



**Działalność Głównego Inspektoratu
Sanitarnego w zakresie promocji zdrowia
ze szczególnym uwzględnieniem
odżywiania się dzieci i młodzieży**

Wisława Ostreǳa

DZIAŁALNOŚĆ GŁÓWNEGO INSPEKTORATU SANITARNEGO W ZAKRESIE PROMOCJI ZDROWIA, ZE SZCZEGÓLNYM UWZGLĘDNIENIEM ODŻYWIANIA SIĘ DZIECI I MŁODZIEŻY

Wisława Ostreġa
Główny Inspektorat Sanitarny

Celem działania Państwowej Inspekcji Sanitarnej jest ochrona zdrowia ludzkiego przed niekorzystnym wpływem szkodliwych i uciążliwych czynników środowiskowych, zapobiegania powstawaniu chorób, w tym chorób zakaźnych i zawodowych.

Na podstawie ustawy z dnia 14 marca 1985 r. o *Państwowej Inspekcji Sanitarnej* (tekst jednolity: Dz. U. 2011, Nr 212, poz. 1263, z późn. zm.), zwanej dalej *ustawą*, Państwowa Inspekcja Sanitarna podlega Ministrowi Zdrowia. Państwową Inspekcją Sanitarną kieruje Główny Inspektor Sanitarny jako centralny organ administracji rządowej.

Państwowa Inspekcja Sanitarna inicjuje, organizuje, koordynuje i nadzoruje działalność w zakresie oświaty zdrowotnej i promocji zdrowia, a w szczególności:

- inicjuje kierunki działań zmierzające do zaznajomienia społeczeństwa z czynnikami ryzyka społecznego i środowiskowego, wpływającymi na zdrowie ludzi, a przede wszystkim propaguje:
 - zasady zdrowego stylu życia,
 - działania prowadzące do zapobiegania chorobom zakaźnym,
- pobudza aktywność prozdrowotną ludzi do działań na rzecz indywidualnej odpowiedzialności za zdrowie i na rzecz zdrowia publicznego,
- prowadzi szkolenia, udziela wsparcia organizacyjnego, metodycznego i merytorycznego dla potrzeb realizowanych programów, przeprowadzanych akcji i innych działań prozdrowotnych,
- dostarcza realizatorom w terenie pomoce dydaktyczne i materiały wydawnicze do realizacji programów, akcji,
- monitoruje przebieg i ocenia efekty przeprowadzanych programów oświatowo-zdrowotnych i promocji zdrowia.

Aktualnie z inicjatywy Głównego Inspektoratu Sanitarnego specjaliści oświaty zdrowotnej wojewódzkich i powiatowych stacji sanitarno - epidemiologicznych koordynują w całym kraju następujące przedsięwzięcia:

1. Profilaktyka nadwagi i otyłości:

Główny Inspektorat Sanitarny i Polska Federacja Producentów Żywności Związek Pracodawców realizują, na zasadzie partnerstwa publiczno-prywatnego, od 2006 r. **Ogólnopolski Program Edukacyjny „Trzymaj Formę!”**. Głównym celem programu jest edukacja w zakresie trwałego kształtowania prozdrowotnych nawyków wśród młodzieży szkolnej i ich rodzin poprzez promocję zasad aktywnego stylu życia i zbilansowanej diety, w oparciu o odpowiedzialność indywidualną i wolny wybór jednostki. Na poziomie wojewódzkim i powiatowym Państwowa Inspekcja Sanitarna realizuje program „Trzymaj Formę!” w szerokiej współpracy środowiskowej m. in. z Urzędami Marszałkowskimi, Urzędami Miast, zakładami opieki zdrowotnej, poradniami psychologiczno-pedagogicznymi, placówkami kulturowo-oświatowymi, organizacjami tj.: oddziałami PCK, Polskim Towarzystwem Oświaty Zdrowotnej (PTOZ) i innymi jednostkami. Partnerami programu są: Instytut Żywności i Żywienia, Instytut Matki i Dziecka, Polskie Towarzystwo Badań nad Otyłością, Federacja Konsumentów, z Agencją Rynku Rolnego i Instytutem Medycyny Wsi w Lublinie. Patronat honorowy nad programem objęli: Ministerstwo Zdrowia, Ministerstwo Edukacji Narodowej oraz Ministerstwo Sportu i Turystyki.

W programie udział biorą uczniowie, nauczyciele gimnazjów, uczniowie ostatnich klas (V i VI) szkół podstawowych oraz i ich rodzice. Program w roku szkolnym 2011/2011 (w VI edycji) był realizowany w 7492 szkołach (ok.32% wszystkich szkół podstawowych i gimnazjalnych w Polsce) w tym: w 3619 gimnazjach i 3873 szkołach podstawowych i uczestniczyło w nim 732 498 uczniów (tj. ok. 22 % uczniów we wszystkich klasach szkół podstawowych i gimnazjalnych). Ogółem przez sześć lat działaniami programowymi objętych zostało ok. 4 mln. uczniów. Program jest realizowany metodą projektu i szkoły w ramach programu organizowały festyny poświęcone zdrowiu i zdrowemu stylowi życia, biegi, rajdy i inne działania dostosowane do potrzeb środowiska lokalnego. W działania na rzecz programu zaangażowana była także społeczność lokalna. Koordynatorzy programu brali udział

w naradach i szkoleniach dot. realizacji programu. Obecnie rozpoczyna się VII edycja programu (rok szkolny 2012/2013).

Od początku trwania programu działania realizowane są według opracowanych i konsultowanych przez ekspertów założeń merytorycznych, metodycznych i organizacyjnych. Program realizowany jest według autorskich opracowań i metodą projektu. W ramach realizacji programu uczniowie opracowali ponad 30 000 autorskich projektów. Każda szkoła otrzymała pakiet materiałów wspomagających pracę nauczycieli i uczniów (poradnik dla nauczycieli, broszura dla uczniów, poradnik dla rodziców i ulotka dla rodziców nt. żywienia i aktywności fizycznej, w tym GDA, plakat z „Talerzem Zdrowia”, płyta CD oraz strona internetowa: www.trzymajforme.pl).

W listopadzie 2011 r. program został włączony do międzynarodowej sieci programów EPODE, której celem jest podniesienie świadomości politycznej, instytucjonalnej i naukowej odnośnie konieczności prowadzenia długoterminowych działań w zakresie zapobiegania otyłości u dzieci oraz doskonalenie istniejących metod oraz wypracowywanie wytycznych, które mogą posłużyć do wdrożenia programów edukacyjnych w innych krajach.

Prowadzona systematycznie od pięciu lat ewaluacja programu, pozwala stwierdzić, że w zdecydowanej większości osiągnął on zamierzone cele. Program oceniany jest pozytywnie zarówno przez realizatorów, jak i odbiorców, treści programowe spotykają się z zainteresowaniem i dobrze wkomponowują się w program nauczania w szkołach podstawowych i gimnazjach.

W 2010 roku przeprowadzono ewaluację efektów poprzez badania ankietowe dotyczące zachowań zdrowotnych dzieci i młodzieży.

2. Wyniki badań zwyczajów żywieniowych i zdrowotnych młodzieży w gimnazjach (2010):

Badania ankietowe przeprowadzono w reprezentatywnej próbie 9360 uczniów szkół gimnazjalnych (po 30 uczniów w badanej szkole). Pełny raport dostępny jest na stronie <http://www.stacjazdrowia.gov.pl>

Problem związany z nadwagą lub otyłością dzieci występuje częściej w grupie chłopców (18% badanych) niż w grupie dziewczynek (15% badanych), podobnie jak u dzieci niedożywnionych, wśród badanych płci męskiej (10%), a wśród badanych płci żeńskiej (8%). Otyłość pojawia się częściej wśród gimnazjalistów, którzy nie uprawiają sportu (13%), niż wśród tych, dla których jest to forma codziennej aktywności fizycznej (8%).

Dzieci z nadwagą i otyłe częściej niż pozostałe próbowaly się odchudzać (28% odchudzających się względem 12% nie odchudzających się). Jest to najprawdopodobniej skutek ich otyłości, a zmiana kierunku zależności powinna dotyczyć również pozostałych statystycznie istotnych związków. I tak, dzieci z wagą powyżej normy rzadziej dojadają i spożywają słodczy (na drugie śniadanie), rzadziej konsumują (na podwieczorek) i dojadają ciastka, a jednocześnie przyznają się do nadmiernej konsumpcji.

Niespełna 63% dzieci otyłych przyznaje, że ma nadwagę lub otyłość, a 35% z nich uważa, że ich budowa ciała nie odbiega od normy. W grupie respondentów z nadwagą, aż 80% twierdzi, że ich budowa ciała jest zgodna z normą. Co drugi otyły gimnazjalista i co piąty z nadwagą usłyszał informację o nadwadze lub otyłości od lekarza. Wśród dzieci otyłych schudnąć chiałoby 82%. Tego samego zdania jest również 68% dzieci z nadwagą oraz 36% dzieci w normie. W rzeczywistości próbę tę podejmowało odpowiednio 63% otyłych, 47% respondentów z nadwagą i 30% respondentów w normie.

Analizując wiedzę gimnazjalistów nt. zachowań zdrowotnych można wyciągnąć dosyć optymistyczne wnioski. Ogólnie rzecz biorąc, prawie wszyscy zgadzają się z tym, że napoje typu cola i chipsy są niezdrowe, i że należy jeść surówki w ciągu dnia. Są również świadomi szkodliwości palenia papierosów i konsumowania alkoholu. Pewne rozbieżności dotyczą dojadania w ciągu dnia oraz chęci zmiany własnych przyzwyczajęń żywieniowych. 12% dzieci otyłych/z nadwagą oraz 30% dzieci niedożywnionych uważa, że dojadanie w ciągu dnia nie jest niczym złym. Swój dotychczasowy sposób odżywania zmieniliby 36% respondentów otyłych, 30% respondentów z nadwagą i 25% respondentów z wagą w normie.

Program „Trzymaj formę”

Dzieci uczestniczące w programie „Trzymaj formę” chętniej biorą udział w lekcjach WF i przychylniej patrzą na możliwość zwiększenia liczby godzin z tego przedmiotu. Z drugiej

strony osoby, które brały udział w tym programie częściej wymieniają długoterminowe zwolnienie jako powód nieuczestniczenia w lekcjach WF (64%) niż dzieci, które w tym programie nie brały udziału (49%).

Jeśli spojrzeć na zależność między udziałem w programie, a zwyczajami żywieniowymi panującymi w domach respondentów, to tutaj również warto zamieścić kilka wniosków.

Uczestnicy programu:

- rzadziej (niż dzieci w nim nieuczestniczące) spożywają podwieczorki,
- rzadziej jedzą więcej niż 5 posiłków dziennie,
- częściej jedzą w domu, częściej unikają słodczy na podwieczerek,
- częściej piją kompot do obiadu
- rzadziej dojadają w ciągu nocy.

Te dwie ostatnie zmienne (rezygnowanie ze słodczy i niedojadanie nocą) możnaby potraktować jako skutek uczestnictwa w programie. Trzeba w tym miejscu jednak podkreślić, że większość opisanych tu związków może mieć charakter przypadkowy, bowiem o wstąpieniu do programu decydowały władze szkół, a nie rodzice gimnazjalistów z ich prozdrowotnymi zwyczajami kulinarnymi. Wśród osób, które brały udział w programie „Trzymaj Formę!” 57% uważa, że jest w normie. Spośród osób nie objętych programem 53% uważa, że jest w normie, chociaż warto zwrócić uwagę na fakt, że opisywana zależność nie dotyczy faktycznej wagi dziecka, ale jego subiektywnej oceny tej wagi, która często różni się od stanu rzeczywistego.

Analizując zależności między udziałem dzieci w programie a faktem stosowania używek na pierwszym planie pojawiają się papierosy i napoje alkoholowe. Prawie 17% uczestników programu przyznaje, że dziennie wypala więcej niż 10 papierosów, podczas gdy w grupie nastolatków nieuczestniczących w programie odsetek ten wynosi 26%. Uczestnicy programu „Trzymaj formę” rzadziej palą w szkole (15% względem 21%) oraz rzadziej spożywają napoje alkoholowe (21% względem 25%). Trudno w tym miejscu stwierdzić, czy jest to wynikiem działania programu, czy też zależność ma charakter przypadkowy. Jeśli chodzi o inne środki odurzające to aktualnie przyjmuje je 2% uczestników programu i 3,5% dzieci niebiorących w nim udziału.

O konieczności spożywania pięciu posiłków dziennie jest przekonanych 37% uczestników programu i 31% nie-uczestników programu. W grupie dzieci, które brały udział w programie

„Trzymaj formę” większy niż w grupie dzieci nieobjętych programem odsetek uważa również, że ważne jest spożywanie surówek w ciągu dnia (82% względem 78%) oraz, że picie alkoholu jest szkodliwe dla zdrowia (91% względem 88%). Nie są to być może różnice wyraźne, jednak ze statystycznego punktu widzenia są istotne.

Różnice w samoocenie stanu zdrowia między uczestnikami programu i osobami nie objętymi programem nie są zbyt duże. 40% osób z pierwszej grupy i 39% osób z drugiej grupy ocenia swój stan zdrowia bardzo dobrze. Rzeczywiste problemy ze zdrowiem ma 18% uczestników programu i 21% nie-uczestników programu, przy czym ci pierwsi przyznają, że rzadziej są zestresowani (42% względem 46%).

Podsumowując, należy dodać, że dzieci objęte programem są bardziej zadowolone ze swojego wyglądu niż dzieci nie objęte tym programem (75% względem 71%), częściej deklarują także fakt mycia rąk przed posiłkiem (75% względem 71%).

Modele predykcyjne

W grupie zmiennych, które zwiększają prawdopodobieństwo nadwagi lub otyłości u dzieci znajdują się: zaburzenia w odżywianiu (jadłowstręt, prowokowanie wymiotów po jedzeniu itp.), płeć męska, występowanie otyłych krewnych wśród najbliższej rodziny. Można zatem powiedzieć, że dzieci z wagą powyżej normy to głównie chłopcy, dzieci z zaburzeniami odżywiania oraz dzieci, których członkowie najbliższej rodziny (rodzice, dziadkowie) są otyli. Interpretacja jednostkowych ilorazów szans pozwala wyciągnąć bardziej szczegółowe wnioski:

- prawdopodobieństwo nadwagi / otyłości jest 1,7-krotnie wyższe wśród dzieci z zaburzeniami odżywiania niż wśród dzieci, które tych zaburzeń nie posiadają;
- prawdopodobieństwo nadwagi / otyłości jest 1,4-krotnie wyższe wśród chłopców niż wśród dziewczynek;
- prawdopodobieństwo nadwagi / otyłości jest 2-krotnie wyższe wśród dzieci, których najbliżsi krewni są otyli, niż wśród dzieci, które nie mają wśród członków najbliższej rodziny ludzi otyłych.

Druga grupa zmiennych, redukujących prawdopodobieństwo nadwagi lub otyłości, obejmuje natomiast: fakt spożywania słodczy na drugie śniadanie; fakt spożywania na podwieczorek

ciastek i słodyczy; uczęszczanie do drugiej lub trzeciej klasy; udział w programie „Trzymaj formę”; częste spożywanie kolacji; dobrą samoocenę stanu zdrowia.

Jednostkowy iloraz szans dla zmiennej „udział w programie Trzymaj formę!” wynosi 0,84, co oznacza, że prawdopodobieństwo nadwagi / otyłości jest 1,2-krotnie niższe u gimnazjalistów uczestniczących w tym programie niż u ich rówieśników, którzy nie biorą w nim udziału. Różnica nie jest wprawdzie duża, ale w tym wypadku należy wziąć pod uwagę stosunkowo krótki czas jaki minął od wprowadzenia programu, a także długi okres czasu, jaki jest niezbędny do zmiany postaw żywieniowych wśród nastolatków.

Ostatnia zmienna to „dobra samoocena stanu zdrowia”, którą można traktować zarówno jako przyczynę, jak i skutek otyłości. Prawdopodobieństwo nadwagi / otyłości jest 2-krotnie niższe u dzieci, które dobrze oceniają własny stan zdrowia niż u dzieci, których ocena stanu zdrowia jest przeciętna lub zła.

Podsumowanie modeli predykcyjnych

W grupie zmiennych „mających wpływ” na nadwagę dziecka znajdują się: niezbyt częste spożywanie podwieczorków, przekonanie rodzica, że w ciągu dnia należy spożywać 3 posiłki; występowanie otyłych krewnych wśród najbliższej rodziny (mamy lub taty); przeciętna ocena stanu zdrowia dziecka przez rodzica.

Podsumowując, można powiedzieć, że dzieci z wagą powyżej normy mają otyłych rodziców, rzadko spożywają podwieczorki, ich rodzice są przekonani, że dziennie należy spożywać 3 posiłki i jednocześnie przeciętnie oceniają stan zdrowia dziecka. Interpretacja jednostkowych ilorazów szans pozwala wyciągnąć bardziej szczegółowe wnioski:

- prawdopodobieństwo nadwagi / otyłości jest 1,7-krotnie wyższe wśród dzieci które stosunkowo rzadko spożywają podwieczorki (jest to zapewne skutek ich nadwagi i stąd ograniczanie liczby posiłków) niż w grupie częściej spożywających podwieczorki;
- prawdopodobieństwo nadwagi / otyłości jest 1,6-krotnie wyższe wśród dzieci, których rodzice twierdzą, że dziennie powinno się spożywać 3 posiłki, niż w grupie, gdzie rodzice są innego zdania;

- prawdopodobieństwo nadwagi / otyłości jest 1,5-krotnie wyższe wśród dzieci, których tata jest otyły, niż wśród dzieci, których waga taty jest w normie;
- prawdopodobieństwo nadwagi / otyłości jest 1,7-krotnie wyższe wśród dzieci, których mama jest otyła, niż wśród dzieci, których waga mamy jest w normie;
- prawdopodobieństwo nadwagi / otyłości jest 3-krotnie wyższe wśród dzieci, których stan zdrowia jest oceniany przeciętnie niż wśród dzieci których stan zdrowia oceniany jest dobrze. W przypadku tej zmiennej, również trudno określić, czy jest ona przyczyną czy skutkiem otyłości.

Druga grupa zmiennych „działających” ograniczająco na nadwagę dziecka, obejmuje natomiast: fakt spożywania ciasta na podwieczorek; częste spożywanie słodyczy; aktywność dziecka związaną z pracą w domu. W tym miejscu również konieczny jest krótki komentarz. Z całą pewnością w przypadku dwóch pierwszych zmiennych należy odwrócić kierunek zależności. Być może to właśnie dzieci z nadwagą unikają częstego jedzenia słodyczy i ciast. Możliwa jest też druga interpretacja – rodzice otyłych dzieci nie przyznają się do konsumowania przez ich pociechy dużej liczby słodyczy. Jeśli natomiast wziąć pod uwagę pracę dziecka w domu, to jednostkowy iloraz szans informuje o tym, że prawdopodobieństwo nadwagi / otyłości jest 1,1-krotnie niższe wśród dzieci, które pracują w domu 1-2 razy na tydzień niż wśród dzieci, które robią to rzadziej bądź wcale.

Program Ograniczania Zdrowotnych Następstw Palenia Tytoniu w Polsce.

Społeczne skutki rozpowszechnienia chorób odytoniowych – to ponad 60 tys. zgonów rocznie, w tym ponad 40 tys. zgonów ludzi w wieku 35-65 lat, a więc utrzymujących rodziny i tworzących dochód narodowy.

W 2010 r. opublikowane zostały również wyniki badania gospodarstw domowych pt. Globalne Badanie Dotyczące Używania Tytoniu Przez Osoby Dorosłe (Global Adult Tobacco Survey – GATS). Z badań wynika, że codziennie pali tytoń 33,5% dorosłych mężczyzn i 21% dorosłych kobiet – łącznie 27% osób dorosłych, okazjonalnie pali 3,3% dorosłych Polaków. Ogółem, obecnie pali (okazjonalnie lub codziennie) 30,3% dorosłych Polaków.

Osoby palące najczęściej uzależniają się od nikotyny przed osiągnięciem dorosłości, nie zdając sobie sprawy z realności uzależnienia. Według badań GATS 2009, 47% osób w wieku 20-34 lat rozpoczęło codzienne palenie w wieku 11-17 lat.¹

Dla polityki zdrowotnej i ekonomicznej najważniejszy jest fakt, że większości strat wynikających z rozpowszechnienia epidemii tytoniowej można skutecznie zapobiegać przez zmniejszenie palenia tytoniu, a zatem i poprzez zmniejszenie narażenia na dym tytoniowy. Taka też jest istota zobowiązania nałożonego na rząd treścią art. 4 ustawy z 9 listopada 1995 r. o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych (Dz. U. z 1996 r. Nr 10, poz. 55, z późn. zm.). Wykonaniem tego zobowiązania jest Program Ograniczania Zdrowotnych Następstw Palenia Tytoniu w Polsce. Cele i Zadania na lata 2010-2013.

Na zlecenie Głównego Inspektoratu Sanitarnego TNS OBOP przeprowadził w 2011 roku ogólnopolskie badanie ankietowe na temat postaw wobec palenia tytoniu. Badania przeprowadzono na losowej, reprezentatywnej 1000 osobowej próbie Polaków w wieku 15 lat i więcej metodą bezpośrednich wywiadów w domach respondentów.

Badania pokazują, że nowe przepisy, wynikające z nowelizacji *ustawy z dnia 9 listopada 1995 r. o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych* zmniejszyły ryzyko narażenia na dym tytoniowy m.in. w obiektach sportowych (spadek o ok. 72 %), restauracjach (o 68%), barach i pubach (o 49%), zakładach pracy (o 37%) oraz na przystankach i w obiektach komunikacji miejskiej (o 33%). Obecnie poparcie dla obowiązującego prawa deklaruje aż 68% palących i 84% niepalących Polaków.

Państwowa Inspekcja Sanitarna realizuje zadania z obszaru profilaktyki palenia tytoniu poprzez:

- Program „Czyste Powietrze Wokół Nas” skierowany do dzieci w wieku 5-6 lat, ich rodziców i opiekunów. W roku szkolnym 2011/12 program realizowany był w 4 204 przedszkolach (47,7%) i 2 283 oddziałach przedszkolnych (25,2%). Udział w programie wzięło: 209 526 dzieci.

- Program „Nie pal przy mnie, proszę” skierowany do uczniów klas I-III szkół podstawowych. W roku szkolnym 2011/12 program realizowany był w 4 702 szkołach podstawowych (33,8%). Udział w programie wzięło: 292 338 uczniów (28,5 %).
- Program „Znajdź właściwe rozwiązanie” skierowany do uczniów starszych klas szkół podstawowych i gimnazjów W roku szkolnym 2011/12 program realizowany był w: 2 778 szkołach podstawowych (20%) i 2 577 gimnazjach (34,6%). Udział w programie wzięło: 395 758 uczniów klas IV-VI szkół podstawowych i uczniów klas I-III gimnazjum (17% uczniów w danym przedziale wiekowym).
- Kampanie w ramach Światowego Dnia Bez Tytoniu i Światowego Dnia Rzucania Palenia.
- Kontrole w zakresie przestrzegania zakazu palenia w miejscach użyteczności publicznej.

Państwowa Inspekcja Sanitarna w ramach sprawowania bieżącego nadzoru w zakresie warunków i wymogów higieniczno sanitarnych prowadzi systematyczne kontrole dotyczące przestrzegania zakazu palenia w miejscach użyteczności publicznej. Podstawę prawną przeprowadzania kontroli stanowi § 2 pkt 8 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 17 października 2002 roku w sprawie nadania funkcjonariuszom organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej uprawnień do nakładania grzywien w drodze mandatu karnego (Dz. U. z 2002 r. Nr 174, poz. 1426, z późn. zm.): „Funkcjonariuszom organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej nadaje się uprawnienia do nakładania grzywien w drodze mandatu karnego za wykroczenia określone w art. 13 ust. 1 pkt 2 oraz ust. 2 ustawy z dnia 9 listopada 1995 roku o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych (Dz. U. z 1996 r. Nr 10, poz. 55, z późn. zm.)”.

Program Ograniczania Zdrowotnych Następstw Palenia Tytoniu w Polsce został przyjęty przez Radę Ministrów w dniu 16 lutego 2010 r. Główny Inspektor Sanitarny jest koordynatorem Programu i z-cą przewodniczącego Międzyresortowego Zespołu Koordynacyjnego, w którego skład wchodzi przedstawiciele Ministerstwa Finansów, Ministerstwa Zdrowia, Ministerstwa Edukacji Narodowej, Ministerstwa Sprawiedliwości, Ministerstwa Spraw Wewnętrznych, Ministerstwa Rolnictwa, Ministerstwa Środowiska oraz organizacje: Urząd Ochrony Konkurencji i Konsumentów i Centrum Onkologii-Instytut.

Projekt „Odświeżamy nasze miasta. TOB3CIT (Tobacco Free Cities)”

Projekt realizowany ze środków Światowej Fundacji ds. Walki z Chorobami Płuc (*World Lung Foundation*) i Fundacji Bloomburga (*Bloomberg Philanthropies*)

W ramach projektu do 2013 roku zorganizowane zostaną szkolenia dla funkcjonariuszy Policji i Strażników Miejskich, odpowiedzialnych za egzekucję zapisów ustawy w zakresie przestrzegania zakazu palenia i oznakowania stref bezdymnych. Przygotowano także podręcznik dla pracowników Państwowej Inspekcji Sanitarnej, sprawujących bieżący nadzór nad realizacją obowiązków wynikających z ww. ustawy. Wszystkim działaniom w ramach projektu będzie towarzyszyła kampania społeczna.

Wprowadzenie stref bezdymnych oraz kampania społeczna wspierająca działania związane z tworzeniem przepisów prawnych regulujących używanie tytoniu w miejscach publicznych, a także uzyskanie akceptacji społecznej na wprowadzenie zaostrzonych przepisów *ustawy z dnia 9 listopada 1995 r. o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych (Dz. U. z 1996 r., Nr 10, poz. 55 z późn zm.)*

Poprawa egzekwowania i wzrost przestrzegania postanowień *ustawy z dnia 9 listopada 1995 r. o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych (Dz. U. z 1996 r., Nr 10, poz. 55 z późn zm.)*, a także zapoznanie społeczeństwa ze szkodliwymi skutkami zdrowotnymi dymu tytoniowego (czynni i bierni palacze)

Badania GIS z lutego 2011 roku pokazują, że nowe przepisy znacznie zmniejszyły ryzyko narażenia na dym tytoniowy m.in.

- w obiektach sportowych (spadek o 72 %),
- restauracjach (o 68%),
- barach i pubach (o 49%),
- zakładach pracy (o 37%)
- oraz na przystankach i w obiektach komunikacji miejskiej (o 33%).

Obecnie poparcie dla obowiązującego prawa deklaruje aż 68% palących i 84% niepalących Polaków.

56% społeczeństwa dostrzega poprawę w przestrzeganiu przepisów ograniczających palenie tytoniu, a 45% palaczy przyznało, że wprowadzenie zakazu sprzyja podejmowaniu przez nich decyzji o rzuceniu palenia.

59% niepalących częściej niż kilka lat temu ma odwagę zwrócić uwagę osobom łamiącym zakaz palenia.

Kierunki zmian:

- Przeszkolenie personelu medycznego w zakresie minimalnej interwencji i realizacja jej w ramach poz.
- Uwolnienie wszystkich miejsc publicznych od dymu tytoniowego
- Wzrost akcyzy na wyroby tytoniowe
- Długoterminowe kampanie społeczne i medyczne na temat skutków zdrowotnych palenia tytoniu

Przepis art. 11 ustawy z dnia 22 grudnia 2011 r. o zmianie niektórych ustaw związanych z realizacją ustawy budżetowej wprowadza zmiany dotyczące stawek akcyzy, które będą obowiązywać od dnia 2 stycznia 2012 r. do ustawy z dnia 6 grudnia 2008 r. o podatku akcyzowym (Dz.U. z 2011 r. nr 108, poz. 626, z późn. zm.) wprowadza zmiany dotyczące stawek akcyzy.

Według raportu WHO z 2011 zwiększenie średniego podatku akcyzowego do 9,76 PLN na paczkę papierosów w Polsce spowodowałoby rzucenie palenia przez 618 000 dorosłych i zniechęciłoby 215 000 młodych osób do rozpoczęcia palenia, co oznaczałoby ograniczenie liczby przypadków przedwczesnej śmierci o 7,2% w populacji Polski. Co więcej zwiększyłoby to dochody z podatku akcyzowego o 7,1 mld PLN.

Profilaktyczny program w zakresie przeciwdziałania uzależnieniu od alkoholu, tytoniu i innych środków psychoaktywnych

W 2009 r. GIS we współpracy z wojewódzkimi i powiatowymi stacjami sanitarno-epidemiologicznymi, Centrum Onkologii w Warszawie, Państwową Agencją Rozwiązywania Problemów Alkoholowych oraz Krajowym Biurem ds. Przeciwdziałania Narkomanii przeprowadził badania nt. używania substancji psychoaktywnych (alkoholu, tytoniu, narkotyków) przez kobiety w ciąży. Badanie wykazało następujące problemy istniejące w populacji kobiet w wieku prokreacyjnym:

- w odniesieniu do tytoniu: kiedykolwiek w życiu paliło 50% kobiet, 36% kobiet paliło w ciągu ostatnich dwóch lat, a prawie co piąta z nich wypaliła w ostatnich dwóch latach blisko 20 paczek papierosów w ciągu jednego miesiąca. Aż 11% badanych kobiet będąc w ciąży kontynuowało palenie. Wśród kobiet palących w ciąży odsetek wcześniaków wyniósł 11% (u nigdy nie palących 7%). Kobiety palące rodziły dzieci z niedowagą dwukrotnie częściej (12%) niż nigdy niepalące (5%).
- w odniesieniu do alkoholu: abstynencję alkoholową w ciągu ostatniego roku deklarowało 50% kobiet w wieku prokreacyjnym. Około 14% wszystkich badanych i aż 29% kobiet pijących alkohol w ciągu ostatniego roku, spożywało go będąc w ciąży. Do najczęstszych skutków picia alkoholu przez ciężarne należały: przedwczesny poród u 11% (wśród niepijących badanych przedwczesny poród wystąpił u 8% kobiet), niska waga urodzeniowa u 14% dzieci (wśród dzieci matek niepijących było to 6%), niższa punktacja w skali Apgar. Wady wrodzone miało aż 16% dzieci matek pijących alkohol w czasie ciąży, u pozostałych dzieci stwierdzono te wady tylko w 2% przypadków.
- w odniesieniu do narkotyków: Używanie narkotyków choć raz w życiu deklarowało 4% badanych, z czego ok. 1% kobiet używało ich będąc w ciąży.

Celem „Profilaktycznego programu w zakresie przeciwdziałania uzależnieniu od alkoholu, tytoniu i innych środków psychoaktywnych” jest ograniczenie używania substancji psychoaktywnych przez kobiety w wieku prokreacyjnym (15 – 49 lat). Beneficjentami projektu będą także rodziny kobiet z grupy docelowej, lekarze, nauczyciele, uczniowie szkół ponadgminazjalnych, pracownicy wybranych zakładów pracy, a także ogół społeczeństwa będący adresatem kampanii społecznej.

Projekt realizowany jest w ramach Szwajcarsko-Polskiego Programu Współpracy. W ramach programu będą realizowane następujące zadania:

- szkolenia dla lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej (pediatrów), ginekologów, neonatologów, lekarzy medycyny pracy, pielęgniarek i położnych z zakresu wykrywania zespołu FAS (Fetal Alcohol Syndrome) czyli zespołu nieprawidłowości, stwierdzany u matek spożywających alkohol w okresie ciąży oraz podejmowania podczas wizyt lekarskich interwencji edukacyjnych w zakresie profilaktyki używania alkoholu, tytoniu czy innych środków psychoaktywnych,

- szkolenia dla nauczycieli (koordynatorów programu edukacyjnego w szkołach ponadgimnazjalnych),
- szkolenia dla koordynatorów programu edukacyjnego z wojewódzkich i powiatowych ze stacji sanitarno-epidemiologicznych;
- realizacja programów edukacyjnych w szkołach ponadgimnazjalnych oraz wybranych zakładach pracy,
- stworzenie platformy internetowej SEMPZ (System Elektronicznego Monitorowania i Promocji Zdrowia), która umożliwi działania edukacyjne realizowane w ramach projektu oraz będzie wykorzystywana jako narzędzie do e- poradnictwa dla kobiet w ciąży,
- ogólnopolska kampania społeczna;
- ogólnopolskie badania mające na celu określenie zachowań zdrowotnych kobiet w ciąży i ocenę podejmowanych działań.