



KONSORCJUM NAUKA I ZDROWIE

**PROJEKT PREDEFINIOWANY:
OGRANICZANIE SPOŁECZNYCH NIERÓWNOŚCI W ZDROWIU**

realizowany w ramach Programu Operacyjnego PL13

PODDZIAŁANIE 2.3

**MODEL OCENY POTRZEB ZDROWOTNYCH
W SPOŁECZNOŚCIACH LOKALNYCH:**

ZADANIE SZCZEGÓŁOWE:

METODY OCENY POTRZEB ZDROWOTNYCH NA POZIOMIE OGÓLNOKRAJOWYM,
REGIONALNYM I SUB-REGIONALNYM - PRZEGLĄD DOŚWIADCZEŃ MIĘDZYNARODOWYCH,
POTENCJALNE MOŻLIWOŚCI ZASTOSOWANIA W POLSCE

Autorzy:

Topór-Mądry R, Stepaniak U, Doryńska A, Balcerzak B, Malinowska-Cieślik M,
Szczerbińska K, Sitko SJ, Misiowiec E, Brzezicka E, Pająk A

Data opracowania: marzec 2017

SPIS TREŚCI:

Podsumowanie przeglądu doświadczeń międzynarodowych z badań potrzeb zdrowotnych 4

CZĘŚĆ A Przegląd międzynarodowych programów oceny potrzeb zdrowotnych na poziomie lokalnym. Doświadczenia w Stanach Zjednoczonych, Kanadzie, Wielkiej Brytanii, Australii i Nowej Zelandii 24

- I. Strabane Neighbourhood Renewal Area Health Needs Assessment a
- II. Ohio: A Community Health Needs Assessment For Southwest Ohio And Southeast Indiana
- lii. The 2010 Onemaine Community Health Needs Assessment (Chna)
- iv. St. Mary Mercy Hospital Community Health Needs Assessment
- v. Hardin Memorial Hospital Study 2012
- vi. Tippecanoe County HNA
- viii. Florida Department of Health
- ix. Indiana – Indiana State Department of Health and Hospital Association
- x. Michigan – Community Health Needs Assessment Report & Implementation Plan
- xi. Scotland – Health Needs Assessment Report – Summary - People With Learning Disabilities In Scotland
- xii. Child and Youth Mental Health Intervention, Research and Community Advocacy Project in Nunavut
- xiii. Cleveland Clinic Main Campus Community Health Needs Assessment
- xiv. Community Health Needs and Resources Assessment Corner Brook Area
- xv. Greater Geelong Community Health Needs Assessment 2014
- xvi. Health needs assessment of Asian people living in the Auckland region
- xvii. KAISER FOUNDATION HOSPITAL – ANTIOCH- CHNA
- xviii. Kane Community Hospital CHNA
- xix. Population Health Needs Assessment for the communities of South Western Sydney

CZĘŚĆ B Analiza wskaźników zdrowia środowiskowego służących do pomiaru potrzeb zdrowotnych oraz nierówności w zdrowiu na poziomie lokalnym 160

1. Wprowadzenie
- 2.0. Proponowane wskaźniki zdrowia środowiskowego
- 2.1. Obszar: warunki zamieszkania
- 2.2. Obszar: jakość powietrza na zewnątrz pomieszczeń
- 2.3 Syntetyczny przegląd zaproponowanych wskaźników
3. Bibliografia
4. Propozycja pytań do kwestionariusza wywiadu badającego subiektywnie postrzegane środowiskowe potrzeby zdrowotne

CZĘŚĆ C Ocena potrzeb zdrowotnych dzieci. Przegląd wybranych publikacji międzynarodowych i krajowych. Potencjalne możliwości zastosowania na poziomie krajowym, regionalnym i sub-regionalnym w Polsce 234

1. Wprowadzenie
2. Cel i metody
3. Przegląd doświadczeń międzynarodowych w zakresie potrzeb zdrowotnych dzieci
4. Podsumowanie
5. Bibliografia

CZĘŚĆ D NARZĘDZIA POMIARU POTRZEB ZDROWOTNYCH OSÓB STARSZYCH NA POZIOMIE LOKALNYM – przegląd literatury 254

ZAŁĄCZNIK – Przegląd tabelaryczny doświadczeń międzynarodowych

Zespół autorski:

Roman Topór-Mądry

Urszula Stepaniak

Agnieszka Doryńska

Bartosz Balcerzak (zdrowie środowiskowe)

Marta Malinowska-Cieślik (potrzeby zdrowotne dzieci)

Katarzyna Szczerbińska (potrzeby osób starszych)

Stojgniew J. Sitko

Witosława Misiowiec

Elżbieta Brzezicka

Andrzej Pająk

Opis analiz potrzeb zdrowotnych na poziomie
międzynarodowym.

Podsumowanie oraz potencjalne możliwości
zastosowania w Polsce.

Wstęp

W poniższym przeglądzie omówiono wybrane programy oceny potrzeb zdrowotnych (HNA – Health Needs Assessment) przeprowadzanych na świecie (w krajach angielskojęzycznych). Wyboru dokonano w krajach o różnych systemach zdrowia, europejskich i pozaeuropejskich kierując się przede wszystkim dostępnością dokumentacji programu, w szczególności w zakresie użytych narzędzi oraz szczegółowego raportu, który mógł także umożliwić poznanie zastosowanych modeli oceny, sposobu wyciągania wniosków oraz dalszego postępowania z przeprowadzoną oceną potrzeb zdrowotnych populacji.

W przeglądzie znajdują się oceny potrzeb z Wielkiej Brytanii (5), Irlandii (1) Stanów Zjednoczonych (6), Kanady (2), Australii (2), Nowej Zelandii (2).

Wyniki przeglądu

1. EUROPA (WIELKA BRYTANIA, IRLANDIA)

W analizowanych raportach, z przeprowadzonych programów oceny potrzeb zdrowotnych, w krajach takich jak Wielka Brytania, Irlandia, cele były generalnie zbliżone i obejmowały poznanie aktualnych potrzeb zdrowotnych lokalnych społeczności, z uwzględnieniem warunków społeczno-ekonomicznych i demograficznych rejonu. Zebrane dane miały też na celu umożliwienie oceny wykorzystania przez mieszkańców istniejących zasobów opieki zdrowotnej oraz zdobycie informacji o tym, jakie usługi czy programy zdrowotne wymagają poprawy i wzmocnienia.

Do zebrania danych korzystano, w różnym zakresie, z danych wtórnych czyli z istniejących krajowych i lokalnych rejestrów i baz danych. Przykładowe źródła danych

wtórnych to rejestry, badania zdrowia ludności, lokalne programy zdrowia publicznego.

Potrzebne dane, które nie były dostępne w wyżej opisanych rejestrach, zbierane były bezpośrednio od mieszkańców. Do uzyskania tych danych stosowane były przygotowane wcześniej metody (kwestionariusze). Czas trwania projektów HNA ogółem był różny, od kilku miesięcy do ok. 2 lat. Aby umożliwić jak największej liczbie mieszkańców wypełnienie ankiet, były one dostępne nie tylko w formie tradycyjnej-wydrukowane, ale też w wersji elektronicznej (komputer, smartfon). Stosowane też były wywiady telefoniczne.

Przed zbieraniem danych od mieszkańców, podejmowano różne działania zachęcające mieszkańców do udziału w badaniu: akcje informacyjne, ulotki (umieszczane na tablicach ogłoszeń różnych organizacji lokalnych, na witrynach sklepowych, w bibliotece czy w przychodniach opieki zdrowotnej), ogłoszenia w lokalnej TV i informacja w radio, artykuły na ten temat w lokalnej prasie. W niektórych projektach aby zwiększyć uczestnictwo mieszkańców, brali oni udział w losowaniu bonów pieniężnych lub otrzymywali nagrody za udział w badaniu.

Różne były sposoby dotarcia z ankietami do mieszkańców. Albo rozdawano je wszystkim zainteresowanym, albo wysyłano pocztą do losowo wybranych mieszkańców z rejestru mieszkańców, albo rozmawiano telefonicznie – przeprowadzano wywiad z losowo wybranymi gospodarstwami domowymi w rejonie. Ankiety papierowe były łatwo dostępne w różnych miejscach, aby mogli je wypełnić mieszkańcy z różnych warstw społecznych i w różnym wieku, np. w bankach żywności, domach dla bezdomnych, szkołach, kościołach, itp. Miejsca gdzie badania HNA były przeprowadzane, to np. szpitale, przychodnie zdrowia, domy dla seniorów, ale korzystano także z możliwości zebrania danych podczas wydarzeń szkolnych czy kulturalnych (festiwale).

Ułatwiano mieszkańcom zwrot ankiet poprzez załączone znaczki czy urny na wypełnione kwestionariusze postawione w różnych ogólnodostępnych miejscach. Szczególną uwagę zwrócono na przeprowadzenie badania i uzyskanie danych od grup trudnodostępnych, np. bezrobotni, osoby pozostające w domach, np. osoby niepełnosprawne i ich opiekunowie, chorzy psychicznie, młode matki, młodzi ojcowie,

mężczyźni, osoby z niższym poziomem wykształcenia; seniorzy, imigranci, rodziny z dziećmi poniżej 18 r.ż.

Przed rozpoczęciem projektów zbierania danych pytania były walidowane w rozmowie z lokalnymi lekarzami rodzinnymi oraz wykonywane były badania pilotażowe.

Inną popularną formą zbierania danych pierwotnych były tzw. grupy fokusowe, gdzie dyskutowano z różnymi przedstawicielami społeczności (z mieszkańcami oraz świadczeniodawcami, pracownikami szpitali, itp.) o problemach zdrowotnych. Uczestnikom zadawane były pytania, o to co jest największym problemem zdrowia w społeczności, jakie są przyczyny tego stanu, co można zrobić, aby rozwiązać dany problem zdrowotny, czy obecna lokalna opieka zdrowotna spełnia/zaspokaja potrzeby społeczności? W jednym z projektów dane zebrano także poprzez wywiad osobisty (lub online) z liderami powiatu losowo wybranymi z rejestru usługodawców opieki zdrowotnej. Wywiad obejmował przygotowane pytania w kategoriach: definiowanie zdrowia i problemów zdrowotnych, działania organizacyjne dotyczące poprawy stanu zdrowia społeczności, współpraca i pomoc.

W analizowanych projektach HNA liczba i stopień uszczegółowienia pytań były bardzo różne, od bardzo wielu i bardzo dokładnych do bardziej ogólnych.

O co pytano mieszkańców w ankietach? Zbierano następujące dane: osobowe, o statusie społeczno - ekonomicznym, o stanie zdrowia, o chorobach przewlekłych (lista różnych chorób), o stylu życia: palenie papierosów (ilość, palenie bierne, próby rzucania i korzystanie z fachowej pomocy medycznej w rzucaniu palenia), alkohol (częstość picia, przyczyny), masa ciała i ewentualne próby odchudzania przy pomocy dietetyka, dieta (np. częstość spożywania różnych produktów, stosowanie diet), aktywność fizyczna (jaką dana osoba uprawia, a jaką chciałaby uprawiać i przeszkody w tym zakresie), zdrowie seksualne. Osobom, które wskazały, że chorują na daną chorobę przewlekłą, np. cukrzycę, zadawano dodatkowe pytania o sposób leczenia, skuteczność leczenia i problemy związane z tą chorobą. Pytano, czy dana choroba przewlekła lub niepełnosprawność zaburza uczestnictwo w codziennych aktywnościach życiowych. Zbierano informacje o korzystaniu z opieki medycznej (pogotowie, lekarz rodzinny, gabinety prywatne, specjaliści) oraz o opinii i ocenę mieszkańców o na temat dostępnych usług zdrowotnych.

Pytania o problemy zdrowotne często były tak sformułowane, aby ocenić co zdaniem mieszkańców jest problemem, występującym w ich otoczeniu. Pytano o przeszkody w utrzymaniu zdrowia i zdrowego stylu życia, np. niewystarczająca liczba obiektów sportowych w pobliżu, obiekty otwarte w niedogodnym czasie, brak pieniędzy, brak czasu, za mało wsparcia ze strony rodziny i przyjaciół, bycie przygnębionym.

W ankietach były też dodatkowe i specyficzne pytania dla wybranych grup, np. seniorów 60+, dla kobiet (mammografia, cytologia), dla mężczyzn (pytania dotyczące profilaktyki raka prostaty).

Na końcu zazwyczaj zadawano pytania o propozycje własne, co jest zdaniem mieszkańców potrzebne do rozwiązania obserwowanych w społeczności lokalnej najważniejszych problemów zdrowotnych?

Przeprowadzono także osobne ankiety dla dzieci i młodzieży szkolnej będącej w stanie samodzielnie je wypełnić. Pytania w ankiecie dla dzieci dotyczyły: danych ogólnych (klasa, wiek), korzystania z usług zdrowotnych w ostatnim czasie, np. dentysty, okulisty; sposobu odżywiania (np. „jak często jesz dania na wynos, np. pizza, hamburgery”; „czy możesz podać przykład owocu lub warzywa, które jadasz”; „w ubiegłym tygodniu, jak często któryś z twoich rodziców lub opiekunów usiadł i jadł obiad z tobą”, aktywności fizycznej (np. „czy kiedykolwiek otrzymałeś jakieś informacje o tym, jak ważne jest, aby ćwiczyć”; „jak często i gdzie uprawiasz sport”; „co sądzisz o obiektach sportowych w pobliżu twojego domu, np. parki, boiska, itp.”)?

Wyniki oceny potrzeb zdrowotnych. Z przeprowadzonych ocen potrzeb zdrowotnych powstały raporty, w których przy pomocy wykresów, tabel i map przedstawiono występowanie ocenianych cech i problemów, ogółem i z podziałem np. na płeć czy wiek. W raportach lub załącznikach do raportu przedstawiano też odpowiedzi na pytania otwarte ankiety poprzez zacytowanie wypowiedzi badanych.

W raportach podsumowano także kluczowe problemy zidentyfikowane podczas spotkań grup fokusowych. Priorytety ustalano różnie i nie zawsze wiadomo w jaki sposób powstała lista kilku problemów uznanych za priorytetowe; w niektórych projektach, problemy priorytetowe były to te, które najczęściej zostały wskazane przez mieszkańców i ich przedstawicieli. Na przykład nadużywanie alkoholu, palenie tytoniu, nowotwory, depresja, narkotyki, ciąża nieletnich. Uczestnicy grup fokusowych ustalali priorytety zdrowotne np. wspólnie przez konsensus.

W końcowej części niektórych raportów można znaleźć obszerny plan działania i rekomendacje, w odpowiedzi na wyodrębnione problemy społeczności, obejmujące działania na różnych szczeblach, rządowym, regionalnym i indywidualnym. Były to takie działania, jak np. poprawa zatrudnienia i wykształcenia w regionie, walka z ubóstwem, wprowadzenie dodatkowych programów profilaktycznych, zwłaszcza dotyczących zdrowia jamy ustnej, działania ukierunkowane na wspieranie rodzin i małych dzieci, zrewidowanie programów na temat uzależnienia i korzystania z narkotyków, utrzymanie i poprawę potencjału usług doradczych w zakresie zdrowia psychicznego. W niektórych rekomendowano ustanowienie lub wzmocnienie rad doradczych odbiorców opieki zdrowotnej, powołanie powiatowego 'Health Forum', poprawę dochodów mieszkańców poprzez współpracę w tym zakresie z sąsiednimi powiatami, poprawę dostępu do badań przesiewowych w kierunku nowotworów złośliwych, zmniejszenie częstości występowania otyłości, zwiększenie punktów taniej opieki medycznej, wdrożenie reform w celu poprawy sytuacji z ubezpieczeniem zdrowotnym, poprawę opieki nad przewlekle chorymi, zwłaszcza poprawę samokontroli stanu zdrowia i radzenia sobie z chorobą.

2. STANY ZJEDNOCZONE

Celami projektów dotyczących oceny potrzeb zdrowotnych prowadzonych na terenie USA były:

- 1) Diagnoza stanu zdrowia mieszkańców (określenie kompleksowego profilu ich stanu zdrowia).
- 2) Diagnoza dotycząca jakości opieki zdrowotnej dostępnej dla mieszkańców oraz jej zasobów, opracowanie 'mapy' regionu i zidentyfikowanie miejsc, w których dostęp do opieki zdrowotnej jest niemożliwy lub utrudniony.
- 3) Określenie potrzeb zdrowotnych mieszkańców (w zakresie zdrowia publicznego i opieki zdrowotnej).
- 4) Identyfikacja czynników wpływających na zdrowie mieszkańców.
- 5) Rozwijanie programów zdrowotnych.

- 6) Dążenie do poprawy stanu zdrowia mieszkańców poprzez zmniejszenie i eliminację nierówności w zakresie dostępu do opieki zdrowotnej oraz w jakości dostępnych zasobów.

Proces oceny potrzeb zdrowotnych był prowadzony przez jednostki takie jak: organizacje non-profit, uniwersytety, firmy badawczo-konsultingowe. Do zadań tych jednostek należało pozyskiwanie i gromadzenie danych wtórnych (już zgromadzonych w ramach statystyki publicznej oraz innych baz danych, np. szpitalnych) oraz danych pierwotnych (zbieranych za pomocą kwestionariuszy i wywiadów z członkami społeczności), zabezpieczenie potrzebnych do tego celu środków technicznych i naukowych, opracowanie pozyskanych danych. Zleceniodawcami procesów oceny potrzeb zdrowotnych były natomiast lokalne Departamenty Zdrowia Publicznego, szpitale i przychodnie, lokalni inwestorzy oraz interesariusze, ich rola polegała na ustaleniu zakresu planowanych prac, zapewnieniu źródeł finansowania procesu oraz nadzór nad jego prawidłowym przebiegiem.

W ramach działań wspierających oraz wzmacniających współpracę jednostek lokalnych w procesie oceny potrzeb zdrowotnych mieszkańców nawiązano partnerstwo z lokalnymi liderami zdrowia publicznego, szpitalami non-profit, przedstawicielami lokalnego rządu, uniwersytetów, społeczności oraz organizacji pozarządowych. Powołano lokalne stanowe rady zdrowia (składające się ze świadczeniodawców, nabywców oraz pozarządowych użytkowników zasobów ochrony zdrowia). Utworzono szereg jednostek określonych jako Koalicje na rzecz Zdrowia (Health Coalitions), których zadaniem było między innymi prowadzenie kampanii medialnych propagujących projekty odbywające się w ramach oceny potrzeb zdrowotnych mieszkańców, a także zachęcanie mieszkańców do udziału w przedsięwzięciu oraz pomoc w rekrutacji uczestników badania.

Proces oceny potrzeb zdrowotnych przebiegał w kilku etapach. Pierwszym etapem było zazwyczaj pozyskanie i opracowanie wtórnych danych demograficznych i zdrowotnych zbieranych w ramach istniejącego systemu sprawozdawczości statystycznej. Dane wtórne wykorzystane w procesie oceny potrzeb zdrowotnych uwzględniały: dane dotyczące urodzeń i zgonów pozyskane z lokalnych źródeł ewidencji ludności, rejestrów szpitalnych, oddziałów ratunkowych, rejestrów chorób (np. nowotworów, chorób zakaźnych) oraz dane pochodzące za spisów ludności. Jeśli to było możliwe, włączano także dane zebrane w ramach prowadzonych wcześniej na danej populacji badań naukowych lub dane dotyczące

wybranych wskaźników stanu zdrowia zbierane poprzez funkcjonujące na danym terenie internetowe systemy zbierania takich danych. Szczegółowe dane wtórne dotyczące sytuacji zdrowotnej mieszkańców danego regionu obejmowały między innymi informacje o oczekiwanej długości życia, umieralności, w tym umieralności niemowląt, niskiej masie urodzeniowej niemowląt, odnotowanych komplikacjach okołoporodowych, zdrowiu matek i zdrowiu reprodukcyjnym, dane o urazach i zatruciach występujących na danym obszarze, dane dotyczące zdrowia psychicznego i seksualnego mieszkańców, występowaniu chorób przewlekłych, informacje o zachorowaniach na AIDS i zabójstwach. Wykorzystane w procesie oceny potrzeb zdrowotnych dane wtórne dotyczące opieki zdrowotnej i korzystania z jej zasobów uwzględniały między innymi: liczbę hospitalizacji w analizowanym okresie, przyczyny hospitalizacji (np. hospitalizacje z powodu chorób przewlekłych, z powodu nadmiernego spożycia alkoholu i przyjmowania narkotyków, urazów i wypadków), długość hospitalizacji, wizyty na oddziałach ratunkowych i w ambulatoriach, dane dotyczące opieki okołoporodowej oraz opieki nad matką i dzieckiem.

Kolejnym etapem w ramach prowadzonych działań były wywiady z interesariuszami kluczowymi dla procesu oceny potrzeb zdrowotnych, takimi jak osoby reprezentujące lokalną społeczność, przedstawicielami szpitali, specjalistami z zakresu zdrowia publicznego, przedstawicielami ośrodków prowadzących badania medyczne, reprezentantami władz lokalnych, przedstawicielami instytucji edukacyjnych oraz różnych organizacji non-profit. Wśród przedstawicieli lokalnej społeczności bardzo ważną rolę odgrywały szczególne grupy mieszkańców, określane jako grupy narażone (vulnerable groups), w gronie których znalazły się osoby zagrożone ubóstwem, przedstawiciele mniejszości etnicznych i religijnych zamieszkujących dany obszar, osoby bezrobotne, mieszkańcy o niskim poziomie wykształcenia, osoby nieposiadające ubezpieczenia zdrowotnego. Prowadzono wywiady fokusowe z uczestnikami wybranymi do tego celu tak, aby zapewnić reprezentację i uczestnictwo członków całej społeczności, a zwłaszcza tych należących do grup narażonych oraz takich, o których wiadomo, że ich potrzeby zdrowotne mogą nie być zaspokajane. Wywiady fokusowe były prowadzone również z liderami władz rządowych na poziomie stanowym i regionalnym, w tym w szczególności z osobami, które posiadają adekwatną wiedzę i doświadczenie w dziedzinie zdrowia publicznego. Ważną rolę na tym etapie procesu oceny potrzeb zdrowotnych odgrywali lekarze klinicyści mający wiedzę i doświadczenie w kontaktach z lokalną społecznością, a zwłaszcza z udzielaniem

pomocy medycznej w zakresie urazów, przemocy, zdrowia psychicznego, a także pracy z populacjami szczególnie zagrożonymi oraz narażonymi na wykluczenie społeczne, takimi jak młodzież i rodziny imigrantów.

W procesie oceny potrzeb zdrowotnych korzystano także ze specjalnie do tego celu skonstruowanych kwestionariuszy, które były wypełniane przez mieszkańców stanu/regionu. Jeśli to było możliwe, badaną grupę mieszkańców dobierano w sposób losowy. Do badania kwestionariuszowego (lub telefonicznego, jeśli badanie za pomocą kwestionariusza nie było możliwe do przeprowadzenia) zapraszano zwłaszcza osoby z grup narażonych/zagrożonych wykluczeniem społecznym. Kwestionariusze były umieszczane na stronach internetowych lokalnych Departamentów Zdrowia, jak również były wysyłane do mieszkańców drogą pocztową lub e-mailową. Informacje o projekcie dotyczącym oceny potrzeb zdrowotnych rozpowszechniano za pośrednictwem lokalnych mediów, a także przez ogłaszanie prowadzenia tej inicjatywy na łamach lokalnych wspólnot religijnych.

Dane pierwotne zbierane za pomocą kwestionariuszy, wywiadów z interesariuszami oraz rozmów telefonicznych z przedstawicielami lokalnych wspólnot dotyczyły informacji demograficznych, zdrowotnych i społecznych, jak również korzystania z opieki zdrowotnej, potrzeb w tym zakresie oraz barier napotykanych w dostępie do opieki zdrowotnej i ochrony zdrowia. Kwestie związane z potrzebami zdrowotnymi oceniane za pomocą kwestionariusza dotyczyły zarówno potrzeb pojedynczych mieszkańców, jak również całej społeczności. Za pomocą tej metody określano i definiowano działania umożliwiające poprawę stanu zdrowia mieszkańców oraz dostępu do opieki zdrowotnej i informacji o zdrowiu. Usługodawcy i świadczeniodawcy z obszaru opieki zdrowotnej również brali udział w procesie pozyskiwania danych pierwotnych – udzielali informacji o zasobach opieki zdrowotnej i możliwościach podejmowania działań z zakresu ochrony zdrowia na terenie danego regionu.

Szczegółowa lista zebranych danych pierwotnych uwzględniała: dane demograficzne (wiek, płeć, stan cywilny, posiadanie dzieci), dane ekonomiczne (dochód, zatrudnienie, bezrobocie, stan posiadania), samoocenę stanu zdrowia, samoocenę doświadczanych problemów zdrowotnych (głównie dotyczących chorób przewlekłych, np. nadciśnienia, cukrzycy, astmy, przewlekłych chorób układu oddechowego, chorób serca, przewlekłych stanów bólowych, depresji i innych problemów natury psychicznej).

Respondenci określali częstość korzystania z porad lekarza rodzinnego oraz usług medycznych w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej oraz występowanie problemów i barier w dostępie do wymienionych świadczeń, określali jakich specjalistów brakuje według nich na danym terenie, do których z nich jest najtrudniejszy dostęp. Oceniano także możliwości korzystania z opieki stomatologicznej. Mieszkańcy opisywali swój styl życia, odpowiadali na pytania o podejmowanie aktywności fizycznej, spożywanie alkoholu, palenie tytoniu (czynne i bierne), używanie narkotyków, wykonywanie badań profilaktycznych, szczepienia, stosowanie odpowiedniej diety. Badane osoby były także pytane o doświadczenie przemocy w domu i wobec dzieci, o ubezpieczenie zdrowotne, o potrzeby zdrowotne występujące w ich ocenie w lokalnej społeczności, o to, czy na terenie przez nich zamieszkanym prowadzone są lokalne programy zdrowotne. Za pomocą pytań zawartych w kwestionariuszach oceniano także, czy w danej społeczności osoby starsze są zaniegdywane.

W przypadku danych pierwotnych bardzo często zbierano także dane jakościowe, które były pozyskiwane z wywiadów z członkami społeczności, których potrzeby zdrowotne nie były zaspokojone, takimi jak na przykład przedstawiciele mniejszości etnicznych i religijnych, osoby o niskich dochodach oraz osoby chorujące na choroby przewlekłe. Dane takie podlegały wstępnemu opracowaniu – identyfikowano kluczowe tematy, które pojawiały się w wywiadach prowadzonych we wszystkich grupach. Wywiady z interesariuszami prowadzono tak, aby uzyskać odpowiedzi na szereg pytań:

- 1) W jaki sposób Pana/Pani miejsce pracy (pozycja zawodowa) związane jest z potrzebami zdrowotnymi?
- 2) Jakimi cechami charakteryzuje się zdrowa społeczność?
- 3) Jakie są szczególne regionalne problemy zdrowotne? Jakie słabe i mocne strony można wykazać dla danej społeczności w zakresie poprawy stanu zdrowia mieszkańców?
- 4) Jakie są najbardziej priorytetowe potrzeby zdrowotne, które powinny zostać zrealizowane w pierwszej kolejności?
- 5) Czy dostępne zasoby są wystarczające aby zaspokoić potrzeby zdrowotne? Jaki powinien być stan zdrowia danej społeczności za 5-10 lat?

Na podstawie opracowanych wyników zidentyfikowano problemy zdrowotne oraz problemy związane z zaspokajaniem potrzeb zdrowotnych mieszkańców, a następnie formułowano zalecenia i rekomendacje mające na celu poprawę istniejącej sytuacji.

Zidentyfikowane problemy zdrowotne to wysoka umieralność niemowląt, problemy związane z prewencją chorób przewlekłych (nadciśnienie, hipercholesterolemia, cukrzyca, choroby układu krążenia), problemy w obszarze zdrowia psychicznego oraz związane z nadużywaniem substancji psychoaktywnych (uzależnienia), otyłość, brak aktywności fizycznej, problemy występujące w obszarze zdrowia prekonceptyjnego oraz związane z porodem, niewystarczająca liczba szczepień, przemoc oraz wykorzystywanie i zaniedbywanie dzieci.

Najczęściej występującymi problemami w zakresie potrzeb zdrowotnych były problemy związane z dostępem do świadczeń ochrony zdrowia oraz w zakresie finansowania i zapewnienia wystarczającej infrastruktury opieki zdrowotnej występującej na danym terenie. Zdiagnozowano problemy w dostępie do przystępnej cenowo opieki stomatologicznej, brak profesjonalnej edukacji w zakresie żywienia i kontroli masy ciała, niedostateczny poziom opieki okulistycznej i psychiatrycznej. Wśród przykładowych barier w dostępie do opieki zdrowotnej szczegółowo wymieniano: bariery finansowe (dotyczące niemożności pokrycia kosztów porady lekarskiej), bariery kulturowe i językowe (dotyczące problemów z komunikacją w języku angielskim), bariery edukacyjne (dotyczące kontaktu z mieszkańcami, którzy nie ukończyli żadnej szkoły), bariery ubezpieczeniowe (powstające w przypadku osób nieubezpieczonych i bezrobotnych), bariery mieszkaniowe (dotyczące osób wynajmujących mieszkania lub też nieposiadających miejsca stałego zamieszkania).

Na podstawie uzyskanych wyników ustalono listę priorytetów obejmujących niezbędne działania w zakresie zaspokojenia potrzeb zdrowotnych mieszkańców. Obejmuje ona:

- 1) Podjęcie działań zmierzających do ograniczenia negatywnych działań związanych ze stylem życia, które wpływają na zdrowie (palenie, otyłość, korzystanie z używek).

- 2) Poprawa opieki nad osobami chorującymi przewlekle (a zwłaszcza na astmę, nowotwory, choroby układu krążenia, cukrzycę).
- 3) Poprawa edukacji i badań przesiewowych w profilaktyce nowotworów.
- 4) Poprawa stanu infrastruktury opieki zdrowotnej.
- 5) Zwiększenie dostępu do opieki zdrowotnej i osiągalności świadczeń zdrowotnych.
- 6) Wdrożenie szerokich programów profilaktycznych w zakresie uzależnień.
- 7) Ułatwienie/umożliwienie poprawy sytuacji osób nie objętych ubezpieczeniem zdrowotnym oraz osób z grup zagrożonych/narażonych.

Rekomendacje sformułowane na podstawie analizy potrzeb zdrowotnych mieszkańców uwzględniały między innymi:

- 1) Zwiększenie dostępu do ubezpieczeń zdrowotnych tam, gdzie to możliwe. Wdrożenie reform w celu poprawy sytuacji związanej z ubezpieczeniem zdrowotnym dla nieubezpieczonych mieszkańców, mających na celu zwiększenie możliwości uzyskania ubezpieczenia.
- 2) Ustanowienie lub wzmocnienie rad doradczych konsumentów opieki zdrowotnej, w których skład wchodziłoby przedstawiciele interesariuszy procesu oceny potrzeb zdrowotnych w regionie.
- 3) Koncentrację zasobów i usług opieki zdrowotnej wobec grup społecznych, które doświadczają najwięcej barier i różnic w stanie zdrowia z powodów ekonomicznych, kulturowych lub językowych.
- 4) Zwiększenie liczby punktów oferujących tanią opiekę medyczną lub wprowadzenie specjalnych rabatów cenowych na usługi z zakresu ochrony zdrowia i opieki zdrowotnej dla osób mających trudności finansowe.
- 5) Poprawę dostępu do badań przesiewowych w kierunku nowotworów oraz obserwacja dostępności i skuteczności leczenia schorzeń z tej grupy.
- 6) Poprawę opieki nad osobami przewlekle chorymi (dodatkowa opieka, zwiększenie możliwości działań związanych z samokontrolą swojego

stanu zdrowia, zwiększenie samodzielności i poprawa stopnia radzenia sobie z chorobą).

- 7) Poprawę dostępu do wczesnej opieki ginekologicznej tj. w pierwszym trymestrze ciąży oraz odpowiedniej opieki okołoporodowej.
- 8) Wdrożenie szerokich programów profilaktycznych w zakresie uzależnień na poziomie populacyjnym.
- 9) Zapewnienie podstawowej opiece zdrowotnej i realizatorom programów edukacyjnych profesjonalnych narzędzi do wykrywania i leczenia uzależnień.
- 10) Rozpowszechnienie programów dotyczących zdrowia psychicznego dla osób dorosłych i dzieci, niezależnie od statusu osoby zgłaszającej potrzeby w tym zakresie i zdolności pokrycia kosztów udziału.

3. KANADA, AUSTRALIA, NOWA ZELANDIA

Ocena potrzeb zdrowotnych miała na celu identyfikację i lepsze zrozumienie potrzeb zdrowotnych lokalnej społeczności, opracowanie charakterystyki społeczno-demograficznej tej społeczności oraz analizę dostępności usług medycznych. Ponadto jej zadaniem było wprowadzanie aktywności wpływających korzystnie na stan zdrowia ludności, zaplanowanie i wdrożenie adekwatnych strategii oraz identyfikacja i zmniejszenie nierówności w zdrowiu. Warto zauważyć, że w krajach tych skupiano także uwagę na potrzebach zdrowotnych lokalnych mniejszości etnicznych oraz narodowych w celu identyfikacji nierówności w zdrowiu oraz określenia obszarów priorytetowych dla polityk regionalnych i planowania usług medycznych w tych społecznościach. Szacowanie potrzeb zdrowotnych miało na celu ocenę problemów związanych z opieką zdrowotną, dostępem do porad, profilaktyki zdrowotnej, opieki społecznej a także innych problemów takich jak przestępczość (nieletnich) czy samobójstwa, określenie priorytetów

zdrowotnych, ustalenie czy występują regionalne różnice w potrzebach zdrowotnych z uwzględnieniem płci i regionu zamieszkania.

Analiza zwykle przebiegała dwuetapowo.

Pierwszy etap polegał na gromadzeniu danych regionalnych (dane zastane), przeglądzie programów zdrowotnych realizowanych w regionie, badaniach z wykorzystaniem grup fokusowych oraz przeprowadzeniu ankiet badawczych na zdefiniowanej grupie mieszkańców. W ramach badania fokusowego przeprowadzano m.in. wywiady eksperckie z interesariuszami reprezentującymi instytucje z następujących obszarów: edukacja, prawo, zdrowie psychiczne, opieka społeczna, organizacje pozarządowe, samorząd lokalny. Zbieranie danych obejmowało także przeprowadzanie wywiadów oraz ankiet wśród lekarzy zakładów opieki zdrowotnej/szpitali, spotkania z opiekunami osób chorób, wolontariuszami, studentami, przedstawicielami władz lokalnych, a także spotkania informacyjne z lokalnymi organizacjami pozarządowymi.

Analizowane dane z istniejących rejestrów dotyczyły takich obszarów jak zagadnienia społeczno-demograficzne (liczba ludności, w podziale na 5 letnie grupy wiekowe), migracje, urodzenia, zgony, wykształcenie, dochód, zatrudnienie, pochodzenie etniczne), problemy dotyczące zachowań prozdrowotnych (palenie tytoniu, spożywanie alkoholu, nadwaga, aktywność fizyczna, uczestnictwo w przesiewowych badaniach cytologicznych i mammograficznych, spożycie warzyw i owoców, uzależnienie młodzieży i zaburzenia towarzyszące) oraz stanu zdrowia (samoocena stanu zdrowia, szczepienia, występowanie chorób układu krążenia, układu oddechowego, nowotworów ale również np., stan uzębienia oraz jamy ustnej). Również ważnym elementem była ocena opieki zdrowotnej (np. liczba dzieci biorących udział w programach zdrowotnych, hospitalizacje oraz zasoby opieki zdrowotnej (np. liczba lekarzy ogółem, liczba lekarzy pierwszego kontaktu, liczba pielęgniarek, liczba farmaceutów, liczba szpitali (państwowych i publicznych), organizacje pozarządowe działające na terenie analizowanego obszaru, liczba opiekunów osób starszych, liczba oddziałów ratunkowych, dostęp i dostępność do świadczeń zdrowotnych, opieka świąteczna i całodobowa, liczba osób przypadająca na jednego lekarza opieki podstawowej, procent populacji poddanej badaniu stomatologicznemu, współczynnik hospitalizacji/100 tys., obłożenie łóżek szpitalnych, procent mieszkańców zapisanych do lekarza pierwszego kontaktu, liczba operacji/100 tys., dostępność specjalistycznych

zabiegów operacyjnych, współczynnik hospitalizacji możliwych do uniknięcia). W badaniach młodzieży uwzględniano m.in. wykształcenie, liczbę ciąż wśród nastolatek, liczbę samobójstw.

Druga faza to interpretacja zebranych danych, analiza dobrych praktyk, eksploracja danych społeczno demograficznych, identyfikacja potrzeb. Wnioski były formułowane w oparciu o pozyskane dane i dotyczyły występowania problemów zdrowotnych, społecznych i środowiskowych, wsparcia osób starszych, barier w dostępie do różnych usług dla osób niepełnosprawnych, rozpowszechnienie zjawiska nadwagi, niski poziom aktywności fizycznej wśród dzieci, wysokie koszty opieki stomatologicznej i rehabilitacji, brak odpowiednich usług dla osób, które przeszły udar, długi czas oczekiwania na świadczenia medyczne.

Zatem szacowanie potrzeb zdrowotnych przebiegało w oparciu o cztery typy informacji dotyczących stanu zdrowia (dane statystyczne), wartości społecznych (profile), potrzeb zdrowotnych w opinii mieszkańców społeczności (ankieta) oraz potrzeb zdrowotnych w opinii interesariuszy (wywiady grupowe, wywiady eksperckie, konsultacje z lokalnymi samorządami).

Przeprowadzane badania ankietowe skupiały się na głównych problemach zdrowotnych występujących w lokalnej społeczności, postrzegania dostępności usług ale także wykraczały poza obszar zdrowia, bowiem dotyczyły także zadowolenia z lokalnych usług, działań i rozwiązań (np. dostęp do szkolnictwa, bibliotek, poczty, programy dla seniorów, działanie takich służb jak policja, straż pożarna, transport publiczny). Warto podkreślić, że w krajach wielonarodowościowych wnioski dotyczące stanu zdrowia oraz potrzeb zdrowotnych dotyczyły wszystkich grup społecznych. W przeanalizowanych przykładach najczęściej występującymi problemami zdrowotnymi wśród lokalnych mniejszości narodowych były wysokie obciążenie chorobami przewlekłymi (np. cukrzycą, chorobami układu krążenia), większe ryzyko niedonoszenia ciąży, niska waga urodzeniowa, zaćma, przemoc w rodzinie oraz zbyt niska częstotliwość spożywania warzyw/owoców, niski poziom aktywności fizycznej oraz częstsze występowanie otyłości.

Przeprowadzone analiza pozwoliła stworzyć rekomendacje działań w analizowanych obszarach zdrowotnych, na przykład:

- 1) zdrowie psychiczne (implementacja programu powrotu do zdrowia dla osób z długotrwałymi problemami psychicznymi; opracowanie efektywnej ścieżki leczenia dla osób z problemami psychicznymi; zapewnienie odpowiedniego wsparcia, informacji oraz edukacji),
- 2) nadwaga i otyłość (realizacja szkoleń pt. Healthy Eating Activity and Lifestylea, wdrożenie programów edukacyjnych, prowadzenie akcji informacyjnych),
- 3) palenie tytoniu (działania edukacyjne, opracowanie programów pomagających rzucić palenie; monitoring rozpowszechnienia palenia w danej populacji),
- 4) choroby przewlekłe takie jak cukrzyca i choroby układu sercowo-naczyniowego (opracowanie skutecznej ścieżki leczenia cukrzycy oraz chorób układu krążenia; uwzględnienie cukrzycy ciężarnych w programach zdrowotnych; promowanie zdrowego stylu życia),
- 5) nowotwory (opracowanie ścieżki opieki paliatywnej dla osób z nowotworami),
- 6) ciąża i opieka okołoporodowa (opracowanie strategii zwiększającej korzystanie z opieki lekarza pierwszego kontaktu).
- 7) zmniejszenie nierówności w zdrowiu,
- 8) promowanie i wspieranie zdrowego stylu życia,
- 9) szybka ścieżka rozpoznawania i leczenia nowotworów,
- 10)zapewnienie wysokiej jakości opieki zdrowotnej dla dzieci,
- 11)zwiększenie dostępności do świadczeń z zakresu zdrowia psychicznego,
- 12)uwzględnienie potrzeb zdrowotnych osób starszych,
- 13)identyfikacja potrzeb zdrowotnych, które mogą pojawić się w przyszłości.

4. PODSUMOWANIE I WNIOSKI DLA OCENY POTRZEB ZDROWOTNYCH W POLSCE NA PODSTAWIE MIĘDZYNARODOWYCH DOŚWIADCZEŃ W WIELKIEJ BRYTANII, IRLANDII, STANACH ZJEDNOCZONYCH, KANADZIE, AUSTRALII ORAZ NOWEJ ZELANDII

Uwagi wg etapów oceny potrzeb zdrowotnych:

A. W zakresie celu badania:

1. Szeroki kontekst oceny potrzeb zdrowotnych, uwzględniający ich umocowanie w środowisku społeczno-ekonomicznym populacji docelowej.
2. Konieczność określenia grup wrażliwych i grup, których dotyczą nierówności zdrowotne na początku analizy potrzeb zdrowotnych
3. W ocenie potrzeb zdrowotnych powinny zostać uwzględnione dane statystyczne i opinie mieszkańców na temat lokalnych potrzeb zdrowotnych i przeszkód w dostępie do opieki zdrowotnej.
4. Wynikiem oceny potrzeb zdrowotnych powiatu powinno być dostarczenie informacji przydatnych do opracowania planu różnorodnych działań mających na celu poprawę sytuacji zdrowotnej w rejonie.

B. Źródła danych, metodologia badawcza:

5. Wykorzystanie różnych źródeł danych – od osób korzystających z usług zdrowotnych, od ich rodzin, różnych organizacji, jak również opracowań pochodzących z badań naukowych nad potrzebami zdrowotnymi.
6. Możliwość wyrażenia opinii przez osoby reprezentujące różne grupy społeczne – nie tylko ogółu mieszkańców danej gminy/powiatu, ale również od lekarzy, prawników, pracowników socjalnych.
7. Uwzględnienie udziału świadczeniodawców w procesie oceny potrzeb zdrowotnych.
8. Zastosowanie w procesie oceny potrzeb zdrowotnych tzw. wywiadów eksperckich i wywiadów grupowych z przedstawicielami instytucji

edukacyjnych, opieki społecznej, samorządu lokalnego, organizacji pozarządowych etc.

9. Wykorzystanie danych dotyczących problemów i potrzeb zdrowotnych uzyskanych od osób znajdujących się w grupach szczególnego ryzyka wykluczenia społecznego (bezrobotni, osoby z niskim poziomem wykształcenia, osoby pozostające w domach, mniejszości wyznaniowe i inne).

10. W przypadku zbierania danych pierwotnych należy:

- a. Aktywnie poszukiwać, dotrzeć i zebrać dane od wszystkich grup mieszkańców, w tym tzw. grup trudnodostępnych i grup wrażliwych np. bezrobotni, młode matki, młodzi ojcowie, osoby starsze 65+, chorzy psychicznie, osoby pozostające w domach, od młodzieży <18rż, osoby z niskimi dochodami, imigranci.
- b. Zastosować wersję elektroniczną ankiety, obok papierowej.
- c. Utworzyć stronę internetową HNA z linkiem do ankiety elektronicznej dla mieszkańców i dla liderów opieki zdrowotnej w rejonie.
- d. Wraz z ankietą pocztową dostarczyć respondentom zaadresowane zwrotnie koperty na wypełnione ankiety.
- e. Do zbierania danych pierwotnych wykorzystać wydarzenia np. szkolne czy kulturalne (festiwale).
- f. Rozważyć metodę wywiadu telefonicznego z losowo wybraną próbą gospodarstw domowych w rejonie (pytania o potrzeby całej rodziny a nie pojedynczych osób).
- g. W ankietach pozostawić na końcu pytanie otwarte gdzie mieszkańcy mogą wyrazić swoją opinię o potrzebach zdrowotnych w swojej społeczności
- h. Przeprowadzić ocenę potrzeb zdrowotnych młodzieży (np. w szkołach) i dzieci (wywiad z rodzicami)

11. Kompletnie wykorzystanie danych wtórnych, dostęp do ogólnokrajowych baz danych, baza danych lokalnych, analizy desk research,

12. Stworzenie narzędzia/systemu, który umożliwi zbieranie danych dotyczących populacji lokalnej i jej potrzeb zdrowotnych

13. Konieczność tworzenia zespołów koordynujących przebieg procesu HNA; korzystna współpraca z ośrodkiem badawczym (uniwersytet, firma komercyjna) w celu zapewnienia poprawności metodologicznej badania. Można rozważyć włączenie np. wolontariuszy, uczniów, studentów w realizację badania.
14. Informację o badaniu HNA trzeba rozpowszechnić i zachęcić mieszkańców do udziału poprzez np. informację w prasie lokalnej, lokalnej TV, specjalne ulotki, informowanie o podejmowanym badaniu poprzez przedstawicieli wspólnot religijnych.

C. Ustalanie priorytetów na podstawie oceny potrzeb zdrowotnych

15. Priorytetyzacja zdiagnozowanych potrzeb zdrowotnych: głównym wyznacznikiem była możliwość oddziaływania umożliwiającego zaspokojenie konkretnych potrzeb zdrowotnych, następnie określano zgodność takich działań z innymi działaniami skoncentrowanymi na tym samym problemie oraz oceniano efektywność potencjalnych działań i to, czy odpowiadają one na potrzeby zdrowotne społeczności.
16. Do określenia priorytetów możliwe użycie skali ważności (np. od 1- najważniejsze do 10- najmniej ważne), gdzie oceny dokonywać mogą przedstawiciele różnych grup społecznych zaangażowanych w cały proces (lekarze, pielęgniarki, opiekunowie osób chorych, studenci, przedstawiciele władz lokalnych). Ocena zdiagnozowanych problemów zdrowotnych i wynikających z nich potrzeb zdrowotnych w trzech wymiarach: ważność, wpływ na lokalną społeczność oraz możliwość realizacji.
17. Ważne opinie mieszkańców, jakie działania ich zdaniem byłyby przydatne do poprawy stanu zdrowia w powiecie
18. Konieczna identyfikacja już istniejących programów zdrowotnych i ocena możliwości ich usprawnienia

D. Określenie strategii działania

19. Opracowanie strategii działania (najczęściej kilkuletnich) mających pomóc rozwiązać zaobserwowane problemy i zaspokoić zdiagnozowane potrzeby zdrowotne.
20. Nieplanowanie działań zmierzających do rozwiązania problemów, których rozwiązanie leży w kompetencjach innych podmiotów – np. dotyczących finansowania opieki zdrowotnej, poprawy zatrudnienia i dostępu do edukacji.
21. Skonstruowanie specjalnych modeli opieki przystosowanych do osób ze szczególnymi problemami (np. z trudnościami w uczeniu się), w którego zakres wchodzić będą różnego rodzaju zasoby (POZ, opieka szpitalna, ambulatoryjna i specjalistyczna, inne usługi).

CZĘŚĆ A

**Przegląd międzynarodowych programów
oceny potrzeb zdrowotnych na poziomie lokalnym
Doświadczenia w Stanach Zjednoczonych, Kanadzie,
Wielkiej Brytanii, Australii i Nowej Zelandii**

I. NAZWA: UK, STRABANE NEIGHBOURHOOD RENEWAL AREA Health Needs Assessment a

1. Cel przeprowadzenia oceny potrzeb zdrowotnych

Celem było przeprowadzenie analizy potrzeb zdrowotnych ludności żyjącej w rejonie Strabane (Northern Ireland) oraz poznanie opinii mieszkańców na temat potrzeb zdrowotnych w tym rejonie.

Cele badania:

- a) dostarczenie pełnego obrazu potrzeb społeczności w szerszym kontekście środowiska fizycznego, warunków społeczno-ekonomicznych, zdrowia i dobrostanu mieszkańców,
- b) uwzględnienie szerszych uwarunkowań zdrowia i dobrostanu,
- c) dostarczenie informacji do opracowania planu działań mających na celu poprawę sytuacji zdrowotnej.

2. Zleceniodawca oceny, jeśli możliwe to źródło i wysokość finansowania

Zleceniodawcą i fundatorem byli: *Department of Social Development* i *The Western Investing for Health Partnership*. Nie ma informacji o wysokości finansowania.

3. Czas - kiedy dokonano analizy oraz jak długo trwał proces oceny potrzeb zdrowotnych

Cały proces oceny potrzeb zdrowotnych w rejonie Strabane miał miejsce w czasie od 1 października 2009 do 31 marca 2011.

Ankiety były rozprowadzane od 15 lutego 2010 roku i czas na oddanie ankiet był do 08 marca 2010 (kiedy to zbierano ankiety).

4. Kto brał udział w procesie oceny potrzeb zdrowotnych, partnerzy; metoda doboru osób do badania (losowanie, wagi, grupy osób, na które szczególnie trzeba zwrócić uwagę, np. osoby starsze)

Do prowadzenia i nadzorowania postępu prac w projekcie HNA powołano specjalną grupe sterująca (koordynująca) złożoną z 4 osób:

- Patrick O'Doherty (Strabane Local Strategy Partnership),
- Jeff Barr (Strabane Local Strategy Partnership),
- Gerry Harkin (Strabane Neighbourhood Renewal Partnership),

- Seamus Mullen (Western Investing for Health Partnership).

Do przeprowadzenia projektu zaproszono firmę *Moore Stephens* oraz *the Strabane Local Strategy Partnership*.

Badane osoby:

W badaniu ankietowym mogli wziąć udział wszyscy mieszkańcy z badanego rejonu; organizatorzy podjęli działania, aby jak najwięcej osób wypełniło ankietę. Aby dotrzeć do jak największej liczby osób, zidentyfikowano szereg grup społecznych i organizacji, gdzie można było przeprowadzić badanie (np. biblioteka, szkoły wyższe, urząd pracy, praktyki lekarskie, np. *Family Practice*, *Strabane Health Centre*, biuro firmy taksówkowej). Grupy zostały zidentyfikowane w dyskusji grupy sterującej z sieciami społecznościowymi i poprzez przegląd katalogu organizacji lokalnych. Tydzień przed planowanym badaniem ankietowym, skontaktowano się z każdą grupą, organizacją i przedstawiono cel projektu, wyjaśniono, co to jest ocena potrzeb zdrowotnych i poproszono o pomoc w dystrybucji ankiet. Zapytano ile każda z wyłonionych grup i organizacji mogłaby rozprowadzić ankiet. Wszystkie grupy z którymi skontaktowano się były chętne do pomocy w projekcie.

Szczególne uwagę zwrócono na przeprowadzeniu badania i uzyskaniu danych od **grup trudnodostępnych**, byli to:

- a) **Mężczyźni** - skontaktowano się z urzędnikiem ds. sportu w Radzie Powiatu Strabane w celu identyfikacji ewentualnych grup mężczyzn zarówno do grupy fokusowej, jak i do przeprowadzenia ankiety ogólnej. Ponadto skontaktowano się z lokalną organizacją byłych więźniów oraz 2 biurami taksówek gdzie rozdystrybuowano ankietę do wypełnienia.
- b) **Młodzi ojcowie** - ankietę dostarczono do organizacji młodych ojców poprzez koordynatora projektu: „The ‘Da’ Young Fathers”.
- c) **Młode matki** - ankietę dostarczono do organizacji zrzeszającej młode matki: „Strabane Sure Start”; ponadto zorganizowano grupę fokusową w organizacji „Lifestart” dla młodych matek i rodziców dzieci w wieku 0-4 lat.

- d) **Bezrobotni** - ankietę dostarczono do biura pracy.
- e) **Osoby z niższym poziomem wykształcenia („essential skills”)** - ankietę w szkole zawodowej
- f) **Osoby pozostające w domach** - ankietę rozprowadzono wśród tych osób poprzez grupy opiekunów opieki domowej i organizacji społecznych.

Aby zebrać informacje o potrzebach zdrowotnych we wszystkich przedziałach wiekowych, przeprowadzono również **ankietę dla dzieci i młodzieży** w szkołach podstawowych i średnich w powiecie. Większość szkół w powiecie zgodziła się wziąć udział w dystrybucji i zbieraniu ankiet dla dzieci i młodzieży

Zbadani w badaniu ankietowym stanowili 26% ogólnej populacji powiatu. Łącznie oddano 359 ankiet (internetowych i pocztowych) i 437 ankiet od dzieci. Ogólna frekwencja w badaniu wyniosła 45%.

5. Gdzie (centrum koordynujące, miejsca zbierania danych).

Adres do centrum koordynującego był podany na każdej ankiecie:

Camille McDermott, Moore Stephens, 21/23 Clarendon Street, Derry-Londonderry, BT48 7EP

Lista organizacji i szkół gdzie rozdystrybuowano ankiety oraz liczba ankiet przedstawiona jest w poniższej tabeli.

Miejsce gdzie rozdawano ankiety	Liczba wydanych ankiet ogólnych	Liczba wydanych ankiet dla dzieci
Springhill Park Community Development Association	25	
Fountain Street Community Association	40	
Carlton Drive Community House	190	
Ballycolman Community Association	50	
Lisnafin Ardnalee Cross Community Development Association	150	

Miejsce gdzie rozdawano ankiety	Liczba wydanych ankiet ogólnych	Liczba wydanych ankiet dla dzieci
Melmount Eastbank Forum	20	
Strabane Library	150	
Koram Centre	50	
Strabane District Caring Services	50	
Job Centre	100	
Strabane Community Project	40	
North West Regional College	30	
Family Practice, Strabane Health Centre	50	
Riverside Practice	50	
Mourneside Practice	50	
Strabane Ethnic Community Association	6	
'Da' Young Fathers' Project	8 + przesyłka mailowa	
Strabane LGBT Group	10	
Strabane Sure Start	30	
Taxi Drivers	27	
Strabane & Lifford Women's Centre	50	
Strabane Grammar School	40	
Holy Cross College	96	
St Mary's Girls Primary School	52	248
St Mary's Boys Primary School		70
Gaelscoil Ui Dhochartaigh		121

Miejsce gdzie rozdawano ankiety	Liczba wydanych ankiet ogólnych	Liczba wydanych ankiet dla dzieci
St Anne's Primary School		42 + ankieta mailowa
Cairde Strabane Republican Ex Prisoners Association	15	
Razem	1,379	481

6. Metody zebrania danych:

Dane zostały zebrane za pomocą 3 metod:

a) **zebranie danych wtórnych** z istniejących źródeł (ze spisu ludności the Census 2001, wyniki lokalnych badań z zakresu zdrowia publicznego, rejestry lokalne i krajowe). Wyniki przeglądu tych danych pomogły w zidentyfikowaniu potencjalnych obszarów badawczych w badaniu ankietowym i grupach fokusowych.

b) grupy fokusowe

W ramach badania odbyły się spotkania grup fokusowych, w celu głębszego poznania problemów zdrowotnych mieszkańców w spotkaniach z przedstawicielami poszczególnych grup wiekowych i grup tematycznych np. lekarze rodzinni, osoby starsze, kobiety, osoby niepełnosprawne, rodzice małych dzieci (0-4 lata), młode mamy, farmaceuci, lesbijki/geje/biseksualne. Grupy fokusowe omówiły problemy zdrowia społeczności w czterech kluczowych zagadnieniach:

- Co jest największym problemem zdrowia w Pana/i społeczności?
- Jakie są tego przyczyny?
- Co Pana zdaniem można zrobić, aby rozwiązać ten problem zdrowotny?
- Czy uważasz, że obecna lokalna opieka zdrowotna spełnia/zaspokaja potrzeby twojej społeczności?

W poniższej tabeli przedstawiono rodzaj i liczbę uczestników poszczególnych grup fokusowych.

<i>grupa fokusowa</i>	<i>Organizacja</i>	<i>Data spotkania</i>	<i>Liczba uczestników grupy fokusowej</i>
GPs		10/02/10	6
Lesbijki, geje, osoby biseksualne i transwestyci	Strabane LGBT Group	17/02/10	10
Osoby starsze	Strabane Community Project	18/02/10	35
Kobiety	Strabane & Lifford Women's Centre	22/02/10	22
Osoby niepełnosprawne	Bill McIntyre	26/02/10	5
Rodzice w wieku 0-4 lata	Lifestart / SureStart	03/03/10	8
Pierworódki	Lifestart / SureStart	08/03/10	15
Farmaceuci		25/03/10	7

c) dane pierwotne zebrano za pomocą ankiety ogólnej i ankiety dla dzieci

Ankieta ogólna - pocztowa (wysłana pocztą, z kopertą i adresem zwrotnym) obejmująca 30 pytań, a czas potrzebny na wypełnienie oszacowano na 15 min. Kwestionariusz można było wypełnić również online po zalogowaniu się na stronie Projektu. Aby rozpowszechnić informację o badaniu i zachęcić mieszkańców do udziału opracowano **specjalną ulotkę**, która została dostarczona i rozprowadzana wśród mieszkańców, organizacji wolontariackich i innych kluczowych partnerów. Ulotki zostały umieszczone na tablicach ogłoszeń tych organizacji, na witrynach sklepowych, w bibliotece i przychodniach. Ponadto, przygotowano i wydano odpowiednią informację w prasie lokalnej. Za udział w badaniu można było wziąć udział w losowaniu iPod'a lub vouchera na zakupy.

Ankiety wraz z instrukcją wypełniania i skrzynkami zwrotnymi na wypełnione ankiety, zostały dostarczone do wszystkich zaproszonych do współpracy grup, organizacji i szkół.

Wraz z ankietą respondenci otrzymali zaadresowane zwrotnie koperty na wypełnione ankiety. **Zwrot ankiet** był dokonywany w następujący sposób:

- pocztą
- do skrzynek specjalnie do tego przeznaczonych umieszczonych w głównych obiektach publicznych gdzie rozdawano ankiety
- zaklejone koperty z ankietami można było zostawić u wszystkich partnerów zajmujących się dystrybucją ankiet (gdy nie było skrzynki).

Narzędzia badawcze

Głównym narzędziem badawczym była ankieta do zebrania danych od mieszkańców.

Przygotowano trzy wersje ankiety:

1. ankieta ogólna papierowa, zawierająca pytania zamknięta oraz otwarte (miejsce na wyrażenie swojej opinii).
2. ankieta ogólna internetowa - do wypełnienia online (te same pytania jak w ankiecie ogólnej papierowej). Zarejestrowano domenę o nazwie: www.strabane-nr-health.org.uk i na tej stronie internetowej można było wziąć udział w badaniu.
3. ankieta dla dzieci ze szkół podstawowych.

Wstępna wersja pytań w ankiecie została zwalidowana w rozmowie telefonicznej z lekarzami rodzinnymi w każdej praktyce w powiecie podczas rozmowy na temat problemów zdrowotnych, z którymi zgłaszają się pacjenci do lekarzy.

Wykonano **badanie pilotażowe** za pomocą ankiety na grupie osób starszych oraz wśród młodzieży z *Strabane Youth Council*.

Zakres zagadnień w ankiecie ogólnej był następujący:

- Twoje dane osobowe
- Twoje zdrowie
- Aktywność fizyczna
- Zdrowie seksualne
- Alkohol
- Palenie
- Dieta i odżywianie

- Usługi zdrowotne
- Zdrowie społeczności

Pytania w ankiecie dla dzieci dotyczyły:

- Informacji ogólnych (klasa, wiek)
- Usług zdrowotnych
- Diety
- Aktywności fizycznej

SZCZEGÓŁOWA BUDOWA KWESTIONARIUSZA DLA DOROSŁYCH:

A. Pierwsza część: **TWOJE DANE OSOBOWE** obejmowała pytania o:

- rasę
- płeć
- wiek (przedziały wieku)
- stan cywilny
- liczbę osób mieszkających w gospodarstwie domowym, w tym liczba dorosłych i dzieci
- czy opiekuje się osobą niepełnosprawną /wymagającą opieki
- status zatrudnienia (w tym kategorie: pełny etat; część etatu; uczący się/student; trwale chory lub niepełnosprawny; bezrobotny; emeryt; zajmujący się domem; inny)

B. Druga część ankiety - **TWOJE ZDROWIE** - zawierała następujące pytania:

- samoocena stanu zdrowia (skala)
- czy ma niepełnosprawność lub choruje przewlekle, pytanie zamknięte z kategoriami do wyboru:
- obniżona sprawność intelektualna (*Learning disability*)
- niepełnosprawność fizyczna
- choroba psychiczna
- astma

- cukrzyca
 - inne, jakie?.....
 - czy ta choroba przewlekła lub niepełnosprawność zaburza twoje uczestnictwo w aktywnościach fizycznych?
 - jaka jest główna przeszkoda gdy próbujesz poprawić swoje zdrowie? pytanie zamknięte, do wyboru była jedna spośród kategorii:
 - ✓ niewystarczająca liczba obiektów w pobliżu
 - ✓ obiekty otwarte w niedogodnym dla mnie czasie
 - ✓ brak czasu
 - ✓ brak pieniędzy
 - ✓ nie wiem jak zacząć
 - ✓ mam za mało wsparcia ze strony rodziny i przyjaciół
 - ✓ jestem za bardzo przygnębiony
 - ✓ inne, proszę wpisz jakie:.....
 - jak często korzysta z wymienionych obiektów (hala sportowa, *parki zabaw, Melvin Park, ścieżki do biegania, Iplay, Riversdale Leisure Centre*). Polecenie aby zaznaczyć przy każdym z obiektów częstość korzystania: co tydzień, co miesiąc, okazjonalnie, nigdy
 - zapytano o preferencje - które z wymienionych aktywności fizycznej chciałby, aby były dostępne (np. yoga, piłka nożna, pływanie, chodzenie, kręgle, tai chi, inne - wpisz jakie.....)
- C. Trzecia część ankiety - **ZDROWIE SEKSUALNE** - pytanie o źródła informacji nt zdrowia seksualnego, pytanie zamknięte, liczba odpowiedzi dowolna spośród kategorii:
- przyjaciele
 - krewni
 - lekarz rodzinny
 - czasopisma
 - internet
 - ulotki

- inne, napisz jakie?.....

D. Czwarta część ankiety: **ALKOHOL** zawierała następujące pytania:

a) pytanie o częstość spożycia alkoholu:

- nigdy
- mniej niż 2-4 razy w miesiącu
- 2 lub mniej razy w tygodniu
- 3-4/tydzień, 5-7 dni w tygodniu

b) jaka jest największa ilość alkoholu, którą wypijasz w ciągu dnia? Trzeba wpisać ile jednostek; obok tego pytania jest tabelka do policzenia liczby wypijanych jednostek alkoholu.

c) pytanie o przyczyny picia: Jeżeli pijesz alkohol, to dlaczego? pytanie zamknięte, kategorie:

- nuda
- to jest zabawne
- robią to wszyscy moi przyjaciele
- to mnie odpręża
- inne proszę wpisz jakie.....

d) jakim wieku rozpocząłeś regularne picie? (kategorie: poniżej 11 lat; 12-15; 16-18; 18+)

E. Piąta część ankiety - **PALENIE PAPIEROSÓW** - zawierała następujące pytania:

a) czy pali? jeżeli tak, to ile papierosów w ciągu dnia?

b) czy pali w domu?

c) czy chciałbyś rzucić palenie?

d) czy ktoś inny w domu pali? jeżeli tak, to ile osób?

e) czy jest świadomy tego, że w rejonie jest dostępna fachowa pomoc w rzuceniu palenia?

f) czy kiedykolwiek rzucałeś palenie korzystając z usług fachowej pomocy w rzuceniu palenia?

g) jakie są Twoje doświadczenia z rzucania palenia przy pomocy poradni/usług dla osób rzucających palenia? (pytanie zamknięte), kategorie odpowiedzi:

- dobre i rzuciłem
- dobre, ale nie byłem gotowy rzucić
- nie pasował mi czas ich pracy
- nie dogadywałem się z opiekunem
- spotkania mi nie odpowiadały
- nie mogłem nadążyć za treściami kursu
- potrzebowałem więcej wsparcia niż otrzymałem
- inne, proszę wpisz jakie.....)

F. Szósta część ankiety **DIETA I ŻYWIENIE** zawierała następujące pytania:

a) w jaki sposób najlepiej opisałby/a Pan/i swoje nawyki żywieniowe? (pytanie zamknięte jednokrotnego wyboru):

- zdrowe
- ani zdrowe ani nie zdrowe
- niezdrowe
- nie jestem pewien

b) w jaki sposób najlepiej opisałby/a Pan/i swoją aktualną wagę? pytanie zamknięte jednokrotnego wyboru:

- niedowaga
- prawidłowa waga
- nadwaga
- znacząca nadwaga

c) jak często spożywa Pan/i następujące potrawy:

- na wynos
- mrożone dania gotowe
- posiłki przygotowane w domu

d) ile porcji warzyw i owoców spożywa Pan/i każdego dnia? Podpowiedź - porcja to np. 1 średniej wielkości owoc, np. jabłko, banan; 1 filiżanka surowych warzyw; do wyboru:

- wcale

- 1-2 porcji
- 3-4 porcji
- 5 lub więcej

G. Siódma część ankiety - **OPIEKA ZDROWOTNA**

a) jak często korzystał/a Pan/i z opieki zdrowotnej w ostatnich 12 miesiącach i z jakiego powodu? Odpowiedź poprzez zaznaczenie w każdym wierszu częstości w poniższej tabeli.

	Częściej niż 5 razy	3-4 razy	1-2 razy	Nigdy	Nie jestem pewien	przyczyna
Szpital w rejonie						
Lekarz rodzinny						
Dentysta						
Optyk						
Porada farmaceuty						

Jak dostępna jest lokalna służba zdrowia i opieka społeczna dla Pana/i. Odpowiedź poprzez zaznaczenie w każdym wierszu częstości w poniższej tabeli.

	Bardzo dostępna	dostępna	Dość dostępna	Nie bardzo dostępna	Nie jestem pewien
Szpital w rejonie					
Opieka społeczna					
Podstawowa opieka zdrowotna					
Opieka specjalistyczna					

Podstawowa opieka obejmuje lekarzy, dentystów, laboratorium, optyków, health visitors, pielęgniarki, itp; opieka specjalistyczna obejmuje: konsultantów szpitalnych, terapeutów mowy i języka, chiropraktyków, dietetyków, itp.

H. Ósma część ankiety - **ZDROWIE SPOŁECZNOŚCI LOKALNEJ**

a) z poniższej listy 18 problemów zdrowotnych społeczności lokalnej poproszono o wybranie 5-ciu najważniejszych w badanej społeczności (gdzie 1 ma najwyższy priorytet a 5 najniższy):

Problem zdrowotny	Twoja ocena (1-5)
Nadużywanie alkoholu	
Astma / choroby dróg oddechowych	
Nowotwór złośliwy	
Zdrowie jamy ustnej	
Depresja	
Cukrzyca	
Zażywanie narkotyków	
Poczucie bezpieczeństwa	
Choroby serca	
Zdrowie psychiczne	
Żywnienie (dieta)	
Otyłość (nadwaga)	
Urazy (w tym przemoc i wypadki)	
Samookaleczenie / Samobójstwo	
Zdrowie seksualne	
Palenie papierosów	
Ciąże nastolatek	
Inne (proszę podać poniżej)	

- b) następnie poproszono o wpisanie odpowiedzi na pytanie: Co Pana/i zdaniem jest potrzebne do rozwiązania trzech najważniejszych, priorytetowych problemów wskazanych powyżej i co to zmieni? odpowiedź należało wpisać w tabelce (poniżej):

Problem 1	Problem 2	Problem 3
Co jest potrzebne? <i>Np. Więcej oddziałów dla uzależnionych od alkoholu</i>	Co jest potrzebne?	Co jest potrzebne?
Co to zmieni? <i>Np. więcej wsparcia dla osób próbujących rzucić picie alkoholu</i>	Co to zmieni?	Co to zmieni?

c) jak duży wpływ twoim zdaniem mają poniższe czynniki na stan zdrowia w Pana/i społeczności? W każdym wierszu zaznacz jedną odpowiedź.

	Duży wpływ	trochę wpływa	Nie duży wpływ	Nie wpływa	Nie jestem pewien
Jakość powietrza					
Dostęp do wypoczynku i obiektów do rekreacji					
Świadczenia					
Ceny usług					
Zadłużenie					
Łatwość dostępu do usług zdrowotnych					
Edukacja					
Zatrudnienie					
Wsparcie rodziny					
Mieszkanie					
Pieniądze					
Dziedziczenie problemów					
Poczucie wspólnoty					
Izolacja społeczna					
Transport					
Bezrobocie					
Inne (proszę podać poniżej)					

I. Dziewiąta część ankiety - **KOMENTARZ KOŃCOWY** -

Powiedz nam, własnymi słowami, co jest ważne dla Twojego zdrowia. Pytanie otwarte.

SZCZEGÓŁOWA BUDOWA KWESTIONARIUSZA DLA DZIECI I MŁODZIEŻY

Osobny kwestionariusz posłużył do oceny **potrzeb zdrowotnych dzieci** - Children's Health Needs Assessment Survey. Dzieci zapytano o: wybrane nawyki żywieniowe, aktywność

fizyczną, spędzanie wolnego czasu, opinie na temat obiektów do zabawy (*play facilities*) dostępnych blisko miejsca zamieszkania.

- a) płeć
- b) która klasa
- c) opieka medyczna

Czy pamiętasz, kiedy ostatnio byłeś u:

	tak	Nie
lekarza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
dentysty	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
okulisty (lekarz od chorób oczu)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
aptekarza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

d) jedzenie

Jak często jesz dania na wynos? Np. pizza, hamburgery, chińskie	Nigdy	<input type="checkbox"/>
	1 lub 2 razy na tydzień	<input type="checkbox"/>
	3 lub 4 razy na tydzień	<input type="checkbox"/>
	5 lub więcej razy na tydzień	<input type="checkbox"/>
Jak często jesz w domu dania gotowe zamrożone lub schłodzone z zamrażarki / lodówki?	Nigdy	<input type="checkbox"/>
	1 lub 2 razy na tydzień	<input type="checkbox"/>
	3 lub 4 razy na tydzień	<input type="checkbox"/>
	5 lub więcej razy na tydzień	<input type="checkbox"/>

Skąd miałeś te informacje / nauczanie?	Od rodziców /opiekunów	<input type="checkbox"/>
	Lekcja w szkole	<input type="checkbox"/>
	Z programów TV	<input type="checkbox"/>
	Internet	
	Inne	<hr/>

e) aktywność fizyczna / ćwiczenia

Jak dostajesz się do szkoły?	Pieszo	<input type="checkbox"/>
	Autobus szkolny	<input type="checkbox"/>
	Samochód	<input type="checkbox"/>
	Inne	<hr/>
Czy kiedykolwiek otrzymałeś jakieś informacje o tym, jak ważne jest, aby ćwiczyć?	Tak	<input type="checkbox"/>
	Nie	<input type="checkbox"/>
	Nie wiem	<input type="checkbox"/>
Skąd masz te informacje?	Od rodziców /opiekunów	<input type="checkbox"/>
	Lekcja w szkole	<input type="checkbox"/>
	Z programów TV	<input type="checkbox"/>
	Internet	
	Inne	<hr/>

<p>Jak często uprawiasz sport?</p>	<p>Nigdy <input type="checkbox"/></p> <p>Tylko na WF w szkole <input type="checkbox"/></p> <p>Codziennie <input type="checkbox"/></p> <p>Kilka razy w tygodniu <input type="checkbox"/></p> <p>Kilka razy w miesiącu <input type="checkbox"/></p>
<p>Gdzie uprawiasz ten sport?</p>	<p>W szkole <input type="checkbox"/></p> <p>Na pobliskich obiektach <input type="checkbox"/></p> <p>Na ulicy <input type="checkbox"/></p> <p>Inne _____</p>
<p>Po szkole, które z wymienionych zwykle robisz?</p>	<p>Oglądam TV <input type="checkbox"/></p> <p>Gram w gry konsole (Xbox itp) <input type="checkbox"/></p> <p>Wychodzę na zewnątrz i bawię się z przyjaciółmi <input type="checkbox"/></p> <p>Inne _____</p>
<p>Co sądzisz o obiektach sportowych w pobliżu twojego domu (np. parki, boiska, ośrodki wypoczynkowe, itp)?</p>	
<p><i>Na przykład: nie ma żadnych obiektów w mojej okolicy, chciałbym aby było więcej obiektów do zabaw, nie jestem zainteresowany skorzystaniem z obiektów do zabawy i sportu.</i></p>	

Jeśli chcesz wejść do losowania iPoda lub bonu na zakupy proszę napisać swoje imię i nazwę szkoły poniżej:

nazwisko.....szkoła.....

Dziękuję.

8. Przetwarzanie i metody analizy zebranych danych (np. współczynniki surowe, trendy, częstości) dla regionu, dla poszczególnych miast w regionie, zestawienie z danymi krajowymi.

Wyniki badania ankietowego. Na podstawie danych z ankiety ogólnej (zarówno papierowej, jak i elektronicznej), dla 359 respondentów przedstawiono wyniki używając:

- **częstości (%)** ogółem oraz w grupach płci, w grupach wieku, w dodatkowym załączniku przedstawiono wyniki w podziale na 3 grupy w zależności od miejsca zamieszkania (powiaty, mieszka poza powiatem, nie wiadomo gdzie mieszka)
- przedstawiono - **zacytowano - wypowiedzi badanych** w pytaniach otwartych i tych, gdzie można było dopisać swoją odpowiedź.

Wyniki podsumowano przedstawiając w punktach listę najważniejszych "key points" z badania na każdy zbadany temat (informacje ogólne, zdrowie, zdrowie seksualne, aktywność fizyczna, alkohol, palenie, dieta, korzystanie z usług zdrowotnych, zdrowie społeczności).

Podsumowano kluczowe tematy zidentyfikowane podczas grup fokusowych. Wyniki te podano osobno dla każdej grupy fokusowej, np. z lekarzami rodzinnymi, z osobami starszymi, z kobietami, itd.

Zidentyfikowane problemy opisano w punktach i pogrupowano na 4 części wg zadanych pytań:

- a) co jest największym problemem zdrowia w Pana społeczności?
- b) jakie są tego przyczyny?
- c) co Pana zdaniem można zrobić, aby rozwiązać ten problem zdrowotny?

- d) czy uważasz, że obecna lokalna opieka zdrowotna spełnia/zaspokaja potrzeby twojej społeczności?

Na końcu przedstawiono listę „key points” z wszystkich grup fokusowych.

9. Metoda prezentacji wyników (rodzaj wykresów, tabele, mapy)

- a) wyniki zaprezentowano w tabelach na wykresach słupkowych i kołowych. Kolejność, wyników odpowiadała pytaniom w ankiecie.
- b) przedstawiono listę odpowiedzi respondentów na pytania otwarte:
- w osobnym załączniku przedstawiono (zacytowano) szczegółową listę wszystkich odpowiedzi na pytanie otwarte: Co twoim zdaniem jest potrzebne do rozwiązania trzech najważniejszych, priorytetowych problemów wskazanych powyżej i co to zmieni? lista została pogrupowana wg badanych problemów, np. alkohol, palenie, cięższe nieletnich, itd.
 - w osobnym załączniku przedstawiono szczegółową listę wszystkich odpowiedzi na ostatnie pytanie w ankiecie: Powiedz nam własnymi słowami co jest ważne dla Twojego zdrowia?

10. Wyniki: Tabele i wykresy z % odpowiedziami na ww pytania dotyczące regionu, struktury ludności pod względem czynników społecznych.

Istniejące usługi zdrowotne przedstawiono jako listę istniejących usług wg branży z podaniem nazwy/nazwiska i adresu placówki.

I. Zidentyfikowane problemy z dostępnością do usług zdrowotnych

W osobnym załączniku przedstawiono szczegółową listę wszystkich odpowiedzi respondentów na pytanie otwarte: Co Twoim zdaniem jest potrzebne do rozwiązania trzech najważniejszych, priorytetowych problemów wskazanych powyżej i co to zmieni? lista została pogrupowana wg badanych problemów, np. alkohol, palenie, cięższe nieletnich, itd.

II. Zidentyfikowane problemy zdrowotne

W poniższej tabeli jest lista 6 priorytetowych problemów wyłonionych w badaniu ankietowym grup fokusowych:

grupy fokusowe	odpowiedzi z badań ankietowych	obszar poddany specjalnym programom rewitalizacji (renoval area)
<ul style="list-style-type: none"> • nadużywanie alkoholu • zdrowie psychiczne i depresja • Otyłość • Samobójstwa i samookaleczenia • narkotyki • choroby serca 	<ul style="list-style-type: none"> • nadużywanie alkoholu • palenie • nowotwory • depresja • narkotyki • cięższe nieletnich 	<ul style="list-style-type: none"> • nadużywanie alkoholu • nowotwory • depresja • narkotyki • palenie • Samobójstwa i samookaleczenia

11. Jak ustalono priorytety?

Za priorytety uznano te problemy, które najczęściej pojawiały się w wypowiedziach respondentów i uczestników grup fokusowych.

- nadużywanie alkoholu i narkotyków
- zdrowie psychiczne i w szczególności depresja
- otyłość
- samobójstwa i samookaleczenia
- palenie

12. Rola mediów i lobbystów w powstawaniu, uświadamianiu i ocenie potrzeb zdrowotnych

- a) niejasne wg raportu, brak konkretnych informacji

13. Rekomendacje w zakresie poszczególnych zagadnień, np. prewencji pierwotnej, dostępności do opieki zdrowotnej, opieki długoterminowej, uzależnień i chorób psychicznych.

Przedstawiono obszerny plan działania skupiony na wyodrębnionych problemach, obejmujący działania na różnych szczeblach: rządowym, regionalnym i indywidualnym, np.:

- a) poprawa zatrudnienia i wykształcenia w regionie, walka z ubóstwem
- b) wprowadzenie programów profilaktycznych, w tym zdrowia jamy ustnej zwiększenie funduszy na ten cel
- c) działania ukierunkowane na wspieranie rodzin i małych dzieci
- d) zachęcanie ludzi do korzystania z usług opieki medycznej przez apteki w rejonie
- e) powołanie powiatowego Health Forum
- f) ustanowienie specjalnych programów dla młodych ludzi, aby zmniejszyć poziom i oddziaływanie szkodliwych skutków spożywania alkoholu, współpraca z organizacjami zaangażowanymi w tej dziedzinie
- g) zrewidowanie programów na temat uzależnienia i korzystania z narkotyków
- h) utrzymania i poprawa potencjału usług doradczych w zakresie zdrowia psychicznego w obszarze Strabane

II. NAZWA: OHIO: A COMMUNITY HEALTH NEEDS ASSESSMENT FOR SOUTHWEST OHIO AND SOUTHEAST INDIANA.

1. Cele przeprowadzenia oceny potrzeb zdrowotnych

- projekt oceny potrzeb zdrowotnych ma pomóc dostawcom usług zdrowotnych i społeczności zrozumieć jaki jest stan zdrowia oraz potrzeby zdrowotne w badanym regionie (w skład regionu wchodzi 9 powiatów).
- projekt również służy jako „trampolina” dla rozwijających się programów zdrowotnych oraz służy do bieżącego monitorowania polityki, która prowadzi do poprawy stanu zdrowia społeczności.
- jako efektywne kosztowo narzędzie dla szpitali mające pomóc zebrać istotne dane potrzebne do skutecznego analizowania potrzeb społeczności w zakresie opieki zdrowotnej.

2. Zleceniodawca oceny, jeśli możliwe to źródło i wysokość finansowania

Projekt przygotowała i zarządzała lokalna organizacja non-profit "Health Care Access Now" (HCAN), zajmowała się gromadzeniem środków i zabezpieczeniem środków technicznych i naukowych, aby zakończyć projekt. HCAN to organizacja, która buduje współpracę/partnerstwo, w celu dostarczania usług, których skutkiem będzie lepsze zdrowie dla dobrze zdefiniowanych populacji.

Sfinansowali projekt: lokalne szpitale, departamenty zdrowia publiczne i inwestorzy lokalni

Organizacje które finansowały projekt:

- Adams County Regional Medical Center
- Atrium Medical Center
- Dearborn County Hospital
- Fort Hamilton Hospital
- Greater Cincinnati Foundation
- Greater Cincinnati Health Council
- Hamilton County Public Health

- Highland County Health Department
- Lindner Center of HOPE
- Margaret Mary Community Hospital
- McCullough-Hyde Memorial Hospital
- Mercy Health
- Middletown Health Department
- TriHealth
- UC Health
- United Way of Greater Cincinnati

3. Czas - kiedy, jak długo trwał proces oceny potrzeb zdrowotnych

Proces oceny potrzeb zdrowotnych miał miejsce w 2010 roku.

4. Kto brał udział w procesie oceny potrzeb zdrowotnych, partnerzy; metoda doboru osób do badania (losowanie, wagi, grupy osób, na które szczególnie trzeba zwrócić uwagę, np. osoby starsze)

Badanie skierowano do próby 1000 stałych mieszkańców regionu, proporcjonalnie więcej zaproszono osób z tzw. grup wrażliwych (i przebadano więcej osób z tych grup):

- a) chorzy psychicznie,
- b) osoby starsze 65+,
- c) imigranci,
- d) osoby z niskimi dochodami
- e) rodziny z dziećmi poniżej 18 rż
- f) rodziny o relatywnie niskich dochodach.

5. Gdzie (centrum koordynujące, miejsca zbierania danych).

Badanie przeprowadzono przy pomocy:

- a) różnych dostawców usług (szpitale, centra medyczne, in.)
- b) centrów seniora,
- c) wydarzeń szkolnych czy kulturalnych (festiwale).

6. Metod zebrania danych:

Do oceny potrzeb zdrowotnych wykorzystano dane zebrane specjalnie do tego celu (badanie pierwotne), jak i dane już istniejące, wtórne.

A. Metody wykorzystane do zebrania danych pierwotnych to:

- 1) Praca w grupach (*the Group Level Assessments*)
- 2) Badanie ankietowe w społeczności (*Community Health Survey*)
- 3) Wywiad z udziałowcami/zainteresowanymi (*Stakeholder interviews*)

ad.1. Praca w grupach (podobnie jak grupa fokusowa) pozwoliła na wygenerowanie informacji w interaktywnym procesie współpracy świadczeniodawców. W każdym z 9 powiatów zespół badawczy przeprowadził ocenę potrzeb zdrowotnych i priorytetów na podstawie informacji zebranych od grupy ekspertów, którymi byli różni dostawcy usług zdrowotnych w powiecie (*i mieli wiedzę i kompetencje w tym zakresie*). Wszyscy uczestnicy (eksperti) zostali zebrani w dużym pomieszczeniu (było to od 9 do 30 osób w powiecie); następnie chodząc jednocześnie dookoła pokoju zapisywali pisakami na około 30 kartach/tablicach zawieszonych na ścianach swoje odpowiedzi na pytania widniejące na kartach: "Najpilniejszą potrzebą opieki zdrowotnej w naszym powiecie jest...?", "Gdybyś mógł zmienić jedną rzecz w systemie opieki zdrowotnej w naszym powiecie byłoby to...", "Opieka zdrowotna będzie bardziej dostępna w naszym powiecie, jeśli...".

Następnie wszyscy mieli się zapoznać z wszystkimi odpowiedziami zapisanymi na kartach/tablicach i pomyśleć o nich. W dalszej kolejności wszyscy uczestnicy zostali podzieleni na małe grupy, w których mieli przedyskutować opisane problemy, zidentyfikować 3-5 najczęstszych problemów i ustalić priorytety. Następnie przedstawiciel każdej podgrupy przedstawiał wszystkim pozostałym jeden najważniejszy problem, który był zapisywany na osobnej tablicy. Na końcu uczestnicy **wspólnie przez konsensus ustalali priorytety** dotyczące zdrowia i opieki zdrowotnej w ich powiecie.

ad. 2. Badanie ankietowe – przeprowadzono wśród szerokiej i zróżnicowanej gamy mieszkańców powiatów. W badaniu szczególną uwagę poświęcono grupom wrażliwym (i przebadano więcej osób z tych grup): chorzy

psychicznie, osoby starsze 65+, imigranci, osoby z niskimi dochodami, rodziny z dziećmi poniżej 18 rż i o relatywnie niskich dochodach. W badaniu zebrano dane na temat: barier do opieki zdrowotnej, korzystania z opieki zdrowotnej, potrzeb w zakresie opieki zdrowotnej oraz dane demograficzne. Zmodyfikowany kwestionariusz BCQ (the Barriers to Care Questionnaire) wykorzystano do oceny barier w dostępie do opieki medycznej.

ad.3. Narzędziem był też wywiad osobisty (nagranie) lub online z liderami powiatu losowo wybranymi z rejestru usługodawców opieki zdrowotnej. Mailowo wysłano list do 47 osób zapraszając ich na 45-60 minutową rozmowę lub badanie internetowe. Wywiad obejmował 17 pytań w 5 kategoriach: definiowanie zdrowia i problemów zdrowotnych, działania organizacyjne dotyczące poprawy stanu zdrowia społeczności, współpraca i pomoc, pomiary i pytania zamykające.

B. Dane wtórne - *Secondary research* (demograficzne, urodzenia, zgony, dane szpitalne, rejestry krajowe np. nowotworów, chorób zakaźnych)

Dane zbierano z licznych istniejących źródeł (listę do każdego rozdziału podano w załączniku). Na przykład do rozdziału 4 nt Zdrowia środowiskowego wykorzystano dane z:

- Centers for Disease Control and Prevention
- Environmental Protection Agency Toxic Release Inventory 2010
- Indiana State Department of Health
- National Center for Environmental Health
- Ohio Department of Health
- USDA (US Department of Agriculture) Food Atlas

7. Zakres zagadnień w ankiecie:

SZCZEGÓŁOWE PYTANIA I METODY OCENY POTRZEB ZDROWOTNYCH W POSZCZEGÓLNYCH OBSZARACH:

- a) **Sytuacja demograficzna** - dane ze spisu, z podziałem na powiaty:
- liczba mieszkańców

- płeć
- wiek- średni wiek w tabeli
- średnia liczba osób w gospodarstwie domowym
- struktura rodziny- % gospodarstw prowadzonych tylko przez kobiety (nie ma męża) [mapa powiatów z %]; grupa etniczna)
- % osób niepełnosprawnych w powiatach,
- najczęstszy rodzaj niepełnosprawności (z zaburzeniami poznawczymi, z ograniczeniem samodzielności w codziennych czynnościach, z ambulatory difficulty) [wykres słupkowy]

b) Sytuacja społeczno - ekonomiczna

- ubóstwo - ze spisu- % żyjących poniżej progu w ostatnich 5 latach z podziałem na powiaty[mapa]
- dochód – mediana
- poziom wykształcenia- wykres% osób 25+ z wyższym wykształceniem; z niższym [mapy, tabele]
- częstość bezrobocia [%]
- bezdomność - liczba osób bezdomnych [wykresy liniowe]
- warunki mieszkaniowe - % własnościowe, wynajem; dotyczy do wynajęcia (wykresy słupkowe, wykresy liniowe, mapy)

c) Przemoc:

- zabójstwa, liczba aresztowanych za przemoc domowa, - wskaźnik na 100,000 mieszkańców-dane:

Ohio Department of Health - ODH Data Warehouse; Health Policy Institute of Ohio; Family Violence in Butler, Clermont, Hamilton, Highland and Warren Counties;. Columbus, OH:Health Policy Institute of Ohio; 2010

- wskaźnik przemocy domowej - na podstawie prośby o ochronę - dane: Ohio Family Violence Prevention Project; wskaźnik na 10,000 dorosłych mieszkańców.

d) Stan zdrowia (vital statistics):

- główne przyczyny zgonów - współczynniki

e) Zdrowie środowiskowe:

- Natural amenity index - naturalne warunki/udogodnienia - Indeks warunków naturalnych mierzy kombinację czynników, w tym topografii, klimatu, obszary wiejskie w porównaniu z miejskimi, powierzchni wody i innych czynników aby stworzyć naturalny wskaźnik udogodnień dla powiatu. Najwyższy możliwy wynik oznacza, że powiat ma wiele udogodnień
- Indeks jakości powietrza – „Air quality index” (AQI). [źródło - Environmental Protection Agency. Wykres słupkowy i trendy , % dni z dobrym, średnim i złym AQI), trendy]
- Stężenie ołowiu we krwi- [źródło - National Center for Environmental Health (% dzieci z podniesionym stężeniem ołowiu we krwi) and 2000 Census]
- Fluoryzacja wody - % populacji bez fluorowanej wody (z niedostateczną zawartością fluoru w wodzie) [wykres] dane: Ohio Data - Ohio Department of Health 2010; Indiana Data: Centers for Disease Control 2008, na podstawie największych dostawców wody
- Toksyczne substancje do powietrza, wody i gleby [mapy] źródło *Environmental Protection Agency, Toxics Release Inventory, 2010*

f) Dostęp do żywności

- % populacji objętej programem suplementacji [percentage of the population receiving Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP); dane: Ohio data: Ohio Department of Job & Family Services; Indiana data: Annie E. Casey Foundation Kids Count database]
- Dożywianie (bezpłatne obiady, dofinansowanie)
- Dostęp do supermarketów i dużych sklepów z żywnością - % populacji z odległością >1 mili do supermarketu
- Rodzaj sklepów spożywczych w powiecie [dane- USDA Food Atlas. Rate is per 1,000 population]
- Rodzaj restauracji w rejonie (np. full-service; fast food)
- Dostęp do zdrowej żywności (dane - wynik dyskusji grup fokusowych).

g) Dostęp do opieki medycznej

- % populacji dorosłych, którzy mają odpowiedni dostęp do opieki medycznej, tj. lekarz, szpital, jednostka prywatna) [wykres częstości w podregionach], źródło: Greater Cincinnati Community Health Status Survey 2010
 - z jakich źródeł opieki medycznej najczęściej korzystają grupy wrażliwe [wykres częstości w podregionach]
 - % wizyt w szpitalach poza regionem [źródło: Data from the Ohio Department of Job and Family Services] oraz pytanie w ankiecie - jak daleko musisz podróżować do poszczególnych usług zdrowotnych
 - umiejscowienie w rejonie lekarzy POZ (Primary Care Providers)
 - mapa z regionami gdzie jest słaby dostęp do opieki medycznej (dane: Health Professionals Shortage Areas (HPSAs) and Medically Underserved Areas (MUAs) by the Health Resources and Services Administration (HRSA)
 - Indeks niedostatecznej opieki medycznej - [the Index of Medical Underservice (IMU): indeks obejmuje 4 rodzaje danych (*indeks- źródło: <http://bhpr.hrsa.gov/shortage/muaps/index.html>*):
 - ✓ wskaźnik liczba lekarzy podstawowej opieki medycznej na 1000 mieszkańców
 - ✓ współczynnik umieralności niemowląt
 - ✓ odsetek ludności o dochodach poniżej poziomu ubóstwa
 - ✓ odsetek ludności w wieku 65 lat
 - Leczenie chorób psychicznych i uzależnień:
 - ✓ mapa z miejscami opieki/leczenia psychiatrycznego
 - ✓ mapa- leczenie uzależnień - Substance Abuse Treatment Facilities
[źródło- dane wtórne oraz wnioski z grup fokusowych (usługodawcy)]
- h) Ubezpieczenie zdrowotne:**
- % dorosłych z ubezpieczeniem zdrowotnym [źródło: Greater Cincinnati Community Health Status Survey 2005, 2010]
 - Opieka stomatologiczna:
 - ✓ częstość ubezpieczenia leczenia stomatologicznego [źródło: 2008 Ohio Family Health Survey]

- ✓ liczba dentystów na 1000 mieszkańców, w tym respektujących ubezpieczenie zdrowotne
- ✓ czy chodzisz do prywatnego dentysty - badanie ankietowe
- Opieka okulistyczna:
 - ✓ częstość % dorosłych i dzieci bez dostępu do okulisty [vision coverage] [źródło: 2008 Ohio Family Health Survey]

i) Bariery w dostępie do opieki medycznej:

Pierwszym źródłem informacji o barierach była ankieta:

- W badaniu ankietowym zastosowano skalę Barriers to Care Questionnaire (BCQ), wyniki skali od 0 do 100, gdzie im więcej punktów, tym mniej barier. W tabeli podano bariery (5 grup barier) w opinii vulnerable groups:
 - ✓ Logistics/Costs - transport/koszty
 - ✓ Skills - umiejętności
 - ✓ Expectations - oczekiwania
 - ✓ Marginalization - marginalizacja
 - ✓ Knowledge& Beliefs - wiedza i przekonania
- Jak często system opieki zdrowotnej pracował dla Ciebie dobrze w ciągu ostatnich 12 miesięcy? - badanie ankietowe; odpowiedzi: nigdy, prawie nigdy, często.
Drugim źródłem informacji o barierach był wywiady z interesariuszami.
Trzecim źródłem informacji o barierach były grupy fokusowe ze świadczeniodawcami, gdzie zidentyfikowano, że bariery najczęściej dotyczą seniorów, osób nieubezpieczonych, dzieci z rodzin o niskich dochodach, samotnych bezrobotnych.
- Transport - jako źródło barier w dostępie do opieki medycznej - pytanie w ankiecie: Czy był taki czas w ciągu ostatnich 12 miesięcy, kiedy potrzebowałeś opieki medycznej, ale nie mogłeś jej otrzymać z powodu braku transportu? [wykres słupkowy]
- Opieka nad chorym przewlekłe - % osób opiekujących się kimś chorym w domu (caregivers) [źródło: pytanie w ankiecie i dane wtórne]

j) Styl życia i prewencja

- **Aktywność fizyczna**

- ✓ % dorosłych, którzy nie mają żadnej aktywności fizycznej w wolnym czasie [dane CDC]
- ✓ % dorosłych spełniających zalecaną wg CDC aktywność fizyczną [źródło: Greater Cincinnati Community Health Status Survey 2010]
- ✓ wskaźnik obiektów sportowych na 1000 mieszkańców [dane: USDA Food Atlas 2007-08] [mapa obiektów sportowych]
- ✓ czy są ścieżki do biegania/rowerowe - czy czują się bezpiecznie w swojej okolicy - wykres słupkowy z % wg powiatu [dane: Streets Allow for Safe Walking, Jogging or Biking Greater Cincinnati Region 2010 Greater Cincinnati Community Health Status Survey 2010]
- ✓ grupa fokusowa Ripley County stakeholders- zidentyfikowała ćwiczenia fizyczne jako jedną z 3 najważniejszych metod poprawy stanu zdrowia społeczności.
- **Szczepienia i skyningi:**
 - ✓ czy respondent miał badanie wzroku w ciągu ostatnich 2 lat [dane - Greater Cincinnati Community Health Status Survey, Healthy People 2020.]
 - ✓ wizyta u dentysty w ciągu ostatniego roku - % wg grup wieku, wg powiatów [Ohio Oral Health Surveillance System, Healthy People 2020]
- **Rak jelita grubego:**
 - ✓ % badań diagnostycznych w latach 2002-2010 [dane: CDC Behavioral Risk Factor Surveillance System for Cincinnati-Middletown, OH-KY-IN Metropolitan Statistical Area]
 - ✓ czy miał badanie kału na krew utajoną w ciągu ostatnich 2 lat
 - ✓ czy kiedykolwiek miał kolonoskopię lub sigmoidoskopię
- **Grypa i zapalenie płuc:**
 - ✓ % zaszczepionych na grupę w wieku 65+ w ostatnim roku
 - ✓ % zaszczepionych na pneumokoki w wieku 65+ w ostatnim roku
- **Medycyna alternatywna:**
 - ✓ czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy, korzystałeś z alternatywnych metod leczenia w celu leczenia choroby lub utrzymania zdrowia? można było wybrać dowolną

liczbę metod [np. produkty naturalne, olej rybi, medytacje, masaże, echinacea, żeńszeń, inne;] (źródło: badanie ankietowe).

k) Zdrowie i choroby

Czy lekarz lub inny pracownik służby zdrowia kiedykolwiek powiedział Ci, że masz:

- astmę
- nowotwór złośliwy
- przewlekłą chorobę płuc
- cukrzycę
- problemy z sercem
- wysokie ciśnienie krwi lub nadciśnienie
- wysoki cholesterol lub trójglicerydy
- udar
- poważną alergię
- depresję

Przedstawiono: tabelę i wykresy liniowe – trendy (1999-2010) z % poszczególnych chorób przewlekłych wg powiatów; mapę z przyjęciami do szpitala z powodu chorób przewlekłych. [dane: The Health Foundation of Greater Cincinnati, Greater Cincinnati Community Health Status Survey 2010 oraz pytanie w ankiecie]

- koszt przyjęć z powodu chorób przewlekłych - dane od różnych ubezpieczycieli (Medicaid, Medicare, opieka społeczna, pełnopłatne)
- % przyjęć przez pogotowie tzw. Ambulatory Sensitive Conditions - Emergency Visits For Ambulatory Sensitive Conditions- (tj. pacjentów, "dla których dobra opieka ambulatoryjna może potencjalnie zapobiec konieczności hospitalizacji lub dla których wczesna interwencja może zapobiec powikłaniom lub bardziej dotkliwej chorobie.")

Przedstawiono Mapę – liczba wizyt na pogotowiu oraz wizyty na pogotowiu do uniknięcia [wg miejsca zamieszkania, kod pocztowy, 2010]

l) Zdrowie psychiczne

- % depresji

- zapytano o liczbę dni ze złym stanem psychicznym w ciągu ostatniego miesiąca
- wskaźnik liczby przyjęć do szpitala z powodu chorób psychicznych na 1000 mieszkańców (ogółem i z powodu: depresji, schizofrenii)
- odpłatność za przyjęcia do szpitali z powodu zaburzeń psychicznych - kto płacił (wg płatnika)

m) Używki

- % palących dorosłych
- % dorosłych raportujących nadużywanie alkoholu [dane: Greater Cincinnati Community Health Status Survey, Healthy People 2020, National data from CDC Behavioral Risk Factor Surveillance System]
- % dorosłych prowadzących po spożyciu alkoholu w ciągu ostatnich 30 dni [dane: Greater Cincinnati Community Health Status Survey 2010]
- zażywanie narkotyków – dane o nadużywaniu leków na receptę i narkotyków [dane: Greater Cincinnati Community Health Status Survey 2010]

Również wszystkie grupy fokusowe zidentyfikowały nadużywanie leków i stosowanie narkotyków jako ważny problem zdrowotny.

n) Otyłość

- % dorosłych z otyłością tj. (BMI>30) [dane: Centers for Disease Control: National Diabetes Surveillance System; Healthy People 2020]
- % osób z otyłością 3-go stopnia wg powiatów
- częstość otyłości u dzieci w wieku 2-5 lat z rodzin o niskich dochodach (dane: The USDA Food Atlas)

o) Choroby przenoszone drogą płciową - wg powiatów

- infekcje Chlamydia - wskaźnik na 100,000 mieszkańców [dane: Ohio Department of Health]
- rzeżączka - wskaźnik na 100 000 mieszkańców
- kiła pierwotna i wtórna - średni roczny wskaźnik na 100 000 mieszkańców
- liczba osób z HIV/AIDS wskaźnik na 100 000 mieszkańców

p) Choroby zakaźne

- gruźlica - średni roczny wskaźnik chorych na gruźlicę na 100 000 mieszkańców
- WZW typu A /100tys.
- WZW typu B /100tys.

q) Stan zdrowia jamy ustnej

- % osób oceniających swój stan zdrowia jamy ustnej i zębów jako zły i bardzo zły
- % uczniów z jednym lub więcej wypełnieniami [dane: Ohio Oral Health Surveillance System; Healthy People 2020]

r) Zdrowie matek

- % kobiet w ciąży objętych w pierwszym trymestrze ciąży opieką medyczną prenatalną [Ohio Department of Health, Indiana State Department of Health, Healthy People 2020]
- umieralność niemowląt na 1000 żywych urodzeń;
- % przedwczesnych urodzeń (<37 tygodnia ciąży)
- % dzieci z niską i bardzo niską masą urodzeniową (dane: Ohio Department of Health, Indiana State Department of Health, Healthy People 2020)

s) Rekomendacje

Badanie the A.I.M. for Better Health Community Health Needs Assessment (CHNA) w oparciu o dane pierwotne i wtórne zidentyfikowało szereg obszarów wymagających uwagi, dalszego badania i współpracy. Rekomendacje podkreślają możliwości wykorzystania istniejących zasobów, zaangażowania konsumentów i udostępniania danych wymienionych przez uczestników badania.

8. Narzędzia badawcze (budowa kwestionariusza, skale)

Jak powyżej. W badaniu zebrano dane na temat: barier dostępu do opieki zdrowotnej, korzystania z opieki zdrowotnej, potrzeb w zakresie opieki zdrowotnej oraz dane demograficzne. Zmodyfikowany kwestionariusz BCQ (the Barriers to Care Questionnaire) wykorzystano do oceny barier w dostępie do opieki medycznej.

9. Przetwarzanie i metody analizy zebranych danych (np. współczynniki surowe, trendy, częstości) dla regionu, dla poszczególnych miast w regionie, zestawienie z danymi krajowymi – „informacje na ten temat zostały umieszczone powyżej”

10. Metoda prezentacji wyników (rodzaj wykresów, tabele, mapy) – (informacje na ten temat zostały umieszczone powyżej)

11. Wyniki - informacje na ten temat zostały umieszczone powyżej

12. Jak ustalono priorytety?

Komisja A.I.M dla poprawy zdrowia i szpitale partnerskie razem przygotowały listę priorytetowych wskaźników stanu zdrowia. Były to:

Wskaźniki społeczno-gospodarcze:

- dostęp do jedzenia
- przestępstwa
- sytuacja ekonomiczna
- bezdomność
- mieszkalnictwo
- demografia ludności
- ubóstwo
- ruch naturalny (umieralność, współczynnik dzietności)

Wskaźniki związane ze zdrowiem

- choroby przewlekłe
- zdrowie jamy ustnej
- ekonomika zdrowia
- stan zdrowia (liczba dni fizycznie i psychicznie z gorszym stanem zdrowia)
- zdrowy tryb życia
- choroby zakaźne
- zdrowie matek
- zdrowie psychiczne
- odżywianie
- nadużywanie substancji psychoaktywnych

13. Rola mediów i lobbystów w powstawaniu, uświadamianiu i ocenie potrzeb zdrowotnych

- brak danych

14. Rekomendacje w zakresie poszczególnych zagadnień, np. prewencji pierwotnej, dostępności do opieki zdrowotnej, opieki długoterminowej, uzależnień i chorób psychicznych

- ustanowienie lub wzmocnienie rad doradczych konsumentów opieki zdrowotnej
- poprawa dochodów mieszkańców: sugerujemy, by sąsiadujące powiaty połączyły wysiłki i środki w celu ograniczenia zwolnień i bardziej skutecznie zaspokajały potrzeby wszystkich mieszkańców
- wszyscy dostawcy opieki powinni skoncentrować zasoby i usługi opieki zdrowotnych wobec grup społecznych, które doświadczają więcej barier i różnic w stanie zdrowia z powodów kulturowych lub językowych. Usługi powinny być kulturowo zaprojektowane i właściwie zaspokajać potrzeby konkretnych grup. Wskutek zmian demograficznych ludności, unikalne potrzeby mają: osoby starsze, dzieci i osoby chore psychicznie.
- zwiększenie punktów taniej opieki medycznej (Affordable Health Care), np. tanie apteki, gabinety stomatologiczne
- zwiększenie dostępu do ubezpieczeń zdrowotnych
- poprawa dostępu do badań przesiewowych w kierunku nowotworu złośliwego
- monitorowanie szczepień przeciw grypie
- poprawa dostępu do wczesnej opieki ginekologicznej tj. w pierwszym trymestrze ciąży
- zmniejszenie częstości otyłości

Po ocenie potrzeb zdrowotnych, szpitale będą przeglądać sprawozdania w celu oceny tego, co już realizują w celu zaspokojenia zidentyfikowanych potrzeb i jak można lepiej działać dla korzyści społeczności. Ponadto, Rada Zdrowia zwoła szpitale w celu omówienia wyników oceny i ustali, czy istnieją programy, które są skierowane do spełnienia określonych potrzeb i jak szpitale mogą poprawić pracę w tym zakresie.

III. NAZWA: USA, THE 2010 ONEMAINE COMMUNITY HEALTH NEEDS ASSESSMENT (CHNA)

1. Cele:

1. Opracowanie kompleksowego profilu stanu zdrowia, jakości opieki i wskaźników zarządzania opieką dla mieszkańców regionu ogółem i w poszczególnych powiatach
2. Zidentyfikowanie zestawu priorytetowych potrzeb zdrowotnych (zdrowia publicznego i opieki zdrowotnej) dla obserwacji follow-up
3. Dostarczenie zaleceń dotyczących strategii, które mogą być podejmowane przez pracowników służby zdrowia, zdrowie publiczne, społeczność, polityków i inne osoby aby śledzić dostarczane informacje, tak aby poprawić stan zdrowia ludności Maine
4. Zapewnienie dostępu do danych i pomocy dla podmiotów, które są zainteresowane ich wykorzystaniem.

2. Czas: 2010 rok, gromadzenie danych od 17 czerwca do 16 września 2010

3. Zleceniodawca i wykonawcy:

Organizacja The One Maine Health Collaborative (OneMaine) podpisała umowę z The University of New England's Center for Community and Public Health na przeprowadzenie oceny potrzeb zdrowotnych. Ocenę prowadzono we współpracy z Uniwersytetem Southern Maine i firmą Market Decisions Inc.

4. Foundatorzy:

- Maine Health Access Foundation
- Bingham Program
- Maine Development Foundation

5. Metoda:

- a) Większość wskaźników pochodzi ze źródeł wtórnych - dane publiczne, ewidencja zgonów i urodzeń, szpitalne rejestry i dane z oddziałów ratunkowych rejestr nowotworów, dane ze spisu ludności US Census, rejestr chorób zakaźnych, dane z badań: the Maine Integrated Youth Health Survey (MIYHS) i the Behavioral Risk Factor Surveillance System (BRFSS) survey

b) Inne wskaźniki pochodzą z badania telefonicznego losowo wybranej próby gospodarstw domowych przeprowadzonego specjalnie dla tego projektu.

Wybór respondentów do badania telefonicznego:

Łącznie zostało zbadanych 7099 mieszkańców regionu.

Populacja docelowa składała się z wszystkich dorosłych w rodzinach żyjących na stałe w Maine. Osoby zamieszkałe w gospodarstwach domowych, w których nie było dorosłych w wieku 18 lat lub więcej, były wyłączone z badania.

Losowo wybrano próbkę Random Digit Dial (RDD) numerów telefonów stacjonarnych oraz komórkowych.

Celem strategii losowania próby było zebranie danych z co najmniej 6700 gospodarstw domowych Maine, z minimum 400 mieszkańców z każdego z 16 powiatów Maine. Metoda pobierania próbek została również zaprojektowana tak, aby zebrać co najmniej 300 wywiadów z gospodarstwami posiadającymi tylko "telefon komórkowy". Ponieważ osoby w wieku 18-34 lata mogą być niedostatecznie reprezentowane postanowiono włączyć zwiększoną próbkę tej grupy wiekowej w ogólnej metodologii pobierania próbek.

6. Zakres danych w badaniu:

W realizacji badania One Maine CHNA, do identyfikacji potrzeb zdrowotnych wykorzystano zarówno dane wtórne, jak i dane pierwotne zebrane za pomocą telefonicznego wywiadu z losowo wybranymi gospodarstwami domowymi

ZAKRES ZAGADNIEŃ W BADANIU ANKIETOWYM

W kwestionariuszu do badania telefonicznego zapytano o następujące problemy:

1. Czynniki demograficzne, w tym liczba osób w gospodarstwie domowym
2. Dostęp do opieki medycznej, w tym czy ma swojego lekarza (jeśli więcej niż jednego, to ilu?), ile razy był na pogotowiu w ciągu ostatniego roku
3. Zdrowie: samoocena stanu zdrowia; choroby przewlekłe
4. Pytania o leczenie chorób przewlekłych, w tym: czy zażywa aspirynę, o leczenie cukrzycy i jej powikłania, czy brał udział w szkoleniach z zakresu samoopieki w cukrzycy; o leczenie nadciśnienia tętniczego.

5. Pytania o potrzeby zdrowotne dzieci i młodzieży: czy u dziecka (<18 r.ż. w domu) były zdiagnozowane: astma, cukrzyca, nadwaga lub otyłość, autyzm, ADHD, ADD (*Attention Deficit disorder*). Pytanie o „FILL CHILD” - czy lekarz lub pielęgniarka udzielili informacji nt właściwej opieki nad dzieckiem (tj. odpowiednia dieta, aktywność fizyczna, czas przed TV/komputerem, słodzone napoje). Pytanie czy odłożono wizytę z dzieckiem u dentysty z powodu kosztów?
6. Aktywność fizyczna
7. Podstawowa opieka zdrowotna i profilaktyka
8. Wzrost i masa ciała
9. Opieka stomatologiczna
10. Zdrowie psychiczne
11. Czynniki ryzyka: palenie i rzucanie palenia, o liczbę partnerów seksualnych w ciągu ostatnich 12 miesięcy i stosowanie prezerwatyw, jakie narkotyki używał w ciągu ostatnich 12 miesięcy
12. Doświadczenie przemocy w domu
13. Ubezpieczenie zdrowotne
14. Bariery w dostępie do opieki zdrowotnej
15. Potrzeby zdrowotne w społeczności
16. Programy i aktywności wellness, np. czy pracodawca lub społeczność oferują takie programy w zakresie: ćwiczeń fizycznych, żywienia, rzucenia palenia; ile razy uczestniczył i jakie są bariery w uczestnictwie w tych programach
17. Korzystanie z terapii alternatywnych, jakich (lista)
18. Pytania o opiekę w ostatnich latach życia (End of Life Care)
19. Pytania o zatrudnienie, dochody
20. Jak długo mieszka w badanym regionie?

SZCZEGÓŁOWA BUDOWA KWESTIONARIUSZA

- Ile osób dorosłych (18+) mieszka pod tym numerem telefonu? Z tych osób dorosłych, czy można rozmawiać z osobą, która miała ostatnio urodziny?
- Wiek: ile skończyłeś lat?

- Ile osób w wieku poniżej 18 lat mieszka w tym gospodarstwie domowym?
- Kolejne pytania dotyczą korzystania z usług opieki zdrowotnej.

1. Pytanie A1: Czy masz jedną osobę, o której myślisz jak o swoim osobistym lekarzu lub pracowniku służby zdrowia?
 - a. tak, tylko jedną
 - b. więcej niż jedną
 - c. nie
2. Jeżeli ty lub ktoś w twojej rodzinie byłby chory i wymagałby opieki medycznej, gdzie byś się udał?
 - a. lekarz
 - b. do kliniki lub ośrodka zdrowia
 - c. przychodnia przyszpitalna
 - d. pogotowie
 - e. „WALK-IN URGENT CARE CENTER”
 - f. inne

Jeżeli na pytanie A1 odpowiedział tak, to:

3. Gdzie zazwyczaj się udajesz?
 - a. do gabinetu lekarza lub HMO
 - b. do kliniki lub ośrodka zdrowia
 - c. przychodnia przyszpitalna
 - d. pogotowie
 - e. “walk-in or urgent care center”
 - f. innego rodzaju miejsce
4. W ciągu ostatnich 12 miesięcy, ile razy byłeś na pogotowiu?

Stan zdrowia i choroby przewlekłe

1. Samoocena stanu zdrowia

2. W ciągu ostatniego miesiąca, z powodu złego fizycznego lub psychicznego stanu zdrowia, przez ile dni nie mogłeś normalnie funkcjonować (np. samoopieka, praca, wypoczynek)?
5. Dla każdej z poniższych chorób, chciałbym wiedzieć, czy kiedykolwiek lekarz, pielęgniarka lub inny pracownik służby zdrowia powiedział Ci, że masz tą chorobę?
- a) Wysokie ciśnienie krwi lub nadciśnienie tętnicze
 - b) Wysoki cholesterol
 - c) Cukrzycę lub wysoki cukier (u kobiet zapytać czy w czasie ciąży)
 - d) Anginę lub chorobę tętnic wieńcowych
 - e) Nowotwór
 - f) POChP
 - g) Astmę (jeśli tak, czy nadal masz astmę?)
 - h) Depresję (jeśli tak, czy nadal masz depresję?)
 - i) Chorobę psychiczną inną niż depresję, np. lęk, zaburzenia dwubiegunowe, schizofrenia, zaburzenia lękowe, zaburzenia odżywiania jak anoreksja lub bulimia.
 - j) Uzależnienie od alkoholu lub narkotyków (jeśli tak, czy nadal masz problem z andużywaniem alkoholu lub używaniem narkotyków?)

Pytania o postępowanie/leczenie chorób przewlekłych

6. Dla osób >34 roku życia: Czy bierzesz aspirynę codziennie lub co drugi dzień? Jeżeli tak, to: Czy bierzesz aspirynę, aby zmniejszyć ryzyko ...?
- a) zawału serca
 - b) udaru
 - c) rozcieńczyć krew
 - d) zapalenia stawów
 - e) bóli mięśni, bóle
 - f) zakrzepu
 - g) lekarz mi zalecił
 - h) nawracającego bólu, bóle
 - i) ciśnienia krwi

- j) bólu głowy, migreny
- k) bólu w ogóle
- l) cukrzycy
- m) ogólnie dla zdrowia, to jest dobre dla ciebie
- n) problemy z jelitem grubym
- o) bólu kolan, uraz
- p) bólu pleców, uraz
- q) cholesterolu
- r) bólu nóg
- s) ze względu na wiek
- t) kwestie serca
- u) nowotworu
- v) inne

7. Jeżeli ma cukrzycę, to:

Następnie, chciałbym zadać kilka pytań na temat cukrzycy.

- a) ile miałeś lat kiedy rozpoznano u ciebie cukrzycę?
- b) czy obecnie bierzesz insulinę?
- c) test HbA1C mierzy średni poziom cukru we krwi w ciągu ostatnich trzechmiesiący. Ile razy, w ciągu ostatnich 12 miesięcy, lekarz, pielęgniarka lub inny pracownik służby zdrowia zbadał Ci HbA1C?
- d) ile razy, w ciągu ostatnich 12 miesięcy, pracownik służby zdrowia sprawdził Ci stopy/nogi pod kątem owrzodzeń lub podrażnień?
- e) kiedy ostatni raz miałeś badanie oka, do którego rozszerzono źrenice? to mogło sprawić ci tymczasową nadwrażliwość na jasne światło.
- f) czy kiedykolwiek brałeś udział w kursie lub szkoleniu, jak masz postępować w cukrzycy?

Pytania dla osób z wysokim ciśnieniem krwi

8. Kiedy ostatnio miałeś zmierzone ciśnienie krwi przez lekarza, pielęgniarkę lub innego pracownika służby zdrowia?
 9. Czy lekarz lub inny pracownik służby zdrowia kiedykolwiek zalecał Ci, którąkolwiek z poniższych czynności, aby pomóc obniżyć lub kontrolować wysokie ciśnienie krwi?
 - a) ograniczenie soli?
 - b) ćwiczenia
 - c) zażywać leki
 10. Czy teraz ograniczasz sól, aby pomóc obniżyć lub kontrolować wysokie ciśnienie krwi?
 11. Czy teraz ćwiczysz, aby pomóc obniżyć lub kontrolować wysokie ciśnienie krwi?
 12. Czy teraz bierzesz leki, aby pomóc obniżyć lub kontrolować wysokie ciśnienie krwi?
- Następnie, chciałbym zadać kilka pytań dotyczących POChP.
13. Czy kiedykolwiek otrzymałeś jakąkolwiek rehabilitację oddechową?
 14. Czy miałeś badanie czynności płuc do pomiaru przepływu powietrza, zwane również spirometrią, w ciągu ostatnich 12 miesięcy?

BADANIE OSÓB MŁODYCH <18 ROKU ŻYCIA

Kolejne pytania dotyczą dzieci żyjących w gospodarstwie domowym

Teraz przeczytam listę problemów zdrowotnych, które często występują u dzieci i młodzieży.

1. Czy lekarz kiedykolwiek powiedział, że ktokolwiek w Twoim gospodarstwie domowym w wieku 18 lat miał poniższy problem zdrowotny:
 - astma
 - cukrzyca
 - problem z nadwagą lub otyłością
 - autyzm, ADHD, ADD lub jakiegokolwiek opóźnienie w rozwoju

Należy zadać to pytanie we wszystkich gospodarstwach domowych z jednym lub większą liczbą dzieci. W przypadkach, gdy jest więcej niż jedno dziecko w domu, wybrać losowo jedno dziecko i o nie zapytać.

2. U otyłych dzieci - Czy na ostatniej wizycie kontrolnej u lekarza lekarz, pielęgniarka lub ktoś inny w gabinecie rozmawiał z Tobą o:
 - żywieniu
 - aktywności fizycznej lub ćwiczeniach
 - oglądaniu telewizji lub innym czasie przed monitorem
 - słodkich napojach
 - nie było wizyty ze zdrowym dzieckiem
 - żadne z powyższych
3. Czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy zdarzyła się taka sytuacja, że którekolwiek z dzieci mieszkających w Twoim domu potrzebowało wizyty u dentysty, ale nie odbyła się z powodu kosztów?
4. Czy wasze dzieci otrzymują stomatologiczne usługi zdrowotne, takie jak badanie i lakowanie zębów?
 - w gabinecie dentysty
 - w gabinecie lekarza pediatry twojego dziecka
 - oba powyższe
 - nie mają opieki stomatologicznej

DALSZA CZĘŚĆ DLA DOROSŁEGO RESPONDENTA

Aktywność fizyczna

Teraz mam zamiar zapytać Pana o ćwiczenia.

15. Czy w ciągu ostatniego miesiąca, brałeś udział w jakichkolwiek aktywnościach fizycznych, takich jak bieganie, gimnastyka, golf, tenis lub chodzenie dla ćwiczeń? Jeżeli tak, to:
16. Ile razy w tygodniu lub w miesiącu brałeś udział w tych aktywnościach w ciągu ostatniego miesiąca? A kiedy brałeś udział w tej aktywności, przez ile minut zwykle ćwiczyłeś?

Podstawowa opieka zdrowotna

17. Ile czasu minęło od ostatniej wizyty u lekarza w celu rutynowego badania lub badania fizykalnego?

uwaga: Rutynowe badanie jest to ogólne badanie lekarskie, a nie badanie z powodu urazu, lub choroby.

18. Czy kiedykolwiek miałeś badany poziom cholesterolu we krwi? Cholesterol we krwi jest substancją tłuszczową występującą we krwi. Jeżeli tak, to:
19. Kiedy ostatnio miałeś badny poziom cholesterolu we krwi?

PYTANIA DLA MĘŻCZYŹN:

20. Kiedy miałeś wykonywane badanie przez odbyt?
- uwaga: Jest to badanie, w którym z lekarz, pielęgniarka lub innym pracownik służby zdrowia umieszcza ubrany w rękawiczkę palec do odbytnicy aby zbadać wielkość, kształt i twardość gruczołu krokowego.*
21. Kiedy miałeś wykonywane badanie PSA?

PYTANIA DLA KOBIET

Mammografia to badanie rentgenowskie piersi wykonywane w celu rozpoznawania raka.

22. Czy kiedykolwiek miałaś wykonaną mammografię?
- Jeżeli tak, to:
23. Kiedy ostatnio miałaś wykonaną mammografię?
- Badanie cytologiczne jest badaniem wykonywanym w celu rozpoznawania raka szyjki macicy.
24. Czy kiedykolwiek miałaś wykonane badanie cytologiczne? Jeżeli tak, to:
25. Kiedy ostatnio miałaś wykonane badanie cytologiczne?
- Sigmoidoskopia i kolonoskopia są to badania, w których rurka jest wkładana do odbytu w celu obejrzenia okrężnicy pod kątem zmian nowotworowych lub innych problemów zdrowotnych.
26. Czy kiedykolwiek miałeś wykonane którekolwiek z tych badań? Jeżeli tak, to:
27. Kiedy ostatnio miałeś wykonaną sigmoidoskopię lub kolonoskopię?
28. Czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy miałeś wykonane szczepienie przeciw grypie poprzez spryskanie Twojego nosa?
- Uwaga: szczepionka przeciw grypie rozpylana w nosie nazywa się FluMistTM.

PYTANIA DLA OSÓB 50+

Szczepionka na pneumokokowe zapalenie płuc jest zwykle podawana raz lub dwa razy w ciągu życia osoby jest inna od szczepionki na grypę.

29. Czy kiedykolwiek miałeś wykonane szczepienie przeciwko zapaleniu płuc?
30. Czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy miałeś wykonane szczepienie przeciwko zapaleniu płuc?
31. W ciągu ostatnich 12 miesięcy, jak często lekarz dawał Ci łatwe do zrozumienia instrukcje na temat tego, co zrobić, aby zadbać o siebie w chorobie lub zadbać o swój stan zdrowia?
- zawsze
 - zazwyczaj
 - czasami
 - nigdy
32. W ciągu ostatnich 12 miesięcy, jak często Twój lekarz poprosił Cię o opisanie, w jaki sposób radzisz sobie ze stosowaniem się do tych instrukcji?
- zawsze
 - zazwyczaj
 - czasami
 - nigdy

Wzrost i masa ciała

33. Jak jesteś wysoki bez butów?
34. Ile ważysz bez butów?
35. Które z poniższych czynności starasz się zrobić w związku z Twoją masą ciała?
- schudnąć
 - przytyć
 - pozostać w tej samej masie ciała
 - nie próbuję zrobić niczego z moją wagą

Opieka stomatologiczna

36. Ile czasu minęło od Twojej ostatniej wizyty u dentysty lub w klinice dentystycznej?

Proszę uwzględnić wszystkie rodzaje stomatologów, takich jak ortodonta, chirurg stomatolog i lekarzy wszystkich innych specjalności stomatologicznych a także higienistki.

- Jaki jest główny powód, tego, że nie odwiedziłeś dentysty w ciągu ostatniego roku?

Zdrowie psychiczne

Kolejne pytania dotyczą leczenia i poradnictwa w problemach z emocjami, nerwami lub zdrowiem psychicznym. Proszę nie uwzględniać leczenia z powodu alkoholu lub narkotyków.

37. Czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy, otrzymałeś jakieś leczenie ambulatoryjne lub poradę z powodu jakichkolwiek Twoich problemów z emocjami, nerwami lub zdrowiem psychicznym?
38. Czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy, był taki czas, kiedy potrzebowałeś leczenia psychiatrycznego lub porady dla siebie, ale nie dostałeś?
39. Czy to było dlatego, że nie mogłeś sobie pozwolić na leczenie psychiatryczne lub porady, czy też z innego powodu nie dostałeś opieki której potrzebowałeś? pyt. otwarte
Kolejne pytania są o tym, jak się czułeś w czasie ostatniego miesiąca.
40. Jak często w ciągu ostatniego miesiąca:
- czułeś się bardzo nerwowy? cały czas; większość czasu; czasami, niekiedy; wcale
 - czułeś się cichy i spokojny? cały czas; większość czasu; czasami, niekiedy; wcale
 - czułeś się przygnębiony?
 - czułeś się szczęśliwy?
 - czułeś się tak zadowolony, że nic nie mogło cię rozweselić?

Czynniki ryzyka

Teraz chciałbym zapytać o stosowanie produktów tytoniowych.

41. Czy wypaliłeś co najmniej 100 papierosów w całym swoim życiu?
Jeżeli tak, to:
42. Czy obecnie palisz papierosy codziennie, okazjonalnie lub wcale?
Jeżeli codziennie lub okazjonalnie/ czasem to:
43. W ciągu ostatnich 12 miesięcy, czy lekarza, pielęgniarka lub inny pracownik służby zdrowia zalecił Ci, abyś rzucił palenie? Tak; nie

Jeżeli pali codziennie lub okazjonalnie/ czasem to:

44. W ciągu ostatnich 12 miesięcy, czy przestałeś palić na jeden dzień lub dłużej, ponieważ próbowałeś rzucić palenie? Tak; nie

Jeżeli pali codziennie lub okazjonalnie/ czasem to:

45. Czy kiedykolwiek dzwoniłeś do the Maine Tobacco helpline? Tak; nie

Zachowania seksualne

Kilka kolejnych pytań dotyczy twoich osobistych zachowań, i chcę Ci przypomnieć, że Twoje odpowiedzi są poufne.

46. W ciągu ostatnich 12 miesięcy, z iloma osobami miałeś stosunek seksualny? Tabela, n, %

47. Czy używałeś prezerwatywy podczas ostatniego stosunku seksualnego? Tak, nie

Narkotyki i leki

48. Czy w ciągu ostatnich 30 dni zażywał Pan jakieś narkotyki (street drugs), w tym: marihuana, kokaina, crack, heroina, halucynogeny, lub wziewne?

Uwaga: do narkotyków należą marihuana lub haszysz, kokaina i crack i halucynogenne, takie jak LSD, PCP, meskaliny lub ecstasy.

49. W ciągu ostatnich 30 dni, przez ile dni używałeś leków na receptę bez wskazań lub używałeś cudzej recepty nie przeznaczonej dla Ciebie?

50. W ciągu ostatnich 12 miesięcy czy ty lub ktokolwiek w Twojej rodzinie doświadczył przedawkowania /zatrucia po przedawkowaniu tabletek, mieszaniu leków z alkoholem?

51. Gdy to się zdarzyło czy był wzywany numer 911 lub czy skorzystałeś z pomocy medycznej od lekarza lub w szpitalu?

O doświadczenie przemocy w domu.

Kolejne pytania dotyczą przemocy w relacjach z bliskim partnerem. Przez bliskiego partnera, mam na myśli jakiegokolwiek obecnego lub byłego małżonka, chłopaka lub dziewczynę. Ktoś z kim randkowałeś również będzie rozważany jako bliski partner.

52. Czy partner kiedykolwiek Cię uderzył, pchnął, kopnął, lub fizycznie skrzywdził w jakikolwiek sposób?

53. W ciągu ostatnich 12 miesięcy, czy doświadczył Pan/i przemocy fizycznej lub niechcianego seksu z obecnym lub byłym bliskim partnerem? Przemoc fizyczna obejmuje uderzenie, kopnięcie, duszenie lub inną fizyczną krzywdę.

Ubezpieczenie zdrowotne

54. Czy masz obecnie ubezpieczenie zdrowotne, które mogłoby pokryć przynajmniej częściowo rachunki, jeśli musiałbyś zostać na noc w szpitalu? Jeśli tak, to które?

Bariery w dostępie do opieki zdrowotnej

55. W ciągu ostatnich 12 miesięcy, czy był jakiś czas, kiedy potrzebowałeś jedną z następujących usług/rzeczy, ale jej nie dostałeś, bo nie mogłeś sobie na to pozwolić?

- Opieka medyczna lekarza lub operacja?
- Leki na receptę?

56. W ciągu ostatnich 12 miesięcy, czy był taki czas, że pomiąłeś dawki lub brałeś mniejsze dawki przepisanych ci leków na receptę, aby mieć je na dłużej?

Potrzeby zdrowotne w społeczności

Te kolejne pytania dotyczą kwestii zdrowia i opieki zdrowotnej w twojej społeczności.

57. Jak myślisz, co jest największym problemem zdrowotnym, z którym zmagają się Twoja społeczność?

lista problemów [n,%]:

- możliwość płacenia za opiekę
- uzależnienie od alkoholu, narkotyków
- nowotwory
- opieka nad osobami w podeszłym wieku
- za droga opieka zdrowotna
- brak ubezpieczenia zdrowotnego
- brak transportu do opieki medycznej
- zły stan zdrowia jamy ustnej
- przepisywanie zbyt drogich leków na receptę
- cięższe u nastolatków
- zbyt długi czas podróży do opieki medycznej

- przemoc (na ulicach?)
- niewystarczająca opieka zdrowotna, niekompetentni lekarze, szpitale
- otyłość
- nadużycia systemu opieki
- dostęp do opieki zdrowotnej, lekarzy; potrzeba więcej lekarzy
- artretyzm
- astma, COPD
- palenie
- ubezpieczenie nie obejmuje opieki, ubezpieczenia nie są akceptowane
- brak opieki stomatologicznej
- depresja
- cukrzyca
- gospodarka, brak pracy
- służby ratunkowe
- brak ruchu
- zaangażowanie rządu, zakłócenia
- choroby serca
- wysokie ciśnienie krwi
- złe odżywianie
- dobrobyt
- zdrowie psychiczne
- plan Obamy
- ludzie nie dbają o siebie
- ubóstwo, bezdomność
- osoby korzystają z pogotowia zamiast iść do lekarza
- zbyt wielu ludzi w rejonie MaineCare
- ci, którzy potrzebują ubezpieczenia nie dostają go, ci którzy nie pracują dostają je
- opieka nad dziećmi

- edukacja
- firmy ubezpieczeniowe, przemysł
- potrzeba ujednoczenia systemu płatnika, powszechnej opieki dla wszystkich
- inne
- żadne

58. Czy są jakieś usługi medyczne lub związane ze zdrowiem, których Ty lub członkowie rodziny potrzebują, jednak musisz jechać poza swój/ten obszar/rejon aby je otrzymać?

59. Czy są jakieś usługi medyczne lub związane ze zdrowiem, po które wolałbyś jechać poza swój/ten obszar/rejon aby je otrzymać, ponieważ czujesz brak wykwalifikowanych lekarzy lub specjalistów? (tabela, lista, n,%)

Programy i aktywności wellness - Wellness Activities and Programs

60. Czy Twój pracodawca lub Twoja społeczność oferują obecnie jakieś programy wellness?
uwaga: chodzi o programy w zakresie: ćwiczeń fizycznych, żywienia, rzucenia palenia;

61. Czy w ciągu ostatniego roku uczestniczył w jakichkolwiek programach wellness? tabela, lista programów, n,%

62. Jakie są dla Ciebie bariery w uczestnictwie w takich programach? pytanie otwarte, tabela, lista barier, n,%

Terapie alternatywne

63. Czy w ciągu ostatnich 3 lat korzystałeś z jakichkolwiek alternatywnych terapii medycznych lub praktyk? Z jakich dokładnie? pyt. otwarte (lista, n,%)

Opieka w starości/ w ostatnich latach życia

"Dyrektywy Advance" umożliwiają ludziom z wyprzedzeniem wybór opieki zdrowotnej na wypadek obezwładniającej choroby lub śmierci.

64. Czy Twój lekarz dyskutował z Tobą "dyrektyw Advance"?

65. Czy wypełniłeś A Health Care Power of Attorney (HCPA), w którym możesz wymienić kogoś, kto będzie podejmował za Ciebie decyzje dotyczące opieki zdrowotnej w przypadku kiedy zostaniesz ubezwłasnowolniony?

66. Czy wypełniłeś 'A living will', w którym określiłeś rodzaj opieki zdrowotnej, którą chcesz lub nie chcesz być wtedy objęty?

Demografia

67. Pytanie o aktualne zatrudnienie, rodzaj, czy stałe/czasowe/sezonowe?
68. Jeśli pracuje to ile godzin w tygodniu?
69. Jakiego ma wykształcenie?
70. Stan cywilny?
71. Rasa
72. Jaki był dochód tej rodziny w poprzednim roku z wszystkich źródeł?
73. Od ilu lat mieszka w badanym regionie?

WYNIKI I REKOMENDACJE: W odniesieniu do każdej grupy badanych czynników, np. czynniki ryzyka, dostęp do opieki zdrowotnej. Jak ustalono te zalecenia? Zalecenia te są oparte na informacji ilościowej z wykonanego badania potrzeb zdrowotnych HNA i na podstawie kilku dekad doświadczenia w studiowaniu i pracy z systemami opieki zdrowotnej w stanie Maine i w całych Stanach Zjednoczonych. Rekomendacje dotyczą regionu Maine jako całości i jako takie nie mogą mieć zastosowania do każdego lokalnego systemu opieki zdrowotnej w Stanie.

REKOMENDACJE:

- Wdrożenie reform w celu poprawy sytuacji z ubezpieczeniem zdrowotnym. Zwłaszcza ułatwienie finansowania opieki stomatologicznej.
- Walka zwłaszcza z paleniem i otyłością. Zaleca się, aby inicjatywy zmniejszające otyłość, na przykład zajęcia dla dzieci i dorosłych skupiały się na przyczynach problemu. Podejście powinno być kompleksowe i obejmować stosowanie polityki podatkowej. Poprawić należy dostęp do ćwiczeń fizycznych, żywienia i metod leczenia, w tym zarządzania stresem. Działania te powinny zintegrować rozwój lokalnej infrastruktury ochrony zdrowia publicznego, lokalnych dostawców, pacjentów i rodzin.

- Poprawa opieki nad przewlekle chorymi, zwłaszcza poprawa samokontroli stanu zdrowia i radzenia sobie z chorobą.
- Poprawa edukacji i badań przesiewowych w profilaktyce nowotworów, a także obserwacja dostępności i skuteczności leczenia.
- Wdrożenie szerokich programów profilaktycznych w zakresie uzależnień na poziomie populacyjnym, za pomocą strategii opartych na dowodach, które dotrą do specyficznych populacji i grup wiekowych. Te inicjatywy powinny obejmować pełny zakres interesariuszy społecznych, w tym: zdrowie publiczne, pracowników służby zdrowia, szkoły, wymiaru sprawiedliwości, rodziców i młodzieży. Zapewnienie podstawowej opieki zdrowotnej i realizatorom programów edukacyjnych profesjonalnych narzędzi do wykrywania i leczenia uzależnień.

IV. NAZWA: ST. MARY MERCY HOSPITAL COMMUNITY HEALTH NEEDS ASSESSMENT

Źródło:

[http://www.mercyhealthsaintmarys.com/documents/GrandRapids/KentCoCHNA_Final\(Website\).pdf](http://www.mercyhealthsaintmarys.com/documents/GrandRapids/KentCoCHNA_Final(Website).pdf)

1. **Celem** oceny było zebranie informacji o postrzeganych potrzebach zdrowotnych od obywateli tego rejonu.

Populacja objęta badaniem liczyła 532,949 mieszkańców.

2. **Kto:**

Główny organizator badania: St. Mary Mercy Hospital - rozpoczął i zidentyfikował partnerów w realizacji badania HNA. Byli to:

- The St. Mary Mercy Community Benefits Steering Committee - zespół złożony z kluczowych interesariuszy, przedstawicieli planowania strategicznego, finansów, administracji, marketingu i fundacji
- The St. Mary Mercy Strategic Leadership Council - zespół wielodyscyplinarny składał się z przedstawicieli planowania strategicznego w systemie na poziomie regionalnym i lokalnym
- The Healthy Partners Circle of Care - zespół składa się z przedstawicieli różnych biur służb socjalnych, szkół, kościołów i członków społeczności w zachodniej części Wayne County
- The Detroit Wayne County Health Authority

3. **Brak**

4. **Wykonawcy:**

Studenci pielęgniarstwa z Madonna University - 11 studentek było zaangażowanych w realizację badania: rozprowadzały ankiety papierowe do instytucji, kościołów, firm i szkół oraz prowadziły badanie pilotażowe lub obserwację terenu, by zdobyć więcej informacji o demografii i fizycznym środowisku poszczególnych społeczności.

Zebrane w badaniu dane były przeanalizowane przez studentów Madonna Univ. w celu określenia najważniejszych problemów zdrowotnych (którzy zrobili ranking tych potrzeb).

5. **Metody:** W tym badaniu HNA zastosowano 3 metody:

- I. Ankiętę internetową -Badanie opinii społeczności lokalnej nt potrzeb zdrowotnych, Community Health Needs Survey -wypełniło ponad 800 mieszkańców w wieku 41-60 lat. Ankieta internetowa lub w wersji papierowej była dostępna dla mieszkańców od 11 września do 15 listopada 2011 (2 miesiące), była też mailem wysłana do liderów (biznes, szkolnictwo, kościoły) w społeczności. W ankiecie było 8 pytań dotyczących poniżej opisanych zagadnień.
- II. Drugą metodą były grupy fokusowe. Okres styczeń - luty 2012 r. Oceniali wyniki badania anietowego i określali rolę istniejących świadczeniodawców w zwalczaniu tych problemów zdrowotnych.
- III. Dane wtórne - bazy danych krajowe, stanowe, lokalne demograficzne i zdrowotne.

Ad I) SZCZEGÓŁOWA BUDOWA KWESTIONARIUSZA

1. Jaką populację lub grupę reprezentujesz w swojej społeczności (wybierz jedną i odpowiedz na dalsze pytania jako przedstawiciel tej właśnie społeczności):
 - pracownik szpitala
 - lekarz
 - biznesmen
 - osoba niepełnosprawna
 - weteran
 - mieszkaniec miasta
 - prawnik
 - media
 - mniejszość
 - edukacja
 - społeczność wyznaniowa
 - urzędnik
 - świadczeniodawca opieki medycznej
 - zdrowie publiczne

- senior [*senior citizen*]
 - pracownik socjalny
 - młodzież
2. Jakie są najbardziej naglące/najważniejsze problemy zdrowotne w społeczności, którą reprezentujesz? zaznacz wszystkie odpowiednie:
- dostęp do podstawowej opieki medycznej
 - dostęp do lekarza specjalisty
 - opieka nad zdrowiem psychicznym
 - zakres usług objętych dostępnym ubezpieczeniem
 - nowotwory
 - choroby serca i udar
 - dostępność przepisanych leków
 - opieka w chorobach przewlekłych (cukrzyca, niewydolności serca, tp.)
 - wiarygodna informacja zdrowotna
 - skoordynowanie opieki
 - opieka dla uzależnionych
 - opieka stomatologiczna
 - niedożywienie
 - osobiste długi spowodowane rachunkami za opiekę medyczną
 - programy prewencyjne i wellness
 - zdrowy styl życia (ćwiczenia i żywienie)
 - palenie papierosów
 - otyłość
3. Zidentyfikuj największe bariery w dostępie do usług opieki zdrowotnej w społeczności, którą reprezentujesz. Zaznacz wszystkie odpowiednie:
- dostępność usług, które są potrzebne
 - osobiste długi spowodowane rachunkami za opiekę medyczną
 - brak ubezpieczenia
 - koszty opieki zdrowotnej

- brak wiedzy o dostępnych źródłach opieki
 - transport
 - język/ różnice kulturowe
4. W społeczności którą reprezentujesz, jakie są największe luki w usługach medycznych dla mieszkańców? Zaznacz wszystkie odpowiednie:
- dostępność usług/dostawców
 - opieka stomatologiczna
 - opieka geriatryczna
 - możliwość usług w nnych językach
 - opieka terminalna (hospicja, opieka paliatywna)
 - opieka psychiatryczna
 - *Prescription drug assistance*
 - opieka dla dzieci
 - podstawowa opieka zdrowotna
 - usługi dla mieszkańców z niskim dochodem
 - uzależnienia
5. W społeczności, którą reprezentujesz, jakie są największe potrzeby w zakresie edukacji i prewencji chorób? zaznacz wszystkie odpowiednie:
- profilaktyka palenia i pomoc w rzuceniu palenia
 - zdrowie psychiczne i uzależnienia
 - prewencja otyłości
 - zdrowy styl życia
 - zdrowie reprodukcyjne
 - tłumaczenie informacji zdrowotnej dla nieanglojęzycznej ludności
 - zdrowie jamy ustnej
 - skryningi zdrowotne
6. W społeczności, którą reprezentujesz, które wrażliwe grupy ludzi są najbardziej dotknięte przez lokalne potrzeby opieki zdrowotnej? zaznacz wszystkie odpowiednie
- gospodynie domowe

- bezrobotni będący głową gospodarstw domowych
 - rodziny migrantów/uchodźcy
 - młodzi
 - nieubezpieczeni,
 - starsi mieszkańcy
 - mieszkańcy o niskich dochodach
 - ubogie rodziny pracujące
 - mniejszości
7. Które z poniższych uważasz za główne problemy społecznej społeczności, którą reprezentujesz? Zaznacz wszystkie odpowiednie:
- rozbite rodziny
 - poziom wykształcenia
 - przestępstwa/przemoc
 - przemoc domowa/wykorzystywanie dzieci
 - bezdomność
 - wykluczenie domowe [Home foreclosure]
 - opieka dla seniorów
 - brak wsparcia społecznego
 - język/bariery kulturowe
 - bezrobocie
 - transport
 - ubóstwo
 - zdrowie psychiczne
 - samobójstwa
 - aktywność gangów
 - uzależnienia
 - dostępność opieki dla dzieci
 - cięższe nieletnich

8. Wymień usługi, które uważasz, że są obecnie najbardziej pilnymi zagadnieniami zdrowotnymi wskazanymi powyżej.
9. Dane demograficzne: wiek, płeć, kod, zamieszkanie, zatrudnienie, mieszkanie.
10. Czy chciałbyś zostać uczestnikiem grupy fokusowej?

Ad II) Metoda grupy fokusowej

Zorganizowano 3 grupy, w której udział wzięli: pracownicy szpitala, community leaders, mieszkańcy. Na spotkaniu trwającym 1 godzinę zaprezentowano i przedyskutowano wyniki wcześniejszego badania (ankietowego) i zapytano obecnych o 4 zagadnienia:

- rola szpitala w prewencji chorób przewlekłych
- koszty opieki zdrowotnej i poprawy zdrowia
- edukacja
- sceningi

11. Na końcu zapytano uczestników co to jest "zdrowy styl życia".

WYNIKI:

Zidentyfikowane potrzeby zakwalifikowano do 3 grup:

- finansowe
- edukacyjne
- prewencja/welness i dostęp do opieki medycznej

Wyniki badania ankietowego zostały przedstawione jako wykresy słupkowe wg odpowiedzi 4 grup społecznych: mieszkańcy, pracownicy szpitala, bezrobotni, lekarze. Wypowiedzi z grup fokusowych - przedstawiono jako opisy tekstowe w osobnym załączniku.

Na podstawie danych z badania HNA zidentyfikowano 5 najważniejszych problemów zdrowotnych:

1. Otyłość,
2. Nadużywanie alkoholu przez młodzież i dorosłych,
3. Zdrowie psychiczne u dorosłych,
4. Przewlekłe zarządzanie chorobą /dostęp do opieki w chorobach przewlekłych

5. Opieka na osobami starszymi.

12. W osobnym załączniku zestawiono dla każdego powiatu listę słabych i mocnych stron (City Strengths and City Weaknesses), np obecność programów o zdrowym gotowaniu/wysokie bezrobocie.

Zaprojektowano 3-letni plan działania w zakresie tych najważniejszych 5 problemów (w formie tabeli, np. problem: otyłość; dlaczego?: [brak aktywności fizycznej, złe nawyki żywieniowe]; jakie strategie działania?: [współpraca partnerów w lokalnych programach promujących aktywność fizyczną i wellness; działalność szpitalnego partnera w społeczności na rzecz lokalnych wydarzeń skupiających się na poprawie stanu odżywienia/stan wiedzy w społeczności]; jakie specyficzne działania?: [wymiana informacji w Circle of Care Coalition, kościołach, firmach i szkołach; wspieranie finansowania aktywności fizycznej/ wydarzeń wellness w społeczności; wspieranie uczestnictwa społeczności w akcjach biegach, chodzeniu dla zdrowia; bycie sponsorem medycznym akcji "Passport to a Healthy City"; Dostarczyć listę produktów w lokalnych hurtowniach/bankach żywności i rolników itd.]

Nie planowano działań co do problemów których rozwiązanie leży na wyższym szczeblu/nie jest w ich mocy, np. finansowanie opieki zdrowotnej, zatrudnienie, wykształcenie.

13. **Rola Mediów**

Brak danych

V. NAZWA: Hardin Memorial Hospital badanie 2012

Źródło:

<http://www.hmh.net/HMHWebsite/NewsDetail.aspx?NewsID=110>

<http://www.hmh.net/ContentMgmt/uploads/NewsAnnouncements/CHNA%20Survey.pdf>

Na stronie internetowej

<http://www.hmh.net/HMHWebsite/NewsDetail.aspx?NewsID=110> jest informacja o celu i możliwości udziału w badaniu potrzeb zdrowotnych społeczności. Ankietę można wypełnić internetowo lub w wersji papierowej i odesłać.

1. Cele:

Hardin Memorial Hospital rozpoczął kompleksową inicjatywę oceny potrzeb zdrowia społeczności, która pomoże:

- określić obecne i przyszłe potrzeby zdrowotne w naszych społecznościach
- zwiększać świadomość społeczności na temat lokalnych i regionalnych problemów zdrowotnych
- określić trendy w demografii związane z ochroną zdrowia
- poprawić i wzmocnić nasze programy zdrowotne i usługi

2. Kto:

Attn: Planning & Development

Hardin Memorial Hospital

913 N. Dixie Ave

Elizabethtown, KY 42701 - See more at:

<http://www.hmh.net/HMHWebsite/NewsDetail.aspx?NewsID=110#sthash.IA7brFMK.dpuf>

SZCZEGÓŁOWA BUDOWA KWESTIONARIUSZA 18 PYTAŃ

1. Jak ogólnie opisałbyś swój stan zdrowia?

- doskonały

- bardzo dobry
 - dobry
 - taki sobie
 - zły
2. Gdzie chodzisz do podstawowej opieki zdrowotnej?
- gabinet lekarza
 - Departament Zdrowia
 - izba pogotowia
 - klinika opieki nagłej
 - klinika w sklepie spożywczym lub aptece
 - nie otrzymuję rutynowej opieki zdrowotnej
 - inne (proszę wymienić) _____
3. Czy jesteś w stanie odwiedzić lekarza, gdy jest to potrzebne?
- tak [przejdź do pytania 5]
 - nie
4. Jeśli twoja odpowiedź na pytanie 3 brzmi „nie”, wybierz wszystkie, które dotyczą Ciebie:
- brak możliwości wizyty
 - nie mogę sobie na to pozwolić
 - nie mogę wziąć wolnego w pracy
 - brak transportu
 - brak specjalisty w mojej społeczności do mojej choroby
 - inne (proszę wymienić) _____
5. Jaki masz rodzaj ubezpieczenia zdrowotnego?
6. Proszę zaznaczyć 3 główne problemy zdrowotne, z którymi się borykasz:.
- nowotwór złośliwy
 - cukrzyca
 - nadwaga / otyłość
 - choroby płuc

- wysokie ciśnienie krwi
 - udar
 - choroba serca
 - bóle stawów lub ból pleców
 - problemy ze zdrowiem psychicznym
 - nadużywanie alkoholu
 - narkomania
 - nie mam żadnych problemów ze zdrowiem
 - inne (proszę wymienić) _____
7. Jakie dodatkowe usługi zdrowotne powinny być oferowane aby sprostać wyzwaniom zdrowia w swojej społeczności? pytanie otwarte
8. Proszę wybierz wszystkie stwierdzenia z poniższych, które odnoszą się do Ciebie:
- ćwiczę co najmniej 3 razy w tygodniu
 - jem co najmniej 5 porcji owoców i warzyw dziennie
 - jem fast foody częściej niż raz w tygodniu
 - palę papierosy
 - żuję tytoń
 - zażywam narkotyki
 - używam lub nadużywam leków na receptę
 - piję więcej niż 4 napoje alkoholowe (jeśli to kobiety) lub 5 (w przypadku mężczyzn) dziennie
 - używam ochrony przeciwsłonecznej lub odzież ochronną do planowanego pobytu na słońcu
 - szczepię się na grypę co roku
 - mam dostęp do programu odnowy biologicznej/wellness przez mojego pracodawcę
 - żadne z powyższych mnie nie dotyczą.
9. Które z poniższych procedur zapobiegawczych miałeś wykonane w ciągu ostatnich 12 miesięcy?

- mammografia (jeśli kobieta)
- cytologia (w przypadku kobiety)
- badania przesiewowe w kierunku raka prostaty (jeśli mężczyzna)
- szczepienie na grypę
- badanie odbytnicy/okrężnicy
- kontrola ciśnienia krwi
- kontrola poziomu cukru we krwi
- badania przesiewowe raka skóry
- poziom cholesterolu
- badania przesiewowe wzroku
- badania przesiewowe słuchu
- badania przesiewowe w kierunku chorób układu sercowo-naczyniowego
- badanie gęstości kości
- badanie dentystyczne/ czyszczenie / zdjęcie rentgenowskie zębów
- badanie lekarskie
- żadne z powyższych

10. Jaka jest Twoja płeć?

- żeńska
- męska

11. Jaka jest Twój powiat zamieszkania?

12. Jaki jest Twój 5-cyfrowy kod pocztowy (przykład 42701) _____

13. Jaki jest Twój wiek? _____

14. Jakiej jesteś rasy?

15. Jaki jest Twój obecny stan zatrudnienia?

- zatrudnienie w pełnym wymiarze czasu
- zatrudnienie w niepełnym wymiarze czasu
- student
- gospodyni domowa
- bezrobotny

- niepełnosprawny
- emerytowany

16. Jaki jest Twój zakres dochodów gospodarstwa domowego? podane zakresy do wyboru

17. Jaki jest Twój najwyższy ukończony poziom edukacji?

18. Co może zrobić Hardin Memorial Health, aby lepiej odpowiadać na potrzeby zdrowotne naszego społeczeństwa?

.....

.....

....

Nie ma raportu z wynikami.

VI. NAZWA: Tippecanoe County HNA

Źródło: http://www.tippecanoe.in.gov/egov/docs/1333551807_217376.pdf

1. Cel HNA:

Narzędzie używane aby pomóc społeczności określić ich potrzeby, zdolności i wykorzystanie zasobów przez mieszkańców.

2. Kto:

Zebranie danych pierwotnych zostało przeprowadzone przez Pauline Shen z Departamentu Zdrowia Tippecanoe County z członkami lokalnej Health Coalition.

Lokalna Health Coalition to grupa osób w Izbie Gospodarczej, która odegrała kluczową rolę w kampanii medialnej, od której rozpoczęto badanie.

3. Czas:

Początek badania: 1 czerwca 2011; raport powstał w grudniu 2011.

4. Rola mediów: Rozpoczęciu badania towarzyszyły:

- konferencja prasowa na ten temat
- oraz lokalne wiadomości tv i informacja w radio
- kilka artykułów na ten temat w lokalnej prasie

5. Finansowanie: badanie HNa było sponsorowane przez:

- Franciscan Alliance, St. Elizabeth Hospital
- Tippecanoe County Health Department
- Riggs Community Health Center
- Unity Healthcare

6. Metoda

Ankiety:

- online
- papierowa
- dostępna dla smartfonów

5000 ankiet papierowych zostało wysłanych pocztą do losowo wybranych mieszkańców.

Ponadto członkowie Health Coalition rozdystrybuowali kopie w tak wielu miejscach, jak

tylko mogli. Szkoły i firmy zostały zapytane o pozwolenie na wysłanie mailem ankiety do swoich pracowników. W mniejszości hiszpańsko języcznej - poprzez ogłoszenie na hiszpańskiej mszy św. Tak samo kontaktowano się - poprzez kościoły - do Afro - Amerykanów.

Aby zebrać informacje od osób z warstwy o niskim statusie społeczno-ekonomicznym, ankiety papierowe były łatwo dostępne w takich miejscach jak: banki żywności, mobilne banki żywności, domy dla bezdomnych, Armia Zbawienia, itp.

Zebrano ok. 2300 ankiet, około połowa z tego online, a połowa w wersji papierowej.

7. Zakres danych zebranych w ankiecie:

- A. Wiek, płeć, stan cywilny, rasa.
- B. Jak dużym problemem są (duży, średni, mały, nie problem) wymienione poniżej zagadnienia:
 - bezrobocie
 - spożycie alkoholu przez niepełnoletni
 - ciążę nieletnich
 - ubóstwo
 - przestępczość nieletnich
 - opieka zdrowotna
 - brak wykształcenia
 - wykluczenie i upadłość
 - zaniedbanie osób starszych
 - narkomania
 - przemoc domowa
 - przestępstwa
 - przemoc wobec dzieci
- C. Spośród listy problemów jak powyżej, które trzy są dla Pana/i osobiście największym problemem?

- D. Lista 12 usług dla lokalnej społeczności, respondenci mieli wybrać te, które są ważnym problemem (dla społeczności, a potem dla nich osobiście):
- przystępność cenowa opieki zdrowotnej
 - dostęp do opieki zdrowotnej programy zwalczania uzależnień od alkoholu i narkotyków
 - opieka nad dziećmi
 - zapobieganie przestępstwom
 - opieka nad osobami starszymi
 - doskonalenie zawodowe
 - walka z ubóstwem
 - usługi dla osób niepełnosprawnych
 - transport
 - zajęcia pozaszkolne dla dzieci
 - wsparcie w sprawach usług (opłaty za prąd, itd.)
- E. Które z poniższych 13 problemów są ważnym problemem zdrowotnym w społeczności:
- palenie
 - niezamierzone wypadki/zranienia
 - cięższe nieletnich
 - uzależnienia
 - STD
 - usługi profilaktyczne
 - opieka nad kobietami w ciąży
 - brak aktywności fizycznej
 - otyłość
 - zdrowie psychiczne
 - szczepienia
 - choroby przewlekłe
 - zdrowie dzieci

F. Lista 20 usług zdrowotnych, respondenci mieli im nadać status: od "bardzo ważny: do "nieważny":

- leki w przystępnej cenie
- przystępność opieki zdrowotnej
- opieka dentystyczna w przystępnej cenie
- edukacja żywieniowa
- opieka okulistyczna w przystępnej cenie
- dostęp do psychiatrycznej opieki zdrowotnej
- polityka wolnych od dymu tytoniowego przestrzeni wewnątrz / na zewnątrz
- edukacja w zakresie kontroli masy ciała
- zarządzanie w chorobie przewlekłej
- możliwość zamówienia zdrowa żywność w restauracjach
- szkolne programy edukacyjne nt żywienie i aktywność fizyczna
- więcej ścieżek rowerowych
- zdrowie i bezpieczeństwo dla pracowników
- dostęp do zajęć pozalekcyjnych
- zieleń miejska
- osoby starsze [elderly outreach]
- więcej ścieżek do chodzenia/spacerowych
- programy dla kobiet w ciąży
- promocja aktrywności fizycznej
- szkolna edukacja seksualna
- programy rzucania palenia

G. Które przewlekłe problemy zdrowotne Cię dotycza: lista 13 problemów:

- wysoki poziom cholesterolu
- nadciśnienie
- depresja
- lęk
- inna choroba psychiczna

- atak serca
- przewlekła choroba płuc
- choroby weneryczne
- nowotwór złośliwy
- przebyty udar
- palenie
- problemy z sercem
- cukrzyca

H. Rodzaj ubezpieczenia zdrowotnego:

- a) jak często pijesz alkohol: 4 możliwości odpowiedzi: Codziennie, Co tydzień, Od czasu do czasu, nigdy
- b) jak często ćwiczysz co najmniej 30 minut dziennie: codziennie, 2-3/tydz., raz w tygodniu, okazjonalnie, nigdy
- c) za pomocą jakich urządzeń odbierasz wiadomości lokalne: gazety, TV, radio, internet, szkoła, kościół, praca, inne
- d) w jaki sposób uzyskujesz informacje na temat zdrowia? : lokalne gazety, gazety krajowe, TV, czasopisma, internet, pracownicy służby zdrowia, rodzina i przyjaciele, inne.

Wyniki: Na wykresach słupkowych przedstawiono częstość [%] odpowiedzi wg płci, wieku, rasy i dochodów.

Dane wtórne dotyczące badanego regionu są zestawione w rankingu dla wszystkich stanów dostępnym na stronie: www.countyhealthranking.org , można porównać swoją sytuację zdrowotną ze stanami o podobnej strukturze mieszkańców, z całym krajem.

Wyniki badania (najczęściej zgłaszane w badaniu):

1. Wśród społeczności dwa największe problemy to: narkomania, bezrobocie
2. Wśród usług w społeczności wymienione są jako bardzo ważne problemy:
 - przystępność opieki zdrowotnej
 - dostęp do opieki zdrowotnej
 - opieka nad dziećmi

- szkolenia zawodowe i biura pracy.
3. Wśród problemów zdrowotnych największe problemy to:
- nadwaga / otyłość
 - brak aktywności fizycznej
 - uzależniona od alkoholu i narkotyków
 - choroby przewlekłe
 - palenie
4. Wśród usług zdrowotnych wymienione jako bardzo ważne są:
- leki w przystępnej cenie
 - przystępność opieki zdrowotnej
 - opieka dentystyczna w przystępnej cenie
 - edukacja żywieniowa
 - opieka okulistyczna w przystępnej cenie
 - dostęp do psychiatrycznej opieki zdrowotnej
 - polityka wolnych od dymu tytoniowego przestrzeni (wewnątrz / na zewnątrz)
 - edukacja w zakresie kontroli masy ciała
5. Najczęstsze choroby przewlekłe to:
- wysoki poziom cholesterolu
 - nadciśnienie
 - depresja
 - lęk
 - palenie
 - problemy z sercem
 - cukrzyca

Brak rekomendacji.

VII. Auckland District Health Board – HNA 2015

1. Cele przeprowadzenia oceny potrzeb zdrowotnych

- a) wprowadzanie zmian wpływających korzystnie na stan zdrowia ludności

- b) niezbędny etap planowania i wdrażania strategii
- c) identyfikacja i zmniejszenie nierówności w zdrowiu

2. Zleceniodawca oceny, jeśli możliwe to źródło i wysokość finansowania

Brak danych

3. Czas - kiedy, jak długo trwał proces oceny potrzeb zdrowotnych

Brak danych

4. Kto brał udział w procesie oceny potrzeb zdrowotnych, partnerzy; metoda doboru osób do badania (losowanie, wagi, grupy osób, na które szczególnie trzeba zwrócić uwagę, np. osoby starsze)

- a) uwzględnienie mniejszości etnicznych
- b) uwzględnienie populacji osób młodych i osób starszych

5. Metody zebrania danych

- a) dane wtórne (demograficzne, urodzenia, zgony, dane szpitalne, rejestry krajowe np. nowotworów, chorób zakaźnych)

- Ministerstwo Zdrowia
- National Minimum Data Set (NMDS)
- The National Non-Admitted Patient Data Collection (NNPAC)
- Rejestr nowotworów
- Programme for the Integration of Mental Health Data (PRIMHD)
- The 2011/12 and 2012/13 New Zealand Health Surveys
- The Quality of Life Survey
- Rejestr cukrzycy 2013
- Birth registrations from births, deaths, and marriages.

6. Zakres zagadnień w ankiecie

- a) Dane społeczno – demograficzne: liczba ludności, pochodzenie etniczne, wiek, płeć, ubóstwo, dochód, poziom wykształcenia, zatrudnienie, warunki mieszkaniowe, rodzaj gospodarstwa domowego, przestępczość, niepełnosprawność, wskaźnik żywych urodzeń, niska waga urodzeniowa, współczynnik umieralności niemowląt

- b) Zachowania zdrowotne: palenie tytoniu, lata życia skorygowane niesprawnością, nadwaga, aktywność fizyczna, dieta, podwyższone ciśnienie krwi, podwyższony poziom glukozy we krwi, podwyższony poziom cholesterolu, spożywanie alkoholu, zażywania narkotyków, choroby przenoszone drogą płciową
- c) Stan zdrowia: ocena własnego stanu zdrowia, umieralność z powodu: nowotworów, choroby krwi, choroba wieńcowa, udary, choroby psychiczne, schorzeń mięśniowo – szkieletowe, urazów/wypadków, nowotworu piersi, nowotworu płuc, choroby niedokrwiennej serca, nowotworu jelita grubego, chorób naczyń mózgowych, cukrzycy, chorób układu oddechowego, oczekiwana długość życia,
- d) Opieka zdrowotna: liczba osób przypadające na jednego lekarza opieki podstawowej, stan uzębienia oraz jamy ustnej, procent populacji poddanej badaniu stomatologicznemu, współczynnik hospitalizacji/100 tys., wskaźnik korzystania z usług medycznych, obłożenie łóżek szpitalnych, procent mieszkańców zapisanych do lekarza pierwszego kontaktu, dostępność świadczeń szpitalnych, liczba operacji/100 tys., dostępność specjalistycznych zabiegów operacyjnych, standaryzowany współczynnik **śmiertelności (?)** w szpitalach, współczynnik hospitalizacji możliwych do uniknięcia

7. Narzędzia badawcze (budowa kwestionariusza, skale)

Dane wtórne, spisy, rejestry, ankiety ogólnokrajowe.

8. Przetwarzanie i metody analizy zebranych danych (np. współczynniki surowe, trendy, częstości) dla regionu, dla poszczególnych miast w regionie, zestawienie z danymi krajowymi

- a) porównanie stanu zdrowia mieszkańców Auckland ze stanem zdrowia wszystkich mieszkańców Nowej Zelandii
- b) częstości, procenty, współczynniki na 100 tys. mieszkańców, współczynnik na 100 tys. mieszkańców standaryzowany do wieku, dane surowe, trendy

9. Metoda prezentacji wyników (rodzaj wykresów, tabele, mapy)

Mapy, wykresy (liniowe, słupkowe, kołowe), tabele

10. Wyniki

Zdefiniowano kluczowe obszary:

- a) zmniejszenie nierówności w zdrowiu
- b) promowanie i wspieranie zdrowego stylu życia
- c) efektywne planowanie dla chorób układu krążenia i cukrzycy
- d) szybka ścieżka rozpoznawania i leczenia nowotworów
- e) zapewnienie wysokiej jakości opieki zdrowotnej dla dzieci
- f) zwiększenie dostępności do świadczeń z zakresu zdrowia psychicznego
- g) uwzględnienie potrzeb zdrowotnych osób starszych
- h) identyfikacja potrzeb zdrowotnych, które mogą pojawić się w przyszłości

11. Jak ustalono priorytety?

Brak danych – brak opisu metodologii szacowania potrzeb zdrowotnych

12. Rola mediów i lobbystów w powstawaniu, uświadamianiu i ocenie potrzeb zdrowotnych

Nie dotyczy

13. Rekomendacje w zakresie poszczególnych zagadnień, np. prewencji pierwotnej, dostępności do opieki zdrowotnej, opieki długoterminowej, uzależnień i chorób psychicznych.

Rekomendacje odpowiadają uzyskanym wynikom (pkt.10)

VIII. NAZWA: Floryda – Florida Department of Health

Źródło: <http://www.astho.org/Florida-CHNA-Case-Study/>

1. Cel przeprowadzenia oceny potrzeb zdrowotnych

- I. Zbudowanie infrastruktury służącej wspieraniu wszechstronnego, systematycznego i zintegrowanego podejścia do oceny stanu zdrowia oraz zaplanowanie działań zmierzających do jego poprawy.
- II. Poprawa zdrowia populacji regionu poprzez eliminację nierówności, które uniemożliwiają dostęp do zintegrowanej opieki zdrowotnej, poprawa jakości i dostępu do zasobów, które wspierają zdrowy styl życia.

2. Zleceniodawca oceny, jeśli możliwe to źródło i wysokość finansowania

Departament Zdrowia stanu Floryda.

3. Czas - kiedy, jak długo trwał proces oceny potrzeb zdrowotnych

2011-2013

4. Kto brał udział w procesie oceny potrzeb zdrowotnych, partnerzy; metoda doboru osób do badania (losowanie, wagi, grupy osób, na które szczególnie trzeba zwrócić uwagę, np. osoby starsze)

Partnerzy: lokalni liderzy zdrowia publicznego, szpitale non-profit, przedstawiciele lokalnego rządu, uniwersytetu, społeczności oraz organizacji pozarządowych. Powołano lokalne stanowe rady zdrowia (składające się ze świadczeniodawców, nabywców oraz pozarządowych użytkowników zasobów ochrony zdrowia).

Badane osoby

Brak danych.

5. Gdzie (centrum koordynujące, miejsca zbierania danych).

Brak danych.

6. Metody zebrania danych

a) zebranie danych wtórnych

Do tego celu wykorzystano działający od 2005 roku internetowy system, który zapewnił dostęp do ponad 1200 wskaźników zdrowia na poziomie stanowym, które

są odpowiednio poszeregowane tak, aby ułatwić ich używanie w planowaniu. Internetowy system ma działać wspierająco i zmniejszać ilość danych podstawowych, które muszą zostać zebrane jako niezbędne w procesie oceny potrzeb zdrowotnych.

b) grupy fokusowe

Brak danych.

c) zebranie danych pierwotnych

Brak danych.

7. Narzędzia badawcze

Brak danych.

8. Przetwarzanie i metody analizy zebranych danych (np. współczynniki surowe, trendy, częstości) dla regionu, dla poszczególnych miast w regionie, zestawienie z danymi krajowymi.

Brak danych.

9. Metoda prezentacji wyników (rodzaj wykresów, tabele, mapy)

Brak danych.

10. Wyniki

- I. Zidentyfikowane problemy z dostępnością do usług zdrowotnych – jako problematyczne wyszczególniono dostęp do ochrony zdrowia oraz finansowanie i infrastrukturę opieki zdrowotnej.
- II. Zidentyfikowane problemy zdrowotne – umieralność niemowląt, problemy związane z prewencją chorób przewlekłych.

11. Jak ustalono priorytety?

Na podstawie współpracy między partnerami zidentyfikowano pięć kluczowych obszarów strategicznych: ochrona zdrowia, prewencja chorób przewlekłych, powtórny rozwój partnerstwa w społeczności, dostęp do ochrony zdrowia oraz finansowanie i infrastruktura opieki zdrowotnej. Komitet sterujący SHIP ustalił interesariuszy w każdym z tych obszarów, wyznaczone im działania obejmowały ustalenie głównego

celu, strategii oraz mierzalnych celów szczegółowych, powiązanych z celami działania ustalonymi na poziomie krajowym.

Jako główny priorytet w obszarze problemów zdrowotnych uznano opiekę nad matkami, dziećmi i rodzinami.

12. Rola mediów i lobbystów w powstawaniu, uświadamianiu i ocenie potrzeb zdrowotnych

Brak danych.

13. Rekomendacje w zakresie poszczególnych zagadnień, np. prewencji pierwotnej, dostępności do opieki zdrowotnej, opieki długoterminowej, uzależnień i chorób psychicznych.

Zaproponowano działania i narzędzia, które w ocenie interesariuszy będą niezbędne w dalszym procesie oceny i poprawy zdrowia na poziomie lokalnym. Zaliczono do nich rozbudowę możliwości kształcenia opartego o zasoby internetowe, tworzenie sieci wsparcia regionalnego, budowanie zasobów pozwalających na oparte na dowodach interwencje związane z wdrożeniem określonych działań. Trwający proces wdrażania Planu Poprawy Zdrowia na Poziomie Stanu będzie rewidowany w zakresie głównego celu, strategii oraz celów szczegółowych związanych z pięcioma zidentyfikowanymi kluczowymi obszarami strategicznymi oraz poprawą stanu zdrowia mieszkańców Florydy.

IX. NAZWA: Indiana – Indiana State Department of Health and Hospital Association

Źródło: <http://www.astho.org/Indiana-CHNA-Case-Study/>

1. Cel przeprowadzenia oceny potrzeb zdrowotnych

Stworzenie centralnego ośrodka służącego do zbierania online danych populacyjnych w zakresie potrzeb zdrowotnych na poziomie stanu, aby zapewnić lokalnym departamentom zdrowia, szpitalom non-profit oraz innym partnerom społecznym dostęp do odpowiednich danych, za pomocą których można określić potrzeby zdrowotne lokalnej społeczności. Długofalowym celem podjętych działań jest wykorzystanie danych gromadzonych przy użyciu strony do umożliwienia rozwoju najlepszych praktyk i zaangażowania lokalnej społeczności do korzystania z tych praktyk aby poprawić zdrowie.

2. Zleceniodawca oceny, jeśli możliwe to źródło i wysokość finansowania

Departament Zdrowia Stanu Indiana.

3. Czas - kiedy, jak długo trwał proces oceny potrzeb zdrowotnych

Stronę internetową uruchomiono w grudniu 2012 roku.

4. Kto brał udział w procesie oceny potrzeb zdrowotnych, partnerzy; metoda doboru osób do badania (losowanie, wagi, grupy osób, na które szczególnie trzeba zwrócić uwagę, np. osoby starsze)

Departament Zdrowia Stanu Indiana, Stowarzyszenie Szpitali w Stanie Indiana, lokalne wydziały zdrowia, szpitale non-profit, inni niewyszczególnieni partnerzy społeczni. Współpracę w zakresie czynności technicznych związanych z uruchomieniem strony nawiązano z Centrum Biznesu i Badań w Indianie.

Badane osoby

Brak danych.

5. Gdzie (centrum koordynujące, miejsca zbierania danych).

Strona internetowa koordynowana przez Departament Zdrowia Stanu Indiana.

6. Metody zebrania danych:

a) zebranie danych wtórnych

Brak danych.

b) **grupy fokusowe**

Brak danych.

c) **zebranie danych pierwotnych**

Brak danych.

7. Narzędzia badawcze

Brak danych.

8. Przetwarzanie i metody analizy zebranych danych (np. współczynniki surowe, trendy, częstości) dla regionu, dla poszczególnych miast w regionie, zestawienie z danymi krajowymi.

Brak danych.

9. Metoda prezentacji wyników (rodzaj wykresów, tabele, mapy)

Na stronie internetowej <http://www.indianaindicators.org> można zapoznać się z wykresami, tabelami i mapami dotyczącymi poszczególnych wskaźników (zdrowie społeczności, ekonomia, edukacja, środowisko, bezpieczeństwo publiczne, transport).

10. Wyniki

Utworzono narzędzie służące gromadzeniu i prezentacji danych pierwotnych na poziomie lokalnym.

- I. Zidentyfikowane problemy z dostępnością do usług zdrowotnych – brak danych.
- II. Zidentyfikowane problemy zdrowotne – brak danych.

11. Jak ustalono priorytety?

Brak danych.

12. Rola mediów i lobbystów w powstawaniu, uświadamianiu i ocenie potrzeb zdrowotnych.

Informacja o uruchomieniu strony internetowej ukazała się w prasie.

13. Rekomendacje w zakresie poszczególnych zagadnień, np. prewencji pierwotnej, dostępności do opieki zdrowotnej, opieki długoterminowej, uzależnień i chorób psychicznych.

Brak danych.

X. NAZWA: Michigan – Community Health Needs Assessment Report & Implementation Plan

ŹRÓDŁO:

<http://www.med.umich.edu/1busi/factsheets/CHNA%20Report%20and%20Impl%20Plan.pdf>

1. Cel przeprowadzenia oceny potrzeb zdrowotnych

Celem przeprowadzonego procesu oceny potrzeb zdrowotnych były:

- a) ewaluacja dotychczasowych potrzeb zdrowotnych społeczności i ustalenie priorytetów
- b) identyfikacja zasobów dostępnych w celu realizacji działań mających priorytet oraz identyfikacja możliwości ich zastosowania
- c) podjęcie działań zmierzających do uwzględnienia w planie wdrożenia priorytetów zdrowotnych
- d) stworzenie potencjału w zakresie możliwości zaspokojenia potrzeb zdrowotnych obejmujących zakres istniejących programów, zasobów oraz partnerstwa w obszarze systemu zdrowotnego.

2. Zleceniodawca oceny, jeśli możliwe to źródło i wysokość finansowania

System Zdrowia Uniwersytetu w Michigan (ang. *University of Michigan Health System, UMHS*).

3. Czas - kiedy, jak długo trwał proces oceny potrzeb zdrowotnych

Proces oceny potrzeb zdrowotnych był prowadzony w latach 2011-2012.

4. Kto brał udział w procesie oceny potrzeb zdrowotnych, partnerzy; metoda doboru osób do badania (losowanie, wagi, grupy osób, na które szczególnie trzeba zwrócić uwagę, np. osoby starsze)

Badane osoby

Populacją ocenioną pod kątem potrzeb zdrowotnych była populacja hrabstwa Washtenaw.

5. Gdzie (centrum koordynujące, miejsca zbierania danych).

System Zdrowia Uniwersytetu w Michigan (ang. *University of Michigan Health System, UMHS*).

6. Metody zebrania danych:

Pozyskano dane ilościowe i jakościowe. Dane ilościowe pozyskano jako dane zbierane co 5 lat w ramach przeprowadzanej na terenie hrabstwa oceny potrzeb zdrowotnych, jak również wykorzystano dane zbierane przy użyciu systemu zdrowia publicznego. Dane jakościowe pozyskano poprzez wykorzystanie danych uzyskanych w programach zdrowotnych prowadzonych na terenie hrabstwa, które były uzyskane z wywiadów z członkami społeczności, których potrzeby zdrowotne nie były zaspokojone, z przedstawicielami mniejszości, osobami o niskich dochodach oraz osobami chorującymi na choroby przewlekłe.

7. Narzędzia badawcze

Proces oceny potrzeb zdrowotnych składał się z kilku etapów, zgodnych z Mapą ustaloną przez Stowarzyszenie na Rzecz Poprawy Zdrowia Społeczności (ang. *Association for Community Health Improvement's Assessment Process Map*):

- a) identyfikacji zespołu i zasobów potrzebnych do przeprowadzenia procesu
- b) definicji celu i zakresu
- c) pozyskania i przeanalizowania danych
- d) wyboru priorytetów
- e) opracowania dokumentacji i komunikacji uzyskanych wyników
- f) planowania działań i monitorowania ich przebiegu.

8. Przetwarzanie i metody analizy zebranych danych (np. współczynniki surowe, trendy, częstości) dla regionu, dla poszczególnych miast w regionie, zestawienie z danymi krajowymi.

Brak danych.

9. Metoda prezentacji wyników (rodzaj wykresów, tabele, mapy)

Wykresy słupkowe i liniowe, tabele.

10. Wyniki

- I. Zidentyfikowane problemy z dostępnością do usług zdrowotnych - na podstawie zebranych danych stwierdzono występowania problemów z dostępem do opieki zdrowotnej
- II. Zidentyfikowane problemy zdrowotne - problemy w obszarze zdrowia psychicznego, spożywanie alkoholu, zażywanie narkotyków, otyłość, zdrowie prekoncepcyjne i okołoporodowe, szczepienia, wykorzystywanie i zaniedbywanie dzieci.

11. Jak ustalono priorytety?

Dane związane ze zidentyfikowanymi potrzebami zdrowotnymi zostały zaprezentowane władzom UMHS. Na podstawie poniższych wytycznych ustalono priorytetyzację działań w ramach określonych potrzeb:

- a) możliwość wpływu UMHS na dany obszar potrzeb zdrowotnych
- b) zgodność z innymi systemami ochrony zdrowia skoncentrowanymi na takim samym zakresie usług oraz populacji
- c) zgodność z aktualnymi priorytetami i programami działań UMHS
- d) efektywność prowadzonych programów
- e) ocena, jak wcześniejsze działania UMHS odpowiadały na potrzeby zdrowotne społeczności

W oparciu o powyższe kryteria określono potrzeby o najwyższym poziomie: dostęp do opieki zdrowotnej, problemy w obszarze zdrowia psychicznego, nadużywanie alkoholu i zażywanie narkotyków, otyłość. Potrzeby z drugiego poziomu objęły: zdrowie prekoncepcyjne i okołoporodowe, szczepienia, wykorzystywanie i zaniedbywanie dzieci. Potrzeby najwyższego poziomu określono jako wymagające podjęcia większych aktywności niż potrzeby drugiego poziomu.

12. Rola mediów i lobbystów w powstawaniu, uświadamianiu i ocenie potrzeb zdrowotnych

Brak danych.

13. Rekomendacje w zakresie poszczególnych zagadnień, np. prewencji pierwotnej, dostępności do opieki zdrowotnej, opieki długoterminowej, uzależnień i chorób psychicznych.

Zaproponowano sposoby zaspokojenia określonych potrzeb zdrowotnych:

- a) w obszarze związanym z dostępem do opieki zdrowotnej powołano kilka inicjatyw. The Washtenaw Health Initiative to inicjatywa skoncentrowana na sposobach poprawienia dostępu do opieki zdrowotnej dla osób o niskich dochodach, nieubezpieczonych oraz dla członków systemu Medicaid; działania Inicjatywy obejmują udzielanie wsparcia finansowego oraz reprezentowania pacjentów. The Washtenaw Health Plan z kolei umożliwia pokrycie wydatków związanych z ochroną zdrowia dla osób o niskich dochodach, które nie mają dostępu do przystępnego ubezpieczenia zdrowotnego. Natomiast the Washtenaw County Prescription Plan to inicjatywa polegająca na udzielaniu rabatów finansowych osobom nie posiadającym ubezpieczenia w tym zakresie.
- b) w obszarze związanym ze zdrowiem psychicznym zaoferowano szereg programów dotyczących zdrowia psychicznego dla osób dorosłych i dzieci, niezależnie od statusu osoby zgłaszającej potrzeby w tym zakresie (wiek, płeć, rasa, preferencje seksualne, stan cywilny, religia, upośledzenie fizyczne lub psychiczne, zdolność pokrycia kosztów udziału).
- c) w obszarze związanym z nadużywaniem substancji powołano Agencję do spraw nadużywania substancji, mającą na celu podjęcie działań prewencyjnych w tym zakresie oraz stworzenie programów i usług umożliwiających odzyskanie zdrowia.
- d) w zakresie otyłości zaproponowano szereg programów zdrowotnych dotyczących żywienia, zwłaszcza dla osób o niskich dochodach.
- e) w obszarze zdrowia prekonceptyjnego i okołoporodowego zaproponowano korzystanie z już istniejących w ramach Catholic Social Services of Washtenaw County programów i aktywności, dotyczących adopcji, doradztwa ciążowego, terapii rodzinnej itd. Uruchomiono także Maternal and Infant and Health Program, w ramach którego możliwe jest korzystanie z wizyt domowych dla kobiet ubezpieczonych w ramach Medicaid.
- f) w obszarze szczepień zorganizowano system szczepień dla noworodków, dzieci, dorosłych i starszych osób.

g) w obszarze związanym z wykorzystywaniem i zaniedbywaniem dzieci oparto działania na istniejącym od 1985 roku the Washtenaw Child Advocacy Center of Washtenaw County, jak również powołano wiele partnerskich inicjatyw oraz uwzględniono współpracę m.in. z policją, Departamentem Bezpieczeństwa Publicznego, jak również oddziałami szpitalnymi. Współpraca ta ma na celu wykrywanie przypadków zaniedbań i wykorzystywania dzieci oraz zapewnienia możliwości schronienia w przypadku zagrożenia życia i zdrowia, grup wsparcia, ochrony prawnej.

XI. NAZWA: Scotland – Health Needs Assessment Report – Summary - People With Learning Disabilities In Scotland

Źródło: http://www.healthscotland.com/uploads/documents/1676-LD_summary.pdf

1. Cel przeprowadzenia oceny potrzeb zdrowotnych

Celem przeprowadzenia oceny potrzeb zdrowotnych osób z trudnościami w uczeniu się było zidentyfikowanie:

- a) potrzeb zdrowotnych występujących w tej grupie osób
- b) wzorców dostarczania opieki zdrowotnej osobom z trudnościami w uczeniu się na terenie Szkocji jak i innych państw
- c) aktualnych mocnych stron, luk oraz nierówności w usługach na terenie Szkocji
- d) zakresu przyszłych prac mających na celu uczestnictwo w działaniach redukujących nierówności w zdrowiu, pozwalających na poprawę jakości życia osób z trudnościami w uczeniu się.

2. Zleceniodawca oceny, jeśli możliwe to źródło i wysokość finansowania

HNS Health Scotland.

3. Czas - kiedy, jak długo trwał proces oceny potrzeb zdrowotnych

Brak danych, raport opublikowano w 2004 roku.

4. Kto brał udział w procesie oceny potrzeb zdrowotnych, partnerzy; metoda doboru osób do badania (losowanie, wagi, grupy osób, na które szczególnie trzeba zwrócić uwagę, np. osoby starsze)

Koordinacja: NHS Scotland. Współpraca z osobami z trudnościami w uczeniu się, lokalną społecznością, niezależnymi organizacjami, organizacjami zajmującymi się dostarczaniem odpowiednich usług, lokalne władze i ośrodki uniwersyteckie, przedstawiciele przemysłu.

5. Gdzie (centrum koordynujące, miejsca zbierania danych).

Brak danych.

6. Metody zebrania danych:

Aby uzyskać dane pozwalające do realizacji ww. celów, wykorzystano szeroki zakres źródeł danych. Uwzględniono doświadczenia osób korzystających z usług zdrowotnych

oraz ich rodzin, dane pochodzące z opublikowanych badań z zakresu potrzeb zdrowotnych osób z trudnościami w uczeniu się, dane dostarczone przez niezależne organizacje, uniwersytety, NHS, organizacje zapewniające dostęp do usług zdrowotnych.

7. Narzędzia badawcze

Brak danych.

8. Przetwarzanie i metody analizy zebranych danych (np. współczynniki surowe, trendy, częstości) dla regionu, dla poszczególnych miast w regionie, zestawienie z danymi krajowymi.

Brak danych.

9. Metoda prezentacji wyników (rodzaj wykresów, tabele, mapy)

Raport nie zawiera wykresów ani tabel, w których prezentowane są wyniki.

10. Wyniki

Wyniki opracowanej oceny wskazują, że osoby z trudnościami w uczeniu się mają bardziej złożone potrzeby zdrowotne niż członkowie populacji generalnej. Większość ich potrzeb zdrowotnych pozostaje nierozpoznana i niezaspokojona. Uwaga poświęcana potrzebom zdrowotnym osób z trudnościami w uczeniu się jest niewystarczająca. Osoby te nie są adresatami działań z zakresu promocji zdrowia, jak również nie są kształcone w zakresie rozpoznawania swojego złego stanu zdrowia.

11. Jak ustalono priorytety?

Brak danych.

12. Rola mediów i lobbystów w powstawaniu, uświadamianiu i ocenie potrzeb zdrowotnych

Brak danych.

13. Rekomendacje w zakresie poszczególnych zagadnień, np. prewencji pierwotnej, dostępności do opieki zdrowotnej, opieki długoterminowej, uzależnień i chorób psychicznych.

Skonstruowano pięciowarstwowy model opieki dla osób z trudnościami w uczeniu się, jego zakres obejmował następujące elementy:

- a) warstwa 0: zasoby i wsparcie społeczne, wsparcie domowe, edukacja i uczenie się, zatrudnienie, inicjatywy z zakresu zdrowia publicznego, rozwój odpowiedniej polityki
- b) warstwa 1: podstawowa opieka zdrowotna
- c) warstwa 2: usługi zdrowotne drugiego rzędu (opieka szpitalna i ambulatoryjna) dostępne poprzez podstawową opiekę zdrowotną
- d) warstwa 3: usługi specjalistyczne dla osób z trudnościami w uczeniu się dostarczane przez lokalny NHS oraz instytucje spoza sektora ochrony zdrowia
- e) warstwa 4: usługi specjalistyczne wyższego stopnia dla osób z trudnościami w uczeniu się (jak wyżej).

Integracja poszczególnych elementów powyższego modelu w zakresie wertykalnym (jednoczesny dostęp do usług z różnych zakresów), jak i horyzontalnym (dostęp do różnych usług w obrębie danego zakresu) są bardzo ważne, ponieważ mają wpływ na poprawę wyników klinicznych, włączenie użytkowników w proces leczenia, jak i zwiększenie efektywności kosztowej poszczególnych procedur.

Rekomendacje zawarte w Raporcie dotyczącym oceny potrzeb zdrowotnych osób z trudnościami w uczeniu się w Szkocji kierują odpowiedzialność za zaspokojenie istniejących potrzeb na władze szczebla centralnego. Odpowiedzialność taka uwzględnia m.in. upewnienie się, że we wszystkich inicjatywach politycznych odpowiedniego zakresu uwzględnione są potrzeby zdrowotne osób z trudnościami w uczeniu się, dbanie o rozwój i wdrażanie Strategii Zdrowotnej dla Osób z Trudnościami w Uczeniu się, wspieranie i monitorowanie wdrażania wyników Raportu dotyczącego potrzeb zdrowotnych występujących u osób z trudnościami w uczeniu się, wprowadzanie szeregu rozwiązań monitorujących podejmowane działania. Rekomendacje uwzględniają także udział lokalnych partnerów w prowadzeniu strategii poprawy stanu zdrowia pozwalającej na zaspokojenie potrzeb zdrowotnych osób z trudnościami w uczeniu się. Planowane działania uwzględniają włączanie osób z trudnościami w uczeniu się w inicjatywy dotyczące zdrowia prowadzone na szczeblu lokalnym, zwłaszcza w programy promocji zdrowia, jak również działania mające na celu

eliminację nierówności w zdrowiu oraz ocenę istniejących potrzeb zdrowotnych i dostępnych usług na szczeblu lokalnym. Na szczeblu lokalnym powinny być rozwijane i wdrażane usługi specjalistyczne przeznaczone dla osób z trudnościami w uczeniu się.

Wśród działań znajdujących się w zakresie infrastruktury zaproponowano opracowanie i aktualizowanie anonimowej bazy danych osób z trudnościami w uczeniu się, zarówno na szczeblu lokalnym jak i narodowym. W zakresie działań infrastrukturalnych znalazło się także wsparcie badań naukowych dotyczących oceny zdrowia, potrzeb zdrowotnych, jakości życia oraz dostępu do usług zdrowotnych w zakresie używania walidowanych sposobów oceny wymienionych cech.

Uwzględniono w rekomendacjach także uruchomienie działań takich jak opracowanie programu skriningowego specyficznego dla osób z trudnościami w uczeniu się, rozwój systemu raportowania i audytu dotyczącego zgonów wśród osób z trudnościami w uczeniu się, rozwój podstawowych usług ochrony zdrowia, zwiększenie dostępności do rzeczników dla takich osób oraz specjalistycznych usług opartych na działaniu w lokalnych środowiskach.

Dodatkowo wzięto pod uwagę również działania informacyjne (rozwijanie współpracy pomiędzy bezpośrednio dostępnymi praktykami ochrony zdrowia, lepsze zrozumienie specyfiki potrzeb zdrowotnych osób z trudnościami w uczeniu się) oraz edukacyjne (dotyczące odpowiedniego kształcenia osób z trudnościami w uczeniu się, zarówno podstawowego jak i wyższych poziomów).

XII. NAZWA: Child and Youth Mental Health Intervention, Research and Community Advocacy Project in Nunavut

1. Celem przeprowadzenia oceny potrzeb zdrowotnych było:

- a) zdefiniowanie zakresu potrzeb zdrowotnych oraz zwrócenie uwagi na takie problemy jak: aresztowania nieletnich, samobójstwa, profilaktyka zdrowotna, opieka społeczna, poradnictwo
- b) analiza makrootoczenia w zakresie świadczeń psychicznych dla dzieci i młodzieży
- c) zebranie podstawowych danych z zakresu korzystania ze świadczeń zdrowotnych
- d) identyfikacja braków w świadczonych usługach zdrowotnych
- e) przegląd najlepszych praktyk w innych krajach/regionach, które mogłyby zostać zaimplementowane w Nunavut

2. Zleceniodawca oceny, jeśli możliwe to źródło i wysokość finansowania

Badanie zostało sfinansowane przez Public Health Agency of Canada's Innovation Strategy. Badanie zrealizowano przez Teri Lindsay Consulting na zlecenie Qaujigiartiit Health Research Centre (AHRN-NU).

3. Czas - kiedy, jak długo trwał proces oceny potrzeb zdrowotnych

Luty - czerwiec 2010.

4. Kto brał udział w procesie oceny potrzeb zdrowotnych, partnerzy; metoda doboru osób do badania (losowanie, wagi, grupy osób, na które szczególnie trzeba zwrócić uwagę, np. osoby starsze)

Wywiady eksperckie z interesariuszami reprezentującymi instytucje:

- a) edukacji
- b) prawa
- c) zdrowia psychicznego
- d) opieki społecznej
- e) organizacji pozarządowych
- f) samorząd lokalny.

5. Metod zebrania danych:

Analiza przebiegała dwuetapowo. Pierwszy etap polegał na gromadzeniu danych regionalnych (dane zastane) i przeglądzie programów zdrowotnych realizowanych w regionie. Druga faza to interpretacja zebranych danych, analiza dobrych praktyk, eksploracja danych społeczno demograficznych, identyfikacja potrzeb zdrowotnych.

Programy zdrowotne realizowane w regionie przez instytucje:

- a) Centre for Addiction and Mental Health
- b) Charles J. Andrew Youth Treatment Centre
- c) Children's Hospital of Eastern Ontario (CHEO)
- d) Country Haven Acres
- e) Haydon Youth Services
- f) haydonyouthservices.com
- g) Royal Alexander Hospital
- h) Royal Ottawa Health Centre Group (ROHCG)
- i) Spirit of Our Youth Homes
- j) Ranch Ehrlo Society

6. Zakres zagadnień w ankiecie:

- a) Dane społeczno demograficzne – liczba ludności, populacja dzieci w podziale na grupy wiekowe: 0-4, 5-9, 10-14, 15-19 w analizowanych regionach, liczba samobójstw wśród młodzieży, wykształcenie, ciąża wśród nastolatek, tożsamość płciowa
- b) Opieka zdrowotna – liczba dzieci biorących udział w programach zdrowotnych
- c) Zachowania zdrowotne - nastrój i zaburzenia lękowe, konsultacje psychiatryczne, zaburzenia psychotyczne, uzależnienie młodzieży i zaburzenia towarzyszące,

7. Narzędzia badawcze (budowa kwestionariusza, skale)

Analiza danych wtórnych, przegląd programów zdrowotnych identyfikacja dobrych praktyk.

8. Przetwarzanie i metody analizy zebranych danych (np. współczynniki surowe, trendy, częstości) dla regionu, dla poszczególnych miast w regionie, zestawienie z danymi krajowymi

Analiza danych wtórnych, przegląd programów zdrowotnych identyfikacja dobrych praktyk.

9. Metoda prezentacji wyników (rodzaj wykresów, tabele, mapy)

Tabele, opis, wnioski.

10. Wyniki

Analiza wykazała, że w regionie występuje niewystarczająca liczba świadczeń zdrowotnych

z zakresu zdrowia psychicznego dla dzieci i młodzieży. Poza opieką podstawową i interwencjami w sytuacjach kryzysowych w regionie, nie ma możliwości skorzystania z programów zdrowotnych w zakresie zdrowia psychicznego.

11. Jak ustalono priorytety?

Analiza danych wtórnych i przegląd programów zdrowotnych, zarówno tych realizowanych w regionie jak i poza Nunavut.

12. Rola mediów i lobbystów w powstawaniu, uświadamianiu i ocenie potrzeb zdrowotnych

Nie dotyczy

13. Rekomendacje w zakresie poszczególnych zagadnień, np. prewencji pierwotnej, dostępności do opieki zdrowotnej, opieki długoterminowej, uzależnień i chorób psychicznych.

Zwiększenie dostępności świadczeń z zakresu zdrowia psychicznego dla dzieci i młodzieży.

XIII. NAZWA: Cleveland Clinic Main Campus Community Health Needs Assessment

1. Celem przeprowadzenia oceny potrzeb zdrowotnych było:

- a) zrozumienie oraz zaplanowanie obecnych i przyszłych potrzeb zdrowotnych pacjentów oraz wszystkich mieszkańców korzystających z usług Cleveland Clinic Main Campus
- b) głębsze zrozumienie istniejących potrzeb zdrowotnych
- c) identyfikacja priorytetowych potrzeb zdrowotnych
- d) zdobycie informacji o stanie zdrowia populacji oraz jej cechach społeczno – demograficznych
- e) zapewnienie uwzględnienia potrzeb osób niezbyt licznie reprezentowanych w danej społeczności,
- f) zapewnienie reprezentacji lokalnych, regionalnych i krajowych interesariuszy w procesie szacowania potrzeb zdrowotnych
- g) inwentaryzacja dostępnych zasobów na poziomie lokalnych, regionalnych i krajowych społeczności w celu oszacowania potrzeb zdrowotnych
- h) opracowanie dokumentu CHNA zgodnie z wytycznymi PPACA (the Patient Protection and Affordable Care Act)

2. Zleceniodawca oceny, jeśli możliwe to źródło i wysokość finansowania

Projekt został przygotowany i zarządzany przez Cleveland Clinic Main Campus. Wraz z Cleveland Clinic Main Campus w projekt zaangażowana została także firma badawczo – konsultingowa Tripp Umbach. W trakcie realizacji badania Cleveland Clinic Main Campus współpracował z innymi szpitalami i klinikami:

- Cleveland Clinic Children’s Hospital
- Cleveland Clinic Children’s Hospital of Rehabilitation
- Euclid Hospital
- Fairview Hospital
- Hillcrest Hospital
- Lakewood Hospital
- Lutheran Hospital
- Marymount Hospital

- Medina Hospital
- South Pointe Hospital

3. Czas - kiedy, jak długo trwał proces oceny potrzeb zdrowotnych

Projekt realizowany był od października 2011 r. do kwietnia 2012 r.

4. Kto brał udział w procesie oceny potrzeb zdrowotnych, partnerzy; metoda doboru osób do badania (losowanie, wagi, grupy osób, na które szczególnie trzeba zwrócić uwagę, np. osoby starsze)

- a) Pierwszym etapem badania był przegląd oraz analiza danych zastanych (**więcej informacji w pkt. 5.b ?**)
- b) Wywiady z kluczowymi interesariuszami – łącznie przeprowadzono 33 wywiady. Instytucje biorące udział w wywiadach to: Local and regional Public Health Urban Affairs, Ohio and National Public Health, Academic Medicine Research, Faith – based Organizations, Local Government/Education, Community Foundations, Non –Profit Organizations.
- c) Wywiady grupowe (FGI) z mieszkańcami społeczności - łącznie przeprowadzono 6 wywiadów wśród 111 mieszkańców,
- d) Inwentaryzacja zasobów dostępnych w Cleveland Clinic Children’s Hospital

5. Metody zebrania danych:

Dane wtórne (demograficzne, urodzenia, zgony, dane szpitalne, rejestry krajowe np. nowotworów, chorób zakaźnych)

- Behavioral Risk Factor Surveillance System (BRFSS)
- Community Need Index (CNI)
- Prevention quality Indicators (PQI)
- Ohio Trauma Registry (OTR)
- Healthy People 2020
- Cleveland Department of Public Health
- Ohio Department of Health
- Centers for Diseases Control and Prevention

- Association of American Medical Colleges

6. Zakres zagadnień w ankiecie:

- a) sytuacja demograficzna: liczba ludności, wiek, płeć, pochodzenie, wykształcenie, dochód gospodarstwa domowego, stan cywilny, posiadanie dzieci, status ubezpieczeniowy, bezrobocie.
- b) sytuacja zdrowotna: występowanie nadciśnienia, cukrzycy, udarów, nowotwór piersi, nowotwór prostaty, niska waga urodzeniowa, astma wśród dorosłych, niewydolność serca bóle, głowy oraz inne bóle, choroby serca, choroby płuc, przewlekła obturacyjna choroba płuc, cukrzyca – powikłania krótkoterminowe, cukrzyca – powikłania długoterminowe, cukrzyca niezdiagnozowana, wskaźnik amputacji kończyn u osób z cukrzycą, zastoinowa niewydolność serca, angina, perforacja wyrostka robaczkowego, odwodnienie, bakteryjne zapalenie płuc, zakażenie dróg moczowych, urazy (uduszenie, oparzenia, urazy tępe)
- c) zachowania zdrowotne: nadwaga, palenie tytoniu, nadciśnienie, uzależnienie od leków, depresja
- d) bariery w dostępie do opieki zdrowotnej: bariery finansowe (procent osób starszych, dzieci i samotnych rodziców żyjących w ubóstwie); bariery kulturowe/językowe (procent osób mających problemy z komunikacją w języku angielskim), bariery edukacyjne (procent osób, które nie ukończyły szkoły), bariery ubezpieczeniowe (procent osób nieubezpieczonych i bezrobotnych), bariery mieszkaniowe (procent osób wynajmujących dom/mieszkanie).
- e) wywiady z interesariuszami składały się z następujących pytań: W jaki sposób Twoje stanowisko związane jest z potrzebami zdrowotnymi? Jakimi cechami charakteryzuje się zdrowa społeczność? Jakie są szczególne regionalne/narodowe problemy zdrowotne? Jakie problemy zdrowotne na poziomie regionalnym/krajowym najczęściej dotyczą określone grupy ludzi? Jakie słabe i mocne strony można wykazać dla danej społeczności w zakresie poprawy stanu zdrowia mieszkańców? Jakie są najbardziej priorytetowe potrzeby zdrowotne, które powinny zostać zrealizowane w pierwszej kolejności(w szczególności w mało reprezentowanych grupach)? Czy

dostępne zasoby są wystarczające aby zaspokoić potrzeby zdrowotne? Jaki powinien być stan zdrowia danej społeczności za 5- 10 lat?

7. Narzędzia badawcze (budowa kwestionariusza, skale)

Analiza danych zastanych, wywiady z ekspertami oraz wywiady grupowe.

8. Przetwarzanie i metody analizy zebranych danych (np. współczynniki surowe, trendy, częstości) dla regionu, dla poszczególnych miast w regionie, zestawienie z danymi krajowymi

Częstości, procenty, tabele, wykresy, indeksy i skale zbudowane w oparciu o zgromadzone dane, wskaźniki występowania chorób.

9. Metoda prezentacji wyników (rodzaj wykresów, tabele, mapy)

- mapy
- wykresy słupkowe
- tabele

10. Wyniki

Analiza wykazała, że w badanej społeczności istnieją niezaspokojone potrzeby dotyczące programów zdrowotnych oraz usług medycznych. Zidentyfikowano następujące potrzeby zdrowotne: choroby przewlekłe, promocja zdrowego stylu życia, świadczenia specjalistyczne wraz z zapewnieniem transportu pacjenta, dostęp do opieki zdrowotnej, poprawa ekonomiczna (wydajność), badania medyczne, edukacja.

11. Jak ustalono priorytety?

W pierwszej kolejności dokonano przeglądu danych zastanych. Na podstawie uzyskanych wyników analizę pogłębiono o wywiady eksperckie z interesariuszami oraz wywiady grupowe z mieszkańcami regionu.

12. Rola mediów i lobbystów w powstawaniu, uświadamianiu i ocenie potrzeb zdrowotnych

Brak danych.

13. Rekomendacje w zakresie poszczególnych zagadnień, np. prewencji pierwotnej, dostępności do opieki zdrowotnej, opieki długoterminowej, uzależnień i chorób psychicznych.

Rekomendacje:

- zwiększenie liczby dostępnych badań i usług medycznych
- zapewnienie pacjentom tego wymagającym bezpłatnego transportu na badania medyczne
- akademickie centra medyczne powinny być „pierwszą linią” jeżeli chodzi o badania nad zdrowiem populacji oraz edukacją zdrowotną,
- promowanie zdrowego stylu życia

XIV. NAZWA: Community Health Needs and Resources Assessment Corner Brook Area

1. Celem przeprowadzenia oceny potrzeb zdrowotnych było:

- zdefiniowanie potrzeb zdrowotnych
- określenie priorytetów zdrowotnych
- ustalenie czy występują regionalne różnice w potrzebach zdrowotnych

2. Zleceniodawca oceny, jeśli możliwe to źródło i wysokość finansowania

Raport został opracowany przez the Health Promotion and Primary Health Care, Population Health Branch, Planning and Research, Quality Management and Research Branch na zlecenie Western Health.

3. Czas - kiedy, jak długo trwał proces oceny potrzeb zdrowotnych

Brak danych

4. Kto brał udział w procesie oceny potrzeb zdrowotnych, partnerzy; metoda doboru osób do badania (losowanie, wagi, grupy osób, na które szczególnie trzeba zwrócić uwagę, np. osoby starsze)

- mieszkańcy społeczności
- pracownicy instytucji zdrowia
- przedstawiciele mniejszości Aborygenów

5. Metod zebrania danych:

I. Dane pierwotne

- ankieta z mieszkańcami
- wywiady grupowe dotyczące:
 - ✓ cukrzycy – udział wzięli chorzy na cukrzycę oraz przedstawiciele opieki zdrowotnej w zakresie cukrzycy
 - ✓ z mniejszością Aborygenów - udział wzięli przedstawiciele: Aboriginal Health Navigator, Band Chief, Band Council Members, Executive Director of the Qalipu Band, Newfoundland Aboriginal Women's Network, Qalipu community

II. Dane wtórne (demograficzne, urodzenia, zgony, dane szpitalne, rejestry krajowe np. nowotworów, chorób zakaźnych)

- Canadian Institute for Health Information
- Statistics Canada 2006 Census
- Canadian Community Health Survey
- Western Health Environmental Scan
- Western Newfoundland and Labrador School District Annual Report

6. Zakres zagadnień w ankiecie:

- Dane społeczno – demograficzne: liczba ludności, wiek, migracje, urodzenia, zgony, wykształcenie, dochód, zatrudnienie,
- Zachowania zdrowotne: palenie tytoniu, spożywanie alkoholu, nadwaga, aktywność fizyczna, przesiewowe badania cytologiczne, przesiewowe badania mammograficzne, spożycie warzyw i owoców, „ karmienie piersią”
- Stan zdrowia: samoocena stanu zdrowia, poziom zaszczepienia, choroby układu krążenia, choroby układu oddechowego, choroby układu sercowo – naczyniowego, nowotwory
- Ankieta z mieszkańcami: postrzeganie zdrowia, zadowolenie z dostępnych usług medycznych (w zakresie: zdrowia psychicznego, uzależnień od alkoholu, narkotyków, hazardu, poradnie, oddziały ratunkowe, dietetyka, cukrzyca, programy profilaktyczne, działanie specjalistycznych poradni itp.) główne problemy występujące w lokalnej społeczności, korzystanie z wybranych usług medycznych, dostęp do pracowników opieki społecznej, zadowolenie z lokalnych usług, działań i rozwiązań (np. szkoły, programy dla seniorów, biblioteki, poczta, działanie takich służb jak policja, straż pożarna, transport publiczny itd.

7. Narzędzia badawcze (budowa kwestionariusza, skale)

- ocena zadowolenia, skala 1 – 4
- dane wtórne
- dane jakościowe z wywiadów grupowych

8. Przetwarzanie i metody analizy zebranych danych (np. współczynniki surowe, trendy, częstości) dla regionu, dla poszczególnych miast w regionie, zestawienie z danymi krajowymi

- dane surowe, procenty

9. Metoda prezentacji wyników (rodzaj wykresów, tabele, mapy)

- tabele wraz z interpretacją

10. Wyniki

Analiza wykazała występowanie następujących problemów zdrowotnych, społecznych i środowiskowych:

- brak wsparcia osób starszych
- bariery w dostępie do różnych usług dla osób niepełnosprawnych
- rozpowszechnienie zjawiska nadwagi
- niski poziom aktywności fizycznej wśród dzieci
- wysokie koszty opieki stomatologicznej i rehabilitacji
- brak odpowiednich usług dla osób, które przeszły udar
- długi czas oczekiwania na świadczenia medyczne

11. Jak ustalono priorytety?

Szacowanie potrzeb zdrowotnych przebiegało na podstawie czterech typów informacji:

- stan zdrowia (dane statystyczne)
- wartości społeczne (profile)
- potrzeby zdrowotne w opinii mieszkańców społeczności (ankieta)
- potrzeby zdrowotne w opinii interesariuszy (wywiady grupowe, wywiady eksperckie, konsultacje z lokalnymi samorządami)

12. Rola mediów i lobbystów w powstawaniu, uświadamianiu i ocenie potrzeb zdrowotnych

Nie dotyczy

13. Rekomendacje w zakresie poszczególnych zagadnień, np. prewencji pierwotnej, dostępności do opieki zdrowotnej, opieki długoterminowej, uzależnień i chorób psychicznych.

- cukrzyca – zwiększenie świadomości społecznej oraz wiedzy na temat tego, jak żyć z cukrzycą

- mniejszość Aborygenów: współpraca Western Health z instytucjami związanymi z mniejszością Aborygenów w celu lepszego poznania specyfiki potrzeb zdrowotnych tej mniejszości

XV. NAZWA: Greater Geelong Community Health Needs Assessment 2014

1. Celem przeprowadzenia oceny potrzeb zdrowotnych było:

- a) identyfikacja problemów zdrowotnych występujących w danej populacji
- b) analiza problemów zdrowotnych z uwzględnieniem płci i regionu zamieszkania

2. Zleceniodawca oceny, jeśli możliwe to źródło i wysokość finansowania

Raport został przygotowany przez Healthy Together Geelong na zlecenie the Healthy Together Governance Group.

3. Czas - kiedy, jak długo trwał proces oceny potrzeb zdrowotnych

Brak danych

4. Kto brał udział w procesie oceny potrzeb zdrowotnych, partnerzy; metoda doboru osób do badania (losowanie, wagi, grupy osób, na które szczególnie trzeba zwrócić uwagę, np. osoby starsze)

W ocenie potrzeb zdrowotnych udział brali także:

- Barwon Health,
- Bellarine Community Health,
- G21
- City of Greater Geelong

W analizie uwzględniono potrzeby dzieci i młodzieży oraz osób starszych.

5. Metod zebrania danych:

a) dane pierwotne

b) dane wtórne (demograficzne, urodzenia, zgony, dane szpitalne, rejestry krajowe np. nowotworów, chorób zakaźnych)

- Population Health Survey 2008, 2011/ 12
- The Victorian Health Information Surveillance System (VHISS)

6. Zakres zagadnień w ankiecie:

- Dane społeczno – demograficzne: liczba ludności, wiek, płeć,
- Zachowania zdrowotne: spożywanie alkoholu, nadwaga, aktywność fizyczna, palenie tytoniu, spożywanie warzyw i owoców, karmienie piersią, BMI

7. Narzędzia badawcze (budowa kwestionariusza, skale)

Analiza danych wtórnych: spisów, rejestrów, ankiet zdrowotnych

8. Przetwarzanie i metody analizy zebranych danych (np. współczynniki surowe, trendy, częstości) dla regionu, dla poszczególnych miast w regionie, zestawienie z danymi krajowymi

- porównanie danych regionalnych z danymi krajowymi
- procenty, liczebności, przedziały ufności

9. Metoda prezentacji wyników (rodzaj wykresów, tabele, mapy)

- mapy, tabele, wykresy (słupkowe)

10. Wyniki

Wyodrębniono następujące priorytetowe obszary:

- nadwaga i otyłość
- spożycie warzyw i owoców
- aktywność fizyczna
- palenie tytoniu
- spożycie alkoholu
- karmienie piersią

11. Jak ustalono priorytety?

Analiza danych wtórnych z uwzględnieniem różnic regionalnych, wiekowych oraz płciowych.

12. Rola mediów i lobbystów w powstawaniu, uświadamianiu i ocenie potrzeb zdrowotnych

N/D

13. Rekomendacje w zakresie poszczególnych zagadnień, np. prewencji pierwotnej, dostępności do opieki zdrowotnej, opieki długoterminowej, uzależnień i chorób psychicznych.

Brak rekomendacji

XVI. NAZWA: Health needs assessment of Asian people living in the Auckland region

1. Cele przeprowadzenia oceny potrzeb zdrowotnych

- identyfikacja potrzeb zdrowotnych
- identyfikacja nierówności w zdrowiu
- opis demograficzny mniejszości azjatyckiej zamieszkującej region Auckland
- zbadania obszarów potrzeb zdrowotnych, takich jak ochrona zdrowia osób starszych, niepełnosprawność, przemoc w rodzinie, bezpieczeństwo w populacjach azjatyckich w Auckland
- identyfikacja obszarów priorytetowych dla polityk regionalnych i planowania usług medycznych w społecznościach azjatyckich w Auckland
- wyróżnienie potencjalnych obszarów dla przyszłych analiz.

2. Zleceniodawca oceny, jeśli możliwe to źródło i wysokość finansowania

Analiza została przeprowadzona na zlecenie Northern DHB Support Agency w imieniu the Auckland Regional Settlement Strategy Migrant Health Action Plan.

3. Czas - kiedy, jak długo trwał proces oceny potrzeb zdrowotnych

Brak danych

4. Kto brał udział w procesie oceny potrzeb zdrowotnych, partnerzy; metoda doboru osób do badania (losowanie, wagi, grupy osób, na które szczególnie trzeba zwrócić uwagę, np. osoby starsze)

Interesariusze z obszarów usług medycznych, samorządów, organizacji pozarządowych, z którymi przeprowadzone zostały wywiady eksperckie.

5. Metod zebrania danych

- wywiady eksperckie
 - ✓ dane pierwotne
 - ✓ dane wtórne (demograficzne, urodzenia, zgony, dane szpitalne, rejestry krajowe np. nowotworów, chorób zakaźnych)
- Get Checked Diabetes data

- InterRAI data for health of older people
- Privately-funded terminations of pregnancy
- Child oral health data
- Nationality of Skilled Migrants
- Child abuse data
- Publically-funded terminations of pregnancy
- Convictions for family violence-related assault
- Mortality Collection Dataset
- National Minimum Dataset (NMDS) for hospitalisation data
- Programme for the Integration of Mental Health (PRIMHD)
- National Health Targets - quit smoking data
- PHO enrolment data mart
- New Zealand Cancer Registry
- Taikura Trust disability support services access
- Diabetes prevalence data
- Health of Older Auckland people data
- Reports of family violence and elder abuse
- Census of Population and Dwellings
- Births data from Births, Deaths and Marriages Register for total fertility rate
- Breast Screening Aotearoa data
- National Cervical Screening Programme data
- Prevalence of disability in New Zealand
- Prevalence of current smokers in New Zealand
- CVD Medication dispensing data
- Family-violence related victim support service access
- Dostęp do usług przez kobiety i dzieci

6. Zakres zagadnień w ankiecie:

- a) Dane demograficzne: pochodzenie etniczne, wielkość populacji Azjatów zamieszkujących w Auckland, płeć, gęstość zaludnienia, religia, kraj pochodzenia, wiek,

przemoc w rodzinie, przemoc w rodzinie względem osób starszych oraz dzieci, współczynnik dzietności kobiet, niepełnosprawność, palenie tytoniu

- b) Stan zdrowia: oczekiwana długość życia, umieralność standaryzowana do wieku, przyczyny zgonów: choroby układu krążenia, nowotwór płuc, wypadki, wypadki drogowe, samobójstwa, cukrzyca, farmakoterapia, zdrowie osób starszych, samookaleczenia, umieralność niemowląt, umieralność dzieci w wieku 0 – 14 lat, niska waga urodzeniowa niemowląt, stan zdrowia jamy ustnej, ciążę zakończone porodem, powikłania w ciąży, aborcje, choroby przenoszone drogą płciową, histerektomia, cukrzyca ciężarnych
- c) Opieka zdrowotna – liczba pacjentów w ramach podstawowej opieki zdrowotnej. współczynnik hospitalizacji, przyczyny hospitalizacji, zgony z powodu zdarzeń niepożądanych, wsparcie dla ofiar przemocy domowej, dostęp do świadczeń z zakresu zdrowia psychicznego, hospitalizacja dzieci i młodzieży, poziom zaszczepienia populacji, hospitalizacje z powodu chorób zębów i jamy ustnej

7. Narzędzia badawcze (budowa kwestionariusza, skale)

- wywiad standaryzowany
- analiza danych wtórnych

8. Przetwarzanie i metody analizy zebranych danych (np. współczynniki surowe, trendy, częstości) dla regionu, dla poszczególnych miast w regionie, zestawienie z danymi krajowymi

- Częstości, procenty, współczynniki standaryzowane, współczynniki w przeliczeniu na 100 tys., ogółem dla całego regionu oraz w podziale na wyróżnione mniejszości etniczne.

9. Metoda prezentacji wyników (rodzaj wykresów, tabele, mapy)

Wykresy kołowe/słupkowe, liczebności, procenty, mapy, (o ile możliwe dane przedstawione w podziale na wyróżnione mniejszości etniczne, regiony zamieszkania oraz dla całego regionu Auckland)

10. Wyniki

Wśród mniejszości chińskiej najczęściej występującymi problemami zdrowotnymi są cukrzyca, cukrzyca ciężarnych, choroby jamy ustnej wśród dzieci, zaćma oraz niedonoszenie ciąży. Wśród mniejszości indyjskiej najczęściej występujące problemy zdrowotne to cukrzyca, cukrzyca ciężarnych, astma wśród dzieci, niska waga urodzeniowa niemowląt, przemoc w rodzinie oraz zaćma. Wśród pozostałych mniejszości azjatyckich obszarami priorytetowymi są udary, hospitalizacje z powodu chorób układu krążenia, cukrzyca, cukrzyca ciężarnych, choroby jamy ustnej wśród dzieci, zaćma oraz nieterminowe rozwiązania ciąży. Wśród wszystkich analizowanych mniejszości występuje zbyt niska częstotliwość spożywania warzyw/owoców, niski poziom aktywności fizycznej oraz częstsze występowanie otyłości.

11. Jak ustalono priorytety?

Potrzeby zdrowotne były szacowane oddzielnie dla chińskiej, indyjskiej i innych azjatyckich mniejszości narodowych. W szacowaniu potrzeb zdrowotnych uwzględniono czynniki społeczno – demograficzne, zasoby opieki zdrowotnej, rozpowszechnienie i umieralność z powodu najczęściej występujących chorób. Ponadto przeprowadzono wywiady z przedstawicielami zakładów opieki zdrowotnej w celu lepszego zrozumienia i identyfikacji potrzeb zdrowotnych.

12. Rola mediów i lobbystów w powstawaniu, uświadamianiu i ocenie potrzeb zdrowotnych

Nie dotyczy

13. Rekomendacje w zakresie poszczególnych zagadnień, np. prewencji pierwotnej, dostępności do opieki zdrowotnej, opieki długoterminowej, uzależnień i chorób psychicznych.

- a) Właściwe rozpoznanie, planowanie i monitorowanie potrzeb zdrowotnych wśród mniejszości azjatyckiej zarówno na poziomie regionalnym krajowym.
- b) Intensyfikacja działań w zakresie promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej.
- c) Zwiększenie liczby usług zdrowotnych adresowanych bezpośrednio do mniejszości azjatyckiej
- d) Poprawa jakości zbieranych (z zakresu usług medycznych)

- e) Likwidacja barier językowych i kulturowych, które utrudniają mniejszości azjatyckiej korzystanie z usług medycznych
- f) Promocja wspólnych działań z zakresu opieki zdrowotnej
- g) Zwiększenie kapitału społecznego wśród mniejszości azjatyckiej

XVII. NAZWA: KAISER FOUNDATION HOSPITAL – ANTIOCH- CHNA

1. Celem przeprowadzenia oceny potrzeb zdrowotnych było:

Spełnienie wymogów prawa federalnego (ACA March 23, 2010: Revenue Code section 501), które zakłada, że każdy szpital prowadzony przez organizację non-profit musi przeprowadzić ocenę potrzeb zdrowotnych przynajmniej raz na trzy lata

2. Zleceniodawca oceny, jeśli możliwe to źródło i wysokość finansowania

Raport został opracowany przez Areté Consulting na zlecenie Kaiser Permanente Northern California Region Community Benefit.

3. Czas - kiedy, jak długo trwał proces oceny potrzeb zdrowotnych

Proces oceny potrzeb zdrowotnych został przeprowadzony w 2012 r.

4. Kto brał udział w procesie oceny potrzeb zdrowotnych, partnerzy; metoda doboru osób do badania (losowanie, wagi, grupy osób, na które szczególnie trzeba zwrócić uwagę, np. osoby starsze)

Ocena potrzeb zdrowotnych przebiegła przy współpracy John Muir Health oraz KFH-Antioch. Ponadto kilka agencji lokalnych wspierało działania szpitala m.in. pomagając w rekrutacji pacjentów do badania.

W wywiadach grupowych udział wzięli mieszkańcy z grup szczególnie zagrożonych ubóstwem, posiadający niski poziom wykształcenia i nieposiadający ubezpieczenia.

W wywiadach eksperckich udział wzięli specjaliści z zakresu zdrowia publicznego, przedstawiciele władz i zagrożonych społeczności lokalnych

5. Metody zebrania danych:

a) wywiady grupowe z mieszkańcami – cztery wywiady grupowe w grupach o liczebności 16 – 24 uczestników. Zebrane dane jakościowe zostały zakodowane i analitycy zidentyfikowali kluczowe tematy, które pojawiły się we wszystkich grupach i wywiady

b) analiza danych zastanych

c) wywiady eksperckie

✓ dane pierwotne

- ✓ dane wtórne (demograficzne, urodzenia, zgony, dane szpitalne, rejestry krajowe np. nowotworów, chorób zakaźnych)

d) dane społeczno - ekonomiczne:

- ✓ US Census Bureau, American Community Survey 2006-2010 5-year estimates and 2008-2010 3-year estimates
- ✓ Centers for Disease Control and Prevention, Behavioral Risk Factor Surveillance System, 2006-2010
- ✓ US Department of Education, National Center for Education Statistics (NCES), Common Core of Data, Public School Universe File, 2009-2010 and Local Education
- ✓ Agency (School District) Universe Survey Drop-out and Completion Data, 2008-2009
- ✓ States' Department of Education, Student testing Reports, 2011
- ✓ US Census Bureau, Small Area Income and Poverty Estimates (SAIPE), 2009
- ✓ US Bureau of Labor Statistics, July 2012 Local Area Unemployment Statistics
- ✓ US Federal Bureau of Investigation, Uniform Crime Reports, 2010

e) Środowisko:

- ✓ US Census Bureau, ZIP Code Business Patterns, 2009 and County Business Patterns, 2010
- ✓ California Department of Alcoholic Beverage Control, Active License File, April 2012 11
- ✓ US Census Bureau, 2010 Census of Populations and Housing, Summary File 1; Esru's
- ✓ USA Parks layer (compilation of ESRI, National Park Services and TomTom source data) 2012
- ✓ Centers for Disease Control and Prevention, National Environmental Public Health Tracking Network, 2008
- ✓ US Department of Agriculture, Food Desert Locator, 2009 Walkscore.com 2012

- ✓ US Department of Agriculture, Food Environment Atlas, 2012

f) Opieka medyczna:

- ✓ California Health Interview Survey (CHIS) 2005, 2007, and 2009
- ✓ US Health Resources and Services Administration Area Resource File 2009 (as reported in the 2012 County Health Rankings) and Health Professional Shortage Area File 2012
- ✓ Dartmouth Atlas of Healthcare, Selected Measures of Primary Care Access and Quality 2003-2007,
- ✓ Centers for Disease Control and Prevention, Behavioral Risk Factor Surveillance System, 2004-2010
- ✓ US Health Resources and Services Administration Centers for Medicare and Medicaid Services, Provider of Service File, 2011
- ✓ California Department of Public Health Birth Profiles by ZIP code, 2010
- ✓ California Office of Statewide Health Planning and Development (OSHPD), Patient Discharge Data, 2010

g) Zachowania zdrowotne

- ✓ California Health Interview Survey (CHIS) 2009
- ✓ Nielsen Claritas SiteReports Consumer Buying Power, 2011
- ✓ California Department of Public Health, In-Hospital Breastfeeding Initiations Data, 2011 Centers for Disease Control and Prevention, Behavioral Risk Factor Surveillance System, 2004-2010
- ✓ California Department of Education, Fitnessgram Physical Fitness Testing Results, 2011

h) Dane zdrowotne (w oparciu o występowanie oraz umieralność)

- ✓ California Office of Statewide Health Planning and Development (OSHPD), Patient Discharge Data, 2010
- ✓ Centers for Disease Control and Prevention, Behavioral Risk Factor Surveillance System, 2004-2010

- ✓ Centers for Disease Control and Prevention and the National Cancer Institute: State Cancer Profiles, 2005-2009
- ✓ California Department of Public Health, Death Statistical Master File, 2008-2010
- ✓ Centers for Disease Control and Prevention and the National Center for HIV/AIDS, Viral Hepatitis, STD, and TB Prevention, 2009
- ✓ Centers for Disease Control and Prevention, National Diabetes Surveillance System, 2009
- ✓ California Health Interview Survey (CHIS) 2009
- ✓ California Department of Education, Fitnessgram Physical Fitness Testing Results, 2011
- ✓ Centers for Disease Control and Prevention, National Vital Statistics System, 2008- 2010 (As reported in the 2012 County Health Rankings)

6. Zakres zagadnień w ankiecie

- a) Dane demograficzne: płeć, wiek, rasa, ubóstwo (% osób żyjących w ubóstwie, % dzieci żyjących w ubóstwie), ubezpieczenia społeczne (% posiadających ubezpieczenie), wykształcenie
- b) Zachowania zdrowotne: aktywność fizyczna (% aktywnych i nieaktywnych fizycznie), nadwaga (% osób z nadwagą w podziale na wiek i rasę), spożywanie warzyw i owoców (% osób spożywających odpowiednią ilość warzyw i owoców), dostęp do zdrowej żywności: l. sklepów z warzywami/owocami /100 mieszkańców, l. fast – food/100 tys. mieszkańców, palenie tytoniu (% osób dorosłych, która pali tytoń, narażenie na dym tytoniowy)
- c) Sytuacja zdrowotna: cukrzyca (występowanie, %), choroby układu krążenia (umieralność), udary (umieralność), zdrowie psychiczne (% osób z niskim stanem zdrowia psychicznego, z uwzględnieniem rasy), umieralność niemowląt (w przeliczeniu na 100 tys., w podziale na pochodzenie rasowe/etniczne), samobójstwa (współczynnik w przeliczeniu na 100 tys. mieszkańców), występowanie nowotworów piersi, płuc oraz jelita grubego

- d) Opieka zdrowotna: opieka okołoporodowa (% osób objętych opieką okołoporodową), opieka szpitalna prewencyjna (% osób objętych opieką), astma – hospitalizacja (% osób objętych opieką), cukrzyca – hospitalizacja (% osób objętych opieką)

7. Narzędzia badawcze (budowa kwestionariusza, skale)

Analiza danych zastanych, ankiety, roczniki, spisy, wywiady z mieszkańcami, wywiady eksperckie.

8. Przetwarzanie i metody analizy zebranych danych (np. współczynniki surowe, trendy, częstości) dla regionu, dla poszczególnych miast w regionie, zestawienie z danymi krajowymi

Dane dla regionu – liczebności, procenty, współczynniki, przedstawienie wybranych danych w podziale na płeć, wiek, pochodzenie.

9. Metoda prezentacji wyników (rodzaj wykresów, tabele, mapy)

Mapy i tabele

10. Wyniki

Zdefiniowano 10 priorytetowych potrzeb zdrowotnych. W wielu przypadkach dane wtórne są dostępne tylko na poziomie powiatu, co sprawia, że przeprowadzenie dokładnej analizy dla poszczególnych społeczności docelowych jest utrudnione. W oparciu o doświadczenia ekspertów z zainteresowanych stron, a także bezpośredniej informacji, które otrzymano od członków pod tym względem zaniedbanych lub zagrożonych populacji, uznano, że zidentyfikowane potrzeby zdrowia społeczności znaczący wpływ na wrażliwych populacji. Ponadto, dane w podziale na wiek, pochodzenie etniczne i płeć nie są dostępne dla wszystkich wskaźników zdrowotnych, co ogranicza zdolność zbadania różnic dotyczących zdrowia z uwzględnieniem tych zmiennych grupujących. Ponadto, niektóre dane nie zawsze są zbierane co rok, lecz w kilkuletnich okresach, co także ogranicza szacowanie potrzeb zdrowotnych.

11. Jak ustalono priorytety?

Ustalanie priorytetów zdrowotnych przebiegało w następujących etapach:

- a) Przegląd i analiza danych zdrowotnych zgromadzonych i posiadanych przez Kaiser Permanente CARES (Center for Applied Research and Environmental Systems).

- b) Przegląd i analiza danych zastanych: demograficznych, społecznych, behawioralnych, środowiskowych i ekonomicznych, które związane są ze stanem zdrowia. Większość tych danych pochodziła z bazy danych Kaiser Permanente CARES
- c) Analiza i identyfikacja problemów zdrowotnych na podstawie posiadanych danych, a następnie wywiadów z najbardziej zagrożonymi mieszkańcami regionu KFH-Antioch.
- d) Artykulacja i weryfikacja listy potrzeb zdrowotnych dla społeczności zamieszkującej region KFH-Antioch.
- e) Zaangażowanie w proces szacowania potrzeb zdrowotnych ekspertów z dziedziny zdrowia publicznego.
- f) Uszczegółowienie i ostateczne ustalenie priorytetów zdrowotnych .
- g) Stworzenie dokumentacji, przegląd i akceptacja CHNA

12. Rola mediów i lobbystów w powstawaniu, uświadamianiu i ocenie potrzeb zdrowotnych

Brak danych

13. Rekomendacje w zakresie poszczególnych zagadnień, np. prewencji pierwotnej, dostępności do opieki zdrowotnej, opieki długoterminowej, uzależnień i chorób psychicznych.

- a) zwiększenie poziomu aktywności fizycznej
- b) wypracowanie zdrowych nawyków żywieniowych
- c) świadomość zdrowotna
- d) zabezpieczenie odpowiednich środków (niezbędnych dla osób żyjących w ubóstwie, tutaj dot. populacji hiszpańskiej i afroamerykańskiej)
- e) profilaktyka astmy, zarówno w populacji dzieci i dorosłych (blisko 15% mieszkańców cierpi z powodu astmy)
- f) specjalistyczna opieka zdrowotna na poziomie lokalnym dla osób o żadnych lub niskich dochodach
- g) dostęp do opieki psychicznej/ psychiatrycznej dla osób ubogich (blisko 15% mieszkańców deklaruje problemy zdrowia psychicznego)

- h) opieka okołoporodowa, w szczególności potrzebna osobom o pochodzeniu afro – amerykańskim
- i) zapewnienie świadczeń z zakresu leczenia uzależnień (alkoholowych, narkotykowych)
- j) wsparcie rodziców, rozwój umiejętności rodzicielskich.

XVIII. NAZWA: Kane Community Hospital CHNA

1. Celem przeprowadzenia oceny potrzeb zdrowotnych było:

- identyfikacja istniejących potrzeb zdrowotnych
- ustalenie mierzalnych celów, które mogą zostać zrealizowane w ciągu najbliższych trzech lat
- spełnienie wymagań zawartych w ACA tj. oszacowanie potrzeb zdrowotnych min. raz na trzy lata

2. Zleceniodawca oceny, jeśli możliwe to źródło i wysokość finansowania

Zleceniodawcą badania był Kane Community Hospital. Projekt został zrealizowany we współpracy z University of Pittsburgh Graduate School of Public Health (Pitt Public Health).

3. Czas - kiedy, jak długo trwał proces oceny potrzeb zdrowotnych

Badanie zrealizowano w 2012 r.

4. Kto brał udział w procesie oceny potrzeb zdrowotnych, partnerzy; metoda doboru osób do badania (losowanie, wagi, grupy osób, na które szczególnie trzeba zwrócić uwagę, np. osoby starsze, udział w wywiadach eksperckich) :

- Community Leaders, Kane, PA
- Community Leaders, Mt. Jewett, PA
- Community Leaders, Sheffield, PA
- Community Leaders, Johnsonburg, PA
- Department of Public Welfare, Wilcox, PA
- Kane Area Family Center, Kane, PA
- Office of Human Services, Inc., Area Agency on Aging, St. Mary's, PA
- Sena Kean Manor, Smethport, PA
- University of Pittsburgh at Bradford,
- Addison Behavioral Care, Pittsburgh, PA
- Allegheny County Area Agency on Aging, Pittsburgh, PA
- Center for Inclusion, UPMC, Pittsburgh, PA

- Consumer Health Coalition, Pittsburgh, PA
- Disabilities Resource Committee, UPMC Community Provider Services, Pittsburgh, PA
- Greater Pittsburgh Community Food Bank, Duquesne, PA
- LEAD Pittsburgh, Pittsburgh, PA
- Pennsylvania Health Access Network, Pittsburgh, PA
- Refugee Services, Jewish Family & Children's Services, Pittsburgh, PA
- Three Rivers Center for Independent Living, Pittsburgh, PA
- United Way of Allegheny County, Pittsburgh, PA
- UPMC Board Diversity and Inclusion Committee, Pittsburgh, PA
- UPMC Health Plan, Pittsburgh, PA
- Urban League of Pittsburgh, Pittsburgh, PA
- VA Pittsburgh Healthcare System, Pittsburgh, PA
- Women's Shelter of Greater Pittsburgh, Pittsburgh, PA
- YMCA of Greater Pittsburgh, Pittsburgh, PA
- YWCA of Greater Pittsburgh, Pittsburgh, PA
- Allegheny Conference on Community Development
- HI-HOPE (Hazelwood Initiative)
- Kingsley Association
- Pennsylvania Psychological Association
- PERSAD
- Salvation Army of Western Pennsylvania
- The Pennsylvania Health Law Project

5. Metod zebrania danych

- a) ankieta internetowa
- b) grupowe wywiady eksperckie
- c) dane wtórne (demograficzne, urodzenia, zgony, dane szpitalne, rejestry krajowe np. nowotworów, chorób zakaźnych)
- d) U.S. Census

- e) PA Department of Health Behavioral Risk Factors Surveillance System; Birth, Death, and Other Vital Statistics; Cancer Statistics
- f) U.S. Centers for Disease Control and Prevention Behavioral Risk Factors Surveillance System
- g) National Center for Health Statistics
- h) Robert Wood Johnson Foundation County Health Rankings
- i) Healthy People 2020

6. Zakres zagadnień w ankiecie:

- 1) Dane demograficzne: wiek, płeć, gęstość zaludnienia, dochód, rasa/pochodzenie etniczne, posiadanie ubezpieczenia, niepełnosprawność, ubóstwo, bezrobocie, wykształcenie
- 2) Zachowania zdrowotne: nadwaga, spożycie alkoholu, palenie tytoniu, choroby przenoszone drogą płciową, dostęp do zdrowej żywności, aktywność fizyczna
- 3) Sytuacja zdrowotna: cukrzyca wśród dorosłych, nowotwory, zdrowie psychiczne, astma wśród dzieci, poziom zaszczepienia (czy kiedykolwiek był zaszczepiony przeciwko zapaleniu płuc, umieralność, zachorowalność, umieralność (choroby układu krążenia, nowotwory złośliwe, przewlekłe choroby dolnych dróg oddechowych, urazy, choroba Alzheimer'a, cukrzyca, grypa, zapalenie płuc, choroby nerek, samobójstwa)
- 4) Opieka zdrowotna: badania screening'owe w kierunku wykrywania raka piersi i jelita grubego, podstawowa opieka zdrowotna, opieka okołoporodowa i opieka nad matką i dzieckiem

7. Narzędzia badawcze (budowa kwestionariusza, skale)

- skala Likerta (1- 5) oceniająca trzy obszary wyróżnionych problemów zdrowotnych: ważność, wpływ, dostępność
- skalowanie wielowymiarowe

8. Przetwarzanie i metody analizy zebranych danych (np. współczynniki surowe, trendy, częstości) dla regionu, dla poszczególnych miast w regionie, zestawienie z danymi krajowymi

Częstości, procenty, zachorowalność, umieralność, śmiertelność, skale, wymiary (modleowanie)

9. Metoda prezentacji wyników (rodzaj wykresów, tabele, mapy)

Wykresy kołowe i słupkowe, tabele, mapy

10. Wyniki

Niektóre źródła danych są ograniczone przez braki informacji i małe próby, co może powodować niepewne oszacowania. Większość analiz przeprowadzona została na poziomie powiatu, ponieważ jakość i dostępność danych na tym poziomie była najbardziej

kompleksowa i pozwoliła na wykonanie porównań z danymi na poziomie krajowym. W niektórych przypadkach były dostępne dane ze źródeł geograficznych poniżej poziomu powiatu (takich jak kody pocztowe), a wielkość próby była wystarczająca dla analizy. Jeśli było to możliwe, dane dotyczące zdrowia zostały przedstawione w podziale dla poszczególnych dzielnic i podgrup, takich jak osoby o niskich dochodach, mniejszości etniczne i osoby nieposiadające ubezpieczenia społecznego.

11. Jak ustalono priorytety?

Identyfikacja problemów zdrowotnych w danej społeczności (w oparciu o dane zastane). Grupowe wywiady eksperckie z przedstawicielami lokalnych władz, urzędów, instytucji pozarządowych, szpitali. W ramach wywiadów zidentyfikowano 50 obszarów zdrowotnych, które następnie zostały poddane ocenie za pomocą pięciostopniowej skali Likerta (ankieta on-line) w trzech obszarach: ważność, wpływ na lokalną społeczność oraz dostępność. Dane zebrane za pomocą ankiet zostały poddane analizie statycznej, w tym skalowaniu wielowymiarowemu w celu nadania priorytetów wyróżnionym obszarom.

12. Rola mediów i lobbystów w powstawaniu, uświadamianiu i ocenie potrzeb zdrowotnych

Nie dotyczy.

13. Rekomendacje w zakresie poszczególnych zagadnień, np. prewencji pierwotnej, dostępności do opieki zdrowotnej, opieki długoterminowej, uzależnień i chorób psychicznych.

- I. Nowotwory i choroby układu krążenia są główną przyczyną zgonów w regionie McKean County. Promowanie zachowań prozdrowotnych, takie jak badania screeningowe i utrzymywanie odpowiedniej wagi, może zmniejszyć ryzyko występowania tych chorób. Ponadto należy zwiększyć świadomość społeczności w zakresie tych chorób poprzez programy profilaktyczne i edukacyjne.
- II. Dostęp do specjalistów – zwiększenie dostępności do specjalistów, w szczególności na obszarach wiejskich w zakresie gastroenterologii, leczenia bólu, kardiologii, urologii, onkologii, dializ i chirurgii oka.

XIX. NAZWA: Population Health Needs Assessment for the communities of South Western Sydney

1. Celem przeprowadzenia oceny potrzeb zdrowotnych było:

- identyfikacja i lepsze zrozumienie potrzeb zdrowotnych lokalnej społeczności
- charakterystyka społeczno – demograficzna analizowanej społeczności
- analiza dostępności usług medycznych

2. Zleceniodawca oceny, jeśli możliwe to źródło i wysokość finansowania

Analiza została przeprowadzona przez South Western Sydney Local Health District's Planning Unit na zlecenie South Western Sydney Medicare Local.

3. Czas - kiedy, jak długo trwał proces oceny potrzeb zdrowotnych

Analiza została przeprowadzona w 2013 r.

4. Kto brał udział w procesie oceny potrzeb zdrowotnych, partnerzy; metoda doboru osób do badania (losowanie, wagi, grupy osób, na które szczególnie trzeba zwrócić uwagę, np. osoby starsze)

Lokalni interesariusze, osoby związane ze zdrowiem, usługami medycznymi, organizacjami pozarządowymi

5. Metod zebrania danych:

- a) wywiady
- b) ankieta wśród lekarzy niepublicznych zakładów opieki zdrowotnej/szpitali (wypełniona przez 247 lekarzy i 20 pielęgniarek)
- c) spotkania z opiekunami osób chorób, wolontariuszami, studentami, przedstawicielami władz lokalnych (ankieta wypełniona przez 402 osoby)
- d) spotkanie informacyjne z lokalnymi organizacjami pozarządowymi (w spotkaniu udział wzięło 60 osób)
- e) wywiady grupowe
- f) dane wtórne (demograficzne, urodzenia, zgony, dane szpitalne, rejestry krajowe np. nowotworów, chorób zakaźnych)
 - The NSW Department of Local Government

- NSW Department of Tourism, Australian Classification of Local Government
- ABS 2021 Census of Population and Housing
- Australian Government Departments
- NSW Admitted Patient Data Collection
- ABS Mortality data 2003-2007
- NSW Central Cancer Registry
- PHIDU for chronic disease synthetic projections
- Economics reports on dementia
- Atlas of Diabetes Prevalence by Local Government Area
- Australian Bureau of Statistics Births
- NSW Perinatal Data Collection
- PHIDU for Childhood Immunisation Status
- ABS Mortality for Childhood deaths
- NSW Pap Test Register
- Cancer Institute NSW and Health Outcomes Information & Statistical Toolkit (HOIST)
- NSW Admitted Patient Data Collection
- NSW Housing Department

6. Zakres zagadnień w ankiecie:

- a) Dane społeczno – demograficzne: ludność, gęstość zaludnienia, wiek, płeć, posiadanie dzieci, rodzaj gospodarstwa domowego, dochody gospodarstwa domowego, kapitał społeczny, pochodzenie, bezdomność, ubezpieczenie społeczne, niepełnosprawność
- b) Zachowania zdrowotne: nadwaga, spożywanie alkoholu, palenie tytoniu, cukrzyca, uzależnienia od alkoholu i narkotyków, profilaktyka i promocja zdrowia
- c) Stan zdrowia: hospitalizacje (leczenie, profilaktyka), zachorowania i zgony z powodu: chorób układu krążenia, nowotworów złośliwych, chorób układu oddechowego, urazów/wypadków, chorób nerek, nowotworów; zdrowie psychiczne, stan uzębienia i jamy ustnej, choroby zakaźne, choroby przenoszone drogą płciową, zapalenie stawów i osteoporoza, demencja,

d) Zasoby opieki zdrowotnej: liczba lekarzy, lekarzy pierwszego kontaktu i pielęgniarek, liczba farmaceutów, liczba szpitali (państwowych i publicznych), organizacje pozarządowe, opiekunowie osób starszych, liczba oddziałów ratunkowych, dostęp i dostępność do świadczeń zdrowotnych, opieka świąteczna i całodobowa,

7. Narzędzia badawcze (budowa kwestionariusza, skale)

- ankiety, wywiady, prezentacje, skala 1 – 5 do szacowania i nadawania priorytetów wyróżnionym potrzebom zdrowotnym

8. Przetwarzanie i metody analizy zebranych danych (np. współczynniki surowe, trendy, częstości) dla regionu, dla poszczególnych miast w regionie, zestawienie z danymi krajowymi

Częstości, procenty, współczynniki

9. Metoda prezentacji wyników (rodzaj wykresów, tabele, mapy)

Mapy, tabele, wykresy

10. Wyniki

a) zidentyfikowanych zostało 10 priorytetowych obszarów z zakresu potrzeb zdrowotnych:

- zdrowie psychiczne
- nadwaga i otyłość
- palenie tytoniu
- choroby przewlekłe - cukrzyca i choroby układu sercowo-naczyniowego
- nowotwory
- ciąża i opieka okołoporodowa
- wdrożenie narzędzia oceny ryzyka (5A's risk assessment tool)
- rzecznictwo/wsparcie
- informacja/proces informowania
- zasoby ludzkie w opiece zdrowotnej

11. Jak ustalono priorytety?

W celu oszacowania i wyznaczenia priorytetowych potrzeb zdrowotnych zastosowano model Hanlon Method for Prioritising Health Problems

12. Rola mediów i lobbystów w powstawaniu, uświadamianiu i ocenie potrzeb zdrowotnych

Nie dotyczy

13. Rekomendacje w zakresie poszczególnych zagadnień, np. prewencji pierwotnej, dostępności do opieki zdrowotnej, opieki długoterminowej, uzależnień i chorób psychicznych.

- I. Zdrowie psychiczne – implementacja Programu powrotu do zdrowia dla osób z długotrwałymi problemami psychicznymi; opracowanie efektywnej ścieżki leczenia dla osób z problemami psychicznymi; zapewnienie odpowiedniego wsparcia, informacji oraz edukacji
- II. Nadwaga i otyłość: przeprowadzić szkolenie Healthy Eating Activity and Lifestyle (HEAL), programy edukacyjne, akcje informacyjne
- III. Palenie tytoniu – działania edukacyjne, opracowanie programów pomagających rzucić palenie; monitoring rozpowszechnienia palenia w danej populacji
- IV. Choroby przewlekłe - cukrzyca i choroby układu sercowo-naczyniowego – opracowanie skutecznej ścieżki leczenia cukrzycy oraz chorób układu krążenia; uwzględnienie cukrzycy ciężarnych w programach zdrowotnych; promowanie zdrowego stylu życia
- V. Nowotwory – opracowanie ścieżki opieki paliatywnej dla osób z nowotworami
- VI. Cięża i opieka okołoporodowa - opracowanie strategii zwiększającej korzystanie z opieki lekarza ogólnego (pierwszego kontaktu)
- VII. Wdrożenie narzędzia oceny ryzyka (5A's risk assessment tool) – programy szkoleniowe/treningowe
- VIII. Rzecznictwo/wsparcie – organizacja spotkań, szkoleń, dyskusji publicznych
- IX. Informacja/proces informowania – wsparcie, edukacja i szkolenia dla pielęgniarek, lekarzy ogólnych, pierwszego kontaktu

XX. NAZWA: The Brigham And Women's Hospital 2013 Community Health Needs Assessment

1. Celem przeprowadzenia oceny potrzeb zdrowotnych było:

- eksploracja potrzeb zdrowotnych, zasobów i możliwości miasta Boston oraz sąsiednich społeczności: Roxbury, Mission Hill, Dorchester, Mattapan, and Jamaica Plain
- identyfikacja kluczowych czynników wpływających na zdrowie

2. Zleceniodawca oceny, jeśli możliwe to źródło i wysokość finansowania

Ocena potrzeb zdrowotnych została przeprowadzona we współpracy szpitala The Brigham And Women's Hospital z Health Resources in Action (HRiA).

3. Czas - kiedy, jak długo trwał proces oceny potrzeb zdrowotnych

Proces oceny potrzeb zdrowotnych został przeprowadzony w latach 2011 – 2012.

4. Kto brał udział w procesie oceny potrzeb zdrowotnych, partnerzy; metoda doboru osób do badania (losowanie, wagi, grupy osób, na które szczególnie trzeba zwrócić uwagę, np. osoby starsze)

Wywiady grupowe dotyczyły rozmów z mieszkańcami Jamaica Plain, mieszkańcami mieszkań komunalnych w Mission Hill oraz pracownikami organizacji społecznych obsługujących mieszkańców Mattapan. Uczestnicy grup fokusowych zostali specjalnie wybrani do badania, tak aby zapewnić reprezentację i uczestnictwo członków społeczności, które posiadają niskie dochody, ich potrzeby zdrowotne nie są zaspokojone, jak również członkowie mniejszości etnicznych/rasowych. Wywiady były przeprowadzane z liderami organizacji rządowych w Bostonie, w tym ze szczególną wiedzą i doświadczeniem w dziedzinie zdrowia publicznego, jak i klinicystów z BWH, którzy koncentrują się na urazach / przemocy, zdrowiu psychicznym, i pracy z zagrożonymi populacjami, takimi jak młodzież i rodziny imigrantów.

Wywiady eksperckie zostały przeprowadzone ze specjalistami zdrowia publicznego, przedstawicielami władz lokalnych, szpitali etc.

5. Metody zebrania danych:

Dane pierwotne

- a) wywiady grupowe – łącznie przeprowadzono 10 wywiadów grupowych

- b) wywiady eksperckie – łącznie przeprowadzono 29 wywiadów
- c) dane zastane (rejstry, ankiety, spisy ludności etc.)
- d) dane wtórne (demograficzne, urodzenia, zgony, dane szpitalne, rejstry krajowe np. nowotworów, chorób zakaźnych)
 - Boston Public Health Commission's Health of Boston
 - U.S. Census
 - Centers for Disease Control and Prevention
 - U.S. Bureau of Labor and previous BWH assessments
 - the Boston
 - Behavioral Risk Factor Surveillance System (BBRFSS)
 - the Youth Risk Behavior Survey
 - spisy i rejstry (urodzenia, zgony)

6. Zakres zagadnień w ankiecie:

- a) Dane demograficzne: wiek, płeć, rasa/pochodzenie etniczne, wykształcenie, bezrobocie, zachowania agresywne (samobójstwa, gwałty, usiłowania gwałtów, rozboje, rabunki, napady, kradzieże)
- b) Zachowania zdrowotne: otyłość, zdrowe odżywianie, posiadanie ubezpieczenia społecznego
- c) Sytuacja zdrowotna: śmiertelność z powodu raka, chorób układu – krążenia, udarów, komplikacje okołoporodowe, urazy i zatrucia, zdrowie psychiczne (długotrwałe poczucie smutku, depresja, urazy, schizofrenia, zaburzenia osobowości, zdenerwowanie, stres), choroby przewlekłe np. cukrzyca, zdrowie seksualne (występowanie HIV), reprodukcja oraz zdrowie matek, astma
- d) Opieka zdrowotna: długość hospitalizacji z powodu cukrzycy, chorób układu krążenia, udarów, dostęp do opieki zdrowotnej, bariery w dostępie do opieki zdrowotnej (finansowe, kulturowe)

7. Narzędzia badawcze (budowa kwestionariusza, skale)

Ankiety, roczniki, spisy, wywiady grupowe z mieszkańcami, wywiady eksperckie

8. Przetwarzanie i metody analizy zebranych danych (np. współczynniki surowe, trendy, częstości) dla regionu, dla poszczególnych miast w regionie, zestawienie z danymi krajowymi

Częstości, procenty, zachorowalność, umieralność w analizowanych regionach

9. Metoda prezentacji wyników (rodzaj wykresów, tabele, mapy)

Wykresy słupkowe, tabele

10. Wyniki

W proces szacowania potrzeb zdrowotnych zaangażowanych było blisko 150 mieszkańców oraz innych interesariuszy. Ocena dotyczyła przede wszystkim potrzeb zdrowotnych w priorytetowych dzielnicach: Roxbury, Mission Hill, Dorchester Mattapan, Jamaica Plain, które głównie zamieszkują Afroamerykanie oraz Hiszpanie. Szacowanie potrzeb zdrowotnych uwzględniało także potrzeby osób zagrożonych ubóstwem, bezrobociem oraz chorobami przewlekłymi. Otyłość, przewlekłe choroby, takie jak cukrzyca i choroby serca, zdrowie psychiczne i skutki przemocy zostały uznane za priorytetowe problemy społeczne.

11. Jak ustalono priorytety?

Analiza danych zastanych oraz jakościowa analiza danych (wywiady grupowe i wywiady eksperckie). Na podstawie wywiadów określono priorytetowe obszary potrzeb zdrowotnych.

12. Rola mediów i lobbystów w powstawaniu, uświadamianiu i ocenie potrzeb zdrowotnych

Brak danych

13. Rekomendacje w zakresie poszczególnych zagadnień, np. prewencji pierwotnej, dostępności do opieki zdrowotnej, opieki długoterminowej, uzależnień i chorób psychicznych.

- a) Choroby przewlekłe i związane z nimi czynniki ryzyka wpływają na stan zdrowia mieszkańców, przy czym występują widoczne różnice w zdrowiu ze względu na pochodzenie rasowe/etniczne.

- b) Pomimo poprawy jakości opieki lekarskiej, nadal występują bariery w dostępie do opieki lekarskiej wśród mieszkańców.
- c) Zdrowie psychiczne i przemoc to kluczowe kwestie, które wymagają rozwiązania na poziomie lokalnym
- d) Ubóstwo i wysokość dochody są ważnymi społeczno – ekonomicznymi determinantami stanu zdrowia w perspektywie długoterminowej.

XXI. NAZWA: The Johns Hopkins Hospital - Community Health Needs Assessment

1. Celem przeprowadzenia oceny potrzeb zdrowotnych były:

- spełnienie wymagań zawartych w ACA tj. oszacowanie potrzeb zdrowotnych min. raz na trzy lata
- ocena potrzeb zdrowotnych i dostępności do usług medycznych
- opracowanie 'mapy' regionu i zidentyfikowanie miejsc, w których dostęp do opieki zdrowotnej jest utrudniony
- rozpoczęcie współpracy z lokalnymi interesariuszami

2. Zleceniodawca oceny, jeśli możliwe to źródło i wysokość finansowania

Projekt został zrealizowany przez Carnahan Group na zlecenie the Johns Hopkins Hospital (zgodnie z obowiązującymi wytycznymi: the Affordable Care Act (ACA)).

3. Czas - kiedy, jak długo trwał proces oceny potrzeb zdrowotnych

Projekt zrealizowany został w 2012 r. (realizacja projektu zajęła ok. 11 miesięcy)

4. Kto brał udział w procesie oceny potrzeb zdrowotnych, partnerzy; metoda doboru osób do badania (losowanie, wagi, grupy osób, na które szczególnie trzeba zwrócić uwagę, np. osoby starsze)

a) respondenci biorący udział w ankietach dobierani byli losowo

b) eksperci – dobór celowy

Projekt zrealizowany we współpracy z lokalnymi interesariuszami, liderami organizacji obywatelskich i rządowych, ekspertami z zakresu zdrowia publicznego miasta, przedstawicielami: the Johns Hopkins University, the Johns Hopkins Office of Government and Community Affairs. Baltimore Public Health Experts, Maryland Elected Officials.

5. Metoda zebrania danych

a) dane pierwotne

- ankieta przeprowadzona w East Baltimore Medical Center Survey, który mógł wypełnić każdy pacjent odwiedzający klinikę (ankieta została przeprowadzona w dniach 7 – 12 czerwca 2012). Ankietę wypełniło 67 respondentów – ankieta dotyczyła kwestii zdrowotnych, zarówno na poziomie jednostkowym oraz całej społeczności.

- ankieta telefoniczna z mieszkańcami Baltimore – ankieta została przeprowadzona ze 150 losowo wybranymi mieszkańcami Baltimore w dniach 8 – 12 czerwca 2012. Celem ankiety była identyfikacja potrzeb zdrowotnych, pożądanych działań na rzecz poprawy stanu zdrowia oraz dostępu do opieki zdrowotnej i informacji o zdrowiu.
 - wywiady eksperckie – łącznie przeprowadzono 48 wywiadów z liderami lokalnej społeczności, ekspertami w dziedzinie zdrowia oraz urzędnikami.
 - wywiady grupowe – łącznie przeprowadzono 8 wywiadów grupowych, w których udział wzięły 42 osoby.
- b) dane wtórne (demograficzne, urodzenia, zgony, dane szpitalne, rejestry krajowe np. nowotworów, chorób zakaźnych)**
- The Baltimore City 2011 Neighborhood Health Profiles

6. Zakres zagadnień w ankiecie:

- a) Dane demograficzne: wiek, płeć, rasa/pochodzenie etniczne, posiadanie ubezpieczenia społecznego, dochód gospodarstwa domowego, wskaźnik bezrobocia, wskaźnik ubóstwa w rodzinie, wykształcenie, posiadanie domu (na własność, na kredyt, etc.), rodzaj gospodarstwa domowego (małżeństwo z dzieckiem/dziećmi, samotny rodzic z dzieckiem), zagęszczenie sklepów z tytoniem i alkoholem w przeliczeniu na 10 tys. mieszkańców, zagęszczenie lokali typu fast - food przeliczeniu na 10 tys. mieszkańców, średni czas podróży do najbliższego supermarketu (samochodem, busem, pieszo), aresztowania nieletnich/10 tys., przemoc domowa/10 tys., postrzelenia niezakończone zgonem/10 tys., zabójstwa/10 tys. , narażenie na przemoc
- b) Zachowania zdrowotne: palenie tytoniu, nadwaga, otyłość (w oparciu o wartość BMI), aktywność fizyczna, spożywanie alkoholu, astma, cukrzyca, nadciśnienie tętnicze
- c) Sytuacja zdrowotna: oczekiwana długość życia, umieralność, miara względnego wpływu zgonów oraz chorób na społeczeństwo (YPLL), zgony z powodu następujących przyczyn (standaryzacja do wieku na 10 tys. mieszkańców): choroby serca, nowotwór, udary, przewlekłe choroby dolnych dróg oddechowych, cukrzyca, zabójstwa, HIV/AIDS, posocznica, zgony z powodu przyjmowania narkotyków, wypadki/urazy, śmiertelność:

nowotwór (tchawicy, oskrzeli, płuc, szyjki macicy, trzonu macicy i jajnika, białaczka, żołądka, chłoniak), astma, występowanie chorób przenoszonych drogą płciową (HIV, syfilis, rzeżączka i chlamydia), umieralność niemowląt, niska waga urodzeniowa niemowląt,

d) Opieka zdrowotna: wizyty na oddziałach ratunkowych oraz hospitalizacje z powodu: astmy, cukrzycy typu 1 i 2, nadciśnienia tętniczego, opieka okołoporodowa oraz opieka nad matką i dzieckiem (procent kobiet i dzieci objętych opieką), niezaspokojone potrzeby zdrowotne (%), wizyty na oddziałach ratunkowych oraz hospitalizacje z powodu spożywania alkoholu i zażywania narkotyków

7. Narzędzia badawcze (budowa kwestionariusza, skale)

- ankieta standaryzowana
- kwestionariusz wywiadów grupowych
- analiza danych zastanych

8. Przetwarzanie i metody analizy zebranych danych (np. współczynniki surowe, trendy, częstości) dla regionu, dla poszczególnych miast w regionie, zestawienie z danymi krajowymi

Częstości, procenty, zachorowalność, umieralność, śmiertelność, współczynniki standaryzowane w analizowanych regionach

9. Metoda prezentacji wyników (rodzaj wykresów, tabele, mapy)

Tabele, mapy, wykresy słupkowe i kołowe

10. Wyniki

Analiza umożliwiła identyfikację priorytetowych potrzeb zdrowotnych. Szacowanie potrzeb przeprowadzono zgodnie z krajowymi wytycznymi w oparciu o analizę danych ilościowych i jakościowych. Analiza jakościowa została przeprowadzona w oparciu o teorię ugruntowaną. Szacowanie potrzeb zdrowotnych dostarczyło szerokiego opisu badanej populacji obejmującego zarówno czynniki społeczno – demograficzne oraz stan zdrowia. Wykazano, że główną przyczyną zgonów są choroby serca, nowotwory oraz udary. Występują znaczące różnice w zachorowalności i umieralności a także w innych

współczynnikach (długość życia, ubóstwo, dochody etc.) ze względu na pochodzenie etniczne/rasę.

11. Jak ustalono priorytety?

Priorytety ustalano w oparciu o analizę danych zastanych, przeprowadzone ankiety i wywiady eksperckie.

- a) opis badanej społeczności.
- b) opis procesów i metod zastosowanych w celu szacowania potrzeb zdrowotnych.
- c) identyfikacja przeszkód, braków danych, które miały wpływ na proces szacowania potrzeb zdrowotnych
- d) identyfikacja organizacji współpracujących z the Johns Hopkins Hospital
- e) opis doboru uczestników do badania
- f) opis wszystkich zidentyfikowanych w badaniu potrzeb zdrowotnych oraz kryteriów, według którym zidentyfikowanym potrzebom przypisywane były priorytety
- g) opis istniejących zasobów opieki zdrowotnej oraz innych zasobów w odniesieniu do zidentyfikowanych potrzeb zdrowotnych.

12. Rola mediów i lobbystów w powstawaniu, uświadamianiu i ocenie potrzeb zdrowotnych

Nie dotyczy

13. Rekomendacje w zakresie poszczególnych zagadnień, np. prewencji pierwotnej, dostępności do opieki zdrowotnej, opieki długoterminowej, uzależnień i chorób psychicznych

Zidentyfikowano priorytety zdrowotne dla następujących obszarów:

- astma
- nowotwory
- choroby układu krążenia
- cukrzyca
- dostęp do opieki zdrowotnej i osiągalność świadczeń zdrowotnych
- choroby zakaźne

- opieka nad matką i dzieckiem
- zdrowie psychiczne
- otyłość i nadwaga
- uzależnienia.

CZĘŚĆ B

**Analiza wskaźników zdrowia środowiskowego
służących do pomiaru potrzeb zdrowotnych
oraz nierówności w zdrowiu na poziomie lokalnym**

Użyte skróty

CBOS – Centrum Badania Opinii Społecznej

CDC, NCEH – Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Environmental Health

CEHAPE – Children's Environment and Health Action Plan for Europe

CO – tlenek węgla

DALYs – *disability-adjusted life years* (lata życia skorygowane niesprawnością)

DEPSEA model – model *Driving force-Pressure-State-Exposure-Effect-Action*

EBoDE – Environment Burden of Disease (project)

EEA – European Environment Agency

EFSA – European Food Safety Authority

EHIs – environmental health indicators (wskaźniki zdrowia środowiskowego)

ENHIS – Implementing Environment and Health Information System in Europe

ETS – ang. *environmental tobacco smoke* (środowiskowy dym tytoniowy)

GUS – Główny Urząd Statystyczny

IARC – International Agency for Research on Cancer

NIK – Najwyższa Izba Kontroli

NO₂ – dwutlenek azotu

PM₁₀ – pył zawieszony (o średnicy ziaren poniżej 10 μm)

PM_{2,5} – pył zawieszony (o średnicy ziaren poniżej 2,5 μm)

POP – program ochrony powietrza

PSP – Państwowa Straż Pożarna

RCB – Rządowe Centrum Bezpieczeństwa

SES – status społeczno-ekonomiczny

SO₂ – dwutlenek siarki

US EPA – United States Environmental Protection Agency

WHO – World Health Organization

WWA – wielopierścieniowe węglowodory aromatyczne

1. Wprowadzenie

Celem niniejszego opracowania jest **przedstawienie propozycji wskaźników**, które mogłyby być użyte na poziomie lokalnym (miasto, gmina, powiat) do diagnozy potrzeb dotyczących środowiskowych uwarunkowań zdrowia.

Światowa Organizacja Zdrowia definiuje **potrzeby zdrowotne** jako obiektywnie stwierdzone braki w zdrowiu, których eliminacja wymaga działań z zakresu szeroko pojętej opieki zdrowotnej (od interwencji z zakresu promocji zdrowia po opiekę paliatywną) [1].

Potrzeby zdrowotne mogą być rozumiane bardzo wąsko, jako korzyści, które można uzyskać w kontakcie z opieką zdrowotną (edukacją zdrowotną, prewencją chorób, diagnozą, leczeniem, rehabilitacją, opieką terminalną). Niektórzy wyróżniają ten ograniczony do leczenia, profilaktyki i rehabilitacji wachlarz potrzeb, nazywając je **potrzebami w opiece zdrowotnej** (ang. *healthcare needs*) [2]. Lekarze będą je zazwyczaj identyfikować z usługami zdrowotnymi, lecz pacjenci mogą je postrzegać jako cokolwiek co, czyni ich zdrowszymi np. (możliwość szybkiego dotarcia do szpitala środkami transportu publicznego). **Szerzej rozumiane potrzeby zdrowotne** (ang. *health needs*) **obejmują szerszy zbiór społecznych oraz środowiskowych determinant zdrowia**, takich jak: warunki mieszkalne, dieta, edukacja, zatrudnienie [2]. Ta szersza definicja pozwala na wyjście poza granice modeli bazujących jedynie na dostarczaniu usług zdrowotnych i dostrzeżenie wielu innych uwarunkowań zdrowia, między innymi właśnie środowiskowych.

Trzeba nadmienić, że pojęcie „środowisko” może być definiowane na różne sposoby. Środowisko często utożsamiane jest z otoczeniem, ale w ekologii człowieka, **za środowisko uznaje się wyłącznie te elementy otoczenia, z którymi ludzki organizm jest w jakiś sposób powiązany** [3]. Zgodnie z takim ujęciem elementami środowiska są także inni ludzie. Konsekwencją tego jest z kolei włączanie tzw. czynników społecznych do katalogu środowiskowych determinant zdrowia. Różnią się one od pozostałych kategorii determinant środowiskowych, a więc od czynników natury biologicznej, chemicznej lub fizycznej, chociażby tym, że ich badaniem zajmują się nauki społeczne (np. socjologia, psychologia, etnologia) a nie przyrodnicze (takie jak biologia, fizyka, chemia). Właśnie ta część środowiska na którą składają

się relacje społeczne, a którą określa się czasem mianem socjofery, nie będzie brana pod uwagę w ramach niniejszego opracowania ze względu na swą odmienną specyfikę.

Przedmiotem zainteresowania będą natomiast środowiskowe uwarunkowania zdrowia wynikające z jakości środowiska: przyrodniczego (naturalnego), przekształconego przez człowieka (antropogenicznego) lub całkowicie przez niego wytworzonego (sztucznego). Używane w tym opracowaniu zamiennie terminy „**środowiskowe potrzeby zdrowotne**” lub „**potrzeby zdrowia środowiskowego**” będą oznaczały potrzeby odnoszące się do takiego kształtowania środowiska, aby nie stawało się ono źródłem zagrożeń dla zdrowia i życia ludzi.

Jako że szacowanie potrzeb zdrowotnych może dostarczać metod służących do badania nierówności w zdrowiu [4 – 5], a więc tworząc zestaw wskaźników dotyczących środowiska, brano pod uwagę także tę kwestię.

Według Światowej Organizacji Zdrowia **równość w zdrowiu** jest miarą stopnia w jakim polityki zdrowotne sprawiedliwie dystrybuują dobrostan (ang. *well-being*). Zgodnie z definicją jest to nieobecność takich różnic w statusie zdrowotnym danej populacji lub jej grup (wyróżnionych ze względu na cechy społeczne, ekonomiczne, demograficzne lub geograficzne), które występują systematycznie, lub które potencjalnie można zmniejszyć albo usunąć zarówno w obrębie danego kraju, jak i pomiędzy różnymi krajami. **Równość** ta jest definiowana nie tylko **jako dostęp** do opieki zdrowotnej oraz leczenia, ale także **do środowisk wspierających zdrowie** (ang. *health-enhancing environments*) [1].

Brak równości w zdrowiu spowodowana nierównym dostępem do środowiska wspierającego zdrowie (np. wolnego od zanieczyszczeń) jest także powiązana ze zjawiskiem zwanym **niesprawiedliwością środowiskową** (ang. *environmental injustice*), które odnosi się nie tylko do środowiskowych zagrożeń na jakie jest narażona dana grupa, takich jak np. bliskie sąsiedztwo: spalarni odpadów, zakładów przemysłowych, wysypisk śmieci, ale także polega na nieproporcjonalnym obciążeniu tymi zagrożeniami ludzi, którzy z jakiegoś powodu (np. pochodzenie etniczne, niski status społeczno-ekonomiczny) są upośledzeni społecznie [6]. Według Amerykańskiej Agencji Ochrony Środowiska (ang. United States Environmental Protection Agency – US EPA) o równości środowiskowej możemy mówić dopiero wtedy, gdy

wszyscy ludzie (bez względu na rasę, kolor skóry, narodowość lub dochód) są traktowani równo oraz jednakowo włączeni w przygotowywanie, wdrażanie oraz egzekwowanie przepisów prawa, regulacji oraz polityk. Celem jest osiągnięcie takiego stanu, w którym wszyscy byłiby w tym samym stopniu chronieni przed zagrożeniami środowiskowymi i zdrowotnymi oraz mieli równy dostęp do procesów decyzyjnych kształtujących zdrowe środowisko w miejscu życia, nauki i pracy [7].

Trzeba stwierdzić, że kwestia niesprawiedliwości środowiskowej nie jest w naszym kraju praktycznie badana i diagnozowana, nawet w odniesieniu do mniejszości etnicznych, co zauważają autorzy nielicznych publikacji naukowych w których poruszono ten temat [8]. Niniejsza propozycja ma między innymi przyczynić się do zmiany tej sytuacji.

Poszukując cech środowiska, o które należałoby pytać dokonując diagnozy potrzeb zdrowotnych, nie sposób nie skorzystać z kilkudziesięcioletnich już doświadczeń w tworzeniu **syntetycznego systemu tzw. wskaźników zdrowia środowiskowego** (ang. *environmental health indicators* - EHIs).

Opracowywanie takich wskaźników jest wyrazem refleksji na temat tego, że **dostęp do rzetelnych i systematycznie dostarczanych informacji o stanie środowiska, ma istotne znaczenie** nie tylko dla jego kształtowania i ochrony, ale także **dla ochrony zdrowia publicznego**. Informacje te mogą być wykorzystywane zarówno do ostrzegania przed powstającymi zagrożeniami dla ludzkiego zdrowia, jak i być pomocne w kształtowaniu, wyborze oraz monitorowaniu działań politycznych mających na celu kontrolę ekspozycji, zapobieganie chorobom i minimalizowanie różnic w zdrowiu [9].

Surowe dane dostarczające tego typu informacji pochodzą zazwyczaj z rutynowego monitoringu i nadzoru nad środowiskiem i **zbierane są dla innych celów niż ochrona zdrowia**, z tego chociażby powodu mogą nie nadawać się do bezpośredniego wykorzystania przez specjalistów zdrowia publicznego – stąd wysiłki mające na celu ich powiązanie, zsyntetyzowanie oraz przekształcenie w formę wskaźnika [9]. Wskaźniki zdrowia środowiskowego mają zatem ułatwiać interpretację danych i ich wykorzystanie w procesie

decyzyjnym w ramach kształtowania określonej polityki lub rozwiązywania danego problemu zarządczego, w rezultacie czego zwiększa się efektywność podejmowanych działań [10].

Pierwszy zestaw wskaźników zdrowia środowiskowego powstał na początku lat dziewięćdziesiątych XX w. z inicjatywy Światowej Organizacji Zdrowia (World Health Organization - WHO) [10].

Syntetyczny system tych wskaźników opracowano w oparciu o **model DPSEEA** [10]. Model ten odzwierciedla **proces powstawania problemów zdrowotnych pod wpływem przyczyn środowiskowych**, a przyczyny te są pogrupowane i przypisane do kolejnych etapów zaproponowanego łańcucha przyczynowo-skutkowego. **U źródła zagrożeń środowiskowych** pochodzenia antropogenicznego (model raczej nie odnosi się do problemów wywołanych siłami przyrody) **znajdują się tak zwane „siły napędowe”¹** (ang. *driving forces*) do których zaliczono np. wzrost populacji ludzkiej, stosowane technologie, poziom zamożności danej populacji. Odziaływanie tych sił wywołuje różnego rodzaju **nacisk** (ang. *pressure*) **na środowisko**, na przykład w postaci: zwiększonej konsumpcji zasobów, emisji zanieczyszczeń, składowania odpadów. Nacisk prowadzi do **zmiany stanu środowiska** (ang. *state*) objawiającego się głównie wzrostem ilości zanieczyszczeń, ale też np. ubożeniem zasobów nieodnawialnych. Zmienione środowisko staje się z kolei źródłem **narażenia** (ang. *exposure*) skutkującego pojawieniem się określonych **skutków zdrowotnych** (ang. *effect*) [10].

Model ma pomóc nie tylko w **diagnozie środowiskowych przyczyn pojawiania się problemów zdrowotnych**, ale też pokazać, że **na każdym z wymienionych etapów** ich powstawania **możliwe jest działanie** (ang. *action*). Nazwa modelu to anagram złożony z pierwszych liter wszystkich wymienionych elementów (ang. *Driving force-Pressure-State-Exposure-Effect-Action*).

Co istotne wykorzystanie modelu DEPSEA do poszukiwania przyczyn występowania problemów zdrowotnych wymaga zainteresowania zdarzeniami i kwestiami, które nie

¹ W polskiej literaturze funkcjonuje także tłumaczenie: „siły wymuszające”

znajdują się w obszarze tradycyjnie pojmowanej ochrony zdrowia (lub polityki zdrowotnej) takich jak np.: wprowadzanie nowych technologii, sposoby eksploatacji i wykorzystania zasobów nieodnawialnych, czy nawet stosowanie nawozów lub środków ochrony roślin.

System wskaźników EHIs stworzony w oparciu o model DEPSEA pod auspicjami WHO [11]. odnosi się do **dwunastu ważnych obszarów zdrowia środowiskowego** wyróżnionych przez jego twórców:

- kontekst społeczno-demograficzny,
- zanieczyszczenie powietrza,
- warunki sanitarne,
- schronienie,
- dostęp do bezpiecznej wody pitnej,
- choroby przenoszone przez wektory,
- gospodarka odpadami stałymi,
- niebezpieczne/toksyczne substancje,
- bezpieczna żywność,
- promieniowanie,
- pozazawodowe ryzyko zdrowotne,
- zawodowe ryzyko zdrowotne,

Dla każdego z tych obszarów zaproponowano po kilka (3-8) wskaźników, głównie z zakresu trzech ostatnich etapów powstawania problemu zdrowotnego pod wpływem środowiska (czyli do: stanu, narażenia oraz efektu) oraz do potencjalnych działań, które należałoby podjąć, aby rozwiązać problem jeszcze zanim stanie się on niechcianym skutkiem zdrowotnym (np. chorobą, urazem, zgonem). Jedynie pięć wskaźników z obszaru kontekstu społeczno-demograficznego zawartych w propozycji WHO z 1999r. odnosi się do poziomu sił napędowych (np. wskaźniki: wzrostu populacji, urbanizacji, zagęszczenia).

Każdy z wskaźników został szczegółowo przedstawiony według schematu nazwanego **profilem wskaźnika** (ang. *indicator profile*), który między innymi zawierają informację o tym jakiego

rodzaju dane wykorzystywane są do obliczenia danego wskaźnika, w jaki sposób się go wylicza, w jakiej jednostce jest wyrażany, a także w jaki sposób powinno się go interpretować [11].

Ten syntetyczny system stał się inspiracją dla innych tworzonych później w różnych częściach świata, a sam także wkrótce potem ulegał dalszej weryfikacji i uzupełnieniom [12].

Przygotowując propozycję wskaźników zdrowia środowiskowego na potrzeby niniejszego opracowania jako inspirację wykorzystano nie tylko propozycję WHO, ale także kilka innych, których w miarę szczegółowe opisy znaleziono przeglądając literaturę przedmiotu.

Przede wszystkim jest to system wskaźników przygotowany w ramach realizacji międzynarodowego projektu, współfinansowanym przez Komisję Europejską i koordynowanym przez Biuro Regionalne WHO w Europie. Celem tego projektu o nazwie Implementing Environment and Health Information System in Europe (ENHIS) było przygotowanie prototypowego systemu zbierania informacji, opartego na dowodach naukowych, który służyłby wspieraniu europejskiej polityki w zakresie zdrowia środowiskowego dzieci w ramach realizacji programu: Children's Environment and Health Action Plan for Europe (CEHAPE) [13].

Jest to także propozycja amerykańska, będąca jednym z produktów programu Environmental Hazards and Health Effects (EHHE), realizowanego pod egidą instytucji zajmującej się zdrowiem środowiskowym w USA na poziomie krajowym, a mianowicie: National Center for Environmental Health (NCEH), będącego oddziałem: Centers for Disease Control and Prevention (CDC) [14].

Jeszcze inny projekt zintegrowanego systemu wskaźników, które mogą zostać wykorzystane w monitorowaniu problemów zdrowia środowiskowego powstał w Korei [15].

Ponieważ niniejsze opracowanie dotyczy diagnozy środowiskowych potrzeb zdrowotnych więc skorzystano także z australijskich doświadczeń w tym zakresie badania potrzeb zdrowia środowiskowego [16 –17].

Warto w tym miejscu nadmienić, iż niektórzy wyróżniają dwa typy wskaźników zdrowia środowiskowego: **wskaźniki narażenia** (ang. *exposure-side indicators*) w obliczaniu których wykorzystuje się informacje o ekspozycji, oraz **wskaźniki skutków zdrowotnych**, które wykorzystują dane o występowaniu tych skutków w populacji [18]. Pozostałe typy wskaźników wynikające z wykorzystania modelu DEPSEA, czyli wskaźniki dotyczące sił napędowych, wywieranej przez nie presji oraz zmian stanu środowiska, są w niektórych analizach pomijane jako nienależące do obszaru oddziaływań sektora ochrony zdrowia [19]. Według autora niniejszego opracowania są one pomijane niesłusznie, chociażby dla tego, że motywacją leżącą u podstaw stworzenia modelu DEPSEA stoi chęć zapobiegania pojawianiu się negatywnych skutków zdrowotnych, a więc także i uchwycenia ich na jak najwcześniejszym etapie powstawania. Stąd jednym z kryteriów zastosowanym w wyborze wskaźników zaproponowanych w niniejszym opracowaniu było to, aby odnosiły się one właśnie do przyczyn, które można przypisać pierwszym poziomom łańcucha przyczynowo skutkowego będącego koncepcyjnym szkieletem modelu DEPSEA.

Konsekwencją zastosowania takich wskaźników jest konieczność wykorzystania danych, które zbierane są głównie przez instytucje działające poza sektorem ochrony zdrowia. Tego rodzaju informacje wykorzystywane w zdrowiu publicznym, nazywane są **informacjami międzysektorowymi** i dotyczą: fizycznych, społecznych, ekonomicznych oraz politycznych środowisk, które nie są bezpośrednio związane ze zdrowiem [20].

Pozyskanie danych zbieranych przez instytucje spoza sektora ochrony zdrowia, wymaga **wzmocnienia współpracy międzysektorowej**, która jest uważana przez za podstawowy warunek skuteczności wielu przedsięwzięć podejmowanych w obszarze zdrowia środowiskowego [21].

O potrzebie wzmocnienia współpracy międzysektorowej, szczególnie tej dotyczącej wymiany i wykorzystywania informacji wspomniano także w kontekście zwiększenia skuteczności działań zdrowia środowiskowego w Polsce [22 – 23].

3.0. PROPONOWANE WSKAŹNIKI ZDROWIA ŚRODOWISKOWEGO

W celu diagnozy potrzeb zdrowotnych na poziomie lokalnym zaproponowano jedenaście wskaźników zdrowia środowiskowego, które mogą być także zastosowane w identyfikacji i mierzeniu nierówności w zdrowiu. Użycie każdego z wskaźników zostało krótko uzasadnione i omówione w oparciu o zebraną literaturę naukową i dokumenty oraz raporty różnych instytucji, które zajmują się kwestiami zdrowia środowiskowego na różnych poziomach działania (regionalnym, krajowym oraz międzynarodowym).

Zaproponowane wskaźniki zostały przyporządkowane kilku obszarom zdrowia środowiskowego, do opisu których mogą być wykorzystane. Równocześnie większość wskaźników może mieć zastosowanie także w diagnozie potrzeb dotyczących innych obszarów zdrowia środowiskowego, co za każdym razem będzie sygnalizowane w tekście.

3.1. OBSZAR: WARUNKI ZAMIESZKANIA

Pierwszym obszarem, dla którego zaproponowano kilka wskaźników są warunki zamieszkania.

Wpływ warunków mieszkaniowych na ludzkie zdrowie (obejmujące jakość życia) został opisany dosyć szczegółowo przez ekspertów WHO już w latach 60 ubiegłego wieku [24]. To czy daną osobę stać na mieszkanie w godziwych warunkach oraz w bezpiecznym otoczeniu jest jedną z najważniejszych kwestii składającą się na zapewnienie podstawowych potrzeb życiowych, a także kluczową determinantą dobrostanu [25]. Na warunki zamieszkania składa się szereg aspektów, które nie dotyczą jedynie samych pomieszczeń mieszkalnych, ale też całej dzielnicy, w której dana osoba zamieszkuje. Problemy związane z warunkami zamieszkania mogą być różnego rodzaju jak np.: problemy strukturalne (zniszczone ściany, przeciekający dach itp.). zbyt gęste zagęszczenie i niedostatek przestrzeni, brak podstawowych udogodnień (np. kanalizacji, ogrzewania itp.) [25].

W niniejszym opracowaniu zaproponowano kilka wskaźników, które można zastosować w diagnozie potrzeb odnoszących się do warunków zamieszkania. Równocześnie większość tych

wskaźników może mieć zastosowanie także w diagnozie potrzeb dotyczących innych obszarów zdrowia środowiskowego, co zostanie zasygnalizowane w tekście.

Wskaźnik nr 1. Liczba metrów kwadratowych przypadających na osobę w mieszkaniu

Wskaźniki zagęszczenia populacji zostały zaproponowane przez specjalistów budujących z inicjatywy WHO syntetyczny system wskaźników zdrowia środowiskowego, jako jedne z zaledwie kilku, które odnoszą się do tzw. sił napędowych (ang. driving forces) będących u źródła powstawania problemów zdrowotnych o etiologii środowiskowej [11]. Według wspomnianych ekspertów, wskaźniki zagęszczenia służą poznaniu kontekstu społeczno-demograficznego wpływającego na pojawianie się tych problemów. Równocześnie, wskaźniki te są wskaźnikami zrównoważonego rozwoju [26].

Wpływ zagęszczenia na organizmy żywe bada się od dziesiątek lat. Ponieważ w większości badań nad osobnikami gatunków innych niż człowiek wykazano, że w warunkach silnego zagęszczenia występują u nich poważne negatywne reakcje, spodziewano się iż podobne skutki wystąpią u ludzi. Tymczasem, ku powszechnemu zaskoczeniu wyniki badań nad ludźmi nie były tak jednoznaczne, co doprowadziło do ostatecznej konkluzji, że o ile u innych gatunków, wysoki poziom zagęszczenia jest generalnie awersyjny, o tyle w przypadku ludzi zależy on głównie od kontekstu sytuacyjnego [27]. Tym niemniej w wielu badaniach z udziałem ludzi, także wykazano pewne negatywne konsekwencje (zarówno bezpośrednie jak i pośrednie) dotyczące różnych aspektów. Między innymi stwierdzono, że duże zagęszczenie może prowadzić do rzadszego występowania zachowań prospołecznych [28]. Ma też ono wpływ na stany emocjonalne, prowadząc (szczególnie u mężczyzn) do afektu negatywnego [29] i do wzrostu pobudzenia fizjologicznego, objawiającego się np. wyższym poziomem ciśnienia krwi [30].

Komisja złożona z ekspertów Światowej Organizacji Zdrowia badająca związek pomiędzy warunkami mieszkaniowymi a zdrowiem publicznym stwierdziła jednoznacznie, że każda rodzina i każda osoba w gospodarstwie domowym ma prawo do powierzchni mieszkalnej

należytej wielkości, zależnej od potrzeb zarówno całej rodziny jak i wszystkich jej członków z osobna. Chociaż owe potrzeby kształtowane są przez wiele różnych czynników (kulturowych, ekonomicznych itp.) zgodnie z rekomendacją ekspertów WHO [24] poza pokojami sypialnymi w mieszkaniu powinno się znajdować co najmniej pomieszczenie przeznaczone na gotowanie, jedzenie oraz odpoczynek. Nie dotyczy to rodzin składających się z jednej lub dwóch osób dorosłych, w przypadku których wymienione funkcje może spełniać jedno pomieszczenie [24]. W cytowanym opracowaniu nie wymienia się konkretnych skutków zdrowotnych nadmiernego zagęszczenia i mało jest też badań poświęconych temu problemowi obejmujących populację generalną. W jednym z ostatnio przeprowadzonych korelowano profil chorobowy 2536 osób należących do 542 rodzin z powierzchnią mieszkalną przypadającą na osobę (ang. *available per capita floor area* - PCFA) [31]. Badania przeprowadzono w Indiach, gdzie stwierdzono, iż 91.9% badanych żyło w zbytnim zatłoczeniu. Wraz ze zmniejszającą się powierzchnią mieszkalną przypadającą na osobę, statystycznie istotnie wzrastała liczba przypadków chorób zakaźnych, pasożytniczych oraz układu oddechowego [31].

Są też badania, których wyniki wskazują na szczególną wagę jaką ma stopień zagęszczenia mieszkań dla zdrowia dzieci. Duże zagęszczenie działa szczególnie niekorzystnie na ich zdrowie umysłowe [32], ryzyko urazów [33], ekspozycję na czynniki zakaźne oraz pogarszające funkcjonowanie układu oddechowego [34]; może także przyczyną problemów szkolnych [35]. Ocenia się, że w sumie około 17,0% obywateli Unii Europejskiej żyło w 2012 r. w zbytnim zatłoczeniu a był to szczególnie problem mieszkańców krajów Europy Południowej i Wschodniej [25]. Problem dotyczy także Polski, w której współczynnik zagęszczenia był wyższy niż 35% a ponad 21% respondentów stwierdziło iż odczuwa niedostatek przestrzeni życiowej w swoim mieszkaniu [25].

Chociaż w świetle tych badań zmniejszanie zagęszczenia w mieszkaniach ma pewną wartość prewencyjną, zdaniem autora niniejszego opracowania należy postrzegać wskaźniki zagęszczenia głównie jako miarę pewnego zasobu koniecznego do utrzymania odpowiedniej, zarówno fizycznej jak i psychicznej kondycji jednostki, a działania dążące do zapewnienia

odpowiedniego zagęszczenia można uznać także za interwencje w obszarze tzw. zdrowia pozytywnego².

Jeśli wyjdzie się z założenia, że powierzchnia mieszkania przypadająca na członka gospodarstwa domowego jest związana ze statusem społeczno-ekonomicznym (SES) to, biorąc pod uwagę wcześniej wymienione skutki zdrowotne wskaźnik ten może być także przydatny w badaniu nierówności w zdrowiu, w szczególności w stosunku do takich grup, jak: osoby o niskim SES, mniejszości etniczne czy też osoby niepełnosprawne.

Dane potrzebne do obliczenia wskaźnika mogą być zbierane z istniejących źródeł lub metodą sondażową (jak to miało miejsce w ankietowym badaniu potrzeb aborygeńskiej ludności Australii) [17].

Można też badać subiektywny stopień zaspokojenia potrzeby w odniesieniu do powierzchni mieszkalnej przypadającej na daną osobę.

Wskaźnik nr 2. Procent populacji narażonej na dym tytoniowy w miejscu zamieszkania

Dym tytoniowy uważany jest za jedno z głównych zanieczyszczeń powietrza wewnątrz pomieszczeń w krajach rozwiniętych gospodarczo [36]. W dymie tytoniowym zawarte jest ponad 4 tysiące szkodliwych substancji [37], z czego wiele bardzo szkodliwych dla zdrowia człowieka (np. CO, formaldehyd, benzo(a)piren, kadm, arsen). W dodatku dym tytoniowy jest jedną z głównych przyczyn narażenia na pyły respirabilne wewnątrz pomieszczeń [36]. Problemem z którym od dziesiątków lat zmagają się zdrowie publiczne jest nie tylko palenie papierosów i innych wyrobów tytoniowych, ale także ochrona przed dymem tytoniowym tych, którzy sami nie palą oraz palić nie chcą. Zjawisko biernego palenia (ang. *passive smoking*, *involuntary smoking*) związane jest z wdychaniem dymu, który np. jest wydmuchiwany przez osoby palące lub wydobywa się z papierosów palących się w popielniczce. Ponieważ zanieczyszcza on powietrze (szczególnie w pomieszczeniach zamkniętych) stąd zwany jest

² Jak twierdzi Mildred Baxter w swojej książce pt. „Zdrowie” (2009, Wydawnictwo Sic! s.c., Warszawa, str. 183) pozytywnie nacechowane pojęcie zdrowia „w coraz większym stopniu wydaje się być (...) interakcją pomiędzy ludźmi a środowiskiem, w jakim żyją.”

czasem dymem środowiskowym (ang. *environmental tobacco smoke* – ETS), a czasem też dymem „z drugiej ręki” (ang. *second-hand tobacco smoke*) [38].

W ramach Globalnego Systemu Nadzoru nad Tytoniem (ang. *The Global Tobacco Surveillance System*) prowadzone są wśród dorosłych badania sondażowe, których celem jest między innymi zbieranie informacji na temat narażenia na środowiskowy dym tytoniowy (ETS) w domach, w miejscu pracy oraz budynkach użyteczności publicznej [39]. Z danych na temat biernego palenia, dostarczonych przez 21 krajów wynika, że znaczna liczba osób doświadcza tego problemu we własnych domach [40]. Co ciekawe, wyniki badania wskazują na to, że spośród sześciu regionów WHO to region europejski był tym gdzie w domach stwierdzono największe narażenie na środowiskowy dym tytoniowy [40].

Całość dostępnych obecnie dowodów, świadczy o tym, że bierne palenie w domu oraz miejscu pracy jest przyczynowo powiązane z ryzykiem raka płuc zarówno u mężczyzn, jak i kobiet. Coraz więcej danych sugeruje też, iż narażenie na środowiskowy dym tytoniowy dzieciństwie może istotnie zwiększać ryzyko zachorowania na raka płuc w dorosłości [40].

Światowa Organizacja Zdrowia oszacowała że bierne palenie było odpowiedzialne za około 603 000 przedwczesnych zgonów zanotowanych w 2004 roku. Ta liczba zawiera 35 800 zgonów z powodu astmy, 21 000 zgonów na raka płuc oraz 379 000 zgonów spowodowanych niedokrwinną chorobą serca u dorosłych, a także zgony dzieci z powodu infekcji dolnych dróg oddechowych (166 000) i astmy (1100) [38].

Całkowite obciążenie tymi chorobami to około 10.9 milionów lat życia skorygowanych niesprawnością (ang. *disability-adjusted life years* - DALYs). Z wszystkich zgonów przypisanych biernemu paleniu 28% to zgony dzieci a 47% kobiet [38].

Biorąc pod uwagę wszystkie potwierdzone, ale także podejrzewane skutki zdrowotne biernego palenia, narażenie na dym tytoniowy uznano za jeden priorytetowych problemów z w międzynarodowym programie poświęconym wspieraniu europejskiej polityki w zakresie zdrowia środowiskowego Children's Environment and Health Action Plan for Europe (CEHAPE)

[13]. Zaproponowanym wskaźnikiem był m.in. procent dzieci narażonych na bierne palenie w trzech grupach wiekowych: 0-4, 5-9, 10-14 lat.

Podobny wskaźnik został zaproponowany w amerykańskim projekcie syntetycznego systemu wskaźników zdrowia środowiskowego tylko w tym przypadku była to proporcja gospodarstw domowych, w których są dorosłe osoby palące [14].

W badaniach sondażowych możliwe jest też pytanie o postrzegany poziom własnego narażenia na dym uwalniany się z produktów tytoniowych wypalanych przez innych (ang. environmental tobacco smoke –ETS) – w tym przypadku przez współmieszkańców. Spytano o to w badaniu potrzeb zdrowotnych przeprowadzonym we wschodniej Australii i okazało się, że bierne palenie, obok niedostatku wody zostało ocenione jako najważniejsze wśród 23 zagrożeń przedstawionych respondentom do oceny [16].

Należy dodać, że bierne palenie zostało uznane, za jeden z priorytetowych problemów według polskich ekspertów oceniających pod agendą WHO realizację polityki zdrowia środowiskowego w naszym kraju. Za konieczne uznali oni także wzmocnienia działań mających za cel zmniejszenie narażenia dzieci na środowiskowy dym tytoniowy w ich domach [22].

Proponowany wskaźnik może być także zastosowany do badania środowiskowych potrzeb zdrowotnych w zakresie ekspozycji na zanieczyszczenia powietrza wewnątrz pomieszczeń.

Wskaźnik nr 3: Procent populacji zamieszkującej domy/mieszkania w których wykorzystuje się urządzenia grzewcze będące potencjalnymi źródłami emisji tlenku węgla do wnętrza pomieszczeń

Urządzenia stosowane do ogrzewania mieszkań, grzania wody lub gotowania mogą, w zależności od ich konstrukcji oraz rodzaju stosowanego paliwa, być źródłem różnych substancji chemicznych nieobojętnych dla ludzkiego zdrowia, takich jak np.: tlenki azotu, dwutlenek siarki czy formaldehyd [37].

Jednym z najgroźniejszych dla życia ludzkiego związków, będących produktem niepełnego spalania paliw zawierających węgiel jest tlenek węgla (CO) popularnie nazywany „czadem”. Jest to gaz bezbarwny i bez zapachu, trwale wiążący się z hemoglobina, z którą

tworzy bardzo trwałą karboksyhemoglobinę. Od procentowej zawartości karboksyhemoglobiny we krwi zależy rodzaj oraz nasilenie negatywnych skutków zdrowotnych, z których najpoważniejszym jest zgon [41]. Tlenek węgla jest nie tylko substancją toksyczną, ale też działająca negatywnie na rozrodczość (kat. 1) [42]. Stwierdzono, że może on działać szkodliwie na dziecko w łonie matki [42].

Najgroźniejsze dla zdrowia koncentracje tlenu węgla występują najczęściej właśnie w pomieszczeniach zamkniętych, w wyniku niewłaściwej instalacji, użytkowania, konserwowania lub naprawy różnego rodzaju urządzeń grzewczych (np. pieców węglowych, piecyków gazowych, kominków) a także pogorszenia warunków ich wentylacji [43].

Niestety, w Polsce do tej pory nie wprowadzono obowiązku zgłaszania zatruc tlenkiem węgla, więc nie jest znana dokładna statystyka tego zjawiska [44]. Jednak dane publikowane na stronach wojewódzkich komend Państwowej Straży Pożarnej (PSP) lub jednostek badawczych, świadczą o tym, że zaccadzenia są jednym z istotnych problemów zdrowia środowiskowego, związanych z jakością powietrza wewnątrz pomieszczeń. Dostępne statystyki prezentowane są dla sezonów grzewczych, kiedy to problem ten zdecydowanie się nasila. I tak, dla przykładu w sezonie 2011/12 w samym województwie małopolskim zanotowano: 1029 zdarzeń związanych z tlenkiem węgla, 338 podtruc tym gazem oraz 21 zgonów z tego powodu [45]. Rządowe Centrum Bezpieczeństwa (RCB) na swojej stronie internetowej informuje (w oparciu o szacunki dokonane przez PSP), iż każdego roku w Polsce z powodu zatrucia tlenkiem węgla ginie kilkadziesiąt osób [46]. Według danych zamieszczonych przez Komendę Wojewódzką PSP w Poznaniu w sezonie grzewczym 2013/14 stwierdzono 61 zgonów z tej przyczyny, 2290 podtruc tlenkiem węgla oraz 3824 zdarzeń, w których stwierdzono uwalnianie się tego gazu [47]. Jak podaje RCB jedną z najważniejszych przyczyn nieintencjonalnych zatruc tlenkiem węgla w naszym kraju jest niewłaściwa eksploatacja budynku i znajdujących się w nich urządzeń oraz instalacji grzewczych [46].

Dane zbierane przez Główny Urząd Statystyczny (GUS), pozwalają stwierdzić, że zatrucia tlenkiem są potencjalnym zagrożeniem dla użytkowników kilkunastu procent mieszkań, które ogrzewane są przez piece. W roku 2002 było to 17,6% mieszkań, w których na stałe

zameldowano 19,3% obywateli Polski. Jeśli doda się do tego mieszkania, w których znajdują się piecyki gazowe starego typu, służące do ogrzewania wody, to można założyć, że potencjalnie zatrucie tlenkiem węgla (a także narażenie na inne groźne substancje emitowane ze wspomnianych urządzeń i instalacji) jest zagrożeniem dla ponad jednej piątej Polaków.

Należy wspomnieć, że w dwóch z przeglądniętych propozycji systemów środowiskowych wskaźników zdrowia, pojawiają się wskaźniki dotyczące tlenku węgla. W propozycji koreańskiej uwzględniono jako wskaźnik wielkość emisji tego gazu oraz jego koncentrację w powietrzu lecz na zewnątrz pomieszczeń [15], natomiast w propozycji amerykańskiej liczbę zatruć tlenkiem węgla, która jest z kolei wskaźnikiem wykorzystującym dane o efekcie zdrowotnym, który już wystąpił [14].

Ponieważ, w zamyśle autora niniejszego opracowania, środowiskowe wskaźniki potrzeb zdrowotnych powinny być głównie wykorzystane na potrzeby planowania przede wszystkim działań prewencyjnych w ochronie zdrowia (a nie jedynie dystrybucji usług medycznych), więc dane dotyczące stosowania urządzeń będących potencjalnym źródłem emisji tlenku węgla będą w tym zakresie bardziej przydatne, co nie znaczy, że nie można ich powiązać z danymi o liczbie podtruc tlenkiem węgla oraz zgonów z tego powodu.

Zaproponowany wskaźnik będzie również przydatny, dla oceny występujących w społeczeństwie nierówności w zdrowiu, można bowiem postawić tezę, że to głównie osoby o niskim SES będą stosowały w swoich mieszkaniach potencjalnie niebezpieczne technologie grzewcze.

Jak i poprzedni, tak i ten wskaźnik może być także zastosowany do badania środowiskowych potrzeb zdrowotnych w zakresie ekspozycji na zanieczyszczenia powietrza wewnątrz pomieszczeń.

Wskaźnik nr 4: Procent populacji narażonej na radon w miejscu swojego zamieszkania

Radon jest radioaktywnym gazem szlachetnym, który powstaje wyniku szeregu rozpadów prekursorów tego gazu znajdujących się praktycznie we wszystkich minerałach i glebach [37]. Przeprowadzono szereg badań, zarówno laboratoryjnych na zwierzętach jak i

epidemiologicznych obejmujących ludzi, które dostarczyły dowodów powalających szacować ryzyko zdrowotne związane z narażeniem na tę substancję. W roku 1988 Międzynarodowa Agencja Badań nad Rakiem (International Agency for Research on Cancer - IARC), uznała radon za jedną z przyczynę zachorowania na nowotwory płuc[36].

Groźne jest nie tylko bezpośrednie narażenie na ten gaz. Uważa się, iż niektóre z radioaktywnych produktów jego rozpadu mogą być adsorbowane na powierzchni drobin kurzu, a te zainhalowane, mogą dostać się do płuc i wywołać uszkodzenia DNA, mutacje lub zapoczątkować proces nowotworzenia [48].

Podsumowując szereg badań prowadzonych na różnych kontynentach Światowa Organizacja Zdrowia zakomunikowała, że istnieją mocne dowody na to, iż radon jest przyczyną istotnej liczby nowotworów, nie tylko w grupach zawodowo narażonych na ten gaz, ale też w populacji ogólnej [49]. Co więcej, radon został uznany za najważniejszą przyczynę zachorowań na raka płuc wśród osób, które nigdy nie paliły tytoniu oraz za współprzyczynę tej choroby u obecnych lub byłych palaczy [49].

Z ostatnio opublikowanych ustaleń Państwowej Agencji Atomistyki wynika, że w Polsce – podobnie, jak w wielu krajach europejskich – narażenie od źródeł naturalnych stanowi 73,5% całkowitego narażenia radiacyjnego, a wyrażone jako tzw. dawka skuteczna – wynosi ok. 2,434 mSv/rok. Największy udział w tym narażeniu ma właśnie radon i produkty jego rozpadu (36,3%), od których statystyczny mieszkaniec Polski otrzymuje dawkę wynoszącą ok. 1,201 mSv/rok [50].

Wprawdzie w raporcie oceniającym problemy i politykę zdrowia środowiskowego w Polsce uważa się, że narażenie populacji naszego kraju na radon jest niskie [22], ale w poświęconym tej substancji opracowaniu przygotowanym przez ekspertów WHO stwierdza się, że większość zachorowań na raka płuc przypisywanych radonowi jest wywołana właśnie przez ekspozycje raczej na małe i umiarkowane, niż na duże koncentracje tego gazu [49].

Wskaźnik jakim jest procent populacji narażonej na radon w miejscu swojego zamieszkania zaliczono do tych, które odnoszą się do warunków zamieszkania, albowiem najważniejszym źródłem ekspozycji na ten gaz jest jego przenikanie do wnętrza budynków z

podłoża, ale także istotna jest jego emisja z materiałów budowlanych czy też jego transfer z otoczenia budynku [48]. Należy tu jednak wspomnieć, że ze względu na swój charakter, narażenie na radon może być także miarą ekspozycji na promieniowanie jonizujące.

Zastosowanie zaproponowanego wskaźnika wymaga uprzedniego zdefiniowania narażonej populacji. W przypadku radonu istnieje kilka propozycji poziomów bezpieczeństwa w odniesieniu do koncentracji radonu w pomieszczeniach.

W swoim dążeniu do harmonizacji działań, mających na celu zapewnienie podstawowych standardów ochrony zdrowia przez kraje członkowskie, Komisja Europejska przygotowała rekomendacje dotyczące ochrony społeczeństwa przed narażeniem na radon. Zgodnie z wytycznymi średnie roczne stężenia radonu w pomieszczeniach nie mogą przekraczać: 400 Bq/m³ w budynkach istniejących i oddanych do użytku przed opublikowaniem rekomendacji, a 200 Bq/m³ w nowopowstałych budynkach [51]. W Polsce normy te zostały przyjęte w 1995 roku, przy czym pierwsza odnosi się do budynków powstałych przed dniem 1 stycznia 1998 roku, a druga do budynków oddanych do użytku po tej dacie [52]. Niestety nigdzie nie określono sposobu egzekwowania tych norm.

W najnowszej Dyrektywie Rady UE z dnia 5 grudnia 2013 r. ustanawiającej podstawowe normy bezpieczeństwa w celu ochrony przed zagrożeniami wynikającymi z narażenia na działanie promieniowania jonizującego znalazł się zapis, zgodnie z którym wszystkie państwa członkowskie powinny ustanowić krajowe poziomy referencyjne dla stężeń radonu w pomieszczeniach, a poziomy referencyjne dla średniego rocznego stężenia promieniotwórczości radonu w powietrzu nie mogą być wyższe niż 300 Bq/m³ [53].

Ponieważ z najnowszych danych epidemiologicznych pochodzących z badań budynków mieszkalnych wynika, że występuje statystycznie istotny wzrost ryzyka zachorowania na nowotwór płuc w wyniku przedłużonego narażenia na radon wewnątrz pomieszczeń na poziomie rzędu 100 Bq/m³, stąd Światowa Organizacja Zdrowia twierdzi, że aby ograniczyć ryzyko wystąpienia negatywnych skutków zdrowotnych dla jednostek, należałoby obniżyć krajowe poziom do tej wartości [49].

Oprócz ustalenia wielkości ekspozycji, która pozwoli zidentyfikować populację narażoną, kolejnym problemem może być dostępność danych dotyczących koncentracji radonu wewnątrz budynków.

Póki co takich pomiarów nie wykonuje się rutynowo. Sytuacja ta powinna się jednak wkrótce zmienić w związku z nowymi rekomendacjami Komisji Europejskiej dotyczącymi bezpieczeństwa radiacyjnego (w opracowaniu) zgodnie z którymi kraje członkowskie będą zobowiązane do ustanowienia i systematycznej aktualizacji planów działania w przypadku długoterminowych zagrożeń wynikających z narażenia na radon w budynkach mieszkalnych, budynkach dostępnych publicznie i w miejscach pracy w odniesieniu do każdego źródła przenikania radonu z gleby, z materiałów budowlanych lub wody [48].

Narażenie na radon może być posłużyć też do diagnozy nierówności w zdrowiu. Europejska Agencja Środowiska zwraca uwagę na to, że w większości krajów członkowskich brak jest zróżnicowania polityk w odniesieniu do różnych grup populacji narażonych na radon [48]. Jedną z tych grup są dzieci, w przypadku których istnieją uzasadnione podejrzenia, że ekspozycja na ten gaz wewnątrz pomieszczeń może powodować białaczkę [54]. Tylko w nielicznych krajach wprowadzono niższe poziomy referencyjne dla radonu w przedszkolach i szkołach. Wielkość koncentracji radonu w pomieszczeniach szkolnych, została też zaproponowana jako jeden z uzupełniających wskaźników zdrowia środowiskowego, mogących mieć zastawanie w planowaniu i ewaluacji działań dążących do wypełnienia założeń CEHAPE [13].

Użycie wskaźnika jakim jest procent populacji narażonej na radon w miejscu swojego zamieszkania wymaga sprawnie działającego systemu stałego monitorowania koncentracji tego gazu także wewnątrz pomieszczeń. W związku z tym, że zgodnie z obowiązującym w Polsce informacje o narażeniu radiacyjnym są zbierane zasadniczo poza systemem ochrony zdrowia [55], konieczne byłoby wzmocnienie współpracy międzysektorowej w zakresie ich systematycznego pozyskiwania, analiz i interpretacji. Ze względu na charakter zagrożenia, które nie jest wykrywane ludzkimi zmysłami wskaźnik nie nadaje się do pomiaru potrzeb subiektywnych.

Wskaźnik nr 5: Odsetek mieszkańców narażonych na hałas w miejscu zamieszkania

W literaturze przedmiotu można znaleźć różne definicje hałasu. Według najkrótszej hałasem jest każdy niepożądany dźwięk [36]. Ludzie mogą traktować jako hałas dźwięki o zbyt dużym natężeniu, długotrwałe, o nieprzyjemnej dla nich częstotliwości lub takie, których z jakichś względów nie lubią – tak więc przedstawiona wyżej definicja opiera się na subiektywnej ocenie odbiorcy.

Hałas jest środowiskowym zagrożeniem zdrowia o szerokim spektrum oddziaływania na ludzki organizm. Może powodować zarówno skutki fizjologiczne jak i psychologiczne [36], wywołując uszczerbek na zdrowiu lub wpływając na jakość życia przez pogorszenie warunków pracy, życia i wypoczynku. Niepożądane dźwięki emitowane ze źródeł innych niż te związane z pracą w przemyśle nazywane są **hałasem środowiskowym** [56].

W raporcie z realizacji projektu Environment Burden of Disease (EBoDE) przedstawiono ranking środowiskowych stresorów o największym wpływie na zdrowie publiczne. W rankingu tym hałas zajął drugie miejsce, zaraz za pyłem zawieszonym PM_{2,5} ale przed radonem, biernym paleniem, dioksynami, benzenem i formaldehydem [57].

Hałas jest czynnikiem oddziałującym bezpośrednio na zmysł słuchu. W literaturze udokumentowano wiele przypadków utraty słuchu lub jego pogorszenia się w warunkach narażenia zawodowego [36]. Jak się okazuje, wyniki badań nad występowaniem tego typu skutków zdrowotnych w populacji ogólnej, narażonej na hałas środowiskowy, są na tyle niejednoznaczne, że nie uwzględniono ich w opracowaniu przygotowanym przez ekspertów WHO [56]. Pochodzące z badań epidemiologicznych dowody na związek pomiędzy hałasem środowiskowym a szumami usznymi uznano za wystarczające, aby istnienie takiego związku zakładać, ale wciąż niewystarczające aby go potwierdzić naukowo [56].

Jednym ze skutków zdrowotnych narażenia na hałas środowiskowy są choroby układu krążenia (głównie nadciśnienie), chociaż wciąż nie jest jasne na ile oddziałuje on niezależnie, a na ile synergicznie z zanieczyszczeniami emitowanymi przez środki transportu [56]. Istnieją też doniesienia łączące hałas w porze nocnej ze wzrostem ryzyka wystąpienia zawału serca lub udaru [58].

Mniej specyficznym skutkiem narażenia na hałas jest ogólny niepokój (ang. *annoyance*), zaliczany do skutków zdrowotnych, w konsekwencji przyjęcia takiej definicji zdrowia zgodnie z którą, obejmuje ono także jakość życia. Hałas środowiskowy może zaburzać dobrostan jednostek wywołując: gniew, rozczarowanie, niezadowolenie, rozdrażnienie, rozproszenie uwagi, pobudzenie oraz wyczerpanie. Równocześnie mogą wystąpić także takie objawy psychosomatyczne jak zmęczenie lub ból brzucha [56].

Za najbardziej rozpowszechniony problem wynikający z narażenia na hałas uważa się zakłócenia snu, przy czym podkreśla się, że problem ten pośrednio wpływa nie tylko, funkcjonowanie i produktywność w pracy, ale też na jakość codziennego życia zarówno jednostek jak i całych rodzin [56]. Niektórzy łączą także zakłócenia snu z chorobami układu krążenia [56].

Problem narażenia na hałas został uwzględniony w kilku ze wspomnianych we wstępie propozycji syntetycznego systemu wskaźników zdrowia środowiskowego.

W systemie wskaźników tworzonych na potrzeby realizacji projektu CEHAPE jako jeden z wskaźników ekspozycji zaproponowano liczbę dzieci narażonych na szkodliwy hałas w szkole [13]. W propozycji amerykańskiej skoncentrowano się na skutkach zdrowotnych niezawodowej ekspozycji na hałas proponując monitorowanie przypadków utraty słuchu, chociaż jak wspomniano wyżej wciąż brak niezbitych naukowych dowodów potwierdzających istnienie takiego związku [14].

Najbardziej rozbudowany zestaw wskaźników dotyczących hałasu został uwzględniony w propozycji przygotowanej przez ekspertów WHO. Jednym z nich jest wskaźnik działania wykorzystujący informacje o tym, czy wdraża się: regulacje, ograniczenia oraz sposoby tłumienia hałasu. Pozostałe dwa to wskaźniki wystąpienia skutków zdrowotnych, którymi są: zakłócenia snu spowodowane przez hałas oraz procent populacji niepokojonej przez hałas z określonych źródeł [12].

W określaniu potrzeb zdrowotnych z wykorzystaniem wskaźników zdrowia środowiskowego dotyczących hałasu można wykorzystać dane zbierane na różne sposoby. Jednym ze źródeł danych mogą być punkty i stanowiska, w których WIOŚ realizuje prowadzone pomiary

monitoringowe. Według ostatniego raportu o stanie środowiska w Polsce w roku 2012 takich miejsc było 5286 [59].

Sposobem zbierania danych o negatywnym wpływie niepożądanych dźwięków na dobrostan i jakość życia mogą być też badania sondażowe, szczególnie w odniesieniu do takich skutków jak: zakłócenia snu czy ogólny niepokój wywołany hałasem środowiskowym.

Badania takie w latach 1999 i 2009 r. przeprowadziło Centrum Badania Opinii Społecznej (CBOS). Wyniki ankiety na temat uciążliwości hałasu wskazują na to, że większość badanych osób (71%) odczuwa uciążliwy, męczący hałas, natomiast ponad 28% twierdzi, że styka się z nim jedynie sporadycznie [60].

O tym, że problem ten jest społecznie rozpoznawalny świadczy też to, iż około 17% wniosków o podjęcie interwencji jakie wpływają do organów Inspekcji Ochrony Środowiska dotyczy właśnie ochrony przed hałasem [59]. Podobne prośby o interwencję kierowane są także pod adresem Państwowej Inspekcji Sanitarnej [61].

Informacje o narażeniu na głośny hałas taki, jak ten emitowany przez ruch drogowy lub przemysł, były też zbierane w ramach ankietowego badania nad rodzajami środowiskowego ryzyka dla zdrowia postrzeganego przez mieszkańców Zachodniej Australii [16].

Wskaźniki narażenia na hałas środowiskowy mogą być wykorzystane w badaniu nierówności w zdrowiu, szczególnie w odniesieniu do grup o niskim SES, mniejszości etnicznych a także dzieci. W tym ostatnim przypadku jest o tyle uzasadnione, iż wydaje się niemal pewne, że istnieje związek pomiędzy ekspozycją na hałas środowiskowy a upośledzeniem rozwoju poznawczego oraz ograniczeniem zdolności u dzieci[56].

Wskaźnik nr 6: Odsetek osób w populacji niemających stałego dostępu do odpowiedniej ilości pitnej wody w domu

Dostęp do regularnie dostarczanej, nadającej się do picia i czystej wody jest jednym z podstawowych warunków wpływających na zdrowie społeczeństwa, nie dziwi więc, że wiele spośród proponowanych wskaźników zdrowia środowiskowego odnosi się właśnie do tej kwestii. W ramach monitorowania stanu środowiska proponuje się sprawdzanie tego, jak

często woda pitna nie spełnia standardów czystości mikrobiologicznej oraz chemicznej proponowanych przez WHO [12].

Monitorowanie ekspozycji mogłoby polegać na zbieraniu informacji na przykład o tym czy oczyszcza się ścieki, czy woda pitna spełnia wymogi określone prawem, czy jest ona bezpieczna, jakie zanieczyszczenia zawiera, jak często jest badana, na ile można polegać na jej źródłach [13–14]?

Odsetek osób w populacji mających stały dostęp do odpowiedniej ilości pitnej wody w domu jest jednym z podstawowych wskaźników zdrowia środowiskowego proponowanych przez ekspertów WHO [12].

Za bezpieczną uważa się w tym przypadku wodę, której jakość odpowiada wytycznym zamieszczonym w dyrektywie 98/83/EC z dnia 3 listopada 1998 r. w sprawie jakości wody przeznaczonej do spożycia przez ludzi [62], która w polskim prawie została implementowana w postaci rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie jakości wody przeznaczonej do spożycia przez ludzi, jeśli ewentualnie przekroczenia norm nie były notowane więcej niż, łącznie 30 dni w ciągu roku i nie spowodowały zagrożenia dla ludzkiego zdrowia [63].

Według ekspertów WHO „odpowiednia ilość wody” to taka, która zaspokaja odbiorcy potrzeby związane z konsumpcją oraz higieną (minimum 20 l/ osobę/ dzień) natomiast „ciągły dostęp” to taki, gdy woda jest zapewniona przez 24h na dobę bez przerwy [12].

Mogłoby się wydawać, że zastosowanie takiego wskaźnika jakim jest dostęp do wody pitnej dla określenia potrzeb zdrowotnych w kraju europejskim i rozwiniętym gospodarczo, jakim jest Polska nie jest do końca uzasadniane. Tymczasem Europejska Agencja Środowiska zauważa, że chociaż w ciągu ostatnich 20 lat nastąpił postęp w zakresie ochrony wód, to wciąż zasadnicza część europejskich zasobów świeżej wody jest zagrożona do tego stopnia, iż prawdopodobnie nie uda się wypełnić celu Ramowej Dyrektywy Wodnej, zgodnie z którym wszystkie wody powinny osiągnąć dobry stan do 2015 roku [48]. Innym problemem oprócz jakości wód jest ich ilość. Twierdzi się, iż niedostatek wody może nie tylko ograniczyć działalność gospodarczą wielu sektorów, ale też w sposób bezpośredni wpłynąć na obywateli Europy [59].

Polska, jest jednym z tych z krajów Europy, które wyróżniają się stosunkowo małymi zasobami wód wynoszącymi ok. 1500 m³/rok/mieszkańca, co stanowi zaledwie ok. 36% średniej europejskiej. Stąd też istnieją w naszym kraju obszary, na których notuje się trudności w zaopatrzeniu w wodę. W szczególności jest to południe Polski, gdzie wodochłonny przemysł i rozwój procesów demograficznych oraz naturalne warunki geograficzne i hydrograficzne powodują występowanie silnych deficytów [59].

Według GIOŚ podstawowym problemem w zakresie zaopatrzenia w wodę ludności jest w dalszym ciągu mała dostępność wody wysokiej jakości, pomimo wyraźnego spadku wielkości poborów wody przez przemysł i gospodarstwa domowe w ostatnim dziesięcioleciu [59].

Zaproponowany wskaźnik może mieć szczególne znaczenie w określaniu potrzeb zdrowotnych w kontekście nierówności w zdrowiu. Można się spodziewać zarówno różnicy w dostępie do wody pomiędzy mieszkańcami miast i wsi, jak i większego rozpowszechnienia wynikających z niej negatywnych skutków zdrowotnych w tej drugiej grupie.

Europejska Agencja Środowiska zwraca uwagę na to, że w rejonach wiejskich ludzie zaopatrują się w nieuzdatnianą wodę ze studni lub niewielkich ujęć [48]³. Według WHO właśnie ze studniami lub niewielkimi ujęciami wody wiążą się najczęściej problemy z dostarczaniem odpowiedniej ilości wody bezpiecznej oraz nadającej się do picia, jako że są one często niewłaściwie utrzymywane i bardziej podatne na zanieczyszczenie niż ujęcia większych rozmiarów [64]. Zgodnie z danymi Europejskiego Urzędu ds. Bezpieczeństwa Żywności (European Food Safety Authority - EFSA) z 2008 roku, 10 z 12 epidemii wodnopochnych, zarejestrowanych w 27 krajach UE było powiązanych z zanieczyszczeniem prywatnych studni [65]. Problem może też zostać zilustrowany danymi dotyczącymi zapadalności na kamylobakteriozę, która jest najczęściej zgłaszaną infekcją żołądkowo-jelitową w Europie (35 przypadków na 100 000 w 2009r.) i której występowaniu w rejonach wiejskich sprzyja zanieczyszczenie żywności oraz wody pitnej odchodami zwierząt [66].

³ Dyrektywa nie obejmuje ujęć poboru wody przeznaczonej do spożycia przez ludzi, dostarczające średnio mniej niż 10 m³ na dobę lub służących mniej niż 50 osobom, chyba, że służą one za źródło wody związane z działalnością komercyjną bądź publiczną, do UE raportowane są ujęcia zaopatrujące więcej niż 5000 osób.

– części wód, które przewidywane są do takich celów w przyszłości.

Kampylobakterioza jest szczególnie groźna dla dzieci [66], tak więc tego typu dane mogą zostać wykorzystane także przy ocenie potrzeb zdrowotnych w odniesieniu do tej grupy populacji.

Opisując szczegółowo wskaźnik jakim jest odsetek osób w populacji mających stały dostęp do odpowiedniej ilości pitnej wody w domu eksperci WHO, doprecyzowali że chodzi o te osoby, które czerpią wodę nie tylko w domu ale też w jego najbliższym otoczeniu tzn. ze źródła oddalonego nie więcej niż 1000 metrów lub 15 minut drogi przebytej pieszo [12].

Warto byłoby rozważyć czy w warunkach polskich swobodny dostęp do wody pitnej nie powinien być równoznaczny z poborem wody wodociągowej, a studnie jako ujęcia wody nie podlegające przepisom rozporządzenia o jakości wody, powinny być może traktowane jako źródła wody poza kontrolą, a więc potencjalnie zagrażające zdrowiu.

Wyniki kontroli przeprowadzonej w roku 2014 przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej, a obejmującej 99,8% wodociągów zbiorowego zapatrzenia wykazały, że jedynie duże wodociągi, czyli produkujące > 1000 m³ wody na dobę są generalnie niezawodne w dostarczaniu wody odpowiedniej jakości. Natomiast w małych wodociągach zaopatrujących stosunkowo duży odsetek ludności (ok. 11,6 mln) na tyle często stwierdzano przekroczenia obowiązujących norm, iż za krajowy problem w zaopatrzeniu w wodę uznano nie zawsze skuteczne zarządzanie bezpieczeństwem zdrowotnym wody właśnie w tego typu przedsiębiorstwach [61].

Biorąc pod uwagę powyższe można by rozważać czy oceniając dostęp do wody nie należałoby brać pod uwagę także wielkości przedsiębiorstwa jej dostarczającego. Jest to o tyle uzasadnione, że działania naprawcze podejmowane przez małe przedsiębiorstwa wodociągowo-kanalizacyjne, przynoszą często jedynie krótkotrwałą poprawę. Jak stwierdza się raporcie GIS: „praktyka pokazuje, że gruntowna i trwała poprawa jakości wody, w większości wodociągów jest ograniczona środkami finansowymi na wprowadzanie zmian w zakresie stosowanych technologii uzdatniania” [61].

W przypadku omawianego wskaźnika, dane potrzebne do jego obliczenia są aktualnie zbierane w ramach systemu ochrony zdrowia przez Państwową Inspekcję Sanitarną, co może być ułatwieniem w ich pozyskiwaniu i wykorzystywaniu w diagnozie potrzeb zdrowotnych.

Można też rozważyć zastosowanie wskaźnika odnoszącego się do potrzeb subiektywnych. Należałoby wtedy na przykład badać odczuwaną satysfakcję zarówno z dostępu do wody pitnej jak i jej jakości. Tego typu dane zbierano na przykład w jednym z australijskich badań potrzeb zdrowia środowiskowego [17].

Podstawą do zastosowania tego rodzaju wskaźnika może być fakt, iż wydawane przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej decyzje dopuszczające wodę warunkowo do spożycia, oparte na szacowaniu ryzyka zdrowotnego, i nietraktujące niekorzystnych cech organoleptycznych jako dyskwalifikujących bardzo często nie są akceptowane przez konsumentów [61].

Zaproponowany wskaźnik środowiskowy, chociażby w celu oceny jego zdolności predykcyjnej powinien zostać uzupełniony przez powiązane z nim wskaźniki zdrowotne, takie jak np.: epidemie chorób wodopochodnych (szczególnie wśród dzieci).

Wskaźnik nr 7. Procent populacji niekorzystającej z kanalizacji zbiorczej

Ludzkie oraz zwierzęce odchody są źródłem wielu patogenów, a za obciążenie powodowanymi przez nie chorobami odpowiada ich odprowadzanie i unieszkodliwianie niespełniające standardów sanitarnych. Stąd kwestie bezpiecznego odprowadzania ścieków bytowych z gospodarstw domowych stawia się na równi z dostępem do wody pitnej odpowiedniej jakości. W naszym kraju obydwa te zagadnienia zostały uznane przez ekspertów za priorytetowe dla polityki zdrowia środowiskowego [22].

Zakłada się, że im większy jest procent populacji mającej dostęp do odpowiednich sposobów usuwania ścieków bytowych tym mniejsze jest ryzyko dla zdrowia wynikające z narażenia na czynniki zakaźne, aczkolwiek należy pamiętać, że dostępność nie zawsze przekłada się na właściwe użytkowanie instalacji oraz poprawę warunków sanitarno-higienicznych.

Obecnie na świecie istnieje ponad 20 różnych technicznych możliwości odprowadzania ścieków bytowych, które różnią się nie tylko wygodą w ich używaniu ale także poziomem bezpieczeństwa sanitarnego jaki zapewniają [36].

W publikacji „Our Planet, Our Health”, zauważa się, że o wyborze metody odprowadzania ścieków bytowych decydują nie tylko początkowe koszty instalacji, ale też koszty dalszego jej

utrzymania, konserwacji i korzystania z niej. Jeśli miesięczny koszt używania instalacji przekracza 5% dochodu danej rodziny, należy go traktować jako nieosiągalny [67].

Biorąc pod uwagę powyższe można uznać wskaźnik dotyczący sposobu odprowadzania ścieków za odpowiedni także w ocenie nierówności w zakresie środowiskowych potrzeb zdrowotnych, a za takie można też uznać potrzeby sanitacji.

Eksperti WHO uznali że jednym z podstawowych wskaźników zdrowia środowiskowego odzwierciedlających bazową sytuację sanitarną powinien być procent populacji mającej dostęp do „odpowiednich instalacji odprowadzających wydaliny”. Za „odpowiednie” uznano zarówno instalacje prywatne jak i zbiorcze pozwalające na kontrolowane usuwanie ścieków bytowych, metodami które uniemożliwiają zarówno bezpośrednią styczność z odchodami, jak i zanieczyszczenie nimi żywności lub zasobów wody. Dostęp do takich instalacji uważa się za odpowiedni jeśli znajdują się one w pomieszczeniach mieszkalnych albo w wygodnej odległości od domu (< 50 metrów). Zgodnie z przedstawionymi definicjami w poczet populacji mającej dostęp do odpowiednich instalacji odprowadzających wydaliny, zalicza się także te osoby, które zamieszkują nieruchomości posiadające indywidualne systemów odprowadzania ścieków np. szamba.

Wydaje się, że w kraju takim jak Polska gdzie kwestie usuwania ścieków bytowych są uregulowane przepisami prawa [68] i gdzie systematycznie wzrasta liczba osób objęta zbiorowym systemem ich odprowadzania (w 2012 r. z sieci kanalizacyjnej korzystało około 87,0% ludności miast i 30% ludności wiejskiej) [59], problem zagrożeń wywołanych niewłaściwym usuwaniem ludzkich wydaliny powinien być nieznaczny. Tak jednak nie jest.

Według raportu Krajowego Zarządu Gospodarki Wodnej chociaż sytuacja w zakresie odprowadzania i oczyszczania ścieków komunalnych w perspektywie długookresowej w każdym z analizowanych obszarów znacznie się poprawia, to na przestrzeni lat 2010 i 2011 stwierdzono niepokojący, acz nieznaczny, wzrost ścieków nieoczyszczonych odprowadzanych do wód lub ziemi [69].

W cytowanym raporcie KZGW nie podano przyczyn takiej sytuacji. Na podstawie doniesień zamieszczanych np. na internetowych stronach przedsiębiorstw wodociągowo-kanalizacyjnych lub internetowych portali informacyjnych można domniemywać, że częstą przyczyną jest nielegalny zrzut ścieków bytowych [70], które szczególnie wtedy, gdy zanieczyszczą wody podziemne lub powierzchniowe mogą stać się poważnym zagrożeniem dla zdrowia.

Kontrola NIK, którą w latach 2009-2011 objęto 28 gmin wykazała, że wiele przypadków nielegalnego zrzutu ścieków bytowych związane było z opróżnianiem zbiorników bezodpływowych. Problem zanieczyszczania środowiska przez nielegalne pozbywanie się ścieków należy uznać za poważny, skoro w cytowanym raporcie stwierdza się, że „żadna z gmin objętych kontrolą nie osiągnęła przyjętego w kontroli minimalnego poziomu (75%) skuteczności działań w celu usuwania i oczyszczania ścieków, warunkującego ocenę pozytywną, w związku z czym 27 skontrolowanych gmin oceniono negatywnie.” [71]

Według danych KZGW z indywidualnych systemów odprowadzania ścieków, głównie w postaci:

- bezodpływowego zbiornika i wywozu zgromadzonych ścieków taborem asenizacyjnym do oczyszczalni ścieków,
- lokalnych oczyszczalni ścieków i odprowadzania oczyszczonych ścieków do gruntu lub do wód powierzchniowych, a co za tym idzie wywozu nagromadzonych osadów do oczyszczalni ścieków.

w roku 2011 korzystało w miastach 1,7% ludności, tj. ok.392 tys. mieszkańców, a na wsi 52,8% ludności, tj. ok. 7,83 mln. Mieszkańców [69].

Twierdzi się równocześnie, iż „wyżej wymienione systemy indywidualne zapewniają zgodną z wymaganiami budowlanymi i ochrony środowiska sanitację terenów o zabudowie rozproszonej pod warunkiem, że są zaprojektowane, wybudowane i eksploatowane zgodnie z najlepszą wiedzą techniczną w tym zakresie.” [69]

Na podstawie wyników kontroli przeprowadzonej przez NIK, a także doniesień serwisów informacyjnych można stwierdzić, że szczególnie ów warunek prawidłowej eksploatacji nie jest często spełniony, co może być przyczyną zagrożeń zdrowia.

Na ten problem zwracają także uwagę przywołani wyżej eksperci WHO, którzy w opisie proponowanego przez siebie wskaźnika zaznaczyli że „dostęp do instalacji nie oznacza jej prawidłowego wykorzystania stąd nie zawsze przekłada się na poprawę higieny!” [22]

Stąd w niniejszej propozycji zmodyfikowano nieco ten wskaźnik uznając za całkowicie bezpieczne jedynie odprowadzanie ścieków do zbiorczej sieci kanalizacyjnej⁴.

Wyżej wspomniano już o możliwości użycia tego wskaźnika do oceny potrzeb zdrowotnych w kontekście nierówności społecznych. Należy dodać, że kwestie ekonomiczne są także ściśle związane z problemem nielegalnego zrzutu ścieków bytowych. W swoim raporcie NIK stwierdza iż „stosunkowo wysoki koszt wywozu nieczystości ze zbiorników bezodpływowych zwiększa ryzyko nielegalnego usuwania ścieków, zarówno przez właścicieli nieruchomości, jak i przez przedsiębiorców.” [71]

Obliczenie proponowanego wskaźnika wymaga pozyskania danych, które są zbierane poza systemem ochrony zdrowia w ramach rutynowych działalności lub w wyniku działań kontrolnych.

Na potrzeby ewaluacji warto byłoby analizować ten wskaźnik w zestawieniu z takimi danymi o skutkach zdrowotnych zbieranymi w obrębie sektora ochrony zdrowia jak: umieralność dzieci z powodu biegunek lub epidemie chorób wodopochodnych.

⁴ Małe wiejskie jednostki osadnicze, wyposażone w systemy zbiorowego zaopatrzenia w wodę, bez rozwiązania problemu odprowadzania oraz oczyszczania ścieków mogą stanowić zagrożenie dla czystości wód o charakterze lokalnym.

3.2. OBSZAR: JAKOŚĆ POWIETRZA NA ZEWNĄTRZ POMIESZCZEŃ

W ocenie Europejskiej Agencji Środowiska (European Environment Agency – EEA) zanieczyszczenie powietrza wciąż pozostaje jednym z największych problemów środowiskowych w Europie [48]. Polska nie jest wyjątkiem stąd problem ten został uznany za jeden priorytetowych przez ekspertów analizujących politykę zdrowia środowiskowego w naszym kraju [22].

Faktycznie, dane zbierane przez IOŚ świadczą o tym, że pomimo generalnej poprawy jakości powietrza w Polsce, będącej m.in. skutkiem wdrażanych od czasu przemian ustrojowych działań, istotną kwestią nadal pozostają zbyt wysokie stężenia ozonu troposferycznego (w sezonie letnim) oraz – benzo(a)pirenu i pyłu zawieszonego PM₁₀ oraz PM_{2,5} (w sezonie zimowym) [59]. Ponadnormatywna koncentracja pyłów PM₁₀ i PM_{2,5} notowana w niektórych polskich miejscowościach (np. Kraków, Bielsko-Biała, Tarnów) powoduje, że nasz kraj znajduje się one na niechlubnie wysokim miejscu pod względem poziomów niektórych zanieczyszczeń (szczególnie pyłowych) [72].

Istnieje szereg dowodów naukowych, że środowiskowy problem jakim jest zanieczyszczenie powietrza przekłada się na występowanie związanych z nim problemów zdrowotnych. Według ocen EEA w Europie każdego roku więcej osób umiera przedwcześnie z powodu zanieczyszczenia powietrza niż w wyniku wypadków komunikacyjnych [73]. W projekcie Aphekom obliczono, że zanieczyszczenie powietrza w Europie skutkuje skróceniem średniej długości życia o około 8,6 miesiąca na osobę [74].

Najbardziej zbadana jest rola zanieczyszczeń powietrza w wywoływaniu chorób układów oddechowego oraz krążenia, zarówno w perspektywie krótko- jak i długoterminowej.

Zwraca się jednak coraz częściej uwagę na to, że oprócz przedwczesnych zgonów i udziału w wywoływaniu chorób chronicznych, zanieczyszczenia powietrza powodują także szereg problemów zdrowotnych o mniejszych konsekwencjach, które jednak powinny być brane pod uwagę, szczególnie wtedy, gdy mowa jest o zapewnieniu członkom społeczeństwa pełnego dobrostanu lub odpowiedniej jakości życia. Niekiedy to szerokie spektrum skutków zdrowotnych narażenia na powietrze złej jakości przedstawiane jest w postaci piramidy, na

którą składają się także takie mniej groźne, acz znacznie częściej występujące problemy jak np. ataki astmy, zaburzenia funkcjonowania układu oddechowego, konieczność ograniczenia aktywności fizycznej [72].

Wyniki jednego z ostatnio poprowadzonych projektów badawczych sugerują, że ekspozycja na zanieczyszczenia powietrza może mieć negatywny wpływ na funkcjonowanie układu nerwowego człowieka [75].

Niektórzy autorzy zwracają uwagę, że powietrze złej jakości wywołuje nie tylko efekty somatyczne, ale także negatywnie wpływa na funkcjonowanie psychiczne [76].

Coraz więcej badań dotyczy też wpływu jaki ma na zdrowie oraz rozwój dziecka narażenie w okresie prenatalnym na różne substancje wdychane przez jego matkę. Uważa się obecnie za dobrze udokumentowane naukowo to, iż ekspozycja na zanieczyszczenia powietrza ciężarnej kobiety może skutkować na przykład ograniczeniem wzrostu płodu, przedwczesnymi narodzinami a także spontanicznym poronieniem [77].

W Polsce monitorowanych jest aktualnie kilkanaście rodzajów zanieczyszczeń, które mogą pogarszać jakość powietrza wpływając negatywnie na różne elementy środowiska, a w tym na organizmy ludzkie. Spośród nich wszystkich za najbardziej groźne dla zdrowia i życia uznaje się pył zawieszony [72]. Pył zawieszony (ang. *particulate matter* – PM) jest mieszaniną bardzo małych cząstek stałych i ciekłych złożoną zarówno ze związków organicznych, jak i nieorganicznych [59]. Skład pyłu może być różny w zależności od źródła oraz warunków jego emisji lub powstawania i determinować rodzaj problemów zdrowotnych jakie mogą powstawać w organizmie po jego zainhalowaniu. W pyłe zawieszonym wyróżnia się frakcję zwaną pyłem drobnym o ziarnach, których średnica jest mniejsza niż 10 μm oraz bardzo drobny PM_{2,5} o średnicy ziaren poniżej 2,5 μm .

Fakt, że ekspozycja na PM w sposób istotny zwiększa umieralność oraz liczbę hospitalizowanych z powodu chorób układu oddechowego oraz krążenia, uznaje się za potwierdzony naukowo, a siłę owego dowodu uważa się za dużą [78 – 79].

Między innymi potwierdzono istnienie silnego związku pomiędzy krótkoterminową ekspozycją na PM a zawałem mięśnia sercowego [80] czy udarem niedokrwiennym [81]. W badaniach europejskich przeprowadzonych na 11 kohortach z chronicznym narażeniem na pył zawieszony powiązano też choroby naczyniowe mózgu [82].

Frację najdrobniejszego pyłu zawieszzonego zaliczono do dziewięciu najważniejszych czynników środowiskowych, które można powiązać z obciążeniem chorobami populacji i przyznano jej jedną z wiodących pozycji na tej liście. Równocześnie oszacowano, iż obciążenie chorobami z powodu $PM_{2,5}$ wynosi 6,000–10,000 DALY/rok i 1 milion osób [57].

Przekroczenia norm dla pyłu zawieszzonego PM_{10} jak i $PM_{2,5}$ są uważane za najistotniejszy problem jakości powietrza w Polsce, a mają one miejsce zarówno w odniesieniu do standardu dobowego (pył PM_{10}), jak i rocznego (pył PM_{10} oraz $PM_{2,5}$) [59]. Polska jest jednym z krajów o najwyższych stężeniach pyłu $PM_{2,5}$ w powietrzu w Europie. W ostatnim raporcie GIOŚ zamieszczono informację, że: „analiza wskaźnika narażenia ludności w Unii Europejskiej na ponadnormatywne oddziaływanie w odniesieniu do standardu średniorocznego pyłu PM_{10} wykazała, że w 2011 r. udział ludności narażonej na ponadnormatywne stężenia pyłu PM_{10} w Polsce przekraczał znacząco średnią europejską.” [59]

Jedną z substancji, która może być zawarta w pył zawieszonym jest benzo(a)piren należący do grupy wielopierścieniowych węglowodorów aromatycznych (WWA), będących związkami o udowodnionych właściwościach kancerogennych i mutagennych. Benzo(a)piren jest oznaczany w PM_{10} i traktowany jako wskaźnik poziomu zanieczyszczenia powietrza WWA.

Według EEA benzo(a)piren jest substancją oddziałującą negatywnie na centralny układ nerwowy, krwiotwórczy oraz odpornościowy. Jednak przede wszystkim jest to substancja o działaniu kancerogennym, która może powodować białaczkę oraz wady wrodzone [72].

Badania prowadzone m. in. w Krakowie wykazały, że ekspozycji w okresie prenatalnym na wielopierścieniowe węglowodory aromatyczne można przypisać zmniejszenie wagi

urodzeniowej [83] oraz wzrost ryzyka zachorowania na astmę lub alergię w późniejszym życiu [84].

Tak jak wcześniej wspomniano, także wysokie stężenie benzo(a) pirenu pozostaje w Polsce istotnym problemem jakości powietrza, szczególnie w okresie zimowym.

Już chociażby to zwiększone narażenie populacji polskiej na wymienione wyżej zanieczyszczenia uzasadnia uwzględnienie w diagnozie potrzeb wskaźników dotyczących czystości powietrza.

We wspomnianych na wstępie propozycjach systemów EHIs, lub w badaniach nad środowiskowymi potrzebami zdrowotnymi uwzględniono różne rodzaje wskaźników dotyczących obszaru jakości powietrza atmosferycznego.

Wiele wskaźników odnosi się bezpośrednio do stanu środowiska, czyli oparte jest na danych albo o wielkości emisji albo o wielkości stężenia wybranych zanieczyszczeń w powietrzu.

Zarówno w projekcie systemu EHIs przygotowanym przez ekspertów WHO jak i w projekcie koreańskim zaleca się zbieranie informacji o emisji lub koncentracji najważniejszych zanieczyszczeń pyłowych i gazowych (m.in. SO₂, CO, NO₂, lotnych związków organicznych) [12], [15]. Oprócz tego, obie te propozycje uwzględniają szereg wskaźników opartych na danych epidemiologicznych mówiących o rozpowszechnieniu problemów zdrowotnych, które wiąże się z narażeniem na zanieczyszczenia powietrza w oparciu o istniejące dowody naukowe.

Nieco inaczej postąpiono w australijskim badaniu potrzeb zdrowia środowiskowego, gdzie pytano o emisję z różnych źródeł (np. przemysłu lub środków transportu), co wydaje się o tyle zasadne, że respondentami byli laicy, którym łatwiej jest odpowiedzieć na pytanie o to skąd się dane zanieczyszczenie wydobywa, niż na pytanie o jego skład chemiczny [16].

Propozycja ekspertów amerykańskich a także ta przygotowana pod egidą WHO zawierały też wskaźniki odnoszące się do interwencji, które można podjąć, aby zapobiec tym przypadkom chorób czy zgonów, które są spowodowane powietrzem złej jakości. Stosowanie tych

wskaźników wymagało np. informacji o: przygotowywaniu, wdrażaniu a szczególnie egzekucji przepisów dotyczących jakości powietrza, realizacji programów mających na celu ograniczenie emisji zanieczyszczeń z różnych źródeł, czy też propagowaniu nowych technologii mniej szkodzących środowisku [12], [14].

Wspomniane wyżej propozycje systemów EHIs uwzględniają też zazwyczaj szereg wskaźników opartych na danych epidemiologicznych. Są to głównie współczynniki umieralności, zapadalności czy też hospitalizacji z powodu na chorób układów: oddechowego i krążenia. Wskaźniki tego typu wydają się lepiej dostępne, albowiem są one zazwyczaj zbierane przez instytucje działające w obrębie sektora ochrony zdrowia, ale szczególnie w odniesieniu do działań prewencyjnych, mają one głównie znaczenie ewaluacyjne. Ponieważ ich wartość predykcyjna dla oceny przyszłych potrzeb jest raczej niska, stąd propozycja by traktować je, jako wskaźniki istotne ale jedynie uzupełniające.

W niniejszym opracowaniu proponuje się zastosowanie dwóch wskaźników odnoszących się do tzw. sił napędowych, czyli do pierwszego poziomu łańcucha przyczynowo-skutkowego na który stał się koncepcyjnym szkieletem modelu DEPSEA [10], oraz jednego wskaźnika, który oparty jest na subiektywnej ocenie problemu.

Wskaźnik 8 Proporcja gospodarstw domowych stosujących paliwa stałe (węgiel, drewno) jako główne źródło uzyskania energii służącej do ogrzewania lub gotowania

Przesłanką do zaproponowania tego wskaźnika jest to, że zarówno w przypadku emisji pyłu zawieszonego PM_{10} i $PM_{2,5}$ jak i w przypadku emisji benzo(a)pirenu przekroczenia dopuszczalnych wartości dobowych mają miejsce w okresie zimowymi i wiążą się z emisją tych zanieczyszczeń ze źródeł komunalnych, w dużej (a w przypadku niektórych miast) w przeważającej mierze z indywidualnego ogrzewania budynków. Właśnie indywidualne ogrzewanie domów i mieszkań węglem i drewnem prowadzi w okresie jesienno-zimowym, szczególnie na gęsto zabudowanych obszarach, do wzmożonej benzo(a)pirenu oraz innych wielopierścieniowych węglowodorów aromatycznych [59]. Twierdzi się że ta duża, ponadnormatywna emisja jest pochodną struktury zużycia paliw w Polsce. Skalę problemu

może ilustrować informacja, że w 2012 r. emisja WWA w wyniku spalania paliw stałych w gospodarstwach domowych, stanowiła prawie 87% ogółu emisji WWA do powietrza w Polsce [59]. Według GIOŚ: „główną przyczyną braku istotnych zmian emisji gazów i pyłów do atmosfery jest to, iż struktura zużycia nośników energii w Polsce nie ulega znaczącym zmianom. Nadal podstawowym nośnikiem energii pierwotnej w gospodarce narodowej jest węgiel kamienny. Jego udział w strukturze zużycia nośników energii pierwotnej w Polsce wyniósł w 2012 r. 40,1%.” [59]

Jednym ze wstępnych warunków ograniczenia zanieczyszczeń pochodzących z niskich źródeł jest przeprowadzenie ich inwentaryzacji.

Na mocy obowiązującego prawa [85], dla stref, w których stwierdzono przekroczenie choćby jednego poziomu dopuszczalnego lub docelowego w odniesieniu do substancji podlegających ocenie jakości powietrza, Zarząd Województwa powinien przygotować, a następnie przedstawić do zaopiniowania właściwym wójtom, burmistrzom lub prezydentom miast i starostom, projekt uchwały w sprawie programu ochrony powietrza (POP). Celem takiego programu jest osiągnięcie dopuszczalnych poziomów substancji w powietrzu oraz pułapu stężenia ekspozycji.

Zgodnie z wymogami [86] w części opisowej takiego projektu powinna się znaleźć informacja na temat źródeł pochodzenia substancji, których stężenia przekraczają poziom dopuszczalny. Podstawą dla takiej informacji jest przeprowadzenie inwentaryzacji źródeł emisji na danym terenie, co uważa się za niezbędne, aby ocenić, które źródła są odpowiedzialne za przekroczenia stężeń dopuszczalnych i jakie są możliwości zmniejszenia emisji zanieczyszczeń [87]. Niestety, jak wskazują na to wyniki kontroli przeprowadzonej przez NIK, żadna z objętych kontrolą gmin nie przeprowadziła pełnej inwentaryzacji źródeł emisji powierzchniowej, co nie zapewniało wystarczającego rozeznania potrzeb i skali koniecznych działań naprawczych [88]. Tymczasem informacje pochodzące z takiej inwentaryzacji mogłyby i powinny zostać wykorzystane do diagnozy potrzeb zdrowia środowiskowego w odniesieniu do jakości powietrza zewnętrznego. Oczywiście zastosowanie proponowanego wskaźnika wymagałoby także przeprowadzenia inwentaryzacji na tych terenach, gdzie stężenia substancji podlegających ocenie nie przekraczają poziomów dopuszczalnych.

Chociaż, jak wskazują na to chociażby wyniki przytaczanej wyżej kontroli NIK, tego typu informacje zbiera się rzadko, jednak wydają się one i tak łatwiejsze do pozyskania na poziomie lokalnym niż np. dane dotyczące koncentracji poszczególnych substancji, które są pozyskiwane przez Inspekcję Ochrony Środowiska, głównie na poziomie wojewódzkim oraz krajowym z punktów sieci monitoringu środowiska, która nie pokrywa całości kraju.

Z kolei w porównaniu do wskaźników dotyczących efektów zdrowotnych proponowany wskaźnik, jak już wspomniano ma większą wartość predykcyjną, albowiem dotyczy zdarzeń poprzedzających pojawienie się owych skutków w czasie.

Wskaźnik 9 Liczba pojazdów zarejestrowanych na danym terenie

To kolejny wskaźnik odnoszący się do sił napędowych inicjujących powstawanie środowiskowych zagrożeń zdrowia.

Wskaźnik tak samo ważny jak wcześniejszy, albowiem transport jest wymieniany razem z indywidualnym ogrzewaniem budynków jako główna przyczyna nadmiernej emisji zanieczyszczeń pyłowych (PM₁₀ i PM_{2,5}) w Polsce [59].

Jest też szereg badań, których wyniki wskazują na skutki zdrowotne narażenia na różne substancje chemiczne emitowane przez pojazdy drogowe.

Na przykład badania prowadzone w krajach skandynawskich wykazały, że pyły ze startych opon zimowych będących w powszechnym użyciu przez większą część roku, stanowią znaczną frakcję pyłu miejskiego i znacznie przyczyniają się do umieralności przypisywanej PM.

Narażenie na substancje drażniące zawarte w spalinach samochodowych może nie tylko powodować zaostrzenie POChP ale też, co stwierdzono w badaniach naukowych, przyczyniać się do nowych przypadków występowania astmy u dzieci [89].

Z kolei narażenie kobiet ciężarnych na zanieczyszczenia powietrza emitowane przez pojazdy może skutkować zmniejszeniem wagi oraz wzrostu noworodków (szczególnie, gdy jest to narażenie w okresie wczesnej ciąży) [90].

Szereg substancji zawartych w spalinach samochodowych jest prekursorami ozonu troposferycznego będącego silnym utleniaczem fotochemicznym, który może mieć istotny wpływ na zdrowie ludzi. Podwyższone, przekraczające określone prawem normy stężenie ozonu w powietrzu może nasilać objawy astmy, zmniejszać wydolność płuc a nawet być przyczyną przedwczesnych zgonów [72]. Obecność zwiększonych koncentracji ozonu w powietrzu jest szczególnie groźna dla dzieci, osób starszych oraz tych którzy przewlekle chorują na choroby serca lub płuc, lecz może też dotknąć osoby zupełnie zdrowe, które ćwiczą na zewnątrz pomieszczeń [91].

Istotne jest to, że ozon troposferyczny powstaje z substancji będących jego prekursorami (głównie tlenki azotu i lotnych związki organiczne) w wyniku reakcji fotochemicznych, które są inicjowane przez promieniowanie słoneczne. Ponieważ powstawaniu ozonu sprzyja słoneczna pogoda i wysoka temperatura powietrza, stąd przekroczenia dopuszczalnych stężeń stają się istotnym problemem w miesiącach letnich [59].

Tak więc napędzane paliwami płynnymi pojazdy drogowe mogą znacznie przyczyniać się do powstawania problemów zdrowotnych nie tylko w okresie zimowym, ale także w letnim kiedy to źródła emisji związane z ogrzewaniem pomieszczeń tracą na znaczeniu.

Stąd też wydaje się niezwykle istotne aby w diagnozie środowiskowych potrzeb zdrowotnych uwzględnić także wskaźnik oparty na danych o źródłach emisji związanych z transportem.

Można zastanawiać się nad tym jak skonstruować tego typu wskaźnik. Najłatwiejszym wydaje się wykorzystanie danych o pojazdach zarejestrowanych na danym terenie, przy czym wyniki niektórych badań wskazują, że istotna jest nie tylko ich liczba, ale także i wiek, jako że szereg rejestrowanych w Polsce samochodów starszych roczników posiada niską normę EURO lub nie posiada jej wcale [92].

Oczywiście tak skonstruowany wskaźnik ma swoje zalety i wady. Zaletą będzie zapewne dostępność informacji potrzebnych do obliczenia wskaźnika, minusem jest zarówno założenie, że każdy zarejestrowany pojazd jest używany, jak i to, że w lokalnej emisji zanieczyszczeń związanych z transportem przeważającą rolę odgrywają pojazdy używane przez miejscową ludność.

Należy rozważyć, czy nie lepszym wskaźnikiem byłaby wielkość ruchu drogowego. Informacje tego typu są rutynowo zbierane przez Generalną Dyрекcję Dróg Krajowych i Autostrad (GDDKiA) w ramach Generalnych Pomiarów Ruchu. Można by było także w oparciu o nie oszacować procent populacji zamieszkującej sąsiedztwo dróg na których odbywa się szczególnie intensywny ruch.

Wskaźniki wykorzystujące informacje o źródłach emisji mogą być także przydatne w identyfikowaniu tych grup w populacji, które są narażone na równoczesne działanie różnych czynników, takich jak np. hałas i pył zawieszony. Jest to o tyle istotne, iż coraz częściej wspomina się o tym, że negatywne skutki ich synergicznego oddziaływania na ludzki organizm mogą być większe niż efekty oddziaływania, każdego z tych czynników osobno [93].

Identyfikacja grup szczególnie narażonych byłaby niezwykle ważna w badaniu nierówności w zdrowiu, albowiem zwraca się uwagę na fakt, że zarówno ekspozycja jak i podatność na zagrożenie jakim jest zanieczyszczone powietrze rozkładają się w populacji nierówno a problem szczególnie dotyczy dzieci, osób starszych i upośledzonych społecznie, którzy najczęściej doświadczają pogorszenia zdrowia z tego powodu [48].

Niejednokrotnie już trakcie badań nad narażeniem na powietrze złej jakości ujawniono przypadki niesprawiedliwości środowiskowej, dotyczącej osoby społecznie upośledzone, które bardzo często zamieszkują rejony o dużym skupieniu źródeł emisji zanieczyszczeń (np. w bliskim sąsiedztwie zakładów przemysłowych lub dróg wzmożonego ruchu [48]. Na przykład w Hiszpanii stwierdzono, że najmłodsze emigrantki z krajów Ameryki Łacińskiej oraz te o najniższym SES, były eksponowane na większe stężenia NO₂, mierzone zarówno w ich domach jak i na zewnątrz. Większe było również prawdopodobieństwo, że kobiety te będą narażone na stężenia tego gazu przekraczające wartości normy ustalonej przez UE (40 µg/m²) [94].

Wskaźnik nr 10: Odsetek osób oceniających negatywnie powietrze w miejscu swojego zamieszkania

Ostatni z trzech proponowanych wskaźników zdrowia środowiskowego odnoszących się do jakości powietrza atmosferycznego ma za zadanie uwzględnić jej subiektywną ocenę przez osoby zamieszkujące dany teren.

W wielu badaniach nad postrzeganiem środowiska podkreśla się znaczenie codziennego doświadczenia ludzi, którzy stykają się z zanieczyszczeniami w swoim otoczeniu. Analizuje się też to, w jaki sposób ludzie dowiadują się, że powietrze w ich otoczeniu jest złej jakości. Badania te pokazują, że wiele ludzi ocenia jakość powietrza właściwie nieświadomie dzięki działaniu zmysłów [95]. Najważniejszy jest w tym przypadku zmysł węchu. Niechciane zapachy wywołują często protesty osób które są na nie ekspozycyjni wbrew swojej woli [37]. Ocenia się, że skargi na nadmierną uciążliwość niepożądanych zapachów stanowią ponad 50% skarg na jakość powietrza w Polsce, a ich liczba stale rośnie [96].

Nie tylko bodźce węchowe, ale też i sygnały odbierane przez inne zmysły odgrywają ważną rolę w formułowaniu sądów o czystości powietrza [97 – 98].

Negatywna ocena jakości powietrza może wywołać efekt psychologiczny określany w literaturze mianem „zaniepokojenia” (ang. *annoyance*). Zaproponowano także, że ten typ reakcji. Niektórzy autorzy [4] twierdzą, że psychologiczne efekty wywołane zanieczyszczeniem powietrza mogą mieć dla ludzi większe znaczenie niż efekty biofizyczne [76], a jeszcze inni wspomnianą reakcją zaniepokojenia (lub może niezadowolenia) uznają za dobry wskaźnik ekspozycji na zanieczyszczenie powietrza na zewnątrz [99 –100].

O tym, że jakość powietrza jest istotną kwestią dla wielu ludzi mogą świadczyć chociażby wyniki badań nad świadomością ekologiczną Polaków, którzy to problem zanieczyszczeń powietrza umieścili na drugim miejscu (po odpadach) w rankingu największych problemów środowiska naturalnego w Polsce [101].

3.3. OBSZAR: WARUNKI REKREACJI

Wskaźnik 11. Odsetek mieszkańców, którzy deklarują swobodny dostęp do terenów zielonych

EEA stwierdza, iż istotnych nierówności w zdrowiu stwierdzanych w Europie nie można jedynie wyjaśniać indywidualnymi różnicami genetycznymi. Zgodnie z modelem zaproponowanym przez Dahlgreena i Whiteheada przyczynami ich występowania mogą być też inne uwarunkowania, między innymi środowiskowe [102].

The Millenium Ecosystem Assessment wprowadził pojęcie **usług ekosystemowych**. Koncept usług ekosystemowych łączy ludzkie zdrowie oraz dobrostan z kwestią bioróżnorodności oraz funkcjonowania ekosystemów.

Wiele badań naukowych a także działań politycznych zarówno z zakresu ochrony środowiska, jak i ochrony zdrowia jest tradycyjnie ograniczonych do identyfikowania, szacowania oraz zapobiegania negatywnym skutkom zdrowotnym narażenia na czynniki środowiskowe, które są pojedyncze i izolowane. Ostatnio jednak coraz częściej zauważa się jak duże korzyści zdrowotne przynosi oddziaływanie naturalnych ekosystemów oraz dostęp do zielonych przestrzeni [103 –104]. Świadomość tego znajduje odzwierciedlenie w polityce w postaci prób stworzenia „zielonej infrastruktury”, która pozwoli połączyć troskę o zdrowie oraz dobrostan z integralną polityką zajmującą się ekosystemami oraz planowaniem przestrzennym [48].

Wykazano, iż dostęp do terenów zielonych wpływa korzystnie na długowieczność najstarszych mieszkańców miasta i zachęca ludzi do nawiązywania kontaktów społecznych, co jak stwierdzono dotyczy szczególnie osób o niskim dochodzie [105].

Wciąż jednak potencjał wykorzystywania terenów zielonych do celów promocji zdrowia, nie jest wystarczająco eksploatowany, a one same są niekiedy uważane za „ekstra” luksusowy dodatek do życia.

Tymczasem w badaniach, którymi objęto osiem europejskich miast wykazano, że prawdopodobieństwo tego, iż ludzie zamieszkający miejsca z dużą ilością zieleni będą bardziej aktywni fizycznie, było trzy razy większe niż w przypadku osób zamieszkujących podobne, ale mniej zielone okolice. Równocześnie w pierwszej z badanych grup ryzyko nadwagi lub otyłości

było około 40% mniejsze [106]. Kontakt z naturą może poprawić odporność emocjonalną jednostek poprzez zmniejszenie stresu oraz regenerację po zmęczeniu umysłowym [107].

Okazuje się, że ogródki działkowe, parki i inne wspólne tereny nie tylko dostarczają miejsca na rekreację, ale też wpływają na polepszenie stosunków międzysąsiedzkich, i wzmacniają więzi społeczne oraz związek ze środowiskiem, a co za tym idzie wpływają na poprawę poczucia zdrowia oraz dobrostanu [108].

EEA zwraca też uwagę na fakt, że tereny zielone mogą poprawiać warunki środowiska lokalnego wpływając na wzrost bioróżnorodności i stanowiąc barierę zatrzymującą zanieczyszczenia powietrza, hałas, erozję gleb, powodzie itp. Drzewa i obszary leśne mogą filtrować i absorbować cały wachlarz zanieczyszczeń powietrza, włączając w to pyły, metale ciężkie i gazy np. dwutlenek węgla. Odgrywają one także niepoślednią rolę w regulowaniu mikroklimatu poprzez dostarczanie cienia, izolacji termicznej, wilgotności oraz ochronę przed wiatrem. Wszystko to skutkuje zmniejszeniem środowiskowego obciążenia problemami zdrowotnymi [109].

Pomimo coraz większej świadomości tego, jaki jest wpływ terenów zielonych na ludzkie zdrowie i jakość życia, trudno jest znaleźć wśród proponowanych w literaturze przedmiotu wskaźników środowiskowych takich, które odnoszą się do tego elementu środowiska. Prawdopodobnie dlatego, że u podstawy tworzenia systemów wskaźników zdrowia środowiskowego leży chęć zapobiegania określonym problemom zdrowotnym i taka też filozofia stoi za modelami, takimi jak np. DEPSEA, które wykorzystuje się jako schemat koncepcyjny dla syntetycznych systemów HIA.

Należy pamiętać że ochrona zdrowia to także jej promocja, w tym działania w obszarze tzw. zdrowia pozytywnego, które nie są skierowane na czynniki ryzyka, ale na wzmacnianie zasobów oraz potencjału zdrowotnych całych grup społecznych. Takim działaniem jest właśnie na przykład założenie parku lub zapewnienie dostępu do terenów zielonych.

Co ciekawe, okazuje się że w wielu przypadkach osoby upośledzone społecznie, mieszkające w miastach są w gorszej sytuacji jeśli chodzi o dostęp do zielonych oraz otwartych przestrzeni. Taka sytuacja może pogłębiać istniejące już nierówności w zdrowiu, bowiem wykazano, że tereny zielone biorą udział w ich redukowaniu nierówności. W badaniach nad wskaźnikami

umieralności, w których w Anglii wzięło udział więcej niż 3000 000 ludzi stwierdzono, że w populacjach korzystających z bardziej zielonego środowiska występują najniższe poziomy nierówności związane z utratą dochodów [110].

Jednym z ustaleń deklaracji parmeńskiej jest zapewnienie dzieciom dostępu do „zdrowych oraz bezpiecznych środowisk” włączając w to dostęp do terenów zielonych, gdzie mogłyby się bawić oraz podejmować aktywność fizyczną.

4. Podsumowanie

Powyżej przedstawiono jedenaście wskaźników zdrowia środowiskowego, które mogą zostać wykorzystane na poziomie lokalnym w diagnozie potrzeb zdrowotnych oraz identyfikowaniu i mierzeniu istniejących nierówności w zdrowiu.

Doboru wskaźników dokonano, po uprzednim przeglądzie literatury przedmiotu dotyczącej zarówno budowania syntetycznych systemów EHIs, jak i diagnozy potrzeb w zakresie zdrowia środowiskowego.

Ze względu na założenie, iż liczba wskaźników nie powinna być dużo większa niż 10, musiano dokonać wyboru i siłą rzeczy pominięto niektóre z obszarów zdrowia środowiskowego, które są uwzględnione w propozycji WHO oraz innych znalezionych w literaturze przedmiotu. Takimi obszarami są np. gospodarka odpadami czy jakość gleby (a szczególnie jej skażenie pestycydami i innymi, groźnymi substancjami chemicznymi).

W tabeli poniżej (Tab. 1.) dokonano syntetycznej prezentacji wybranych wskaźników.

Dodatkowo oceniono aktualną (grudzień 2015) dostępność danych mogących posłużyć wyliczeniu poszczególnych wskaźników i przedstawiono ją w kolejnej tabeli (Tab. 2). Tabelę przygotowano na podstawie informacji uzyskanych w rozmowie telefonicznej z pracownikami następujących instytucji:

- Główny Urząd Statystyczny,
- Wojewódzka Stacja Sanitarно-Epidemiologiczna w Krakowie,
- Wojewódzka Komenda Państwowej Straży Pożarnej w Krakowie,
- Wojewódzki Inspektorat Ochrony Środowiska w Krakowie,

- Instytut Fizyki Jądrowej PAN,
- Zarząd Dróg Powiatu Krakowskiego.

W przypadku danych, które mogą zostać zebrane w trakcie badania kwestionariuszowego zaproponowano pilotażową wersję pytań (Aneks nr. 1).

Należy podkreślić, iż przedstawiony zestaw wskaźników jest propozycją wstępną, która w toku dalszej dyskusji oraz konsultacji będzie podlegała weryfikacji. Zmianie może więc ulec zarówno liczba wskaźników jak i ich rodzaj. Na następnym etapie pracy, trzeba też będzie dokładnie zdefiniować każdy ze wskaźników, a także szczegółowo określić sposób jego obliczenia oraz podjąć decyzję o rodzaju, źródle i sposobie pozyskiwania danych wyjściowych, szczególnie tych o charakterze międzysektorowym.

Tabela 1. Syntetyczny przegląd zaproponowanych wskaźników.

L.p.	Nazwa wskaźnika	Rodzaj wskaźnika	Obszar zdrowia środowiskowego	Powiązanie ze zdrowiem	Grupy wrażliwe	Powiązanie danego wskaźnika z pozostałymi
1.	Liczba metrów kwadratowych przypadających na osobę w mieszkaniu	wskaźnik ekspozycji	- warunki zamieszkania, - nadzór nad chorobami zakaźnymi,	- jakość życia, - dobrostan, - zachorowania na choroby zakaźne i pasożytnicze, - zachorowania na choroby układu oddechowego - urazy wśród dzieci	- osoby o niskim SES - osoby niepełnosprawne - dzieci, - osoby starsze, - mniejszości etniczne	

L.p.	Nazwa wskaźnika	Rodzaj wskaźnika	Obszar zdrowia środowiskowego	Powiązanie ze zdrowiem	Grupy wrażliwe	Powiązanie danego wskaźnika z pozostałymi
2.	Procent populacji narażonej na dym tytoniowy w miejscu zamieszkania	wskaźnik ekspozycji	- warunki zamieszkania, - jakość powietrza wewnątrz pomieszczeń	- jakość życia, - zachorowania na POChP, - zachorowania na ChUK, - zapadalność na nowotwory - napady astmy u dzieci	- dzieci, - kobiety w ciąży, - chorzy na ChUK - chorzy na POChP - osoby niepełnosprawne - osoby o niskim SES	- wskaźnik nr 1 - wskaźnik nr 4 (możliwość synergicznego oddziaływania)

L.p.	Nazwa wskaźnika	Rodzaj wskaźnika	Obszar zdrowia środowiskowego	Powiązanie ze zdrowiem	Grupy wrażliwe	Powiązanie danego wskaźnika z pozostałymi
3.	Procent populacji zamieszkującej domy/mieszkania w których wykorzystuje się urządzenia będące potencjalnymi źródłami tlenku węgla (tradycyjne piece, piecyki gazowe)	wskaźnik ekspozycji	- warunki zamieszkania, - jakość powietrza wewnątrz pomieszczeń	- zatrucia tlenkiem węgla i spowodowane nimi zgony	- dzieci, - kobiety w ciąży, - osoby starsze, - osoby niepełnosprawne - osoby o niskim SES - grupy etniczne	- wskaźnik nr 1 - wskaźnik nr 8
4.	Procent populacji narażonej na radon w miejscu swojego zamieszkania	wskaźnik ekspozycji	- warunki zamieszkania, - narażenie na promieniowanie jonizujące - jakość powietrza wewnątrz pomieszczeń	- zapadalność na nowotwory płuc	- dzieci, - osoby niepełnosprawne	- wskaźnik nr 2 (możliwość synergicznego oddziaływania),

L.p.	Nazwa wskaźnika	Rodzaj wskaźnika	Obszar zdrowia środowiskowego	Powiązanie ze zdrowiem	Grupy wrażliwe	Powiązanie danego wskaźnika z pozostałymi
5.	Odsetek mieszkańców narażonych na hałas w miejscu zamieszkania	wskaźnik ekspozycji	- warunki zamieszkania, - hałas	- pogorszenie jakości życia, - zakłócenia snu - zmęczenie, ogólny niepokój itp. - zachorowania na ChUK,	- dzieci, - osoby starsze, - osoby niepełnosprawne - osoby o niskim SES - grupy etniczne	- wskaźnik nr 9 - wskaźnik nr 10 (możliwość synergicznego oddziaływania),
6.	Odsetek osób w populacji niemających stałego dostępu do odpowiedniej ilości pitnej wody w domu	wskaźnik ekspozycji	- warunki zamieszkania - jakość wody - nadzór nad chorobami zakaźnymi - bazowe warunki sanitarne	- pogorszenie jakości życia, - liczba epidemii chorób wodnopochoodnych	- dzieci, - osoby starsze, - osoby niepełnosprawne - osoby o niskim SES - mieszkańcy wsi, - grupy etniczne	- wskaźnik nr 7

L.p.	Nazwa wskaźnika	Rodzaj wskaźnika	Obszar zdrowia środowiskowego	Powiązanie ze zdrowiem	Grupy wrażliwe	Powiązanie danego wskaźnika z pozostałymi
7.	Procent populacji niekorzystającej z kanalizacji zbiorczej	wskaźnik ekspozycji	<ul style="list-style-type: none"> - warunki zamieszkania - jakość wody - nadzór nad chorobami zakaźnymi - bazowe warunki sanitarne 	<ul style="list-style-type: none"> - pogorszenie jakości życia, - liczba epidemii chorób wodnopochoodnych 	<ul style="list-style-type: none"> - dzieci, - osoby starsze, - osoby niepełnosprawne - osoby o niskim SES - mieszkańcy wsi, - grupy etniczne 	- wskaźnik nr 6

L.p.	Nazwa wskaźnika	Rodzaj wskaźnika	Obszar zdrowia środowiskowego	Powiązanie ze zdrowiem	Grupy wrażliwe	Powiązanie danego wskaźnika z pozostałymi
8.	Proporcja gospodarstw domowych stosujących paliwa stałe (węgiel, drewno) jako główne źródło uzyskania energii służącej do ogrzewania lub gotowania.	wskaźnik presji	- jakość powietrza na zewnątrz pomieszczeń - globalne ocieplenie	- pogorszenie jakości życia, - zachorowania na POChP, - zachorowania na ChUK, - zapadalność na nowotwory - napady astmy u dzieci	- dzieci, - kobiety w ciąży, - chorzy na ChUK - chorzy na POChP - osoby o niskim SES - grupy etniczne	- wskaźnik nr 3

L.p.	Nazwa wskaźnika	Rodzaj wskaźnika	Obszar zdrowia środowiskowego	Powiązanie ze zdrowiem	Grupy wrażliwe	Powiązanie danego wskaźnika z pozostałymi
9.	Liczba pojazdów zarejestrowanych na danym terenie	wskaźnik presji	- jakość powietrza na zewnątrz pomieszczeń - globalne ocieplenie	- pogorszenie jakości życia, - zachorowania na POChP, - zachorowania na ChUK, - zapadalność na nowotwory - napady astmy u dzieci - zmniejszenie wagi urodzeniowej	- dzieci, - kobiety w ciąży, - chorzy na ChUK - chorzy na POChP	- wskaźnik nr 5 - wskaźnik nr 10

L.p.	Nazwa wskaźnika	Rodzaj wskaźnika	Obszar zdrowia środowiskowego	Powiązanie ze zdrowiem	Grupy wrażliwe	Powiązanie danego wskaźnika z pozostałymi
10.	Odsetek osób oceniających negatywnie powietrze w miejscu swojego zamieszkania	wskaźnik ekspozycji	- jakość powietrza na zewnątrz pomieszczeń - warunki zamieszkania	- pogorszenie jakości życia - liczba osób z nadwagą lub otyłych - zmęczenie, ogólny niepokój itp.	- dzieci, - kobiety w ciąży, - chorzy na ChUK - chorzy na POChP - osoby o niskim SES - grupy etniczne - osoby starsze	- wskaźnik nr 5 (możliwość synergicznego oddziaływania), - wskaźnik nr 8 i 9

L.p.	Nazwa wskaźnika	Rodzaj wskaźnika	Obszar zdrowia środowiskowego	Powiązanie ze zdrowiem	Grupy wrażliwe	Powiązanie danego wskaźnika z pozostałymi
11.	Odsetek mieszkańców, którzy deklarują brak swobodnego dostępu do terenów zielonych	wskaźnik z obszaru zdrowia pozytywnego	- warunki odpoczynku i rekreacji - warunki zamieszkania	- pogorszenie jakości życia - liczba osób z nadwagą lub otyłych - zmęczenie, ogólny niepokój itp.	- dzieci, - kobiety w ciąży, - osoby o niskim SES - grupy etniczne - osoby starsze - osoby niepełnosprawne	- wskaźnik nr 10

Tabela 2. Ocena aktualnej (grudzień 2015) dostępności danych oraz możliwości ich pozyskania.

L.p.	Nazwa wskaźnika	Poziom powiatu	Poziom województwa	Możliwość pozyskania danych
1.	Liczba metrów kwadratowych przypadających na osobę w mieszkaniu	GUS lub Bank Danych Lokalnych: - przeciętna powierzchnia użytkowa mieszkania przypadająca na osobę	GUS lub Bank Danych Lokalnych: - przeciętna powierzchnia użytkowa mieszkania przypadająca na osobę	- GUS lub Bank Danych Lokalnych - wywiad kwestionariuszowy (Aneks nr 1)
2.	Procent populacji narażonej na dym tytoniowy w miejscu zamieszkania		GUS - liczba osób używających wyrobów tytoniowych	- GUS lub Bank Danych Lokalnych - wywiad kwestionariuszowy (Aneks nr 1)
3.	Procent populacji zamieszkującej domy/mieszkania w których wykorzystuje się urządzenia będące potencjalnymi źródłami tlenku węgla (tradycyjne piece, piecyki gazowe)	GUS lub Bank Danych Lokalnych: - tylko dane o budynkach podłączonych do centralnego ogrzewania	GUS lub Bank Danych Lokalnych: - tylko dane o budynkach podłączonych do miejskiej sieci ciepłowniczej	- GUS lub Bank Danych Lokalnych - wywiad kwestionariuszowy (Aneks nr 1)

L.p.	Nazwa wskaźnika	Poziom powiatu	Poziom województwa	Możliwość pozyskania danych
4.	Procent populacji narażonej na radon w miejscu swojego zamieszkania	Rozproszone dane pochodzące z badań naukowych prowadzonych np. przez Instytut Fizyki Jądrowej PAN, Państwowy Instytut Geologiczny, Centralne Laboratorium Ochrony Radiologicznej	brak	- możliwość zlecenia badań Instytutowi Fizyki Jądrowej PAN
5.	Odsetek mieszkańców narażonych na hałas w miejscu zamieszkania	Urzędy miejskie niektórych miast: jedynie dane o hałasie komunikacyjnym zbierane w ramach opracowywania map akustycznych dla aglomeracji o liczbie mieszkańców ponad 250 tysięcy	Zarządcy dróg o obciążeniu ruchem ponad sześć milionów przejazdów rocznie, głównych linii kolejowych o obciążeniu ruchem ponad 60 tysięcy przejazdów składów pociągów rocznie i głównych lotnisk na swym terytorium	- urzędy miejskie miast powyżej 250 tys. mieszkańców - zarządcy dróg głównych - wywiad kwestionariuszowy (Aneks nr 1)

L.p.	Nazwa wskaźnika	Poziom powiatu	Poziom województwa	Możliwość pozyskania danych
6.	Odsetek osób w populacji niemających stałego dostępu do odpowiedniej ilości pitnej wody w domu	GUS lub Bank Danych Lokalnych: - liczba ludności korzystającej z wodociągów	GUS lub Bank Danych Lokalnych: - liczba ludności korzystającej z wodociągów	- GUS lub Bank Danych Lokalnych - wywiad kwestionariuszowy (Aneks nr 1)
7.	Procent populacji niekorzystającej z kanalizacji zbiorczej	GUS lub Bank Danych Lokalnych: - liczba ludności korzystającej z kanalizacji zbiorczej	GUS lub Bank Danych Lokalnych: - liczba ludności korzystającej z kanalizacji zbiorczej	- GUS lub Bank Danych Lokalnych - wywiad kwestionariuszowy (Aneks nr 1)
8.	Proporcja gospodarstw domowych stosujących paliwa stałe (węgiel, drewno) jako główne źródło uzyskania energii służącej do ogrzewania lub gotowania.		GUS - tylko zużycie węgla kamiennego i brunatnego przez gospodarstwa domowe	- GUS - wywiad kwestionariuszowy (Aneks nr 1)
9.	Liczba pojazdów zarejestrowanych na danym terenie	GUS lub Bank Danych Lokalnych: - liczba pojazdów zarejestrowanych na danym terenie wraz z	GUS lub Bank Danych Lokalnych: - liczba pojazdów zarejestrowanych na danym	- GUS lub Bank Danych Lokalnych - wywiad kwestionariuszowy (Aneks nr 1)

L.p.	Nazwa wskaźnika	Poziom powiatu	Poziom województwa	Możliwość pozyskania danych
		uwzględnieniem rodzajów pojazdów	terenie wraz z uwzględnieniem rodzajów pojazdów	
10.	Odsetek osób oceniających negatywnie powietrze w miejscu swojego zamieszkania	Brak danych	Brak danych	- wywiad kwestionariuszowy (Aneks nr 1)
11.	Odsetek mieszkańców, którzy deklarują brak swobodnego dostępu do terenów zielonych	GUS lub Bank Danych Lokalnych: - tylko liczba i powierzchnia terenów zielonych wraz z uwzględnieniem ich rodzajów (parki, zieleńce, lasy) ale bez uwzględnienia rodzinnych ogrodów działkowych	GUS: - tylko liczba i powierzchnia terenów zielonych wraz z uwzględnieniem ich rodzajów (parki, zieleńce, lasy) z uwzględnieniem rodzinnych ogrodów działkowych	- GUS lub Bank Danych Lokalnych - wywiad kwestionariuszowy (Aneks nr 1)

3. Bibliografia

1. WHO,: World Health Organization Health Systems Strengthening Glossary, [Internet] World Health Organization 2011, [cytowany 16 grudnia 2015], [36 stron ekranowych]; Adres: <http://www.who.int/healthsystems>.
2. Wright J., Williams R., Wilkinson, J. R.: Development and importance of health needs assessment. *BMJ : British Medical Journal.*,1998; 316(7140): 1310–1313.
3. Wolański N.: *Ekologia człowieka. Podstawy ochrony środowiska i zdrowia człowieka. T.1.Wrażliwość na czynniki środowiska i biologiczne zmiany przystosowawcze.*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa, 2006.
4. Womersley J, McCauley D.: Tailoring health services to the needs of individual communities. *J Publ Health Med.*, 1987;41:190–195.
5. Majeed F.A., Chaturvedi N., Reading R., Ben-Shlomo Y.: Monitoring and promoting equity in primary and secondary care. *BMJ*; 1994; 308:1426–1429.
6. Cox R.: *Environmental Communication and the Public Sphere. Third Edition.* The University of North Carolina at Chapel Hill, SAGE Publications, Inc., Los Angeles, California, 2013.
7. US EPA: *www Environmental Justice, United States Environmental Protection Agency* [cytowany: 14 listopada 2015] [1 strona ekranowa]; Adres: <http://www3.epa.gov/environmentaljustice/>.
8. Pietraszkiewicz, T.: *Zdrowie dzieci romskich – ważny problem medycyny środowiskowej, Medycyna Środowiskowa - Environmental Medicine.*, 2011; Vol. 14/2, 7-10.
9. Tisch C, Pearson AL, Kingham S, Borman B, Briggs D. Environmental health indicators: a review of the initiative worldwide. *Management of Environmental Quality.* 2014;25(4):446. Dostępne na: 10.1108/MEQ-11-2012-0075.
10. Corvalán C., Briggs D., Kjellström T.: Development of environmental health indicators. In: *Linkage methods for environment and health analysis. General guidelines.* (D. Briggs, C. Corvalán and M. Nurminen, eds.). Geneva: UNEP, USEPA and WHO, 1996, 19-53.
11. Briggs D.: *Environmental Health Indicators: Framework and Methodologies*, World Health Organization, 1999, Geneva.
12. WHO: *Environmental health indicators for the WHO European Region: Update of methodology*, EUR/02/5039762, 2002, [cytowany 16 grudnia 2015], [90 stron ekranowych]. Adres: http://www.apug.de/archiv/pdf/who_indicators_2002.pdf
13. Pond K., Kim R., Carroquino M.J., Pirard P., Gore F., Cucu A., et al.: *Workgroup report: developing environmental health indicators for European children: World Health Organization Working Group.*, *Environ Health Perspect.*, 2007;115:1376-82.
14. CDC: *Environmental Public Health Indicators Project; Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Environmental Health, Environmental Hazards and Health Effects*, Atlanta, Georgia, 2006, [cytowany 14 listopada 2015], [40 stron ekranowych]; Adres: http://www.ct.gov/ctepht/lib/ctepht/publications/Environmental_Public_Health_Indicators.pdf.

KONSORCJUM „NAUKA I ZDROWIE”



Narodowy Instytut
Zdrowia Publicznego -
Państwowy Zakład Higieny



Centrum
Medyczne
Kształcenia
Podyplomowego
w Warszawie



Uniwersytet
Jagielloński
w Krakowie

15. Heo S., Lee J-T.: Study of Environmental Health Problems in Korea Using Integrated Environmental Health Indicators. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2013; 10(8):3140-3156.
16. Coward, K., Mullan, N., Alach, Z., 2009, Community survey of perceived environmental health risks in Western Australia, Government of Western Australia, [cytowany 15 października 2015], [64 strony ekranowe]; Adres: <http://www.public.health.wa.gov.au/cproot/2112/2/11194%20SURVEY.pdf>.
17. Western Australian Department of Health, 2010, Environmental Health Needs of Aboriginal Communities in Western Australia: the 2008 survey and its findings., Western Australian Department of Health, Public Health Division, Perth, [cytowany 15 października 2015], [284 stron ekranowych]; Adres: http://www.public.health.wa.gov.au/cproot/2971/2/70650_2008_EHNS_Report1_FINAL.pdf.
18. Briggs D.: Environmental pollution and the global burden of disease”, *British Medical Bulletin*, 2003, Vol. 68 No. 1, 1-24.
19. Malecki K.C., Resnick B, Burke TA., Effective environmental public health surveillance programs: a framework for identifying and evaluating data resources and indicators. *J Public Health Manag Pract*. 2008 Nov-Dec;14(6):543-51. doi: 10.1097/01.PHH.0000338366.74327.c9.
20. Parrish R.G. II, Mc Donnell Sh.M., Remington P.C.: Surveillance for Determinants of Population Health, w :Lee L.M., Thacker S.B., St Louis M.E. et all. (eds.), *Principles & practice of public health surveillance.*, 3rd ed., Oxford University Press, 2010.; 275-305.
21. Mac Arthur I., Bonnefoy X.: Przegląd działań praktycznych w latach dziewięćdziesiątych, Publikacje Regionalne ŚOZ, Serie Europejskie, nr 76, w: Instytut Medycyny Pracy im. prof. dra med. Jerzego Nofera, Służby zdrowia środowiskowego w Europie, Łódź, 1999; 13-174.
22. WHO: Environmental and health performance review – Poland., Röbbel, N., Licari L., WHO Regional Office for Europe, Copenhagen, 2009, [cytowany 9 grudnia 2015], [138 stron ekranowych]; Adres: (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/95333/E92584.pdf).
23. Rada Ministrów RP: Program Wieloletni Środowisko a Zdrowie 2000-2003, Załącznik do uchwały Rady Ministrów Nr 64/2001 z dnia 5 czerwca 2001r.
24. WHO: Expert committee on the public health aspects of housing. Geneva: WHO, 1961.
25. EU Living conditions in Europe - 2014 Edition. Eurostat Statistical Books, Publications Office of the European Union, Luxembourg, 2014, [cytowany 20 grudnia 2015], [134 strony ekranowe]; Adres: (<http://ec.europa.eu/eurostat/documents/3217494/6303711/KS-DZ-14-001-EN-N.pdf/d867b24b-da98-427d-bca2-d8bc212ff7a8>).
26. UN: Indicators of sustainable development. Framework and methodologies. New York: UN, 1996, [cytowany 20 grudnia 2015], [294 strony ekranowe]; Adres: http://www.un.org/esa/sustdev/csd/csd9_indi_bp3.pdf

KONSORCJUM „NAUKA I ZDROWIE”



Narodowy Instytut
Zdrowia Publicznego -
Państwowy Zakład Higieny



Centrum
Medyczne
Kształcenia
Podyplomowego
w Warszawie



Uniwersytet
Jagielloński
w Krakowie

27. Bell P.A., Greene Th.C., Fisher J.D., Baum A.: Psychologia środowiskowa., Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk, 2004.
28. Bickman L., Teger A., Gabriele T., McLaughlin C., Berger M., Sunaday E.: Dormitory density and helping behaviour, *Environment and Behavior*, 1973, 5, 465-490.
29. Freedman J.L., Levy A.S., Buchanan R.W., Price J., Crowding and human aggressiveness. *Journal of Experimental Social Psychology*, 1972; 8, 528-548.
30. Evans, G.C., Lepore, S.J., Shejwal, B.R., Palsane, M.N., 1998, Chronic residential crowding and children's well-being: an ecological perspective. *Child Development*, 69, 1514-1523
31. Bansal R.K., Saxena D.M.: Overcrowding and health. *Indian J Med Sci*. 2002 [cytowany 28 listopada 2015];56:177-9. Adres: <http://www.indianjmedsci.org/text.asp?2002/56/4/177/11970>.
32. Gove W.R., Hughes M., Galle O.R.: Overcrowding in the home: an empirical investigation of its possible pathological consequences. *Am Sociol Rev*. 1979;44 (1):59-80.
33. Delgado J., Ramirez-Cardich M.E., Gilman R.H., et al.: Risk factors of burns in children: crowding, poverty, and poor maternal education. *Inj Prev*. 2002;8(1):38-41.
34. Cardoso M.R., de Goes Siqueira L.F., Alves F.M., D'Angelo L.A.: Crowding: risk factor or protective factor for lower respiratory disease in young children? *BMC Public Health*. 2004;4(19):1-8.
35. Roy A.L., Raver C.C.: Are all risks equal? Early experiences of poverty-related risk and children's functioning. *J Fam Psychol*. 2014;28(3):391-400.
36. Yassi A., Kjellstrom T., De Kok Th., Guidotti T.L. (eds.): *Basic Environmental Health*, Oxford University Press, 2001.
37. Siemiński M.: *Środowiskowe zagrożenia zdrowia.*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa, 2001.
38. WHO: World Health Organization: Global estimate of the burden of disease from second-hand smoke. Oberg M, Woodward A, Jaakkola MS, Peruga A, Pruss-Ustun A. 2010, [cytowany 2 grudnia 2015], [81 stron ekranowych]; Adres: (http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241564076_eng.pdf).
39. WHO: Global Adult Tobacco Survey (GATS), World Health Organization, 2009, [cytowany 2 grudnia 2015]; Adres: <http://www.who.int/tobacco/surveillance/survey/gats/en/>.
40. IARC: Second-hand tobacco smoke. IARC Monographs 100-E., 2004, [cytowany 2 grudnia 2015], [52 strony ekranowe]; Adres: <http://monographs.iarc.fr/ENG/Monographs/vol100E/mono100E-7.pdf>.
41. WHO: Environmental health criteria 213. Carbon monoxide., World Health Organization. 1999, [cytowany 28 listopada 2015], [429 stron ekranowych]; Adres: <http://www.inchem.org/documents/ehc/ehc/ehc213.htm>.
42. CIOP-IP: Karta informacyjna nr 0032: tlenek węgla CO., Centralny Instytut Ochrony Pracy – Państwowy Instytut Badawczy, Warszawa, 2007, [ostatnia aktualizacja: 31 maj, 2007], [cytowany 28 listopada 2015], [8 stron ekranowych]; Adres: http://archiwum.ciop.pl/zasoby/0032_Tlenek_wegla.pdf.
43. U.S. Department of Health and Human Services: Toxicological Profile for Carbon Monoxide, Public Health Service Agency for Toxic Substances and Disease Registry,

KONSORCJUM „NAUKA I ZDROWIE”



Narodowy Instytut
Zdrowia Publicznego -
Państwowy Zakład Higieny



Centrum
Medyczne
Kształcenia
Podyplomowego
w Warszawie



Uniwersytet
Jagielloński
w Krakowie

- Atlanta, Georgia, 2012, [cytowany 28 listopada 2015], [347 stron ekranowych], Adres: www.atsdr.cdc.gov/toxprofiles/tp201.pdf.
44. Nieścior M., Jackowska T.: Zatrucie tlenkiem węgla., *Postępy Nauk Medycznych*, 2013, 7/2013, s. 519-522, [cytowany 2 grudnia 2015], [4 strony ekranowe], Adres: <http://www.czytelniamedyczna.pl/4510,zatrucie-tlenkiem-węgla.html#>.
45. Szpital Uniwersytecki w Krakowie: Kampania: Nie daj się czadowi! Tlenek węgla statystyki zdarzeń - stan na 1 maja 2013 r, 2013 [cytowany 3 grudnia 2015], [2 strony ekranowe], Adres: <http://www.su.krakow.pl/nie-daj-sie-czadowi>.
46. Rządowe Centrum Bezpieczeństwa: Zagrożenie zatruciem tlenkiem węgla – czadem, 2015, [cytowany 3 grudnia 2015], Adres: (<http://rcb.gov.pl/> dostęp: 03.12.2015, 12:49)
47. Komenda Wojewódzka PSP w Poznaniu: Czad w liczbach, 2015, [cytowany 3 grudnia 2015], Adres: <http://www.psp.wlkp.pl/?art=915>.
48. EEA/JRC: Environment and human health. Joint EEA/JRC report, EEA Report, Nr 5/2013, Report EUR 25933 EN, Copenhagen, 2013.
49. WHO: WHO Handbook on indoor radon. Public health perspectives, World Health Organization, Geneva, Switzerland, 2009.
50. PAA, Raport Roczny Działalność Prezesa Państwowej Agencji Atomistyki oraz ocena stanu bezpieczeństwa jądrowego i ochrony radiologicznej w Polsce w 2013, Państwowa Agencja Atomistyki, Warszawa, 2014.
51. EC: Commission Recommendation of 21 February 1990 on the protection of the public against indoor exposure to radon.
52. Prezes Państwowej Agencji Atomistyki: Zarządzenie z 7 lipca 1995 r. w sprawie dawek granicznych promieniowania jonizującego i wskaźników pochodnych określających zagrożenie promieniowaniem jonizującym, *Monitor Polski* z 1995 r. nr 35, poz. 419.
53. UE, Dyrektywa Rady Unii Europejskiej 2013/59/EURATOM z dnia 5 grudnia 2013 r. ustanawiająca podstawowe normy bezpieczeństwa w celu ochrony przed zagrożeniami wynikającymi z narażenia na działanie promieniowania jonizującego oraz uchylająca dyrektywy 89/618/Euratom, 90/641/Euratom, 96/29/Euratom, 97/43/Euratom i 2003/122/Euratom, Dz.U.UE.L.2014.13.1, [cytowany 9 grudnia 2015], Adres: http://www.kcor.gov.pl/images/stories/prawo/inne/l_01320140117pl00010073.pdf.
54. Raaschou-Nielsen, O.: Indoor radon and childhood leukaemia., *Radiation Protection Dosimetry*. 2008;132(2):175-81. doi: 10.1093/rpd/ncn288. Epub 2008 Nov. 14.
55. Rozporządzenie Rady Ministrów w sprawie systemów wykrywania skażeń i powiadamiania o ich wystąpieniu oraz właściwości organów w tych sprawach. W: Dz.U. 2013 poz. 96 (2013-01-21) [cytowany 9 grudnia 2015], Internetowy System Aktów Prawnych isap.sejm.gov.pl, 2013-01-07.
56. WHO/JRC: Burden of disease from environmental noise, Fritschi L., Brown A.L., Kim R., Schwela D., Kephelopoulos S. (eds.), World Health Organization, Regional Office for Europe, Copenhagen, Denmark, 2011, [cytowany 10 grudnia 2015], [126 stron ekranowych] Adres: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0008/136466/e94888.pdf?ua=1

KONSORCJUM „NAUKA I ZDROWIE”



Narodowy Instytut
Zdrowia Publicznego -
Państwowy Zakład Higieny



Centrum
Medyczne
Kształcenia
Podyplomowego
w Warszawie



Uniwersytet
Jagielloński
w Krakowie

57. Hanninen O., Knol A. (eds.): European Perspectives on Environmental Burden of Disease Estimates for Nine Stressors in Six European Countries, 1/2011, National Institute for Health and Welfare (THL), Helsinki, Finland. Health Promotion International, 2011, VI. 24, pp. 11-18.
58. Sorensen M., Hvidberg M., Andersen Z.J., Nordsborg R.B., Lillelund K.G., Jakobsen J., Tjonneland A., Overvad, K., Raaschou-Nielsen O.: Road traffic noise and stroke: a prospective cohort study, European Heart Journal, 2011, (32/6), 737–744.
59. GIOŚ: Stan środowiska w Polsce. Raport 2014., Biblioteka Monitoringu Środowiska, Główny Inspektorat Ochrony Środowiska, Warszawa, 2014, [cytowany 10 grudnia 2015], [208 stron ekranowych] Adres: http://www.gios.gov.pl/images/dokumenty/pms/raporty/GIOS_raport_2014.pdf.
60. CBOS: Zagrożenie hałasem – opinie z lat 1999-2009., Warszawa, za: Marczak, P., 2012, Zagrożenie hałasem. Wybrane zagadnienia. Opracowania Tematyczne OT-612, Biuro Analiz i Dokumentacji, Zespół Analiz i Opracowań Tematycznych, Kancelaria Senatu, Warszawa, 2009, [cytowany 10 grudnia 2015], [27 stron ekranowych]; Adres: http://www.senat.gov.pl/gfx/senat/pl/senatopracowania/30/plik/ot-612_inter.pdf.
61. GIS: Stan sanitarny kraju w roku 2014, Główny Inspektorat Sanitarny, Warszawa, 2015, [cytowany 12 grudnia 2015], [164 strony ekranowe]; Adres: http://www.gis.gov.pl/ckfinder/userfiles/files/BIP/Stan_sanitarny_kraju_za_rok_2014_web.pdf.
62. EC: Dyrektywa 98/83/EC z dnia 3 listopada 1998 r. w sprawie jakości wody przeznaczonej do spożycia przez ludzi (Dz. Urz. UE. L 330 z 5.12.1998, str. 32; Dz. Urz. UE polskie wydanie specjalne rozdz. 15, t. 4, str.90).
63. MZ: Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie jakości wody przeznaczonej do spożycia przez ludzi z dnia 29 marca 2007 r. (Dz.U.07.61.417, z późniejszymi zmianami).
64. WHO: Small-scale water supplies in the pan-European region, World Health Organization, Regional Office for Europe, Copenhagen, Denmark, 2011.
65. EFSA: The Community Summary Report on Trends and Sources of Zoonoses, Zoonotic Agents and Food-borne Outbreaks in the European Union in 2008', European Food Safety Authority, Parma, Italy, EFSA Journal, 2010, (8/1), 1–496,
66. ECDC: Annual epidemiological report 2011 — Reporting on 2009 surveillance data and 2010 epidemic intelligence data, Surveillance report, European Centre for Disease Prevention and Control, Stockholm, Sweden, 2011.
67. WHO: Our Planet, Our Health. Report of the WHO Commission on Health and Environment., Geneva,1992.
68. Ustawa z dnia 7 czerwca 2001 r. o zbiorowym zaopatrzeniu w wodę i zbiorowym odprowadzaniu ścieków. (Dz.U. 2001 nr 72 poz. 747)
69. KZGW: Gospodarka ściekowa w Polsce w latach 2010-2011, Krajowy Zarząd Gospodarki Wodnej, Warszawa 2013, [cytowany 16 grudnia 2015], [52 strony ekranowe]; Adres: http://www.kzgw.gov.pl/files/file/Materialy_i_Informacje/Programy/KPOSK/Gospodarka2010_2011.pdf.

KONSORCJUM „NAUKA I ZDROWIE”



Narodowy Instytut
Zdrowia Publicznego -
Państwowy Zakład Higieny



Centrum
Medyczne
Kształcenia
Podyplomowego
w Warszawie



Uniwersytet
Jagielloński
w Krakowie

70. Internet: Nielegalne odprowadzanie ścieków to przestępstwo – ZWiK prowadzi kontrole, Sochaczew 24 Info, 2015, [cytowany 14 grudnia 2015], <http://sochaczew24.info/nielegalne-odprowadzanie-sciekow-to-przestepstwo-zwik-prowadzi-kontrole/201520851/>.
71. NIK: Gospodarka ściekowa gmin na obszarach nieobjętych systemem kanalizacji zbiorczej w latach 2009-2011 (I półrocze) - Informacja o wynikach kontroli., Najwyższa Izba Kontroli, Warszawa., 2012, [cytowany 16 grudnia 2015], [43 strony ekranowe]; Adres: <https://www.nik.gov.pl/plik/id,3794,vp,4835.pdf>.
72. EEA: Air quality in Europe – 2013 report, European Environment Agency, EA Report, Nr 9/2013, EEA, Copenhagen, 2013.
73. EEA: Ensuring quality of life in Europe's cities and towns. Tackling the environmental challenges driven by European and global change., EEA Report, Nr 5/2009, EEA, Copenhagen, 2009.
74. Aphekom: Summary report of the Aphekom project 2008-2011, [cytowany 16 grudnia 2015], [12 stron ekranowych]; Adres: <http://www.actu-environnement.com/media/pdf/news-22968-etude-air-invs.pdf>
75. Genc S., Zadeoglulari Z., Fuss, S.H., Genc, K.: The Adverse Effects of Air Pollution on the Nervous System, Journal of Toxicology, Volume 2012, Article ID 782462, 23 pages, doi:10.1155/2012/78246 2012, 1–23.
76. Meertens R., Swaen G.: Psychological factors in air pollution epidemiology, w: European Commission, Socioeconomic and cultural factors in air pollution epidemiology, European Communities, Helsinki, 1997, str. 105-112.
77. WHO: Effects of air pollution on children's health and development — a review of the evidence, World Health Organization, Regional Office for Europe, Copenhagen, Denmark, 2005.
78. Colais P., Faustini A., Stafoggia M., Berti G., Bisanti L., Cadum E., Cernigliaro A., Mallone S., Pacelli B., Serinelli M., Simonato L., Vigotti M.A., Forastiere F.: Particulate Air Pollution and Hospital Admissions for Cardiac Diseases in Potentially Sensitive Subgroups', Epidemiology, 2012, (23/3), 473–481.
79. Brook RD, Rajagopalan S, Pope CA 3rd, et al. Particulate matter air pollution and cardiovascular disease: an update to the scientific statement from the American Heart Association. Circulation, 2010. Epub May 10, 2010. 10.1161/CIR.0b013e3181d8e1.
80. Mustafić H.: Main Air Pollutants and Myocardial Infarction: A Systematic Review and Meta-analysis, JAMA: The Journal of the American Medical Association, 2012, 307(7), 713.
81. Mateen F. J., Brook R. D.: Air pollution as an emerging global risk factor for stroke, JAMA: the Journal of the American Medical Association 2011, (305/12), 1 240–1 241.
82. Stafoggia M., Cesaroni G., Peters A., Andersen Z.J., Badaloni C., Beelen R., et all.: Long-term exposure to ambient air pollution and incidence of cerebrovascular events: results from 11 European cohorts within the ESCAPE project. Environ Health Perspect, 2014, 122:919–925; <http://dx.doi.org/10.1289/ehp.1307301>

KONSORCJUM „NAUKA I ZDROWIE”



Narodowy Instytut
Zdrowia Publicznego -
Państwowy Zakład Higieny



Centrum
Medyczne
Kształcenia
Podyplomowego
w Warszawie



Uniwersytet
Jagielloński
w Krakowie

83. Choi H., Jędrychowski W., Spengler J., Camann D. E., Whyatt R.M., Rauh V., Tsai W.-Y., Perera F.P.: International Studies of Prenatal Exposure to Polycyclic Aromatic Hydrocarbons and Fetal Growth, *Environmental Health Perspectives*, 2006, (114/11), 1 744–1 750.
84. Jędrychowski W.A., Perera F.P., Maugeri U., Mrozek-Budzy, D., Mróz E., Klimaszewska-Rembiasz M., Flak E., Edwards S., Spengler J., Jacek R., Sowa, A.: Intrauterine exposure to polycyclic aromatic hydrocarbons, fine particulate matter and early wheeze. Prospective birth cohort study in 4-year olds', *Pediatric Allergy and Immunology*, 2010, (21/4p2), 723–732.
85. Art. 91 ustawy z dnia 27 kwietnia 2001 r. Prawo ochrony środowiska., (Dz.U. 2001 nr 62 poz. 627 z późn. zm.)
86. MŚ: Rozporządzenie Ministra Środowiska z dnia 5 lipca 2002 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać programy ochrony powietrza, (Dz.U.2002.115.1003).
87. MŚ–GIOŚ: Wskazówki dla wojewódzkich inwentaryzacji emisji na potrzeby ocen bieżących i programów ochrony powietrza, Ministerstwo Środowiska, Główny Inspektorat Ochrony Środowiska, Warszawa, 2003, [cytowany 10 grudnia 2015], [128 stron ekranowych] Adres: http://www.mos.gov.pl/g2/big/2009_04/f9b542f616dbf46076cb38cdf23bf8f.pdf
88. NIK: Ochrona powietrza przed zanieczyszczeniami - Informacja o wynikach kontroli., Najwyższa Izba Kontroli, Warszawa, 2012, [cytowany 16 grudnia 2015], [121 stron ekranowych] Adres: <https://www.nik.gov.pl/plik/id,7764,vp,9732.pdf>.
89. Gasana J., Dillikar D., Mendy A., Forno E., Ramos Vieira E.: Motor vehicle air pollution and asthma in children: A meta-analysis, *Environmental Research*, 2012, (117), 36–45.
90. Aguilera I., Garcia-Esteban R., Iniguez C., Nieuwenhuijsen M., Rodriguez A., Paez M., Ballester F., Sunyer J.: Prenatal exposure to traffic-related air pollution and ultrasound measures of fetal growth in the INMA Sabadell cohort, *Environmental Health Perspectives*, 2010, (118/5), 705–711.
91. Cakmak S., Dales R., Leech J., Liu L.: The influence of air pollution on cardiovascular and pulmonary function and exercise capacity: Canadian Health Measures Survey (CHMS), *Environmental Research*, 2011, (111/8), 1 309–1 312.
92. Krzeszowiak J., Michalak A., Pawlas K.: Zanieczyszczenie powietrza we Wrocławiu i potencjalne zagrożenie dla zdrowia z tym związane, *Medycyna Środowiskowa - Environmental Medicine*, 2015, Vol. 18, No. 2, 66-73.
93. Selander J., Nilsson M.E., Bluhm G., Rosenlund M., Lindqvist M., Nise G., Pershagen G: Long-Term Exposure to Road Traffic Noise and Myocardial Infarction, *Epidemiology*, 2009, (20/2), 272–279.
94. Llop S., Ballester F., Estarlich M., Iniguez C., Ramon R., Gonzalez M., Murcia M., Esplugues A., Rebagliato M.: Social factors associated with nitrogen dioxide (NO2) exposure during pregnancy: The INMA-Valencia project in Spain, *Social Science & Medicine*, 2011, (72/6), 890–898.

KONSORCJUM „NAUKA I ZDROWIE”



Narodowy Instytut
Zdrowia Publicznego -
Państwowy Zakład Higieny



Centrum
Medyczne
Kształcenia
Podyplomowego
w Warszawie



Uniwersytet
Jagielloński
w Krakowie

95. Bickerstaff K.: Risk perception research: socio-cultural perspectives on the public experience of air pollution, *Environment International*, 2004, 30, str. 827-840.
96. Zachodniopomorski Uniwersytet Technologiczny w Szczecinie: *Odory-ABC*, [cytowany 8 listopada 2015], Adres: <http://www.odory.zut.edu.pl/odory-zut/szkola-olfaktometrii/odory-abc.html>.
97. Wakerfield S.E.L., Elliot S.J., Cole D.C., Eyles J.D.: Environmental risk and (re)action: air quality, health and civic involvement in an urban industrial neighbourhood. *Health and Place*, 2001, 7, str.163-77.
98. Walker G., Simmons P., Irwin A., Wynne B.: Public perception of risk associated with major accident hazards. Research report series 194/98. Sudbury: HSE Biiks; 1998 cyt. za: Bickerstaff K.: Risk perception research: socio-cultural perspectives on the public experience of air pollution, *Environment International*, 2004, 30, str. 827-840.
99. Piro F.N., Madsen C., Naes O., Nafstad P., Claussen B.: A comparison of self-reported air pollution problems and GIS-modelled levels of air pollution in people with and without chronic diseases., *Environmental Health*, 2008, 7, str.9.
100. Jacquemin B., Sunyer J., Forsberg B., Götschi T., Bayer-Oglesby L., Ackermann-Liebrich U; de Marco R;., Heinrich J., Jarvis D., Torén K., Künzli N.: Annoyance due to air pollution in Europe. *International Journal of Epidemiology*, 2007, Vol. 36 , 4, str. 809-809.
101. Kachaniak, D., Skrzyńska, J., Trząsalska, A.: Badanie świadomości i zachowań ekologicznych mieszkańców Polski. Badanie trackingowe - pomiar: październik 2014, Raport TNS Polska dla Ministerstwa Środowiska, 2014.
102. Dahlgren G. and Whitehead M.: Policies and strategies to promote social equity in health., Stockholm, Institute for Further Studies, Stockholm, Sweden, 1991, za: EEA/JRC: Environment and human health. Joint EEA/JRC report, EEA Report, Nr 5/2013, Report EUR 25933 EN, Copenhagen, 2013.
103. Stone D.: The natural environment and human health, w: Adshead, F., Griffiths, J., and Raul, M. (eds), *The Public Health Practitioners Guide to Climate Change*, Earthscan, London, the United Kingdom, 2009. za: EEA/JRC: Environment and human health. Joint EEA/JRC report, EEA Report, Nr 5/2013, Report EUR 25933 EN, Copenhagen, 2013.
104. Pretty J.N., Barton J., Colbeck I., Hine R., Mourato S., MacKerron G. and Woods C.: Health values from ecosystems. w: the UK National Ecosystem Assessment, Technical Report, UNEP-WCMC, Cambridge, the United Kingdom., 2011, za: EEA/JRC, 2013, Environment and human health. Joint EEA/JRC report, EEA Report, Nr 5/2013, Report EUR 25933 EN, Copenhagen.
105. Takano T.: Nakamura K. and Watanabe M., Urban residential environments and senior citizens longevity in megacity areas: the importance of walkable green spaces, *Journal of Epidemiology and Community Health*, 2002, (56/12), 913–918.
106. Ellaway A.: Graffiti, greenery, and obesity in adults: secondary analysis of European cross sectional survey, *BMJ*, 2005, (331/7517), 611–612.

KONSORCJUM „NAUKA I ZDROWIE”



Narodowy Instytut
Zdrowia Publicznego -
Państwowy Zakład Higieny



Centrum
Medyczne
Kształcenia
Podyplomowego
w Warszawie



Uniwersytet
Jagielloński
w Krakowie

107. Velarde M.D., Fry G. and Tveit M.: Health effects of viewing landscapes – Landscape types in environmental psychology, *Urban Forestry & Urban Greening*, 2007, (6/4), 199–212.
108. Hanna and Oh Hanna A.K. and Oh P.: Rethinking Urban Poverty: A Look at Community Gardens, *Bulletin of Science, Technology & Society*, 2000, (20/3), 207–216.
109. Freer-Smith etc. Freer-Smith P.H., El-Khatib A.A. and Taylor G.: Capture of Particulate Pollution by Trees: A Comparison of Species Typical of Semi-Arid Areas (*Ficus Nitida* and *Eucalyptus Globulus*) with European and North American Species, *Water, Air, & Soil Pollution*, 2004, (155/1–4), 173–187.
110. Mitchell R. and Popham F.: Effect of exposure to natural environment on health inequalities: an observational population study, *The Lancet*, 2008, (372/9650), 1 655–1 660.

KONSORCJUM „NAUKA I ZDROWIE”



Narodowy Instytut
Zdrowia Publicznego -
Państwowy Zakład Higieny



Centrum
Medyczne
Kształcenia
Podyplomowego
w Warszawie



Uniwersytet
Jagielloński
w Krakowie

4. Propozycja pytań do kwestionariusza wywiadu badającego subiektywnie postrzegane środowiskowe potrzeby zdrowotne

Wskaźnik nr 1. Liczba metrów kwadratowych przypadających na osobę w mieszkaniu

1. Jaka jest powierzchnia zamieszkiwanego przez Panią/Pana mieszkania/domu?
2. Ile osób mieszka w tym mieszkaniu/domu?
3. Ile dzieci mieszka w Pana/Pani mieszkaniu/domu?
4. Jeśli w mieszkaniu/domu zamieszkują dzieci to czy mają one swój własny, oddzielny pokój?
 TAK NIE
5. Czy według siebie ma Pani/Pan w mieszkaniu/domu wystarczająco dużo przestrzeni do życia (wykonywania codziennych czynności, odpoczynku itp.) Proszę ocenić to według skali gdzie:
 1 – znaczy „Zdecydowanie nie mam przestrzeni do życia”
 2 – znaczy „Mam niewiele przestrzeni do życia” (jest ona niewystarczająca)
 3 – znaczy „Mam wystarczająco dużo przestrzeni do życia”
 4- znaczy „Mam nadmiar przestrzeni do życia” (jest jej zdecydowanie więcej niż potrzebuję, moje mieszkanie mogłoby być mniejsze).
 0. Nie wiem lub nie potrafię ocenić

Wskaźnik nr 2. Procent populacji narażonej na dym tytoniowy w miejscu zamieszkania

KONSORCJUM „NAUKA I ZDROWIE”



Narodowy Instytut
Zdrowia Publicznego -
Państwowy Zakład Higieny



Centrum
Medyczne
Kształcenia
Podyplomowego
w Warszawie



Uniwersytet
Jagielloński
w Krakowie

6. Czy któraś z osób zamieszkujących w Pana/Pani mieszkaniu/domu pali w nim papierosy⁵?

TAK NIE

7. Jeśli „tak” to proszę podać liczbę osób palących papierosy w mieszkaniu/domu

Wskaźnik nr 3: Procent populacji zamieszkującej domy/mieszkania w których wykorzystuje się urządzenia grzewcze będące potencjalnymi źródłami emisji tlenu węgla do wnętrza pomieszczeń

8. Czy w Pani/Pana mieszkaniu/domu znajdują się funkcjonujące (wciąż używane):

1. kaflowy piec węglowy TAK NIE

2. wolnostojący piecyk (np. typu „koza”) opalany węglem, drewnem lub innym typem paliwa stałego TAK NIE

3. kominek TAK NIE

4. gazowy przepływowy podgrzewacz wody (tzw. piecyk gazowy) TAK NIE

5. promiennik gazowy TAK NIE

6. Inne urządzenia grzewcze mogące być źródłem tlenu węgla (czadu) NIE TAK

Jeśli „tak” to jakie?

Wskaźnik nr 5: Odsetek mieszkańców narażonych na hałas w miejscu zamieszkania

⁵ Uwaga dla ankietera: Palenie papierosów poza zamkniętą powierzchnią mieszkania (np. na balkonie, na klatce schodowej) traktuje się jako palenie POZA mieszkaniem.

9. Jak często w swoim mieszkaniu/domu jest Pani/Pan narażona/narażony na hałas, którego nie może Pani/Pan kontrolować (tj. wyłączyć, przyciszyć itp.)

- nigdy
- bardzo rzadko (kilka razy w roku)
- rzadko (kilka razy w miesiącu = średnio raz na tydzień)
- często (2-3 razy w tygodniu)
- bardzo często (większość tj. 4-6 dni w tygodniu)
- właściwie zawsze (właściwie codziennie, nieprzerwanie)
- nie wiem lub nie potrafię ocenić

10. Jeśli w odpowiedzi na poprzednie pytanie wybrała Pani którąś z możliwości od 2 do 6 to proszę podać skąd pochodzi ten hałas?

- źródła hałasu znajdują się wewnątrz mieszkania/domu (np. wentylator, lodówka itp.)
- źródła hałasu znajdują się wewnątrz mieszkania/domu (np. wentylator, lodówka itp.)
- źródła hałasu znajdują się zarówno wewnątrz mieszkania/domu jak i na zewnątrz

11. Jeśli w odpowiedzi na wcześniejsze pytanie wybrała Pani którąś z możliwości od 2 do 6 to proszę teraz ocenić w jakim stopniu hałas słyszalny w mieszkaniu/domu zakłóca Pani/Pana codzienne funkcjonowanie (np. sen, odpoczynek, możliwość skupienia się i koncentracji na wykonywanych czynnościach) odnosząc się do następującej skali, gdzie:

- 1. hałas w słyszalny w mieszkaniu/domu w ogóle nie zakłóca mojego funkcjonowania (w tym snu i odpoczynku) na co dzień

KONSORCJUM „NAUKA I ZDROWIE”



Narodowy Instytut
Zdrowia Publicznego -
Państwowy Zakład Higieny



Centrum
Medyczne
Kształcenia
Podyplomowego
w Warszawie



Uniwersytet
Jagielloński
w Krakowie

- 2. hałas w słyszalny w mieszkaniu/domu w sposób nieznaczny zakłóca moje funkcjonowanie (w tym sen i odpoczynek) na co dzień
- 3. hałas w słyszalny w mieszkaniu/domu zakłóca moje funkcjonowanie (w tym sen i odpoczynek) na co dzień
- 4. hałas w słyszalny w mieszkaniu/domu znacząco zakłóca moje funkcjonowanie (w tym sen i odpoczynek) na co dzień
- 5. hałas w słyszalny w mieszkaniu/domu w tak dużym stopniu zakłóca moje funkcjonowanie (w tym sen i odpoczynek), że jest jednym z największych problemów z którymi zmagam się na co dzień
- 0. nie wiem lub nie potrafię ocenić

Wskaźnik nr 6: Odsetek osób w populacji niemających stałego dostępu do odpowiedniej ilości pitnej wody w domu

12. Czy w Pani/Pana domu/mieszkaniu jest bezpośrednio ujęcie wody pitnej (= kran)? TAK NIE

13. Jeśli „nie” to proszę wymienić źródło wody pitnej z którego Państwo korzystają? (np. studnia, woda butelkowana , beczkowóz itp.)

.....

14. Proszę podać jaką odległość musi Pan/Pani przebyć, aby zaopatrzyć się w wodę pitną.

15. Biorąc pod uwagę wszystkie aspekty związane z zaopatrywaniem się w wodę pitną (przerwy w dostawie wody, konieczność wyjścia z domu, aby zaopatrzyć się w wodę, jej cenę itp.) proszę ocenić jej dostępność w Pani/Pana domu/mieszkaniu w ciągu ostatniego roku, podając wartość w skali od 1 do 10 gdzie „1.” znaczy „całkowicie ograniczony dostęp do wody pitnej” a „10” „bardzo dobry i ciągły dostęp do wody pitnej”.

-
1. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8. 9. 10.

KONSORCJUM „NAUKA I ZDROWIE”



Narodowy Instytut
Zdrowia Publicznego -
Państwowy Zakład Higieny



Centrum
Medyczne
Kształcenia
Podyplomowego
w Warszawie



Uniwersytet
Jagielloński
w Krakowie

0. Nie wiem lub nie potrafię ocenić

Wskaźnik nr 7. Procent populacji niekorzystającej z kanalizacji zbiorczej

16. Czy w Pani/Pana domu/mieszkanie jest bezpośrednio podłączone do kanalizacji zbiorczej?

- TAK NIE

17. Jeśli „nie” to proszę wymienić sposób w jaki pozbywają się Państwo ścieków bytowych? (np. szambo, studnia, woda butelkowana, beczkowóz itp.)

.....

Wskaźnik 8 Proporcja gospodarstw domowych stosujących paliwa stałe (węgiel, drewno) jako główne źródło uzyskania energii służącej do ogrzewania lub gotowania

18. Proszę podać jak często do ogrzewania Pani/Pana mieszkania/domu stosuje się paliwa stałe (węgiel kamienny, węgiel brunatny, drewno)

- nigdy
- bardzo rzadko (kilka razy w roku)
- rzadko (kilka razy w miesiącu = średnio raz na tydzień)
- często (2-3 razy w tygodniu)
- bardzo często (większość tj. 4-6 dni w tygodniu)
- zawsze
- nie wiem lub nie potrafię ocenić

KONSORCJUM „NAUKA I ZDROWIE”



Narodowy Instytut
Zdrowia Publicznego -
Państwowy Zakład Higieny



Centrum
Medyczne
Kształcenia
Podyplomowego
w Warszawie



Uniwersytet
Jagielloński
w Krakowie

19. Proszę podać jak często w Pani/Pana mieszkaniu/domu stosuje się paliwa stałe (węgiel kamienny, węgiel brunatny, drewno), aby uzyskać energię ciepłą wykorzystywaną do gotowania, pieczenia lub innych czynności związanych z przygotowaniem pożywienia.

- nigdy
- bardzo rzadko (kilka razy w roku)
- rzadko (kilka razy w miesiącu = średnio raz na tydzień)
- często (2-3 razy w tygodniu)
- bardzo często (większość tj. 4-6 dni w tygodniu)
- zawsze
- nie wiem lub nie potrafię ocenić

Wskaźnik nr 10: Odsetek osób oceniających negatywnie powietrze w miejscu swojego zamieszkania

20. Jak ocenia Pan/Pani powietrze w swoim miejscu zamieszkania pod względem obecności w nim zanieczyszczeń? Proszę ocenić w skali od 1 do 10, gdzie „1” znaczy „całkowicie zanieczyszczone” a „10” oznacza „całkowicie czyste”

-
1. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8. 9. 10.
0. Nie wiem lub nie potrafię ocenić

21. Jeśli w sąsiedztwie Pani/Pana mieszkania/domu znajduje/ą się źródło/a emisji (instalacja, obiekt) w sposób zanieczyszczające powietrze proszę je wymienić określając równocześnie ich odległość od Pani/Pana mieszkania/domu.

Lp. źródło emisji zanieczyszczeń odległość od mieszkania/domu

Wskaźnik 11. Odsetek mieszkańców, którzy deklarują swobodny dostęp do terenów zielonych

22. Proszę ocenić swój dostęp do terenów zielonych (park, ogród, skwer, las, łąka itp.) w obrębie których mogłaby Pani/mógłby Pan relaksować się (np. spacerować, odpoczywać, podejmować aktywności rekreacyjno-sportowe) podając wartość w skali od 1 do 10 gdzie „1.” znaczy „w ogóle nie mam dostępu do terenów zielonych” a „10” „bardzo dobry dostęp do terenów zielonych”.

-
1. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8. 9. 10.
0. Nie wiem lub nie potrafię ocenić

KONSORCJUM „NAUKA I ZDROWIE”



Narodowy Instytut
Zdrowia Publicznego -
Państwowy Zakład Higieny



Centrum
Medyczne
Kształcenia
Podyplomowego
w Warszawie



Uniwersytet
Jagielloński
w Krakowie

CZĘŚĆ C

Ocena potrzeb zdrowotnych dzieci.

Przegląd wybranych publikacji międzynarodowych i krajowych. Potencjalne możliwości zastosowania poziomie krajowym, regionalnym i sub-regionalnym w Polsce

Marta Malinowska-Cieślik

KONSORCJUM „NAUKA I ZDROWIE”



Narodowy Instytut
Zdrowia Publicznego -
Państwowy Zakład Higieny



Centrum
Medyczne
Kształcenia
Podyplomowego
w Warszawie



Uniwersytet
Jagielloński
w Krakowie

1. Wprowadzenie

Według Światowej Organizacji Zdrowia ocena potrzeb zdrowotnych populacji to proces, który opisuje stan, status zdrowotny populacji, umożliwiając zidentyfikowanie głównych czynników ryzyka i przyczyn chorób, niepełnosprawności oraz zaplanowanie odpowiednich działań skierowanych na zredukowanie tych czynników i poprawę jakości życia związanej ze zdrowiem danej populacji. Jest to ciągły proces monitorowania zdrowia populacji, wykorzystywanie tych informacji do planowania, dostosowania i ewaluowania ochrony zdrowia i programów zdrowia publicznego [WHO, 2001].

Ocena potrzeb zdrowotnych populacji zawiera następujące kroki:

- profilowanie, czyli zbieranie odpowiednich informacji dotyczących statusu zdrowotnego populacji, analizowanie tych informacji w celu zidentyfikowania głównych problemów zdrowotnych i grup ryzyka
- określenie priorytetów w celu zaplanowania i wdrożenia odpowiednich działań
- zaplanowanie programów zdrowia publicznego i działań w ochronie zdrowia skierowanych na rozwiązanie głównych – ważnych i rozpowszechnionych - problemów zdrowotnych, skutkujących poprawą jakości życia danej populacji
- wdrożenie i monitorowanie działań na rzecz zaspokojenia potrzeb zdrowotnych oraz poprawy bezpieczeństwa i jakości życia określonej populacji oraz ich ewaluacja.

2. Cel i metody

Celem niniejszego opracowania jest przedstawienie wybranych międzynarodowych i krajowych publikacji prezentujących metody oceny potrzeb zdrowotnych dzieci i młodzieży.

KONSORCJUM „NAUKA I ZDROWIE”



Narodowy Instytut
Zdrowia Publicznego -
Państwowy Zakład Higieny



Centrum
Medyczne
Kształcenia
Podyplomowego
w Warszawie



Uniwersytet
Jagielloński
w Krakowie

Niniejsze opracowanie dotyczy populacji dzieci, czyli osób od chwili narodzenia do 18 roku życia, a więc dorastającego młodego człowieka, zgodnie z Konwencją o prawach dziecka, artykuł 1.

Kryterium wyboru opisanych poniżej raportów było zastosowanie metod zbierania lub wykorzystania danych dostępnych w statystykach publicznych na poziomie międzynarodowym oraz w Polsce, tak aby można było je stosować do oceny potrzeb zdrowotnych dzieci i młodzieży również na poziomie wojewódzkim lub powiatowym. Do analizy wybrano następujące publikacje:

- United Nations Children's Fund (2012) *The state of the world's children 2012*, New York; UNICEF, February 2012; dok.elekt. www.unicef.org/sowc2012
- United Nations Children's Fund Office of Research (2013), *Warunki i jakość życia dzieci w krajach rozwiniętych. Analiza porównawcza, Innocenti Report Card 11*, Florencja: UNICEF Office of Research, które jest polskim tłumaczeniem raportu UNICEF Office of Research (2013). *Child Well-being in Rich Countries: A comparative overview, Innocenti Report Card 11*, UNICEF Office of Research, Florence.
- Krajowy raport opracowany przez Polski Komitet Narodowy UNICEF pod redakcją Ewy Falkowskiej i Agnieszki Telusiewicz-Pacak (2013), *Dzieci w Polsce. Dane, liczby, statystyki*. Warszawa: Polski Komitet Narodowy UNICEF.

Raport z międzynarodowych badań zdrowia i zachowań zdrowotnych dzieci i młodzieży szkolnej (the Health Behaviour in School-aged Children – HBSC) prowadzonych w roku szkolnym 2009/10

- Currie, C., Zanotti, A., Morgan, et al. (2012). 'Social Determinants of Health and Well-being among Young People'. *Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) Study: International report from the 2009/2010 survey*. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe, Health Policy for Children and Adolescents, No. 6.

Polski raport z tych badań prowadzonych w roku szkolnym 2009/10

- Mazur J, Małkowska-Szcutnik A, (red.) (2011) Wyniki badań HBSC 2010. Raport techniczny Warszawa: Instytut Matki i Dziecka.

Protokół tych badań HBSC prowadzonych w roku szkolnym 2013/14.

KONSORCJUM „NAUKA I ZDROWIE”



Narodowy Instytut
Zdrowia Publicznego -
Państwowy Zakład Higieny



Centrum
Medyczne
Kształcenia
Podyplomowego
w Warszawie



Uniwersytet
Jagielloński
w Krakowie

- Currie C, Inchley J, Molcho M. i in. (2014) Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study protocol: Background, methodology and mandatory items for the 2013/14 Survey. St. Andrews University, Scotland, UK

Polski raport z tych badań przeprowadzonych w roku szkolnym 2013/14

- Mazur J. (red.) (2015). *Zdrowie i zachowania zdrowotne młodzieży szkolnej w Polsce na tle wybranych uwarunkowań socjodemograficznych. Wyniki badań HBSC 2014.* Warszawa Instytut Matki i Dziecka

3. Przegląd doświadczeń międzynarodowych w zakresie potrzeb zdrowotnych dzieci

Ważną publikacją podejmującą ocenę zdrowia dzieci i młodzieży w Polsce jest raport opracowany w 2014 roku pod redakcją Jolanty Szymańczyk *Zdrowie dzieci i młodzieży. Wybrane zagadnienia*. Studia Biura Analiz Sejmowych. Warszawa: Kancelaria Sejmu 2 (38). Raport ten omawia wybrane zagadnienia dotyczące zdrowia dzieci i młodzieży, ważne pod kątem identyfikowania i oceny potrzeb zdrowotnych w tej najmłodszej populacji polskiego społeczeństwa [Szymańczyk, 2014].

Artykuł 6 Konwencji o prawach dziecka zobowiązał kraje-sygnatariuszy do zapewnienia możliwie maksymalnego stopnia przeżycia i rozwoju dziecka [Konwencja o prawach dziecka, 1989]. Artykuł 24 podkreśla prawo każdego dziecka do dostępu do najwyższych możliwych standardów zdrowia oraz możliwości leczenia i rehabilitacji. Konwencja ta zobowiązuje kraje do monitorowania i kontrolowania czy żadne dziecko nie jest zaniedbane lub nie są realizowane jego prawa do dostępu do usług i świadczeń z zakresu ochrony zdrowia [Konwencja o prawach dziecka, 1989].

W raporcie Funduszu Narodów Zjednoczonych na Rzecz Dzieci z 2012 roku na temat oceny sytuacji dzieci i młodzieży na świecie drugi rozdział poświęcony jest zdrowiu i wskaźnikom dostępnym globalnie, które mogą służyć ocenie ich zdrowia i jakości życia [UNICEF, 2012]. W raporcie zaproponowano kilka poniżej omówionych wskaźników wykorzystanych do globalnej oceny stanu zdrowia dzieci na świecie.

KONSORCJUM „NAUKA I ZDROWIE”



Narodowy Instytut
Zdrowia Publicznego -
Państwowy Zakład Higieny



Centrum
Medyczne
Kształcenia
Podyplomowego
w Warszawie



Uniwersytet
Jagielloński
w Krakowie

- (1) Podstawowym wskaźnikiem są zgony dzieci, szczególnie w wieku 0-4 lat mieszkających w środowisku miejskim w dzielnicach o niskim statusie społeczno-ekonomicznym, ubogich, (okolice deprywacji, ubóstwa, slamsy). Zgony małych dzieci z powodu chorób układu oddechowego, zaburzeń pokarmowych (zapalenie płuc, biegunka), komplikacji w czasie porodu. Badania pokazują, że mieszkanie w miejskim środowisku miejskim o niskim poziomie społeczno-ekonomicznym z uwzględnieniem wykształcenia i dochodu matki stanowi wysokie ryzyko zgonu dziecka poniżej 5 roku życia [Barrett, 2010].
- (2) Następnym wskaźnikiem jest immunizacja, poziom szczepień, szczególnie w populacji dzieci 0-4 lat z rodzin o niskim wykształceniu oraz statusie społeczno-ekonomicznym. Globalnie bierze się pod uwagę zaszczepienia na tzw. DPT (przeciw błonicy, tężcowi i krztuścowi) [Brown et al., 2011].
- (3) W ocenie zdrowia kobiety w ciąży i w czasie porodu są analizowane zgony lub urazy kobiet w czasie ciąży i porodu, negatywne skutki zdrowotne związane z ciążą i porodem, w tym trwała niepełnosprawność. Wskaźnikiem tutaj jest jakość opieki nad kobietą ciężarną i położnicą, dostęp i ilość aborcji. [WHO i in., 2010 - dok.elekt.]
- (4) Karmienie piersią szczególnie wśród kobiet mieszkających i pracujących w mieście [Ruel i in., 2008].
- (5) Odżywianie szczególnie dzieci mieszkających w środowisku miejskim o niskim statusie społeczno-ekonomicznym, występowanie zjawiska tzw „ukrytego głodu” (ang. *hidden hunger*) związanego z niedoborem mikrośladków takich jak: wit. A, żelazo, cynk, jod, pochodzących z owoców, warzyw, ryb oraz mięsa [HarvestPlus-dok.elekt.]
- (6) Choroby układu oddechowego (infekcje dróg oddechowych leczone szpitalnie, astma, zatrucia ołowiem), szczególnie u dzieci mieszkających w społecznościach miejskich o niskim dochodzie w zanieczyszczonym środowisku, powietrzu, glebie, wodzie [Corburn, 2007].
- (7) Urazy spowodowane wypadkami drogowymi, przede wszystkim zgony i leczenie szpitalne, szczególnie w populacji najbardziej narażonych nastolatków 10-14 lat oraz 15-19 lat [WHO 2009-dok.elekt.]

KONSORCJUM „NAUKA I ZDROWIE”



Narodowy Instytut
Zdrowia Publicznego -
Państwowy Zakład Higieny



Centrum
Medyczne
Kształcenia
Podyplomowego
w Warszawie



Uniwersytet
Jagielloński
w Krakowie

- (8) Występowanie AIDS i zakażenia wirusem HIV u niemowląt oraz wśród nastolatków, szczególnie w wieku 15-19 lat [UNICEF i in., 2011].
- (9) Zdrowie psychiczne, głównie nastolatków w wieku 10-14 lat i 15-19 lat mieszkających w mieście w dzielnicach o niskim statusie społeczno-ekonomicznym. Ważnym wskaźnikiem powiązanych z występowaniem depresji, samobójstw w tej populacji jest handel i dostęp do alkoholu, handel narkotykami oraz występowanie przemocy w miejscu zamieszkania. Innym związanym ze zdrowiem psychicznym wskaźnikiem jest rozpowszechnienie stosowania substancji psychoaktywnych [Bhatia i Bhatia, 2007].

Raport Funduszu Narodów Zjednoczonych na Rzecz Dzieci (UNICEF) dotyczący warunków i jakości życia dzieci i młodzieży w krajach rozwiniętych został opracowany na podstawie danych z lat 2009 i 2010 pochodzących z 29 krajów świata, w tym 27 krajów europejskich, do których zalicza się również Polskę [UNICEF, 2013]. Ocena ta objęła pięć obszarów związanych z jakością życia dzieci: (1) warunki materialne, (2) zdrowie i bezpieczeństwo, (3) edukacja, (4) zachowania i zagrożenia zdrowotne oraz (5) warunki mieszkaniowe i środowisko. Do powyższych obszarów wybrano 26 wskaźników, które mogły być porównane na poziomie międzynarodowym.

1) Na ocenę warunków materialnych składały się:

- deprivacja dochodowa, na którą złożyła się stopa ubóstwa względnego dzieci i luka dochodowa;
- deprivacja materialna, mierzona stopą deprivacji potrzeb dzieci i wskaźnikiem niskiego poziomu zamożności rodzin.

2) W obszarze oceny zdrowia i bezpieczeństwa dzieci analizowano:

- stan zdrowia w momencie urodzenia, czyli współczynnik umieralności niemowląt oraz niska masa urodzeniowa;

KONSORCJUM „NAUKA I ZDROWIE”



Narodowy Instytut
Zdrowia Publicznego -
Państwowy Zakład Higieny



Centrum
Medyczne
Kształcenia
Podyplomowego
w Warszawie



Uniwersytet
Jagielloński
w Krakowie

- programy profilaktyczne, oceniane stopniem „wyszczepialności” dzieci;
- umieralność, wyznaczona współczynnikiem zgonów dzieci i młodzieży w wieku 1-19 lat.

3) W analizie wymiaru związanego z edukacją brano pod uwagę:

- uczestnictwo, które obejmowało wskaźnik upowszechnienia wychowania przedszkolnego; wskaźnik uczestnictwa w edukacji młodzieży w wieku 15-19 lat oraz wskaźnik NEET (ang. *Not in Education, Employment or Training*), czyli udział procentowy młodzieży w wieku 15-19 lat, która nie uczy się, nie pracuje i się nie doszkala;
- osiągnięcia szkolne, wyznaczone średnią punktacją z testu Programu Międzynarodowej Oceny Umiejętności Uczniów – PISA (ang. *Programme for International Student Assessment*) w czytaniu, matematyce i naukach przyrodniczych.

4) Do oceny zachowań i zagrożeń zdrowia wzięto pod uwagę następujące elementy:

- zachowania sprzyjające zdrowiu takie jak: spożywanie śniadań, jedzenie warzyw i owoców, aktywność fizyczna;
- zachowania ryzykowne dla zdrowia, takie jak: picie alkoholu, palenie tytoniu, stosowanie marihuany lub haszyszu
- przemoc rówieśnicza w formie uczestniczenia w bójkach oraz dręczenia
- występowanie nadwagi
- współczynnik dzietności wśród nastolatków.

5) W celu oceny wymiaru odnoszącego się do środowiska życia i zamieszkania składała się analiza:

- warunków mieszkaniowych, wyrażona liczbą pokoi przypadająca na osobę oraz innymi problemami mieszkaniowymi;

KONSORCJUM „NAUKA I ZDROWIE”



Narodowy Instytut
Zdrowia Publicznego -
Państwowy Zakład Higieny



Centrum
Medyczne
Kształcenia
Podyplomowego
w Warszawie



Uniwersytet
Jagielloński
w Krakowie

- bezpieczeństwo w środowisku życia, wyrażone przez współczynniki zabójstw i stopniem zanieczyszczenia powietrza.

Raport Polskiego Komitetu Narodowego UNICEF-Polska obejmuje większy zakres danych zebranych z dostępnych statystyk publicznych i raportów publikowanych przez instytucje badawcze i agendy rządowe [Falkowska i Telusiewicz-Pacak, 2013]. Raport ten opracowano na bazie dostępnych zasobów statystyki publicznej, opracowań sygnałnych oraz publikacji tematycznych i badań publikowanych przez Ministerstwo Edukacji Narodowej (MEN), Ministerstwo Sprawiedliwości (MS), Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej (MPiPS), Główny Urząd Statystyczny (GUS), Komendę Główną Policji (KGP), Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia (CSIOZ), Urząd do Spraw Cudzoziemców oraz Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego-Państwowy Zakład Higieny (NIZP-PZH). Wyróżniono w nim następujące obszary związane z jakością życia dzieci w Polsce: demografia, edukacja, zdrowie, w tym dostęp do ochrony zdrowia, rodzina, przemoc, w tym przemoc wobec dziecka, przemoc rówieśnicza, samobójstwa oraz zaginięcia, wypadki i urazy niezamierzone, ubóstwo oraz sytuacja dzieci z rodzin cudzoziemców, w tym uchodźców, mieszkających w Polsce. Na potrzeby niniejszego opracowania wybrano i przedstawiono analizę obszaru związanego z edukacją (1), zdrowie (2), przemoc (3), wypadkami (4), ubóstwo (5) i sytuacji dzieci cudzoziemców mieszkających (6) w Polsce.

1) Do oceny edukacji wykorzystano dane GUS dotyczące:

- żłobków i oddziałów żłobkowych oraz placówek opieki nad dziećmi do lat 3;
- uczestnictwo w edukacji przedszkolnej dzieci od 3-6 lat;
- współczynnik solaryzacji netto w szkołach podstawowych, czyli odsetek dzieci uczących się w szkole podstawowej obliczany w stosunku do liczby ludności w przedziale wiekowym 7-13 lat.

KONSORCJUM „NAUKA I ZDROWIE”



Narodowy Instytut
Zdrowia Publicznego -
Państwowy Zakład Higieny



Centrum
Medyczne
Kształcenia
Podyplomowego
w Warszawie



Uniwersytet
Jagielloński
w Krakowie

Ponadto do oceny tego obszaru korzystano z danych Centralnej Komisji Egzaminacyjnej (CKE) dotyczących średnich osiągnięć uczniów kończących szkołę podstawową oraz szkołę gimnazjalną.

2) W analizie zdrowia i przemocy wykorzystano dane dotyczące:

- zgony dzieci, w tym zgonów niemowląt, według miejsca zamieszkania oraz przyczyn pochodzące z GUS
- szczepienia ochronne i zalecane u dzieci i młodzieży w wieku 0-19 lat, publikowane przez GUS i Zakład Epidemiologii NIZP-PZH
- samoocena stanu własnego zdrowia w wieku 0-14 lat [GUS, 2011]
- choroby przewlekłe i długotrwałe problemy zdrowotne w wieku 0-14 lat [GUS, 2011]
- choroby zakaźne i zatrucia wśród dzieci i młodzieży publikowane przez Zakład Epidemiologii NIZP-PZH
- dzieci i młodzież zbadana w ramach badań profilaktycznych, bilansowych, w tym na terenie szkoły, dane zbierane przez CSIZ
- gabinety medyczne i pomoc psychologiczno-pedagogiczna (lekarski, stomatologiczny, profilaktyki zdrowotnej i pomocy przedlekarskiej, psychologa, pedagoga, logopedy) w szkołach podstawowych i gimnazjalnych dane zbierane przez GUS

3) W ramach oceny problemu przemocy wyróżniono następujące zjawiska:

3.1) przemoc wobec dziecka analizowana na podstawie następujących danych:

- ofiary przemocy domowej według procedury „Niebieskie Karty” realizowanej przez policję oraz przestępstwa przeciw opiece i rodzinie, rozpijanie, porzucania lub uprowadzenie
- zabójstwa małoletniego lub dzieciobójstwo, publikowane przez KGP

KONSORCJUM „NAUKA I ZDROWIE”



Narodowy Instytut
Zdrowia Publicznego -
Państwowy Zakład Higieny



Centrum
Medyczne
Kształcenia
Podyplomowego
w Warszawie



Uniwersytet
Jagielloński
w Krakowie

- wykorzystywanie seksualne małoletniego, w tym pedofilia, zgwałcenia, pornografia dane zbierane przez policję

3.2) przemoc wśród dzieci i młodzieży oceniana była na podstawie danych zbieranych przez policję i kuratoria oświaty obejmujące:

- czyny karalne nieletnich, w tym kradzież z włamaniem lub rozbójnicza, udział w bójce lub pobiciu

- przestępstwa na terenie szkół podstawowych i gimnazjalnych, w tym rozboje, kradzieże, bójki i pobicia, przestępstwa narkotykowe, zgwałcenie [KGP]

- nieletni (12-18 lat), wobec których prawomocnie orzeczono środki wychowawcze, poprawcze lub kary w sądach powszechnych w związku z czynami karalnymi; dane zbierane przez ministerstwo ds. sprawiedliwości

4) Przeprowadzona ocena obszaru nazwanego „wypadki” obejmowała dane zarówno o urazach zamierzonych jak i niezamierzonych , typu:

- zgony z powodu wszystkich zewnętrznych przyczyn, dane o tych przyczynach o których dane z roczników demograficznych GUS;

- samobójstwa o których publikowanych przez policję;

- wypadki ze względu na miejsce zdarzenia (dom lub czas wolny; żłobek, przedszkole, szkoła; ruch drogowy zbierane w ramach badań stanu zdrowia ludności prowadzonych przez GUS

- wypadki w placówkach oświatowych ze względu na rodzaj zajęć i przyczyny– dane zbierane w ramach Systemu Informacji Oświatowej MEN

- utonięcia dzieci i młodzieży dane zbierane przez policję

- zabici i ranni w wieku 0-14 lat w wyniku wypadków drogowych dane zbierane przez policję

KONSORCJUM „NAUKA I ZDROWIE”



Narodowy Instytut
Zdrowia Publicznego -
Państwowy Zakład Higieny



Centrum
Medyczne
Kształcenia
Podyplomowego
w Warszawie



Uniwersytet
Jagielloński
w Krakowie

- świadomość zagadnień bezpieczeństwa wśród uczniów klasy 4-6 szkoły podstawowej
[Falkowska i Telusiewicz-Pacak, 2013]

5) Na ocenę ubóstwa złożyła się analiza następujących danych:

- przeciętne dochody i wydatki gospodarstw domowych na podstawie danych GUS
- rodziny najczęściej korzystające z pomocy środowiskowej według powodów przyznania pomocy, dane zbierane przez GUS
- wskaźnik zagrożenia ubóstwem gospodarstw domowych według miejsca zamieszkania i według typu gospodarstwa domowego, czyli liczby dzieci i struktury rodziny, dane dostępne na stronach GUS
- stopa ubóstwa względnego dzieci, czyli procent dzieci żyjących w gospodarstwach domowych mających dochód mniejszy niż 50% mediany dochodu w danym kraju
- stopa deprivacji potrzeb dzieci w wieku od 1-16 lat , czyli stopień dostępu do 14 wybranych pozycji umożliwiających zaspokojenie potrzeb dziecka i jego prawidłowy rozwój, [de Neubourg i in., 2012]; bierze się pod uwagę brak przynajmniej dwóch pozycji z listy [za: UNICEF, 2012]

6) W ramach oceny sytuacji dzieci z rodzin cudzoziemców wzięto pod uwagę liczbę dzieci w placówkach oświatowych niebędących obywatelami polskimi, w tym liczbę dzieci osób, którym nadano lub ubiegają się o nadanie statusu uchodźcy, udzielono zezwolenia na osiedlenie się na terytorium Polski lub zgody na pobyt tolerowany, udzielono ochrony czasowej lub zezwolenia na zamieszkanie na czas oznaczony; dane takie dostępne w statystykach prowadzonych przez ministerstwo ds. edukacji.

Międzynarodowe badania zdrowia i zachowań zdrowotnych dzieci i młodzieży w wieku szkolnym (the Health Behaviour in School-aged Children – HBSC) wyróżniają szereg wymiarów i wskaźników do ich oceny [Currie i in. 2012]. W Polsce badania te są realizowane regularnie co

KONSORCJUM „NAUKA I ZDROWIE”



Narodowy Instytut
Zdrowia Publicznego -
Państwowy Zakład Higieny



Centrum
Medyczne
Kształcenia
Podyplomowego
w Warszawie



Uniwersytet
Jagielloński
w Krakowie

cztery lata od roku 1989 również w Polsce, koordynowane przez Instytut Matki i Dziecka w Warszawie [Mazur, 2015]. Protokół badań HBSC istnieje w dwóch wersjach: jako rozszerzony wewnętrzny i jako skrócony zewnętrzny, ogólnie dostępny na stronie internetowej projektu [www.hbsc.org]. Protokół ten zawiera szczegółowy opis kwestionariusza, z podaniem: tła teoretycznego poszczególnych obszarów tematycznych, źródła i sformułowania [Currie i in. 2014].

Polski kwestionariusz HBSC składa się z pytań obowiązkowych, stosowanych przez wszystkie kraje oraz pytań opcjonalnych, rekomendowanych w protokole. Badani są uczniowie w trzech grupach wiekowych: 11, 13 i 15 lat. Kwestionariusz zawiera następujące pytania dotyczące zmiennych socjodemograficznych: wiek, płeć, struktura i zamożność rodziny oraz miejsce zamieszkania i percepcja jego otoczenia.

Struktura rodziny

Dane na temat struktury rodziny zbiera się na bazie odpowiedzi na pytanie dotyczące domu, w którym badany uczeń mieszka na stałe lub przebywa przez większość czasu. Badani zaznaczają osoby, z którymi mieszkają: ojca, matkę, macochę (partnerkę ojca), ojczyma (partnera matki). Na bazie tych odpowiedzi wyróżnia się młodzież mieszkającą z obojgiem biologicznych rodziców, w rodzinie zrekonstruowanej oraz z samotnym rodzicem.

Zamożność rodziny

Do oceny zamożności rodziny stosowana jest skala zasobów materialnych rodziny (Family Affluence Scale-FAS), która składa się z sześciu pytań, dotyczących: posiadania własnego pokoju przez ucznia (1), liczby samochodów w rodzinie (2), liczby komputerów w rodzinie (3), wyjazdów z rodziną na wakacje lub ferie za granicę (4), liczby łazienek w domu (5) i wyposażenia w zmywarkę do naczyń (6) [Hartley i in., 2015].

Miejsce zamieszkania

KONSORCJUM „NAUKA I ZDROWIE”



Narodowy Instytut
Zdrowia Publicznego -
Państwowy Zakład Higieny



Centrum
Medyczne
Kształcenia
Podyplomowego
w Warszawie



Uniwersytet
Jagielloński
w Krakowie

W polskim kwestionariuszu badań z roku 2013/14 uwzględniono: duże miasta (powyżej 100 tys. mieszkańców), mniejsze miasta oraz wsie. Miejsce zamieszkania podawane przez badanych uczniów, często różni się od lokalizacji szkoły.

Status społeczno-ekonomiczny sąsiedztwa

Kapitał społeczny sąsiedztwa obejmował subiektywną ocenę zamożności i nasilenia problemów w okolicy miejsca zamieszkania oraz poziom kapitału społecznego okolicy zamieszkania badanej młodzieży.

Raport z polskich badań dotyczący zdrowia i zachowań zdrowotnych młodzieży szkolnej na tle wybranych uwarunkowań socjodemograficznych wyróżnia poniżej przedstawione cztery obszary obejmujące odpowiadające im wskaźniki, które mogą posłużyć do oceny potrzeb zdrowotnych nastolatków.

- 1) Kontekst społeczny, obejmujący następujące wskaźniki rodzinę, środowisko szkolne oraz relacje z rówieśnikami. Analizowano odpowiedzi na pytania o: łatwość rozmów z rodzicami, jakość komunikacji z rodzicami, posiłki rodzinne, wsparcie społeczne, osiągnięcia szkolne, stosunek do szkoły, klimat społeczny szkoły i stres szkolny
- 2) Wybrane wskaźniki zdrowia obiektywnego i subiektywnego zawierające następujące dane: samoocena zdrowia, dolegliwości subiektywne, zarówno somatyczne jak i psychiczne, urazy wymagające pomocy medycznej, zadowolenie z życia, nadwaga i otyłość mierzona za pomocą BMI, samoocena masy ciała
- 3) Zachowania zdrowotne związane z następującymi zachowaniami: aktywność fizyczna mierzona za pomocą wskaźnika MVPA oraz VPA, zachowania sedenteryjne w czasie wolnym, czyli oglądanie telewizji, granie na komputerze lub na konsoli, zachowania żywieniowe oceniane na podstawie odpowiedzi na temat spożywania śniadań, spożywania warzyw i owoców oraz słodczy, coca-coli i innych słodkich napojów; ponadto oceniano w tym obszarze higienę jamy ustnej

KONSORCJUM „NAUKA I ZDROWIE”



Narodowy Instytut
Zdrowia Publicznego -
Państwowy Zakład Higieny



Centrum
Medyczne
Kształcenia
Podyplomowego
w Warszawie



Uniwersytet
Jagielloński
w Krakowie

- 4) Zachowania ryzykowne odnoszące się do odpowiedzi na następujące pytania:
- stosowanie diet odchudzających, palenie tytoniu, picie alkoholu i upijanie się, używanie nielegalnych substancji takich jak: marihuana lub haszyszu, zachowania seksualne, w tym stosowanie antykoncepcji, zachowania związane z przemocą typu: uczestniczenie w bójkach, przemoc rówieśnicza w szkole (bullying) oraz doświadczanie cyberprzemocy (cyberbullying), noszenie broni.

4. Podsumowanie

Na podstawie omówionych powyżej wybranych międzynarodowych i krajowych raportów z badań zdrowia dzieci i młodzieży można zaproponować obszary i odpowiadające im wskaźniki do oceny potrzeb zdrowotnych tej populacji, które są dostępne i mogą być wykorzystane do realizacji nadzoru, programów w zdrowiu publicznym na poziomie krajowym, regionalnym lub powiatowym w Polsce. Byłyby to następujące obszary i wskaźniki

1) Dane demograficzne

- Płeć
- Wiek
- Miejsce zamieszkania
- Struktura rodziny
- Migranci, mniejszości etniczne, narodowościowe

2) Nierówności społeczno-ekonomiczne

- Status społeczno-ekonomiczny rodziny
- Praca zawodowa rodziców: zatrudnienie matki i ojca
- Zamożność rodziny (skala zasobów materialnych rodziny- Family Affluence Scale-FAS)
- Status społeczno-ekonomiczny okolicy zamieszkania
- Postrzeganie lokalnych problemów w okolicy miejsca zamieszkania
- Handel i dostęp do alkoholu
- Handel narkotykami
- Bezrobocie

3) Bezpieczeństwo środowiska życia, miejsca zamieszkania

KONSORCJUM „NAUKA I ZDROWIE”



Narodowy Instytut
Zdrowia Publicznego -
Państwowy Zakład Higieny



Centrum
Medyczne
Kształcenia
Podyplomowego
w Warszawie



Uniwersytet
Jagielloński
w Krakowie

- współczynniki zabójstw
- przestępstwa wśród nieletnich
- subiektywna ocena własnej okolicy zamieszkania

4) Warunki materialne, mieszkaniowe

- deprywacja dochodowa, czyli stopa ubóstwa względnego dzieci i luka dochodowa
- warunki mieszkaniowe, czyli liczba pokoi przypadająca na osobę oraz różnorodne problemy mieszkaniowe
- deprywacja materialna, czyli wskaźnik niskiego poziomu zamożności rodzin
- praca zawodowa rodziców

5) Zdrowie obiektywne i urazy

- stan zdrowia w momencie urodzenia: umieralność niemowląt, niska masa urodzeniowa
- profilaktyka, czyli szczepienia
- umieralność dzieci i młodzieży, zgony dzieci w wieku 1-19 lat: główne przyczyny
- leczenie szpitalne dzieci i młodzieży, hospitalizacja dzieci w wieku 1-19 lat: główne przyczyny
- leczenie psychiatryczne dzieci i młodzieży, hospitalizacja i leczenie ambulatoryjne dzieci w wieku 1-19 lat: główne przyczyny
- Nadwaga
- Choroby przewlekłe
- Próchnica zębów
- Dieta wśród nastolatków
- Urazy wymagające pomocy medycznej, w tym leczone szpitalnie
- Wypadki drogowe z udziałem nieletnich

6) Zdrowie subiektywne, w tym zdrowie psychiczne

- Subiektywne dolegliwości zespół dolegliwości (HBSC-Symptom Checklist HBSC-SCL)
- Zadowolenie z życia (drabina Cantrila)
- optymizm (Positive Attitude Scale- PAS)
- Poczucie koherencji (SOC-11)
- Mental health – (General Health Questionnaire-GHQ-12)
- Samoocena (Skala Rosenberg'a)

KONSORCJUM „NAUKA I ZDROWIE”



Narodowy Instytut
Zdrowia Publicznego -
Państwowy Zakład Higieny



Centrum
Medyczne
Kształcenia
Podyplomowego
w Warszawie



Uniwersytet
Jagielloński
w Krakowie

- Obraz własnego ciała (Skala Postrzegania Własnego Ciała)

7) Zdrowie seksualne (nastolatki: 15-16, 17-18 lat)

Zachowania seksualne:

- inicjacja seksualna
- współżycie seksualne
- stosowanie antykoncepcji

8) Zachowania zdrowotne

Zachowania prozdrowotne:

- spożywanie śniadań,
- jedzenie warzyw i owoców
- aktywność fizyczna: umiarkowana aktywność - wskaźnik MVPA (Moderate-to-Vigorous Physical Activity - MVPA)
- Zajęcie w wolnym czasie

Zachowania ryzykowne:

- palenie tytoniu,
- picie alkoholu i upijanie się,
- stosowanie środków psychoaktywnych (marihuana, haszysz)
- przemoc rówieśnicza: udział w bójkach, dręczenie (bullying), doświadczanie agresji elektronicznej (cyberbullying)

9) Zdrowie społeczne:

Rodzice/rodzina

- Komunikacja z rodzicami i rodzeństwem
- Monitoring rodzicielski Skala monitoringu rodzicielskiego (*Parental Monitoring*)
- Więzy z rodzicami skróconą wersję skali PBI *Parental Bonding Inventory*
- Zadowolenie z relacji w rodzinie (Skala Dynamiki Rodziny -Family Dynamics Measure II-FDM II)

Rówieśnicy

- relacje z rówieśnikami: bliscy przyjaciele,
- jakość relacji z rówieśnikami: 10-pytaniowa skala rówieśnicza
- skala społecznych kompetencji

KONSORCJUM „NAUKA I ZDROWIE”

- aktywność w organizacjach społecznych

Szkoła

- Subiektywna ocena własnych wyników w nauce
- Obciążenie nauką: stres szkolny
- Stosunek do szkoły
- Wsparcie ze strony innych uczniów,
- Relacje z nauczycielami
- Klimat szkoły

10) Edukacja

- Upowszechnienie wychowania przedszkolnego
- Uczniowie szkół ponadgimnazjalnych: edukacja młodzieży w wieku 15-19 lat
- Wskaźnik NEET, czyli udział procentowy młodzieży w wieku 15-19 lat, która nie uczy się, nie pracuje i nie doszkała się.
- Osiągnięcia szkolne, czyli średnia punktację z testu PISA w czytaniu, matematyce i naukach przyrodniczych

KONSORCJUM „NAUKA I ZDROWIE”



Narodowy Instytut
Zdrowia Publicznego -
Państwowy Zakład Higieny



Centrum
Medyczne
Kształcenia
Podyplomowego
w Warszawie



Uniwersytet
Jagielloński
w Krakowie

5. Bibliografia

1. Asadi-Lari M, Packham C, Gray D (2003). *Need for redefining needs*, Health and Quality of Life Outcomes, 1: 34. Open Access at BioMed.com. Dok.elektr. Dostęp na; <http://www.hqlo.com/content/1/1/34>
2. Australian Institute of Health and Welfare (2011). 'Headline Indicators for Children's Health, Development and Wellbeing'. Cat. No. PHE 144. Canberra: AIHW, p. 64.
3. Barrett JR. (2010), *A Marked Disadvantage: Rapid urbanization and mortality of young children in Nigeria*, Environmental Health Perspectives, 118 (5); 118–259.
4. Bhatia SK, Bhatia SC (2007). *Childhood and Adolescent Depression*, American Family Physician, 75 (1). 73–80.
5. Brown D et al. (2011). *A Summary of Global Routine Immunization Coverage Through 2010*, The Open Infectious Diseases Journal, 5, 115–117.
6. Children's Society Quarterly Surveys. Available at: <http://www.childrensociety.org.uk/what-we-do/research/well-being/background-programme/quarterly-surveys>
7. The Children's Society (2012). *The Good Childhood Report 2012: A review of our children's well-being*. Available at: http://www.childrensociety.org.uk/sites/default/files/tcs/good_childhood_report_2012_final.pdf5
8. Cohen, E., B. McAlister Groves and K. Kracke (2009). 'Understanding Children's Exposure to Violence. Moving From Evidence to Action', *Children Exposed to Violence Issue Brief No. 1*. North Bethesda, MD: Safe Start Center.
9. Corburn, J (2007), *Urban Land Use, Air Toxics and Public Health: Assessing hazardous exposures at the neighborhood scale*. Environmental Impact Assessment Review, 27 (2), 145–160.
10. Currie, C., C. Zanotti, A. Morgan, et al.(2012). Social Determinants of Health and Well-being among Young People. *Health Behaviour in School-aged Children(HBSC) Study: International report from the 2009/2010 survey*. Copenhagen: World Health Organization
11. Currie C, Inchley J, Molcho M. i in. (2014) Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study protocol: Background, methodology and mandatory items for the 2013/14 Survey. St. Andrews University, Scotland, UK
12. de Neubourg, C., Bradshaw, J., Chzhen, Y., Main, G., Martorano, B. and Menchini, L. (2012) *Child Deprivation, Multidimensional Poverty and Monetary Poverty in Europe*, Innocenti Working Paper, IWP-2012-02, UNICEF Innocenti Research Centre, Florence, Italy

KONSORCJUM „NAUKA I ZDROWIE”



Narodowy Instytut
Zdrowia Publicznego -
Państwowy Zakład Higieny



Centrum
Medyczne
Kształcenia
Podyplomowego
w Warszawie



Uniwersytet
Jagielloński
w Krakowie

13. Falkowska E, Telusiewicz-Pacak A. (red.) (2013), *Dzieci w Polsce. Dane, liczby, statystyki*. Warszawa: Polski Komitet Narodowy UNICEF.
14. Goldfeld, S., M. Sayers, S. Brinkman, S. Silburn and F. Oberklaid (2009). 'The Process and Policy Challenges of Adapting and Implementing the Early Development Instrument in Australia', *Early Education and Development*. Vol. 20 No.6: 979.
15. Główny Urząd Statystyczny (2011). *Stan zdrowia ludności Polski w 2009 r. Informacje i opracowania statystyczne*. Warszawa: Zakład Wydawnictw Statystycznych GUS.
16. Hartley J, Levin K, Currie C. (2015) *A new version of the HBSC Family Affluence Scale – FAS III: Scottish Qualitative Findings from the international FAS development study*. Child Indicators Research, Open Access at Springerlink.com DOI: 10.1007/s12187-015-9325-3
17. HarvestPlus, 'Nutrients: What is hidden hunger?', - dok.elektr. www.harvestplus.org/content/nutrients
18. Hertzman, C. and J. Bertrand (2007). 'Children in Poverty and the Use of Early Development Instrument Mapping to Improve Their Worlds', *Pediatrics and Child Health*. Vol. 12(8): 687–692. Dostęp: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2528797/>
19. Falkowska E, Telusiewicz-Pacak A, (red.) (2013), *Dzieci w Polsce. Dane, liczby, statystyki*. Warszawa: Polski Komitet Narodowy UNICEF.
20. Institute of Health Equity (2012). 'An Equal Start: Improving outcomes in children's centres: The evidence review'. London: Department of Epidemiology and Public Health, University College London
21. Konwencja o prawach dziecka (UNCRC – United Nations Convention on the Rights of the Child), przyjęta przez Zgromadzenie Ogólne Narodów Zjednoczonych dnia 20 listopada 1989 r., Dz.U. 1991 nr 120 poz. 526.
22. Margolin G. and E. B. Gordis (2004). *Children's Exposure to Violence in the Family and Community*, Current Directions in Psychological Science, 13 (4), 152-155. Dok.elektr. Dostęp: http://www.psy.miami.edu/faculty/dmessenger/c_c/rsrscs/rdgs/peers_social_general/margolin.exposure2violence.curdir.04.Pdf
23. Malinowska-Cieślik M, Balcerzak B, Mokrzycka A, Kowalska I, Scibor M, (2012). Ocena prewencji urazów i promocji bezpieczeństwa dzieci i nastolatków w Polsce. *Zdrowie Publiczne i Zarządzanie* 10 (A), 80-94.
24. Mazur J, Małkowska-Szkućnik A, (red.) (2011) *Wyniki badań HBSC 2010. Raport techniczny*. Warszawa: Instytut Matki i Dziecka.
25. Mazur J. (red.) (2015). *Zdrowie i zachowania zdrowotne młodzieży szkolnej w Polsce na tle wybranych uwarunkowań socjodemograficznych. Wyniki badań HBSC 2014*. Warszawa Instytut Matki i Dziecka,

KONSORCJUM „NAUKA I ZDROWIE”



Narodowy Instytut
Zdrowia Publicznego -
Państwowy Zakład Higieny



Centrum
Medyczne
Kształcenia
Podyplomowego
w Warszawie



Uniwersytet
Jagielloński
w Krakowie

26. Mazur J. (red.) (2015). *Zdrowie i zachowania zdrowotne młodzieży szkolnej w Polsce na tle wybranych uwarunkowań socjodemograficznych. Wyniki badań HBSC 2014*. Warszawa Instytut Matki i Dziecka,
27. Mazur J, Malinowska-Cieślik M, (2014). Wstęp. *Zdrowie Publiczne i Zarządzanie* 12 (A), 1-2
28. Moore, K., Jones N, Broadbent E. (2008). *School Violence in OECD Countries, Working: Plan Limited*. UK. Dok. Elektr. Dostęp: http://stop-bullying.sch.gr/wp-content/uploads/2014/08/sxoliki_via_stis_xwres_tou_oosa.pdf
29. Newacheck PW, Hughes DC, Yun-Yi Hung YY, Wong S, Stoddard JJ (2000) *The Unmet Health Needs of America's Children* PEDIATRICS. 105 (4), 989-997
30. Ruel MT, James LG, Lawrence H (2008). *Rapid Urbanization and the Challenges of Obtaining Food and Nutrition Security, W: Nutrition and Health in Developing Countries*, 2nd ed., edited by Richard D. Semba and Martin W. Bloem, Humana Press, Totowa, N.J., 646
31. Sierostawski J, *Używanie alkoholu i narkotyków przez młodzież szkolną. Raport z ogólnopolskich badań ankietowych zrealizowanych w 2011 roku*. Europejski Program Badań Ankietowych ESPAD, Warszawa, Inst. Psychiatrii i Neurologii
32. Szymańczyk J (red.) (2014) *Zdrowie dzieci i młodzieży. Wybrane zagadnienia*. Studia Biura Analiz Sejmowych Kancelarii Sejmu.. Warszawa Wyd. Sejmowe Kancelarii Sejmu 2 (38).
33. Szymborski J, Jakóbiak K, (red.) (2008) *Zdrowie dzieci i młodzieży w Polsce*. Biuletyn RPO materiały. Zeszyt nr 62 Warszawa: Biuro Rzecznika Praw Obywatelskich.
34. UNICEF Innocenti Research Centre (2007). *Child Poverty in Perspective: An overview of child well-being in rich countries', Innocenti Report Card 7.*: UNICEF Innocenti Research Centre Florence
35. UNICEF United Nations Joint Programme on HIV/AIDS, United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization, United Nations Population Fund, International Labour Organization, World Health Organization and the World Bank (2011). *Opportunity in Crisis: Preventing HIV infection from early adolescence to young adulthood*, UNICEF, New York, 39-41.
36. UNICEF (2012). *Measuring child poverty: New league tables of child poverty in the world's rich countries', Innocenti Report Card 10*. Florence: UNICEF Innocenti Research Centre.
37. UNICEF (2012) *The state of the world's children 2012*, New York; UNICEF, February 2012, 14-24; dok.elektr. www.unicef.org/sowc2012
38. UNICEF (2013). *Child Well-being in Rich Countries: A comparative overview*, Innocenti Report Card 11, UNICEF Office of Research, Florence.
39. UNICEF Office of Research (2013), *Warunki i jakość życia dzieci w krajach rozwiniętych. Analiza porównawcza, Innocenti Report Card 11*, Florencja: UNICEF Office of Research.

KONSORCJUM „NAUKA I ZDROWIE”



Narodowy Instytut
Zdrowia Publicznego -
Państwowy Zakład Higieny



Centrum
Medyczne
Kształcenia
Podyplomowego
w Warszawie



Uniwersytet
Jagielloński
w Krakowie

40. WHO (2001), *Community Health Needs Assessment* Copenhagen WHO Regional Office for Europe EUR/01/5019306
41. WHO (2009). *Global Status Report on Road Safety: Time for action*, World Health Organization, Geneva. Dok. elektr.
<http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/97892415638>
42. WHO, UNICEF, United Nations Population Fund and the World Bank (2010). *Trends in Maternal Mortality: 1990 to 2008 – Estimates developed by WHO, UNICEF, UNFPA, and the World Bank*, World Health Organization, Geneva. Dok. elektr. Dostęp:
http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241500265_eng.pdf

KONSORCJUM „NAUKA I ZDROWIE”



Narodowy Instytut
Zdrowia Publicznego -
Państwowy Zakład Higieny



Centrum
Medyczne
Kształcenia
Podyplomowego
w Warszawie



Uniwersytet
Jagielloński
w Krakowie

CZĘŚĆ D

NARZĘDZIA POMIARU POTRZEB ZDROWOTNYCH OSÓB STARSZYCH NA POZIOMIE LOKALNYM – przegląd literatury

Opracowała:

Katarzyna Szczerbińska

Pracownia Badań nad Starzejącym się Społeczeństwem

Zakład Socjologii Medycyny

Katedra Epidemiologii i Medycyny Zapobiegawczej

Wydział Lekarski

Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum

Kraków, 2016

KONSORCJUM „NAUKA I ZDROWIE”



Narodowy Instytut
Zdrowia Publicznego -
Państwowy Zakład Higieny



Centrum
Medyczne
Kształcenia
Podyplomowego
w Warszawie



Uniwersytet
Jagielloński
w Krakowie

1. Wszechstronna ocena stanu zdrowia i potrzeb zdrowotnych osób starszych

Od czasu gdy Światowa Organizacja Zdrowia wprowadziła definicję zdrowia jako szeroko pojętego ogólnego dobrostanu, oczekiwanym wynikiem zdrowotnym procedur medycznych jest nie tylko zwalczanie choroby, ale poprawa ogólnego funkcjonowania człowieka w jego środowisku życia [Karski,1999]. Rosnące zainteresowanie taką koncepcją zdrowia spowodowało rozwój kwestionariuszy, które obok oceny stanu zdrowia somatycznego i psychicznego zajmują się również warunkami życia, sytuacją materialną i wsparciem środowiska dla osób badanych [Fillenbaum, 1987]. W ostatnich latach kwestionariusze kompleksowej oceny znajdują coraz szersze zastosowanie zarówno w badaniach klinicznych w celu wczesnego wykrywania określonych problemów geriatrycznych (CGA- Comprehensive Geriatric Assessment- kompleksowa ocena geriatryczna- k.o.g.), jak i w badaniach populacyjnych, epidemiologicznych oraz w celu racjonalnego planowania odpowiednich świadczeń.

Problemy dotyczące zdrowia populacji ludzi starszych zwykle wykraczają poza zakres dziedzin ściśle związanych z medycyną. Co więcej, wobec braku możliwości wyleczenia chorób przewlekłych w wieku podeszłym istotnego znaczenia nabiera ogólne funkcjonowanie osób starszych w środowisku ich życia. Nie tyle stan zdrowia, co stan funkcjonowania decyduje też o stopniu ich niezależności i zakresie pomocy jakiej wymagają.

Powszechnie uważa się, że narzędzia wieloczynnikowej oceny jakości życia osób starszych powinny z zasady obejmować siedem następujących obszarów:

1. samodzielność w zakresie czynności życia codziennego (ADL-activities of daily living);
2. zdrowie somatyczne;
3. zdrowie psychiczne;

KONSORCJUM „NAUKA I ZDROWIE”



Narodowy Instytut
Zdrowia Publicznego -
Państwowy Zakład Higieny



Centrum
Medyczne
Kształcenia
Podyplomowego
w Warszawie



Uniwersytet
Jagielloński
w Krakowie

4. środowisko społeczne;
5. sytuację materialną;
6. warunki życia;
7. poziom obciążeń osób sprawujących opiekę [Fillenbaum, 1987].

Pierwsze trzy czynniki (samodzielność w zakresie czynności życia codziennego, zdrowie somatyczne i zdrowie psychiczne) wpływają bezpośrednio na fizyczne funkcjonowanie jednostki. Czynniki czwarty i piąty (środowisko społeczne i sytuacja materialna) decydują o pozycji człowieka starego w lokalnej społeczności i środowisku rodzinnym oraz o jego statusie ekonomicznym. Dwa ostatnie (warunki życia ludzi w wieku podeszłym i poziom obciążeń osób sprawujących nad nimi opiekę) decydują o utrzymaniu zdolności osób starszych do życia w środowisku rodzinnym i domowym. Wszystkie wymienione domeny funkcjonowania człowieka kształtują jakość jego życia i szeroko pojętego zdrowia. Każdy ze wskazanych powyżej obszarów można podzielić na kilka składowych. Kwestionariusze oceny wieloczynnikowej w zasadzie powinny, ale nie zawsze obejmują każdą z nich.

Sprawność w zakresie czynności życia codziennego okazała się kluczowa dla utrzymania niezależności i zdolności do samodzielnego pozostawiania osób starszych w środowisku domowym. Jej pomiar zwykle skupia się na ocenie sprawności w czynnościach podstawowych (tj. mycie się, wstawanie z łóżka, chodzenie, spożywanie posiłków) i złożonych (tj. sprzątanie mieszkania, rozporządzanie pieniędzmi, telefonowanie, przygotowywanie posiłków).

Ocena stanu zdrowia somatycznego i jego wpływu na zdolność funkcjonowania jednostki w kwestionariuszach oceny wieloczynnikowej zasadniczo skupia się na:

KONSORCJUM „NAUKA I ZDROWIE”



Narodowy Instytut
Zdrowia Publicznego -
Państwowy Zakład Higieny



Centrum
Medyczne
Kształcenia
Podyplomowego
w Warszawie



Uniwersytet
Jagielloński
w Krakowie

- subiektywnej samoocenie stanu zdrowia;
- stwierdzeniu obecności określonych objawów somatycznych;
- ustaleniu rozpoznanych schorzeń;
- określeniu zażywanych leków;
- ocenie poziomu aktywności fizycznej;
- ocenie korzystania ze świadczeń medycznych;
- pomiarze niesprawności (przy zastosowaniu takich wskaźników jak liczba dni pozostawania w niesprawności w określonym odstępie czasu lub liczba dni spędzonych w łóżku w ciągu roku).

W kwestionariuszach często jest umieszczane pytanie o samoocenę swojego zdrowia. Okazało się, bowiem, że ma ono dużą wartość prognostyczną. Stwierdzono 2-3-krotnie większą umieralność osób, które oceniają swój stan zdrowia jako zły względem tych, które określają go jako nadzwyczaj dobry [Kaplan i Camacho, 1983]. Postrzegany przez badanego stan zdrowia, bardziej niż stwierdzenie występowania określonych objawów choroby, pozwala przewidzieć konieczność korzystania z opieki zdrowotnej [Goldstein i in., 1984].

Ocena zdrowia psychicznego zazwyczaj dotyczy:

- sprawności umysłowej w zakresie funkcji poznawczych;
- obecności objawów wskazujących na zaburzenia psychiatryczne [Parkerson i in., 1981; Bond, 1980];
- subiektywnej oceny stanu emocjonalnego (emotional wellbeing) [Lawton i in., 1982; Fillenbaum, 1988].

KONSORCJUM „NAUKA I ZDROWIE”



Narodowy Instytut
Zdrowia Publicznego -
Państwowy Zakład Higieny



Centrum
Medyczne
Kształcenia
Podyplomowego
w Warszawie



Uniwersytet
Jagielloński
w Krakowie

Należy podkreślić, że o ile istnieje powszechne przekonanie co do konieczności ustalenia obecności zaburzeń funkcji poznawczych, o tyle nie ma jednolitego stanowiska co do zakresu szczegółowych badań innych obszarów zdrowia psychicznego. I tu kwestionariusze istotnie różnią się zawierając pytania dotyczące stanu ducha (morale) [Parkerson i in., 1981; Lawton i in., 1982], zadowolenia z życia [Gurland i in., 1977], nastroju lub objawów depresji [Gurland i in., 1977; Golden i in., 1984], psychozy i nerwicy. Niektóre z nich pozwalają nawet na postawienie diagnozy choroby psychicznej [Bond, 1980; Gurland i in., 1982], chociaż nie jest to konieczne dla ogólnej oceny funkcjonowania człowieka w starszym wieku.

Ocena wpływu środowiska społecznego na funkcjonowanie osób starszych skupia się na określeniu:

- zakresu i stopnia zadowolenia z kontaktów z rodziną i znajomymi oraz
- zakresu w jakim rodzina lub znajomi udzielają pomocy i są gotowi jej udzielić w razie potrzeby.

Satysfakcjonujące relacje z rodziną i znajomymi są ważnym elementem jakości życia. Stwierdzono, że mogą one chronić przed pogorszeniem stanu zdrowia. W analizie wsparcia społecznego dla osób starszych najbardziej istotną okazała się liczba dających zadowolenie kontaktów z co najmniej czterema osobami [Donald i in., 1978].

Zasadniczym celem zbierania danych na temat sytuacji materialnej osoby starszej jest określenie czy uzyskiwane przez niego dochody są odpowiednie. Zdefiniowanie „odpowiedniego” dochodu sprawia jednak pewne trudności. Dlatego też w ocenie statusu ekonomicznego osób badanych sięga się po dane obiektywne jak:

- dochód miesięczny lub roczny w przeliczeniu na osobę w rodzinie (tzw. dochód rozporządzalny);

KONSORCJUM „NAUKA I ZDROWIE”



Narodowy Instytut
Zdrowia Publicznego -
Państwowy Zakład Higieny



Centrum
Medyczne
Kształcenia
Podyplomowego
w Warszawie



Uniwersytet
Jagielloński
w Krakowie

- porównanie aktualnych dochodów z ich wcześniejszym poziomem oraz z zarobkami osób w wieku produkcyjnym (np. z przeciętną płacą w gospodarce);
- wielkość wydatków na mieszkanie, żywność, leczenie;
- korzystanie z zasiłków;

oraz informacje subiektywne np.:

- samoocenę radzenia sobie z wydatkami bieżącymi i nagłymi;
- porównanie własnej sytuacji materialnej z sytuacją innych osób oraz
- zgłaszanie potrzeby poprawy własnej sytuacji materialnej.

Na funkcjonowanie osób starszych w środowisku wpływają również warunki ich życia oraz obecność i kondycja osób stale nimi się opiekujących. W ostatnich latach dostrzeżono rolę opiekunów rodzinnych i powstały narzędzia oceny ich obciążeń jak również pozytywnych aspektów sprawowania opieki. Przykładem jest opracowany w ramach międzynarodowego projektu COPE-Index, który może służyć jako narzędzie oceny negatywnych i pozytywnych aspektów sprawowania opieki przez opiekunów rodzinnych [McKee i in., 2003].

Wiele niesprawnych osób może pozostawać w środowisku domowym tylko dzięki pomocy jaką otrzymuje od rodziny, przyjaciół lub opiekunów będących pracownikami pomocy społecznej. Dlatego też w niektórych narzędziach uwzględnia się ocenę wpływu sprawowania opieki na jakość życia opiekunów, co jest istotne w planowaniu dla nich wsparcia. Opiekunów uważa się jako instytucję odgrywającą ważną rolę w podtrzymywaniu osób starszych w środowisku [Lamura i in., 2008; Wojszel i in., 2000]. W badaniach podkreśla się konieczność stosowania narzędzi oceniających zarówno negatywne jak i pozytywne skutki sprawowania przez nich opieki [Balducci i in., 2008]. W ramach międzynarodowego projektu

KONSORCJUM „NAUKA I ZDROWIE”



Narodowy Instytut
Zdrowia Publicznego -
Państwowy Zakład Higieny



Centrum
Medyczne
Kształcenia
Podyplomowego
w Warszawie



Uniwersytet
Jagielloński
w Krakowie

EUROFAMCARE wykazano, że w Polsce obciążenie opiekunów jest najwyższe w porównaniu z innymi krajami [Bień i in., 2008, 2008a].

Ocena warunków życia osób starszych powinna obejmować:

- stopień dostosowania mieszkania do potrzeb związanych ze stanem zdrowia i sprawności;
- zapewnienie prywatności w mieszkaniu;
- stopień bezpieczeństwa zamieszkiwanej przez badanego okolicy;
- łatwość dostępu do niezbędnych usług (do sklepu, ośrodka zdrowia, apteki itp.).

Ocena potrzeb zdrowotnych powinna uwzględniać również ocenę dostępności opieki zdrowotnej i pomocy społecznej w kontekście:

- istnienia świadczeń na rynku (osiągalności świadczeń);
- stopnia poinformowania o istnieniu określonych świadczeń;
- dostępności świadczeń: terytorialnej (odległość do najbliższej poradni lekarza rodzinnego, specjalistycznej, apteki, szpitala); organizacyjnej (system rejestracji), kosztowej (koszt świadczenia; stopień dofinansowania); czasowej (czas oczekiwania na świadczenie).

W Polsce zagadnienia te były przedstawiane w opracowaniach Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia (CSIOZ) [Halik i in., 2000], Instytutu Spraw Publicznych [Halik, 2002], były analizowane w powtarzanych przez Centrum Badania Opinii Społecznej badaniach opinii publicznej [CBOS, 2000, 2016], jak również przez zespół Uniwersytetu Medycznego w Łodzi [Kardas i Ratajczyk-Pakalska, 2002, 2002a]. Natomiast ewolucja dostępności świadczeń opieki zdrowotnej i pomocy społecznej dla osób starszych została szczegółowo opisana w raporcie z badań zrealizowanych w ramach wielośrodkowego projektu CLESA [Szczurbińska, 2006].

KONSORCJUM „NAUKA I ZDROWIE”



Narodowy Instytut
Zdrowia Publicznego -
Państwowy Zakład Higieny



Centrum
Medyczne
Kształcenia
Podyplomowego
w Warszawie



Uniwersytet
Jagielloński
w Krakowie

2. Metody oceny samodzielności w zakresie czynności życia codziennego - *Indeks podstawowych (ADL) i złożonych (IADL) czynności życia codziennego*

Indeks ADL (Activity of Daily Living) został skonstruowany w celu klinicznej oceny stanu sprawności ludzi starszych w zakresie podstawowych czynności życiowych i stopnia ich zależności od innych osób [Katz i in., 1963; 1970; Katz i Akpom, 1976; Tobiasz-Adamczyk, 2000]. Uważa się, że upośledzenie czynności podstawowych takich jak mycie się, ubieranie, korzystanie z toalety, przemieszczanie się po mieszkaniu, kontrola czynności wydalniczych i spożywanie posiłków (mierzonych indeksem ADL) oznacza poważną niesprawność, która powoduje zależność od innych osób i często uniemożliwia samodzielne zamieszkiwanie w środowisku domowym. Samodzielność w zakresie ADL stanowi o tym, czy osoba badana wymaga stałej opieki osób trzecich.

Z kolei indeks IADL (Instrumental Activity of Daily Living) [Lawton i in., 1982] określa sprawność osób starszych w zakresie złożonych czynności życia codziennego takich, jak prowadzenie rozmów telefonicznych, samodzielne posługiwanie się pieniędzmi, robienie zakupów, korzystanie z różnych form transportu (w tym publicznego), sprzątanie, przygotowywanie posiłków, przyjmowanie leków. Są to czynności, których wykonanie jest warunkiem zdolności do samodzielnego życia w domu. Utrata funkcji w zakresie IADL nie przekreśla możliwości samodzielnego zamieszkiwania, jednak wyznacza obszar pomocy jaka musi być udzielona przez opiekunów, aby pozostanie osoby niesprawnej w środowisku domowym było możliwe.

KONSORCJUM „NAUKA I ZDROWIE”



Narodowy Instytut
Zdrowia Publicznego -
Państwowy Zakład Higieny



Centrum
Medyczne
Kształcenia
Podyplomowego
w Warszawie



Uniwersytet
Jagielloński
w Krakowie

Podstawowa różnica pomiędzy indeksami ADL i IADL polega na tym, że ADL kładzie nacisk na wykrywanie dużej podstawowej dla życia niesprawności, która powoduje nieodwołalną zależność od innych. Jest on krytykowany jako nie dość czuły w wychwytywaniu upośledzenia mniejszego stopnia. Natomiast Indeks IADL wykrywa drobniejsze zaburzenia sprawności, które nie są tak podstawowe dla funkcjonowania, ale mają znaczenie prognostyczne ponieważ ujawniają się na długo przed wystąpieniem poważnej niesamodzielności i upośledzają społeczne funkcjonowanie człowieka [McDowell, 2006].

Należy podkreślić, że jak dotąd opracowano wiele skal pomiaru ADL i IADL. Rozwój tych skal przebiegał spontanicznie i często nie był poparty badaniem trafności i rzetelności. W efekcie istnieje wiele tego typu skal o niepewnej wiarygodności. Najbardziej sprawdzone są skale zwykle adresowane do wąskiej grupy osób niesprawnych np. Indeks Barthel (dla osób po udarze mózgu), Stanford Arthritis Center Health Assessment Questionnaire (dla osób ze zmianami zwyrodnieniowo-zapalnymi stawów [Bowling, 2001]. W badaniach populacyjnych stosuje się wiele modyfikacji skal ADL i IADL.

Krótki czas badania i ogromna łatwość pomiaru zdecydowały o praktycznej przydatności skal ADL. Niewątpliwie najbardziej popularnymi są Indeksy ADL Katz'a i IADL Lawton'a. Pomimo braku wystarczających badań walidacji Indeksy te zostały zaakceptowane przez klinicystów jako wiarygodne narzędzia [Abrams i in., 1999] i są najczęściej na świecie stosowanymi testami w celu wykrywania niesamodzielności u osób starszych zwłaszcza w badaniach środowiskowych [McDowell, 2006].

KONSORCJUM „NAUKA I ZDROWIE”



Narodowy Instytut
Zdrowia Publicznego -
Państwowy Zakład Higieny



Centrum
Medyczne
Kształcenia
Podyplomowego
w Warszawie



Uniwersytet
Jagielloński
w Krakowie

W Polsce zagadnienia korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej i pomocy społecznej przez osoby starsze były analizowane przez prof. Barbarę Bień w ramach badań własnych prowadzonych w latach 90-tych oraz projektu EUROFAMCARE [Bień 1996; 2002; Bień i in., 2008a]. Analiza czynników determinujących zapotrzebowanie i korzystanie z tych świadczeń była przedmiotem badań przeprowadzonych przez K. Szczerbińską, która wykazała, że niesamodzielność w zakresie ADL jest czynnikiem, który najsilniej zwiększa prawdopodobieństwo korzystania ze świadczeń opiekuńczych [Szczerbińska i in., 2003; Szczerbińska, 2004].

W Polsce system pomocy społecznej przyjął zmodyfikowaną skalę ADL do orzekania o niepełnosprawności uprawniającej do świadczeń w pomocy społecznej. Z kolei NFZ przyjął Indeks Barthel do kwalifikowania pacjentów do opieki długoterminowej [Mahoney i Barthel, 1965; MZ 2010, Dz.U. 255, poz. 1719]. Obecnie w szpitalach NFZ kontraktuje świadczenie kompleksowej oceny geriatrycznej przy użyciu skali VES (Vulnerable Elders Survey) [Saliba i in., 2001]. Skala została zaadaptowana przez Zespół Ekspertów ds. Gerontologii przy Ministerstwie Zdrowia. Jest zalecana do stosowania przez świadczeniodawców w oparciu o wywiad bezpośredni lub przez telefon [Bień i in., 2013].

3. Testy psychologiczne stosowane w rozpoznawaniu otępienia

Począwszy od lat pięćdziesiątych prowadzone są próby znalezienia prostych metod diagnostycznych otępienia odpowiednich dla osób w wieku podeszłym. W wyniku tych poszukiwań powstało wiele krótkich kwestionariuszy stanu psychicznego. Wywodzą się one z powszechnie

KONSORCJUM „NAUKA I ZDROWIE”



Narodowy Instytut
Zdrowia Publicznego -
Państwowy Zakład Higieny



Centrum
Medyczne
Kształcenia
Podyplomowego
w Warszawie



Uniwersytet
Jagielloński
w Krakowie

stosowanych testów psychologicznych tj. testów Wechslera-Bellevue, Ravena, Bentona, Bendera, które w założeniach były jednak konstruowane z myślą o badaniu ludzi młodych. Testy te teoretycznie mogą być pomocne w rozpoznawaniu otępienia jednak są czasochłonne i trudne, a przez to męczące dla osób starszych. Zawierają liczne zadania z limitem czasowym i wymagają długotrwałego skupienia uwagi, a niekiedy także sprawności manualnej. Stąd w trakcie badania osób starszych skalą Wechslera czy Ravena itp. pojawia się wiele błędów. W poszukiwaniu lepszego narzędzia diagnostycznego wybrano tylko niektóre pytania z wymienionych skal tworząc krótsze kwestionariusze, a następnie porównywano uzyskiwane w nich wyniki z diagnozą kliniczną [Blessed i in., 1968]. W ten sposób powstał test Roth-Hopkins. Wyraźne skrócenie testów było możliwe, ponieważ ustalono, że dla rozpoznania otępienia podstawowe znaczenie mają odpowiedzi na pytania o orientację w czasie, miejscu i otoczeniu, łatwe próby pamięciowe i nieskomplikowane działania arytmetyczne. Wprowadzenie prostych pytań i zadań do testów ograniczyło ewentualny wpływ wykształcenia i depresji na ich wyniki. Dzięki temu krótkie kwestionariusze pozwalają na różnicowanie otępienia z zaburzeniami intelektu na tle depresji lub innych zespołów psychotycznych [Reynolds i Gould, 1981]. Wynika to z faktu, że chory nawet z ciężką depresją jest w stanie skupić uwagę na prostych pytaniach i wykonuje test prawidłowo, podczas gdy często odstępuje od wykonania dłuższego testu, co może być mylnie odczytane jako objaw otępienia.

Stwierdzono wiele korzyści wynikających ze stosowania krótkich testów sprawności umysłowej:

- czas badania waha się od kilku do kilkunastu minut;
- nie powodują zmęczenia pacjenta;
- mogą być stosowane przy łóżku chorego;
- interpretacja wyników jest prosta i nie wymaga wiedzy specjalistycznej;

KONSORCJUM „NAUKA I ZDROWIE”



Narodowy Instytut
Zdrowia Publicznego -
Państwowy Zakład Higieny



Centrum
Medyczne
Kształcenia
Podyplomowego
w Warszawie



Uniwersytet
Jagielloński
w Krakowie

- mogą być stosowane przez wszystkich, którzy opiekują się osobami starszymi od lekarza po pielęgniarkę, pracownika socjalnego i opiekunkę;
- ocena ma charakter obiektywny, co oznacza, że test daje taki sam wynik, gdy jest powtarzany przez różne osoby;
- wielokrotne powtarzanie testu daje możliwość porównania stanu pacjenta w odstępach czasu.

Z tych względów krótkie kwestionariusze stanu psychicznego są dzisiaj powszechnie akceptowaną metodą badania ludzi w wieku podeszłym. Możemy wyróżnić trzy grupy testów:

- krótkie, najczęściej 10-cio punktowe, za których pierwowzór posłużył MSQ (Mental Status Questionnaire) [Kahn i in., 1960a], oparte głównie na pytaniach o orientację;
- dłuższe, ale bardziej wszechstronne badające więcej funkcji poznawczych, z których najbardziej znany jest MMSE (Mini-Mental State Examination wg Folstein i in., 1975) oraz MoCA (Montreal Cognitive Assessment [Nasreddine i in., 2005];
- zawierające tzw. "cudowne pytania", które powstały w wyniku selekcji najbardziej diagnostycznych pytań w celu skrócenia do minimum czasu badania, przy zachowaniu jak największej czułości w rozpoznawaniu otępienia i określaniu jego stopnia [Katzman i in., 1983; Rocca, 1987].

Kwestionariusz Stanu Psychicznego MSQ (Mental Status Questionnaire) zawiera 9 pytań badających głównie orientację i pamięć [Kahn i in., 1960a]. Cechuje się zadawalającą trafnością [Kahn i in., 1960a; 1960b] i rzetelnością (0,80 w powtarzaniu testu i 0,68 w metodzie połówkowej) [Wilson i Brass, 1973]. Test MSQ jest punktem wyjścia dla wielu później konstruowanych kwestionariuszy np. SPMSQ

KONSORCJUM „NAUKA I ZDROWIE”



Narodowy Instytut
Zdrowia Publicznego -
Państwowy Zakład Higieny



Centrum
Medyczne
Kształcenia
Podyplomowego
w Warszawie



Uniwersytet
Jagielloński
w Krakowie

(Short Portable Mental Status Questionnaire), który różni się przede wszystkim obecnością prostego odejmowania [Pfeiffer, 1975].

Kolejnym przykładem krótkiego testu jest CAPE/CAS (Clifton Assessment Procedures for Elderly Cognitive Assessment Scale) zawierający 12 pytań badających orientację [Pattie i Gilleard, 1979]. Zwykle jest przeprowadzany łącznie z testem zachowań CAPE/BRS (Clifton Assessment Procedures for Elderly Behaviour Rating Scale) lub w formie CAPE Survey Form, zawierającego 12-pytaniowy test na orientację i wiadomości oraz składającą się z 6 pytań skalę niesprawności fizycznej [Pattie, 1981].

W grupie dłuższych testów wymienia się Krótką Skalę Oceny Stanu Psychicznego MMSE (Mini-Mental State Examination), która bada orientację, zapamiętywanie, uwagę i liczenie, przypomnianie i funkcje językowe. Ponadto zawiera polecenie przerysowania nakładających się pięciokątów, poprzez co bada prakcję konstrukcyjną. Badanie jest obszerniejsze i przez to dłuższe, ale też bardziej czułe (87-90%) i swoiste (80 - 82%) w rozpoznawaniu otępienia o trafności diagnostycznej na poziomie 0,78 wobec skali słownej i 0,66 w stosunku do skali zadaniowej testu inteligencji Wechslera dla dorosłych [Folstein i in., 1975]. Rzetelność w wyniku powtarzania testu ocenia się na 0,83-0,98 po 28 dniach od pierwszego badania [Folstein i in., 1975]. Należy zaznaczyć, że konieczność doświadczenia w prowadzeniu oceny przy użyciu tego testu ogranicza jego zastosowanie w badaniach populacyjnych.

Udoskonaloną wersją testu Folstein jest Krótki Test Stanu Psychicznego (Short Test of Mental Status - STMS), w którym podobnie badane są orientacja, uwaga, uczenie się, liczenie, myślenie abstrakcyjne, wiadomości, rysowanie i przypomnianie [Kokmen i in., 1987; Lemańczyk i Kondracka, 1993].

KONSORCJUM „NAUKA I ZDROWIE”



Narodowy Instytut
Zdrowia Publicznego -
Państwowy Zakład Higieny



Centrum
Medyczne
Kształcenia
Podyplomowego
w Warszawie



Uniwersytet
Jagielloński
w Krakowie

Maksymalny wynik wynosi 38. Przy założeniu progu dla podejrzenia otępienia poniżej 30 punktów czułość i swoistość testu utrzymuje się powyżej 90%.

Z kolei test CCSE (Cognitive Capacity Screening Examination) kładzie duży nacisk na zadania rachunkowe i rozszerza zakres badania pamięci o inne jej aspekty [Jacobs i in., 1977]. Maksymalny wynik wynosi 30 punktów, a wartość poniżej 20 świadczy o możliwości występowania otępienia.

Natomiast Montrealska Skala Oceny Funkcji Poznawczych [MoCA - Montreal Cognitive Assessment] została zaprojektowana przez Z. Nasreddine'a jako przesiewowe narzędzie do wykrywania łagodnych zaburzeń poznawczych (Mild Cognitive Impairment – MCI) [Nasreddine i in., 2005]. Narzędzie to służy do oceny takich funkcji poznawczych jak pamięć krótkotrwała, funkcje wzrokowo-przestrzenne, wykonawcze, językowe, fluencja słowna, uwaga, nazywanie, abstrahowanie i orientacja allopsychiczna [Gierus i in., 2015].

Wśród dłuższych testów wymienia się skalę GMS (Geriatric Mental State), stanowiącą część wieloczynnikowej oceny funkcjonalnej CARE [Bowling, 2005]. GMS charakteryzuje się wysoką trafnością w porównaniu z diagnozą psychiatryczną (wsp. Cohen'a kappa 0,70-0,73) [Copeland i in., 1986; Toner i in., 1988] i rzetelnością na poziomie 0,48-0,85 [Copeland i Gurland, 1978; Henderson i in., 1983], co pozwala na precyzyjne rozpoznanie otępienia i depresji. Wspomniane powyżej testy są jednak obszerne i częściej stosowane w badaniach naukowych niż w praktyce klinicznej.

Do trzeciej grupy zalicza się 6-punktowy test Katzmana (The 6-Item Orientation-Memory-Concentration Test) [Katzman i in., 1983] i DDR (Test Dementia Decision Rule) [Rocca, 1987].

KONSORCJUM „NAUKA I ZDROWIE”



Narodowy Instytut
Zdrowia Publicznego -
Państwowy Zakład Higieny



Centrum
Medyczne
Kształcenia
Podyplomowego
w Warszawie



Uniwersytet
Jagielloński
w Krakowie

Skomplikowany sposób wyliczania współczynników w tym ostatnim dyskwalifikują go jednak jako prostą metodę diagnostyczną w warunkach ambulatoryjnych.

W Polsce w latach 90-tych dużą popularność zyskał Skrócony Test Sprawności Umysłowej (Abbreviated Mental Test Score-AMTS), którego polska wersja została opublikowana w 1997 roku [Favier i Boland, 1997] i zalecona przez Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce i Katedrę Gerontologii i Medycyny Rodzinnej CMUJ do stosowania przez lekarzy rodzinnych w celach przesiewowych. AMTS został opracowany przez Hodkinson [Hodkinson, 1972], a następnie zmodyfikowany przez Qureshi i Hodkinson [Qureshi i Hodkinson, 1974]. Wywodzi się on z Testu Roth-Hopkins, który dobrze koreluje ze zmianami patologicznymi w mózgu stwierdzanymi w badaniu pośmiertnym osób z wcześniej zdiagnozowanym otępieniem [Blessed i in., 1968]. Z tego testu wybrano najbardziej różnicujące pytania, aby z nich ostatecznie złożyć 10 punktowy AMTS. Uzyskano bardzo prostą w użyciu skalę, pozwalającą na skrócenie badania do zaledwie 5 minut. Pytania badają orientację w czasie, odnośnie miejsca i osób oraz zdolność myślenia abstrakcyjnego (liczenie), pamięć świeżą i funkcję przypominania. Badany za każdą prawidłową odpowiedź otrzymuje 1 punkt. Maksymalny wynik wynosi 10, a punkt odcięcia różni się w wielu badaniach od 6 do 10-ciu [Jitapunkul i in., 1991]. Jitapunkul przeprowadził badanie porównując wyniki AMTS z diagnozą lekarską otępienia stawianą na podstawie kryteriów rozpoznawczych Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego zawartych w DSM-III-R (III-Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-Revised) i stwierdził, że najlepszym punktem odcięcia (tzn. granicą pomiędzy normą i patologią) jest wynik 8 punktów.

Trafność diagnostyczną testu badano porównując go z kliniczną diagnozą otępienia mieszkańców zakładów opiekuńczych i wynikami skali Crichton Royal Behaviour Rating Scale [Vardon i Blessed, 1986]. Stwierdzono, że wyniki uzyskiwane w AMTS dobrze korelują (0,87-0,96) z wynikami innych dłuższych

KONSORCJUM „NAUKA I ZDROWIE”



Narodowy Instytut
Zdrowia Publicznego -
Państwowy Zakład Higieny



Centrum
Medyczne
Kształcenia
Podyplomowego
w Warszawie



Uniwersytet
Jagielloński
w Krakowie

testów [Qureshi i Hodkinson, 1974]. Potwierdzono to również w porównaniu z Testem Roth Hopkins [Thompson i Blessed, 1987]. Wykazano wysoką czułość i swoistość skali AMTS, a dokładność rozpoznania wyrażona proporcją prawidłowo postawionych rozpoznań przy użyciu testu wyniosła 91,1% [Jitapunkul i in., 1991]. Wade określił AMTS jako test najlepiej oddający obraz zmian neuropatologicznych w mózgu [Wade, 1992]. Na tej podstawie test ten uważany jest za jeden z najlepszych do stosowania przez praktyków w celu wykrywania zaburzeń funkcji poznawczych u osób starszych.

W diagnozowaniu otępienia przydatne okazały się również test serii (Set Test) [Isaacs i Kennie, 1973] polegający na wymienianiu przez badanego po 10 nazw kolorów, zwierząt, owoców i miast oraz test „twarz-ręka” polegający na lokalizowaniu przez badanego jednoczesnego dotyku w dwóch miejscach przy zamkniętych oczach [Fink i in., 1952].

Inne podejście do oceny zaburzeń funkcji poznawczych zaprezentowano w Teście Rysowania Zegara (CDT- Clock Drawing Test), w którym prosi się badanego o umieszczenie godzin na tarczy zegara, a następnie narysowanie wskazówek na podanej godzinie. Interpretacja wyniku testu wymaga pewnego doświadczenia. Uważa się, że test ten oceniany w skali Schulmana wspólnie z MMSE są najlepszym zestawem do przesiewowych badań w kierunku choroby Alzheimera [Łuczywek, 2004].

Przedstawiony powyżej zestaw zaledwie wybranych testów wskazuje na możliwość dużego wyboru. Najczęstsze zarzuty dotyczą małej czułości zwłaszcza najprostszych testów w wykrywaniu lżejszych przypadków otępienia. Największym walorem krótkich kwestionariuszy jest jednak to, że w czasie kilku minut pozwalają lekarzowi lub innemu pracownikowi ochrony zdrowia ustalić podejrzenie

KONSORCJUM „NAUKA I ZDROWIE”



Narodowy Instytut
Zdrowia Publicznego -
Państwowy Zakład Higieny



Centrum
Medyczne
Kształcenia
Podyplomowego
w Warszawie



Uniwersytet
Jagielloński
w Krakowie

otępienia lub je wykluczyć. Przeprowadzenie testu stanowi tym samym punkt wyjścia do dalszego postępowania diagnostycznego i ewentualnego podjęcia leczenia.

Należy podkreślić, że nie istnieje jeden najlepszy kwestionariusz. Spośród wielu przedstawionych wyżej testów w Polsce najczęściej stosowane i polecane praktykom są MMSE, AMTS, MoCA, Test Rysowania Zegara (CDT). Najczęściej stosowany jest MMSE, jednak wbrew założeniom twórców tej skali wiek, płeć, wykształcenie i poziom inteligencji sprzed choroby wyraźnie wpływają na sposób wykonania poszczególnych zadań w teście, dlatego wynik wymaga skorygowania zależnie od wspomnianych zmiennych. Interpretacja wyników jest następująca: prawidłowe wykonanie tych testów wyklucza możliwość otępienia, zaś nieprawidłowy – poniżej określonego kryterium – wynik nie przesądza o rozpoznaniu otępienia, ale jest wskazaniem do pogłębienia diagnostyki w tym kierunku. Należy dodać, że najczęściej zaburzenia dotyczą funkcji przypominania, dlatego w badaniach epidemiologicznych zamieszczenie prośby o przypomnienie słów, które wcześniej podano pozwala wskazać osoby zdrowe bez zaburzeń funkcji poznawczych.

4. Testy psychologiczne stosowane w rozpoznawaniu depresji

Depresja jest chorobą psychiczną najczęściej spotykaną u osób starszych. Jej występowanie często powiązane jest z obecnością nowotworu, chorób układu krążenia, układu ruchu i układu nerwowego. Bywa też odpowiedzią na negatywne bilansowanie życia i niekorzystną zmianę sytuacji życiowej. Często skutkuje pogorszeniem stanu zdrowia i zwiększa zapotrzebowanie na różne formy opieki w ramach ochrony zdrowia. Z tego względu w badaniach potrzeb zdrowotnych zazwyczaj umieszcza się pytania o zaburzenia nastroju.

KONSORCJUM „NAUKA I ZDROWIE”



Narodowy Instytut
Zdrowia Publicznego -
Państwowy Zakład Higieny



Centrum
Medyczne
Kształcenia
Podyplomowego
w Warszawie



Uniwersytet
Jagielloński
w Krakowie

Testy stosowane w rozpoznawaniu objawów depresji można podzielić na te, które wymagają samodzielnego wypełnienia i przez to są trudne do wykonania przez osoby starsze oraz takie, które przeprowadzane są przez osobę prowadzącą wywiad. Skale depresji zawierają pytania o osiowe objawy depresji tj. zaburzenia nastroju, napędu psychoruchowego i rytmów biologicznych oraz inne towarzyszące jej objawy somatyczne i psychiczne. Poniżej omówiono najczęściej wymieniane w literaturze naukowej skale pomocne w rozpoznawaniu depresji.

- Skala depresji Zung'a (Zung Self-Rating Depression Scale-SDS) [Zung,1965] – jest krótka i prosta jednak wymaga samodzielnego wypełnienia, co powoduje zdecydowanie mniejsze zastosowanie u osób starszych [Bowling, 2001]. Przyczyną tych, pojawiających się u około 40% badanych, trudności są problemy w zakresie widzenia (28%), czytania i pisania (9%) oraz brak motywacji do wypełnienia (34%) [Toner i in., 1988]. Poza tym badanie skupia się na somatycznych objawach depresji, które w wyniku wielochorobowości częściej są zgłaszane przez ludzi w wieku podeszłym także w przebiegu innych chorób, wpływając na ostateczny wynik badania [Kasznik i Allender, 1985].
- Skala depresji Montgomery-Asberg (Montgomery-Asberg Depression Rating Scale) [Montgomery i Asberg, 1979] – również wymaga samodzielnego wypełnienia, co stanowi pewną barierę dla ludzi starych, a jej rzetelność [Bowling, 2001] i czułość [Cooper i Fairburn, 1986] nie zostały wystarczająco potwierdzone.
- Skala depresji Hamilton'a (HDRS-Hamilton Depression Rating Scale) [Hamilton, 1967]– jest najszerszej stosowanym testem, także w badaniach depresji u osób starszych [Abrams, 1999]. Jednak jak wiele skal nie może być stosowana do rozpoznawania depresji, a jedynie do oceny

KONSORCJUM „NAUKA I ZDROWIE”



Narodowy Instytut
Zdrowia Publicznego -
Państwowy Zakład Higieny



Centrum
Medyczne
Kształcenia
Podyplomowego
w Warszawie



Uniwersytet
Jagielloński
w Krakowie

stopnia jej ciężkości po uprzednio klinicznie ustalonej diagnozie [Bowling, 2001]. Stwierdzono wysoką trafność diagnostyczną (0,70) w porównaniu z innymi testami [Hamilton, 1976], jednak częste występowanie dolegliwości somatycznych i bezsenności u osób starszych może istotnie wpływać na wynik testu i zawyżać częstość stwierdzanej tą metodą depresji [Williams, 1984].

- Beck Depression Inventory Scale [Beck i in., 1961] – skupia się tylko na ocenie objawów depresji pomijając inne objawy psychiczne np. lęku. Jest skuteczna w ocenie depresji u osób starszych [Gallagher i in., 1982]. Podobnie jednak jak skala Hamilton'a nie może być stosowana do jej rozpoznawania. Bada jedynie nasilenie rozpoznanej klinicznie depresji.
- Skala lęku i depresji w szpitalu (HAD-Hospital Anxiety and Depression Scale) [Zigmond i Snaith, 1983] – jest adresowana do osób chorych w trakcie leczenia lub hospitalizacji w celu monitorowania wyników leczenia i wykrywania małych zaburzeń psychiatrycznych. W dotychczasowych badaniach udowodniono jej trafność i rzetelność, chociaż nadal wymagają one potwierdzenia [Bowling, 2001].
- Skala objawów lęku i depresji (SAD) [Bedford i in., 1976] – jest coraz częściej stosowana u ludzi w wieku podeszłym [Vetter i in., 1982], jednak jej trafność wymaga dokładniejszego zbadania [Bowling, 2001].
- Kwestionariusz ogólnego stanu zdrowia Goldberg'a (General Health Questionnaire) [Goldberg, 1978] jest szeroko stosowaną skalą w celu wykrywania zaburzeń psychicznych, a zwłaszcza lęku i depresji w różnych grupach badanych. Znalazł zastosowanie w badaniach osób starszych, chociaż mogą mieć one trudności związane z wypełnianiem testu. Trafność i rzetelność kwestionariusza są porównywalne z innymi testami stworzonymi przede wszystkim do oceny depresji.
- Geriatric Mental State (GMS) – obejmuje ocenę objawów depresji i otępienia osób starszych w ramach omówionego powyżej obszernego systemu oceny wieloczynnikowej CARE. Pozwala

KONSORCJUM „NAUKA I ZDROWIE”



Narodowy Instytut
Zdrowia Publicznego -
Państwowy Zakład Higieny



Centrum
Medyczne
Kształcenia
Podyplomowego
w Warszawie



Uniwersytet
Jagielloński
w Krakowie

precyzyjnie postawić diagnozę tych chorób jednak ze względu na długość badania (30-45 minut) zwykle stosowany jest tylko w badaniach naukowych.

Spośród wszystkich powyżej omówionych skal pomiaru depresji najbardziej rekomendowaną do przesiewowego badania osób starszych, zwłaszcza w badaniach populacyjnych jest Geriatryczna Skala Oceny Depresji- GSOD (Geriatric Depression Scale autorstwa Yesavage).

Geriatryczna Skala Oceny Depresji- GSOD (*Geriatric Depression Scale*) [Yesavage i in., 1983] została opracowana w 1983 roku przez Yerome A. Yesavage w ramach badania wykonanego dla Medical Research Services of Veterans Administration, National Institute on Aging oraz National Institute of Mental Health w USA. Powstała w wyniku wybrania 30-tu pytań spośród stu zwykle zadawanych w procesie rozpoznawania depresji. Zasadnicze badanie trafności skali przeprowadzono porównując wyniki testu z diagnozą kliniczną postawioną na podstawie Kryteriów Diagnostycznych w Badaniach Depresji (RDC - Research Diagnostic Criteria for Depression; Spitzer i in. 1975) [Spitzer i in., 1978; Yesavage i in., 1983]. W ramach tego samego badania skalę GSOD porównywano ze skalą depresji Hamilton'a (HDRS) oraz skalą Zung'a. Stwierdzono, że wyniki każdej z powyższych trzech skal wysoko korelowały z liczbą objawów stwierdzanych wg Kryteriów Diagnostycznych w Badaniach Depresji. W przypadku gdy, badanie dotyczy ludzi w wieku podeszłym, GSOD podobnie jak i HDRS istotnie bardziej korelują z tymi kryteriami niż skala Zung'a. Natomiast czułość (90%) i swoistość (80%) GSOD w wykrywaniu depresji okazały się wyższe niż przypadku pozostałych skal. W badaniu tym stwierdzono również wysoką rzetelność wyrażoną spójnością na poziomie ($\alpha=0,94$), metodą połówkową ($r=0,94$) i powtarzalnością testu ($r=0,85$) [Yesavage i in., 1983]. Trafność i rzetelność Geriatrycznej Skali Oceny Depresji zostały wielokrotnie potwierdzone także w późniejszych badaniach [Sheikh i Yesavage, 1986; Sorensen i in., 1998; Sheikh i in., 1991; Montorio i Izal,

KONSORCJUM „NAUKA I ZDROWIE”



Narodowy Instytut
Zdrowia Publicznego -
Państwowy Zakład Higieny



Centrum
Medyczne
Kształcenia
Podyplomowego
w Warszawie



Uniwersytet
Jagielloński
w Krakowie

1996, Yesavage, 1991]. Na dowód tego jest ona dzisiaj stosowana do testowania innych nowo powstałych narzędzi [Sorensen i in., 1998]. Na tej podstawie uważa się, że GSOD jest skalą trafną i rzetelną w procesie wykrywania zaburzeń depresyjnych zwłaszcza u ludzi starszych [Yesavage i in., 1983].

GSOD jest prostym testem. Nie sprawia trudności w użyciu zarówno badanym, którzy mogą wypełniać go samodzielnie jak i badającym. Może być przeprowadzany przez lekarzy, psychologów, pielęgniarki, opiekunki społeczne, pracowników socjalnych lub nawet przez osoby nie mające wykształcenia medycznego. Pytania zadawane są w kontakcie bezpośrednim lub przez telefon [Burke i in., 1997].

GSOD może być stosowana w różnych grupach wiekowych jednak w zasadzie przeznaczona jest do diagnozowania depresji u ludzi w wieku podeszłym. Najczęściej jest stosowana w badaniach środowiskowych dotyczących osób starszych mieszkających w domu oraz pacjentów szpitali [Shah i in., 1997]. Stosunkowo rzadko korzysta się z niej w placówkach opiekuńczych, ponieważ obecność demencji dużego stopnia istotnie zmniejsza wiarygodność odpowiedzi, a tym samym wyników badania skalą GSOD. Jednak i tam skala znalazła zastosowanie w pomiarze częstości występowania depresji [McGivney i in., 1994] i ocenie skuteczności leczenia tej choroby [McCurren i in., 1999]. Stwierdzono, że GSOD skutecznie mierzy depresję w przebiegu niektórych schorzeń np. u chorych po udarze mózgu, złamaniu kończyn dolnych [Mast i in., 1999] i w chorobie Parkinsona [Meara i in., 1999]. Może być stosowana również u osób ze średnim i lekkim otępieniem. Przy użyciu GSOD badano występowanie depresji w różnych grupach narodowościowych, gdzie czułość skali określano jako bardzo wysoką (w niektórych badaniach sięgającą blisko 100%) [Rait i in., 1999]. Dzięki temu stała się ona narzędziem powszechnie stosowanym w wielu krajach Europy i innych kontynentów.

KONSORCJUM „NAUKA I ZDROWIE”



Narodowy Instytut
Zdrowia Publicznego -
Państwowy Zakład Higieny



Centrum
Medyczne
Kształcenia
Podyplomowego
w Warszawie



Uniwersytet
Jagielloński
w Krakowie

Skala GSOD istnieje w kilku wersjach: 30-pytaniowej i skróconej, liczącej 15, 10, 4 lub jedno pytanie. Krótsze wersje składające się z 4 lub z jednego pytania mają ograniczoną wartość kliniczną, ponieważ nie są wystarczająco trafne w rozpoznawaniu i obserwacji objawów ciężkiej depresji [Almeida i Almeida, 1999]. Ich trafność diagnostyczna była weryfikowana poprzez porównanie wyników różnych wersji skali z klinicznymi kryteriami rozpoznawania depresji Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego wg DSM – IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders). Wersje skali GSOD składające się z 15 oraz z 10 pytań zachowują trafność w rozpoznawaniu ciężkiej depresji u osób starszych.

Dzięki wysokiej czułości i swoistości skala GSOD znalazła akceptację wielu środowisk i jest coraz szerzej stosowana przede wszystkim w celu wykrywania depresji u osób starszych jak i pomiaru stopnia jej nasilenia. Należy podkreślić, że GSOD służy do pomiaru subiektywnego poczucia depresji przez pacjentów, a wynik uzyskany w badaniu, podobnie jak w innych testach psychologicznych, może jedynie wspierać diagnozę lekarską. Pomimo tego zastrzeżenia, GSOD została zaakceptowana przez klinicystów jako wartościowe i praktyczne narzędzie w rozpoznawaniu depresji, o czym może świadczyć wprowadzenie jej w Wielkiej Brytanii jako jednego z podstawowych testów przesiewowych do stosowania w opiece zdrowotnej. W 1992 roku Brytyjskie Towarzystwo Geriatryczne przedstawiło propozycję pakietu narzędzi do oceny stanu zdrowia osób starszych (BGS/RCP 1992) [Fletcher i in., 1992]. Ostatecznie Królewskie Kolegium Lekarzy Rodzinnych opracowało zestaw testów do zastosowania przez lekarzy rodzinnych u osób w wieku powyżej 75 lat odwiedzanych przez nich przynajmniej raz do roku w celu rutynowej kontroli lekarskiej [Wallace, 1994]. W zestawie tym znalazły się: Skrócony Test Sprawności Umysłowej – Abbreviated Mental Test [Hodkinson, 1972], Geriatryczna Skala Oceny Depresji - Geriatric

KONSORCJUM „NAUKA I ZDROWIE”



Narodowy Instytut
Zdrowia Publicznego -
Państwowy Zakład Higieny



Centrum
Medyczne
Kształcenia
Podyplomowego
w Warszawie



Uniwersytet
Jagielloński
w Krakowie

Depression Scale [Sheikh i Yesavage, 1986] i ocena sprawności w zakresie czynności życia codziennego – Barthel Functional Assessment Scale [Mahoney i Barthel, 1965]. W Polsce skala była wielokrotnie publikowana i jest rekomendowana przez Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie, jak również przez Katedrę Gerontologii i Medycyny Rodzinnej CMUJ.

6. Ocena zaburzeń odżywiania

Istotnym elementem oceny stanu zdrowia i związanych z tym potrzeb zdrowotnych osób starszych jest stan odżywienia. Niewątpliwie otyłość stanowi poważny czynnik ryzyka schorzeń układu krążenia i cukrzycy. W przypadku osób powyżej 80 roku życia większego znaczenia nabiera niedożywienie, które rokowniczo jest podobnie groźne jak otyłość. Z tego względu ocena potrzeb zdrowotnych osób starszych zazwyczaj zawiera wskaźnik BMI (*Body Mass Index*) oraz pytania o ubytek masy ciała w określonym czasie. Aktualnie zaleca się również określanie typu (rodzaju) otyłości z wykorzystaniem wskaźników rozpoznania otyłości centralnej (androidalnej, brzusznej), na przykład WHR (*Waist-Hip Ratio*) lub WHtR (*Waist to Height Ratio*) (Hsieh i Yoshinaga, 1995). Wywiad pogłębiany jest o pytania o apetyt, dobową podaż płynów, sposób przyjmowania posiłków (konieczność rozdrobienia, wielkość i liczba porcji, częstość przyjmowania w ciągu dnia). Zaburzenia odżywiania wynikają po części z fizjologii starzenia się przewodu pokarmowego z tendencją do zmniejszenia apetytu, pragnienia, zwolnienia perystaltyki i zaporć, a częściowo są skutkiem niedoświetła w postaci trudności w przygotowaniu posiłków. Dlatego w wielu narzędziach oceny stanu odżywienia osób starszych obok pytań o sposób odżywiania się zawarte są pytania o samodzielność w zakresie codziennych czynności. Przykładem takich narzędzi są: Krótka Ocena Stanu Odżywienia (MNA - Mini Nutritional Assessment) [Guigoz, 2006], *Malnutrition Universal Screening Tool* (MUST) [Stratton i in., 2006].

KONSORCJUM „NAUKA I ZDROWIE”



Narodowy Instytut
Zdrowia Publicznego -
Państwowy Zakład Higieny



Centrum
Medyczne
Kształcenia
Podyplomowego
w Warszawie



Uniwersytet
Jagielloński
w Krakowie

Test MNA jest najczęściej stosowaną wystandaryzowaną metodą badania ryzyka niedożywienia u osób powyżej 65 roku życia. Zaletą tej skali opracowanej w formie ankiety jest jej prostota i przejrzystość. Jest ona podzielona na dwie części. Część pierwsza ma charakter przesiewowy i składa się z 6 pytań. Jej zadaniem jest szybkie stwierdzenie ryzyka niedożywienia. Jeżeli zostanie ono potwierdzone przechodzimy do drugiej bardziej szczegółowej części testu. Ocena wstępna uwzględnia interpretację wskaźnika BMI (*Body Mass Index*), a w opracowanej nowej wersji badania przesiewowego zamiennie za BMI wprowadzono interpretację obwodu łydki. Skala MNA stosowana jest w codziennej praktyce klinicznej, jak również w badaniach klinicznych i epidemiologicznych. Wymaga jednak pomiarów antropometrycznych (waga, wzrost, obwód łydki).

Ocena stanu klinicznego obejmuje stan jamy ustnej, który wpływa na sposób odżywiania się. Pytania dotyczące kompletności uzębienia, korzystania z protezy, stanów zapalnych dziąseł są uwzględniane w niektórych kwestionariuszach. Podobnie zaburzenia połykania (z przyczyn organicznych i neurologicznych) są rozważane w kontekście sposobu przygotowania posiłków (miksowanie, zagęszczanie płynów) co również znajduje odzwierciedlenie w pytaniach w niektórych narzędziach oceny sposobu odżywiania [Morris i in., 2010].

Obok testów oceny stanu odżywienia istnieje wiele narzędzi oceny sposobu odżywiania się. Jednym z nich jest Kwestionariusz częstotliwości spożycia żywności (FFQ - *Food Frequency Questionnaire*) [Osler i in., 1996]. Jest to narzędzie służące do jakościowej oceny sposobu żywienia. Skupia się na ocenie

KONSORCJUM „NAUKA I ZDROWIE”



Narodowy Instytut
Zdrowia Publicznego -
Państwowy Zakład Higieny



Centrum
Medyczne
Kształcenia
Podyplomowego
w Warszawie



Uniwersytet
Jagielloński
w Krakowie

częstości zwykle spożywanej żywności w określonym przedziale czasowym. Istnieją odmiany kwestionariusza częstotliwości pozwalające również na ilościowe oszacowanie spożywanej żywności. Częstotliwość spożywania produktów jest określana przez respondentów poprzez wskazanie zwyczajowej częstotliwości spożywania ich w ciągu: dnia, tygodnia, miesiąca a niekiedy roku. Integralną częścią kwestionariusza są pytania dotyczące zwyczajów żywieniowych, między innymi liczby i częstości spożywania głównych posiłków czy podjadania między posiłkami. Kwestionariusz FFQ zawiera również pytania o demograficzne dane osobowe oraz sytuację socjo-ekonomiczną, jak również może być uzupełniany o wybrane pytania dotyczące stylu życia badanej osoby. W Polsce kwestionariusz ten podlegał walidacji [Wądołowska, 2005; Słowińska i in., 2008].

7. Ocena ryzyka upadków

Upadki są główną przyczyną urazów u ludzi w wieku podeszłym. Badanie analizujące ponad 5000 chorych przyjętych w okresie 5 lat z powodu urazu do jednej z krakowskich klinik chirurgii wykazało, że prawie 90% pacjentów w wieku 75 lat i więcej doznało tych obrażeń w następstwie upadku [Brongel i in., 2007]. Upadki są jedną z głównych przyczyn niesprawności w wieku starszym. Urazy będące wynikiem upadków stanowią piątą co do częstości (po chorobach układu krążenia, nowotworach, schorzeniach naczyń mózgowych i chorobach układu oddechowego) przyczynę zgonów osób po 65 roku życia i najczęstszą przyczynę zgonu z powodu urazów w tej grupie wiekowej [AGS, 2011]. W Polsce w 2004 roku umieralność roczna z powodu urazu po upadku wyniosła 52,5 zgonu na 100 000 osób w wieku 65 lat i więcej. Ten wskaźnik umiejscawia nas nieco powyżej średniej w Unii Europejskiej (49,4 zgonów na 100

KONSORCJUM „NAUKA I ZDROWIE”



Narodowy Instytut
Zdrowia Publicznego -
Państwowy Zakład Higieny



Centrum
Medyczne
Kształcenia
Podyplomowego
w Warszawie



Uniwersytet
Jagielloński
w Krakowie

000 osób wieku 65 lat i więcej na rok przy zakresie od 13,3 w Hiszpanii do 164,5 na Węgrzech) [Petridou i in., 2007].

Etiologia upadków jest wieloczynnikowa [Ganz i in., 2007]. Powtarzające się upadki niezwykle rzadko mają jedną przyczynę [Hauer i in., 2006; Stalenhoef i in., 2002]. Na podstawie dotychczasowych badań opisano wiele czynników ryzyka, dzieląc je na zewnętrzne, powiązane z warunkami życia, oraz wewnętrzne, związane ze stanem zdrowia. Wśród wewnętrznych czynników sprzyjających upadkom najczęściej wyróżnia się zaburzenia równowagi i chodu, działanie niektórych leków, hipotonię ortostatyczną, zaburzenia wzroku, ograniczenie samodzielności w zakresie czynności życia codziennego i upośledzenie funkcji poznawczych [Ganz i in., 2007]. Ponadto ryzyko upadków zwiększają również choroba Parkinsona, stan po udarze mózgu, schorzenia przebiegające z bólem przewlekłym umiejscowionym w układzie mięśniowo-szkieletowym [Czernuszenko, 2007; Leveille i in., 2009; Wood i in., 2002]. Znaczenie tych czynników różni się w zależności od miejsca przebywania osoby starszej oraz jej kondycji fizycznej i zdrowotnej. W środowisku domowym częściej upadają osoby z zaburzeniami sprawności lub niedołążne, co zwykle wiąże się ze złym stanem zdrowia [Bath i in., 1999; Speechley i in., 1991]. Upadki ludzi sprawnych, chociaż rzadsze, są jednak groźniejsze w skutkach, ponieważ częściej prowadzą do poważnych urazów [Speechley i in., 1991]. Zwykle są one konsekwencją braku ostrożności w związku z codzienną aktywnością, poruszaniem się w nieuporządkowanych pomieszczeniach lub na schodach. Ponadto sprawne osoby starsze spędzające czas wolny w sposób aktywny są bardziej narażone na upadki poza mieszkaniem w związku z pokonywaniem nierówności terenu, przeszkód architektonicznych i niedogodności transportu [Li i in., 2006; Bergland i in., 2003]. W placówkach opiekuńczych, gdzie pacjenci są mniej sprawni i swoją aktywność ograniczają do najbliższego otoczenia, częściej dochodzi do upadków w pokoju w związku z czynnościami wchodzącymi w zakres samoobsługi.

KONSORCJUM „NAUKA I ZDROWIE”



Narodowy Instytut
Zdrowia Publicznego -
Państwowy Zakład Higieny



Centrum
Medyczne
Kształcenia
Podyplomowego
w Warszawie



Uniwersytet
Jagielloński
w Krakowie

Podkreśla się, że przyczyną powtarzania się upadków, częściej niż w przypadku upadków sporadycznych, są zwykłe codzienne czynności, tj. chodzenie, zmiana pozycji. Towarzyszy temu gorsze wykonywanie testów wstawania z krzesła i chodu (*walking test*), stania stopa za stopą (*tandem stand*) i wychyleń środkowo-bocznych na platformie (*medio-lateral sway*) [Stel i in., 2003; Nevitt i in., 1989]. Według Boele van Hensbroek i wsp. Czynnikiem ryzyka powtarzających się upadków są: zaburzenia równowagi i chodu, lęk przed upadkiem, hipotonia ortostatyczna, zaburzenia wzroku, wysokie ryzyko osteoporozy i zaburzenia nastroju [Boele van Hensbroek i in., 2009]. Z kolei Pluijm i wsp. wśród tych czynników wymieniają również zawroty głowy, ograniczenie sprawności, obniżenie siły mięśniowej, a Nevitt i wsp. zwracają uwagę na znaczenie prognostyczne choroby Parkinsona i zmian zwyrodnieniowo-zapalnych stawów, upadku zakończonego urazem w wywiadzie lub co najmniej 3 upadków w roku poprzedzającym [Nevitt i in., 1989; Pluijm i in., 2006]. Powyższe ustalenia są wynikiem badań środowiskowych.

Przeciwdziałanie urazowości wśród osób starszych powinno zatem skupiać się na zapobieganiu upadkom, co zostało podniesione w europejskiej strategii „Silver Paper” [Cruz-Jentoft i in., 2009]. Odświeżony w 2011 roku standard zapobiegania upadkom obejmuje kilkupoziomową ocenę ryzyka upadków u wszystkich osób starszych poprzez:

- pytanie o upadek każdej osoby starszej przynajmniej raz do roku;
- ocenę zaburzeń chodu i równowagi u osób z widocznymi zaburzeniami chodu, zgłaszanym upadkiem i u osób, które doznały urazu i znajdują się na SOR z powodu upadku

KONSORCJUM „NAUKA I ZDROWIE”



Narodowy Instytut
Zdrowia Publicznego -
Państwowy Zakład Higieny



Centrum
Medyczne
Kształcenia
Podyplomowego
w Warszawie



Uniwersytet
Jagielloński
w Krakowie

- ocenę w kierunku ustalenia przyczyn upadków, tzn. leków, zaburzeń wzroku, zaburzeń rytmu serca i ciśnienia tętniczego, chorób neurologicznych, zniekształceń stóp i wybranych schorzeń np. otępienia, choroby Parkinsona [AGS, 2011].

Wśród wielu narzędzi oceny ryzyka upadków najczęściej stosowanymi i polecanymi są:

- test „Wstań i Idź” (Up and Go Test),
- test Tinetti (POMA, *Performance Oriented Mobility Assessment*) [Tinetti i in., 1986];
- Pomiar czasu w trakcie wykonywania testu test „Wstań i Idź” (Timed Up an Go test) [Podsiadlo i Richardson, 1991].
- test równowagi Berg [Berg i in., 1989; 1992]

Wszystkie te testy wymagają obserwacji osoby w trakcie poruszania się. Z tego względu nie znajdują zastosowania w badaniach kwestionariuszowych.

W tej sytuacji w badaniach epidemiologicznych najczęściej spotykamy się z pytaniami o:

- częstość upadków w określonym czasie (roku, 6 miesięcy, 3 miesięcy);
- miejsce upadku (w domu, poza mieszkaniem, w środkach transportu publicznego itp.),
- konsekwencje w postaci urazu, konieczności interwencji medycznej.

Podsumowanie

Podsumowując, kwestionariusze wieloaspektowej, wszechstronnej oceny stanu zdrowia i potrzeb zdrowotnych ludzi w starszym wieku powstawały w wyniku dążeń do opracowania uniwersalnych narzędzi

KONSORCJUM „NAUKA I ZDROWIE”



Narodowy Instytut
Zdrowia Publicznego -
Państwowy Zakład Higieny



Centrum
Medyczne
Kształcenia
Podyplomowego
w Warszawie



Uniwersytet
Jagielloński
w Krakowie



przeznaczonych do badania dużych populacji zarówno zdrowych jak i chorych osób. Narzędzia te znalazły zastosowanie w różnych typach badań w celu opisu i porównań stanu zdrowia dużych populacji oraz pomiaru skutków określonych interwencji. Stosowane są również do oceny programów promocji zdrowia. Z zasady nie mają charakteru testów diagnostycznych, gdyż w zamierzeniu nie służą stawianiu rozpoznania konkretnych schorzeń. Skupiają się natomiast na ogólnej ocenie stanu zdrowotności populacji i wiążących się z nim potrzeb zdrowotnych. Przedstawione powyżej narzędzia oceny potrzeb zdrowotnych osób starszych są jedynie wybranymi spośród bardzo wielu kwestionariuszy, skal i testów, a głównym kryterium ich wyboru było powszechne stosowanie i stosunkowo wysoka rzetelność i powtarzalność, jak również dostępność w języku polskim. W oparciu o przegląd literaturę można przyjąć, że powinny one stanowić podstawę wyboru wskaźników pomiaru potrzeb zdrowotnych osób starszych na poziomie lokalnym.

KONSORCJUM „NAUKA I ZDROWIE”



Narodowy Instytut
Zdrowia Publicznego -
Państwowy Zakład Higieny



Centrum
Medyczne
Kształcenia
Podyplomowego
w Warszawie



Uniwersytet
Jagielloński
w Krakowie

Piśmiennictwo:

Abrams W.B., Beers M.H., Berkow R. (red.) (K. Galus, J. Kocemba red. wydania polskiego), (1999), *MSD Podręcznik geriatry*, Urban & Partner, Wrocław.

Almeida O.P., Almeida S.A. (1999), Short versions of the geriatric depression scale: a study of their validity for the diagnosis of a major depressive episode according to ICD-10 and DSM-IV. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, **14**(10), 858-865.

Balducci C., Mnich E., McKee K., Lamura G., Beckmann A., Krevers B., Wojszel Z.B., Nolan M., Prouskas C., Bien B., Öberg B. (2008), Negative Impact and Positive Value in Caregiving: Validation of the COPE Index in a 6-Country Sample of Carers. *The Gerontologist*, **48**(3), 276-286.

Bath P., Morgan K. (1999), Differential risk factor profiles for indoor and outdoor falls in older people living at home in Nottingham, UK. *Eur. J. Epidemiol.*, **15**, 65–73.

Bedford A., Foulds G.A., Sheffield B.F. (1976), A new personal disturbance scale (DSSI/SAD). *British Journal of Social and Clinical Psychology*, **15**, 387-94.

Beck A.T., Mendelson M., Mock J. i in. (1961), Inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, **4**, 561-71.

Berg K., Wood-Dauphinée S, Williams J.I., Gayton D. (1989), [Measuring balance in the elderly: preliminary development of an instrument](#). *Physiotherapy Canada*, **41**(6), 304–311.

Berg K., Wood-Dauphinée S, Williams J.I., Maki B. (1992), [Measuring balance in the elderly: validation of an instrument](#), *Can J Public Health*, **83** Suppl 2, S7–11.

Bergland A., Jarnlo G., Laake K. (2003), Predictors of falls in the elderly by location. *Aging Clin. Exp. Res.*, **15**, 43–50.

Boele van Hensbroek P., van Dijk N., van Breda G. i wsp. (2009), The CAREFALL Triage instrument identifying risk factors for recurrent falls in elderly patients. *Am. J. Emerg. Med.*, **27**, 23–36.

Bień B., Wojszel Z.B., Doroszkiewicz H. w imieniu grupy EUROFAMCARE. (2008), Poziom niesprawności osób w starszym wieku jako wskazanie do wspierania opiekunów rodzinnych. *Gerontologia Polska*, **16**(1), 25-34.

Bień B., Wojszel Z.B., Doroszkiewicz H. w imieniu grupy EUROFAMCARE. (2008a), Poziom niesprawności osób starszych a korzystanie z usług medycznych i pozamedycznych w badaniu EUROFAMCARE. *Gerontologia Polska*, **16**(2), 101-110.

Bień B. (1996), *Wpływ pozaontogenetycznych uwarunkowań starzenia się na zdrowotną i psycho-społeczną sytuację ludzi starszych: 15-letnie przekrojowo-sekwencyjne badania ludzi starych w Białymstoku. Praca Habilitacyjna*. Academica Medica Bialostocensis, Białystok.

KONSORCJUM „NAUKA I ZDROWIE”



Narodowy Instytut
Zdrowia Publicznego -
Państwowy Zakład Higieny



Centrum
Medyczne
Kształcenia
Podyplomowego
w Warszawie



Uniwersytet
Jagielloński
w Krakowie

Bień B. (2002), Opieka zdrowotna i pomoc w chorobie. W: B. Synak (red.): *Polska starość*, Wyd. Uniwersytetu Gdańskiego, Gdańsk, 78-100.

Bień B., Błędowski P., Broczek K., Derejczyk J., Grodzicki T., Kędziora-Kornatowska K., Kokoszka-Paszko J., Przygucka-Gawlik M., Klich-Rączka A., Kostka T., Machaj Z., Szczerbińska K., Wieczorowska-Tobis K., Żak M. (2013), Standardy postępowania w opiece geriatrycznej. Stanowisko Polskiego Towarzystwa Gerontologicznego opracowane przez ekspertów Zespołu ds. Gerontologii przy Ministrze Zdrowia. *Gerontologia Polska*, **21**(2), 33-47.

Blessed G., Tomkinson B.E., Roth M. (1968). The association between quantitative measures of dementia and senile change in the cerebral grey matter of elderly subjects. *British Journal of Psychiatry*, **114**, 797-811.

Bond J. (1980), The reliability of a survey psychiatric assessment schedule for the elderly. *British Journal of Psychiatry*, **137**, 148-162.

Bowling A. (2005), *Measuring Health. A review of quality of life measurement scales*. Open University Press, Philadelphia.

Bowling A. (2001), *Measuring Disease. A review of disease-specific quality of life measurement scales*. Open University Press, Philadelphia.

Brongel L., Hładki W., Grodzicki T. i wsp. (2007), Obrażenia ciała u ludzi w podeszłym wieku. *Pol. Prz. Chir.*, **79**, 189.

Burke W.J., Rangwani S., Roccaforte W.H., Wengel S.P., Conley D.M. (1997), The reliability and validity of the collateral source version of the Geriatric Depression Rating Scale administered by telephone. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, **12**(3), 288-294.

CBOS (2000), *Oszczędzanie na zdrowiu. Komunikat z badań*. Warszawa.

CBOS (2016), *Oszczędzanie na zdrowiu. Komunikat z badań*. Warszawa.

Copeland J.R.M., Dewey M.E., Griffiths Jones H.M. (1986), A computerized psychiatric diagnostic system and case nomenclature for elderly subjects: GMS and AGE CAT. *Psychological Medicine*, **16**, 89-99.

Copeland J.R.M., Gurland B.J. (1978), Evaluation of diagnostic methods: An international comparison. W: A.D. Isaacs, F. Post (red.): *Studies in Geriatric Psychiatry*. Ed. John Wiley, Chichester.

Cooper P.J., Fairburn C.G. (1986), The depressive symptoms of bulimia nervosa. *British Journal of Psychiatry*, **148**, 268-274.

Cruz-Jentoft A.J., Franco A., Sommer P., Baeyens J-P., Jankowska E., Maggi A., Ponikowski P., Ryś A., Szczerbińska K. i Milewicz A. (2009), Silver paper: The future of health promotion and

KONSORCJUM „NAUKA I ZDROWIE”



Narodowy Instytut
Zdrowia Publicznego -
Państwowy Zakład Higieny



Centrum
Medyczne
Kształcenia
Podyplomowego
w Warszawie



Uniwersytet
Jagielloński
w Krakowie

preventive actions, basic research and clinical aspects of age related disease. A report of the European Summit on Age Related Disease. *Aging Clin. Exp. Res.*, **21**, 376-385.

Czernuszenko A. (2007), Czynniki ryzyka upadków u chorych po udarze mózgu rehabilitowanych na oddziale rehabilitacji neurologicznej. *Neurol. Neurochir. Pol.*, **41**, 28–35.

Donald C.A., Ware J.E., Brook R.H. i in. (1978), *Conceptualization and Measurement of Health for Adults in the Health Insurance Study*, vol. IV, Social Health. Santa Monica, CA: Rand Corporation, 1978 (R-1987/4-NEW).

Favier M., Boland M. (1997), *Program poprawy jakości. Opieka nad ludźmi starszymi*. Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Vesalius”, Kraków.

Fillenbaum G.G. (1987). Measures of wellbeing in the elderly. W: T. Abelin, Z.J. Brzeziński, V.D.L. Carstairs (red.), *Measurment in health promotion and protection*, WHO Reg. Office for Europe, WHO Regional Publications, European Series; No.22., 151-158.

Fillenbaum G.G. (1988). *Multidimensional functional assessment of older adults. The Duke Older American Resources and Services Procedures*, Lawrence Erlbaum Associates Inc., Hillsdale, New Jersey and Hove/London.

Fink M., Green M., Bender M.B. (1952), *Neurology*, **2**, 46.

Fletcher A.E., Dickinson E., Philp I. (1992), Review. Audit Measures - quality of life instruments for everyday use with elderly patients. *Age and Ageing*, **21**, 142-150.

Folstein M.F., Folstein S.E., Mc Hugh P.R. (1975), „Mini-Mental State”. A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiat Res*, **12**(3), 189-198.

Gallagher D., Nies G, Thompson LW. (1982), Reliability of the Beck Depression Inventory with older adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, **50**, 152-153.

Ganz D., Bao Y., Shekelle P., Rubenstein L. (2007), Will my patient fall? *JAMA*, **297**, 77–86.

Gierus J., Mosiołek A., Koweszko T., Kozyra O., Wnukiewicz P., Łoza B., Szulc A. (2015), Montrealska Skala Oceny Funkcji Poznawczych MoCA 7.2 – polska adaptacja metody i badania nad równoważnością. *Psychiatr. Pol.*, **49**(1), 171–179.

Goldberg DP. (1978), *Manual of the General Health Questionnaire*. NFER-NELSON, Windsor.

Golden R.R., Teresi, J. A., Gurland, B. J. (1984), Development of indicator scales for the Comprehensive Assessment and Referral evaluation (CARE) interview schedule. *Journal of Gerontology*, **39**, 138-146.

Goldstein M.S., Siegel J.M., Boyer R. (1984), Predicting changes in perceived health status. *American Journal of Public Health*, **74**, 611-615.

Guigoz Y. (2006), The Mini Nutritional Assessment (MNA) review of the literature. What does it tell us ?, *J Nutr Health Aging*, **10**(6), 466–487.

Gurland B.J. (1982), Criteria for diagnosis of dementia in the community elderly. *Gerontologist*, **22**, 180-186.

KONSORCJUM „NAUKA I ZDROWIE”



Narodowy Instytut
Zdrowia Publicznego -
Państwowy Zakład Higieny



Centrum
Medyczne
Kształcenia
Podyplomowego
w Warszawie



Uniwersytet
Jagielloński
w Krakowie

- Gurland B.J., Kuriansky J., Sharpe L., Simon P., Birkett P. (1977), The Comprehensive Assessment and Referral Evaluation (CARE) – rationale, development and reliability. *International Journal of Aging and Human Development*, **8**, 9-42.
- Halik J., Borkowska-Kalwas T., Pączkowska M. (2000), *Starzenie się społeczeństwa polskiego i konsekwencje tego procesu dla polityki społecznej i zdrowotnej. Raport z badań*. Warszawa.
- Halik J. (2002), *Starzy ludzie w Polsce - Społeczne i zdrowotne skutki starzenia się społeczeństwa*. Instytutu Spraw Publicznych, Warszawa.
- Hamilton M. (1967), Development of rating scale for primary depressive illness. *British Journal of Social and Clinical Psychology*, **6**, 278-96.
- Hamilton M. (1976), Clinical evaluation of depression: clinical criteria and rating scales, including a Guttman Scale. W: M. Gallant, G.M. Simpson (red.), *Depression: Behavioral, Biochemical Diagnostic and Treatment Concepts*. Spectrum Publications, New York.
- Hauer K., Lamb S., Jorstad E., Todd C., Becker C., PROFANE--Group. (2006), Systematic review of definitions and methods of measuring falls in randomised controlled fall prevention trials. *Age Ageing*, **35**, 5–10.
- Henderson A.A., Duncan-Jones P., Finlay-Jones R.A. (1983), The reliability of Geriatric Mental State Examination. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, **67**, 281-289.
- Hodkinson H.M. (1972), Evaluation of mental score for assessment of mental impairment in the elderly. *Age and Ageing*, **1**, 223-228.
- Hsieh S.D., Yoshinaga H. (1995), Abdominal fat distribution and coronary heart disease risk factors in men—waist/height ratio as a simple and useful predictor. *Int J Obes Relat Metab Disord*, **19**, 585–589.
- Isaacs B., Kennie A.I. (1973), The SeT Test as an aid to the detection of dementia in old people. *Brit J Psychiat.*, **123**, 467.
- Jacobs J. W., Bernhard M.R., Delgado A. i in. (1977), Screening for organic mental syndromes in the medically ill. *Ann Intern Med.*, **86**, 40-46.
- Jitapunkul S., Pillay I., Ebrahim S. (1991), The Abbreviated Mental Test: its use and validity. *Age and Ageing*, **20**, 332-336.
- Kahn R.L., Goldfarb A.I., Pollack M.i in. (1960a), Brief objective measures for determination of mental status in aged. *American Journal of Psychiatry*, **117**, 326-328.
- Kahn R.L., Goldfarb A.I., Pollack M.i in. (1960b), The relationship of mental and physical status in institutionalized aged persons. *American Journal of Psychiatry*, **117**, 120-124.

KONSORCJUM „NAUKA I ZDROWIE”



Narodowy Instytut
Zdrowia Publicznego -
Państwowy Zakład Higieny



Centrum
Medyczne
Kształcenia
Podyplomowego
w Warszawie



Uniwersytet
Jagielloński
w Krakowie

Kaplan G.A., Camacho T. (1983), Perceived health and mortality: a nine-year follow-up of Human Population Laboratory Cohort. *American Journal of Epidemiology*, **117**, 292-298.

Karski J.B. (1999), *Promocja Zdrowia*. IGNIS, Warszawa.

Kardas P., Ratajczyk-Pakalska E. (2002), Hospitalizacje osób starszych. Część I. Czynniki wpływające na hospitalizacje osób starszych w wielkowiejskiej populacji Łodzi. *Gerontologia Polska*, **10**, 88-94.

Kardas P., Ratajczyk-Pakalska E. (2002a), Hospitalizacje osób starszych w Łodzi. Część II. Możliwości zapobiegania hospitalizacjom osób starszych. *Gerontologia Polska*, **10**, 95-98.

Kaszniak A.W., Allender J. (1985), Psychological assessment of depression in older adults. W: G.M. Chaisson-Stewart (red.) *Depression in the elderly: an interdisciplinary approach*. John Wiley, New York.

Katz S., Ford A.B., Moskowitz R.W., Jackson B.A., Jaffe M.W. (1963), Studies of illness in the aged. The Index of ADL: a standardized measure of biological and psychosocial function. *JAMA*, **185**, 914-919.

Katz S., Downs T.D., Cash H.R i in. (1970), Progress in the development of the index of ADL. *Gerontologist*. **10**, 20-30.

Katz S., Akomp C.A. (1976), Index of ADL. *Medical Care Supplement*, **14**(5), 116.

Katzman R., [Brown T.](#), [Fuld P.](#), [Peck A.](#), [Schechter R.](#), [Schimmel H.](#) (1983), Validation of short orientation-memory-concentration test of cognitive impairment. *Amer J Psychiat*, **140**(6), 734-739.

Kokmen E., Naessens J.M., Offord K.P. (1987), A short test of mental status: description and preliminary results. *Mayo Clin Proc*, **62**, 281.

Lamura G., Döhner H.,Kofahl C. (2008), *Family Carers of Older People in Europe: A Six-country Comparative Study*. Lit. Verlag, Berlin.

Lawton M.P., Moss M., Fulcomer M., Kleban M.H. (1982), A research and service oriented Multilevel Assessment Instrument. *Journal of Gerontology*, **37**, 91-99.

Lemańczyk W., Kondracka M. (1993), W: S. Krzywiński (red.), *Zaburzenia psychiczne wieku podeszłego*. PZWL Warszawa, 238-248.

Leveille S., Jones R., Kiely D. i wsp. (2009), Chronic musculoskeletal pain and the occurrence of falls in an older population. *JAMA*, **302**, 2214–2221.

Li W., Keegan T., Sternfeld B., Sidney S. i wsp. (2006), Outdoor falls among middle-aged and older adults: a neglected public health problem. *Am. J. Public Health*, **96**, 1192–1200.

Łuczywek E. (2004), Neuropsychologiczna ocena zaburzeń funkcji poznawczych. W: A. Szczudlik, P.P. Liberski, M. Barcikowska (red.) *Otępienie*. Wyd. UJ. Kraków, 133-150.

KONSORCJUM „NAUKA I ZDROWIE”



Narodowy Instytut
Zdrowia Publicznego -
Państwowy Zakład Higieny



Centrum
Medyczne
Kształcenia
Podyplomowego
w Warszawie



Uniwersytet
Jagielloński
w Krakowie

Mahoney FI, Barthel D., (1965), Badanie funkcjonalne: Wskaźnik Barthel. *Maryland State Med Journal*, **14**, 56-61.

Mast B.T., MacNeill S.E., Lichtenberg P.A. (1999), Geropsychological problems in medical rehabilitation: dementia and depression among stroke and lower extremity fracture patients. *Journals of Gerontology. Series A, Biological Sciences & Medical Sciences*. **54**(12), M607-612.

McCurren C., Dowe D., Rattle D., Looney S. (1999), Depression among nursing home elders: testing an intervention strategy. *Applied Nursing Research*, **12**(4), 185-195.

McDowell I. (2006), *Measuring health. A guide to rating scales and questionnaires*. Oxford University Press, New York.

McGivney S.A., Mulvihill M., Taylor B. (1994), Validating the GDS depression screen in the nursing home. *Journal of the American Geriatrics Society*, **42**(5), 490-492.

McKee K.J., Philp I., Lamura G., Prouska C., Öberg B., Krevers B., Spazzafumo L., Bień B., Parker C., Nolan M.R., Szczerbińska K. on behalf of the COPE partnership. (2003), The COPE Index – a first stage assessment of negative impact, positive value and quality of support of caregiving in informal carers of older people. *Aging and Mental Health*, **7**(1), 39-52.

Meara J., Mitchelmore E., Hobson P., (1999), Use of the GDS-15 geriatric depression scale as a screening instrument for depressive symptomatology in patients with Parkinson's disease and their carers in the community. *Age & Ageing*, **28**(1), 35-38.

Montgomery S.A., Asberg M. (1979), A ne depression scale designed to be sensitive to change. *British Journal of Psychiatry*, **134**, 382-389.

Montorio I., Izal M., (1996), The Geriatric Depression Scale: a review of its development and utility. *International Psychogeriatrics*, **8**(1), 103-112.

Morris J.N., Belleville-Taylor P., Fries B.E., Hawes C., Murphy K., Mor V., Nonemaker S., Phillips C., (red.) (2010), *interRAI Long-Term Care Facilities (LTCF) Assessment Form and User's Manual*, Wyd. interRAI.

Nasreddine Z.S., Phillips N.A., Bédirian V., Charbonneau S., Whitehead V., Collin I. i wsp. (2005), The Montreal Cognitive Assessment (MoCA): A brief screening tool for mild cognitive impairment. *J. Am. Geriatr. Soc.*, **53**, 695–699.

Nevitt M., Cummings S., Kidd S., Black D. (1989), Risk factors for recurrent nonsyncopal falls. A prospective study. *JAMA*, **261**, 2663–2668.

Osler M., Heitmann B.L. (1996), The Validity of a Short Food Frequency Questionnaire and its Ability to Measure Changes in Food Intake: A Longitudinal Study. *International Journal of Epidemiology*, **25**(5), 1023–1029.

KONSORCJUM „NAUKA I ZDROWIE”



Narodowy Instytut
Zdrowia Publicznego -
Państwowy Zakład Higieny



Centrum
Medyczne
Kształcenia
Podyplomowego
w Warszawie



Uniwersytet
Jagielloński
w Krakowie

Panel on Prevention of Falls in Older Persons, American Geriatrics Society and British Geriatrics Society. (2011), Summary of the Updated American Geriatrics Society/British Geriatrics Society clinical practice guideline for prevention of falls in older persons. *J. Am. Geriatr. Soc.*, **59**, 148–157.

Parkerson G.R., [Gehlbach S.H.](#), [Wagner E.H.](#), [James S.A.](#), [Clapp N.E.](#), [Muhlbaier L.H.](#) (1981), The Duke-UNC health profile: an adult health status instrument for primary care. *Medical Care*, **19**, 806-828.

Pattie A.H., Gilleard C.J. (1979), *Manual of Clifton Assessment Procedures for the Elderly (CAPE)*. Hodder and Stoughton Educational, Sevenoaks, Kent.

Pattie A.H. (1981), A survey version of the Clifton Assessment Procedures for the Elderly (CAPE). *British Journal of Clinical Psychology*, **20**, 173-178.

Petridou Eth., Kyllekidis S., Jeffrey S., [Chishti P.](#), [Dessypris N.](#), [Stone D.H.](#) (2007), Unintentional injury mortality in the European Union: How many more lives could be saved? *Scand. J. Public Health*, **35**, 278-287.

Pfeiffer E. (1975), A Short Portable Mental Status Questionnaire for assessment of organic brain deficit in elderly patients. *Journal of the American Geriatric Society*, **23**, 433-441.

Pluijm S., Smit J., Tromp E., [Stel V.](#), [Deeg D.](#), [Bouter L.](#), [Lips P.](#) (2006), A risk profile for identifying community-dwelling elderly with a high risk of recurrent falling: results of a 3-year prospective study. *Osteoporos. Int.*, **17**, 417–425.

Podsiadlo D., Richardson S. (1991), The timed 'Up & Go': A test of basic functional mobility for frail elderly persons. *Journal of the American Geriatrics Society*. **39**(2), 142–148.

Qureshi K.N., Hodkinson H.M. (1974), Evaluation of a 10 question mental test in the institutionalized elderly. *Age and Ageing*, **3**, 152-157.

Rait G., Burns A., Baldwin R., Morley M., Chew-Graham C., St Leger AS., Abas M. (1999), Screening for depression in African-Caribbean elders. *Family Practice*, **16**(6), 591-595.

Reynolds W.M., Gould J.W. (1981), A psychometric investigation of standard and short form Beck Depression Inventory. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, **49**, 306-307.

Rocca R. P. (1987), Bedside cognitive examination. *Psychosomatics*, **28**, 71-76.

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 23 grudnia 2010 r. Dz.U. 255, poz. 1719.

Saliba D., Elliott M., Rubenstein L.Z., Solomon D.H., Young R.T., Kamberg C.J., Roth C., MacLean C.H., Shekelle P.G., Sloss E.M., Wenger N.S. (2001), The Vulnerable Elders Survey: A Tool for

KONSORCJUM „NAUKA I ZDROWIE”



Narodowy Instytut
Zdrowia Publicznego -
Państwowy Zakład Higieny



Centrum
Medyczne
Kształcenia
Podyplomowego
w Warszawie



Uniwersytet
Jagielloński
w Krakowie

Identifying Vulnerable Older People in the Community. *Journal of the American Geriatrics Society*, **49**, 1691-1699.

Shah A., Herbert R., Lewis S., Mahendran R., Platt J., Bhattacharyya B. (1997), Screening for depression among acutely ill geriatric inpatients with a short Geriatric Depression Scale. *Source. Age & Ageing*, **26**(3), 217-221.

Sheikh J.I., Yesavage JA. (1986), Geriatric Depression Scale (GDS): recent evidence and development of shorter version. W: T.L. Brink (red.) *Clinical Gerontology: A Guide to Assessment and Intervention*. Haworth Press, New York, 165-173.

Sheikh J.I., Yesavage J.A., Brooks J.O.3d., Friedman L., Gratzinger P., Hill R.D., Zadeik A., Crook T. (1991), Proposed factor structure of the Geriatric Depression Scale. *International Psychogeriatrics*. **3**(1), 23-28.

Słowińska M.A., Słowiński D., Waluś A., Wądołowska L. (2008), Kalibracja kwestionariusza częstotliwości spożycia żywności (FFQ) przeznaczonego do oceny wartości odżywczej całodziennych racji pokarmowych w odniesieniu do metody 3-dniowego bieżącego notowania, *Materiały VIII Krajowych Warsztatów Żywnościowych pt. „Metody ankietowe w badaniach żywieniowych”*, Mrózek k/Olsztynka, 56.

Sorensen L., Foldspang A., Gulmann N.C., Juul-Nielsen S., Mehlsen M., Munk-Jorgensen P. (1998), (Concurrent validity of the GMS-AGECAT (A3) package in a Danish nursing home population. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, **13**(5), 336-342.

Speechley M., Tinetti M. (1991), Falls and injuries in frail and vigorous community elderly persons. *J. Am. Geriatr. Soc.*, **39**, 46–52.

Spitzer R., Endicott J., Robins E. (1978), Research Diagnostic Criteria. *Archives of General Psychiatry*. **35**(6), 773-782.

Stalenhoef P., Diederiks J., Knottnerus J., Kester A., Crebolder H. (2002), A risk model for the prediction of recurrent falls in community-dwelling elderly: a prospective cohort study. *J. Clin. Epidemiol.*, **55**, 1088–1094.

Stel V., Smit J., Pluijm S., Lips P. (2003), Balance and mobility performance as treatable risk factors for recurrent falling in older persons. *J. Clin. Epidemiol.*, **56**, 659–668.

Stratton R.J., King C.L., Stroud M.A., Jackson A.A., Elia M. (2006), Malnutrition Universal Screening Tool' predicts mortality and length of hospital stay in acutely ill elderly. *Br. J. Nutr.*, **95**(2), 325–330.

KONSORCJUM „NAUKA I ZDROWIE”



Narodowy Instytut
Zdrowia Publicznego -
Państwowy Zakład Higieny



Centrum
Medyczne
Kształcenia
Podyplomowego
w Warszawie



Uniwersytet
Jagielloński
w Krakowie

Szczerbińska K, Hubalewska-Hoła A. (2003), Korzystanie i zapotrzebowanie osób starszych na świadczenia opieki zdrowotnej i pomocy społecznej. *Gerontologia Polska*, **11**(3), 137-143.

Szczerbińska K. (2004), Wpływ sprawności osób starszych w zakresie ADL na ich korzystanie z opieki zdrowotnej i pomocy społecznej. *Gerontologia Polska*, **12**(2), 89-96.

Szczerbińska K. (2006), *Dostępność opieki zdrowotnej i pomocy społecznej dla osób starszych w Polsce. Raport z badań*. Wyd. UJ, Kraków.

Thompson P., Blessed G. (1987), Correlation between the 37-item Mental Test Score and Abbreviated 10-item Mental Test Score by psychogeriatric day patients. *British Journal of Psychiatry*, **151**, 206-209.

Tinetti M.E., Williams T.F., Mayewski R. (1986), Fall risk index for elderly patients based on number of chronic disabilities. *American Journal of Medicine*, **80**(3), 429-434.

Tobiasz-Adamczyk B. (2000), *Wybrane elementy socjologii zdrowia i choroby*. Wyd. UJ, Kraków.

Toner J., Gurland B., Teresi J. (1988), Comparison of self-administered and rater-administered methods of assessing levels of severity of depression in elderly patients. *Journal of Gerontology* **43**, 136-140.

Vardon V.M., Blessed G. (1986), Confusion ratings and abbreviated mental test performance: A comparison. *Age and Ageing*, **15**, 139-44.

Wade D.T. (1992), *Measurement in Neurological Rehabilitation*. Oxford: Oxford University Press, Oxford, New York, Tokyo.

Vetter N., Jones D.A., Victor C.R. (1982), The importance of mental disabilities for the use of services by the elderly. *Journal of Psychosomatic Research*, **26**, 607-612.

Wallace P. (1994), Health checks for people aged 75 and over in general practice: An International package for assessment. *Family Practice*, **10**:47.

Wądołowska L. (2005), Walidacja kwestionariusza częstotliwości spożycia żywności – FFQ. Ocena powtarzalności, *Bromat. Chem. Toksykol.*, **38**(1), 27-33.

Williams JMG. (1984), *The Psychology of Depression*. Croom Helm, Beckenham.

Wilson L.A., Brass W. (1973), Brief assessment of the mental state in geriatric domiciliary practice: The usefulness of the mental status questionnaire. *Age and Ageing*, **2**, 92-101.

Wojszel ZB, Bień B, Wilmańska J. (2000), Opiekunowie rodzinni ludzi starszych niesprawnych: badania pilotowe. W: *Sytuacja zdrowotna osób w starszym wieku w Polsce. Aspekt medyczny i społeczno-demograficzny*. Instytut Medycyny Pracy, Łódź, 131-139.

KONSORCJUM „NAUKA I ZDROWIE”



Narodowy Instytut
Zdrowia Publicznego -
Państwowy Zakład Higieny



Centrum
Medyczne
Kształcenia
Podyplomowego
w Warszawie



Uniwersytet
Jagielloński
w Krakowie



Wood B., Bilclough J., Bowron A., Walker R. (2002), Incidence and prediction of falls in Parkinson's disease: a prospective multidisciplinary study. *J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry*, **72**, 721–725.

Yesavage J.A., Brink T.L., Rose T.L., Lum O., Huang V., Aday M., Leirer V.O. (1983), Development and evaluation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. *Journal of Psychiatric Research*, **17**(1), 37-49.

Yesavage J.A. (1991), Geriatric depression scale: consistency of depressive symptoms over time. *Perceptual & Motor Skills*. **73**(3 Pt 1):1032.

Zigmond A.S., Snaith R.P. (1983), The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, **67**, 361-370.

Zung W.W.K. (1965), A self-rating depression scale. *Archives of General Psychiatry*, **12**, 63-70.

KONSORCJUM „NAUKA I ZDROWIE”



Narodowy Instytut
Zdrowia Publicznego -
Państwowy Zakład Higieny



Centrum
Medyczne
Kształcenia
Podyplomowego
w Warszawie



Uniwersytet
Jagielloński
w Krakowie

ZAŁĄCZNIK

Przegląd tabelaryczny doświadczeń międzynarodowych

	A	B	C	D
1		1	2	3
2	Tytuł badania	STRABANE NEIGHBOURHOOD RENEWAL AREA Health Needs , UK	OHIO: A COMMUNITY HEALTH NEEDS ASSESSMENT FOR SOUTHWEST OHIO AND SOUTHEAST INDIANA.	USA, THE 2010 ONEMAINE COMMUNITY HEALTH NEEDS ASSESSMENT (CHNA)
3	1. Cel przeprowadzenia oceny, jeśli możliwe potrzeb zdrowotnych	Dostarczenie pełnego obrazu potrzeb społeczności w szerszym kontekście środowiska fizycznego, warunków społeczno-ekonomicznych, zdrowia i dobrostanu mieszkańców, 2) uwzględnienia szerszych uwarunkowań zdrowia i dobrostanu, 3)informacji do opracowania planu działań mających na celu poprawę sytuacji zdrowotnej.	Projekt oceny potrzeb zdrowotnych ma pomóc dostawcom usług zdrowotnych i społeczności zrozumieć jaki jest stan zdrowia oraz potrzeby zdrowotne 2)Projekt służy jako trampolina dla rozwijających się programów zdrowotnych 3)jako efektywne kosztowo narzędzie dla szpitali	1. Opracowanie kompleksowego profilu stanu zdrowia, jakości opieki i wskaźników zarządzania opieką dla mieszkańców regionu ogółem i w poszczególnych powiatach. 2. Zidentyfikowanie zestawu priorytetowych potrzeb zdrowotnych (zdrowia publicznego i opieki zdrowotnej) dla obserwacji follow-up; 3. Dostarczenie zaleceń dotyczących strategii, które mogą być podejmowane przez pracowników służby zdrowia, zdrowie publiczne, społeczności, polityków i innych, aby śledzić dostarczane informacje, tak aby poprawić stan zdrowia ludności Maine; 4. Zapewnienia dostępu do danych i pomocy dla podmiotów, które są
4	2. Zleceniodawca oceny, jeśli możliwe to źródło i wysokość finansowania	Department of Social Development i the Western Investing for Health Partnership. Nie ma informacji o wysokości finansowania.	Projektem przygotowała i zarządzała lokalna organizacja non-profit "Health Care Access Now" (HCAN), zajmowała się gromadzeniem środków i zabezpieczeniem środki techniczne i naukowe, aby zakończyć projekt. Lokalne szpitale, departamenty zdrowia publiczne i inwestorzy lokalni sfinansowali projekt.	Organizacja The OneMaine Health Collaborative (OneMaine) podpisała umowę z the University of New England's Center for Community and Public Health na przeprowadzenie oceny potrzeb zdrowotnych. Ocena prowadzona we współpracy z Uniwersyteciem Southern Maine i firmą Market Decisions Inc.
5	3. Czas - kiedy, jak długo trwał proces oceny potrzeb	1 października 2009 do 31 marca 2011. Ankiety były rozprowadzane od 15 lutego 2010 roku i czas na oddanie ankiet był do 08	Proces oceny potrzeb zdrowotnych miał miejsce w 2010 roku.	2010 rok, gromadzenie danych od 17 czerwca do 16 września 2010.
6	4. Kto brał udział w procesie oceny potrzeb zdrowotnych, partnerzy; metoda doboru osób do badania (losowanie, wagi, grupy osób, na które szczególnie trzeba zwrócić uwagę, np. osoby starsze) grupa sterująca	Do prowadzenia i nadzorowania postępu prac w projekcie HNA powołano specjalną grupę sterującą (koordynującą) złożoną z 4 osób: • Patrick O'Doherty (Strabane Local Strategy Partnership), • Jeff Barr (Strabane Local Strategy Partnership), • Gerry Harkin (Strabane Neighbourhood Renewal Partnership), • Seamus Mullen (Western Investing for Health Partnership).		Losowo wybrano próbkę Random Digit Dial (RDD) numerów telefonów stacjonarnych oraz komórkowych.
7	4a.Badane osoby:	W badaniu ankietowym mogli wziąć udział wszyscy ludzie z badanego rejonu. Szczególną uwagę zwrócono na przeprowadzeniu badania i uzyskaniu danych od grup trudnodostępnych, byli to: 1) Mężczyźni (skontaktowano się z lokalną organizacją byłych więźniów oraz 2 biurami taksówek gdzie rozdstrybuowano ankiety do wypełnienia.) 2) Młodzi ojcowie 3) Młode matki 4) Bezrobotni 5) Osoby z niższym poziomem wykształcenia 6) Osoby pozostające w domach, przeprowadzono również ankietę dla dzieci i młodzieży	Badanie skierowano do próby 1000 stałych mieszkańców regionu, proporcjonalnie więcej zaproszono osób z vulnerable groups (i przebadano więcej osób z tych grup): chorzy psychicznie, osoby starsze 65+, imigranci, osoby z niskimi dochodami, rodziny z dziećmi poniżej 18 rż i o relatywnie niskich dochodach.	badania telefonicznego losowo wybranej próby gospodarstw domowych przeprowadzonego specjalnie dla tego projektu.
8	5. Gdzie (centrum koordynujące, miejsca zbierania danych).	Camille McDermott, Moore Stephens, 21/23 Clarendon Street, Derry-Londonderry, BT48 7EP	Za pomocą różnych dostawców usług (szpitale, centra medyczne, in.) centra seniora, wydarzenia szkolne czy kulturalne (festiwale) 1.wywiad osobisty, 2.ankieta pocztowa,	

	A	B	C	D
2	Tytuł badania	STRABANE NEIGHBOURHOOD RENEWAL AREA Health Needs , UK	OHIO: A COMMUNITY HEALTH NEEDS ASSESSMENT FOR SOUTHWEST OHIO AND SOUTHEAST INDIANA.	USA, THE 2010 ONEMAINE COMMUNITY HEALTH NEEDS ASSESSMENT (CHNA)
9	6. Metody zebrania danych	I) zebranie danych wtórnych, II) grupy fokusowe, III) dane pierwotne zebrano za pomocą ankiety ogólnej i ankiety dla dzieci. Zwrot ankiet : pocztą, do skrzynek specjalnie do tego przeznaczonych, zaklejone koperty z ankietami można było zostawić u wszystkich partnerów zajmujących się dystrybucją ankiet	I. Metody wykorzystane do zebrania danych pierwotnych to: 1. Praca w grupach 2. Badanie ankietowe w społeczności 3. Wywiad z udziałowcami /zainteresowanymi W badaniu zebrano dane na temat: barier do opieki zdrowotnej, korzystania z opieki zdrowotnej, potrzeb w zakresie opieki zdrowotnej oraz dane demograficzne. 1) wywiad osobiście (nagranie) lub online z county leaders losowo wybranymi z rejestru usługodawców opieki zdrowotnej. 2) Mailem wysłano list do 47 osób zapraszając ich na 45-60 minutową rozmowę lub badanie internetowe.	1. Większość wskaźników pochodzi ze źródeł wtórnych - dane publiczne, ewidencja zgonów i urodzeń, szpitalne rejestry i dane z oddziałów ratunkowym (ED), rejestr nowotworów, dane ze spisu ludności US Census, rejestr chorób zakaźnych, dane z badań: the Maine Integrated Youth Health Survey (MIYHS) i the Behavioral Risk Factor Surveillance System (BRFSS) survey. 2. Inne wskaźniki pochodzą z badania telefonicznego losowo wybranej próby gospodarstw domowych przeprowadzonego specjalnie dla tego projektu.
10	7. Narzędzia badawcze	1. Ankieta ogólna papierowa, 2. Ankieta ogólna internetowa, 3. Ankieta dla dzieci ze szkół podstawowych	W badaniu ankietowym zastosowano skalę Barriers to Care Questionnaire (BCQ), wyniki skali od 0 do 100, gdzie im więcej punktów tym mniej barier. W tabeli podano bariery (5 grup barier) w opinii vulnerable groups.	Telefonicznego wywiadu z losowo wybranymi gospodarstwami domowymi
11	8. Zakres zagadnień w ankiecie ogólnej był następujący:	1. Twoje dane osobowe 2. Twoje zdrowie 3. Aktywność fizyczna 4. Zdrowie seksualne 5. Alkohol 6. Palenie 7. Dieta i odżywianie 8. Opieka zdrowotna 9. Zdrowie społeczności lokalnej 10. Komentarz końcowy	1. definiowanie zdrowia i problemów zdrowotnych, 2. działania organizacyjne dotyczące poprawy stanu zdrowia społeczności, 3. współpraca i pomoc, 4. pomiary i pytania zamykające.	1. Czynniki demograficzne, 2. Dostęp do opieki medycznej, w tym czy ma swojego lekarza 3. Zdrowie: Samoocena stanu zdrowia; 4. Pytania o leczenie chorób przewlekłych, 5. Dzieci i młodzież: czy u dziecka (<18 r.ż. w domu) były zdiagnozowane: astma, cukrzyca, nadwaga lub otyłość, autyzm, ADHD, ADD (Attention Deficit disorder). 6. Aktywność fizyczna. 7. Podstawowa opieka zdrowotna, 8. Wzrost i masa ciała. 9. Opieka stomatologiczna. 10. Zdrowie psychiczne, 11. Czynniki ryzyka 12. O doświadczenie przemocy w domu. 13. O ubezpieczenie zdrowotne 14. O bariery w dostępie do opieki zdrowotnej. 15. O potrzeby zdrowotne
12	8A. Pytania w ankiecie dotyczące dzieci:	1. Informacje ogólne 2. Usługi zdrowotne 3. Dieta 4. Aktywność fizyczna		1. Problemy zdrowotne u dzieci i młodzieży (lista do wyboru) 2. Pytanie o FILL Child -otyle dziecko (lista odnośnie czynników dotyczących otyłości) 3.
13	8B. Badanie na danych dostępnych (wtórne)		1. dane wtórne (demograficzne, urodzenia, zgony, dane szpitalne, rejestry krajowe np. nowotworów, chorób zakaźnych) 2. dane zbierano z licznych istniejących źródeł	W realizacji badania OneMine CHNA, do identyfikacji potrzeb zdrowotnych wykorzystano dane wtórne
14	9. Przetwarzanie i metody analizy zebranych danych (np. współczynniki surowe, trendy, częstości) dla regionu, dla poszczególnych	dla 359 respondentów przedstawiono wyniki używając: 1) częstości (%) 2) zacytowano - wypowiedzi badanych, 3) Wyniki podsumowano przedstawiając w punktach listę najważniejszych "key points" z badania na każdy zbadany temat	Praca w grupach (podobnie jak grupa fokusowa) pozwoliła na wygenerowanie informacji w interaktywnym procesie współpracy świadczeniodawców. Na końcu uczestnicy wspólnie przez konsensus ustalali priorytety dotyczące zdrowia i opieki zdrowotnej w ich	
15	10. Metoda prezentacji wyników (rodzaj wykresów, tabele, mapy)	1. Wyniki zaprezentowano w tabelach i na wykresach słupkowych i kołowych. Kolejność wyników odpowiadała pytaniom w ankiecie. 2. Przedstawiono listę odpowiedzi respondentów na pytania otwarte:		

	A	B	C	D
2	Tytuł badania	STRABANE NEIGHBOURHOOD RENEWAL AREA Health Needs , UK	OHIO: A COMMUNITY HEALTH NEEDS ASSESSMENT FOR SOUTHWEST OHIO AND SOUTHEAST INDIANA.	USA, THE 2010 ONEMAINE COMMUNITY HEALTH NEEDS ASSESSMENT (CHNA)
16	11. Jakie były wyniki/wnioski?	Zidentyfikowane problemy opisano w punktach, i pogrupowano na 4 części wg zadanych pytań: 1. Co to jest największym problemem zdrowia w Pana społeczności? 2. Jakie są przyczyny tego? 3. Co Pana zdaniem można zrobić, aby rozwiązać ten problem zdrowotny? 4. Czy uważasz, że obecna lokalna opieka zdrowotna spełnia/zaspokaja potrzeby twojej społeczności?	W badaniu zebrano dane na temat: 1) barier do opieki zdrowotnej, korzystania z opieki zdrowotnej, 2) potrzeb w zakresie opieki zdrowotnej oraz 3) dane demograficzne.	W odniesieniu do każdej grupy badanych czynników, np. czynniki ryzyka, dostęp do opieki zdrowotnej. Jak ustalono te zalecenia? Zalecenia te są oparte na informacji ilościowej z wykonanego badania potrzeb zdrowotnych HNA i na podstawie kilku dekad doświadczenia w studiowaniu i pracy z systemami opieki zdrowotnej w stanie Maine i w całym Stanach Zjednoczonych. Rekomendacje dotyczą regionu Maine jako całości, i jako takie nie mogą mieć zastosowanie do każdego lokalnego systemu opieki zdrowotnej w Stanie.
17	12. Jak ustalono priorytety?	Za priorytety uznano te problemy, które najczęściej pojawiały się w wypowiedziach respondentów i uczestników grup fokusowych. 1. nadużywanie alkoholu i narkotyków 2. zdrowie psychiczne i w szczególności depresja 3. otyłość 4. samobójstwa i samookaleczenia 5. palenie	Priorytetowe wskaźniki społeczno-gospodarcze 1.Dostęp do jedzenia 2. Przepiętostwa 3.Sytuacja ekonomiczna 4. Bezdolność 5.Mieszkalnictwo 6. Demografia ludności 7. Ubóstwo 8. Ruch naturalny (śmiertelność, współczynnik dzietności) Priorytetowe wskaźniki związane ze zdrowiem: 1. Choroby przewlekłe 2. Zdrowie jamy ustnej 3. Ekonomia zdrowia 4. Stan zdrowia 5. Zdrowy tryb życia 6. Choroby zakaźne 7. Zdrowie matek 8. Zdrowie psychiczne 9. Odżywianie 10. Nadużywanie substancji psychoaktywnych	1. wdrożenie reform w celu poprawy sytuacji z ubezpieczeniem zdrowotnym. Zwłaszcza ułatwienie finansowania opieki stomatologicznej 2.walka zwłaszcza z paleniem i otyłością 3.poprawa opieki nad przewlekłe chorymi 4.Poprawa edukacji i badań przesiewowych w profilaktyce nowotworów 5.Wdrożenie szerokich programów profilaktycznych w zakresie uzależnień 6.
18	13. Rola mediów i lobbystów w powstawaniu, uświadamianiu i ocenie potrzeb			
19	14. Rekomendacje w zakresie poszczególnych zagadnień, np. prewencji pierwotnej, dostępności do opieki zdrowotnej, opieki długoterminowej, uzależnień i chorób psychicznych.	Przedstawiono obszerny plan działania skupiony na wyodrębnionych problemach, obejmujący działania na różnych szczeblach: rządowym, regionalnym i indywidualnym, np.: 1.Poprawa zatrudnienia i wykształcenia w regionie, walka z ubóstwem; 2.Wprowadzenie programów profilaktycznych, w tym zdrowia jamy ustnej; zwiększenie funduszy na ten cel; 3. Działania ukierunkowane na wspieranie rodzin i małych dzieci; 4. zachęcanie ludzi do korzystania z usług opieki medycznej przez apteki w rejonie; 5. powołanie powiatowego Health Forum; 6. Ustanowienie specjalnych programów dla młodych ludzi, aby zmniejszyć poziom i oddziaływanie szkodliwych skutków spożywania alkoholu, współpraca z organizacjami zaangażowanymi w tej	1. Ustanowienie lub wzmocnienie rad doradczych konsumentów opieki zdrowotnej. 2. Poprawa dochodów mieszkańców 3. Wszyscy dostawcy opieki powinni skoncentrować zasoby i usługi opieki zdrowotnych wobec grup społecznych, które doświadczają więcej barier i różnic w stanie zdrowia z powodów kulturowych lub językowych 4. Zwiększenie punktów taniej opieki medycznej 5. Zwiększenie dostępu do ubezpieczeń Zdrowotnych. 6. Poprawa dostępu do badań przesiewowych w kierunku raka. 7.Monitorowanie szczepień przeciw grypie. 8. Poprawa dostępu do wczesnej opieki ginekologicznej tj. w pierwszym trymestrze ciąży. 9. Zmniejszenie	1.Wdrożenie reform w celu poprawy sytuacji z ubezpieczeniem zdrowotnym. Zwłaszcza ułatwienie finansowania opieki stomatologicznej. 2.Walka zwłaszcza z paleniem i otyłością. 3.Poprawa opieki nad przewlekłe chorymi, zwłaszcza poprawa samokontroli stanu zdrowia i radzenia sobie z chorobą. 4.Poprawa edukacji i badań przesiewowych w profilaktyce nowotworów, a także obserwacja dostępności i skuteczności leczenia. 5.Wdrożenie szerokich programów profilaktycznych w zakresie uzależnień na poziomie populacyjnym, za pomocą strategii opartych na dowodach, które dotrą do specyficznych populacji i grup wiekowych. 6.Zapewnienie
20	zrodlo	www.strabanedc.com/filestore/documents/Appendix%20A.pdf	http://www.gchc.org/newsletter/Community_Health_Needs_Assessment.pdf	

	A	E	F	G
1		4	5	6
2	Tytuł badania	ST. MARY MERCY HOSPITAL COMMUNITY HEALTH NEEDS ASSESSMENT	Floryda – Florida Department of Health	Indiana – Indiana State Department of Health and Hospital Association
3	1. Cel przeprowadzenia oceny potrzeb zdrowotnych	I. Badanie opinii społeczności lokalnej nt. potrzeb zdrowotnych, Community Health Needs Survey.	1. Zbudowanie infrastruktury służącej wspieraniu wszechstronnego, systematycznego i zintegrowanego podejścia do oceny stanu zdrowia oraz zaplanowanie działań zmierzających do jego poprawy. 2. Poprawa zdrowia populacji regionu poprzez eliminację nierówności, które uniemożliwiają dostęp do zintegrowanej opieki zdrowotnej, poprawa jakości i dostępu do zasobów, które wspierają zdrowy styl życia.	Stworzenie centralnego ośrodka służącego do zbierania online danych populacyjnych w zakresie potrzeb zdrowotnych na poziomie stanu, aby zapewnić lokalnym departamentom zdrowia, szpitalom non-profit oraz innym partnerom społecznym dostęp do odpowiednich danych, za pomocą których można określić potrzeby zdrowotne lokalnej społeczności. Długofalowym celem podjętych działań jest wykorzystanie danych gromadzonych przy użyciu strony do umożliwienia rozwoju najlepszych praktyk i zaangażowania lokalnej społeczności do korzystania z tych praktyk aby poprawić zdrowie.
4	2. Zleceniodawca oceny, jeśli możliwe to źródło i wysokość finansowania	The St. Mary Mercy Community Benefits Steering Committee - zespół złożony z kluczowych udziałowców, przedstawicieli planowania strategicznego, finansów, administracji, marketingu i fundacji. The St. Mary Mercy Strategic Leadership Council - zespół wielodyscyplinarny, The Healthy Partners Circle of Care - zespół składa się z przedstawicieli różnych biur służb socjalnych, szkół, kościołów i członków społeczności w zachodniej Wayne County.	Departament Zdrowia stanu Floryda.	Departament Zdrowia stanu Indiana.
5	3. Czas - kiedy, jak długo trwał proces oceny potrzeb	11 września do 15 listopada 2011- ankieta internetowa, Styczeń-luty 2012	2011-2013.	Stronę internetową uruchomiono w grudniu 2012 roku.
6	4. Kto brał udział w procesie oceny potrzeb zdrowotnych, partnerzy; metoda doboru osób do badania (losowanie, wagi, grupy osób, na które szczególnie trzeba zwrócić uwagę, np. osoby starsze) grupa sterująca	1. The St. Mary Mercy Strategic Leadership Council - zespół wielodyscyplinarny, 2. The Healthy Partners Circle of Care - zespół składa się z przedstawicieli różnych biur służb socjalnych, szkół, kościołów i członków społeczności w zachodniej Wayne County. 3. The Detroit Wayne County Health Authority; 4. Studenci pielęgniarstwa z Madonna University	Partnerzy: lokalni liderzy zdrowia publicznego, szpitale non-profit, przedstawiciele lokalnego rządu, uniwersytetu, społeczności oraz organizacji pozarządowych. Powołano lokalne stanowe rady zdrowia (składające się ze świadczących usług nabywców oraz pozarządowych użytkowników zasobów ochrony zdrowia).	Departament Zdrowia stanu Indiana, Stowarzyszenie Szpitali w stanie Indiana, lokalne wydziały zdrowia, szpitale non-profit, inni niewyszczególnieni partnerzy społeczni. Współpracę w zakresie czynności technicznych związanych z uruchomieniem strony nawiązano z Centrum Biznesu i Badań w Indianie.
7	4a. Badane osoby:		b.d.	b.d.
8	5. Gdzie (centrum koordynujące, miejsca zbierania danych).	- The Detroit Wayne County Health Authority;		Strona internetowa koordynowana przez Departament Zdrowia stanu Indiana

A	E	F	G
2 Tytuł badania	ST. MARY MERCY HOSPITAL COMMUNITY HEALTH NEEDS ASSESSMENT	Floryda – Florida Department of Health	Indiana – Indiana State Department of Health and Hospital Association
9 6. Metody zebrania danych	I. W ankiecie (możliwa też wersja online/web-based survey) było 8 pytań dotyczących poniżej opisanych zagadnień. Ankieta była dostępna dla mieszkańców przez 2 miesiące, była też mailem wysłana do liderów (biznes, szkolnictwo, kościoły) w społeczności. II. Metoda grupy fokusowej (Focus Groups), w której udział wzięli pracownicy szpitala, community leaders, mieszkańcy. III. Dane wtórne	Zebranie danych wtórnych: Do tego celu wykorzystano działający od 2005 roku internetowy system, który zapewnił dostęp do ponad 1200 wskaźników zdrowia na poziomie stanowym, które są odpowiednio poszeregowane tak, aby ułatwić ich używanie w planowaniu. Internetowy system ma działać wspierająco i zmniejszać ilość danych podstawowych, które muszą zostać zebrane jako niezbędne w procesie oceny potrzeb zdrowotnych.	b.d.
10 7. Narzędzia badawcze	Ankieta internetowa - Respondent zaznaczał kogo reprezentuje w społeczności i dalej miał odpowiadać jako ten przedstawiciel społeczności (w tym: pracownik szpitala, lekarz, biznesmen, osoba niepełnosprawna, weteran, mieszkaniec miasta, prawnik, media, mniejszość, corrections?, edukacja, społeczność wyznaniowa, urzędnik, świadczeniodawca opieki medycznej, zdrowie publiczne, senior citizen, pracownik socjalny, młodzież).	b.d.	b.d.
11 8. Zakres zagadnień w ankiecie ogólnej był następujący:	1.Problemem zdrowotnym w twojej społeczności 2.Największe bariery do usług opieki zdrowotnej 3.Największe gaps in health care sevicees dla mieszkańców 4.Najważniejsze potrzeby w zakresie edukacji i prewencji chorób 5.Pytanie o szczególnie wrażliwe grupy ludzi w społeczności lokalnej 6.Sprawdzono wiedzę o usługach, które są dostępne i zaspokajają najważniejsze problemy zdrowotne 7.Dane demograficzne, w tym warunki mieszkaniowe.	b.d.	b.d.
12 8A. Pytania w ankiecie dotyczące dzieci:			
13 8B. Badanie na danych dostępnych (wtórne)	III. Data Gathering. Analiza danych wtórnych, secondary research - została wykonana przy użyciu baz danych: narodowych, stanowych, lokalnych baz demograficznych i lokalnych baz zdrowotnych.		b.d.
14 9. Przetwarzanie i metody analizy zebranych danych (np. współczynniki surowe, trendy, częstości) dla regionu, dla poszczególnych	Zebrane w badaniu dane były przeanalizowane przez studentów Madonna Univ. w celu określenia najważniejszych problemów zdrowotnych (zrobili ranking tych potrzeb).		b.d.
15 10.Metoda prezentacji wyników (rodzaj wykresów, tabele, mapy)	Wyniki badania ankietowego zostały przedstawione jako wykresy słupkowe wg odpowiedzi 4 grup społecznych: mieszkańcy, pracownicy szpitala, bezrobotni, lekarze.		Na stronie internetowej http://www.indianaindicators.org można zapoznać się z wykresami, tabelami i mapami dotyczącymi poszczególnych wskaźników (zdrowie społeczności, ekonomia, edukacja.

	A	E	F	G
2	Tytuł badania	ST. MARY MERCY HOSPITAL COMMUNITY HEALTH NEEDS ASSESSMENT	Floryda – Florida Department of Health	Indiana – Indiana State Department of Health and Hospital Association
16	11. Jakie były wyniki/wnioski?	Na podstawie danych z badania HNA zidentyfikowano 5 najważniejszych problemów zdrowotnych: 1. otyłość, 2.nadużywanie alkoholu przez młodzież i dorosłych, 3.zdrowie psychiczne u dorosłych, 4. przewlekłe zarządzanie chorobą /dostęp do opieki w chorobach 5.przewlekłych opieka na osobami starszymi.	1. Zidentyfikowane problemy z dostępnością do usług zdrowotnych – jako problematyczne wyszczególniono dostęp do ochrony zdrowia oraz finansowanie i infrastrukturę opieki zdrowotnej. 2.Zidentyfikowane problemy zdrowotne – umieralność niemowląt, problemy związane z prewencją chorób przewlekłych.	Utworzono narzędzie służące gromadzeniu i prezentacji danych pierwotnych na poziomie lokalnym.
17	12. Jak ustalono priory	Zaprojektowano 3-letni plan działania w zakresie tych najważniejszych 5 problemów np. problem: otyłość; dlaczego?: (brak aktywności fizycznej, złe nawyki żywieniowe); jakie strategie działania?: współpraca partnerów w lokalnych programach promujących aktywn. fiz i wellness; działalność, jako szpitalnego partnera, w społeczności na rzecz lokalnych wydarzeń skupiających się na poprawie stanu odżywienia/stan wiedzy w społeczności ; jakie specyficzne działania?: [wymiana informacji w Circle of Care Coalition, kościołach, firmach i szkołach;	Na podstawie współpracy między partnerami zidentyfikowano pięć kluczowych obszarów strategicznych: ochrona zdrowia, prewencja chorób przewlekłych, powtórny rozwój partnerstwa w społeczności, dostęp do ochrony zdrowia oraz finansowanie i infrastruktura opieki zdrowotnej.	
18	13. Rola mediów i lobbystów w powstawaniu, uświadamianiu i ocenie potrzeb			Informacja o uruchomieniu strony internetowej ukazała się w prasie.
19	14. Rekomendacje w zakresie poszczególnych zagadnień, np. prewencji pierwotnej, dostępności do opieki zdrowotnej, opieki długoterminowej, uzależnień i chorób psychicznych.	Nie planowano działań co do problemów których rozwiązanie leży wyżej/nie jest w ich mocy, np. finansowanie opieki zdrowotnej, zatrudnienia, wykształcenie.	Zaproponowano działania i narzędzia, które w ocenie udziałowców będą niezbędne w dalszym procesie oceny i poprawy zdrowia na poziomie lokalnym. Zaliczono do nich rozbudowę możliwości kształcenia opartego o zasoby internetowe, tworzenie sieci wsparcia regionalnego, budowanie zasobów pozwalających na oparte na dowodach interwencje związane z wdrożeniem określonych działań. Trwający proces wdrażania Planu Poprawy Zdrowia na Poziomie Stanu będzie rewidowany w zakresie głównego celu, strategii oraz celów szczegółowych związanych z pięcioma zidentyfikowanymi kluczowymi obszarami strategicznymi oraz poprawą	b.d.
20	zrodlo	http://www.mercyhealthssaintmarys.com/documents/GrandRapids/KentCoCHNA_Final(Website).pdf	http://www.astho.org/Florida-CHNA-Cas	http://www.astho.org/Indiana-CHNA-Cas

	A	H	I	J
1		7	8	10
2	Tytuł badania	Michigan – Community Health Needs Assessment Report & Implementation Plan	Tippecanoe County HNA	Scotland – Health Needs Assessment Report – Summary - People With Learning Disabilities In Scotland
3	1. Cel przeprowadzenia oceny potrzeb zdrowotnych	1. Ewaluacja dotychczasowych potrzeb zdrowotnych społeczności i ustalenie priorytetów; 2. Identyfikacja zasobów dostępnych w celu realizacji działań mających priorytet oraz identyfikacja możliwości ich zastosowania; 3. podjęcie działań zmierzających do uwzględnienia w planie wdrożenia priorytetów zdrowotnych; 4. stworzenie potencjału w zakresie możliwości zaspokojenia potrzeb zdrowotnych obejmujących zakres istniejących programów, zasobów oraz partnerstwa w obszarze systemu zdrowotnego.	Cel HNA: narzędzie używane aby pomóc społeczności określić ich potrzeb, zdolności i wykorzystanie zasobów przez mieszkańców.	Celem przeprowadzenia oceny potrzeb zdrowotnych osób z trudnościami w uczeniu się było zidentyfikowanie: 1. potrzeb zdrowotnych występujących w tej grupie osób 2. wzorców dostarczania opieki zdrowotnej osobom z trudnościami w uczeniu się na terenie Szkocji jak i innych państw 3. aktualnych mocnych stron, luk oraz nierówności w usługach na terenie Szkocji 4. zakresu przyszłych prac mających na celu uczestnictwo w działaniach redukujących nierówności w zdrowiu, pozwalających na poprawę jakości życia osób z trudnościami w uczeniu się.
4	2. Zleceniodawca oceny, jeśli możliwe to źródło i wysokość finansowania	System Zdrowia Uniwersytetu w Michigan (ang. University of Michigan Health System, UMHS).	Badanie HNA było sponsorowane przez: 1. Franciscan Alliance, St. Elizabeth Hospital 2. Tippecanoe County Health Department 3. Riggs Community Health Center 4. Unity Healthcare .	HNS Health Scotland.
5	3. Czas - kiedy, jak długo trwał proces oceny potrzeb	Proces oceny potrzeb zdrowotnych był prowadzony w latach 2011-2012.	1 czerwca 2011; raport powstał w grudniu 2011.	Brak danych, raport opublikowano w 2004 roku.
6	4. Kto brał udział w procesie oceny potrzeb zdrowotnych, partnerzy; metoda doboru osób do badania (losowanie, wagi, grupy osób, na które szczególnie trzeba zwrócić uwagę, np. osoby starsze) grupa sterująca		Zebrań danych pierwotnych zostało przeprowadzone przez Pauline Shen z Departamentu Zdrowia Tippecanoe County z członkami lokalnej Health Coalition. Lokalna Health Coalition to grupa osób w Izbie Gospodarczej, która odegrała kluczową rolę w kampanii medialnej, która rozpoczęła badanie.	Koordinacja: NHS Scotland. Współpraca z osobami z trudnościami w uczeniu się, lokalną społecznością, niezależnymi organizacjami, organizacjami zajmującymi się dostarczaniem odpowiednich usług, lokalne autorytety i ośrodki uniwersyteckie, przedstawiciele przemysłu.
7	4a. Badane osoby:	Populacją ocenioną pod kątem potrzeb zdrowotnych była populacja hrabstwa Washtenaw.	1. 5000 ankiet papierowych zostało wysłanych pocztą do losowo wybranych mieszkańców 2. Szkoły i firmy zostały zapytane o pozwolenie na wysłanie mailem ankiety do swoich pracowników. 3. W mniejszości hiszpańskojęzycznej - poprzez ogłoszenie na hiszpańskiej Mszy św. Tak samo kontaktowano się - poprzez kościoły - do Afro Amerykanów.	
8	5. Gdzie (centrum koordynujące, miejsca zbierania danych).	System Zdrowia Uniwersytetu w Michigan (ang. University of Michigan Health System, UMHS).		

	A	H	I	J
2	Tytuł badania	Michigan – Community Health Needs Assessment Report & Implementation Plan	Tippecanoe County HNA	Scotland – Health Needs Assessment Report – Summary - People With Learning Disabilities In Scotland
9	6. Metody zebrania danych	Pozyskano dane ilościowe i jakościowe. Dane ilościowe pozyskano jako dane zbierane co 5 lat w ramach przeprowadzanej na terenie hrabstwa oceny potrzeb zdrowotnych, jak również wykorzystano dane zbierane przy użyciu systemu zdrowia publicznego. Dane jakościowe pozyskano poprzez wykorzystanie danych uzyskanych w programach zdrowotnych prowadzonych na terenie hrabstwa, które były uzyskane z wywiadów z członkami społeczności, których potrzeby zdrowotne nie były zaspokojone, z przedstawicielami mniejszości, osobami o niskich dochodach oraz osobami chorującymi na choroby przewlekłe.	Metoda -ankieta: 1. Online 2. Papierowa 3.smartfonem	Aby uzyskać dane pozwalające do realizacji ww. celów, wykorzystano szeroki zakres źródeł danych. Uwzględniono doświadczenia osób korzystających z usług zdrowotnych oraz ich rodzin, dane pochodzące z opublikowanych badań z zakresu potrzeb zdrowotnych osób z trudnościami w uczeniu się, dane dostarczone przez niezależne organizacje, uniwersytety, NHS, organizacje zapewniające dostęp do usług zdrowotnych.
10	7. Narzędzia badawcze	Proces oceny potrzeb zdrowotnych składał się z kilku etapów, zgodnych z Mapą ustaloną przez Stowarzyszenie na Rzecz Poprawy Zdrowia Społeczności (ang. Association for Community Health Improvement's Assessment Process Map): 1. identyfikacji zespołu i zasobów potrzebnych do przeprowadzenia procesu; 2. definicji celu i zakresu; 3.pozyskania i przeanalizowania danych; 4. wyboru priorytetów; 5. opracowania dokumentacji i komunikacji uzyskanych wyników; 6. planowania działań i	5000 ankiet papierowych zostało wysłanych pocztą do losowo wybranych mieszkańców.	b.d.
11	8. Zakres zagadnień w ankiecie ogólnej był następujący:		wiek, płeć, stan cywilny, rasa, bezrobocie, spożycie alkoholu przez niepełnoletni, cięższe nieletnich, ubóstwo, przestępczość nieletnich, opieka zdrowotna, brak wykształcenia, wykluczenie i upadłość [foreclosure and bankructcy],zaniedbanie osób starszych, narkomania, przemoc domowa, przestępstwa, przemoc wobec dzieci	
12	8A. Pytania w ankiecie dotyczące dzieci:			
13	8B. Badanie na danych dostępnych (wtórne)		Dane wtórne dotyczące badanego regionu są zestawione w rankingu dla wszystkich stanów dostępnym na stronie: www.countyhealthranking.org , można porównać swoją sytuację zdrowotną ze stanami o podobnej	
14	9. Przetwarzanie i metody analizy zebranych danych (np. współczynniki surowe, trendy, częstości) dla regionu, dla poszczególnych			b.d.
15	10.Metoda prezentacji wyników (rodzaj wykresów, tabele, mapy)	Wykresy słupkowe i liniowe, tabele.	Na wykresach słupkowych przedstawiono częstość [%] odpowiedzi wg płci, wieku, rasy i dochodów	b.d.

	A	H	I	J
	Tytuł badania	Michigan – Community Health Needs Assessment Report & Implementation Plan	Tippecanoe County HNA	Scotland – Health Needs Assessment Report – Summary - People With Learning Disabilities In Scotland
2	11. Jakie były wyniki/wnioski?	zidentyfikowane problemy z dostępnością do usług zdrowotnych - na podstawie zebranych danych stwierdzono występowania problemów z dostępem do opieki zdrowotnej zidentyfikowane problemy zdrowotne - problemy w obszarze zdrowia psychicznego, nadużywanie substancji, otyłość, zdrowie reprodukcyjne i okołoporodowe, szczepienia, wykorzystywanie i zaniedbywanie dzieci.	1. Wśród społeczności dwa największe problemy to: narkomania, bezrobocie. 2. Wśród usług w społeczności wymienione są jako bardzo ważne problemy: przystępność opieki zdrowotnej, dostęp do opieki zdrowotnej, opieka nad dziećmi, Szkolenia zawodowe i zatrudnianie usług . 3.Wśród problemów zdrowotnych największe problemy to: nadwaga/otyłość, brak aktywności fizycznej, uzależnienie od alkoholu i narkotyków, choroby przewlekłe, palenie 4. Wśród usług zdrowotnych wymienione jako bardzo ważne są: w przystępnej cenie przystępność opieki zdrowotnej , opieka dentylistyczna w przystępnej cenie, edukacja żywieniowa,	Wyniki opracowanej oceny wskazują, że osoby z trudnościami w uczeniu się mają bardziej złożone potrzeby zdrowotne niż członkowie populacji generalnej. Większość ich potrzeb zdrowotnych pozostaje nierozpoznana i niezaspokojona. Uwaga poświęcana potrzebom zdrowotnym osób z trudnościami w uczeniu się jest niewystarczająca. Osoby te nie są adresatami działań z zakresu promocji zdrowia, jak również nie są kształcone w zakresie rozpoznawania swojego złego stanu zdrowia.
16	12. Jak ustalono priorytety?	Na podstawie poniższych wytycznych ustalono priorytetyzacje działań w ramach określonych potrzeb: 1. Możliwość wpływu UMHS na dany obszar potrzeb zdrowotnych 2. Zgodność z innymi systemami ochrony zdrowia skoncentrowanymi na takim samym zakresie usług oraz populacji 3. Zgodność z aktualnymi priorytetami i programami działań UMHS 4. Efektywność prowadzonych programów 5. Ocena jak wcześniejsze działania UMHS odpowiadały na potrzeby zdrowotne społeczności		
17	13. Rola mediów i lobbystów w powstawaniu, uświadamianiu i ocenie potrzeb		1. konferencja prasowa na ten temat 2. lokalne wiadomości tv i informacja w radio 3. kilka artykułów na ten temat w lokalnej prasie	
18	14. Rekomendacje w zakresie poszczególnych zagadnień, np. prewencji pierwotnej, dostępności do opieki zdrowotnej, opieki długoterminowej, uzależnień i chorób psychicznych.	1. W obszarze związanym z dostępem do opieki zdrowotnej powołano kilka inicjatyw. The Washtenaw Health Initiative to inicjatywa skoncentrowana na sposobach poprawienia dostępu do opieki zdrowotnej dla osób o niskich dochodach, nieubezpieczonych oraz dla członków systemu Medicaid; działania Inicjatywy obejmują udzielanie wsparcia finansowego oraz reprezentowania pacjentów. The Washtenaw Health Plan z kolei umożliwia pokrycie wydatków związanych z ochroną zdrowia dla osób o niskich dochodach, które nie mają dostępu do przystępnego ubezpieczenia zdrowotnego. Natomiast the Washtenaw County Prescription Plan to inicjatywa polegająca na udzielaniu	Brak rekomendacji.	Skonstruowano pięciowarstwowy model opieki dla osób z trudnościami w uczeniu się, jego zakres obejmował następujące elementy: 1. Warstwa 0: zasoby i wsparcie społeczne, wsparcie domowe, edukacja i uczenie się, zatrudnienie, inicjatywy z zakresu zdrowia publicznego, rozwój odpowiedniej polityki; 2.Warstwa 1: podstawowa opieka zdrowotna; 3. Warstwa 2: usługi zdrowotne drugiego rzędu (opieka szpitalna i ambulatoryjna) dostępne poprzez podstawową opiekę zdrowotną; 4. Warstwa 3: usługi specjalistyczne dla osób z trudnościami w uczeniu się dostarczane 5. Warstwa 4: usługi specjalistyczne wyższego stopnia dla osób z trudnościami w uczeniu się
19		http://www.med.umich.edu/1busi/factsheets/CHNA%20Report%20and%20Impl%20Plan.pdf	http://www.tippecanoe.in.gov/egov/docs/1333551807_217376.pdf	http://www.healthscotland.com/uploads/documents/1676-LD_summary.pdf
20	źródło			

	A	K	L	M	N
		15	18	20	21
1	Tytuł badania	Hardin Memorial Hospital badanie 2012	Health, Work and Well-being: Employee Health Needs Assessment Methods	Child and Youth Mental Health Intervention, Research and Community	Health needs assessment of Asian people living in the Auckland region
2	1. Cel przeprowadzenia oceny potrzeb zdrowotnych	Hardin Memorial Hospital rozpoczął kompleksową inicjatywę oceny potrzeb zdrowia społeczności, która pomoże: 1. Określić obecne i przyszłe potrzeby zdrowotne w naszych społecznościach; 2. Zwiększać świadomość społeczności na temat lokalnych i regionalnych problemów zdrowotnych; 3. Określić trendy w demografii związane z ochroną zdrowia 4. Poprawić i wzmocnić nasze programy zdrowotne i usługi	Na tej stronie jest teoria nt badań HNA, ale jest też modelowy przykład krótkiego kwestionariusza do oceny potrzeb zdrowotnych osób w miejscu pracy. Kwestionariusz jest przetłumaczony poniżej. Nie ma wyników konkretnego badania HNA.	1. zdefiniowanie zakresu potrzeb zdrowotnych oraz zwrócenie uwagi na takie problemy jak: aresztowania nieletnich, samobójstwa, profilaktyka zdrowotna, opieka społeczna poradnictwo 2. analiza makrootoczenia w zakresie świadczeń psychicznych dla dzieci i młodzieży 3. zebranie podstawowych danych z zakresu korzystania ze świadczeń zdrowotnych 4. identyfikacja braków w świadczonych usługach zdrowotnych 5. przegląd najlepszych praktyk w innych	1. Identyfikacja potrzeb zdrowotnych 2. Identyfikacja nierówności w zdrowiu; 3. Opis demograficzny mniejszości azjatyckiej zamieszkującej region Auckland, 4. Zbadania obszarów potrzeb zdrowotnych, takich jak ochrona zdrowia osób starszych, niepełnosprawność, przemoc w rodzinie, bezpieczeństwo w populacjach azjatyckich w Auckland, 5. Identyfikacja obszarów priorytetowych dla polityk regionalnych i planowania usług medycznych w społecznościach azjatyckich w
3	2. Zleceniodawca oceny, jeśli możliwe to źródło i wysokość finansowania	Planning & Development, Hardin Memorial Hospital, 913 N. Dixie Ave,		Badanie zostało sfinansowane przez Public Health Agency of Canada's Innovation Strategy. Badanie zrealizowano przez Teri Lindsay Consulting na zlecenie Quajigiti Health Research Centre (AHRN-NU).	Analiza została przeprowadzona na zlecenie Northern DHB Support Agency w imieniu the Auckland Regional Settlement Strategy Migrant Health Action Plan.
4	3. Czas - kiedy, jak długo trwał proces oceny potrzeb			Luty - czerwiec 2010.	brak danych
5	4. Kto brał udział w procesie oceny potrzeb zdrowotnych, partnerzy; metoda doboru osób do badania (losowanie, wagi, grupy osób, na które szczególnie trzeba zwrócić uwagę, np. osoby starsze) grupa sterująca			Wywiady eksperckie z interesariuszami reprezentującymi instytucje: edukacji, prawa, zdrowia psychicznego, opieki społecznej, organizacji pozarządowych, samorząd lokalny.	Interwju z interesariuszami z obszarów usług medycznych, samorządów, organizacji pozarządowych, z którymi przeprowadzone zostały wywiady eksperckie.
6	4a. Badane osoby:				
7	5. Gdzie (centrum koordynujące, miejsca zbierania danych).				
8					

	A	K	L	M	N
2	Tytuł badania	Hardin Memorial Hospital badanie 2012	Health, Work and Well-being: Employee Health Needs Assessment Methods	Child and Youth Mental Health Intervention, Research and Community	Health needs assessment of Asian people living in the Auckland region
9	6. Metody zebrania danych			Analiza przebiegała dwuetapowo. Pierwszy etap polegał na gromadzeniu danych regionalnych (dane zastane) i przeglądzie programów zdrowotnych realizowanych w regionie. Druga faza to interpretacja zebranych danych, analiza dobrych praktyk, eksploracja danych społeczno-demograficznych, identyfikacja potrzeb zdrowotnych	1. Wywiady eksperckie 2. Dane wtórne (demograficzne, urodzenia, zgony, dane szpitalne, rejestry krajowe np. nowotworów, chorób zakaźnych) np. 1) Get Checked Diabetes data 2) InterRAI data for health of older people 3) Privately-funded terminations of pregnancy
10	7. Narzędzia badawcze	Na stronie internetowej http://www.hmh.net/HMHWebsite/NewsDetail.aspx?NewsID=110 jest informacja o celu i możliwości udziału w badaniu potrzeb zdrowotnych społeczności. Ankietę można wypełnić internetowo lub w wersji papierowej i odesłać na poniższy adres.	1. Dwu-punktowy kwestionariusz częstotliwości spożycia żywności	Analiza danych wtórnych, przegląd programów zdrowotnych, identyfikacja dobrych praktyk.	1. Wywiad standaryzowany 2. Analiza danych wtórnych
11	8. Zakres zagadnień w ankiecie ogólnej był następujący:	1. Samoocena stanu zdrowia. 2. Gdzie idziesz do podstawowej opieki zdrowotnej? 3. Czy jesteś w stanie odwiedzić lekarza, gdy potrzebna? 4. Jeśli odpowiedź brzmi Nie na pytanie 3, wybierz wszystkie, które dotyczą. 5. Jaki rodzaj ubezpieczenia zdrowotnego masz? 6. Proszę zaznaczyć główne trzy wyzwania zdrowotne możesz napotkać 7. Jakie dodatkowe usługi zdrowotne muszą być oferowane do sprostania wyzwaniom zdrowia w swojej społeczności? 8. Wybierz wszystkie wypowiedzi poniżej zastosowania (dotyczy nałogów i zachowań prozdrowotnych) 9. Które z poniższych procedur zapobiegawczych trzeba było w ciągu ostatnich 12 miesięcy? 10. Jaka jest Twoja płeć? 11. Jaka jest twój powiatu zamieszkania? 12. Jaki jest Twój 5-cyfrowy	1. Dwu-punktowy kwestionariusz częstotliwości spożycia żywności 2. Bariery w opiece medycznej u pacjentów z astmą Supplemental Table 2: Survey questions for physicians	1. Dane społeczno-demograficzne – liczba ludności, populacja dzieci w podziale na grupy wiekowe: 0-4, 5-9, 10-14, 15-19 w analizowanych regionach, liczba samobójstw wśród młodzieży, wykształcenie, ciąża wśród nastolatek, tożsamość płciowa 2. Opieka zdrowotna – liczba dzieci biorących udział w programach zdrowotnych 3. Zachowania zdrowotne: nastrój i zaburzenia lękowe; konsultacje psychiatryczne; zaburzenia psychotyczne; uzależnienie młodzieży i	1. Dane demograficzne: pochodzenie etniczne, wielkość populacji Azjatów zamieszkujących w Auckland, płeć, gęstość zaludnienia, religia, kraj pochodzenia, wiek, przemoc w rodzinie, przemoc w rodzinie względem osób starszych oraz dzieci, współczynnik dzietności kobiet, niepełnosprawność, palenie tytoniu, 2. Stan zdrowia: oczekiwana długość życia, umieralność standaryzowana do wieku, przyczyny zgonów: choroby układu krążenia, nowotwór płuc, wypadki, wypadki drogowe,
12	8A. Pytania w ankiecie dotyczące dzieci:				
13	8B. Badanie na danych dostępnych (wtórne)				
14	9. Przetwarzanie i metody analizy zebranych danych (np. współczynniki surowe, trendy, częstości) dla regionu, dla poszczególnych			Analiza danych wtórnych, przegląd programów zdrowotnych identyfikacja dobrych praktyk	częstości, procenty, współczynniki standaryzowane, współczynniki w przeliczeniu na 100 tys., ogółem dla całego regionu oraz w podziale na wyróżnione mniejszości etniczne.
15	10. Metoda prezentacji wyników (rodzaj wykresów, tabele, mapy)			Tabele, opis, wnioski.	Wykresy kołowe/słupkowe, liczebności, procenty, mapy, (o ile możliwe dane przedstawione w podziale na wyróżnione mniejszości etniczne. regiony zamieszkania

	A	K	L	M	N
2	Tytuł badania	Hardin Memorial Hospital badanie 2012	Health, Work and Well-being: Employee Health Needs Assessment Methods	Child and Youth Mental Health Intervention, Research and Community	Health needs assessment of Asian people living in the Auckland region
16	11. Jakie były wyniki/wnioski?			Analiza wykazała, że w regionie występuje niewystarczająca liczba świadczeń zdrowotnych z zakresu zdrowia psychicznego dla dzieci i młodzieży. Poza opieką podstawową i interwencjami w sytuacjach kryzysowych w regionie nie ma możliwości skorzystania z programów zdrowotnych w zakresie zdrowia psychicznego.	1. Wśród mniejszości chińskiej najczęściej występującymi problemami zdrowotnymi są cukrzyca, cukrzyca ciężarnych, choroby jamy ustnej wśród dzieci, zaćma oraz niedonoszenie ciąży. 2. Wśród mniejszości indyjskiej najczęściej występujące problemy zdrowotne to cukrzyca, cukrzyca ciężarnych, astma wśród dzieci, niska waga urodzeniowa niemowląt, przemoc w rodzinie oraz zaćma. 3. Wśród pozostałych mniejszości azjatyckich obszarami priorytetowymi są udary, hospitalizacje z powodu
17	12. Jak ustalono priorytety?			Analiza danych wtórnych i przegląd programów zdrowotnych, zarówno tych realizowanych w regionie jak i poza Nunavut.	Potrzeby zdrowotne były szacowane oddzielnie dla chińskiej, indyjskiej i innych azjatyckich mniejszości narodowych. W szacowaniu potrzeb zdrowotnych uwzględniono czynniki społeczno – demograficzne, zasoby opieki zdrowotnej, rozpowszechnienie i umieralność z powodu najczęściej występujących chorób. Ponadto przeprowadzono wywiady z przedstawicielami zakładów
18	13. Rola mediów i lobbystów w powstawaniu, uświadamianiu i ocenie potrzeb			nie dotyczy	nie dotyczy
19	14. Rekomendacje w zakresie poszczególnych zagadnień, np. prewencji pierwotnej, dostępności do opieki zdrowotnej, opieki długoterminowej, uzależnień i chorób psychicznych.			zwiększenie dostępności świadczeń z zakresu zdrowia psychicznego dla dzieci i młodzieży.	1) Właściwe rozpoznanie, planowanie i monitorowanie potrzeb zdrowotnych wśród mniejszości azjatyckiej zarówno na poziomie regionalnym krajowym. 2) Intensyfikacja działań w zakresie promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej. 3) Zwiększenie liczby usług zdrowotnych adresowanych bezpośrednio do mniejszości azjatyckiej 4) Poprawa jakości zbieranych (z zakresu usług medycznych) 5) Likwidacja barier językowych i kulturowych, które utrudniają mniejszości azjatyckiej
20	źródło	http://www.hmh.net/HMHWebsite/NewsDetail.aspx?NewsID=110	ownload/Public/12479/1/EMPHO%20HWWB%20HNA%20FULL%20report%20310311.p		

A	O	P	O
1	22	23	24
Tytuł badania	Population Health Needs Assessment for the communities of South Western Sydney	CLEVELAND CLINIC MAIN CAMPUS COMMUNITY HEALTH NEEDS ASSESMNET	KAISER FOUNDATION HOSPITAL – ANTIOCH- CHNA
2			
1. Cel przeprowadzenia oceny potrzeb zdrowotnych	1) identyfikacja i lepsze zrozumienie potrzeb zdrowotnych lokalnej społeczności, 2) charakterystyka społeczno – demograficzna analizowanej społeczności, 3) analiza dostępności usług medycznych	1) zrozumienie oraz zaplanowanie obecnych i przyszłych potrzeb zdrowotnych pacjentów oraz wszystkich mieszkańców korzystających z usług Cleveland Clinic Main Campus 2) głębsze zrozumienie istniejących potrzeb zdrowotnych 3) identyfikacja priorytetowych potrzeb zdrowotnych 4) zdobycie informacji o stanie zdrowia populacji oraz jej cechach społeczno – demograficznych 5)zapewnienie uwzględnienia potrzeb osób niezbyt licznie reprezentowanych w danej społeczności, 6) zapewnienie reprezentacji lokalnych, regionalnych i krajowych interesariuszy w procesie szacowania potrzeb zdrowotnych 7) inwentaryzacja dostępnych zasobów na poziomie lokalnych, regionalnych i krajowych społeczności w celu oszacowania potrzeb zdrowotnych 8)opracowanie dokumentu CHNA zgodnie z wytycznymi PPACA (the Patient Protection and	spełnienie wymogów prawa federalnego (ACA March 23, 2010: Revenue Code section 501), które zakłada, że każdy szpital prowadzony przez organizację non-profit musi przeprowadzić ocenę potrzeb zdrowotnych przynajmniej raz na trzy lata
3			
2. Zleceniodawca oceny, jeśli możliwe to źródło i wysokość finansowania	Analiza została przeprowadzona przez South Western Sydney Local Health District's Planning Unit na zlecenie South Western Sydney Medicare Local.	Projekt został przygotowany i zarządzany przez Cleveland Clinic Main Campus. Wraz z Cleveland Clinic Main Campus w projekt zaangażowana została także firma badawczo – konsultingowa Tripp Umbach. W trakcie realizacji badania Cleveland Clinic Main Campus współpracował z innymi szpitalami i klinikami: 1. Cleveland Clinic Children's Hospital 2. Cleveland Clinic Children's Hospital of Rehabilitation 3. Euclid Hospital 4. Fairview Hospital 5. Hillcrest Hospital 6. Lakewood Hospital 7. Lutheran Hospital 8) Marymount Hospital 9. Medina Hospital 10. South Pointe Hospital	Raport został opracowany przez Areté Consulting na zlecenie Kaiser Permanente Northern California Region Community Benefit.
4			
3. Czas - kiedy, jak długo trwał proces oceny potrzeb	Analiza została przeprowadzona w 2013 r.	Projekt realizowany był od października 2011 r. do kwietnia 2012 r.	Proces oceny potrzeb zdrowotnych został przeprowadzony w 2012 r.
5			
4. Kto brał udział w procesie oceny potrzeb zdrowotnych, partnerzy; metoda doboru osób do badania (losowanie, wagi, grupy osób, na które szczególnie trzeba zwrócić uwagę, np. osoby starsze) grupa sterująca	Lokalni interesariusze, osoby związane ze zdrowiem, usługami medycznymi, organizacjami pozarządowymi	1. Pierwszym etapem badania był przegląd oraz analiza danych zastanych 2. Wywiady z kluczowymi interesariuszami – łącznie przeprowadzono 33 wywiady. Instytucje biorące udział w wywiadach to: Local and regional Public Health Urban Affairs, Ohio and National Public Health, Academic Medicine Research, Faith – based Organizations, Local Government/Education, Community Foundations, Non –Profit Organizations. 3.Wywiady grupowe (FGI) z mieszkańcami społeczności - łącznie przeprowadzono 6 wywiadów wśród 111 mieszkańców, 4. Inwentaryzacja zasobów dostępnych w Cleveland Clinic Children's Hospital	1. Ocena potrzeb zdrowotnych przebiegła przy współpracy John Muir Health oraz KFH-Antioch. Ponadto kilka agencji lokalnych wspierało działania szpitala m.in. pomagając w rekrutacji pacjentów do badania. 2. W wywiadach grupowych udział wzięli mieszkańcy z grup szczególnie zagrożonych ubóstwem, posiadający niski poziom wykształcenia i nieposiadający ubezpieczenia. 3. W wywiadach eksperckich udział wzięli specjaliści z zakresu zdrowia publicznego, przedstawiciele władz i zagrożonych społeczności lokalnych
6			
4a.Badane osoby:			
7			
5. Gdzie (centrum koordynujące, miejsca zbierania danych).			
8			

A	O	P	Q
<p>Tytuł badania</p>	<p>Population Health Needs Assessment for the communities of South Western Sydney</p>	<p>CLEVELAND CLINIC MAIN CAMPUS COMMUNITY HEALTH NEEDS ASSESMENT</p>	<p>KAISER FOUNDATION HOSPITAL – ANTIOCH- CHNA</p>
<p>2</p> <p>6. Metody zebrania danych</p>	<p>1) Wywiady 2) ankieta wśród lekarzy niepublicznych zakładów opieki zdrowotnej/szpitali (wypełniona przez 247 lekarzy i 20 pielęgniarek) 3) spotkania z opiekunami osób chorób, wolontariuszami, studentami, przedstawicielami władz lokalnych (ankieta wypełniona przez 402 osoby) 4) spotkanie informacyjne z lokalnymi organizacjami pozarządowymi (w spotkaniu udział wzięło 60 osób) 5) wywiady grupowe; dane wtórne (demograficzne, urodzenia, zgony, dane szpitalne, rejestry krajowe np. nowotworów, chorób zakaźnych)</p>	<p>dane wtórne (demograficzne, urodzenia, zgony, dane szpitalne, rejestry krajowe np. nowotworów, chorób zakaźnych)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Behavioral Risk Factor Surveillance System (BRFSS) • Community Need Index (CNI) • Prevention quality Indicators (PQI) • Ohio Trauma Registry (OTR) • Healthy People 2020 • Cleveland Department of Public Health • Ohio Department of Health • Centers for Diseases Control and Prevention • Association of American Medical Colleges 	<p>A. 1. wywiady grupowe z mieszkańcami – cztery wywiady grupowe w grupach o liczebności 16 – 24 uczestników. Zebrane dane jakościowe zostały zakodowane i analitycy zidentyfikowali kluczowe tematy, które pojawiły się we wszystkich grupach i wywiady 2. analiza danych zastanych 3. wywiady eksperckie</p> <p>B. dane wtórne (demograficzne, urodzenia, zgony, dane szpitalne, rejestry krajowe np. nowotworów, chorób zakaźnych) 1. Dane społeczno - ekonomiczne 2. Środowisko: 3. Opieka medyczna: 4. Zachowania zdrowotne 5. Dane zdrowotne (w oparciu o występowanie oraz umieralność) 6.</p>
<p>9</p> <p>7. Narzędzia badawcze</p>	<p>ankiety, wywiady, prezentacje, skala 1 – 5 do szacowania i nadawania priorytetów wyróżnionym potrzebom zdrowotnym</p>	<p>Analiza danych zastanych, wywiady z ekspertami oraz wywiady grupowe.</p>	<p>Analiza danych zastanych, ankiety, roczniki, spisy, wywiady z mieszkańcami, wywiady eksperckie.</p>
<p>10</p> <p>8. Zakres zagadnień w ankiecie ogólnej był następujący:</p>	<p>1. Dane społeczno – demograficzne: ludność, gęstość zaludnienia, wiek, płeć, posiadanie dzieci, rodzaj gospodarstwa domowego, dochody gospodarstwa domowego, kapitał społeczny, pochodzenie, bezdomność, ubezpieczenie społeczne, niepełnosprawność 2. Zachowania zdrowotne: nadwaga, spożywanie alkoholu, palenie tytoniu, cukrzyca, uzależnienia od alkoholu i narkotyków, profilaktyka i promocja zdrowia 3. Stan zdrowia: hospitalizacje (leczenie, profilaktyka), zachorowania i zgony z powodu: chorób układu krążenia, nowotworów złośliwych, chorób układu oddechowego, urazów/wypadków, chorób nerek, nowotworów; zdrowie psychiczne, stan uzębienia i jamy ustnej, choroby</p>	<p>1. Sytuacja demograficzna: liczba ludności, wiek, płeć, pochodzenie, wykształcenie, dochód gospodarstwa domowego, stan cywilny, posiadanie dzieci, status ubezpieczeniowy, bezrobocie. 2. Sytuacja zdrowotna: występowanie nadciśnienia, cukrzycy, udarów, raka piersi, raka prostaty niska waga urodzeniowa, astma wśród dorosłych, niewydolność serca bóle, głowy oraz inne bóle, choroby serca, choroby płuc, przewlekła obturacyjna choroba płuc, cukrzyca – powikłania krótkoterminowe, cukrzyca – powikłania długoterminowe, cukrzyca niezdiagnozowana, wskaźnik amputacji kończyn u osób z cukrzycą, zastoinowa niewydolność serca, angina, perforacja wyrostka robaczkowego, odwodnienie, bakteryjne zapalenie płuc, zakażenie dróg moczowych, urazy (uduszenie, oparzenia, urazy tępe)</p> <p>3. Zachowania zdrowotne: nadwaga, palenie tytoniu,</p>	<p>1) Dane demograficzne: płeć, wiek, rasa, ubóstwo (% osób żyjących w ubóstwie, % dzieci żyjących w ubóstwie), ubezpieczenia społeczne (% posiadających ubezpieczenie), wykształcenie</p> <p>2) Zachowania zdrowotne: aktywność fizyczna (% aktywnych i nieaktywnych fizycznie), nadwaga (% osób z nadwagą w podziale na wiek i rasę), spożywanie warzyw i owoców (% osób spożywających odpowiednią ilość warzyw i owoców), dostęp do zdrowej żywności: I. sklepów z warzywami/owocami /100 mieszkańców, I. fast – food/100 tys. mieszkańców, palenie tytoniu (% osób dorosłych, która pali tytoń, narażenie</p>
<p>11</p> <p>8A. Pytania w ankiecie dotyczące dzieci:</p>			
<p>12</p> <p>8B. Badanie na danych dostępnych (wtórne)</p>			
<p>13</p> <p>9. Przetwarzanie i metody analizy zebranych danych (np. współczynniki surowe, trendy, częstości) dla regionu, dla poszczególnych</p>	<p>częstości, procenty, współczynniki</p>	<p>Częstości, procenty, tabele, wykresy, indeksy i skale zbudowane w oparciu o zgromadzone dane, wskaźniki występowania chorób.</p>	<p>Dane dla regionu – liczebności, procenty, współczynniki, przedstawienie wybranych danych w podziale na płeć, wiek, pochodzenie.</p>
<p>14</p> <p>10. Metoda prezentacji wyników (rodzaj wykresów, tabele, mapy)</p>	<p>Mapy, tabele, wykresy</p>	<p>Mapy, wykresy słupkowe, tabele</p>	<p>Mapy i tabele</p>
<p>15</p>			

A	O	P	Q
2 Tytuł badania	Population Health Needs Assessment for the communities of South Western Sydney	CLEVELAND CLINIC MAIN CAMPUS COMMUNITY HEALTH NEEDS ASSESMNET	KAISER FOUNDATION HOSPITAL – ANTIOCH- CHNA
16 11. Jakie były wyniki/wnioski?	Zidentyfikowanych zostało 10 priorytetowych obszarów z zakresu potrzeb zdrowotnych: 1) Zdrowie psychiczne, 2) Nadwaga i otyłość 3) Palenie tytoniu , 4) Choroby przewlekłe - cukrzyca i choroby układu sercowo-naczyniowego 5) Ciąża i opieka okołoporodowa 6) Wdrożenie narzędzia oceny ryzyka (5A's risk assessment tool) 7) Rzecznictwo/wsparcie 8) Informacja/proces informowania 9) Informacja/proces informowania 10) Zasoby ludzkie w opiece zdrowotnej	Analiza wykazała, że w badanej społeczności istnieją niezaspokojone potrzeby dotyczące programów zdrowotnych oraz usług medycznych. Zidentyfikowano następujące potrzeby zdrowotne: choroby przewlekłe, promocja zdrowego stylu życia, świadczenia specjalistyczne wraz z zapewnieniem transportu pacjenta, dostęp do opieki zdrowotnej, poprawa ekonomiczna (wydajność), badania medyczne, edukacja.	Zdefiniowano 10 priorytetowych potrzeb zdrowotnych. W wielu przypadkach dane wtórne są dostępne tylko na poziomie powiatu, co sprawia, że przeprowadzenie dokładnej analizy dla poszczególnych społeczności docelowych jest utrudnione. W oparciu o doświadczenia ekspertów z zainteresowanych stron, a także bezpośredniej informacji, które otrzymaliśmy od członków pod tym względem zaniedbanych lub zagrożonych populacji, jesteśmy przekonani, że potrzeby zdrowia społeczności mamy zidentyfikowane mają znaczący wpływ na wrażliwych populacji. Ponadto, dane w podziale na wiek, pochodzenie etniczne i płeć
17 12. Jak ustalono priorytety?	W celu oszacowania i wyznaczenia priorytetowych potrzeb zdrowotnych zastosowano model Hanlon Method for Prioritising Health Problems	W pierwszej kolejności dokonano przeglądu danych zastanych. Na podstawie uzyskanych wyników analizę pogłębiono o wywiady eksperckie z interesariuszami oraz wywiady grupowe z mieszkańcami regionu.	1) Przegląd i analiza danych zdrowotnych zgromadzonych i posiadanych przez Kaiser Permanente CARES (Center for Applied Research and Environmental Systems). 2) Przegląd i analiza danych zastanych: demograficznych, społecznych, behawioralnych, środowiskowych i ekonomicznych, które związane są ze stanem zdrowia. Większość tych danych pochodziła z bazy danych Kaiser Permanente CARES 3) Analiza i identyfikacja problemów zdrowotnych na podstawie posiadanych danych, a następnie
18 13. Rola mediów i lobbystów w powstawaniu, uświadamianiu i ocenie potrzeb	nie dotyczy		
19 14. Rekomendacje w zakresie poszczególnych zagadnień, np. prewencji pierwotnej, dostępności do opieki zdrowotnej, opieki długoterminowej, uzależnień i chorób psychicznych.	1) Zdrowie psychiczne – implementacja Programu powrotu do zdrowia dla osób z długotrwałymi problemami psychicznymi; opracowanie efektywnej ścieżki leczenia dla osób z problemami psychicznymi; zapewnienie odpowiedniego wsparcia, informacji oraz edukacji 2) nadwaga i otyłość: przeprowadzić szkolenie Healthy Eating Activity and Lifestyle (HEAL), programy edukacyjne, akcje informacyjne 3) Palenie tytoniu – działania edukacyjne, opracowanie programów pomagających rzucić palenie; monitoring rozpowszechnienia palenia w danej populacji 4) Choroby przewlekłe - cukrzyca i choroby układu sercowo-naczyniowego – opracowanie skutecznej ścieżki leczenia	1) zwiększenie liczby dostępnych badań i usług medycznych 2) zapewnienie pacjentom tego wymagającym bezpłatnego transportu na badania medyczne 3) akademickie centra medyczne powinno być „pierwszą linią” jeżeli chodzi o badania nad zdrowiem populacji oraz edukacją zdrowotną, 4) promowanie zdrowego stylu życia	1) Zwiększenie poziomu aktywności fizycznej 2) Wypracowanie zdrowych nawyków żywieniowych 3) Świadomość zdrowotna 4) Zabezpieczenie odpowiednich środków (niezbędnych dla osób żyjących w ubóstwie, tutaj dot. populacji hiszpańskiej i afroamerykańskiej) 5) Profilaktyka astmy, zarówno w populacji dzieci i dorosłych (blisko 15% mieszkańców cierpi z powodu astmy) 6) Specjalistyczna opieka zdrowotna na poziomie lokalnym dla osób o żadnych lub niskich dochodach 7) Dostęp do opieki psychicznej/ psychiatrycznej dla osób ubogich
20 zrodlo			

	A	R	S	T
1		25	26	27
2	Tytuł badania	Kane Community Hospital CHNA	The Brigham And Women's Hospital 2013 Community Health Needs Assessment	The Johns Hopkins Hospital - Community Health Needs Assessment
3	1. Cel przeprowadzenia oceny potrzeb zdrowotnych	1. identyfikacja istniejących potrzeb zdrowotnych 2. ustalenie mierzalnych celów, które mogą zostać zrealizowane w ciągu najbliższych trzech lat 3. spełnienie wymagań zawartych w ACA tj. oszacowanie potrzeb zdrowotnych min. raz na trzy lata	1. Eksploracja potrzeb zdrowotnych, zasobów i możliwości miasta Boston oraz sąsiednich społeczności: Roxbury, Mission Hill, Dorchester, Mattapan, and Jamaica Plain 2. identyfikacja kluczowych czynników wpływających na zdrowie	1. spełnienie wymagań zawartych w ACA tj. oszacowanie potrzeb zdrowotnych min. raz na trzy lata 2. ocena potrzeb zdrowotnych i dostępności do usług medycznych 3. opracowanie 'mapy' regionu i zidentyfikowanie miejsc, w których dostęp do opieki zdrowotnej jest utrudniony 3. rozpoczęcie współpracy z lokalnymi interesariuszami
4	2. Zleceniodawca oceny, jeśli możliwe to źródło i wysokość finansowania	Zleceniodawcą badania był Kane Community Hospital. Projekt został zrealizowany we współpracy z the University of Pittsburgh Graduate School of Public Health (Pitt Public Health).	Ocena potrzeb zdrowotnych została przeprowadzona we współpracy szpitala The Brigham And Women's Hospital z Health Resources in Action (HRIA).	Projekt został zrealizowany przez Carnahan Group na zlecenie the Johns Hopkins Hospital (zgodnie z obowiązującymi wytycznymi: the Affordable Care Act (ACA)).
5	3. Czas - kiedy, jak długo trwał proces oceny potrzeb	Badanie zrealizowano w 2012 r.	Proces oceny potrzeb zdrowotnych został przeprowadzony w latach 2011 –	Projekt zrealizowany został w 2012 r. (realizacja projektu zajęła ok. 11 miesięcy)
6	4. Kto brał udział w procesie oceny potrzeb zdrowotnych, partnerzy; metoda doboru osób do badania (losowanie, wagi, grupy osób, na które szczególnie trzeba zwrócić uwagę, np. osoby starsze) grupa sterująca	W projekt zaangażowani byli przedstawiciele poniższych instytucji (przedstawiciele, którzy wzięli udział w wywiadach eksperckich) : Community Leaders, Kane, PA • Community Leaders, Mt. Jewett, PA • Community Leaders, Sheffield, PA • Community Leaders, Johnsonburg, PA • Department of Public Welfare, Wilcox, PA • Kane Area Family Center, Kane, PA • Office of Human Services, Inc., Area Agency on Aging, St. Mary's, PA • Sena Kean Manor, Smethport, PA • University of Pittsburgh at Bradford, • Addison Behavioral Care, Pittsburgh, PA	1. Wywiady grupowe dotyczyły rozmów z mieszkańcami Jamaica Plain, mieszkańcami mieszkań komunalnych w Mission Hill oraz pracownikami organizacji społecznych obsługujących mieszkańców Mattapan. Uczestnicy grup fokusowych zostali specjalnie wybrani do badania, tak aby zapewnić reprezentację i uczestnictwo członków społeczności, które posiadają niskie dochody, ich potrzeby zdrowotne nie są zaspokojone, jak również członkowie mniejszości etnicznych/rasowych. Wywiady były z liderów organizacyjnych i	1. respondenci biorący udział w ankietach dobierani byli losowo 2. eksperci – dobór celowy
7	4a. Badane osoby:			
8	5. Gdzie (centrum koordynujące, miejsca zbierania danych).			

	A	R	S	T
2	Tytuł badania	Kane Community Hospital CHNA	The Brigham And Women's Hospital 2013 Community Health Needs Assessment	The Johns Hopkins Hospital - Community Health Needs Assessment
9	6. Metody zebrania danych	1. ankieta internetowa 2. grupowe wywiady eksperckie 3. dane wtórne (demograficzne, urodzenia, zgony, dane szpitalne, rejestry krajowe np. nowotworów, chorób zakaźnych) • U.S. Census • PA Department of Health Behavioral Risk Factors Surveillance System; Birth, Death, and Other Vital Statistics; Cancer Statistics • U.S. Centers for Disease Control and Prevention Behavioral Risk Factors Surveillance System • National Center for Health Statistics • Robert Wood Johnson Foundation County Health Rankings • Healthy People 2020	A. 1. Wywiady grupowe – łącznie przeprowadzono 10 wywiadów grupowych 2. Wywiady eksperckie – łącznie przeprowadzono 29 wywiadów 3. dane zastane (rejestry, ankiety, spisy ludności etc.) B. dane wtórne (demograficzne, urodzenia, zgony, dane szpitalne, rejestry krajowe np. nowotworów, chorób zakaźnych) • Boston Public Health • Commission's Health of Boston • U.S. Census • Centers for Disease Control and Prevention • U.S. Bureau of Labor and previous BWH assessments	A) 1. Ankieta przeprowadzona w East Baltimore Medical Center Survey, który mógł wypełnić każdy pacjent odwiedzający klinikę (ankieta została przeprowadzona w dniach 7 – 12 Czerwca 2012). Ankiety wypełniło 67 respondentów – ankieta dotyczyła kwestii zdrowotnych, zarówno na poziomie jednostkowym oraz całej społeczności. 2. Ankieta telefoniczna z mieszkańcami Baltimore – ankieta została przeprowadzona ze 150 losowo wybranymi mieszkańcami Baltimore w dniach 8 – 12 Czerwca 2012 . Celem ankiety była identyfikacja potrzeb zdrowotnych, pożądaných działań na rzecz poprawy stanu zdrowia oraz dostępu do opieki zdrowotnej i informacji o zdrowiu. 3. Wywiady eksperckie – łącznie przeprowadzono 48 wywiadów z liderami
10	7. Narzędzia badawcze	1. skala Likerta (1- 5) oceniająca trzy obszary wyróżnionych problemów zdrowotnych: ważność, wpływ, dostępność 2. skalowanie wielowymiarowe	Ankiety, roczniki, spisy, wywiady grupowe z mieszkańcami, wywiady eksperckie	1. ankieta standaryzowana 2. kwestionariusz wywiadów grupowych 3. analiza danych zastanych
11	8. Zakres zagadnień w ankiecie ogólnej był następujący:	1) Dane demograficzne: wiek, płeć, gęstość zaludnienia, dochód, rasa/pochodzenie etniczne, posiadanie ubezpieczenia, niepełnosprawność, ubóstwo, bezrobocie, wykształcenie 2) Zachowania zdrowotne: nadwaga, spożycie alkoholu, palenie tytoniu, choroby przenoszone drogą płciową, dostęp do zdrowej żywności, aktywność fizyczna 3) Sytuacja zdrowotna: cukrzyca wśród dorosłych, nowotwory, zdrowie psychiczne, astma wśród dzieci, poziom zaszczepienia (czy kiedykolwiek był zaszczepiony przeciwko zapaleniu płuc, umieralność, zachorowalność,	1. Dane demograficzne: wiek, płeć, rasa/pochodzenie etniczne, wykształcenie, bezrobocie, zachowania agresywne (samobójstwa, gwałty, uśiłowania gwałtów, rozboje, rabunki, napady, kradzieże) 2. Zachowania zdrowotne: otyłość, zdrowe odżywianie, posiadanie ubezpieczenia społecznego 3. Sytuacja zdrowotna: śmiertelność z powodu raka, chorób układu – krążenia, udarów, komplikacje okołoporodowe, urazy i zatrucia, zdrowie psychiczne (długotrwałe poczucie smutku, depresja,	1. Dane demograficzne: wiek, płeć, rasa/pochodzenie etniczne, posiadanie ubezpieczenia społecznego, dochód gospodarstwa domowego, wskaźnik bezrobocia, wskaźnik ubóstwa w rodzinie, wykształcenie, posiadanie domu (na własność, na kredyt, etc.), rodzaj gospodarstwa domowego (małżeństwo z dzieckiem/dziećmi, samotny rodzic z dzieckiem), zagęszczenie sklepów z tytoniem i alkoholem w przeliczeniu na 10 tys. mieszkańców, zagęszczenie lokali typu fast - food przeliczeniu na 10 tys. mieszkańców, średni czas podróży do najbliższego supermarketu (samochodem, busem, pieszo), aresztowania nieletnich/10 tys., przemoc domowa/10 tys., postzelenia niezakończone zgonem/10 tys., zabójstwa/10
12	8A. Pytania w ankiecie dotyczące dzieci:			
13	8B. Badanie na danych dostępnych (wtórne)			
14	9. Przetwarzanie i metody analizy zebranych danych (np. współczynniki surowe, trendy, częstości) dla regionu, dla poszczególnych	częstości, procenty, zachorowalność, umieralność, śmiertelność, skale, wymiary (modleowanie)	częstości, procenty, zachorowalność, śmiertelność w analizowanych regionach	częstości, procenty, zachorowalność, umieralność, śmiertelność, współczynniki standaryzowane w analizowanych regionach
15	10. Metoda prezentacji wyników (rodzaj wykresów, tabele, mapy)	wykresy kołowe i słupkowe, tabele, mapy	wykresy słupkowe, tabele	tabele, mapy, wykresy słupkowe i kołowe

	A	R	S	T
2	Tytuł badania	Kane Community Hospital CHNA	The Brigham And Women's Hospital 2013 Community Health Needs Assessment	The Johns Hopkins Hospital - Community Health Needs Assessment
16	11. Jakie były wyniki/wnioski?	Niektóre źródła danych, są ograniczone przez luki informacyjne i małe próby, co może powodować niepewne oszacowania. Większość analiz przeprowadzona została na poziomie powiatu, ponieważ jakość i dostępność danych na tym poziomie była najbardziej kompleksowa i pozwoliła na wykonanie porównań z danymi na poziomie krajowym. W niektórych przypadkach, dane ze źródeł geograficznych poniżej poziomu powiatu (takich jak kody pocztowe) były dostępne a wielkość próby była wystarczająca dla analizy. Jeśli było to możliwe, dane dotyczące zdrowia zostały przedstawione w podziale dla poszczególnych dzielnic i	W proces szacowania potrzeb zdrowotnych zaangażowanych było blisko 150 mieszkańców oraz innych interesariuszy. Ocena dotyczyła przede wszystkim potrzeb zdrowotnych w priorytetowych dzielnicach: Roxbury, Mission Hill, Dorchester Mattapan, Jamaica Plain, które głównie zamieszkują Afroamerykanie oraz Hiszpanie. Szacowanie potrzeb zdrowotnych uwzględniało także potrzeby osób zagrożonych ubóstwem, bezrobociem oraz chorobami przewlekłymi. Otyłość, przewlekłe choroby, takie jak cukrzyca i choroby serca, zdrowie	Analiza umożliwiła identyfikację priorytetowych potrzeb zdrowotnych. Szacowanie potrzeb przeprowadzono zgodnie z krajowymi wytycznymi w oparciu o analizę danych ilościowych i jakościowych. Analiza jakościowa została przeprowadzona w oparciu o teorię ugruntowaną. Szacowanie potrzeb zdrowotnych dostarczyło szerokiego opisu badanej populacji obejmującego zarówno czynniki społeczno – demograficzne oraz stan zdrowia. Wykazano, że główną przyczyną zgonów są choroby serca, nowotwory oraz udary. Występują znaczące różnice w zachorowalności i umieralności a także w innych współczynnikach (długość życia, ubóstwo, dochody etc.) ze względu na pochodzenie etniczne/rasę.
17	12. Jak ustalono priorytety?	Identyfikacja problemów zdrowotnych w danej społeczności (w oparciu o dane zastane). Grupowe wywiady eksperckie z przedstawicielami lokalnych władz, urzędów, instytucji pozarządowych, szpitali. W ramach wywiadów zidentyfikowano 50 obszarów zdrowotnych, które następnie zostały poddane ocenie za pomocą pięciostopniowej skali Likerta (ankieta on-line) w trzech obszarach: ważność, wpływ na lokalną społeczność oraz dostępność. Dane zebrane za pomocą ankiet zostały poddane analizie	Analiza danych zastanych oraz jakościowa analiza danych (wywiady grupowe i wywiady eksperckie). Na podstawie wywiadów określono priorytetowe obszary potrzeb zdrowotnych.	Priorytety ustalano w oparciu o analizę danych zastanych, przeprowadzone ankiety i wywiady eksperckie. 1) Opis badanej społeczności. 2) Opis procesów i metod zastosowanych w celu szacowania potrzeb zdrowotnych. 3) Identyfikacja przeszkód, braków danych, które miały wpływ na proces szacowania potrzeb zdrowotnych 4) Identyfikacja organizacji współpracujących z the Johns Hopkins Hospital 5) Opis doboru uczestników do badania 6) Opis wszystkich zidentyfikowanych w badaniu potrzeb zdrowotnych oraz kryteriów, według którym zidentyfikowanym
18	13. Rola mediów i lobbystów w powstawaniu, uświadamianiu i ocenie potrzeb			
19	14. Rekomendacje w zakresie poszczególnych zagadnień, np. promocji zdrowia, dostępności do opieki zdrowotnej, opieki długoterminowej, uzależnień i chorób psychicznych.	1. Nowotwory i choroby układu – krążenia są główną przyczyną zgonów w regionie McKean County. Promowanie zachowań prozdrowotnych, takie jak badania screeningowe i utrzymywanie odpowiedniej wagi, może zmniejszyć ryzyko występowania tych chorób. Ponadto należy zwiększyć świadomość społeczności w zakresie tych chorób poprzez programy profilaktyczne i edukacyjne. 2. Dostęp do specjalistów – zwiększenie dostępności do specjalistów, w szczególności na obszarach wiejskich w zakresie gastroenterologii, leczenia bólu, kardiologii, urologii, onkologii, dializ i chirurgii oka.	1. Choroby przewlekłe i związane z nimi czynniki ryzyka wpływają na stan zdrowia mieszkańców, przy czym występują widoczne różnice w zdrowiu ze względu na pochodzenie rasowe/etniczne. 2. Pomimo poprawy jakości opieki lekarskiej, nadal występują bariery w dostępie do opieki lekarskiej wśród mieszkańców. 3. Zdrowie psychiczne i przemoc to kluczowe kwestie, które wymagają rozwiązania na poziomie lokalnym 4. Ubóstwo i wysokość dochodów są ważnymi społeczno – ekonomicznymi determinantami	Zidentyfikowano priorytety zdrowotne dla następujących obszarów: • astma • nowotwory • choroby układu krążenia • cukrzyca • dostęp do opieki zdrowotnej i osiągalność świadczeń zdrowotnych • choroby zakaźne • opieka nad matką i dzieckiem • zdrowie psychiczne • otyłość i nadwaga • uzależnienia.
20	źródło			

	A	U	V	W
1		28	29	30
2	Tytuł badania	Community Health Needs and Resources Assessment Corner Brook Area	Auckland District Health Board – HNA 2015	Greater Geelong Community Health Needs Assessment 2014
3	1. Cel przeprowadzenia oceny potrzeb zdrowotnych	1. zdefiniowanie potrzeb zdrowotnych 2. określenie priorytetów zdrowotnych 3. ustalenie czy występują regionalne różnice w potrzebach zdrowotnych	1. wprowadzanie zmian wpływających korzystnie na stan zdrowia ludności 2. niezbędny etap planowania i wdrażania strategii 3. identyfikacja i zmniejszenie nierówności w zdrowiu	1. identyfikacja problemów zdrowotnych występujących w danej populacji 2. analiza problemów zdrowotnych z uwzględnieniem płci i regionu zamieszkania
4	2. Zleceniodawca oceny, jeśli możliwe to źródło i wysokość finansowania	Raport został opracowany przez the Health Promotion and Primary Health Care, Population Health Branch, Planning and Research, Quality Management and Research Branch na zlecenie Western Health.	b.d	Raport został przygotowany przez Healthy Together Geelong na zlecenie the Healthy Together Governance Group.
5	3. Czas - kiedy, jak długo trwał proces oceny potrzeb		b.d	
6	4. Kto brał udział w procesie oceny potrzeb zdrowotnych, partnerzy; metoda doboru osób do badania (losowanie, wagi, grupy osób, na które szczególnie trzeba zwrócić uwagę, np. osoby starsze) grupa sterująca	1. mieszkańcy społeczności 2. pracownicy instytucji zdrowia 3. przedstawiciele mniejszości Aborygenów	1. uwzględnienie mniejszości etnicznych 2. uwzględnienie populacji osób młodych i osób starszych	W ocenie potrzeb zdrowotnych udział brali także: 1. Barwon Health, 2. Bellarine Community Health, 3. G21 4. City of Greater Geelong
7	4a. Badane osoby:			
8	5. Gdzie (centrum koordynujące, miejsca zbierania danych).			

	A	U	V	W
2	Tytuł badania	Community Health Needs and Resources Assessment Corner Brook Area	Auckland District Health Board – HNA 2015	Greater Geelong Community Health Needs Assessment 2014
9	6. Metody zebrania danych	1. ankieta z mieszkańcami 2. wywiady grupowe dotyczące: - cukrzycy – udział wzięli chorzy na cukrzycę oraz przedstawiciele opieki zdrowotnej w zakresie cukrzycy - z mniejszością Aborygenów - udział wzięli przedstawiciele: Aboriginal Health Navigator, Band Chief, Band Council Members, Executive Director of the Qalipu Band, Newfoundland Aboriginal Women’s Network, Qalipu community b) dane wtórne (demograficzne, urodzenia, zgony, dane szpitalne, rejestry krajowe np. nowotworów, chorób zakaźnych) • Canadian Institute for Health	a) dane wtórne (demograficzne, urodzenia, zgony, dane szpitalne, rejestry krajowe np. nowotworów, chorób zakaźnych) Dane wtórne, spisy, rejestry, ankiety ogólnokrajowe	
10	7. Narzędzia badawcze	1. ocena zadowolenia, skala 1 – 4 2. dane wtórne 3. dane jakościowe z wywiadów grupowych	Dane wtórne, spisy, rejestry, ankiety ogólnokrajowe	Analiza danych wtórnych: spisów, rejestrów, ankiet zdrowotnych
11	8. Zakres zagadnień w ankiecie ogólnej był następujący:	1) Dane społeczno – demograficzne: liczba ludności, wiek, migracje, urodzenia, zgony, wykształcenie, dochód, zatrudnienie, 2) Zachowania zdrowotne: palenie tytoniu, spożywanie alkoholu, nadwaga, aktywność fizyczna, przesiewowe badania cytologiczne, przesiewowe badania mammograficzne, spożycie warzyw i owoców,, karmienie piersią 3) Stan zdrowia: samoocena stanu zdrowia, poziom zaszczepienia, choroby układu krążenia, choroby układu oddechowego, choroby układu sercowo – naczyniowego, nowotwory	1. Dane społeczno – demograficzne 2. Zachowania zdrowotne 3. Stan zdrowia 4. Opieka zdrowotna	
12	8A. Pytania w ankiecie dotyczące dzieci:			
13	8B. Badanie na danych dostępnych (wtórne)			1. Population Health Survey 2008, 2011/ 12, 2. The Victorian Health Information Surveillance System (VHISS)
14	9. Przetwarzanie i metody analizy zebranych danych (np. współczynniki surowe, trendy, częstości) dla regionu, dla poszczególnych	dane surowe, procenty	1. porównanie stanu zdrowia mieszkańców Auckland ze stanem zdrowia wszystkich mieszkańców Nowej Zelandii 2. częstości, procenty, współczynniki na 100 tys. mieszkańców, współczynnik na	1. porównanie danych regionalnych z danymi krajowymi 2. procenty, liczebności, przedziały ufności
15	10. Metoda prezentacji wyników (rodzaj wykresów, tabele, mapy)	tabele wraz z interpretacją	mapy, wykresy (liniowe, słupkowe, kołowe), tabele	mapy, tabele, wykresy (słupkowe)

	A	U	V	W
2	Tytuł badania	Community Health Needs and Resources Assessment Corner Brook Area	Auckland District Health Board – HNA 2015	Greater Geelong Community Health Needs Assessment 2014
16	11. Jakie były wyniki/wnioski?	<p>Analiza wykazała występowanie następujących problemów zdrowotnych, społecznych i środowiskowych:</p> <ul style="list-style-type: none"> • brak wsparcia osób starszych • bariery w dostępie do różnych usług dla osób niepełnosprawnych • rozpowszechnienie zjawiska nadwagi • niski poziom aktywności fizycznej wśród dzieci • wysokie koszty opieki stomatologicznej i rehabilitacji • brak odpowiednich usług dla osób, które przeszły udar • długi czas oczekiwania na świadczenia medyczne 	<p>Zdefiniowano kluczowe obszary: 1. zmniejszenie nierówności w zdrowiu 2. promowanie i wspieranie zdrowego stylu życia 3. efektywne planowanie dla chorób układu krążenia i cukrzycy 4.szybka ścieżka rozpoznawania i leczenia nowotworów 5. zapewnienie wysokiej jakości opieki zdrowotnej dla dzieci 6. zwiększenie dostępności do świadczeń z zakresu zdrowia psychicznego 7. uwzględnienie potrzeb zdrowotnych osób starszych 8. identyfikacja potrzeb zdrowotnych, które mogą pojawić się w przyszłości</p>	<p>Wyodrębniono następujące priorytetowe obszary: 1. nadwaga i otyłość 2. spożycie warzyw i owoców 3. aktywność fizyczna 4. palenie tytoniu 5. spożycie alkoholu 6.karmienie piersią</p>
17	12. Jak ustalono priorytety?	<p>Szacowanie potrzeb zdrowotnych przebiegało na podstawie czterech typów informacji:</p> <ul style="list-style-type: none"> • stan zdrowia (dane statystyczne) • wartości społeczne (profile) • potrzeby zdrowotne w opinii mieszkańców społeczności (ankieta) • potrzeby zdrowotne w opinii interesariuszy (wywiady grupowe, wywiady eksperckie, konsultacje z lokalnymi samorządami) 		<p>Analiza danych wtórnych z uwzględnieniem różnic regionalnych, wiekowych oraz płciowych</p>
18	13. Rola mediów i lobbystów w powstawaniu, uświadamianiu i ocenie potrzeb			
19	14. Rekomendacje w zakresie poszczególnych zagadnień, np. prewencji pierwotnej, dostępności do opieki zdrowotnej, opieki długoterminowej, uzależnień i chorób psychicznych.	<p>1. cukrzyca – zwiększenie świadomości społecznej oraz wiedzy na temat tego, jak żyć z cukrzycą</p> <p>2. Mniejszość Aborygenów: współpraca Western Health z instytucjami związanymi z mniejszością Aborygenów w celu lepszego poznania specyfiki potrzeb zdrowotnych tej mniejszości.</p>		
20	źródło			