku (Wierzbowska & Stankiewicz, 2011). Należy podkreślić, że ścisła kontrola glikemii u dorosłych chorych na cukrzycę spowalnia postęp retinopatii cukrzycowej (Pelletier et al., 2016).



1.3.8. Higiena jamy ustnej, w tym profilaktyka próchnicy

Epidemiologia

Niewłaściwa higiena oraz choroby jamy ustnej są istotnymi problemami zdrowia publicznego i występują zarówno w krajach o niskim, jak i wysokim poziomie rozwoju gospodarczego i społecznego – liczba osób na świecie dotkniętych próchnicą sięga 5 miliardów, a szczególnie

¹⁸⁴Patrz: Cz. II, pkt. 4. Diagnoza stylu życia wrocławian – zachowania, postawy i przekonania zdrowotne - Wykres II.4.21. Wykonywanie okresowego badania wzroku

ważnym problemem jest próchnica wśród dzieci (Pawka, Dreher, Herda, Szwiec, & Krasicka, 2010). W wieku 5-6 lat pojawia się uzębienie stałe – obecne u człowieka już do końca życia, a w wieku 12-14 lat kończy się okres wymiany uzębienia. Choroby jamy ustnej, takie jak próchnica i choroby przyzębia, dotyczą około 60-90% dzieci w wieku szkolnym i zdecydowaną większość dorosłych na świecie, a **Polska jest jednym z krajów o najwyższym występowaniu próchnicy wśród dzieci w Europie**. Autorzy raportu polskiej edycji badania HBSC 2018 donoszą, że „ogólnopolskie badanie na temat stanu uzębienia, przeprowadzone w latach 2013-2015 wykazało, że **87% dzieci w wieku 6 lat było dotkniętych próchnicą zębów. Odsetek osób w wieku 15 lat dotkniętych próchnicą zębów stałych w 2015 roku sięgnął 95%**” (Mazur & Małkowska-Szkutnik, 2018, s. 123). Porównując intensywność próchnicy u 12-latków w krajach europejskich autorzy wskazują, że Polska ze wskaźnikiem PUW=4,4 (liczba zębów z próchnicą, usuniętych lub wypełnionych) zajmuje przedostatnie miejsce (2004 r.; woj. dolnośląskie: PUW=3,4) (Pawka et al., 2010). Według danych z ostatniej rundy badań HBSC, 69,1% uczniów stwierdziło, że czyści zęby częściej niż jeden raz dziennie, co w porównaniu do wyników badań poprzedniej edycji (2014) wskazuje na poprawę w tej kwestii (Mazur & Małkowska-Szkutnik, 2018).

Czynniki ryzyka i obszary interwencji

Ważnym elementem profilaktyki jest odpowiednia dieta polegająca na **spożywaniu produktów o niskiej zawartości cukru oraz ograniczanie przekąsek**, ponadto znaczenie mają: **szczotkowanie zębów po każdym posiłku i staranne usuwanie płytki nazębnej każdego dnia** (Pawka et al., 2010). Należy także regularnie zgłaszać się na **wizyty kontrolne** do dentysty¹⁸⁵ – przynajmniej raz na pół roku, co pozwoli wykryć wszelkie zmiany chorobowe w ich wczesnym stadium. Także **stosowanie produktów zawierających fluor** oraz poddawanie się profilaktycznym zabiegom dentystycznym wzmocni szkliwo zębów.

Zalecane interwencje, adresowane głównie do grupy dzieci i młodzieży:

- ❖ **przeglądy profilaktyczne** (ocena stanu higieny jamy ustnej, instruktaż higieny jamy ustnej, ocena stanu uzębienia i zgryzu u wszystkich dzieci oraz wyodrębnienie grupy dzieci z wysokim ryzykiem chorób przyzębia; określenie wskaźnika PUW);
- ❖ **prowadzenie działań edukacyjnych** mających na celu poprawę higieny jamy ustnej.

Szczególne znaczenie dla skuteczności powyższych interwencji jest **obecność gabinetów stomatologicznych w szkołach**.

¹⁸⁵Patrz: Cz. II, pkt. 4. Diagnoza stylu życia wrocławian - zachowania, postawy i przekonania zdrowotne – Wykres II.4.20. Uczęszczanie profilaktyczne do dentysty



1.4. PROMOCJA I OCHRONA ZDROWIA PSYCHICZNEGO

Zdrowie psychiczne zdefiniować można jako stan dobrego samopoczucia, w którym człowiek wykorzystuje swoje zdolności do twórczego rozwoju i samorealizacji. W pojęciu tym mieści się również akceptacja i poczucie własnej wartości i tożsamości, zdolność osiągania satysfakcji z życia oraz realistyczna percepcja rzeczywistości. Zdrowie psychiczne związane jest również z umiejętnością efektywnego radzenia sobie ze stresem w życiu codziennym oraz poprawnego funkcjonowania w życiu społecznym.

Specjaliści zgadzają się, że brak rozpoznanej choroby psychicznej nie musi oznaczać zdrowia psychicznego.

Zgodnie z podejściem reprezentowanym przez WHO¹⁸⁶ oraz Radę Unii Europejskiej¹⁸⁷, **zdrowie psychiczne jest nieodłączną częścią zdrowia ogólnego jednostki i jako takie w sposób istotny wpływa na jakość życia oraz pełne uczestnictwo w życiu społecznym.**

Współcześnie zwraca się również uwagę na **powszechność chorób psychicznych** oraz generowane przez nie konsekwencje fizyczne i psycho-społeczne dla jednostki, ale i całych społeczeństw (m.in. niepełnosprawność, zwiększona śmiertelność oraz negatywny wpływ na gospodarkę). Problemy zdrowia psychicznego niejednokrotnie związane są również z takimi zjawiskami, jak bieda, ubóstwo i bezrobocie, bezdomność, nadużywanie narkotyków i alkoholu oraz marginalizacja i wykluczenie społeczne. Konsekwencją tych zjawisk jest **znaczący wzrost zainteresowania zdrowiem psychicznym populacji oraz silne dążenie do intensyfikacji wysiłków na rzecz jego poprawy na poziomie polityk globalnych oraz regionalnych.**

W raporcie WHO „Zdrowie psychiczne: nowe zrozumienie, nowa nadzieja”¹⁸⁸ **zdrowie psychiczne zostało wskazane jako globalny priorytet zdrowia publicznego.** Podkreśla się w nim, że zdrowie psychiczne stanowi kluczowy warunek osiągnięcia dobrostanu zarówno jednostek, jak i społeczeństw i państw. W raporcie zwraca się szczególną uwagę na konieczność

¹⁸⁶Patrz: Cz. I, pkt. 2. Uwarunkowania prawne i formułowanie misji:

World Health Organization (2013). Resolution WHA66.8 Comprehensive Mental Health Action Plan 2013-2020; Link do dokumentu: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA66/A66_R8-en.pdf?ua=1

Resolution EUR/04/5047810/6 Mental Health Declaration for Europe. Facing the Challenges, Building Solutions. World Health Organization – Regional Office for Europe (2005); Link do dokumentu: https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/99720/edoc06.pdf

¹⁸⁷**Traktat Ustanawiający Wspólnotę Europejską (TWE)**, Dz.Urz. UE 2006 C 321E - art. 152 dotyczący Zdrowia Publicznego;

Link: http://oide.sejm.gov.pl/oide/index.php?option=com_content&view=article&id=14436&Itemid=436

Link do dokumentu: https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/99720/edoc06.pdf

¹⁸⁸World Health Organization (2001b) World Health Report 2001. Mental Health: New Understanding, New Hope; Link do strony: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42390>; Link do dokumentu: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42390/WHR_2001.pdf?sequence=1&isAllowed=y

podjęcia pilnych działań w walce ze stygmatyzacją i dyskryminacją osób z zaburzeniami psychicznymi, a także eksponowana jest potrzeba zapewnienia efektywnej prewencji i leczenia. W dokumencie przedstawiono także nowy sposób rozumienia współczesnych problemów zdrowia psychicznego oraz wskazane zostały **główne rekomendacje w formie następujących działań** (Wciórka, 2014, ss. 19-20):

- zapewnienie leczenia w ramach podstawowej opieki zdrowotnej;
- zapewnienie dostępu do leków psychotropowych;
- umożliwienie opieki środowiskowej;
- edukacja społeczeństwa;
- zaangażowanie społeczności, rodzin i konsumentów;
- rozwój i wdrażanie krajowych polityk, programów i prawodawstwa;
- rozwój kadry medycznej;
- współpraca międzysektorowa;
- monitorowanie stanu zdrowia psychicznego społeczności;
- badania i rozwój na rzecz zdrowia psychicznego.

W dokumentach międzynarodowych¹⁸⁹, ale również krajowych¹⁹⁰ i regionalnych¹⁹¹, zwraca się uwagę na istnienie efektywnych metod promocji zdrowia psychicznego oraz zapobiegania problemom, zaburzeniom i chorobom psychicznym.

Istnieje potrzeba promocji zdrowia psychicznego przede wszystkim wśród dzieci i młodzieży oraz osób starszych.

W **Narodowym Programie Zdrowia na lata 2021–2025** przedstawiono następujący wykaz zadań służących realizacji celu operacyjnego 3: Promocja zdrowia psychicznego¹⁹²:

- 1) Realizacja projektów i programów edukacyjnych, wychowawczych, interwencyjnych oraz profilaktycznych opartych na podstawach naukowych, w tym programów profilaktyki uniwersalnej, wskazującej i selektywnej.
- 2) Podnoszenie kompetencji kadr medycznych i innych specjalistów uczestniczących w realizacji działań profilaktycznych na rzecz opieki psychiatrycznej.
- 3) Kompleksowe badanie stanu zdrowia psychicznego społeczeństwa i jego uwarunkowań

¹⁸⁹Patrz: *The World health report „Mental health...op.cit.*

Patrz: Cz. I, pkt. 1. Uwarunkowania prawne i formułowanie misji - *Helsińska Deklaracja Ministrów Zdrowia Krajów Europejskich z 2005 r. pt. „Deklaracja o ochronie zdrowia psychicznego dla Europy”.*

¹⁹⁰Patrz: Cz. I, pkt. 1. Uwarunkowania prawne i formułowanie misji - *Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 08.02.2017 r. w sprawie Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2017-2022 (Dz. 2017 poz. 458); link: <http://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU20170000458>*

¹⁹¹Patrz: *Regionalny program ochrony zdrowia psychicznego 2021-2027, Departament Zdrowia, Urząd Marszałkowski Województwa Dolnośląskiego, Załącznik nr 1 do uchwały nr 3757/VI/21 Zarządu Województwa Dolnośląskiego z dnia 24 maja 2021 r., link: https://umwd.dolnyslask.pl/fileadmin/user_upload/Zdrowie/2021/1._REGIONALNY_PROGRAM_OCHRONY_ZDROWIA_PSYCHICZNEGO_2021-_2027.pdf*

¹⁹²<https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/download.xsp/WDU20210000642/O/D20210642.pdf>, s. 17-18

- 4) Koordynacja, monitorowanie oraz ewaluacja skuteczności i efektywności zadań prowadzonych w celu profilaktyki problemów zdrowia psychicznego i poprawy dobrostanu psychicznego.

PRZECIWDZIAŁANIE WYSTĘPOWANIU ZABURZEŃ PSYCHICZNYCH

Jak pokazują badania EZOP I (Kiejna et al., 2015; Moskalewicz, Kiejna, & Wojtyniak, 2012) i EZOP II¹⁹³, w ostatnich latach odnotowuje się wzrost rozpowszechnienia chorób psychicznych. Specjaliści zwracają uwagę, że zaburzenia psychiczne nie tylko destabilizują równowagę emocjonalną i psychiczną, ale również zakłócają relacje z rodziną i innymi grupami społecznymi. Skutkiem tego stanu bywa m.in. utrata pracy, poczucie wykluczenia, izolacji społecznej, społeczne piętnowanie oraz obniżenie dotychczasowego standardu życia.

Badania EZOP I pokazały (Moskalewicz et al., 2012), że u niemal ¼ Polaków (23%) w wieku produkcyjnym wystąpiło w trakcie życia przynajmniej jedno z 18 definiowanych w klasyfikacjach (ICD-10 i DSM-IV) zaburzenie psychiczne; co czwarty z respondentów doświadczył więcej niż jednego z ocenianych zaburzeń, a co dwudziesty piąty – trzech i więcej. **Najczęstsze zaburzenia psychiczne w populacji dorosłych Polaków** to zaburzenia związane z przyjmowaniem substancji (12,8%), w tym nadużywanie i uzależnienie od alkoholu (11,9%) oraz od narkotyków (1,4%). Ponadto, blisko 10% mieszkańców Polski (2,5 mln) cierpiało na zaburzenia nerwicowe (lękowe), w tym na fobie specyficzne, fobię społeczną, natomiast prawie milion Polaków ma poważne zaburzenia nastroju (depresja, dystymia, mania).

Według danych szacunkowych, **w Polsce zaburzenia psychiczne dotyczą około 10%, populacji dzieci i młodzieży**, co oznacza, że ponad 600 tys. osób poniżej 18 r.ż. wymaga zapewnienia profesjonalnej opieki (Janas-Kozik, 2017). W grupie dzieci w wieku 7-11 lat, najczęściej obserwowanymi zaburzeniami są: fobie specyficzne (6,3% dzieci), tiki (2,9%) oraz zespół nadpobudliwości psychoruchowej z deficytem uwagi (*attention-deficit hyperactivity disorder*, ADHD) (2,5%). Natomiast wśród młodzieży w wieku 12-17 lat najczęściej diagnozowano, według kolejności: tendencje samobójcze (5,8%), zaburzenia związane z piciem alkoholu i używaniem innych substancji psychoaktywnych (5,3%), tiki (4,2%), fobie specyficzne (4,1%), depresję (3,7%), ADHD (2,1%) oraz anoreksję (2%)¹⁹⁴.

Jak pokazują dane statystyczne, **na Dolnym Śląsku obserwuje się dla większości zaburzeń znacząco wyższe od średniej krajowej wskaźniki odnośnie korzystania z zasobów psychiatrycznej opieki zdrowotnej dla dzieci i młodzieży** – Tabela III.1.5.



Grupy odbiorców interwencji na rzecz promocji zdrowia psychicznego:

- dzieci i młodzież,
- osoby dorosłe w wieku produkcyjnym oraz seniorzy;

¹⁹³Patrz: wyniki badań ogólnopolskich - Kompleksowe badanie stanu zdrowia psychicznego społeczeństwa i jego uwarunkowań (EZOP II); link: <https://ezop.edu.pl/publikacje/>

¹⁹⁴Ostaszewski K., Moskalewicz J., Kucharski M., Stokwiszewski J., Mental health problems among Polish children and adolescents: Preliminary results of the MINI Kid survey, za: Regionalny program ochrony zdrowia psychicznego..op.cit.

- osoby z grup ryzyka: osoby uzależnione od alkoholu i narkotyków, biedne/ubogie, bezrobotni, chorzy przewlekłe, osoby dyskryminowane i marginalizowane społecznie (ze względu na sytuację materialną, stan zdrowia, pochodzenie, orientację seksualną etc.).

Tabela III.1.5. Główne schorzenia wśród dzieci i młodzieży w województwie dolnośląskim - dane 2019 r.

Diagnoza wg ICD-10	Liczba pacjentów na 100 tys. ludności - Dolny Śląsk	Liczba pacjentów na 100 tys. ludności - Polska
<i>całościowe zaburzenia rozwojowe</i>	623,28	509,25
<i>zaburzenia zachowania oraz mieszane zaburzenia zachowania i emocji</i>	478,15	331,23
<i>zaburzenia hiperkinetyczne</i>	475,32	377,25
<i>zaburzenia nerwicowe związane ze stresem i postacią somatyczną</i>	460	406,78
<i>pozostałe zaburzenia psychiczne</i>	352,16	414,68
<i>zaburzenia emocji</i>	262,66	247,33
<i>zaburzenia nastroju</i>	169,93	117,66
<i>niepełnosprawność intelektualna</i>	150,38	137,91
<i>zaburzenia psychiczne z powodu używania środków psychoaktywnych</i>	91,72	53,2
<i>schizofrenia</i>	27,22	19,46
<i>zaburzenia odżywiania</i>	26,81	27

Źródło: Regionalny program ochrony zdrowia psychicznego 2021-2027, Departament Zdrowia, Urząd Marszałkowski Województwa Dolnośląskiego, Załącznik nr 1 do uchwały nr 3757/VI/21 Zarządu Województwa Dolnośląskiego z dnia 24 maja 2021 r., s. 28.

PRZECIWDZIAŁANIE SAMOBÓJSTWOM

Samobójstwa to jedno z głównych zagrożeń zdrowia publicznego w Polsce. W 2016 r., według danych NFZ, 13,5 tys. osób dokonało próby samobójczej (osoby odnotowane w systemie opieki zdrowotnej); 66% przypadków dotyczyło mieszkańców miast; 64% z nich stanowili mężczyźni, a 12% prób samobójczych zakończyło się śmiercią¹⁹⁵. Specjaliści zwracają uwagę na **istnienie bardzo silnego związku pomiędzy występowaniem zaburzeń psychicznych a ryzykiem zachowań samobójczych**. W Polsce w 2016 r. 56% osób korzystało z opieki psychiatrycznej w roku dokonania próby samobójczej¹⁹⁶.

Samobójstwa to drugą po wypadkach komunikacyjnych przyczyną zgonów wśród dzieci i młodzieży w Polsce: w grupie wiekowej do 19 lat, stanowią 23% wszystkich zgonów (26% wśród chłopców i 16% wśród dziewcząt). Warto pamiętać, że w statystykach uwzględniane są jedynie próby odnotowane przez policję (Kielan & Olejniczak, 2018).

¹⁹⁵Regionalny program ochrony zdrowia psychicznego...op.cit., s.29

Zobacz także: Cz. II, pkt. 2. Wybrane dane epidemiologiczne (Przyczyny zewnętrzne zgonów)

¹⁹⁶Regionalny program ochrony zdrowia psychicznego...op.cit., s.29



Profilaktyka samobójstw powinna obejmować interwencje ukierunkowane na (Ostaszewski, 2018)¹⁹⁷:

- zapobieganie stygmatyzacji osób z zaburzeniami psychicznymi oraz minimalizowanie skutków społecznego piętna;
- kształtowanie wśród dzieci i młodzieży umiejętności radzenia sobie z sytuacjami trudnymi w życiu codziennym;
- zwiększanie jakości oraz dostępności do pomocy specjalistycznej w kryzysie psychicznym;
- kształtowanie i podnoszenie umiejętności osób profesjonalnie udzielających wsparcia (nauczyciele, pedagodzy szkolni, pracownicy ochrony zdrowia, policji, straży pożarnej, pracownicy socjalni itd.), pomocnych w sytuacjach kryzysowych;
- kontynuowanie opieki nad osobami po próbach samobójczych oraz poprawa jakości tejże opieki;
- szkolenia lekarzy pierwszego kontaktu w zakresie rozpoznawania i leczenia depresji;
- praca specjalistyczna z grupami ryzyka.



Grupy odbiorców interwencji na rzecz profilaktyki samobójstw:

- dzieci i młodzież,
- osoby dorosłe w wieku produkcyjnym oraz seniorzy;
- osoby z grup ryzyka: mężczyźni w średnim wieku, bezrobotni, ludzie przewlekle i nieuleczalnie chorzy, osoby uzależnione.

W **Narodowym Programie Zdrowia na lata 2021–2025** przedstawiono następujący wykaz zadań służących realizacji celu operacyjnego 3: Promocja zdrowia psychicznego: Zapobieganie zachowaniom samobójczym¹⁹⁸:

- 1) Rozwijanie odpowiedzialnej polityki informacyjnej na temat zachowań samobójczych oraz czynników ryzyka i czynników chroniących z nimi związanych, w tym monitorowanie mediów, stosowanie zaleceń specjalistów (np. suicydologów, specjalistów zdrowia publicznego) w opracowywaniu materiałów informacyjnych i innych przekazów o charakterze medialnym przez instytucje publiczne oraz media publiczne.
- 2) Ograniczanie dostępu do metod dokonywania samobójstw w celu zmniejszenia liczby zachowań samobójczych we wszystkich grupach wiekowych, w tym wspieranie inicjatyw mających na celu poprawę bezpieczeństwa w różnych obiektach, np. mostach, wiaduktach, w obszarze infrastruktury kolejowej (m.in. stacje kolejowe, przejazdy, perony) i budynkach, a także podejmowanie racjonalnych działań w obszarze dostępności leków (OTC), środków medycznych i innych toksycznych substancji chemicznych wykorzystywanych w celach samobójczych.

¹⁹⁷<https://npz3.pl/wp-content/uploads/2018/06/NPZ-Wzmacnianie-zdrowia-psychicznego-Ostaszewski.pdf>, za: Regionalny program ochrony zdrowia psychicznego...op.cit., s. 29

¹⁹⁸<https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/download.xsp/WDU20210000642/O/D20210642.pdf>, s. 18-21

- 3) Opracowanie, wdrażanie i ewaluacja programów profilaktyki uniwersalnej, wskazującej i selektywnej ukierunkowanych na zapobieganie zachowaniom samobójczym, dostosowanych do potrzeb różnych populacji.
- 4) Zapewnienie dostępu do pomocy w kryzysie psychicznym przez dostęp do konsultacji za pośrednictwem narzędzi teleinformatycznych (w tym telefony wsparcia i zaufania, poradnie internetowe, infolinie i linie wsparcia), dostosowanej do potrzeb osób w różnym wieku.
- 5) Opracowanie (przy udziale suicydologów i specjalistów zdrowia publicznego), aktualizacja, upowszechnianie i monitorowanie wdrażania standardów postępowania w przypadku ryzyka zachowań samobójczych skierowanych do adekwatnych grup osób i instytucji, m.in. służby zdrowia, pomocy społecznej, kadry pedagogicznej, rodziców, służb mundurowych, mediów i osób duchownych.
- 6) Rozwój kompetencji pracowników ochrony zdrowia, pracowników oświaty, pomocy społecznej, służb mundurowych, osób duchownych i innych grup zawodowych, w zakresie wczesnego wykrywania symptomów zachowań samobójczych oraz podejmowania interwencji wobec osób przejawiających zachowania samobójcze.
- 7) Rozwój kompetencji przedstawicieli środków masowego przekazu, w szczególności dziennikarzy, redaktorów, sekretarzy redakcji, wydawców.
- 8) Monitorowanie sytuacji epidemiologicznej, zachowań samobójczych, postaw społecznych.
- 9) Prowadzenie działalności naukowo- -badawczej, w tym prowadzenie badań ukierunkowanych na monitorowanie zachowań samobójczych w różnych populacjach, z uwzględnieniem metod dokonywania zamachów samobójczych, a także prowadzenie badań ukierunkowanych na identyfikację nowych i monitorowanie znanych czynników ryzyka i czynników chroniących, w tym prowadzenie badań w zakresie wpływu mediów na zachowania samobójcze.
- 10) Koordynacja działań na rzecz zapobiegania zachowaniom samobójczym określonych w NPZ, z uwzględnieniem możliwości utworzenia i prowadzenia Biura do Spraw Zapobiegania Zachowaniom Samobójczym.

**ZAPEWNIENIE OSOBOM Z ZABURZENIAMI PSYCHICZNYMI
KOMPLEKSOWEJ, WIELOSTRONNEJ I POWSZECHNIE DOSTĘPNEJ OPIEKI
ZDROWOTNEJ ORAZ INNYCH FORM OPIEKI I POMOCY NIEZBĘDNYCH DO
ŻYCIA W ŚRODOWISKU RODZINNYM I SPOŁECZNYM**

Badania pokazują, że na Dolnym Śląsku z każdym rokiem przybywa osób potrzebujących pomocy w zakresie zdrowia psychicznego – w Tabeli III.1.6. oraz na Wykresie III.1.2. przedstawiono zestawienie ukazujące poziom udzielanych świadczeń.

Istnieje również potrzeba udzielania pomocy psychospołecznej i prawnej rodzinom osób z zaburzeniami psychicznymi oraz uzależnionych od alkoholu i narkotyków.

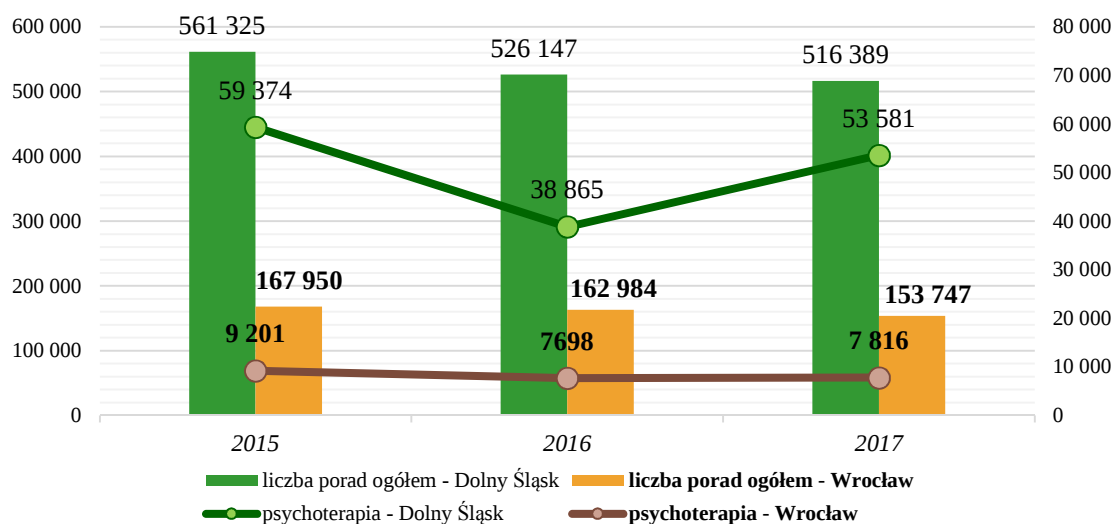
Tabela III.1.6. Świadczenia psychiatryczne w Polsce i na Dolnym Śląsku w latach 2018-2019

rok	liczba pacjentów	liczba porad	liczba hospitalizacji	kobiety wśród pacjentów [%]
-----	------------------	--------------	-----------------------	-----------------------------

Polska	2018	1.51 mln	8.58 mln	272.33 tys.	56.62
Dolny Śląsk		103.01 tys.	541.27 tys.	20.09 tys.	57.87
Polska	2019	1.51 mln	8.78 mln	267.31 tys.	56.76
Dolny Śląsk		104.76 tys.	565.9 tys.	20.13 tys.	58.02

Na podstawie: *Mapy Potrzeb Zdrowotnych 2020. Baza Analiz Systemowych i Wdrożeniowych, Opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień - dorośli*¹⁹⁹

Wykres III.1.3. Lecznictwo ambulatoryjne dla osób z zaburzeniami psychicznymi, osób uzależnionych od alkoholu oraz innych substancji psychoaktywnych w latach 2015-2017



Źródło: dane NFZ dla Urzędu Miasta Wrocławia

KSZTAŁTOWANIE WŁAŚCIWYCH POSTAW SPOŁECZNYCH WOBEC OSÓB Z ZABURZENIAMI PSYCHICZNYMI, W SZCZEGÓLNOŚCI ZROZUMIENIA, TOLERANCJI, ŻYCZLIWOŚCI, A TAKŻE PRZECIWDZIAŁANIA ICH DYSKRYMINACJI

Osoby chore psychicznie są wykluczane z pełnienia wielu ról społecznych. ¾ Polaków uważa, że choroby psychiczne to choroby wstydlive, które się ukrywa przed innymi. Tego rodzaju nastawienie wskazuje, że w świadomości społecznej choroby psychiczne wiążą się z silną stygmatyzacją. Potwierdzono tendencję do spadku życzliwych postaw wobec osób chorych psychicznie (o 9 punktów), przybyło natomiast deklarujących obojętność (o 8 punktów) [okres 1996-2012] (CBOS, 2012c). Warto zwrócić uwagę, że respondenci znacznie lepiej oceniają własne nastawienie wobec osób chorych psychicznie niż postawy swojego otoczenia, co może świadczyć o deklaratywnym charakterze życzliwości. Co piąty badany dostrzega w swoim otoczeniu niechęć do osób chorych psychicznie (21%), a co trzeci (30%) obojętność. Zaledwie co siódmy ankietowany (14%) nie dostrzega dyskryminacji osób chorych psychicznie (CBOS, 2012c).

TWORZENIE ORAZ WSPIERANIE ŚRODOWISK SPRZYJAJĄCYCH ZDROWIU PSYCHICZNEMU

¹⁹⁹<https://basiw.mz.gov.pl/index.html#/visualization?id=3451>

Tworzenie oraz wspieranie środowisk sprzyjających zdrowiu psychicznemu²⁰⁰:

- promowanie zdrowia psychicznego w miejscach pracy;
- wspieranie pracodawców w promowaniu zdrowia w miejscu pracy, ze szczególnym uwzględnieniem zdrowia psychicznego;
- wspieranie i wdrażanie programów zapobiegających wypaleniu zawodowemu, programów profilaktyki i radzenia sobie ze stresem, lękiem, uzależnieniami;
- promowanie środowiska szkolnego sprzyjającego zdrowiu psychicznemu;
- wdrażanie w placówkach edukacyjnych holistycznego podejścia do zdrowia, gdzie zdrowie psychiczne jest ważnym elementem (np. poprzez sieci przedszkoli i szkół promujących zdrowie);
- promocja zdrowia psychicznego wśród seniorów poprzez zachęcanie do aktywności fizycznej i społecznej oraz czynnego uczestnictwa w działaniach wspólnotowych.

²⁰⁰Patrz: Cz. III. Priorytet 3 – priorytet taktyczny 3.3. Rozwijanie i wzmacnianie siedlisk promujących zdrowie



1.5. PROMOCJA ZDROWIA SEKSUALNEGO I REPRODUKCYJNEGO

Zdrowie reprodukcyjne to stan fizycznego, psychicznego i społecznego dobrostanu, który odnosi się do procesów i funkcji reprodukcyjnych (związanych z rozmnażaniem) i układu rozrodczego na wszystkich etapach życia człowieka. Zdrowie reprodukcyjne implikuje, iż ludzie mogą i mają prawo prowadzić odpowiedzialne, satysfakcjonujące i bezpieczne życie seksualne, mają możliwość rozmnażania się oraz wolność decyzji co do tego, kiedy i jak często będą się starać o potomstwo oraz ile dzieci chcą i mogą posiadać.

Kobiety i mężczyźni mają **prawo do informacji i dostępu do bezpiecznych, efektywnych, przystępnych i akceptowalnych metod regulacji płodności**, zgodnych z ich wyborem **oraz prawo do dostępu do odpowiedniej opieki medycznej**, która umożliwi kobietom bezpieczne przejście przez okres ciąży i poród, jak również zapewni ich partnerom największą szansę na posiadanie zdrowego dziecka (SRH, WHO).

Prawo do zdrowia reprodukcyjnego obejmuje prawa do²⁰¹:

- życia, wolności i bezpieczeństwa osobistego,
- zdrowia, zdrowia reprodukcyjnego i planowania rodziny,
- decydowania o liczbie dzieci i częstotliwości ciąż,
- prywatności,
- wolności od dyskryminacji,
- zmiany obyczajów i tradycji pogwałcających prawa kobiet lub mniejszości seksualnych,
- ochrony przed torturami i innymi okrutnymi, niehumanitarnymi lub poniżającymi praktykami i karami,
- wolności od przemocy seksualnej,
- edukacji, w tym edukacji seksualnej opartej na rzetelnej wiedzy naukowej,
- korzystania z postępu naukowego i przyzwolenia na eksperymenty naukowe.

Zdrowie seksualne jako część zdrowia reprodukcyjnego, jest połączeniem biologicznych, emocjonalnych, intelektualnych i społecznych aspektów życia seksualnego, niezbędnych do pozytywnego rozwoju osobowości, komunikacji międzyludzkiej oraz miłości²⁰².

Zdrowie seksualne to dobrostan fizyczny, emocjonalny, psychiczny i społeczny związany z seksualnością (WAS, 2013).

²⁰¹Porównaj: Rezolucja Parlamentu Europejskiego z dnia 24 czerwca 2021 r. w sprawie sytuacji w zakresie zdrowia seksualnego i reprodukcyjnego oraz praw w tej dziedzinie w UE w kontekście zdrowia kobiet; link: [https://oeil.secure.europarl.europa.eu/oeil/popups/ficheprocedure.do?lang=en&reference=2020/2215\(INI\)](https://oeil.secure.europarl.europa.eu/oeil/popups/ficheprocedure.do?lang=en&reference=2020/2215(INI))

Patrz: Sustainable Development Goals · Cele Zrównoważonego Rozwoju, link: <https://sdgs.un.org/goals>

²⁰²Patrz: Sexual and Reproductive Health and Research (SRH), WHO, link: [https://www.who.int/teams/sexual-and-reproductive-health-and-research-\(srh\)/about-us](https://www.who.int/teams/sexual-and-reproductive-health-and-research-(srh)/about-us)

OCHRONA I PROMOCJA ZDROWIA SEKSUALNEGO I REPRODUKCYJNEGO

Jakość życia seksualnego to ważny predyktor zdrowia i dobrego samopoczucia jednostek, rodzin, wspólnot oraz społeczeństw. W Deklaracji Praw Seksualnych Człowieka Światowej Organizacja Zdrowia Seksualnego (World Association for Sexual Health, WAS) czytamy, że **seksualność jest „kluczowym aspektem życia człowieka przez całą długość jego trwania, a w jej skład wchodzi płeć, role i tożsamości płciowe i genderowe (związane z płcią społeczno-kulturową), orientacja seksualna, erotyzm, przyjemność, intymność oraz reprodukcja. Seksualność jest odczuwana i wyrażana w postaci myśli, fantazji, pragnień, przekonań, postaw, wartości, zachowań, praktyk, ról oraz relacji i związków. Seksualność może obejmować wszystkie z powyższych, jednak nie wszystkie jej wymiary muszą być odczuwane lub wyrażane. Seksualność człowieka pozostaje pod wpływem złożonego działania czynników biologicznych, psychologicznych, społecznych, ekonomicznych, politycznych, kulturowych, prawnych, historycznych, religijnych oraz duchowych”** (WAS, 2013)²⁰³.

Zachowanie zdrowia seksualnego wymaga pozytywnego i pełnego poszanowania stosunku do seksualności i relacji seksualnych, jak również do samej możliwości przeżywania przyjemnych i bezpiecznych doświadczeń seksualnych, wolnych od przymusu, dyskryminacji i przemocy (WAS, 2013).

Do osiągnięcia i utrzymania zdrowia seksualnego niezbędne jest poszanowanie, ochrona i możliwość korzystania z praw reprodukcyjnych i seksualnych człowieka (WAS, 2013; SRH, WHO).

Prawa prokreacyjne i seksualne mają swoje źródło w niezbywalnej wolności, godności i równości wszystkich istot ludzkich, jak też wiążą się z zobowiązaniem do zapewnienia im ochrony i nietykalności (WAS, 2013; SRH, WHO).

PODNOSZENIE POZIOMU WIEDZY NA TEMAT SEKSUALNOŚCI CZŁOWIEKA, ZDROWIA REPRODUKCYJNEGO I SEKSUALNEGO NA PODSTAWIE RZETELNYCH BADAŃ NAUKOWYCH

Prowadzona na wysokim poziomie i oparta na wynikach rzetelnych badań naukowych, **edukacja seksualna** jest niezbędna dla prawidłowego funkcjonowania młodych pokoleń. Wraz z gwałtownym postępowaniem cywilizacyjnym krajów rozwiniętych, obserwowana jest eskalacja i ewolucja problemów współczesnego człowieka związanych z realizacją oraz doświadczaniem własnej seksualności (Imacka, 2010). Natomiast wypełnianie tychże zadań jest ważnym predyktorem uzyskania zdrowej dojrzałości we wszystkich sferach życia młodego człowieka (Imacka & Bulsa, 2012), także w sferze zdrowia.

²⁰³ Deklaracja Praw Seksualnych Człowieka, Światowa Organizacja Zdrowia Seksualnego (World Association for Sexual Health, WAS),

wersja polska: <https://worldsexualhealth.net/wp-content/uploads/2013/08/DSR-Polish.pdf>

wersja oryginalna: <http://www.worldsexology.org/resources/declaration-of-sexual-rights/>

World Association for Sexual Health, WAS – link: <https://worldsexualhealth.net>

Specjaliści zwracają uwagę na **niską świadomość dotyczącą sfery seksualnej w populacji osób dorosłych w Polsce**, co związane jest z niedostateczną edukacją seksualną oraz obyczajowością, a przekłada się na postawy i zachowania seksualne oraz zdrowie seksualne i reprodukcyjne (Izdebski & Ostrowska, 2003, s. 15). Niedostatki socjalizacji seksualnej w rodzinie i edukacji seksualnej w szkole sprzyjają ryzykownym zachowaniom (Izdebski et al., 2011). Poziom edukacji seksualnej w polskich szkołach budzi wiele kontrowersji (Długołęcka & Lew-Starowicz, 2010), zwraca się także uwagę, że szkoły nie realizują w pełni programów edukacyjnych i profilaktycznych poświęconych seksualności oraz chorobom przenoszonym drogą płciową.

Działania edukacyjne dotyczące seksualności powinny być prowadzone przez profesjonalnie przygotowanych edukatorów, a przekazywane treści powinny być oparte na aktualnych wynikach rzetelnych badań naukowych.

Jak pokazują badania ogólnopolskie, **większość Polaków (74%) opowiada się za edukacją seksualną dzieci i młodzieży**. Natomiast 19% jest zdania, że edukacja seksualna jest demoralizująca (CBOS, 2019a, s. 6). Dla dorosłych Polaków **głównym źródłem wiedzy na temat seksualności** byli rodzice (49%) i szkoła (43%) oraz w porównywalnym stopniu grupa rówieśnicza – koledzy, koleżanki, przyjaciele (39%) (CBOS, 2019a, s. 7-8). I konsekwentnie, dorośli Polacy są zdania, że miejscem na edukację seksualną dzieci i młodzieży jest dom rodzinny i palcówki edukacyjne (CBOS, 2019a, s. 9). **Zdecydowana większość Polaków (łącznie 84%) jest również zdania, że przekazywanie w szkole dzieciom wiedzy o życiu seksualnym człowieka jest potrzebne.**

Wskazuje to na **potrzebę cyklicznego prowadzenia działań na rzecz:**

- upowszechnienia wiedzy o zdrowiu seksualnym i reprodukcyjnym w programach kształcenia dzieci i młodzieży;
- prowadzenia programów profilaktycznych i edukacyjnych, dotyczących promocji zdrowia seksualnego wśród dzieci, młodzieży, młodych dorosłych oraz całej populacji dorosłych wrocławian.



Grupy odbiorców działań edukacyjnych i profilaktycznych poświęconych zdrowiu seksualnemu i reprodukcyjnemu:

- dzieci i młodzież,
 - młodzi dorośli,
- oraz:
- cała populacja osób dorosłych, a w szczególności (zależność istotna statystycznie – osoby częściej przeciwne edukacji seksualnej dzieci i młodzieży (CBOS, 2019a, ss. 7-8)) osoby z niższym poziomem wykształcenia, starsze (65+).

KSZTAŁTOWANIE POZYTYWNYCH POSTAW WOBEC SEKSUALNOŚCI CZŁOWIEKA ORAZ PRZECIWDZIAŁANIE DYSKRYMINACJI, SEGREGACJI I MARGINALIZACJI ZE WZGLĘDU NA SEKSUALNOŚĆ

Zgodnie z Deklaracją Praw Seksualnych WAS, **spośród praw człowieka dotyczących seksualności, za szczególnie istotne dla zdrowia uznać należy** (WAS, 2013):

- (1) Prawo do równości i niedyskryminacji²⁰⁴.
- (5) Prawo do nauki oraz prawo do kompletnej i wyczerpującej edukacji w zakresie seksualności.
- (7) Prawo do najlepszego możliwego do osiągnięcia stanu zdrowia, w tym zdrowia seksualnego, wraz z możliwością przeżywania przyjemnych, satysfakcjonujących i bezpiecznych doświadczeń seksualnych.
- (8) Prawo do wolności myśli, opinii oraz wyrażania ich²⁰⁵.

Idee równości i niedyskryminowania stanowią podstawę wszelkich działań związanych z ochroną i promowaniem praw człowieka, obejmując jednocześnie **zakaz różnicowania, wykluczania i ograniczania** ze względu na rasę, pochodzenie etniczne, kolor skóry, płeć, język, religię, poglądy polityczne i wszelkie inne poglądy, narodowość i pochodzenie społeczne, stan majątkowy, urodzenie, stan i status człowieka, w tym niepełnosprawność, wiek, narodowość, stan cywilny i sytuację rodzinną, orientację seksualną i tożsamość płciową i płeć społeczno-kulturową (gender), stan zdrowia, miejsce zamieszkania, sytuację ekonomiczną oraz społeczną (WAS, 2013).

Jak pokazują badania ogólnopolskie, wprawdzie większość dorosłych Polaków popiera edukację seksualną dzieci i młodzieży w szkołach, to **w mniejszym stopniu akceptują oni wprowadzenie do szkół tematyki związanej z LGBT+** (CBOS, 2019a, s. 9):

- nieco ponad połowa Polaków (łącznie 53%) uważa, że potrzebne jest wprowadzenie na zajęcia z edukacji seksualnej tematyki dyskryminacji ze względu na orientację (nie zgadza się z tym łącznie 35% badanych, zaś 12% nie ma na ten temat zdania);
- 50% Polaków dostrzega potrzebę wprowadzenia do szkół problematyki zgodności lub jej braku między płcią biologiczną a psychiczną (33% - przeciwna, 17% - brak zdania).

Stosunek Polaków do homoseksualizmu (CBOS, 2019b):

- zaledwie 14% dorosłych Polaków twierdzi, że homoseksualizm jest rzeczą normalną;
- ¼ jest zdania, że homoseksualizm nie jest rzeczą normalną i nie wolno go tolerować;
- nieco ponad połowa (54%) uważa, że homoseksualizm jest wprawdzie odstępstwem od normy, lecz należy go tolerować.

Edukacja antydyskryminacyjna oraz dotycząca kwestii tożsamości i identyfikacji płciowej powinna być kierowana zarówno do dzieci i młodzieży, jak i do osób dorosłych.

²⁰⁴Patrz: Cz. III. Priorytet 2. Zmniejszanie nierówności społecznych w zdrowiu

²⁰⁵Patrz: Cz. III. Priorytet 5. Działania na rzecz upodmiotowienia i aktywizacji mieszkańców na rzecz zdrowia



Grupy odbiorców działań poświęconych przeciwdziałaniu wszelkim formom dyskryminacji, segregacji oraz marginalizacji w zdrowiu ze względu na kwestie związane z seksualnością:

- dzieci i młodzież, cała populacja osób dorosłych;
- osoby niżej wykształcone (zależność istotna statystycznie – osoby częściej przeciwne edukacji antydyskryminacyjnej i reprezentujące wrogie nastawienie do homoseksualizmu) (CBOS, 2019a, s. 10, 2019b, ss. 3-4);
- osoby starsze 65+, o niskim (do 900 zł) dochodzie na osobę w gospodarstwie domowym (zależność istotna statystycznie – osoby częściej reprezentujące wrogie nastawienie do homoseksualizmu) (CBOS, 2019b, ss. 3-4).

PRZECIWDZIAŁANIE RYZYKOWNYM ZACHOWANIOM SEKSUALNYM ORAZ CHOROBYM PRZENOSZONYM DROGĄ PŁCIOWĄ

Na zdrowie seksualne mają wpływ wcześniejsze doświadczenia, które wpływają na jakość późniejszych relacji seksualnych oraz na zdrowie psychiczne (np. kwestia postrzegania inicjacji seksualnej jako przykrego lub satysfakcjonującego i pozytywnego doświadczenia) (Izdebski & Ostrowska, 2003). **Ryzykowne zachowania seksualne** (*risky sexual behavior*) to zachowania, w których istnieje znaczne ryzyko, że osoba podejmująca współżycie seksualne z inną osobą zarażoną infekcją przenoszoną drogą płciową zostanie zarażona lub zajdzie w ciążę lub sprawi, że partnerka zajdzie w ciążę. Zachowanie może dotyczyć stosunku seksualnego dopochwowego, oralnego lub analnego bez zabezpieczenia (Dimbuene, Emina, & Sankoh, 2014).

Do ryzykownych zachowań seksualnych zalicza się (WHO/UNAIDS, 2005):

- seks bez zabezpieczenia,
- kontakt usta-genitalia,
- rozpoczęcie aktywności seksualnej w młodym wieku,
- posiadanie wielu partnerów seksualnych,
- posiadanie partnera wysokiego ryzyka, kogoś, kto ma wielu partnerów seksualnych lub infekcje przenoszone drogą płciową,
- seks analny bez zabezpieczenia i odpowiedniego nawilżenia,
- seks z partnerem, który kiedykolwiek wstrzykiwał narkotyki,
- prostytutkę.

Choroby i infekcje przenoszone drogą płciową (*sexually transmitted diseases, STD; sexually transmitted infections, STI*), inaczej choroby weneryczne (łac. morbus venereus), to szeroka grupa chorób zakaźnych i pasożytniczych²⁰⁶: chlamydia, rzeżączka, kiła, HIV, HPV, wirusowe zapalenie wątroby typu A (HAV), wirusowe zapalenie wątroby typu B (HBV), wirusowe zapalenie wątroby typu C (HCV), ziarnica weneryczna pachwin (LGV), wrzód

²⁰⁶Patrz: *Sexually transmitted infections (STIs)*, WHO, [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-\(stis\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-(stis))

weneryczny, nierzęączkowe zapalenie cewki moczowej (NGU), opryszczka narządów płciowych, mięczak zakaźny.

Choroby przenoszone drogą płciową stanowią poważny i narastający problem zdrowotny zarówno na świecie²⁰⁷, w Europie (Health Protection Agency, 2013), jak i w Polsce (Wojtyniak & Goryński, 2020) - Tabela III.1.7.

Tabela III.1.7. Wybrane choroby przenoszone drogą płciową. Liczba zachorowań i zapadalność na 100 000 ludności w latach 2009-2019

Jednostka chorobowa	Mediana w latach 2009-2013		Mediana w latach 2014-2018		2019	
	liczba zachorowań	zapadalność	liczba zachorowań	zapadalność	liczba zachorowań	zapadalność
kiła (<i>syphilis</i>)	993	2,58	1 457	3,79	1 643	4,28
rzeżączka (<i>gonorrhea</i>)	402	1,05	393	1,02	558	1,45
chlamydie przenoszone drogą płciową	406	1,05	230	0,60	418	1,09
AIDS	162	0,42	111	0,29	85	0,22
nowo wykryte zakażenia HIV	1 100	2,86	1 278	3,32	1 468	3,82

Źródło: na podstawie Wojtyniak, B., & Goryński, P. (2020). *Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania 2020*, s. 290-291.

Choroby przenoszone drogą płciową wywołane są przez różne drobnoustroje, takie jak bakterie, wirusy i pierwotniaki. **Do transmisji STD dochodzi przede wszystkim podczas oralnych, analnych oraz dopochwowych kontaktów seksualnych bez prezerwatywy.** Część STI (HIV, WZW typu B i C) przenoszone są tylko wtedy, kiedy dochodzi do wymiany płynów ustrojowych (wydzielina z cewki moczowej, nasienie lub krew osoby zakażonej), inne z nich (rzeżączka, chlamydia, brodawki oraz opryszczka narządów płciowych) mogą być przekazywane poprzez kontakt ze skórą lub błoną śluzową dotkniętymi infekcją. Niektóre choroby przenoszone drogą płciową **mogą być również przenoszone drogą nieseksualną**, na przykład przez krew lub produkty krwiopochodne. W rzadszych przypadkach do zakażenia dochodzi poprzez używanie zainfekowanych przedmiotów (zwłaszcza wilgotnych ręczników, gąbek lub akcesoriów erotycznych). Wiele chorób przenoszonych drogą płciową, w tym kiła, HBV, HIV, chlamydia, rzeżączka, opryszczka i HPV, może być również przenoszonych z matki na dziecko podczas ciąży i porodu²⁰⁸.

STD / STI mają wpływ na narządy płciowe, jednakże mogą lokalizować się także w innych częściach ciała (np. odbyt czy jama ustna). Część chorób przenoszonych drogą płciową atakuje układ limfatyczny i krwionośny, może negatywnie wpływać na wewnętrzne organy oraz powodować poważne konsekwencje zdrowotne, dodatkowo, nieleczone mogą znacznie zwiększyć możliwość zakażenia wirusem HIV. W niektórych przypadkach choroby przenoszone drogą płciową mogą mieć poważne konsekwencje dla zdrowia reprodukcyjnego,

²⁰⁷Patrz: *Sexually transmitted infections (STIs), WHO... op.cit.*

²⁰⁸Patrz: *Sexually transmitted infections (STIs), WHO... op.cit.*

wykraczające poza bezpośredni wpływ samej infekcji (np. bezpłodność lub przeniesienie z matki na dziecko)²⁰⁹.

Czynniki zwiększające ryzyko zapadnięcia na choroby przenoszoną drogą płciową:

- duża liczba partnerów seksualnych,
- niestosowanie prezerwatyw,
- nadużywanie substancji psychoaktywnych, które zwiększają prawdopodobieństwo podejmowania ryzykowanych zachowań seksualnych.



Potrzeba prowadzenia działań edukacyjnych na temat bezpiecznego współżycia seksualnego, objawów chorób przenoszonych drogą płciową oraz ich konsekwencji zdrowotnych.

Specjaliści zwracają uwagę, że **zachowania ryzykowne młodzieży** są ze sobą skorelowane, co oznacza, że angażowanie się w jeden rodzaj zachowania zwiększa ryzyko angażowania się w inne zachowania lub wzory zachowań ryzykownych (np. używanie alkoholu, substancji psychoaktywnych i przestępczość), co jeszcze bardziej zwiększa zagrożenie zdrowotne (Imacka & Bulsa, 2012). Badania potwierdzają również **istnienie związku między wcześniejszym rozpoczęciem aktywności seksualnej** a korzystaniem z alkoholu i substancji psychoaktywnych (Izdebski & Ostrowska, 2004). **Wcześniejszy wiek inicjacji seksualnej** jest związany z mniej konsekwentną antykoncepcją, a to z kolei implikuje podwyższone ryzyko zakażeń chorobami przenoszonymi drogą płciową, przedwczesnej prokreacji i rodzicielstwa. Ponadto wczesna inicjacja seksualna może przyczyniać się do podejmowania różnych innych ryzykownych zachowań seksualnych, takich jak: współżycie z wieloma partnerami i częste zmiany partnerów, przygodne kontakty seksualne, przemoc seksualna, sponsoring, prostytutka heteroseksualna i homoseksualna (Imacka & Bulsa, 2012).

Zalety opartej na dowodach naukowych oraz profesjonalnie prowadzonej edukacji seksualnej wśród dzieci i młodzieży (Imacka & Bulsa, 2012):

- zmniejsza ryzyko zarażeń chorobami przenoszonymi drogą płciową,
- zmniejsza ryzyko wczesnej prokreacji oraz ciąży oraz związanych z tym komplikacji zdrowotnych dla matki i dziecka (np. wcześniactwo, wyższy wskaźnik umieralności niemowląt, aborcje),
- pozwala na uniknięcie konsekwencji psychologicznych (zwiększone ryzyko depresji, lęki, myśli i próby samobójcze, agresja i niska samoocena) i społecznych (niewłaściwa socjalizacji do życia seksualnego w rodzinie lub jej brak, wzory rodzicielskie związane z zachowaniami ryzykownymi, negatywne zachowania rówieśników, nieprzystosowana do potrzeb młodych ludzi edukacja seksualna w szkołach oraz nasycony treściami seksualnymi przekaz medialny), które są wynikiem ryzykownych zachowań seksualnych.

Ukierunkowanie działań na rzecz przeciwdziałania ryzykownym zachowaniom seksualnym wśród młodzieży jest szczególnie cenną inicjatywą, zważywszy, że osoby te są dopiero w

²⁰⁹Patrz: *Sexually transmitted infections (STIs)*, WHO... op.cit.

trakcie nabywania doświadczeń seksualnych, często eksperymentują i zmieniają swoich partnerów, przez co narażone są na zakażenie wirusem HIV oraz różnorodnymi chorobami wenerycznymi. Problemem jest także wzrastająca liczba ciąż wśród nieletnich dziewcząt oraz tzw. ciąż niezaplanowanych. **Ryzykowne zachowania seksualne nie dotyczą jednak tylko i wyłącznie osób młodych, ale stają się coraz częstsze wśród osób dojrzałych.** Odnotowuje się bowiem wzrost zachorowań na choroby weneryczne oraz na HIV/AIDS wśród osób po 45 r.ż. Specjaliści z *Health Protection Agency* (HPA) zwracają uwagę, iż osoby starsze, które coraz częściej żyją w pojedynkę i przeżywają zmiany w relacjach z partnerem, są jednocześnie mniej skłonne regularnie stosować prezerwatywy, być może także ze względu na brak ryzyka zajścia w ciążę w okresie pomenopauzalnym. Spośród innych czynników, które mogą się przyczyniać do zwiększenia się częstości chorób wenerycznych po 45 roku życia, zalicza się: częstsze podróże zagraniczne, zawieranie znajomości przez Internet, pojawienie się nowych leków na zaburzenia erekcji oraz rozbudowaną sieć usług seksualnych²¹⁰.



Grupy docelowe działań na rzecz przeciwdziałania ryzykownym zachowaniom seksualnym:

- młodzież,
- dorośli we wszystkich kategoriach wiekowych.



W programach i interwencjach w zakresie przeciwdziałania ryzykownym zachowaniom seksualnym ukierunkowanym na całą populację należy zwrócić uwagę na następujące kwestie:

- promowanie modelu bezpiecznego seksu;
- kształtowanie postaw odpowiedzialności za zdrowie seksualne swoje oraz partnera seksualnego;
- upowszechnianie wiedzy na temat środków antykoncepcyjnych;
- edukacja na temat profilaktyki chorób przenoszonych drogą płciową, w tym HIV/AIDS;
- prewencja przemocy seksualnej.

Działania edukacyjne ukierunkowane na promowanie modelu korzystnych dla zdrowia i odpowiedzialnych postaw i zachowań seksualnych oraz unikanie zachowań ryzykownych powinny stać się dla młodzieży i młodych dorosłych wyznacznikiem zdrowego stylu życia.

²¹⁰Health Protection Agency Annual Report and Accounts 2012-13 HC 174 Session 2013-2014; Link: https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/246760/0174.pdf



1.6. POPRAWA JAKOŚCI ŻYCIA OSÓB Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIAMI I NIESAMODZIELNYCH ORAZ ICH OPIEKUNÓW

Priorytetem świadczeń długoterminowej opieki zdrowotnej i socjalnej jest zabezpieczenie potrzeb osób z niepełnosprawnościami, przewlekle chorych oraz niesamodzielnych tak, by mogli oni otrzymywać jak najbardziej efektywną i specjalistyczną pomoc (Mitek, 2013).

Świadczenia opieki długoterminowej można określić jako „całodobowe świadczenie zdrowotne obejmujące swoim zakresem leczenie, pielęgnację i rehabilitację pacjentów przewlekle i obłożnie chorych, których celem jest ich rekonwalescencja” (Mitek, 2013).

KOMPLEKSOWE ZABEZPIECZENIE POTRZEB OSÓB CHORYCH DŁUGOTERMINOWO ORAZ ICH OPIEKUNÓW

Badania ogólnopolskie pokazują, że **potrzeby osób chorych długoterminowo są obecnie uwzględniane w niewystarczającym stopniu** (Kozierkiewicz & Szczerbińska, 2007; Mazurek & Rymaszewska, 2012; Zboina, 2008).

W Polsce świadczenia i usługi w ramach opieki długoterminowej są rozproszone pomiędzy różne części systemu zabezpieczenia społecznego:

- ❖ przede wszystkim **system opieki zdrowotnej** (świadczenia Narodowego Funduszu Zdrowia, NFZ)²¹¹: stacjonarna opieka długoterminowa, pielęgnarska opieka domowa, opieka paliatywna, hospicyjna - **Załącznik II.3.3.**
- ❖ **systemem ubezpieczeń społecznych**: dodatki pielęgnacyjne wypłacane przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych (ZUS) oraz
- ❖ **systemem pomocy społecznej**: pomoc finansowana z budżetu gminy.

Długoterminowa opieka nad pacjentem sprawowana jest (Mitek, 2013):

- ❖ w formie opieki instytucjonalnej przez osoby zajmujące się opieką zawodowo (pracownicy ochrony zdrowia, pracownicy socjalni, opiekunowie zakładowi) lub
- ❖ w formie opieki domowej przez członków rodziny lub bliskich znajomych.

Aktualnie **wydatki przeznaczane na opiekę długoterminową w Polsce** kształtują się zaledwie na poziomie 0,1% PKB (dla porównania: 3,7% w Szwecji, 2,1% w Finlandii, 0,8% w Austrii, 0,6% na Litwie; a średnia dla UE to 0,9% PKB). Natomiast według prognoz, w 2040 i 2050 r. osiągną one wielkość 0,2% PKB (dla porównania, odpowiednio: 5,2%/5,5% w Szwecji, 3,4%/3,5% w Finlandii, 1,2%/1,5% w Austrii, 0,7%/0,9% na Litwie), podczas gdy średnia dla wszystkich krajów UE wyniesie 1,5% PKB (Rothgang & Engelke, 2009).

²¹¹Patrz we Wrocławiu: Załącznik II.3.2. Szpitale oraz opieka całodobowa we Wrocławiu

Wskazuje się również na **brak spójnego podejścia do zagadnienia opieki nad osobami objętymi opieką długoterminową oraz współpracy międzysektorowej, w szczególności pomiędzy systemem zdrowia (Narodowym Funduszem Zdrowia, NFZ) i pomocy społecznej (Miejskim Ośrodkiem Pomocy Społecznej, MOPS)**. Oba systemy oferują usługi o charakterze pielęgnacyjno-opiekuńczym. Z legislacyjnego punktu widzenia, zakres działalności obu systemów uzupełnia się, brakuje jednak przepisów regulujących ich współpracę i łączenie usług (Błędowski, 2012).

ZAPEWNIENIE KOMPLEKSOWEJ ORAZ ZINTEGROWANEJ Z SYSTEMEM ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH I USŁUG OPIEKUŃCZYCH OPIEKI DOMOWEJ DLA OSÓB NIESAMODZIELNYCH I PRZEWLEKLE CHORYCH ORAZ ICH RODZIN



Rozwój opieki domowej, poprzez zwiększenie jej zakresu oraz różnorodności świadczonych pacjentom form pomocy, niewątpliwie może przyczynić się do:

- poprawy jakości życia chorych oraz ich rodzin, poprzez skuteczniejsze rozwiązywanie ich problemów oraz zaspokajanie potrzeb, zarówno o charakterze zdrowotnym, jak i psychospołecznym;
- odciążenia finansowego oraz organizacyjnego instytucji, których zadaniem publicznym jest udzielanie wsparcia w zakresie opieki długoterminowej, a mianowicie placówek MOPS oraz NFZ.

Jedną z najskuteczniejszych strategii wspomagania osób niesamodzielnych i przewlekle chorych oraz ich rodzin wydaje się współcześnie kompleksowa oraz zintegrowana z systemem świadczeń zdrowotnych i usług opiekuńczych opieka domowa.

W podejmowaniu interwencji dotyczących wdrażania różnorodnych form pomocy pacjentom objętych opieką długoterminową oraz ich rodzinom, powinien być brany pod uwagę nie tylko stan faktyczny, czyli zapewniana aktualnie pomoc instytucjonalna i środowiskowa, ale również subiektywne potrzeby chorego.

ZAPEWNIENIE KOMPLEKSOWEGO WSPARCIA INSTYTUCJONALNEGO DLA OPIEKUNÓW OSÓB NIESAMODZIELNYCH I PRZEWLEKLE CHORYCH

Przeprowadzone w ramach programu PolSenior badania wskazują jednoznacznie na **wysokie realne znaczenie rodziny jako źródła wsparcia** (Błędowski, 2012). W Polsce przeważająca część osób niesamodzielnych otrzymuje pomoc i opiekę głównie ze strony rodziny i krewnych (Błędowski & Maciejasz, 2013).



Istota domowej opieki długoterminowej łączy w sobie dbałość o zapewnienie jak najwyższej jakości życia nie tylko chorych, ale także ich bliskich.



Sprawowanie przewlekłej opieki zmienia wiele aspektów życia opiekuna, w szczególności jego sytuację zawodową, finansową, wpływa również na kontakty z otoczeniem, stan zdrowia oraz samopoczucie (Błędowski & Maciejasz, 2013).

Spośród rozlicznych trudności i problemów, z którymi zmagają się opiekunowie chorych długoterminowych, wymienia się: długotrwały stres, wyczerpanie fizyczne i psychiczne, znużenie, problemy finansowe i zawodowe etc. (Deluga et al., 2018; Kachaniuk et al., 2018; Kaczmarek, Durda, Skrzypczak, & Szwed, 2010; Karczevska, Bień, Ołdak, & Jamiołkowski, 2012).

Potrzeby oraz problemy chorych objętych opieką długoterminową powinny być rozpatrywane łącznie z potrzebami i problemami ich opiekunów (Karczevska et al., 2012).

Badania empiryczne pokazują, że „w niewielkiej liczbie gmin realizowane jest wsparcie dla rodzin lub jej poszczególnych członków opiekujących się osobami niesamodzielnymi” (Instytucje wobec potrzeb osób starszych, 2010).



Polski system zabezpieczenia społecznego nie obejmuje opiekunów nieformalnych. Brakuje systemowych rozwiązań umożliwiających rodzinom podjęcie opieki bez kolizji z obowiązkami zawodowym (Błędowski, 2012; Halicka, 2006).

**REALIZACJA CYKLICZNYCH BADAŃ EMPIRYCZNYCH Z ZAKRESU
SOCJOLOGII ZDROWIA I MEDYCYNY UKIERUNKOWANYCH NA
DOROSŁYCH WROCŁAWIAN, OBJĘTYCH DOMOWĄ OPIEKĄ
DŁUGOTERMINOWĄ ORAZ ICH OPIEKUNÓW**



Skuteczność działań instytucjonalnych, podejmowanych na rzecz osób niesamodzielnych oraz przewlekle chorych, zależy od precyzyjnej diagnozy czynników wpływających na ich jakość życia.

W tego rodzaju analizach powinny być brane pod uwagę zarówno czynniki o charakterze:

- obiektywnym (sytuacja ekonomiczna; warunki mieszkaniowe; sytuacja rodzinna; miejsce zamieszkania; dostęp do infrastruktury transportowej, komunikacyjnej, usługowej oraz społecznej – przychodnie, szpitale, sanatoria, DPS, obiekty kulturalne, edukacyjne i sportowe etc.) oraz
- subiektywnym, wśród których największe znaczenie odgrywają potrzeby pacjenta, zwłaszcza te uznane przez niego za niezaspokojone (Mazurek & Rymaszewska, 2012), a także poziom satysfakcji z usług medycznych i socjalnych.

Na podstawie analizy literatury przedmiotu można stwierdzić, że większość prowadzonych dotychczas badań empirycznych, dotyczących szeroko rozumianej opieki długoterminowej, koncentruje się na opiece instytucjonalnej, w bardzo niewielkim zaś zakresie na opiece domowej (Potkins et al., 2003; Ziembicka & Marcinowicz, 2015).

Ponadto, warto zwrócić uwagę, że zdecydowana większość tychże analiz dotyczy:

- 1) pacjentów z konkretnymi schorzeniami, np. *osób psychicznie chorych* (Brewin, Mangen, Brugha, & MacCarthy, 1987; Joska & Flisher, 2005; Phelan et al., 1995; Ruggeri et al., 2005; Slade, Leese, Taylor, & Thornicroft, 1999; Xenitidis et al., 2000),

osób z demencją (Ames, O'Brien, & Burns, 2017; Duda, 2010; Gordon, Carter, & Scott, 1997; Neville, Boyle, & Baillon, 1999), *chorych na Alzheimera* (Burns, O'Brien, Ames, & Förstl, 2013; Szluz, 2017), *osób po udarze* (Hung, Hsieh, Hwang, Jeng, & Wang, 2013; Patel et al., 2006; Sienkiewicz et al., 2016) itp. oraz

- 2) osób w określonym wieku, w zdecydowanej większości – *osób starszych* (Burzyńska, Pikala, Kondak, & Maniecka-Bryła, 2017; Cassel, 1994; Neville et al., 1999; Reynolds et al., 2000), a także dzieci i młodzieży (Binnebesel et al., 2012).

Wyniki tego rodzaju badań stanowią niewątpliwie cenne źródło informacji przede wszystkim dla personelu medycznego specjalizującego się w określonych jednostkach chorobowych oraz dla osób opiekujących się chorymi w ramach opieki długoterminowej. **Dane te nie są jednak wystarczające w przypadku opracowywania i wdrażania instytucjonalnych strategii ukierunkowanych ogólnie na populację pacjentów objętych opieką długoterminową w danej społeczności lokalnej** (jak społeczność Wrocławia), bez ich podziału ze względu na kryterium wieku czy rodzaj schorzenia.



Istotnym jest zatem stworzenie uniwersalnego narzędzia badawczego oraz wdrażanie interwencji na podstawie wyników badań empirycznych.

Warto pamiętać, że skuteczność wprowadzanych interwencji społecznych i zdrowotnych, zależna jest od posiadania jak najbardziej precyzyjnych informacji na temat funkcjonowania grupy, do której kierowane są działania (Anderson & Ozakinci, 2018; Tan, Williams, & Kelly, 2014). Dane koncentrujące się jedynie na pacjentach chorujących na daną jednostkę chorobową lub na określonej kategorii wiekowej, ale także zbyt ogólne dane (dotyczące całego społeczeństwa) nie są miarodajnym źródłem informacji wstępnej, niezbędnej do tworzenia i wdrażania skutecznych programów prozdrowotnych kierowanych do określonej społeczności lokalnej. W tym przypadku niezbędne jest uwzględnienie społeczno-kulturowego oraz strukturalnego kontekstu funkcjonowania danej społeczności.

PRIORYTET 2: ZMNIEJSZANIE NIERÓWNOŚCI SPOŁECZNYCH W ZDROWIU

W wielu badaniach naukowych potwierdzono istnienie zjawiska **nierównego dostępu do zdrowia oraz możliwości prowadzenia zdrowego stylu życia** ze względu na położenie społeczne jednostek funkcjonujących w poszczególnych zbiorowościach społecznych²¹². W określonych sytuacjach jednostki i grupy nie mogą podejmować prozdrowotnych wyborów ze względu na niski poziom wykształcenia oraz niekorzystną sytuację materialną (strukturalne determinanty zdrowia) oraz niezależne od jednostki uwarunkowania środowiskowe (bezrobocie, bieda, skażenie środowiska, brak dostępu lub niska jakość usług medycznych; określone procesy społeczne - np. transformacje ustrojowe, migracje etc.). Instytucje odpowiedzialne za politykę i pomoc społeczną zwracają uwagę na czynniki najbardziej różnicujące społeczeństwo, tj. wykształcenie, dochód, miejsce zamieszkania czy niepełnosprawność.

W tym kontekście na szczególną uwagę zasługuje **kwestia wpływu biedy i ubóstwa na zdrowie i prozdrowotne wybory**. W przypadku grup czy zbiorowości doświadczających biedy i ubóstwa mamy do czynienia ze „**stylem życia w warunkach ograniczonego wyboru**” (Palska, 2002), oznaczającym konieczność zabezpieczenia w pierwszej kolejności potrzeb podstawowych, w związku z czym dbałość o zdrowie jest spychana na dalszy plan (niesprzyjający zdrowiu styl życia, nieuczestniczenie w badaniach profilaktycznych, bierność postawy w zdrowiu i chorobie), zaś zaistnienie choroby bardzo często odbierane jest jako sytuacja traumatyczna, z którą jednostki sobie nie radzą i która dodatkowo pogłębia problemy egzystencjalne (brak środków na leki i leczenie, zwłaszcza specjalistyczne, niemożność skorzystania ze zwolnień lekarskich etc.).

Bieda i ubóstwo to zjawiska złożone, związane ze sferą materialną, społeczną, polityczną i kulturową zbiorowości społecznych (Giddens, 2006). Zjawisko ubóstwa zdefiniować można na wiele sposobów, zaś najprościej jako niemożność zaspokojenia podstawowych potrzeb jednostek, takich jak żywność, mieszkanie, odzież czy transport, a w konsekwencji - potrzeb społecznych i kulturalnych.

Wyróżnia się następujące kategorie ubóstwa (Giddens, 2006):

- **absolutne, bezwzględne (minimum egzystencji):** koszyk dóbr, niezbędnych do podtrzymania funkcji życiowych jednostki oraz jej sprawności psychofizycznej. Kategoria ta uwzględnia tylko te potrzeby, których zaspokojenie nie może być odłożone w czasie, natomiast konsumpcja niższa od tego poziomu prowadzi do biologicznego wyniszczenia i zagrożenia życia. Na koszyk minimum egzystencji składają się potrzeby mieszkaniowe i artykuły żywnościowe. Łączny koszt nabycia (zużycia) tych dóbr określa wartość koszyka, która stanowi granicę **ubóstwa skrajnego** (krańcowa bieda, stan warunków bytowych, który nie zapewnia podstawowych funkcji życiowych);

²¹²Patrz: Cz. I, pkt. 2: Istota profilaktyki i promocji zdrowia w oparciu o model społeczno-ekologiczny oraz priorytety współczesnej promocji zdrowia

- **względne:** ma zmienną wartość, zależną od przeciętnego poziomu życia w danym kraju, który mierzony jest zazwyczaj w oparciu o przeciętna wysokość dochodów (wydatków); bierze się pod uwagę poziom nierówności, czyli dystans pomiędzy poziomem życia określonych zbiorowości, wynikający z wysokości dochodu;
- **subiektywne:** wysokość dochodów odpowiadających w przybliżeniu poziomowi deklarowanemu przez jednostki jako „ledwie wystarczający”;
- **ustawowe:** kwota dochodów, która zgodnie z obowiązującą ustawą o pomocy społecznej uprawnia do ubiegania się o przyznanie świadczenia pieniężnego.

Ubóstwo i bieda przyczyniają się do zjawiska wykluczenia społecznego określonych zbiorowości społecznych, także w obszarze zdrowia (Giddens, 2006).

PODEJMOWANIE DZIAŁAŃ NA RZECZ SPRAWIEDLIWOŚCI SPOŁECZNEJ W OBSZARZE ZDROWIA

W działaniach podejmowanych w ramach polityki społecznej i zdrowotnej oraz promocji zdrowia niezwykle istotnym postulatem jest **przeciwdziałanie zróżnicowaniom i nierównościami w zdrowiu oraz minimalizowanie ich negatywnych skutków**. Co za tym idzie, w społeczno-ekologicznym modelu zdrowia, będącym podstawą teoretyczną współczesnej promocji zdrowia, akcentuje się **konieczność uwzględniania w interwencjach prozdrowotnych strukturalnych oraz kulturowych uwarunkowań zdrowia oraz prozdrowotnego stylu życia**²¹³.



Jednym z kluczowych postulatów współczesnej promocji zdrowia jest w związku z tym **szersze spojrzenie na kategorię stylu życia**²¹⁴, co wiąże się z:

- potrzebą uwzględniania społeczno-demograficznych, strukturalnych oraz kulturowych determinant behawioralnych czynników ryzyka w interwencjach prozdrowotnych;
- koniecznością relatywizacji działań promocji zdrowia w odniesieniu do różnych kategorii odbiorców pochodzących z różnych zbiorowości społecznych;
- koniecznością analizowania stylu życia w odniesieniu do procesów społecznych (uwarunkowania strukturalne i systemowe; ekonomiczne) oraz procesu socjalizacji jednostek i grup społecznych.

W dokumentach międzynarodowych oraz krajowych, podkreśla się, iż **znaczący postęp w dziedzinie promocji zdrowia zależy od osiągnięcia sprawiedliwości i wyrównywania nierówności pod względem zdrowia w poszczególnych państwach i pomiędzy nimi**²¹⁵. Podejście to jest zgodne zarówno z celami, jak i zasadami etycznymi, określonymi w Światowej Deklaracji Zdrowia – Zdrowie dla wszystkich w XXI w. (*Health for all in the 21st century*)²¹⁶.

²¹³Patrz: Cz. I, pkt. 2. Istota profilaktyki i promocji zdrowia...op.cit.

²¹⁴Patrz: Cz. I, pkt. 2. Istota profilaktyki i promocji zdrowia...op.cit.

²¹⁵Patrz: Cz. I, pkt. 1. Uwarunkowania prawne i formułowanie misji

²¹⁶Patrz: Cz. I, pkt. 1. Uwarunkowania prawne i formułowanie misji

Obniżenie liczby osób zagrożonych biedą, ubóstwem i wykluczeniem społecznym jest także nadrzędnym celem Strategii „Europa 2020”²¹⁷ jako kierunkowego dokumentu Unii Europejskiej, a także „Krajowego Programu Przeciwdziałania Ubóstwu i Wykluczeniu Społecznemu (KPPUiWS) 2020. Nowy wymiar aktywnej integracji” czy „Długofalowej Strategii Rozwoju Kraju (DSRK). Polska 2030. Trzecia fala nowoczesności”²¹⁸.

Zgodnie z danymi Głównego Urzędu Statystycznego, w 2020 r. odnotowano w Polsce wzrost odsetka osób skrajnie ubogich z około 4% w 2019 r. do około 5%, przy wyraźnym spadku poziomu wydatków gospodarstw domowych. Zasięg ubóstwa skrajnego w Polsce osiągnął wartość 5,2% (GUS, 2021).



Grupy odbiorców interwencji na rzecz przeciwdziałania ubóstwu (odnośnie całej populacji polskiej, w tym Dolnego Śląska) - na podstawie badań GUS określono, że ubóstwem skrajnym w naszym kraju są dotknięte przede wszystkim gospodarstwa domowe następujących osób (GUS, 2021, s. 4-5):

- mieszkańcy wsi (9,5%);
- utrzymujący się z tzw. niezarobkowych źródeł (utrzymujące się ze świadczeń społecznych), w tym renciści;
- o niskim poziomie wykształcenia: stopa ubóstwa wynosiła średnio 12% w gospodarstwach domowych, w których głową była osoba o wykształceniu co najwyżej gimnazjalnym, około 8% - gdy głowa była osoba z wykształceniem zasadniczym zawodowym;
- z orzeczeniem o niepełnosprawności: stopa ubóstwa w gospodarstwach domowych z przynajmniej jedną osobą niepełnosprawną wyniosła 7,5%;
- z dziećmi poniżej 18 roku życia, z co najmniej trójką dzieci (9% osób ubogich), ale także z dwojgiem dzieci (6,5% osób ubogich);
- dzieci i młodzież (6%).

Ubóstwa skrajnego najrzadziej doświadczily następujące gospodarstwa domowe (GUS, 2021, s. 5):

- utrzymujące się z pracy na własny rachunek jako głównego źródła utrzymania (3%);
- o wysokim poziomie wykształcenia głowy gospodarstwa domowego (2%);
- 1-osobowe;
- małżeństwa (także związki nieformalne) bez dzieci lub z 1 dzieckiem na utrzymaniu (w wieku 0-14 lat lub 15-25 lat, jeśli nie posiada własnego źródła utrzymania i nie pozostaje w związku małżeńskim/nieformalnym),
- mieszkańcy miast (ok. 1-2%, w zależności od ich wielkości), z wyjątkiem miast poniżej 20 tys. mieszkańców.

²¹⁷<https://www.gov.pl/web/rozwoj-technologie/strategia-europa-2020>

²¹⁸Patrz: Cz. I, pkt. 1. Uwarunkowania prawne i formułowanie misji



Zgodnie z KPPUiWS, **działania instytucjonalne na rzecz przeciwdziałania ubóstwu i wykluczeniu społecznemu powinny koncentrować się na następujących obszarach**²¹⁹:

- 1) przeciwdziałania ubóstwu i wykluczeniu społecznemu dzieci i młodzieży,
- 2) przeciwdziałania bezdomności,
- 3) rozwijania usług społecznych dla osób z niepełnosprawnościami, osób starszych i innych osób potrzebujących wsparcia w codziennym funkcjonowaniu,
- 4) wspierania osób i rodzin poprzez działania instytucji pomocy społecznej oraz działania podmiotów ekonomii społecznej,
- 5) wspierania integracji cudzoziemców poprzez rozwój usług społecznych dla migrantów oraz ich integracji na rynku pracy.

ZAPOBIEGANIE NIERÓWNOŚCIOM SPOŁECZNYM W ZDROWIU ORAZ REDUKCJA ICH NEGATYWNYCH SKUTKÓW ZDROWOTNYCH

W 2018 r. w województwie dolnośląskim zasięg ubóstwa skrajnego wynosił 3,8%, a w 2019 r. odnotowano spadek do 2,7%. Natomiast **wskaźnik ubóstwa relatywnego** wynosił odpowiednio 9,9% / 8,4% w 2018/2019 r. Sytuacja Dolnego Śląska na tle średniej z całego kraju kształtuje się korzystnie. W 2019 r. Dolny Śląsk należał do grupy 4 województw, których mieszkańcy w najmniejszym stopniu zostali dotknięci problemem ubóstwa, zarówno skrajnego, jak i ustawowego. Ponadto województwo dolnośląskie odznacza się znacząco niższym wskaźnikiem ubóstwa relatywnego (8,4%)²²⁰.

W 2019 r. w makroregionie południowo-zachodnim, do którego zalicza się województwo dolnośląskie, odnotowano najniższą wartość wskaźnika zagrożenia ubóstwem lub wykluczeniem społecznym (AROP) – na poziomie 15,1%²²¹ (Rycina III.2.1.).

Stopa bezrobocia rejestrowanego w województwie dolnośląskim wyniosła pod koniec 2019 r. 4,6% i była niższa o 0,6% niż w kraju (5,2%). Pod względem wielkości stopy bezrobocia rejestrowanego województwo dolnośląskie plasuje się na 6. miejscu w Polsce. W województwie dolnośląskim **miasto Wrocław i powiat wrocławski wyróżniało się najniższą stopą bezrobocia (1,6%)**²²², w tym we Wrocławiu notuje się systematyczny spadek wielkości stopy bezrobocia rejestrowanego w latach 2010-2019 z 5,5 do 1,6% (GUS, 2020c).

²¹⁹Krajowy Program Przeciwdziałania Ubóstwu i Wykluczeniu Społecznemu (KPPUiWS) 2020. Nowy wymiar aktywnej integracji, Ministerstwo Rodziny i Polityki Społecznej, Warszawa 2021, s. 5 (Patrz: Cz. I, pkt. 1. Uwarunkowania prawne i formułowanie misji)

²²⁰Aneks do opracowania sygnałnego „Zasięg ubóstwa ekonomicznego w Polsce w 2019 r.”, Główny Urząd Statystyczny, Warszawa 2020

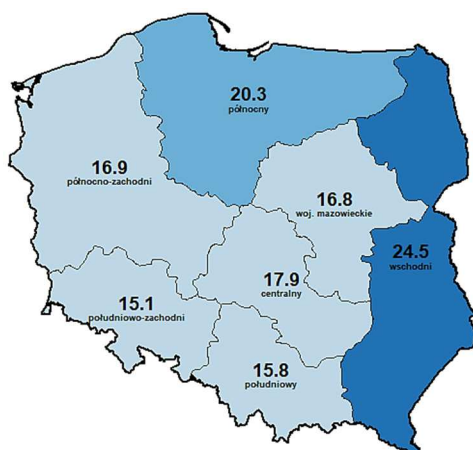
²²¹Programu Przeciwdziałania Ubóstwu i Wykluczeniu...op.cit. (Patrz: Cz. I, pkt. 1. Uwarunkowania prawne i formułowanie misji)

²²²Dolnośląska Strategia Integracji Społecznej na lata 2021-2030, s. 15-17 (Patrz: Cz. I, pkt. 1. Uwarunkowania prawne i formułowanie misji)

Kondycja materialna Dolnoślązaków w 2019 r.²²³:

- zgodnie z danymi Banku Danych Lokalnych GUS przeciętne wynagrodzenie miesięczne brutto w województwie dolnośląskim wynosiło 5.323,55 zł i było wyższe od przeciętnego wynagrodzenia ogólnopolskiego o 2,7%;
- rodzina dolnośląska dysponowała przeciętnym miesięcznym dochodem rozporządzalnym w wysokości 1.955,20 zł na 1 osobę (o 136,06 zł więcej niż dochód na 1 osobę obliczony dla mieszkańca Polski); odnotowano wzrost miesięcznego dochodu rozporządzalnego na 1 osobę o niemal 1/3 w porównaniu do 2015 r.;
- przeciętne miesięczne wydatki na 1 osobę na zaspokojenie potrzeb zdrowotnych wynosiły 71,39 zł;
- następuje stopniowa poprawa samooceny sytuacji materialnej: utrzymuje się najwyższy odsetek Dolnoślązaków oceniających swoją sytuację jako przeciętną, ale liczba ocen bardzo dobrych i raczej dobrych systematycznie rośnie - z 24,8% w 2013 r. do 51,2% w 2019 r.

Rycina III.2.1. Wskaźniki zagrożenia ubóstwem lub wykluczeniem społecznym według makroregionów w 2019 r.



Źródło: Krajowy Program Przeciwdziałania Ubóstwu i Wykluczeniu Społecznemu. Aktualizacja 2021-2027 z perspektywą do roku 2030, Ministerstwo Rodziny i Polityki Społecznej, 19.11.2020 r., s. 9.

UWZGLĘDNIANIE I WDRAŻANIE W TWORZONYCH ORAZ REALIZOWANYCH PROGRAMACH Z ZAKRESU PROMOCJI ZDROWIA I PROFILAKTYKI CHOROŃ WYNIKÓW BADAŃ EMPIRYCZNYCH NA TEMAT NIERÓWNOŚCI SPOŁECZNYCH W ZDROWIU



Analiza zachowań i postaw zdrowotnych społeczności Wrocławia wymaga uwzględnienia następujących zmiennych:

- społeczno-demograficznych: wiek, płeć, stan cywilny, ilość dzieci, aktywność zawodowa;
- społeczno-strukturalnych: wykształcenie, wysokość dochodu, subiektywna ocena sytuacji ekonomicznej;

²²³ Dolnośląska Strategia Integracji Społecznej na lata 2021-2030, s. 27 (Patrz: Cz. I, pkt. 1. Uwarunkowania prawne i formułowanie misji)

- społeczno-kulturowych: wartości i normy społeczne, przekonania zdrowotne, poziom wiedzy medycznej.

Wyrównywanie różnic w zdrowiu - priorytetowe grupy odbiorców:



wyniki badań prowadzonych w 2018 r. na populacji dorosłych mieszkańców Wrocławia (Synowiec-Piłat i in., 2018)²²⁴ (n=898) pozwoliły na **wyróżnienie grup odbiorców, do których w pierwszej kolejności powinny być kierowane interwencje prozdrowotne odnośnie wybranych zachowań i postaw zdrowotnych (behawioralnych czynników ryzyka), składających się na prozdrowotny styl życia (zależności istotne statystycznie)**²²⁵:

Kobiety:

- większe deficyty czasu wolnego w porównaniu do mężczyzn.

Mężczyźni:

- deklarowany brak stosowania ograniczeń ilościowych w diecie;
- niższa samoocena sposobu odżywiania;
- częściej deklarują chęć spożywania alkoholu;
- częściej sięgają po alkohol;
- piją większe ilości alkoholu;
- częściej się upijają;
- częściej są przekonani, że profilaktyka raczej wpływa lub nie wpływa w ogóle na zdrowie człowieka.

Młodzi dorośli:

- największe deficyty w długości snu;
- niższa samoocena sposobu odżywiania;
- im młodsza grupa wiekowa (spośród osób dorosłych), tym większe spożycie alkoholu;
- wyraźna tendencja częstego upijania się;
- częściej palą papierosy.

Osoby w średnim wieku (35-64 lata):

- największe deficyty czasu wolnego;
- niższa samoocena sposobu odżywiania.

Osoby starsze (65+):

- wraz z wiekiem pogarsza się samoocena stanu zdrowia fizycznego;
- wraz z wiekiem pogarsza się samoocena stanu zdrowia psychicznego;
- problemy z bezsennością,

²²⁴Synowiec-Piłat M., Jędrzejek M., Pałęga A., Zmysłona B., Raport z badań „Z korzyścią dla zdrowia czy na jego szkodę? Analiza socjologiczna stylu życia Wrocławian”, projekt badawczy finansowany ze środków gminy Wrocław, 2018 r.; nr umowy D/WZD/19A/68/2018.

²²⁵Patrz: Cz. II, pkt. 4. Diagnoza stylu życia wrocławian – zachowania, postawy i przekonania zdrowotne, Tabela II.4.1. Społeczno-demograficzne, strukturalne i kulturowe uwarunkowania zachowań i przekonań zdrowotnych wrocławian; Tabela II.4.2. Zależność częstotliwości uczestniczenia w poszczególnych formach rekreacyjnej aktywności fizycznej wrocławian od zmiennych społeczno-demograficznych i strukturalnych

- niska aktywność fizyczna.

Osoby o niskim poziomie wykształcenia:

- niska samoocena stanu zdrowia fizycznego;
- niska samoocena stanu zdrowia psychicznego;
- niska aktywność fizyczna;
- deklarowany brak stosowania ograniczeń ilościowych w diecie;
- niższa samoocena sposobu odżywiania;
- ilość spożywanego alkoholu oraz częstotliwość rośnie wraz ze spadkiem poziomu wykształcenia;
- częściej palą nałogowo papierosy;
- wraz z obniżeniem poziomu wykształcenia wzrasta przekonanie, że częściej są przekonani, że profilaktyka nie ma wpływu na zdrowie człowieka.

Osoby o wysokim poziomie wykształcenia:

- deficyty czasu wolnego.

Osoby o niskich dochodach:

- niska samoocena stanu zdrowia fizycznego;
- niska samoocena stanu zdrowia psychicznego;
- deficyty czasu wolnego;
- niska aktywność fizyczna;
- piją częściej;
- upijają się częściej;
- częściej są przekonani, że profilaktyka nie ma wpływu na zdrowie człowieka.

Osoby nisko oceniające swoją sytuację materialną:

- niska samoocena stanu zdrowia fizycznego;
- niska samoocena stanu zdrowia psychicznego;
- niska aktywność fizyczna;
- piją częściej;
- upijają się częściej;
- częściej są przekonani, że profilaktyka nie ma wpływu na zdrowie człowieka.

Osoby chorujące na chorobę przewlekłą:

- niska samoocena stanu zdrowia fizycznego;
- niska samoocena stanu zdrowia psychicznego;

Potwierdzono również **potrzebę rozpatrywania w kontekście nierówności społecznych zachowań związanych z uczestnictwem w onkologicznych badaniach profilaktycznych, wyróżniając priorytetowe grupy, do których powinny być kierowane interwencje prozdrowotne**²²⁶.

²²⁶Patrz. Cz. III. Priorytet 1.2. Zwiększenie uczestnictwa w programach profilaktyki onkologicznej

Konieczność podejmowania działań na poziomie makro- i mikrostrukturalnym na rzecz likwidacji lub zminimalizowania niesprawiedliwych różnic pomiędzy jednostkami i grupami.

Akcentowanie różnic pomiędzy grupami w ich potrzebach zdrowotnych.

Potrzeba diagnozy, gdzie i jakie inwestycje dla zdrowia są potrzebne, a także możliwe do realizacji.

Wszystkim członkom społeczeństwa należy stworzyć takie warunki, by mogli dokonywać prozdrowotnych wyborów i w pełni rozwijać swój potencjał zdrowotny.

PRIORYTET 3: KSZTAŁTOWANIE ZDROWEGO ŚRODOWISKA MIEJSKIEGO

Współcześnie, zgodnie ze społeczno-ekologicznym modelem zdrowia²²⁷, bardzo silnie akcentowane jest znaczenie środowiska przyrodniczego jako ważnej determinanty zdrowia społeczeństwa (Puchalski, 1990; Słońska, 1994; Synowiec-Piłat, 2020). Podkreśla się wpływ na zdrowie czynników środowiskowych, spośród których wymienia się: jakość wód i powietrza, racjonalność wykorzystania i stopień degradacji gleby, wielkość obszarów leśnych, intensywność promieniowania, ilość odpadów (Karski, 1999; Lutyński, 1994; *Zdrowie 21. Zdrowie Dla Wszystkich w XXI W.*, 2001). Szacuje się, że na świecie, w tym również w Europie, średnio od ¼ do 1/3 zachorowań jest spowodowanych czynnikami związanymi ze środowiskiem naturalnym²²⁸.

Konieczność ochrony środowiska przyrodniczego stała się jednym z priorytetów w działaniach na rzecz zdrowia, co wpisuje się również w postulaty współczesnych ruchów proekologicznych (Synowiec-Piłat, 2020, s. 158).

W interwencjach prozdrowotnych na poziomie makrostrukturalnym niezbędne jest koncentrowanie się na **proekologicznej działalności legislacyjnej** (zapobieganie degradacji środowiska naturalnego, walka ze smogiem, ochrona lasów i terenów zielonych, promowanie ekologicznych upraw warzyw i owoców etc.). Podejmowana działalność ustawodawcza oraz polityka zdrowotna dotycząca kwestii środowiskowych powinna zatem sprzyjać możliwości prowadzenia przez społeczeństwo prozdrowotnego stylu życia²²⁹.

²²⁷Patrz: Cz. I, pkt. 2. Istota profilaktyki i promocji zdrowia w oparciu o model społeczno-ekologiczny oraz priorytety współczesnej promocji zdrowia.

²²⁸Patrz dane: European Environment Agency, <http://www.eea.europa.eu/pl>

²²⁹Patrz: Cz. I, pkt. 2. Istota profilaktyki i promocji zdrowia...op.cit.; Cz. III. Priorytet 2. Zmniejszanie nierówności społecznych w zdrowiu.

Polityka proekologiczna powinna znaleźć odzwierciedlenie w interwencjach na szczeblu lokalnym.

Patrzac z perspektywy globalnej²³⁰, miasta i obszary metropolitalne są motorami wzrostu gospodarczego – dostarczają około 60% światowego PKB. Jednak **odpowiadają one również za około 70% globalnej emisji dwutlenku węgla i ponad 60% zużycia zasobów**. Szybka urbanizacja skutkuje rosnącą liczbą **mieszkańców biednych dzielnic, nieodpowiednią i przeciążoną infrastrukturą i usługami** (takimi jak zbiórka odpadów, systemy wodno-kanalizacyjne, drogi i transport), **pogarszającym się zanieczyszczeniem powietrza i nieplanowanym rozrostem miast**. Miasta odpowiadają także za 60-80% zużycia energii i generują aż 70% emisji gazów cieplarnianych spowodowanych przez człowieka. Powyższe, niekorzystne skutki postępującej urbanizacji negatywnie wpływają z kolei na zdrowie populacji miejskiej.

Zgodnie z celem 11 pt. „Zrównoważone miasta i społeczności”²³¹, określonym w Agendzie na Rzecz Zrównoważonego Rozwoju 2030 (ONZ 2015)²³², konieczne jest m.in.:

- podejmowanie działań na rzecz zmniejszenia niekorzystnego wpływu miast na środowisko, ze szczególnym zwróceniem uwagi na jakość powietrza oraz gospodarkę odpadami komunalnymi (cel 11.6);
- zapewnienie powszechnego dostępu do bezpiecznych, integracyjnych i dostępnych zielonych przestrzeni publicznych, zwłaszcza dla kobiet i dzieci, osób starszych i niepełnosprawnych (cel 11.7);
- zapewnienie wszystkim mieszkańcom dostępu do bezpiecznych, przystępnych cenowo i zrównoważonych systemów transportowych, poprawiając bezpieczeństwo ruchu drogowego, w szczególności poprzez rozwój transportu publicznego, ze szczególnym uwzględnieniem potrzeb osób znajdujących się w trudnej sytuacji, kobiet, dzieci, osób niepełnosprawnych i starszych (cel 11.2).

Otoczenie w istotny sposób wpływa na zdrowie, samopoczucie oraz bezpieczeństwo mieszkańców miasta.

Jakość środowiska miejskiego zależy od wielu czynników, spośród których szczególne znaczenie dla zdrowia mają:

- natężenie hałasu,
- natężenie zanieczyszczenia powietrza, wody i gleby,
- poziom bezpieczeństwa w miejscu zamieszkania (bezpieczeństwo drogowe oraz subiektywne poczucie spokoju i bezpieczeństwa przez mieszkańców),
- poziom infrastruktury miejskiej (usługowej, kulturalno-rozrywkowej, religijnej etc.),

²³⁰Patrz: Goal 11 „Sustainable Cities and Communities”, The Sustainable Development Agenda 2030, ONZ, link: <https://www.un.org/sustainabledevelopment/cities/>

²³¹Patrz: Goal 11 „Sustainable Cities and Communities”, <https://www.un.org/sustainabledevelopment/cities/>

²³²Patrz: The Sustainable Development Agenda 2030, ONZ, <https://www.un.org/sustainabledevelopment/development-agenda/>

- poziom zagrożenia dotyczący rozszerzania się w dużych zbiorowiskach ludzkich chorób zakaźnych, przenoszonych drogą kropelkową.

Idea Zdrowego Miasta rozumiana jest jako sposób działania na rzecz zdrowia, oparty na współpracy międzysektorowej oraz uwzględniający różnorodne determinanty wpływające na zdrowie mieszkańców.

Zdrowe Miasto²³³ to platforma współpracy pomiędzy trzema sektorami życia społecznego – publicznym, prywatnym i pozarządowym (niezależnym) na rzecz zdrowia mieszkańców²³⁴.

Podejmowanie w przestrzeni miejskiej inicjatyw na rzecz rozwiązywania lokalnych problemów, wpływających na styl życia i jakość życia mieszkańców, a tym samym na zdrowie.

Zdrowe Miasto to środowisko, które (Iwanicka, 2020):

- dąży do poprawy stanu zdrowia fizycznego, psychicznego i społecznego oraz poprawy środowiskowych warunków życia mieszkańców;
- uwzględnia zdrowie w procesie podejmowania decyzji w różnych sektorach życia społecznego;
- jest świadome problemów zdrowotnych mieszkańców oraz podejmuje działania na rzecz ich rozwiązania.

Zdrowe miasto powinno zapewnić (Iwanicka, 2020):

- realizację podstawowych potrzeb mieszkańców;
- czyste, bezpieczne środowisko życia;
- wysoki poziom zdrowotny;
- optymalny poziom usług medycznych;
- nowoczesny system ekonomiczny;
- warunki do silnego, wzajemnego wsparcia społeczności;
- warunki do partycypacji mieszkańców w decyzjach dotyczących ich zdrowia (upodmiotowienie społeczności na rzecz zdrowia)²³⁵.

W **Narodowym Programie Zdrowia na lata 2021–2025** przedstawiono następujący wykaz zadań służących realizacji celu operacyjnego 4: Zdrowie środowiskowe i choroby zakaźne²³⁶:

- 1) Działania edukacyjne dotyczące wpływu środowiska życia na zdrowie.
- 2) Podejmowanie inicjatyw na rzecz profilaktyki chorób zawodowych i związanych z pracą, w tym ze służbą żołnierzy zawodowych i funkcjonariuszy oraz wzmocnienie zdrowia pracujących.

²³³Patrz: Stowarzyszenie Zdrowych Miast Polskich, link: <https://www.szmp.pl>

²³⁴Patrz: Cz. III. Priorytet 4. Poprawa jakości oraz zwiększenie zakresu współpracy międzysektorowej na rzecz zdrowia

²³⁵Patrz: Cz. III. Priorytet 5. Działania na rzecz upodmiotowienia i aktywizacji mieszkańców na rzecz zdrowia

²³⁶<https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/download.xsp/WDU20210000642/O/D20210642.pdf>, s. 21-24

- 3) Prowadzenie baz danych dotyczących występowania czynników rakotwórczych i mutagennych w miejscu pracy, Centralnego Rejestru Chorób Zawodowych oraz Krajowego Rejestru Czynniki Biologicznych.
- 4) Monitorowanie zagrożeń fizycznych, chemicznych i biologicznych w miejscu pracy; Prowadzenie monitoringu oceniającego ekspozycję na związki chemiczne w środowisku pracy i służby żołnierzy zawodowych i funkcjonariuszy oraz środowisku zamieszkania.
- 5) Promocja szczepień, utrzymanie funkcjonalności portalu informacyjnego dotyczącego szczepień – działania promocyjne i popularyzacyjne dotyczące szczepień ochronnych.
- 6) Przeciwdziałanie powstawaniu antybiotykooporności u drobnoustrojów.
- 7) Poprawa bezpieczeństwa opieki zdrowotnej, w tym kształtowanie postaw i umiejętności personelu medycznego, dotyczących metod sterylizacji, dekontaminacji i dezynfekcji.
- 8) Prowadzenie nadzoru epidemiologicznego dotyczącego chorób zakaźnych.
- 9) Badania naukowe i ocena wpływu jakości środowiska życia na stan zdrowia.
- 10) Prowadzenie baz danych (oraz ich przetwarzanie i udostępnianie właściwym podmiotom) dotyczących chemicznych zanieczyszczeń żywności, mikrobiologii żywności, dodatków do żywności, bezpieczeństwa materiałów i wyrobów przeznaczonych do kontaktu z żywnością.



3.1. POPRAWA BEZPIECZEŃSTWA MIESZKAŃCÓW

Wypadki stanowią niejednorodną grupę zagrożeń zdrowia o charakterze nagłym i niezamierzonym, które powodują uszczerbek na zdrowiu człowieka (Wojtyński & Goryński, 2020, s. 363).

Według analiz epidemiologicznych, od 2000 r. w Polsce utrzymywał się systematyczny spadek liczby zgonów z powodu wypadków, ze stabilizacją wskaźników w latach 2016-2018 (Wojtyński & Goryński, 2020). Typowe dla Polski jest wysokie zagrożenie życia z powodu wypadków wśród mężczyzn na terenach wiejskich. **Najczęstszymi wypadkami śmiertelnymi w Polsce w 2018 r. były: upadki, wypadki komunikacyjne, zatrucia, utonięcia oraz działania ognia, dymu oraz płomieni.** Warto zaznaczyć, że zagrożenie życia z powodu wypadków w Polsce było o prawie 10% wyższe niż w ogółem w UE, w tym we wszystkich wcześniej wymienionych kategoriach.

Według danych Komendy Głównej Policji, we Wrocławiu w okresie 2015-2019 **zmniejszyła się liczba przestępstw ogółem** stwierdzonych przez Policję w zakończonych postępowaniach przygotowawczych z 25 207 do 19 847/rok, w tym o charakterze kryminalnym – z 20 416 do 15 153/rok, ale nieznacznie **wzrosła liczba przestępstw drogowych** – z 892 do 920/rok (GUS, 2020c). Jednocześnie nieznacznie wzrosła wykrywalność sprawców przestępstw ogółem stwierdzonych przez Policję z 43,1 do 46,0%, w tym przestępstw o charakterze kryminalnym – z 34,9 do 39,2% oraz utrzymująca się na stałym poziomie wykrywalność sprawców przestępstw drogowych – 97,5-97,6%.

Również w okresie 2015-2019, według danych Komendy Wojewódzkiej Państwowej Straży Pożarnej we Wrocławiu, zarejestrowano **zmniejszającą się liczbę interwencji z powodu pożarów** – z 3 061 do 2 123/rok (głównie z powodu pożarów małych, tj. o powierzchni obiektów <70 m²) **oraz miejscowego zagrożenia** (tj. katastrofy naturalne, awarie techniczne, wypadki w komunikacji i inne zagrożenia życia i mienia) – z 5 499 do 4 783/rok (GUS, 2020c). Warto zauważyć, że z ogólnej liczby 2 123 przyczyn powstania pożarów w 2019 r., ok. 667 z nich (31,4%) wynikało z nieostrożności osób dorosłych, a jedynie 16 (0,8%) – z powodu nieostrożności nieletnich.

W 2018 r., według danych GUS²³⁷, Straż Miejska podjęła 567 interwencji wobec sprawców wykroczeń na podstawie *Ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi* oraz 19 interwencji na podstawie *Ustawy o ochronie zdrowia przed przestępstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych* (GUS, 2020c).

ZAPOBIEGANIE URAZOM POWSTAŁYM W WYNIKU WYPADKÓW KOMUNIKACYJNYCH, Z UWZGLĘDNIENIEM EDUKACJI W ZAKRESIE UDZIELANIA PIERWSZEJ POMOCY PRZEDMEDYCZNEJ

Polska od wielu lat jest zaliczana do krajów UE jako jeden z gorszymi wskaźnikami bezpieczeństwa ruchu drogowego, choć od 2010 r. sytuacja stopniowo poprawa się, tj. obserwuje się trwałą tendencję spadkową liczby wypadków ogółem, jak i wypadków ze skutkiem śmiertelnym (Wojtyniak & Goryński, 2020). Według danych Policji, w Polsce w 2019 r. zgłoszono 30 288 wypadków drogowych z liczbą 2 909 ofiar śmiertelnych oraz 35 477 osób rannych, w tym 10 633 – ciężko. Tym samym współczynnik liczby poszkodowanych w wypadkach drogowych wynosił 100,0 na 100 tys. ludności, w tym współczynnik ofiar śmiertelnych – 7,7 na 100 tys. ludności. Warto zaznaczyć, że w okresie 2010-2019 współczynnik ofiar śmiertelnych zmniejszył się z 10,3 na 7,7/100 000 ludności (tj. o 26%).

W 2019 r. we Wrocławiu zanotowano 508 wypadków drogowych (ze wskaźnikiem wypadków o wartości 9,0 na 10 tys. pojazdów samochodowych i ciągników zarejestrowanych [w 2015 r. – 11,7]) z łączną liczbą ofiar 567, w tym 551 rannych (86 na 100 tys. ludności) oraz 16 śmiertelnych (2,5 na 100 tys. ludności) (GUS, 2020c). Większość wypadków, bo 408, było spowodowanych z winy kierujących pojazdami, a z winy pieszych – 65.

Nasilenie się ruchu drogowego w miastach skutkuje wzrostem wypadków drogowych. Priorytetem w działaniach podejmowanych w społecznościach miejskich jest zatem:

- ❖ zapobieganie urazom powstałym w wyniku wypadków komunikacyjnych, z uwzględnieniem edukacji w zakresie udzielania pierwszej pomocy przedmedycznej;
- ❖ kształtowanie bezpiecznych zachowań uczestników ruchu drogowego (kierowców pojazdów mechanicznych, rowerzystów oraz pieszych);
- ❖ utrzymywanie bezpiecznej infrastruktury drogowej.

²³⁷Dane Straży Miejskiej Wrocławia



Zgodnie z Wytycznymi Polskiej Rady Resuscytacji ²³⁸ podstawowe zabiegi resuscytacyjne (BLS) są kamieniem węgielnym resuscytacji, która prowadzona przez świadków zdarzenia jest kluczowa dla przeżycia osoby z pozaszpitalnym zatrzymaniem krążenia. Autorzy podkreślają, że **zasadniczym celem edukacyjnym powinny być kursy resuscytacji dla laików**, a jak pokazują obserwacje jednym z najważniejszych kroków, by zwiększyć podejmowania resuscytacji przez świadków zdarzenia, a tym samym zwiększyć przeżywalność ofiar wypadków, jest **nauczanie wszystkich dzieci w szkołach**.

ZAPOBIEGANIE WYSTĘPOWANIU I ROZPRZESTRZENIANIU SIĘ CHOROÓB ZAKAŻNYCH, W SZCZEGÓLNOŚCI PRZENOSZONYCH DROGĄ KROPELKOWĄ

Przebywaniem wrocławian w dużych skupiskach ludzkich, takich jak: żłobki, przedszkola, szkoły, uczelnie, zakłady pracy, domy pomocy społecznej czy centra handlowe, **zwiększa prawdopodobieństwo narażenia (czynnik ryzyka) na kontakt z wirusami i bakteriami**.



Ze względu na dużą zakaźność oraz epidemiczny charakter, poważne powikłania oraz duże koszty leczenia chorób przenoszonych drogą kropelkową, **konieczna jest intensyfikacja działań profilaktycznych**. Najskuteczniejszą metodą zapobiegania występowaniu chorób zakaźnych są **masowe szczepienia**. Zaletą szczepień jest również to, że ich koszty są nieporównywalnie mniejsze od kosztów terapii chorych, zwłaszcza w sytuacji wystąpienia powikłań.

WHO rekomenduje szczepienia przeciwko grypie jako podstawową i bardzo skuteczną metodę profilaktyki i kontroli występowania tej choroby (WHO, 2012a). Skuteczność dotychczasowych szczepień ochronnych, przy założeniu odpowiedniego dopasowania składu preparatu do rzeczywiście występujących szczepów w danym sezonie, ocenia się na poziomie 70-90% u zdrowych osób w wieku <65 r.ż. oraz ok. 30-40% w wieku >65 r.ż. (Antczak, 2015). Kluczowym ograniczeniem skuteczności szczepień ochronnych jest niski odsetek wyszczepialności – w Polsce w sezonie 2013/2014 wynosił on niecałe 4%, w tym 12,5% u osób w wieku >65 lat (rekomendowany w UE odsetek wykonanych szczepień (ang. *vaccination coverage rates*) wśród osób starszych wynosi 75%) (ECDC, 2018).

Potrzeba prowadzenia w społeczności miejskiej programów profilaktycznych dotyczących chorób zakaźnych.



3.2. TWORZENIE ŚRODOWISK PROEKOLOGICZNYCH

²³⁸https://www.prc.krakow.pl/wyt2015/10_Edukacja.pdf

PRZECIWDZIAŁANIE SZKODLIWYM DLA ZDROWIA WARUNKOM OTOCZENIA MIEJSKIEGO (zanieczyszczenie powietrza, gleby i wody; zmniejszenie narażenia na hałas, promieniowanie elektromagnetyczne, zanieczyszczenie światłem)



Czynnikami szczególnie niekorzystnymi dla zdrowia w przestrzeni miejskiej jest **zanieczyszczenie powietrza**²³⁹ oraz **wysoki poziom hałasu**²⁴⁰, co wskazuje na potrzebę podejmowania stałych interwencji samorządu na rzecz przeciwdziałania negatywnemu oddziaływaniu tymże czynników.



Na terenie miasta Wrocławia **głównym źródłem zanieczyszczeń wprowadzanych do powietrza** są indywidualne źródła ciepła, czyli piece i kotły stosowane do celów grzewczych oraz transport drogowy (wzrost natężenia ruchu pojazdów silnikowych). Ponadto, potwierdzono wysoką emisję zanieczyszczeń pyłowych oraz benzo(a)pirenu przez tzw. sektor komunalno-bytowy, a także zanieczyszczenia gazowe ze źródeł przemysłowych (55% - tlenki azotu, 65% - tlenki siarki)²⁴¹.

W Tabeli III.3.1. przedstawiono dane na temat klasyfikacji strefy aglomeracji wrocławskiej, ze względu na ochronę zdrowia, w latach 2016-2020, w odniesieniu do poszczególnych substancji²⁴²:

- klasa A: poziom stężeń zanieczyszczenia nie przekracza poziomu dopuszczalnego /docelowego;
- **klasa C: poziom stężeń zanieczyszczenia przekracza poziom dopuszczalny /docelowy;**
- klasa D1: poziom stężeń zanieczyszczenia nie przekracza poziomu celu długoterminowego (dotyczy tylko ozonu);
- **klasa D2: poziom stężeń zanieczyszczenia przekracza poziomu celu długoterminowego (dotyczy tylko ozonu).**

Tabela III.3.1. Wynikowe klasy strefy aglomeracja wrocławska dla poszczególnych zanieczyszczeń, uzyskane w ramach rocznych ocen jakości powietrza w województwie dolnośląskim w latach 2016-2020

ROK	klasa strefy dla poszczególnych zanieczyszczeń – ochrona zdrowia												
	SO ₂	NO ₂	CO	C ₆ H ₆	PM ₁₀	PM _{2,5}	Pb	As	Cd	Ni	B(a)P	O _{3a}	O _{3b}
2016	A	C	A	A	C	C	A	A	A	A	C	A	D2
2017	A	C	A	A	C	A	A	A	A	A	C	A	D2
2018	A	C	A	A	C	A	A	A	A	A	C	A	D2

²³⁹Patrz: „Jakość środowiska i przestrzeni miejskiej” jako jeden z priorytetów „Strategia Wrocław 2030” - Cz. I, pkt.1. Uwarunkowania prawne i formułowanie misji

²⁴⁰Patrz: „Program ochrony środowiska przed hałasem dla miasta Wrocławia”; link:

<https://bip.um.wroc.pl/artykuly/738/program-ochrony-srodowiska-przed-halasem-dla-miasta-wroclawia>
Prognoza oddziaływania na środowisko projektu Programu Ochrony Środowiska dla miasta Wrocławia na lata 2021-2025 z perspektywą do roku 2030;

Link: <https://bip.um.wroc.pl/artykul/305/26140/program-ochrony-srodowiska-dla-miasta-wroclawia-na-lata-2016-2020-z-perspektywa-do-roku-2025>

²⁴¹Prognoza oddziaływania na środowisko...op.cit., s. 29-30

²⁴²Prognoza oddziaływania na środowisko...op.cit., s. 33

2019	A	C	A	A	A	A	A	A	A	A	C	C	D2
2020	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	C	C	D2

Źródło: Roczne oceny jakości powietrza w województwie dolnośląskim. Raporty za lata 2015-2020; WIOŚ we Wrocławiu, GIOŚ – Regionalny Wydział Monitoringu Jakości Środowiska we Wrocławiu, za: Prognoza oddziaływania na środowisko...op.cit., s. 34.

Wśród zanieczyszczeń powietrza atmosferycznego, oprócz gazów (m.in. dwutlenku siarki, tlenków azotu, tlenku węgla), znajdują się także pyły zawieszone, które są klasyfikowane według wielkości na dwie grupy – PM10 oraz PM2,5. PM10 to mieszanina zawieszonych w powietrzu cząsteczek o średnicy nie większej niż 10 µm, w skład których wchodzi zwykle stosunkowo obojętne chemicznie związki, zaś PM2,5 to aerozole atmosferyczne – pył zawieszony o średnicy nie większej niż 2,5 µm, który według WHO jest najbardziej szkodliwy dla zdrowia człowieka spośród wszystkich zanieczyszczeń atmosferycznych, a stężenie w powietrzu tej właśnie frakcji decyduje o poziomie ryzyka chorób sercowo-naczyniowych (Torbicki, 2007).

W Polsce, w 2018 r. nie było obszarów, gdzie nie zanotowano przekroczenia stężenia średniego rocznego (10 µg/m³), co oznacza, że cała populacja Polski narażona była na długookresowe ryzyko związane z wdychaniem powietrza niespełniającego zaleceń WHO w zakresie pyłu PM2,5.

Z kolei przekroczenie zalecanego przez WHO poziomu dopuszczalnego pyłu PM10 (20 µg/m³) dotyczyło ponad połowy powiatów w Polsce (196 powiatów).

(Wojtyniak & Goryński, 2020, ss. 506-513)



Według danych GUS, na terenie miasta w 2019 r. znajdowało się 19 zakładów szczególnie uciążliwych dla czystości powietrza (stan w dniu 31 grudnia), w tym 8 było wyposażonych w urządzenia do redukcji zanieczyszczeń pyłowych, a 5 – gazowych (GUS, 2020c). Warto zauważyć, że w latach 2015-2019 spadła emisja zanieczyszczeń pyłowych oraz gazowych (bez dwutlenku węgla), odpowiednio z 281 do 139 oraz z 5 750 do 2 674 ton rocznie, a jednocześnie w 2019 r. 99,9% wytworzonych zanieczyszczeń pyłowych oraz 76,2% zanieczyszczeń gazowych zostało zatrzymanych w urządzeniach do redukcji zanieczyszczeń (GUS, 2020c).

Warto zaznaczyć, że stężenie średnie roczne ważone populacyjnie pyłu PM_{2,5} we Wrocławiu w 2018 r. mieściło się pomiędzy 17,5 a 20 µg/m³ [dotychczasowa norma to 10 µg/m³] (Wojtyniak & Goryński, 2020), to okresowa sytuacja dotycząca **jakości powietrza we Wrocławiu jest dramatycznie zła** – dla przykładu, powołując się na międzynarodowy ranking IQAir (Szwajcaria), 27 września 2021 r., tuż po godz. 19, **Wrocław znalazł się na 3. miejscu na świecie (!) pod względem zanieczyszczonego powietrza** (152 AQI [Air Quality Index]), a gorszej jakości powietrze odnotowano wówczas jedynie w Lahaur (Pakistan; 171 AQI) i Taszkencie (Uzbekistan; 164 AQI), a dla porównania w tym dniu Kraków znajdował się na 44. miejscu, a Poznań – na 48. miejscu na świecie²⁴³. Z kolei 11.10.2021 r., tuż przed godziną 10

²⁴³<https://gazetawroclawska.pl/smog-wroclaw-trzecim-miastem-na-swiecie-pod-wzgledem-zanieczyszczen-gorszego-powietrza-nie-ma-nigdzie-w-calej-polsce/ar/c1-15824233>
Ranking IQAir: <https://www.iqair.com/world-air-quality-ranking>

rano, Wrocław znalazł się na **1. miejscu pod względem najgorszej jakości powietrza na świecie (!!!)** z liczbą punktów 179 AQI (Kraków na 4. miejscu, a Poznań – na 10.)²⁴⁴.

W sierpniu 2021 r., w raporcie WHO przedstawiono nowe, zaostrzone normy dotyczące jakości powietrza²⁴⁵: dopuszczalne poziomy pyłu zawieszonego PM_{2,5} zaostrzone zostały dwukrotnie – maksymalna norma w *ciągu roku* nie powinna przekraczać 5 µg/m³ (dotąd 10 µg/m³), a dopuszczalne stężenie *dobowe* PM_{2,5} nie powinno natomiast przekraczać 15 µg/m³ (dotąd 25 µg/m³), a rekomendowana norma dla pyłu zawieszonego PM₁₀ w *ciągu roku* to 15 w miejsce 20 µg/m³, a w przypadku NO₂ rekomendowane poziomy zaostrzono czterokrotnie – zalecana *roczna* norma nie powinna przekraczać 10 µg/m³ (dotąd 40 µg/m³).

W celu utrzymania dobrej jakości powietrza we Wrocławiu oraz zapobiegania przekroczeniom standardów jakości powietrza, specjaliści zalecają podejmowanie m.in. następujących działań²⁴⁶:

- ograniczenie emisji zanieczyszczeń do powietrza z ogrzewania indywidualnego;
- zwiększanie powierzchni zieleni w mieście;
- nasadzenia zieleni wzdłuż największych ciągów komunikacyjnych we Wrocławiu;
- rozwój i zwiększanie efektywności systemu transportu publicznego, zachęcające mieszkańców do korzystania z systemu transportu zbiorowego;
- wspieranie rozwiązań proekologicznych w zakresie transportu (np. wspieraniu stacji ładowania pojazdów elektrycznych);
- tworzenie stref ograniczonego ruchu i stref uspokojonego ruchu;
- organizacja ruchu drogowego w taki sposób, aby priorytet posiadał ruch pieszy; rowerowy oraz transport zbiorowy, zwłaszcza w centrum miasta;
- rozwój systemu tras rowerowych i infrastruktury rowerowej;
- intensyfikacja okresowego czyszczenia ulic metodą moką (szczególnie w okresach bezdeszczowych);
- upowszechnienie tzw. pieszego autobusu dla uczniów, polegającego na wspólnym, pieszym przemieszczaniu się uczniów do szkoły i z powrotem, w towarzystwie przynajmniej jednej osoby dorosłej.

Jakość powietrza powinna być stale monitorowana.

Ograniczenie emisji spalin i pyłów przemysłowych powinno być egzekwowane przez odpowiednie organizacje rządowe jako element prewencji populacyjnej chorób cywilizacyjnych.

²⁴⁴<https://miejskawewroclawiu.pl/wroclawskie-powietrze-najbardziej-zanieczyszczone-na-swiecie/?fbclid=IwAR3NU2TE0pbqTaZ9742FxCGh2nH1Dn0Ievf7jU5-EgpKxMgLUPyKN23SFsY>

²⁴⁵<https://www.who.int/publications/i/item/9789240034228>

²⁴⁶Progniza oddziaływania na środowisko...op.cit., s. 30-32



Zanieczyszczenie wód w aglomeracji Wrocławia²⁴⁷: w 2019 r. stan JCWP (jednolitych części wód powierzchniowych), znajdujących się w obszarze miasta określono jako zły (stan chemiczny i stan/potencjał ekologiczny poniżej dobrego). Na podstawie badań prowadzonych w latach 2017-2019 określono, że **jakość wód Odry i jej dopływów w rejonie Wrocławia jest bardzo niska**. Ponadto, zwraca się również uwagę na niekorzystną tendencję, jaką jest **wzrost we Wrocławiu ilości ścieków komunalnych wymagających oczyszczenia**²⁴⁸. Według danych GUS, w okresie 2015-2019 wrosła ilość ścieków przemysłowych i komunalnych, wymagających oczyszczenia z 3 520 do 3 820 m³ rocznie (GUS, 2020c).



Zgodnie z Prawem Ochrony Środowiska, **hałas** definiuje się jako dźwięki o częstotliwości od 16 Hz do 16 000 Hz²⁴⁹. „**Hałas w środowisku**” to „niepożądane lub szkodliwe dźwięki powodowane przez działalność człowieka na wolnym powietrzu, w tym hałas emitowany przez środki transportu, ruch drogowy, ruch kolejowy, ruch samolotowy oraz hałas pochodzący z obszarów działalności przemysłowej”²⁵⁰. Bardzo istotnym źródłem niekorzystnego dla zdrowia hałasu jest wzrost natężenia ruchu pojazdów silnikowych, który przyczynia się także do zmniejszenia powierzchni terenów zielonych oraz stref ciszy w centrach miast. **Hałas jest traktowany jako zanieczyszczenie środowiska naturalnego**, z które powinno się zwalczać tak, jak inne zanieczyszczenia²⁵¹. **Przekroczono normy hałasu**, z którym to problemem borykają się współcześnie wszystkie większe aglomeracje miejskie, **powodują dyskomfort dla mieszkańców oraz stanowią zagrożenie dla zdrowia**. Na terenie miasta Wrocławia dominującym źródłem hałasu jest hałas drogowy. 49% mieszkańców Wrocławia jest ekspozowanych na długookresowy hałas pochodzący z ruchu drogowego²⁵².

Istnieje konieczność ochrony klimatu akustycznego w aglomeracjach miejskich przed jego zanieczyszczeniem.



Promieniowanie elektromagnetyczne (PEM) wytwarzane jest zarówno w warunkach naturalnych (m.in. promieniowanie elektromagnetyczne Ziemi i wyładowania elektryczne w czasie burz), jak również w wyniku działalności człowieka.

Pola sztucznego pochodzenia emitowane są głównie przez²⁵³:

- obiekty elektroenergetyczne do wytwarzania i przesyłu energii elektrycznej (elektrownie, elektrociepłownie, stacje transformatorowe, napowietrzne linie elektroenergetyczne),

²⁴⁷Prognoza oddziaływania na środowisko...op.cit., s. 76

²⁴⁸Prognoza oddziaływania na środowisko...op.cit., s. 97

²⁴⁹Patrz: Obwieszczenie Marszałka Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 29 maja 2020 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu ustawy - Prawo ochrony środowiska, Dz.U. z 2020 r., poz. 1219; link: <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU20200001219>

²⁵⁰Patrz: Dyrektywa Parlamentu Europejskiego i Rady odnosząca się do oceny i zarządzania poziomem hałasu, dostęp: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?uri=CELEX%3A32002L0049>,

za: Prognoza oddziaływania na środowisko...op.cit., s. 51.

²⁵¹Prognoza oddziaływania na środowisko...op.cit., s. 51

²⁵²Prognoza oddziaływania na środowisko...op.cit., s. 61

²⁵³Prognoza oddziaływania na środowisko...op.cit., s. 62

- instalacje i urządzenia radiokomunikacyjne (stacje bazowe telefonii komórkowej, radiowe i telewizyjne stacje nadawcze, stacje radiolokacyjne i radionawigacyjne).

Na terenie Wrocławia, w latach 2016-2019 nie stwierdzono przekroczenia wartości dopuszczalnej w żadnym z punktów pomiarowych objętych badaniami poziomu PEM²⁵⁴.



Zanieczyszczenie światłem to kolejne środowiskowe zagrożenie dla zdrowia mieszkańców miast, stanowiące coraz większy problem rozwijających się aglomeracji w krajach uprzemysłowionych.

“Zanieczyszczenie światłem powodowane jest przez sztuczne światło produkowane przez człowieka oraz odbite od powierzchni, zaburzające naturalny poziom jasności nocnego środowiska. Powodowane jest przede wszystkim przez oświetlenie zewnętrzne, a w mniejszym stopniu przez oświetlenie stosowane wewnątrz obiektów, które:

- *jest nieosłonięte lub nieodpowiednio osłonięte, źle skierowane, umożliwiając ucieczkę światła poza obszar, który jest celem oświetlania;*
- *działa w czasie, w którym nie jest potrzebne;*
- *jest jaśniejsze niż jest to niezbędne,*
- *zostaje odbite od powierzchni, np. ścian i dachów budynków, nawierzchni ulic i chodników czy nawierzchni obiektów sportowych”²⁵⁵.*

W przypadku ludzi, zanieczyszczenie światłem negatywnie wpływa na biologiczny rytm, zmieniając naturalny cykl dobowy, a w konsekwencji negatywnie oddziałuje między innymi na układ somatyczny, czy ludzkie zachowania.



Potrzeba podejmowania interwencji na rzecz zapobiegania powstawaniu odpadów, co sprzyja oszczędzaniu zasobów (np. wody, drewna, węgla). Ważne jest również **ograniczenie wytwarzania odpadów** na poziomie podejmowania przez ludzi decyzji o zakupach.

POSZERZENIE PRZESTRZENI PUBLICZNYCH WOLNYCH OD DYMU TYTONIOWEGO



Negatywne zdrowotne skutki palenia dotyczą nie tylko palaczy czynnych, ale również osób w ich bezpośrednim otoczeniu, czyli tzw. palaczy biernych. Jak pokazały badania, większość wrocławian (63%, w tym 22% często) stwierdza, że jest na co dzień narażona na dym papierosowy²⁵⁶. Wskazuje to jednoznacznie na **potrzebę podejmowania stałych interwencji na rzecz zmniejszenia liczby osób palących w miejscach publicznych we Wrocławiu**. Jednym z rozwiązań strukturalnych w walce z paleniem papierosów jest

²⁵⁴ Poziomy dopuszczalne w zakresie częstotliwości objętych monitoringiem (tj. co najmniej 3MHz-3 GHz) w cyklu pomiarowym 2017-2019 wynosiły 7 V/m w miejscach dostępnych dla ludności

Patrz: Prognoza oddziaływania na środowisko...op.cit., s. 67

²⁵⁵ Prognoza oddziaływania na środowisko...op.cit., s. 68

²⁵⁶ Patrz: Raport z badań „Z korzyścią dla zdrowia...op.cit., s. 62-73

Cz. II, pkt. 4. Diagnoza stylu życia wrocławian - zachowania, postawy i przekonania zdrowotne (Palenie papierosów oraz przekonania na temat palenia)

wprowadzenie ustawowego zakazu palenia w miejscach publicznych, ale również dbałość odpowiednich służb publicznych o jego egzekwowanie.



Grupy odbiorców działań na rzecz zwiększenia przestrzegania zakazu palenia w miejscach publicznych:

- przedstawiciele władz i pracownicy instytucji publicznych i zakładów pracy;
- przedstawiciele władz i pracownicy placówek edukacyjnych (przedszkoli, szkół, uczelni wyższych).

Postawy wrocławian (N=898) wobec palenia w miejscach publicznych: zdecydowana większość Wrocławian (88%) zadeklarowała, że popiera zakaz palenia w miejscach publicznych (w tym 60% zdecydowanie, a 28% raczej popiera). Przeciwnych jest 12% ankietowanych, w tym 8% raczej nie popiera prawnej regulacji zakazu palenia w miejscach publicznych, a kolejne 4% zdecydowanie nie popiera²⁵⁷.



Grupy odbiorców działań na rzecz kształtowania postaw popierających zakaz palenia w miejscach publicznych (osoby częściej przeciwne zakazowi, zależności istotne statystycznie²⁵⁸):

- osoby o niższym poziomie wykształcenia
- osoby gorzej oceniające swoje warunki materialne,
- osoby o niższym dochodzie.

Ponadto: cała populacja dorosłych wrocławian oraz dzieci i młodzież.



Konieczność realizacji cyklicznych działań edukacyjnych na temat szkodliwości palenia papierosów, w tym biernego palenia.

Stosunek wrocławian do osób palących: wprowadzie 50% dorosłych mieszkańców Wrocławia deklaruje, że nie lubi przebywać w obecności osób palących, ale **zaledwie 13% nie pozwala na palenie w swoim towarzystwie**. Innymi słowy, zaledwie tak niewielki odsetek wrocławian czynnie przeciwstawia się paleniu papierosów w swojej obecności²⁵⁹. Wskazuje to na potrzebę zwiększania świadomości wrocławian na temat szkodliwości biernego palenia oraz wykształcenia umiejętności asertywnego przeciwstawiania się paleniu w swojej obecności.



Priorytetowe grupy odbiorców działań edukacyjnych poświęconych szkodliwości biernego palenia (osoby częściej tolerujące palenie w swoim towarzystwie, zależności istotne statystycznie²⁶⁰):

- mężczyźni,
- młodzi dorośli,
- seniorzy,
- osoby o niższym poziomie wykształcenia.

²⁵⁷Patrz: Raport z badań „Z korzyścią dla zdrowia...op.cit., s. 66-67 (wykres 79)

²⁵⁸Patrz: Raport z badań „Z korzyścią dla zdrowia...op.cit., s. 66-67

²⁵⁹Patrz: Raport z badań „Z korzyścią dla zdrowia...op.cit., s. 67-68 (wykres 81); Cz. II, pkt. 4. Diagnoza stylu życia wrocławian - zachowania, postawy i przekonania zdrowotne (Palenie papierosów oraz przekonania na temat palenia)

²⁶⁰Patrz: Raport z badań „Z korzyścią dla zdrowia...op.cit., s. 67-68.

Ponadto: cała populacja dorosłych wrocławian oraz dzieci i młodzież.

Działania edukacyjne powinny być skoncentrowane nie tylko na kształtowaniu wiedzy na temat szkodliwości palenia papierosów / biernego palenia, ale również postaw nietolerowania palenia papierosów oraz umiejętności asertywnego przeciwstawiania się paleniu w swojej obecności.

TWORZENIE WARUNKÓW DO PLANOWANIA PRZESTRZENNEGO Z UWZGLĘDNIENIEM ZDROWIA

Planowanie urbanistyczne z uwzględnieniem zdrowia to fizyczny i społeczny rozwój miasta poprzez projektowanie, a także świadczenie usług i udogodnień służących zdrowiu i realizacji zdrowego stylu życia mieszkańców.

Obowiązujące kierunki zagospodarowania przestrzennego we Wrocławiu zakładają zabezpieczenie istniejących i rozwój nowych terenów zieleni. Jednym z głównych celów rozwoju miasta jest także rewitalizacja zdegradowanych terenów przemysłowych oraz rewitalizacja terenów zieleni w centrum (np. parków, skwerów i nabrzeży rzek). Celem tych interwencji jest maksymalne wykorzystanie ograniczonej powierzchni w centrum miasta na cele rekreacyjne, środowiskowe i przyrodnicze²⁶¹.

Zapewnienie środowiska do aktywnego życia mieszkańców

Uwzględnienie kwestii prozdrowotnych w planowaniu przestrzennym przejawia się w działaniach na rzecz zwiększenia liczby miejsc rekreacyjno-sportowych, kulturalnych, ścieżek rowerowych etc., a także w zachęcaniu mieszkańców do spędzania czasu wolnego na świeżym powietrzu oraz do korzystania z miejsc rekreacyjnych w przestrzeni miasta.

Przykładem holistycznego podejścia do projektowania miejskiej przestrzeni jest **wdrażanie idei „miasta 15-minutowego”**.

Koncepcja ta zakłada, że każdy mieszkaniec miasta ma możliwość realizacji wszystkich swoich najważniejszych potrzeb, idąc pieszo lub jadąc na rowerze w odległości 15 minut od wyjścia z domu.

PROMOCJA POSTAW I ZACHOWAŃ PROEKOLOGICZNYCH, EDUKACJA EKOLOGICZNA

W związku z występowaniem szkodliwych dla zdrowia warunków otoczenia miejskiego, istnieje **potrzeba podejmowania w społeczności wrocławian cyklicznych i zintensyfikowanych interwencji proekologicznych** o charakterze:

- ❖ edukacyjnym: podnoszenie poziomu wiedzy na temat wpływu uwarunkowań środowiskowych na zdrowie człowieka;
- ❖ upodmiotowiającym: kształtowanie postaw proekologicznych, dbałości o środowisko naturalne oraz brania odpowiedzialności za środowisko naturalne, motywowanie do

²⁶¹Patrz: Studium uwarunkowań i kierunków zagospodarowania przestrzennego Wrocławia, przyjęte uchwałą nr L/1177/18 Rady Miejskiej Wrocławia z dnia 11 stycznia 2018 r.; *Prognoza oddziaływania na środowisko...op.cit.*, s. 122

podejmowanie działań proekologicznych oraz kształtowanie umiejętności niezbędnych do wdrażania postaw proekologicznych w życiu codziennym.



3.3. ROZWIJANIE I WZMACNIANIE SIEDLISK PROMUJĄCYCH ZDROWIE²⁶²

TWORZENIE I WZMACNIANIE SIEDLISK DLA ZDROWIA

Podejście siedliskowe to jedno z priorytetowych zagadnień we współczesnej promocji zdrowia (Dooris, Dowding, Thompson, & Wynne, 1998). **Siedlisko prozdrowotne** (*setting for health*) rozumiane jest jako miejsce lub układ społeczny, w którym ludzie żyją na co dzień, natomiast czynniki środowiskowe, organizacyjne i personalne wzajemnie na siebie oddziałują, aby korzystnie wpływać na zdrowie i samopoczucie (Nutbeam, 1998). **Siedliska są wzajemnie powiązanymi i zależnymi od siebie częściami ekosystemu. Rozpatruje się je przede wszystkim w kategoriach systemów społecznych**, posiadających określoną strukturę, zasoby i funkcje oraz podejmujących działania mające na celu promowanie zdrowia, **a nie jako miejsca, w których te działania przebiegają** (Synowiec-Piłat et al., 2017, s. 37).



Siedliska dla zdrowia jako infrastrukturalna baza niezbędna dla promocji zdrowia, dostarczająca następujące zasoby konieczne do prowadzenia systematycznych oraz długofalowych działań na rzecz zdrowia (Synowiec-Piłat et al., 2017, ss. 39-40):

- ❖ zasoby ludzkie oraz finansowe,
- ❖ struktury organizacyjne i administracyjne,
- ❖ określone strategie oraz
- ❖ ustalenia prawne.



Wyróżnia się następujące **cechy siedliska oraz podejścia siedliskowego** (Baric, 1993; Synowiec-Piłat et al., 2017, s. 38):

- ❖ organizacje mające specyficzną strukturę, zasoby, funkcje i różnorodny zasięg;
- ❖ funkcjonuje w nich wielu partnerów, charakteryzujących się specyficznym językiem i kulturą (np. decydenci, pracownicy, klienci);
- ❖ posiadają specyficzne agendy, których działania mogą być związane ze zdrowiem lub ukierunkowane na zdrowie; niektóre z tych ostatnich można określić jako „promowanie zdrowia w siedlisku”, inne jako „siedlisko promujące zdrowie”.

Siedliskami, czyli zbiorowościami społecznymi, umiejscowionymi w różnych kontekstach instytucjonalnych są: rodzina, społeczność lokalna, szkoła i przedszkole oraz uczelnie, instytucje medyczne, zakłady pracy czy placówki usługowe.

²⁶²Patrz: Cz. I, pkt. 2. Istota profilaktyki i promocji zdrowia...op.cit.

W podejściu siedliskowym, zamiast podejścia paternalistycznego („Co my powinniśmy zrobić dla ich zdrowia?”) stosuje się **podejście uczestniczące** („Co oni mogą zrobić sami dla siebie i jak my możemy im w tym pomóc”).

Jest to tzw. **zmodyfikowane uczestnictwo społeczności** (Synowiec-Piłat et al., 2017, s. 38).

Projekty i programy z zakresu promocji zdrowia, realizujące w praktyce idę siedliskową dla zdrowia (Karski, 2011)²⁶³:

- ❖ Zdrowe Miasta²⁶⁴,
- ❖ Zdrowe miejsce pracy²⁶⁵,
- ❖ Szkoła promująca zdrowie (Zdrowa Szkoła)²⁶⁶,
- ❖ Szpital Promujący Zdrowie,
- ❖ Samorządowy Ośrodek Ekologii i Zdrowia,
- ❖ Zdrowy Dom,
- ❖ Promocja Zdrowia w Podstawowej Opiece Zdrowotnej,
- ❖ Narodowy Program Zdrowia²⁶⁷.

KSZTAŁTOWANIE I WZMACNIANIE IDEI SUBSYDIARNOŚCI W DZIAŁANIACH PROZDROWOTNYCH

W podejściu siedliskowym realizowana jest **zasada subsydiarności** (pomocniczości)²⁶⁸, zgodnie z którą instytucje społeczne i władze wspólnot o szerszym zasięgu (w tym samorządowe) powinny pomagać osobom i społecznościom lokalnym czy poszczególnym jednostkom jedynie wtedy, gdy jest to bezwzględnie konieczne. U podłoża tej zasady leży przekonanie, że społeczności wyższe powinny „wyrastać” ze społeczności niższych, a nie dominować nad nimi. Zasada ta jest tym samym, środkiem ochrony autonomii człowieka (Guć, 1996; Synowiec-Piłat et al., 2017, s. 38; Synowiec-Piłat, 2009).



Praktycznym uzasadnieniem zasady subsydiarności jest większa skuteczność działań podejmowanych na niższych szczeblach, w najbliższych jednostce społecznościach, a dopiero – w sytuacji niemożności ich rozwiązania – odwoływanie się do administracji wyższego szczebla.

W rozwiązywaniu problemów zdrowotnych preferowana jest zatem **strategia od dołu – od najniższych struktur**, których dany problem dotyczy (Synowiec-Piłat et al., 2017, s. 39).

²⁶³Patrz: Cz. I, pkt. 2. Istota profilaktyki i promocji zdrowia...op.cit.

²⁶⁴Patrz Stowarzyszenie Zdrowych Miast Polskich: <https://www.szmp.pl>

²⁶⁵Patrz Krajowe Centrum Promocji Zdrowia w Miejscu Pracy: <https://promocjazdrowiawpracy.pl>

²⁶⁶Patrz Wrocławska Sieć Przedszkoli i Szkół Promujących Zdrowie:

<https://www.wroclaw.pl/porta1/wroclawska-siec-przedszkoli-i-szkol-promujacych-zdrowie>

²⁶⁷Patrz: <https://www.gov.pl/web/zdrowie/narodowy-program-zdrowia1>

²⁶⁸Patrz: Cz. I, pkt. 2. Istota profilaktyki i promocji zdrowia...op.cit.

Zasada subsydiarności ustanawia swego rodzaju **łańcuch instytucji, które znajdują się pomiędzy obywatelem a państwem**: organizacje pozarządowe – samorządy – rząd.

Zalety realizacji w praktyce zasady pomocniczości (Synowiec-Piłat et al., 2017, s. 39):

- umacnianie uprawnień obywateli oraz ich wspólnot,
- daje pierwszeństwo w zaspokajaniu potrzeb i rozwiązywaniu problemów społecznych podmiotom usytuowanym najbliżej potrzebujących;
- **przyczynia się do wzmacniania idei upodmiotowienia dla zdrowia**²⁶⁹.

Gminy powinny dążyć do tego, by realizacja jak największej ilości zadań została przejęta przez podmioty mniejsze, wspólnoty lokalne, w tym organizacje pozarządowe.

Polega to nie tylko na przekazywaniu zadań organizacjom znajdującym się o szczebel niżej, ale oznacza również **obowiązek wspierania przez państwo i samorządy tych organizacji w taki sposób, aby były w stanie realizować swoje zadania** (Synowiec-Piłat et al., 2017, s. 39).

W ramach poszczególnych siedlisk dla zdrowia podejmowane są **społeczne działania na rzecz zdrowia** (*community action for health*), mające na celu zwiększenie społecznej kontroli nad determinantami zdrowia (upodmiotowienia na rzecz zdrowia²⁷⁰), a tym samym jego poprawę (Nutbeam, 1998).

W centrum uwagi promocji zdrowia są ludzie, którzy powinni uczestniczyć w procesie podejmowania decyzji odnośnie ich zdrowia. Aktywny udział ludzi traktowany jest jako podstawa skuteczności i sukcesu w działaniach prozdrowotnych

(Synowiec-Piłat et al., 2017, s. 39).

Skuteczność działań na rzecz przeciwdziałania współczesnym problemom zdrowotnym i minimalizowania ich negatywnych skutków zależy od **wykształcenia się pomiędzy poszczególnymi siedliskami – sieci wzajemnej współpracy.**

²⁶⁹Patrz: Cz. III. Priorytet 5. Działania na rzecz upodmiotowienia i aktywizacji mieszkańców na rzecz zdrowia.

²⁷⁰Patrz: Cz. I, pkt. 2. Istota profilaktyki i promocji zdrowia...op.cit.; Cz. III. Priorytet 5. Działania na rzecz upodmiotowienia i aktywizacji mieszkańców na rzecz zdrowia

PRIORYTET 4: POPRAWA JAKOŚCI ORAZ ZWIĘKSZENIE ZAKRESU WSPÓŁPRACY MIĘDZYSEKTOROWEJ NA RZECZ ZDROWIA

Projektując interwencje prozdrowotne, tak jak i w innych obszarach życia społecznego, należy zidentyfikować podmioty realizujące podobne działania w danym środowisku. Kluczową sprawą jest rozpoznanie, czy programy, którymi jesteśmy zainteresowani, są już realizowane w przestrzeni miejskiej przez inne podmioty. Pozwala to na uniknięcie sytuacji niepotrzebnego powielania działań. Z drugiej strony, tego rodzaju wstępna diagnoza stwarza możliwość podjęcia współpracy z instytucjami i organizacjami realizującymi dany program i posiadającymi w związku z tym określone doświadczenie, co zwiększa prawdopodobieństwo intensyfikacji i optymalizacji programów prozdrowotnych w danej społeczności, poprzez np. zwiększenie potencjału zasobów ludzkich, możliwość dotarcia do większej populacji czy wspólne doskonalenie metod działania.

Współpraca wszystkich trzech sektorów życia społecznego (*multisectoral action*) - publicznego (pierwszego), prywatnego (drugiego) i niezależnego/pozarządowego (trzeciego) to jedna z kluczowych idei promocji zdrowia²⁷¹ ("Deklaracja Dżakarcka," 1997) – Rycina III.4.1.

Realizacja w praktyce idei współpracy międzysektorowej to warunek skuteczności czy powodzenia każdego programu poprawy i ochrony zdrowia

(Deklaracja Dżakarcka, 1997).



Chodzi tu nie tyle o uczestnictwo poszczególnych sektorów w działaniach na rzecz zdrowia, ale o ich **rzeczywistą współpracę, wyrażającą się w skoordynowanym podejmowaniu decyzji na wszystkich szczeblach zarządzania** (Synowiec-Piłat et al., 2017a).

WYPRACOWANIE I REALIZOWANIE W PRAKTYCE SKUTECZNYCH ZASAD I PROCEDUR WSPÓŁPRACY Z INNYMI PODMIOTAMI PUBLICZNYMI, PRYWATNYMI I POZARZĄDOWYMI NA RZECZ ZDROWIA

Władze publiczne, zlokalizowane w określonych społecznościach lokalnych, pełnią szczególnie ważną rolę w inicjowaniu i stymulowaniu współpracy międzysektorowej na rzecz zdrowia. Władze lokalne – samorządowe podejmują bowiem decyzje dotyczące podstawowych sfer życia jednostki, w tym sfery związanej ze zdrowiem. Na poziomie sektora publicznego podejmowane są działania o charakterze reglamentacyjno-organizatorskim oraz kontrolnym. Struktury te zajmują się głównie organizowaniem, przeprowadzaniem i finansowaniem redystrybucji dóbr w oparciu o ustalone, względnie trwałe i kolektywne kryteria. Sektor ten działa na podstawie przepisów prawnych, dbając o sprawne funkcjonowanie wszystkich struktur władzy publicznej.

²⁷¹Patrz. Cz. I, pkt. 2. Istota profilaktyki i promocji zdrowia w oparciu o model społeczno-ekologiczny oraz priorytety współczesnej promocji zdrowia

W ramach swoich uprawnień i w celu realizacji działań prozdrowotnych na rzecz mieszkańców, **Wydział Zdrowia i Spraw Społecznych Urzędu Miasta Wrocławia podejmuje współpracę** z (Ryc. III.4.1.):

- ❖ **podmiotami funkcjonującymi w ramach sektora publicznego:** innymi wydziałami Urzędu Miasta oraz z funkcjonującymi na terenie miasta Wrocławia instytucjami publicznymi (Urząd Wojewódzki i Marszałkowski, Dolnośląski Oddział Wojewódzki NFZ, Wojewódzka i Powiatowa Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna, placówki ochrony zdrowia, publiczne przedszkola, szkoły i uczelnie wyższe, policja i straż miejska czy zagraniczne miasta partnerskie Wrocławia, a także publicznymi mediami o zasięgu lokalnym, regionalnym i krajowym);
- ❖ **podmiotami funkcjonującymi w ramach sektora prywatnego** (firmy prywatne, zakłady pracy, prywatne placówki ochrony zdrowia, media prywatne, prywatne przedszkola, szkoły i uczelnie);
- ❖ **podmiotami funkcjonującymi w ramach sektora pozarządowego** (Światowa Organizacja Zdrowia, Związek Miast Polskich, fundacje, stowarzyszenia, związki wyznaniowe etc.).

Optymalną sytuacją byłoby włączenie działań prozdrowotnych do struktur, procedur, systemu wartości i norm oraz rutynowych działań wszystkich grup społecznych, składających się na daną społeczność.

MOTYWOWANIE INNYCH PODMIOTÓW ŻYCIA SPOŁECZNEGO DO PODEJMOWANIA WSPÓŁPRACY MIĘDZYSEKTOROWEJ NA RZECZ ZDROWIA

Potrzeba i zasadność motywowania przez Wydział Zdrowia i Spraw Społecznych UM innych podmiotów życia społecznego do podejmowania współpracy na rzecz zdrowia obywateli nierozzerwanie wiąże się z realizacją w praktyce idei upodmiotowienia i aktywizacji²⁷². Na tym poziomie organizacyjnym polega to na **budowaniu koalicji różnorodnych podmiotów** (Tones, 2004), **działających na terenie społeczności wrocławian, na mobilizowaniu działań społecznych, mających na celu ochronę, wzmacnianie, ale i potęgowanie zdrowia**. Wymaga to zaangażowania zarówno władz i pracowników samorządu lokalnego, przedstawicieli instytucji reprezentujących poszczególne sektory życia społecznego (m.in. sektor edukacji, spraw publicznych), a także biznesu i organizacji pozarządowych czy mediów.

Bardzo duże znaczenie dla skuteczności działań prozdrowotnych, ze względu na wysokie zazwyczaj koszty ich prowadzenia, zwłaszcza w przypadku potrzeby dotarcia do szerszej grupy docelowej, jest **umiejętne nawiązanie relacji z sektorem prywatnym**. Podobnie jak w krajach Europy Zachodniej i Stanach Zjednoczonych, także w Polsce obserwuje się obecnie rosnące społeczne zaangażowanie sfery prywatnej oraz budowanie na tej podstawie tzw. społecznej odpowiedzialności firm. Objawia się to coraz większym zaangażowaniem przedstawicieli biznesu w przedsięwzięcia o charakterze niekomercyjnym, także dotyczące zdrowia

²⁷²Patrz. Cz. III. Priorytet 5. Działania na rzecz upodmiotowienia i aktywizacji mieszkańców na rzecz zdrowia

(Synowiec-Piłat, 2017). Warto mieć na uwadze, że przedstawiciele biznesu, angażując się w działalność niekomercyjną, upatrują w tym także możliwość podwyższenia swojego statusu społecznego oraz poprawienia społecznego wizerunku w danej społeczności, którą wspierają (Synowiec-Piłat, 2017). Ma to związek z rozwijającą się współcześnie ideą **społecznego zaangażowania biznesu** (*corporate community involvement, CCI; corporate community investment, CCI*) (Stafiej-Bartosik & Maison, 2007), która odnosi się do różnorodnych działań podejmowanych przez sektor prywatny, takich jak: wsparcie finansowe, pomoc rzeczowa czy wolontariat pracowniczy. Zaangażowanie społeczne uwiarygadnia firmę w oczach opinii publicznej oraz buduje jej pozytywny wizerunek na zewnątrz, czyli w danej społeczności czy społeczeństwie jako całości. Jednocześnie jednak, działalność społeczna podmiotów biznesowych przyczynia się do rozwiązywania wielu problemów społecznych, w tym zdrowotnych oraz pomaga zapobiegać ich powstawaniu (Synowiec-Piłat, 2017, s. 41).

Idea społecznego zaangażowania biznesu jest realizowana jest m.in. za pomocą **marketingu zaangażowanego społecznie** (*cause related marketing*), którego nadrzędną ideą jest promowanie wizerunku firmy, produktu lub usługi w połączeniu z określoną ideą społeczną – np. promowaniem i ochroną zdrowia. Zbierane są fundusze na określony cel społeczny, ale jednocześnie – budowany jest wizerunek i pozycja firmy oraz wdrażane obowiązujące w niej wartości z myślą o lojalności klientów/konsumentów oraz wsparciu sprzedaży. Tego rodzaju działania są swoistym połączeniem motywacji i interesów firmy z potrzebami oraz oczekiwaniami społeczności, na rzecz której ona działa (Stafiej-Bartosik & Maison, 2007; Synowiec-Piłat, 2017, s. 42).

Angażowanie się sfery prywatnej w działania prospołeczne wyrasta z idei społecznej odpowiedzialności biznesu (*corporate social responsibility, CSR*). Zakłada ona dobrowolne uwzględnianie przez prywatne firmy interesu społecznego przy dążeniu do osiągania zysków (Stafiej-Bartosik i Maison, 2007).

Niezbędne jest również **motywowanie przez samorząd lokalny do współpracy na rzecz zdrowia przedstawicieli sektora pozarządowego**. Trzeci sektor (zamiennie – sektor niezależny, sektor non-profit), w ramach którego funkcjonują fundacje i stowarzyszenia, to obszar działalności zlokalizowany pomiędzy sferą publiczną a prywatną. Organizacje pozarządowe (*non-governmental organizations, NGO's*) świadczą usługi w zakresie szeroko rozumianej polityki społecznej, w tym zdrowotnej, i zaspokajania potrzeb zarówno obywateli, grup, jak i całych zbiorowości (Synowiec-Piłat, 2009).

Działalność organizacji pozarządowych ma miejsce w tych obszarach życia społecznego, w których istnieje **potrzeba szczególnej aktywności ludzi oraz konieczność mobilizowania się wokół ważnych problemów czy zadań**, wymagających zorganizowanego działania, w szczególności tam, gdzie instytucje publiczne nie są w stanie skutecznie świadczyć swej pomocy lub programowo rezygnują z bezpośredniej interwencji, pozostawiając inicjatywę obywatelom. Jednym z tych obszarów jest promocja i ochrona zdrowia (Synowiec-Piłat et al., 2017, ss. 42-43).

Niewątpliwym potencjałem organizacji pozarządowych, na które warto zwrócić uwagę nawiązując współpracę, są następujące ich cechy (Guć, 1996; Synowiec-Piłat et al., 2017; Synowiec-Piłat, 2009):

- spontaniczność, kreatywność, innowacyjność oraz elastyczność działania;
- dobre rozpoznanie potrzeb i problemów zdrowotnych występujących w danej społeczności;
- wysoka skuteczność w rozwiązywaniu problemów czy realizacji potrzeb dzięki temu, że działają „blisko” ludzi oraz powstają z inicjatywy lub dla jednostek dotkniętych danym problemem;
- stosunkowo niskie koszty działania (udział wolontariuszy w pracach, koncentracja na problemie, a nie na zysku) oraz
- duży poziom zaangażowania działających jednostek.

REALIZACJA PROJEKTÓW I PROGRAMÓW ZDROWOTNYCH WE WSPÓŁPRACY Z PODMIOTAMI PUBLICZNYMI, PRYWATNYMI I POZARZĄDOWYMI NA SZCZEBŁU LOKALNYM KRAJOWYM I MIĘDZYNARODOWYM

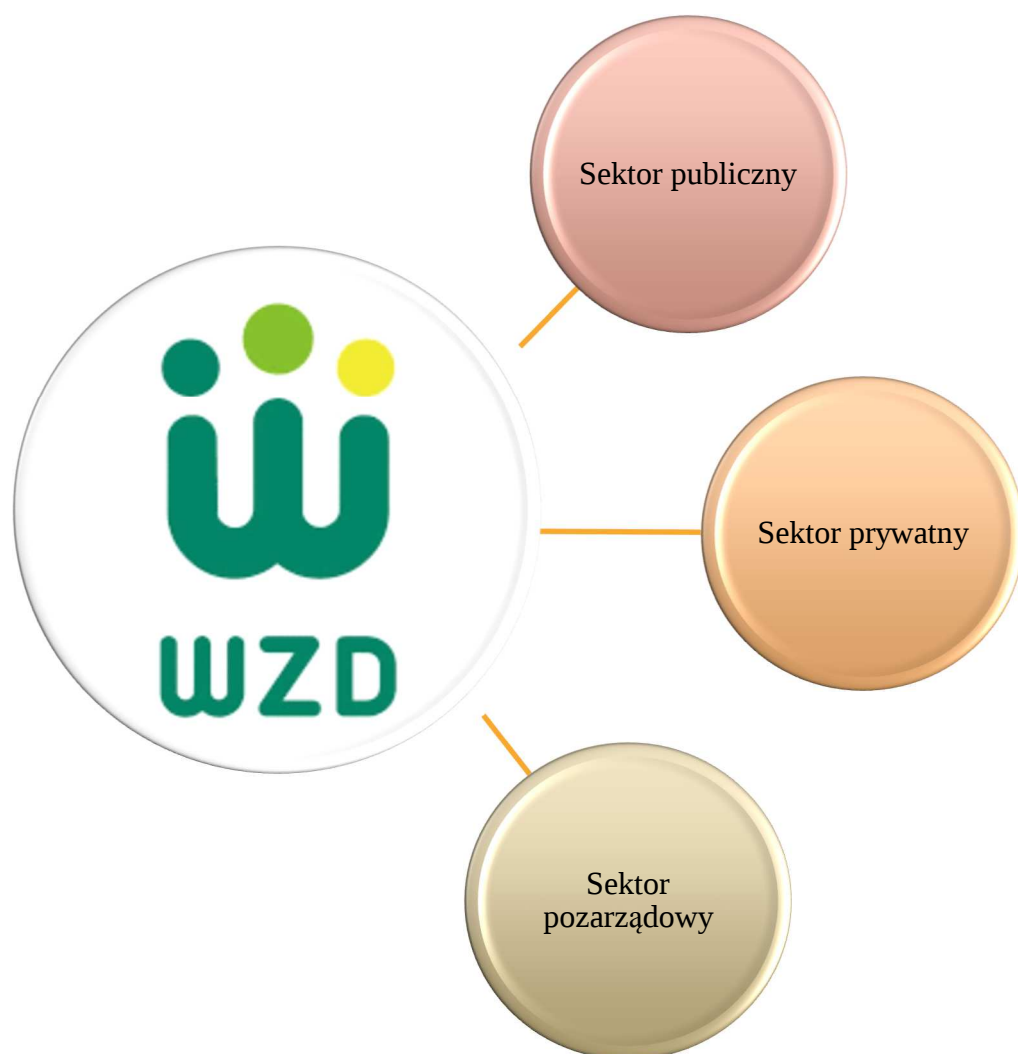


Grupy odbiorców działań samorządu lokalnego na rzecz poprawy jakości oraz zwiększenia zakresu współpracy międzysektorowej – przedstawiciele:

- sektora publicznego,
- sektora prywatnego,
- sektora pozarządowego.

Skuteczność działań prowadzonych w ramach ochrony i promocji zdrowia zależy w dużej mierze od społecznego zaangażowania jednostek i grup społecznych oraz rzeczywistej współpracy pomiędzy wszystkimi sektorami życia społecznego – publicznym, prywatnym oraz pozarządowym.

Rycina III.4.1. Schemat współpracy Wydziału Zdrowia i Spraw Społecznych Urzędu Miasta Wrocławia z innymi sektorami życia społecznego w zakresie ochrony i promocji zdrowia



Źródło: opracowanie własne

PRIORYTET 5: DZIAŁANIA NA RZECZ UPODMIOTOWIENIA I AKTYWIZACJI MIESZKAŃCÓW NA RZECZ ZDROWIA

Ideą promocji zdrowia jest postulat brania pod uwagę bardzo szerokiego spektrum czynników mających wpływ na zdrowie. Znajduje to odzwierciedlenie w **modelu opierającym się na upodmiotowieniu**.

Zmniejszenie wskaźników zachorowalności i umieralności na choroby przewlekłe możliwe jest przede wszystkim poprzez **zmianę/korektę dotychczasowego stylu życia jednostek i grup społecznych**. W tym celu niezbędna jest **aktywizacja jednostek i grup w utrzymaniu zdrowia** czy przeciwdziałaniu chorobie oraz uzmysłowienie społeczeństwu **konieczności wzięcia odpowiedzialności za swoje zdrowie**.

Upodmiotowienie na rzecz zdrowia to „*zdolność jednostek i społeczności do przejęcia kontroli nad swoim życiem i zdrowiem*”. Traktowane jest współcześnie jako najważniejszy cel promocji zdrowia, jako jej imperatyw.

Nastąpiło „*przesunięcie akcentu z profesjonalnej na indywidualną odpowiedzialność za swoje zdrowie*”. Nadal jednak ową odpowiedzialność za zdrowie ponosi także w określonym zakresie państwo i prowadzona przez nie polityka społeczna oraz w pewnym zakresie instytucje medyczne.

Istnieje konieczność określenia granic indywidualnej odpowiedzialności za stan zdrowia.

Nie należy przerzucać całej odpowiedzialności za stan zdrowia na jednostkę, lecz tak wspomagać człowieka jako uczestnika kultury i życia społecznego, by był on w stanie pozytywnie oddziaływać na swoje zdrowie, dokonywać prozdrowotnych wyborów oraz eliminować zachowania szkodzące zdrowiu.

Zrzucanie odpowiedzialności za zdrowie na czynniki zewnętrzne implikuje bierne postawy i zachowania w zdrowiu i chorobie oraz zmniejsza prawdopodobieństwo podejmowania inicjatyw mających na celu pozytywną zmianę zachowań na prozdrowotne.



Rozwijanie indywidualnych umiejętności dbania o zdrowie jest jednym z priorytetów promocji zdrowia. Oprócz zdobywania kontroli na poziomie indywidualnym, ważne jest także **motywowanie ludzi do aktywnego angażowania się we wzmacnianie zdrowia w społecznościach, w których żyją**²⁷³:

- ❖ **aktywizacja jednostek i społeczności na rzecz zdrowia;**
- ❖ **ludzie muszą być w centrum działań promocji zdrowia i uczestniczyć w procesie podejmowania dotyczących ich decyzji;**
- ❖ **aktywny udział jako podstawa skuteczności podejmowanych wysiłków na rzecz zdrowia;**

²⁷³Patrz: Cz. I, pkt. 2. Istota profilaktyki i promocji zdrowia w oparciu o model społeczno-ekologiczny oraz priorytety współczesnej promocji zdrowia

- ❖ **wzmacnianie działań prozdrowotnych w społecznościach** jako jedna ze strategii promocji zdrowia;
- ❖ **upodmiotowienie społeczności, nacisk publiczny:** tworzenie poczucia wspólnoty, wzmacnianie wsparcia społecznego i dostarczanie różnorodnych umiejętności potrzebnych, kiedy jednostki i społeczności mają wywierać wpływ na proces tworzenia polityki i wносить pozytywny wkład w zdrowie publiczne;
- ❖ **szerokie uczestnictwo społeczne zależne jest od różnorodnych warunków:** kulturowych, politycznych, ekonomicznych, środowiskowych.

PODEJMOWANIE DZIAŁAŃ AKTYWIZUJĄCYCH I UPODMIOTOWIAJĄCYCH NA RZECZ ZDROWIA

W związku z faktem, że zaledwie 1/3 (34%) wrocławian bierze odpowiedzialność za stan swojego zdrowia (badanie subiektywnego poczucia odpowiedzialności za stan zdrowia²⁷⁴) (Synowiec-Piłat et al., 2018, ss. 19-21), a aż 45% wrocławian ma tendencję do zrzucanie odpowiedzialności za zdrowie na czynniki zewnętrzne (przekonanie, że za stan zdrowia odpowiada przede wszystkim państwo i odpowiednie władze), niezbędne jest cykliczne i zintensyfikowane wdrażanie interwencji aktywizujących i upodmiotowiających na rzecz zdrowia.



Grupy odbiorców (dorośli mieszkańcy Wrocławia), **do których w pierwszej kolejności powinny być kierowane działania zwiększające poziom aktywizacji i upodmiotowienia na rzecz zdrowia** (osoby częściej nie biorące odpowiedzialności za stan swojego zdrowia – zależności istotne statystycznie²⁷⁵):

- mężczyźni,
- osoby starsze (odpowiedzialność zmniejsza się wraz z wiekiem),
- osoby o niższym poziomie wykształcenia;
- osoby pochodzące ze środowisk o niższej pozycji społecznej (niższe wykształcenie matki i ojca respondenta);
- osoby o niższym dochodzie na osobę w gospodarstwie domowym;
- osoby gorzej postrzegające swoją sytuację materialną;
- osoby chorujące na choroby przewlekłe.



Dodatkowo, ze względu na szczególne znaczenie omawianego priorytetu w promocji zdrowia, **działania upodmiotowiające i aktywizujące na rzecz zdrowia powinny być kierowane do całej populacji wrocławian, ze szczególnym naciskiem na młodzież i dzieci w wieku szkolnym i przedszkolnym**, ze względu na znaczenie i trwałość socjalizacji pierwotnej w promowaniu zdrowego stylu życia.

²⁷⁴Synowiec-Piłat M., Jędrzejek M., Pałęga A., Zmysłona B., Raport z badań „Z korzyścią dla zdrowia czy na jego szkodę? Analiza socjologiczna stylu życia Wrocławian”, projekt badawczy finansowany ze środków gminy Wrocław, 2018 r.; nr umowy D/WZD/19A/68/2018;

²⁷⁵Patrz. Cz. II, pkt.4. Diagnoza stylu życia wrocławian... - Tab. II.4.1.

Opracowanie prezentowanych zależności niepublikowane – własność intelektualna: Fundacja Kreatywnie dla Zdrowia, Wrocław.

PODEJMOWANIE DZIAŁAŃ NA RZECZ ZWIĘKSZENIA ŚWIADOMOŚCI DOTYCZĄCEJ ZNACZENIA PROZDROWOTNEGO STYLU ŻYCIA DLA UTRZYMANIA I POTĘGOWANIA POTENCJAŁU ZDROWIA

Chociaż deklaracje wrocławian, co do prowadzenia przez Polaków zdrowego stylu życia, są bardzo optymistyczne (tylko ¼ uważa w naszym kraju zdrowy styl życia nie jest popularny) (Synowiec-Piłat et al., 2018, ss. 23-24), to ze względu na potwierdzoną wieloma badaniami wysoką deklaratywność wartości zdrowia, w przeciwieństwie do realizacji prozdrowotnego stylu życia w praktyce życia codziennego, do wyniku tego należy podchodzić bardzo ostrożnie i poddać go wnikliwej analizie empirycznej.

Za ostrożnością w interpretacji powyższego wyniku przemawia również fakt, że **wielu respondentów nie widzi znaczącego powiązania pomiędzy poszczególnymi, bardzo istotnymi dla zdrowia behawioralnymi czynnikami ryzyka a zdrowiem**²⁷⁶:

- niepieniem alkoholu (86,7%),
- niepaleniem papierosów (61%),
- regularnym uczestniczeniem w badaniach profilaktycznych (72,9%),
- aktywnym spędzaniem czasu wolnego (62,8%),
- regularnym uprawianiem gimnastyki, biegów etc. (67,3),
- unikaniem sytuacji stresowych (62,8%),
- regularnymi wizytami u lekarza (75,3%);
- zdrowym odżywianiem (25,9%).



Dane te wskazują jednoznacznie na **potrzebę prowadzenia i kontynuacji działań edukacyjnych ukierunkowanych na podniesienie świadomości, poziomu wiedzy na temat wpływu poszczególnych** (zwłaszcza powyżej wymienionych) **behawioralnych czynników ryzyka na zdrowie jednostek i zbiorowości społecznych.**

Działania edukacyjne powinny być silnie powiązane z kształtowaniem umiejętności praktycznych oraz aktywizowaniem jednostek do rzeczywistej zmiany poszczególnych elementów stylu życia na korzystne dla zdrowia.

PODEJMOWANIE DZIAŁAŃ NA RZECZ ZWIĘKSZENIA POSTRZEGANEGO ZNACZENIA PROFILAKYKI W UTRZYMANIU I POMNAŻANIU POTENCJAŁU ZDROWIA

Wprawdzie większość badanych wrocławian deklarowała, że profilaktyka ma pozytywny wpływ na zdrowie człowieka (94%, w tym 43% zdecydowanie się zgadzało, a 51% – raczej się zgadzało) (Synowiec-Piłat et al., 2018, s. 75), warto jednak zauważyć, że ten element stylu

²⁷⁶Patrz. Cz. II, pkt.4. Diagnoza stylu życia wrocławian – zachowania, postawy i przekonania zdrowotne – Wykres II.4.4.

życia znalazł się w opiniach wrocławian dopiero na 6. miejscu, jeżeli chodzi o jego znaczenie dla zdrowia²⁷⁷.



Grupy odbiorców, do których w pierwszej kolejności powinny być kierowane interwencje na rzecz zwiększenia świadomości odnośnie znaczenia profilaktyki w utrzymaniu i pomnażaniu potencjału zdrowia (kategorie wrocławian, którzy są zdania, że profilaktyka nie ma wpływu na zdrowie; zależności istotne statystycznie)²⁷⁸:

- mężczyźni,
- osoby starsze (65+),
- osoby o niższym poziomie wykształcenia,
- osoby pochodzące ze środowisk o niższej pozycji społecznej (niższe wykształcenie matki i ojca respondenta),
- osoby o najniższych dochodach,
- osoby oceniające swoją sytuację materialną jako złą.

Przekonanie o braku wpływu profilaktyki na zdrowie sprzyja postawom biernym - niepoddawaniu się badaniom profilaktycznym.

²⁷⁷Patrz. Cz. II, pkt. 4. Diagnoza stylu życia wrocławian – zachowania, postawy i przekonania zdrowotne – Wykres II.4.4.

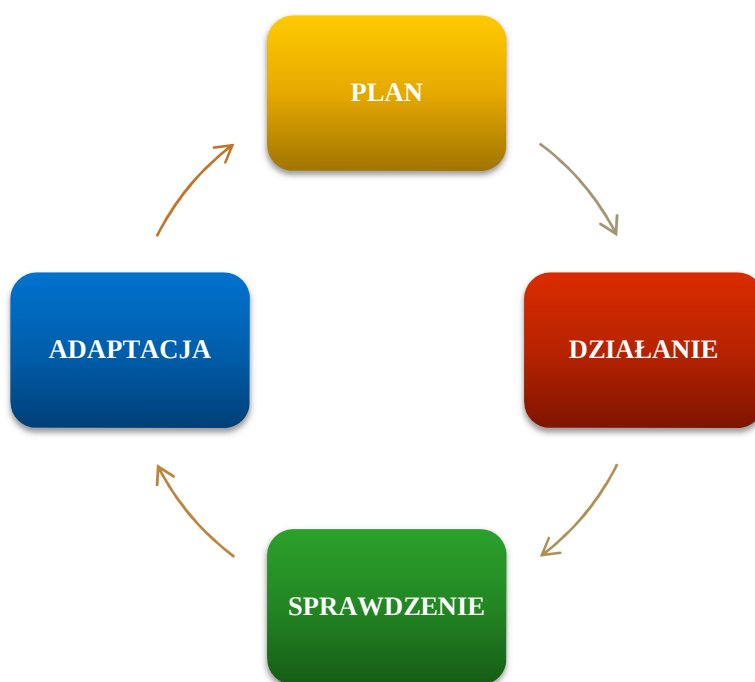
²⁷⁸Patrz. Cz. II, pkt. 4. Diagnoza stylu życia wrocławian – zachowania, postawy i przekonania zdrowotne – Wykres II.4.1.

IV. DZIAŁANIA PROZDROWOTNE I KRYTERIA PROGRAMOWE

Część IV zawiera zbiorczą informację o podejmowanych działaniach, programach/projektach prozdrowotnych, dzięki którym realizowane będą odpowiednie priorytety i cele z Części III. Przedstawiono zarówno **dotychczas realizowane przez Urząd Miejski Wrocławia interwencje prozdrowotne**, które będą kontynuowane w latach 2022-2026 (z podaniem przewidywanego czasu ich kontynuacji), jak i **propozycje nowych programów / działań**, adekwatnie do potrzeb przedstawionych w Części II, pkt. 4. *Diagnozie sytuacji zdrowotnej mieszkańców Wrocławia oraz Priorytetów*, opisanych w Części III Dokumentu.

Wszystkie działania w ramach dokumentu realizowane będą w **cyklu Shewharta-Deminga** (cykl PDSA – plan, działanie, sprawdzenie, adaptacja) – Rycina IV.1.

Rycina IV.1. Cykl Shewharta-Deminga



Źródło: opracowanie własne

Wdrożenie każdego celu odbywać się powinno w 4 etapach:

- 1) diagnoza stanu pierwotnego i planowanie,
- 2) wprowadzenie działań (usprawnień),
- 3) pomiar rezultatów – ewaluacja wdrożonych działań,
- 4) formułowanie wniosków dotyczących dalszego kierunku rozwoju danego celu.

Działania prozdrowotne inicjowane i realizowane przez Miasto Wrocław będą kierowane do całej populacji mieszkańców Wrocławia lub do określonych subpopulacji wyróżnionych ze względu na kategorie wiekowe – Tabela IV.1.

Tabela IV.1. Odbiorcy działań prozdrowotnych

1. CAŁA POPULACJA MIESZKAŃCÓW WROCŁAWIA 	
2.	<i>subpopulacje wyróżnione ze względu na kategorie wiekowe:</i>
	dzieci i młodzież (0-18 lat) 
	młodzi dorośli (19-35 lat) 
	dorośli (36-64 lata) 
	osoby starsze (65+) 

Źródło: opracowanie własne

Podział wrocławian na powyższe kategorie ma na celu **podjęcie działań adekwatnych do potrzeb konkretnych grup odbiorców**, w których zidentyfikowano problem zdrowotny²⁷⁹ oraz **odpowiedni dobór narzędzi i metod oddziaływania**. Uzupełnienie standardowego podziału na grupy wiekowe o „młodych dorosłych” jest zamierzonym zabiegiem. Ma on swoje uzasadnienie w tym, iż jest to kategoria osób przygotowująca się lub będąca w trakcie zakładania własnych rodzin i planowania potomstwa, aktywna zawodowo, charakteryzująca się zwiększoną otwartością na wiedzę i zmiany. Z tego też powodu, ukierunkowywanie tychże osób na dokonywanie prozdrowotnych wyborów oraz realizację w praktyce zdrowego stylu życia jest bardzo efektywne i skuteczne oraz ma szczególne znaczenie prospołeczne (funkcja socjalizacyjna na rzecz zdrowia w rodzinie i grupie zawodowej).

W celu zapewnienia większej przejrzystości podejmowanych i proponowanych w ramach strategii działań, **każdej z powyższych kategorii wiekowych przypisano określoną ikonę**, która będzie stosowana we wszystkich zbiorczych tabelach zamieszczonych w dokumencie (Tabela IV.1).

Realizatorami działań będą: podmioty lecznicze, organizacje pozarządowe, uczelnie oraz instytucje publiczne.

Przyjęcie struktury i kryteriów programowych dla poszczególnych zadań gwarantuje ich szybką ocenę, zapewnia porównywalność realizowanych programów oraz zachowanie ujednoliconego systemu opracowania, wdrażania, realizacji i monitorowania programów prozdrowotnych.

Proponowana struktura i kryteria programowe:

- 1. Nazwa programu:**
krótka, w przemyślany sposób oddająca istotę programu.
- 2. Uzasadnienie realizacji programu oraz wyboru grupy docelowej:**
merytoryczne opracowanie diagnozy społeczno-demograficznej, epidemiologicznej lub dotyczącej zachowań i postaw zdrowotnych itp.

²⁷⁹Patrz Cz. II. Diagnoza sytuacji zdrowotnej mieszkańców Wrocławia

3. Cel główny programu:

odpowiada na pytanie: jakiej zmiany jest oczekiwana i kogo ma ona dotyczyć?

Używa się następujących określeń: zwiększenie, zmniejszenie, ocena, poznanie, polepszenie, zrozumienie etc.

4. Cele szczegółowe programu (zgodne z kryterium SMART):

ich realizacja ma prowadzić do osiągnięcia celu głównego. Cele te muszą spełniać poniższe kryteria tzw. S.M.A.R.T (Rycina IV.2):

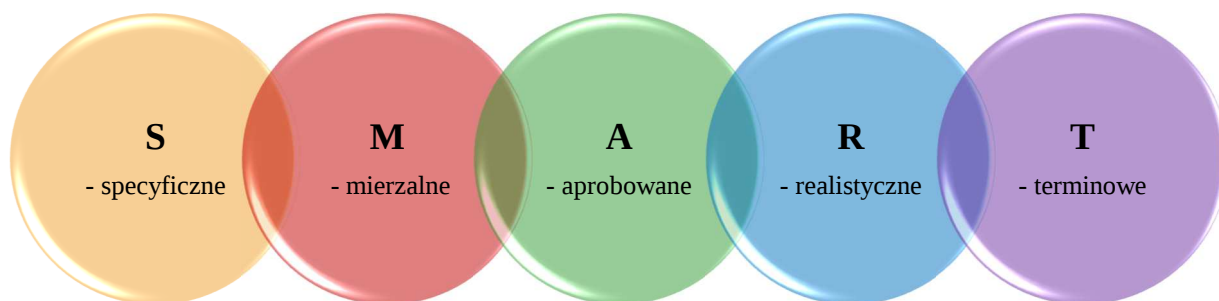
- odnosić się do grupy docelowej programu (**S** – ang. *specific*);
- być sformułowane w formie mierzalnych rezultatów (**M** – ang. *measurable*);
- być sformułowane w formie oczekiwanej zmiany (**A** – ang. *action – oriented*);
- być realistyczne, możliwe do osiągnięcia (**R** – ang. *realistic*);
- być możliwe do osiągnięcia w czasie przewidzianym na realizację programu (**T** – ang. *timed*).

Powinien być również skonkretyzowany i zgodny z możliwościami finansowymi i organizacyjnymi.

Cele powinny odpowiadać na następujące pytania: co?, gdzie?, kiedy?, dla kogo?, za ile?

Cel powinien uwzględniać potrzeby i oczekiwania grupy docelowej programu.

Rycina IV.2. Kryteria celów SMART



Źródło: opracowanie własne

5. Opis programu:

powinien zawierać informacje o: grupie docelowej programu, przyjętych sposobach i metodach działania, etapach realizacji programu z uwzględnieniem podziału na zadania w określonym czasie.

6. Harmonogram programu:

graficzne przedstawienie opisu programu, np. w rozdziale na miesiące, kwartały.

7. Zadania poszczególnych realizatorów:

określenie kto jest odpowiedzialny za konkretne działania w programie.

8. Budżet programu:

realne przedstawienie dostępnych środków finansowych oraz kosztów programu.

9. Zakładane rezultaty programu:

są wynikiem podejmowanych działań; pokazują, na ile cel został osiągnięty. Rezultaty, tak jak cele, muszą być weryfikowalne i mierzalne. Należy znać miarę, skalę oraz momenty pomiaru oraz mieć zapewnione źródła danych.

10. Sposób oceny /ewaluacji programu:

przedstawienie rzetelnych wniosków i opracowanie użytecznych propozycji dla przyszłych działań - przykładowo:

- ocena procesu, np. kwestionariusz dotyczący reakcji uczestników na warsztat, szkolenie;
- ocena wyników bezpośrednich, np. pytania o zachowania, postawy, przekonania, wiedzę, umiejętności;
- ocena efektów końcowych, np. pytania o cele odległe w czasie np. wskaźniki zachorowalności, umieralności;
- ocena powinna być zawsze kwalifikowana poprzez SMART,
- wykorzystanie metod i narzędzi badawczych: ilościowych (ankiety), jakościowych (wywiad), ilościowo – jakościowych (obserwacja, raporty, statystyka).

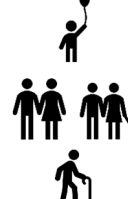
11. informacje o instytucjach współpracujących:

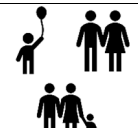
nazwa, kontakt, sposób i zakres współpracy.

-  Przyjęte podstawy prawne i naukowe (Część I) oraz kryteria programowe stanowią podstawę do realizacji strategii prozdrowotnych przez Samorząd Miasta Wrocławia oraz do pozyskiwania realizatorów programów wynikających z priorytetów zdrowotnych mieszkańców Wrocławia w sposób jak najbardziej rzetelny, przemyślany i merytoryczny.
-  Wszystkie programy promocji zdrowia i profilaktyki realizowane przez Urząd Miasta Wrocławia muszą być skierowane do całej populacji mieszkańców Wrocławia lub do jej subpopulacji, wyróżnionych ze względu na kategorie wiekowe.
-  Zlecane działania instytucjom lub organizacjom współpracującym muszą odpowiadać priorytetowym potrzebom zdrowotnym społeczności wrocławian.
-  Wyniki i efekty zleconych działań winny wskazywać na poprawę zdrowia na poziomie określonej populacji / subpopulacji.
-  Celowym jest, by podejmowane działania miały charakter długotrwałego procesu inwestowania w zdrowie społeczności wrocławian.

Tabela IV.2. Działania prozdrowotne planowane do realizacji w latach 2022-2026 przez Wydział Zdrowia i Spraw Społecznych Urzędu Miejskiego Wrocławia w ramach priorytetów zdrowotnych

	PRIORYTETY (TAKTYCZNO-) OPERACYJNE	GRUPA DOCELOWA	ODBIORCY WEDŁUG KATEGORII WIEKU	DZIAŁANIA / ZADANIA	CZAS REALIZACJI
PRIORYTET 1. POPRAWA JAKOŚCI DZIAŁAŃ W ZAKRESIE PROMOCJI ZDROWIA, W TYM PROFILAKTYKI CHOROÓB I UZALEŻNIEŃ					
	Priorytet taktyczny 1.1. Poprawa jakości działań prozdrowotnych w zakresie głównych czynników ryzyka chorób cywilizacyjnych				
	1.1.1. Promowanie aktywności fizycznej	wszyscy mieszkańcy Wrocławia, a w szczególności: - dzieci i młodzież z wrocławskich placówek edukacyjnych; - rodzice; - nauczyciele i wychowawcy		zintensyfikowane działania edukacyjne promujące aktywność fizyczną i zainteresowanie sportem rekreacyjnym	2022-2026 z możliwością kontynuacji
				certyfikacja przedszkoli i szkół w zakresie promowania aktywności fizycznej	
				współpraca z Wydziałem Edukacji oraz innymi podmiotami realizującymi zajęcia sportowo-rekreacyjne i rozwijającymi infrastrukturę pozwalającą na uprawianie aktywności ruchowej, rekreacji i sportu	
	1.1.2. Promowanie zbilansowanego sposobu odżywiania	dzieci i młodzież; rodzice; nauczyciele i wychowawcy; organizatorzy zbiorowego żywienia		certyfikacja żłobków, przedszkoli i szkół w zakresie promowania zdrowego żywienia	2022-2026 z możliwością kontynuacji
				warsztaty z zakresu zdrowego i racjonalnego odżywiania we wrocławskich placówkach edukacyjnych	
				kampanie edukacyjne, konkursy	

	1.1.3. Zmniejszanie spożycia alkoholu i innych środków psychoaktywnych	osoby eksperymentujące, nadużywające oraz uzależnione od substancji psychoaktywnych ze szczególnym uwzględnieniem dzieci, młodzieży oraz kobiet w ciąży		realizacja zadań wykazanych w gminnym programie profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych oraz przeciwdziałania narkomanii we Wrocławiu. Program określa miejską strategię w zakresie profilaktyki oraz minimalizowania szkód społecznych i zdrowotnych, wynikających z używania alkoholu i narkotyków	2022-2026 z możliwością kontynuacji
		dzieci i młodzież; rodzice; nauczyciele i wychowawcy		realizacja programów rekomendowanych przez Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii, Państwową Agencję Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, Ośrodek Rozwoju Edukacji, Instytut Psychiatrii i Neurologii zgodnie z założeniami „Systemu rekomendacji programów profilaktycznych i promocji zdrowia psychicznego”	
				realizacja innych programów profilaktyki uzależnień	
				realizacja działań wspierających rozwój osobisty i społeczny dzieci i młodzieży	
	1.1.4. Ograniczanie palenia tytoniu	młodzież oraz dorośli mieszkańcy Wrocławia		prowadzenie edukacji antytytoniowej dla społeczności Wrocławia	2022-2026 z możliwością kontynuacji
				zorganizowanie i prowadzenie Poradni Antytytoniowej z poradnictwem specjalistycznym	
				organizowanie społecznych kampanii zdrowotnych, motywującej do rzucenia palenia i życia bez nałogów	
	Priorytet taktyczny 1.2. Zwiększenie uczestnictwa w programach profilaktyki onkologicznej				
	1.2.1. Przeciwdziałanie „rakofobii” oraz przekonaniom fatalistycznym	mieszkańcy Wrocławia ze szczególnym uwzględnieniem mężczyzn		edukacja zdrowotna i kampania społeczna zachęcająca do wykonywania badań profilaktycznych u mężczyzn (wczesne wykrywania nowotworów układu moczowo-płciowego)	2022-2026 z możliwością kontynuacji
	1.2.2. Podnoszenie poziomu wiedzy w zakresie chorób nowotworowych 1.2.3. Upowszechnienie profilaktyki onkologicznej	mieszkańcy Wrocławia, szczególnie dzieci i młodzież oraz osoby o jasnej karnacji skóry korzystające z solarium lub nadmiernie poddające się ekspozycji słonecznej bez względu na porę roku, bez zabezpieczenia przed promieniami UV		działania edukacyjne dla dzieci i młodzieży, w tym warsztaty, konkursy, prowadzone w ramach programu „Uczeń w formie”, „Szkoła w formie” oraz dla dorosłych mieszkańców Wrocławia	2022-2026 z możliwością kontynuacji

		populacja 13-letnich dziewcząt i chłopców, mieszkańców Wrocławia		realizacja programu polityki zdrowotnej: pn. „Program profilaktyki zakażeń wirusem brodawczaka ludzkiego (HPV)”	2022-2026 z możliwością kontynuacji	
		kobiety w każdym wieku, mieszkanki Wrocławia		realizacja programu polityki zdrowotnej: „Profilaktyka raka piersi u kobiet, mieszanek Wrocławia”		
		osoby z widocznym obrzękiem limfatycznym oraz zagrożonych jego występowaniem		edukacja zdrowotna osób z obrzękiem limfatycznym i zagrożonych jego występowaniem		
Zalecana intensyfikacja działań odnośnie priorytetu operacyjnego: 1.2.1. oraz 1.2.2., a także kontynuacja i rozszerzenie działań odnośnie priorytetu 1.2.3.						
	Priorytet taktyczny 1.3. Przeciwdziałanie wybranym chorobom cywilizacyjnym					
	1.3.1. Przeciwdziałanie chorobie sercowo-naczyniowej	pełnoletni mieszkańcy Wrocławia po przebytym zawale mięśnia sercowego i/lub po zabiegach plastyki naczyń wieńcowych, nie później niż do 12 miesięcy od zaistniałego incydentu		Realizacja programu polityki zdrowotnej: „Rozszerzenie dostępu do rehabilitacji kardiologicznej w ramach wtórnej prewencji chorób sercowo-naczyniowych”	2022-2026 z możliwością kontynuacji	
		dzieci i młodzież z wrocławskich placówek edukacyjnych; rodzice; nauczyciele i wychowawcy		Patrz działania 1.1.1. Promowanie aktywności fizycznej		
		dzieci i młodzież; rodzice; nauczyciele i wychowawcy; organizatorzy zbiorowego żywienia		Patrz działania 1.1.2. Promowanie zbilansowanego sposobu odżywiania		
		osoby eksperymentujące, nadużywające oraz uzależnione od substancji psychoaktywnych ze szczególnym uwzględnieniem dzieci, młodzieży oraz kobiet w ciąży		Patrz działania 1.1.3. Zmniejszanie spożycia alkoholu i innych środków psychoaktywnych		

		cała populacja dorosłych, dzieci i młodzież, kobiety w ciąży,		Patrz działania 1.1.4. Ograniczanie palenia tytoniu	
	1.3.2. Profilaktyka chorób nowotworowych	dzieci i młodzież z wrocławskich placówek edukacyjnych; rodzice; nauczyciele i wychowawcy		Patrz działania 1.1.1. Promowanie aktywności fizycznej	
		dzieci i młodzież; rodzice; nauczyciele i wychowawcy; organizatorzy zbiorowego żywienia		Patrz działania 1.1.2. Promowanie zbilansowanego sposobu odżywiania	
		osoby eksperymentujące, nadużywające oraz uzależnione od substancji psychoaktywnych ze szczególnym uwzględnieniem dzieci, młodzieży oraz kobiet w ciąży		Patrz działania 1.1.3. Zmniejszanie spożycia alkoholu i innych środków psychoaktywnych	
		cała populacja dorosłych, dzieci i młodzież, kobiety w ciąży,		Patrz działania 1.1.4. Ograniczanie palenia tytoniu	
		cała populacja dorosłych, dzieci i młodzież, osoby starsze		Patrz działania 1.2. Zwiększenie uczestnictwa w programach profilaktyki onkologicznej	
	1.3.3. Zapobieganie i leczenie nadwagi i otyłości	dzieci i młodzież z nadwagą i otyłością oraz ich rodzice; wychowawcy/nauczyciele oraz organizatorzy zbiorowego żywienia		edukacja zdrowotna dotycząca zasad zdrowego i zbilansowanego żywienia dla dzieci, młodzieży, rodziców, wychowawców/nauczycieli oraz organizatorów zbiorowego żywienia prowadzona przez: fizjoterapeutę /rehabilitanta, dietetyka, psychologa, lekarza;	2022-2026 z możliwością kontynuacji
				warsztaty edukacyjne z zakresu zdrowego żywienia dla dzieci i młodzieży z nadwagą i otyłością oraz ich rodziców;	
				zajęcia z zakresu aktywności fizycznej dla dzieci i młodzieży z nadwagą i otyłością oraz ich rodziców;	

		dzieci i młodzież z wrocławskich placówek edukacyjnych; rodzice; nauczyciele i wychowawcy		Patrz działania 1.1.1. Promowanie aktywności fizycznej	
		dzieci i młodzież; rodzice; nauczyciele i wychowawcy; organizatorzy zbiorowego żywienia		Patrz działania 1.1.2. Promowanie zbilansowanego sposobu odżywiania	
	1.3.4. Profilaktyka cukrzycy i jej powikłań	mieszkańcy Wrocławia, szczególnie osoby zagrożone cukrzycą (z nadwagą, otyłością, zaburzeniami metabolicznymi) oraz chore na cukrzycę		edukacja zdrowotna i wsparcie psychiczne osób zagrożonych chorobą, chorych oraz ich rodzin/opiekunów; poradnictwo specjalistyczne dla osób chorych zagrożonych „Zespołem stopy cukrzycowej”;	2022-2026 z możliwością kontynuacji
		dzieci i młodzież z wrocławskich placówek edukacyjnych; rodzice; nauczyciele i wychowawcy		Patrz działania 1.1.1. Promowanie aktywności fizycznej	
		dzieci i młodzież; rodzice; nauczyciele i wychowawcy; organizatorzy zbiorowego żywienia		Patrz działania 1.1.2. Promowanie zbilansowanego sposobu odżywiania	
		osoby eksperymentujące, nadużywające oraz uzależnione od substancji psychoaktywnych ze szczególnym uwzględnieniem dzieci, młodzieży oraz kobiet w ciąży		Patrz działania 1.1.3. Zmniejszanie spożycia alkoholu i innych środków psychoaktywnych	
	1.3.5. Profilaktyka chorób układu oddechowego	mieszkańcy Wrocławia w różnych grupach wiekowych, szczególnie dzieci i młodzież		realizacja programów edukacji zdrowotnej w środowisku dzieci i młodzieży. motywowanie mieszkańców Wrocławia do udziału w programie profilaktyki POChP oraz badaniach pozwalających na wczesne wykrywanie chorób układu oddechowego. organizowanie społecznych kampanii zdrowotnych.	2022-2026 z możliwością kontynuacji
		cała populacja dorosłych, dzieci i młodzież, kobiety w ciąży		Patrz działania 1.1.4. Ograniczanie palenia tytoniu	

	1.3.6. Przeciwdziałanie chorobom układu ruchu	mieszkańcy Wrocławia		prowadzenie zajęć edukacji zdrowotnej; instruktaż, pokaz czynności i ćwiczeń do samodzielnego wykonywania w warunkach domowych; promowanie aktywności ruchowej w każdym wieku; przygotowanie programu polityki zdrowotnej rozszerzającego dostęp do rehabilitacji leczniczej;	2022-2026 z możliwością kontynuacji
		dzieci i młodzież z wrocławskich placówek edukacyjnych; rodzice; nauczyciele i wychowawcy		Patrz działania 1.1.1. Promowanie aktywności fizycznej	
		dzieci i młodzież; rodzice; nauczyciele i wychowawcy; organizatorzy zbiorowego żywienia		Patrz działania 1.1.2. Promowanie zbilansowanego sposobu odżywiania	
	1.3.7. Higiena i ochrona narządów wzroku i słuchu	mieszkańcy Wrocławia		kampanie zdrowotne, program edukacyjne, szkolenia, warsztaty, konferencje, materiały edukacyjno-informacyjne	2022-2026 z możliwością kontynuacji
	1.3.8. Higiena jamy ustnej, w tym profilaktyka próchnicy	dzieci i młodzież w wieku szkolnym, rodzice/opiekunowie oraz personel medyczny (lekarze stomatolodzy, asystentki stomatologiczne, pielęgniarki środowiska nauczania i wychowania)		edukacja zdrowotna dzieci i rodziców; badanie stomatologiczne oraz zabiegi profilaktyczne (lakowanie i lakierowanie zębów, stabilizacja próchnicy);	2022-2026 z możliwością kontynuacji
	Priorytet taktyczny 1.4. Promocja i ochrona zdrowia psychicznego				
	1.4.1. Przeciwdziałanie występowaniu zaburzeń psychicznych	mieszkańcy Wrocławia		promocja zdrowia psychicznego, zapobieganie zaburzeniom psychicznym oraz wsparcie osób z doświadczeniem choroby psychicznej i zaburzeniami psychogeriatrycznymi oraz ich rodzin	2022-2026 z możliwością kontynuacji
	1.4.2. Przeciwdziałanie samobójstwom			rozwijanie opieki i wsparcia środowiskowego.	
	1.4.3. Zapewnienie osobom z zaburzeniami psychicznymi (...) opieki zdrowotnej oraz innych form opieki i pomocy (...)				
	1.4.4. Kształtowanie właściwych postaw społecznych wobec osób z zaburzeniami psychicznymi (...), a także przeciwdziałania ich dyskryminacji				
	1.4.5. Tworzenie oraz wspieranie środowisk sprzyjających zdrowiu psychicznemu	osoby eksperymentujące, nadużywające oraz uzależnione od substancji psychoaktywnych ze szczególnym uwzględnieniem dzieci, młodzieży oraz kobiet w ciąży		Patrz działania 1.1.3. Zmniejszanie spożycia alkoholu i innych środków psychoaktywnych	
Zalecana intensyfikacja działań odnośnie priorytetu operacyjnego: 1.4.4. oraz 1.4.5.					

♀	Priorytet taktyczny 1.5. Promocja zdrowia seksualnego i reprodukcyjnego				
1.5.1. Ochrona i promocja zdrowia seksualnego i reprodukcyjnego 1.5.2. Podnoszenie poziomu wiedzy na temat seksualności człowieka, zdrowia reprodukcyjnego i seksualnego (...) 1.5.3. Kształtowanie pozytywnych postaw wobec seksualności człowieka oraz przeciwdziałanie dyskryminacji, segregacji i marginalizacji ze względu na seksualność 1.5.4. Przeciwdziałanie ryzykownym zachowaniom seksualnym oraz chorobom przenoszonym drogą płciową	niepłodne pary, mieszkańcy Wrocławia		dofinansowanie kosztów jednego cyklu zapłodnienia pozaustrojowego lub adopcji zarodka dla każdej pary pozostającej w związku małżeńskim lub partnerskim, zakwalifikowanej do Programu w maksymalnej kwocie 5000 zł, pod warunkiem przeprowadzenia przynajmniej jednej całej procedury przewidzianej w Programie;	2022-2026 z możliwością kontynuacji	
	kobiety ze zdiagnozowaną endometriozą, z symptomami m.in. bólowymi sugerującymi endometriozę, bądź kobiety z niepłodnością z podejrzeniem endometriozy;		indywidualne konsultacje (lek. ginekologiem, onkologiem, endokrynologiem, anestesjologiem, dietetykiem, psychologiem, rehabilitantem, położną /edukatorem zdrowia);	2022-2026 z możliwością kontynuacji	
			grupy wsparcia;		
			edukacja zdrowotna online;		
			badanie jakości życia kobiet;		
	kobiety ciężarne i matki dzieci z wrodzoną wadą rozwojową do 1 roku życia oraz ich rodziny, osoby niepełnosprawne, mieszkańcy Wrocławia;		prowadzenie strony internetowej i fanpage`a;	2022-2026 z możliwością kontynuacji	
			edukacja zdrowotna;		
			konsultacja psychologa;		
			konsultacje kardiologa dziecięcego;		
			konsultacje lekarzy specjalistów (neonatolog, neurolog, chirurg, genetyk, kardiolog dziecięcy wg potrzeb odbiorców programu);		
mieszkanki Wrocławia w wieku prokreacyjnym, kobiety ciężarne, rodzice oraz dzieci w wieku do 3 lat.		grupy wsparcia;	2022-2026 z możliwością kontynuacji		
		opieka położnicza / pielęgniarska;			
	konsultacje fizjoterapeuty;				
personel medyczny		edukacja zdrowotna w Ośrodkach Informacyjno-Edukacyjnych dla Rodziców	2022-2026 z możliwością kontynuacji		
		prowadzenie cyklicznych kursów we Wrocławskich Szkołach Rodzenia			
mieszkanki Wrocławia w okresie premenopauzalnym i menopauzalnym		zakup sprzętu i aparatury medycznej dla oddziałów położniczych, ginekologicznych, neonatologicznych, pediatrycznych.	2022-2026 z możliwością kontynuacji		
		konferencje / szkolenia dla położnych, lekarzy, pielęgniarek			
		Realizacja programów edukacyjnych: „Zdrowie kobiet w okresie menopauzy” „Menopauza – zdrowie, satysfakcja, dojrzałość”	2022-2026 z możliwością kontynuacji		

		osoby eksperymentujące, nadużywające oraz uzależnione od substancji psychoaktywnych ze szczególnym uwzględnieniem dzieci oraz młodzieży		Patrz działania 1.1.3. Zmniejszanie spożycia alkoholu i innych środków psychoaktywnych
Zalecana intensyfikacja działań odnośnie priorytetu operacyjnego: 1.5.2, 1.5.3. oraz 1.5.4.				
	Priorytet taktyczny 1.6. Poprawa jakości życia osób z niepełnosprawnościami i niesamodzielnymi oraz ich opiekunów			
1.4.1. Kompleksowe zabezpieczenie potrzeb osób chorych długoterminowo oraz ich opiekunów 1.4.2. Zapewnienie kompleksowej oraz zintegrowanej z systemem świadczeń zdrowotnych i usług opiekuńczych opieki domowej dla osób niesamodzielnymi i przewlekle chorych oraz ich rodzin 1.4.3. Zapewnienie kompleksowego wsparcia instytucjonalnego dla opiekunów osób niesamodzielnymi i przewlekle chorych 1.4.4. Realizacja cyklicznych badań empirycznych z zakresu socjologii zdrowia i medycyny ukierunkowanych na dorosłych wrocławian, objętych domową opieką długoterminową oraz ich opiekunów	osoby starsze, niesamodzielne, przewlekle i nieuleczalnie chore oraz ich rodziny/opiekunowie		edukacja zdrowotna poprawiająca bezpieczeństwo i jakość opieki osób przewlekle i nieuleczalnie chorych przebywających w środowisku domowym oraz wsparcie ich rodzin / opiekunów;	2022-2026 z możliwością kontynuacji
			zapewnienie w warunkach stacjonarnych czasowej opieki pielęgnacyjnej osobom niesamodzielnymi, przewlekle i nieuleczalnie chorym tzw. <i>łóżka wytchnienia</i>	2022-2026 z możliwością kontynuacji
Zalecana intensyfikacja działań odnośnie priorytetu operacyjnego: 1.4.1., 1.4.2., 1.4.3. oraz 1.4.4.				
PRIORYTET 2. ZMNIEJSZANIE NIERÓWNOŚCI SPOŁECZNYCH W ZDROWIU				
2.1. Podejmowanie działań na rzecz sprawiedliwości społecznej w obszarze zdrowia 2.2. Zapobieganie nierównościom społecznym w zdrowiu oraz redukcja ich negatywnych skutków zdrowotnych 2.3. Uwzględnianie i wdrażanie w tworzonych oraz realizowanych programach z zakresu promocji zdrowia i profilaktyki chorób wyników badań empirycznych na temat nierówności społecznych w zdrowiu	osoby bezdomne, przebywające we Wrocławiu		edukacja zdrowotna oraz ograniczanie zagrożeń dla zdrowia fizycznego i psychicznego wśród osób bezdomnych we Wrocławiu	2022-2026 z możliwością kontynuacji
Zalecana intensyfikacja działań odnośnie priorytetu operacyjnego: 2.1., 2.2., 2.3.				

PRIORYTET 3. KSZTAŁTOWANIE ZDROWEGO ŚRODOWISKA MIEJSKIEGO



Priorytet taktyczny 3.1. Poprawa bezpieczeństwa mieszkańców

3.1.1. Zapobieganie urazom powstałym w wyniku wypadków komunikacyjnych, z uwzględnieniem edukacji w zakresie udzielania pierwszej pomocy przedmedycznej

osoby eksperymentujące, nadużywające oraz uzależnione od substancji psychoaktywnych ze szczególnym uwzględnieniem dzieci, młodzieży oraz kobiet w ciąży



Patrz działania 1.1.3. Zmniejszanie spożycia alkoholu i innych środków psychoaktywnych

3.1.2. Zapobieganie występowaniu i rozprzestrzenianiu się chorób zakaźnych, w szczególności przenoszonych drogą kropelkową

osoby w wieku 65 plus



Realizacja programu polityki zdrowotnej: „Program szczepień ochronnych przeciw grypie dla mieszkańców Wrocławia w wieku 65+”

2022-2026 z możliwością kontynuacji

Zalecana intensyfikacja działań odnośnie priorytetu operacyjnego: 3.1.1. oraz 3.1.2.



Priorytet taktyczny 3.2. Tworzenie środowisk proekologicznych

3.2.1. Przeciwdziałanie szkodliwym dla zdrowia warunkom otoczenia miejskiego
3.2.2. Poszerzenie przestrzeni publicznych wolnych od dymu tytoniowego
3.2.3. Tworzenie warunków do planowania przestrzennego z uwzględnieniem zdrowia
3.2.4. Promocja postaw i zachowań proekologicznych, edukacja ekologiczna

wrocławskie placówki edukacyjne



edukacja zdrowotna dzieci w wieku przedszkolnym

edukacja zdrowotna dzieci i młodzieży szkolnej oraz nauczycieli, wychowawców, rodziców

kampanie zdrowotne antytytoniowe

2022-2026 z możliwością kontynuacji

Zalecana intensyfikacja działań odnośnie priorytetu operacyjnego: 3.2.1., 3.2.2., 3.2.3. oraz 3.2.4.

	Priorytet taktyczny 3.3. Rozwijanie i wzmacnianie siedlisk promujących zdrowie				
3.3.1. Tworzenie i wzmacnianie siedlisk dla zdrowia 3.3.2. Kształtowanie i wzmacnianie idei subsydiarności w działaniach prozdrowotnych	wrocławskie placówki edukacyjne		realizacja przedszkolnych programów promocji zdrowia dot. promocji zdrowia oraz przeciwdziałania ryzykownym zachowaniom w środowisku przedszkolnym i szkolnym	2022-2026 z możliwością kontynuacji	
			realizacja szkolnych programów promocji zdrowia		
			kampanie edukacyjne, warsztaty, szkolenia dot. promocji zdrowia oraz przeciwdziałania ryzykownym zachowaniom w środowisku przedszkolnym i szkolnym		
Zalecana intensyfikacja działań odnośnie priorytetu operacyjnego: 3.3.1. oraz 3.3.2.					
PRIORYTET 4. POPRAWA JAKOŚCI ORAZ ZWIĘKSZENIE ZAKRESU WSPÓŁPRACY MIĘDZYSEKTOROWEJ NA RZECZ ZDROWIA					
4.1. Wypracowanie i realizowanie w praktyce skutecznych zasad i procedur współpracy z innymi podmiotami publicznymi, prywatnymi i pozarządowymi na rzecz zdrowia 4.2. Motywowanie innych podmiotów życia społecznego do podejmowania współpracy międzysektorowej na rzecz zdrowia 4.3. Realizacja projektów i programów prozdrowotnych we współpracy z podmiotami publicznymi, prywatnymi i pozarządowymi na szczeblu lokalnym, krajowym i międzynarodowym	urzędnicy, pracownicy naukowy, dietetycy, rodzice, nauczyciele		prowadzenie zespołu ds. zdrowego żywienia i aktywności fizycznej dzieci i młodzieży	2022-2026 z możliwością kontynuacji	
			współpraca z innymi wydziałami oraz jednostkami organizacyjnymi urzędu		
			współpraca z instytucjami i organizacjami		
			współpraca z wrocławskimi placówkami edukacyjnymi		

PRIORYTET 5. DZIAŁANIA NA RZECZ UPODMIOTOWIENIA I AKTYWIZACJI MIESZKAŃCÓW NA RZECZ ZDROWIA

5.1. Podejmowanie działań aktywizujących i upodmiotowiających na rzecz zdrowia 5.2. Podejmowanie działań na rzecz zwiększenia świadomości dotyczącej znaczenia prozdrowotnego stylu życia dla utrzymania i potęgowania potencjału zdrowia 5.3. Podejmowanie działań na rzecz zwiększenia postrzeganego znaczenia profilaktyki w utrzymaniu i pomnażaniu potencjału zdrowia	mieszkańcy Wrocławia we wszystkich kategoriach wiekowych		Patrz wybrane działania w ramach: Priorytet taktyczny 1.1. Poprawa jakości działań prozdrowotnych w zakresie głównych czynników ryzyka chorób cywilizacyjnych Priorytet taktyczny 1.2. Zwiększenie uczestnictwa w programach profilaktyki onkologicznej Priorytet taktyczny 1.3. Przeciwdziałanie wybranym chorobom cywilizacyjnym Priorytet taktyczny 1.4. Promocja i ochrona zdrowia psychicznego Priorytet taktyczny 1.5. Promocja zdrowia seksualnego i reprodukcyjnego	
			kampanie zdrowotne, warsztaty, szkolenia, programy edukacyjne	2022-2026 z możliwością kontynuacji
Zalecana intensyfikacja działań odnośnie priorytetu operacyjnego: 5.1.				

V. WDRAŻANIE DZIAŁAŃ PROZDROWOTNYCH

1. WSKAŹNIKI MONITOROWANIA I EWALUACJI

Aby zapewnić prawidłową realizację priorytetów prozdrowotnych (celów strategicznych), niezbędne jest prowadzenie stałych działań monitorująco-oceniających stan prac nad ich wdrożeniem.

Monitoring działań w zakresie realizacji priorytetów zawartych w dokumencie *Kierunki działań w zakresie zdrowia publicznego dla mieszkańców Wrocławia na lata 2022-2026* będzie się opierał na dwóch uzupełniających się (komplementarnych) procesach:

- 1) ocena poziomu realizacji celów strategicznych na podstawie informacji sprawozdawczych oraz danych statystycznych;
- 2) analiza skuteczności i efektywności narzędzi zastosowanych w procesie osiągania celów strategicznych.

W oparciu o analizę danych powyższych procesów sformułowane zostaną wnioski praktyczne na temat osiągniętych rezultatów wdrożonych interwencji prozdrowotnych, a jednocześnie analiza ta umożliwi przeprowadzenie niezbędnych modyfikacji czy korekt w odniesieniu do przyszłych kierunków działań, jak również sposobów i narzędzi dążenia do przyjętych w dokumencie celów.

Pojęcie ewaluacji rozumiane jest jako:

- ✓ „systematyczne gromadzenie informacji o programie w celu umożliwienia podejmowania decyzji o przyszłości programu (np. kontynuacji, replikacji, modyfikacji, zaniechania)” (Gaś, 2006, s. 203);
- ✓ „zbieranie i wykorzystywanie informacji w celu odpowiedzi na pytania dotyczące programu. Jest to sposób na zdobycie większej ilości informacji o programie, niż było dostępnych przed przystąpieniem do jego realizacji” (Hawkins & Nederhood, 1994);
- ✓ „ocena wartości (jakości) jakiegoś obiektu lub (projektowanego, wdrażanego albo zakończonego) procesu (np. programu profilaktycznego, edukacyjnego, terapeutycznego)” (Sochocki, 2009).

W celu dokonania ewaluacji programów w ramach realizacji poszczególnych priorytetów prozdrowotnych, określone zostały **wskaźniki/mierniki**, oraz następujące czynniki: źródło informacji o mierniku, wartość bazowa (o ile jest dostępna), pożądana tendencja/wartość wskaźnika – Tabela V.1.

Tabela V.1. Wskaźniki / mierniki w ewaluacji programów w ramach poszczególnych priorytetów prozdrowotnych planowanych do realizacji w latach 2022-2026 przez Wydział Zdrowia i Spraw Społecznych Urzędu Miejskiego Wrocławia

	PRIORYTETY (TAKTYCZNO-) OPERACYJNE:	WSKAŹNIKI / MIERNIKI	ŹRÓDŁO INFORMACJI O MIERNIKU	WARTOŚĆ BAZOWA (O ILE DOSTĘPNA)	POŻĄDANA TENDENCJA /WARTOŚĆ WSKAŹNIKA
PRIORYTET 1. POPRAWA JAKOŚCI DZIAŁAŃ W ZAKRESIE PROMOCJI ZDROWIA, W TYM PROFILAKTYKI CHORÓB I UZALEŻNIEŃ					
		Priorytet taktyczny 1.1. Poprawa jakości działań prozdrowotnych w zakresie głównych czynników ryzyka chorób cywilizacyjnych			
	1.1.1. Promowanie aktywności fizycznej	odsetek dorosłych aktywnych fizycznie codziennie / w tygodniu	socjologiczne badania ankietowe na populacji dorosłych wrocławian 2018 ²⁸⁰ - konieczność powtórzenia badań w 2023 i/lub 2025 r.	dane wrocławskie: 75% aktywnych dorosłych mieszkańców Wrocławia ogółem; 30% aktywnych co najmniej raz w tygodniu - Patrz więcej: (Synowiec-Piłat et al., 2018, ss. 29-37)	utrzymanie lub wzrost odsetka dorosłych osób aktywnych we Wrocławiu
			dane z badań ogólnopolskich	dane ogólnopolskie: 41,5-63% aktywnych Polaków	
		odsetek dzieci i młodzieży aktywnych fizycznie codziennie / w tygodniu	wyniki badań dolnośląskich / ogólnopolskich	dane ogólnopolskie: 17,2% aktywnej młodzieży (badanie HBSC, 2018 r.)	poziom aktywności wśród młodzieży (i dzieci) na poziomie ogólnopolskim lub wyższym
		liczba przyznanych certyfikatów placówkom edukacyjnym z zakresu promowania aktywności fizycznej	dokumentacja z projektów		wzrost ilości przyznawanych certyfikatów
	1.1.2. Promowanie zbilansowanego sposobu odżywiania	odsetek dorosłych mieszkańców Wrocławia spożywających regularnie owoce i warzywa, czerwone mięso oraz ryby; używających soli kuchennej	socjologiczne badania ankietowe na populacji dorosłych wrocławian 2018 r. ²⁸¹ - konieczność powtórzenia badań w 2023 i/lub 2025 r.	dane wrocławskie – patrz:: (Synowiec-Piłat et al., 2018, ss. 37-50)	wzrost odsetka zachowań prozdrowotnych, zmniejszenie odsetka zachowań antyzdrowotnych związanych z odżywianiem

²⁸⁰Raport z badań „Z korzyścią dla zdrowia czy na jego szkodę...op.cit.

²⁸¹Raport z badań „Z korzyścią dla zdrowia czy na jego szkodę...op.cit.

		liczba przyznanych certyfikatów placówkom edukacyjnym z zakresu promowania zdrowego żywienia; liczba dzieci i młodzieży biorących udział w warsztatach; liczba dzieci i młodzieży biorących udział w kampaniach, konkursach, zajęciach edukacyjnych	dokumentacja z projektów		wzrost ilości przyznawanych certyfikatów; wzrost liczby uczestników
	1.1.3. Zmniejszanie spożycia alkoholu i innych środków psychoaktywnych	odsetek osób dorosłych spożywających alkohol; częstotliwość spożycia alkoholu; odsetek osób upijających się i częstotliwość upijania się	socjologiczne badania ankietowe na populacji dorosłych wrocławian 2018 ²⁸² - konieczność powtórzenia badań w 2023 i/lub 2025 r.	dane wrocławskie: 4,7% mężczyzn deklaruje codzienne spożywanie alkoholu, co najmniej raz w tygodniu spożywanie alkoholu deklaruje 24% dorosłych mieszkańców Wrocławia - Patrz więcej: (Synowiec-Piłat et al., 2018, ss. 50-62)	spadek p.p. w spożyciu alkoholu/częstotliwości spożycia alkoholu; spadek p.p. osób upijających się / częstotliwości upijania się
		wyniki badań społecznych dot. dzieci i młodzieży realizowanych w kilkuletnich odstępach czasowych	wyniki badań dolnośląskich / ogólnopolskich	dane ogólnopolskie: ok. 35% młodzieży w wieku 11-15 lat przynajmniej raz piło alkohol (badanie HBSC z 2018 r.)	odsetek młodzieży mającej za sobą inicjację alkoholową na poziomie niższym niż dane ogólnopolskie
		liczba odbiorców poszczególnych zadań, w tym zajęć informacyjno-edukacyjnych, poradnictwa specjalistycznego, warsztatów oraz kampanii edukacyjnych w każdym roku realizacji	dokumentacja z projektów		wzrost liczby uczestników
		liczba realizatorów działań zleconych przez gminę	ewidencja prowadzone przez realizatora		wzrost liczby realizatorów

²⁸²Raport z badań „Z korzyścią dla zdrowia czy na jego szkodę...op.cit.

		liczba przeprowadzonych kampanii edukacyjnych	ewidencja prowadzone przez realizatora		wzrost liczby uczestników
		liczba realizowanych godzin poradnictwa, zajęć informacyjno-edukacyjnych, warsztatów	dokumentacja z projektów / ewidencja prowadzona przez realizatora		wzrost liczby godzin /zajęć / warsztatów
		liczba osób będących członkami grup wsparcia	ewidencja prowadzona przez realizatora		wzrost liczby uczestników
		liczba osób korzystająca z leczenia substytucyjnego	ewidencja prowadzona przez realizatora		wzrost liczby beneficjentów
		liczba dzieci i młodzieży biorących udział w działaniach wspierających rozwój osobisty i społeczny dzieci i młodzieży	dokumentacja z projektów / ewidencja prowadzona przez realizatora		wzrost liczby uczestników
	1.1.4. Ograniczanie palenia tytoniu	odsetek osób palących papierosy	socjologiczne badania ankietowe na populacji dorosłych wrocławian 2018 ²⁸³ - konieczność powtórzenia badań w 2023 i/lub 2025 r.	dane wrocławskie: codziennie pali ok. 12% mężczyzn oraz 15% kobiet – Patrz więcej: (Synowiec-Piłat et al., 2018, ss. 63-65)	zmniejszenie odsetka osób palących papierosy
			dane ogólnopolskie	dane ogólnopolskie: codziennie pali ok. 29% dorosłych mężczyzn oraz ok. 20% kobiet (dane GIS z 2017 r.)	
		liczba uczniów uczestniczących w zajęciach edukacyjnych	dokumentacja z projektów / ewidencja prowadzona przez realizatora		wzrost liczby uczestników
		liczba osób korzystających z konsultacji specjalistów (lekarza, psychologa, terapeuty uzależnień)	ewidencja prowadzona przez realizatora / instytucje med.		wzrost liczby beneficjentów

²⁸³Raport z badań „Z korzyścią dla zdrowia czy na jego szkodę...op.cit.

		liczba kampanii zdrowotnych	dokumentacja z projektów / ewidencja prowadzona przez realizatora	wzrost liczby kampanii
		ilość wydanych materiałów edukacyjnych	dokumentacja z projektów / ewidencja prowadzona przez realizatora	wzrost liczby wydawanych materiałów edukacyjnych
		Priorytet taktyczny 1.2. Zwiększenie uczestnictwa w programach profilaktyki onkologicznej		
1.2.1. Przeciwdziałanie „rakofobii” oraz przekonaniom fatalistycznym 1.2.2. Podnoszenie poziomu wiedzy w zakresie chorób nowotworowych 1.2.3. Upowszechnienie profilaktyki onkologicznej		liczba wykonanych badań wśród mężczyzn pod kątem wczesnego wykrywania nowotworów układu moczowo-płciowego	ewidencja prowadzona przez realizatora / instytucje med.	wzrost liczby wykonywanych badań
		liczba uczestników działań edukacyjnych dot. nowotworów układu moczowo-płciowego	dokumentacja z projektów / ewidencja prowadzona przez realizatora	wzrost liczby uczestników
		liczba uczestników działań edukacyjnych dot. profilaktyki raka skóry i czerniaka	dokumentacja z projektów / ewidencja prowadzona przez realizatora	wzrost liczby uczestników
		liczba przeprowadzonych działań edukacyjno-informacyjnych dot. profilaktyki raka skóry i czerniaka	dokumentacja z projektów / ewidencja prowadzona przez realizatora	wzrost liczby działań
		liczba osób korzystająca z poradnictwa zdrowotnego dot. profilaktyki raka skóry i czerniaka	ewidencja prowadzona przez realizatora / instytucje med.	wzrost liczby osób korzystających z poradnictwa zdrowotnego
		liczba osób skierowanych do diagnostyki specjalistycznej dot. raka skóry i czerniaka	ewidencja prowadzona przez realizatora / instytucje med.	wzrost liczby wykonywanych badań
		liczba osób korzystających z edukacji zdrowotnej dot. profilaktyki HPV, w tym: - rodziców, - dziewcząt w wieku 13 lat, - chłopców w wieku 13 lat	dokumentacja z projektów / ewidencja prowadzona przez realizatora;	wzrost liczby uczestników
		liczba dziewcząt zaszczepionych na HPV: - liczba dziewcząt, które otrzymały 1 dawkę szczepionki;	ewidencja prowadzona przez realizatora / instytucje med.	wzrost liczby zaszczepionych na HPV dziewcząt i chłopców

	- liczba dziewcząt, które otrzymały 2 dawki szczepionki; - liczba dziewcząt, które otrzymały 3 dawki szczepionki; - liczba chłopców, którzy otrzymali 1 dawkę szczepionki; - liczba chłopców, którzy otrzymali 2 dawkę szczepionki; - liczba chłopców, którzy otrzymali 3 dawki szczepionki		
	liczba kobiet, które zgłosiły się do punktów edukacji zdrowotnej (pez) dot. profilaktyki raka piersi z podziałem na grupy wiekowe	dokumentacja z projektów / ewidencja prowadzona przez realizatora;	wzrost liczby beneficjentek
	liczba kobiet, którym w pez wykonano instruktaż samobadania piersi	ewidencja prowadzona przez realizatora / instytucje med.	wzrost liczby beneficjentek
	liczba kobiet zmotywowanych do wykonania mammografii w ramach populacyjnego programu wczesnego wykrywania raka piersi, finansowanego przez NFZ	rejestr deklaracji badania	wzrost liczby beneficjentek
	liczba kobiet, u których wykryto podejrzaną zmianę chorobową dot. raka piersi w pez	ewidencja prowadzona przez realizatora / instytucje med.	wzrost liczby badanych kobiet
	liczba kobiet skierowanych do lekarza POZ, do dalszej diagnostyki specjalistycznej dot. raka piersi	ewidencja prowadzona przez realizatora / instytucje med.	wzrost liczby kobiet skierowanych do dalszej diagnostyki
	liczba kobiet skierowanych do Ośrodka Diagnostyki Chorób Piersi	ewidencja prowadzona przez realizatora / instytucje med.	wzrost liczby kobiet skierowanych do dalszej diagnostyki
	liczba wykonanych badań diagnostycznych z podziałem na mammografię i ultrasonografię	ewidencja prowadzona przez realizatora / instytucje med.	wzrost liczby badań mammograficznych / USG piersi
	liczba wykrytych zmian chorobowych z podejrzeniem raka	ewidencja prowadzona przez realizatora / instytucje med.	spadek liczby wykrytych zmian chorobowych w późnym stadium
	liczba kobiet, u których badania diagnostyczne nie potwierdziły zmiany chorobowej dot. raka piersi	ewidencja prowadzona przez realizatora / instytucje med.	

		liczba kobiet skierowanych na konsultacje do lekarza genetyka	ewidencja prowadzona przez realizatora / instytucje med.	wzrost liczby kobiet skierowanych na konsultacje genetyczne
		liczba kobiet, które skorzystały z poradnictwa genetycznego	ewidencja prowadzona przez realizatora / instytucje med.	liczba kobiet, które skorzystały z poradnictwa genetycznego
		liczba kobiet skierowanych do szpitala	ewidencja prowadzona przez realizatora / instytucje med.	spadek liczby wykrytych zmian chorobowych w późnym stadium
		liczba zaplanowanych seminariów, szkoleń, konferencji dot. raka piersi dla realizatorów i odbiorców zadania	dokumentacja z projektów / ewidencja prowadzona przez realizatora	wzrost liczby wydarzeń oraz uczestników
		liczba osób, które wzięły udział w szkoleniach podnoszących kwalifikacje zawodowe dot. raka piersi	dokumentacja z projektów / ewidencja prowadzona przez realizatora	wzrost liczby uczestników
		liczba kobiet biorąca udział w szkoleniach grupowych dot. raka piersi	dokumentacja z projektów / ewidencja prowadzona przez realizatora	wzrost liczby uczestników
		liczba kobiet, które wypełniły ankietę oceny i satysfakcji dot. działań związanych z rakiem piersi	dokumentacja z projektów / ewidencja prowadzona przez realizatora	wzrost liczby uczestników
		liczba pisemnych opinii o realizowanych zadaniach wzrost liczby uczestników	dokumentacja z projektów / ewidencja prowadzona przez realizatora	wzrost liczby pisemnych opinii o realizowanych zadaniach
	Priorytet taktyczny 1.3. Przeciwdziałanie wybranym chorobom cywilizacyjnym			
	1.3.1. Przeciwdziałanie chorobie sercowo-naczyniowej	Patrz wskaźniki / mierniki 1.1.1. Promowanie aktywności fizycznej		
		Patrz wskaźniki / mierniki 1.1.2. Promowanie zbilansowanego sposobu odżywiania		
		Patrz wskaźniki / mierniki 1.1.3. Zmniejszanie spożycia alkoholu i innych środków psychoaktywnych		
		Patrz wskaźniki / mierniki 1.1.4. Ograniczanie palenia tytoniu		
		liczba osób biorąca udział w realizowanych działaniach;	dokumentacja z projektów / ewidencja prowadzona przez realizatora	wzrost liczby uczestników

		rodzaje realizowanych działań;	dokumentacja z projektów / ewidencja prowadzona przez realizatora	wzrost liczby rodzajów działań
		liczba realizatorów działań;	dokumentacja z projektów / ewidencja prowadzona przez realizatora	wzrost liczby realizatorów
		liczba osób zgłaszających się na edukację;	dokumentacja z projektów / ewidencja prowadzona przez realizatora	wzrost liczby uczestników
		liczba przeprowadzonych szkoleń dla realizatorów i uczestników;	dokumentacja z projektów / ewidencja prowadzona przez realizatora	wzrost liczby szkoleń
		liczba przeprowadzonych kampanii;	dokumentacja z projektów / ewidencja prowadzona przez realizatora	wzrost liczby kampanii
		liczba przeprowadzonych badań specjalistycznych;	dokumentacja z projektów / ewidencja prowadzona przez realizatora	wzrost liczby badań specjalistycznych
	1.3.2. Profilaktyka chorób nowotworowych	Patrz wskaźniki / mierniki 1.1.1. Promowanie aktywności fizycznej		
		Patrz wskaźniki / mierniki 1.1.2. Promowanie zbilansowanego sposobu odżywiania		
		Patrz wskaźniki / mierniki 1.1.3. Zmniejszanie spożycia alkoholu i innych środków psychoaktywnych		
		Patrz wskaźniki / mierniki 1.1.4. Ograniczanie palenia tytoniu		
		Patrz działania 1.2. Zwiększenie uczestnictwa w programach profilaktyki onkologicznej		
	1.3.3. Zapobieganie i leczenie nadwagi i otyłości	liczba uczniów biorących udział spotkaniach edukacyjnych ze specjalistami;	dokumentacja z projektów / ewidencja prowadzona przez realizatora	wzrost liczby uczestników
		liczba rodziców biorących udział spotkaniach edukacyjnych ze specjalistami;	dokumentacja z projektów / ewidencja prowadzona przez realizatora	wzrost liczby uczestników
		liczba uczniów biorących udział w warsztatach;	dokumentacja z projektów / ewidencja prowadzona przez realizatora	wzrost liczby uczestników
		liczba rodziców biorących udział w warsztatach;	dokumentacja z projektów / ewidencja prowadzona przez realizatora	wzrost liczby uczestników

			liczba uczniów biorących udział w zajęciach z zakresu aktywności fizycznej;	dokumentacja z projektów / ewidencja prowadzona przez realizatora	wzrost liczby uczestników
			Patrz wskaźniki / mierniki 1.1.1. Promowanie aktywności fizycznej		
			Patrz wskaźniki / mierniki 1.1.2. Promowanie zbilansowanego sposobu odżywiania		
	1.3.4. Profilaktyka cukrzycy i jej powikłań		liczba osób uczestnicząca w edukacji zdrowotnej;	dokumentacja z projektów / ewidencja prowadzona przez realizatora	wzrost liczby uczestników
			rodzaje realizowanych działań;	dokumentacja z projektów / ewidencja prowadzona przez realizatora	wzrost liczby rodzajów działań
			liczba realizatorów działań;	dokumentacja z projektów / ewidencja prowadzona przez realizatora	wzrost liczby realizatorów działań
			liczba osób pierwszorazowych zgłaszających się na edukację ;	dokumentacja z projektów / ewidencja prowadzona przez realizatora	wzrost liczby uczestników
			liczba osób zgłaszających się kolejny raz na edukację;	dokumentacja z projektów / ewidencja prowadzona przez realizatora	wzrost liczby uczestników
			liczba przeprowadzonych szkoleń dla realizatorów i uczestników;	dokumentacja z projektów / ewidencja prowadzona przez realizatora	wzrost liczby przeprowadzonych szkoleń
			liczba przeprowadzonych kampanii;	dokumentacja z projektów / ewidencja prowadzona przez realizatora	wzrost liczby przeprowadzonych kampanii
			liczba przeprowadzonych konsultacji i porad specjalistycznych;	dokumentacja z projektów / ewidencja prowadzona przez realizatora	wzrost liczby u przeprowadzonych konsultacji i porad specjalistycznych
			Patrz wskaźniki / mierniki 1.1.1. Promowanie aktywności fizycznej		
			Patrz wskaźniki / mierniki 1.1.2. Promowanie zbilansowanego sposobu odżywiania		
			Patrz wskaźniki / mierniki 1.1.3. Zmniejszanie spożycia alkoholu i innych środków psychoaktywnych		
	1.3.5. Profilaktyka chorób układu oddechowego		liczba uczestników poszczególnych działań profilaktycznych;	dokumentacja z projektów / ewidencja prowadzona przez realizatora	wzrost liczby uczestników

		liczba wykonanych badań profilaktycznych podczas społecznych kampanii zdrowotnych;	dokumentacja z projektów / ewidencja prowadzona przez realizatora	wzrost liczby wykonywanych badań profilaktycznych
		liczba opracowanych materiałów edukacyjnych o tematyce zdrowotnej;	dokumentacja z projektów / ewidencja prowadzona przez realizatora	wzrost liczby materiałów edukacyjnych
	1.3.6. Przeciwdziałanie chorobom układu ruchu	liczba osób biorących udział w realizowanych działaniach;	dokumentacja z projektów / ewidencja prowadzona przez realizatora	wzrost liczby uczestników
		liczba zrealizowanych godzin edukacyjnych;	dokumentacja z projektów / ewidencja prowadzona przez realizatora	wzrost liczby zrealizowanych godzin edukacyjnych
		Patrz wskaźniki / mierniki 1.1.1. Promowanie aktywności fizycznej		
		Patrz wskaźniki / mierniki 1.1.2. Promowanie zbilansowanego sposobu odżywiania		
	1.3.7. Higiena i ochrona narządów wzroku i słuchu	liczba osób biorących udział w realizowanych działaniach	dokumentacja z projektów / ewidencja prowadzona przez realizatora	wzrost liczby uczestników
		liczba zrealizowanych godzin edukacji	dokumentacja z projektów / ewidencja prowadzona przez realizatora	wzrost liczby zrealizowanych godzin edukacyjnych
		liczba przygotowanych i wydrukowanych materiałów edukacyjno-informacyjnych	dokumentacja z projektów / ewidencja prowadzona przez realizatora	wzrost liczby materiałów edukacyjnych
		liczba przeprowadzonych szkoleń, warsztatów	dokumentacja z projektów / ewidencja prowadzona przez realizatora	wzrost liczby przeprowadzonych szkoleń, warsztatów
		liczba przygotowanych programów	dokumentacja z projektów / ewidencja prowadzona przez realizatora	wzrost liczby przygotowanych programów
		liczba wykonanych badań	dokumentacja z projektów / ewidencja prowadzona przez realizatora	wzrost liczby wykonanych badań
	1.3.8. Higiena jamy ustnej, w tym profilaktyka próchnicy	liczba rodziców objęta edukacją w zakresie zdrowia jamy ustnej;	dokumentacja z projektów / ewidencja prowadzona przez realizatora	wzrost liczby uczestników
		liczba uczniów objęta programem;	dokumentacja z projektów / ewidencja prowadzona przez realizatora	wzrost liczby uczestników

		ewaluacja wzrostu wiedzy w zakresie zdrowia jamy ustnej w konfrontacji z jej realizacją przez uczniów;	dokumentacja z projektów / ewidencja prowadzona przez realizatora	wzrost poziomu wiedzy i poprawa zachowań zdrowotnych;
		liczba wykonanych badań stomatologicznych z określeniem stanu jamy ustnej i potrzeb leczniczych oraz indywidualną edukacją	ewidencja prowadzona przez realizatora / instytucje med.	wzrost liczby wykonywanych badań
		liczba wykonanych zabiegów lakowania zębów;	ewidencja prowadzona przez realizatora / instytucje med.	wzrost liczby wykonanych zabiegów
		brak nowych zmian próchnicowych lub rozwój rocznie nie więcej niż 1-3 nowych zmian u uczniów z wysoką aktywnością choroby;	ewidencja prowadzona przez realizatora / instytucje med.	obniżenie ilości wykrywanych zmian próchnicowych
		Priorytet taktyczny 1.4. Promocja i ochrona zdrowia psychicznego		
	1.4.1. Przeciwdziałanie występowaniu zaburzeń psychicznych 1.4.2. Przeciwdziałanie samobójstwom 1.4.3. Zapewnienie osobom z zaburzeniami psychicznymi (...) opieki zdrowotnej oraz innych form opieki i pomocy (...) 1.4.4. Kształtowanie właściwych postaw społecznych wobec osób z zaburzeniami psychicznymi, (...), a także przeciwdziałania ich dyskryminacji 1.4.5. Tworzenie oraz wspieranie środowisk sprzyjających zdrowiu psychicznemu	liczba osób biorąca udział w realizowanych działaniach;	dokumentacja z projektów / ewidencja prowadzona przez realizatora	wzrost liczby uczestników
		rodzaje realizowanych działań;	dokumentacja z projektów / ewidencja prowadzona przez realizatora	wzrost liczby realizowanych działań
		liczba realizatorów działań;	dokumentacja z projektów / ewidencja prowadzona przez realizatora	wzrost liczby realizatorów działań
		liczba przeprowadzonych szkoleń dla realizatorów i uczestników;	dokumentacja z projektów / ewidencja prowadzona przez realizatora	wzrost liczby szkoleń
		liczba przeprowadzonych kampanii, seminariów i warsztatów;	dokumentacja z projektów / ewidencja prowadzona przez realizatora	wzrost liczby kampanii, seminariów i warsztatów
		Patrz wskaźniki / mierniki 1.1.3. Zmniejszanie spożycia alkoholu i innych środków psychoaktywnych		

♀	Priorytet taktyczny 1. 5. Promocja zdrowia seksualnego i reprodukcyjnego				
1.5.1. Ochrona i promocja zdrowia seksualnego i reprodukcyjnego 1.5.2. Podnoszenie poziomu wiedzy na temat seksualności człowieka, zdrowia reprodukcyjnego i seksualnego (...) 1.5.3. Kształtowanie pozytywnych postaw wobec seksualności człowieka oraz przeciwdziałanie dyskryminacji, segregacji i marginalizacji ze względu na seksualność 1.5.4. Przeciwdziałanie ryzykownym zachowaniom seksualnym oraz chorobom przenoszonym drogą płciową	% osób przejawiających ryzykowne zachowania seksualne	wyniki badań dolnośląskich / ogólnopolskich; socjologiczne badania ankietowe na populacji dorosłych wrocławian w 2023 i/lub 2025 r.	dane zastane; wyniki badań dot. populacji wrocławian	spadek p.p. ryzykownych zachowań seksualnych	
	liczba par biorących udział w Programie dot. zapłodnienia pozaustrojowego lub adopcji zarodka	ewidencja prowadzona przez realizatora / instytucje med.		wzrost liczby par biorących udział w programie	
	liczba przeprowadzonych procedur zapłodnienia pozaustrojowego	ewidencja prowadzona przez realizatora / instytucje med.		wzrost liczby przeprowadzonych procedur	
	liczba ciąż	ewidencja prowadzona przez realizatora / instytucje med./ dane GUS		wzrost liczby ciąż	
	liczba urodzeń żywych	ewidencja prowadzona przez realizatora / instytucje med./ dane GUS	Dodatni przyrost naturalny we Wrocławiu za 2019 r.: <i>plus</i> 0,9‰, przy ujemnych wartościach dla województwa (<i>minus</i> 2,0‰) oraz dla kraju (<i>minus</i> 0,9‰) – Wykres II.1.7 oraz II.1.15; Wartość wskaźnika żywych urodzeń na 1 000 ludności we Wrocławiu za 2019 r.: 11,7‰ (stan na 31 grudnia) – Wykres II.1.20; Poziom dzietności mieszkanek Wrocławia – współczynnik dzietności teoretycznej wyniósł w 2019 r. 1,5 (1,36 dla województwa, 1,42 dla kraju) (GUS, 2020c, 2020d) – Wykres II.1.9.	wzrost liczby urodzeń żywych	

	liczba kobiet, które zostaną objęte specjalistyczną edukacją zdrowotną dot. endometriozy;	dokumentacja z projektów / ewidencja prowadzona przez realizatora	wzrost liczby uczestniczek
	liczba szkoleń dla personelu medycznego dot. endometriozy ;	dokumentacja z projektów / ewidencja prowadzona przez realizatora	wzrost liczby szkoleń
	poziom wiedzy kobiet nt. endometriozy;	dokumentacja z projektów / ewidencja prowadzona przez realizatora	wzrost poziomu wiedzy uczestniczek
	liczba rodzin z dziećmi z wrodzoną wadą rozwojową zgłaszających się do Programu;	ewidencja prowadzona przez realizatora / instytucje med.	wzrost liczby rodzin uczestniczących w programie
	liczba rodzin z dziećmi z wrodzoną wadą rozwojową uczestnicząca w I i II etapie Programu;	ewidencja prowadzona przez realizatora / instytucje med.	wzrost liczby rodzin uczestniczących w I i II etapie Programu;
	liczba osób niepełnosprawnych (dot. z dzieci z wrodzoną wadą rozwojową);	ewidencja prowadzona przez realizatora / instytucje med./ dane GUS	spadek liczby urodzeń dzieci z wrodzoną wadą rozwojową
	stopień satysfakcji uczestników programu dot. dzieci z wrodzoną wadą rozwojową ;	dokumentacja z projektów / ewidencja prowadzona przez realizatora	wzrost satysfakcji uczestników
	liczba odbiorców poszczególnych zadań, w tym zajęć edukacyjnych, poradnictwa specjalistycznego, warsztatów, konferencji i.in	dokumentacja z projektów / ewidencja prowadzona przez realizatora	wzrost liczby uczestników
	wskaźnik umieralności okołoporodowej	dane GUS, NFZ dla woj. Dolnośląskiego / Wrocławia	w 2019 r. wskaźnik zgonów niemowląt na 1 000 urodzeń żywych dla Wrocław: 3,6‰; 4,5‰ dla województwa oraz 3,8‰ dla kraju – Wykres II.1.20.
	liczba i rodzaj zakupionego sprzętu, aparatury medycznej	ewidencja prowadzona przez realizatora / instytucje med.	wzrost liczby sprzętu, aparatury medycznej

		liczba kobiet w okresie premenopauzalnym i menopauzalnym zgłaszających się do rejestracji w projekcie;	dokumentacja z projektów / ewidencja prowadzona przez realizatora	wzrost liczby uczestników
		liczba wizyt pacjentek w okresie premenopauzalnym i menopauzalnym u położnej, ginekologa, psychologa;	ewidencja prowadzona przez realizatora / instytucje med.	wzrost liczby wizyt
		liczba kobiet w okresie premenopauzalnym i menopauzalnym kierowanych na badania i do lekarzy specjalistów,	ewidencja prowadzona przez realizatora / instytucje med.	wzrost liczby skierowań kobiet w okresie premenopauzalnym i menopauzalnym na badania i do lekarzy specjalistów
 Priorytet taktyczny 1.6. Poprawa jakości życia osób z niepełnosprawnościami i niesamodzielnymi oraz ich opiekunów				
1.4.1. Kompleksowe zabezpieczenie potrzeb osób chorych długoterminowo oraz ich opiekunów 1.4.2. Zapewnienie kompleksowej oraz zintegrowanej z systemem świadczeń zdrowotnych i usług opiekuńczych opieki domowej dla osób niesamodzielnymi i przewlekle chorych oraz ich rodzin 1.4.3. Zapewnienie kompleksowego wsparcia instytucjonalnego dla opiekunów osób niesamodzielnymi i przewlekle chorych 1.4.4. Realizacja cyklicznych badań empirycznych z zakresu socjologii zdrowia i medycyny ukierunkowanych na dorosłych wrocławian, objętych domową opieką długoterminową oraz ich opiekunów		liczba wizyt edukacyjnych prowadzonych przez pielęgniarkę, fizjoterapeutę;	ewidencja prowadzona przez realizatora / instytucje med.	wzrost liczby wizyt
		liczba osób korzystających ze wsparcia psychologicznego (pacjenci oraz ich rodziny/opiekunowie);	ewidencja prowadzona przez realizatora	wzrost liczby beneficjentów
		liczba rodzin objętych zadaniem;	ewidencja prowadzona przez realizatora / instytucje med.	wzrost liczby rodzin objętych zadaniem;
		liczba osób objętych wsparciem paliatywno-hospicyjnym;	ewidencja prowadzona przez realizatora / instytucje med.	wzrost liczby beneficjentów
		liczba osób objętych czasową stacjonarną opieką pielęgnacyjno-opiekuńczą	ewidencja prowadzona przez realizatora / instytucje med.	wzrost liczby beneficjentów

PRIORYTET 2. ZMNIEJSZANIE NIERÓWNOŚCI SPOŁECZNYCH W ZDROWIU				
2.1. Podejmowanie działań na rzecz sprawiedliwości społecznej w obszarze zdrowia 2.2. Zapobieganie nierównościami społecznym w zdrowiu oraz redukcja ich negatywnych skutków zdrowotnych 2.3. Uwzględnianie i wdrażanie w tworzonych oraz realizowanych programach z zakresu promocji zdrowia i profilaktyki chorób wyników badań empirycznych na temat nierówności społecznych w zdrowiu	liczba osób korzystających z edukacji zdrowotnej	dokumentacja z projektów / ewidencja prowadzona przez realizatora		wzrost liczby uczestników
	liczba osób korzystająca z warsztatów terapii zajęciowej	dokumentacja z projektów / ewidencja prowadzona przez realizatora		wzrost liczby uczestników
	PRIORYTET 3. KSZTAŁTOWANIE ZDROWEGO ŚRODOWISKA MIEJSKIEGO			
	Priorytet taktyczny 3.1. Poprawa bezpieczeństwa mieszkańców			
3.1.1. Zapobieganie urazom powstałym w wyniku wypadków komunikacyjnych, z uwzględnieniem edukacji w zakresie udzielania pierwszej pomocy przedmedycznej	Patrz wskaźniki / mierniki 1.1.3. Zmniejszanie spożycia alkoholu i innych środków psychoaktywnych			
3.1.2. Zapobieganie występowaniu i rozprzestrzenianiu się chorób zakaźnych, w szczególności przenoszonych drogą kropelkową	liczba osób zaszczepionych	Dane NFZ/instytucji medycznych	dane ogólnopolskie: 3,5% dla Polski (Byambasuren, Paradowska-Stankiewicz, & Brydak, 2020)	wzrost liczby osób zaszczepionych
	liczba osób uczestnicząca w działaniach edukacyjnych dot. szczepień	dokumentacja z projektów / ewidencja prowadzona przez realizatora		wzrost liczby uczestników
	liczba osób biorących udział w programie w każdym roku jego realizacji	dokumentacja z projektów / ewidencja prowadzona przez realizatora		wzrost liczby uczestników

	Priorytet taktyczny 3.2. Tworzenie środowisk proekologicznych			
3.2.1. Przeciwdziałanie szkodliwym dla zdrowia warunkom otoczenia miejskiego 3.2.2. Poszerzenie przestrzeni publicznych wolnych od dymu tytoniowego 3.2.3. Tworzenie warunków do planowania przestrzennego z uwzględnieniem zdrowia 3.2.4. Promocja postaw i zachowań proekologicznych, edukacja ekologiczna	liczba dzieci w wieku przedszkolnym uczestnicząca w szkoleniach;	dokumentacja z projektów / ewidencja prowadzona przez realizatora	wzrost liczby uczestników	
	liczba dzieci i młodzieży szkolnej oraz nauczycieli, wychowawców, rodziców uczestnicząca w szkoleniach, edukacji	dokumentacja z projektów / ewidencja prowadzona przez realizatora	wzrost liczby uczestników	
	liczba przeprowadzonych kampanii	dokumentacja z projektów / ewidencja prowadzona przez realizatora	wzrost liczby przeprowadzonych kampanii	
	Priorytet taktyczny 3.3. Rozwijanie i wzmacnianie siedlisk promujących zdrowie			
3.3.1. Tworzenie i wzmacnianie siedlisk dla zdrowia 3.3.2. Kształtowanie i wzmacnianie idei subsydiarności w działaniach prozdrowotnych	ilość placówek edukacyjnych należących do Wrocławskiej Sieci Przedszkoli i Szkół Promujących Zdrowie	ewidencja prowadzona przez koordynatorów Wrocławskiej Sieci Przedszkoli i Szkół Promujących Zdrowie	utrzymanie lub zwiększenie ilości placówek edukacyjnych należących do Wrocławskiej Sieci Przedszkoli i Szkół Promujących Zdrowie	
PRIORYTET 4. POPRAWA JAKOŚCI ORAZ ZWIĘKSZENIE ZAKRESU WSPÓŁPRACY MIĘDZYSEKTOROWEJ NA RZECZ ZDROWIA				
4.1. Wypracowanie i realizowanie w praktyce skutecznych zasad i procedur współpracy z innymi podmiotami publicznymi, prywatnymi i pozarządowymi na rzecz zdrowia	ilość spotkań zespołu	dokumentacja Urzędu	utrzymanie istniejącego poziomu / wzrost ilości spotkań zespołu	

4.2. Motywowanie innych podmiotów życia społecznego do podejmowania współpracy międzysektorowej na rzecz zdrowia 4.3. Realizacja projektów i programów prozdrowotnych we współpracy z podmiotami publicznymi, prywatnymi i pozarządowymi na szczeblu lokalnym, krajowym i międzynarodowym	ilość współpracujących instytucji / działów / biur	dokumentacja Urzędu	utrzymanie istniejącego poziomu / wzrost ilości współpracujących instytucji / działów / biur
PRIORYTET 5. DZIAŁANIA NA RZECZ UPODMIOTOWIENIA I AKTYWIZACJI MIESZKAŃCÓW NA RZECZ ZDROWIA			
5.1. Podejmowanie działań aktywizujących i upodmiotowiających na rzecz zdrowia 5.2. Podejmowanie działań na rzecz zwiększenia świadomości dotyczącej znaczenia prozdrowotnego stylu życia dla utrzymania i potęgowania potencjału zdrowia 5.3. Podejmowanie działań na rzecz zwiększenia postrzeganego znaczenia profilaktyki w utrzymaniu i potęgowania potencjału zdrowia	liczba osób biorących udział w realizowanych działaniach	dokumentacja z projektów / ewidencja prowadzona przez realizatora	wzrost liczby uczestników
	liczba zrealizowanych godzin edukacji	dokumentacja z projektów / ewidencja prowadzona przez realizatora	wzrost liczby zrealizowanych godzin edukacji
	liczba przygotowanych i wydrukowanych materiałów edukacyjno-informacyjnych	dokumentacja z projektów / ewidencja prowadzona przez realizatora	wzrost liczby przygotowanych i wydrukowanych materiałów edukacyjno-informacyjnych
	liczba przeprowadzonych szkoleń, warsztatów	dokumentacja z projektów / ewidencja prowadzona przez realizatora	wzrost liczby przeprowadzonych szkoleń, warsztatów
	liczba przygotowanych programów	dokumentacja z projektów / ewidencja prowadzona przez realizatora	wzrost liczby przygotowanych programów

p.p. – punkty procentowe

2. ZARZĄDZANIE RYZYKIEM (ANALIZA SWOT)

W ramach tzw. zarządzania ryzykiem, przeprowadzona została **analiza SWOT** – Tabela V.2., która jest narzędziem służącym do analizy instytucji i jej otoczenia w celu zoptymalizowania strategii zarządzania oraz zbudowania nowego planu strategicznego. Głównym celem analizy jest określenie bieżącej sytuacji, pozycji badanego przedmiotu oraz perspektyw, a wraz z tym najlepszej strategii postępowania. Analiza ta opiera się na podziale dostępnych informacji na cztery kategorie czynników strategicznych (czynników klasyfikujących możliwości podmiotu):

S – mocne strony (ang. *strengths*): czynniki stanowiące atut, przewagę, zaletę, wyróżniające pozytywnie z otoczenia – należyćie wykorzystane będą sprzyjać rozwojowi;

W – słabe strony (ang. *weaknesses*): czynniki stanowiące słabość, barierę – niewyeliminowanie ich lub zmniejszenie siły oddziaływania będzie hamować rozwój;

O – szanse (ang. *opportunities*): czynniki stwarzające szansę korzystnej zmiany – ich umiejętne wykorzystanie może wpłynąć pozytywnie na rozwój;

T – zagrożenia (ang. *threats*): czynniki stwarzające niebezpieczeństwo zmiany niekorzystnej, mogące w przyszłości być zagrożeniem dla rozwoju czy poprawnego funkcjonowania.

Przed zakończeniem okresu rozliczeniowego (2022-2026) **wskazane byłoby przeprowadzenie socjologicznych badań empirycznych oraz ich merytoryczne opracowanie**, dotyczące postrzeganych przez respondentów mocnych i słabych stron oraz szans i zagrożeń w realizacji działań prozdrowotnych na terenie Wrocławia. Badaniem objęte powinny być następujące grupy:

- eksperci z promocji zdrowia, zdrowia publicznego oraz medycyny (przedstawiciele instytucji publicznych i organizacji) prowadzący działalność prozdrowotną na terenie miasta Wrocławia;
- realizatorzy działań prozdrowotnych na terenie Wrocławia;
- społeczność dorosłych wrocławian (próba reprezentatywna).

Tabela V.2. Analiza SWOT programów planowanych do realizacji w latach 2022-2026 przez Wydział Zdrowia i Spraw Społecznych Urzędu Miejskiego Wrocławia

MOCNE STRONY / SZANSE	SŁABE STRONY / ZAGROŻENIA
Czynniki makrostrukturalne	
- wdrożenie Narodowego Programu Zdrowia (NPZ) na lata 2021-2025 zapewniającego stałe finansowanie programów zdrowotnych m.in. w zakresie profilaktyki nadwagi i otyłości, uzależnień, promocji zdrowia psychicznego²⁸⁴; - wdrożenie Narodowej Strategii Onkologicznej (NSO) na lata 2020-2030²⁸⁵; - wdrożenie Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego (NPOZP) na lata 2017-2022²⁸⁶; - wprowadzenie instrumentów systemowych mających na celu wspieranie diety²⁸⁷; - zmniejszenie się liczby rodzin z dziećmi korzystających z systemu pomocy społecznej²⁸⁸; - systematyczne wydłużanie przeciętnego trwania życia;	- niekorzystny bilans demograficzny kraju oraz regionu dolnośląskiego (ujemny przyrost naturalny) oraz starzenie się populacji²⁸⁹; - niekorzystny rozkład ludności względem ekonomicznych grup wieku²⁹⁰; - niskie wydatki na ochronę zdrowia w Polsce (6,33 PKB w 2018 r.)²⁹¹; - bardzo niskie nakłady finansowe na profilaktykę i promocję zdrowia²⁹²; - wysokie koszty opieki medycznej²⁹³; - niewystarczająca dostępność i jakość usług medycznych, zwłaszcza specjalistycznych, - krytyczny deficyt kadr medycznych²⁹⁴; - niewystarczające wsparcie systemowe dla działań z zakresu promocji zdrowia; - niewystarczające działania legislacyjne sprzyjające prozdrowotnym wyborom (m.in. palenia, picia alkoholu, aktywności fizycznej, uczestnictwu w badaniach profilaktycznych)²⁹⁵;

²⁸⁴Patrz: Cz. I, pkt. 1. Uwarunkowania prawne i formułowanie misji

²⁸⁵Patrz: Cz. I, pkt. 1. Uwarunkowania prawne i formułowanie misji

²⁸⁶Patrz: Cz. I, pkt. 1. Uwarunkowania prawne i formułowanie misji

²⁸⁷Dolnośląska strategia integracji społecznej na lata 2021-2030 (projekt), Załącznik nr 1 do Uchwały nr 3543/VI/21 Zarządu Województwa Dolnośląskiego z dnia 7.04.2021

²⁸⁸Dolnośląska strategia integracji społecznej...op.cit.

²⁸⁹Patrz: Cz. II, pkt. 1. Wybrane dane demograficzne

²⁹⁰Patrz: Cz. II, pkt. 1. Wybrane dane demograficzne

²⁹¹Patrz: Cz. II, pkt. 3. Organizacja opieki zdrowotnej (Wydatki na ochronę zdrowia)

²⁹²Patrz: Cz. II, pkt. 3. Organizacja...op.cit.

²⁹³Patrz: Cz. II, pkt. 3. Organizacja...op.cit.

²⁹⁴Patrz: Cz. II, pkt. 3. Organizacja...op.cit. (Personel medyczny)

²⁹⁵Patrz: Cz. III. Priorytet 1.1. Poprawa jakości działań prozdrowotnych w zakresie głównych czynników ryzyka chorób cywilizacyjnych oraz Priorytet 1.2. Zwiększenie uczestnictwa w programach profilaktyki onkologicznej

	▪ niewystarczające rozwiązania systemowe odnośnie możliwości realizacji działań z zakresu promocji zdrowia; ▪ niedostosowanie rozwiązań systemowych do potrzeb zdrowotnych populacji osób zdrowych oraz pacjentów; ▪ tendencja do medykalizacji promocji zdrowia; ▪ niska jakość polityki proekologicznej państwa²⁹⁶; ▪ brak stabilności i przewidywalności finansowania III sektora.
Czynniki mikrostrukturalne (związane z funkcjonowaniem instytucji publicznych, organizacji społecznych)	
▪ obniżenie wskaźników ubóstwa skrajnego w województwie dolnośląskim oraz niższy w porównaniu do populacji ogólnopolskiej wskaźnik ubóstwa relatywnego²⁹⁷; ▪ najniższa stopa bezrobocia we Wrocławiu i powiecie wrocławskim (w województwie dolnośląskim) oraz niższa o 0,6% stopa bezrobocia rejestrowanego w województwie dolnośląskim w porównaniu do całego kraju²⁹⁸; ▪ doświadczona kadra realizująca projekty prozdrowotne w instytucjach publicznych oraz organizacjach pozarządowych; ▪ relatywnie wysoka atrakcyjność inwestycyjna regionu²⁹⁹; ▪ występowanie dogodnych obszarów dla inwestycji gospodarczych i tworzenia miejsc pracy; ▪ aktywna działalność stref i podstref ekonomicznych³⁰⁰;	▪ możliwe osłabienie gospodarcze regionu w wyniku pandemii COVID-19³⁰⁵; ▪ możliwy negatywny wpływ pandemii COVID-19 na regionalny rynek pracy³⁰⁶; ▪ ograniczenie wskutek pandemii już rozpoczętych zadań, projektów, problemy z dotrzymaniem harmonogramów działań oraz zapewnieniem ciągłości usług świadczonych na rzecz beneficjentów; ▪ ograniczone środki finansowe na modernizację wszystkich przestarzałych obiektów szpitalnych i na dostosowanie ich do obowiązujących norm i standardów³⁰⁷; ▪ niedostateczna ilość środków finansowych na realizację działań prozdrowotnych; ▪ niewystarczająca jakość i dostępność do instytucjonalnego systemu wsparcia społecznego, w tym ekonomicznego dla chorych i ich rodzin; ▪ medykalizacja promocji zdrowia;

²⁹⁶Patrz: Cz. III. Priorytet 3. Kształtowanie zdrowego środowiska miejskiego

²⁹⁷Aneks do opracowania sygnałowego „Zasięg ubóstwa ekonomicznego w Polsce w 2019 r.”, Główny Urząd Statystyczny, Warszawa 2020; Patrz: Cz. III. Priorytet II. Zmniejszanie nierówności społecznych w zdrowiu

²⁹⁸Dolnośląska Strategia Integracji Społecznej na lata 2021-2030, s. 15 17 (Patrz: Cz. I, pkt. 1. Uwarunkowania...op.cit.; Cz. III. Priorytet II. Zmniejszanie nierówności...op.cit.)

²⁹⁹Dolnośląska strategia integracji społecznej...op.cit.

³⁰⁰Dolnośląska strategia integracji społecznej...op.cit.

³⁰⁵Dolnośląska strategia integracji społecznej...op.cit.

³⁰⁶Dolnośląska strategia integracji społecznej...op.cit.

³⁰⁷Dolnośląska strategia integracji społecznej...op.cit.

▪ duża dostępność infrastruktury ułatwiającej prowadzenie prozdrowotnego stylu życia (tereny i obiekty rekreacyjno-sportowe, ścieżki rowerowe, kluby fitness, baseny etc.)³⁰¹; ▪ wzrost liczby placówek medycznych - przychodni oraz placówek opieki szpitalnej³⁰²; ▪ wielość i wysoka jakość oferowanych programów prozdrowotnych; ▪ bogate doświadczenie Samorządu lokalnego w restrukturyzacji organizacji ochrony zdrowia; ▪ wysoko wykwalifikowana kadra prowadząca działalność na rzecz promocji i ochrony zdrowia; ▪ możliwość oparcia tworzonych i realizowanych projektów prozdrowotnych na aktualnych wynikach badań naukowych zrealizowanych na populacji dorosłych wrocławian³⁰³; ▪ dostępność środków zewnętrznych (unijnych) w zakresie działań na rzecz promocji i ochrony zdrowia; ▪ duży potencjał i doświadczenie projektodawców w korzystaniu ze środków zewnętrznych (unijnych) w zakresie działań na rzecz promocji i ochrony zdrowia; ▪ dodatnie saldo migracji wewnętrznych i zagranicznych na pobyt stały³⁰⁴; ▪ duże zakorzenienie organizacji pozarządowych w społeczności lokalnej; ▪ rozbudowa infrastruktury wspierającej i obsługującej III sektor i lokalną aktywność obywatelską; ▪ duża aktywność sektora pozarządowego w obszarze promocji i ochrony zdrowia; ▪ możliwość wykorzystania potencjału merytorycznego, organizacyjnego i materialnego NGO's przy realizacji działań prozdrowotnych; ▪ zaangażowanie i rosnąca liczba NGO's realizujących świadczenia w zakresie pomocy osobom chorym, niepełnosprawnym oraz niesamodzielnym i ich rodzinom;	▪ nieuwzględnianie lub bagatelizowanie społeczno-demograficznych, strukturalnych oraz kulturowych determinant zdrowia i choroby w tworzonych oraz wdrażanych programach prozdrowotnych; ▪ niewystarczający zakres współpracy pomiędzy instytucjami publicznymi i organizacjami w działaniach na rzecz zdrowia; ▪ uzależnienie procesu profesjonalizacji kadr pracujących w obszarze ochrony i promocji zdrowia od środków finansowych z budżetu państwa; ▪ ograniczone środki finansowe gminy na aktywizację prozdrowotną społeczności Wrocławia; ▪ problemy z zaangażowaniem oraz utrzymaniem zespołu pracowniczego oraz wolontariackiego w III sektorze; ▪ ograniczona trwałość programów, w ramach których podmioty je realizujące mogą zaplanować ciągłość działania, organizację wewnętrzną i rozwój w dłuższej perspektywie czasowej³⁰⁸.
---	--

³⁰¹Studium uwarunkowań i kierunków zagospodarowania przestrzennego Wrocławia...op.cit.; Patrz. Cz. III. Priorytet 3.2. Tworzenie środowisk proekologicznych

³⁰²Patrz: Cz. II, pkt. 3. Organizacja opieki zdrowotnej

³⁰³Patrz: Synowiec-Piłat M., Jędrzejek M., Pałęga A., Zmysłona B.: Raport z badań przeprowadzonych w ramach projektu naukowego „Z korzyścią dla zdrowia czy na jego szkodę? Analiza socjologiczna stylu życia wrocławian”, Fundacja Kreatywnie dla Zdrowia: Wrocław 2018.

Dostęp online: <https://www.kreatywniedlazzdrowia.pl/analizasocjologicznawroclawian.htm>

³⁰⁴Dolnośląska strategia integracji społecznej...op.cit.

³⁰⁸Dolnośląska strategia integracji społecznej...op.cit.

▪ rozwinięta sieć instytucji otoczenia biznesu; ▪ budowanie i rozwój współpracy międzysektorowej na rzecz zdrowia; ▪ tworzenie bazy placówek edukacyjnych do realizacji projektów prozdrowotnych (sieć szkół i przedszkoli promujących zdrowie).	
Czynniki społeczno-demograficzne, strukturalne i kulturowe dotyczące społeczności wrocławian	
▪ dodatni bilans demograficzny Wrocławia³⁰⁹; ▪ większy udział osób z wykształceniem wyższym we Wrocławiu niż przeciętnie dla Polski³¹⁰ ▪ większe zainteresowanie społeczne zdrowym stylem życia³¹¹; ▪ mniejszy odsetek osób palących papierosy we Wrocławiu niż przeciętnie dla Polski; ▪ niska w porównaniu do innych województw liczba pacjentów oraz liczba porad medycznych w przeliczeniu na liczbę ludności³¹²; ▪ najniższa w województwie dolnośląskim wartość wskaźnika zagrożenia ubóstwem lub wykluczeniem społecznym w makroregionie południowo-zachodnim (15,1%) oraz wielkość stopy bezrobocia rejestrowego (1,6%)³¹³.	▪ wysokie wskaźniki zachorowalności i umieralności na choroby układu krążenia i nowotwory oraz wyższe w porównaniu do populacji ogólnopolskiej³¹⁴; ▪ niekorzystne dane na temat pogarszającej się kondycji psychicznej dzieci i młodzieży oraz osób dorosłych; ▪ wzrost liczby uzależnień behawioralnych; ▪ wzrost liczby osób z doświadczeniem choroby psychicznej, osób uzależnionych od alkoholu oraz innych substancji psychoaktywnych (osoby leczone w poradniach latach 2015-2017)³¹⁵; ▪ istnienie nierówności społecznych w zdrowiu: negatywny wpływ czynników społeczno-demograficznych (wiek, płeć) i strukturalnych (niski poziom wykształcenia, niski dochód oraz niska samoocena sytuacji

³⁰⁹Patrz: Cz. II, pkt. 1. Wybrane dane demograficzne – Sytuacja demograficzna Wrocławia

³¹⁰Patrz: Załącznik II.1.1. Struktura dorosłej ludności Polski oraz Wrocławia według płci, grup wiekowych oraz wykształcenia

³¹¹Patrz: Cz. II, pkt. 4. Diagnoza stylu życia wrocławian – zachowania, postawy i przekonania zdrowotne (Wykresy II.4.1.-II.4.5.)

³¹²Mapa potrzeb zdrowotnych na okres od 1 stycznia 2022 r. do 31 grudnia 2026 r., Warszawa sierpień 2021 (Patrz Cz. I, pkt. 1. Uwarunkowania prawne...op.cit), s. 161.

Link: <http://dziennikmz.mz.gov.pl/legalact/2021/69/>

Link do aktu: http://dziennikmz.mz.gov.pl/DUM_MZ/2021/69/akt.pdf

³¹³Programu Przeciwdziałania Ubóstwu i Wykluczeniu...op.cit. (Patrz: Cz. I, pkt. 1. Uwarunkowania prawne i formułowanie misji; Cz. III. Priorytet II. Zmniejszanie nierówności...op.cit.

³¹⁴Patrz: Cz. II, pkt. 2. Wybrane dane epidemiologiczne (Choroby układu krążenia; Choroba nowotworowa)

³¹⁵Patrz: Cz. III, Priorytet 1.4. Promocja i ochrona zdrowia psychicznego (Wykres III.1.3. Lecznictwo ambulatoryjne dla osób z zaburzeniami psychicznymi, osób uzależnionych od alkoholu oraz innych substancji psychoaktywnych w latach 2015-2017)

	materialnej) na prozdrowotny styl życia wrocławian³¹⁶ oraz ich dostępność do usług medycznych; ▪ występowanie trwałych czynników zakłócających funkcjonowanie społeczności Wrocławia: uzależnienia, bezrobocie, bieda, bezdomność, przemoc w rodzinie, rozpad więzi rodzinnych etc.³¹⁷, ▪ niski wskaźnik zgłaszalności wrocławian na badania profilaktyczne, szczególnie dotyczące chorób nowotworowych (ze szczególnym zwróceniem uwagi na profilaktykę nowotworów wśród mężczyzn)³¹⁸ ▪ niska świadomość mieszkańców na temat znaczenia profilaktyki oraz behawioralnych czynników ryzyka w utrzymaniu potencjału zdrowia³¹⁹; ▪ niski poziom zaufania wrocławian do medycyny i personelu medycznego³²⁰ ▪ niewystarczający poziom upodmiotowienia społeczności wrocławian na rzecz zdrowia³²¹ ▪ niski poziom aktywności społeczności wrocławian na rzecz własnego zdrowia oraz budowania prozdrowotnego stylu życia³²² ▪ istnienie wartości, norm i przekonań blokujących aktywność jednostek i grup na rzecz prozdrowotnych wyborów, w tym przekonań fatalistycznych dotyczących zdrowia i choroby (w szczególności dotyczących chorób nowotworowych)³²³; ▪ niska jakość powietrza i wód oraz wysoki poziom hałasu w mieście Wrocławiu³²⁴.
--	--

³¹⁶Patrz: Cz. II, pkt. 4. Diagnoza stylu życia wrocławian – zachowania, postawy i przekonania zdrowotne (Tabele II.4.1.-II.4.3.); Cz. III. Priorytet II. Zmniejszanie nierówności...op.cit. (priorytetowe grupy odbiorców).

³¹⁷Dolnośląska strategia integracji społecznej...op.cit.

³¹⁸Patrz: Cz. II, pkt. 4. Diagnoza stylu życia wrocławian...op.cit. (Wybrane zachowania profilaktyczne; Udział wrocławian w profilaktyce onkologicznej dotyczącej całej populacji; Udział wrocławianek w profilaktyce onkologicznej dotyczącej nowotworów kobiecych)

³¹⁹Patrz: Cz. II, pkt. 4. Diagnoza stylu życia wrocławian...op.cit.

³²⁰Synowiec-Piłat M., Zmyślona B., Zarek A., Socio-demographic and structural determinants of trust in doctors and the impact of trust participation in preventive oncological examinations (in print).

³²¹Patrz: Cz. II, pkt. 4. Diagnoza stylu życia wrocławian...op.cit. (Subiektywne poczucie odpowiedzialności za stan zdrowia).

³²²Patrz: Cz. II, pkt. 4. Diagnoza stylu życia wrocławian...op.cit.

³²³Synowiec-Piłat, M. (2020). Przekonania i wiedza dotyczące chorób nowotworowych a uczestnictwo w onkologicznych badaniach profilaktycznych. Studium socjologiczne. Wrocław: Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu.

³²⁴Prognoza oddziaływania na środowisko...op.cit., Patrz. Cz. III. Priorytet 3.2. Tworzenie środowisk proekologicznych

3. SPRAWOZDAWCZOŚĆ

Corocznie będą przygotowywane sprawozdania z realizacji zadań określonych w dokumencie *Kierunki działań w zakresie zdrowia publicznego dla mieszkańców Wrocławia na lata 2022-2026* (lub częściej w zależności od potrzeb).

4. ŹRÓDŁA FINANSOWANIA

Działania Wydziału Zdrowia i Spraw Społecznych Urzędu Miasta Wrocławia są finansowane z budżetu jednostek samorządu terytorialnego oraz ze środków pochodzących od wojewody.

5. INSTYTUCJE I ORGANIZACJE WSPÓŁPRACUJĄCE ORAZ OBSZARY WSPÓŁPRACY

Zestawienie instytucji oraz organizacji współpracujących z Urzędem Miasta Wrocławia w realizacji zadań dotyczących działalności prozdrowotnej zostało przedstawione w Tabeli V.3.

Tabela V.3. Zestawienie instytucji oraz organizacji współpracujących z Urzędem Miasta Wrocławia w realizacji zadań dotyczących działalności prozdrowotnej³²⁵

Podmioty sektora publicznego
• inne wydziały Urzędu Miasta Wrocławia • Dolnośląski Oddz. NFZ, • placówki ochrony zdrowia, • lokalne, regionalne i krajowe media, • Urząd Wojewódzki, • Urząd Marszałkowski, • Wojewódzka i Powiatowa Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna • publiczne przedszkola, szkoły i uczelnie wyższe, • policja i straż miejska, • zagraniczne miasta partnerskie Wrocławia.
Podmioty sektora prywatnego
• firmy prywatne, • zakłady pracy, • prywatne placówki ochrony zdrowia, • media prywatne, • prywatne przedszkola, szkoły i uczelnie.
Podmioty sektora pozarządowego
• Światowa Organizacja Zdrowia (WHO), • Związek Miast Polskich, • fundacje, • stowarzyszenia, • związki wyznaniowe.

³²⁵Patrz: Priorytet IV. Poprawa jakości oraz zwiększenie zakresu współpracy międzysektorowej na rzecz zdrowia – Rycina III.4.1. Schemat współpracy Wydziału Zdrowia i Spraw Społecznych Urzędu Miasta Wrocławia z innymi sektorami życia społecznego w zakresie ochrony i promocji zdrowia

SPIS TABEL I RYCIN

TABELE

Tabela I.1.1. Priorytety oraz cele regionalnej polityki zdrowotnej województwa dolnośląskiego na lata 2019-2021

Tabela II.1.1. Zmiany ludności Polski, województwa dolnośląskiego oraz Wrocławia w 2019 r. w porównaniu do 2018 oraz 2010 r.

Tabela II.2.1. Struktura zachorowań oraz zgonów z powodu poszczególnych nowotworów według płci w grupie >45 r.ż.

Tabela II.3.1. Liczba i struktura wiekowa populacji osób zadeklarowanych do praktyk lekarza rodzinnego/POZ we Wrocławiu

Tabela II.3.2. Poradnie specjalistyczne we Wrocławiu

Tabela II.3.3. System podstawowego szpitalnego zabezpieczenia (PSZ) świadczeń opieki zdrowotnej we Wrocławiu

Tabela II.4.1. Społeczno-demograficzne, strukturalne i kulturowe uwarunkowania zachowań i przekonań zdrowotnych wrocławian

Tabela II.4.2. Zależność częstotliwości uczestniczenia w poszczególnych formach rekreacyjnej aktywności fizycznej wrocławian od zmiennych społeczno-demograficznych i strukturalnych (N=898)

Tabela II.4.3. Zależność uczestnictwa w onkologicznych badaniach profilaktycznych od zmiennych społ.-demograficznych i strukturalnych

Tabela III.1.1. Wpływ spożycia alkoholu na zdrowie człowieka

Tabela III.1.2. Główne czynniki ryzyka choroby sercowo-naczyniowej

Tabela III.1.3. Najważniejsze informacje dotyczące obszarów prewencji pierwotnej CVD

Tabela III.1.4. Badania przesiewowe – skrining onkologiczny w Polsce

Tabela III.1.5. Główne schorzenia wśród dzieci i młodzieży w województwie dolnośląskim - dane 2019 r.

Tabela III.1.6. Świadczenia psychiatryczne w Polsce i na Dolnym Śląsku w latach 2018-2019

Tabela III.1.7. Wybrane choroby przenoszone drogą płciową. Liczba zachorowań i zapadalność na 100 000 ludności w latach 2009-2019

Tabela III.3.1. Wynikowe klasy strefy aglomeracja wrocławska dla poszczególnych zanieczyszczeń, uzyskane w ramach rocznych ocen jakości powietrza w województwie dolnośląskim w latach 2016-2020

Tabela IV.1. Odbiorcy działań prozdrowotnych

Tabela IV.2. Działania prozdrowotne planowane do realizacji w latach 2022-2026 przez Wydział Zdrowia i Spraw Społecznych Urzędu Miejskiego Wrocławia w ramach priorytetów zdrowotnych

Tabela V.1. Wskaźniki / mierniki w ewaluacji programów w ramach poszczególnych priorytetów prozdrowotnych planowanych do realizacji w latach 2022-2026 przez Wydział Zdrowia i Spraw Społecznych Urzędu Miejskiego Wrocławia

Tabela V.2. Analiza SWOT programów planowanych do realizacji w latach 2022-2026 przez Wydział Zdrowia i Spraw Społecznych Urzędu Miejskiego Wrocławia

Tabela V.3. Zestawienie instytucji oraz organizacji współpracujących z Urzędem Miasta Wrocławia w realizacji zadań dotyczących działalności prozdrowotnej

RYCINY

Rycina I.1.1. Misja działań samorządu wrocławskiego w obszarze zdrowia

Rycina I.2.1. Determinanty zdrowia

Rycina I.2.2. Główne założenia społeczno-ekologicznego modelu zdrowia

Rycina I.2.3. Promocja zdrowia jako strategia

Rycina I.2.4. Główne założenia koncepcji promocji zdrowia opartej na paradygmacie społeczno-ekologicznym

Rycina I.2.5. Zakresy promocji zdrowia w odniesieniu do profilaktyki chorób

Rycina I.2.6. Główne strategie działań promocji zdrowia

Rycina I.2.7. Szerokie rozumienie prozdrowotnego stylu życia – perspektywa socjologiczna

Rycina I.2.8. Kluczowe zasady składające się na współczesne stanowisko ideologiczne WHO w odniesieniu do promocji zdrowia opierającej się na modelu upodmiotowienia na rzecz zdrowia

Rycina I.2.9. Podniesienie skuteczności interwencji prozdrowotnych w oparciu o paradygmat społeczno-ekologiczny

Rycina I.2.10. Czynniki niesprzyjające skuteczności interwencji prozdrowotnych

Rycina II.4.1. Zależność uczestnictwa w onkologicznych badaniach profilaktycznych od zmiennych społeczno-demograficznych i społeczno-strukturalnych oraz „rodzinnej historii raka” (I/II etap badania)

Rycina II.4.2. Zależności pomiędzy poziomem lęku przed „rakiem”, przekonaniami zdrowotnymi i wiedzą na temat chorób nowotworowych a uczestnictwem w onkologicznych badaniach profilaktycznych (I/II etap badania)

Rycina II.4.3. Co sprzyja uczestnictwu w onkologicznych badaniach profilaktycznych? (I/II etap badania)

Rycina III.1.1. Zależność między behawioralnymi oraz metabolicznymi czynnikami ryzyka a występowaniem chorób NCDs

Rycina III.1.2. Wielokierunkowy wpływ aktywności fizycznej

Rycina III.1.3. Uwarunkowania poziomu lęku przed chorobami nowotworowymi – zależność od zmiennych społeczno-demograficznych, społeczno-strukturalnych oraz „rodzinnej historii raka” (I/II etap badania)

Rycina III.1.4. Negatywny wpływ „rakofobii” i przekonań fatalistycznych na uczestnictwo w onkologicznych badaniach profilaktycznych

Rycina III.1.5. Uwarunkowania poziomu wiedzy wrocławian na temat chorób nowotworowych – zależność od zmiennych społeczno-demograficznych, społeczno-strukturalnych, poziomu „rakofobii” oraz „rodzinnej historii raka” (2012/2018)

Rycina III.1.6. Zależność poziomu wiedzy na temat „raka” od przekonań zdrowotnych dotyczących chorób nowotworowych (2012/2018)

Rycina III.2.1. Wskaźniki zagrożenia ubóstwem lub wykluczeniem społecznym według makroregionów w 2019 r.

Rycina III.4.1. Schemat współpracy Wydziału Zdrowia i Spraw Społecznych Urzędu Miasta Wrocławia z innymi sektorami życia społecznego w zakresie ochrony i promocji zdrowia

Rycina IV.1. Cykl Shewharta-Deminga

Rycina IV.2. Kryteria celów SMART

WYKRESY

Wykres II.1.1. Ludność Polski, województwa dolnośląskiego oraz Wrocławia [31.12.2019 r.]

Wykres II.1.2. Porównanie wskaźnika urbanizacji, ruralizacji oraz gęstości zaludnienia w Polsce oraz w województwie dolnośląskim (dane za 2019 r.)

Wykres II.1.3. Udział procentowy kobiet oraz wskaźnik feminizacji w populacji krajów Unii Europejskiej, Polski, województwa dolnośląskiego oraz Wrocławia (2019 r.)

Wykres II.1.4. Struktura ludności według ekonomicznych grup wieku dla Polski, województwa dolnośląskiego oraz Wrocławia; stan na dzień 31.12.2019 r.

Wykres II.1.5. Porównanie współczynnika małżeństw oraz rozwodów w krajach Unii Europejskiej, Polsce, województwie dolnośląskim oraz we Wrocławiu – 2019 r. [w ‰]

Wykres II.1.6. Udział osób w wieku ≥ 65 lat w populacji Polski oraz województwa dolnośląskiego [w ‰]

Wykres II.1.7. Przyrost naturalny w Polsce, województwie dolnośląskim oraz Wrocławiu [w ‰]

Wykres II.1.8. Przyrost naturalny w Polsce oraz województwie dolnośląskim w latach 2010-2019 (wartości bezwzględne)

Wykres II.1.9. Porównanie współczynnika urodzeń żywych [na 1 000 ludności] oraz poziomu dzietności w krajach Unii Europejskiej, Polsce, województwie dolnośląskim oraz we Wrocławiu – 2019 r. (czerwona linia – próg prostej zastępowalności pokoleń)

Wykres II.1.10. Liczba urodzeń żywych w województwie dolnośląskim [tys.] w latach 2010-2019

Wykres II.1.11. Mediana wieku ludności w Unii Europejskiej, Polsce oraz województwie dolnośląskim w 2019 r.

Wykres II.1.12. Długość życia w Unii Europejskiej, Polsce, województwie dolnośląskim oraz we Wrocławiu

Wykres II.1.13. Porównanie oczekiwanej długości życia w zdrowiu w Unii Europejskiej i w Polsce w 2018 r.

Wykres II.1.14. Porównanie współczynnika zgonów na 1 000 ludności dla Unii Europejskiej, Polski, województwa dolnośląskiego oraz Wrocławia w 2019 r.

Wykres II.1.15. Zmiany ludności Wrocławia w okresie 2000-2019 [na dzień 31 grudnia]

Wykres II.1.16. Ludność Wrocławia w 2019 r. według delegatur [stan w dniu 31.12.2019 r.]

Wykres II.1.17. Ludność Wrocławia w 2019 r. według grup wiekowych [na dzień 31.12.2019 r.]

Wykres II.1.18. Ludność Wrocławia według grup ekonomicznych w latach 2015, 2018, 2019 [stan w dniu 31 grudnia]

Wykres II.1.19. Ruch naturalny oraz migracyjny we Wrocławiu w latach 2018 oraz 2019 [w liczbach bezwzględnych]

Wykres II.1.20. Współczynnik urodzeń żywych, zgonów, zgonów niemowląt we Wrocławiu w latach 2010-2019 [na 1 000 ludności]

Wykres II.1.21. Współczynniki zgonów na 1 000 ludności we Wrocławiu w latach 2015, 2018, 2019

Wykres II.1.22. Liczba zgonów we Wrocławiu w 2019 r. według płci oraz grup wiekowych [w liczbach bezwzględnych]

Wykres II.1.23. Struktura zgonów według przyczyn we Wrocławiu w 2018 r. [na 100 tys. ludności]

Wykres II.2.1. Rzeczywiste współczynniki zgonów (RWZ) oraz standaryzowane współczynniki zgonów (SWZ) na 100 000 ludności w Polsce w 2018 r. – choroby układu krążenia oraz nowotwory złośliwe

Wykres II.2.2. Struktura zgonów według przyczyn w Polsce w 2018 r. – rzeczywiste współczynniki zgonów [na 100 tys. ludności]

Wykres II.2.3. Struktura zgonów według przyczyn mężczyzn oraz kobiet w Polsce w 2018 r. – standaryzowane współczynniki zgonów [na 100 tys. ludności]

Wykres II.2.4. Przyczyny przedwczesnej umieralności mężczyzn i kobiet w Polsce [w %]

Wykres II.2.5. Rzeczywiste współczynniki zgonów (RWZ) oraz standaryzowane współczynniki zgonów (SWZ) na 100 000 ludności z powodu chorób układu krążenia w Polsce w latach 2005 oraz 2018

Wykres II.2.6. Rzeczywiste współczynniki zgonów na 100 tys. mieszkańców z powodu chorób układu krążenia w 2018 r. w Polsce, województwie dolnośląskim oraz we Wrocławiu

Wykres II.2.7. Standaryzowane (ESP2013) współczynniki zachorowalności/umieralności na nowotwory złośliwe w Polsce według płci w latach 1980, 2000 oraz 2018 [na 100 tys. ludności]

Wykres II.2.8. Struktura zachorowań z powodu poszczególnych nowotworów złośliwych w populacji mężczyzn w Polsce w 2018 r.

Wykres II.2.9. Struktura zgonów z powodu poszczególnych nowotworów złośliwych w populacji mężczyzn w Polsce w 2018 r.

Wykres II.2.10. Struktura zachorowań z powodu poszczególnych nowotworów złośliwych w populacji kobiet w Polsce w 2018 r.

Wykres II.2.11. Struktura zgonów z powodu poszczególnych nowotworów złośliwych w populacji kobiet w Polsce w 2018 r.

Wykres II.2.12. Standaryzowane (ESP2013) wskaźniki zachorowalności oraz umieralności na nowotwory złośliwe w Polsce oraz w województwie dolnośląskim w 2018 r. [na 100 tys.]

Wykres II.2.13. Bezwzględne wskaźniki zgonów z powodu nowotworów złośliwych oraz chorób układu krążenia we Wrocławiu w 2018 r. [na 100 tys. mieszkańców]

Wykres II.2.14. Struktura zgonów z przyczyn zewnętrznych według płci w Polsce w 2018 r.

Wykres II.2.15. Współczynniki zgonów z przyczyn zewnętrznych we Wrocławiu w 2018 r. [na 100 tys. ludności]

Wykres II.3.1. Struktura wydatków publicznych na ochronę zdrowia w 2019 r. [w mln zł]

Wykres II.3.2. Porównanie ilości lekarzy, pielęgniarek oraz położnych w Polsce w latach 2010, 2018 oraz 2019 [w tys.]

Wykres II.3.3. Porównanie liczby lekarzy, pielęgniarek oraz położnych na 10 tys. ludności w Polsce, województwie dolnośląskim oraz we Wrocławiu

Wykres II.3.4. Porównanie ilości oraz rozkładu przychodni w układzie *miasto-wieś* w Polsce oraz województwie dolnośląskim w 2019 r.

Wykres II.3.5. Porady ambulatoryjne w Polsce w 2019 r. [w mln]

Wykres II.3.6. Pracownicy medyczni we Wrocławiu w 2019 r.

Wykres II.3.7. Pracownicy medyczni we Wrocławiu w latach 2015, 2018, 2019 [na 10 tys. ludności]

Wykres II.3.8. Struktura wiekowa populacji osób zadeklarowanych do praktyk lekarza rodzinnego/POZ we Wrocławiu [w tys.]

Wykres II.4.1. Samoocena stanu zdrowia fizycznego

Wykres II.4.2. Samoocena stanu zdrowia psychicznego

Wykres II.4.3. Subiektywne poczucie odpowiedzialności za zdrowie. Zdrowie zależy od:

Wykres II.4.4. Przekonania na temat uwarunkowań zdrowia (dane w %). Do poprawy zdrowia w największym stopniu przyczyniają się:

Wykres II.4.5. Przekonania na temat popularności w Polsce zdrowego stylu życia

Wykres II.4.6. Średni czas snu

Wykres II.4.7. Występowanie problemów ze spaniem

Wykres II.4.8. Deklarowana ilość czasu wolnego w tygodniu, nie licząc nocnego snu

Wykres II.4.9. Percepcja zmian w ilości czasu wolnego w ciągu ostatnich 5 lat

Wykres II.4.10. Samoocena ilości spożywanych posiłków

Wykres II.4.11. Samoocena sposobu odżywiania

Wykres II.4.12. Gotowość/chęć spożywania alkoholu

Wykres II.4.13. Częstotliwość spożywania alkoholu

Wykres II.4.14. Częstotliwość upijania się [wśród osób spożywających alkohol, N=812]

Wykres II.4.15. Częstotliwość palenia papierosów

Wykres II.4.16. Deklarowane narażenie na dym tytoniowy

Wykres II.4.17. Przekonania na temat pozytywnego wpływu profilaktyki na zdrowie człowieka

Wykres II.4.18. Przekonania na temat znaczenia profilaktyki w przeciwdziałaniu chorobom nowotworowym

Wykres II.4.19. Uczęszczanie do lekarza pierwszego kontaktu (lekarza rodzinnego)

Wykres II.4.20. Uczęszczanie profilaktyczne do dentysty

Wykres II.4.21. Wykonywanie okresowego badania wzroku

Wykres II.4.22. Wykonywanie okresowego badania słuchu

Wykres II.4.23. Częstotliwość kontrolowania znamion i pieprzyków

Wykres II.4.24. Częstotliwość wykonywania kolonoskopii

Wykres II.4.25. Wykonywanie badania piersi – USG lub mammografia

Wykres II.4.26. Wykonywanie samobadania piersi

Wykres II.4.27. Uczęszczanie profilaktyczne do ginekologa

Wykres II.4.28. Wykonywanie cytologii

Wykres II.4.29. Częstotliwość kontrolnego badania prostaty

Wykres II.4.30. Częstotliwość kontrolnego badania jąder

Wykres II.4.31. Wykonywanie samobadania jąder

Wykres II.4.32. Wykonywanie badań profilaktycznych w przeciągu ostatnich 3 lat.
Porównanie danych w latach 2012 (% z n=910) i 2018 (% z n=898)

Wykres II.4.33. Powód wykonania badania profilaktycznego pod kątem chorób nowotworowych. Porównanie danych w latach 2012 (% z n=910) i 2018 (% z n=898)

Wykres II.4.34. Postępowanie w przypadku zaobserwowania objawów chorobowych

Wykres III.1.1. Ilość leczonych z zaburzeniami spowodowanymi używaniem substancji psychoaktywnych we Wrocławiu w latach 2015-2017 [opieka ambulatoryjna]

Wykres III.1.2. Subiektywny/deklarowany poziom zagrożenia chorobami nowotworowymi. Porównanie danych w latach 2012 (% z n=910) i 2018 (% z n=898)

Wykres III.1.3. Lecznictwo ambulatoryjne dla osób z zaburzeniami psychicznymi, osób uzależnionych od alkoholu oraz innych substancji psychoaktywnych w latach 2015-2017

BIBLIOGRAFIA

- Ames, D., O'Brien, J., & Burns, A. (2017). *Dementia, fifth edition. Dementia, Fifth Edition*. <https://doi.org/10.1201/9781315381572>
- Anderson, D. (1993). Toward a Health Promotion Research Agenda: Compilation of Data Base Reports and Introduction to "State of the Science" Reviews. *Health Promotion*, 8. <https://doi.org/0.4278/0890-1171-8.6.462>
- Anderson, N., & Ozakinci, G. (2018). Effectiveness of psychological interventions to improve quality of life in people with long-term conditions: rapid systematic review of randomised controlled trials. *BMC Psychol.*, 6(11). <https://doi.org/10.1186/s40359-018-0225-4>
- Antczak, A. (Ed.). (2015). *Grypa. Praktyczne kompendium*. Warszawa: MEDICAL TRIBUNE Polska.
- Baric, L. (1993). The settings approach-Implications for policy and strategy. *Journal of the Institute of Health Education*, 31, 17–24.
- Barnett, R. C., & Hyde, J. S. (2001). Women, men, work, and family: An expansionist theory. *American Psychologist*, 56(10), 781–796.
- Bartnik, W. (2017). Choroby żołądka i dwunastnicy. Choroba wrzodowa żołądka i dwunastnicy. In P. Gajewski (Ed.), *Interna Szczeklika 2017* (pp. 976–983). Kraków: Medycyna Praktyczna.
- Becker, H. S. (2006). The Lay Referral System. The Problem of Professional Power. *Knowledge, Work and Society*, 4, 65–76.
- Beeken, R., Simon, A., von Wagner, C., Whitaker, K., & Wardle, J. (2011). Cancer fatalism: deterring early presentation and increasing social inequalities? *Cancer Epidemiol Biomark Prev.*, 20(10), 2127–2131. <https://doi.org/10.1158/1055-9965.EPI-11-0437>
- Beręsewicz, A. (2011). *Patofizjologia miażdżycy i chor oby niedokrwiennej serca*. Warszawa: Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego.
- Bik, B. (2001). Koncepcja promocji zdrowia. In A. Czupryna, h S. Poździoc, A. Ryś, & W. WC (Eds.), *Zdrowie publiczne Wybrane zagadnienia*. Kraków: Uniwersyteckie Wyd. Medyczne Vesalius.
- Binnebesel, J., Bohdan, Z., Krakowiak, P., Krzyżanowski, D., Paczkowska, A., & Stolarczyk, A. (2012). *Przewlekłe chore dziecko w domu Poradnik dla rodziny i opiekunów*. Gdańsk: Fundacja Hospicyjna.
- Blackhurst, D. M., & Marais, A. D. (2005). Alcohol - foe or friend? *South African Medical Journal*, 95(9), 648–654.
- Błądowski, P. (2012). „PolSenior” –Aspekty medyczne, psychologiczne, socjologiczne i ekonomiczne starzenia się ludzi w Polsce. Poznań: Termedia Wydawnictwa Medyczne.
- Błądowski, P., & Maciejasz, M. (2013). Rozwój opieki długoterminowej w Polsce – stan i rekomendacje. *Nowiny Lekarskie*, 82(1), 61–69.
- Błądowski, P., Szatur-Jaworska, B., Szweda-Lewandowska, Z., & Kubicki, P. (2012). *Raport na temat sytuacji osób starszych w Polsce*. Warszawa.

- Bojar, I., Biliński, P., Boyle, P., Zatoński, W., Marcinkowski, J., & Wojtyła, A. (2011). Prevention of female reproductive system cancer among rural and urban polish pregnant women. *Ann Agric Environ Med*, 18(1), 183–188.
- Bortkiewicz, A., Gadzicka, E., Siedlecka, J., & Pałczyński, C. (2010). Stres w miejscu pracy a choroby układu krążenia. In P. Podolec (Ed.), *Podręcznik Polskiego Forum Profilaktyki. Tom 2* (pp. 529–536). Kraków: Medycyna Praktyczna.
- Bourdieu, P. (1984). *Distinction: A social critique of the judgement of taste*. Boston: Harvard University Press.
- Brewin, C. R., Mangen, S. P., Brugha, T. S., & MacCarthy, B. (1987). Principles and practice of measuring needs in the long-term mentally ill: The MRC Needs for Care Assessment. *Psychological Medicine*. <https://doi.org/10.1017/S0033291700000787>
- Broncel, M., Józwiak, J., Koziarska-Rościszewska, M., Mastalerz-Migas, A., Mizgala, E., Olszanecka-Glinianowicz, M., & Tomiak, E. (2017). Zasady postępowania w nadwadze i otyłości w praktyce lekarza rodzinnego. *Lekarz Rodzinny*, 3.
- Burns, A., O'Brien, J., Ames, D., & Förstl, H. (2013). What is Alzheimer's disease? In *Dementia 3Ed*. <https://doi.org/10.1201/b13239-62>
- Burzyńska, M., Pikala, M., Kondak, K., & Maniecka-Bryła, I. (2017). Jakość życia osób starszych korzystających z pomocy instytucjonalnej. *Acta Universitatis Lodzensis. Folia Oeconomica*, 3(329), 131–145. <https://doi.org/10.18778/0208-6018.329.09>
- Byambasuren, S., Paradowska-Stankiewicz, I., & Brydak, L. B. (2020). Epidemic Influenza Seasons from 2008 to 2018 in Poland: A Focused Review of Virological Characteristics (pp. 115–121). https://doi.org/10.1007/5584_2019_462
- Calnan, M., & Rowe, R. (2006). Researching trust relations in healthcare: conceptual and methodological challenges – introduction. *J Health Organ Manag*, 20(5), 349–358.
- Caprara, G. (2021). Mediterranean-Type Dietary Pattern and Physical Activity: The Winning Combination to Counteract the Rising Burden of Non-Communicable Diseases (NCDs). *Nutrients*, 13(2), 429. <https://doi.org/10.3390/nu13020429>
- Cassel, C. K. (1994). Researching the health needs of elderly people. *BMJ*. <https://doi.org/10.1136/bmj.308.6945.1655>
- CBOS. (2006). *Co Polacy robią w czasie wolnym*. Warszawa.
- CBOS. (2010). *Czas wolny Polaków* (Komunikat z badań No. BS/133). Warszawa.
- CBOS. (2012a). Polacy o swoim zdrowiu oraz prozdrowotnych zachowaniach i aktywnościach. *CBOS*, BS/110/201.
- CBOS. (2012b). Postawy wobec palenia papierosów, Komunikat z badań. *CBOS*, BS/107/201.
- CBOS. (2012c). Stosunek do osób chorych psychicznie. *Komunikat z Badań*, BS/147, 17.
- CBOS. (2014). Zachowania żywieniowe Polaków. *CBOS*, NR 115/201.
- CBOS. (2016a). Leki dostępne bez recepty i suplementy diety. *CBOS*, 158/2016.
- CBOS. (2016b). Zdrowie i prozdrowotne zachowania Polaków. *CBOS*, NR 138/201.
- CBOS. (2019a). *Opinie o warszawskiej karcie LGBT+ i edukacji seksualnej w szkołach* (Vol.

- 66/2019). Warszawa.
- CBOS. (2019b). *Stosunek Polaków do związków homoseksualnych*. Warszawa.
- Chavez, L.R.; Hubbell, F.A.; Mishra, S.I.; Valdez, R. B. (1997). The influence of fatalism on self-reported use of Papanicolaou smears. *Am J Prev Med.*, 13(6), 418–424.
- Cheng, Y., Park, J., Kim, Y., & Kawakami, N. (2012). The recognition of occupational diseases attributed to heavy workloads: experiences in Japan, Korea, and Taiwan. *International Archives of Occupational and Environmental Health*, 85(7), 791–799. <https://doi.org/10.1007/s00420-011-0722-8>
- Chojnacka-Szawłowska, G., Kościelak, R., Karasiewicz, K., Majkowicz, M., & Kozaka, J. (2013). Delays in seeking cancer diagnosis in relations to beliefs about the curability of cancer in patients with different disease locations. *Psychol Health*, 28(2), 154–70.
- Cleland, V., Granados, A., Crawford, D., Winzenberg, T., & Ball, K. (2013). Effectiveness of interventions to promote physical activity among socioeconomically disadvantaged women: a systematic review and meta-analysis. *Obesity Reviews*, 14(3), 197–212. <https://doi.org/10.1111/j.1467-789X.2012.01058.x>
- Deklaracja Dżakarcza. (1997). Dżakarta, Indonezja: IV Międzynarodowa Konferencja na temat Promocji Zdrowia.
- Deluga, A., Bartoszek, A., Ślusarska, B., Kocka, K., Nowicki, G., Piasecka, K., & Kachaniuk, H. (2018). Obciążenie opiekunów nieformalnych a sprawność funkcjonalna i umysłowa pacjentów objętych opieką domową. *Pomeranian J Life Sci*, 64(4), 79–83.
- DeSalvo, K., Bloser, N., Reynolds, K., He, J., & Muntner. (2006). No Title Mortality prediction with a single general self-rated health question. *Journal of General Internal Medicine*, 21(3), 267.
- Didkowska, J., Zatoński, W. A., Kordek, R., Reguła, J., & Olszewski, W. (2020). Epidemiologia nowotworów i badania przesiewowe. In P. Gajewski (Ed.), *Interna Szczeklika 2020* (pp. 2346–2350). Medycyna Praktyczna.
- Dimbuene, Z., Emina, J., & Sankoh, O. (2014). UNAIDS ‘multiple sexual partners’ core indicator: promoting sexual networks to reduce potential biases. *Global Health Action*, 7(1). <https://doi.org/https://doi.org/10.3402/gha.v7.23103>
- Długolecka, A., & Lew-Starowicz, Z. (2010). *Jak się kochać. Edukacja seksualna dla każdego*. Warszawa: Świat Książki.
- Dooris, M., Dowding, G., Thompson, J., & Wynne, C. (1998). *The settings-based approach to health promotion. Health promoting universities: concept, experience and framework for action*.
- Duda, M. (2010). Organizacja opieki nad osobami z demencją w Polsce na tle krajów rozwiniętych i rozwijających się. *Gerontologia Polska*, 18(2), 76–85.
- ECDC. (2018). *Seasonal influenza vaccination and antiviral use in EU/EEA Member States. Overview of vaccine recommendations for 2017/2018 and vaccination coverage rates for 2015-2016 and 2016-2017 influenza seasons*. Stockholm. <https://doi.org/10.2900/721517>
- EEOC. (2018). *U.S. Equal Employment Opportunity Commission. "Questions & Answers about Cancer in the Workplace and the Americans with Disabilities Act (ADA)"*.

- ESC/EAS, G. R. (2020). Wytyczne ESC/EAS dotyczące postępowania w dyslipidemiach: jak dzięki leczeniu zaburzeń lipidowych obniżyć ryzyko sercowo-naczyniowe (2019). *Zeszyty Edukacyjne. Kardiologia Polska*, 3, 12–103.
- ESC. (2016). 2016 European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice. *Kardiologia Polska*, 74(9), 821–936. <https://doi.org/10.5603/KP.2016.0120>
- EUROSTAT. (2018). *Self-perceived health statistics*.
- Fillenbaum, G. (1984). The wellbeing of the elderly: approaches to multidimensional assessment. *WHO Offset Publication No.*, 84.
- Freeman, H. (1991). Race, poverty, and cancer. *Journal of the National Cancer Institute*, 83(8), 526–527.
- Gajewski, P. (2020). *Interna Szczeklika*. Kraków: Medycyna Praktyczna.
- Gaś, Z. B. (2006). *Profilaktyka w szkole*. Warszawa: WSiP.
- Giddens, A. (1991). *Modernity and self-identity: Self and society in the late modern age*. Stanford: Stanford University Press.
- Giddens, A. (2006). *Socjologia*. Warszawa: Wyd. Naukowe PWN.
- GIS. (2021). *Raport Głównego Inspektora Sanitarnego dotyczący zatruć środkiem zastępczym lub nową substancją psychoaktywną w Polsce*. Warszawa.
- Główny Urząd Statystyczny. (2016). *Stan zdrowia ludności Polski w 2014 r.* Warszawa.
- Głuszko, P., & Tlustochowicz, W. (2020). Choroby metaboliczne kości. Osteoporoza. In P. Gajewski (Ed.), *Interna Szczeklika 2020* (pp. 2144–2150). Kraków: Medycyna Praktyczna.
- Goel, S., Sharma, A., & Garg, A. (2018). Effect of Alcohol Consumption on Cardiovascular Health. *Current Cardiology Reports*, 20(4), 19. <https://doi.org/10.1007/s11886-018-0962-2>
- Gołdys, A., Podziemski, M., & Włoch, R. (2012). *Sport i rekreacja: ogólnopolskie badanie Polaków*. Warszawa.
- Gordon, D. S., Carter, H., & Scott, S. (1997). Profiling the care needs of the population with dementia: A survey in central Scotland. *International Journal of Geriatric Psychiatry*. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1099-1166\(199707\)12:7<753::AID-GPS629>3.0.CO;2-9](https://doi.org/10.1002/(SICI)1099-1166(199707)12:7<753::AID-GPS629>3.0.CO;2-9)
- Green, L., & Potvin, L. (2004). Education, health promotion, and social and lifestyle determinants of health and disease. In R. Detels, J. McEwen, R. Beaglehole, & H. Tanaka (Eds.), *Oxford Textbook of Public Health*. Oxford: Oxford University Press.
- Griep, R. H., Toivanen, S., Santos, I. S., Rotenberg, L., Juvanhol, L. L., Goulart, A. C., ... Benseñor, I. (2016). Work-family conflict, lack of time for personal care and leisure, and job strain in migraine: Results of the Brazilian Longitudinal Study of Adult Health (ELSA-Brasil). *American Journal of Industrial Medicine*, 59(11), 987–1000. <https://doi.org/10.1002/ajim.22620>
- Grodzicki, T., Kocemba, J. W., & Skalska, A. (2007). *Geriatry z elementami gerontologii ogólnej. Podręcznik dla lekarzy i studentów*. Via Medica.
- Grodzicki, Tomasz, Kocemba, J., & Skalska, A. (Eds.). (2007). *Geriatry z elementami*

gerontologii ogólnej. Gdańsk: Via Medica.

- Grotowska-Leder, J., & Roszak, K. (2016). *Sandwich generation? Wzory wsparcia w rodzinach trzypokoleniowych. Na przykładzie mieszkańców dwóch gmin województwa świętokrzyskiego*. Łódź: Wyd. Uniwersytetu Łódzkiego.
- Grunfeld, E. A., Ramirez, A. ., Hunter, M., & Richards, M. (2002). Women's knowledge and beliefs regarding breast cancer. *British Journal of Cancer*, 86(9), 1373–1378.
- Guć, M. (1996). *Razem o współpracy samorządu terytorialnego z organizacjami pozarządowymi*. Gdynia: Wyd. Urząd Miasta Gd.
- GUS. (2015). *Zdrowie i zachowanie zdrowotne mieszkańców Polski w świetle Europejskiego Ankietowego Badania Zdrowia (EHIS) 2014 r.*
- GUS. (2017). *Atlas demograficzny Polski*. Warszawa.
- GUS. (2020a). *Ambulatoryjna opieka zdrowotna w 2019 roku. Informacja sygnałna*. Warszawa.
- GUS. (2020b). *Polska w liczbach 2020*. Warszawa.
- GUS. (2020c). *Rocznik Statystyczny Wrocławia 2020*. Wrocław.
- GUS. (2020d). *Sytuacja demograficzna województwa dolnośląskiego w 2019 r.* Wrocław.
- GUS. (2020e). *Zdrowie i ochrona zdrowia w 2019 r.* Warszawa-Kraków.
- GUS. (2021). *Zasięg ubóstwa ekonomicznego w Polsce w 2020 r. (Na podstawie wyników badań budżetów gospodarstw domowych)*. Warszawa.
- Gwóźdz, B. (2017). Człowiek w środowisku wielkoprzemysłowym i elementy ergonomii. In W. Traczyk & A. Trzebski (Eds.), *Fizjologia człowieka z elementami fizjologii stosowanej i klinicznej* (pp. 915–932). Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
- Halicka, M. (2006). Problemy rodziny w opiece nad człowiekiem starym niesprawnym. In Małgorzata; Halicka & J. Halicki (Eds.), *Zostawić ślad na ziemi*. Białystok: Wydawnictwo Uniwersytetu w Białymstoku.
- Hancock, T. (1990). The Mandala of Health: A Model of the Human Ecosystem. In J. Anderson, R Kickbusch (Ed.), *Health Promotion. A Resource Book*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- Hancock, T., & Perkins, F. (1990). The Mandala of Health: a conceptual model and teaching tool. *Health Promotion*, 24, 8–10.
- Härmä, M. (2006). Workhours in relation to work stress, recovery and health. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 32(6), 502–514.
<https://doi.org/10.5271/sjweh.1055>
- Hawkins, J. D., & Nederhood, B. (1994). *Podręcznik ewaluacji programów profilaktycznych. Nadużywanie substancji uzależniających i inne problemy społeczne*.
- Health Protection Agency. (2013). *Health Protection Agency Annual Report and Accounts 2012/13, HC174SG/20*.
- Heszen-Niejodek, I. (1995). Promocja zdrowia – próba systematyzacji z perspektywy psychologa. *Promocja Zdrowia, Nauki Społeczne i Medycyna*, 2(5–6).

- Hung, M.-C., Hsieh, C.-L., Hwang, J.-S., Jeng, J.-S., & Wang, J.-D. (2013). Estimation of the long-term care needs of stroke patients by integrating functional disability and survival. *PloS One*, 8(10), e75605. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0075605>
- Imacka, J. (2010). Edukacja seksualna jako element edukacji całozyciowej – obraz doradztwa psychoseksualnego dla młodzieży na łamach czasopism. In M. Gawrońska-Garstka & A. Zduniak (Eds.), *Edukacja nieustająca wyzwaniem społeczeństwa informacyjnego. Edukacja XXI wieku* (pp. 66–80). Poznań: WSB, Poznań.
- Imacka, J., & Bulsa, M. (2012). Ryzykowne zachowania seksualne młodzieży jako czynnik zwiększający ryzyko zakażenia chorobami przenoszonymi drogą płciową. *Hygeia Public Health*, 47(3), 272–276.
- IMGW. (2021). *Klimat Polski 2020*. Warszawa.
- Institucje wobec potrzeb osób starszych. (2010). Opole.
- Irwin, M. L., Smith, A. W., McTiernan, A., Ballard-Barbash, R., Cronin, K., Gilliland, F. D., ... Bernstein, L. (2008). Influence of pre- and postdiagnosis physical activity on mortality in breast cancer survivors: the health, eating, activity, and lifestyle study. *Journal of Clinical Oncology : Official Journal of the American Society of Clinical Oncology*, 26(24), 3958–3964. <https://doi.org/10.1200/JCO.2007.15.9822>
- Iwanicka, I. (2020). *Samorządy lokalne dla zdrowia. Program Zdrowe Miasta Światowej Organizacji Zdrowia*. Łódź.
- Izdebski, Z, Niemiec, T., & Wąż, K. (2011). *(Zbyt) Młodzi Rodzice*. Warszawa: Trio.
- Izdebski, Zbigniew, & Ostrowska, A. (2004). *Seks po polsku*.
- Janas-Kozik, M. (2017). Sytuacja psychiatrii dzieci i młodzieży w Polsce w 2016 roku. Aktualne występowanie i obraz zaburzeń psychicznych wieku rozwojowego. *Psychiatria Polska*, 14(1), 61–63.
- Jarosz, M. (Ed.). (2017). *Normy żywienia dla populacji Polski*. Warszawa: Instytut Żywności i Żywienia.
- Jarosz, M., & Rychlik, E. (2020). Wprowadzenie. In M. Jarosz, E. Rychlik, K. Stoś, & J. Charzewska (Eds.), *Normy żywienia dla populacji Polski i ich zastosowanie* (pp. 13–25). Warszawa: Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny.
- Jędrzejek, M., Synowiec-Piłat, M., Zmyślona, B., & Pałęga, A. (2019). Rekreacyjna aktywność fizyczna wrocławian i jej społeczno-demograficzne uwarunkowania. In A. Borcuch, M. Knefel, & A. Krzysztofek (Eds.), *Zdrowy styl życia jako kapitał XXI wieku* (pp. 37–51). Kielce: Laboratorium Wiedzy Artur Borcuch.
- Jokiel, M. (1990). *Opinia społeczna o chorobach nowotworowych*. Warszawa.
- Joska, J., & Flisher, A. J. (2005). The assessment of need for mental health services. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. <https://doi.org/10.1007/s00127-005-0920-3>
- Kachaniuk, H., Bartoszek, A., Ślusarska, B., Nowicki, G., Kocka, K., Deluga, A., & Piasecka, K. (2018). Jakość życia starszych opiekunów nieformalnych osób przewlekle chorych w opiece domowej. *Geriatrics*, 12, 74–83.
- Kaczmarek, M., Durda, M., Skrzypczak, M., & Szwed, A. (2010). Ocena jakości życia opiekunów osób z chorobą Alzheimera. *Gerontologia Polska*, 18(2), 86–94.

- Kalinowski, A., & Humphreys, K. (2016). Governmental standard drink definitions and low-risk alcohol consumption guidelines in 37 countries. *Addiction*, 111(7), 1293–1298. <https://doi.org/10.1111/add.13341>
- Kapała, A. (2014). Zaburzenia snu w kontekście przemian cywilizacyjnych. *Sztuka Leczenia*, 3(4), 35–44.
- Karczewska, B., Bień, B., Ołdak, E., & Jamiołkowski, J. (2012). Opiekunowie rodzinni osób starszych z otępieniem lub zaburzeniami poznawczymi w Polsce — czynniki ryzyka obciążenia opieką. *Gerontologia Polska*, 20(2), 59–67.
- Karski, B. J. (1999). *Promocja zdrowia*. Warszawa: Wydawnictwo Ignis.
- Karski, B. (1999). *Promocja zdrowia. Wydanie nowe*. Warszawa: Wydawnictwo Ignis.
- Karski, BJ. (1994a). Podstawowe dokumenty dotyczące promocji zdrowia. Pełne i skrócone wersje podstawowych dokumentów polskich oraz Światowej Organizacji Zdrowia. In BJ Karski, Z. Słońska, & B. Wasilewski (Eds.), *Promocja zdrowia. Wprowadzenie do zagadnień krzewienia zdrowia*. Warszawa: Wyd. Sanmedia.
- Karski, BJ. (1994b). Zdrowie i promocja zdrowia (Aspekt ewolucyjny). In J. Karski, S. Z., & W. BW (Eds.), *Promocja zdrowia. Wprowadzenie do zagadnień krzewienia zdrowia*. Warszawa: Wyd. Sanmedia.
- Karski, BJ. (1999). *Promocja zdrowia*. Warszawa: Wydawnictwo Ignis.
- Karski, J. (1999). Promocja zdrowia z perspektywy ostatniej dekady XX w. In JB Karski (Ed.), *Promocja zdrowia. Wydanie nowe*. Warszawa: Wyd. Ignis.
- Karski, J. (2011). *Praktyka i teoria promocji zdrowia*. Warszawa: Wyd. CeDeWu.
- Kazana, I., & Zdolińska, I. (2006). *Raport Nowotwory. Pokonać raka*. Warszawa: Wyd. Medi Press Sp. z o.o., Quadro Media Sp. z o.o.
- Ke, D.-S. (2012). Overwork, stroke, and karoshi-death from overwork. *Acta Neurologica Taiwanica*, 21(2), 54–59.
- Kelly, M., & Field, D. (2005). Medical sociology, chronic illness and the body. In G. Scambler (Ed.), *Medical sociology. Major themes in health and social welfare*. London - New York: Routledge Taylor and Francis Group.
- Kickbusch, I. (1995). Samoopieka w promocji zdrowia. *Promocja Zdrowia. Nauki Społeczne i Medycyna*, 2(7).
- Kiejna, A., Adamowski, T., Piotrowski, P., Moskalewicz, J., Wojtyniak, B., Swiatkiewicz, G., ... Kessler, R. C. (2015). Epidemiologia zaburzeń psychiatrycznych i dostępność psychiatrycznej opieki zdrowotnej. EZOP - Polska - metodologia badania. *Psychiatria Polska*, 49(1), 5–13. <https://doi.org/10.12740/PP/30810>
- Kielan, A., & Olejniczak, D. (2018). Czynniki ryzyka oraz konsekwencje zachowań samobójczych z uwzględnieniem problematyki samobójstw dzieci i młodzieży. *Dziecko Krzywdzone. Teoria, Badania, Praktyka*, 17(3), 9–26.
- Kirschner, H. (1999). Promocja zdrowia na tle rozwoju medycyny społecznej. In J Karski (Ed.), *Promocja zdrowia. Wydanie nowe*. Warszawa: Wyd. Ignis.
- Kirschner, H. (2002). Perspektywy zdrowia publicznego jako systemu wiedzy i działań.

- Kivimäki, M., & Kawachi, I. (2015). Work Stress as a Risk Factor for Cardiovascular Disease. *Current Cardiology Reports*, 17(9), 74. <https://doi.org/10.1007/s11886-015-0630-8>
- Koloverou, E., Panagiotakos, D. B., Pitsavos, C., Chrysoshoou, C., Georgousopoulou, E. N., Grekas, A., ... Stefanadis, C. (2016). Adherence to Mediterranean diet and 10-year incidence (2002-2012) of diabetes: correlations with inflammatory and oxidative stress biomarkers in the ATTICA cohort study. *Diabetes/Metabolism Research and Reviews*, 32(1), 73–81. <https://doi.org/10.1002/dmrr.2672>
- Korman, T. (2015). Badania przesiewowe. In A. Windak, S. Chlabicz, & A. Mastalerz-Migas (Eds.), *Medycyna Rodzinna. Podręcznik dla lekarzy i studentów* (p. 47). Poznań: Termedia Wydawnictwa Medyczne.
- Kosiarczyk, I., & Włoszczak-Szubzda, A. (2016). Stres i jego uwarunkowania a częstotliwość zachorowań na nowotwór jelita grubego. *Aspekty Zdrowia i Choroby*, 1(3), 17–26.
- Kozierkiewicz, A., & Szczerbińska, K. (2007). *Opieka długoterminowa w Polsce: ocena stanu obecnego oraz rozwiązania na przyszłość*. Kraków: Termedia.
- Kozłowska-Szczęśna, T., Krawczyk, B., & Kuchcik, M. (2004). *Influence of atmospheric environment on the human health and well being. Monografie-Polska Akademia Nauk*. Warszawa: Instytut Geografii i Przestrzennego Zagospodarowania im. Stanisława Leszczyckiego.
- Krajowy Rejestr Nowotworów. (2018a). Nowotwory piersi u kobiet.
- Krajowy Rejestr Nowotworów. (2018b). Nowotwory skóry (C44).
- Krajowy Rejestr Nowotworów. (2018c). Nowotwory szyjki macicy.
- Krajowy Rejestr Nowotworów. (2018d). Rak gruczołu krokowego.
- Krajowy Rejestr Nowotworów. (2018e). Rak jądra.
- KRN. (2020). *Nowotwory złośliwe w Polsce w 2018 r.* Warszawa.
- Ku, P.-W., Chen, L.-J., Fox, K. R., Chen, Y.-H., Liao, Y., & Lin, C.-H. (2018). Leisure-Time, Domestic, and Work-Related Physical Activity and Their Prospective Associations With All-Cause Mortality in Patients With Cardiovascular Disease. *The American Journal of Cardiology*, 121(2), 177–181. <https://doi.org/10.1016/j.amjcard.2017.10.003>
- Kulik, M., Małowicka, M., Mucha, E., Górka, A., Ziobro, M., & Chudzicka, A. (2015). *Edukacja w cukrzycy. Brakujące ogniwo do osiągnięcia sukcesu*.
- Lalonde, M. (1978). *New Perspective on the Health of Canadians, A Working Document*. Ottawa: Canada.
- Lannin, D.R.; Mathews, H.F.; Mitchell, J.; Swanson, F.H.; Edwards, M. S. (1998). Influence of socioeconomic and cultural factors on racial differences in late-stage presentation of breast cancer. *JAMA*, 279(22), 1801–1807.
- Layden, J. E., Ghinai, I., Pray, I., Kimball, A., Layer, M., Tenforde, M., ... Meiman, J. (2019). Pulmonary Illness Related to E-Cigarette Use in Illinois and Wisconsin — Preliminary Report. *New England Journal of Medicine*, NEJMoa1911614.

<https://doi.org/10.1056/NEJMoa1911614>

- Lee, I. M., & Skerrett, P. J. (2001). Physical activity and all-cause mortality: what is the dose-response relation? *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 33(Supplement), S459–S471. <https://doi.org/10.1097/00005768-200106001-00016>
- Lee, Y., & Lin, J. (2009). The effects of trust in physicians on self-efficacy, adherence and diabetes outcomes. *Soc Sci Med*, 68(6). <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2008.12.033>
- Levin, L., & Ziglio, E. (1996). Health promotion as an investment strategy: considerations on theory and practice. *Health Promotion International*, 11(1), 33–40.
- Libiszowska-Żółtkowska, M. (1998). Religia w trosce o zdrowie. Wybrane zagadnienia z pogranicza socjologii medycyny i socjologii religii. In M. Libiszowska-Żółtkowska, M. Ogryzko-Wiewiórska, & W. Piątkowski (Eds.), *Szkice z socjologii medycyny*. Lublin: Wyd. UMCS.
- Lindenmeyer, A., Griffiths, F., & Hodson, J. (2011). ‘The family is part of the treatment really’: A qualitative exploration of collective health narratives in families. *Health: An Interdisciplinary Journal for the Social Study of Health, Illness and Medicine*, 15(4), 401–415. <https://doi.org/10.1177/1363459310384493>
- Lutyński, R. (1994). Promocja zdrowia w środowisku bytowania. In JB Karski, Z. Słońska, & B. Wasilewski (Eds.), *Promocja zdrowia. Wprowadzenie do zagadnień krzewienia zdrowia* (pp. 408–413). Warszawa: Wyd. Sanmedia.
- Lyratzopoulos, G., Liu, M. P. H., Abel, G. A., Wardle, J., & Keating, N. L. (2015). The association between fatalistic beliefs and late stage at diagnosis of lung and colorectal cancer. *Cancer Epidemiology Biomarkers and Prevention*. <https://doi.org/10.1158/1055-9965.EPI-14-0969>
- Mamcarz, A., Podolec, P., & Kopeć, G. (2007). Alkohol a choroby układu sercowo-naczyniowego. In P. Podolec (Ed.), *Podręcznik Polskiego Forum Profilaktyki. Tom 1* (pp. 263–280). Kraków: Medycyna Praktyczna.
- Marmajewska, M. (2017). *Odważni wygrywają. Rak jądra – poradnik dla mężczyzn i ich bliskich*. Gdynia: Wyd. Fundacja „Gdynski Most Nadziei”.
- Mayo, R., Ureda, J., & Parker, V. (2001). Importance of fatalism in understanding mammography screening in rural elderly women. *J Women Aging*, 13(1), 57–72.
- Mazur, J., & Małkowska-Szkućnik, A. (Eds.). (2018). *Zdrowie uczniów w 2018 roku na tle nowego modelu badań HBSC*. Warszawa: Instytut Matki i Dziecka.
- Mazurek, J., & Rymaszewska, J. (2012). Ocena potrzeb pacjentów w podeszłym wieku na podstawie Camberwell Assessment of Need for the Elderly — przegląd piśmiennictwa. *Gerontologia Polska*, 20(1), 1–7.
- Mejza, F., Cedzyńska, M., Mejza, F., & Górecka, D. (2020). Leczenie uzależnienia od tytoniu. In P. Gajewski (Ed.), *Interna Szczeklika 2020* (pp. 904–910). Kraków: Medycyna Praktyczna.
- Michielutte, R., Dignan, M. B., Sharp, P. C., Boxley, J., & Wells, H. B. (1996). Skin cancer prevention and early detection practices in a sample of rural women. *Preventive Medicine*. <https://doi.org/10.1006/pmed.1996.0106>
- Mitek, A. (2013). Finansowanie i organizacja systemu opieki długoterminowej w Polsce.

- Moholdt, T., Wisløff, U., Nilsen, T. I. L., & Slørdahl, S. A. (2008). Physical activity and mortality in men and women with coronary heart disease: a prospective population-based cohort study in Norway (the HUNT study). *European Journal of Cardiovascular Prevention & Rehabilitation*, 15(6), 639–645.
<https://doi.org/10.1097/HJR.0b013e3283101671>
- Moskalewicz, J., Kiejna, A., & Wojtyniak, B. (2012). *Kondycja psychiczna mieszkańców Polski*. Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii.
- Mossakowska, M., Więcek, A., & Błędowski, P. (Eds.). (2012). *Aspekty medyczne, psychologiczne, socjologiczne i ekonomiczne starzenia się ludzi w Polsce*. Poznań: Termedia Wydawnictwa Medyczne.
- Nettleton, S. (2003). *The sociology of health and illness*. Oxford: Polity Press.
- Neville, P., Boyle, A., & Baillon, S. (1999). A descriptive survey of acute bed usage for dementia care in old age psychiatry. *International Journal of Geriatric Psychiatry*.
[https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1099-1166\(199905\)14:5<348::AID-GPS915>3.0.CO;2-B](https://doi.org/10.1002/(SICI)1099-1166(199905)14:5<348::AID-GPS915>3.0.CO;2-B)
- Niederdeppe, J., & Levy, A. (2007). Fatalistic beliefs about cancer prevention and three prevention behavior. *Cancer Epidemiol Biomark Prev*, 16(5), 998–1003.
<https://doi.org/10.1158/1055-9965.EPI-06-0608>
- Niżankowska-Mogilnicka, E., Bochenek, G., & Gajewski, P. (2020). Choroby układu oddechowego. Astma. In P. Gajewski (Ed.), *Interna Szczeklika 2020* (pp. 718–733). Kraków: Medycyna Praktyczna.
- Nutbeam, D. (1998). Evaluating health promotion—progress, problems and solutions. *Health Promotion International*, 13(1), 27–44.
- O'Malley, A., Sheppard, V., Schwartz, M., & Mandelblatt, J. (2004). The role of trust in use of preventive services among low-income African-American women. *Prev Med.*, 38, 777–785.
- Olszanecka-Glinianowicz, M., Dudek, D., Filipiak, K. J., Krzystanek, M., Leszek, M., Ruchała, M., & Tomiak, E. (2020). Leczenie nadwagi i otyłości w czasie i po pandemii. Nie czekajmy na rozwój powikłań – nowe wytyczne dla lekarzy. *Nutrition, Obesity & Metabolic Surgery*, 6(2), 1–13.
- Olszanecka-Glinianowicz, M., & Ostrowska, L. (2020). Otyłość. In P. Gajewski (Ed.), *Interna Szczeklika 2020* (pp. 2694–2711). Kraków: Medycyna Praktyczna.
- Ostaszewski, K. (2018). *Wzmacnianie zdrowia psychicznego. Profilaktyka zaburzeń psychicznych*.
- Ostrowska, A. (2011). Profilaktyka zdrowotna: interpretacje, definicje sytuacji, racjonalności (przypadek profilaktyki ginekologicznej kobiet). *Stud Socjol.*, 3(202), 73–94.
- Ostrowska, A. (1990). *Wstęp do socjologii medycyny*. Warszawa: Wyd. Instytutu Filozofii i Socjologii PAN.
- Ostrowska, A. (1998). Nierówności w sferze zdrowia. *Kultura i Społeczeństwo*, XLII(2).
- Ostrowska, Antonina. (1999). *Styl życia a zdrowie. Z zagadnień promocji zdrowia*. Warszawa: IFiS PAN.

- Paculanka, A. (2017). Czerniak: przyczyny, objawy, leczenie.
- Pączek, L., & Niemczyk, M. (2009). *Geriatrya*. Lublin: Wydawnictwo Czelej.
- Pająk, A. (2007). Metody prewencji. In P. Podolec (Ed.), *Podręcznik Polskiego Forum Profilaktyki. Tom 1* (pp. 119–124). Kraków: Medycyna Praktyczna.
- Pałęga, A., Jędrzejek, M., & Synowiec-Piłat, M. (2019). Rekreacyjna aktywność fizyczna jako kapitał dla zdrowia. Rozważania teoretyczne. In B. Artur, K. Monika, & K. Anna (Eds.), *Zdrowy styl życia jako kapitał XXI wieku* (pp. 27–35). Kielce: Laboratorium Wiedzy Artur Borcuch.
- Palska, H. (2002). *Bieda i dostatek. O nowych stylach życia w Polsce końca lat dziewięćdziesiątych*. Warszawa: Wyd. Instytutu Filozofii i Socjologii PAN.
- Panfil, Ł. (2019). *Sport uczy życia. Jak sport może uczynić dzieci dobrymi, mądrymi i zaradnymi?* Wrocław: Wyższa Szkoła Zarządzania i Coachingu.
- Parsons, T. (2013). *The social system*. Routledge Taylor and Francis Group.
- Pasławska, A. (2014). Wiedza młodych kobiet na temat znaczenia badań cytologicznych w profilaktyce raka szyjki macicy. *Probl Hig Epidemiol*, 95(1), 170–174.
- Patel, M. D., Tilling, K., Lawrence, E., Rudd, A. G., Wolfe, C. D. A., & McKevitt, C. (2006). Relationships between long-term stroke disability, handicap and health-related quality of life. *Age and Ageing*, 35(3), 273–279. <https://doi.org/10.1093/ageing/afj074>
- Pawka, B., Dreher, P., Herda, J., Szwiec, I., & Krasicka, M. (2010). Próchnica zębów u dzieci problemem społecznym. *Probl Hig Epidemiol*, 91(1), 5–7.
- Pelletier, A. L., Rojas-Roldan, L., & Coffin, J. (2016). Vision Loss in Older Adults. *American Family Physician*, 94(3), 219–226.
- Phelan, M., Slade, M., Thornicroft, G., Dunn, G., Holloway, F., Wykes, T., ... Hayward, P. (1995). The Camberwell Assessment of Need: The validity and reliability of an instrument to assess the needs of people with severe mental illness. *British Journal of Psychiatry*.
- Piątkowski, W. (2002). Geneza i przedmiot socjologii medycyny. In J. Barański & W. Piątkowski (Eds.), *Zdrowie i choroba. Wybrane problemy socjologii medycyny*. Wrocław: Oficyna Wydawnicza Atut, Wrocławskie Wyd. Oświatowe.
- Pierzchała, W., Niżankowska-Mogilnicka, E., & Mejza, F. (2020). Choroby układu oddechowego. Przewlekła obturacyjna choroba płuc. In P. Gajewski (Ed.), *Interna Szczeklika 2020* (pp. 703–717). Kraków: Medycyna Praktyczna.
- Pike, S., & Forster, D. (1998). *Promocja zdrowia dla wszystkich*. Lublin: Wyd. Czelej.
- Piotrowicz, R., Drygas, W., Kopeć, G., & Podolec, P. (2010). Aktywność fizyczna u osób z chorobami sercowo-naczyniowymi. In P. Podolec (Ed.), *Podręcznik Polskiego Forum Profilaktyki. Tom 2* (pp. 443–446). Kraków: Medycyna Praktyczna.
- Podolec, P., Kopeć, G., & Pająk, A. (2007). Czynniki ryzyka chorób sercowo-naczyniowych. In P. Podolec (Ed.), *Podręcznik Polskiego Forum Profilaktyki. Tom 1* (pp. 83–88). Kraków: Medycyna Praktyczna.
- Polska Unia Onkologii. (2018a). Rak jelita grubego.

- Polska Unia Onkologii. (2018b). Rak piersi.
- Polska Unia Onkologii. (2018c). Rak szyjki macicy.
- Porta, M. (2008). *A Dictionary of Epidemiology*. Oxford: Oxford University Press.
- Potkins, D., Myint, P., Bannister, C., Tadros, G., Chithramohan, R., Swann, A., ... Margallo-Lana, M. (2003). Language impairment in dementia: Impact on symptoms and care needs in residential homes. *International Journal of Geriatric Psychiatry*. <https://doi.org/10.1002/gps.1002>
- Potyra, M., & Góral-Radziszewska, K. (2019). *Trwanie życia w 2018 r.* Warszawa.
- Powe, B. (2001). Cancer fatalism among elderly African American women: predictors of the intensity of the perceptions. *J Psychosoc Oncol*, 19(3–4), 85–95.
- Powe, B., & Finnie, R. (2003). Cancer fatalism: the state of the science. *Cancer Nursing*, 26(6), 454–467.
- PTD. (2021). Zalecenia kliniczne dotyczące postępowania u chorych z cukrzycą 2021. *Diabetologia Praktyczna*, 7(1).
- Puchalski, K. (1990). Zachowania związane ze zdrowiem jako przedmiot nauk socjologicznych. Uwagi wokół pojęcia. In A. Gniazdowski (Ed.), *Zachowania zdrowotne. Zagadnienia teoretyczne, próba charakterystyki zachowań zdrowotnych społeczeństwa polskiego*. Łódź: Instytut Medycyny Pracy.
- Puchalski, K. (2012). Internet a możliwości poprawy efektów edukacji zdrowotnej. *Studia Edukacyjne*, 23, 119–139.
- Rabinowitz, T., & Peirson, R. (2006). “Nothing is wrong, doctor”: understanding and managing denial in patients with cancer. *Cancer Investigation*, 24(1), 68–76.
- Rehm, J., Roerecke, M., & Room, R. (2016). All-Cause Mortality Risks for “Moderate Drinkers”: What Are the Implications for Burden-of-Disease Studies and Low Risk–Drinking Guidelines? *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 77(2), 203–204. <https://doi.org/10.15288/jsad.2016.77.203>
- Reich, M., Gaudron, C., & Penel, N. (2009). When cancerophobia and denial lead to death. *Palliative and Supportive Care*, 7(02), 253–255.
- Resler, K., & Cichosz, D. (2015). The abuse of alcohol by children and young people in Poland and in the world. *Pediatrics i Medycyna Rodzinna*, 11(3), 295–301. <https://doi.org/10.15557/PiMR.2015.0028>
- Reynolds, T., Thornicroft, G., Abas, M., Woods, B., Hoe, J., Leese, M., & Orrell, M. (2000). Camberwell Assessment of Need for the Elderly (CANE). Development, validity and reliability. *British Journal of Psychiatry*. <https://doi.org/10.1192/bjp.176.5.444>
- Rossi, M., Turati, F., Lagiou, P., Trichopoulos, D., Augustin, L. S., La Vecchia, C., & Trichopoulou, A. (2013). Mediterranean diet and glycaemic load in relation to incidence of type 2 diabetes: results from the Greek cohort of the population-based European Prospective Investigation into Cancer and Nutrition (EPIC). *Diabetologia*, 56(11), 2405–2413. <https://doi.org/10.1007/s00125-013-3013-y>
- Rothgang, H., & Engelke, K. (2009). *Long-term care: How to organise affordable, sustainable long-term care given the constraints of collective versus individual*

arrangements and responsibilities.

- Ruggeri, M., Nosè, M., Bonetto, C., Cristofalo, D., Lasalvia, A., Salvi, G., ... Tansella, M. (2005). Changes and predictors of change in objective and subjective quality of life: Multiwave follow-up study in community psychiatric practice. *British Journal of Psychiatry*. <https://doi.org/10.1192/bjp.187.2.121>
- Rywik, S. (1999). Promocja zdrowia w zagrożeniach zdrowotnych układu krążenia. In Jerzy Karski (Ed.), *Promocja zdrowia*. Warszawa: Wydawnictwo Ignis.
- Salkeld, G., Solomon, M., Short, L., & Butow, P. N. (2004). A matter of trust - Patient's views on decision-making in colorectal cancer. *Health Expectations*, 7(2), 104–114. <https://doi.org/10.1111/j.1369-7625.2004.00257.x>
- Schier, J. G., Meiman, J. G., Layden, J., Mikosz, C. A., VanFrank, B., King, B. A., ... Meaney-Delman, D. (2019). Severe Pulmonary Disease Associated with Electronic-Cigarette-Product Use — Interim Guidance. *MMWR. Morbidity and Mortality Weekly Report*, 68(36), 787–790. <https://doi.org/10.15585/mmwr.mm6836e2>
- Seetharamu, N., Iqbal, U., & Weiner, J. (2007). Determinants of trust in the patient–oncologist relationship. *Palliat Support Care*, 5(4), 405–409.
- Shipper, H. (1990). Quality of life. Principles of the clinical paradigm. *J Psychol Oncol*, 8, 171–185.
- Siciński, A. (1980). *Problemy teoretyczne i metodologiczne badań stylu życia*. Warszawa: Wyd. Instytutu Filozofii i Socjologii PAN.
- Siciński, A. (1990). Zdrowie a kultura. In J. Kopczyński & A. Siciński (Eds.), *Człowiek - środowisko - zdrowie*. Wrocław – Warszawa – Kraków: Ossolineum.
- Siedlecki, J. A. (2017). Biologia molekularna nowotworów. In P. Gajewski (Ed.), *Interna Szczeklika 2017* (pp. 2269–2275). Kraków: Medycyna Praktyczna.
- Sienkiewicz, Z., Stankiewicz, D., Dykowska, G., Knoff, B., Pietrzak, M., Cieślak, H., & Imiela, J. (2016). Pielęgnacja chorego po udarze niedokrwiennym mózgu w warunkach domowych. *Pielęgniarstwo w Opiece Długoterminowej*, 4. [https://doi.org/10.19251/pwod/2016.4\(5\)](https://doi.org/10.19251/pwod/2016.4(5))
- Sieradzki, J. (2020). Choroby układu wewnętrzwydzielniczego. Cukrzyca. In P. Gajewski (Ed.), *Interna Szczeklika 2020* (pp. 1507–1560). Kraków: Medycyna Praktyczna.
- Sinkiewicz, W., Węglarz, M., & Chudzińska, M. (2014). Wine, alcohol and cardiovascular diseases. *Kardiologia Polska*, 771–776. <https://doi.org/10.5603/KP.a2014.0149>
- Slade, M., Leese, M., Taylor, R., & Thornicroft, G. (1999). The association between needs and quality of life in an epidemiologically representative sample of people with psychosis. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1999.tb10836.x>
- Śliż, D., & Mamcarz, A. (2018). *Medycyna stylu życia (I)*. Warszawa: PZWL Wydawnictwo Lekarskie.
- Słońska, Z. (1994). Promocja zdrowia – zarys problematyki. *Promocja Zdrowia. Nauki Społeczne i Medycyna*, 1(1–2).
- Słońska, Z. (1999). Rola promocji zdrowia w rozwoju edukacji zdrowotnej. *Promocja*

- Sochocki, M. J. (2009). Prezentacja rezultatów drugiego etapu ilościowych badań ewaluacyjnych „Szkoły dla rodziców i wychowawców” (edycji wrzesień–grudzień 2007) oraz zogniskowanych wywiadów grupowych z absolwentami „Rodzeństwa bez rywalizacji”. *„Zeszyty Metodyczne” Centrum Metodyczne Pomocy Psychologiczno-Pedagogicznej*, 9, 47.
- Sokołowska, M. (1986). *Socjologia medycyny*. Warszawa: PZWL Wydawnictwo Lekarskie.
- Stafiej-Bartosik, A., & Maison, D. (2007). Reklama społeczna – czym jest i jak się zmienia. In P. Wasilewski (Ed.), *Szlachetna propaganda dobroci, czyli drugi tom o reklamie społecznej* (pp. 8–18). Kraków: Agencja Wasilewski.
- Steptoe, A., & Wardle, J. (2001). Locus of control and health behavior revisited: a multivariate analysis of young adults from 18 countries. *Br J Psychol*, 92(4), 659–672.
- Stewart, R. A. H., Held, C., Hadziosmanovic, N., Armstrong, P. W., Cannon, C. P., Granger, C. B., ... STABILITY Investigators. (2017). Physical Activity and Mortality in Patients With Stable Coronary Heart Disease. *Journal of the American College of Cardiology*, 70(14), 1689–1700. <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2017.08.017>
- Stokłosa, M., Pogorzelszyk, K., & Balwicki, Ł. (2021). *Tools to reduce tobacco use among young people in Poland: addressing affordability and accessibility of tobacco products through taxation and other measures*. Oslo.
- Straughan, PT; Seow, A. (1998). Fatalism Reconceptualized: A Concept to Predict Health Screening Behavior. *Journal of Gender, Culture, and Health*, 3(2), 85–100. <https://doi.org/10.1023/A:1023278230797>
- Surman, M., & Janik, M. E. (2017). Stres i jego molekularne konsekwencje w rozwoju choroby nowotworowej. *Postepy Hig Med Dosw*, 71, 485–499.
- Synowiec-Piłat, M. (2002). Zróżnicowania i nierówności społeczne a zdrowie. In W. Barański, J.; Piątkowski (Ed.), *Zdrowie i choroba. Wybrane problemy socjologii medycyny*. Wrocław: Oficyna Wydawnicza Atut, Wrocławskie Wyd. Oświatowe.
- Synowiec-Piłat, M. (2017). Razem dla zdrowia. Idea subsydiarności i działań międzysektorowych. In M Synowiec-Piłat, A. Pałęga, & M. Jędrzejek (Eds.), *Promocja zdrowia w działaniu. Od teorii do praktyki*. Wrocław: Wyd. EUROSISTEM.
- Synowiec-Piłat, M. (2019). *Raport z badań przeprowadzonych w ramach projektu naukowego „Poziom wiedzy dotyczącej chorób nowotworowych wśród populacji wrocławian oraz jej społeczno-kulturowe uwarunkowania*. Wrocław.
- Synowiec-Piłat, M. (2020). *Przekonania i wiedza dotyczące chorób nowotworowych a uczestnictwo w onkologicznych badaniach profilaktycznych. Studium socjologiczne*. Wrocław: Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu.
- Synowiec-Piłat, M, Jędrzejek, M., Pałęga, A., & Zmyślona, B. (2018). *Raport z badań „Z korzyścią dla zdrowia czy na jego szkodę? Analiza socjologiczna stylu życia Wrocławian”*. Wrocław.
- Synowiec-Piłat, M, & Pałęga, A. (2018). Fear of cancer and older people’s beliefs about cancer treatment in Poland. *Journal of Psychosocial Oncology*, 36(1), 97–112. <https://doi.org/10.1080/07347332.2017.1357665>

- Synowiec-Piłat, M., Pałęga, A., & Jędrzejek, M. (2017). Skoro działanie, to aktywność dla zdrowia. Promocja zdrowego stylu życia. In Małgorzata Synowiec-Piłat, A. Pałęga, & M. Jędrzejek (Eds.), *Promocja zdrowia w działaniu. Od teorii do praktyki* (pp. 91–112). Wrocław: Wyd. EUROSYSYSTEM.
- Synowiec-Piłat, Małgorzata. (2009). *Promocja zdrowia i profilaktyka onkologiczna w działaniach organizacji pozarządowych*. Toruń: Wydawnictwo Adam Marszałek & Akademia Medyczna we Wrocławiu.
- Synowiec-Piłat, Małgorzata, Jędrzejek, M., & Pałęga, A. (2019). Propagowanie rekreacyjnej aktywności fizycznej, jako wyzwanie dla promocji zdrowia ukierunkowanej na społeczność lokalną, na przykładzie populacji Wrocławia. In A. Borcuch, M. Knefel, & A. Krzysztofek (Eds.), *Zdrowy styl życia jako kapitał XXI wieku* (pp. 53–61). Kielce: Laboratorium Wiedzy Artur Borcuch.
- Synowiec-Piłat, Małgorzata, Jędrzejek, M., Pałęga, A., & Zmyślona, B. (2018). *Z korzyścią dla zdrowia czy na jego szkodę? Analiza socjologiczna stylu życia wrocławian*. Wrocław.
- Synowiec-Piłat, Małgorzata, Jędrzejek, M., Pałęga, A., & Zmyślona, B. (2021). Work-life (im)balance? The amount of leisure of Wrocław adults in the context of health promotion. *Health Promotion International*, 36(4), 1084–1094.
<https://doi.org/10.1093/heapro/daaa109>
- Synowiec-Piłat, Małgorzata, & Pałęga, A. (2017). Aktywizacja i upodmiotowienie jako priorytety współczesnej promocji zdrowia. In Małgorzata Synowiec-Piłat, A. Pałęga, & M. Jędrzejek (Eds.), *Promocja zdrowia w działaniu. Od teorii do praktyki* (pp. 19–27). Wrocław: Wyd. EUROSYSYSTEM.
- Synowiec-Piłat, Małgorzata, Pałęga, A., & Jędrzejek, M. (2017a). *Promocja zdrowia w działaniu. Od teorii do praktyki*. Wrocław: Wydawnictwo EUROSYSYSTEM.
- Synowiec-Piłat, Małgorzata, Pałęga, A., & Jędrzejek, M. (2017b). Skoro działanie, to aktywność dla zdrowia. Promocja zdrowego stylu życia. In Małgorzata Synowiec-Piłat, A. Pałęga, & M. Jędrzejek (Eds.), *Promocja zdrowia w działaniu. Od teorii do praktyki* (pp. 91–112). Wrocław: Wyd. EUROSYSYSTEM.
- Szluz, B. (2017). „Samoorganizowanie troski” - opieka nad osobą z chorobą Alzheimera w biografii opiekuna rodzinnego. *Zeszyty Pracy Socjalnej*, 22(3), 225–236.
<https://doi.org/10.4467/24496138zps.17.014.8009>
- Tan, S. B., Williams, A. F., & Kelly, D. (2014). Effectiveness of multidisciplinary interventions to improve the quality of life for people with Parkinson's disease: A systematic review. *International Journal of Nursing Studies*.
<https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2013.03.009>
- Thom, D., Ribisl, K., Stewart, A., & Luke, D. (1999). The Stanford Trust Physicians. Further validation and reliability testing of the trust in physician scale. *Med Care*, 37, 510–517.
- Tissne, T. (1972). Another look at self-rated health among the elderly. *Journal of Gerontology*, 27(1), 91–94.
- Tobiasz-Adamczyk, B. (1995). *Wybrane elementy socjologii zdrowia i choroby*. Kraków: Wyd. Collegium Medicum UJ.
- Tobiasz-Adamczyk, B., Szafraniec, K., & Bajka, J. (1999). *Zachowania w chorobie. Opis*

przebiegu choroby z perspektywy pacjenta. Kraków: Collegium Medicum UJ.

- Tones, K. (2004). Health Promotion, Health Education, and the Public Health. In R. Detels, J. McEwen, R. Beaglehole, & H. Tanaka (Eds.), *Oxford Textbook of Public Health*. Oxford: Oxford University Press.
- Tones, K., & Tilford, S. (1994). *Health Education. Effectiveness, Efficiency and Equity*. London, Glasgow, Weinheim, New York, Tokyo, Melbourne: Madrs. Chapman & Hall.
- Torbicki, A. (2007). Zanieczyszczenie powietrza a ryzyko chorób układu krążenia. In P. Podolec (Ed.), *Podręcznik Polskiego Forum Profilaktyki. Tom 1* (pp. 385–387). Kraków: Medycyna Praktyczna.
- Traczyk, W., & Trzebski, A. (2015). *Fizjologia człowieka z elementami fizjologii stosowanej i klinicznej* (III). Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
- Trzasańska, A., Staszyńska, M., & Krassowska, U. (2017). *Raport z ogólnopolskiego badania ankietowego na temat postaw wobec palenia tytoniu*.
- Turner, B. (2005). Disability and the sociology of the body. In G. Scambler (Ed.), *Medical sociology. Major themes in health and social welfare*. London - New York: Reutledge Taylor and Francis Group.
- Underwood, S. (1992). Cancer risk reduction and early detection behaviors among black men: focus on learned helplessness. *Journal of Community Health Nursing*, 9(1), 21–31.
- Warburton, D. E. R. (2006). Health benefits of physical activity: the evidence. *Canadian Medical Association Journal*, 174(6), 801–809. <https://doi.org/10.1503/cmaj.051351>
- WAS. (2013). *Deklaracja Praw Seksualnych Człowieka*.
- Wciórka, J. (2014). *Ochrona zdrowia psychicznego w Polsce: wyzwania, plany, bariery, dobre praktyki. Raport RPO*. Warszawa.
- WHO/UNAIDS. (2005). Alcohol Use and Sexual Risk Behaviour: A Cross-Cultural Study in Eight Countries, 135. <https://doi.org/10.1073/pnas.1103746108>
- WHO. (1986). *Ottawa charter for health promotion*. In *First International Health Promotion Conference*. Ottawa: Canada.
- WHO. (1993). *Health for All Targets: The Health Policy for Europe (European Health for All Series, No 4)*. Copenhagen.
- WHO. (1995a). Glossary, Terminology for „The European Health Policy Conference: Opportunities for the Future” Organized by the WHO Regional Office for Europe in Collaboration with the European Commission and the Council of Europe Held in Copenhagen.
- WHO. (1995b). The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Soc Sci Med*, 41, 1403–1409.
- WHO. (1998). *Health for All in the Twenty-first Century*. Geneva.
- WHO. (2009). *Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych. Rewizja dziesiąta*.
- WHO. (2010). *Global recommendations on physical activity for health*. World Health Organization.

- WHO. (2011). *Global status report on noncommunicable diseases 2010*.
- WHO. (2012a). Vaccines against influenza. WHO position paper. *Weekly Epidemiological Record*, 47(87), 461–476.
- WHO. (2012b). *World Health Organization Health Systems Strengthening Glossary*.
- WHO. (2014). *Global status report on noncommunicable diseases 2014*.
- WHO. (2018a). *Global status report on alcohol and health 2018*.
- WHO. (2018b). *Noncommunicable diseases country profiles 2018*. Geneva: World Health Organization.
- Wierzbicki, Z., & Tazbir, L. (1994). Czynniki ekologiczne a zdrowie. In JB Karski, Z. Słońska, & B. Wasilewski (Eds.), *Promocja zdrowia. Wprowadzenie do zagadnień krzewienia zdrowia* (pp. 131–143). Warszawa: Wyd. Sanmedia.
- Wierzbowska, J., & Stankiewicz, A. (2011). Choroby oczu u osób w wieku podeszłym. *Medycyna Po Dyplomie*, 20(8), 46–51.
- Williams, T. (1988). Szkoła promująca zdrowie - rzeczywistość czy mit. *Wychowanie Fizyczne i Zdrowotne*, 7–8, 193–194.
- Włodarczyk, C. (1994). Promocja zdrowia a polityka zdrowotna. Perspektywa uniwersalna i perspektywa lokalna. In JB Karski, Z. Słońska, & B. Wasilewski (Eds.), *Promocja zdrowia. Wprowadzenie do zagadnień krzewienia zdrowia*. Warszawa: Wyd. Sanmedia.
- Włodarczyk, C. (1996). *Polityka zdrowotna w społeczeństwie demokratycznym*. Warszawa: Uniwersyteckie Wyd. Medyczne Vesalius.
- Włodarczyk, C., & Poździoch, S. (2000). Pojęcie i zakres zdrowia publicznego. In A. Czupryna, S. Poździoch, A. Ryś, & W. Włodarczyk (Eds.), *Zdrowie publiczne. Wybrane zagadnienia* (pp. 13–26). Kraków: Uniwersyteckie Wyd. Medyczne Vesalius.
- Wojtyniak, B., & Goryński, P. (2020). *Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania 2020*. Warszawa.
- Wojnarowska, B. (2010). Aktywność fizyczna w dzieciństwie i młodości. In P. Podolec (Ed.), *Podręcznik Polskiego Forum Profilaktyki. Tom 2* (pp. 461–466). Kraków: Medycyna Praktyczna.
- Wrocław, W. Z. i S. S. U. M. (2021). *Gminny program profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych oraz przeciwdziałania narkomanii dla miasta Wrocławia na rok 2021*. Wrocław.
- Xenitidis, K., Thornicroft, G., Leese, M., Slade, M., Fotiadou, M., Philp, H., ... Murphy, D. (2000). Reliability and validity of the CANDID - A needs assessment instrument for adults with learning disabilities and mental health problems. *British Journal of Psychiatry*. <https://doi.org/10.1192/bjp.176.5.473>
- Zboina, B. (2008). *Jakość życia osób starszych*. Stowarzyszenie “Nauka, Edukacja, Rozwój.”
- Zdrojewicz, Z., & Lelakowska, K. (2006). Rola stresu w problemach, zaburzeniach i preferencjach seksualnych. *Seksuologia Polska*, 4(2), 69–79.
- Zdrojewski, T., Broda, G., Goryński, P., Wojtyniak, B., Bandosz, P., & Wykrzykowski, B. (2007). Wybrane elementy epidemiologii chorób układu sercowo-naczyniowego w

Polsce. In P. Podolec (Ed.), *Podręcznik Polskiego Forum Profilaktyki. Tom 1* (pp. 89–94). Kraków: Medycyna Praktyczna.

Zdrowie 21. *Zdrowie dla wszystkich w XXI w.* (2001). Warszawa - Kraków: Wyd. Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia we współpracy z Uniwersyteckim Wydawnictwem Medycznym „Vesalius”, Fundacja Zdrowia Publicznego w Krakowie.

Zhang, H., Ma, S., Han, T., Qu, G., Cheng, C., Uy, J. P., ... Sun, C. (2021). Association of smoking history with severe and critical outcomes in COVID-19 patients: A systemic review and meta-analysis. *European Journal of Integrative Medicine*, 43, 101313. <https://doi.org/10.1016/j.eujim.2021.101313>

Ziembicka D & Marcinowicz, L. (2015). Pielęgniarska opieka długoterminowa domowa—stan polskich badań naukowych. *Family Medicine & Primary Care Review*, 3, 232–236.

Zimmermann-Górska, I., & Szczepański, L. (2020). Choroby reumatyczne. Choroba zwyrodnieniowa stawów. In P. Gajewski (Ed.), *Interna Szczeklika 2020* (pp. 2123–2131). Kraków: Medycyna Praktyczna.

ZAŁĄCZNIKI

ZAŁĄCZNIKI WEWNĘTRZNE

Załącznik I.1.1. Spis dokumentów prawnych

Załącznik II.1.1. Struktura dorosłej ludności Polski oraz Wrocławia według płci, grup wiekowych oraz wykształcenia

Załącznik II.3.1. Poradnie (lekarza) POZ we Wrocławiu

Załącznik II.3.2. Poradnie specjalistyczne we Wrocławiu

Załącznik II.3.3. Szpitale oraz opieka całodobowa we Wrocławiu

Załącznik II.3.4. Apteki całodobowe we Wrocławiu

Załącznik II.3.5. Krwiodawstwo we Wrocławiu oraz w województwie dolnośląskim

ZAŁĄCZNIKI ZEWNĘTRZNE

Synowiec-Piłat M., Jędrzejek M., Pałęga A., Zmysłona B.: *Raport z badań przeprowadzonych w ramach projektu naukowego „Z korzyścią dla zdrowia czy na jego szkodę? Analiza socjologiczna stylu życia wrocławian”*, Fundacja Kreatywnie dla Zdrowia: Wrocław 2018. Dostęp online: <https://www.kreatywniedlazdrowia.pl/analizasocjologicznawroclawian.htm>

Załącznik I.1.1. Spis dokumentów prawnych

➤ **DŁUGOOKRESOWA STRATEGIA ROZWOJU KRAJU (DSRK). POLSKA 2030. TRZECIA FALA NOWOCZESNOŚCI**

<http://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/download.xsp/WMP20130000121/O/M20130121.pdf>

➤ **EUROPEJSKA KARTA SAMORZĄDU TERYTORIALNEGO (LOKALNEGO)**
(*European Charter of Local Self-government*)

https://umwd.dolnyslask.pl/fileadmin/fundusze_europejskie/ZGR/emilia_romania_gallery/foto/obwo_dniepropietrowski/Europejska_Karta_Samorządu_Terytorialnego.pdf

- **EUROPEJSKI KODEKS WALKI Z RAKIEM** (*European Code Against Cancer and scientific justification*)
<https://cancer-code-europe.iarc.fr/index.php/pl/>
<https://zwrotnik.b-cdn.net/wp-content/uploads/2017/06/Europejski-Kodeks-Walki-z-Rakiem-2017.pdf>
- **GMINNY PROGRAM PROFILAKTYKI I ROZWIĄZYWANIA PROBLEMÓW ALKOHOLOWYCH ORAZ PRZECIWDZIAŁANIA NARKOMANII DLA MIASTA WROCŁAWIA NA ROK 2021**
Gminny program profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych oraz przeciwdziałania narkomanii dla miasta Wrocławia na rok 2021, Wydział Zdrowia i Spraw Społecznych Urzędu Miejskiego Wrocławia, Wrocław 2021
- **HELSIŃSKA DEKLARACJA MINISTRÓW ZDROWIA KRAJÓW EUROPEJSKICH PT. „DEKLARACJA O OCHRONIE ZDROWIA PSYCHICZNEGO DLA EUROPY” (2005)**
- **MAPY POTRZEB ZDROWOTNYCH DLA WOJEWÓDZTWA DOLNOŚLĄSKIEGO**
<https://bip.duw.pl/bip/ogloszenia/mapy-potrzeb-zdrowotnyc>
- **NARODOWA STRATEGIA ONKOLOGICZNA (NSO) na lata 2020-2030**
<https://www.gov.pl/web/zdrowie/narodowa-strategia-onkologiczna-nso>
- **PRIORYTETY DLA REGIONALNEJ POLITYKI ZDROWOTNEJ WOJEWÓDZTWA DOLNOŚLĄSKIEGO na lata 2019 -2021**
<https://bip.duw.pl/bip/ogloszenia/priorytety-dla-regional/3263,2019.html>
- **PROJEKT UCHWAŁY RADY MINISTRÓW w sprawie ustanowienia polityki publicznej pt. „ZDROWA PRZYSZŁOŚĆ. RAMY STRATEGICZNE ROZWOJU SYSTEMU OCHRONY ZDROWIA NA LATA 2021-2027, Z PERSPEKTYWĄ DO 2030 r.”**
<https://www.monitorowanieprawa.pl/opiniowane-akty-prawne/2512-projekt-uchwaly-rady-ministrow-w-sprawie-ustanowienia-polityki-publicznej-pt-zdrowa-przyszlosc-ramy-strategiczne-rozwoju-systemu-ochrony-zdrowia-na-lata-2021-2027-z-perspektywa-do-2030-r.html>
- **ROZPORZĄDZANIE RADY MINISTRÓW z dnia 30 marca 2021 r. w sprawie NARODOWEGO PROGRAMU ZDROWIA (NPZ) na lata 2021 – 2025**
<https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/download.xsp/WDU20210000642/O/D20210642.pdf>
- **ROZPORZĄDZENIE MINISTRA ZDROWIA z dnia 28 grudnia 2016 r. w sprawie trybu składania i rozpatrywania wniosków o dofinansowanie programów polityki zdrowotnej realizowanych przez jednostkę samorządu terytorialnego oraz trybu**

rozliczania przekazanych środków i zwrotu środków niewykorzystanych lub wykorzystanych niezgodnie z przeznaczeniem (Dz.U. 2017 poz. 9)
<https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU20170000009>

- **ROZPORZĄDZANIE RADY MINISTRÓW z dnia 08.02.2017 r. w sprawie NARODOWEGO PROGRAMU OCHRONY ZDROWIA PSYCHICZNEGO (NPOZP) na lata 2017-2022** (Dz.U. 2017 poz. 458)
<http://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU20170000458>
- **SPÓJNY PLAN DZIAŁANIA W ZAKRESIE ZDROWIA PSYCHICZNEGO 2013-2020** (WHO 2013) (Resolution WHA66.8 Comprehensive Mental Health Action Plan 2013-2020)
https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA66/A66_R8-en.pdf?ua=1
- **STRATEGIA WROCŁAW 2030**
<https://www.wroclaw.pl/rozmawia/strategia-wroclaw-2030-jest-po-to-bysmy-wspolnie-zmienili-nasze-miasto-na-lepsze>
- **ŚWIATOWA DEKLARACJA ZDROWIA - ZDROWIE DLA WSZYSTKICH W XXI WIEKU** (*Health for all in the 21st century*)
<https://www.parpa.pl/index.php/alkohol-w-europie/zdrowie-21-zdrowie-dla-wszystkich-who>
- **UCHWAŁA nr 10 RADY MINISTRÓW w sprawie przyjęcia programu wieloletniego pn. NARODOWA STRATEGIA ONKOLOGICZNA (NSO) na lata 2020-2030 z dnia 4 lutego 2020 r.** (Dz.U. 2019 poz. 969)
<https://sip.lex.pl/akty-prawne/mp-monitor-polski/przyjecie-programu-wieloletniego-pn-narodowa-strategia-onkologiczna-na-18959256>
<https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU20190000969>
- **UCHWAŁA nr 165 RADY MINISTRÓW z dnia 12 sierpnia 2014 r. w sprawie przyjęcia programu pod nazwą „KRAJOWY PROGRAM PRZECIWDZIAŁANIA UBÓSTWU I WYKLUCZENIU SPOŁECZNEMU 2020. NOWY WYMIAR AKTYWNEJ INTEGRACJI” (M.P.2014.787 z dnia 16.09.2014 r.)**
<https://sip.lex.pl/akty-prawne/mp-monitor-polski/przyjecie-programu-pod-nazwa-krajowy-program-przeciwdzialania-ubostwu-i-18123940>
- **USTAWA O DZIAŁALNOŚCI POŻYTKU PUBLICZNEGO I WOŁONTARIACIE z dnia 23.04.2003 r.** (Dz. U. 2003 Nr 96 poz. 873)
<https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/download.xsp/WDU20030960873/U/D20030873Lj.pdf>
- **USTAWA O NARODOWEJ STRATEGII ONKOLOGICZNEJ z dnia 26 kwietnia 2019 r.** (Dz.U. 2019 poz. 969)
<https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU20190000969>
- **USTAWA O SAMORZĄDZIE GMINNYM z dnia 8 marca 1990 r.** (Dz.U. 1990 nr 16 poz. 95)
<https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU19900160095>

- **USTAWA O ŚWIADCZENIACH OPIEKI ZDROWOTNEJ FINANSOWANYCH ZE ŚRODKÓW PUBLICZNYCH z dnia 27.08.2004 r.** (Dz.U. 2004 nr 210 poz. 2135)
<https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU20042102135>

- **USTAWA O ZDROWIU PUBLICZNYM z dnia 11.09.2015 r.** (Dz.U. 2015 poz. 1916)
<https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU20150001916>

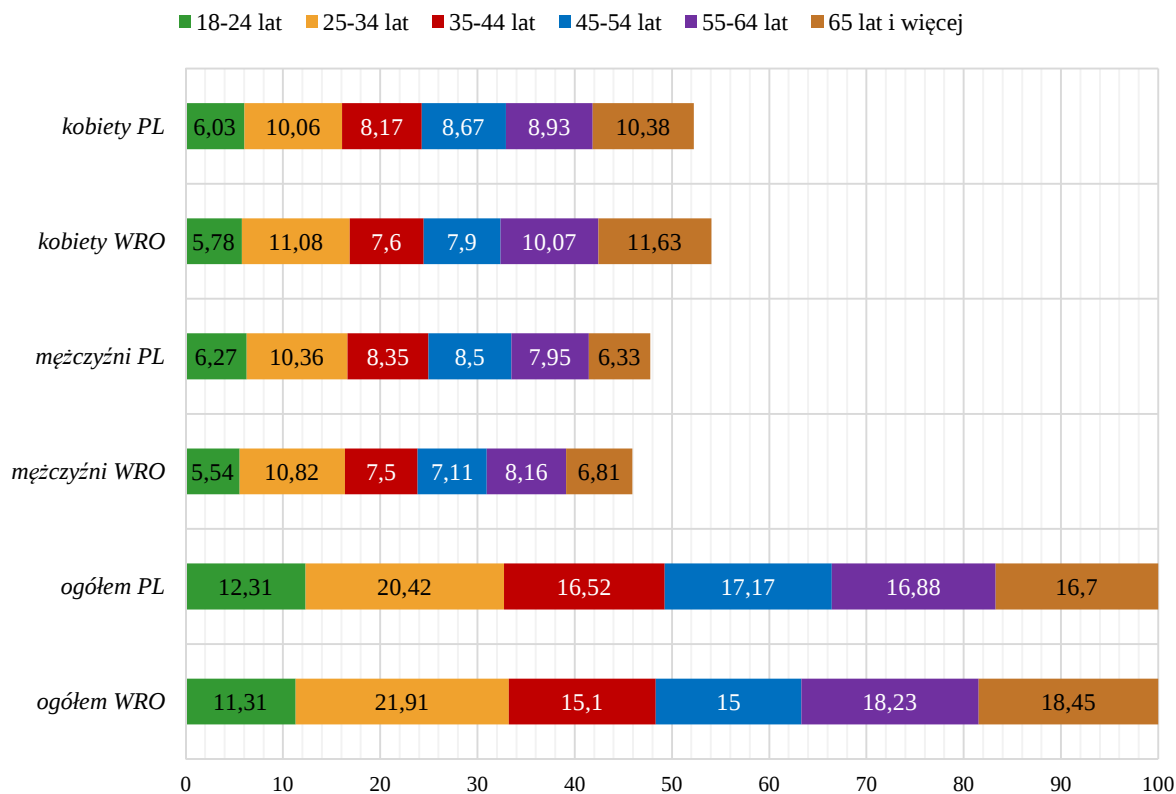
- **USTAWA O ZMIANIE USTAWY O ŚWIADCZENIACH OPIEKI ZDROWOTNEJ FINANSOWANYCH ZE ŚRODKÓW PUBLICZNYCH z dnia 29.09.2017 r.** (Dz.U. 2017 poz. 2110)
<https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU20170002110>

- **USTAWA z dnia 26 kwietnia 2019 r. o NARODOWEJ STRATEGII ONKOLOGICZNEJ** (Dz.U. 2019 poz. 969)
<https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU20190000969>

Załącznik II.1.1. Struktura dorosłej ludności Polski oraz Wrocławia według płci, grup wiekowych oraz wykształcenia

I. Struktura populacji według płci i grup wiekowych [w %]

	razem	18-24 lat	25-34 lat	35-44 lat	45-54 lat	55-64 lat	≥65 lat
OGÓŁEM							
Wrocław (N=538.222)	100%	11,31%	21,91%	15,10%	15,00%	18,23%	18,45%
Polska (N=31.309.551)	100%	12,31%	20,42%	16,52%	17,17%	16,88%	16,70%
MĘŻCZYŹNI – udział w populacji ogólnej							
Wrocław (N=247.240)	45,94%	5,54%	10,82%	7,50%	7,11%	8,16%	6,81%
Polska (N=14.952.440)	47,76%	6,27%	10,36%	8,35%	8,50%	7,95%	6,33%
KOBIETY – udział w populacji ogólnej							
Wrocław (N=290.982)	54,06%	5,78%	11,08%	7,60%	7,90%	10,07%	11,63%
Polska (N=16.357.111)	52,24%	6,03%	10,06%	8,17%	8,67%	8,93%	10,38%



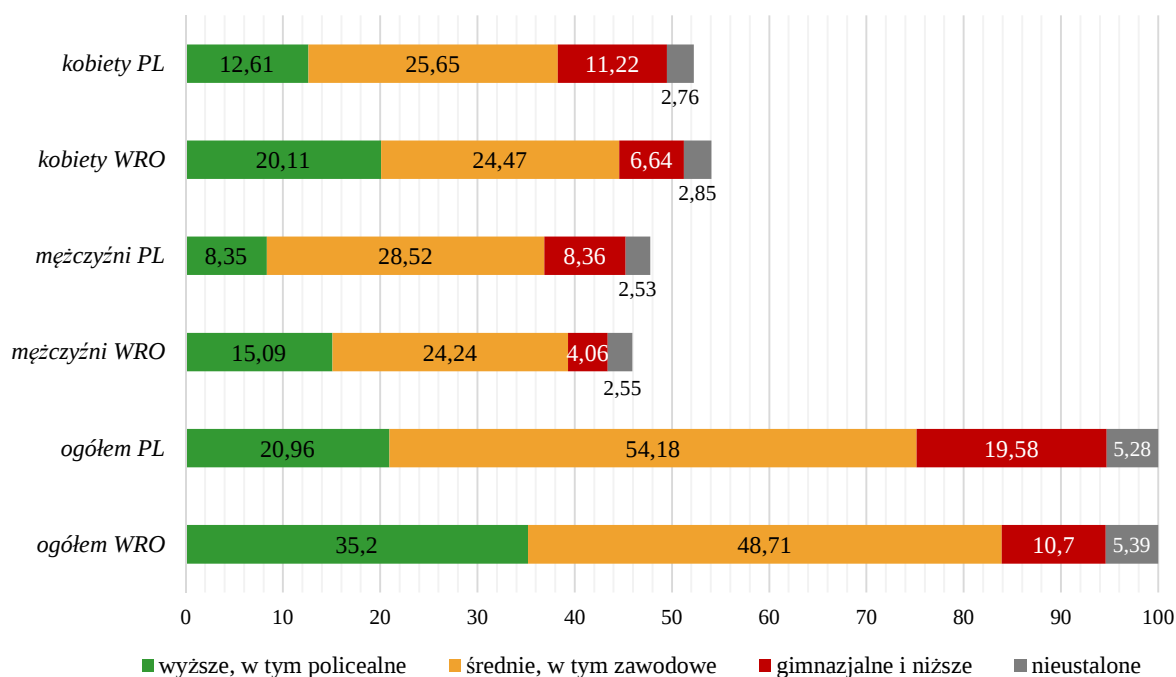
Opracowanie: obliczenia własne, na podstawie wyników Narodowego Spisu Powszechnego Ludności i Mieszkań 2011 (GUS)

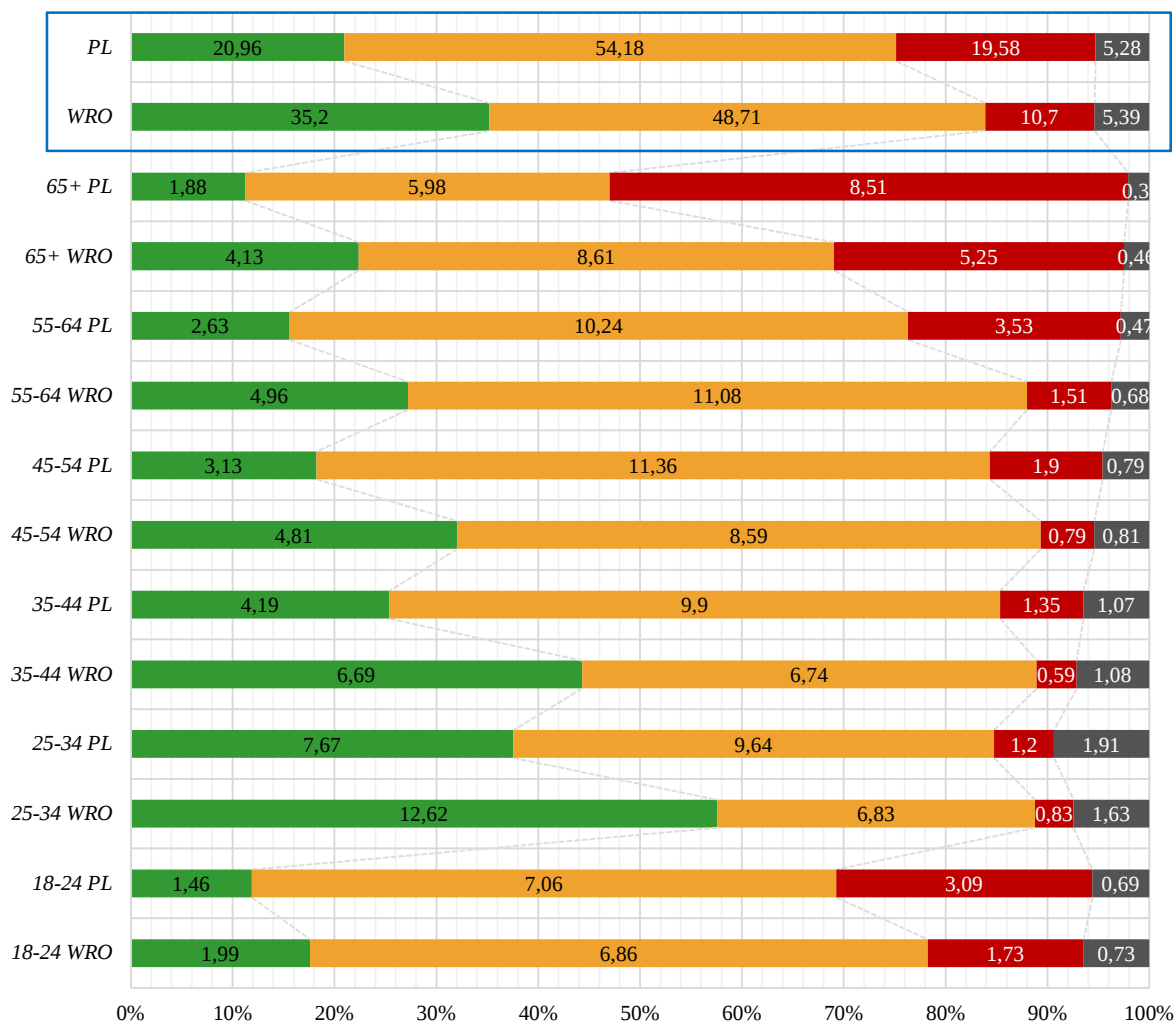
II. Struktura populacji według płci, grup wiekowych oraz poziomu wykształcenia [w %]

		razem	18-24 lat	25-34 lat	35-44 lat	45-54 lat	55-64 lat	≥65 lat
OGÓŁEM								
wyższe, w tym policealne	PL	20,96%	1,46%	7,67%	4,19%	3,13%	2,63%	1,88%
	WRO	35,20%	1,99%	12,62%	6,69%	4,81%	4,96%	4,13%
średnie, w tym zawodowe	PL	54,18%	7,06%	9,64%	9,90%	11,36%	10,24%	5,98%
	WRO	48,71%	6,86%	6,83%	6,74%	8,59%	11,08%	8,61%
gimnazjalne i niższe ¹	PL	19,58%	3,09%	1,20%	1,35%	1,90%	3,53%	8,51%
	WRO	10,70%	1,73%	0,83%	0,59%	0,79%	1,51%	5,25%
nieustalone	PL	5,28%	0,69%	1,91%	1,07%	0,79%	0,47%	0,35%
	WRO	5,39%	0,73%	1,63%	1,08%	0,81%	0,68%	0,46%
MĘŻCZYŹNI – udział w populacji ogólnej								
wyższe, w tym policealne	PL	8,35%	0,51%	3,06%	1,64%	1,15%	1,09%	0,90%
	WRO	15,09%	0,73%	5,44%	2,91%	1,92%	2,05%	2,05%
średnie, w tym zawodowe	PL	28,52%	3,64%	5,62%	5,42%	6,00%	5,09%	2,75%
	WRO	24,24%	3,51%	4,14%	3,74%	4,38%	5,14%	3,33%
	PL	8,36%	1,80%	0,78%	0,76%	0,95%	1,52%	2,55%

<i>gimnazjalne i niższe¹</i>	WRO	4,06%	0,98%	0,52%	0,32%	0,38%	0,61%	1,26%
<i>nieustalone</i>	PL	2,53%	0,32%	0,90%	0,53%	0,40%	0,25%	0,13%
	WRO	2,55%	0,32%	0,72%	0,53%	0,43%	0,36%	0,17%
KOBIETY – udział w populacji ogólnej								
<i>wyższe, w tym policealne</i>	PL	12,61%	0,95%	4,61%	2,55%	1,98%	1,55%	0,97%
	WRO	20,11%	1,26%	7,18%	3,78%	2,90%	2,91%	2,08%
<i>średnie, w tym zawodowe</i>	PL	25,65%	3,42%	4,02%	4,48%	5,36%	5,15%	3,22%
	WRO	24,47%	3,36%	2,68%	2,99%	4,21%	5,95%	5,29%
<i>gimnazjalne i niższe¹</i>	PL	11,22%	1,29%	0,42%	0,60%	0,95%	2,00%	5,96%
	WRO	6,64%	0,75%	0,32%	0,28%	0,41%	0,90%	3,97%
<i>nieustalone</i>	PL	2,76%	0,37%	1,01%	0,54%	0,38%	0,23%	0,23%
	WRO	2,85%	0,41%	0,90%	0,55%	0,38%	0,31%	0,29%

¹gimnazjalne, podstawowe ukończone i nieukończone oraz bez wykształcenia





Opracowanie: obliczenia własne, na podstawie wyników Narodowego Spisu Powszechnego Ludności i Mieszkań 2011 (GUS)

Załącznik II.3.1. Poradnie (lekarza) POZ we Wrocławiu

Poniższą listę sporządzono na podstawie danych NFZ: www.gsl.nfz.gov.pl/GSL/GSL/POZ

Stan na dzień 20.06.2021 r.

I. Porządek według podmiotów leczniczych (alfabetycznie) – 123 podmiotów leczniczych, 152 jednostki lecznicze:

1. 4 Wojskowy Szpital Kliniczny Z Polikliniką Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej we Wrocławiu
 - ul. Weigla 5, 50-981 Wrocław-Krzyki
 - ul. Róży Wiatrów 11B, 53-023 Wrocław-Krzyki
 - ul. Czajkowskiego 109, 51-150 Wrocław-Psie Pole
 - ul. Obornicka 108, 50-961 Wrocław-Psie Pole
2. AAVITA Lekarska Przychodnia Leczniczo- Profilaktyczna Sp. z o.o.
ul. Raclawicka 15/19, 53-146 Wrocław-Krzyki
3. Aeroklub Polski
ul. Sienkiewicza 108-110, 50-348 Wrocław-Śródmieście
4. AMA VITA - Ambulatoryjne Świadczenia Zdrowotne
ul. Canaletta 4, 51-665 Wrocław-Śródmieście
5. AMICUR - Ambulatoryjne Świadczenia Zdrowotne
ul. Orzeszkowej 55/57, 50-311 Wrocław-Śródmieście
6. Barbara Tyczyńska Praktyka Lekarza Rodzinnego
ul. Eluarda 7, 54-019 Wrocław-Fabryczna
7. BENAMED Centrum Medyczne
ul. Strachocińska 159, 51-518 Wrocław-Psie Pole
8. Centrum Medyczne Biogenes
pl. Bzowy 1, 53-224 Wrocław-Fabryczna
9. Centrum Zdrowia Mama i Ja
 - ul. Rajska 71, 54-028 Wrocław-Fabryczna
 - ul. Barskich 29/U3, 54-115 Wrocław-Fabryczna
10. Centrum Zdrowia Ogrodowa
ul. Eluarda 7, 54-019 Wrocław-Fabryczna
11. "CLIDENT" Sp. z o.o.
ul. Nowodworska 53b, 54-317 Wrocław-Fabryczna
12. Curatio II Praktyka Lekarza Rodzinnego Wiktorii Marczyk
ul. św. Wincentego 39/2, 50-251 Wrocław-Śródmieście
13. Danuta Lechniak-Ornat Praktyka Lekarza Rodzinnego Sp. z o.o.
ul. Lipowa 10, 53-124 Wrocław-Krzyki
14. DOKDOK Sp. z o.o.
ul. Armii Krajowej 46ad, 50-541 Wrocław-Krzyki
15. Dolnośląskie Centrum Medycyny Profilaktycznej i Bezpieczeństwa Pracy "PRO-MED" Sp. z o.o.
 - ul. Koszarowa 5, 51-149 Wrocław-Psie Pole
 - ul. Kamińskiego 73A, 51-124 Wrocław-Psie Pole
 - ul. Gwarna 6A, 50-001 Wrocław-Krzyki
16. Dolnośląskie Centrum Medyczne "DOLMED" S.A.
ul. Legnicka 40, 53-674 Wrocław-Stare Miasto
17. Dolnośląski Wojewódzki Ośrodek Medycyny Pracy Oddział - Obwód Lecznictwa Kolejowego we Wrocławiu
ul. Joannitów 10/12, 50-525 Wrocław-Krzyki

18. EMC Instytut Medyczny S.A.
- ul. Łowiecka 24, 50-220 Wrocław-Śródmieście
 - ul. Królewska 30, 51-200 Wrocław-Psie Pole
 - ul. Pilczycka 144-148, 54-144 Wrocław-Fabryczna
 - ul. Zatorska 55a, 51-215 Wrocław-Psie Pole
 - ul. Krzywoustego 290, 51-312 Wrocław-Psie Pole
 - ul. Wejherowska 28/4, 54-239 Wrocław-Fabryczna
19. FORTMEDICA Medyczne Centrum Rodzinne
ul. Łubinowa 12/3, 50-520 Wrocław-Krzyki
20. Grażyna Przewoźna Praktyka Lekarza Rodzinnego
ul. Walońska 9/U3, 50-413 Wrocław-Krzyki
21. Karłowickie Centrum Medyczne "KAR-MED" Sp. z o.o.
ul. Bończyka 20, 51-138 Wrocław-Psie Pole
22. Lekarze Na Szwedzkiej Sp. z o.o.
ul. Szwedzka 1/B, 54-401 Wrocław-Fabryczna
23. LUX MED Sp. z o.o.
- ul. Skargi 3, 50-082 Wrocław-Stare Miasto
 - ul. Wołowska 20, 51-116 Wrocław-Psie Pole
 - ul. Swobodna 1, 50-088 Wrocław-Krzyki
 - ul. Fabryczna 6, 53-609 Wrocław-Fabryczna
24. Maria Bujnowska-Fedak Modelowa Praktyka Lekarza Rodzinnego
ul. Syrokomli 1, 51-141 Wrocław-Psie Pole
25. MEDICOR - Ambulatoryjne Świadczenia Zdrowotne
ul. Trzebnicka 88, 50-231 Wrocław-Psie Pole
26. Międzywojewódzka Przychodnia Sportowo-Lekarska S.A.
ul. Paderewskiego 35, 51-612 Wrocław-Śródmieście
27. M-MED
ul. Ulanowskiego 18/20, 53-144 Wrocław-Krzyki
28. Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej „AR-MED.” s.c.
ul. Chińska 4, 52-118 Wrocław-Krzyki
29. Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "BROCH-MED" s.c.
ul. Węgierska 6, 52-114 Wrocław-Krzyki
30. NZOZ Centrum Medyczne "PRACTIMED" Sp. z o.o.
ul. Pabianicka 25, 53-339 Wrocław-Krzyki
31. Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "Dla Zdrowia" s.c. Praktyka Lekarza Rodzinnego
ul. Olszewskiego 23B, 51-642 Wrocław-Śródmieście
32. Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Krynica
ul. Krynica 20/22, 50-555 Wrocław-Krzyki
33. Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "MULTI-MEDYK" Sp. z o.o.
- pl. św. Macieja 8, 50-244 Wrocław-Śródmieście
 - pl. Borna 1-3, 50-204 Wrocław-Śródmieście
34. Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Opieką Sp. z o.o.
ul. Szałwiowa 25, 51-180 Wrocław-Psie Pole
35. Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Praktyka Lekarza Rodzinnego Aleksandra Kucharczyk
ul. Bulwar Ikara 27c, 54-130 Wrocław-Fabryczna
36. Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Praktyka Lekarza Rodzinnego Anna Kunysz-Moruń
ul. Pszczelarska 7, 52-210 Wrocław-Krzyki

37. Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Praktyka Lekarza Rodzinnego Barbara Młodzińska-Ruszel
ul. Pszczelarska 7, 52-210 Wrocław-Krzyki
38. Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Praktyka Lekarza Rodzinnego Beata Flakowicz
ul. Sułowska 41, 51-180 Wrocław-Psie Pole
39. Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Praktyka Lekarza Rodzinnego Elżbieta Giegel
ul. Kniaziewiczza 29, 50-455 Wrocław-Krzyki
40. Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Praktyka Lekarza Rodzinnego Elżbieta Nowicka
ul. Bulwar Ikara 26, 54-130 Wrocław-Fabryczna
41. Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Praktyka Lekarza Rodzinnego Joanna Śliwka
ul. Boguszowska 61, 54-046 Wrocław-Fabryczna
42. Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "Przychodnia Kosmonautów" Sp. z o.o.
ul. Horbaczewskiego 35, 54-130 Wrocław-Fabryczna
43. Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "Przychodnia - Nowy Dwór" Sp. z o.o.
ul. Nowodworska 91A, 54-438 Wrocław-Fabryczna
44. Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "REMEDIS" SP.J.
ul. Mińska 5, 54-610 Wrocław-Fabryczna
45. Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "RONDO-MED"
ul. Powstańców Śląskich 118-122, 53-333 Wrocław-Krzyki
46. Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "TRWA-MED" Przychodnia Rodzinno-Specjalistyczna
ul. Trwała 1, 53-335 Wrocław-Krzyki
47. Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "TWÓJ LEKARZ"
 - ul. Skarbowców 121-123, 53-025 Wrocław-Krzyki
 - ul. Kunickiego 37A, 54-616 Wrocław-Fabryczna
 - ul. Zwycięska 41, 53-033 Wrocław-Krzyki
 - ul. Krzycka 89B, 53-019 Wrocław-Krzyki
 - ul. Zakładowa 11E, 50-231 Wrocław-Psie Pole
48. Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "ZAWIDAWIE II" Sp. z o.o.
ul. Inflancka 39, 51-354 Wrocław-Psie Pole
49. NZOZ "Centrum Zdrowia" M. Szewczyk i S-ka. sp. jawna
ul. Pautscha 5/7, 51-651 Wrocław-Śródmieście
50. NZOZ CURATIO Praktyka Lekarza Rodzinnego Jerzy Patkowski
ul. Św. Wincentego 39/2, 50-251 Wrocław-Śródmieście
51. NZOZ Praktyka Lekarza Rodzinnego Hanna Chełmońska
ul. Czekoladowa 49, 52-326 Wrocław-Krzyki
52. NZOZ Praktyka Lekarza Rodzinnego Małgorzata Rola-Zięba
ul. Pretficzka 40G/1C, 53-407 Wrocław-Krzyki
53. NZOZ TeSaMed
ul. Augustowska 86a, 54-112 Wrocław-Fabryczna
54. NZOZ Wierzbicka-Oknińska & Gołyńska-Boba
ul. Stobrowska 2, 54-211 Wrocław-Fabryczna
55. NZOZ "Zdrowie Rodziny" Praktyka Lekarzy Rodzinnych
ul. Gradowa 2, 53-023 Wrocław-Krzyki
56. OLIMPIAMED Sp. z o.o.
ul. Marca Polo 21/1, 51-504 Wrocław-Psie Pole
57. "OPTI-MED" Sp. z o.o. Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej
ul. Fabryczna 10, 53-609 Wrocław-Fabryczna

58. Ośrodek Profilaktyki I Lecznictwa Wojnów Sp. z o.o.
ul. Strachocińska 84, 51-511 Wrocław-Psie Pole
59. PHM Sp. z o.o.
• ul. Legnicka 61, 54-203 Wrocław-Fabryczna
• ul. Sienkiewicza 58-60, 50-329 Wrocław-Śródmieście
60. PLR "PRO HOMINE"
ul. Walońska 9/U3, 50-413 Wrocław-Krzyki
61. Praktyka Grupowa Lekarzy Rodzinnych "MED-OPOR" s.c. Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej
ul. Śniegockiego 15, 52-414 Wrocław-Fabryczna
62. Praktyka Grupowa Lekarzy Rodzinnych S.C. Teresa Cebula, Renata Studzińska-Kałużna
ul. Tarnogórska 1, 52-011 Wrocław-Krzyki
63. Praktyka Lekarska Iga Gilas - Mirkiewicz
ul. Jugosłowiańska 65 D, 51-112 Wrocław-Psie Pole
64. Praktyka Lekarska "Osobowice" Maja Rodobolska
ul. Krotoszyńska 8, 51-009 Wrocław-Psie Pole
65. Praktyka Lekarska Tomasz Kubicki, Beata Kubicka Spółka Cywilna
ul. Sępa-Szarzyńskiego 30/3-4, 50-351 Wrocław-Śródmieście
66. Praktyka Lekarza Rodzinnego
ul. Lipowa 10, 53-124 Wrocław-Krzyki
67. Praktyka Lekarza Rodzinnego
ul. Sołtysowicka 53a, 51-168 Wrocław-Psie Pole
68. Praktyka Lekarza Rodzinnego Andrzej Klusek
ul. Nowodworska 53B/parter/, 54-440 Wrocław-Fabryczna
69. Praktyka Lekarza Rodzinnego Anna Krzyszowska-Kamińska
ul. Uczniowska 37a, 52-222 Wrocław-Krzyki
70. Praktyka Lekarza Rodzinnego Anna Lorenc - Pora
ul. Lotnicza 37, 54-154 Wrocław-Fabryczna
71. Praktyka Lekarza Rodzinnego Artur Koterwa
ul. Eluarda 7, 54-019 Wrocław-Fabryczna
72. Praktyka Lekarza Rodzinnego Beata Stecka
ul. Komuny Paryskiej 73A, 50-452 Wrocław-Krzyki
73. Praktyka Lekarza Rodzinnego Bożena Żygadło
ul. Hermanowska 89, 54-314 Wrocław-Fabryczna
74. Praktyka Lekarza Rodzinnego Dorota Babiak
ul. Królewska 30, 51-200 Wrocław-Psie Pole
75. Praktyka Lekarza Rodzinnego Edyta Sierakowska
ul. Sądowa 8 8, 50-046 Wrocław-Stare Miasto
76. Praktyka Lekarza Rodzinnego Elżbieta Pawłowska
ul. Czekoladowa 49/1, 52-326 Wrocław-Krzyki
77. Praktyka Lekarza Rodzinnego Ewa Krawiecka-Jaworska
ul. Lotnicza 37, 54-154 Wrocław-Fabryczna
78. Praktyka Lekarza Rodzinnego Ewa Stocka-Błazejewska
ul. Partyzantów 72, 51-675 Wrocław-Śródmieście
79. Praktyka Lekarza Rodzinnego - Grażyna Chomicz
ul. Mosiężna 35/3-4, 53-441 Wrocław-Fabryczna
80. Praktyka Lekarza Rodzinnego Grażyna Koprowska-Adamczyk
ul. Eluarda 7, 54-019 Wrocław-Fabryczna
81. Praktyka Lekarza Rodzinnego Grygiel-Doraczyńska Janina
ul. Eluarda 7, 54-019 Wrocław-Fabryczna

82. Praktyka Lekarza Rodzinnego Janina Rudzka-Kaławak
ul. Boguszowska 61, 54-046 Wrocław-Fabryczna
83. Praktyka Lekarza Rodzinnego Katarzyna Janik
ul. Partyzantów 72, 51-675 Wrocław-Śródmieście
84. Praktyka Lekarza Rodzinnego Lidia Żelazna-Wojtuń
ul. Hermanowska 89, 54-314 Wrocław-Fabryczna
85. Praktyka Lekarza Rodzinnego Małgorzata Bereza
ul. Sądowa 8, 50-046 Wrocław-Stare Miasto
86. Praktyka Lekarza Rodzinnego Małgorzata Kowalczyk
ul. Kniaziewicz 29, 50-455 Wrocław-Krzyki
87. Praktyka Lekarza Rodzinnego Monika Anagnostopulu
ul. Hermanowska 89, 54-314 Wrocław-Fabryczna
88. Praktyka Lekarza Rodzinnego PRACTIMED Sp. z o.o.
ul. Pabianicka 25, 59-339 Wrocław-Krzyki
89. Praktyka Lekarza Rodzinnego S.C. Bożena Paździor, Ewa Paździor
ul. Beżowa 12-16, 54-046 Wrocław-Fabryczna
90. Praktyka Lekarza Rodzinnego s.c. Małgorzata Kaniecka-Matuszkiewicz i Edyta Klimczak
ul. Sądowa 8, 50-046 Wrocław-Stare Miasto
91. Praktyka lekarza rodzinnego specjalista medycyny rodzinnej Łukasz Kozyra
ul. Kruszwicka 6-8, 53-652 Wrocław-Stare Miasto
92. Praktyka Lekarza Rodzinnego Waldemar Chrystowski
ul. Kniaziewicz 29, 50-455 Wrocław-Krzyki
93. Praktyka Lekarza Rodzinnego Wiesława Paludkiewicz
ul. Jerzmanowska 133, 54-530 Wrocław-Fabryczna
94. Praktyka Lekarza Rodzinnego Zuzanna Wolak-Listwan
ul. Komuny Paryskiej 73A, 50-452 Wrocław-Krzyki
95. Praktyka Lekarzy Rodzinnych A. Szadura, J. Piotrowski
ul. Gliniana 32/34, 50-525 Wrocław-Krzyki
96. Praktyka Lekarzy Rodzinnych Krzysztof Inglot i Jacek Mittelstaedt
ul. Worcella 5 A/1A, 50-448 Wrocław-Krzyki
97. Praktyka Lekarzy Rodzinnych s.c. Mariusz Domański Violetta Domańska
ul. Gepperta 13, 50-072 Wrocław-Stare Miasto
98. PRIMA-MED
ul. Daszyńskiego 27, 50-310 Wrocław-Śródmieście
99. Prywatna Przychodnia Lekarska Stefan Skrocki
ul. Grunwaldzka 63, 50-026 Wrocław-Śródmieście
100. Przychodnia dla rodziny
- ul. Syrokomli 1, 51-141 Wrocław-Psie Pole
 - ul. Kamiennogórska 10, 51-034 Wrocław-Fabryczna
101. Przychodnia Frontida
ul. Opolska 188, 52-014 Wrocław-Krzyki
102. Przychodnia GAJ Sp. z o.o.
ul. Krynicka 51, 50-555 Wrocław-Krzyki
103. Przychodnia Lidia Napora, Wioleta Zabówka
ul. Sępa-Szarzyńskiego 30/3-4, 50-351 Wrocław-Śródmieście
104. "Przychodnia na Biskupinie" Sp. z o.o.
ul. Olszewskiego 21, 51-642 Wrocław-Śródmieście
105. Przychodnia PULSANTIS STANDARD
ul. Ostrowskiego 3, 53-238 Wrocław-Fabryczna

106. Przychodnia Rodzinna Sp. z o.o.
ul. Zaporoska 87, 53-415 Wrocław-Krzyki
107. Przychodnia "RÓŻANKA"
ul. Obornicka 16-18, 51-113 Wrocław-Psie Pole
108. Przychodnia Śródmieście A. Nocoń, P. Napora Lekarze Spółka partnerska
ul. Sienkiewicza 37/39, 50-349 Wrocław-Śródmieście
109. Przychodnia "STARMED" Staromiejskie Centrum Medyczne
ul. Młodych Techników 7, 53-647 Wrocław-Stare Miasto
110. Przychodnia Vita Krystyna Witas
ul. Moniuszki 10, 51-610 Wrocław-Śródmieście
111. Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw
Wewnętrznych i Administracji we Wrocławiu
 - ul. Grabiszewska 35-39, 53-501 Wrocław-Stare Miasto
 - ul. Ołbińska 32, 50-233 Wrocław-Śródmieście
112. SCANMED S.A.
 - ul. Parkowa 46, 51-616 Wrocław-Śródmieście
 - ul. Krasińskiego 9, 50-946 Wrocław-Krzyki
113. Specjalistyczny Zakład Profilaktyczno-Lecniczy PROVITA Sp. z o. o. w likwidacji
ul. Bierutowska 63, 51-317 Wrocław-Psie Pole
114. Uniwersytecki Szpital Kliniczny im. Jana Mikulicza-Radeckiego we Wrocławiu
ul. Borowska 213, 50-556 Wrocław-Krzyki
115. VISTAMED & VERTIGO Sp. z o.o.
ul. Racławicka 105/1B, 53-149 Wrocław-Fabryczna
116. Wielospecjalistyczna Przychodnia Lekarska Fundacji Uniwersytetu Medycznego we
Wrocławiu
ul. Curie-Skłodowskiej 50-52, 50-369 Wrocław-Krzyki
117. WISMED
ul. Vivaldiego 96, 52-129 Wrocław-Krzyki
118. Wojewódzka Przychodnia Podstawowej Opieki Zdrowotnej
 - ul. Krasińskiego 29/III P., 50-450 Wrocław-Krzyki
 - ul. Zwycięska 25-35/15, 53-033 Wrocław-Krzyki
119. Wojewódzkie Centrum Medyczne "DOBRZYŃSKA"
ul. Dobrzyńska 21/23, 50-403 Wrocław-Krzyki
120. Wrocławskie Centrum Zdrowia Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej
 - ul. Dokerska 9, 54-142 Wrocław-Fabryczna
 - ul. Stalowa 50, 53-433 Wrocław-Fabryczna
 - ul. Stabłowicka 125, 54-062 Wrocław-Fabryczna
 - pl. Dominikański 6, 50-159 Wrocław-Stare Miasto
121. "Zakład Opieki Zdrowotnej Psie Pole" Sp. z o.o.
 - ul. Brucknera 47-49, 51-411 Wrocław-Psie Pole
 - ul. Boya-Żeleńskiego 22, 51-160 Wrocław-Psie Pole
 - ul. Szałwiowa 21, 51-180 Wrocław-Psie Pole
122. Zespół Usług Medycznych "LEK-TRANS" Sp. z o.o.
ul. Kręta 25, 50-233 Wrocław-Śródmieście
123. "ZIEMO-VITA" Ośrodek Medyczny Sp. z o.o.
ul. Ziemowita 1-9, 53-678 Wrocław-Stare Miasto

II. Porządek według lokalizacji – 128 lokalizacji, 152 jednostki lecznicze:

Psie Pole (26 lokalizacji, 28 jednostek leczniczych – 18,4%):

1. ul. Bierutowska 63, 51-317 Wrocław-Psie Pole
 - Specjalistyczny Zakład Profilaktyczno-Leczniczy PROVITA Sp. z o. o. w likwidacji
2. ul. ks. Bończyka 20, 51-138 Wrocław-Psie Pole
 - Karłowickie Centrum Medyczne "KAR-MED" Sp. z o.o.
3. ul. Boya-Żeleńskiego 22, 51-160 Wrocław-Psie Pole
 - "Zakład Opieki Zdrowotnej Psie Pole" Sp. z o.o.
4. ul. Brucknera 47-49, 51-411 Wrocław-Psie Pole
 - "Zakład Opieki Zdrowotnej Psie Pole" Sp. z o.o.
5. ul. Czajkowskiego 109, 51-150 Wrocław-Psie Pole
 - 4 Wojskowy Szpital Kliniczny Z Polikliniką Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej we Wrocławiu
6. ul. Inflancka 39, 51-354 Wrocław-Psie Pole
 - Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "ZAWIDAWIE II" Sp. z o.o.
7. ul. Jugosłowiańska 65 D, 51-112 Wrocław-Psie Pole
 - Praktyka Lekarska Iga Gilas – Mirkiewicz
8. ul. Kamińskiego 73A, 51-124 Wrocław-Psie Pole
 - Dolnośląskie Centrum Medycyny Profilaktycznej i Bezpieczeństwa Pracy "PRO-MED" Sp. z o.o.
9. ul. Koszarowa 5, 51-149 Wrocław-Psie Pole
 - Dolnośląskie Centrum Medycyny Profilaktycznej i Bezpieczeństwa Pracy "PRO-MED" Sp. z o.o.
10. ul. Krotoszyńska 8, 51-009 Wrocław-Psie Pole
 - Praktyka Lekarska "Osobowice" Maja Rodobolska
11. ul. Królewska 30, 51-200 Wrocław-Psie Pole
 - Praktyka Lekarza Rodzinnego Dorota Babiak
 - EMC Instytut Medyczny S.A.
12. ul. Krzywoustego 290, 51-312 Wrocław-Psie Pole
 - EMC Instytut Medyczny S.A.
13. ul. Marca Polo 21/1, 51-504 Wrocław-Psie Pole
 - OLIMPIAMED Sp. z o.o.
14. ul. Obornicka 16-18, 51-113 Wrocław-Psie Pole
 - Przychodnia "RÓŻANKA"
15. ul. Obornicka 108, 50-961 Wrocław-Psie Pole
 - 4 Wojskowy Szpital Kliniczny Z Polikliniką Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej we Wrocławiu
16. ul. Sołtysowicka 53a, 51-168 Wrocław-Psie Pole
 - Praktyka Lekarza Rodzinnego
17. ul. Strachocińska 84, 51-511 Wrocław-Psie Pole
 - Ośrodek Profilaktyki i Lecznictwa Wojaków Sp. z o.o.
18. ul. Strachocińska 159, 51-518 Wrocław-Psie Pole
 - BENAMED Centrum Medyczne
19. ul. Sułowska 41, 51-180 Wrocław-Psie Pole
 - Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Praktyka Lekarza Rodzinnego Beata Flakowicz
20. ul. Syrokomli 1, 51-141 Wrocław-Psie Pole
 - Maria Bujnowska-Fedak Modelowa Praktyka Lekarza Rodzinnego
 - Przychodnia dla Rodziny
21. ul. Szałwiowa 21, 51-180 Wrocław-Psie Pole
 - "Zakład Opieki Zdrowotnej Psie Pole" Sp. z o.o.

22. ul. Szałwiowa 25, 51-180 Wrocław-Psie Pole
 - Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Opieka Sp. z o.o.
23. ul. Trzebnicka 88, 50-231 Wrocław-Psie Pole
 - MEDICOR - Ambulatoryjne Świadczenia Zdrowotne
24. ul. Wołowska 20, 51-116 Wrocław-Psie Pole
 - LUX MED Sp. z o.o.
25. ul. Zakładowa 11E, 50-231 Wrocław-Psie Pole
 - Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "TWÓJ LEKARZ"
26. ul. Zatorska 55a, 51-215 Wrocław-Psie Pole
 - EMC Instytut Medyczny S.A.

Śródmieście (22 lokalizacje, 25 jednostek leczniczych – 16,5%):

27. pl. Borna 1-3, 50-204 Wrocław-Śródmieście
 - Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "MULTI-MEDYK" Sp. z o.o.
28. ul. Canaletta 4, 51-665 Wrocław-Śródmieście
 - AMA VITA - Ambulatoryjne Świadczenia Zdrowotne
29. ul. Curie-Skłodowskiej 50-52, 50-369 Wrocław-Śródmieście
 - Wielospecjalistyczna Przychodnia Lekarska Fundacji Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu
30. ul. Daszyńskiego 27, 50-310 Wrocław-Śródmieście
 - PRIMA-MED
31. ul. Grunwaldzka 63, 50-026 Wrocław-Śródmieście
 - Prywatna Przychodnia Lekarska Stefan Skrocki
32. ul. Kręta 25, 50-233 Wrocław-Śródmieście
 - Zespół Usług Medycznych "LEK-TRANS" Sp. z o.o.
33. ul. Łowiecka 24, 50-220 Wrocław-Śródmieście
 - EMC Instytut Medyczny S.A.
34. pl. św. Macieja 8, 50-244 Wrocław-Śródmieście
 - Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "MULTI-MEDYK" Sp. z o.o.
35. ul. Moniuszki 10, 51-610 Wrocław-Śródmieście
 - Przychodnia Vita Krystyna Witas
36. ul. Olszewskiego 21, 51-642 Wrocław-Śródmieście
 - "Przychodnia na Biskupinie" Sp. z o.o.
37. ul. Olszewskiego 23B, 51-642 Wrocław-Śródmieście
 - Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "Dla Zdrowia" s.c. Praktyka Lekarza Rodzinnego
38. ul. Olbińska 32, 50-233 Wrocław-Śródmieście
 - Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji we Wrocławiu
39. ul. Orzeszkowej 55/57, 50-311 Wrocław-Śródmieście
 - AMICUR - Ambulatoryjne Świadczenia Zdrowotne
40. ul. Paderewskiego 35, 51-612 Wrocław-Śródmieście
 - Międzywojewódzka Przychodnia Sportowo-Lekarska S.A.
41. ul. Parkowa 46, 51-616 Wrocław-Śródmieście
 - SCANMED S.A.
42. ul. Partyzantów 72, 51-675 Wrocław-Śródmieście
 - Praktyka Lekarza Rodzinnego Ewa Stocka-Błażejewska
 - Praktyka Lekarza Rodzinnego Katarzyna Janik
43. ul. Pautscha 5/7, 51-651 Wrocław-Śródmieście
 - NZOZ "Centrum Zdrowia" M. Szewczyk i S-ka. sp. jawna

44. ul. Sępa-Szarzyńskiego 30/3-4, 50-351 Wrocław-Śródmieście
- Praktyka Lekarska Tomasz Kubicki, Beata Kubicka Spółka Cywilna
 - Przychodnia Lidia Napora, Wioleta Zabówka
45. ul. Sienkiewicza 37/39, 50-349 Wrocław-Śródmieście
- Przychodnia Śródmieście A. Nocoń, P. Napora Lekarze Spółka partnerska
46. ul. Sienkiewicza 58-60, 50-329 Wrocław-Śródmieście
- PHM Sp. z o.o.
47. ul. Sienkiewicza 108-110, 50-348 Wrocław-Śródmieście
- Aeroklub Polski
48. ul. św. Wincentego 39/2, 50-251 Wrocław-Śródmieście
- NZOZ CURATIO Praktyka Lekarza Rodzinnego Jerzy Patkowski
 - Curatio II Praktyka Lekarza Rodzinnego Wiktoria Marczuk

Stare Miasto (9 lokalizacji, 11 jednostek leczniczych – 7,2%):

49. pl. Dominikański 6, 50-159 Wrocław-Stare Miasto
- Wrocławskie Centrum Zdrowia Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej
50. ul. Gepperta 13, 50-072 Wrocław-Stare Miasto
- Praktyka Lekarzy Rodzinnych s.c. Mariusz Domański Violetta Domańska
51. ul. Grabiszyńska 35-39, 53-501 Wrocław-Stare Miasto
- Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji we Wrocławiu
52. ul. Kruszwicka 6-8, 53-652 Wrocław-Stare Miasto
- Praktyka lekarza rodzinnego specjalista medycyny rodzinnej Łukasz Kozyra
53. ul. Legnicka 40, 53-674 Wrocław-Stare Miasto
- Dolnośląskie Centrum Medyczne "DOLMED" S.A.
54. ul. Młodych Techników 7, 53-647 Wrocław-Stare Miasto
- Przychodnia "STARMED" Staromiejskie Centrum Medyczne
55. ul. Sądowa 8, 50-046 Wrocław-Stare Miasto
- Praktyka Lekarza Rodzinnego Edyta Sierakowska
 - Praktyka Lekarza Rodzinnego Małgorzata Bereza
 - Praktyka Lekarza Rodzinnego s.c. Małgorzata Kaniecka-Matuszkiewicz i Edyta Klimczak
56. ul. ks. Skargi 3, 50-082 Wrocław-Stare Miasto
- LUX MED Sp. z o.o.
57. ul. Ziemowita 1-9, 53-678 Wrocław-Stare Miasto
- "ZIEMO-VITA" Ośrodek Medyczny Sp. z o.o.

Krzyki (39 lokalizacji, 47 jednostek leczniczych – 30,9%):

58. ul. Armii Krajowej 46ad, 50-541 Wrocław-Krzyki
- DOKDOK Sp. z o.o.
59. ul. Borowska 213, 50-556 Wrocław-Krzyki
- Uniwersytecki Szpital Kliniczny im. Jana Mikulicza-Radeckiego we Wrocławiu
60. ul. Chińska 4, 52-118 Wrocław-Krzyki
- Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej „AR-MED.” s.c.
61. ul. Czekoladowa 49, 52-326 Wrocław-Krzyki
- Praktyka Lekarza Rodzinnego Elżbieta Pawłowska
 - NZOZ Praktyka Lekarza Rodzinnego Hanna Chelmońska
62. ul. Dobrzyńska 21/23, 50-403 Wrocław-Krzyki
- Wojewódzkie Centrum Medyczne "DOBRZYŃSKA"
63. ul. Gliniana 32/34, 50-525 Wrocław-Krzyki
- Praktyka Lekarzy Rodzinnych A. Szadura, J. Piotrowski

64. ul. Gradowa 2, 53-023 Wrocław-Krzyki
- NZOZ "Zdrowie Rodziny" Praktyka Lekarzy Rodzinnych
65. ul. Gwarna 6A, 50-001 Wrocław-Krzyki
- Dolnośląskie Centrum Medycyny Profilaktycznej i Bezpieczeństwa Pracy "PRO-MED" Sp. z o.o.
66. ul. Joannitów 10/12, 50-525 Wrocław-Krzyki
- Dolnośląski Wojewódzki Ośrodek Medycyny Pracy Oddział - Obwód Lecznictwa Kolejowego we Wrocławiu
67. ul. Kniaziewiczza 29, 50-455 Wrocław-Krzyki
- Praktyka Lekarza Rodzinnego Małgorzata Kowalczyk
 - Praktyka Lekarza Rodzinnego Waldemar Chrystowski
 - Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Praktyka Lekarza Rodzinnego Elżbieta Gigiel
68. ul. Komuny Paryskiej 73A, 50-452 Wrocław-Krzyki
- Praktyka Lekarza Rodzinnego Zuzanna Wolak-Listwan
 - Praktyka Lekarza Rodzinnego Beata Stecka
69. ul. Krasieńskiego 9, 50-946 Wrocław-Krzyki
- SCANMED S.A.
70. ul. Krasieńskiego 29/III P., 50-450 Wrocław-Krzyki
- Wojewódzka Przychodnia Podstawowej Opieki Zdrowotnej
71. ul. Krynicka 20/22, 50-555 Wrocław-Krzyki
- Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Krynica
72. ul. Krynicka 51, 50-555 Wrocław-Krzyki
- Przychodnia GAJ Sp. z o.o.
73. ul. Krzycka 89B, 53-019 Wrocław-Krzyki
- Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "TWÓJ LEKARZ"
74. ul. Lipowa 10, 53-124 Wrocław-Krzyki
- Danuta Lechniak-Ornat Praktyka Lekarza Rodzinnego Sp. z o.o.
 - Praktyka Lekarza Rodzinnego
75. ul. Łubinowa 12/3, 50-520 Wrocław-Krzyki
- FORTMEDICA Medyczne Centrum Rodzinne
76. ul. Opolska 188, 52-014 Wrocław-Krzyki
- Przychodnia Frontida
77. ul. Pabianicka 25, 59-339 Wrocław-Krzyki
- Praktyka Lekarza Rodzinnego PRACTIMED Sp. z o.o.
 - Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Centrum Medyczne "PRACTIMED" Sp. z o.o.
78. ul. Powstańców Śląskich 118-122, 53-333 Wrocław-Krzyki
- Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "RONDO-MED"
79. ul. Pretficza 40G/1C, 53-407 Wrocław-Krzyki
- NZOZ Praktyka Lekarza Rodzinnego Małgorzata Rola-Zięba
80. ul. Pszczelarska 7, 52-210 Wrocław-Krzyki
- Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Praktyka Lekarza Rodzinnego Anna Kunysz-Moruń
 - Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Praktyka Lekarza Rodzinnego Barbara Młodzińska-Ruszel
81. ul. Raclawicka 15/19, 53-146 Wrocław-Krzyki
- AAVITA Lekarska Przychodnia Leczniczo- Profilaktyczna Sp. z o.o.
82. ul. Róży Wiatrów 11B, 53-023 Wrocław-Krzyki
- 4 Wojskowy Szpital Kliniczny Z Polikliniką Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej we Wrocławiu
83. ul. Skarbowców 121-123, 53-025 Wrocław-Krzyki
- Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "TWÓJ LEKARZ"
84. ul. Swobodna 1, 50-088 Wrocław-Krzyki
- LUX MED Sp. z o.o.

85. ul. Tarnogórska 1, 52-011 Wrocław-Krzyki
- Praktyka Grupowa Lekarzy Rodzinnych S.C. Teresa Cebula, Renata Studzińska-Kałużna
86. ul. Trwała 1, 53-335 Wrocław-Krzyki
- Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "TRWA-MED" Przychodnia Rodzinno-Specjalistyczna
87. ul. Uczniowska 37a, 52-222 Wrocław-Krzyki
- Praktyka Lekarza Rodzinnego Anna Krzyszowska-Kamińska
88. ul. Ulanowskiego 18/20, 53-144 Wrocław-Krzyki
- M-MED
89. ul. Walońska 9/U3, 50-413 Wrocław-Krzyki
- Grażyna Przewoźna Praktyka Lekarza Rodzinnego
 - PLR "PRO HOMINE"
90. ul. Weigla 5, 50-981 Wrocław-Krzyki
- 4 Wojskowy Szpital Kliniczny z Polikliniką Samodzielny Publiczny ZOZ we Wrocławiu
91. ul. Węgierska 6, 52-114 Wrocław-Krzyki
- Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "BROCH-MED" s.c.
92. ul. Worcella 5 A/1A, 50-448 Wrocław-Krzyki
- Praktyka Lekarzy Rodzinnych Krzysztof Inglot i Jacek Mittelstaedt
93. ul. Vivaldiego 96, 52-129 Wrocław-Krzyki
- WISMED
94. ul. Zaporoska 87, 53-415 Wrocław-Krzyki
- Przychodnia Rodzinna Sp. z o.o.
95. ul. Zwycięska 25-35/15, 53-033 Wrocław-Krzyki
- Wojewódzka Przychodnia Podstawowej Opieki Zdrowotnej
96. ul. Zwycięska 41, 53-033 Wrocław-Krzyki
- Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "TWÓJ LEKARZ"

Fabryczna (32 lokalizacje, 41 jednostek leczniczych – 27,0%):

97. ul. Augustowska 86a, 54-112 Wrocław-Fabryczna
- NZOZ TeSaMed
98. ul. Barskich 29/U3, 54-115 Wrocław-Fabryczna
- Centrum Zdrowia Mama i Ja
99. ul. Beżowa 12-16, 54-046 Wrocław-Fabryczna
- Praktyka Lekarza Rodzinnego S.C. Bożena Paździor, Ewa Paździor
100. ul. Boguszowska 61, 54-046 Wrocław-Fabryczna
- Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Praktyka Lekarza Rodzinnego Joanna Śliwka
 - Praktyka Lekarza Rodzinnego Janina Rudzka-Kaławak
101. ul. Bulwar Ikara 26, 54-130 Wrocław-Fabryczna
- Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Praktyka Lekarza Rodzinnego Elżbieta Nowicka
102. ul. Bulwar Ikara 27c, 54-130 Wrocław-Fabryczna
- Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Praktyka Lekarza Rodzinnego Aleksandra Kucharczyk
103. pl. Bzowy 1, 53-224 Wrocław-Fabryczna
- Centrum Medyczne Biogenes
104. ul. Dokerska 9, 54-142 Wrocław-Fabryczna
- Wrocławskie Centrum Zdrowia Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej
105. ul. Eluarda 7, 54-019 Wrocław-Fabryczna
- Barbara Tyczyńska Praktyka Lekarza Rodzinnego
 - Centrum Zdrowia Ogrodowa
 - Praktyka Lekarza Rodzinnego Grażyna Koprowska-Adamczyk
 - Praktyka Lekarza Rodzinnego Grygiel-Doraczyńska Janina
 - Praktyka Lekarza Rodzinnego Artur Koterwa

- 106.ul. Fabryczna 6, 53-609 Wrocław-Fabryczna
- LUX MED Sp. z o.o.
- 107.ul. Fabryczna 10, 53-609 Wrocław-Fabryczna
- "OPTI-MED" Sp. z o.o. Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej
- 108.ul. Hermanowska 89, 54-314 Wrocław-Fabryczna
- Praktyka Lekarza Rodzinnego Lidia Żelazna-Wojtuń
 - Praktyka Lekarza Rodzinnego Bożena Żygadło
 - Praktyka Lekarza Rodzinnego Monika Anagnostopulu
- 109.ul. Horbaczewskiego 35, 54-130 Wrocław-Fabryczna
- Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "Przychodnia Kosmonautów" Sp. z o.o.
- 110.ul. Jerzmanowska 133, 54-530 Wrocław-Fabryczna
- Praktyka Lekarza Rodzinnego Wiesława Paludkiewicz
- 111.ul. Kamiennogórska 10, 51-034 Wrocław-Fabryczna
- Przychodnia dla Rodziny
- 112.ul. Kunickiego 37A, 54-616 Wrocław-Fabryczna
- Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "TWÓJ LEKARZ"
- 113.ul. Legnicka 61, 54-203 Wrocław-Fabryczna
- PHM Sp. z o.o.
- 114.ul. Lotnicza 37, 54-154 Wrocław-Fabryczna
- Praktyka Lekarza Rodzinnego Anna Lorenc - Pora
 - Praktyka Lekarza Rodzinnego Ewa Krawiecka-Jaworska
- 115.ul. Pilczycka 144-148, 54-144 Wrocław-Fabryczna
- EMC Instytut Medyczny S.A.
- 116.ul. Rajska 71, 54-028 Wrocław-Fabryczna
- Centrum Zdrowia Mama i Ja
- 117.ul. Mińska 5, 54-610 Wrocław-Fabryczna
- Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "REMEDIS" SP.J.
- 118.ul. Mosiężna 35/3-4, 53-441 Wrocław-Fabryczna
- Praktyka Lekarza Rodzinnego - Grażyna Chomicz
- 119.ul. Nowodworska 53b, 54-317 Wrocław-Fabryczna
- "CLIDENT" Sp. z o.o.
 - Praktyka Lekarza Rodzinnego Andrzej Klusek
- 120.ul. Nowodworska 91A, 54-438 Wrocław-Fabryczna
- Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "Przychodnia - Nowy Dwór" Sp. z o.o.
- 121.ul. Ostrowskiego 3, 53-238 Wrocław-Fabryczna
- Przychodnia PULSANTIS STANDARD
- 122.ul. Raclawicka 105/1B, 53-149 Wrocław-Fabryczna
- VISTAMED & VERTIGO Sp. z o.o.
- 123.ul. Stabłowicka 125, 54-062 Wrocław-Fabryczna
- Wrocławskie Centrum Zdrowia Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej
- 124.ul. Stalowa 50, 53-433 Wrocław-Fabryczna
- Wrocławskie Centrum Zdrowia Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej
- 125.ul. Stobrowska 2, 54-211 Wrocław-Fabryczna
- NZOZ Wierzbicka-Oknińska & Gołyńska-Boba
- 126.ul. Szwedzka 1/B, 54-401 Wrocław-Fabryczna
- Lekarze Na Szwedzkiej Sp. z o.o.
- 127.ul. Śniegockiego 15, 52-414 Wrocław-Fabryczna
- Praktyka Grupowa Lekarzy Rodzinnych "MED-OPOR" s.c. NZOZ
- 128.ul. Wejherowska 28/4, 54-239 Wrocław-Fabryczna
- EMC Instytut Medyczny S.A.

Załącznik II.3.2. Poradnie specjalistyczne we Wrocławiu

Opracowanie własne, na podstawie informacji NFZ:

<https://gsl.nfz.gov.pl/GSL/GSL/PrzychodnieSpecjalistyczne>

Stan na dzień: 27.07.2021 r.

Nazwa Poradni	Ilość
PORADNIA ALERGOLOGICZNA	24
1) 4 WOJSKOWY SZPITAL KLINICZNY Z POLIKLINIKĄ SPZOZ WE WROCŁAWIU ul. Weigla 5, 50-981 Wrocław-Krzyki telefon do rejestracji: 261 660 555	
2) "ALL-MED" SPECJALISTYCZNA OPIEKA MEDYCZNA al. Hallera 95, 53-201 Wrocław-Krzyki telefon do rejestracji: 713 633 356	
3) AMA VITA - AMBULATORYJNE ŚWIADCZENIA ZDROWOTNE ul. Canaletta 4, 51-665 Wrocław-Śródmieście telefon do rejestracji: 713 489 049	
4) DOLNOŚLĄSKIE CENTRUM CHOROÓB PŁUC WE WROCŁAWIU ul. Grabiszyńska 105, 53-439 Wrocław telefon do rejestracji: 459 599 001	
5) DOLNOŚLĄSKI WOJEWÓDZKI OŚRODEK MEDYCZYNY PRACY ODDZIAŁ - OBWÓD LECZNICTWA KOLEJOWEGO WE WROCŁAWIU ul. Joannitów 10/12, 50-525 Wrocław-Krzyki telefon do rejestracji: 717 957 033	
6) EMC INSTYTUT MEDYCZNY SPÓŁKA AKCYJNA telefon do rejestracji: 717 117 400 ul. Łowiecka 24, 50-220 Wrocław	
7) ul. Królewska 30, 51-200 Wrocław-Psie Pole	
8) ul. Wejherowska 28/4, 54-239 Wrocław-Fabryczna	
9) ul. Zatorska 55a, 51-215 Wrocław	
10) ul. Krzywoustego 290, 51-312 Wrocław	
11) INDYWIDUALNA SPECJALISTYCZNA PRAKTYKA LEKARSKA MARIA JARLIŃSKA ul. Komuny Paryskiej 8, 50-451 Wrocław telefon do rejestracji: 713 425 277	
12) INDYWIDUALNA SPECJALISTYCZNA PRAKTYKA LEKARSKA PORADNIA ALERGOLOGICZNA ul. Olbińska 32, 50-233 Wrocław telefon do rejestracji: 717 984 641	
13) KARŁOWICKIE CENTRUM MEDYCZNE "KAR-MED" Sp. z o.o. ul. ks. Bończyka 20, 51-138 Wrocław-Psie Pole telefon do rejestracji: 713 255 001	
14) LUX MED Sp. z o.o. ul. Swobodna 1, 50-088 Wrocław-Krzyki telefon do rejestracji: 717 564 100	
15) NZOZ "ALER-MED" SPECJALISTYCZNA OPIEKA MEDYCZNA ul. Legnicka 55/U4, 54-203 Wrocław-Fabryczna telefon do rejestracji: 713 495 959	
16) NZOZ CENTRUM MEDYCZNE "PRACTIMED" Sp. z o.o. ul. Pabianicka 25, 53-339 Wrocław-Krzyki telefon do rejestracji: 717 983 669	
17) NZOZ "PRZYCHODNIA KOSMONAUTÓW" Sp. z o.o. ul. Horbaczewskiego 35, 54-130 Wrocław-Fabryczna telefon do rejestracji: 713 512 843	
18) PRZYCHODNIA PULSANTIS STANDARD ul. Ostrowskiego 3, 53-238 Wrocław telefon do rejestracji: 713 391 140	

19) PRZYCHODNIA "STARMED" STAROMIEJSKIE CENTRUM MEDYCZNE ul. Młodych Techników 7, 53-647 Wrocław telefon do rejestracji: 713 555 000 20) UNIWERSYTECKI SZPITAL KLINICZNY WE WROCŁAWIU ul. Curie-Skłodowskiej 66, 50-369 Wrocław-Śródmieście telefon do rejestracji: 717 842 544 21) WOJEWÓDZKIE CENTRUM MEDYCZNE "DOBRZYŃSKA" ul. Dobrzyńska 21/23, 50-403 Wrocław telefon do rejestracji: 717 747 700 22) WROCŁAWSKIE CENTRUM ZDROWIA SPZOZ ul. Dokerska 9, 54-142 Wrocław-Fabryczna telefon do rejestracji: 713 738 413 23) "ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ PSIE POLE" Sp. z o.o. ul. Boya-Żeleńskiego 22, 51-160 Wrocław-Psie Pole telefon do rejestracji: 713 253 081 24) "ZIEMO-VITA" OŚRODEK MEDYCZNY Sp. z o.o. ul. Ziemowita 1-9, 53-678 Wrocław-Stare Miasto telefon do rejestracji: 717 849 037	
PORADNIA AUDIOLOGICZNA	2
1) 4 WOJSKOWY SZPITAL KLINICZNY Z POLIKLINIKĄ SPZOZ WE WROCŁAWIU ul. Weigla 5, 50-981 Wrocław-Krzyki telefon do rejestracji: 261 660 637 2) PROFESORSKIE CENTRUM MEDYCZNE OPTIMUM ul. Szybka 5c, 50-421 Wrocław-Krzyki telefon do rejestracji: 713 131 122	
PORADNIA CHIRURGII KŁATKI PIERSIOWEJ	2
1) DOLNOŚLĄSKIE CENTRUM CHOROÓB PŁUC WE WROCŁAWIU ul. Grabiszyńska 105, 53-439 Wrocław telefon do rejestracji: 459 599 001 2) UNIWERSYTECKI SZPITAL KLINICZNY WE WROCŁAWIU ul. Borowska 213, 50-556 Wrocław telefon do rejestracji: 717 331 600	
PORADNIA CHIRURGII NACZYNIOWEJ	1
1) WOJEWÓDZKI SZPITAL SPECJALISTYCZNY WE WROCŁAWIU ul. Kamieńskiego 73a, 51-124 Wrocław-Psie Pole telefon do rejestracji: 459 595 454	
PORADNIA CHIRURGII OGÓLNEJ	27
1) 4 WOJSKOWY SZPITAL KLINICZNY Z POLIKLINIKĄ SPZOZ WE WROCŁAWIU ul. Weigla 5, 50-981 Wrocław-Krzyki telefon do rejestracji: 261 660 555 2) AEROKLUB POLSKI ul. Sienkiewicza 108-110, 50-348 Wrocław-Śródmieście telefon do rejestracji: 713 282 892 3) CENTRUM MEDYCZNE MULTI-MED ul. Sienkiewicza 110, 50-348 Wrocław-Śródmieście telefon do rejestracji: 713 026 800 4) DOLNOŚLĄSKIE CENTRUM MEDYCZNE "DOLMED" S. A. ul. Legnicka 40, 53-674 Wrocław-Stare Miasto telefon do rejestracji: 717 711 777 5) DOLNOŚLĄSKI SZPITAL SPECJALISTYCZNY - CENTRUM MEDYCYNY RATUNKOWEJ ul. Fieldorfa 2, 54-049 Wrocław-Fabryczna telefon do rejestracji: 713 064 231 6) DOLNOŚLĄSKI WOJEWÓDZKI OŚRODEK MEDYCYNY PRACY ODDZIAŁ- OBWÓD LECZNICTWA KOLEJOWEGO WE WROCŁAWIU ul. Joannitów 10/12, 50-525 Wrocław-Krzyki telefon do rejestracji: 71 795 70 27	

- 7) EMC INSTYTUT MEDYCZNY SPÓŁKA AKCYJNA
ul. Królewska 30, 51-200 Wrocław-Psie Pole
telefon do rejestracji: 717 117 400
- 8) KARŁOWICKIE CENTRUM MEDYCZNE "KAR-MED" Sp. z o.o.
ul. ks. Bończyka 20, 51-138 Wrocław-Psie Pole
telefon do rejestracji: 713 255 001
- 9) LUX MED Sp. z o.o.
ul. Swobodna 1, 50-088 Wrocław-Krzyki
telefon do rejestracji: 717 564 100
- 10) MEDICOVER OPIEKA AMBULATORYJNA
ul. Mydlana 2 A, 51-502 Wrocław-Psie Pole
telefon do rejestracji: 713 021 825
- 11) NZOZ CENTRUM MEDYCZNE "PRACTIMED" Sp. z o.o.
ul. Pabianicka 25, 53-339 Wrocław-Krzyki
telefon do rejestracji: 717 983 630; 717 983 640
- 12) NZOZ "MULTI-MEDYK" Sp. z o.o.
pl. św. Macieja 8, 50-244 Wrocław-Śródmieście
telefon do rejestracji: 713 210 247
- 13) NZOZ "Przychodnia Kosmonautów" Sp. z o.o.
ul. Horbaczewskiego 35, 54-130 Wrocław-Fabryczna
telefon do rejestracji: 713 512 843
- 14) NZOZ "Przychodnia - Nowy Dwór" Sp. z o.o.
ul. Nowodworska 91A, 54-438 Wrocław-Fabryczna
telefon do rejestracji: 713 579 611
- 15) PHM Sp. z o.o.
ul. Legnicka 61, 54-203 Wrocław
telefon do rejestracji: 713 490 360
- 16) ul. Sienkiewicza 58-60, 50-329 Wrocław-Śródmieście
telefon do rejestracji: 713 222 691
- 17) PRZYCHODNIA PULSANTIS STANDARD
ul. Ostrowskiego 3, 53-238 Wrocław-Fabryczna
Telefon do rejestracji: 713 391 140
- 18) PRZYCHODNIA WIELOSPECJALISTYCZNA SK-MEDICA Sp. z o.o.
ul. Kamiennogórska 10, 54-034 Wrocław-Fabryczna
telefon do rejestracji: 717 255 762
- 19) SPZOZ MSWiA WE WROCŁAWIU
ul. Grabiszyńska 35-39, 53-501 Wrocław
telefon do rejestracji: 717 984 740
- 20) SPECJALISTYCZNY ZAKŁAD PROFILAKTYCZNO-LECZNICZY PROVITA Sp. z o.o. w likwidacji
ul. Bierutowska 63, 51-317 Wrocław-Psie Pole
telefon do rejestracji: 713 251 468
- 21) SZPITAL ŚW. ANTONIEGO W ZĄBKOWICACH ŚLĄSKICH
ul. Pilczycka 144-148, 54-144 Wrocław-Fabryczna
telefon do rejestracji: 717 117 400
- 22) UNIWERSYTECKI SZPITAL KLINICZNY WE WROCŁAWIU
ul. Borowska 213, 50-556 Wrocław
telefon do rejestracji: 717 331 600
- 23) ul. Curie-Skłodowskiej 66, 50-369 Wrocław-Śródmieście
telefon do rejestracji: 717 842 198
- 24) WOJEWÓDZKIE CENTRUM MEDYCZNE "DOBRZYŃSKA"
ul. Dobrzyńska 21/23, 50-403 Wrocław
telefon do rejestracji: 717 747 700
- 25) WOJEWÓDZKI SZPITAL SPECJALISTYCZNY WE WROCŁAWIU
ul. Kamińskiego 73a, 51-124 Wrocław-Psie Pole
telefon do rejestracji: 713 270 503
- 26) ZESPÓŁ USŁUG MEDYCZNYCH "LEK-TRANS" Sp. z o.o.
ul. Kręta 25, 50-233 Wrocław-Śródmieście
telefon do rejestracji: 713 224 759

27) "ZIEMO-VITA" OŚRODEK MEDYCZNY Sp. z o.o. ul. Ziemowita 1-9, 53-678 Wrocław-Stare Miasto telefon do rejestracji: 717 849 037	
PORADNIA CHIRURGII ONKOLOGICZNEJ	3
1) DOLNOŚLĄSKIE CENTRUM ONKOLOGII WE WROCŁAWIU pl. Ludwika Hirszfelda 12, 53-413 Wrocław-Krzyki telefon do rejestracji: 713 689 571 2) UNIWERSYTECKI SZPITAL KLINICZNY WE WROCŁAWIU ul. Borowska 213, 50-556 Wrocław telefon do rejestracji: 717 331 600 3) WOJEWÓDZKI SZPITAL SPECJALISTYCZNY WE WROCŁAWIU ul. Kamieńskiego 73a, 51-124 Wrocław-Psie Pole telefon do rejestracji: 459 595 454	
PORADNIA CHIRURGII PLASTYCZNEJ	2
1) DOLNOŚLĄSKI SZPITAL SPECJALISTYCZNY - CENTRUM MEDYCyny RATUNKOWEJ ul. Fieldorfa 2, 54-049 Wrocław-Fabryczna telefon do rejestracji: 713 064 231 2) UNIWERSYTECKI SZPITAL KLINICZNY WE WROCŁAWIU ul. Chałubińskiego 1, 50-368 Wrocław-Śródmieście telefon do rejestracji: 717 842 296	
PORADNIA CHIRURGII SZCZĘKOWO-TWARZOWEJ	2
1) 4 WOJSKOWY SZPITAL KLINICZNY Z POLIKLINIKĄ SPZOZ WE WROCŁAWIU ul. Weigla 5, 50-981 Wrocław-Krzyki telefon do rejestracji: 261 660 555 2) UNIWERSYTECKI SZPITAL KLINICZNY WE WROCŁAWIU ul. Borowska 213, 50-556 Wrocław telefon do rejestracji: 717 331 600	
PORADNIA CHIRURGII URAZOWO-ORTOPEDYCZNEJ	25
1) 4 WOJSKOWY SZPITAL KLINICZNY Z POLIKLINIKĄ SPZOZ WE WROCŁAWIU ul. Weigla 5, 50-981 Wrocław-Krzyki telefon do rejestracji: 261 660 555 2) ARTEMED CENTRUM MEDYCZNE NZOZ ul. Krasińskiego 29, 50-450 Wrocław-Krzyki telefon do rejestracji: 713 077 777 3) CENTRUM MEDYCZNE MULTI-MED ul. Sienkiewicza 110, 50-348 Wrocław-Śródmieście telefon do rejestracji: 713 026 800 4) DOLNOŚLĄSKI SZPITAL SPECJALISTYCZNY IM. T. MARCINIAKA - CENTRUM MEDYCyny RATUNKOWEJ ul. Fieldorfa 2, 54-049 Wrocław-Fabryczna telefon do rejestracji: 713 064 231 5) EMC INSTYTUT MEDYCZNY SPÓŁKA AKCYJNA telefon do rejestracji: 717 117 400 ul. Wejherowska 28/4, 54-239 Wrocław 6) ul. Krzywoustego 290, 51-312 Wrocław 7) KARŁOWICKIE CENTRUM MEDYCZNE "KAR-MED" Sp. z o.o. ul. ks. Bończyka 20, 51-138 Wrocław telefon do rejestracji: 713 255 001 8) LUX MED Sp. z o.o. ul. Swobodna 1, 50-088 Wrocław-Krzyki telefon do rejestracji: 717 564 100 9) MIĘDZYWOJEWÓDZKA PRZYCHODNIA SPORTOWO-LEKARSKA S.A. ul. Paderewskiego 35, 51-612 Wrocław telefon do rejestracji: 713 483 734 10) M-MED ul. Ulanowskiego 18/20, 53-144 Wrocław-Krzyki telefon do rejestracji: 713 618 639	

11) NZOZ CENTRUM MEDYCZNE "PRACTIMED" Sp. z o.o. ul. Pabianicka 25, 53-339 Wrocław-Krzyki telefon do rejestracji: 717 983 630;717 983 640 12) NZOZ "MULTI-MEDYK" Sp. z o.o. pl. św. Macieja 8, 50-244 Wrocław-Śródmieście telefon do rejestracji: 713 210 247 13) NZOZ "Przychodnia - Nowy Dwór" Sp. z o.o. ul. Nowodworska 91A, 54-438 Wrocław-Fabryczna telefon do rejestracji: 713 579 611 14) PHM Sp. z o.o. ul. Sienkiewicza 58-60, 50-329 Wrocław-Śródmieście telefon do rejestracji: 713 222 691 15) "PRZYCHODNIA NA BISKUPINIE" Sp. z o.o. ul. Olszewskiego 21, 51-642 Wrocław-Śródmieście telefon do rejestracji: 713 483 081 16) PRZYCHODNIA PULSANTIS STANDARD ul. OSTROWSKIEGO 3, 53-238 Wrocław telefon do rejestracji: 713 391 140 17) PRZYCHODNIA WIELOSPECJALISTYCZNA SK-MEDICA Sp. z o.o. ul. Kamiennogórska 10, 54-034 Wrocław-Fabryczna telefon do rejestracji: 717 255 762 18) SPZOZ MSWiA WE WROCŁAWIU ul. Grabiszyńska 35-39, 53-501 Wrocław telefon do rejestracji: 717 984 740 19) SPECJALISTYCZNA PORADNIA CHIRURGII URAZOWEJ I ORTOPEDII ul. Ziemowita 1/9/115/116, 53-678 Wrocław-Stare Miasto telefon do rejestracji: 713 578 782 20) SZPITAL ŚW.ANTONIEGO W ZĄBKOWICACH ŚLĄSKICH ul. Pilczycka 144-148, 54-144 Wrocław telefon do rejestracji: 717 117 400 21) UNIWERSYTECKI SZPITAL KLINICZNY WE WROCŁAWIU ul. Borowska 213, 50-556 Wrocław telefon do rejestracji: 717 331 600 22) WOJEWÓDZKIE CENTRUM MEDYCZNE "DOBRZYŃSKA" ul. Dobrzyńska 21/23, 50-403 Wrocław telefon do rejestracji: 717 747 700 23) WOJEWÓDZKI SZPITAL SPECJALISTYCZNY WE WROCŁAWIU ul. Kamińskiego 73a, 51-124 Wrocław-Psie Pole telefon do rejestracji: 459 595 454 24) WOJEWÓDZKI SZPITAL SPECJALISTYCZNY WE WROCŁAWIU ul. Poświęcka 8, 51-128 Wrocław-Psie Pole telefon do rejestracji: 459 595 454 25) "ZIEMO-VITA" Ośrodek Medyczny Sp. z o.o. ul. Ziemowita 1-9, 53-678 Wrocław-Stare Miasto telefon do rejestracji: 717 849 037	
PORADNIA CHIRURGII TRANSPLANTACYJNEJ	5
1) 4 WOJSKOWY SZPITAL KLINICZNY Z POLIKLINIKĄ SPZOZ WE WROCŁAWIU ul. Weigla 5, 50-981 Wrocław-Krzyki telefon do rejestracji: 261 660 555 2) DOLNOŚLĄSKIE CENTRUM TRANSPLANTACJI KOMÓRKOWYCH Z KRAJOWYM BANKIEM DAWCÓW SZPIKU ul. Grabiszyńska 105, 53-439 Wrocław-Fabryczna telefon do rejestracji: 717 831 371 3) UNIWERSYTECKI SZPITAL KLINICZNY IM. JANA MIKULICZA-RADECKIEGO WE WROCŁAWIU ul. Borowska 213, 50-556 Wrocław telefon do rejestracji: 717 331 703 4) ul. Pasteura 4, 50-367 Wrocław-Śródmieście telefon do rejestracji: 717 842 641	

5) WOJEWÓDZKI SZPITAL SPECJALISTYCZNY WE WROCŁAWIU ul. Kamieńskiego 73a, 51-124 Wrocław-Psie Pole telefon do rejestracji: 713 270 118	
PORADNIA CHOROÓB METABOLICZNYCH	2
1) UNIWERSYTECKI SZPITAL KLINICZNY WE WROCŁAWIU ul. Borowska 213, 50-556 Wrocław telefon do rejestracji: 717 331 600 2) WOJEWÓDZKI SZPITAL SPECJALISTYCZNY WE WROCŁAWIU ul. Kamieńskiego 73a, 51-124 Wrocław-Psie Pole telefon do rejestracji: 713 270 123	
PORADNIA CHOROÓB NACZYŃ / ANGIOLOGICZNA	6
1) 4 WOJSKOWY SZPITAL KLINICZNY Z POLIKLINIKĄ SPZOZ WE WROCŁAWIU ul. Weigla 5, 50-981 Wrocław-Krzyki telefon do rejestracji: 261 660 555 2) EMC INSTYTUT MEDYCZNY SPÓŁKA AKCYJNA ul. Krzywoustego 290, 51-312 Wrocław telefon do rejestracji: 717 117 400 3) KARŁOWICKIE CENTRUM MEDYCZNE "KAR-MED" Sp. z o.o. ul. ks. Bończyka 20, 51-138 Wrocław telefon do rejestracji: 713 255 001 4) UNIWERSYTECKI SZPITAL KLINICZNY WE WROCŁAWIU ul. Borowska 213, 50-556 Wrocław telefon do rejestracji: 717 331 600 5) WOJEWÓDZKIE CENTRUM MEDYCZNE "DOBRZYŃSKA" ul. Dobrzyńska 21/23, 50-403 Wrocław telefon do rejestracji: 717 747 700 6) WOJEWÓDZKI SZPITAL SPECJALISTYCZNY WE WROCŁAWIU ul. Kamieńskiego 73a, 51-124 Wrocław-Psie Pole	
PORADNIA CHOROÓB PŁUC / PULMONOLOGICZNA	5
1) DOLNOŚLĄSKIE CENTRUM CHOROÓB PŁUC WE WROCŁAWIU ul. Grabiszyńska 105, 53-439 Wrocław telefon do rejestracji: 459 599 001 2) EMC INSTYTUT MEDYCZNY SPÓŁKA AKCYJNA ul. Łowiecka 24, 50-220 Wrocław telefon do rejestracji: 717 117 400 3) NZOZ "Przychodnia - Nowy Dwór" Sp. z o.o. ul. Nowodworska 91A, 54-438 Wrocław-Fabryczna telefon do rejestracji: 713 579 921 4) PRZYCHODNIA LIDIA NAPORA, WIOLETA ZABÓWKA ul. Sępa-Szarzyńskiego 30/1-2, 50-351 Wrocław-Śródmieście telefon do rejestracji: 713 222 311 5) WOJEWÓDZKIE CENTRUM MEDYCZNE "DOBRZYŃSKA" ul. Dobrzyńska 21/23, 50-403 Wrocław telefon do rejestracji: 717 747 700	
PORADNIA CHOROÓB ZAKAŹNYCH	3
1) WOJEWÓDZKI SZPITAL SPECJALISTYCZNY IM.J.GROMKOWSKIEGO ul. Koszarowa 5, 51-149 Wrocław-Psie Pole telefon do rejestracji: 717 003 000 2) WROCŁAWSKIE CENTRUM ZDROWIA SPZOZ <i>Poradnia profilaktyczno - lecznicza (HIV/AIDS)</i> ul. Wszystkich Świętych 2, 50-136 Wrocław-Stare Miasto telefon do rejestracji: 713 560 780 3) WOJEWÓDZKIE CENTRUM MEDYCZNE "DOBRZYŃSKA" <i>Poradnia WZW</i> ul. Dobrzyńska 21/23, 50-403 Wrocław telefon do rejestracji: 717 747 700	

PORADNIA DERMATOLOGICZNA	39
1) 4 WOJSKOWY SZPITAL KLINICZNY Z POLIKLINIKĄ SPZOZ WE WROCŁAWIU ul. Weigla 5, 50-981 Wrocław-Krzyki telefon do rejestracji: 261 660 555 2) AAVITA LEKARSKA PRZYCHODNIA LECZNICZO- PROFILAKTYCZNA Sp. z o.o. ul. Raclawicka 15/19, 53-146 Wrocław-Krzyki telefon do rejestracji: 713 618 028 3) AEROKLUB POLSKI ul. Sienkiewicza 108-110, 50-348 Wrocław-Śródmieście Telefon do rejestracji: 713 282 892 4) AMA VITA - Ambulatoryjne Świadczenia Zdrowotne ul. Canaletta 4, 51-665 Wrocław-Śródmieście telefon do rejestracji: 713 489 049 5) AMICUR - Ambulatoryjne Świadczenia Zdrowotne ul. Orzeszkowej 55/57, 50-311 Wrocław-Śródmieście telefon do rejestracji: 713 225 620 6) CAMEA INSTYTUT MEDYCYNY ESTETYCZNEJ SPÓŁKA JAWNA FURTAK-POBROTYN I S-KA ul. Kościuszki 49a/4, 50-011 Wrocław-Stare Miasto telefon do rejestracji: 713 416 343 7) CENTRUM MEDYCZNE POLMED ul. Grabiszyńska 208, 53-235 Wrocław telefon do rejestracji: 801 033 200 8) CITODENT CENTRUM STOMATOLOGICZNE spółka jawna FURTAK-POBROTYN I S-KA ul. Wojciecha z Brudzewa 10, 51-601 Wrocław-Psie Pole telefon do rejestracji: 713 459 115 9) DOLNOŚLĄSKIE CENTRUM MEDYCYNY PROFILAKTYCZNEJ I BEZPIECZEŃSTWA PRACY "PRO-MED" Sp. z o.o. ul. Gwarna 6A, 50-001 Wrocław-Krzyki telefon do rejestracji: 713 443 786 10) DOLNOŚLĄSKIE CENTRUM MEDYCZNE "DOLMED" S. A. ul. Legnicka 40, 53-674 Wrocław-Stare Miasto telefon do rejestracji: 717 711 777 11) DOLNOŚLĄSKI WOJEWÓDZKI OŚRODEK MEDYCYNY PRACY ul. Oławska 14, 50-123 Wrocław telefon do rejestracji: 713 449 300 12) DOLNOŚLĄSKI WOJEWÓDZKI OŚRODEK MEDYCYNY PRACY Oddział- Obwód Lecznictwa Kolejowego we Wrocławiu ul. Joannitów 10/12, 50-525 Wrocław-Krzyki telefon do rejestracji: 717 957 033 13) EMC INSTYTUT MEDYCZNY SPÓŁKA AKCYJNA telefon do rejestracji: 717 117 400 ul. Łowiecka 24, 50-220 Wrocław 14) ul. Królewska 30, 51-200 Wrocław-Psie Pole 15) ul. Wejherowska 28/4, 54-239 Wrocław 16) ul. Zatorska 55a, 51-215 Wrocław 17) ul. Krzywoustego 290, 51-312 Wrocław 18) KARŁOWICKIE CENTRUM MEDYCZNE "KAR-MED" Sp. z o.o. ul. ks. Bończyka 20, 51-138 Wrocław telefon do rejestracji: 713 255 001 19) LUX MED Sp. z o.o. ul. Swobodna 1, 50-088 Wrocław-Krzyki telefon do rejestracji: 717 564 100 20) MEDICOR - Ambulatoryjne Świadczenia Zdrowotne ul. Trzebnicka 88, 50-231 Wrocław-Psie Pole telefon do rejestracji: 713 293 231 21) M-MED ul. Ulanowskiego 18/20, 53-144 Wrocław-Krzyki telefon do rejestracji: 713 618 639	

22) NZOZ CENTRUM MEDYCZNE "PRACTIMED" Sp. z o.o. ul. Pabianicka 25, 53-339 Wrocław-Krzyki telefon do rejestracji: 717 983 632 23) NZOZ OPTIMED ul. Rogowska 48A/B, 54-440 Wrocław-Fabryczna telefon do rejestracji: 713 574 303 24) NZOZ "Przychodnia Kosmonautów" Sp. z o.o. ul. Horbaczewskiego 35, 54-130 Wrocław-Fabryczna telefon do rejestracji: 713 512 843 25) NZOZ "PRZYCHODNIA - NOWY DWÓR" Sp. z o.o. ul. Nowodworska 91A, 54-438 Wrocław-Fabryczna telefon do rejestracji: 713 573 715 26) PHM Sp. z o.o. ul. Sienkiewicza 58-60, 50-329 Wrocław-Śródmieście telefon do rejestracji: 713 222 691 27) PRYWATNA PRZYCHODNIA LEKARSKA STEFAN SKROCKI ul. Grunwaldzka 69, 50-366 Wrocław-Śródmieście telefon do rejestracji: 713 219 455 28) "PRZYCHODNIA NA BISKUPINIE" Sp. z o.o. ul. Olszewskiego 21, 51-642 Wrocław-Śródmieście telefon do rejestracji: 713 483 081 29) PRZYCHODNIA PULSANTIS STANDARD ul. Ostrowskiego 3, 53-238 Wrocław telefon do rejestracji: 713 391 140 30) PRZYCHODNIA "STARMED" STAROMIEJSKIE CENTRUM MEDYCZNE ul. Młodych Techników 7, 53-647 Wrocław telefon do rejestracji: 713 555 000 31) SZPITAL ŚW.ANTONIEGO W ZĄBKOWICACH ŚLĄSKICH ul. Pilczycka 144-148, 54-144 Wrocław telefon do rejestracji: 717 117 400 32) WOJEWÓDZKIE CENTRUM MEDYCZNE "DOBRZYŃSKA" ul. Dobrzyńska 21/23, 50-403 Wrocław telefon do rejestracji: 717 747 700 33) WOJEWÓDZKI SZPITAL SPECJALISTYCZNY WE WROCŁAWIU ul. Kamieńskiego 73a, 51-124 Wrocław-Psie Pole telefon do rejestracji: 713 270 259 34) WROCŁAWSKIE CENTRUM ZDROWIA SPZOZ ul. Stabłowicka 125, 54-062 Wrocław-Fabryczna telefon do rejestracji: 713 543 169 35) pl. Dominikański 6, 50-159 Wrocław-Stare Miasto telefon do rejestracji: 713 448 085 36) "ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ PSIE POLE" Sp. z o.o. ul. Potockiego 2, 51-153 Wrocław-Psie Pole telefon do rejestracji: 713 253 471 37) ul. Brucknera 47-49, 51-411 Wrocław-Psie Pole telefon do rejestracji: 713 253 331 38) "ZIEMO-VITA" Ośrodek Medyczny Sp. z o.o. ul. Ziemowita 1-9, 53-678 Wrocław-Stare Miasto telefon do rejestracji: 717 849 043 39) ZYGMUNT FAL ul. Rubczaka 18, 54-002 Wrocław-Fabryczna telefon do rejestracji: 713 495 303	
PORADNIA DIABETOLOGICZNA	16
1) CENTRUM MEDYCZNE POLMED ul. Grabiszyńska 208, 53-235 Wrocław telefon do rejestracji: 717 230 785 2) DOLNOŚLĄSKI SZPITAL SPECJALISTYCZNY IM. T. MARCINIAKA - CENTRUM MEDYCYNY RATUNKOWEJ ul. Fieldorfa 2, 54-049 Wrocław-Fabryczna telefon do rejestracji: 713 064 231	

3) DOLNOŚLĄSKI WOJEWÓDZKI OŚRODEK MEDYCZYNY PRACY Oddział - Obwód Lecznictwa Kolejowego we Wrocławiu ul. Joannitów 10/12, 50-525 Wrocław-Krzyki telefon do rejestracji: 717 957 033 4) EMC INSTYTUT MEDYCZNY SPÓŁKA AKCYJNA telefon do rejestracji: 717 117 400 ul. Królewska 30, 51-200 Wrocław-Psie Pole 5) ul. Pilczycka 144-148, 54-144 Wrocław-Fabryczna 6) ul. Wejherowska 28/4, 54-239 Wrocław 7) ul. Krzywoustego 290, 51-312 Wrocław 8) NZOZ "PRACTIMED" Sp. z o.o. ul. Pabianicka 25, 53-339 Wrocław-Krzyki telefon do rejestracji: 717 983 630; 717 983 640 9) NZOZ "Przychodnia Kosmonautów" Sp. z o.o. ul. Horbaczewskiego 35, 54-130 Wrocław-Fabryczna telefon do rejestracji: 713 512 843 10) NZOZ "PRZYCHODNIA - NOWY DWÓR" Sp. z o.o. ul. Nowodworska 91A, 54-438 Wrocław-Fabryczna telefon do rejestracji: 713 579 921 11) PRZYCHODNIA "STARMED" STAROMIEJSKIE CENTRUM MEDYCZNE ul. Młodych Techników 7, 53-647 Wrocław telefon do rejestracji: 713 555 000 12) SPZOZ MSWiA WE WROCŁAWIU ul. Grabiszyńska 35-39, 53-501 Wrocław telefon do rejestracji: 717 984 740 13) UNIWERSYTECKI SZPITAL KLINICZNY WE WROCŁAWIU ul. Borowska 213, 50-556 Wrocław telefon do rejestracji: 717 331 600 14) ul. Ludwika Pasteura 4, 50-367 Wrocław-Śródmieście telefon do rejestracji: 717 842 641 15) WOJEWÓDZKIE CENTRUM MEDYCZNE "DOBRZYŃSKA" ul. Dobrzyńska 21/23, 50-403 Wrocław telefon do rejestracji: 717 747 700 16) WROCŁAWSKIE CENTRUM ZDROWIA SPZOZ pl. Dominikański 6, 50-159 Wrocław-Stare Miasto telefon do rejestracji: 713 448 08	
PORADNIA ENDOKRYNOLOGICZNA	5
1) 4 WOJSKOWY SZPITAL KLINICZNY Z POLIKLINIKĄ SPZOZ WE WROCŁAWIU ul. Weigla 5, 50-981 Wrocław-Krzyki telefon do rejestracji: 261 660 555 2) DOLNOŚLĄSKI SZPITAL SPECJALISTYCZNY - CENTRUM MEDYCZYNY RATUNKOWEJ ul. Fieldorfa 2, 54-049 Wrocław-Fabryczna telefon do rejestracji: 713 064 231 3) NZOZ "Przychodnia Kosmonautów" Sp. z o.o. ul. Horbaczewskiego 35, 54-130 Wrocław-Fabryczna telefon do rejestracji: 713 512 843 4) UNIWERSYTECKI SZPITAL KLINICZNY WE WROCŁAWIU ul. Pasteura 4, 50-367 Wrocław-Śródmieście telefon do rejestracji: 717 842 641 5) WOJEWÓDZKIE CENTRUM MEDYCZNE "DOBRZYŃSKA" ul. Dobrzyńska 21/23, 50-403 Wrocław telefon do rejestracji: 717 747 700	
PORADNIA FONIATRYCZNA	1
1) SPECJALISTYCZNY OŚRODEK LARYNGOLOGICZNY ul. Gajowa 23, 50-519 Wrocław-Krzyki telefon do rejestracji: 717 345 832	

PORADNIA GASTROENTEROLOGICZNA	4
1) M-MED ul. Ulanowskiego 18/20, 53-144 Wrocław-Krzyki telefon do rejestracji: 713 611 261 2) SZPITAL ŚW. ANTONIEGO W ZĄBKOWICACH ŚLĄSKICH ul. Pilczycka 144-148, 54-144 Wrocław telefon do rejestracji: 717 117 400 3) WOJEWÓDZKIE CENTRUM MEDYCZNE "DOBRZYŃSKA" ul. Dobrzyńska 21/23, 50-403 Wrocław telefon do rejestracji: 717 747 700 4) WOJEWÓDZKI SZPITAL SPECJALISTYCZNY IM. J. GROMKOWSKIEGO ul. Koszarowa 5, 51-149 Wrocław-Psie Pole telefon do rejestracji: 717 003 000	
PORADNIA GENETYCZNA	2
1) UNIWERSYTECKI SZPITAL KLINICZNY WE WROCŁAWIU ul. Pasteura 4, 50-367 Wrocław-Śródmieście telefon do rejestracji: 717 842 725 2) WIELOSPECJALISTYCZNA PRZYCHODNIA LEKARSKA FUNDACJI UNIWERSYTETU MEDYCZNEGO WE WROCŁAWIU ul. Curie-Skłodowskiej 50-52, 50-368 Wrocław-Śródmieście telefon do rejestracji: 717 841 233	
PORADNIA GERIATRYCZNA	2
1) NZOZ "Przychodnia Kosmonautów" Sp. z o.o. ul. Horbaczewskiego 35, 54-130 Wrocław-Fabryczna telefon do rejestracji: 713 512 843 2) SZPITAL SPECJALISTYCZNY IM A. FALKIEWICZA WE WROCŁAWIU ul. Warszawska 2, 52-114 Wrocław telefon do rejestracji: 713 774 212	
PORADNIA GINEKOLOGICZNO-POŁOŻNICZA	56
1) 4 WOJSKOWY SZPITAL KLINICZNY Z POLIKLINIKĄ SPZOZ WE WROCŁAWIU ul. Weigla 5, 50-981 Wrocław-Krzyki telefon do rejestracji: 261 660 742 2) AAVITA Lekarska Przychodnia Leczniczo- Profilaktyczna Sp. z o.o. ul. Raclawicka 15/19, 53-146 Wrocław-Krzyki telefon do rejestracji: 713 618 028 3) AMBULATORIUM GINEKOLOGII I POŁOŻNICTWA ul. Jedności Narodowej 118A, 50-301 Wrocław-Śródmieście telefon do rejestracji: 713 720 335 4) CENTRUM DIAGNOSTYKI CHOROÓB KOBIECYCH "MŁODOŚĆ" ul. Grochowa 23A, 53-423 Wrocław-Fabryczna telefon do rejestracji: 713 324 440 5) CENTRUM MEDYCZNE BIOGENES pl. Bzowy 1, 53-224 Wrocław-Fabryczna telefon do rejestracji: 713 647 965 6) CENTRUM ZDROWIA MAMA I JA ul. Rajska 71, 54-028 Wrocław-Fabryczna telefon do rejestracji: 713 067 602 7) CITODENT CENTRUM STOMATOLOGICZNE spółka jawna FURTAK-POBROTYN I S-KA ul. Wojciecha z Brudzewa 10, 51-601 Wrocław-Psie Pole telefon do rejestracji: 713 459 115 8) DOLNOŚLĄSKIE CENTRUM GINEKOLOGII Sp. z o.o. ul. Powstańców Śląskich 48A, 53-333 Wrocław telefon do rejestracji: 717 213 200 9) DOLNOŚLĄSKIE CENTRUM MEDYCZYNY PROFILAKTYCZNEJ I BEZPIECZEŃSTWA PRACY "PRO-MED" Sp. z o.o. ul. Komuny Paryskiej 23/1A, 50-454 Wrocław-Krzyki telefon do rejestracji: 728 121 126	

- 10) ul. Gwarna 6A, 50-001 Wrocław-Krzyki
telefon do rejestracji: 717 959 220
- 11) DOLNOŚLĄSKI WOJEWÓDZKI OŚRODEK MEDYCZYNY PRACY Oddział - Obwód
Lecznictwa Kolejowego we Wrocławiu
ul. Joannitów 10/12, 50-525 Wrocław-Krzyki
telefon do rejestracji: 717 957 033
- 12) EMC INSTYTUT MEDYCZNY SPÓŁKA AKCYJNA
telefon do rejestracji: 717 117 400
ul. Królewska 30, 51-200 Wrocław-Psie Pole
- 13) ul. Wejherowska 28/4, 54-239 Wrocław
- 14) ul. Krzywoustego 290, 51-312 Wrocław
- 15) GINEKOLOGIA MARKUSZEWSKI s.c.
ul. Krynicka 22/1A, 50-555 Wrocław-Krzyki
telefon do rejestracji: 713 360 157
- 16) JAN SZYMANEK
ul. Ścinawska 24-26, 53-629 Wrocław
telefon do rejestracji: 713 595 390
- 17) KARŁOWICKIE CENTRUM MEDYCZNE "KAR-MED" Sp. z o.o.
ul. Bonczyka 20, 51-138 Wrocław
telefon do rejestracji: 713 255 001
- 18) LEKARSKA PRZYCHODNIA SPECJALISTYCZNA TRR
ul. Podwale 74/OFC.23, 50-449 Wrocław-Stare Miasto
telefon do rejestracji: 713 437 955
- 19) LUX MED Sp. z o.o.
ul. Swobodna 1, 50-088 Wrocław-Krzyki
telefon do rejestracji: 717 564 100
- 20) MAREK ELIAS GABINETY GINEKOLOGICZNE
telefon do rejestracji: 713 367 776
ul. Gliniana 40, 51-525 Wrocław-Krzyki
- 21) ul. Kamienna 107-109, 50-547 Wrocław-Krzyki
- 22) MEDICOR - Ambulatoryjne Świadczenia Zdrowotne
ul. Trzebnicka 88, 50-231 Wrocław-Psie Pole
telefon do rejestracji: 713 293 231
- 23) M-MED
ul. Ulanowskiego 18/20, 53-144 Wrocław-Krzyki
telefon do rejestracji: 713 323 205
- 24) NZOZ CENTRUM MEDYCZNE "PRACTIMED" Sp. z o.o.
ul. Pabianicka 25, 53-339 Wrocław-Krzyki
telefon do rejestracji: 717 983 631
- 25) NZOZ ESKULAP
ul. Bulwar Ikara 18, 54-129 Wrocław
Telefon do rejestracji: 717 810 030
- 26) NZOZ "MULTI-MEDYK" Sp. z o.o.
pl. św. Macieja 8, 50-244 Wrocław-Śródmieście
telefon do rejestracji: 713 216 003 w. 25
- 27) NZOZ "Przychodnia Kosmonautów" Sp. z o.o.
ul. Horbaczewskiego 35, 54-130 Wrocław-Fabryczna
telefon do rejestracji: 713 512 843
- 28) NZOZ "Przychodnia - Nowy Dwór" Sp. z o.o.
ul. Nowodworska 91A, 54-438 Wrocław-Fabryczna
telefon do rejestracji: 713 736 883
- 29) NZOZ "REMEDIS" SP.J.
ul. Mińska 5, 54-610 Wrocław-Fabryczna
telefon do rejestracji: 717 803 050
- 30) NZOZ "RONDO-MED"
ul. Powstańców Śląskich 118-122, 53-333 Wrocław-Krzyki
telefon do rejestracji: 713 365 317
- 31) NZOZ "SALUTARIS VITAE"
ul. Gubińska 8, 54-436 Wrocław
Telefon do rejestracji: 717 833 009

- | | |
|---|--|
| <p>32) NZOZ "Centrum Zdrowia" M.SZEWCZYK I S-KA.SP.JAWNA
ul. Pautscha 5/7, 51-651 Wrocław-Śródmieście
telefon do rejestracji: 713 452 476</p> <p>33) PHM Sp. z o.o.
ul. Sienkiewicza 58-60, 50-329 Wrocław-Śródmieście
telefon do rejestracji: 713 222 691</p> <p>34) ul. Legnicka 61, 54-203 Wrocław
telefon do rejestracji: 713 490 360</p> <p>35) PRYWATNA POLIKLINIKA "Na Grobli" Sp. z o.o.
pl. Hirszfelda 1, 53-413 Wrocław-Krzyki
telefon do rejestracji: 713 380 078</p> <p>36) PRYWATNA PRZYCHODNIA LEKARSKA STEFAN SKROCKI
pl. Kościuszki 21/6, 51-026 Wrocław
telefon do rejestracji: 713 439 147</p> <p>37) ul. Grunwaldzka 65, 51-365 Wrocław
telefon do rejestracji: 713 280 108</p> <p>38) ul. Grunwaldzka 69, 50-366 Wrocław-Śródmieście
telefon do rejestracji: 713 418 287</p> <p>39) PRYWATNA SPECJALISTYCZNA PRAKTYKA LEKARSKA GABINET
GINEKOLOGICZNO-POŁOŻNICZY
ul. Domeyki 1/A, 53-209 Wrocław-Fabryczna
telefon do rejestracji: 717 984 712</p> <p>40) PRZYCHODNIA GAJ Sp. z o.o.
ul. Krynicka 51, 50-555 Wrocław
telefon do rejestracji: 713 636 557</p> <p>41) PRZYCHODNIA PULSANTIS STANDARD
ul. Ostrowskiego 3, 53-238 Wrocław
telefon do rejestracji: 173 391 140</p> <p>42) PRZYCHODNIA "STARMED" Staromiejskie Centrum Medyczne
ul. Młodych Techników 7, 53-647 Wrocław
telefon do rejestracji: 713 555 000</p> <p>43) PRZYCHODNIA WIELOSPECJALISTYCZNA SK-MEDICA Sp. z o.o.
ul. Kamiennogórska 10, 54-034 Wrocław-Fabryczna
telefon do rejestracji: 717 255 762</p> <p>44) SPZOZ MSWiA WE WROCŁAWIU
ul. Olbińska 32, 50-233 Wrocław-Śródmieście
telefon do rejestracji: 717 984 741</p> <p>45) SPECJALISTYCZNY ZAKŁAD PROFILAKTYCZNO-LECZNICZY PROVITA Sp. z o.o. w
likwidacji
ul. Bierutowska 63, 51-317 Wrocław-Psie Pole
telefon do rejestracji: 713 251 468</p> <p>46) SZPITAL SPECJALISTYCZNY IM A. FALKIEWICZA WE WROCŁAWIU
ul. Warszawska 2, 52-114 Wrocław
telefon do rejestracji: 713 774 147</p> <p>47) SZPITAL ŚW.ANTONIEGO W ZĄBKOWICACH ŚLĄSKICH
ul. Pilczycka 144-148, 54-144 Wrocław
telefon do rejestracji: 717 117 400</p> <p>48) UNIWERSYTECKI SZPITAL KLINICZNY WE WROCŁAWIU
ul. Borowska 213, 50-556 Wrocław
telefon do rejestracji: 717 331 600</p> <p>49) ul. Chałubińskiego 3, 50-368 Wrocław-Śródmieście
telefon do rejestracji: 717 842 380</p> <p>50) WOJEWÓDZKIE CENTRUM MEDYCZNE "DOBRZYŃSKA"
ul. Dobrzyńska 21/23, 50-403 Wrocław
telefon do rejestracji: 717 747 750</p> <p>51) WOJEWÓDZKI SZPITAL SPECJALISTYCZNY WE WROCŁAWIU
ul. Kamieńskiego 73a, 51-124 Wrocław-Psie Pole
telefon do rejestracji: 713 270 248</p> | |
|---|--|

52) WROCŁAWSKIE CENTRUM ZDROWIA SPZOZ ul. Dokerska 9, 54-142 Wrocław-Fabryczna telefon do rejestracji: 713 738 413 53) ul. Stalowa 50, 53-433 Wrocław-Fabryczna telefon do rejestracji: 713 621 121 54) „ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ PSIE POLE” Sp. z o.o. ul. Brucknera 47-49, 51-411 Wrocław-Psie Pole telefon do rejestracji: 713 253 331 55) "ZIEMO-VITA" Ośrodek Medyczny Sp. z o.o. ul. Ziemowita 1-9, 53-678 Wrocław-Stare Miasto telefon do rejestracji: 717 849 058 56) ZYGMUNT FAL ul. Rubczaka 18, 54-002 Wrocław-Fabryczna telefon do rejestracji: 713 495 303	
PORADNIA HEMATOLOGICZNA	4
1) DOLNOŚLĄSKIE CENTRUM TRANSPLANTACJI KOMÓRKOWYCH Z KRAJOWYM BANKIEM DAWCÓW SZPIKU ul. Grabiszyńska 105, 53-439 Wrocław-Fabryczna telefon do rejestracji: 717 831 371 2) UNIWERSYTECKI SZPITAL KLINICZNY IM. JANA MIKULICZA-RADECKIEGO WE WROCŁAWIU ul. Borowska 213, 50-556 Wrocław telefon do rejestracji: 717 331 600 3) ul. Pasteura 4, 50-367 Wrocław-Śródmieście telefon do rejestracji: 717 842 641 4) WOJEWÓDZKIE CENTRUM MEDYCZNE "DOBRZYŃSKA" ul. Dobrzyńska 21/23, 50-403 Wrocław telefon do rejestracji: 717 747 700	
PORADNIA IMMUNOLOGICZNA / ZABURZENIE ODPORNOŚCI	2
1) DOLNOŚLĄSKIE CENTRUM TRANSPLANTACJI KOMÓRKOWYCH Z KRAJOWYM BANKIEM DAWCÓW SZPIKU ul. Grabiszyńska 105, 53-439 Wrocław-Fabryczna telefon do rejestracji: 717 831 371 2) WOJEWÓDZKI SZPITAL SPECJALISTYCZNY IM. J. GROMKOWSKIEGO ul. Koszarowa 5, 51-149 Wrocław-Psie Pole telefon do rejestracji: 717 003 000	
PORADNIA KARDIOCHIRURGICZNA	3
1) 4 WOJSKOWY SZPITAL KLINICZNY Z POLIKLINIKĄ SPZOZ WE WROCŁAWIU ul. Weigla 5, 50-981 Wrocław-Krzyki telefon do rejestracji: 261 660 555 2) DOLNOŚLĄSKIE CENTRUM CHOROÓB SERCA – MEDINET Sp. z o.o. ul. Skargi 19, 50-080 Wrocław telefon do rejestracji: 717 808 585 3) UNIWERSYTECKI SZPITAL KLINICZNY WE WROCŁAWIU ul. Borowska 213, 50-556 Wrocław telefon do rejestracji: 717 364 155	
PORADNIA KARDIOLOGICZNA	16
1) 4 WOJSKOWY SZPITAL KLINICZNY Z POLIKLINIKĄ SPZOZ WE WROCŁAWIU ul. Weigla 5, 50-981 Wrocław-Krzyki telefon do rejestracji: 261 660 555 2) CENTRUM KARDIOLOGICZNE "PRO CORDE" WROCŁAW ul. Nowowiejska 64-66/1A, 50-315 Wrocław-Śródmieście telefon do rejestracji: 713 226 008 3) DOLNOŚLĄSKIE CENTRUM CHOROÓB SERCA – MEDINET Sp. z o.o. ul. Skargi 19, 50-080 Wrocław telefon do rejestracji: 717 808 585	

4) DOLNOŚLĄSKIE CENTRUM MEDYCZNE "DOLMED" S. A. ul. Legnicka 40, 53-674 Wrocław-Stare Miasto telefon do rejestracji: 717 711 777	
5) DOLNOŚLĄSKI SZPITAL SPECJALISTYCZNY - CENTRUM MEDYCYNY RATUNKOWEJ ul. Fieldorfa 2, 54-049 Wrocław-Fabryczna telefon do rejestracji: 713 064 231	
6) DOLNOŚLĄSKI WOJEWÓDZKI OŚRODEK MEDYCYNY PRACY Oddział - Obwód Lecznictwa Kolejowego we Wrocławiu ul. Joannitów 10/12, 50-525 Wrocław-Krzyki telefon do rejestracji: 717 957 033	
7) EMC INSTYTUT MEDYCZNY SPÓŁKA AKCYJNA ul. Wejherowska 28/4, 54-239 Wrocław telefon do rejestracji: 717 117 400	
8) LUX MED Sp. z o.o. ul. Swobodna 1, 50-088 Wrocław-Krzyki telefon do rejestracji: 717 564 100	
9) NZOZ "Przychodnia Kosmonautów" Sp. z o.o. ul. Horbaczewskiego 35, 54-130 Wrocław-Fabryczna telefon do rejestracji: 713 512 843	
10) NZOZ "CENTRUM ZDROWIA" M. SZEWCZYK I S-KA. SP. JAWNA ul. Pautscha 5/7, 51-651 Wrocław-Śródmieście telefon do rejestracji: 713 452 476	
11) PHM Sp. z o.o. ul. Legnicka 61, 54-203 Wrocław telefon do rejestracji: 713 490 360	
12) SPZOZ MSWiA WE WROCŁAWIU ul. Grabiszyńska 35-39, 53-501 Wrocław telefon do rejestracji: 717 984 740	
13) UNIWERSYTECKI SZPITAL KLINICZNY WE WROCŁAWIU ul. Borowska 213, 50-556 Wrocław telefon do rejestracji: 717 331 600	
14) WOJEWÓDZKIE CENTRUM MEDYCZNE "DOBRZYŃSKA" ul. Dobrzyńska 21/23, 50-403 Wrocław telefon do rejestracji: 717 747 700	
15) WOJEWÓDZKI SZPITAL SPECJALISTYCZNY WE WROCŁAWIU ul. Kamieńskiego 73a, 51-124 Wrocław-Psie Pole telefon do rejestracji: 459 595 454	
16) "ZIEMO-VITA" OŚRODEK MEDYCZNY Sp. z o.o. ul. Ziemowita 1-9, 53-678 Wrocław-Stare Miasto telefon do rejestracji: 717 849 043	
PORADNIA LECZENIA BÓLU	1
1) UNIWERSYTECKI SZPITAL KLINICZNY WE WROCŁAWIU ul. Borowska 213, 50-556 Wrocław telefon do rejestracji: 717 842 151	
PORADNIA LOGOPEDYCZNA	20
1) AMICUR - Ambulatoryjne Świadczenia Zdrowotne ul. Orzeszkowej 55/57, 50-311 Wrocław-Śródmieście telefon do rejestracji: 713 225 620	
2) DOLNOŚLĄSKIE CENTRUM MEDYCYNY PROFILAKTYCZNEJ I BEZPIECZEŃSTWA PRACY "PRO-MED" Sp. z o.o. ul. Gwarna 6A, 50-001 Wrocław-Krzyki telefon do rejestracji: 717 959 220	
3) DOLNOŚLĄSKI SZPITAL SPECJALISTYCZNY IM. T. MARCINIAKA - CENTRUM MEDYCYNY RATUNKOWEJ ul. Fieldorfa 2, 54-049 Wrocław-Fabryczna telefon do rejestracji: 713 064 419	

4) DZIENNY OŚRODEK PSYCHIATRII I ZABURZEŃ MOWY DLA DZIECI I MŁODZIEŻY ul. Wołowska 9, 51-116 Wrocław-Psie Pole telefon do rejestracji: 713 528 412	
5) EMC INSTYTUT MEDYCZNY SPÓŁKA AKCYJNA telefon do rejestracji: 717 117 400 ul. Wejherowska 28/4, 54-239 Wrocław	
6) ul. Zatorska 55a, 51-215 Wrocław	
7) ul. Krzywoustego 290, 51-312 Wrocław	
8) GRUPA MANAS telefon do rejestracji: 602 378 495 ul. Raclawicka 15/19, 53-149 Wrocław-Krzyki	
9) ul. Żelazna 34, 53-428 Wrocław	
10) ul. Obornicka 16-18, 51-113 Wrocław-Psie Pole	
11) NZOZ "PRZYCHODNIA KOSMONAUTÓW" Sp. z o.o. ul. Drzewieckiego 36a, 54-129 Wrocław-Fabryczna telefon do rejestracji: 713 497 675	
12) ODDZIAŁ FUNDACJI "PROMYK SŁOŃCA" CENTRUM DIAGNOSTYCZNO-REHABILITACYJNE, NZOZ ul. Swobodna 8a, 50-088 Wrocław-Krzyki telefon do rejestracji: 717 827 777	
13) PHM Sp. z o.o. ul. Legnicka 61, 54-203 Wrocław telefon do rejestracji: 713 490 360	
14) POLSKI ZWIĄZEK GŁUCHYCH DOLNOŚLĄSKIE CENTRUM MEDYCZNE Sp. z o.o. ul. Braniborska 2/10, 53-680 Wrocław-Stare Miasto telefon do rejestracji: 713 556 719	
15) PRZYCHODNIA PULSANTIS STANDARD ul. Ostrowskiego 3, 53-238 Wrocław telefon do rejestracji: 713 391 140	
16) WOJEWÓDZKIE CENTRUM MEDYCZNE "DOBRZYŃSKA" ul. Dobrzyńska 21/23, 50-403 Wrocław telefon do rejestracji: 717 747 700	
17) WROCŁAWSKIE CENTRUM ZDROWIA SPZOZ ul. Stalowa 50, 53-433 Wrocław telefon do rejestracji: 713 738 941	
18) "ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ PSIE POLE" Sp. z o.o. ul. Potockiego 2, 51-153 Wrocław-Psie Pole telefon do rejestracji: 713 252 325	
19) ul. Brucknera 47-49, 51-411 Wrocław-Psie Pole telefon do rejestracji: 713 253 331	
20) ZESPÓŁ USŁUG MEDYCZNYCH "LEK-TRANS" Sp. z o.o. ul. Kręta 25, 50-233 Wrocław-Śródmieście telefon do rejestracji: 717 924 901	
PORADNIA MEDYCZYNY PALIATYWNEJ	2
1) BONIFRATERSKIE CENTRUM ZDROWIA Sp. z o.o. ul. Poświęcka 8A, 51-128 Wrocław-Psie Pole telefon do rejestracji: 668 683 184	
2) DOLNOŚLĄSKIE CENTRUM ONKOLOGII WE WROCŁAWIU pl. Ludwika Hirszfelda 12, 53-413 Wrocław-Krzyki Telefon do rejestracji: 713 689 295	
PORADNIA MEDYCZYNY SPORTOWEJ	1
1) AEROKLUB POLSKI ul. Sienkiewicza 108-110, 50-348 Wrocław-Śródmieście telefon do rejestracji: 713 282 892	
PORADNIA SEKSUOLOGICZNA	1
1) CENTRUM NEUROPSYCHIATRII "NEUROMED" SPZOZ ul. Białowieska 74A, 54-235 Wrocław-Fabryczna telefon do rejestracji: 713 501 780	

PORADNIA NEFROLOGICZNA	4
1) EMC INSTYTUT MEDYCZNY SPÓŁKA AKCYJNA telefon do rejestracji: 717 117 400 ul. Wejherowska 28/4, 54-239 Wrocław 2) ul. Krzywoustego 290, 51-312 Wrocław 3) UNIWERSYTECKI SZPITAL KLINICZNY WE WROCŁAWIU ul. Borowska 213, 50-556 Wrocław telefon do rejestracji: 717 331 703 4) WOJEWÓDZKI SZPITAL SPECJALISTYCZNY WE WROCŁAWIU ul. Kamińskiego 73a, 51-124 Wrocław-Psie Pole telefon do rejestracji: 459 595 454	
PORADNIA NEUROCHIRURGICZNA	4
1) 4 WOJSKOWY SZPITAL KLINICZNY Z POLIKLINIKĄ SPZOZ WE WROCŁAWIU ul. Weigla 5, 50-981 Wrocław-Krzyki telefon do rejestracji: 261 660 555 2) DOLNOŚLĄSKI SZPITAL SPECJALISTYCZNY - CENTRUM MEDYCYNY RATUNKOWEJ ul. Fieldorfa 2, 54-049 Wrocław-Fabryczna telefon do rejestracji: 713 064 231 3) UNIWERSYTECKI SZPITAL KLINICZNY WE WROCŁAWIU ul. Borowska 213, 50-556 Wrocław telefon do rejestracji: 717 331 600 4) WOJEWÓDZKI SZPITAL SPECJALISTYCZNY WE WROCŁAWIU ul. Kamińskiego 73a, 51-124 Wrocław-Psie Pole telefon do rejestracji: 459 595 454	
PORADNIA NEUROLOGICZNA	33
1) 4 WOJSKOWY SZPITAL KLINICZNY Z POLIKLINIKĄ SPZOZ WE WROCŁAWIU ul. Weigla 5, 50-981 Wrocław-Krzyki telefon do rejestracji: 261 660 310 2) AAVITA LEKARSKA PRZYCHODNIA LECZNICZO- PROFILAKTYCZNA Sp. z o.o. ul. Raclawicka 15/19, 53-146 Wrocław-Krzyki telefon do rejestracji: 713 618 028 3) AMA VITA - AMBULATORIJNE ŚWIADCZENIA ZDROWOTNE ul. Canaletta 4, 51-665 Wrocław-Śródmieście telefon do rejestracji: 713 489 049 4) ARTEMED CENTRUM MEDYCZNE NZOZ ul. Krasieńskiego 29, 50-450 Wrocław-Krzyki telefon do rejestracji: 713 077 777 5) CENTRUM MEDYCZNE BIOGENES pl. Bzowy 1, 53-224 Wrocław-Fabryczna telefon do rejestracji: 713 633 016 6) CENTRUM MEDYCZNE MULTI-MED ul. Sienkiewicza 110, 50-348 Wrocław-Śródmieście telefon do rejestracji: 713 026 800 7) CENTRUM NEUROPSYCHIATRII "NEUROMED" SPZOZ ul. Białowieska 74A, 54-235 Wrocław-Fabryczna telefon do rejestracji: 713 501 780 w. 31 8) DOLNOŚLĄSKI SZPITAL SPECJALISTYCZNY IM. T. MARCINIAKA - CENTRUM MEDYCYNY RATUNKOWEJ <i>Poradnia Neurologiczna / Poradnia Stwardnienia Rozsianego</i> ul. Fieldorfa 2, 54-049 Wrocław-Fabryczna telefon do rejestracji: 713 064 231 9) DOLNOŚLĄSKI WOJEWÓDZKI OŚRODEK MEDYCYNY PRACY Oddział - Obwód Lecznictwa Kolejowego we Wrocławiu ul. Joannitów 10/12, 50-525 Wrocław-Krzyki telefon do rejestracji: 717 957 033 10) EMC INSTYTUT MEDYCZNY SPÓŁKA AKCYJNA telefon do rejestracji: 717 117 400 ul. Łowiecka 24, 50-220 Wrocław	

- 11) ul. Wejherowska 28/4, 54-239 Wrocław
- 12) ul. Krzywoustego 290, 51-312 Wrocław
- 13) KARŁOWICKIE CENTRUM MEDYCZNE "KAR-MED" Sp. z o.o.
ul. ks. Bończyka 20, 51-138 Wrocław
telefon do rejestracji: 713 255 001
- 14) LUX MED Sp. z o.o.
ul. Swobodna 1, 50-088 Wrocław-Krzyki
telefon do rejestracji: 717 564 100
- 15) MEDICOVER OPIEKA AMBULATORYJNA
ul. Mydlana 2 A, 51-502 Wrocław-Psie Pole
telefon do rejestracji: 713 021 825
- 16) MIĘDZYWOJEWÓDZKA PRZYCHODNIA SPORTOWO-LEKARSKA S.A.
ul. Paderewskiego 35, 51-612 Wrocław
telefon do rejestracji: 713 483 734
- 17) M-MED
ul. Ulanowskiego 18/20, 53-144 Wrocław-Krzyki
telefon do rejestracji: 713 618 639
- 18) NZOZ CENTRUM MEDYCZNE "PRACTIMED" Sp. z o.o.
ul. Pabianicka 25, 53-339 Wrocław-Krzyki
telefon do rejestracji: 717 983 650; 717 983 660
- 19) NZOZ "MULTI-MEDYK" Sp. z o.o.
pl. św. Macieja 8, 50-244 Wrocław-Śródmieście
telefon do rejestracji: 713 210 247
- 20) NZOZ "Przychodnia Kosmonautów" Sp. z o.o.
ul. Horbaczewskiego 35, 54-130 Wrocław-Fabryczna
telefon do rejestracji: 713 512 843
- 21) NZOZ "Przychodnia - Nowy Dwór" Sp. z o.o.
ul. Nowodworska 91A, 54-438 Wrocław-Fabryczna
telefon do rejestracji: 713 579 921
- 22) "OPTI-MED" Sp. z o.o. NZOZ
ul. Fabryczna 10, 53-609 Wrocław-Fabryczna
telefon do rejestracji: 713 565 361
- 23) PRZYCHODNIA PULSANTIS STANDARD
ul. Ostrowskiego 3, 53-238 Wrocław
telefon do rejestracji: 713 391 140
- 24) PRZYCHODNIA "STARMED" STAROMIEJSKIE CENTRUM MEDYCZNE
ul. Młodych Techników 7, 53-647 Wrocław
telefon do rejestracji: 713 555 000
- 25) UNIWERSYTECKI SZPITAL KLINICZNY WE WROCŁAWIU
ul. Borowska 213, 50-556 Wrocław
telefon do rejestracji: 717 331 600
- 26) WOJEWÓDZKIE CENTRUM MEDYCZNE "DOBRZYŃSKA"
ul. Dobrzyńska 21/23, 50-403 Wrocław
telefon do rejestracji: 717 747 700
- 27) WOJEWÓDZKI SZPITAL SPECJALISTYCZNY IM. J. GROMKOWSKIEGO
ul. Koszarowa 5, 51-149 Wrocław-Psie Pole
telefon do rejestracji: 717 003 000
- 28) WOJEWÓDZKI SZPITAL SPECJALISTYCZNY WE WROCŁAWIU
ul. Kamieńskiego 73a, 51-124 Wrocław-Psie Pole
telefon do rejestracji: 459 595 454
- 29) WROCŁAWSKIE CENTRUM ZDROWIA SPZOZ
ul. Dokerska 9, 54-142 Wrocław-Fabryczna
telefon do rejestracji: 713 738 413
- 30) ul. Stabłowicka 125, 54-062 Wrocław-Fabryczna
telefon do rejestracji: 713 543 169
- 31) "Zakład Opieki Zdrowotnej Psie Pole" Sp. z o.o.
ul. BRUCKNERA 47-49, 51-411 Wrocław-Psie Pole
telefon do rejestracji: 713 253 331

32) ZESPÓŁ USŁUG MEDYCZNYCH "LEK-TRANS" Sp. z o.o. ul. Kręta 25, 50-233 Wrocław-Śródmieście telefon do rejestracji: 713 224 759 33) "ZIEMO-VITA" OŚRODEK MEDYCZNY Sp. z o.o. ul. Ziemowita 1-9, 53-678 Wrocław-Stare Miasto telefon do rejestracji: 717 849 037	
PORADNIA OKULISTYCZNA / LECZENIA ZEZA	38
1) 4 WOJSKOWY SZPITAL KLINICZNY Z POLIKLINIKĄ SPZOZ WE WROCŁAWIU ul. Weigla 5, 50-981 Wrocław-Krzyki telefon do rejestracji: 261 660 555 2) AAVITA LEKARSKA PRZYCHODNIA LECZNICZO- PROFILAKTYCZNA Sp. z o.o. ul. Raclawicka 15/19, 53-146 Wrocław-Krzyki telefon do rejestracji: 713 618 028 3) Aeroklub Polski ul. Sienkiewicza 108-110, 50-348 Wrocław-Śródmieście telefon do rejestracji: 713 282 892 4) AMICUR - AMBULATORIUM ŚWIADCZENIA ZDROWOTNE ul. Orzeszkowej 55/57, 50-311 Wrocław-Śródmieście telefon do rejestracji: 713 225 620 5) CENTRUM MEDYCZNE BIOGENES pl. Bzowy 1, 53-224 Wrocław-Fabryczna telefon do rejestracji: 713 633 016 6) DOLNOŚLĄSKIE CENTRUM MEDYCZYNY PROFILAKTYCZNEJ I BEZPIECZEŃSTWA PRACY "PRO-MED" Sp. z o.o. ul. Gwarna 6A, 50-001 Wrocław-Krzyki telefon do rejestracji: 713 443 786 7) DOLNOŚLĄSKIE CENTRUM OKULISTYCZNE Sp. z o.o. NZOZ pl. Hirszfelda 1, 53-413 Wrocław-Krzyki telefon do rejestracji: 713 617 867 8) DOLNOŚLĄSKI WOJEWÓDZKI OŚRODEK MEDYCZYNY PRACY Oddział - Obwód Lecznictwa Kolejowego we Wrocławiu ul. Joannitów 10/12, 50-525 Wrocław-Krzyki telefon do rejestracji: 717 957 033 9) EMC INSTYTUT MEDYCZNY SPÓŁKA AKCYJNA telefon do rejestracji: 717 117 400 ul. Łowiecka 24, 50-220 Wrocław 10) ul. Wejherowska 28/4, 54-239 Wrocław 11) ul. Krzywoustego 290, 51-312 Wrocław 12) KARŁOWICKIE CENTRUM MEDYCZNE "KAR-MED" Sp. z o.o. ul. ks. Bonczyka 20, 51-138 Wrocław telefon do rejestracji: 713 255 001 13) MIĘDZYWOJEWÓDZKA PRZYCHODNIA SPORTOWO-LEKARSKA S.A. ul. Paderewskiego 35, 51-612 Wrocław telefon do rejestracji: 713 483 734 14) M-MED ul. Ulanowskiego 18/20, 53-144 Wrocław-Krzyki telefon do rejestracji: 717 859 631 15) NZOZ CENTRUM MEDYCZNE "PRACTIMED" Sp. z o.o. ul. Pabianicka 25, 53-339 Wrocław-Krzyki telefon do rejestracji: 717 983 650;717 983 660 16) NZOZ "MULTI-MEDYK" Sp. z o.o. pl. św. Macieja 8, 50-244 Wrocław-Śródmieście telefon do rejestracji: 713 210 247 17) NZOZ "OKO-FORUM" ul. Legnicka 51-53, 54-203 Wrocław-Fabryczna telefon do rejestracji: 717 991 191 18) NZOZ "Przychodnia Kosmonautów" Sp. z o.o. ul. Horbaczewskiego 35, 54-130 Wrocław-Fabryczna telefon do rejestracji: 713 512 843	

- 19) NZOZ "Przychodnia - Nowy Dwór" Sp. z o.o.
ul. Nowodworska 91A, 54-438 Wrocław-Fabryczna
telefon do rejestracji: 713 579 921
- 20) OŚRODEK MIKROCHIRURGII I TERAPII OKULISTYCZNEJ "OKO.M" JAROSŁAW MIŚKIEWICZ
ul. Rutkiewicz 25A, 50-571 Wrocław-Krzyki
telefon do rejestracji: 713 732 618
- 21) OŚRODEK OKULISTYKI KLINICZNEJ SPEKTRUM
ul. Zaolziańska 4, 53-334 Wrocław-Krzyki
telefon do rejestracji: 717 011 010
- 22) PROFIMED MIKRUT SALOMON LEKARZE SPÓŁKA PARTNERSKA
ul. Bulwar Ikara 24F, 54-130 Wrocław
telefon do rejestracji: 717 963 775
- 23) PRYWATNY GABINET OKULISTYCZNY BEATA GRANOWICZ
ul. Zwycięska 14e/4, 53-033 Wrocław-Krzyki
telefon do rejestracji: 789 124 576
- 24) PRZYCHODNIA LIDIA NAPORA, WIOLETA ZABÓWKA
ul. Sępa-Szarzyńskiego 30/1-2, 50-351 Wrocław-Śródmieście
telefon do rejestracji: 713 222 311
- 25) "PRZYCHODNIA NA BISKUPINIE" Sp. z o.o.
ul. Olszewskiego 21, 51-642 Wrocław-Śródmieście
telefon do rejestracji: 713 483 081
- 26) PRZYCHODNIA PULSANTIS STANDARD
ul. Ostrowskiego 3, 53-238 Wrocław
telefon do rejestracji: 713 391 140
- 27) SPECJALISTYCZNY OŚRODEK OKULISTYCZNY Sp. z o.o. Spółka Komandytowa
ul. Stawowa 12/3, 50-018 Wrocław
telefon do rejestracji: 713 444 227
- 28) SPECJALISTYCZNY ZAKŁAD PROFILAKTYCZNO-LECZNICZY PROVITA Sp. z o.o. w likwidacji
ul. Bierutowska 63, 51-317 Wrocław-Psie Pole
telefon do rejestracji: 713 251 468
- 29) UNIWERSYTECKI SZPITAL KLINICZNY WE WROCŁAWIU
ul. Borowska 213, 50-556 Wrocław
telefon do rejestracji: 717 331 600
- 30) WOJEWÓDZKIE CENTRUM MEDYCZNE "DOBRZYŃSKA"
Poradnia Okulistyczna / Poradnia Leczenia Zeza i Niedowidzenia
ul. Dobrzyńska 21/23, 50-403 Wrocław
telefon do rejestracji: 717 747 700
- 31) WOJEWÓDZKI SZPITAL SPECJALISTYCZNY WE WROCŁAWIU
ul. Kamieńskiego 73a, 51-124 Wrocław-Psie Pole
telefon do rejestracji: 459 595 454
- 32) WROCŁAWSKIE CENTRUM OKULISTYCZNE MARKUSZEWSKI MARKUSZEWSKA SPÓŁKA JAWNA
Poradnia Okulistyczna / Poradnia Leczenia Zeza
ul. Zakładowa 11, 50-231 Wrocław
telefon do rejestracji: 713 226 283
- 33) WROCŁAWSKIE CENTRUM ZDROWIA SPZOZ
ul. Dokerska 9, 54-142 Wrocław-Fabryczna
telefon do rejestracji: 713 738 413
- 34) WROCŁAWSKIE CENTRUM ZDROWIA SPZOZ
Poradnia Okulistyczna / Leczenia Jaskry
ul. Stalowa 50, 53-433 Wrocław-Fabryczna
telefon do rejestracji: 713 621 121
- 35) WROCŁAWSKIE EYE - LASER CENTER Sp. z o.o.
ul. Oławska 9, 50-123 Wrocław-Stare Miasto
telefon do rejestracji: 713 448 080
- 36) "ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ PSIE POLE" Sp. z o.o.
ul. Potockiego 2, 51-153 Wrocław-Psie Pole
telefon do rejestracji: 713 252 325

37) ZESPÓŁ USŁUG MEDYCZNYCH "LEK-TRANS" Sp. z o.o. ul. Kręta 25, 50-233 Wrocław-Śródmieście telefon do rejestracji: 713 224 759	
38) ZYGMUNT FAL ul. Rubczaka 18, 54-002 Wrocław-Fabryczna telefon do rejestracji: 713 495 303	
PORADNIA ONKOLOGICZNA	13
1) 4 WOJSKOWY SZPITAL KLINICZNY Z POLIKLINIKĄ SPZOZ WE WROCŁAWIU ul. Weigla 5, 50-981 Wrocław-Krzyki telefon do rejestracji: 261 660 555 2) DOLNOŚLĄSKIE CENTRUM CHOROÓB PŁUC WE WROCŁAWIU ul. Grabiszyńska 105, 53-439 Wrocław telefon do rejestracji: 459 599 001 3) DOLNOŚLĄSKIE CENTRUM ONKOLOGII WE WROCŁAWIU <i>Poradnia Onkologiczna / Chemioterapii / Radioterapii / Profilaktyki Chorób Sutka / Ginekologii Onkologicznej</i> pl. Ludwika Hirszfelda 12, 53-413 Wrocław-Krzyki telefon do rejestracji: 713 689 571 4) DOLNOŚLĄSKIE CENTRUM TRANSPLANTACJI KOMÓRKOWYCH Z KRAJOWYM BANKIEM DAWCÓW SZPIKU ul. Grabiszyńska 105, 53-439 Wrocław-Fabryczna telefon do rejestracji: 717 831 371 5) EMC INSTYTUT MEDYCZNY SPÓŁKA AKCYJNA telefon do rejestracji: 717 117 400 ul. Królewska 30, 51-200 Wrocław-Psie Pole 6) ul. Wejherowska 28/4, 54-239 Wrocław 7) ul. Zatorska 55a, 51-215 Wrocław 8) KARŁOWICKIE CENTRUM MEDYCZNE "KAR-MED" Sp. z o.o. ul. ks. Bonczyka 20, 51-138 Wrocław telefon do rejestracji: 713 255 001 9) PRZYCHODNIA WIELOSPECJALISTYCZNA SK-MEDICA Sp. z o.o. ul. Kamiennogórska 10, 54-034 Wrocław-Fabryczna telefon do rejestracji: 717 255 762 10) SZPITAL ŚW.ANTONIEGO W ZĄBKOWICACH ŚLĄSKICH ul. Pilczycka 144-148, 54-144 Wrocław telefon do rejestracji: 717 117 400 11) UNIWERSYTECKI SZPITAL KLINICZNY WE WROCŁAWIU ul. Borowska 213, 50-556 Wrocław telefon do rejestracji: 717 331 028 12) PORADNIA PRZYKLINICZNA GINEKOLOGII ONKOLOGICZNEJ ul. Chałubińskiego 3, 50-368 Wrocław-Śródmieście telefon do rejestracji: 717 842 380 13) WOJEWÓDZKI SZPITAL SPECJALISTYCZNY WE WROCŁAWIU ul. Kamieńskiego 73a, 51-124 Wrocław-Psie Pole telefon do rejestracji: 459 595 454	
PORADNIA OSTEOPOROZY	3
1) OSTEON OŚRODEK LECZENIA OSTEOPOROZY I CHOROÓB STAWÓW ul. Nowowiejska 100/1B, 50-339 Wrocław-Śródmieście telefon do rejestracji: 713 210 699 2) UNIWERSYTECKI SZPITAL KLINICZNY WE WROCŁAWIU ul. Borowska 213, 50-556 Wrocław telefon do rejestracji: 717 331 600 3) WROCŁAWSKIE CENTRUM ZDROWIA SPZOZ pl. Dominikański 6, 50-159 Wrocław-Stare Miasto telefon do rejestracji: 713 448 085	
PORADNIA OTOLARYNGOLOGICZNA	35
1) 4 WOJSKOWY SZPITAL KLINICZNY Z POLIKLINIKĄ SPZOZ WE WROCŁAWIU ul. Weigla 5, 50-981 Wrocław-Krzyki telefon do rejestracji: 261 660 555	

- 2) AAVITA Lekarska Przychodnia Leczniczo- Profilaktyczna Sp. z o.o.
ul. Raclawicka 15/19, 53-146 Wrocław-Krzyki
telefon do rejestracji: 713 618 028
- 3) AMA VITA - Ambulatoryjne Świadczenia Zdrowotne
ul. Canaletta 4, 51-665 Wrocław-Śródmieście
telefon do rejestracji: 713 489 049
- 4) DOLNOŚLĄSKIE CENTRUM MEDYCYNY PROFILAKTYCZNEJ I BEZPIECZEŃSTWA PRACY "PRO-MED" Sp. z o.o.
ul. Gwarna 6A, 50-001 Wrocław-Krzyki
telefon do rejestracji: 713 443 786
- 5) DOLNOŚLĄSKI SZPITAL SPECJALISTYCZNY - CENTRUM MEDYCYNY RATUNKOWEJ
ul. Fieldorfa 2, 54-049 Wrocław-Fabryczna
telefon do rejestracji: 713 064 231
- 6) DOLNOŚLĄSKI WOJEWÓDZKI OŚRODEK MEDYCYNY PRACY
ul. Oławska 14, 50-123 Wrocław
Telefon do rejestracji: 713 449 300
- 7) EMC INSTYTUT MEDYCZNY SPÓŁKA AKCYJNA
telefon do rejestracji: 717 117 400
ul. Łowiecka 24, 50-220 Wrocław
- 8) ul. Wejherowska 28/4, 54-239 Wrocław
- 9) ul. Krzywoustego 290, 51-312 Wrocław
- 10) LUX MED Sp. z o.o.
ul. Swobodna 1, 50-088 Wrocław-Krzyki
telefon do rejestracji: 717 564 100
- 11) MEDICUS Sp. z o.o.
pl. Strzelecki 24, 50-224 Wrocław-Śródmieście
telefon do rejestracji: 713 236 300
- 12) MIĘDZYWOJEWÓDZKA PRZYPCHODNIA SPORTOWO-LEKARSKA S.A.
ul. Paderewskiego 35, 51-612 Wrocław
telefon do rejestracji: 713 483 734
- 13) M-MED
ul. Ulanowskiego 18/20, 53-144 Wrocław-Krzyki
telefon do rejestracji: 713 618 639
- 14) NZOZ CENTRUM MEDYCZNE "PRACTIMED" Sp. z o.o.
ul. Pabianicka 25, 53-339 Wrocław-Krzyki
telefon do rejestracji: 717 983 650; 717 983 660
- 15) NZOZ LARMED
ul. Obrońców Poczty Gdańskiej 13, 52-207 Wrocław-Krzyki
telefon do rejestracji: 664 348 343
- 16) NZOZ "MULTI-MEDYK" Sp. z o.o.
pl. św. Macieja 8, 50-244 Wrocław-Śródmieście
telefon do rejestracji: 713 210 247
- 17) NZOZ "Przychodnia Kosmonautów" Sp. z o.o.
ul. Horbaczewskiego 35, 54-130 Wrocław-Fabryczna
telefon do rejestracji: 713 512 843
- 18) NZOZ "Centrum Zdrowia" M.SZEWCHYK I S-KA.SP.JAWNA
ul. Pautscha 5/7, 51-651 Wrocław-Śródmieście
telefon do rejestracji: 713 452 476
- 19) "OPTI-MED" Sp. z o.o. NZOZ
ul. Fabryczna 10, 53-609 Wrocław-Fabryczna
telefon do rejestracji: 713 565 361
- 20) PHM Sp. z o.o.
ul. Legnicka 61, 54-203 Wrocław
telefon do rejestracji: 713 490 360
- 21) POLSKI ZWIĄZEK GŁUCHYCH DOLNOŚLĄSKIE CENTRUM MEDYCZNE Sp. z o.o.
ul. Braniborska 2/10, 53-680 Wrocław-Stare Miasto
telefon do rejestracji: 713 556 719

22) PROFESORSKIE CENTRUM MEDYCZNE OPTIMUM ul. Szybka 5 c, 50-421 Wrocław-Krzyki telefon do rejestracji: 713 131 122 23) PRYWATNA PRZYCHODNIA LEKARSKA STEFAN SKROCKI ul. Grunwaldzka 69, 50-366 Wrocław-Śródmieście telefon do rejestracji: 713 219 455 24) "PRZYCHODNIA NA BISKUPINIE" Sp. z o.o. ul. Olszewskiego 21, 51-642 Wrocław-Śródmieście telefon do rejestracji: 713 483 081 25) PRZYCHODNIA PULSANTIS STANDARD ul. Ostrowskiego 3, 53-238 Wrocław Telefon do rejestracji: 713 391 140 26) PRZYCHODNIA "STARMED" STAROMIEJSKIE CENTRUM MEDYCZNE ul. Młodych Techników 7, 53-647 Wrocław telefon do rejestracji: 713 555 000 27) SZPITAL ŚW.ANTONIEGO W ZĄBKOWICACH ŚLĄSKICH ul. Pilczycka 144-148, 54-144 Wrocław telefon do rejestracji: 746 413 482 28) UNIWERSYTECKI SZPITAL KLINICZNY WE WROCŁAWIU ul. Borowska 213, 50-556 Wrocław telefon do rejestracji: 717 331 600 29) WOJEWÓDZKIE CENTRUM MEDYCZNE "DOBRZYŃSKA" ul. Dobrzyńska 21/23, 50-403 Wrocław telefon do rejestracji: 717 747 700 30) WOJEWÓDZKI SZPITAL SPECJALISTYCZNY WE WROCŁAWIU ul. Kamieńskiego 73a, 51-124 Wrocław-Psie Pole telefon do rejestracji: 459 595 454 31) WROCŁAWSKIE CENTRUM ZDROWIA SPZOZ ul. Dokerska 9, 54-142 Wrocław-Fabryczna telefon do rejestracji: 713 738 413 32) ul. Stalowa 50, 53-433 Wrocław-Fabryczna telefon do rejestracji: 713 621 121 33) ul. Stabłowicka 125, 54-062 Wrocław-Fabryczna telefon do rejestracji: 713 543 169 34) ZESPÓŁ USŁUG MEDYCZNYCH "LEK-TRANS" Sp. z o.o. ul. Kręta 25, 50-233 Wrocław-Śródmieście telefon do rejestracji: 713 224 759 35) "ZIEMO-VITA" Ośrodek Medyczny Sp. z o.o. ul. Ziemowita 1-9, 53-678 Wrocław-Stare Miasto telefon do rejestracji: 717 849 043	
PORADNIA PSYCHOLOGICZNA	4
1) CENTRUM NEUROPSYCHIATRII "NEUROMED" SPZOZ ul. Białowieska 74A, 54-235 Wrocław-Fabryczna telefon do rejestracji: 713 501 780 w. 31 2) ODDZIAŁ FUNDACJI "PROMYK SŁOŃCA" CENTRUM DIAGNOSTYCZNO-REHABILITACYJNE, NZOZ ul. Swobodna 8a, 50-088 Wrocław-Krzyki telefon do rejestracji: 717 827 777 3) POLSKI ZWIĄZEK GŁUCHYCH DOLNOŚLĄSKIE CENTRUM MEDYCZNE Sp. z o.o. ul. Braniborska 2/10, 53-680 Wrocław-Stare Miasto telefon do rejestracji: 713 556 719 4) SPZOZ MSWiA WE WROCŁAWIU ul. Grabiszyńska 35-39, 53-501 Wrocław telefon do rejestracji: 717 984 725	
PORADNIA PROKTOLOGICZNA	4
1) Centrum Medyczne "ENDO-MED" pl. Solidarności 1/3/5, 53-661 Wrocław-Stare Miasto telefon do rejestracji: 519 171 318	

2) DOLNOŚLĄSKIE CENTRUM CHOROÓB PŁUC WE WROCŁAWIU ul. Grabiszyńska 105, 53-439 Wrocław telefon do rejestracji: 459 599 001 3) DOLNOŚLĄSKIE CENTRUM GINEKOLOGII Sp. z o.o. ul. Powstańców Śląskich 48A, 53-333 Wrocław telefon do rejestracji: 717 213 200 4) UNIWERSYTECKI SZPITAL KLINICZNY WE WROCŁAWIU ul. Borowska 213, 50-556 Wrocław telefon do rejestracji: 717 331 600	
PORADNIA REHABILITACYJNA	26
1) 4 WOJSKOWY SZPITAL KLINICZNY Z POLIKLINIKĄ SPZOZ WE WROCŁAWIU ul. Weigla 5, 50-981 Wrocław-Krzyki telefon do rejestracji: 261 660 515 2) CENTRUM MEDYCZNE MULTI-MED ul. Sienkiewicza 110, 50-348 Wrocław-Śródmieście telefon do rejestracji: 713 026 800 3) CENTRUM REHABILITACJI BODY BALANCE ul. Eluarda 3-7, 54-019 Wrocław-Fabryczna telefon do rejestracji: 717 120 202 4) KARŁOWICKIE CENTRUM MEDYCZNE "KAR-MED" Sp. z o.o. ul. ks. Bonczyka 20, 51-138 Wrocław telefon do rejestracji: 713 255 001 5) LUX MED Sp. z o.o. ul. Swobodna 1, 50-088 Wrocław-Krzyki telefon do rejestracji: 717 564 100 6) NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ CENTRUM MEDYCZYNY I REHABILITACJI "VILLA MEDICA" ul. Boguszowska 61A, 54-046 Wrocław-Fabryczna telefon do rejestracji: 713 512 845 7) NZOZ "CREATOR" 8) ul. Lotnicza 37, 54-154 Wrocław-Fabryczna telefon do rejestracji: 713 620 202 9) al. Paderewskiego 35, Wrocław 10) NZOZ "Przychodnia Kosmonautów" Sp. z o.o. ul. Horbaczewskiego 35, 54-130 Wrocław-Fabryczna telefon do rejestracji: 713 512 843 11) NIEPUBLICZNY ZESPÓŁ LECZNICZO-REHABILITACYJNY CENTRUM KOMPLEKSOWEJ REHABILITACJI SP. Z O.O. ul. Krasińskiego 29/31, 50-450 Wrocław-Śródmieście telefon do rejestracji: 717 984 930 12) "OPTI-MED" Sp. z o.o. NZOZ ul. Fabryczna 10, 53-609 Wrocław-Fabryczna telefon do rejestracji: 713 565 361 13) PHM Sp. z o.o. ul. Sienkiewicza 58-60, 50-329 Wrocław-Śródmieście telefon do rejestracji: 713 222 691 14) PRZYCHODNIA GAJ Sp. z o.o. ul. Krynicka 51, 50-555 Wrocław telefon do rejestracji: 717 834 556 15) PRZYCHODNIA PULSANTIS STANDARD ul. Ostrowskiego 3, 53-238 Wrocław telefon do rejestracji: 713 391 140 16) R-MED ul. Zwycięska 14CA/A, 53-033 Wrocław telefon do rejestracji: 713 329 672 17) SPZOZ MSWiA WE WROCŁAWIU ul. Grabiszyńska 35-39, 53-501 Wrocław telefon do rejestracji: 717 984 740	

18) SPECJALISTYCZNA PRZYZCHODNIA REHABILITACYJNA "RESURS" ul. Wita Stwosza 16, 50-950 Wrocław telefon do rejestracji: 713 425 278 19) SPECJALISTYCZNE CENTRUM REHABILITACJI INTEGRA ul. Olszewskiego 23B, 51-645 Wrocław-Śródmieście telefon do rejestracji: 713 483 681 20) SPECJALISTYCZNY ZAKŁAD PROFILAKTYCZNO-LECZNICZY PROVITA Sp. z o.o. w likwidacji ul. Bierutowska 63, 51-317 Wrocław-Psie Pole telefon do rejestracji: 713 251 468 21) UNIWERSYTECKI SZPITAL KLINICZNY WE WROCŁAWIU ul. Borowska 213, 50-556 Wrocław telefon do rejestracji: 717 331 600 22) VRATISLAVIA MEDICA Sp. z o.o. ul. Lekarska 1, 51-134 Wrocław telefon do rejestracji: 713 876 600 23) WOJEWÓDZKI SZPITAL SPECJALISTYCZNY WE WROCŁAWIU ul. Poświęcka 8, 51-128 Wrocław-Psie Pole telefon do rejestracji: 459 595 454 24) WOJEWÓDZKIE CENTRUM MEDYCZNE "DOBRZYŃSKA" ul. Dobrzyńska 21/23, 50-403 Wrocław telefon do rejestracji: 717 747 700 25) WROCŁAWSKIE CENTRUM ZDROWIA SPZOZ ul. Celtycka 15/17, 54-153 Wrocław-Fabryczna telefon do rejestracji: 713 537 352 26) "ZIEMO-VITA" Ośrodek Medyczny Sp. z o.o. ul. Ziemowita 1-9, 53-678 Wrocław-Stare Miasto telefon do rejestracji: 717 849 043	
PRACOWNIA / DZIAŁ FIZJOTERAPII	31
1) 4 WOJSKOWY SZPITAL KLINICZNY Z POLIKLINIKĄ SPZOZ WE WROCŁAWIU ul. Weigla 5, 50-981 Wrocław-Krzyki telefon do rejestracji: 261 660 515 2) ARTEMED CENTRUM MEDYCZNE NZOZ ul. Krasińskiego 29, 50-450 Wrocław-Krzyki telefon do rejestracji: 727 204 293 3) CENTRUM MEDYCZNE MULTI-MED ul. Sienkiewicza 110, 50-348 Wrocław-Śródmieście telefon do rejestracji: 717 989 941 4) CENTRUM REHABILITACJI BODY BALANCE ul. Eluarda 3-7, 54-019 Wrocław-Fabryczna telefon do rejestracji: 717 120 202 5) EMC INSTYTUT MEDYCZNY SPÓŁKA AKCYJNA ul. Łowiecka 24, 50-220 Wrocław telefon do rejestracji: 717 117 400 6) KARŁOWICKIE CENTRUM MEDYCZNE "KAR-MED" Sp. z o.o. ul. ks. Bonczyka 20, 51-138 Wrocław telefon do rejestracji: 713 255 001 7) LUX MED Sp. z o.o. ul. Swobodna 1, 50-088 Wrocław-Krzyki telefon do rejestracji: 717 564 108 8) NZOZ CENTRUM MEDYCZYNY I REHBILITACJI "VILLA MEDICA" ul. Boguszowska 61A, 54-046 Wrocław-Fabryczna telefon do rejestracji: 713 512 845 9) NZOZ "CREATOR" ul. Lotnicza 37, 54-154 Wrocław-Fabryczna telefon do rejestracji: 713 620 202 10) al. Paderewskiego 35, 51-612 Wrocław-Śródmieście Telefon do rejestracji: 713 481 074	

- 11) NZOZ "Przychodnia Kosmonautów" Sp. z o.o.
ul. Horbaczewskiego 35, 54-130 Wrocław-Fabryczna
telefon do rejestracji: 713 510 558
- 12) NIEPUBLICZNY ZESPÓŁ LECZNICZO-REHABILITACYJNY CENTRUM
KOMPLEKSOWEJ REHABILITACJI Sp. z o.o.
ul. Krasińskiego 29/31, 50-450 Wrocław-Śródmieście
telefon do rejestracji: 717 984 930
- 13) ODDZIAŁ FUNDACJI "PROMYK SŁOŃCA" CENTRUM DIAGNOSTYCZNO-
REHABILITACYJNE, NZOZ
ul. Swobodna 8a, 50-088 Wrocław-Krzyki
telefon do rejestracji: 717 827 777
- 14) "OPTI-MED" Sp. z o.o. NZOZ
ul. Fabryczna 10, 53-609 Wrocław-Fabryczna
telefon do rejestracji: 713 565 465
- 15) PHM Sp. z o.o.
ul. Legnicka 61, 54-203 Wrocław
telefon do rejestracji: 713 490 360
- 16) ul. Sienkiewicza 58-60, 50-329 Wrocław-Śródmieście
Telefon do rejestracji: 713 222 691
- 17) PRZYCHODNIA GAJ Sp. z o.o.
ul. Krynicka 51, 50-555 Wrocław
telefon do rejestracji: 717 834 556
- 18) "PRZYCHODNIA NA BISKUPINIE" Sp. z o.o.
ul. Olszewskiego 21, 51-642 Wrocław-Śródmieście
telefon do rejestracji: 713 483 081
- 19) PRZYCHODNIA PULSANTIS STANDARD
ul. Ostrowskiego 3, 53-238 Wrocław
telefon do rejestracji: 713 391 140
- 20) PRZYCHODNIA WIELOSPECJALISTYCZNA SK-MEDICA Sp. z o.o.
ul. Kamiennogórska 10, 54-034 Wrocław-Fabryczna
telefon do rejestracji: 717 255 762
- 21) R-MED
ul. Zwycięska 14CA/A, 53-033 Wrocław
telefon do rejestracji: 713 329 672
- 22) SPZOZ MSWiA WE WROCŁAWIU
ul. Ołbińska 32, 50-233 Wrocław-Śródmieście
telefon do rejestracji: 717 984 637
- 23) SPECJALISTYCZNA PRZYCHODNIA REHABILITACYJNA "RESURS"
ul. Wita Stwosza 16, 50-950 Wrocław
telefon do rejestracji: 713 425 278
- 24) SPECJALISTYCZNE CENTRUM REHABILITACJI INTEGRA
ul. Olszewskiego 23B, 51-645 Wrocław-Śródmieście
telefon do rejestracji: 713 483 681
- 25) SPECJALISTYCZNY ZAKŁAD PROFILAKTYCZNO-LECZNICZY PROVITA Sp. z o.o. w
likwidacji
ul. Bierutowska 63, 51-317 Wrocław-Psie Pole
telefon do rejestracji: 713 251 468
- 26) UNIWERSYTECKI SZPITAL KLINICZNY WE WROCŁAWIU
ul. Borowska 213, 50-556 Wrocław
telefon do rejestracji: 717 364 981
- 27) WOJEWÓDZKIE CENTRUM MEDYCZNE "DOBZYŃSKA"
ul. Dobrzyńska 21/23, 50-403 Wrocław
telefon do rejestracji: 717 747 700
- 28) WOJEWÓDZKI SZPITAL SPECJALISTYCZNY IM. J. GROMKOWSKIEGO
ul. Koszarowa 5, 51-149 Wrocław-Psie Pole
telefon do rejestracji: 713 925 366
- 29) WROCŁAWSKIE CENTRUM ZDROWIA SPZOZ
ul. Stabłowicka 125, 54-062 Wrocław-Fabryczna
telefon do rejestracji: 713 543 169

30) ul. Celtycka 15/17, 54-153 Wrocław-Fabryczna telefon do rejestracji: 713 537 352	
31) "ZIEMO-VITA" Ośrodek Medyczny Sp. z o.o. ul. Ziemowita 1-9, 53-678 Wrocław-Stare Miasto telefon do rejestracji: 717 849 090	
OŚRODEK REHABILITACJI DZIENNEJ	9
1) 4 WOJSKOWY SZPITAL KLINICZNY Z POLIKLINIKĄ SPZOZ WE WROCŁAWIU ul. Weigla 5, 50-981 Wrocław-Krzyki telefon do rejestracji: 261 660 515	
2) NZOZ "CREATOR" <i>Ośrodek rehabilitacji dziennej / Ośrodek rehabilitacji kardiologicznej</i> ul. Lotnicza 37, 54-154 Wrocław-Fabryczna telefon do rejestracji: 713 620 202	
3) PRZYCHODNIA PULSANTIS STANDARD ul. Ostrowskiego 3, 53-238 Wrocław Telefon do rejestracji: 713 391 140	
4) SPECJALISTYCZNE CENTRUM REHABILITACJI INTEGRA ul. Olszewskiego 23B, 51-645 Wrocław-Śródmieście telefon do rejestracji: 713 483 681	
5) SPECJALISTYCZNY ZAKŁAD PROFILAKTYCZNO-LECZNICZY PROVITA Sp. z o.o. w likwidacji ul. Bierutowa 63, 51-317 Wrocław-Psie Pole telefon do rejestracji: 713 251 468	
6) UNIWERSYTECKI SZPITAL KLINICZNY WE WROCŁAWIU ul. Borowska 213, 50-556 Wrocław telefon do rejestracji: 717 364 981	
7) VRATISLAVIA MEDICA Sp. z o.o. ul. Lekarska 1, 51-134 Wrocław telefon do rejestracji: 713 876 600	
8) WOJEWÓDZKIE CENTRUM MEDYCZNE "DOBRZYŃSKA" ul. Dobrzyńska 21/23, 50-403 Wrocław telefon do rejestracji: 717 747 721	
9) CENTRUM KARDIOLOGICZNE "PRO CORDE" Wrocław <i>Ośrodek dziennej rehabilitacji kardiologicznej</i> ul. Nowowiejska 64-66/1A, 50-315 Wrocław-Śródmieście telefon do rejestracji: 713 226 008	
PORADNIA REUMATOLOGICZNA	16
1) 4 WOJSKOWY SZPITAL KLINICZNY Z POLIKLINIKĄ SPZOZ WE WROCŁAWIU ul. Weigla 5, 50-981 Wrocław-Krzyki telefon do rejestracji: 261 660 555	
2) DOLNOŚLĄSKI WOJEWÓDZKI OŚRODEK MEDYCyny PRACY ODDZIAŁ - OBWÓD LECZNICTWA KOLEJOWEGO WE WROCŁAWIU ul. Joannitów 10/12, 50-525 Wrocław-Krzyki telefon do rejestracji: 717 957 033	
3) EMC INSTYTUT MEDYCZNY SPÓŁKA AKCYJNA telefon do rejestracji: 717 117 400 ul. Łowiecka 24, 50-220 Wrocław	
4) ul. Pilczycka 144-148, 54-144 Wrocław-Fabryczna	
5) ul. Krzywoustego 290, 51-312 Wrocław	
6) NZOZ CENTRUM MEDYCZNE "PRACTIMED" Sp. z o.o. ul. Pabianicka 25, 53-339 Wrocław-Krzyki telefon do rejestracji: 717 983 650; 717 983 660	
7) NZOZ "Przychodnia Kosmonautów" Sp. z o.o. ul. Horbaczewskiego 35, 54-130 Wrocław-Fabryczna telefon do rejestracji: 713 512 843	
8) OSTEON OŚRODEK LECZENIA OSTEOPOROZY I CHOROÓB STAWÓW ul. Nowowiejska 100/1B, 50-339 Wrocław-Śródmieście telefon do rejestracji: 713 210 699	

9) PRZYCHODNIA PULSANTIS STANDARD ul. Ostrowskiego 3, 53-238 Wrocław telefon do rejestracji: 713 391 140 10) SPECJALISTYCZNY ZAKŁAD PROFILAKTYCZNO-LECZNICZY PROVITA Sp. z o.o. w likwidacji ul. Bierutowska 63, 51-317 Wrocław-Psie Pole telefon do rejestracji: 713 251 468 11) UNIWERSYTECKI SZPITAL KLINICZNY WE WROCŁAWIU ul. Borowska 213, 50-556 Wrocław telefon do rejestracji: 717 331 600 12) WOJEWÓDZKIE CENTRUM MEDYCZNE "DOBRZYŃSKA" ul. Dobrzyńska 21/23, 50-403 Wrocław telefon do rejestracji: 717 747 700 13) "Zakład Opieki Zdrowotnej Psie Pole" Sp. z o.o. al. Boya-Żeleńskiego 22, 51-160 Wrocław-Psie Pole telefon do rejestracji: 713 253 081 14) ul. Brucknera 47-49, 51-411 Wrocław-Psie Pole telefon do rejestracji: 713 253 331 15) ZESPÓŁ USŁUG MEDYCZNYCH "LEK-TRANS" SP. Z O.O. ul. Kręta 25, 50-233 Wrocław-Śródmieście telefon do rejestracji: 713 224 759 16) "ZIEMO-VITA" OŚRODEK MEDYCZNY Sp. z o.o. ul. Ziemowita 1-9, 53-678 Wrocław-Stare Miasto telefon do rejestracji: 717 849 043	
PORADNIA / ODDZIAŁ DZIENNY TERAPII UZALEŻNIEŃ	6
1) WROCŁAWSKIE CENTRUM ZDROWIA SPZOZ <i>Poradnia terapii uzależnienia alkoholu i współuzależnienia</i> <i>Poradnia terapii uzależnienia od substancji psychoaktywnych</i> ul. Wszystkich Świętych 2, 50-136 Wrocław-Stare Miasto telefon do rejestracji: 713 560 780 2) <i>Poradnia terapii uzależnienia od alkoholu i współuzależnienia</i> ul. Lindego 19-21, 51-138 Wrocław-Psie Pole telefon do rejestracji: 713 556 361 3) CENTRUM NEUROPSYCHIATRII "NEUROMED" SPZOZ <i>Poradnia terapii uzależnienia od alkoholu i współuzależnienia</i> ul. Borowska 181-187, 50-553 Wrocław telefon do rejestracji: 717 864 344 4) DOLNOŚLĄSKIE CENTRUM ZDROWIA PSYCHICZNEGO Sp. z o.o. <i>Poradnia terapii uzależnień od alkoholu</i> <i>Poradnia terapii uzależnień od substancji psychoaktywnych</i> <i>Oddział dzienny terapii uzależnienia od alkoholu</i> Wybrzeże Conrada-Korzeniowskiego 18, 50-226 Wrocław-Psie Pole telefon do rejestracji: 717 766 280 5) NZOZ CENTRUM INTERWENCJI KRYZYSOWEJ "KARAN" <i>Poradnia terapii uzależnienia od alkoholu i współuzależnienia</i> <i>Poradnia terapii uzależnienia od substancji psychoaktywnych</i> <i>Oddział dzienny terapii uzależnienia od alkoholu</i> <i>Oddział dzienny terapii uzależnienia od substancji psychoaktywnych</i> ul. Traugutta 119/1, 50-419 Wrocław-Krzyki telefon do rejestracji: 713 491 556 6) SPECJALISTYCZNE USŁUGI MEDYCZNE BALANCE Sp. z o.o. <i>Poradnia terapii uzależnienia alkoholu i współuzależnienia</i> ul. Ikara 30, 54-130 Wrocław-Fabryczna telefon do rejestracji: 713 111 658	

PORADNIA UROLOGICZNA	14
1) 4 WOJSKOWY SZPITAL KLINICZNY Z POLIKLINIKĄ SPZOZ WE WROCŁAWIU ul. Weigla 5, 50-981 Wrocław-Krzyki telefon do rejestracji: 261 660 555 2) DOLNOŚLĄSKIE CENTRUM ONKOLOGII WE WROCŁAWIU pl. Ludwika Hirszfelda 12, 53-413 Wrocław-Krzyki telefon do rejestracji: 713 689 572 3) DOLNOŚLĄSKI SZPITAL SPECJALISTYCZNY IM. T. MARCINIAKA - CENTRUM MEDYCYNY RATUNKOWEJ ul. Fieldorfa 2, 54-049 Wrocław-Fabryczna telefon do rejestracji: 713 064 231 4) EMC INSTYTUT MEDYCZNY SPÓŁKA AKCYJNA ul. Krzywoustego 290, 51-312 Wrocław telefon do rejestracji: 717 117 400 5) PHM Sp. z o.o. ul. Sienkiewicza 58-60, 50-329 Wrocław-Śródmieście telefon do rejestracji: 713 222 691 6) PRYWATNA POLIKLINIKA "Na Grobli" Sp. z o.o. pl. Hirszfelda 1, 53-413 Wrocław-Krzyki telefon do rejestracji: 713 380 078 7) PRYWATNA PRZYCHODNIA LEKARSKA STEFAN SKROCKI ul. Grunwaldzka 69, 50-366 Wrocław-Śródmieście telefon do rejestracji: 713 219 455 8) PRZYCHODNIA WIELOSPECJALISTYCZNA SK-MEDICA Sp. z o.o. ul. Kamiennogórska 10, 54-034 Wrocław-Fabryczna telefon do rejestracji: 717 255 762 9) SZPITAL ŚW.ANTONIEGO W ZĄBKOWICACH ŚLĄSKICH ul. Pilczycka 144-148, 54-144 Wrocław telefon do rejestracji: 717 117 400 10) UNIWERSYTECKI SZPITAL KLINICZNY WE WROCŁAWIU ul. Borowska 213, 50-556 Wrocław telefon do rejestracji: 717 331 600 11) UROMEDICAL OŚRODEK KRUSZENIA KAMIENI MOCZOWYCH PANEK, ŻYCHOWICZ SPÓŁKA JAWNA ul. Grabiszyńska 35-39, 53-501 Wrocław-Fabryczna telefon do rejestracji: 717 844 414 12) UROMEDICA Wojciech Kołaczyk ul. Łubinowa 12/5, 52-210 Wrocław telefon do rejestracji: 713 908 447 13) WOJEWÓDZKIE CENTRUM MEDYCZNE "DOBRZYŃSKA" ul. Dobrzyńska 21/23, 50-403 Wrocław telefon do rejestracji: 717 747 700 14) WOJEWÓDZKI SZPITAL SPECJALISTYCZNY WE WROCŁAWIU ul. Kamieńskiego 73a, 51-124 Wrocław-Psie Pole telefon do rejestracji: 459 595 454	
PORADNIA ZDROWIA PSYCHICZNEGO / PSYCHIATRYCZNA	22
1) 4 WOJSKOWY SZPITAL KLINICZNY Z POLIKLINIKĄ SPZOZ WE WROCŁAWIU ul. Weigla 5, 50-981 Wrocław-Krzyki telefon do rejestracji: 261 660 555 2) AMICUR - AMBULATORIJNE ŚWIADCZENIA ZDROWOTNE ul. Orzeszkowej 55/57, 50-311 Wrocław-Śródmieście telefon do rejestracji: 713 225 620 3) CENTRUM MEDYCZNE BABY VITA ul. Zelwerowicza 4, 53-676 Wrocław-Stare Miasto Telefon do rejestracji: 713 493 911 4) CENTRUM NEUROPSYCHIATRII "NEUROMED" SPZOZ ul. Białowieska 74A, 54-235 Wrocław-Fabryczna telefon do rejestracji: 713 501 780	

5) DOLNOŚLĄSKIE CENTRUM ZDROWIA PSYCHICZNEGO Sp. z o.o. Wybrzeże Korzeniowskiego 18, 50-226 Wrocław-Psie Pole telefon do rejestracji: 717 766 322	
6) DOLNOŚLĄSKI WOJEWÓDZKI OŚRODEK MEDYCYNY PRACY Oddział - Obwód Lecznictwa Kolejowego we Wrocławiu ul. Joannitów 10/12, 50-525 Wrocław-Krzyki telefon do rejestracji: 717 957 033	
7) LEKARSKA PRZYCHODNIA SPECJALISTYCZNA TRR ul. Podwale 74/OFC.23, 50-449 Wrocław-Stare Miasto telefon do rejestracji: 713 421 413	
8) NZOZ CENTRUM MEDYCZNE "PRACTIMED" Sp. z o.o. ul. Pabianicka 25, 53-339 Wrocław-Krzyki telefon do rejestracji: 717 983 641	
9) NZOZ "Przychodnia Kosmonautów" Sp. z o.o. ul. Drzewieckiego 36a, 54-129 Wrocław-Fabryczna telefon do rejestracji: 713 497 675	
10) PHM Sp. z o.o. ul. Legnicka 61, 54-203 Wrocław-Fabryczna telefon do rejestracji: 713 490 360	
11) PRYWATNA PRZYCHODNIA LEKARSKA STEFAN SKROCKI ul. Grunwaldzka 69, 50-366 Wrocław-Śródmieście telefon do rejestracji: 713 219 455	
12) PRZYCHODNIA PULSANTIS STANDARD ul. Ostrowskiego 3, 53-238 Wrocław telefon do rejestracji: 713 391 140	
13) SPZOZ MSWiA WE WROCŁAWIU ul. Grabiszyńska 35-39, 53-501 Wrocław-Fabryczna telefon do rejestracji: 717 984 725	
14) SPECJALISTYCZNE USŁUGI MEDYCZNE BALANCE Sp. z o.o. ul. Ikara 30, 54-130 Wrocław-Fabryczna telefon do rejestracji: 713 111 658	
15) <i>Poradnia Psychogeriatryczna</i> ul. Krynicka 33-35, 50-555 Wrocław-Krzyki telefon do rejestracji: 713 111 094	
16) UNIWERSYTECKI SZPITAL KLINICZNY WE WROCŁAWIU ul. Pasteura 10, 50-367 Wrocław-Śródmieście telefon do rejestracji: 717 841 610	
17) WOJEWÓDZKIE CENTRUM MEDYCZNE "DOBRZYŃSKA" ul. Dobrzyńska 21/23, 50-403 Wrocław telefon do rejestracji: 717 747 730	
18) WROCŁAWSKIE CENTRUM ZDROWIA SPZOZ ul. Lindego 19-21, 51-138 Wrocław-Psie Pole telefon do rejestracji: 713 556 361	
19) ul. Dokerska 9, 54-142 Wrocław-Fabryczna telefon do rejestracji: 713 738 842	
20) ul. Ostrowskiego 13C, 53-238 Wrocław-Fabryczna telefon do rejestracji: 713 699 060	
21) "ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ PSIE POLE" Sp. z o.o. ul. Potockiego 2, 51-153 Wrocław-Psie Pole telefon do rejestracji: 713 252 325	
22) ul. Brucknera 47-49, 51-411 Wrocław-Psie Pole telefon do rejestracji: 713 253 331	

II Poradnie specjalistyczne dla dzieci

Nazwa poradni dla dzieci	Ilość
PORADNIA ALERGOLOGICZNA DLA DZIECI	6
1) EMC INSTYTUT MEDYCZNY SPÓŁKA AKCYJNA ul. Łowiecka 24, 50-220 Wrocław telefon do rejestracji: 717 117 400	
2) UNIWERSYTECKI SZPITAL KLINICZNY WE WROCŁAWIU ul. Chałubińskiego 2-2a, 50-368 Wrocław-Śródmieście telefon do rejestracji: 717 703 125	
3) WOJEWÓDZKIE CENTRUM MEDYCZNE "DOBRZYŃSKA" ul. Dobrzyńska 21/23, 50-403 Wrocław telefon do rejestracji: 717 747 700	
4) WOJEWÓDZKI SZPITAL SPECJALISTYCZNY IM. J. GROMKOWSKIEGO ul. Koszarowa 5, 51-149 Wrocław-Psie Pole telefon do rejestracji: 717 003 000	
5) WROCŁAWSKIE CENTRUM ZDROWIA SPZOZ ul. Dokerska 9, 54-142 Wrocław-Fabryczna telefon do rejestracji: 713 738 413	
6) "ZIEMO-VITA" Ośrodek Medyczny Sp. z o.o. ul. Ziemowita 1-9, 53-678 Wrocław-Stare Miasto telefon do rejestracji: 717 849 037	
PORADNIA CHIRURGII DZIECIĘCEJ	3
1) DOLNOŚLĄSKI SZPITAL SPECJALISTYCZNY IM. T. MARCINIAKA - CENTRUM MEDYCZNY RATUNKOWEJ ul. Fieldorfa 2, 54-049 Wrocław-Fabryczna telefon do rejestracji: 713 064 231	
2) PHM Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością ul. Sienkiewicza 58-60, 50-329 Wrocław-Śródmieście telefon do rejestracji: 713 222 691	
3) UNIWERSYTECKI SZPITAL KLINICZNY WE WROCŁAWIU ul. Borowska 213, 50-556 Wrocław telefon do rejestracji: 717 703 016	
PORADNIA CHIRURGII ONKOLOGICZNEJ DLA DZIECI	1
1) UNIWERSYTECKI SZPITAL KLINICZNY WE WROCŁAWIU ul. Borowska 213, 50-556 Wrocław telefon do rejestracji: 717 703 016	
PORADNIA CHOROÓB ZAKAŻNYCH DLA DZIECI	2
1) UNIWERSYTECKI SZPITAL KLINICZNY WE WROCŁAWIU ul. Chałubińskiego 2-2a, 50-368 Wrocław-Śródmieście telefon do rejestracji: 717 703 159	
2) WOJEWÓDZKI SZPITAL SPECJALISTYCZNY IM. J. GROMKOWSKIEGO ul. Koszarowa 5, 51-149 Wrocław-Psie Pole telefon do rejestracji: 717 003 000	
PORADNIA DIABETOLOGICZNA DZIECIĘCA	1
1) UNIWERSYTECKI SZPITAL KLINICZNY WE WROCŁAWIU ul. Chałubińskiego 2-2a, 50-368 Wrocław-Śródmieście telefon do rejestracji: 717 703 125	
PORADNIA ENDOKRYNOLOGICZNA DZIECIĘCA	2
1) UNIWERSYTECKI SZPITAL KLINICZNY WE WROCŁAWIU ul. Chałubińskiego 2-2a, 50-368 Wrocław-Śródmieście telefon do rejestracji: 717 703 125	
2) WOJEWÓDZKIE CENTRUM MEDYCZNE "DOBRZYŃSKA" ul. Dobrzyńska 21/23, 50-403 Wrocław telefon do rejestracji: 717 747 700	

PORADNIA GASTROENTEROLOGICZNA DLA DZIECI	3
1) UNIWERSYTECKI SZPITAL KLINICZNY WE WROCŁAWIU <i>Poradnia Gastroenterologiczna I Zaburzeń Metabolicznych Dla Dzieci</i> ul. Curie-Skłodowskiej 50/52, 50-369 Wrocław-Śródmieście telefon do rejestracji: 717 703 057 2) WOJEWÓDZKI SZPITAL SPECJALISTYCZNY IM. J. GROMKOWSKIEGO ul. Koszarowa 5, 51-149 Wrocław-Psie Pole telefon do rejestracji: 717 003 000 3) WOJEWÓDZKI SZPITAL SPECJALISTYCZNY WE WROCŁAWIU ul. Kamieńskiego 73a, 51-124 Wrocław-Psie Pole telefon do rejestracji: 459 595 454	
PORADNIA GINEKOLOGICZNA DLA DZIEWCZĄT	2
1) ODDZIAŁ FUNDACJI "PROMYK SŁOŃCA" CENTRUM DIAGNOSTYCZNO-REHABILITACYJNE, NZOZ ul. Swobodna 8a, 50-088 Wrocław-Krzyki telefon do rejestracji: 717 827 777 2) UNIWERSYTECKI SZPITAL KLINICZNY WE WROCŁAWIU ul. Chałubińskiego 3, 50-368 Wrocław-Śródmieście telefon do rejestracji: 717 842 380	
PORADNIA GRUŻLICY I CHOROÓB PŁUC DLA DZIECI	1
1) WOJEWÓDZKI SZPITAL SPECJALISTYCZNY IM. J. GROMKOWSKIEGO ul. Koszarowa 5, 51-149 Wrocław-Psie Pole telefon do rejestracji: 717 003 000	
PORADNIA HEMATOLOGICZNA DLA DZIECI	1
1) UNIWERSYTECKI SZPITAL KLINICZNY WE WROCŁAWIU ul. Borowska 213, 50-556 Wrocław telefon do rejestracji: 717 332 710	
PORADNIA KARDIOLOGICZNA DLA DZIECI	5
1) DOLNOŚLĄSKIE CENTRUM CHOROÓB SERCA IM. PROF. ZBIGNIEWA RELIGI - MEDINET Sp. z o.o. ul. Skargi 19, 50-080 Wrocław telefon do rejestracji: 717 808 585 2) "ECHO-MED" S.C. KOŁTOWSKI PIOTR, KUKAWCZYŃSKA ELŻBIETA ul. Kamieńskiego 225/ u 1, 51-126 Wrocław-Psie Pole telefon do rejestracji: 713 726 164 3) EMC INSTYTUT MEDYCZNY SPÓŁKA AKCYJNA ul. Wejherowska 28/4, 54-239 Wrocław telefon do rejestracji: 717 117 400 4) UNIWERSYTECKI SZPITAL KLINICZNY WE WROCŁAWIU ul. Chałubińskiego 2, 50-369 Wrocław-Śródmieście telefon do rejestracji: 717 703 125 5) WOJEWÓDZKI SZPITAL SPECJALISTYCZNY WE WROCŁAWIU ul. Kamieńskiego 73a, 51-124 Wrocław-Psie Pole telefon do rejestracji: 459 595 454	
PORADNIA NEFROLOGICZNA DLA DZIECI	3
1) ODDZIAŁ FUNDACJI "PROMYK SŁOŃCA" CENTRUM DIAGNOSTYCZNO-REHABILITACYJNE, NZOZ ul. Swobodna 8a, 50-088 Wrocław-Krzyki telefon do rejestracji: 717 827 777 2) UNIWERSYTECKI SZPITAL KLINICZNY WE WROCŁAWIU ul. Borowska 213, 50-556 Wrocław Telefon do rejestracji: 717 331 631 3) WOJEWÓDZKI SZPITAL SPECJALISTYCZNY IM. J. GROMKOWSKIEGO ul. Koszarowa 5, 51-149 Wrocław-Psie Pole telefon do rejestracji: 717 003 000	

PORADNIA NEUROLOGICZNA DLA DZIECI	5
1) CENTRUM NEUROPSYCHIATRII "NEUROMED" SPZOZ ul. Białowieska 74A, 54-235 Wrocław-Fabryczna telefon do rejestracji: 713 501 780 w. 31 2) DOLNOŚLĄSKI SZPITAL SPECJALISTYCZNY IM. T. MARCINIAKA - CENTRUM MEDYCYNY RATUNKOWEJ ul. Fieldorfa 2, 54-049 Wrocław-Fabryczna telefon do rejestracji: 713 064 231 3) ODDZIAŁ FUNDACJI "PROMYK SŁOŃCA" CENTRUM DIAGNOSTYCZNO-REHABILITACYJNE, NZOZ ul. Swobodna 8a, 50-088 Wrocław-Krzyki telefon do rejestracji: 717 827 777 4) WOJEWÓDZKIE CENTRUM MEDYCZNE "DOBRZYŃSKA" ul. Dobrzyńska 21/23, 50-403 Wrocław telefon do rejestracji: 717 747 700 5) WOJEWÓDZKI SZPITAL SPECJALISTYCZNY IM. J. GROMKOWSKIEGO ul. Koszarowa 5, 51-149 Wrocław-Psie Pole telefon do rejestracji: 717 003 000	
PORADNIA OKULISTYCZNA DLA DZIECI	6
1) ODDZIAŁ FUNDACJI "PROMYK SŁOŃCA" CENTRUM DIAGNOSTYCZNO-REHABILITACYJNE, NZOZ ul. Swobodna 8a, 50-088 Wrocław-Krzyki telefon do rejestracji: 717 827 777 2) OŚRODEK OKULISTYKI KLINICZNEJ SPEKTRUM ul. Olszewskiego 58, 51-646 Wrocław-Śródmieście telefon do rejestracji: 717 011 010 3) PROFIMED MIKRUT SALOMON LEKARZE SPÓŁKA PARTNERSKA ul. Bulwar Ikara 24F, 54-130 Wrocław Telefon do rejestracji: 717 963 775 4) UNIWERSYTECKI SZPITAL KLINICZNY WE WROCŁAWIU ul. Borowska 213, 50-556 Wrocław Telefon do rejestracji: 717 331 600 5) WOJEWÓDZKI SZPITAL SPECJALISTYCZNY IM. J. GROMKOWSKIEGO ul. Koszarowa 5, 51-149 Wrocław-Psie Pole telefon do rejestracji: 717 003 000 6) "ZIEMO-VITA" OŚRODEK MEDYCZNY Sp. z o.o. ul. Ziemowita 1-9, 53-678 Wrocław-Stare Miasto telefon do rejestracji: 717 849 037	
PORADNIA OTOLARYNGOLOGICZNA DLA DZIECI	3
1) CENTRUM NEUROPSYCHIATRII "NEUROMED" SPZOZ ul. Białowieska 74A, 54-235 Wrocław telefon do rejestracji: 713 501 780 w. 31 2) MEDICUS Sp. z o.o. ul. Strzelecki 24, 50-224 Wrocław-Śródmieście telefon do rejestracji: 713 236 300 3) UNIWERSYTECKI SZPITAL KLINICZNY WE WROCŁAWIU ul. Borowska 213, 50-556 Wrocław telefon do rejestracji: 717 331 600	
PORADNIA PRELUKSACYJNA	3
1) EMC INSTYTUT MEDYCZNY SPÓŁKA AKCYJNA ul. Łowiecka 24, 50-220 Wrocław telefon do rejestracji: 717 117 400 2) EMC INSTYTUT MEDYCZNY SPÓŁKA AKCYJNA ul. Krzywoustego 290, 51-312 Wrocław telefon do rejestracji: 717 117 400 3) ODDZIAŁ FUNDACJI "PROMYK SŁOŃCA" CENTRUM DIAGNOSTYCZNO-REHABILITACYJNE, NZOZ ul. Swobodna 8a, 50-088 Wrocław-Krzyki telefon do rejestracji: 717 827 777	

PORADNIA REHABILITACYJNA DLA DZIECI	2
1) ODDZIAŁ FUNDACJI "PROMYK SŁOŃCA" CENTRUM DIAGNOSTYCZNO-REHABILITACYJNE, NZOZ ul. Swobodna 8a, 50-088 Wrocław-Krzyki telefon do rejestracji: 717 827 777 2) WROCŁAWSKIE CENTRUM ZDROWIA SPZOZ ul. Stalowa 50, 53-433 Wrocław telefon do rejestracji: 713 738 941	
OŚRODEK REHABILITACJI DZiennej DLA DZIECI	11
1) CENTRUM NEUROPSYCHIATRII "NEUROMED" SPZOZ ul. Białowieska 74A, 54-235 Wrocław telefon do rejestracji: 713 501 780 w. 31 2) NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "CREATOR" ul. Lotnicza 37, 54-154 Wrocław-Fabryczna telefon do rejestracji: 713 620 202 3) ODDZIAŁ FUNDACJI "PROMYK SŁOŃCA" CENTRUM DIAGNOSTYCZNO-REHABILITACYJNE, NZOZ ul. Swobodna 8a, 50-088 Wrocław-Krzyki telefon do rejestracji: 717 827 777 4) OŁTASZYNEK PORADNIA DLA DZIECI ul. Łubinowa 12/2, 52-210 Wrocław-Krzyki telefon do rejestracji: 667 777 734 5) OTTO-PRODENT Ewa Staniszevska telefon do rejestracji: 713 226 600 ul. Kilińskiego 36, 50-263 Wrocław 6) ul. Kilińskiego 27, 50-264 Wrocław-Śródmieście 7) ul. Rejtana 4,4A/1B, 50-015 Wrocław-Stare Miasto 8) PRZYCHODNIA PULSANTIS STANDARD ul. Ostrowskiego 3, 53-238 Wrocław telefon do rejestracji: 713 391 140 9) WOJEWÓDZKIE CENTRUM MEDYCZNE "DOBRZYŃSKA" ul. Dobrzyńska 21/23, 50-403 Wrocław telefon do rejestracji: 717 747 720 10) WOJEWÓDZKI SZPITAL SPECJALISTYCZNY IM. J. GROMKOWSKIEGO ul. Koszarowa 5, 51-149 Wrocław-Psie Pole telefon do rejestracji: 713 925 366 11) WROCŁAWSKIE CENTRUM ZDROWIA SPZOZ ul. Stalowa 50, 53-433 Wrocław telefon do rejestracji: 713 738 941	
PORADNIA REUMATOLOGICZNA DLA DZIECI	3
1) ODDZIAŁ FUNDACJI "PROMYK SŁOŃCA" CENTRUM DIAGNOSTYCZNO-REHABILITACYJNE, NZOZ ul. Swobodna 8a, 50-088 Wrocław-Krzyki telefon do rejestracji: 717 827 777 2) SZPITAL SPECJALISTYCZNY IM A. FALKIEWICZA WE WROCŁAWIU ul. Warszawska 2, 52-114 Wrocław telefon do rejestracji: 713 774 230 3) WOJEWÓDZKI SZPITAL SPECJALISTYCZNY IM. J. GROMKOWSKIEGO ul. Koszarowa 5, 51-149 Wrocław-Psie Pole telefon do rejestracji: 717 003 000	
PORADNIA TERAPII UZALEŻNIEŃ DLA DZIECI I MŁODZIEŻY	1
1) CENTRUM NEUROPSYCHIATRII "NEUROMED" SPZOZ ul. Borowska 181-187, 50-553 Wrocław telefon do rejestracji: 717 864 344	
PORADNIA UROLOGICZNA DLA DZIECI	1
1) UNIWERSYTECKI SZPITAL KLINICZNY WE WROCŁAWIU ul. Borowska 213, 50-556 Wrocław telefon do rejestracji: 717 703 019	

PORADNIA WAD POSTAWY	3
1) EMC INSTYTUT MEDYCZNY SPÓŁKA AKCYJNA ul. Wejherowska 28/4, 54-239 Wrocław telefon do rejestracji: 717 117 400 2) ODDZIAŁ FUNDACJI "PROMYK SŁOŃCA" CENTRUM DIAGNOSTYCZNO-REHABILITACYJNE, NZOZ ul. Swobodna 8a, 50-088 Wrocław-Krzyki telefon do rejestracji: 717 827 777 3) WROCŁAWSKIE CENTRUM ZDROWIA SPZOZ ul. Celtycka 15/17, 54-153 Wrocław-Fabryczna telefon do rejestracji: 713 537 352	
PORADNIA ZDROWIA PSYCHICZNEGO DLA DZIECI I MŁODZIEŻY	5
1) CENTRUM NEUROPSYCHIATRII "NEUROMED" SPZOZ <i>Poradnia Zdrowia Psychicznego Dla Dzieci i Młodzieży / Oddział Dzienny Psychiatryczny Rehabilitacyjny Dla Dzieci i Młodzieży</i> ul. Białowieska 74A, 54-235 Wrocław-Fabryczna telefon do rejestracji: 713 501 780 w. 31 2) DZIENNY OŚRODEK PSYCHIATRII I ZABURZEŃ MOWY DLA DZIECI I MŁODZIEŻY <i>Poradnia Zdrowia Psychicznego Dla Dzieci i Młodzieży / Oddział Dzienny</i> ul. Wołowska 9, 51-116 Wrocław-Psie Pole telefon do rejestracji: 713 528 412 3) ODDZIAŁ FUNDACJI "PROMYK SŁOŃCA" CENTRUM DIAGNOSTYCZNO-REHABILITACYJNE, NZOZ ul. Swobodna 8a, 50-088 Wrocław-Krzyki telefon do rejestracji: 717 827 777 4) WOJEWÓDZKI SZPITAL SPECJALISTYCZNY IM. J. GROMKOWSKIEGO <i>Poradnia Zdrowia Psychicznego Dla Dzieci i Młodzieży / Oddział Dzienny Psychiatryczny Rehabilitacyjny Dla Dzieci i Młodzieży</i> ul. Koszarowa 5, 51-149 Wrocław-Psie Pole telefon do rejestracji: 713 925 356 5) WROCŁAWSKIE CENTRUM ZDROWIA SPZOZ ul. Lindego 19-21, 51-138 Wrocław-Psie Pole telefon do rejestracji: 713 556 361	

Załącznik II.3.3. Szpitale oraz opieka całodobowa we Wrocławiu

Poniższą listę sporządzono na podstawie danych NFZ: www.gsl.nfz.gov.pl/GSL/GSL/Szpital oraz informacji ze stron internetowych podmiotów (stan na dzień 20.06.2021 r.); N=23:

1. 4 Wojskowy Szpital Kliniczny z Polikliniką SPZOZ we Wrocławiu

ul. Weigla 5, 50-981 Wrocław-Krzyki

www.4wsk.pl

- Klinika Chirurgiczna:
 - o Kliniczny Oddział Chirurgii Ogólnej
 - o Kliniczny Oddział Chirurgii Klatki Piersiowej
 - o Kliniczny Oddział Chirurgii Transplantacyjnej
 - o Kliniczny Oddział Chirurgii Onkologicznej
 - o Kliniczny Oddział Chirurgii Naczyniowej
 - o Pracownia Endoskopii Zabiegowej
- Klinika Ortopedii i Traumatologii Narządu Ruchu
- Klinika Otolaryngologii, Chirurgii Głowy i Szyi:
 - o Kliniczny Oddział Otolaryngologiczny
 - o Kliniczny Oddział Chirurgii Szczękowo-Twarzowej
- Klinika Chorób Wewnętrznych:
 - o Kliniczny Oddział Chorób Wewnętrznych
 - o Kliniczny Oddział Endokrynologii, Diabetologii i Chorób Metabolicznych
 - o Kliniczny Oddział Gastroenterologiczny
 - o Stacja Dializ
- Kliniczny Oddział Neurochirurgiczny
- Kliniczny Oddział Urologiczny
- Kliniczny Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii
- Kliniczny Oddział Dermatologiczno-Wenerologiczny
- Kliniczny Oddział Psychiatryczny i Leczenia Stresu Bojowego
- Kliniczny Oddział Neurologiczny z Pododdziałem Leczenia Udarów
- Kliniczny Oddział Okulistyczny
- Kliniczny Oddział Ginekologii Onkologicznej i Prokreacyjnej
- Oddział Onkologii Klinicznej
- Ośrodek Chorób Serca:
 - o Klinika Kardiologii
 - o Klinika Kardiochirurgii
- Szpitalny Oddział Ratunkowy

2. ARTEMED Centrum Medyczne Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej

ul. Krasińskiego 29, 50-450 Wrocław-Krzyki

www.artemed.pl/szpital/chirurgia-jednego-dnia-wroclaw/

- Oddział Leczenia Jednego Dnia

3. Dolnośląskie Centrum Chorób Płuc We Wrocławiu

ul. Grabiszyńska 105, 53-439 Wrocław

www.dcchp.pl/strona-glowna

- Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii
- Oddział Chorób Wewnętrznych IV
- Oddział Gruźlicy i Chorób Płuc V z pododdziałem Nieinwazyjnej Wentylacji Mechanicznej
- Oddział Gruźlicy i Chorób Płuc VIA oraz VIB
- Oddział Onkologii Klinicznej VII
- Dolnośląskie Centrum Torakochirurgii (Oddział chirurgii klatki piersiowej)

4. Dolnośląskie Centrum Chorób Serca im. Prof. Zbigniewa Religi - MEDINET Sp. z o.o.
ul. Kamieńskiego 73A, 51-124 Wrocław-Psie Pole
www.medinet.pl/struktura/szpital-wroclaw/
- Oddział Kardiologii
 - Oddział Kardiologii Dziecięcej
 - Oddział Rehabilitacji Kardiologicznej
 - Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii
5. Dolnośląskie Centrum Onkologii we Wrocławiu
pl. Ludwika Hirszfelda 12, 53-413 Wrocław-Krzyki
www.dco.com.pl
- Oddział Chirurgii Onkologicznej I oraz II
 - Oddział Onkologii Klinicznej/Chemioterapii
 - Oddział Ginekologii Onkologicznej
 - Oddział Intensywnej Terapii i Anestezjologii
 - Dział Radioterapii Stacjonarnej
6. Dolnośląskie Centrum Transplantacji Komórkowych z Krajowym Bankiem Dawców Szpiku
ul. Grabiszyńska 105, 53-439 Wrocław-Fabryczna
www.dctk.wroc.pl
- Oddział Hematologiczny z Oddziałem Nowotworów Krwi
 - Oddział Transplantologiczny z Oddziałem Intensywnej Terapii
 - Oddział Chemioterapii Onkologicznej
 - Oddział Immunologii Klinicznej
7. Dolnośląskie Centrum Zdrowia Psychicznego Sp. z o.o.
ul. Wybrzeże J. Conrada-Korzeniowskiego 18, 50-226 Wrocław-Psie Pole
www.dczp.wroclaw.pl
- Oddziały psychiatryczne całodobowe:
- Oddział I Psychiatryczny
 - Oddział II Psychiatryczny
 - Oddział III Psychiatryczny z Pododdziałem Psychogeriatrycznym
 - Oddział IV Psychiatryczny z Pododdziałem Rehabilitacji Psychiatrycznej
 - Oddział V Psychiatryczny z Pododdziałem Rehabilitacji Psychiatrycznej
 - Oddział VI Psychiatryczny z Pododdziałem Psychogeriatrycznym
- Oddziały psychiatryczne dzienne:
- Oddział I Dzienny
 - Oddział II Dzienny z Pododdziałem Psychogeriatrycznym
 - Oddział III Dzienny
 - Oddział Dzienny Leczenia Nerwic
- Wrocławski Ośrodek Terapii Uzależnień:
- Całodobowy Oddział Leczenia Uzależnień (COLU)
 - Oddział Leczenia Zespołów Abstynencyjnych po Substancjach Psychoaktywnych
 - Oddział Leczenia Alkoholowych Zespołów Abstynencyjnych (OLAZA)
 - Dzienny Oddział Terapii Uzależnień (DOTU)

8. Dolnośląski Szpital Specjalistyczny im. T. Marciniaka - Centrum Medycyny Ratunkowej
ul. gen. Augusta Emila Fieldorfa 2, 54-049 Wrocław-Fabryczna
www.szpital-marciniak.wroclaw.pl
- Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii
 - Oddział Chirurgii Dziecięcej
 - Oddział Chirurgii Ogólnej i Naczyniowej
 - Oddział Chirurgii Ogólnej i Naczyniowej - Ośrodek Bariatrii
 - Oddział Chirurgii Plastycznej
 - Oddział Chirurgii Urazowo - Ortopedycznej
 - Oddział Chorób Wewnętrznych
 - Oddział Endokrynologii, Diabetologii i Chorób Wewnętrznych
 - Oddział Kardiologii
 - Oddział Neurochirurgii
 - Oddział Neurologii Dziecięcej
 - Oddział Neurologii z Pododdziałem Udarowym
 - Oddział Rehabilitacji
 - Oddział Reumatologii i Chorób Wewnętrznych
 - Oddział Toksykologii i Chorób Wewnętrznych
 - Oddział Urologii i Onkologii Urologicznej
 - Szpitalny Oddział Ratunkowy
9. MEDICUS Sp. z o.o.
ul. Strzelecki 24, 50-224 Wrocław-Śródmieście
www.medicusclinic.pl
- Oddział Otorinolaryngologiczny
10. M-MED
ul. Ulanowskiego 18/20, 53-144 Wrocław-Krzyki
www.m-med.wroclaw.pl
- Oddział Okulistyczny Jednodniowy
 - Oddział Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej Jednodniowy
11. Ośrodek Mikrochirurgii i Terapii Okulistycznej "OKO.M" Jarosław Miśkiewicz
ul. W. Rutkiewicz 25A, 50-571 Wrocław-Krzyki
www.okom.com.pl
- Oddział Leczenia Jednego Dnia
12. Ośrodek Okulistyki Klinicznej SPEKTRUM
ul. Zaolziańska 4, 53-334 Wrocław-Krzyki
www.spektrum.wroc.pl
- Oddział Okulistyczny
13. Prywatna Przychodnia Lekarska Stefan Skrocki
ul. Grunwaldzka 69, 50-366 Wrocław-Śródmieście
www.gabinetylekarskie.pl/pacjenci-prywatni/szpital-prywatny/
- Oddział Leczenia Jednego Dnia

14. Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji we Wrocławiu

ul. Ołbińska 32, 50-233 Wrocław-Śródmieście

www.spzozmswia.wroclaw.pl

- Oddział Chirurgiczny
- Oddział Urazowo-Ortopedyczny
- Oddział Internistyczny z Pododdziałem Endokrynologicznym
- Oddział Ginekologiczny
- Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii
- Oddział Endokrynologiczny

15. Specjalistyczny Zakład Profilaktyczno-Leczniczy PROVITA Sp. z o.o. w likwidacji*

ul. Bierutowska 63, 51-317 Wrocław-Psie Pole

www.provita.wroclaw.pl

- Oddział Rehabilitacji Ogólnoustrojowej
- Oddział Rehabilitacji Neurologicznej

*w trakcie łączenia Specjalistycznego Zakładu Profilaktyczno-Leczniczego PROVITA Sp. z o.o. w likwidacji i Wrocławskiego Centrum Zdrowia Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej

16. Szpital Specjalistyczny im A. Falkiewicza we Wrocławiu

ul. Warszawska 2, 52-114 Wrocław

www.falkiewicza.pl

- Oddział Chorób Wewnętrznych i Geriatrii
- Oddział Ginekologiczno-Położniczy
- Oddział Neonatologiczny
- Oddział Pediatriczno-Reumatologiczny

17. Szpital Św. Antoniego w Ząbkowicach Śląskich

ul. Pilczycka 144-148, 54-144 Wrocław

www.emc-sa.pl/nasze-placowki/wroclaw-euromedicare-szpital-specjalistyczny-z-przychodnia

- Oddział Chirurgii Onkologicznej
- Oddział Gastroenterologiczny
- Oddział Otolaryngologiczny

18. Uniwersytecki Szpital Kliniczny im. Jana Mikulicza-Radeckiego we Wrocławiu

ul. Borowska 213, 50-556 Wrocław

www.usk.wroc.pl

Kliniki przy ul. Borowskiej 213:

- Klinika Anestezjologii i Intensywnej Terapii
- Klinika Angiologii, Nadciśnienia Tętniczego i Diabetologii
- Centrum Chorób Serca:
 - o Klinika Chirurgii Serca
 - o Klinika Kardiologii
 - o Klinika Chorób Serca
- Klinika Chirurgii i Urologii Dziecięcej
- Klinika Chirurgii Ogólnej, Małoinwazyjnej i Endokrynologicznej
- Klinika Chirurgii Naczyniowej, Ogólnej i Transplantacyjnej
- Klinika Chirurgii Ogólnej i Chirurgii Onkologicznej
- Klinika Chirurgii Szczerkowo-Twarzowej
- Klinika Chirurgii Urazowej i Chirurgii Ręki
- Klinika Chorób Wewnętrznych, Zawodowych i Nadciśnienia Tętniczego
- Klinika Gastroenterologii i Hepatologii

- Klinika Ginekologii, Położnictwa
- Klinika Medycyny Ratunkowej - SOR
- Klinika Nefrologii i Medycyny Transplantacyjnej
- Klinika Nefrologii Pediatrycznej
- Klinika Neonatologii
- Klinika Neurochirurgii
- Klinika Neurologii
- Klinika Okulistyki
- Klinika Ortopedii i Traumatologii Narządu Ruchu
- Klinika Otolaryngologii, Chirurgii Głowy i Szyi
- Klinika Reumatologii i Chorób Wewnętrznych
- Klinika Transplantacji Szpiku, Onkologii i Hematologii Dziecięcej
- Klinika Urologii i Onkologii Urologicznej
- Stacja Dializ
- Uniwersyteckie Centrum Diagnostyki Obrazowej - Zakład Radiologii Ogólnej, Zabiegowej i Neuroradiologii

Kliniki przy ul. M. Curie-Skłodowskiej, ul. Chałubińskiego, ul. Pasteura:

- II Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii
- Oddział Intensywnej Terapii Dziecięcej i Anestezjologii
- Klinika Chirurgii Ogólnej, Gastroenterologicznej i Endokrynologicznej
- Klinika Chirurgii Przewodu Pokarmowego i Chirurgii Ogólnej
- Klinika Chirurgii i Urologii Dziecięcej
- Klinika Chorób Wewnętrznych i Alergologii
- Klinika Geriatrii
- Klinika Dermatologii, Wenerologii i Alergologii
- Klinika Endokrynologii, Diabetologii i Leczenia Izotopami
- Klinika Endokrynologii i Diabetologii Wieku Rozwojowego
- Klinika Ginekologii, Położnictwa I
- Klinika Hematologii, Nowotworów Krwi i Transplantacji Szpiku
- Klinika Pediatrii, Alergologii i Kardiologii
- Klinika Pediatrii i Chorób Infekcyjnych
- Klinika Pediatrii, Gastroenterologii i Żywienia
- Klinika Psychiatrii

19. Vratislavia Medica Sp. z o.o.

ul. Lekarska 1, 51-134 Wrocław

www.vratislavia-medica.pl

- Oddział Rehabilitacji Neurologicznej

20. Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. J. Gromkowskiego

ul. Koszarowa 5, 51-149 Wrocław-Psie Pole

www.szpital.wroc.pl

Oddziały dla dorosłych:

- Oddział Chorób Zakaźnych (kliniczny)
- Oddział Chorób Zakaźnych
- Oddział Neurologii z Pododdziałem Udarowym
- Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii
- Oddział Chirurgii Ogólnej z Blokiem Operacyjnym
- Oddział Chorób Wewnętrznych, Reumatologii i Geriatrii
- Oddział Gastroenterologii, Hepatologii i Żywienia Klinicznego
- Oddział Chorób Wewnętrznych IX oraz X

Oddziały dla dzieci:

- Oddział Pediatryczny
- Oddział Psychiatryczny dla Dzieci i Młodzieży oraz Oddział Dzienny Psychiatryczny Rehabilitacyjny dla Dzieci i Młodzieży
- Oddział Rehabilitacji Ogólnoustrojowej
- Oddział Pediatryczny – Pulmonologii i Alergologii
- Oddział Pediatryczny – Nefrologii
- Oddział Pediatryczny – Pododdział Neurologii
- Oddział Immunologii Klinicznej i Pediatrii
- Oddział Anestezjologii i Int. Terapii Noworodków i Dzieci
- Oddział Neonatologiczny

21. Wojewódzki Szpital Specjalistyczny we Wrocławiu

ul. Kamińskiego 73a, 51-124 Wrocław-Psie Pole

www.wssk.wroc.pl

- Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii
- Oddział Angiologiczny z Pododdziałem Endokrynologicznym
- Oddział Chemioterapii z Pododdziałem Chemioterapii Diennej
- Oddział Chirurgii Naczyniowej
- Oddział Chirurgii Ogólnej i Małoinwazyjnej z Pododdziałem Chirurgii Metabolicznej i Pododdziałem Chirurgii Endokrynologicznej
- Oddział Chirurgii Onkologicznej
- Oddział Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej
- Oddział Dermatologiczny z Pododdziałem Dermatologii Dziecięcej
- Oddział Kardiologiczny z Pododdziałem Intensywnego Nadzoru Kardiologicznego, Pododdziałem Leczenia Zaburzeń Rytmu Serca i Pododdziałem Chorób Wewnętrznych
- Oddział Kardiologii Dziecięcej z Pododdziałem Kardiochirurgii Dziecięcej i Pododdziałem Intensywnego Nadzoru Kardiologicznego
- Oddział Nefrologiczny z Pododdziałem Diabetologicznym, Pododdziałem Transplantacyjnym
- Oddział Neonatologiczny z Pododdziałem Patologii Noworodka
- Oddział Okulistyczny
- Oddział Otolaryngologiczny z Pododdziałem Otolaryngologii Dziecięcej
- Oddział Pediatryczny z Pododdziałem Gastroenterologii i Pododdziałem Alergologii
- Oddział Położniczo-Ginekologiczny
- Oddział Urologii i Urologii Onkologicznej
- Stacja Dializ
- Szpitalny Oddział Ratunkowy
- Zamiejscowy Oddział Rehabilitacji Neurologicznej
- Zamiejscowy Oddział Rehabilitacji Ogólnoustrojowej I oraz II

22. Wrocławskie Centrum Okulistyczne

ul. Zakładowa 11, 50-231 Wrocław

www.wco.com.pl

- Zespół Chirurgii Jednego Dnia

23. Wrocławskie Eye – Laser Center Sp. z o.o.

ul. Oławska 9, 50-123 Wrocław-Stare Miasto

www.eyelaser.pl

- Oddział okulistyczny dla pacjentów operowanych w trybie jednego dnia

Świadczenia całodobowe pielęgnacyjno-opiekuńcze oraz opiekuńczo-lecznicze:

1. Ośrodek Świętego Jerzego we Wrocławiu prowadzący Zakład Opiekuńczo-Leczniczy
ul. Rydygiera 22-28, 50-249 Wrocław-Śródmieście
www.rydygiera.pl/kontakt.php
2. Zakład Opiekuńczo-Leczniczy dla Dorosłych prowadzony przez Zgromadzenie Sióstr Albertynek
ul. Traugutta 54, 50-418 Wrocław-Krzyki
www.albertynki.wroclaw.pl
3. Zakład Opiekuńczo-Leczniczy o Profilu Rehabilitacyjnym Zgromadzenia Sióstr św. Elżbiety
ul. Św. Józefa 2/4, 50-329 Wrocław-Stare Miasto
www.zol.elzbietanki.wroclaw.pl

Hospicjum stacjonarne:

1. Bonifraterskie Centrum Zdrowia Sp. z o.o. – Hospicjum Stacjonarne św. Jana Bożego
ul. Poświęcka 8A, 51-128 Wrocław-Psie Pole
www.bonifratrzy.pl/hospicjum-wroclaw/

Hospicjum domowe:

1. Bonifraterskie Centrum Zdrowia Sp. z o.o. – Hospicjum Domowe
ul. Poświęcka 8A, 51-128 Wrocław-Psie Pole
2. Dolnośląskie Centrum Onkologii we Wrocławiu – Hospicjum Domowe
pl. Ludwika Hirszfelda 12, 53-413 Wrocław-Krzyki
www.dco.com.pl/szpital/10-poradnia-medycyny-paliatywnej-i-hospicjum-domowe/
3. Ekumeniczna Stacja Opieki - Centrum Pielęgniarstwa Rodzinnego, Rehabilitacji i Opieki Paliatywnej we Wrocławiu
ul. Wysoka 4, 52-512 Wrocław-Stare Miasto
www.eso.wroclaw.pl/strona%20glowna.html
4. Ośrodek Medycyny Paliatywnej i Hospicyjnej Będkowo El Zein Spółka Jawna
ul. Tadeusza Boya-Żeleńskiego 22, 51-160 Wrocław-Psie Pole
www.hospicjumbedkowo.pl/hospicjum-domowe-wroclaw/
5. Zakład Opieki Zdrowotnej GAJA – Hospicjum Domowe Wrocław
ul. Wołowska 9, 51-116 Wrocław

Hospicjum dla dzieci:

1. Stowarzyszenie Medyczne Hospicjum dla Dzieci Dolnego Śląska "Formuła Dobra"
ul. Benedyktyńska 12, 50-350 Wrocław
www.formuladobra.pl
2. Wrocławskie Hospicjum dla Dzieci
ul. Jedności Narodowej 47/47a/49a, 50-260 Wrocław-Śródmieście
www.hospicjum.wroc.pl

Pielęgniarska opieka długoterminowa domowa:

1. IPP, ul. Nowohucka 2, Muchobór Wielki
2. „Opiekun” Barbara Podgórna, Krzysztof Miedziński, ul. Karmelkowa 25-27
3. Centrum Medyczne „Betamed”, ul. Grabiszyńska 35-39
4. Centrum Medyczne Revita Jakub Rudnicki, u. A. Ostrowskiego 3
5. Dolnośląskie Centrum Medycyny Profilaktycznej i Bezpieczeństwa Pracy „Pro-Med”, ul. Gwarna 6a
6. Ekumeniczna Stacja Opieki – Centrum Pielęgniarstwa Rodzinnego, Rehabilitacji i Opieki Paliatywnej we Wrocławiu, ul. Wysoka 4
7. EMC Instytut Medyczny, ul. Wejherowska 28/4
8. NZOZ „Przychodnia Kosmonautów”, ul. Horbaczewskiego 35
9. NZOZ Opieka, ul. Szałwiowa 25
10. NZOZ San-Med., ul. Kręta 22 / 16

Załącznik II.3.4. Apteki całodobowe we Wrocławiu

Poniższa aktualna lista aptek we Wrocławiu czynnych całą dobę (stan na 23.07.2021 r.) powstała na podstawie informacji z aptek oraz *Obwieszczenia Rady Miejskiej Wrocławia z dnia 27 kwietnia 2017 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu uchwały nr VI/67/11 Rady Miejskiej Wrocławia w sprawie ustalenia rozkładu godzin pracy aptek ogólnodostępnych na terenie Miasta Wrocławia*³²⁶.

Apteki z poniższej listy dyżurują przez cały tydzień, w niedziele i święta, również w nocy:

Obszar Wrocławia	APTEKA
WROCLAW KRZYKI	• DGA 11 (Apteka Lekosfera) ul. Świeradowska 51/57 (CH Ferio Gaj), 50-559 Wrocław tel. 71 336 87 13 • Ars Medica ul. Weigla 10, 53-114 Wrocław tel. 71 790 38 70 • Ars Medica ul. Borowska 188a, 50-557 Wrocław tel. 71 336 25 01, 502 309 006
WROCLAW STARE MIASTO	• Apteka Pod Lwami pl. Jana Pawła II 7a, 50-079 Wrocław tel. 71 343 67 24
WROCLAW ŚRÓDMIEŚCIE	• Apteka Katedralna ul. Sienkiewicza 54/56, 50-349 Wrocław tel. 71 322 73 15 • Apteka św. Wincentego ul. św. Wincentego 39-41, 50-251 Wrocław tel. 71 322 39 35
WROCLAW PSIE POLE	• Apteka Niezłe Ziółko ul. Krzywoustego 314-316, 51-310 Wrocław tel. 71 789 90 98
WROCLAW FABRYCZNA	• Dr. Max – Szybowcowa ul. Szybowcowa paw. 3, 54-130 Wrocław tel. 71 351 86 19 • Apteka Nova ul. Rogowska 52B, 54-440 Wrocław tel. 71 781 27 35

³²⁶https://edzienniki.duw.pl/WDU_D/2017/2436/akt.pdf

Załącznik II.3.5. Krwiodawstwo we Wrocławiu oraz w województwie dolnośląskim

RCKiK / Oddział Terenowy	DANE TELEADRESOWE
Regionalne Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa im. prof. dr hab. Tadeusza Dorobisza	ul. Czerwonego Krzyża 5/9, 50-345 Wrocław www.rckik.wroclaw.pl sekretariat@rckik.wroclaw.pl telefony kontaktowe: • centrala: 71 371 58 10 • sekretariat: 71 371 58 12 (dni robocze w godz. 7.00-15.00) • fax: 71 328 17 13
Terenowy Oddział GŁOGÓW	ul. Kościuszki 15 67-200 Głogów tel. 76 831 49 23 http://glogow.rckik.com.pl
Terenowy Oddział LEGNICA	Wojewódzki Szpital Specjalistyczny ul. Iwaszkiewicza 5 59-220 Legnica tel. 76 721 16 88 http://legnica.rckik.com.pl
Terenowy Oddział LUBIN	ul. Bema 5 59-300 Lubin tel. 76 746 88 70 http://lubin.rckik.com.pl

Załącznik nr 2
do uchwały nr ...
Rady Miejskiej Wrocławia
z dnia ... 2022 r.

Działania prozdrowotne planowane do realizacji w latach 2022-2026 w ramach priorytetów zdrowotnych

PRIORYTETY (TAKTYCZNO-) OPERACYJNE	GRUPA DOCELOWA	DZIAŁANIA / ZADANIA
PRIORYTET 1. POPRAWA JAKOŚCI DZIAŁAŃ W ZAKRESIE PROMOCJI ZDROWIA, W TYM PROFILAKTYKI CHOROÓB I UZALEŻNIEŃ		
Priorytet taktyczny 1.1. Poprawa jakości działań prozdrowotnych w zakresie głównych czynników ryzyka chorób cywilizacyjnych		
1.1.1. Promowanie aktywności fizycznej	wszyscy mieszkańcy Wrocławia, a w szczególności: - dzieci i młodzież z wrocławskich placówek edukacyjnych; - rodzice; - nauczyciele i wychowawcy	zintensyfikowane działania edukacyjne promujące aktywność fizyczną i zainteresowanie sportem rekreacyjnym
		certyfikacja przedszkoli i szkół w zakresie promowania aktywności fizycznej
		współpraca z Wydziałem Edukacji oraz innymi podmiotami realizującymi zajęcia sportowo-rekreacyjne i rozwijającymi infrastrukturę pozwalającą na uprawianie aktywności ruchowej, rekreacji i sportu
1.1.2. Promowanie zbilansowanego sposobu odżywiania	dzieci i młodzież; rodzice; nauczyciele i wychowawcy; organizatorzy zbiorowego żywienia	certyfikacja żłobków, przedszkoli i szkół w zakresie promowania zdrowego żywienia
		warsztaty z zakresu zdrowego i racjonalnego odżywiania we wrocławskich placówkach edukacyjnych
		kampanie edukacyjne, konkursy
1.1.3. Zmniejszanie spożycia alkoholu i innych środków psychoaktywnych	osoby eksperymentujące, nadużywające oraz uzależnione od substancji psychoaktywnych ze szczególnym uwzględnieniem dzieci, młodzieży oraz kobiet w ciąży	realizacja zadań wykazanych w gminnym programie profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych oraz przeciwdziałania narkomanii we Wrocławiu. Program określa miejską strategię w zakresie profilaktyki oraz minimalizowania szkód społecznych i zdrowotnych, wynikających z używania alkoholu i narkotyków
	dzieci i młodzież; rodzice;	realizacja programów rekomendowanych przez Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii, Państwową Agencję Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, Ośrodek Rozwoju Edukacji, Instytut

		nauczyciele i wychowawcy	Psychiatrii i Neurologii zgodnie z założeniami „Systemu rekomendacji programów profilaktycznych i promocji zdrowia psychicznego” realizacja innych programów profilaktyki uzależnień realizacja działań wspierających rozwój osobisty i społeczny dzieci i młodzieży
	1.1.4. Ograniczanie palenia tytoniu	młodzież oraz dorośli mieszkańcy Wrocławia	prowadzenie edukacji antytytoniowej dla społeczności Wrocławia zorganizowanie i prowadzenie Poradni Antytytoniowej z poradnictwem specjalistycznym organizowanie społecznych kampanii zdrowotnych, motywującej do rzucenia palenia i życia bez nałogów
	Priorytet taktyczny 1.2. Zwiększenie uczestnictwa w programach profilaktyki onkologicznej		
	1.2.1. Przeciwdziałanie „rakofobii” oraz przekonaniom fatalistycznym 1.2.2. Podnoszenie poziomu wiedzy w zakresie chorób nowotworowych 1.2.3. Upowszechnienie profilaktyki onkologicznej	mieszkańcy Wrocławia ze szczególnym uwzględnieniem mężczyzn	edukacja zdrowotna i kampania społeczna zachęcająca do wykonywania badań profilaktycznych u mężczyzn (wczesne wykrywanie nowotworów układu moczowo-płciowego)
		mieszkańcy Wrocławia, szczególnie dzieci i młodzież oraz osoby o jasnej karnacji skóry korzystające z solariów lub nadmiernie poddające się ekspozycji słonecznej bez względu na porę roku, bez zabezpieczenia przed promieniami UV	działania edukacyjne dla dzieci i młodzieży, w tym warsztaty, konkursy, prowadzone w ramach programu „Uczeń w formie”, „Szkoła w formie” oraz dla dorosłych mieszkańców Wrocławia
		populacja 13-letnich dziewcząt i chłopców, mieszkańców Wrocławia	realizacja programu polityki zdrowotnej: pn. „Program profilaktyki zakażeń wirusem brodawczaka ludzkiego (HPV)”
		kobiety w każdym wieku, mieszkanki Wrocławia	realizacja programu polityki zdrowotnej: „Profilaktyka raka piersi u kobiet, mieszkanki Wrocławia”
		osoby z widocznym obrzękiem limfatycznym oraz zagrożonych jego występowaniem	edukacja zdrowotna osób z obrzękiem limfatycznym i zagrożonych jego występowaniem
	Zalecana intensyfikacja działań odnośnie priorytetu operacyjnego: 1.2.1. oraz 1.2.2., a także kontynuacja i rozszerzenie działań odnośnie priorytetu 1.2.3.		
	Priorytet taktyczny 1.3. Przeciwdziałanie wybranym chorobom cywilizacyjnym		
	1.3.1. Przeciwdziałanie chorobie sercowo-naczyniowej	pełnoletni mieszkańcy Wrocławia po przebytych zawałach mięśnia sercowego i/lub po zabiegach plastyki naczyń wieńcowych, nie później niż do 12 miesięcy od zaistniałego incydentu	Realizacja programu polityki zdrowotnej: „Rozszerzenie dostępu do rehabilitacji kardiologicznej w ramach wtórnej prewencji chorób sercowo-naczyniowych”
		dzieci i młodzież z wrocławskich placówek edukacyjnych; rodzice; nauczyciele i wychowawcy	zintensyfikowane działania edukacyjne promujące aktywność fizyczną i zainteresowanie sportem rekreacyjnym; certyfikacja przedszkoli i szkół w zakresie promowania aktywności fizycznej;

			współpraca z Wydziałem Edukacji oraz innymi podmiotami realizującymi zajęcia sportowo-rekreacyjne i rozwijającymi infrastrukturę pozwalającą na uprawianie aktywności ruchowej, rekreacji i sportu
		dzieci i młodzież; rodzice; nauczyciele i wychowawcy; organizatorzy zbiorowego żywienia	certyfikacja żłobków, przedszkoli i szkół w zakresie promowania zdrowego żywienia; warsztaty z zakresu zdrowego i racjonalnego odżywiania we wrocławskich placówkach edukacyjnych; kampanie edukacyjne, konkursy
		osoby eksperymentujące, nadużywające oraz uzależnione od substancji psychoaktywnych ze szczególnym uwzględnieniem dzieci, młodzieży oraz kobiet w ciąży	realizacja zadań wykazanych w gminnym programie profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych oraz przeciwdziałania narkomanii we Wrocławiu. Program określa miejską strategię w zakresie profilaktyki oraz minimalizowania szkód społecznych i zdrowotnych, wynikających z używania alkoholu i narkotyków; realizacja programów rekomendowanych przez Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii, Państwową Agencję Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, Ośrodek Rozwoju Edukacji, Instytut Psychiatrii i Neurologii zgodnie z założeniami „Systemu rekomendacji programów profilaktycznych i promocji zdrowia psychicznego; realizacja innych programów profilaktyki uzależnień, realizacja działań wspierających rozwój osobisty i społeczny dzieci i młodzieży
		cała populacja dorosłych, dzieci i młodzież, kobiety w ciąży, ...	prowadzenie edukacji antytytoniowej dla społeczności Wrocławia zorganizowanie i prowadzenie Poradni Antytytoniowej z poradnictwem specjalistycznym organizowanie społecznych kampanii zdrowotnych, motywującej do rzucenia palenia i życia bez nałogów
	1.3.2. Profilaktyka chorób nowotworowych	dzieci i młodzież z wrocławskich placówek edukacyjnych; rodzice; nauczyciele i wychowawcy	zintensyfikowane działania edukacyjne promujące aktywność fizyczną i zainteresowanie sportem rekreacyjnym; certyfikacja przedszkoli i szkół w zakresie promowania aktywności fizycznej; współpraca z Wydziałem Edukacji oraz innymi podmiotami realizującymi zajęcia sportowo-rekreacyjne i rozwijającymi infrastrukturę pozwalającą na uprawianie aktywności ruchowej, rekreacji i sportu
		dzieci i młodzież; rodzice;	certyfikacja żłobków, przedszkoli i szkół w zakresie promowania zdrowego żywienia;

	nauczyciele i wychowawcy; organizatorzy zbiorowego żywienia	warsztaty z zakresu zdrowego i racjonalnego odżywiania we wrocławskich placówkach edukacyjnych; kampanie edukacyjne, konkursy
	osoby eksperymentujące, nadużywające oraz uzależnione od substancji psychoaktywnych ze szczególnym uwzględnieniem dzieci, młodzieży oraz kobiet w ciąży	realizacja zadań wykazanych w gminnym programie profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych oraz przeciwdziałania narkomanii we Wrocławiu. Program określa miejską strategię w zakresie profilaktyki oraz minimalizowania szkód społecznych i zdrowotnych, wynikających z używania alkoholu i narkotyków; realizacja programów rekomendowanych przez Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii, Państwową Agencję Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, Ośrodek Rozwoju Edukacji, Instytut Psychiatrii i Neurologii zgodnie z założeniami „Systemu rekomendacji programów profilaktycznych i promocji zdrowia psychicznego; realizacja innych programów profilaktyki uzależnień, realizacja działań wspierających rozwój osobisty i społeczny dzieci i młodzieży
	cała populacja dorosłych, dzieci i młodzież, kobiety w ciąży,	prowadzenie edukacji antytytoniowej dla społeczności Wrocławia; zorganizowanie i prowadzenie Poradni Antytytoniowej z poradnictwem specjalistycznym; organizowanie społecznych kampanii zdrowotnych, motywującej do rzucenia palenia i życia bez nałogów
	cała populacja dorosłych, dzieci i młodzież, osoby starsze	edukacja zdrowotna i kampania społeczna zachęcająca do wykonywania badań profilaktycznych u mężczyzn (wczesne wykrywania nowotworów układu moczowo-płciowego); działania edukacyjne dla dzieci i młodzieży, w tym warsztaty, konkursy, prowadzone w ramach programu „Uczeń w formie”, „Szkoła w formie” oraz dla dorosłych mieszkańców Wrocławia; realizacja programu polityki zdrowotnej: pn. „Program profilaktyki zakażeń wirusem brodawczaka ludzkiego (HPV)”; realizacja programu polityki zdrowotnej: „Profilaktyka raka piersi u kobiet, mieszkank Wrocławia”; edukacja zdrowotna osób z obrzękiem limfatycznym i zagrożonych jego występowaniem
	dzieci i młodzież z nadwagą i otyłością oraz ich rodzice;	edukacja zdrowotna dotycząca zasad zdrowego i zbilansowanego żywienia dla dzieci, młodzieży, rodziców, wychowawców/nauczycieli oraz

	1.3.3. Zapobieganie i leczenie nadwagi i otyłości	wychowawcy/nauczyciele oraz organizatorzy zbiorowego żywienia	organizatorów zbiorowego żywienia prowadzona przez: fizjoterapeutę /rehabilitanta, dietetyka, psychologa, lekarza;
			warsztaty edukacyjne z zakresu zdrowego żywienia dla dzieci i młodzieży z nadwagą i otyłością oraz ich rodziców;
			zajęcia z zakresu aktywności fizycznej dla dzieci i młodzieży z nadwagą i otyłością oraz ich rodziców;
		dzieci i młodzież z wrocławskich placówek edukacyjnych; rodzice; nauczyciele i wychowawcy	zintensyfikowane działania edukacyjne promujące aktywność fizyczną i zainteresowanie sportem rekreacyjnym; certyfikacja przedszkoli i szkół w zakresie promowania aktywności fizycznej; współpraca z Wydziałem Edukacji oraz innymi podmiotami realizującymi zajęcia sportowo-rekreacyjne i rozwijającymi infrastrukturę pozwalającą na uprawianie aktywności ruchowej, rekreacji i sportu
		dzieci i młodzież; rodzice; nauczyciele i wychowawcy; organizatorzy zbiorowego żywienia	certyfikacja żłobków, przedszkoli i szkół w zakresie promowania zdrowego żywienia; warsztaty z zakresu zdrowego i racjonalnego odżywiania we wrocławskich placówkach edukacyjnych; kampanie edukacyjne, konkursy
	1.3.4. Profilaktyka cukrzycy i jej powikłań	mieszkańcy Wrocławia, szczególnie osoby zagrożone cukrzycą (z nadwagą, otyłością, zaburzeniami metabolicznymi) oraz chore na cukrzycę	edukacja zdrowotna i wsparcie psychiczne osób zagrożonych chorobą, chorych oraz ich rodzin/opiekunów;
			poradnictwo specjalistyczne dla osób chorych zagrożonych „Zespołem stopy cukrzycowej”;
		dzieci i młodzież z wrocławskich placówek edukacyjnych; rodzice; nauczyciele i wychowawcy	zintensyfikowane działania edukacyjne promujące aktywność fizyczną i zainteresowanie sportem rekreacyjnym; certyfikacja przedszkoli i szkół w zakresie promowania aktywności fizycznej; współpraca z Wydziałem Edukacji oraz innymi podmiotami realizującymi zajęcia sportowo-rekreacyjne i rozwijającymi infrastrukturę pozwalającą na uprawianie aktywności ruchowej, rekreacji i sportu
		dzieci i młodzież; rodzice; nauczyciele i wychowawcy; organizatorzy zbiorowego żywienia	certyfikacja żłobków, przedszkoli i szkół w zakresie promowania zdrowego żywienia; warsztaty z zakresu zdrowego i racjonalnego odżywiania we wrocławskich placówkach edukacyjnych; kampanie edukacyjne, konkursy

		osoby eksperymentujące, nadużywające oraz uzależnione od substancji psychoaktywnych ze szczególnym uwzględnieniem dzieci, młodzieży oraz kobiet w ciąży	realizacja zadań wykazanych w gminnym programie profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych oraz przeciwdziałania narkomanii we Wrocławiu. Program określa miejską strategię w zakresie profilaktyki oraz minimalizowania szkód społecznych i zdrowotnych, wynikających z używania alkoholu i narkotyków; realizacja programów rekomendowanych przez Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii, Państwową Agencję Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, Ośrodek Rozwoju Edukacji, Instytut Psychiatrii i Neurologii zgodnie z założeniami „Systemu rekomendacji programów profilaktycznych i promocji zdrowia psychicznego; realizacja innych programów profilaktyki uzależnień, realizacja działań wspierających rozwój osobisty i społeczny dzieci i młodzieży
1.3.5. Profilaktyka chorób układu oddechowego	mieszkańcy Wrocławia w różnych grupach wiekowych, szczególnie dzieci i młodzież		realizacja programów edukacji zdrowotnej w środowisku dzieci i młodzieży.
			motywowanie mieszkańców Wrocławia do udziału w programie profilaktyki POChP oraz badaniach pozwalających na wczesne wykrywanie chorób układu oddechowego. organizowanie społecznych kampanii zdrowotnych.
		cała populacja dorosłych, dzieci i młodzież, kobiety w ciąży	prowadzenie edukacji antytytoniowej dla społeczności Wrocławia; zorganizowanie i prowadzenie Poradni Antytytoniowej z poradnictwem specjalistycznym; organizowanie społecznych kampanii zdrowotnych, motywującej do rzucenia palenia i życia bez nałogów
1.3.6. Przeciwdziałanie chorobom układu ruchu	mieszkańcy Wrocławia		prowadzenie zajęć edukacji zdrowotnej; instruktaż, pokaz czynności i ćwiczeń do samodzielnego wykonywania w warunkach domowych; promowanie aktywności ruchowej w każdym wieku; przygotowanie programu polityki zdrowotnej rozszerzającego dostęp do rehabilitacji leczniczej;
		dzieci i młodzież z wrocławskich placówek edukacyjnych; rodzice; nauczyciele i wychowawcy	zintensyfikowane działania edukacyjne promujące aktywność fizyczną i zainteresowanie sportem rekreacyjnym; certyfikacja przedszkoli i szkół w zakresie promowania aktywności fizycznej; współpraca z Wydziałem Edukacji oraz innymi podmiotami realizującymi zajęcia sportowo-rekreacyjne i rozwijającymi infrastrukturę pozwalającą na uprawianie aktywności ruchowej, rekreacji i sportu

		dzieci i młodzież; rodzice; nauczyciele i wychowawcy; organizatorzy zbiorowego żywienia	certyfikacja żłobków, przedszkoli i szkół w zakresie promowania zdrowego żywienia; warsztaty z zakresu zdrowego i racjonalnego odżywiania we wrocławskich placówkach edukacyjnych; kampanie edukacyjne, konkursy
	1.3.7. Higiena i ochrona narządów wzroku i słuchu	mieszkańcy Wrocławia	kampanie zdrowotne, program edukacyjne, szkolenia, warsztaty, konferencje, materiały edukacyjno-informacyjne
	1.3.8. Higiena jamy ustnej, w tym profilaktyka próchnicy	dzieci i młodzież w wieku szkolnym, rodzice/opiekunowie oraz personel medyczny (lekarze stomatolodzy, asystentki stomatologiczne, pielęgniarki środowiska nauczania i wychowania)	edukacja zdrowotna dzieci i rodziców; badanie stomatologiczne oraz zabiegi profilaktyczne (lakowanie i lakierowanie zębów, stabilizacja próchnicy);
	Priorytet taktyczny 1.4. Promocja i ochrona zdrowia psychicznego		
	1.4.1. Przeciwdziałanie występowaniu zaburzeń psychicznych 1.4.2. Przeciwdziałanie samobójstwom 1.4.3. Zapewnienie osobom z zaburzeniami psychicznymi (...) opieki zdrowotnej oraz innych form opieki i pomocy (...)	mieszkańcy Wrocławia	promocja zdrowia psychicznego, zapobieganie zaburzeniom psychicznym oraz wsparcie osób z doświadczeniem choroby psychicznej i zaburzeniami psychogeriatrycznymi oraz ich rodzin
			rozwijanie opieki i wsparcia środowiskowego.
		osoby eksperymentujące, nadużywające oraz uzależnione od substancji psychoaktywnych ze szczególnym uwzględnieniem dzieci, młodzieży oraz kobiet w ciąży	realizacja zadań wykazanych w gminnym programie profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych oraz przeciwdziałania narkomanii we Wrocławiu. Program określa miejską strategię w zakresie profilaktyki oraz minimalizowania szkód społecznych i zdrowotnych, wynikających z używania alkoholu i narkotyków; realizacja programów rekomendowanych przez Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii, Państwową Agencję Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, Ośrodek Rozwoju Edukacji, Instytut Psychiatrii i Neurologii zgodnie z założeniami „Systemu rekomendacji programów profilaktycznych i promocji zdrowia psychicznego; realizacja innych programów profilaktyki uzależnień, realizacja działań wspierających rozwój osobisty i społeczny dzieci i młodzieży
	Zalecana intensyfikacja działań odnośnie priorytetu operacyjnego: 1.4.4. oraz 1.4.5.		
	Priorytet taktyczny 1.5. Promocja zdrowia seksualnego i reprodukcyjnego		
	1.5.1. Ochrona i promocja zdrowia seksualnego i reprodukcyjnego	niepłodne pary, mieszkańcy Wrocławia	dofinansowanie kosztów jednego cyklu zapłodnienia pozaustrojowego lub adopcji zarodka dla każdej pary pozostającej w związku małżeńskim lub partnerskim, zakwalifikowanej do Programu w maksymalnej kwocie 5000

1.5.2. Podnoszenie poziomu wiedzy na temat seksualności człowieka, zdrowia reprodukcyjnego i seksualnego (...) 1.5.3. Kształtowanie pozytywnych postaw wobec seksualności człowieka oraz przeciwdziałanie dyskryminacji, segregacji i marginalizacji ze względu na seksualność 1.5.4. Przeciwdziałanie ryzykownym zachowaniom seksualnym oraz chorobom przenoszonym drogą płciową			zł, pod warunkiem przeprowadzenia przynajmniej jednej całej procedury przewidzianej w Programie;
	kobiety ze zdiagnozowaną endometriozą, z symptomami m.in. bólowymi sugerującymi endometriozę, bądź kobiety z niepłodnością z podejrzeniem endometriozy;		indywidualne konsultacje (lek. ginekologiem, onkologiem, endokrynologiem, anestesjologiem, dietetykiem, psychologiem, rehabilitantem, położną /edukatorem zdrowia);
			grupy wsparcia;
			edukacja zdrowotna online;
			badanie jakości życia kobiet;
			prorowadzenie strony internetowej i fanpage'a;
	kobiety ciężarne i matki dzieci z wrodzoną wadą rozwojową do 1 roku życia oraz ich rodziny, osoby niepełnosprawne, mieszkańcy Wrocławia;		edukacja zdrowotna;
			konsultacja psychologa;
			konsultacje kardiologa dziecięcego;
			konsultacje lekarzy specjalistów (neonatolog, neurolog, chirurg, genetyk, kardiolog dziecięcy wg potrzeb odbiorców programu);
			grupy wsparcia;
			opieka położnicza / pielęgniarska;
	mieszkanki Wrocławia w wieku prokreacyjnym, kobiety ciężarne, rodzice oraz dzieci w wieku do 3 lat.		konsultacje fizjoterapeuty;
			edukacja zdrowotna w Ośrodkach Informacyjno- Edukacyjnych dla Rodziców
	personel medyczny		prorowadzenie cyklicznych kursów we Wrocławskich Szkołach Rodzenia
			zakup sprzętu i aparatury medycznej dla oddziałów położniczych, ginekologicznych, neonatologicznych, pediatrycznych.
	mieszkanki Wrocławia w okresie premenopauzalnym i menopauzalnym		ginekologicznych, neonatologicznych, pediatrycznych.
			konferencje / szkolenia dla położnych, lekarzy, pielęgniarek
	osoby eksperymentujące, nadużywające oraz uzależnione od substancji psychoaktywnych ze szczególnym uwzględnieniem dzieci oraz młodzieży		Realizacja programów edukacyjnych: „Zdrowie kobiet w okresie menopauzy” „Menopauza – zdrowie, satysfakcja, dojrzałość”
			realizacja zadań wykazanych w gminnym programie profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych oraz przeciwdziałania narkomanii we Wrocławiu. Program określa miejską strategię w zakresie profilaktyki oraz minimalizowania szkód społecznych i zdrowotnych, wynikających z używania alkoholu i narkotyków; realizacja programów rekomendowanych przez Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii, Państwową Agencję Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, Ośrodek Rozwoju Edukacji, Instytut Psychiatrii i Neurologii zgodnie z założeniami „Systemu rekomendacji programów profilaktycznych i promocji zdrowia psychicznego; realizacja innych programów profilaktyki uzależnień,

			realizacja działań wspierających rozwój osobisty i społeczny dzieci i młodzieży
	Zalecana intensyfikacja działań odnośnie priorytetu operacyjnego: 1.5.2, 1.5.3. oraz 1.5.4.		
	Priorytet taktyczny 1.6. Poprawa jakości życia osób z niepełnosprawnościami i niesamodzielnymi oraz ich opiekunów		
	1.4.1. Kompleksowe zabezpieczenie potrzeb osób chorych długoterminowo oraz ich opiekunów 1.4.2. Zapewnienie kompleksowej oraz zintegrowanej z systemem świadczeń zdrowotnych i usług opiekuńczych opieki domowej dla osób niesamodzielnymi i przewlekle chorych oraz ich rodzin 1.4.3. Zapewnienie kompleksowego wsparcia instytucjonalnego dla opiekunów osób niesamodzielnymi i przewlekle chorych 1.4.4. Realizacja cyklicznych badań empirycznych z zakresu socjologii zdrowia i medycyny ukierunkowanych na dorosłych wrocławian, objętych domową opieką długoterminową oraz ich opiekunów	osoby starsze, niesamodzielnymi, przewlekle i nieuleczalnie chore oraz ich rodziny/opiekunowie	edukacja zdrowotna poprawiająca bezpieczeństwo i jakość opieki osób przewlekle i nieuleczalnie chorych przebywających w środowisku domowym oraz wsparcie ich rodzin / opiekunów; zapewnienie w warunkach stacjonarnych czasowej opieki pielęgnacyjnej osobom niesamodzielnymi, przewlekle i nieuleczalnie chorym tzw. <i>łóżka wytnienia</i>
	Zalecana intensyfikacja działań odnośnie priorytetu operacyjnego: 1.4.1., 1.4.2., 1.4.3. oraz 1.4.4.		
	PRIORYTET 2. ZMNIEJSZANIE NIERÓWNOŚCI SPOŁECZNYCH W ZDROWIU		
	2.1. Podejmowanie działań na rzecz sprawiedliwości społecznej w obszarze zdrowia 2.2. Zapobieganie nierównościom społecznym w zdrowiu oraz redukcja ich negatywnych skutków zdrowotnych 2.3. Uwzględnianie i wdrażanie w tworzonych oraz realizowanych programach z zakresu promocji zdrowia i profilaktyki chorób wyników badań empirycznych na temat nierówności społecznych w zdrowiu	osoby bezdomne, przebywające we Wrocławiu	edukacja zdrowotna oraz ograniczanie zagrożeń dla zdrowia fizycznego i psychicznego wśród osób bezdomnych we Wrocławiu

	Zalecana intensyfikacja działań odnośnie priorytetu operacyjnego: 2.1., 2.2., 2.3.	
	PRIORYTET 3. KSZTAŁTOWANIE ZDROWEGO ŚRODOWISKA MIEJSKIEGO	
	Priorytet taktyczny 3.1. Poprawa bezpieczeństwa mieszkańców	
3.1.1. Zapobieganie urazom powstałym w wyniku wypadków komunikacyjnych, z uwzględnieniem edukacji w zakresie udzielania pierwszej pomocy przedmedycznej 3.1.2. Zapobieganie występowaniu i rozprzestrzenianiu się chorób zakaźnych, w szczególności przenoszonych drogą kropelkową	osoby eksperymentujące, nadużywające oraz uzależnione od substancji psychoaktywnych ze szczególnym uwzględnieniem dzieci, młodzieży oraz kobiet w ciąży	realizacja zadań wykazanych w gminnym programie profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych oraz przeciwdziałania narkomanii we Wrocławiu. Program określa miejską strategię w zakresie profilaktyki oraz minimalizowania szkód społecznych i zdrowotnych, wynikających z używania alkoholu i narkotyków; realizacja programów rekomendowanych przez Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii, Państwową Agencję Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, Ośrodek Rozwoju Edukacji, Instytut Psychiatrii i Neurologii zgodnie z założeniami „Systemu rekomendacji programów profilaktycznych i promocji zdrowia psychicznego; realizacja innych programów profilaktyki uzależnień, realizacja działań wspierających rozwój osobisty i społeczny dzieci i młodzieży
	osoby w wieku 65 plus	Realizacja programu polityki zdrowotnej: „Program szczepień ochronnych przeciw grypie dla mieszkańców Wrocławia w wieku 65+”
	Zalecana intensyfikacja działań odnośnie priorytetu operacyjnego: 3.1.1. oraz 3.1.2.	
	Priorytet taktyczny 3.2. Tworzenie środowisk proekologicznych	
3.2.1. Przeciwdziałanie szkodliwym dla zdrowia warunkom otoczenia miejskiego 3.2.2. Poszerzenie przestrzeni publicznych wolnych od dymu tytoniowego	wrocławskie placówki edukacyjne	edukacja zdrowotna dzieci w wieku przedszkolnym
		edukacja zdrowotna dzieci i młodzieży szkolnej oraz nauczycieli, wychowawców, rodziców

3.2.3. Tworzenie warunków do planowania przestrzennego z uwzględnieniem zdrowia 3.2.4. Promocja postaw i zachowań proekologicznych, edukacja ekologiczna		kampanie zdrowotne antytytoniowe
	Zalecana intensyfikacja działań odnośnie priorytetu operacyjnego: 3.2.1., 3.2.2., 3.2.3. oraz 3.2.4.	
Priorytet taktyczny 3.3. Rozwijanie i wzmacnianie siedlisk promujących zdrowie		
3.3.1. Tworzenie i wzmacnianie siedlisk dla zdrowia 3.3.2. Kształtowanie i wzmacnianie idei subsydiarności w działaniach prozdrowotnych	wrocławskie placówki edukacyjne	realizacja przedszkolnych programów promocji zdrowia dot. promocji zdrowia oraz przeciwdziałania ryzykownym zachowaniom w środowisku przedszkolnym i szkolnym
		realizacja szkolnych programów promocji zdrowia
		kampanie edukacyjne, warsztaty, szkolenia dot. promocji zdrowia oraz przeciwdziałania ryzykownym zachowaniom w środowisku przedszkolnym i szkolnym
Zalecana intensyfikacja działań odnośnie priorytetu operacyjnego: 3.3.1. oraz 3.3.2.		
PRIORYTET 4. POPRAWA JAKOŚCI ORAZ ZWIĘKSZENIE ZAKRESU WSPÓŁPRACY MIĘDZYSEKTOROWEJ NA RZECZ ZDROWIA		
4.1. Wypracowanie i realizowanie w praktyce skutecznych zasad i procedur współpracy z innymi podmiotami publicznymi, prywatnymi i pozarządowymi na rzecz zdrowia 4.2. Motywowanie innych podmiotów życia społecznego do podejmowania	urzędnicy, pracownicy naukowy, dietetycy, rodzice, nauczyciele	prowadzenie zespołu ds. zdrowego żywienia i aktywności fizycznej dzieci i młodzieży
		współpraca z innymi wydziałami oraz jednostkami organizacyjnymi urzędu

	współpracy międzysektorowej na rzecz zdrowia 4.3. Realizacja projektów i programów prozdrowotnych we współpracy z podmiotami publicznymi, prywatnymi i pozarządowymi na szczeblu lokalnym, krajowym i międzynarodowym		współpraca z instytucjami i organizacjami współpraca z wrocławskimi placówkami edukacyjnymi
	PRIORYTET 5. DZIAŁANIA NA RZECZ UPODMIOTOWIENIA I AKTYWIZACJI MIESZKAŃCÓW NA RZECZ ZDROWIA		
	5.1. Podejmowanie działań aktywizujących i upodmiotowiających na rzecz zdrowia 5.2. Podejmowanie działań na rzecz zwiększenia świadomości dotyczącej znaczenia prozdrowotnego stylu życia dla utrzymania i potęgowania potencjału zdrowia 5.3. Podejmowanie działań na rzecz zwiększenia postrzeganego znaczenia profilaktyki w utrzymaniu i pomnażaniu potencjału zdrowia	mieszkańcy Wrocławia we wszystkich kategoriach wiekowych	zintensyfikowane działania edukacyjne promujące aktywność fizyczną i zainteresowanie sportem rekreacyjnym; certyfikacja przedszkoli i szkół w zakresie promowania aktywności fizycznej; certyfikacja żłobków, przedszkoli i szkół w zakresie promowania zdrowego żywienia; warsztaty z zakresu zdrowego i racjonalnego odżywiania we wrocławskich placówkach edukacyjnych; kampanie edukacyjne, konkursy; realizacja zadań wykazanych w gminnym programie profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych oraz przeciwdziałania narkomanii we Wrocławiu. Program określa miejską strategię w zakresie profilaktyki oraz minimalizowania szkód społecznych i zdrowotnych, wynikających z używania alkoholu i narkotyków; realizacja programów rekomendowanych przez Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii, Państwową Agencję Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, Ośrodek Rozwoju Edukacji, Instytut Psychiatrii i Neurologii zgodnie z założeniami „Systemu rekomendacji programów profilaktycznych i promocji zdrowia psychicznego; realizacja innych programów profilaktyki uzależnień, realizacja działań wspierających rozwój osobisty i społeczny dzieci i młodzieży; prowadzenie edukacji antytytoniowej dla społeczności Wrocławia; zorganizowanie i prowadzenie Poradni Antytytoniowej z poradnictwem specjalistycznym; organizowanie społecznych kampanii zdrowotnych, motywującej do rzucenia palenia i życia bez nałogów;

		edukacja zdrowotna i kampania społeczna zachęcająca do wykonywania badań profilaktycznych u mężczyzn (wczesne wykrywania nowotworów układu moczowo-płciowego); działania edukacyjne dla dzieci i młodzieży, w tym warsztaty, konkursy, prowadzone w ramach programu „Uczeń w formie”, „Szkoła w formie” oraz dla dorosłych mieszkańców Wrocławia; realizacja programu polityki zdrowotnej: pn. „Program profilaktyki zakażeń wirusem brodawczaka ludzkiego (HPV)”; realizacja programu polityki zdrowotnej: „Profilaktyka raka piersi u kobiet, mieszkank Wrocławia”; edukacja zdrowotna osób z obrzękiem limfatycznym i zagrożonych jego występowaniem Realizacja programu polityki zdrowotnej: „Rozszerzenie dostępu do rehabilitacji kardiologicznej w ramach wtórnej prewencji chorób sercowo-naczyniowych” zintensyfikowane działania edukacyjne promujące aktywność fizyczną i zainteresowanie sportem rekreacyjnym; certyfikacja przedszkoli i szkół w zakresie promowania aktywności fizycznej; certyfikacja żłobków, przedszkoli i szkół w zakresie promowania zdrowego żywienia; warsztaty z zakresu zdrowego i racjonalnego odżywiania we wrocławskich placówkach edukacyjnych; kampanie edukacyjne, konkursy realizacja zadań wykazanych w gminnym programie profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych oraz przeciwdziałania narkomanii we Wrocławiu. Program określa miejską strategię w zakresie profilaktyki oraz minimalizowania szkód społecznych i zdrowotnych, wynikających z używania alkoholu i narkotyków; realizacja programów rekomendowanych przez Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii, Państwową Agencję Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, Ośrodek Rozwoju Edukacji, Instytut Psychiatrii i Neurologii zgodnie z założeniami „Systemu rekomendacji programów profilaktycznych i promocji zdrowia psychicznego; realizacja innych programów profilaktyki uzależnień, realizacja działań wspierających rozwój osobisty i społeczny dzieci i młodzieży;
--	--	--

		promocja zdrowia psychicznego, zapobieganie zaburzeniom psychicznym oraz wsparcie osób z doświadczeniem choroby psychicznej i zaburzeniami psychogeriatrycznymi oraz ich rodzin; rozwijanie opieki i wsparcia środowiskowego; dofinansowanie kosztów jednego cyklu zapłodnienia pozaustrojowego lub adopcji zarodka dla każdej pary pozostającej w związku małżeńskim lub partnerskim, zakwalifikowanej do Programu w maksymalnej kwocie 5000 zł, pod warunkiem przeprowadzenia przynajmniej jednej całej procedury przewidzianej w Programie; indywidualne konsultacje specjalistów (lek. ginekologiem, onkologiem, endokrynologiem, anestezjologiem, neonatologiem, neurologiem, chirurgiem, genetykiem, kardiologiem dziecięcym, dietetykiem, psychologiem, rehabilitantem, położną /pielęgniarką/edukatorem zdrowia); grupy wsparcia; edukacja zdrowotna badanie jakości życia kobiet; prorowadzenie strony internetowej i fanpage`a; edukacja zdrowotna w Ośrodkach Informacyjno- Edukacyjnych dla Rodziców; prorowadzenie cyklicznych kursów we Wrocławskich Szkołach Rodzenia konferencje / szkolenia dla położnych, lekarzy, pielęgniarek Realizacja programów edukacyjnych: „Zdrowie kobiet w okresie menopauzy”
		kampanie zdrowotne, warsztaty, szkolenia, programy edukacyjne
	Zalecana intensyfikacja działań odnośnie priorytetu operacyjnego: 5.1.	

Załącznik nr 3
do uchwały nr ...
Rady Miejskiej Wrocławia
z dnia ... 2022 r.

Wskaźniki / mierniki w ewaluacji programów w ramach poszczególnych priorytetów prozdrowotnych planowanych do realizacji w latach 2022-2026

	PRIORYTETY (TAKTYCZNO-) OPERACYJNE:	WSKAŹNIKI / MIERNIKI	ŹRÓDŁO INFORMACJI O MIERNIKU	WARTOŚĆ BAZOWA (O ILE DOSTĘPNA)	POŻĄDANA TENDENCJA /WARTOŚĆ WSKAŹNIKA
PRIORYTET 1. POPRAWA JAKOŚCI DZIAŁAŃ W ZAKRESIE PROMOCJI ZDROWIA, W TYM PROFILAKTYKI CHOROÓB I UZALEŻNIEŃ					
	Priorytet taktyczny 1.1. Poprawa jakości działań prozdrowotnych w zakresie głównych czynników ryzyka chorób cywilizacyjnych				
	1.1.1. Promowanie aktywności fizycznej	odsetek dorosłych aktywnych fizycznie codziennie / w tygodniu	socjologiczne badania ankietowe na populacji dorosłych wrocławian 2018 ¹ - konieczność powtórzenia badań w 2023 i/lub 2025 r.	dane wrocławskie: 75% aktywnych dorosłych mieszkańców Wrocławia ogółem; 30% aktywnych co najmniej raz w tygodniu - Patrz więcej: (Synowiec-Piłat et al., 2018, ss. 29-37)	utrzymanie lub wzrost odsetka dorosłych osób aktywnych we Wrocławiu
			dane z badań ogólnopolskich	dane ogólnopolskie: 41,5-63% aktywnych Polaków	
		odsetek dzieci i młodzieży aktywnych fizycznie codziennie / w tygodniu	wyniki badań dolnośląskich / ogólnopolskich	dane ogólnopolskie: 17,2% aktywnej młodzieży (badanie HBSC, 2018 r.)	poziom aktywności wśród młodzieży (i dzieci) na poziomie ogólnopolskim lub wyższym
		liczba przyznanych certyfikatów placówkom edukacyjnym z zakresu promowania aktywności fizycznej	dokumentacja z projektów		wzrost ilości przyznawanych certyfikatów

¹Raport z badań „Z korzyścią dla zdrowia czy na jego szkodę...op.cit.

	1.1.2. Promowanie zbilansowanego sposobu odżywiania	odsetek dorosłych mieszkańców Wrocławia spożywających regularnie owoce i warzywa, czerwone mięso oraz ryby; używających soli kuchennej	socjologiczne badania ankietowe na populacji dorosłych wrocławian 2018 r. ² - konieczność powtórzenia badań w 2023 i/lub 2025 r.	dane wrocławski – patrz.: (Synowiec-Piłat et al., 2018, ss. 37-50)	wzrost odsetka zachowań prozdrowotnych, zmniejszenie odsetka zachowań antyzdrowotnych związanych z odżywianiem
		liczba przyznanych certyfikatów placówkom edukacyjnym z zakresu promowania zdrowego żywienia; liczba dzieci i młodzieży biorących udział w warsztatach; liczba dzieci i młodzieży biorących udział w kampaniach, konkursach, zajęciach edukacyjnych	dokumentacja z projektów		wzrost ilości przyznawanych certyfikatów; wzrost liczby uczestników
	1.1.3. Zmniejszanie spożycia alkoholu i innych środków psychoaktywnych	odsetek osób dorosłych spożywających alkohol; częstotliwość spożycia alkoholu; odsetek osób upijających się i częstotliwość upijania się	socjologiczne badania ankietowe na populacji dorosłych wrocławian 2018 ³ - konieczność powtórzenia badań w 2023 i/lub 2025 r.	dane wrocławskie: 4,7% mężczyzn deklaruje codzienne spożywanie alkoholu, co najmniej raz w tygodniu spożywanie alkoholu deklaruje 24% dorosłych mieszkańców Wrocławia - Patrz więcej: (Synowiec-Piłat et al., 2018, ss. 50-62)	spadek p.p. w spożyciu alkoholu/częstotliwości spożycia alkoholu; spadek p.p. osób upijających się / częstotliwości upijania się
		wyniki badań społecznych dot. dzieci i młodzieży realizowanych w kilkuletnich odstępach czasowych	wyniki badań dolnośląskich / ogólnopolskich	dane ogólnopolskie: ok. 35% młodzieży w wieku 11-15 lat przynajmniej raz piło alkohol (badanie HBSC z 2018 r.)	odsetek młodzieży mającej za sobą inicjację alkoholową na poziomie niższym niż dane ogólnopolskie
		liczba odbiorców poszczególnych zadań, w tym zajęć informacyjno-	dokumentacja z projektów		wzrost liczby uczestników

²Raport z badań „Z korzyścią dla zdrowia czy na jego szkodę...op.cit.

³Raport z badań „Z korzyścią dla zdrowia czy na jego szkodę...op.cit.

	edukacyjnych, poradnictwa specjalistycznego, warsztatów oraz kampanii edukacyjnych w każdym roku realizacji			
	liczba realizatorów działań zleconych przez gminę	ewidencja prowadzone przez realizatora		wzrost liczby realizatorów
	liczba przeprowadzonych kampanii edukacyjnych	ewidencja prowadzone przez realizatora		wzrost liczby uczestników
	liczba realizowanych godzin poradnictwa, zajęć informacyjno-edukacyjnych, warsztatów	dokumentacja z projektów / ewidencja prowadzona przez realizatora		wzrost liczby godzin /zajęć / warsztatów
	liczba osób będących członkami grup wsparcia	ewidencja prowadzona przez realizatora		wzrost liczby uczestników
	liczba osób korzystająca z leczenia substytucyjnego	ewidencja prowadzona przez realizatora		wzrost liczby beneficjentów
	liczba dzieci i młodzieży biorących udział w działaniach wspierających rozwój osobisty i społeczny dzieci i młodzieży	dokumentacja z projektów / ewidencja prowadzona przez realizatora		wzrost liczby uczestników
1.1.4. Ograniczanie palenia tytoniu	odsetek osób palących papierosy	socjologiczne badania ankietowe na populacji dorosłych wrocławian 2018 ⁴ - konieczność powtórzenia badań w 2023 i/lub 2025 r.	dane wrocławskie: codziennie pali ok. 12% mężczyzn oraz 15% kobiet – Patrz więcej: (Synowiec-Piłat et al., 2018, ss. 63-65)	zmniejszenie odsetka osób palących papierosy
		dane ogólnopolskie	dane ogólnopolskie: codziennie pali ok. 29% dorosłych mężczyzn oraz ok. 20% kobiet (dane GIS z 2017 r.)	
	liczba uczniów uczestniczących w zajęciach edukacyjnych	dokumentacja z projektów / ewidencja prowadzona przez realizatora		wzrost liczby uczestników
	liczba osób korzystających z konsultacji specjalistów (lekarza, psychologa, terapeuty uzależnień)	ewidencja prowadzona przez realizatora / instytucje med.		wzrost liczby beneficjentów

⁴Raport z badań „Z korzyścią dla zdrowia czy na jego szkodę...op.cit.

		liczba kampanii zdrowotnych	dokumentacja z projektów / ewidencja prowadzona przez realizatora	wzrost liczby kampanii
		liczba wydanych materiałów edukacyjnych	dokumentacja z projektów / ewidencja prowadzona przez realizatora	wzrost liczby wydawanych materiałów edukacyjnych
	Priorytet taktyczny 1.2. Zwiększenie uczestnictwa w programach profilaktyki onkologicznej			
1.2.1. Przeciwdziałanie „rakofobii” oraz przekonaniom fatalistycznym 1.2.2. Podnoszenie poziomu wiedzy w zakresie chorób nowotworowych 1.2.3. Upowszechnienie profilaktyki onkologicznej		liczba wykonanych badań wśród mężczyzn pod kątem wczesnego wykrywania nowotworów układu moczowo-płciowego	ewidencja prowadzona przez realizatora / instytucje med.	wzrost liczby wykonywanych badań
		liczba uczestników działań edukacyjnych dot. nowotworów układu moczowo-płciowego	dokumentacja z projektów / ewidencja prowadzona przez realizatora	wzrost liczby uczestników
		liczba uczestników działań edukacyjnych dot. profilaktyki raka skóry i czerniaka	dokumentacja z projektów / ewidencja prowadzona przez realizatora	wzrost liczby uczestników
		liczba przeprowadzonych działań edukacyjno-informacyjnych dot. profilaktyki raka skóry i czerniaka	dokumentacja z projektów / ewidencja prowadzona przez realizatora	wzrost liczby działań
		liczba osób korzystająca z poradnictwa zdrowotnego dot. profilaktyki raka skóry i czerniaka	ewidencja prowadzona przez realizatora / instytucje med.	wzrost liczby osób korzystających z poradnictwa zdrowotnego
		liczba osób skierowanych do diagnostyki specjalistycznej dot. raka skóry i czerniaka	ewidencja prowadzona przez realizatora / instytucje med.	wzrost liczby wykonywanych badań
		liczba osób korzystających z edukacji zdrowotnej dot. profilaktyki HPV, w tym: - rodziców, - dziewcząt w wieku 13 lat, - chłopców w wieku 13 lat	dokumentacja z projektów / ewidencja prowadzona przez realizatora;	wzrost liczby uczestników
		liczba dziewcząt zaszczepionych na HPV:	ewidencja prowadzona przez realizatora / instytucje med.	wzrost liczby zaszczepionych na HPV dziewcząt i chłopców

		- liczba dziewcząt, które otrzymały 1 dawkę szczepionki; - liczba dziewcząt, które otrzymały 2 dawki szczepionki; - liczba dziewcząt, które otrzymały 3 dawki szczepionki; - liczba chłopców, którzy otrzymali 1 dawkę szczepionki; - liczba chłopców, którzy otrzymali 2 dawki szczepionki; - liczba chłopców, którzy otrzymali 3 dawki szczepionki		
		liczba kobiet, które zgłosiły się do punktów edukacji zdrowotnej (pez) dot. profilaktyki raka piersi z podziałem na grupy wiekowe	dokumentacja z projektów / ewidencja prowadzona przez realizatora;	wzrost liczby beneficjentek
		liczba kobiet, którym w pez wykonano instruktaż samobadania piersi	ewidencja prowadzona przez realizatora / instytucje med.	wzrost liczby beneficjentek
		liczba kobiet zmotywowanych do wykonania mammografii w ramach populacyjnego programu wczesnego wykrywania raka piersi, finansowanego przez NFZ	rejestr deklaracji badania	wzrost liczby beneficjentek
		liczba kobiet, u których wykryto podejrzaną zmianę chorobową dot. raka piersi w pez	ewidencja prowadzona przez realizatora / instytucje med.	wzrost liczby badanych kobiet
		liczba kobiet skierowanych do lekarza POZ, do dalszej diagnostyki specjalistycznej dot. raka piersi	ewidencja prowadzona przez realizatora / instytucje med.	wzrost liczby kobiet skierowanych do dalszej diagnostyki

	liczba kobiet skierowanych do Ośrodka Diagnostyki Chorób Piersi	ewidencja prowadzona przez realizatora / instytucje med.	wzrost liczby kobiet skierowanych do dalszej diagnostyki
	liczba wykonanych badań diagnostycznych z podziałem na mammografię i ultrasonografię	ewidencja prowadzona przez realizatora / instytucje med.	wzrost liczby badań mammograficznych / USG piersi
	liczba wykrytych zmian chorobowych z podejrzeniem raka	ewidencja prowadzona przez realizatora / instytucje med.	spadek liczby wykrytych zmian chorobowych w późnym stadium
	liczba kobiet, u których badania diagnostyczne nie potwierdziły zmiany chorobowej dot. raka piersi	ewidencja prowadzona przez realizatora / instytucje med.	
	liczba kobiet skierowanych na konsultacje do lekarza genetyka	ewidencja prowadzona przez realizatora / instytucje med.	wzrost liczby kobiet skierowanych na konsultacje genetyczne
	liczba kobiet, które skorzystały z poradnictwa genetycznego	ewidencja prowadzona przez realizatora / instytucje med.	liczba kobiet, które skorzystały z poradnictwa genetycznego
	liczba kobiet skierowanych do szpitala	ewidencja prowadzona przez realizatora / instytucje med.	spadek liczby wykrytych zmian chorobowych w późnym stadium
	liczba zaplanowanych seminariów, szkoleń, konferencji dot. raka piersi dla realizatorów i odbiorców zadania	dokumentacja z projektów / ewidencja prowadzona przez realizatora	wzrost liczby wydarzeń oraz uczestników
	liczba osób, które wzięły udział w szkoleniach podnoszących kwalifikacje zawodowe dot. raka piersi	dokumentacja z projektów / ewidencja prowadzona przez realizatora	wzrost liczby uczestników
	liczba kobiet biorąca udział w szkoleniach grupowych dot. raka piersi	dokumentacja z projektów / ewidencja prowadzona przez realizatora	wzrost liczby uczestników
	liczba kobiet, które wypełniły ankietę oceny i satysfakcji dot. działań związanych z rakiem piersi	dokumentacja z projektów / ewidencja prowadzona przez realizatora	wzrost liczby uczestników
	liczba pisemnych opinii o realizowanych zadaniach wzrost liczby uczestników	dokumentacja z projektów / ewidencja prowadzona przez realizatora	wzrost liczby pisemnych opinii o realizowanych zadaniach

	Priorytet taktyczny 1.3. Przeciwdziałanie wybranym chorobom cywilizacyjnym		
1.3.1. Przeciwdziałanie chorobie sercowo-naczyniowej	Patrz wskaźniki / mierniki 1.1.1. Promowanie aktywności fizycznej		
	Patrz wskaźniki / mierniki 1.1.2. Promowanie zbilansowanego sposobu odżywiania		
	Patrz wskaźniki / mierniki 1.1.3. Zmniejszanie spożycia alkoholu i innych środków psychoaktywnych		
	Patrz wskaźniki / mierniki 1.1.4. Ograniczanie palenia tytoniu		
	liczba osób biorąca udział w realizowanych działaniach;	dokumentacja z projektów / ewidencja prowadzona przez realizatora	wzrost liczby uczestników
	rodzaje realizowanych działań;	dokumentacja z projektów / ewidencja prowadzona przez realizatora	wzrost liczby rodzajów działań
	liczba realizatorów działań;	dokumentacja z projektów / ewidencja prowadzona przez realizatora	wzrost liczby realizatorów
	liczba osób zgłaszających się na edukację;	dokumentacja z projektów / ewidencja prowadzona przez realizatora	wzrost liczby uczestników
	liczba przeprowadzonych szkoleń dla realizatorów i uczestników;	dokumentacja z projektów / ewidencja prowadzona przez realizatora	wzrost liczby szkoleń
	liczba przeprowadzonych kampanii;	dokumentacja z projektów / ewidencja prowadzona przez realizatora	wzrost liczby kampanii
1.3.2. Profilaktyka chorób nowotworowych	Patrz wskaźniki / mierniki 1.1.1. Promowanie aktywności fizycznej		
	Patrz wskaźniki / mierniki 1.1.2. Promowanie zbilansowanego sposobu odżywiania		
	Patrz wskaźniki / mierniki 1.1.3. Zmniejszanie spożycia alkoholu i innych środków psychoaktywnych		
	Patrz wskaźniki / mierniki 1.1.4. Ograniczanie palenia tytoniu		
	Patrz działania 1.2. Zwiększenie uczestnictwa w programach profilaktyki onkologicznej		
1.3.3. Zapobieganie i leczenie nadwagi i otyłości	liczba uczniów biorących udział w spotkaniach edukacyjnych ze specjalistami;	dokumentacja z projektów / ewidencja prowadzona przez realizatora	wzrost liczby uczestników
	liczba rodziców biorących udział w spotkaniach edukacyjnych ze specjalistami;	dokumentacja z projektów / ewidencja prowadzona przez realizatora	wzrost liczby uczestników
	liczba uczniów biorących udział w warsztatach;	dokumentacja z projektów / ewidencja prowadzona przez realizatora	wzrost liczby uczestników
	liczba rodziców biorących udział w warsztatach;	dokumentacja z projektów / ewidencja prowadzona przez realizatora	wzrost liczby uczestników
	liczba uczniów biorących udział w zajęciach z zakresu aktywności fizycznej;	dokumentacja z projektów / ewidencja prowadzona przez realizatora	wzrost liczby uczestników

		Patrz wskaźniki / mierniki 1.1.1. Promowanie aktywności fizycznej		
		Patrz wskaźniki / mierniki 1.1.2. Promowanie zbilansowanego sposobu odżywiania		
1.3.4. Profilaktyka cukrzycy i jej powikłań	liczba osób uczestnicząca w edukacji zdrowotnej;	dokumentacja z projektów / ewidencja prowadzona przez realizatora	wzrost liczby uczestników	
	rodzaje realizowanych działań;	dokumentacja z projektów / ewidencja prowadzona przez realizatora	wzrost liczby rodzajów działań	
	liczba realizatorów działań;	dokumentacja z projektów / ewidencja prowadzona przez realizatora	wzrost liczby realizatorów działań	
	liczba osób pierwszorazowych zgłaszających się na edukację ;	dokumentacja z projektów / ewidencja prowadzona przez realizatora	wzrost liczby uczestników	
	liczba osób zgłaszających się kolejny raz na edukację;	dokumentacja z projektów / ewidencja prowadzona przez realizatora	wzrost liczby uczestników	
	liczba przeprowadzonych szkoleń dla realizatorów i uczestników;	dokumentacja z projektów / ewidencja prowadzona przez realizatora	wzrost liczby przeprowadzonych szkoleń	
	liczba przeprowadzonych kampanii;	dokumentacja z projektów / ewidencja prowadzona przez realizatora	wzrost liczby przeprowadzonych kampanii	
	liczba przeprowadzonych konsultacji i porad specjalistycznych;	dokumentacja z projektów / ewidencja prowadzona przez realizatora	wzrost liczby u przeprowadzonych konsultacji i porad specjalistycznych	
	Patrz wskaźniki / mierniki 1.1.1. Promowanie aktywności fizycznej			
	Patrz wskaźniki / mierniki 1.1.2. Promowanie zbilansowanego sposobu odżywiania			
	Patrz wskaźniki / mierniki 1.1.3. Zmniejszanie spożycia alkoholu i innych środków psychoaktywnych			
1.3.5. Profilaktyka chorób układu oddechowego	liczba uczestników poszczególnych działań profilaktycznych;	dokumentacja z projektów / ewidencja prowadzona przez realizatora	wzrost liczby uczestników	
	liczba wykonanych badań profilaktycznych podczas społecznych kampanii zdrowotnych;	dokumentacja z projektów / ewidencja prowadzona przez realizatora	wzrost liczby wykonywanych badań profilaktycznych	
	liczba opracowanych materiałów edukacyjnych o tematyce zdrowotnej;	dokumentacja z projektów / ewidencja prowadzona przez realizatora	wzrost liczby materiałów edukacyjnych	
1.3.6. Przeciwdziałanie chorobom układu ruchu	liczba osób biorących udział w realizowanych działaniach;	dokumentacja z projektów / ewidencja prowadzona przez realizatora	wzrost liczby uczestników	
	liczba zrealizowanych godzin edukacyjnych;	dokumentacja z projektów / ewidencja prowadzona przez realizatora	wzrost liczby zrealizowanych godzin edukacyjnych	
	Patrz wskaźniki / mierniki 1.1.1. Promowanie aktywności fizycznej			
Patrz wskaźniki / mierniki 1.1.2. Promowanie zbilansowanego sposobu odżywiania				

1.3.7. Higiena i ochrona narządów wzroku i słuchu	liczba osób biorących udział w realizowanych działaniach	dokumentacja z projektów / ewidencja prowadzona przez realizatora	wzrost liczby uczestników
	liczba zrealizowanych godzin edukacji	dokumentacja z projektów / ewidencja prowadzona przez realizatora	wzrost liczby zrealizowanych godzin edukacyjnych
	liczba przygotowanych i wydrukowanych materiałów edukacyjno-informacyjnych	dokumentacja z projektów / ewidencja prowadzona przez realizatora	wzrost liczby materiałów edukacyjnych
	liczba przeprowadzonych szkoleń, warsztatów	dokumentacja z projektów / ewidencja prowadzona przez realizatora	wzrost liczby przeprowadzonych szkoleń, warsztatów
	liczba przygotowanych programów	dokumentacja z projektów / ewidencja prowadzona przez realizatora	wzrost liczby przygotowanych programów
	liczba wykonanych badań	dokumentacja z projektów / ewidencja prowadzona przez realizatora	wzrost liczby wykonanych badań
1.3.8. Higiena jamy ustnej, w tym profilaktyka próchnicy	liczba rodziców objęta edukacją w zakresie zdrowia jamy ustnej;	dokumentacja z projektów / ewidencja prowadzona przez realizatora	wzrost liczby uczestników
	liczba uczniów objęta programem;	dokumentacja z projektów / ewidencja prowadzona przez realizatora	wzrost liczby uczestników
	ewaluacja wzrostu wiedzy w zakresie zdrowia jamy ustnej w konfrontacji z jej realizacją przez uczniów;	dokumentacja z projektów / ewidencja prowadzona przez realizatora	wzrost poziomu wiedzy i poprawa zachowań zdrowotnych;
	liczba wykonanych badań stomatologicznych z określeniem stanu jamy ustnej i potrzeb leczniczych oraz indywidualną edukacją	ewidencja prowadzona przez realizatora / instytucje med.	wzrost liczby wykonywanych badań
	liczba wykonanych zabiegów lakowania zębów;	ewidencja prowadzona przez realizatora / instytucje med.	wzrost liczby wykonanych zabiegów
	brak nowych zmian próchnicowych lub rozwój rocznie nie więcej niż 1-3 nowych zmian u uczniów z wysoką aktywnością choroby;	ewidencja prowadzona przez realizatora / instytucje med.	obniżenie ilości wykrywanych zmian próchnicowych
Priorytet taktyczny 1.4. Promocja i ochrona zdrowia psychicznego			
1.4.1. Przeciwdziałanie występowaniu zaburzeń psychicznych	liczba osób biorąca udział w realizowanych działaniach;	dokumentacja z projektów / ewidencja prowadzona przez realizatora	wzrost liczby uczestników

1.4.2. Przeciwdziałanie samobójstwom 1.4.3. Zapewnienie osobom z zaburzeniami psychicznymi (...) opieki zdrowotnej oraz innych form opieki i pomocy (...) 1.4.4. Kształtowanie właściwych postaw społecznych wobec osób z zaburzeniami psychicznymi, (...), a także przeciwdziałania ich dyskryminacji 1.4.5. Tworzenie oraz wspieranie środowisk sprzyjających zdrowiu psychicznemu	rodzaje realizowanych działań;	dokumentacja z projektów / ewidencja prowadzona przez realizatora	wzrost liczby realizowanych działań	
	liczba realizatorów działań;	dokumentacja z projektów / ewidencja prowadzona przez realizatora	wzrost liczby realizatorów działań	
	liczba przeprowadzonych szkoleń dla realizatorów i uczestników;	dokumentacja z projektów / ewidencja prowadzona przez realizatora	wzrost liczby szkoleń	
	liczba przeprowadzonych kampanii, seminariów i warsztatów;	dokumentacja z projektów / ewidencja prowadzona przez realizatora	wzrost liczby kampanii, seminariów i warsztatów	
	Patrz wskaźniki / mierniki 1.1.3. Zmniejszanie spożycia alkoholu i innych środków psychoaktywnych			
Priorytet taktyczny 1. 5. Promocja zdrowia seksualnego i reprodukcyjnego				
1.5.1. Ochrona i promocja zdrowia seksualnego i reprodukcyjnego 1.5.2. Podnoszenie poziomu wiedzy na temat seksualności człowieka, zdrowia reprodukcyjnego i seksualnego (...) 1.5.3. Kształtowanie pozytywnych postaw wobec seksualności człowieka oraz przeciwdziałanie dyskryminacji, segregacji i marginalizacji ze względu na seksualność 1.5.4. Przeciwdziałanie ryzykownym zachowaniom seksualnym oraz chorobom przenoszonym drogą płciową	% osób przejawiających ryzykowne zachowania seksualne	wyniki badań dolnośląskich / ogólnopolskich; socjologiczne badania ankietowe na populacji dorosłych wrocławian w 2023 i/lub 2025 r.	dane zastane; wyniki badań dot. populacji wrocławian	spadek p.p. ryzykownych zachowań seksualnych
	liczba par biorących udział w Programie dot. zapłodnienia pozaustrojowego lub adopcji zarodka	ewidencja prowadzona przez realizatora / instytucje med.		wzrost liczby par biorących udział w programie
	liczba przeprowadzonych procedur zapłodnienia pozaustrojowego	ewidencja prowadzona przez realizatora / instytucje med.		wzrost liczby przeprowadzonych procedur
	liczba ciąż	ewidencja prowadzona przez realizatora / instytucje med./ dane GUS		wzrost liczby ciąż
	liczba urodzeń żywych	ewidencja prowadzona przez realizatora / instytucje med./ dane GUS	Dodatni przyrost naturalny we Wrocławiu za 2019 r.: <i>plus</i> 0,9%, przy ujemnych wartościach dla województwa (<i>minus</i> 2,0%) oraz dla kraju (<i>minus</i> 0,9%) – Wykres II.1.7 oraz II.1.15; Wartość wskaźnika żywych urodzeń na	wzrost liczby urodzeń żywych

			1 000 ludności we Wrocławiu za 2019 r.: 11,7‰ (stan na 31 grudnia) – Wykres II.1.20; Poziom dzietności mieszkańek Wrocławia – współczynnik dzietności teoretycznej wyniósł w 2019 r. 1,5 (1,36 dla województwa, 1,42 dla kraju) (GUS, 2020c, 2020d) – Wykres II.1.9.	
	liczba kobiet, które zostaną objęte specjalistyczną edukacją zdrowotną dot. endometriozy;	dokumentacja z projektów / ewidencja prowadzona przez realizatora		wzrost liczby uczestniczek
	liczba szkoleń dla personelu medycznego dot. endometriozy ;	dokumentacja z projektów / ewidencja prowadzona przez realizatora		wzrost liczby szkoleń
	poziom wiedzy kobiet nt. endometriozy;	dokumentacja z projektów / ewidencja prowadzona przez realizatora		wzrost poziomu wiedzy uczestniczek
	liczba rodzin z dziećmi z wrodzoną wadą rozwojową zgłaszających się do Programu;	ewidencja prowadzona przez realizatora / instytucje med.		wzrost liczby rodzin uczestniczących w programie
	liczba rodzin z dziećmi z wrodzoną wadą rozwojową uczestnicząca w I i II etapie Programu;	ewidencja prowadzona przez realizatora / instytucje med.		wzrost liczby rodzin uczestniczących w I i II etapie Programu;
	liczba osób niepełnosprawnych (dot. z dzieci z wrodzoną wadą rozwojową);	ewidencja prowadzona przez realizatora / instytucje med./ dane GUS		spadek liczby urodzeń dzieci z wrodzoną wadą rozwojową
	stopień satysfakcji uczestników programu dot. dzieci z wrodzoną wadą rozwojową ;	dokumentacja z projektów / ewidencja prowadzona przez realizatora		wzrost satysfakcji uczestników
	liczba odbiorców poszczególnych zadań, w tym zajęć edukacyjnych, poradnictwa specjalistycznego, warsztatów, konferencji i.in	dokumentacja z projektów / ewidencja prowadzona przez realizatora		wzrost liczby uczestników

		wskaźnik umieralności okołoporodowej	dane GUS, NFZ dla woj. Dolnośląskiego / Wrocławia	w 2019 r. wskaźnik zgonów niemowląt na 1 000 urodzeń żywych dla Wrocław: 3,6‰; 4,5‰ dla województwa oraz 3,8‰ dla kraju – Wykres II.1.20.	obniżenie wskaźnika umieralności okołoporodowej
		liczba i rodzaj zakupionego sprzętu, aparatury medycznej	ewidencja prowadzona przez realizatora / instytucje med.		wzrost liczby sprzętu, aparatury medycznej
		liczba kobiet w okresie premenopauzalnym i menopauzalnym zgłaszających się do rejestracji w projekcie;	dokumentacja z projektów / ewidencja prowadzona przez realizatora		wzrost liczby uczestników
		liczba wizyt pacjentek w okresie premenopauzalnym i menopauzalnym u położnej, ginekologa, psychologa;	ewidencja prowadzona przez realizatora / instytucje med.		wzrost liczby wizyt
		liczba kobiet w okresie premenopauzalnym i menopauzalnym kierowanych na badania i do lekarzy specjalistów,	ewidencja prowadzona przez realizatora / instytucje med.		wzrost liczby skierowań kobiet w okresie premenopauzalnym i menopauzalnym na badania i do lekarzy specjalistów
Priorytet taktyczny 1.6. Poprawa jakości życia osób z niepełnosprawnościami i niesamodzielnymi oraz ich opiekunów					
	1.4.1. Kompleksowe zabezpieczenie potrzeb osób chorych długoterminowo oraz ich opiekunów	liczba wizyt edukacyjnych prowadzonych przez pielęgniarkę, fizjoterapeutę;	ewidencja prowadzona przez realizatora / instytucje med.		wzrost liczby wizyt
	1.4.2. Zapewnienie kompleksowej oraz zintegrowanej z systemem świadczeń zdrowotnych i usług opiekuńczych opieki domowej dla osób niesamodzielnych i przewlekle chorych oraz ich rodzin	liczba osób korzystających ze wsparcia psychologicznego (pacjenci oraz ich rodziny/opiekunowie);	ewidencja prowadzona przez realizatora		wzrost liczby beneficjentów
	1.4.3. Zapewnienie kompleksowego wsparcia instytucjonalnego dla opiekunów osób niesamodzielnych i przewlekle chorych	liczba rodzin objętych zadaniem;	ewidencja prowadzona przez realizatora / instytucje med.		wzrost liczby rodzin objętych zadaniem;
	1.4.4. Realizacja cyklicznych badań empirycznych z zakresu socjologii zdrowia i medycyny ukierunkowanych na dorosłych	liczba osób objętych wsparciem paliatywno-hospicyjnym;	ewidencja prowadzona przez realizatora / instytucje med.		wzrost liczby beneficjentów

	wrocławian, objętych domową opieką długoterminową oraz ich opiekunów	liczba osób objętych czasową stacjonarną opieką pielęgnacyjno-opiekuńczą	ewidencja prowadzona przez realizatora / instytucje med.	wzrost liczby beneficjentów
	2.1. Podejmowanie działań na rzecz sprawiedliwości społecznej w obszarze zdrowia			
	2.2. Zapobieganie nierównościami społecznym w zdrowiu oraz redukcja ich negatywnych skutków zdrowotnych	liczba osób korzystających z edukacji zdrowotnej	dokumentacja z projektów / ewidencja prowadzona przez realizatora	wzrost liczby uczestników
	2.3. Uwzględnianie i wdrażanie w tworzonych oraz realizowanych programach z zakresu promocji zdrowia i profilaktyki chorób wyników badań empirycznych na temat nierówności społecznych w zdrowiu	liczba osób korzystająca z warsztatów terapii zajęciowej	dokumentacja z projektów / ewidencja prowadzona przez realizatora	wzrost liczby uczestników
	PRIORYTET 3. KSZTAŁTOWANIE ZDROWEGO ŚRODOWISKA MIEJSKIEGO			
	Priorytet taktyczny 3.1. Poprawa bezpieczeństwa mieszkańców			
	3.1.1. Zapobieganie urazom powstałym w wyniku wypadków komunikacyjnych, z uwzględnieniem edukacji w zakresie udzielania pierwszej pomocy przedmedycznej	Patrz wskaźniki / mierniki 1.1.3. Zmniejszanie spożycia alkoholu i innych środków psychoaktywnych		
	3.1.2. Zapobieganie występowaniu i rozprzestrzenianiu się chorób zakaźnych, w szczególności przenoszonych drogą kropelkową	liczba osób zaszczepionych	Dane NFZ/instytucji medycznych	dane ogólnopolskie: 3,5% dla Polski (Byambasuren, Paradowska-Stankiewicz, & Brydak, 2020)
		liczba osób uczestnicząca w działaniach edukacyjnych dot. szczepień	dokumentacja z projektów / ewidencja prowadzona przez realizatora	wzrost liczby uczestników

		liczba osób biorących udział w programie w każdym roku jego realizacji	dokumentacja z projektów / ewidencja prowadzona przez realizatora	wzrost liczby uczestników
	Priorytet taktyczny 3.2. Tworzenie środowisk proekologicznych			
	3.2.1. Przeciwdziałanie szkodliwym dla zdrowia warunkom otoczenia miejskiego 3.2.2. Poszerzenie przestrzeni publicznych wolnych od dymu tytoniowego 3.2.3. Tworzenie warunków do planowania przestrzennego z uwzględnieniem zdrowia 3.2.4. Promocja postaw i zachowań proekologicznych, edukacja ekologiczna	liczba dzieci w wieku przedszkolnym uczestnicząca w szkoleniach;	dokumentacja z projektów / ewidencja prowadzona przez realizatora	wzrost liczby uczestników
		liczba dzieci i młodzieży szkolnej oraz nauczycieli, wychowawców, rodziców uczestnicząca w szkoleniach, edukacji	dokumentacja z projektów / ewidencja prowadzona przez realizatora	wzrost liczby uczestników
		liczba przeprowadzonych kampanii	dokumentacja z projektów / ewidencja prowadzona przez realizatora	wzrost liczby przeprowadzonych kampanii
	Priorytet taktyczny 3.3. Rozwijanie i wzmacnianie siedlisk promujących zdrowie			
	3.3.1. Tworzenie i wzmacnianie siedlisk dla zdrowia 3.3.2. Kształtowanie i wzmacnianie idei subsydiarności w działaniach prozdrowotnych	liczba placówek edukacyjnych należących do Wrocławskiej Sieci Przedszkoli i Szkół Promujących Zdrowie	ewidencja prowadzona przez koordynatorów Wrocławskiej Sieci Przedszkoli i Szkół Promujących Zdrowie	utrzymanie lub zwiększenie ilości placówek edukacyjnych należących do Wrocławskiej Sieci Przedszkoli i Szkół Promujących Zdrowie
	4.1. Wypracowanie i realizowanie w praktyce skutecznych zasad i procedur współpracy z innymi podmiotami publicznymi, prywatnymi i pozarządowymi na rzecz zdrowia	liczba spotkań zespołu	dokumentacja Urzędu	utrzymanie istniejącego poziomu / wzrost ilości spotkań zespołu

	4.2. Motywowanie innych podmiotów życia społecznego do podejmowania współpracy międzysektorowej na rzecz zdrowia 4.3. Realizacja projektów i programów prozdrowotnych we współpracy z podmiotami publicznymi, prywatnymi i pozarządowymi na szczeblu lokalnym, krajowym i międzynarodowym	liczba współpracujących instytucji / działów / biur	dokumentacja Urzędu	utrzymanie istniejącego poziomu / wzrost ilości współpracujących instytucji / działów / biur
	5.1. Podejmowanie działań aktywizujących i upodmiotowiających na rzecz zdrowia 5.2. Podejmowanie działań na rzecz zwiększenia świadomości dotyczącej znaczenia prozdrowotnego stylu życia dla utrzymania i potęgowania potencjału zdrowia 5.3. Podejmowanie działań na rzecz zwiększenia postrzeganego znaczenia profilaktyki w utrzymaniu i potęgowania potencjału zdrowia	liczba osób biorących udział w realizowanych działaniach	dokumentacja z projektów / ewidencja prowadzona przez realizatora	wzrost liczby uczestników
		liczba zrealizowanych godzin edukacji	dokumentacja z projektów / ewidencja prowadzona przez realizatora	wzrost liczby zrealizowanych godzin edukacji
		liczba przygotowanych i wydrukowanych materiałów edukacyjno-informacyjnych	dokumentacja z projektów / ewidencja prowadzona przez realizatora	wzrost liczby przygotowanych i wydrukowanych materiałów edukacyjno-informacyjnych
		liczba przeprowadzonych szkoleń, warsztatów	dokumentacja z projektów / ewidencja prowadzona przez realizatora	wzrost liczby przeprowadzonych szkoleń, warsztatów
		liczba przygotowanych programów	dokumentacja z projektów / ewidencja prowadzona przez realizatora	wzrost liczby przygotowanych programów

Uzasadnienie

W dokumencie pn. „*Kierunki działań w zakresie zdrowia publicznego dla mieszkańców Wrocławia na lata 2022-2026*” usystematyzowano i uzupełniono działania prozdrowotne realizowane w latach poprzednich, które przyniosły pozytywne efekty poprawy jakości życia mieszkańców Wrocławia, stanowią uzupełnienie świadczeń zdrowotnych finansowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

Przedłożony dokument uwzględnia jednocześnie nowe zadania na kolejne 5 lat, opisane jako priorytety:

1. Poprawa jakości działań w zakresie promocji zdrowia, w tym profilaktyki chorób i uzależnień,
2. Zmniejszanie nierówności społecznych w zdrowiu,
3. Kształtowanie zdrowego środowiska miejskiego,
4. Poprawa jakości oraz zwiększenie zakresu współpracy międzysektorowej na rzecz zdrowia,
5. Działania na rzecz upodmiotowienia i aktywizacji mieszkańców na rzecz zdrowia.

Uwzględniony w priorytetach zakres działań i programów polityki zdrowotnej koresponduje z priorytetami zdrowotnymi zawartymi w planach i programach narodowych oraz w rezolucjach Światowej Organizacji Zdrowia (World Health Organization, WHO).

W dokumencie uwzględnione zostały zagadnienia dotyczące programów promocji zdrowia i profilaktyki chorób. Zakres oraz formy realizacji poszczególnych działań prozdrowotnych mogą być modyfikowane oraz poszerzane adekwatnie do potrzeb i bieżącej sytuacji, a krąg ich realizatorów uzupełniany o nowe podmioty.

Dokument „*Kierunki działań w zakresie zdrowia publicznego dla mieszkańców Wrocławia na lata 2022-2026*” wpisuje się także w założenia społeczno-ekologicznego modelu zdrowia jako podstawy teoretycznej współczesnej promocji zdrowia oraz w ideę aktywizacji i upodmiotowienia jednostek i społeczności na rzecz zdrowia, stanowiącą kluczowy paradygmat promocji zdrowia.

Działania prozdrowotne, w tym programy polityki zdrowotnej spójne są z dokumentem pn. Strategia Wrocław 2030.

Wszystkie działania i programy uwzględnione w dokumencie będą finansowane z budżetu Miasta oraz środków finansowych, pozyskiwanych z innych źródeł.

Zakłada się, że realizacja działań prozdrowotnych przyczyni się do poprawy zdrowia mieszkańców, rozszerzenia dostępu do specjalistycznej opieki medycznej w tych obszarach, które są słabo zabezpieczone, zapewnienia poczucia bezpieczeństwa oraz kształtowania postawy odpowiedzialności za zdrowie własne i innych.

W załączeniu działania szczegółowe planowane do realizacji w latach 2022-2026 przez Wydział Zdrowia i Spraw Społecznych Urzędu Miejskiego Wrocławia w partnerstwie z instytucjami, podmiotami leczniczymi, organizacjami pozarządowymi i innymi realizatorami, wybieranymi w procedurze konkursowej.

Uchwała nie stanowi prawa miejscowego.

Projekt nie zawiera danych podlegających ochronie.