

Polskie Towarzystwo Medycyny Społecznej
i Zdrowia Publicznego

Dni Medycyny Społecznej i Zdrowia Publicznego

**WSPÓŁCZESNE WYZWANIA ZDROWIA PUBLICZNEGO
POLSKA 2016**

JURATA, 2-4.06.2016



ISBN 978-83-7090-145-5

Dni Medycyny Społecznej i Zdrowia Publicznego
„Współczesne Wyzwania Zdrowia Publicznego - Polska 2016”.

NAUKOWY KOMUNIKAT KONFERENCYJNY

Pod red. Mirosława Jarosza i Magdaleny Florek-Łuszczki

Recenzenci:

Prof. dr hab. n. med. dr h.c. Alfred Owoc

Prof. dr hab. n. med. Andrzej Szpak

Jurata, 2-4 czerwiec 2016 r.

ISBN 978-83-7090-145-5

Spis treści

Barański K. CZY KONTAKT DZIECI ZE ZWIERZĘTAMI DOMOWYMI RZUTUJE NA WARTOŚCI TLENKU AZOTU W WYDYCHANYM POWIETRZU?.....	8
Barański K., Chudek J. CHOROBY WSPÓLISTNIEJĄCE PACJENTÓW Z PRZEWLEKŁĄ CHOROBAŻ ŻYLNĄ.....	9
Bogusz R. Humeniuk E. STARZENIE SIĘ SPOŁECZEŃSTWA JAKO PROCES ZWIĘKSZAJĄCY ZAPOTRZEBOWANIE NA USŁUGI FIZJOTERAPEUTYCZNE.....	11
Bojar I., Gujski M., Piasecki J., Pawełczak-Barszczowska A., Owoc A. STRES W PRACY A ZDOLNOŚĆ DO PRACY KOBIET W WIEKU OKOŁOMENOPAUZALNYM PRACUJĄCYCH UMYSŁOWO	12
Bojar I., Strach K., Śledziwska K., Lutomski P., Raczkiwicz D. WYNIKI INDEKSU ZDOLNOŚCI DO PRACY W OKRESACH WCZESNOMENOPAUZALNYM, PÓŻNOMENOPAUZALNYM I POMENOPAUZALNYM KOBIET PRACUJĄCYCH UMYSŁOWO.	13
Bryła M., Maniecka-Bryła I. MISJE WYBRANYCH AKREDYTOWANYCH SZKÓŁ ZDROWIA PUBLICZNEGO W STANACH ZJEDNOCZONYCH	14
Brzeski Z. BADANIA PROFILAKTYCZNE PRACOWNIKÓW W ZAPOBIEGANIU CHOROBYM ZESPOŁU METABOLICZNEGO	15
Brzeski Z., Panasiuk L. ZDROWOTNOŚĆ LUDNOŚCI ROLNICZEJ MAKROREGIONU LUBELSKIEGO	16
Brzeski Z., Sodolski W. SUBSTANCJE PSYCHOAKTYWNE ROŚLIN I GRZYBÓW W „DOPALACZACH”. ANALIZA KLINICZNA ZATRUĆ OSTRYCH.	17
Czerwonka K. OSOBOWOŚCIOWE UWARUNKOWANIA ZACHOWAŃ INTERPERSONALNYCH A POZIOM INTELIGENCJI EMOCJONALNEJ U SKAZANYCH ZA POPEŁNIENIE PRZESTĘPSTW PRZECIWKO ŻYCIU I ZDROWIU.....	18
Detsyk O., Basaraba T. THE SOCIAL ENVIRONMENT IMPACT ON YOUTH'S AWARENESS ON HIV PREVENTION	19
Detsyk O., Solomchak D. COVERAGE OF PREVENTION TECHNOLOGIES THE PATIENTS WITH UROLITHIASIS.....	20
Detsyk O., Yavorsky A., Yavorsky M. MONITORING PATIENTS' SATISFACTION AS AN INDICATOR OF A CHANGE IN MANAGEMENT EFFECTIVENESS	21
Detsyk O., Zolotarova Z., Melnyk R. THE PALLIATIVE CARE FOR CHILDREN IN THE IVANO-FRANKIVSK REGION.....	22
Detsyk O., Zolotarova Z., Rudko I. THE ROLE OF GENERAL PRACTITIONERS IN ORAL CANCER PREVENTION	23

Edbom-Kolarz A., Marcinkowski J.T. HOLISTYCZNY MODEL REHABILITACJI OSÓB STARSZYCH ZE ZWYRODNIENIEM PLAMKI ŻÓLTEJ ZWIĄZANYM Z WIEKIEM (AMD) – CO WARTO Z DOŚWIADCZEŃ SZWEDZKICH IMPLEMENTOWAĆ W POLSCE?	24
Fronczak A., Skonieczna J. UZALEŻNIENIE OD INTERNETU WŚRÓD POLSKIEJ MŁODZIEŻY - NARASTAJĄCY PROBLEM PSYCHOSPOŁECZNY	25
Golovach D.P., Rarowska J.I., Tiszczenko E.M. INFORMOWALNOŚĆ PACJENTÓW W MŁODYM WIEKU O ZACHOROWALNOŚCI NA CHOROBY GINEKOLOGICZNE.....	26
Gruziewa T.S. JUSTIFICATION OF CURRICULUM OF TRAINING IN PUBLIC HEALTH.....	28
Gruziewa T.S. JUSTIFICATION OF THE DRAFT CONCEPT OF PUBLIC HEALTH IN UKRAINE.....	29
Hrechyshkina N.V., Lytvynova L.A., Tonkovyd O.B. HEALTH DYNAMICS ANALYSIS OF MUNICIPAL AND RURAL POPULATION IN UKRAINE OVER PAST 10 YEARS.....	30
Inshakova H.V. LEVEL OF BIostatISTICS BASICS KNOWLEDGE AMONG THE STUDENTS OF MEDICAL UNIVERSITIES IN UKRAINE: PILOT STUDY	31
Jędrzejczyk T., Zarzezna-Baran M. KONKURENCJA CZY WSPÓŁPRACA W OCHRONIE ZDROWIA W POLSCE? UWARUNKOWANIA SYSTEMOWE	32
Kaczor-Szkodny P., Chmura R., Lutomski P., Owoc A., Bojar I. „ARS, CZYLI JAK DBAĆ O MIŁOŚĆ” – PODSUMOWANIE I I II EDYCJI PROGRAMU REALIZOWANEGO W RAMACH PROJEKTU „PROFILAKTYCZNY PROGRAM W ZAKRESIE PRZECIWDZIAŁANIA UZALEŻNIENIA OD ALKOHOLU, TYTONIU I INNYCH ŚRODKÓW PSYCHOAKTYWNYCH”	33
Kaczor-Szkodny P., Chmura R., Lutomski P., Piasecki J., Strach K., Bojar I. PRZECIWDZIAŁANIE UZALEŻNIENIOM NA PRZYKŁADZIE ZDROWOTNEGO PROGRAMU EDUKACYJNEGO „ARS, CZYLI JAK DBAĆ O MIŁOŚĆ” REALIZOWANEGO W RAMACH PROJEKTU „PROFILAKTYCZNY PROGRAM W ZAKRESIE PRZECIWDZIAŁANIA UZALEŻNIENIA OD ALKOHOLU, TYTONIU I INNYCH ŚRODKÓW PSYCHOAKTYWNYCH”	34
Kaczor-Szkodny P., Chmura R., Lutomski P., Piasecki J., Śledziwska K., Horoch A. ZAINTERESOWANIE PERSONELU MEDYCZNEGO KSZTAŁCENIEM E-LEARNINGOWYM NA PRZYKŁADZIE „PROFILAKTYCZNEGO PROGRAMU W ZAKRESIE PRZECIWDZIAŁANIA UZALEŻNIENIA OD ALKOHOLU, TYTONIU I INNYCH ŚRODKÓW PSYCHOAKTYWNYCH”	35
Kaczor-Szkodny P., Chmura R., Lutomski P., Strach K., Bojar I. OPINIA UCZNIÓW NA TEMAT REALIZACJI PROGRAMU „PROFILAKTYCZNY PROGRAM W ZAKRESIE PRZECIWDZIAŁANIA UZALEŻNIENIA OD ALKOHOLU, TYTONIU I INNYCH ŚRODKÓW PSYCHOAKTYWNYCH” NA PRZYKŁADZIE ZDROWOTNEGO PROGRAMU EDUKACYJNEGO „ARS, CZYLI JAK DBAĆ O MIŁOŚĆ”	36

Kaczor-Szkodny P., Chmura R., Lutomski P., Strach K., Śledziwska K., Horoch A. ZAANGAŻOWANIE WSEE I PSSE W DZIAŁANIA PROMOCJI ZDROWIA I PRZECIWDZIAŁANIA UZALEŻNIENIOM NA PRZYKŁADZIE „PROFILAKTYCZNEGO PROGRAMU W ZAKRESIE PRZECIWDZIAŁANIA UZALEŻNIENIA OD ALKOHOLU, TYTONIU I INNYCH ŚRODKÓW PSYCHOAKTYWNYCH”	37
Kamecki A. PIERWSZA POMOC W MIEJSCU ZDARZENIA – BADANIA PILOTAŻOWE WŚRÓD PRACOWNIKÓW WOJEWÓDZKIEJ STACJI POGOTOWIA RATUNKOWEGO W WARSZAWIE	38
Karpinets I. THE ROLE OF A GENERAL PRACTITIONER PREVENTING OF ALCOHOL ADDICTIONS	39
Korczyńska A., Kowalska M. ANALIZA SYTUACJI FINANSOWEJ SZPITALA JAKO PODSTAWA DECYZJI O PRZEKSZTAŁCENIU JEDNOSTKI. ANALIZA PRZYPADKU. 40	
Kosińska I., Tyszko P. WPLYW ZANIECZYSZCZEŃ ŚRODOWISKA NA ZDROWIE – PROBLEM GLOBALNY	41
Kruk W., Hejda G., Binkowska-Bury M. LOSY 26 TYS. PACJENTÓW HOSPITALIZOWANYCH Z POWODU UDARU MÓZGU	42
Kowalska A., Rzeźnicki A., Stelmach W., Krakowiak J. ANALIZOWANIE METOD KSZTAŁCENIA PODYPLOMOWEGO PRACOWNIKÓW OCHRONY ZDROWIA JAKO WAŻNY ELEMENT ZARZĄDZANIA ZASOBAMI LUDZKIMI.	43
Krasnansky S., Tiszchenko E. ŚWIADOMOŚĆ KOBIET CIERPIĄCYCH NA KAMICĘ MOCZOWĄ O CZYNNIKACH RYZYKA.....	44
Kryśka S., Korczyńska A. CZĘSTOŚĆ WYSTĘPOWANIA OBJAWÓW ZESPOŁU PRZEWLEKŁEGO ZMĘCZENIA W POPULACJI NAUCZYCIELI	45
Kulchynskiy A., Lyubinets O., Hrzhybovskiy J. PROMOCJA ZDROWIA - ZADANIE DLA WŁADZ LOKALNYCH	46
Kuśmierz K. PROBLEMATYKA PRÓCHNICY ZĘBÓW U DZIECI NA TERENACH WSCHODNIEJ POLSKI	48
Kuzmich A., Sorokovskaya A., Tishchenko E. INFORMOWANIE KOBIET O ZAKAŻENIACH HPV	49
Lisok A., Naumov I., Tishchanka E. FEATURES OF THE STRUCTURE OF MORBIDITY WITH TEMPORARY LOSS OF ABILITY TO WORK AMONG WOMEN OBSTETRICIANS-GYNECOLOGISTS	51
Lisok A., Naumov I., Tishchanka E. CECHY STRUKTURY ZACHOROWALNOŚCI I CZASOWEJ NIEZDOLNOŚCI DO PRACY KOBIET - LEKARZY GINEKOLOGÓW- POŁOŻNIKÓW	52

Lyubinets O., Khodor O. STOSUNEK ORGANIZATORÓW OPIEKI ZDROWOTNEJ DO DZIAŁALNOŚCI ADMINISTRACYJNEJ	53
Lyubinets N., Lytvyn O., Pylypets J., Zakrutko L., Detsyk M. STAN ZASOBÓW ZABIEZPIECZENIA SYSTEMU OCHRONY ZDROWIA UKRAINY	54
Lyubinets O., Słabki B., Buchynski J., Dutka I., Burdim Y., Krut A. STRATEGICZNE PODEJŚCIE DO STWORZENIA NA DRUGIM POZIOMIE OPIEKI AMBULATORYJNEJ W REFORMIE OPIEKI ZDROWOTNEJ W UKRAINIE	55
Lytvynova L.A., Hrechyshkina N.V., Tonkovyd O.B. AGING POPULATION OF UKRAINE – CONTEMPORARY PROBLEMS.....	56
Nowacka M., Kopania J. ZDROWIE PUBLICZNE W XXI WIEKU MIĘDZY IDEOLOGIĄ A PRAGMATYKĄ	57
Owoc A., Horoch A., Jarosz M., Bojar I. E-MEDYCYNĄ W INSTYTUCIE MEDYCYNY WSI	58
Paszowska M. NOWE USTAWOWE ZMIANY W ZAWODACH MEDYCZNYCH	59
Pawlak A., Wejnarski A., Świeżewski S., Gałązkowski R. OD NAGŁEGO ZATRZYMANIA KRAŻENIA DO PIERWSZEJ DEFIBRYLACJI - AED W KRAJOWYM SYSTEMIE RATOWNICZO-GAŚNICZYM.....	60
Pęgiel-Kamrat J., Lasek I., Bandurska E., Zarzeczna-Baran M. WIEDZA KOBIET UCZESTNICZĄCYCH W BADANIU MAMMOGRAFICZNYM NA TEMAT JEGO ROLI W PROFILAKTYCE RAKA PIERSI	61
Pęgiel-Kamrat J., Popowski P., Zarzeczna-Baran M., Wojtecka A. PRZEGLĄD WYBRANYCH NARZĘDZI TELEMEDYCZNYCH W OPIECE SENIORALNEJ	62
Pikala M., Burzyńska M., Pikala R., Bryła M., Maniecka-Bryła I. SPOŁECZNO- EKONOMICZNE UWARUNKOWANIA PRZEDWCZESNEJ UMIERALNOŚCI W PIERWSZEJ DEKADZIE XXI WIEKU W POLSCE	63
Pikala M., Burzyńska M., Pikala R., Bryła M., Maniecka-Bryła I. SOCIOECONOMIC INEQUALITIES IN PREMATURE MORTALITY IN POLAND IN THE FIRST DECADE OF THE 21 ST CENTURY	64
Pilwińska K. OCHRONA DANYCH OSOBOWYCH W PLACÓWKACH OCHRONY ZDROWIA.....	65
Połtyn-Zaradna K., Einhorn J., Gawel-Dąbrowska D., Zatońska K. POSTAWY WOBEC PALENIA TYTONIU WŚRÓD MIESZKAŃCÓW WROCŁAWIA I OKOLIC UCZESTNIKÓW BADANIA PURE– DONIESIENIE WSTĘPNE.....	66
Romanova A.P., Malakhova I.V., Tishchenko E.M., Novitskaya S.F. DYNAMICS OF TOTAL MORTALITY IN THE REPUBLIC OF BELARUS.....	67

Sakalosh A. GAPS IN LEGAL STATUS OF CLINICAL TRIALS PARTICIPANTS IN UKRAINE.....	68
Shafranskiy V. , Slabkyi G. CURRENT ISSUES OF PERSONNEL TRAINING FOR PUBLIC HEALTH SYSTEM IN UKRAINE.....	69
Slabky G., Gutor T., Kachyr O., Skryp B., Shyp T. WSPÓŁCZESNE PODEJŚCIA DO REFORMOWANIA SYSTEMU STACJONARNEJ OPIEKI MEDYCZNEJ W UKRAINIE .	70
Smiianov V., Smiianova O. DEVELOPMENT AND APPLICATION OF THE INFORMATIONAL AND COMMUNICATION TECHNOLOGIES IN QUALITY STANDARDS OF HEALTH CARE MANAGEMENT FOR PATIENTS WITH ARTERIAL HYPERTENSION	71
Smiianov V., Smiianova O. THE STUDY OF HEALTHCARE INFLUENCE ON THE HEALTH OF POPULATION.....	72
Stančiak J. CHILDREN AND PREVENTION OF MEDICAL EMERGENGIES	73
Starzyńska A. OCENA EPIDEMIOLOGICZNA I KLINICZNA WYSTĘPOWANIA STANÓW PRZEDRAKOWYCH BŁONY ŚLIZOWEJ JAMY USTNEJ W WOJEWÓDZTWIE POMORSKIM.....	74
Stetkiewicz-Lewandowicz A., Breska P., Sobów T. ANALIZA NASILENIA STRESU I WYPALENIA ZAWODOWEGO W GRUPIE RATOWNIKÓW MEDYCZNYCH I POLICJANTÓW.....	75
Stetkiewicz-Lewandowicz A., Czubak J., Sobów T. ANALIZA STRESU ZAWODOWEGO W GRUPIE PIELĘGNIAREK I RATOWNIKÓW MEDYCZNYCH.....	76
Stetkiewicz-Lewandowicz A., Maślanka M., Sobów T. PSYCHOSPOŁECZNE ASPEKTY FUNKCJONOWANIA KOBIET W OKRESIE OKOŁO MENOPAUZALNYM	77
Stovban I., Marusyn O., Stovban M. TEN-YEAR DYNAMICS OF DIABETES PREVALENCE AND INCIDENCE RATES IN UKRAINE AND PRYKARPATTYA REGION.....	78
Strzelecka A., Nowak-Starz G. OCENA FUNKCJONOWANIA USŁUG E-ZDROWIA W PLACÓWKACH PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ PRZEZ BADANYCH PACJENTÓW	79
Sygit K. NIEPRAWIDŁOWOŚCI ŻYWIENIOWE DZIECI I MŁODZIEŻY W WIEKU SZKOLNYM	80
Sygit K. IRREGULARITIES HABITS OF CHILDREN AND YOUNG PEOPLE OF SCHOOL AGE	81
Świeżewski S., Wejnarski A., Pawlak A., Gałązkowski R. WYKORZYSTANIE ŚMIGŁOWCOWEJ SŁUŻBY RATOWNICTWA MEDYCZNEGO (HEMS) W POZASZPITALNYCH NAGŁYCH ZATRZYMANIACH KRAŻENIA	82

Valchuk E.A. GENERAL PRACTICE WITHIN THE SYSTEM OF PRIMARY MEDICAL CARE IN THE REPUBLIC OF BELARUS	83
Walczuk E., Kopytok A. NIEPEŁNOSPRAWNOŚĆ DZIECI W REPUBLICIE BIAŁORUŚ .	84
Walczuk I., Makluk M. PRZEJAWY PROCESU EPIDEMICZNEGO MONONUKLEOZY ZAKAŻNEJ W REPUBLICIE BIAŁORUŚ.....	85
Wdowiak A., Mazurek P. A., Wdowiak A., Filip M. ELECTROMAGNETIC WAVES 18 KHZ THAT MODULATES HUMAN SPERM MOTILITY: A PILOT STUDY	86
Wdowiak E., Wdowiak A., Wdowiak A. UWARUNKOWANIA WYSTĘPOWANIA ZABURZEŃ ROZRODU W POLSCE NA PRZESTRZENI OSTATNICH 25 LAT	87
Wejnarowski A., Pawlak A., Świeżewski S., Gałązkowski R. HIPOTERMIA GŁĘBOKA – WYZWANIE DLA SYSTEMU RATOWNICTWA MEDYCZNEGO	88
Wojnarowska M., Wojtecka A. PODEJŚCIE PROCESOWE NARZĘDZIEM DOSKONALENIA W OCHRONIE ZDROWIA	89
Wolska L. ZDROWIE ŚRODOWISKOWE –ŚRODOWISKOWE UWARUNKOWANIA JAKOŚCI ŻYCIA	90
Zajac V., Sawczyn A., Kloc A., Owoc A., Pinkas J. OCENA SYTUACJI SEROEPIDEMIOLOGICZNEJ BORELIOZY WŚRÓD ROLNIKÓW	91
Zboina B., Stępień R. POCZUCIE SENSU ŻYCIA A JAKOŚĆ ŻYCIA OSÓB STARSZYCH W WOJ. ŚWIĘTOKRZYSKIM.....	92

Barański K. ¹

CZY KONTAKT DZIECI ZE ZWIERZĘTAMI DOMOWYMI RZUTUJE NA WARTOŚCI TLENKU AZOTU W WYDYCHANYM POWIETRZU?

¹Katedra i Zakład Epidemiologii, Śląski Uniwersytet Medyczny Katowicach

Wprowadzenie i cel: Tlenek azotu w wyдыхanym powietrzu (FeNO) jest markerem eozynofilowego procesu zapalnego w układzie oddechowym. Istotnym czynnikiem, który może wywoływać alergię jest narażenie na alergeny pochodzenia zwierzęcego (w tym sierść). W związku z tym podjęto próbę odpowiedzi na pytanie czy kontakt dzieci ze zwierzętami domowymi wpływa na wartości FeNO.

Material i metody: Występowanie alergii (astma, katar sienny, wysypka) oraz kontakt ze zwierzętami w środowisku domowym ustalono na podstawie badania przekrojowego z wykorzystaniem standardowego kwestionariusza (ISSAC). Pomiar FeNO został wykonany przy pomocy urządzenia NIOX MINO® zgodnie z wytycznymi (ATS/RTS). Dla potrzeb analizy, dzieci podzielono na 2 grupy: FeNO <20ppb i FeNO >19ppb. Do oceny wpływu alergenów pochodzenia zwierzęcego na wartości FeNO zastosowano analizę wielu zmiennych z wykorzystaniem regresji logistycznej.

Wyniki: W badaniu uczestniczyło 134 dzieci (69 dziewczynek i 65 chłopców) w wieku 6-9 lat. 52,2% (N=70) dzieci miało kontakt ze zwierzętami domowymi (pies, kot) w środowisku domowym. Średnie wartości FeNO u dzieci narażonych (14,5ppb) i nienarażonych (14,2ppb) nie różniły się. Narażenie to nie skutkuje wyższymi wartościami FeNO (OR = 1,39; PU: 0,55 – 3,52, p=0,4). U dzieci z alergią, FeNO wyniosło 17,6ppb, natomiast u dzieci bez alergii FeNO wyniosło 12,5ppb (p<0,05). Analiza wielu zmiennych potwierdziła brak znaczenia kontaktu ze zwierzętami.

Wnioski: Stężenie FeNO nie koresponduje z kontaktem dzieci ze zwierzętami domowymi i zależy od objawów alergii.

CHOROBY WSPÓLISTNIEJĄCE PACJENTÓW Z PRZEWLEKŁĄ CHOROBA ŻYLNĄ

¹Katedra i Zakład Epidemiologii, Śląski Uniwersytet Medyczny Katowicach

²Katedra i Zakład Patofizjologii, Śląski Uniwersytet Medyczny Katowicach

Wprowadzenie: Rozpowszechnienie przewlekłej choroby żylniej (PChŻ) wzrasta wraz z wiekiem. Choroby układu sercowo-naczyniowego, w tym zastoinowej niewydolności serca, może być przyczyną nasilenia objawów. Natomiast dyskopatią w odcinku lędźwiowym kręgosłupa może nasilać parestezje i kurczowe bóle łydek podczas stania i w nocy.

Celem badania było określenie częstości występujących chorób towarzyszących w odniesieniu do stopnia nasilenia PChŻ.

Material i metoda: Jednośrodkowe badanie z wykorzystaniem autorskiego wywiadu kwestionariuszowego zostało przeprowadzone wśród 379 kolejnych pacjentów w wieku 66,5 lat (45-87 lat) z PChŻ, z ostatnio wykonanym badaniem dopplerowskim układu żylnego kończyn dolnych. Pacjenci zostali podzieleni na trzy grupy pod względem nasilenia objawów klinicznych C₀₋₁ (C1), C₂ (C2), C₃₋₆ (C3). Współchorobowość analizowano na podstawie wywiadu chorobowego, obrazu klinicznego, wcześniej wykonanych badań dodatkowych i stosowanych leków.

Wyniki: W badaniu uczestniczyło 82,4% kobiet (N=312) i 17,6% mężczyzn (N=67) kolejno: C1; 44,2% (N=138) vs. 28,3% (N=19), C2; 45,1% (N=141) vs. 41,7% (N=28), C3; 10,5% (N=33) vs. 29,8% (N=20), p=0,0001. Do najczęstszych chorób współistniejących należały: nadciśnienie tętnicze 45,3% (N=172), choroba wieńcowa 30,8% (N=117), dyskopatia lędźwiowa 25,0% (N=95), niewydolność serca 25,0% (N=95), miażdżycza zarostowa kończyn dolnych 14,7% (N=56), cukrzyca 13,1% (N=50), niedoczynność tarczycy 10,8% (N=41), astma/POCHP 5,0% (N=19) (tab. 1).

Tabela 1. Choroby współistniejące pacjentów z PChŻ z uwzględnieniem stopnia nasilenia objawów klinicznych.

Choroba współistniejąca	C1 N=157; 41,4% [N; %]	C2 N=169; 44,5% [N; %]	C3-6 N=53; 13,2% [N; %]	Wartość p
Wiek (X; SD)	66,2; 10,1	66,8; 9,4	66,5; 9,4	0,7
Nadciśnienie tętnicze	83; 52,8%	67; 39,6%	22; 41,5%	0,04
Choroba wieńcowa	53; 33,7%	46; 27,2%	18; 33,9%	0,3
Dyskopatia lędźwiowa	47; 29,9%	38; 22,4%	10; 18,8%	0,1
Zastoinowa niewydolność serca	49; 31,2%	32; 18,9%	14; 26,4%	0,03
Miażdżycza kończyn dolnych	25; 15,9%	24; 14,2%	7; 13,2%	0,8
Cukrzyca	20; 12,7%	19; 11,2%	11; 20,7%	0,1
Niedoczynność tarczycy	16; 10,1%	17; 10,0%	8; 15,0%	0,5
Astma/POCHP	9; 5,7%	9; 5,3%	1; 1,8%	0,5

Wnioski: Często występującymi chorobami współistniejącymi wśród pacjentów z PChŻ, bez względu na nasilenie objawów klinicznych, są nadciśnienie tętnicze, choroba wieńcowa, zastoinowa niewydolność serca oraz dyskopatia odcinka lędźwiowego. Zgłaszana zastoinowa niewydolność serca oraz dyskopatia odcinka lędźwiowego mogą tłumaczyć występowanie obrzęków i parestezji u znacznej części chorych z PChŻ.

Bogusz R.¹ Humeniuk E.²

STARZENIE SIĘ SPOŁECZEŃSTWA JAKO PROCES ZWIĘKSZAJĄCY ZAPOTRZEBOWANIE NA USŁUGI FIZJOTERAPEUTYCZNE

¹Samodzielna Pracownia Socjologii Medycyny, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

²Zakład Patologii i Rehabilitacji Mowy, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

Wprowadzenie: Szybko zwiększająca się w populacji liczebność seniorów, wśród których dominują osoby przewlekle chore, często o obniżonej sprawności fizycznej, narażone na ryzyko upadków i urazów lub częściowo albo w pełni niezdolne do samoobsługi powoduje, że usprawnianie osób starszych jest obecnie specyficznym wyzwaniem dla systemu opieki zdrowotnej oraz fizjoterapii. Rehabilitacja, także geriatryczna powinna być: powszechna czyli dostępna dla wszystkich potrzebujących, kompleksowa (usprawnianie powinno obejmować wszystkie problemy chorobowe pacjenta), wcześnie zapoczątkowana oraz realizowana w sposób ciągły. Prognozy demograficzne jednoznacznie pokazują, że w szybko starzejącym się społeczeństwie polskim, zapotrzebowanie na usługi usprawniające będzie wzrastać.

Cel pracy: Celem pracy jest zdiagnozowanie zapotrzebowania na usługi fizjoterapeutyczne wśród osób starszych.

Material i metody: Badania przeprowadzono w 2015 roku, wśród 100 pacjentów w wieku 65 lat i więcej, przebywających na oddziale rehabilitacji jednego ze szpitali we wschodniej Polsce. W pracy zastosowano metodę sondażu diagnostycznego oraz autorskie narzędzie badawcze. Uzyskane wyniki poddano analizie statystycznej z zastosowaniem testu Chi². Przyjęto poziom istotności $p < 0,05$ wskazujący na występowanie istotnych zależności statystycznych.

Wyniki i wnioski: W opinii 51% badanych, dostępność usług fizjoterapeutycznych dla wszystkich potrzebujących seniorów nie jest obecnie wystarczająca a zapotrzebowanie na nie w kolejnych latach zdaniem większości (79%) będzie wzrastać. Respondenci korzystali z różnych zabiegów usprawniających, najczęściej laseroterapii (72%) i kinezyterapii (64%) głównie z powodu chorób przewlekłych (75%) oraz następstw wypadków i urazów (41%). W większość (74%) respondenci twierdzili, że rehabilitacja poprawiła jakość ich życia i dlatego w 80% deklarowali, że chcieli by korzystać z niej częściej a 93% badanych chciało by korzystać z możliwości usprawniania się w przyszłości.

STRES W PRACY A ZDOLNOŚĆ DO PRACY Kobiet W WIEKU OKOŁOMENOPAUZALNYM PRACUJĄCYCH UMYSŁOWO

1. Zakład Zdrowia Kobiet, Instytut Medycyny Wsi w Lublinie
2. Zakład Profilaktyki Zagrożeń Środowiskowych i Alergologii Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego
3. Instytut Medycyny Wsi w Lublinie
4. ZENTIVA.PL
5. Centrum Zdrowia Publicznego i Promocji Zdrowia, Instytut Medycyny Wsi w Lublinie

Celem pracy była analiza związku pomiędzy stresem w miejscu pracy a zdolnością do pracy kobiet w wieku okołomenopauzalnym pracujących umysłowo.

Material i metody: Badaną grupę stanowiły kobiety w wieku od 45 do 60 lat pracujące w charakterze pracowników umysłowych. Do oceny zdolności do pracy użyto Indeksu zdolności do pracy (Work Ability Index, WAI), do oceny natężenia stresu w miejscu pracy zastosowano Kwestionariusz do Subiektywnej Oceny Pracy. Zbadano 300 kobiet, w tym 100 było we wczesnym okresie okołomenopauzalnym, 43 kobiety – w późnym okresie okołomenopauzalnym i 157 kobiet – w okresie pomenopauzalnym. Średnia ich wieku wynosiła $53,1 \pm 4,8$ lat.

Wyniki: Badane kobiety uzyskały indeksy zdolności do pracy od 26 do 49 punktów, średnio $39,02 \pm 4,97$ punktów, przeciętnie oznaczający dobrą zdolność do pracy.

Na podstawie badania czynników stresogennych w miejscu pracy stwierdzono, że prawie połowa badanych (47,33%) odczuwała wysoki stres w miejscu pracy. Stres na poziomie średnim stwierdzono u 34,33%, a na poziomie niskim – u 18,33% kobiet. Najwięcej badanych (58%) odczuwało stres spowodowany kontaktami społecznymi. Stres u połowy kobiet był spowodowany przez brak nagród w pracy, a u 46,67% - przez brak wsparcia. Nieco mniej kobiet odczuwało stres spowodowany przez poczucie psychicznego obciążenia związanego ze złożonością do pracy (41,33%) lub poczucie niepewności wywołane organizacją pracy (39,33%). Co trzecia badana odczuwała stres z powodu poczucia odpowiedzialności (33,33%) lub brak kontroli (32,33%). Najmniej kobiet odczuwało stres z powodu uciążliwości fizycznych (15%), poczucia zagrożenia (13%) i nieprzyjemnych warunków pracy (11%).

Zdolność do pracy badanych korelowała ujemnie jednym czynnikiem powodującym stres w miejscu pracy, tj. poczuciem zagrożenia. Badane kobiety miały tym większą zdolność do pracy, im mniejsze poczucie zagrożenia odczuwały w pracy.

WYNIKI INDEKSU ZDOLNOŚCI DO PRACY W OKRESACH Wczesnomenopauzalnym, Późnomenopauzalnym I Pomenopauzalnym Kobiety Pracujących Umysłowo.

1. Zakład Zdrowia Kobiet, Instytut Medycyny Wsi w Lublinie
2. Lubuska Wyższa Szkoła Zdrowia Publicznego w Zielonej Górze
3. Oddział Rehabilitacji, Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny im. Prof. Adama Grucy w Otwocku
4. Instytut Statystyki i Demografii, Szkoła Główna Handlowa w Warszawie

Celem pracy była ocena zdolności do pracy kobiet we wczesnym okresie menopauzalnym, późnym okresie menopauzalnym i okresie pomenopauzalnym wykonujących pracę umysłową.

Material i metody: Badaną grupę stanowiły kobiety w wieku od 45 do 60 lat pracujące w charakterze pracowników umysłowych. Do oceny zdolności do pracy użyto Indeksu zdolności do pracy (Work Ability Index, WAI). Zbadano 300 kobiet, w tym 100 było we wczesnym okresie okołomenopauzalnym, 43 kobiety – w późnym okresie okołomenopauzalnym i 157 kobiet – w okresie pomenopauzalnym. Średnia ich wieku wynosiła $53,1 \pm 4,8$ lat.

Badane kobiety uzyskały indeksy zdolności do pracy od 26 do 49 punktów, średnio $39,02 \pm 4,97$ punktów, przeciętnie oznaczający dobrą zdolność do pracy.

Wyniki: Najwięcej badanych kobiet (55%) uzyskało indeksy zdolności do pracy, wskazujące dobrą zdolność do pracy, która powinna być doskonała. Mniej badanych kobiet (23%) uzyskało wyniki tego indeksu, wskazujące umiarkowaną zdolność do pracy, którą należy poprawić. Jeszcze mniej badanych kobiet (19%) uzyskało wyniki tego indeksu, oznaczający doskonałą zdolność do pracy, która powinna być utrzymana. Najmniej badanych kobiet (2,67) uzyskało wyniki tego indeksu, wskazujące mierną zdolność do pracy, która powinna zostać przywrócona. Zarówno wyniki liczbowe, jak i rozkłady przedziałów norm indeksu zdolności do pracy nie różniły się istotnie między badanymi kobietami w trzech rozpatrywanych okresach życia reprodukcyjnego.

Średnia ocen obecnej zdolności do pracy w porównaniu z najlepszą w życiu, wyniosła $7,7 \pm 1,5$ (w skali 0-10), co wskazuje raczej dużą zdolność do pracy. Średnie ocen fizycznych i umysłowych możliwości wysiłku w pracy w wykonywanym obecnie zawodzie wynosiły odpowiednio 4,2 i 4,1, co wskazuje dobre możliwości wysiłku w pracy w wykonywanym obecnie zawodzie. Przeanalizowano liczbę schorzeń przewlekłych, szacowane upośledzenie zdolności do pracy z powodów chorobowych, absencję chorobową w ciągu ostatnich 12 miesięcy, własną prognozę zdolności do pracy w ciągu najbliższych 2 lat, psychiczne zasoby w trzech kategoriach: zadowolenie z regularnego wykonywania swoich codziennych zajęć, aktywność i żwawość, pełen nadziei na przyszłość. Zarówno rozkłady poszczególnych cech, jak i średnie cech, nie różniły się istotnie między badanymi kobietami w trzech rozpatrywanych okresach życia reprodukcyjnego.

Bryła M.¹, Maniecka-Bryła I.²

MISJE WYBRANYCH AKREDYTOWANYCH SZKÓŁ ZDROWIA PUBLICZNEGO W STANACH ZJEDNOCZONYCH

¹ Zakład Medycyny Społecznej, Uniwersytet Medyczny w Łodzi

² Zakład Epidemiologii i Biostatystyki, Uniwersytet Medyczny w Łodzi

W dniu 1 marca 2016 r. funkcjonowało 50 szkół zdrowia publicznego, posiadających akredytację Rady Edukacji Zdrowia Publicznego (*CEPH – Council on Education for Public Health*), będących członkami Stowarzyszenia Szkół i Programów Zdrowia Publicznego (*ASPPH – Association of Schools and Programs of Public Health*). Wśród nich 48 ma swoją siedzibę na terenie Stanów Zjednoczonych, 1 w Portoryko i 1 w Meksyku.

Celem pracy jest: po pierwsze, przybliżenie pojęć akredytacji i misji. Punktem wyjścia jest praktyczne przedstawienie misji dwu szkół zdrowia publicznego w Polsce i misji dwu uczelni wyższych w naszym kraju, z których jedna ma pojęcie zdrowia publicznego w nazwie uczelni, a po drugie, przedstawienie misji najważniejszych szkół zdrowia publicznego zrzeszonych w ASPPH. Należy dodać, że obowiązujący w Polsce dokument nt. wizji i misji akredytacji w dobie Krajowych Ram Kwalifikacji odwołuje się bezpośrednio do doświadczeń Stanów Zjednoczonych w tym zakresie.

Materiał do analizy pozyskano z aktualnych stron internetowych każdej ze szkół, przy czym kierowano się kryterium – miejscem, jakie dana szkoła zajęła w dwóch rankingach przeprowadzonych w 2015 roku: *Best Grad Schools Ranking* i *Healthcare Management Degree Guide. Top Graduate Degree Programs*. Dla celów niniejszego opracowania wybrano misje 15 akredytowanych szkół, sklasyfikowanych najwyżej w tych rankingach. Dla przykładu, trzy pierwsze miejsca zajęły szkoły zdrowia publicznego zlokalizowane na uniwersytetach: Johns Hopkins, North Carolina i Harvard. Okazało się, że w szkołach poddanych analizie, pojęcie misji jest najczęściej związane z kształceniem, badaniami naukowymi i działalnością na rzecz społeczności (zazwyczaj lokalnej). Warto dodać, że pojęciu misji bardzo często towarzyszą dwa zagadnienia: wizji i podstawowych celów szkoły.

Brzeski Z.¹

BADANIA PROFILAKTYCZNE PRACOWNIKÓW W ZAPOBIEGANIU CHOROBYM ZESPOŁU METABOLICZNEGO

¹Klinika Chorób Wewnętrznych i Nadciśnienia Tętniczego z Pododdziałem Chorób Zawodowych i Pododdziałem Szybkiej Diagnostyki, Instytut Medycyny Wsi, Lublin

Wprowadzenie: Badania profilaktyczne pracowników, których zakres oraz częstotliwość regulują przepisy oparte o Kodeks Pracy i Ustawę o Służbach Medycyny Pracy mają zapobiec, względnie opóźnić, u pracujących występowanie chorób zawodowych, jak i chorób związanych z pracą zwanych powszechnie w piśmiennictwie schorzeniami parazawodowymi.

Do schorzeń tych i zespołów chorobowych należą: nadciśnienie tętnicze, zespoły bólowe kręgosłupa, choroba niedokrwienna serca, zespoły nerwicowe, w tym depresja, nadwaga. Wymienione zespoły chorobowe, zaliczane powszechnie do chorób cywilizacyjnych powstają z niehigienicznego trybu życia, sposobu wykonywania pracy, sposobu odżywiania, braku aktywności fizycznej, nałogów, obciążeń genetycznych.

Cel: Celem opracowania jest analiza częstości występowania chorób związanych z pracą i towarzyszących im zaburzeń metabolicznych grup pracowników służby zdrowia czynnych zawodowo.

Materiał i metoda: Materiałem badań jest grupa ponad 500 osób obojga płci z przewagą kobiet poddana procedurze badań profilaktycznych wstępnych, okresowych, kontrolnych i końcowych, u których choroby parazawodowe stwierdzono po raz pierwszy, bądź też zostały rozpoznane w trakcie wieloletniej pracy zawodowej w placówce służby zdrowia. Analizowano parametry wieku badanych, wskaźników masy ciała/BMI, lipidogramu badanych, chorób związanych z pracą, stwierdzonych w trakcie badania profilaktycznego chorób przewlekłych.

Wyniki: Wyniki przeprowadzonych badań i analiza zebranego materiału wskazują, że pracownicy służby zdrowia na równi z całym społeczeństwem cierpią z powodu chorób związanych z pracą, w wystąpieniu których środowisko pracy może być jednym z czynników ułatwiających wystąpienie choroby lub determinuje i pogarsza jej przebieg.

Brzeski Z.¹, Panasiuk L.¹

ZDROWOTNOŚĆ LUDNOŚCI ROLNICZEJ MAKROREGIONU LUBELSKIEGO

¹Klinika Chorób Wewnętrznych i Nadciśnienia Tętniczego z Pododdziałem Chorób Zawodowych i Pododdziałem Szybkiej Diagnostyki, Instytut Medycyny Wsi, Lublin

Przyjęte w Polsce i wielu krajach granice wieku zawodowego wobec przedłużającej się przeżywalności i utrzymującej sprawności psychofizycznej wymagają rewizji co do konieczności ustawowej przejścia w wiek poprodukcyjny.

Zarówno demograficzna starość wczesna jak i późna po 75 r. życia w świetle wielu badań gerontologicznych wydaje się być sprawą indywidualnie zmienną. Dotyczy to zarówno ludności miejskiej, jak i osób zatrudnionych w rolnictwie indywidualnym pracowników rolnych. Zarówno wiek kalendarzowy jak i biologiczny oceniamy na podstawie testów fizjologicznych, klinicznych i psychologicznych.

Hipotetyczna krzywa wymierania wskazuje, że w ciągu najbliższych kilkunastu lat okres zwiększonego wymierania populacji przesunie się na wiek po 75-80 roku życia z przewagą kobiet w miarę starzenia się populacji oraz szybszym starzeniem się ludności wiejskiej. Wieś w indywidualnych gospodarstwach chłopskich może się stać enklawą ludzi starych.

Badania własne Autorów objęły dwie grupy rolników: grupę 1397 czynnych zawodowo rolników w wieku 18-60 lat na okoliczność występowania chorób parazawodowych oraz grupę 4047 osób stanowiących reprezentacyjną dla województwa lubelskiego mieszkańców wsi. W grupie tej oznaczono podstawowe parametry związane z zachorowalnością i chorobowością takie jak: nałóg palenia papierosów, ciśnienie tętnicze krwi, poziom glukozy, lipidogram, zatrucia, urazy, otyłość, braki w uzębieniu, parametry zespołu metabolicznego.

Zestawiono w opracowaniu: procentowy skład grupy badanej, staż pracy badanych, odsetek osób zdrowych w grupach wiekowych, strukturę rozpoznanych chorób, częstość występowania chorób w grupach wiekowych, parametry zespołu metabolicznego, lipidogram, stężenie glukozy, nadciśnienie tętnicze, występowanie nowotworów złośliwych, urazy, braki w uzębieniu, otyłość.

Zebrany materiał badań omówiono konfrontując go z piśmiennictwem przedmiotu – oceną kondycji rolników w kraju opartej na materiałach KRUS.

Brzeski Z.¹, Sodolski W.¹

**SUBSTANCJE PSYCHOAKTYWNE ROŚLIN I GRZYBÓW
W „DOPALACZACH”. ANALIZA KLINICZNA ZATRUĆ OSTRYCH.**

¹Klinika Chorób Wewnętrznych i Nadciśnienia Tętniczego z Pododdziałem Chorób Zawodowych i Pododdziałem Szybkiej Diagnostyki, Instytut Medycyny Wsi, Lublin

Dopalaczami nazywamy różnego rodzaju produkty zawierające w swym składzie substancje psychoaktywne, które nie znajdują się na liście środków podlegających kontroli w oparciu o Ustawę o przeciwdziałaniu narkomanii z dnia 15.04.2011 r. Dzielimy je na środki pochodzenia roślinnego i środki pochodzenia syntetycznego.

Autorzy omawiają środki odurzające grupy I-N obejmujące substancje psychoaktywne występujące w roślinach i grzybach podając nazwę międzynarodową, regionalną oraz alkaloidy chemiczne środków odurzających.

W opracowaniu analizują zatrucia ostre środkami pochodzenia roślinnego i grzybami o właściwościach halucynogennych.

Materiał badań stanowią przypadki zatruc ostrych roślinami i grzybami omawiające klinikę i toksykologię na przykładzie jednorocznej rośliny bieluni dziędzierzawej zawierającej alkaloidy tropanu oraz przypadki zatruc ostrych grzybami o właściwościach halucynogennych na przykładzie rosnących w Polsce grzybów halucynogennych zawierających alkaloid psylocybinę: łysiczki lancetowatej, kołpaczka motylkowatego, stożkogłówki białej.

Zatrucia alkaloidami roślin i grzybów pojawiają się sezonowo w okresie dojrzwania i owocowania roślin latem bądź wczesną jesienią. Ulegają tym zatruciom ludzie młodzi eksperymentując z roślinami i grzybami o właściwościach halucynogennych.

OSOBOWOŚCIOWE UWARUNKOWANIA ZACHOWAŃ INTERPERSONALNYCH A POZIOM INTELIGENCJI EMOCJONALNEJ U SKAZANYCH ZA POPEŁNIENIE PRZESTĘPSTW PRZECIWKO ŻYCIU I ZDROWIU

¹Instytut Medycyny Wsi im. W. Chodźki w Lublinie.

Wprowadzenie: Przedmiotem badań przeprowadzonych na potrzeby niniejszej pracy było zweryfikowanie czy występują zależności pomiędzy osobowościowymi wymiarami funkcjonowania interpersonalnego a poziomem inteligencji emocjonalnej u mężczyzn skazanych prawomocnie wyrokiem sądu za przestępstwa przeciwko życiu i zdrowiu, a jeśli tak, to czy konfiguracje zależności w zakresie tych zmiennych różnią się u osób karanych i niekaranych. Przeanalizowano również, czy karani i niekarani różnią się pod względem poszczególnych osobowościowych wymiarów funkcjonowania interpersonalnego oraz poziomu inteligencji emocjonalnej.

Material i zastosowane metody: W celu zrealizowania założeń pracy przebadano dwie grupy osób: 30 więźniów, którzy popełnili przestępstwa przeciwko życiu i zdrowiu oraz 30 mężczyzn niekaranych w wieku 20-55 lat. Badania prowadzone były w okresie od lipca do sierpnia 2014 roku. Badania grupy kryterialnej odbyły się w zakładzie karnym w Hrubieszowie na oddziałach zamkniętych oraz półotwartych. Badania prowadzone były indywidualnie z każdym z badanych mężczyzn z obu grup. W celu zmierzenia poziomu wymiarów osobowości posłużono się Skalą Ustosunkowań Interpersonalnych (SUI) J. M. Stanika, natomiast do pomiaru poziomu inteligencji emocjonalnej zastosowano Dwuwymiarowy Inwentarz Inteligencji Emocjonalnej (DINEMO) A. Matczak, A. Jaworowskiej, A. Ciechanowicz, J. Stańczak, E. Zalewskiej. Uzyskane wyniki poddano analizie statystycznej: różnice między badanymi grupami przeanalizowano parametrycznym testem t-Studenta dla prób niezależnych bądź nieparametrycznym testem U Manna-Whitneya, zaś zależności między zmiennymi – nieparametryczną korelacją tauKendalla.

Wyniki i wnioski: Analiza zależności w zakresie osobowościowych wymiarów funkcjonowania interpersonalnego oraz inteligencji emocjonalnej u osób skazanych wykazała, że poczucie zaradności, realizmu oraz autonomii współwystępuje z wyższą globalną inteligencją emocjonalną a także wyższym poziomem wymiaru inteligencji emocjonalnej wskazującym na umiejętność odczytywania oraz przetwarzania stanów emocjonalnych u innych ludzi.

Analiza różnic pomiędzy mężczyznami skazanymi oraz niekaranymi ujawniła, iż osadzeni wyróżniają się wyższym nasileniem wycofująco-masochistycznego stylu funkcjonowania interpersonalnego, którego charakterystycznym komponentem jest wrogość oraz społeczna izolacja, ujawniają również niższą samooceną rozumianą jako względnie stały stan osobowości, której towarzyszy neurotyzm, podejrzliwość w stosunku do innych ludzi oraz wysokie napięcie lękowe. Osadzeni mają również istotnie słabsze zdolności do odbioru oraz rozumienia swoich emocji. Wskazuje to na ograniczenia w zakresie możliwości wspomagania własnego funkcjonowania społecznego poprzez informacje zawarte w treści przeżywanych emocji.

Detsyk O.¹, Basaraba T. ¹

THE SOCIAL ENVIRONMENT IMPACT ON YOUTH'S AWARENESS ON HIV PREVENTION

¹Ivano-Frankivsk National Medical University, Ukraine

Introduction: The situation in Ukraine on HIV - one of the worst in Eastern Europe. The overwhelming majority of HIV-infected people are persons of reproductive age, one in five of them - young people up to 24 years.

Objective: To study the impact of social environment on youth's awareness on HIV prevention.

Materials and methods: There was conducted an anonymous survey of 1926 respondents aged 14 to 24 years in educational institutions of Ivano-Frankivsk.

Results: There was established that 70% of young people have not adequate knowledge on HIV. It is shown that HIV-preventive awareness of young people is growing with age (OR = 0.56; 95% CI = 0.44-0.73) and a constant sexual partner (0.54; 0.30-0.98).

The ignorance is promoted: by conflict climate in families (1.37; 1.11-1.68), mainly due to hostile relations with mothers (1.89; 1.47-2.44), and by low educational level of the parents, again more accentuated in mothers (2.15; 1.53-3.02), on the background of heightened material burns (1.41; 1.16 -1.71).

It wasn't received evidence that awareness depends on the socio-psychological climate in educational groups (1.06; 0.87-1.28), but its significant deterioration observed in hostile relations with teachers (1.43; 1.18-1.74) and peers (1.32; 1.09-1.60).

Conclusion: Social family and educational environment largely determine preventively oriented youth behavior. Educational measures of primary prevention should be directed both at the earliest possible age groups of youth and their parents.

Detsyk O.¹, Solomchak D.¹

COVERAGE OF PREVENTION TECHNOLOGIES THE PATIENTS WITH UROLITHIASIS

¹Ivano-Frankivsk National Medical University, Ukraine

Introduction: Urolithiasis affects mainly people of working age and due to its recurrent course often leads to disability. That's why, the prevention of urolithiasis and its progression is an important task.

Objective: To analyze the coverage of prevention technologies the patients with urolithiasis and causes of disadvantages to identify areas of improvement.

Materials and methods: There was conducted a survey of 443 patients with urolithiasis – basic group (403 of them - without recurrences and 40 - with recurrences) and 203 patients with other predominantly acute urological pathology – control group.

Results: There was established the early diagnosis deficiencies (55.3% urolithiasis was detected by emergency medical service or in hospital), low coverage of follow-up supervision (50.9%), obligatory laboratory (35.3-92.9%) and instrumental (16.4-90.6%) examinations, lack of compliance to prescribed treatment (69.8%), caused rather by low financial (49.4%) and territorial (18.2%) accessibility of medical care, than by lack of confidence to doctors (0.9%). Another proof of this is increasing dissatisfaction of medical care among patient with urolithiasis vs. control group (OR = 1.49; 95% CI = 1.04-2.15) against decreasing distrust to doctors (0.16; 0.05-0.54). With the emergence of recurrence there were enlarged the coverage of follow-up supervision (4.34; 1.95-9.65), compulsory examinations (in 1.5-2 times) and compliance to treatment (2.97; 2.00-4.41).

Conclusion: Possible directions for improvement established shortcomings of prevention technologies in patients with urolithiasis should be cooperation and sharing of responsibilities between general practitioners and urologist.

Detsyk O.¹, Yavorsky A.¹, Yavorsky M.¹

MONITORING PATIENTS' SATISFACTION AS AN INDICATOR OF A CHANGE IN MANAGEMENT EFFECTIVENESS

¹Ivano-Frankivsk National Medical University, Ukraine

Introduction: In conditions of building patient-oriented health systems involvement patients to assess quality of care has become demand of the times.

Objective: To evaluate the effectiveness of change management decisions based on the study of patients' satisfaction.

Materials and methods: There were conducted surveys of patient satisfaction in 2010-2012 (530 people), 2013 (445) and 2014-2015 (233), respectively.

Results: According to the 2010-2013 research data there was found that patients' satisfaction mainly depends on deontological and organizational factors. It was proposed to introduce at healthcare institution: local protocols and clinical pathways, trainings for doctors' communication skills, informing patients about rights and obligations and monitoring of their satisfaction. The results of monitoring before (2013) and after implementation (2015) of proposed changes were compared.

Due to implementation of training there was achieved the improvement of patient satisfaction of physicians (87.1% in 2015 against 66.5% in 2013, i.e. 31.0% in the increase rate, $p < 0.001$). However, remaining almost unchanged similar assessment of nurses (88.0% vs. 84.5%, $p > 0.05$) and junior medical personnel (84.6% vs. 79.3%, $p > 0.05$) demonstrates the need for coverage them of such trainings.

Thanks to organizational changes there was increased patient satisfaction of precision and coordination activities of different departments and staff (2.9-73.3% in the increase rate).

Conclusion: Monitoring of patients' satisfaction at health care facility - an important and necessary component and indicator of change management effectiveness.

Detsyk O.¹, Zolotarova Z.¹, Melnyk R.¹

THE PALLIATIVE CARE FOR CHILDREN IN THE IVANO-FRANKIVSK REGION

¹Ivano-Frankivsk National Medical University, Ukraine

Introduction: Two-thirds of children with a life-threatening or terminal condition require palliative care. In Ivano-Frankivsk region in 2013 the first Ukraine's palliative department for terminally ill children was opened at the Nadvirna baby home.

Objective: To examine the existing organizational forms of palliative care for children and to outline prospective directions of its development.

Materials and methods: There was analyzed the international and domestic experience, data of healthcare facilities' annual reports of Ivano-Frankivsk region.

Results: Palliative department of Nadvirna baby home can provide inpatient palliative care for 15 children and ensure conditions of staying and support for their relatives.

The opening of this facility became possible through the integrated efforts of the community, volunteers, sponsors and regional Department of Health. In the face of very limited budgetary resources it was important to find additional sources of funding. For this purpose various actions have been carried out to raise funds, including a TV marathon. Such measures have allowed repairing and equipping the department with modern furniture and appliances, creating gaming and a prayer rooms.

Given the need for pediatric palliative care in the region (600-800 children per year), number of deployed beds is insufficient. Thus, it was designed the regional strategy of development other forms of the care, primarily, home visiting service.

Conclusion: The first experience of introducing palliative care for children in Ivano-Frankivsk region proved its feasibility and timeliness.

Detsyk O.¹, Zolotarova Z.¹, Rudko I.¹

THE ROLE OF GENERAL PRACTITIONERS IN ORAL CANCER PREVENTION

¹Ivano-Frankivsk National Medical University, Ukraine

Introduction: Although the oral cancer belongs to visual forms, in 70-80% of cases it was first diagnosed in the late stages.

Objective: To identify opportunities of general practitioners / family physicians (GP / SL) on prevention and early detection of oral cancer.

Materials and methods: There was analyzed the international and domestic experience, data of the official medical statistics in Ivano-Frankivsk region.

Results: There were established that the incidence rate of oral cancer in Ivano-Frankivsk region for the last three years (2013-2015) was 3.8; 5.4 and 4.8 cases per 100,000 populations. Moreover, most of these cases were registered already in stage IV and trend of late diagnosis steadily increased from 46.9% in 2013 to 60.9% in 2014, and till 65.1% in 2015. This dynamic demonstrates the defects of primary prevention, early cancer screening and follow-up supervision of patients with precancerous diseases.

The experience of developed countries shows that the best medical and organizational solution in this regard is close cooperation, coordination and a clear distribution of responsibilities between dentists and primary care providers. General practitioners as doctors of first contact have all instruments for providing a variety of educational events, identification of persons with risk-factors, oral cancer screening at every visit, early directing to dentists etc.

Conclusion: To ensure effective prevention of oral cancer the cooperation dentists with primary care physicians should standardize.

Edbom-Kolarz A.¹, Marcinkowski J.T.²

HOLISTYCZNY MODEL REHABILITACJI OSÓB STARSZYCH ZE ZWYRODNIENIEM PLAMKI ŻÓLTEJ ZWIĄZANYM Z WIEKIEM (AMD) – CO WARTO Z DOŚWIADCZEŃ SZWEDZKICH IMPLEMENTOWAĆ W POLSCE?

¹Syncentral Saabatsberg, Stockholm, Sverige (Szwecja)

²Zakład Higieny, Katedra Medycyny Społecznej, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

Wprowadzenie: Liczba chorych na zwyrodnienie plamki żółtej związane z wiekiem (ang. *age related macular degeneration* – AMD) wzrasta, podobnie jak na całym świecie, tak i w Polsce. Choroba staje się wyzwaniem nie tylko dla opieki zdrowotnej, stanowi również narastający problem społeczno-ekonomiczny. Rozwój, kontrola i ocena programów rehabilitacji wzroku dla osób starszych z AMD, jak i innymi chorobami oczu, jest więc niezbędna.

Cel badań: Pokazanie modelu rehabilitacji narządu wzroku i jego znaczenia dla osób starszych ze zwyrodnieniem plamki żółtej związanym z wiekiem – opracowanego na podstawie doświadczeń szwedzkich.

Materiały i metody: Materiał badawczy zebrano w dwóch poradniach rehabilitacji narządu wzroku na terenie Szwecji. Dokonano analizy dokumentacji wszystkich osób nowo skierowanych do poradni z AMD w okresie dwóch lat. Przeprowadzone wywiady, z chorymi z zaawansowaną formą AMD, oparte na pytaniach ankietowych, stały się podstawą do oceny modelu rehabilitacji.

Wyniki i wnioski: Trening narządu wzroku z optyką powinien stać się podstawową częścią rehabilitacji osób starszych z AMD. Przepuszczalnie właśnie jego brak przyczynia się do tak niskiej samooceny stanu zdrowia ludzi starszych w Polsce. Program edukacyjny powinien, obok wiedzy o chorobach oczu, kontroli ostrości wzroku, doboru i treningu pomocy optycznych oraz elektronicznych, zawierać trening życia codziennego (ADL) i poruszania się. Sieć powstałych poradni, administracyjnie należących do klinik okulistycznych, ułatwi nie tylko dostępność do procesu rehabilitacji, ale i zrówna jego poziom z poziomem innych krajów europejskich, podnosząc jakość życia całej grupy słabo widzących.

Fronczak A.¹, Skonieczna J.¹

UZALEŻNIENIE OD INTERNETU WŚRÓD POLSKIEJ MŁODZIEŻY - NARASTAJĄCY PROBLEM PSYCHOSPOŁECZNY

¹Zakład Zdrowia Publicznego, Warszawski Uniwersytet Medyczny

Wprowadzenie: Nadmierne korzystanie z internetu może prowadzić do izolacji i zaniedbywania różnych form aktywności społecznej, nauki, aktywnego wypoczynku, higieny osobistej oraz zdrowia. W pracy przedstawiono 3 fazy uzależnienia od internetu i skutki psychospołeczne nadużywania. W pracy omówiono czynniki rodzinne zwiększające prawdopodobieństwo patologicznego korzystania z internetu.

Celem pracy była ocena korzystania z internetu przez młodzież gimnazjalną i deklarowany wpływ rodziców i opiekunów na korzystanie z internetu przez młodzież.

Material i metoda: Grupę badawczą stanowiło 700 uczniów i uczennic szkół gimnazjalnych w Warszawie. Metodą badawczą był sondaż diagnostyczny, badanie poufne i dobrowolne za pomocą kwestionariusza.

Wyniki: W wynikach uwzględniono dostęp do internetu, miejsce korzystania, główne powody i potrzeby, dzienny czas korzystania w tym wejścia na portale społecznościowe, a także wpływ rodziny na ograniczanie czasu prac w internecie.

Wnioski: Podsumowując należy stwierdzić, że udział w portalach społecznościowych i internet wypełniają w bardzo dużej części życie codzienne młodzieży, są reakcją na trudności w życiu realnym, na samotność i wyobcowanie. Internet coraz częściej zastępuje działania w życiu realnym.

INFORMOWALNOŚĆ PACJENTÓW W MŁODYM WIEKU O ZACHOROWALNOŚCI NA CHOROBY GINEKOLOGICZNE

¹Państwowy Uniwersytet Medyczny, Grodno, Białoruś

Wprowadzenie: W obecnych warunkach społeczno-gospodarczych stan zdrowia kobiet w wieku rozrodczym pozostaje jednym z najbardziej dotkliwych problemów medycznych i społecznych, będąc ważnym aspektem bezpieczeństwa narodowego. Choroby ginekologiczne mają negatywny wpływ na stan zdrowia kobiet w wieku rozrodczym, ich zdolność do urodzenia zdrowego dziecka [1].

Celem badania było zbadanie świadomości pacjentów w wieku od 16 do 35 lat na temat czynników ryzyka wystąpienia chorób ginekologicznych.

Materiał i metody: W trakcie badań przeprowadzono ankietę wśród 135 kobiet w wieku rozrodczym według specjalnie opracowanego kwestionariusza. Analiza cech społeczno-demograficznych badanych kobiet wykazała, że: 77,8% spośród nich to kobiety niezamężne, pozostałe 22,2% - to mężatki; 74% posiada wykształcenie wyższe, 14,8% - policealne, 11,2% - wykształcenie średnie. Dobór respondentów został przeprowadzony metodą losowania. Przetwarzanie danych statystycznych dokonano przy użyciu programu Microsoft Excel. Średni wiek kobiet wyniósł 21,7 ± 1,2 roku.

Wyniki: Spośród pacjentek, które się zwracały do ginekologa, 97,8% realizowało wszystkie zalecenia lekarza, 0,7% - częściowo, a 1,5% badanych nie stosowało się w ogóle do zaleceń ginekologa. 88,9% respondentek wyraziło przekonanie, że leczenie powinno być przypisane indywidualnie, z uwzględnieniem etiologii choroby i właściwości każdego organizmu, 8,9% stwierdziło, że przy pewnej diagnozie należy wdrożyć typowe leczenie, 2,2% nie miało zdania na ten temat. Ponad połowa badanych kobiet (88,2%) wie, że choroba ginekologiczna, nie poddana leczeniu w odpowiednim czasie może prowadzić do poważnych powikłań (ciąża pozamaciczna, niepłodność, rak), pozostałe 11,8% nie ma świadomości takich potencjalnych następstw. Prawie połowa (48,3%) ankietowanych kobiet nie ma wiedzy o czynnikach ryzyka chorób ginekologicznych. Co piąta (22,2%) z respondentek uważa, że przyczyną rozwoju choroby ginekologicznej był spadek odporności organizmu. Do chorób ginekologicznych, zdaniem 10,4% kobiet, prowadzą zaburzenia równowagi hormonalnej, a 6% respondentek uważa, że choroby ginekologiczne są wynikiem stresu. 3% kobiet wskazało, że do rozwoju omawianych chorób może przyczyniać się wychłodzenie organizmu. 2,2% ankietowanych kobiet jest pewnych, że przyczyną wystąpienia chorób ginekologicznych jest niezabezpieczony stosunek płciowy lub nieracjonalne stosowanie antybiotyków, 1,5% jako czynnika choroby podają utrzymywanie kontaktów seksualnych z wieloma partnerami. Po 0,7% respondentów sugeruje, że czynnikiem ryzyka są dziedziczenie lub nieprzestrzeganie zasad higieny osobistej lub przerwanie ciąży, wcześniejsza choroba zakaźna albo szkodliwe nawyki lub otyłość. Źródłem informacji o chorobach kobiecych dla 67,4% kobiet jest internet i telewizja, dla 34,8% badanych są to artykuły naukowe, czasopisma, książki, a dla 34,8% - wykłady i rozmowy, kolejne 27,4% respondentek pozyskuje taką wiedzę od znajomych, 20% opiera ją na własnych doświadczeniach, 5,9% respondentek w ogóle nie interesuje się tym tematem. Według wyników badań, 90,4% respondentek chciałoby być bardziej kompetentnymi w sprawach zdrowia kobiet, 5,2% - nie interesuje ten temat, a 4,4% nie ma wyrobionego zdania w tej kwestii.

Wnioski: Prawie połowa (48,3%) ankietowanych kobiet nie jest dobrze poinformowana o przyczynach rozwoju chorób ginekologicznych, co może skutkować opóźnieniem

w zgłoszeniu się ich na wizytę do lekarza i późną diagnostyką. Jednocześnie respondentki chcą być bardziej świadome w kwestii kobiecego zdrowia.

Literatura:

1. Naumow, I. A. Choroby Zapalne żeńskich narządów płciowych: organizacja pomocy medycznej pacjentów w latach 1944-1994 (na przykładzie obwodu Grodzieńskiego): monografia / I. A. Naumow, E. M. Tiszchenko. - Grodno: GrPUM, 2012. – S. 4-5.

Gruzieva T.S.¹

JUSTIFICATION OF CURRICULUM OF TRAINING IN PUBLIC HEALTH

¹National O.O. Bogomolets Medical University, Kyiv, Ukraine

Introduction: One of the priorities of development of the public health system in Ukraine is a strategy for human resources development, including determination of existing and foreseen needs, planning and implementation of training, sustainable distribution, resource management. Reforming of undergraduate and postgraduate training of public health, which requires justification of new educational programs, is planned.

Materials and methods: In this work we used bibliographical, informational and analytical methods, systemic, structural and logical analyses. We studied strategic documents such as WHO, ER WHO, ASPHER, APHEA, EHMA, EAPH, EUPHA, Eurohealthnet, scientific literature, educational programs during 2010-2015 in leading medical universities in Europe and the world.

Research results: We found that public health training is carried out on undergraduate and postgraduate levels, master programs, doctoral programs, courses, trainings, workshops etc. Institutional forms include departments, colleges, schools of public health, institutes and universities. Training programs include topics of biostatistics, epidemiology, demography, concepts of health, environmental health, politics, economics, management, sociology, psychology, interprofessional work, health promotion, research etc. Agency for Public Health Education Accreditation (APHEA) provides accredited educational programs to promote further improvement of education and training. European program core competencies of public health workers include intellectual and practical competence which specialists should have.

Conclusions: For the development of educational training programs of public health in Ukraine it is important to consider modernization of higher medical education based on multilevel educational and competency models, the best practices of European universities to develop advanced educational training program, to introduce modern effective forms of educational activities in accordance with key European competences and to ensure the continuous professional training.

Gruzieva T.S.¹

JUSTIFICATION OF THE DRAFT CONCEPT OF PUBLIC HEALTH IN UKRAINE

¹National O.O. Bogomolets Medical University, Kyiv, Ukraine

Introduction: In the current condition of globalization, the intensification of production, urbanization, uncontrolled mobility, negative effects of social and economic changes, and demographic shifts the issues of adequate response to the growing health challenges and threats become of particular relevance. This includes development of effective public health system that can effectively prevent health problems and strengthen health. Building a modern public health is a priority for Ukraine

Materials and methods: Bibliographic, information-analytical, medical statistical methods were used in this work.

Research results: Critical analysis of indicators of public health, efficiency of preventive services, evaluation of the health and social costs and economic damage allowed revealing key problems and approaches to their solution which became a basis for the formation of strategies and concepts of public health in Ukraine. Main directions of state policy in health care, provision of strategic documents WHO, especially European action plan on capacity-building and public health services, international experience has become a basis for the formation of the Concept. Concept's design comprises foundations and principles of public health, goals, objectives, ways and means of resolving problems, questions of policy, management, financing, realization of policies at all levels of management, human resource development, communications, research and more. Reforms are to be conducted in phases.

Conclusions: Using a comprehensive methodology that included medical, social, economic, legal, scientific, informational aspects allowed developing a modern concept of public health in Ukraine, taking into account the existing realities, current and future needs, international recommendations and best practice.

Hrechyshkina N.V., Lytvynova L.A., Tonkovyd O.B.

HEALTH DYNAMICS ANALYSIS OF MUNICIPAL AND RURAL POPULATION IN UKRAINE OVER PAST 10 YEARS

National O.O. Bogomolets Medical University, Kyiv, Ukraine
National Medical Academy of Postgraduate Education, Kyiv, Ukraine

An important condition to reform health care should be based on analysis of state of population health. The aim of this study was to determine the dynamics of differences in health of urban and rural residents of Ukraine for the past 10 years according to methods of variation statistics.

Results: on the background of figures of natural population movement there are differences between urban and rural areas: birthrate of rural population, which increased by 30%, prevails city by 20% (12,2‰ and 10,2‰) death rate of rural population prevails by 37%, respectively 18,1‰ and 13,2‰ with decrease by 11%. The negative increase, which is the cause of depopulation, is more obvious in the countryside (-5,9‰ against -3,0‰). The increase of life expectancy (urban men - by 4,2 years, rural women – by 1,8) leads to ageing of population. Infant mortality is higher in the countryside by 9%, but it decreased by quarter due to creating perinatal centers (8,3 ‰). In traditional predominance of prevalence and primary disease incidence of urban residents over rural ones (8,5% and 16,7%, respectively) due to less access and poor quality of health care, the growth was recorded in the rural area (8,5% and 16%) at reverse city dynamics. The same applies to infant rural population (increase by 10% and 15%). Differences indicate need to revise the needs of population, especially rural, in different kinds of medical care. The system of health care has to be changed and creating hospital divisions with simultaneous development of family medicine.

Inshakova H.V.¹

LEVEL OF BIostatISTICS BASICS KNOWLEDGE AMONG THE STUDENTS OF MEDICAL UNIVERSITIES IN UKRAINE: PILOT STUDY

¹Bogomolets National Medical University, Kyiv, Ukraine

Introduction: Biostatistics is a key discipline of the Information Society, which deals with the collection and analysis of data. Knowledge of the subject is necessary for effective work in every aspect of healthcare at any level.

Aim of the study was to determine the level of knowledge of Basics of Biostatistics among medical students in Ukraine in order to identify problems in learning and possible improvements in mathematical training of future doctors.

Materials and methods: The paper used analytical, medical and sociological statistical methods. The program included a pilot research poll.

Results: Analysis of the results showed that only 20.8% of respondents are interested in studying Biostatistics. Difficulties in mastering this subject and fatigue at the end of classes indicated 66.7% of respondents. Only 16.7% of students consider the further study Biostatistics to be appropriate for improvement of their professional level, 37.5% students the use of mathematical tools in medical and scientific research. 58.3% of students indicate insufficient time for learning the topic and fast paced classes as one of the main reasons of low study satisfaction, 41.7% - difficulties in understanding mathematical formulas, 33.3% - large amount of material, 16.7% - lack examples of practical application of statistical methods in future professional activities.

Conclusions: The survey results have identified problems and gaps in students' training on Biostatistics, indicating the need to develop and improve teaching of Biostatistics.

KONKURENCJA CZY WSPÓŁPRACA W OCHRONIE ZDROWIA W POLSCE? UWARUNKOWANIA SYSTEMOWE

¹Polskie Towarzystwo Programów Zdrowotnych, Gdańsk

²Zakład Zdrowia Publicznego i Medycyny Społecznej, Gdański Uniwersytet Medyczny

Wprowadzenie Jednym z założeń do reformy z lat 1998/1999 ochrony zdrowia w Polsce, opartym na założeniach Nowego Publicznego Zarządzania, było zwiększenie konkurencyjności. Do konkurowania o zasoby publicznego płatnika miały stanąć zarówno dotychczasowe, jak i nowe podmioty.

Konkurencja miała się z założenia toczyć o pacjenta, co miało ilustrować jedno z haseł reformy „pieniądz idzie za pacjentem”. Po wprowadzeniu system konkurowania był poddawany systematycznej krytyce i w ostateczności wstrzymano posługiwaniem się wypracowywanymi narzędziami.

Cel pracy W opracowaniu przeprowadzimy analizę zasad konkurowania, efekty ich funkcjonowania, udział innych organów państwa w tworzeniu ram konkurencyjności i wdrażaniu zmian.

Omówienie Narzędzia, którymi posługiwały się Kasy Chorych a następnie NFZ w zakresie tworzenia rynku wewnętrznego wykorzystywane były na szczeblu centralnym

i wojewódzkim. Do zadań centralnych należało: określenie kryteriów oceny ofert, trybu postępowania konkursowego i zakresu świadczeń. Na poziomie regionalnym najważniejszym narzędziem było określenie obszarów konkursowych. Zastosowane narzędzia pozwalały, zwłaszcza w zakresie leczenia szpitalnego, mocno ograniczać konkurencję. Nadzór nad konkurencyjnością prowadził przez kolejne lata UOKiK, wszczynając postępowania, wydając decyzje, nakładając kary oraz prowadząc postępowania przed sądami w zakresie swoich właściwości.

Wniosek Próba ukształtowania systemu świadczeń opieki zdrowotnej w oparciu o ideę zaczerpnięta z „Nowego Publicznego Zarządzania” nie powiodła się. Kryteria oceny ofert, jako kluczowy element alokacji środków w systemie okazały się trudne do zastosowania, ze względu na złożoną strukturę właścicielską podmiotów leczniczych i brak akceptacji, zarówno na poziomie ogólnych, jak i szczegółowych rozwiązań. Także nadzór ze strony UOKiK okazał się z różnych względów nieudany.

„ARS, CZYLI JAK DBAĆ O MIŁOŚĆ” – PODSUMOWANIE I I II EDYCJI PROGRAMU REALIZOWANEGO W RAMACH PROJEKTU „PROFILAKTYCZNY PROGRAM W ZAKRESIE PRZECIWDZIAŁANIA UZALEŻNIENIA OD ALKOHOLU, TYTONIU I INNYCH ŚRODKÓW PSYCHOAKTYWNYCH”

¹ Instytut Medycyny Wsi im. W. Chodźki w Lublinie

Wprowadzenie: Zdrowotny program edukacyjny „ARS, czyli jak dbać o miłość” opracowany przez dr Krzysztofa Wojcieszka jest jednym z działań projektu „Profilaktyczny program w zakresie przeciwdziałania uzależnienia od alkoholu, tytoniu i innych środków psychoaktywnych” w ramach Szwajcarsko-Polskiego Programu Współpracy. Jego realizacja rozpoczęła się w roku szkolnym 2013/2014 i trwać będzie do grudnia 2016 r., jako kolejne edycje programu. Do tej pory z sukcesem przeprowadzono dwie edycje, które swoim zasięgiem objęły terytorium całej Polski. Program skierowany jest do uczniów szkół ponadgimnazjalnych i ma na celu przeciwdziałanie uzależnieniom wśród młodzieży.

Cel pracy: Celem pracy jest podsumowanie realizacji I i II edycji programu, zrealizowanych w latach 2013-2015.

Materiał i metody: Analiza danych zgromadzonych w czasie realizacji obu edycji zdrowotnego programu edukacyjnego.

Wyniki i wnioski: W czasie I edycji ofertę programową skierowano do 4459 szkół gimnazjalnych, co według danych Systemu Informacji Oświatowej (SIO) stanowiło około 44% wszystkich szkół ponadgimnazjalnych. W odpowiedzi na zaproszenie 1995 szkół ponadgimnazjalnych (28%) wzięło udział w programie, którego realizacja poprzedzona została cyklem 49 szkoleń dla szkolnych koordynatorów w całej Polsce. W roku szkolnym 2013/2014 działaniami edukacyjnymi objęto 78 721 uczniów, którzy stanowili 15,74% uczniów szkół ponadgimnazjalnych.

II edycja programu realizowana była w roku szkolnym 2014/2015 i objęła swoim zasięgiem 2600 szkół z całej Polski (ok. 39%). Zaproszenie do udziału programie rozesłano do 80% placówek ponadgimnazjalnych (5 352 szkoły). Działania skierowano do 134 711 uczniów, co stanowiło 27% osób uczących się w tej grupie wiekowej. W drugiej edycji w programie edukacyjnym wzięło również udział 42 850 rodziców.

Łącznie w czasie obu edycji działaniami objęto 4 555 szkół ponadgimnazjalnych i 213 432 uczniów oraz 42 850 rodziców. Realizacja programu cieszy się dużym powodzeniem. Obserwuje się wzrost zainteresowania w kolejnych edycjach programu.

Kaczor-Szkodny P.¹, Chmura R.¹, Lutomski P.¹, Piasecki J.¹, Strach K.², Bojar I.¹

**PRZECIWDZIAŁANIE UZALEŻNIENIOM NA PRZYKŁADZIE
ZDROWOTNEGO PROGRAMU EDUKACYJNEGO „ARS, CZYLI JAK DBAĆ
O MIŁOŚĆ” REALIZOWANEGO W RAMACH PROJEKTU
„PROFILAKTYCZNY PROGRAM W ZAKRESIE PRZECIWDZIAŁANIA
UZALEŻNIENIA OD ALKOHOLU, TYTONIU I INNYCH ŚRODKÓW
PSYCHOAKTYWNYCH”**

¹ Instytut Medycyny Wsi im. W. Chodźki w Lublinie

² Lubuska Wyższa Szkoła Zdrowia Publicznego w Zielonej Górze

Wprowadzenie: Przeciwdziałanie uzależnieniom w szerokim znaczeniu leży u podstaw projektu „Profilaktyczny program w zakresie przeciwdziałania uzależnienia od alkoholu, tytoniu i innych środków psychoaktywnych”. Jednym z działań prowadzonych w tym zakresie jest edukacja młodzieży w oparciu o zdrowotny program edukacyjny „ARS, czyli jak dbać o miłość”, opracowany przez dr Krzysztofa Wojcieszke. Program kierowany jest do uczniów szkół ponadgimnazjalnych na terenie całej Polski. W jego realizację aktywnie zaangażowane są instytucje inspekcji sanitarnej oraz specjalnie przeszkoleni szkolni koordynatorzy programu. Wsparciem dla realizacji działań edukacyjnych jest propagowanie treści edukacyjnych w zakresie przeciwdziałania uzależnieniom za pośrednictwem stron: www.zdrowiewciazy.pl, www.e-stawiamnazdrowie.pl oraz platformy e-learningowej: www.szkolenia.zdrowiewciazy.pl.

Cel pracy: Przedstawienie zakresu działań podejmowanych w ramach edukacji młodzieży w zakresie przeciwdziałania uzależnieniom od alkoholu, tytoniu i innych substancji psychoaktywnych.

Material i metody: Analiza treści edukacyjnych kierowanych do szkół ponadgimnazjalnych i uczniów biorących udział w programie przeciwdziałania uzależnieniom.

Wyniki i wnioski: Zdrowotny program edukacyjny „ARS, czyli jak dbać o miłość” w szerokim zakresie odnosi się zagadnieniu przeciwdziałania uzależnieniom. Dostosowane do wybranej grupy wiekowej treści ukazują zagrożenia oraz skutki związane z używaniem szeroko rozumianych substancji psychoaktywnych. Głównym celem programu jest dostarczenie uczniom wiedzy i umiejętności zmniejszających ryzyko utraty życia i zdrowia ich samych oraz ich potomków, spowodowane używaniem substancji psychoaktywnych m.in. takich jak alkohol, papierosy czy narkotyki. Główny zakres merytoryczny realizowany jest za pomocą m.in. wykładów, prelekcji, pogadanek, spotkań z ekspertami, konkursów, wystaw oraz projekcji filmu dotyczącego FAS pt. „Wieczne dziecko”. Realizacja dotychczasowych edycji spotkała się bardzo dużym zainteresowaniem wśród szkół, które zadeklarowały udział w kolejnych edycjach programu.

Kaczor-Szkodny P.¹, Chmura R.¹, Lutomski P.¹, Piasecki J.¹, Śledziwska K.¹, Horoch A.¹

ZAINTERESOWANIE PERSONELU MEDYCZNEGO KSZTAŁCENIEM E-LEARNINGOWYM NA PRZYKŁADZIE „PROFILAKTYCZNEGO PROGRAMU W ZAKRESIE PRZECIWDZIAŁANIA UZALEŻNIENIA OD ALKOHOLU, TYTONIU I INNYCH ŚRODKÓW PSYCHOAKTYWNYCH”

¹ Instytut Medycyny Wsi im. W. Chodźki w Lublinie

² Oddział Rehabilitacji, Samodzielny Publiczny Szpital im. Prof. Adama Grucy

Wprowadzenie: Doskonalenie zawodowe personelu medycznego regulowane jest przepisami Ustawy o zawodach pielęgniarstwa i położnej oraz Ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry. Rozwój technologii informacyjnych umożliwia realizowanie wymaganego kształcenia za pośrednictwem dedykowanych platform wykorzystujących rozwiązania informatyczne oferujących formy kształcenia przez internet, zwanych potocznie e-learningiem, który cieszy się coraz większym zainteresowaniem, ze względu na łatwość i dostępność treści bez ograniczeń czasowych i geograficznych.

Cel pracy: Celem pracy jest ocena zainteresowania personelu medycznego podnoszeniem kompetencji zawodowych z wykorzystaniem elektronicznych źródeł kształcenia.

Material i metody: Analiza danych gromadzonych przez elektroniczną platformę do prowadzenia szkoleń e-learningowych w projekcie „Profilaktyczny program w zakresie przeciwdziałania uzależnienia od alkoholu, tytoniu i innych środków psychoaktywnych”

Wyniki i wnioski: Spośród użytkowników platformy, 939 osób należy do kadry medycznej, co stanowi 34,52% ogólnej liczby użytkowników. Największy odsetek zainteresowanych tego rodzaju kształceniem stanowią kobiety (85%) w przedziale wiekowym 25-34 lata (31,53%). Najczęściej wybieranym szkoleniem była „Skuteczna komunikacja z pacjentem w zakresie ograniczania konsekwencji zdrowotnych używania substancji psychoaktywnych”. Wzrost wskaźnika odsłon w 2015 roku na poziomie 3 089 w stosunku do ogólnej liczby na przestrzeni lat 2014-2016 na poziomie 8 066, wskazuje, iż zainteresowanie kształceniem w tej grupie zawodowej wciąż rośnie.

**OPINIA UCZNIÓW NA TEMAT REALIZACJI PROGRAMU
„PROFILAKTYCZNY PROGRAM W ZAKRESIE PRZECIWDZIAŁANIA
UZALEŻNIENIA OD ALKOHOLU, TYTONIU I INNYCH ŚRODKÓW
PSYCHOAKTYWNYCH” NA PRZYKŁADZIE ZDROWOTNEGO
PROGRAMU EDUKACYJNEGO „ARS, CZYLI JAK DBAĆ O MIŁOŚĆ”**

¹ Instytut Medycyny Wsi im. W. Chodźki w Lublinie

² Wyższa Szkoła Zdrowia Publicznego w Zielonej Górze

Wprowadzenie: Zdrowotny program edukacyjny „ARS, czyli jak dbać o miłość” opracowany przez dr Krzysztofa Wojcieszke realizowany jest na terytorium całej Polski. Działania edukacyjne rozpoczęto w roku szkolnym 2013/2014 i trwać będą do końca 2016 r. Program zakłada realizację treści z zakresu przeciwdziałania uzależnieniom wśród młodzieży ze szkół ponadgimnazjalnych.

Cel pracy: Analiza danych statystycznych zebranych w trakcie realizacji I edycji zdrowotnego programu edukacyjnego.

Material i metody: Badania przeprowadzono metodą sondażu diagnostycznego (metoda Surweyowa) w latach 2013-2014 wśród 45 459 uczniów szkół ponadgimnazjalnych na terenie całej Polski. Wykorzystanym narzędziem był autorski kwestionariusz ankiety zawierający pytania dotyczące zdrowotnego programu edukacyjnego „ARS, czyli jak dbać o miłość”. Zebrany materiał poddano analizie statystycznej w arkuszu kalkulacyjnym.

Wyniki i wnioski: Wyniki badań ukazują, iż zdecydowana większość szkół (86%) przystąpi do kolejnych edycji programu. Uczniowie pozytywnie ocenili udział w zajęciach oraz zaangażowanie szkolnych koordynatorów. Realizatorzy programu (szkolni koordynatorzy) bardzo wysoko ocenili treść merytoryczną: 48% uznało treść za bardzo dobrą, natomiast 36% jako doskonałą. Blisko 90% uczniów (89,4%) chętnie uczęszczało na zajęcia, oceniając je dość wysokow pięciostopniowej skali na 5 (39,7%) oraz na 4 (24,7%). Przedstawiane treści były dla uczniów zrozumiałe (94,3%) i ciekawe w formie prowadzenia (87,2%). Uczestnicy programu, zarówno uczniowie, rodzice, jak i szkolni koordynatorzy uznali, iż program jest atrakcyjny, nowatorski oraz powinien być realizowany wśród osób w tej grupie wiekowej (90% odpowiedzi wśród uczniów).

Kaczor-Szkodny P.¹, Chmura R.¹, Lutomski P.¹, Strach K.², Śledziwska K.³, Horoch A.¹

ZAANGAŻOWANIE WSEE I PSSE W DZIAŁANIA PROMOCJI ZDROWIA I PRZECIWDZIAŁANIA UZALEŻNIENIOM NA PRZYKŁADZIE „PROFILAKTYCZNEGO PROGRAMU W ZAKRESIE PRZECIWDZIAŁANIA UZALEŻNIENIA OD ALKOHOLU, TYTONIU I INNYCH ŚRODKÓW PSYCHOAKTYWNYCH”

¹ Instytut Medycyny Wsi im. W. Chodźki w Lublinie

² Wyższa Szkoła Zdrowia Publicznego w Zielonej Górze

³ Oddział Rehabilitacji, Samodzielny Publiczny Szpital im. Prof. Adama Grucy

Wprowadzenie: Realizacja działań z zakresu promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej wynika z szeregu przepisów prawnych, które regulują tę kwestię. Instytucje inspekcji sanitarnej zobowiązane są do prowadzenia edukacji mającej na celu przeciwdziałanie uzależnieniu od różnego rodzaju substancji psychoaktywnych. Wojewódzkie i Powiatowe Stacje Sanitarно-Epidemiologiczne włączyły się do realizacji programu „Profilaktyczny program w zakresie przeciwdziałania uzależnienia od alkoholu, tytoniu i innych środków psychoaktywnych” promując kwestie szeroko rozumianego zdrowia na terenie całej Polski

Cel pracy: Celem pracy jest przedstawienie najczęściej podejmowanych przez WSSE i PSSE działań z zakresu przeciwdziałania uzależnieniom, edukacji i promocji zdrowia.

Material i metody: Analiza zawartości strony internetowej www.zdrowiewciazy.pl pod kątem informacji dotyczących działań z zakresu przeciwdziałania uzależnieniom, edukacji i promocji zdrowia zrealizowanych przez WSEE i PSSE na terenie Polski.

Wyniki i wnioski: Instytucje inspekcji sanitarnej aktywnie włączyły się do realizacji działań z zakresu przeciwdziałania uzależnieniom i promocji zdrowia. Najczęściej podejmowanym działaniem była promocja założeń zdrowotnego programu edukacyjnego „ARS, czyli jak dbać o miłość” oraz Kampanii społecznej „Nie pozwól odlecieć swojemu szczęściu!”, realizowanych w ramach projektu „Profilaktyczny program w zakresie przeciwdziałania uzależnienia od alkoholu, tytoniu i innych środków psychoaktywnych”. WSSE i PSSE równie często podczas masowy imprez lokalnych organizowały punkty informacyjno-edukacyjne, w ramach których prowadziły poradnictwo z zakresu wpływu substancji psychoaktywnych na zdrowie i życie.

Kamecki A.¹

PIERWSZA POMOC W MIEJSCU ZDARZENIA – BADANIA PILOTAŻOWE WŚRÓD PRACOWNIKÓW WOJEWÓDZKIEJ STACJI POGOTOWIA RATUNKOWEGO W WARSZAWIE

¹Zakład Kultury Bezpieczeństwa i Metodologii, Instytut Nauk Społecznych i Bezpieczeństwa, Uniwersytet Przyrodniczo - Humanistyczny w Siedlcach

Wprowadzenie: Ustawa z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym w art. 3.7 definiuje pojęcie pierwszej pomocy jako zespół czynności podejmowanych w celu ratowania osoby znajdującej się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego, wykonywanych przez osobę znajdującą się w miejscu zdarzenia, następnie Kodeks Karny w art. 162 nakłada na każdego dorosłego człowieka obowiązek prawny udzielania pierwszej pomocy osobie poszkodowanej.

Cel pracy: Celem pracy jest próba oceny przygotowania społeczeństwa do niesienia pierwszej pomocy na miejscu zdarzenia przed dotarciem Zespołu Ratownictwa Medycznego (ZRM) oraz próba odpowiedzi na pytania: Jakie czynności ratownicze wykonuje świadek zdarzenia? Jakie są główne przyczyny nieudzielenia pierwszej pomocy?

Material i metody: Badanie przeprowadzono w III kwartale 2015 roku, wzięło w nim udział 335 członków ZRM, lekarzy systemu, ratowników medycznych, pielęgniarek/pielęgniarzy systemu oraz kierowców-ratowników medycznych, którzy świadczą usługi medyczne w ZRM. Narzędziem badawczym był anonimowy kwestionariusz ankiety własnego autorstwa.

Wyniki i wnioski: Zdecydowana większość ankietowanych 285 osób (85%) podczas realizacji wyjazdów spotyka się z udzielaniem pierwszej pomocy na miejscu zdarzenia. Zdaniem badanych najczęściej pierwsza pomoc udzielana jest „na ulicy” 33%, „w domu” 31% oraz „w pracy” 17% głównie przez osoby w średnim wieku 56% i dzieci/młodzież 30%. W ramach pierwszej pomocy wykonywane są następujące czynności: ułożenie w pozycji bezpiecznej 63%, podjęcie resuscytacji 20%, udrożnienie dróg oddechowych 4%. Wśród przyczyn nieudzielenia pierwszej pomocy respondenci wymienili: strach, brak wiedzy i umiejętności, niechęć i obojętność, lęk przed udzielaniem pomocy, brak szkoleń, brak doświadczenia, obawa, że zaszkodzią.

Karpinets I.¹

THE ROLE OF A GENERAL PRACTITIONER PREVENTING OF ALCOHOL ADDICTIONS

¹Ivano-Frankivsk National Medical University, Ukraine

Introduction: Alcohol abuse is the second significant burden of disease risk factor in Ukraine. According Euro WHO recommendation the general practitioner can and must play a significant role in the prevention of alcohol addiction.

Objective: To establish the basic targets of general practitioners impact concerning prevention of alcohol addiction.

Material and methods: 552 alcohol abusers or alcohol-dependent individuals were interviewed about their awareness of the problem, motivation and timeliness of seeking medical care.

Results: It was established that patients with alcohol abuse do not realize their own problems for a long time; they are not treated on time. 31.5% believe their condition to be an accidental misunderstanding. Among 68.5% persons who are aware of their problem only 12.6% immediately seek medical care. Much of such persons are at the age of 30 (27.3%). Family and friends play the most substantial role in motivating alcohol abusers to seek treatment (55.0%). It was established that patients with alcoholism from all sources of medical information the most trusted doctors (49.4%) and members of their families (40.0%). The research results show that general practitioners' using of simple methods of brief information interventions, «audit»-testing and expanding the target audience on relatives and friends of people with harmful use of alcohol, are easy and effective prevention technologies.

Conclusion: The involvement of general practitioner for preventive anti-alcohol program promotes early detection and referral to specialized treatment.

Korczyńska A.¹, Kowalska M.¹

ANALIZA SYTUACJI FINANSOWEJ SZPITALA JAKO PODSTAWA DECYZJI O PRZEKSZTAŁCENIU JEDNOSTKI. ANALIZA PRZYPADKU.

¹Katedra i Zakład Epidemiologii. Wydział Lekarski w Katowicach. Śląski Uniwersytet Medyczny

Wprowadzenie: Jednym z istotnych wyzwań dla sektora szpitalnictwa w Polsce, naznaczonego kłopotami finansowymi jest osiągnięcie właściwego, efektywnego sposobu zarządzania. Efektywność ta, możliwa jest m.in. dzięki odpowiedniemu finansowaniu oraz właściwym decyzjom osób zarządzających szpitalami. Można ją zweryfikować na podstawie analizy sytuacji finansowej oraz jakości świadczonych usług medycznych w wybranych na potrzeby pracy placówkach leczniczych.

Cel pracy: Celem pracy jest próba odpowiedzi na pytanie czy analiza efektywności finansowej placówki leczniczej jest wystarczająca dla podjęcia decyzji o jej przekształceniu. Ocenie sytuacji finansowej zostały poddane dwa szpitale z województwa śląskiego o różnej formie organizacyjno-prawnej.

Material i metoda: Dla oceny sytuacji wybranych szpitali wykorzystano sprawozdania finansowe obejmujące lata 2007-2011 i zawierające m.in. dane bilansowe oraz rachunek zysków i strat. Dane te pochodzą z dwóch odrębnych szpitali wielospecjalistycznych województwa śląskiego, jeden to szpital przekształcony do spółki z o.o., a drugi funkcjonujący jako SPZOZ. Przeprowadzono analizę wskaźnikową w oparciu o miary zyskowności, efektywności, płynności i zadłużenia. Jednocześnie przeprowadzono badanie ankietowe wśród pacjentów w zakresie jakości świadczonych usług medycznych. Źródłem finansowania badań był projekt własny o numerze KNW-1-018/D/2/0.

Wyniki i wnioski: Uzyskane wyniki nie wykazały istotnych różnic w zakresie mierzonych wskaźników ekonomicznych w porównywanych szpitalach funkcjonujących na różnych zasadach organizacyjno-prawnych. Poziom satysfakcji pacjentów także nie zależał od formy organizacyjno-prawnej placówki.

WPLYW ZANIECZYSZCZEŃ ŚRODOWISKA NA ZDROWIE – PROBLEM GLOBALNY

¹Zakład Medycyny Zapobiegawczej i Higieny, Katedra Medycyny Społecznej, Warszawski Uniwersytet Medyczny

² Zakład Opieki Zdrowotnej, Katedra Medycyny Społecznej, Warszawski Uniwersytet Medyczny

Wprowadzenie: Problem oddziaływania zanieczyszczeń środowiskowych na zdrowie to problem globalny. Wg danych WHO zanieczyszczenia środowiskowe powodują zachorowania i zgony zarówno w krajach rozwijających się, jak i krajach rozwiniętych. Ocenia się, że w ponad 20% determinują one stan zdrowia ludzi.

Cel pracy: Celem pracy jest omówienie wybranych czynników ryzyka zagrożeń zdrowia obecnych w środowisku, wskazanie chorób, które one powodują, skali zagrożeń oraz przedstawienie działań prewencyjnych ograniczających ryzyko zagrożenia.

Material i metody: Opierając się na danych piśmiennictwa wskazano czynniki, które należy brać pod uwagę przy ocenie narażenia. Należą do nich zanieczyszczenia powietrza, wody, gleby (chemiczne lub biologiczne), promieniowanie UV i promieniowanie jonizujące, hałas, pola elektromagnetyczne, środowisko pracy (ryzyko zawodowe). Istotna jest jakość środowiska mieszkań, użytkowanie gruntów i dróg, metody stosowane w rolnictwie. Nie bez znaczenia są zmiany klimatyczne i zachodzące zmiany w ekosystemach. Na podkreślenie zasługują zachowania związane z dostępnością do wody pitnej i urządzeń sanitarnych. Wymieniono najczęściej występujące schorzenia i zaburzenia spowodowane wpływami środowiska, zarówno w przypadku dorosłych, jak i dzieci, oparte na danych WHO oraz danych europejskich. Jako podstawowe kryterium w ocenie wpływu środowiska na zdrowie przyjęto wskaźnik DALYs.

Wyniki i wnioski: Wykazano, że wśród schorzeń spowodowanych czynnikami środowiskowymi (EBD) należy zwrócić uwagę zarówno na choroby zakaźne, jak i tzw. cywilizacyjne. Najczęściej wymieniane są biegunki, zakażenia dolnych dróg oddechowych, choroby sercowo-naczyniowe, nowotwory, malaria i inne. Reasumując, polityka zdrowia publicznego, w tym promocja zdrowia w tych obszarach prowadzona we współpracy z instytucjami monitorującymi zagrożenia, może okazać się kluczową w ich ograniczeniu.

LOSY 26 TYS. PACJENTÓW HOSPITALIZOWANYCH Z POWODU UDARU MÓZGU

¹Katedra Zdrowia Publicznego, Wydział Medyczny, Uniwersytet Rzeszowski

²Podkarpacki Oddział Wojewódzki NFZ z siedzibą w Rzeszowie

Wprowadzenie: Szacuje się, że co 6. dorosły mieszkaniec globu dozna w swoim życiu udaru mózgu. W Polsce udar mózgu rocznie występuje u 60–70 tys. osób, przy czym 20–30% chorych umiera w ciągu roku od zachorowania, a połowa z tych, którzy przeżyli, pozostaje trwale niepełnosprawnymi.

Cel: W pracy przedstawiono uwarunkowania oraz częstość korzystania z różnych form rehabilitacji leczniczej, świadczeń opieki długoterminowej i powtórnych hospitalizacji, przez pacjentów po udarach, w okresie 12 miesięcy od udaru.

Material i metody: Do analizy wykorzystano dane dotyczące 26 044 pacjentów hospitalizowanych z powodu udaru mózgu, w latach: 2006-2010 r. , w podkarpackich oddziałach neurologicznych. Dane wygenerowano z zasobów informatycznych Podkarpackiego Oddziału NFZ a następnie je odpowiednio przetworzono.

Problemy badawcze analizowano w relacji do: rodzaju udaru, płci i wieku pacjentów.

Wyniki: W okresie 12 miesięcy od udaru, z rehabilitacji stacjonarnej skorzystało 11.90% pacjentów, 5.35% z rehabilitacji ambulatoryjnej a 13.02% z rehabilitacji w warunkach domowych. Łącznie z opieki długoterminowej prowadzonej w warunkach stacjonarnych skorzystało 6.30% pacjentów po udarach a z opieki prowadzonej w warunkach domowych – 7.13%. Średni odsetek powtórnych hospitalizacji dla pacjentów po udarach wynosił 2.02% a najwyższy dotyczył pacjentów z SAH – 4.07%.

Wnioski:

1. W okresie 12 miesięcy od udaru, z opieki długoterminowej na Podkarpaciu skorzystało łącznie nie więcej jak 13.43% pacjentów, zaś z jakiegokolwiek formy rehabilitacji, nie więcej jak 30,26% pacjentów po udarach.
2. W porównaniu do większości państw UE i USA, odsetek ten jest relatywnie niższy, zwłaszcza w odniesieniu do rehabilitacji.
3. Istotny statystycznie wpływ na występowanie analizowanych problemów, miał rodzaj udaru (na wszystkie) oraz częściowo wiek pacjentów, zaś płeć pacjentów takiego wpływu nie miała.

ANALIZOWANIE METOD KSZTAŁCENIA PODYPLOMOWEGO PRACOWNIKÓW OCHRONY ZDROWIA JAKO WAŻNY ELEMENT ZARZĄDZANIA ZASOBAMI LUDZKIMI.

¹Zakład Medycyny Społecznej, Uniwersytet Medyczny w Łodzi

Wprowadzenie: Doskonalenie zawodowe to proces aktualizowania wiedzy i umiejętności związany z wykonywanym zawodem. Systematyczny postęp w wielu dziedzinach nauki zmusza pracowników do określonych zachowań w zakresie wykonywanego zawodu i własnego rozwoju.

Cel: Celem pracy jest przedstawienie najczęściej wybieranych metod kształcenia podyplomowego przez lekarzy, pielęgniarki oraz przez ratowników medycznych.

Materiał i metody: W latach 2011-2015 prowadzono badania wśród 560 lekarzy i pielęgniarek oraz wśród 555 ratowników medycznych. Kwestionariusz ankiety zawierał 16 pytań w tym 11 pytań dotyczyło problemów doskonalenia zawodowego.

Wyniki: Badani lekarze, pielęgniarki oraz ratownicy medyczni doskonalili swoje umiejętności zawodowe poprzez analizowanie piśmiennictwa naukowego krajowego i zagranicznego oraz poprzez udział w szkoleniach i konferencjach naukowych w Polsce i za granicą. Najwięcej artykułów zgodnych z kierunkiem zainteresowań zawodowych, napisanych w języku polskim – to jest cztery lub więcej, w okresie ostatniego roku poprzedzającego badanie, w grupie zawodowej lekarzy przeczytało 36,2% ankietowanych, w grupie pielęgniarek 37,9%, a wśród ratowników medycznych 43,1%. Najmniej, to jest jeden artykuł w grupie zawodowej lekarzy przeczytało 7,9%, ale wśród pielęgniarek 10,7% nie przeczytało ani jednego artykułu, a wśród ratowników medycznych żadnego artykułu nie przeczytało 8,3%. W języku angielskim prace naukowe systematycznie czytało 24,1% lekarzy; 3,9% pielęgniarek oraz 17,5% ratowników medycznych. W konferencjach naukowych krajowych najwięcej, to jest co najmniej cztery razy uczestniczyło 22,5% lekarzy oraz 5,2% ratowników medycznych. W grupie pielęgniarek, najwięcej to jest trzy razy uczestniczyło tylko 0,7%. W konferencjach krajowych w ogóle nie uczestniczyło 2,9% lekarzy; 17,6% pielęgniarek oraz 29,1% ratowników medycznych. W konferencjach naukowych zagranicznych co najmniej jeden raz uczestniczyło 16,8% lekarzy; 0,7% pielęgniarek oraz 47,6% ratowników medycznych.

Wnioski: Największą aktywność w zakresie kształcenia podyplomowego w badanych grupach zawodowych zaobserwowano wśród ratowników medycznych. Najbardziej popularną metodą kształcenia podyplomowego było czytanie artykułów naukowych.

ŚWIADOMOŚĆ KOBIET CIERPIĄCYCH NA KAMICĘ MOCZOWĄ O CZYNNIKACH RYZYKA

¹Państwowy Uniwersytet Medyczny, Grodno, Białoruś

Wprowadzenie: Kamica moczowa - choroba metaboliczna, spowodowana egzogennymi lub endogennymi przyczynami, która przejawia się w powstawaniu kamieni w nerkach lub w innych narządach układu moczowo-płciowego. Wzrost częstotliwości występowania tej choroby związany jest z czynnikami ryzyka, wynikającymi ze stylu życia.

Cel: Analiza poziomu wiedzy kobiet, cierpiących z powodu kamicy, o czynnikach ryzyka wystąpienia tej choroby.

Materiały i metody: Badanie przeprowadzono wśród 124 kobiet chorych na kamice moczową. Średni wiek badanych wynosił 34 ± 2 lata.

Wyniki: Jedna trzecia respondentów (30%) uważa, że istotnym elementem zdrowego stylu życia jest aktywność fizyczna, 16,3% respondentów - kultura fizyczna i sport. Większość (56,5%) z nich przestrzega zdrowego stylu życia. Ponad połowa respondentów (54%) ćwiczy chodzenie sportowe lub biega, pływa - 10,5%, 6,5% - uczęszcza na siłownię lub na salę gimnastyczną, co piąta badana osoba (20%) nie wykonuje żadnych ćwiczeń sportowych.

Według 1/3 respondentek (33,9%), zrównoważona dieta - to regularne przyjmowanie posiłków, według co piątej (22,6%) - jest to spożywanie dużych ilości warzyw i owoców, co czwarta respondentka (25%) uważa, że właściwą dietą jest spożywanie optymalnej ilości produktów zawierających białko, tłuszcze i węglowodany. Około połowa badanych (48%) nie uważa swojej diety za zrównoważoną. Co trzecia (33%) z badanych kobiet zaznacza, że wśród jej codziennych posiłków dominuje mięso, co dziesiąta (11,3%) - produkty wędzone i kiełbasy, co ósma (12,5%) - wyroby piekarnicze, ciasta i słodycze. Niemal połowa badanych (44,4%) soli potrawy w procesie gotowania, jedna trzecia (33,3%) soli żywność zarówno podczas gotowania, jak i bezpośrednio przed spożyciem. Połowa badanych (50%) wypija dziennie od 500 g do 1 litra wody, jedna trzecia (30%) - mniej niż 500 g czystej wody. Co druga z nich używa podczas gotowania wody z kranu. 1/3 (35,5%) respondentek filtruje wodę przez gotowaniem, co siódma badana (14%) nie wykonuje takiej czynności.

Wnioski: Większość badanych kobiet (73%) oprócz kamicy moczowej ma choroby współistniejące. U co piątej respondentki (21,9%) oprócz kamicy występują choroby układu krążenia lub choroby układu oddechowego, u co dziesiątej - inne choroby układu moczowo-płciowego. Na choroby układu trawiennego cierpi co dwunasta respondentka. Zaburzenia endokrynologiczne i choroby układu nerwowego są obecne u 8% kobiet.

Prawie połowa badanych kobiet nie uważa, że ich dieta jest zrównoważona. Większość spośród nich nie spożywa wody w wystarczającej ilości, systematycznie soli potrawy podczas gotowania. U jednej trzeciej kobiet w codziennej diecie dominuje mięso, wędliny i kiełbasy.

Kryśka S.¹, Korczyńska A.¹

CZEŚTOŚĆ WYSTĘPOWANIA OBJAWÓW ZESPOŁU PRZEWLEKŁEGO ZMĘCZENIA W POPULACJI NAUCZYCIELI

¹Katedra i Zakład Epidemiologii, Wydział Lekarski w Katowicach, Śląski Uniwersytet Medyczny

Wprowadzenie: Zespół przewlekłego zmęczenia (ZPZ) charakteryzuje się obecnością długotrwałego, nieustępującego zmęczenia, współwystępującego z innymi objawami somatycznymi. Szacunkowe dane dotyczące częstości występowania ZPZ w populacji osób dorosłych oscylują w granicach 0,1-3%. Ocena występowania ZPZ jest możliwa na podstawie wyników badań podmiotowych i przedmiotowych, z uwzględnieniem eliminacji innych chorób przebiegających ze zmęczeniem.

Cel pracy: Celem badania jest oszacowanie częstości występowania objawów ZPZ w populacji nauczycieli, z określeniem częstości pozostałych zaburzeń składających się na definicję ZPZ.

Material i metoda: Badanie przeprowadzono z wykorzystaniem kwestionariusza opracowanego na podstawie kryteriów diagnostycznych ZPZ zaproponowanych przez Fukudę oraz Carruthersa. W badaniu wstępnym udział wzięło 85 nauczycieli (67 kobiet i 18 mężczyzn) w wieku od 28 do 69 lat. Badani byli nauczyciele gimnazjów oraz szkół ponadgimnazjalnych zlokalizowanych na terenie Dąbrowy Górniczej (gimnazja: n=20; szkoły ponadgimnazjalne: n=65).

Wyniki i wnioski: Ponad połowa nauczycieli deklarowała występowanie zmęczenia nie ustępującego pomimo odpoczynku. Dodatkowo niespełna 1/3 badanych wskazała na wielogodzinne utrzymywanie się zmęczenia po wysiłku fizycznym. Natomiast współwystępowanie zmęczenia charakterystycznego dla ZPZ oraz innych objawów diagnostycznych deklarowało 5,9% respondentów (95% PU: 0,9-10,9%).

PROMOCJA ZDROWIA - ZADANIE DLA WŁADZ LOKALNYCH

¹Urząd Miasta Truskawiec, Ukraina

²Lwowski Narodowy Uniwersytet Medyczny im. Danyła Halyckiego

Wprowadzenie: Obecnie na Ukrainie odbywa się decentralizacja kierowniczych funkcji państwa, co oznacza przekazanie znacznych uprawnień i finansów z organów państwowych do organów samorządowych. Takie działania pozwolą najbardziej efektywnie zrealizować działania na rzecz promocji zdrowia. Jednym z problemów w systemie opieki zdrowotnej jest rozbieżność w znaczeniu - "Kierowanie państwowe - Samorząd miejscowy".

Celem tego badania jest określenie roli władz lokalnych w poprawie poziomu opieki zdrowotnej.

Materiał i metoda: Dane pochodzą z Urzędu Statystycznego we Lwowie. Okres badawczy: 2013-2015. W pracy wykorzystano metody systemowej i programowo-docelowej analizy; statystyczne modelowanie; metody informatyczne, włączając budowę komputerowych baz danych; metodę eksperckich szacunków, metodę socjologiczną.

Wyniki badania: W kurorcie Truskawiec jest realizowany program tworzenia opieki medycznej w połączeniu z miejscowymi bogactwami naturalnymi. W szpitalu klinicznym miasta funkcjonuje oddział medycyny rodzinnej. W mieście rozmieszczono 19 sanatoriów (9515 łóżko/miejsc), 7 pensjonatów (247 łóżko/miejsc), 31 hotel (2739 miejsc), 17 prywatnych zakładów (505 miejsc). Terytorium miasta jest ekologiczne, czyste.

Liczebność mieszkańców miasta na 1 marca 2016 r. wynosi 20418 osób, w tym w wieku 0-17 lat - 3281 osób (16,1%), 18-60 lat - 12816 osób (62,8%), 61 i starszy 4321 (21,1%) mieszkańców. W 2013 roku na jednego mieszkańca miasta na rok przypadało 800,97 (≈ 76,0 €), w 2014 roku - 823,54 (≈ 74,6 €), w 2015 roku - 1038,42 ukraińskiej hrywny (≈ 54,0 €).

Ze względu na strukturę wieku ludności (>1/5 - mieszkańców w wieku emerytalnym i niski poziom wydatków na jednego mieszkańca w ciągu roku) stan zdrowia mieszkańców jest niski. W okresie od 2013 do 2015 roku zachorowalność dorosłych wynosiła od 1634,64 w 2013 roku do 1658,05 osób na 1 tysiąc dorosłej ludności w 2015 roku. Poziom śmiertelności utrzymywał się w granicach 9,0 tys. osób w 2013 r.; 7,6 tys. osób - w 2014 r.; 7,4 tys. osób - w 2015 roku. Jednak te wskaźniki są niższe w porównaniu z innymi miastami regionu.

Naszym zdaniem wynika to z tego, że za świadczenie usług medycznych na poziomie podstawowym musi odpowiadać burmistrz lub kierownik zjednoczonej wspólnoty. Zarządzanie opieką zdrowotną powinno być realizowane za pośrednictwem połączonych komitetów wykonawczych lub wspólnotowego szpitala klinicznego. W tym celu koniecznym jest zakończenie tworzenia protokołów medycznych na poziomie podstawowym oraz określenie ilości potrzebnych świadczeń zdrowotnych na tym poziomie. Przy tworzeniu budżetu na rok 2017 powinny być obliczane normy środków budżetowych na poziomie podstawowym, w oparciu o określone koszty takich usług (standardów). Skuteczną formą kontroli nad realizacją przekazanych uprawnień ze strony Wspólnoty, w naszej opinii, są regularne sprawozdania na temat kwestii związanych ze zdrowiem publicznym.

Wnioski: Brak pozytywnych wyników, niski poziom wsparcia finansowego, brak zrozumienia niektórych menedżerów, że opieka zdrowotna jest częścią ustroju społecznego i polityki, systemu bezpieczeństwa narodowego - wskazuje na potrzebę

pilnej konsolidacji i koordynacji wszystkich agencji wykonawczych, których celem jest rozwiązywanie problemów zdrowotnych ludności. Jednym ze sposobów na realizację tych założeń jest decentralizacja kierowniczych funkcji państwa.

Kuśmierz K.¹

PROBLEMATYKA PRÓCHNICY ZĘBÓW U DZIECI NA TERENACH WSCHODNIEJ POLSKI

¹Instytut Medycyny Wsi w Lublinie

Próchnica zębów jest chorobą zakaźną, wywołaną przez bakterie. U dzieci około 6. roku życia wyżynają się pierwsze zęby stałe – 6. Do 12 roku życia następuje wymiana uzębienia mlecznego na stałe. Młode zęby stałe nie mają jeszcze wykształconych skutecznych metod obrony i dlatego też są bardziej podatne na działanie kwasów bakteryjnych.

Bardzo niepokojącym zjawiskiem jest nasilenie próchnicy zębów u dzieci. Według najnowszych danych z Monitoringu Zdrowia Jamy Ustnej Populacji Polskiej ponad 80% dzieci w wieku 12 lat ma co najmniej 1 ząb objętym procesem próchnicowym. Wyższe wartości próchnicy notuje się na terenach wiejskich niż miejskich. Bardzo często dostęp do opieki stomatologicznej na wsi jest znacznie trudniejszy. Bariery są również względy ekonomiczne. Brak szkolnych gabinetów stomatologicznych pociąga za sobą, często, brak efektywnej profilaktyki fluorowej i podstawowej wiedzy. Według dyrektywy WHO Polska jest zobligowana do zredukowania odsetka próchnicy u dzieci z 80% do 20% do 2020 roku.

Pomysłem na skuteczną walkę z próchnicą u dzieci może być idea dentobusów, mobilnych gabinetów które będą w stanie dotrzeć do dzieci w najdalszych zakątkach Polski. Jest to pomysł, który od lat jest sugerowany przez konsultanta krajowego w dziedzinie stomatologii dziecięcej oraz przez Rzecznika Praw Dziecka. Mobilna stomatologia działa w krajach UE oraz Stanach Zjednoczonych.

INFORMOWANIE KOBIEŃ O ZAKAŻENIACH HPV

¹Państwowy Uniwersytet Medyczny, Grodno, Białoruś

Wprowadzenie. Zakażenie HPV jest jednym z najpowszechniejszych zakażeń przenoszonych drogą płciową. Z tego powodu choruje znaczna część aktywnych seksualnie kobiet na ziemi. Największa zakaźność występuje u kobiet w młodym wieku od 15 do 30 lat, według różnych autorów od 17,6% do 20,8% wśród kobiet w tej grupie wiekowej. Wyleczenie zakażenia HPV nie zapobiega ponownemu zakażeniu tym wirusem. Wczesna diagnoza jest najskuteczniejszym sposobem walki z rozwojem raka szyjki macicy.

Cel badania. Zweryfikować świadomość kobiet na temat infekcji HPV.

Materiały i metody. Przeprowadziliśmy ankietę wśród 180 kobiet, hospitalizowanych na oddziale ginekologii. 90,7% badanych to kobiety w wieku rozrodczym, pozostałe miały 50 lat i więcej (9,3%). Mieszkanki wsi stanowiły 22,8%, mieszkanki miast - 77,2%. Pacjentki wypełniały kwestionariusz składający się z 34 pytań. Dobór ankietowanych przeprowadzono losowo.

Wyniki i dyskusja. O wirusie brodawczaka ludzkiego jest poinformowana co trzecia badana kobieta (38,9%), taka sama liczba kobiet (36,1%) słyszała o nim, a jedna czwarta (25,6%) nie wie, co to jest. Połowa respondentek (52,2%) wie o tej chorobie dzięki ginekologowi do którego się zgłasza na wizyty lekarskie, 1/5 (22,2%) usłyszała o niej od personelu medycznego, dla co czwartej kobiety (25%), źródłem informacji jest Internet, 11,1% - TV 5,6% - gazety, 8,3% - pisma dla kobiet. Połowa ankietowanych (51,1%) kobiet jest świadoma obecności szczepionki przeciw HPV, jedna trzecia (34,4%) nie wie o dostępności szczepionki, a jedna szóstą (15,5%) pacjentek po raz pierwszy słyszy o tej szczepionce. Jednocześnie połowa (53,9%) z badanych kobiet usłyszała o dostępności takiej szczepionki od personelu medycznego. Jedna na pięć (20%) dowiedziała się o obecności szczepionki za pośrednictwem Internetu, a jedna ósma (8,3%) z innych środków masowego przekazu. Większość badanych pacjentek (80%) nie została zaszczepiona przeciwko HPV. Jeden na pięć (17,2%) respondentek nie wie o istnieniu szczepionki. Zaszczepionych przeciwko HPV jest tylko 2,8% ankietowanych kobiet.

O możliwości wczesnego wykrywania raka za pomocą testu markera nowotworowego wie jedna na trzy kobiety (37,8%), taka sama liczba (38,9%) po raz pierwszy usłyszała o tej metodzie, 2,8% badanych nie stosowały tej metody dla diagnostyki, a jedna na pięć (19,4%) tylko o niej słyszały. Brak wiedzy o związku wirusa brodawczaka ludzkiego i raka szyjki macicy, stwierdzono u 46,1% pacjentek, jedna szóstą (17,2%) udzieliła odpowiedzi „trudno powiedzieć”. 1/3 badanych (36,1%) wiedziała o związku raka szyjki macicy z wirusem brodawczaka ludzkiego. Większość ankietowanych (75%) nie oddawała krwi na obecność wirusa brodawczaka ludzkiego, tylko co dwunasta (8,3%) oddawała krew na ten test, a jednocześnie co szóstą respondentką (17,2%) nie wie o istnieniu takiego testu. Połowa badanych kobiet (50%) miała jednego partnera seksualnego, jedna na trzy (29,4%) kobiety wskazała na obecność dwóch partnerów seksualnych, a co piąta (20,6%) na obecność trzech lub więcej partnerów seksualnych. Połowa respondentek (55,6%) jest świadoma stanu zdrowia swojego partnera seksualnego, jedna czwarta (26,7%) częściowo świadoma, a jedna ósma (12,2%) nie wie nic o stanie zdrowia swojego partnera seksualnego. Połowa badanych kobiet (50,6%) chodzi do ginekologa raz w roku, jedna trzecia pacjentek (29,4%), raz na 6 miesięcy, jedna ósma (13,3%) raz na 2 lata, a co piętnasta (8,3%) chodzi do ginekologa tylko przy wyraźnych objawach chorobowych.

Wnioski. Uzyskane wyniki wskazują na potrzebę pracy profilaktycznej z kobietami w wieku rozrodczym. Główną rolę w kobiecej świadomości odgrywają kliniki i ośrodki zdrowia. Kobiety powinny odpowiednio dbać o swoje zdrowie. Pacjentki nie są wystarczająco świadome możliwości wczesnego diagnozowania wirusa HPV.

Lisok A.¹, Naumov I.¹, Tishchanka E.¹

FEATURES OF THE STRUCTURE OF MORBIDITY WITH TEMPORARY LOSS OF ABILITY TO WORK AMONG WOMEN OBSTETRICIANS-GYNECOLOGISTS

¹Grodno State Medical University, Grodno, Belarus

Introduction: According to the information of the World Health Assembly, the state of health of workers is largely determined by the presence of harmful and dangerous production factors at the workplace. In health care organizations, one of the groups at risk for deterioration of health are obstetricians-gynecologists, whose daily work includes contact with a plurality of production factors, part of which have defined their working conditions as harmful.

The purpose of research – to reveal the features of the structure of morbidity with temporary loss of ability to work among women obstetricians-gynecologists.

Material and methods: Analysis of morbidity with temporary loss of ability to work was conducted due to the form of statistical observation № 16-TD for period from 2007 to 2012. Data were processed by program Statistica 6.0.

Results and conclusion: It was found that the structure of morbidity with temporary loss of ability to work among women obstetricians-gynecologists had some differences in comparison to medical staff of other specialties. Thus, in the structure of morbidity in calculating the number of cases per 100 workers the first place in both compared groups was occupied by respiratory diseases (24.7% and 38.1%, respectively), the second – diseases of the musculoskeletal system and connective tissue (22,7% and 12.3%, respectively), the third place among in women obstetricians-gynecologists belonged to complications of pregnancy and childbirth (20.6%) but among medical staff of other specialties it was occupied by injuries, poisonings and certain other consequences which are result of external reasons (9.2%). Besides in the structure of morbidity with temporary loss of ability to work among women obstetricians-gynecologists important role played diseases of the genitourinary system (11.1%), among other medical staff – diseases of the circulatory system (8.5%).

Thus the structure of morbidity with temporary loss of ability to work among women obstetricians-gynecologists has some differences in comparison to medical staff of other specialties that could be caused by the character of their work.

CECHY STRUKTURY ZACHOROWALNOŚCI I CZASOWEJ NIEZDOLNOŚCI DO PRACY Kobiet - LEKARZY GINEKOLOGÓW-POŁOŻNIKÓW

¹Uniwersytet Medyczny w Grodno, Grodno, Białoruś

Wprowadzenie: Według Światowej Organizacji Zdrowia, stan zdrowia pracowników w dużej mierze zależy od obecności w miejscu pracy czynników szkodliwych i niebezpiecznych. W sferze opieki zdrowotnej, jedną z grup zawodowych o podwyższonym ryzyku pogorszenia stanu zdrowia są lekarze ginekologów-położnicy, których codzienna praca polega na kontakcie z czynnikami, z których niektóre określają warunki pracy jako szkodliwe.

Cel badań: Prezentacja cech struktury zachorowalności i czasowej niezdolności do pracy kobiet-lekarzy ginekologów-położników.

Material i metody: Analiza częstości występowania czasowej niezdolności do pracy była prowadzona na formularz statystycznej obserwacji № 16-CN za lata 2007-2012. Dane przetwarzane w programie statistica 6.0.

Wyniki i wnioski: Stwierdzono, że struktura zachorowalności z czasowej niezdolności do pracy u kobiet-lekarzy ginekologów-położników ma pewne różnice w porównaniu z personelem medycznym innych specjalizacji. Tak więc, w strukturze zachorowalności i czasowej niezdolności do pracy obliczając liczbę przypadków na 100 osób, w obu grupach pierwsze miejsce zajmują choroby układu oddechowego (24,7% i 38,1%, odpowiednio), drugie – choroby układu mięśniowo-szkieletowego i tkanki łącznej (22,7% i 12,3%, odpowiednio), na trzecim miejscu u kobiet-lekarzy ginekologów-położników były powikłania ciąży i porodu (20,6%), a u personelu medycznego innych specjalności – zatrucia i niektóre inne skutki czynników zewnętrznych (9,2%). Poza tym u kobiet-lekarzy ginekologów-położników w strukturze zachorowalności i czasowej niezdolności do pracy ważne miejsce zajmowały choroby układu moczowo-płciowego (11,1%), u innych pracowników służby zdrowia – choroby układu krążenia (8,5%).

Struktura zachorowalności i czasowej niezdolności do pracy kobiet-lekarzy ginekologów-położników różni się nieco od struktury zachorowalności innego personelu medycznego, co może wynikać charakteru wykonywanej przez nich pracy.

Lyubinets O.¹, Khodor O.¹

STOSUNEK ORGANIZATORÓW OPIEKI ZDROWOTNEJ DO DZIAŁALNOŚCI ADMINISTRACYJNEJ

¹Katedra Organizacji i Zarządu Ochroną Zdrowia Lwowskiego Narodowego Uniwersytetu Medycznego im. Danyła Halickiego, Ukraina

Wprowadzenie: Kierownikami instytucji opieki zdrowotnej na Ukrainie są przeważnie lekarze, mający odpowiednie kwalifikacje i duże doświadczenie zawodowe, jeśli chodzi o kwestie medyczne, jednak nie mający dodatkowego przygotowania do zarządzania ochroną zdrowia. Posiadanie specjalnego wykształcenia dotyczącego zarządzania, na dzień dzisiejszy nie jest priorytetowym wymogiem przy mianowaniu na posadę kierownika instytucji leczniczych.

Cel pracy: Poszukiwanie nowych dróg zabezpieczenia wysokiego poziomu przygotowania administracyjnego kadr. Przygotowanie pracowników do pełnienia funkcji kierowniczych w instytucjach leczniczych Ukrainy jest decydującym kierunkiem strategicznego zarządzania ochroną zdrowia, który będzie sprzyjał wyjściu tej dziedziny z trwałego systemowego kryzysu.

Materiał i metodyka: W pracy wykorzystano metody systemowej i programowo-docelowej analizy; statystyczne modelowanie; metody informatyczne, włącznie z budową komputerowych baz danych; metody eksperckich szacunków oraz metody socjologiczne. W trakcie badań przeprowadzono ankiety wśród 852 lekarzy - organizatorów lecznictwa, którzy zostali zakwalifikowani do kategorii "Organizacja i zarządzanie ochroną zdrowia".

Wyniki: Wg większości respondentów ($55,5 \pm 2,5$) na czele instytucji ochrony zdrowia powinien stać lekarz, a nie manager, często nie mający dostatecznej wiedzy o specyfice dziedziny, jaką leczenie chorych. Jednak uważają oni za potrzebne wprowadzenie do procesu kształcenia dodatkowego kursu managementu, wychodząc z założenia, że funkcja organizatora instytucji leczniczych, zbiegają się z funkcją managera.

Co do przygotowania kierowników instytucji leczniczych to: $18,3 \pm 1,1$ badanych uważa, że powinno się ono odbywać w trakcie pierwotnej specjalizacji, $3,6 \pm 0,2$ - że powinno ono mieć miejsce na magistracie, $35,0 \pm 0,9$ - na kursach specjalizacyjnych w ramach kształcenia podyplomowego, a $40,1 \pm 0,8$ - w instytucjach edukacyjnych do spraw zdrowia publicznego.

Większość respondentów ($65,5 \pm 2,1$) chciałaby pracować w instytucjach państwowych. Co piąty badany ($19,6 \pm 1,3$) zadeklarował chęć zatrudnienia w instytucji prywatnej, a $14,9 \pm 1,0$ w instytucjach o charakterze własności komunalnej. Jednakże, na dzień dzisiejszy aż 71,0 badanych pracowników administracji, zatrudnionych w instytucjach ochrony zdrowia, pracuje w strukturach komunalnej własności, 17,7 w prywatnej, a tylko 11,3 w państwowej.

Ze względu na obecnie nie najwyższy status społeczny lekarza w społeczeństwie ukraińskim, aż $68,4 \pm 2,4$ pytanych uważa, że przyczyną braku oczekiwanych efektów w pracy organizatora instytucji medycznych jest system zarządzania ochroną zdrowia.

Wnioski: Przeprowadzone badania ujawniły konieczność stworzenia nowego podejścia do przygotowania kierowników instytucji opieki zdrowotnej. Badania wykazały potrzebę kształcenia przyszłych organizatorów (menedżerów) ochrony zdrowia. Od kompetencji zawodowych, kwalifikacji, edukacji, odpowiedzialności personalnej w dużej mierze zależy wzrost jakości usług medycznych, co będzie przybliżało Ukrainę do społeczności światowej.

STAN ZASOBÓW ZABIEZPIECZENIA SYSTEMU OCHRONY ZDROWIA UKRAINY

¹Galicyjska Szpitalna Kasa, Lwów, Ukraina

²Lwowski Narodowy Uniwersytet im. Ivana Franka, Lwów

³Lwowski Narodowy Uniwersytet Medyczny im. Danyła Halyckiego, Lwów

⁴„Ukrmedpatentinform” Ministerstwa Ochrony Zdrowia Ukrainy, Kiev

⁵Instytut Strategicznych badań Ministerstwa Ochrony Zdrowia Ukrainy, Kiev

Wprowadzenie: Ukraina podjęła kroki w celu zreformowania sektora ochrony zdrowia. Jednym z problemów do rozwiązania jest ciągle niedofinansowanie i nieskuteczne zabezpieczenie różnymi rodzajami zasobów.

Cel: Określenie działań na rzecz skutecznego zabezpieczenia zasobów opieki zdrowotnej w Ukrainie.

Material i metody: Analiza strukturalna i logiczna, systematyczne podejście.

Wyniki: System ochrony zdrowia, zgodnie organizacją gospodarczą i prawną określany jako budżetowy, ale w praktyce duża ilość wydatków gotówkowych społeczeństwa na opiekę zdrowotną wskazuje na znacznie mniejszy udział państwa, niż deklarowany prawnie. Głównymi problemami systemu są: brak adaptacji do warunków rynkowych oraz brak skutecznych alternatyw dla zniszczonych sowieckich modeli zabezpieczenia zasobów, co jest główną przyczyną jego fragmentacji.

Analiza strukturalna systemu ochrony zdrowia Ukrainy pokazała następujące problemy zarządzaniem zasobami: 1) struktura opieki zdrowotnej jest skomplikowana, powodując rozproszenie zasobów; 2) złożona hierarchia zarządzania nie pozwala, aby w pełni brać pod uwagę wymagania zasobów na poziomie lokalnym; 3) duża rotacja kadry kierowniczej Ministerstwa Zdrowia; 4) różnica między programowymi i budżetowymi uprawnieniami w systemie; 5) usługi kontroli jakości w niektórych sytuacjach mają negatywny wpływ na zasoby procesowe.

W zdecydowanej większości usługi medyczne w publicznej służbie zdrowia świadczą państwowe zakłady ochrony zdrowia, ale w związku z brakiem środków finansowych, w dużej mierze koszty leczenia pokrywają pacjenci ze środków własnych. Rośnie liczba prywatnych świadczeniodawców, lecz ich usługi są finansowane wyłącznie ze środków prywatnych ludności, chociaż formalnie, inne finansowanie nie jest zakazane przez prawo.

Podział środków, w niektórych przypadkach, nie spełnia prawnie ustanowionych zasad opieki zdrowotnej. Około 95% wydatków systemu ochrony zdrowia przeznaczanych jest na koszty operacyjne, podczas gdy na sprzęt medyczny i infrastrukturę przeznacza się 4,2% kwoty budżetu, co faktycznie oznacza brak możliwości intensywnego rozwoju branży.

Wnioski. Proces zarządzania zasobami wymaga jasnych administracyjnych działań, a mianowicie rozwoju wszystkich kategorii zasobów.

Lyubinets O.¹, Słabki B.², Buchynski J.², Dutka I.¹, Burdim Y.², Krut A.³

STRATEGICZNE PODEJŚCIE DO STWORZENIA NA DRUGIM POZIOMIE OPIEKI AMBULATORYJNEJ W REFORMIE OPIEKI ZDROWOTNEJ W UKRAINIE

¹Lwowski Narodowy Uniwersytet Medyczny im. Danyła Halickiego

²Instytut Badań Strategicznych Ministerstwa Ochrony Zdrowia Ukrainy

³Państwowy Centrum Certyfikacji Medycznej Ministerstwa Ochrony Zdrowia Ukrainy

Wprowadzenie: W Ukrainie przeprowadzono kompleksową reformę systemu opieki zdrowotnej. Priorytetem reformy jest rozwój podstawowej opieki zdrowotnej opartej na medycynie rodzinnej i optymalizacji drugiego poziomu ochrony zdrowia. Jest wprowadzona zasada swobodnego wyboru lekarza rodzinnego i on ma określić ścieżki medyczne pacjenta. Reforma zdrowotna jest prowadzona równolegle z reformą administracyjną i terytorialną kraju.

Cel: Opracowanie strategicznego podejścia do organizacji poradniczej ambulatoryjnej opieki na drugim poziomie reformy systemu opieki zdrowotnej w Ukrainie.

Materiał i metody: koncepcyjne i opisowe modelowanie, analiza strukturalna i logiczna.

Wyniki badania: Koncepcja opiera się na tworzeniu w istniejących centralnych powiatowych i miejskich szpitalach działów poliklinik poradniczych dla dorosłych i dzieci obejmujących specjalności podstawowe (do 10). W szpitalu na oddziale intensywnej terapii (jeden w obszarze administracyjnym, który powstaje przez łączenie społeczności) proponuje się ustanowienie konsultacyjnych i diagnostycznych klinik we wszystkich specjalnościach medycznych. Jest przeprowadzone testowanie systemu kierowania pacjentów celem otrzymania konsultacji ambulatoryjnych. W celu uproszczenia mechanizmu rejestracji pacjenta na konsultacje - odbiór danych powinien być z informatyzowany do opracowania automatycznej rejestracji, aby skonsultować się z lekarzem, który skierował pacjenta.

Wnioski: Przedstawione strategiczne podejście do opieki ambulatoryjnej drugiego poziomu w reformie opieki zdrowotnej zapewni ludności niedrogą opiekę zdrowotną w bardziej racjonalnego korzystania z zasobów.

Lytvynova L.A., Hrechyshkina N.V., Tonkovyd O.B.

AGING POPULATION OF UKRAINE – CONTEMPORARY PROBLEMS

National O.O. Bogomolets Medical University, Kyiv, Ukraine

National Medical Academy of Postgraduate Education, Kyiv, Ukraine

Population ageing, inherent to most European countries, makes it necessary to optimize not only the pension system but also medical care to senior age groups. The purpose is to analyze changes of population age structures of Ukraine from 1990 to 2015 based on official data. The population decline (by 17%) took place due to negative natural increase via supermortality because of decline of birth (by 15%). “The leader” was an age group of children 0-17 years (by 42,7%). The group whose number increased over the period was people over 65 (+8%). Average life expectancy (76,4 – females, 66,3-males) recovered to the level of 1990s for this period. The regressive type of population age structure, its aging (the growth of proportion of people over 60 from 18,3% to 21,8%, and in rural area to 24,2%) led to an increase of retirement age, but for women. Birth-rate falling and a slight recruit of workforce led to the decrease of demographic dependency data (of 790 unemployable people per 1000 unemployable to 656). It is early to increase retirement age for men, because their average life expectancy in the rural areas is 64,6% with positive tendency. Population aging will continue due to mortality decrease, increase in life expectancy and will demand from the system of health care reorientation to intensive development of geriatric service. Emphasis should be given to geriatric training of general practice doctors – family medicine and reorganization of ineffective rural hospitals to nursing supervision wards or institutions of medical and social protection.

Nowacka M.¹, Kopania J.²

ZDROWIE PUBLICZNE W XXI WIEKU MIĘDZY IDEOLOGIĄ A PRAGMATYKĄ

¹Uniwersytet w Białymstoku

²Akademia Teatralna w Warszawie

Sytuacja w zakresie zdrowia publicznego na początku XXI wieku jest wyznaczona trzema przełomowymi dokumentami: raportem Marca Lalonde'a z 1974 roku, tzw. Kartą Ottawską z 1986 roku oraz przyjętymi w 2012 roku ramami polityki Zdrowie 2020. W referacie omawia się te dokumenty w aspekcie z jednej strony ich ustaleń pragmatycznych, z drugiej strony w aspekcie ich treści ideologicznych. Punktem wyjścia raportu Lalonde'a była groźba niewydolności systemów finansowych państw spowodowana dynamicznym wzrostem kosztów medycyny naprawczej – działania w sferze zdrowia publicznego miały zwiększyć poziom zdrowotności poprzez zmniejszenie bezpośrednich interwencji medycznych. W referacie uzasadnia się, że w procesie rozwoju zdrowia publicznego zwiększa się dysproporcja między konkretnymi propozycjami rozwiązań pragmatycznych a teoretycznymi planami działań prozdrowotnych. Grozi to zideologizowaniem zdrowia publicznego i usunięciem z pola widzenia związku proponowanych rozwiązań z rachunkiem ekonomicznym.

Owoc A.¹, Horoch A. ¹, Jarosz M. ¹, Bojar I. ¹

E-MEDYCYNA W INSTYTUCIE MEDYCYNY WSI

¹Instytut Medycyny Wsi im. Witolda Chodźki

W referacie przedstawiono rolę Instytutu Medycyny Wsi w kreowaniu polityki wprowadzania nowych rozwiązań w zakresie informatyki medycznej (e-zdrowie) na terenie kraju. Omówiono historię opracowania i wdrożeń na terenie kraju Rejestru Usług Medycznych z książeczkami i kartami elektronicznymi. Przedstawiono rozwiązania „Kont zdrowotnych” pacjentów. Poruszono sprawę wykorzystania urządzeń mobilnych w praktyce lekarza i przedstawiono własne rozwiązania w tym zakresie. Wyeksponowano obecne problemy w obszarze praktycznych wdrożeń E-medycyny.

Paszowska M.¹

NOWE USTAWOWE ZMIANY W ZAWODACH MEDYCZNYCH

¹Wyższa Szkoła Informatyki i Zarządzania w Rzeszowie

W roku 2016 weszły/wejdą w życie istotne zmiany ustawowe dotyczące niektórych zawodów medycznych. Zmiany te mają znaczenie dla podmiotów leczniczych, personelu medycznego oraz dla pacjentów. Przede wszystkim w ustawie z dnia 8 września 2006 o Państwowym Ratownictwie Medycznym uregulowano standardy wykonywania zawodu ratownika medycznego a także dopuszczono możliwość wykonywania zawodu ratownika poza systemem PRM. Ponadto 25 września 2015 po wielu latach prób uchwalono ustawę o zawodzie fizjoterapeuty mającą obowiązywać od 31 maja 2016. Powyższa ustawa była i jest przedmiotem licznych kontrowersji. Być może jej wejście w życie zostanie przesunięte a treść zmieniona. Podstawowy problem związany z powyższą ustawą to kwestia samodzielności fizjoterapeuty-samodzielnego kwalifikowania pacjentów do zabiegów.

Celem referatu jest przedstawienie i analiza najważniejszych nowych regulacji prawnych dotyczących wykonywania zawodu fizjoterapeuty zawartych w ustawie z dnia 25 września 2015 roku o zawodzie fizjoterapeuty(Dz. U. z 2015, poz. 1994).

Samo ustawowe uregulowanie wykonywania zawodu fizjoterapeuty należy uznać za bardzo potrzebne i ocenić pozytywnie. Przede wszystkim ustawa ureguluje rynek usług rehabilitacyjnych w sektorze prywatnym, poprawi jakość świadczeń oraz wprowadzi standardy prawne wykonywania zawodu. Natomiast krytycznie należy ocenić niektóre zapisy ustawy. O ile dążenie do profesjonalizacji zawodu(ustawa wprowadza jednostopniowe studia magisterskie od 2017 i wymóg zdania egzaminu państwowego) jest słuszne to lepiej przygotowane kadry to przyszłość a obecnie przepisy przewidują brak nadzoru lekarzy nad prowadzeniem fizjoterapii. Poza tym wątpliwości prawne wzbudzać może powołanie samorządu zawodowego fizjoterapeutów(m.in. uznanie fizjoterapeutów za zawód zaufania publicznego). Niewątpliwie nowa ustawa to nie tylko prawa ale i większe obowiązki oraz odpowiedzialność fizjoterapeutów.

OD NAGŁEGO ZATRZYMANIA KRAŻENIA DO PIERWSZEJ DEFIBRYLACJI - AED W KRAJOWYM SYSTEMIE RATOWNICZO-GAŚNICZYM

¹ SP ZOZ Lotnicze Pogotowie Ratunkowe, Warszawa.

² Zakład Ratownictwa Medycznego, Warszawski Uniwersytet Medyczny

Najnowsze wytyczne Europejskiej Rady Resuscytacji z 2015 roku podkreślają rolę powszechnego dostępu do AED w miejscach o stosunkowo wysokim ryzyku wystąpienia NZK, tj. w obecności dużego skupiska ludzi (np. lotnisko, metro). Możliwość natychmiastowego zastosowania AED przez świadków zdarzenia powinna stanowić podstawę postępowania w NZK jeszcze przed dotarciem Zespołu Ratownictwa Medycznego (ZRM). Filarem dostępu do AED w Polsce powinny stać się jednostki straży pożarnej, które włączone do Krajowego Systemu Ratowniczo-Gaśniczego (KSRG) mogłyby być najbardziej skuteczne ze względu na alokację remiz oraz wyszkoloną kadrę ratowników.

Wyposażenie jednostek KSRG w AED daje szansę na udzielenie szybkiej pomocy przez świadków zdarzenia, praktycznie w każdym miejscu Polski. System opieki medycznej w Polsce może w ten sposób wspomóc rejony pozbawione możliwości szybkiego dotarcia na miejsce zachorowania Zespołów Ratownictwa Medycznego (ZRM). Ratownicy wyposażeni w AED byłiby wcześniej na miejscu zdarzenia niż ZRM, bo są przecież bliżej. Zwiększa to znacznie szanse na przeżycie potencjalnych pacjentów w NZK.

W jednej z gmin w Polsce jednostka OSP włączona do KSRG pozyskała AED na stan wyposażenia remizy. Jednocześnie ratownicy zorganizowali ogólnie dostępne szkolenie dla mieszkańców gminy z zasad prowadzenia resuscytacji krążeniowo-oddechowej oraz stosowania AED. Miejsce przechowywania AED oznaczono, a urządzenie zostało zgłoszone do Powiatowego Stanowiska Kierowania PSP.

Gdyby system opieki medycznej w Polsce zawierał przepisy nakazujące konieczność zgłaszania lokalizacji AED w miejscach publicznych, informacja ta byłaby dla dyspozytora medycznego podstawą wezwania do NZK poza ZRM, również najbliższy zespół ratowniczy wyposażony w defibrylator – czyli jednostkę OSP z AED.

WIEDZA Kobiet UCZESTNICZĄCYCH W BADANIU MAMMOGRAFICZNYM NA TEMAT JEGO ROLI W PROFILAKTYCE RAKA PIERSI

¹Zakład Zdrowia Publicznego i Medycyny Społecznej, Gdański Uniwersytet Medyczny,

²II Zakład Radiologii Centrum Medycyny Inwazyjnej, Uniwersyteckie Centrum Kliniczne, Gdańsk

Wprowadzenie: Świadomość pacjentów na temat chorób nowotworowych ma istotny wpływ na uczestnictwo w badaniach przesiewowych.

Cel pracy: Celem głównym pracy jest ocena wiedzy kobiet uczestniczących w badaniach mammograficznych na temat chorób nowotworowych piersi. Dodatkowo oceniono wiedzę w zakresie samobadania piersi, zweryfikowano informacje na temat przebytych badań diagnostycznych w kierunku raka piersi oraz zdefiniowano czynniki, które wpływają pozytywnie i negatywnie na poddawanie się badaniom skriningowym.

Materiał i metody: Materiał stanowiły odpowiedzi anonimowej ankiety. Badanie przeprowadzono w latach 2015-2016 w jednostkach zlokalizowanych na terenie województwa pomorskiego.

Wyniki i wnioski: W badaniu uczestniczyły 223 osoby w wieku 19-79 lat (średnia wieku 39,85 lat, mediana 38), w większości posiadające wykształcenie wyższe (69%). Znaczna większość ankietowanych deklarowała znajomość terminu rak sutka, natomiast wiedzę w zakresie czynników zna znacznie mniej osób.

- Większość ankietowanych kobiet deklaruje wiedzę na temat raka piersi, natomiast szczegółowe odpowiedzi nie w pełni potwierdzają to przekonanie.
- Badanie mammograficzne jest doceniane przez kobiety, jednak dla części z nich jest to badanie krępujące.
- Występuje wyraźna różnica w wiedzy ze względu na wiek badanych – młodsze osoby wykazują zdecydowanie większy jej zasób
- W znajomości tematu zaobserwowano różnice także ze względu na wykształcenie – im osoba lepiej wykształcona tym wiedza jest pełniejsza
- Kobiety mają dobrą wiedzę na temat samobadania piersi, jednak większość z nich nie robi tego systematycznie.

PRZEGLĄD WYBRANYCH NARZĘDZI TELEMEDYCZNYCH W OPIECE SENIORALNEJ

¹Zakład Zdrowia Publicznego i Medycyny Społecznej, Gdański Uniwersytet Medyczny
Wprowadzenie: Obecnie wykorzystuje się nowoczesne technologie w celu umożliwienia kompleksowej i profesjonalnej opieki nad pacjentem. Stanowi to szczególne wyzwanie w sytuacji starzenia się społeczeństwa. Dlatego ważne jest zapewnienie bezpiecznej, udzielonej we właściwym czasie i efektywnej kosztowo, opieki osobom starszym.

Cel pracy: Celem pracy jest przedstawienie wybranych narzędzi telemedycznych mających zastosowanie w opiece nad pacjentem w zaawansowanym wieku, oraz metod niwelowania barier w ich wykorzystaniu.

Materiał i metody: Dokonano przeglądu wybranych artykułów opublikowanych w czasopiśmie recenzowanych, pod kątem wykorzystania narzędzi telemedycznych w opiece nad starszymi osobami.

Wyniki: Przegląd publikacji pokazał, że rozwój telemedycyny, rozumianej także jako teleopieka, przynosi wiele korzyści w opiece nad osobami starszymi. Obecnie na świecie wykorzystuje się różnego rodzaju narzędzia, takie jak zdalne monitorowanie stanu pacjenta, sieć videokonsultacji, personalne przyciski alarmowe do wzywania pomocy i wiele innych. Jednak zastosowanie tych rozwiązań wymaga dopasowania się użytkowników do konkretnych technologii. Stąd takie zjawiska jak „aktywne starzenie” czy „starzenie się w miejscu zamieszkania”, którym w szczególności dedykowana jest telemedycyna, ścierają się z barierami w postaci wymagań technicznych, którym nie zawsze mogą sprostać starsze osoby.

Wnioski: Telemedycyna spełnia podstawowe kryteria związane z użyciem jej jako narzędzia wspierającego tradycyjne terapie i opiekę, jednak ważna jest ewaluacja, mająca na celu zbadanie akceptowalności i użyteczności konkretnych rozwiązań. Identyfikacja barier ma szczególne znaczenie w implementacji narzędzi telemedycznych oraz prawidłowym projektowaniu i prowadzeniu szkoleń dedykowanych wszystkim użytkownikom – profesjonalistom medycznym i pacjentom oraz ich opiekunom. Właściwie przeprowadzone szkolenia poprawiają jakość a także pozytywne podejście do nowych technologii, adaptację i bezpieczeństwo użytkowników.

Pikala M.¹, Burzyńska M.¹, Pikala R.², Bryła M.³, Maniecka-Bryła I.¹

SPOŁECZNO-EKONOMICZNE UWARUNKOWANIA PRZEDWCZESNEJ UMIERALNOŚCI W PIERWSZEJ DEKADZIE XXI WIEKU W POLSCE

¹ Zakład Epidemiologii i Biostatystyki Katedry Medycyny Społecznej i Zapobiegawczej Uniwersytetu Medycznego w Łodzi,

² Wydział Fizyki Technicznej, Informatyki i Matematyki Stosowanej Politechniki Łódzkiej

³ Zakład Medycyny Społecznej Katedry Medycyny Społecznej i Zapobiegawczej Uniwersytetu Medycznego w Łodzi

Wprowadzenie: Celem niniejszej pracy była ocena wpływu poziomu edukacji jako najważniejszego wskaźnika nierówności społeczno-ekonomicznych na przedwczesną umieralność mieszkańców Polski oraz kierunku zmian zachodzących w tym zakresie w pierwszej dekadzie XXI wieku.

Material i metody: Analizą objęto wszystkie zgony mieszkańców Polski w wieku 25-64 lata w 2002 (N=97004) i 2011 roku (N=104598). Policzone zostały: standaryzowane współczynniki zgonów (SDR) oraz wskaźniki rate ratio (RR).

Wyniki: W 2002 roku w Polsce standaryzowany współczynnik zgonów (SDR) wynosił 1141,0 na 100 tys. mężczyzn z wykształceniem podstawowym i 285,7 na 100 tys. mężczyzn z wykształceniem wyższym (RR=4,0). W 2011 roku w grupie mężczyzn z wykształceniem wyższym SDR zmniejszył się do 246,0, zaś w grupie mężczyzn z wykształceniem podstawowym zwiększył się do 1183,0 na 100 tys. (RR=4,8). W grupie kobiet z wykształceniem wyższym SDR zmniejszył się z 127,2 na 100 tys. w 2002 roku do 115,6 w 2011 roku, w grupie kobiet z wykształceniem podstawowym SDR zwiększył się z 345,8 na 100 tys. w 2002 roku do 423,1 w 2011 roku, co spowodowało wzrost RR z 3,0 w 2002 roku do 3,7 w 2011 roku. Największe dysproporcje wynikające z wykształcenia dotyczyły w grupie kobiet chorób układu krążenia i raka płuc, w grupie mężczyzn natomiast samobójstw i raka płuc.

Wnioski: Nierówności w poziomie umieralności mieszkańców Polski spowodowane poziomem wykształcenia zwiększają się. Istnieje potrzeba wdrażania programów edukacji zdrowotnej skierowanych do grup najgorzej wykształconych mieszkańców Polski, zwłaszcza w odniesieniu do chorób będących następstwem palenia tytoniu i nadmiernego spożycia alkoholu.

*Praca została sfinansowana ze środków Narodowego Centrum Nauki przyznanych na podstawie decyzji numer DEC-2013/11/B/HS4/00465.

Pikala M.¹, Burzyńska M.¹, Pikala R.², Bryła M.³, Maniecka-Bryła I.¹

SOCIOECONOMIC INEQUALITIES IN PREMATURE MORTALITY IN POLAND IN THE FIRST DECADE OF THE 21ST CENTURY

¹ Department of Epidemiology and Biostatistics, the Chair of Social and Preventive Medicine of the Medical University of Lodz, Lodz, Poland

² Faculty of Technical Physics, Information Technology and Applied Mathematics, Lodz University of Technology

³ Department of Social Medicine, the Chair of Social and Preventive Medicine of the Medical University of Lodz, Lodz, Poland

Abstract

Background: The aim of the study is to evaluate the differences in premature mortality between groups of Polish inhabitants with regard to their level of education and to evaluate the changes which have occurred in the period 2000 to 2010.

Methods: The analysis included all deaths among inhabitants of Poland, aged 25 – 64 years, which occurred in 2002 (N=97,004) and 2011 (N=104,598). Age-standardized mortality rates and Rate Ratio were calculated.

Results: The standardized death rate (SDR) for Poland decreased from 285.7 per 100,000 in 2002 to 246.0 in 2011 in the group of males with higher education and increased from 1141.0 in 2002 to 1183.0 in 2011 in the group of males with lower secondary or less education (rate ratio increased from 4.0 to 4.8). With regards to females with higher education, the SDR decreased from 127.2 per 100,000 in 2002 to 115.6 in 2011. In the group of females with lower secondary or less education, the SDR increased from 375.8 per 100,000 in 2002 to 423.1 in 2011 (an increase in rate ratio from 3.0 to 3.7). The greatest differences arising from the level of education were observed in females who died of cardiovascular diseases and lung cancer and in males who died of suicides and lung cancer.

Conclusions: Differences in the mortality rates of Polish inhabitants associated with their level of education are growing. There is a need to implement health education programs targeted at groups of the worst-educated Polish inhabitants, especially for diseases resulting from smoking and excessive alcohol consumption.

*Funding: This work was supported by National Science Centre grant number DEC-2013/11/B/HS4/00465

Pilwińska K.¹

OCHRONA DANYCH OSOBOWYCH W PLACÓWKACH OCHRONY ZDROWIA.

¹Wyższa Szkoła Handlu i Prawa im. Ryszarda Łazarskiego w Warszawie

Z uwagi na niedawną nowelizację ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych oraz wciąż zaostrzające się regulacje unijne w tym zakresie chciałabym przedstawić istotne z punktu widzenia placówek ochrony zdrowia aspekty związane z tym zagadnieniem. Związek pomiędzy wciąż postępującą informatyzacją służby zdrowia a ochroną danych osobowych. Podstawowe pojęcia związane z ochroną i przetwarzaniem danych osobowych. Pojęcie administratora danych osobowych oraz procesora danych osobowych. Dokładne wyjaśnienie co wchodzi w zakres wskazanego w ustawie o ochronie danych osobowych pojęcia przetwarzania i powierzenia przetwarzania danych osobowych, wskazanie praktycznych przykładów. Umowa powierzenia przetwarzania danych osobowych - kiedy i z kim placówka ma obowiązek ją zawrzeć. Art 27 ust. 2 pkt. 7 ustawy z 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych. Pojęcie danych wrażliwych tzw. danych sensytywnych i ich szczególnej ochrony. Zwolnienie z obowiązku rejestracji zbiorów danych w GIODO przez placówki medyczne. Administrator bezpieczeństwa informacji - role i obowiązki. Korzyści płynące z ustanowienia w placówce administratora bezpieczeństwa informacji. Dlaczego warto przeszkolić personel z zasad przetwarzania i ochrony danych osobowych. Ryzyka prawne związane z nieprzestrzeganiem ustawy o ochronie danych osobowych. Przedstawienie przykładów z orzecznictwa GIODO.

Połtyn-Zaradna K.¹, Einhorn J.¹, Gawel-Dąbrowska D.¹, Zatońska K.¹

POSTAWY WOBEC PALENIA TYTONIU WŚRÓD MIESZKAŃCÓW WROCŁAWIA I OKOLIC UCZESTNIKÓW BADANIA PURE– DONIESIENIE WSTĘPNE

¹Katedra i Zakład Medycyny Społecznej, Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu

Wprowadzenie: Według szacunków WHO z powodu palenia tytoniu co roku na świecie umiera około 6 mln osób, co stanowi 10,7% ogółu zgonów. W 2014 roku w Polsce tytoń paliło 33% mężczyzn i 24% kobiet. Łącznie w 2014 roku tytoń paliło 28% Polaków w porównaniu do 42,5% w 1980 roku.

Cel: Wstępna ocena postaw wobec palenia tytoniu populacji uczestniczącej w badaniu PURE.

Material i metody: Analiza postaw wobec palenia tytoniu w utworzonej w latach 2007-2010 kohorcie, liczącej 2030 osób w wieku od 35 do 70 lat, na stałe zamieszkujących we Wrocławiu i okolicach, która pozostaje pod obserwacją w ramach badania PURE.

Wyniki: W badanej populacji regularnie pali tytoń 20,9%. Postawy wobec palenia tytoniu zróżnicowane są ze względu na płeć, miejsce zamieszkania (miasto-wieś), wiek oraz poziom wykształcenia. Odsetek palących regularnie jest istotnie statystycznie wyższy w populacji mężczyzn (24,0%). Istotnie częściej regularnie palą tytoń osoby zamieszkujące na wsi (26,4%). Wraz ze wzrostem wieku obserwuje się spadek odsetka osób palących (25,2% w grupie 35-44 lata w porównaniu do 6,7% w grupie powyżej 64 r.ż). Najniższy odsetek osób palących regularnie charakteryzuje grupę z wyższym wykształceniem (15,0%).

Wnioski: Palenie tytoniu pozostaje najważniejszą, pojedynczą, możliwą do prewencji przyczyną wielu przedwczesnych zgonów, dlatego konieczna jest dalsza szczegółowa analiza zmienności postaw wobec palenia tytoniu w obserwowanej przez nas populacji.

Romanova A.P.¹, Malakhova I.V.,² Tishchenko E.M.³, Novitskaya S.F.¹

DYNAMICS OF TOTAL MORTALITY IN THE REPUBLIC OF BELARUS

¹Belarusian Medical Academy of Post-Graduate Education, Republic of Belarus, Minsk

²RSPC for Medical Technologies, Republic of Belarus, Minsk

³Grodno State Medical University, Republic of Belarus, Grodno

During the 20th century, the dynamics of mortality in the Republic of Belarus underwent some significant changes. In the first half of the last century, there was seen an increase in total mortality. In the Republic of Belarus, the lowest mortality was registered in 1960, when it made 6,6‰. Subsequently, the total mortality rate increased and reached its maximum of 14,9‰ in 2002. In 1993, for the first time, the mortality rate exceeded the birth rate, and the country entered a new stage of its development – depopulation. For more than 20 years in the Republic of Belarus, the annual number of deaths exceeded the number of births, with a decrease of the population of the country.

Thanks to the measures taken by the Government to the Republic of Belarus, there has been a persistent downward trend in the mortality rate, which in 2015 reached its minimum over the past years – 12,6‰. For the first time, the country was almost about to close demographic scissors.

At the same time, the mortality rate in the country as a whole is average corresponding to the WHO criteria of 9-15‰.

Over the past 25 years, mortality difference between men and women significantly increased. Thus, in 1991 mortality rate among men was higher than that among women by 8,5%, in 2015 - by 13,9%. One-fourth of all deaths occur in people of working age, with one-third observed for male population.

When comparing age-related mortality rate within 1991-2015, there was seen a trend to an increased mortality in men aged 30 – 64 years, while female indices in the same age group have not changed.

High mortality of men of working age is one of major social and economic as well as medical and demographic issues, causing a considerable economic damage and determining the difference in life expectancy as compared to economically developed countries. According to the WHO data, in Belarus, male (aged 15-60 years) mortality is 3 – 4,5 higher as compared to that in the European Union countries.

Higher mortality rate is also seen in rural population. Thus, in 1991, rural population mortality rate accounted to 18,2 deaths per 1 000 population, making 7,8 for urban population. In 2015, rural population mortality rate made 21,7, urban population 10,0 deaths per 1 000 population. To some degree, it can be linked with a peculiar rural population age structure: more elderly people live in the countryside.

Among the major causes of increased mortality in the Republic of Belarus as well as in the European Union countries, the following should be mentioned: transition from epidemiologic to non-epidemiologic pathologies, with non-infectious diseases being prevailing causes of death (cardiovascular diseases, tumors, chronic non-specific respiratory diseases, diabetes mellitus etc.), which determine the actual structure of mortality causes; aging of population; increased aggressiveness of the environment; increased consumption of narcotic substances, first of all, alcohol and tobacco and stresses.

Sakalosh A.¹

GAPS IN LEGAL STATUS OF CLINICAL TRIALS PARTICIPANTS IN UKRAINE

¹Danylo Halytskyi Lviv National Medical University

Introduction: According to the media, as of 2016 in Ukraine are being conducted 614 trials of medicinal products only. Participants in Ukraine are vulnerable due to the high involvement in trials and their legal status problems.

Objectives: To identify the key problems of participants' legal status and ways of their solution.

Materials and methods: Analysis of clinical trials regulations in Ukraine.

Results: In the Rules for conducting clinical trials of medical equipment and medical devices, if the patient (volunteer) or his representative can't read or isn't educated to read, the presence of a disinterested person is needed. He signatures the consent, confirming that the information, presented in this document and other materials, was explained to the patient (volunteer) and comprehended correctly by him or his representative, the consent is voluntary. Similarly, in medicinal products trials, if the person who agrees to participate in the trial, is unable to write/read, oral consent can be given in the presence of at least one witness, certifying it in written form. This allows unlawful involvement of participants. In clinical trials of tissue and cell transplants, including cord blood stem cells, there are no requirements for participation or non-participation in the trial of minors and incapacitated. Compulsory life and health insurance isn't provided too.

Conclusions: It is necessary to eliminate aforementioned law gaps, establishing: 1) strict requirements for a witness/disinterested person (close relative, guardian or a lawyer (participants trustee)); 2) conditions, involving minors and incapacitated in trials of tissue and cell transplants; 3) compulsory life and health insurance for participants in trials of tissue and cell transplants.

Shafranskyi V. ¹, Slabkyi G. ²

CURRENT ISSUES OF PERSONNEL TRAINING FOR PUBLIC HEALTH SYSTEM IN UKRAINE

¹Ministry of Health of Ukraine

²Institute of Strategic Studies of the MoH of Ukraine

Introduction: Public health system is being formed in Ukraine. Staff training is not being conducted.

Objectives: To offer personnel training model for public health system in Ukraine. Materials and methods: structural and logical analysis, descriptive modeling, system approach.

Results: The model of personnel training for public health system is offered. It consists of two components. First aspect: staff, who have higher education, are trained promptly and start working in the public health system; training is performed at central and regional levels. Second aspect: personnel training in higher educational institutions, as well as introduction of new specialty "Public Health", being conducted with medical and general approaches. To this purpose curricula and programs should be designed, educational qualification characteristics – approved, and educational materials – prepared, all based on international experience. Training of academic staff for public health must take special place in this process. It should be performed by authorization of scientific specialty passport and establishment of specialized academic council.

Conclusions: The proposed model will provide short-term personnel training for public health system at the postgraduate level and their future training in higher educational institutions at the undergraduate level in medical and non-medical areas.

Slabky G.¹, Gutor T.², Kachyr O.³, Skryp B.³, Shyp T.²

WSPÓŁCZESNE PODEJŚCIA DO REFORMOWANIA SYSTEMU STACJONARNEJ OPIEKI MEDYCZNEJ W UKRAINIE

¹Instytut Strategicznych Badań Ministerstwa Ochroną Zdrowia Ukrainy, Ukraina

²Katedra Organizacji i Zarządu Ochroną Zdrowia Lwowskiego Narodowego Uniwersytetu Medycznego im. Danyła Halickiego, Ukraina

³Użhorodzki Narodowy Uniwersytet, Ukraina

Wprowadzenie: Szczególne miejsce w reformie systemu lecznictwa Ukrainy zajmuje reforma stacjonarnej medycznej pomocy. Celem reformy jest podwyższenie jej jakości i efektywności przy zabezpieczeniu dostępności w granicach terapeutycznego okna i bardziej racjonalnym użyciu zasobów.

Cel pracy: Prezentacja podejścia do reformowania systemu stacjonarnej medycznej pomocy podczas przeprowadzenia reformy administracyjno-terenowego ustroju w Ukrainie.

Materiał i metodyka. W pracy wykorzystano metody systemowej i programowo-docelowej analizy; statystyczne modelowanie; metody informatyczne, włącznie z budową komputerowych baz danych; metodę eksperckich szacunków oraz metody socjologiczne.

Wyniki: Podczas przemiany administracyjno-terenowego ustroju przeprowadza się zwiększenie administracyjnych terytoriów. Obecnie na danych terytoriach funkcjonuje po kilka szpitali, które zabezpieczają stacjonarną opiekę medyczną, która nie jest zróżnicowana w zależności od intensywności procesu leczenia. Rekomenduje się przeprowadzenie optymalizacji pracy szpitali w zależności od intensywności realizowanego procesu leczenia, poprzez utworzenie szpitali intensywnego leczenia, planowego i wznawianego leczenia. Pierwszym krokiem reformy jest wprowadzanie normatywu zabezpieczenia łózkami szpitalnymi w rozliczeniu 60 łóżek na 10 tysięcy ludności.

Wnioski: Zaproponowane podejścia do organizacji stacjonarnej opieki medycznej wynikającej z reformy opieki zdrowotnej, przy przemianie administracyjno-terenowego ustroju, pozwolą na zabezpieczenie dostępnej dla ludności, wysokiej jakościowo i efektywnej opieki medycznej, a jednocześnie na bardziej racjonalne użycie zasobów finansowych.

Smiianov V.¹, Smiianova O.¹

DEVELOPMENT AND APPLICATION OF THE INFORMATIONAL AND COMMUNICATION TECHNOLOGIES IN QUALITY STANDARDS OF HEALTH CARE MANAGEMENT FOR PATIENTS WITH ARTERIAL HYPERTENSION

¹Sumy State University, Sumy, Ukraine

Introduction: According to the WHO analyses Mobile health technologies improve the quality of healthcare service.

Objective: Development and application of the information and communication technology to remind patients with arterial hypertension to follow medical recommendations in medical facilities of Sumy city.

Material and methods: We surveyed patients with arterial hypertension about their health statuses, adherence to recommendations by their general practitioners and awareness concerning disease course and possible risks. 2019 persons responded to the survey in 2013. We conducted a re-interview of 2011 patients with arterial hypertension after the informational technology application one year later.

Results: The results showed numbers of: patients, who did not take medicines ($48.34 \pm 2.22\%$); patients, who irregularly check their blood pressure ($37.09 \pm 2.16\%$). The study found, that $91.28 \pm 1.26\%$ of patients are aware of their diseases courses and possible risks. We applied the mHealth information technologies by sending text messages for the follow-up patients with arterial hypertension registered in 2 hospitals of Sumy city within a year. Evaluation of efficiency of the applied technology assured that the number of patients, who checked regularly his/her arterial pressure, increased by 31.00%. The number of patients, who visited doctors for preventive purpose two or more times during given year, rose by 18.24%. The number of patients with target pressure grew by 24.51%.

Conclusions: 1. We developed and applied the information analytic reminder system for patients with arterial hypertension. 2. We developed the feedback system from general practitioners which helped to supervise follow-up patients online. 3. The results confirmed importance and efficacy of mHealth technologies application to manage patients with noninfectious diseases.

Smiianov V.¹, Smiianova O.¹

THE STUDY OF HEALTHCARE INFLUENCE ON THE HEALTH OF POPULATION

¹Sumy State University, Sumy, Ukraine

Introduction: Health care system reforming in Ukraine is one of the priorities of modern social policy and an integral part of social and economic reorganization of Ukrainian state.

Objective: The aim of the study was to analyse the real influence of medical and preventive treatment institutions on the state of health of Sumy city population.

Materials and methods: We analysed medical and demographic indices of Sumy city population, morbidity and primary invalidity rates, the activities of polyclinics and hospitals of the city from standpoint of performing the standard functions in their peak period.

Results: The study showed that a significant positive influence of current health care system on Sumy population health wasn't found. There is a paradox – in recent years under the number of doctors' growth a significant reduction of population death rate and morbidity rate wasn't achieved. The incidence of circulatory diseases, especially hypertension, malignant neoplasms and mental diseases increased; tuberculosis deaths increased; primary invalidity rates are still higher than regional. In health care system during the past 10 years two opposite processes took place – growth in the number of doctors (by 23,5%) and reduction in the number of beds (by 34,3%) simultaneously with the population health deterioration. Family physicians and district physicians performed the standard function by 94,6%, specialized doctors – by a little more than 50%, in hospitals the standard function was performed by 60,3%.

Conclusions: This study confirms the validity of health care reformation direction based on the priority of health care primary level by developing the family physician institution.

Stančiak J.¹

CHILDREN AND PREVENTION OF MEDICAL EMERGENGIES

¹University Hospital Trnava, Slovak Republic

Introduction: The alcohol intoxication in the Slovak Republic is recorded as the most urgent intoxication with children aged 12-16 years. According to the study of the European Forum for Responsible Alcohol Drinking, the Czech Republic is the first within the EU countries where the children for the first time consume alcohol at the age of 11, and the situation in the Slovak Republic is similar. The alcohol intoxication with children and adolescents often with very dramatic course may cause an immediate life threat to intoxicated person. Important is to note, that this age group has already recorded fatal intoxications! More than 95% of all teenage polytraumas are associated with consumption of alcohol, respectively other psychoactive substances.

Objective: The aim was to examine the intoxication interdependencies based on addictive substances, age, gender, type of addictive substance (in the field of pre-hospital care), state of consciousness, the presence of lesions or timing of the cases (interconnection with school and bank holidays).

Methodology and material: The retrospective analysis of the Records evaluation of a person health state was used in the period from 1 January 2010 to 31 December 2015. The records were elaborated by the Medical Emergency staff seated in the University Hospital in Trnava.

Conclusion and discussion: 105 persons were included in the target group during the searched five-year period. Generally spoken, every year has been increasing the number of intoxications by addictive substances among people under 18, and at the same time has been increasing the incidence of accompanied injuries, where the alcohol is on the first place. The most dangerous part of the studied group, are young people aged from 16 to 18 year of life. In the younger age groups predominated intoxicated girls. The most frequently were the crews intervening at home or in the streets. Children and adolescents prefer addictive substances on the last day of school attendance, before the day off and during the time off school hours before the day off.

Starzyńska A.¹

OCENA EPIDEMIOLOGICZNA I KLINICZNA WYSTĘPOWANIA STANÓW PRZEDRAKOWYCH BŁONY ŚLIZOWEJ JAMY USTNEJ W WOJEWÓDZTWIE POMORSKIM

¹Katedra i Klinika Chirurgii Szcękowo-Twarzowej i Stomatologicznej Gdański Uniwersytet Medyczny

Wprowadzenie: Leukoplakia jest najczęstszym stanem przedrakowym występującym w jamie ustnej. Nawiązując do polskiej literatury naukowej, nigdy nie przeprowadzono badań dotyczących leukoplakii w województwie pomorskim. Rosnąca ilość przypadków raka jamy ustnej, niska świadomość społeczna oraz trudności terapeutyczne zaowocowały przeprowadzeniem klinicznych i epidemiologicznych badań w tym regionie.

Celem pracy: jest analiza kliniczno-epidemiologiczna pacjentów diagnozowanych i leczonych w Katedrze i Klinice Chirurgii Szcękowo-Twarzowej i Stomatologicznej Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego z powodu stanów przedrakowych błony śluzowej jamy ustnej.

Material i metoda: Wybrano 204 osoby z leukoplakią - 104 kobiety i 100 mężczyzn ze średnią wieku 58,1 lat. Większość badanych znajdowało się w grupie wiekowej 50-70 lat, średnia wieku 58,1.

Wyniki i wnioski: Najczęściej współistniejącą chorobą była cukrzyca. Ponad 88% badanych podawała występowanie czynników predysponujących do powstania leukoplakii (50,49% - palenie tytoniu). Znalaziono 320 ognisk leukoplakii. Dominowała leukoplakia homogenna 72,05%. Wieloogniskową leukoplakię zdiagnozowano u 58,3% badanych. Najczęstszą lokalizacją zmian była błona śluzowa policzków (52,2%). Wg klasyfikacji van der Waala, większość pacjentów zakwalifikowano jako stopień I i II. Rak rozwinął się na podłożu leukoplakii u 7 osób (3,43%). Procent zezłośliwienia u nieleczonych pacjentów wynosił 12,19%, u leczonych 1,41%. Dno jamy ustnej okazało się być najczęstszym miejscem występowania raka kolczystokomórkowego. Częstość występowania i obraz kliniczny leukoplakii w populacji województwa pomorskiego nie wykazuje istotnych różnic w porównaniu z resztą populacji Polski. U pacjentów obciążonych cukrzycą ryzyko wystąpienia leukoplakii jest większe. Ryzyko zezłośliwienia jest relatywnie wysokie. W naszym materiale było 3,43%. Palenie tytoniu jest najistotniejszym czynnikiem wpływającym na efektywność leczenia.

ANALIZA NASILENIA STRESU I WYPALENIA ZAWODOWEGO W GRUPIE RATOWNIKÓW MEDYCZNYCH I POLICJANTÓW

¹Zakład Psychologii Lekarskiej Uniwersytet Medyczny w Łodzi

Wprowadzenie: Stres jest nieodłącznym elementem każdej pracy zawodowej. W elementach systemu zarządzania kryzysowego takich jak ratownictwo medyczne, wojsko, policja stres przyjmuje szczególną formę, wiąże się z obciążeniami psychofizycznymi ale również z zagrożeniem zdrowia i życia. W tych zawodach zaliczanych do grupy społecznych i usługowych istnieje zwiększone ryzyko wypalenia zawodowego czyli zespół specyficznych objawów związanych z wyczerpaniem emocjonalnym (WE), depersonalizacją (DP) i obniżeniem satysfakcji zawodowej (OSZ).

Cel pracy: Celem pracy było porównanie ratowników medycznych i policjantów w oparciu o wskaźniki stresu i wypalenia zawodowego

Material i metody: Badania przeprowadzono wśród 105 osób, w tym 55 ratowników medycznych i 50 policjantów czynnych zawodowo pracujących w województwie pomorskim. Zastosowano Kwestionariusz Wypalenia Zawodowego Ch. Maslach (MBI) oraz Kwestionariusza do Subiektywnej Oceny Pracy (SOP).

Wyniki i wnioski: W badanej grupie wyższe średnie wskaźniki wypalenia wystąpiły w grupie ratowników (WE=37,2, DP=14,34, OSZ=38,29) w porównaniu do grupy policjantów (WE=21,43, DP=4,66, OSZ=11,74). Ogólny średni wynik w Skali SOP w badanej grupie wskazuje na wysoki poziom stresu (121,25), wyższy u ratowników (124,66) niż u policjantów (117,89), szczególnie duża różnica wystąpiła w jednej ze skal *poczucie psychicznego obciążenia związane ze złożonością pracy*, w której ratownicy średnio uzyskali wynik 37,91, a policjanci 21,89.

W licznych badaniach dotyczących wypalenia zawodowego u pracowników medycznych (pielęgniarek, lekarzy) czy nauczycieli, pracowników socjalnych wskazuje się na wysokie wyniki we wszystkich skalach wypalenia. W naszym badaniu wyniki uzyskane u ratowników były najwyższe w porównaniu z przebadanymi grupami. Szczególne czynniki stresowe na stanowisku ratownika medycznego, obciążenia fizyczne, psychiczne i społeczne wpływają na silnie odczuwany stres i wysokie poczucie wypalenia zawodowego.

Stetkiewicz-Lewandowicz A.¹, Czubak J.¹, Sobów T.¹

ANALIZA STRESU ZAWODOWEGO W GRUPIE PIELEŃNIAREK I RATOWNIKÓW MEDYCZNYCH

¹Zakład Psychologii Lekarskiej Uniwersytet Medyczny w Łodzi

Wprowadzenie: Praca w każdym zawodzie związana jest ze stresem. Zawody medyczne obarczone są szczególną odpowiedzialnością za życie i zdrowie pacjentów. Pielęgniarki i ratownicy medyczni są tymi specjalistami, którzy stykają się z pacjentem w traumatycznych momentach zagrożenia życia lub długotrwale towarzyszą im w procesie odzyskiwania zdrowia i sprawności.

Cel pracy: Celem pracy było określenie w jakim stopniu badana grupa doświadcza stresu zawodowego oraz jak wyglądają różnice w tym aspekcie między podgrupą pielęgniarek i ratowników medycznych.

Material i metody: W badaniu wzięło udział 100 pracowników medycznych w wieku od 20 do 50 lat pracujących na terenie województwa mazowieckiego i łódzkiego. Ankietowani zostali podzieleni się na dwie grupy: pielęgniarek i ratowników medycznych, po 50 osób w każdej grupie. Przy ocenie stresu zastosowano Kwestionariusz do Subiektywnej Oceny Pracy. Metoda ta pozwala na ocenę globalnego poczucia stresu, jak również na wyodrębnienie czynników: poczucie psychicznego obciążenia związane ze złożonością pracy, brak nagród w pracy, poczucie niepewności wywołane organizacją pracy, kontakty społeczne, poczucie zagrożenia, uciążliwości fizyczne, nieprzyjemne warunki pracy, brak kontroli, brak wsparcia, poczucie odpowiedzialności.

Wyniki i wnioski: W badanej grupie uzyskano wyniki świadczące o średnim poziomie stresu (84,9), przy czym nieznacznie wyższy średni wynik zanotowano w grupie ratowników (89,56) niż pielęgniarek (80,24). W grupie ratowników szczególnie stresujące okazały się uciążliwości fizyczne, poczucie psychicznego obciążenie związane ze złożonością pracy oraz poczucie odpowiedzialności. Liczne wyniki badań literatury przedmiotu potwierdzają silne narażenie na stres w grupie pracowników medycznych, przy czym specyfika zawodu ratownika medycznego powoduje, że jest on obciążony znacznymi obciążeniami fizycznymi jak również psychospołecznymi.

Stetkiewicz-Lewandowicz A.¹, Maślanka M.¹, Sobów T.¹

PSYCHOSPOŁECZNE ASPEKTY FUNKCJONOWANIA KOBIEŃ W OKRESIE OKOŁO MENOPAUZALNYM

¹Zakład Psychologii Lekarskiej Uniwersytet Medyczny w Łodzi

Wprowadzenie: Okres menopauzy ma swoje implikacje somatyczne, wpływa również na psychikę oraz relacje społeczne kobiet.

Cel pracy: Zbadanie na jakie sfery życia oraz w jakim stopniu objawy menopauzy wpływają na funkcjonowanie kobiet.

Material i metody: W badaniu udział wzięło 107 pacjentek Poradni Menopauzy Centrum Zdrowia Matki Polki w Łodzi. Badane były w wieku 47-65 lat. Średni wiek badanej grupy wynosił 55 lat. Badanie przeprowadzono w oparciu o skonstruowany kwestionariusz ankiety zawierający m.in. pytania socjodemograficzne, pytania o stan psychofizyczny oraz metody radzenia sobie z objawami menopauzy.

Wyniki i wnioski: Wiedza na temat menopauzy kształtowała się w badanej grupie następująco: 53%-przeciętna, 34%-duża, 13%-zbyt mała. Najczęściej odczuwane objawy to: uderzenia gorąca, chwiejność emocjonalna. Najczęściej kobiety skarżyły się na wpływ menopauzy na ich psychikę i samopoczucie, stan zdrowia oraz funkcjonowanie zawodowe. Objawy te powodowały następujące stany emocjonalne: dyskomfort psychiczny, skrępowanie, zakłopotanie, zdenerwowanie, niepokój, nerwowość, obniżony nastrój.

W relacjach społecznych najbardziej uciążliwy dla badanych był brak zrozumienia potrzeb i problemów wśród najbliższych oraz brak akceptacji przez innych. Stan cywilny, wykształcenie i miejsce zamieszkania były czynnikami, które w istotny statystycznie sposób wpływały na zdrowie badanych.

Starzenie się polskiego społeczeństwa i coraz większa ilość kobiet w okresie menopauzalnym powinna spowodować powstanie nowych standardów diagnostyki i leczenia kobiet w tym okresie życia, edukacja społeczeństwa i eliminacja krzywdzących stereotypów spychających kobiety w tym okresie życia na margines społeczeństwa oraz szeroko rozpowszechnione działania medyczne wspomagające tę grupę odbiorczyń.

Stovban I.¹, Marusyn O.¹, Stovban M.¹

TEN-YEAR DYNAMICS OF DIABETES PREVALENCE AND INCIDENCE RATES IN UKRAINE AND PRYKARPATTYA REGION

¹Ivano-Frankivsk National Medical University, Ukraine

Introduction: Diabetes is one of the most important problems of public health.

Objective: To analyze the dynamics of the diabetes morbidity in Ukraine and in the Ivano-Frankivsk region (Prykarpattya) for ten years.

Materials and methods: Annual medical reports data for 2005-2014.

Results: The diabetes prevalence rates in the Ukraine demonstrate upward trend from 2137.2‰ in 2005 to 2790.7‰ in 2014 (i.e. +30.6% in the increase rate).

In the Prykarpattya region during the same period there was showed a similar to the nationwide trend, even more accentuated – from 1975.1‰ to 3086.8‰, respectively (+56.3%).

The diabetes incidence rates in Ukraine also show an upward trend. In particular, the rate of new-onset diabetes in 2005 was 214.6‰, reaching a peak in 2013 (272.0‰, +26.7%), and slightly decreased till 2015 to 231.5‰.

The trend of the diabetes incidence rates in Prykarpattya also characterized by a tendency to rapid growth - from 185,1‰ in 2005 to 301,9‰ in 2014 (+63.1%).

This situation may be due to, on the one hand, exposure commonly known diabetes risk factors, such as aging, overweight, physical inactivity, etc., on the other hand - improved early diagnosis of diabetes as a result of implementation of the State and Regional Target Programs.

Conclusion: The increasing levels of diabetes rates in Ukraine and more accentuated in the Ivano-Frankivsk region demonstrate effectiveness of national and regional preventive programs.

OCENA FUNKCJONOWANIA USŁUG E-ZDROWIA W PLACÓWKACH PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ PRZEZ BADANYCH PACJENTÓW

¹Instytut Zdrowia Publicznego, Wydział Lekarski i Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Jana Kochanowskiego w Kielcach

Wprowadzenie: Wraz z rozwojem medycyny zwiększyła się liczba danych opisujących leczenie pacjenta. Narzędzia i usługi e-Zdrowia mają za zadanie poprawić wymianę informacji między placówkami oraz między placówką a pacjentem a także ułatwić kontakt w relacji lekarz-pacjent.

Celem badań było poznanie opinii pacjentów mieszkających na wsi na temat wykorzystania usług e-Zdrowia w badanych placówkach podstawowej opieki zdrowotnej na terenie województwa świętokrzyskiego.

Material i metody: Badania zostały przeprowadzone w wylosowanych placówkach podstawowej opieki zdrowotnej na terenie województwa świętokrzyskiego. Łącznie przebadano 422 pacjentów, a do analizy przedstawionego problemu wybrano 219. mieszkańców wsi. Dokonując analizy statystycznej użyto testu χ^2 , testu Fishera oraz model regresji logistycznej.

Wyniki badań: Tylko dwóch badanych pacjentów wskazało na możliwość zarejestrowania się poprzez Internet do lekarza pierwszego kontaktu, natomiast 110 (50,23%) badanych nie wie czy taka możliwość istnieje w badanej placówce. Spośród badanych pacjentów tylko 24 osoby (10,96%) odpowiedziały twierdząco na pytanie: czy placówka, w której się leczą posiada stronę internetową. Pozostali nie wiedzą o takiej możliwości (140, 63,93%), bądź wskazują na to, że placówka POZ nie posiada czytelnej i kompletnej strony internetowej (55, 25,11%). Wdrożenie usług z obszaru e-Zdrowia według opinii pacjentów (115, 52,51%), powinno pozwolić personelowi medycznemu na podniesienie kwalifikacji zawodowych. Rozwiązania w zakresie e-Zdrowia według badanych pacjentów powinny usprawnić pracę POZ (129, 58,90%) i jednocześnie powinny pozwolić na identyfikację pacjentów (132, 60,27%).

Wnioski:

1. Badani pacjenci wskazali, że placówki podstawowej opieki zdrowotnej nie są przygotowane na rozwiązania w obszarze e-Zdrowia.
2. Badani pacjenci wskazali, że wprowadzenie usług e-Zdrowia powinno usprawnić i poprawić pracę w badanych placówkach podstawowej opieki medycznej.

Sygit K.¹

NIEPRAWIDŁOWOŚCI ŻYWIENIOWE DZIECI I MŁODZIEŻY W WIEKU SZKOLNYM

¹Uniwersytet Szczeciński Wydział Kultury Fizycznej i Promocji Zdrowia Zakład Promocji Zdrowia

Wprowadzenie: Racjonalny sposób żywienia, obok aktywności fizycznej, jest uważany za istotny element prozdrowotnego stylu życia. Wyniki wielu badań wskazują na istnienie wielu nieprawidłowości w sposobie odżywiania się dzieci i młodzieży w wieku szkolnym.

Cel pracy: Celem niniejszej pracy jest przedstawienie i ocena zwyczajów żywieniowych populacji 12-17- latków z woj. zachodniopomorskiego i małopolskiego.

Materiał i metodyka badań: Przeprowadzono 11 596 autorskich badań ankietowych oceniających model codziennego spożywania posiłków u dzieci i młodzieży w wieku 12-17 lat z województwa zachodniopomorskiego i małopolskiego (w tym 5879 dziewcząt i 5717 chłopców) ze środowiska miejskiego i wiejskiego. Technika badawczą był autorski kwestionariusz ankiety. Otrzymane wyniki poddano analizie statystycznej z wykorzystaniem testu Chi 2 Pearsona, V Cramera, R rang Spearman.

Wyniki: W wyniku przeprowadzonych badań stwierdzono, iż niespełna 50% młodzieży spożywa codziennie I posiłek przed wyjściem do szkoły; II posiłek jest spożywany codziennie wyłącznie przez 47,91% badanych, obiad przez 84,90% (miejsce w którym młodzież najczęściej spożywa obiad to dom rodzinny) a kolacja przez 72,27%. Ulubionymi produktami spożywanymi przez młodzież są: fast-foody, chipsy, słodczyce oraz napoje gazowane. Niepokojącym jest fakt podjadania między posiłkami (słodczyce, chipsy). W populacji 12-17-latków zaobserwowano pierwsze oznaki zaburzeń w odżywianiu się: żarłoczność i poczucie braku kontroli nad jedzeniem (12,53%) oraz jadłowstręt (12,03%).

Wnioski: Wśród badanych przeważają nieprawidłowe zachowania żywieniowe. Młodzież nie przywiązuje wagi do ilości spożywanych posiłków w ciągu dnia. Większość badanych spożywa produkty takie jak: fast-foody; chipsy czy słodczyce. Znaczna grupa badanych dostrzega niepokojące objawy ze strony organizmu związane z nieprawidłowym odżywianiem.

Sygit K.¹

IRREGULARITIES HABITS OF CHILDREN AND YOUNG PEOPLE OF SCHOOL AGE

¹University of Szczecin, Faculty of Physical Education and Health Promotion, Department of Health Promotion

Introduction: Sensible eating habits are considered – apart from physical activity – to be a major component of a healthy lifestyle. Many research results indicate numerous unhealthy dietary habits in a diet of schoolchildren and adolescents.

Aim: This paper is aimed at presenting and assessing eating habits of 12-17-year-olds from Zachodniopomorskie and Małopolskie voivodships in Poland.

Material and research methods: 11 596 original surveys were carried out. The research was aimed at assessing the model of daily food consumption among children and adolescents aged 12-17 yrs. from West Pomeranian voivodship and Lesser Poland voivodship (including 5879 girls and 5717 boys) from urban and rural environments. The technique used was the original questionnaire. These results were subjected to statistical analysis, using Pearson's Chi-square test, Cramer's V and Spearman's rank correlation coefficient.

Results: The results indicated that almost 50% of subjects ate their 1st meal before school; the 2nd meal was consumed by 47.91% of subjects; dinner was eaten by 84.90% (mostly at home); and supper – by 72.27% of subjects. As their favorite food products, the subjects indicated fast-food meals, chips/crisps and fizzy drinks. Alarmingly, subjects tended to eat snacks between meals (sweets, chips/crisps). In the researched population of 12-17-year-olds, initial symptoms of dietary disorders were identified: gluttony and lack of control over eating (12.53%) and revulsion to eating (avoiding food) (12.03%).

Conclusions: Unhealthy dietary habits were dominant amongst the subjects. Subjects attached little significance to the number of meals per day. Majority of subjects consumed fast food products, crisps/chips and sweets. A significant proportion of subjects noticed alarming symptoms in their bodies, related to unhealthy dietary habits.

WYKORZYSTANIE ŚMIGŁOWCOWEJ SŁUŻBY RATOWNICTWA MEDYCZNEGO (HEMS) W POZASZPITALNYCH NAGŁYCH ZATRZYMANIACH KRĄŻENIA

¹Zakład Ratownictwa Medycznego Warszawski Uniwersytet Medyczny,

²SP ZOZ Lotnicze Pogotowie Ratunkowe

Wprowadzenie: Pomimo stałego rozwoju medycyny, pozaszpitalne nagłe zatrzymania krążenia (NZK) pozostają wyzwaniem dla wszystkich systemów opieki zdrowotnej na świecie. Przeżywalność pacjentów do wypisu ze szpitala globalnie wynosi 6,4%, zaś w Europie 10,7%. Zgodnie z wytycznymi Europejskiej Rady Resuscytacji (ERC) z 2015 r. czynnikami wpływającymi na poprawę rokowania dla pacjentów są: wczesne rozpoznanie NZK, jak najszybsze rozpoczęcie działań przez świadków zdarzenia, wczesna defibrylacja oraz wdrożenie zaawansowanych zabiegów resuscytacyjnych i fachowej opieki poresuscytacyjnej. W wielu rozwiniętych systemach opieki zdrowotnej śmigłowce wykorzystywane są jako uzupełnienie i alternatywa dla naziemnych zespołów ratownictwa medycznego. W Polsce, załogi statków powietrznych Lotniczego Pogotowia Ratunkowego (LPR) wykonują rocznie ok. 9000 misji, niosąc pomoc ponad 7000 pacjentów.

Cel pracy: Analiza wykorzystania zespołów śmigłowcowej służby ratownictwa medycznego (HEMS) w Polsce w zakresie udzielania medycznych czynności ratunkowych pacjentom, u których wystąpiło pozaszpitalne NZK.

Material i metody: Retrospektywna analiza dokumentacji medycznej i lotniczej wszystkich misji HEMS w 2014 roku, w czasie których doszło do pozaszpitalnego NZK.

Wyniki i wnioski: Wstępna analiza danych pozwoliła na sformułowanie następujących wniosków:

- Użycie statków powietrznych LPR w uzasadnionych przypadkach skraca czas dotarcia wykwalifikowanej pomocy medycznej do pacjentów, a w sytuacjach powrotu spontanicznego krążenia (ROSC) na miejscu zdarzenia przyspiesza transport do odpowiedniego szpitala.
- Przyspieszenie wdrożenia medycznych czynności ratunkowych na najwyższym poziomie zaawansowania, często niedostępnych dla podstawowych zespołów naziemnych, ma wpływ na zwiększenie szans przeżycia pacjentów w pozaszpitalnym NZK.

Valchuk E.A.¹

GENERAL PRACTICE WITHIN THE SYSTEM OF PRIMARY MEDICAL CARE IN THE REPUBLIC OF BELARUS

¹Belarusian Medical Academy of Post-Graduate Education, Republic of Belarus, Minsk

The Declaration “Life-course Approach in the Context of Health 2020” approved by the WHO European Ministerial Conference, held in Minsk 21-22 October, 2015, claimed keeping people healthy throughout the life course to be the main priority of the healthcare policy. This approach has been stated to contribute to improving people health and well-being and assuring the social equity.

The policy of the state healthcare system in the Republic of Belarus is aimed at a preferential development and support of outpatient clinical care covering the treatment from its start to the end in 80% of cases. Since 2015, 40% of healthcare budget go to financing the outpatient care and its main component – primary medical care. The state program “National health and demographic safety” approved by the Resolution of the Council of Ministers of the Republic of Belarus of 14.03.2016 set the task for stepwise replacing district medical services by those of general practice (GP) during 2016-2020.

In the Republic of Belarus, the development of GP system started in 1992. According to the order of the Ministry of Health a new specialty – general practitioner has been introduced into the nomenclature of functions. In 1998, the course “General Practice” was created at the Belarusian State Institute for Post-Graduate Medical Training (Belarusian Medical Academy of Post-Graduate Education). In 1999, it was reorganized into the department. Since 2001, the training of general practitioners was started at the Vitebsk State Medical University. First offices based on the principles of GP were organized in 1996 (Krupitsa, Minsk region; Grodno, settlement Yurznyi and others). By 2005, there were 244 GP offices, 236 in the rural area and 80 affiliated to district hospitals and nursing care homes. By 2015, the number of GP offices amounted to 559 (530 of them in the rural area). 831 general practitioners have been trained.

Walczuk E.¹, Kopytok A.¹

NIEPEŁNOSPRAWNOŚĆ DZIECI W REPUBLICIE BIAŁORUŚ

¹Państwowa Instytucja „Republikańskie Naukowo-Praktyczne Centrum Ekspertyzy i Rehabilitacji Medycznej”, Gorodziszcze, Republika Białoruś

W Republice Białoruś, wg danych Ministerstwa Pracy i Obrony Społecznej na dzień 31.12.2015 r. liczba dzieci niepełnosprawnych (w wieku do 18 lat) wynosi 28 845, co ogółem stanowi 1,6% ogółu dzieci.

Wg danych Krajowego Systemu Informacyjno-Analitycznego ds. Ekspertyzy Medycznej i Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych Republiki Białoruś w 2015 r., przez eksperckie komisje medyczno-rehabilitacyjne za pierwotnie niepełnosprawne uznano 3 664 dzieci (2014 r. – 3 323 dzieci). Liczba PND wyniosła 20,64 na 10 tys. dzieci, co o 8,8% przekroczyło liczbę z 2014 r. (18,97).

Wśród chorób dających podstawę do uznania pierwotnej niepełnosprawności dzieci główną pozycję zajmowały anomalie wrodzone (liczba – 25,0%, poziom – 5,15 na 10 tys. dzieci). Na drugim i trzecim miejscu znalazły się choroby układu nerwowego (17,9%, lub 3,68) oraz zaburzenia psychiczne (15,2%, albo 3,14 na 10 tys. dzieci). Czwarte miejsce w strukturze przyczyn pierwotnej niepełnosprawności należało do chorób układu hormonalnego: ich liczba wyniosła 11,4%, a wskaźnik intensywności wyniósł 2,35 na 10 tys. dzieci. Piąte miejsce zajęły nowotwory (9,8%, lub 2,03 na 10 tys. dzieci). Na szóstym miejscu w rankingu znalazły się choroby układu szkieletowo-mięśniowego i tkanek łącznych (6,7%, lub 1,37 na 10 tys. dzieci). Siódme i ósme miejsca objęły choroby ucha i wyrostka sutkowatego (3,4%, lub 0,71 na 10 tys. dzieci) oraz choroby oczu (2,6%, lub 0,54).

Zgodnie z Prawem Republiki Białoruś „O wprowadzeniu zmian i uzupełnień do Prawa Republiki Białoruś „O rencie” z dnia 1 sierpnia 1999 r. wysokość rent społecznych przyznawanych dzieciom niepełnosprawnym w wieku do 18 oszacowuje się w zależności od stopnia utraty zdrowia: I, II, III, IV. Przy tym należy wziąć pod uwagę, że najłżejszy jest I stopień utraty zdrowia (SSZ), najcięższy – IV stopień. Analiza ciężkości pierwotnej niepełnosprawności dzieci wykazała, że w strukturze przeważały dzieci niepełnosprawne z II SSZ, ich odsetek wyniósł 38,5%. Pierwszy SSZ ustalano w 22,0%, III SSZ – w 26,5%, i najcięższy IV SSZ – w 13,0%.

PRZEJAWY PROCESU EPIDEMICZNEGO MONONUKLEOZY ZAKAŻNEJ W REPUBLICIE BIAŁORUŚ

¹Białoruski Państwowy Uniwersytet Medyczny

Wprowadzenie: Znaczenie medyczne i społeczne mononukleozy zakaźnej potwierdza się polimorficznością objawów klinicznych, wielością dróg przedostania się czynnika etiologicznego do organizmu, trwałością wirusa i możliwością przekształcenia się procesu w chroniczny. Mononukleozą zakaźną jest kojarzona z procesami immunopatologicznymi i należy do grupy zakażeń oportunistycznych przy AIDS.

Materiały i metody: Materiałem wykorzystanym do badań epidemiologicznych były dane oficjalnej ewidencji i rejestracji zachorowania na mononukleozę zakaźną w Republice Białoruś (lata 1994-2015). Podstawą metodologii było badanie analityczne poziomu i struktury zachorowań na mononukleozę zakaźną, prowadzone za pomocą standardowych zabiegów diagnostyki epidemiologicznej i analizy statystycznej.

Wyniki badań i dyskusja: Wieloletnia dynamika zachorowań na mononukleozę zakaźną w Mińsku charakteryzowała się nierównością przebiegu procesu epidemicznego. Liczba występowania choroby wahała się od 14,9 ‰ (1997 r.) do 44,9 ‰ (2013 r.). Średni wieloletni poziom występowania choroby wyniósł 28,8 ‰ (CI95% 26,4-31,3). Analizowany przekrój czasowy charakteryzował się umiarkowaną wieloletnią tendencją do wzrostu liczby występowania choroby, średnie tempo przyrostu wyniosło 4,9% ($p < 0,05$). Obserwuje się wyrazistą okresowość: długość okresów – 4-7 lat, amplituda – 2,5-12,2 ‰. W grupach wiekowych ludności najwyższe poziomy występowania choroby obserwowano wśród dzieci w wieku 0-2 lat (429,5 ‰) i 3-6 lat (399,8 ‰), co jest uwarunkowane aktywną cyrkulacją czynnika zakaźającego i szybkim ukształtowaniem warstwy immunologicznej. Mapa rozpowszechnienia zachorowań na mononukleozę zakaźną w Republice Białoruś charakteryzowała się wyraźną niejednorodnością. Maksymalną liczbę występowania choroby notowano na terenie Mińska – 44,5 ‰ (CI95% 41,5-47,6), minimalną – w obwodzie Grodzieńskim (9,2 ‰ (CI95% 7,3-11,6)) i Homelskim (10,5 ‰ (CI95% 8,8-12,2)). Sumaryczna liczba wypadków mononukleozy zakaźnej w obwodach Homelskim i Grodzieńskim nie przekroczyła 15%; 57% przypadków (2015 r.), przypadły one na Mińsk i obwód Miński.

Wdowiak A.¹, Mazurek P. A.², Wdowiak A.¹, Filip M.¹

ELECTROMAGNETIC WAVES 18 KHZ THAT MODULATES HUMAN SPERM MOTILITY: A PILOT STUDY

¹Diagnostic Techniques Unit, Faculty of Health Sciences, Medical University, Poland;

²Institute of Electrical Engineering and Electrotechnologies, Lublin University of Technology

The impact of electromagnetic radiation on the male reproductive system may include thermal effect, generation of oxidative stress, changes in the structure of proteins and induction of changes in the transport of ions across cell membranes. The last decades brought about a dynamic development of technology, which transfers energy at low frequency. Devices operating at such frequencies are, among others, hobbyistic and professional metal detectors for personal checks at airports. During the measurements of the emission of electromagnetic waves by a device of this kind, we have identified the types of electromagnetic waves, which metal detectors usually emit, and tried to assess the impact of one with 18 kHz frequency on selected parameters of sperm motility using CASA system. The study was conducted in 2015 at the "Ovum" Non-Public Health Care Unit of Reproduction and Andrology in Lublin, and covered 130 fertile men aged 25-30. After initial examination, the semen samples were divided into 2 groups: control and experimental and placed in separate automated incubators. The experimental group was placed into the exposure system that emits the wave of our choice, with the control outside the system. The parameters of sperm motility in the samples were determined after 4 h , 8 h and 12 h in particular group individually. On the basis of the performed studies, we have shown that exposure of semen to the waves of 18 kHz increases the percentage of sperm in the progressive motility and has shown a tendency of higher values VSL Total and Rapid, VCL Total occurring, and the severity of sperm hyperactivation. It suggests that this phenomenon may have an effect on increasing the sperm ability to fertilize an egg cell in vivo in the woman's vaginal tract, but the confirmation of this will require further and more detailed studies in the future.

Wdowiak E.¹, Wdowiak A.², Wdowiak A.²

UWARUNKOWANIA WYSTĘPOWANIA ZABURZEŃ ROZRODU W POLSCE NA PRZESTRZENI OSTATNICH 25 LAT

¹Międzynarodowe Naukowe Towarzystwo Wspierania i Rozwoju Technologii Medycznych

²Pracownia Technik Diagnostycznych, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

Demograficzny spadek urodzeń w Polsce w ostatnich latach jest zbliżony do niżu demograficznego obserwowanego także w krajach Europy Zachodniej w okresie po 1995 roku. Spadek urodzeń w Polsce postępował o wiele szybciej niż w krajach Europy Zachodniej, gdzie proces ten rozpoczął się nieco wcześniej i w końcowym efekcie doprowadził także do ujemnych współczynników urodzeń. Główne czynniki spadku urodzeń są związane najprawdopodobniej ze zmianami modelu demograficznego rodziny, co przyczynia się do odkładania decyzji o macierzyństwie na późniejszy czas, kiedy płodność ulega obniżeniu. Wszystkim tym zmianom socjodemograficznym towarzyszą opisywane w literaturze tendencje do pogarszania się jakości nasienia męskiego, którego przyczyny mogą być związane z oddziaływaniem czynników środowiskowych, a także ze zmianami stylu życia i zachowań zdrowotnych. Zjawisko niepłodności małżeńskiej może być także następstwem epigenetycznych modyfikacji DNA gamet męskich i żeńskich powstałych w przeszłych pokoleniach, czego dowodzą eksperymenty prowadzone na zwierzętach.

Poznanie uwarunkowań obniżenia się płodności, może przyczynić się do podjęcia odpowiednich działań profilaktycznych zapewniających w przyszłości zastępowalność pokoleń.

HIPOTERMIA GŁĘBOKA – WYZWANIE DLA SYSTEMU RATOWNICTWA MEDYCZNEGO

¹ SP ZOZ Lotnicze Pogotowie Ratunkowe, Warszawa.

² Zakład Ratownictwa Medycznego, Warszawski Uniwersytet Medyczny

Rozwój Ratownictwa Medycznego w Polsce i na świecie jest dynamiczny. Coraz doskonalsze zaplecze techniczne pozwala na przeprowadzenie zaawansowanej diagnostyki i terapii w miejscu zdarzenia, a wytyczne i standardy postępowania oparte na wynikach badań naukowych potwierdzają ich skuteczność. Szkolenia z zakresu medycyny ratunkowej pozwalają personelowi medycznemu przyswoić właściwe postępowanie w sytuacjach stanu zagrożenia życia pacjenta, zaś odpowiednie zapisy i regulacje legislacyjne mają istotny wpływ na ich wdrożenie. System Państwowe Ratownictwo Medyczne, poprzez naziemne i lotnicze zespoły ratownictwa medycznego, a także szpitalne oddziały ratunkowe udziela świadczeń opieki zdrowotnej osobom znajdującym się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego, m.in. pacjentom w hipotermii. Hipotermia rozpoznawana jest wówczas, gdy temperatura centralna spada poniżej 35°C, czego objawami są dreszcze, zaburzenia świadomości aż do zatrzymania krążenia bądź śmierci włącznie. Według danych statystycznych, w latach 2009-2013 w wyniku narażenia na nadmierne naturalne zimno zmarło w Polsce 2198 osób. Dane te mogą być niedoszacowane.

Właściwe postępowanie służb ratunkowych na etapie przedszpitalnego udzielania pomocy, następnie szybkie wdrożenie zaawansowanej terapii w ośrodku specjalistycznym ma decydujący wpływ na skuteczność procesu leczenia pacjentów w stanie hipotermii głębokiej. W postępowaniu na miejscu zdarzenia kluczowe jest rozpoznanie stanu hipotermii głębokiej. Dalsze postępowanie polega na zapewnieniu termoizolacji m.in. poprzez ewakuację poszkodowanego z zimnego środowiska, prowadzeniu resuscytacji krążeniowo-oddechowej, ogrzewaniu już w warunkach przedszpitalnych oraz szybkim transporcie do szpitala posiadającego w swojej strukturze oddział kardiologii i anestezjologii i intensywnej terapii, gdzie możliwe jest wdrożenie terapii ECMO.

PODEJŚCIE PROCESOWE NARZĘDZIEM DOSKONALENIA W OCHRONIE ZDROWIA

¹Zakład Zdrowia Publicznego i Medycyny Społecznej, Gdański Uniwersytet Medyczny

Organizacje funkcjonujące na rynku zdrowia muszą stawiać czoła szybko zmieniającym się i komplikującym warunkom działania. Niestabilna sytuacja ekonomiczna (w tym rosnące koszty i konieczność znajdowania odpowiednich źródeł finansowania), ciągła presja na zwiększanie efektywności ekonomicznej, zmiany legislacyjne, rosnąca konkurencja, wzrost świadomości oraz oczekiwań klientów, a także konieczność godzenia funkcji społecznych z efektami ekonomicznymi – to tylko niektóre przykłady wyzwań, przed którymi stoją zarządzający podmiotami leczniczymi. Pomocne w radzeniu sobie z tymi wyzwaniami może być wdrożenie do zarządzania w ochronie zdrowia nowoczesnych koncepcji, w tym podejścia procesowego.

Procesowe spojrzenie na organizację zakłada, że działanie każdej jednostki można przedstawić jako system wzajemnie powiązanych ze sobą procesów, przy czym proces rozumiany jest jako ciąg sekwencyjnie wykonywanych działań, których efektem jest dostarczony klientowi (wewnętrznemu lub zewnętrznemu) produkt lub usługa, o określonym i akceptowanym przez niego poziomie wartości. Wszystkie podejmowane w procesie działania powinny wносить do produktu lub usługi coś nowego, nową wartość, tzw. wartość dodaną. W podejściu tym odchodzi się więc od grupowania stanowisk, zadań i zasobów w jednostki funkcjonalne na rzecz zespołów odpowiedzialnych za realizację poszczególnych operacji składających się na dany proces. Pozwala to na dokładniejszą analizę wewnętrznych powiązań, daje większe możliwości poprawy efektywności działania i współpracy pomiędzy poszczególnymi jednostkami organizacyjnymi, a w efekcie umożliwia skuteczniejsze funkcjonowanie całej organizacji.

W prezentacji przedstawione zostaną założenia podejścia procesowego do zarządzania oraz zdefiniowane podstawowe pojęcia z tego zakresu, w tym pojęcie procesu, rodzaje procesów oraz zarządzanie procesowe. Wskazane także zostaną pozytywne efekty wykorzystania tej koncepcji zarządzania oraz wskazane kierunki i zakres jej zastosowania w doskonaleniu w ochronie zdrowia.

ZDROWIE ŚRODOWISKOWE –ŚRODOWISKOWE UWARUNKOWANIA JAKOŚCI ŻYCIA

¹ Zakład Toksykologii Środowiska, Gdański Uniwersytet Medyczny

Wprowadzenie: Według definicji przyjętej przez Światową Organizację Zdrowia w 1996r. *zdrowie środowiskowe zawiera te aspekty zdrowia człowieka, w tym i jakość życia, które są determinowane przez czynniki biologiczne, chemiczne, fizyczne, psychiczne i społeczne środowiska; obejmuje też założenia teoretyczne i praktykę w zakresie oceny, eliminacji i zapobiegania obecności w środowisku tych czynników, które mogą oddziaływać negatywnie na zdrowie obecnego i przyszłych pokoleń.*

Z powyższej definicji wywieść można zadania/aktywności/działania niezbędne dla realizacji warunków wysokiej jakości życia oczekiwanej współcześnie przez człowieka:

1. (obszar badawczy) identyfikacja czynników środowiskowych oraz dostarczenie dowodów zależności przyczynowo-skutkowej pomiędzy występowaniem tych czynników a problemami zdrowotnymi u ludzi;
2. (obszar prawny) ustalanie standardów jakości środowiska oraz zbudowanie systemu nadzoru i egzekucji wymagań prawnych;
3. (obszar zarządczy) zbudowanie i doskonalenie systemu zarządzania środowiskiem w różnych obszarach działań gospodarczych, samorządowych i administracyjnych;
4. (obszar edukacyjny) zbudowanie systemu edukacji i kształcenia kadr dla potrzeb szeroko pojętych obszarów zdrowia środowiskowego.

Cel pracy: Rozwój współczesnej cywilizacji wygenerował szereg konfliktów na linii człowiek-środowisko. Polska nie jest od tych konfliktów wolna. Należałoby zatem zadać pytanie o stan zaawansowania działań na terenie naszego kraju na rzecz budowy struktur pozwalających identyfikować i rozwiązywać problemy środowiskowe oraz zapobiegać im z myślą o przyszłych pokoleniach.

Materiały i metody: Zagadnienia zostały omówione w oparciu o dostępne dane literaturowe, raporty oraz dane statystyczne, przy czym najwięcej uwagi poświęcono obszarowi edukacji.

Wyniki i wnioski: Najważniejsze wnioski można sformułować następująco:

1. obszar badawczy – w wielu ośrodkach naukowo-badawczych w Polsce prowadzone są prace z zakresu zdrowia środowiskowego, jednak działania mają charakter rozproszony i nie są koordynowane programami, co sprawia, że wyniki badań nie trafiają do szerszego grona odbiorców i nie służą rozwiązywaniu najważniejszych problemów; najsilniej skoordynowane są działania dotyczące obszaru medycyny środowiskowej i bezpieczeństwa i higieny pracy;
2. obszar prawny – w dużej mierze ustalanie standardów jakości środowiska odbywa się poprzez legislację unijną, niestety często bez udziału przedstawicieli z Polski;
3. obszar zarządczy - budowanie właściwych systemów zarządzania środowiskiem w obszarze działań gospodarczych, samorządowych i administracyjnych jest realizowane z różnym skutkiem w zależności od umocowania prawnego (np. OoŚ) lub jego braku (np. SZŚ wg ISO 14001); brak jest struktur, które łączyłyby obszar opieki zdrowotnej z obszarem wiedzy o środowisku życia człowieka;
4. obszar edukacyjny – w Polsce praktycznie brak jest systemu edukacji w obszarze zdrowia środowiskowego, choć zapotrzebowanie na takie kompetencje w gospodarce jest duże.

OCENA SYTUACJI SEROEPIDEMIOLOGICZNEJ BORELIOZY WŚRÓD ROLNIKÓW

¹Instytut Medycyny Wsi w Lublinie

²Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego w Warszawie

Wprowadzenie: Borelioza jest obecnie najczęstszą zawodową chorobą zakaźną rejestrowaną w Polsce, mającą tendencję wzrostową w przeciwieństwie do innych chorób zawodowych. Jest to choroba wieloukładowa mogąca manifestować się m. in. objawami skórными, stawowymi, neurologicznymi i kardiologicznymi. Czynnikiem etiologicznym boreliozy jest bakteria *Borrelia burgdorferi*, której głównym wektorem na terenie Polski są kleszcze z gatunku *Ixodes ricinus*. Grupami zawodowymi szczególnie narażonymi na pokłucie przez kleszcze i zakażenie bakterią *B. burgdorferi* są rolnicy i leśnicy.

Cel pracy: Celem pracy była ocena częstości występowania przeciwciał anti-*Borrelia burgdorferi* wśród populacji rolników w trzech województwach.

Materiały i metody: Badaniami objęto 3597 rolników ubezpieczonych w Kasie Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego z województwa lubelskiego (2223 osoby), mazowieckiego (661 osób) oraz podlaskiego (713 osób). Wszyscy uczestnicy podpisali zgodę na udział w projekcie oraz wypełnili ankietę dotyczącą narażenia na boreliozę. Od każdego uczestnika pobrano krew żylną, a w uzyskanej surowicy wykrywano przeciwciała anti-*B. burgdorferi* w klasie IgM i IgG metodą immunoenzymatyczną (ELISA).

Wyniki i wnioski: Ogółem obecność przeciwciał, w co najmniej jednej klasie, stwierdzono u 26.8% wszystkich badanych rolników. Najwyższe odsetki osób z dodatnimi wynikami stwierdzono dla rolników z Oddziału Terenowego KRUS we Włodawie – 50,7% badanych. Powyżej 30% osób dodatnich stwierdzono w pozostałych 6 spośród 18 Oddziałów. We wszystkich oddziałach, za wyjątkiem jednego, odsetek osób seropozytywnych wynosił ponad 20%.

We Włodawie u ponad 25% uczestników wykryto przeciwciała w klasie IgM, co może wskazywać na świeże zakażenie i aktywną boreliozę.

Odsetki osób z pozytywnymi wynikami były zbliżone w grupie mężczyzn i kobiet – odpowiednio 27.5 i 26.3%.

Najwięcej osób seropozytywnych stwierdzono w grupie osób w wieku 80 lat i starszych – 53.6%. Dla osób w wieku 60-79 lat ponad 30%, a młodszych blisko 25%.

Według danych ankietowych u zaledwie 4.6% uczestników rozpoznano boreliozę w przeszłości, a ponad 56% uczestników nie stosuje żadnych repelentów, co wskazuje na brak świadomości zagrożenia. Ponad 50% uczestników było pokłutych przez kleszcze, w tym ponad 30% wielokrotnie. Ponad 75% z uczestników nigdy nie wykonywało badań się w kierunku boreliozy.

Wyniki wskazują na wysoką seroreaktywność wśród rolników oraz niski odsetek rozpoznań boreliozy. Jednocześnie wobec braku szczepionki na boreliozę wszelkie działania profilaktyki przedekspozycyjne są najskuteczniejszą metodą zapobiegania zachorowaniom na boreliozę a grupa zawodowa rolników w szczególności powinna być poddawana wszelkim działaniom zapobiegawczym.

Projekt został współfinansowany przez Fundusz Składowy Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego w ramach Programu przesiewowych badań zdrowotnych dla mieszkańców terenów wiejskich.

POCZUCIE SENSU ŻYCIA A JAKOŚĆ ŻYCIA OSÓB STARSZYCH W WOJ. ŚWIĘTOKRZYSKIM

¹Wydział Pedagogiki i Nauk o Zdrowiu, Katedra Pielęgniarstwa i Zdrowia Publicznego

²Wyższa Szkoła Biznesu i Przedsiębiorczości w Ostrowcu Świętokrzyskim

³Wyższa Instytut Pielęgniarstwa i Położnictwa, Wydział Lekarski i Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Jana Kochanowskiego w Kielcach

Wprowadzenie: Poczucie sensu życia wiąże się z subiektywnym, podmiotowym przeżywaniem życia. Koncepcja sensu życia daje odpowiedź na pytanie, po co żyć, dlaczego i w jaki sposób postępować w swym życiu. Stanowi dla człowieka swoisty plan działalności życiowej, zawierający programy do ich realizacji z określoną hierarchią celów i wartości, to one nadają kierunek rozwoju człowieka. Opierając się na koncepcji oceny jakości życia, uwzględniającej system wartości, jako istotny element „wzorca”, do którego człowiek porównuje swoje aktualne położenie życiowe, postanowiono zwrócić uwagę na poczucie sensu życia osób starszych. Kierunkiem prowadzonych analiz jest założenie, że człowiek ma naturalną potrzebę poszukiwania wartości i odkrywania sensu życia. Poczucie sensu życia integruje wewnętrznie osobowość, jak również warunkuje równowagę emocjonalną i zadowolenie z jakości życia.

Cel pracy: diagnoza i ocena poczucia sensu życia i jego wpływ na jakość życia osób starszych w województwie świętokrzyskim.

Materiał i metoda: Badania poprowadzono na terenie wojew. świętokrzyskiego. Badaną zbiorowość stanowiła grupa 243 starszych osób, które przebywały w zakładach opiekuńczo-leczniczych. Badania przeprowadzono testem WHOQOL BREF, oceniającym globalną jakość życia uwarunkowaną systemem zdrowia oraz testem sensu życia PIL (Purpose In Life) w polskiej wersji autorstwa Zenomeny Płużek, który służy do ilościowego ujęcia posiadania lub braku poczucia sensu życia.

Wyniki i wnioski: Analiza doznań psychicznych w oparciu o dane otrzymane z kwestionariusza PIL dla kobiet wynosi $\bar{x}=76,46$; $SD=21,17$ a dla mężczyzn $\bar{x}=74,73$; $SD=21,29$ i nie wykazuje istotności statystycznej ($t=0,58$; $p=0,55$). Wpływ na zadowolenie z życia ma aspekt psychologiczny. Współzależność radości z życia i poczucia sensu i znaczenia życia uzyskała najwyższą wartość w grupie badanych cech ($p<0,001$; $R_s=0,69$), na drugim miejscu znalazła się korelacja zadowolenia z życia i łatwość skupienia się ($p<0,001$; $R_s=0,59$) oraz akceptacja swojego wyglądu ($p<0,001$; $R_s=0,48$).

Reasumując należy zaakcentować, że radość z życia osób starszych kształtują: poczucie sensu i znaczenia życia, zadowolenie z siebie, akceptacja swojego wyglądu, myślenie i pamięć, emocje, poczucie bezpieczeństwa i możliwość prowadzenia w pełni sił normalnego codziennego życia.