

HALINA PIECEWICZ-SZCZĘSNA, IRENA DOROTA KARWAT

Problemy zdrowotne i demograficzne społeczeństwa polskiego a rodzaje zadań w zakresie edukacji zdrowotnej

Streszczenie

Rozpoznanie sytuacji demograficznej i problemów zdrowotnych w populacji polskiej jest podstawą do wszelkich działań zapobiegawczych, diagnostyczno-leczniczych, rehabilitacyjnych oraz edukacyjnych. W związku z tym, że zmieniają się trendy niektórych zjawisk zdrowotnych, demograficznych i społecznych, konieczne jest dostosowanie tych działań do aktualnych potrzeb.

Celem pracy jest określenie rodzajów zadań edukacyjnych dla personelu medycznego w oparciu o analizę epidemiologiczną trendów występowania problemów zdrowotnych i demograficznych w społeczeństwie Polskim.

Z przeprowadzonej analizy wyraźnie wynika, że wysokie odsetki w strukturze umieralności z powodu chorób układu krążenia (45,4%), zwiększający się odsetek zgonów z powodu chorób nowotworowych (24,6%) oraz zgony z powodu urazów wypadków i zatruc (6,6%) nadal stanowią ważny problem zdrowotny społeczeństwa. Wiąże się one z potrzebą stałej edukacji społeczeństwa w zakresie profilaktyki chorób nowotworowych, układu krążenia, urazów, wypadków i zatruc. Istnieje potrzeba dalszej edukacji kobiet w różnych okresach ich życia ze względu na spadek rodności kobiet oraz niski (a nawet w niektórych województwach ujemny) przyrost naturalny. Znaczącym problemem zdrowotno-demograficznym jest starzenie się populacji oraz wzrost liczby osób niepełnosprawnych. Wiąże się z tym duże potrzeby edukacji osób w starszym wieku i osób niepełnosprawnych zwłaszcza w zakresie samoopieki oraz społeczeństwa w zakresie przygotowania do opieki nieprofesjonalnej. Wyraźnie nasilają się w społeczeństwie polskim problemy zaliczane do patologii społecznej (narkomania, alkoholizm), co wiąże się ze zwiększeniem nakładów na edukację zdrowotną w kierunku profilaktyki uzależnień.

Z rodzajów problemów zdrowotnych i demograficznych wynika, że w edukacji zdrowotnej powinno się kłaść nacisk na zapobieganie chorobom, przygotowanie osób niepełnosprawnych i chorych do samoopieki oraz ich opiekunów do opieki nieprofesjonalnej. Konieczne są epidemiologiczne analizy dotyczące rodzajów potrzeb edukacyjnych w każdej kategorii wieku ludności oraz kierunki i metody uzupełnienia deficytów wiedzy zdrowotnej społeczeństwa.

Słowa kluczowe: edukacja zdrowotna, społeczeństwo, problemy zdrowotne.

Demographic and Health Issues in the Polish Population versus Types of Tasks Regarding Health Education

Abstract

The knowledge of demographic and health issues of the Polish population comprises the fundamentals of any preventive as well as diagnostic-therapeutic and educational action. The trends in some health, demographic and social phenomena have been changing recently. These problems are strictly connected with various types of educational needs as well as tasks concerning their realisation.

The objective of this work was to determine some educational tasks for medical personnel as a result of the epidemiological analysis of the trends concerning health and demographic problems observed in the Polish population.

The epidemiological analysis showed that the following health problems in the Polish population are responsible for high ratios in the mortality structure: cardiovascular diseases (45.4%), malignant diseases (24.6%) and injuries as well as food poisoning (6.6%). These problems are strictly related to the need of constant education of the population in the field of cancer prevention, the prophylaxis of cardiovascular diseases, and prevention of traumas, injuries, and food poisoning. There is also a growing need for further education among women in different stages of their lives since the parity index has decreased while the population growth rate is low (and even negative in some regions). The ageing population as well as an increasing number of the disabled also belong to the group of significant health-demographic problems. As a result, not only further education regarding self-care is needed for the elderly and the disabled, but also the rest of the society should be taught how to take non-professional care of those who need it. Furthermore, some problems belonging to the group of social pathology has noted a constant increase tendency, e.g. drug addiction and alcoholism, demanding bigger financial resources on health education towards the prophylaxis of these addictions.

The above-mentioned types of problems indicate that health education should put the emphasis on disease prevention, teaching the disabled and the elderly how to perform their self-care activities as well as show their carers what non-professional care should be like. Further epidemiological analysis is necessary in order to determine educational needs of each population age group, directions and methods how the shortages in educational knowledge of the Polish population should be filled.

Key words: health education, population, health problems.

WSTĘP

Znajomość sytuacji demograficznej i problemów zdrowotnych populacji polskiej są podstawą wszelkich działań zapobiegawczych, diagnostyczno-leczniczych oraz edukacyjnych. Systematyczny wzrost liczby osób w starszym wieku i osób niepełnosprawnych przyczynia się do zmian w zakresie chorobowości, potrzeb w zakresie leczenia, rehabilitacji, opieki pielęgniarstwa oraz zwiększa się zapotrzebowanie na edukację zdrowotną. Edukacja dla zdrowia jest procesem długotrwałym, ustawicznym, równoległym, elastycznym. Prowadzi do kształtowania postaw prozdrowotnych i promowania zdrowego stylu życia, co jest warunkiem sukcesów zawodowych i satysfakcji życiowej we współczesnym świecie. Edukacja pacjenta przyczynia się zatem do zmniejszenia kosztów opieki zdrowotnej, poprawy stanu zdrowia i jakości życia, oraz wzrostu satysfakcji pacjentów z opieki medycznej [1].

Celem pracy jest określenie rodzajów zadań edukacyjnych dla personelu medycznego w oparciu o analizę epidemiologiczną trendów występowania problemów zdrowotnych i demograficznych w społeczeństwie Polskim. W tym celu przeprowadzana jest – na podstawie Roczników Statystycznych, zestawień rocznych Głównego Urzędu Statystycznego, przeglądu literatury – analiza epidemiologiczna rozwoju populacji w zakresie demograficznym, zdrowotnym, zapadalności na choroby i umieralności.

WYSOKIE ODSETKI W STRUKTURZE UMIERALNOŚCI CHOROÓB UKŁADU KRAŻENIA, NOWOTWOROWYCH I URAZÓW

Z przeprowadzonej wielokierunkowej analizy wyraźnie wynika, że zmieniają się trendy niektórych zjawisk zdrowotnych, demograficznych i społecznych. Ściśle z tymi problemami wiąże się występowanie różnego rodzaju potrzeb oraz zadania związane z ich realizacją. Do najważniejszych zalicza się: nadal wysokie odsetki w strukturze umieralności z powodu chorób układu krążenia (45,4%), zwiększający się odsetek zgonów z powodu chorób nowotworowych (24,6%) oraz zgony z powodu urazów, wypadków i zatruc (6,6%) [2,3].

Od kilku lat obserwuje się istotną poprawę w zakresie umieralności z powodu chorób układu krążenia. W pierwszej połowie lat 90-tych były one przyczyną ponad 52% ogółu zgonów; a na początku tego stulecia – prawie 48%, zaś w 2006 r. i 2007 r. stanowiły 45,6% i 45,4% odpowiednio wszystkich przyczyn zgonów. Wśród kobiet umieralność z powodu chorób układu krążenia jest zdecydowanie wyższa (prawie 52% wszystkich przyczyn zgonów) niż u mężczyzn (około 40%) [2, 3].

Szczególnie niekorzystnym zjawiskiem jest dość szybki wzrost liczby zgonów, powodowanych chorobami nowotworowymi, przy jednoczesnym wzroście liczby nowych zachorowań, zarówno wśród kobiet, jak i mężczyzn. W 1990 roku nowotwory złośliwe były przyczyną 18,7% zgonów, w 2000 roku stanowiły 23%, a obecnie 24,6% wszystkich przyczyn. Nowotwory złośliwe stanowią ponad

26% wszystkich przyczyn zgonów u mężczyzn i ponad 23% zgonów – u kobiet [2, 3].

Stopniowo zmniejsza się także odsetek zgonów powodowanych urazami i zatruciami, które obecnie stanowią 6,6% wszystkich zgonów, wobec 7,6% na początku lat 90-tych, aczkolwiek w roku 2006 nastąpił minimalny wzrost (o 0,1%) umieralności z powodu wypadków, urazów i zatruc w porównaniu z 2005 rokiem, natomiast rok później – w 2007 umieralność z powodu urazów i zatruc zmniejszyła się o 0,2%. Należałoby tu zaakcentować fakt, że w tym przypadku występuje duże zróżnicowanie według płci: wśród mężczyzn urazy i zatrucia stanowią 9,6% przyczyn, a wśród kobiet około 3,5% [2, 3].

Wyżej opisana struktura umieralności społeczeństwa polskiego stanowi podstawę do określenia zapotrzebowania ludzi na wzmożenie działań w zakresie diagnostyki, leczenia, rehabilitacji, opieki w leczeniu zamkniętym i otwartym, ale przede wszystkim działań w zakresie edukacji zdrowotnej społeczeństwa w celu zapoznania każdego obywatela z zasadami profilaktyki chorób układu krążenia, nowotworowych, urazów i zatruc. Najtrudniejszym elementem w edukacji zdrowotnej wydaje się motywowanie pacjentów do skorzystania z aktualnie realizowanych programów przesiewowych. Realizacja screeningu w kierunku raka szyjki macicy pokazała, że nie zawsze świadomość możliwości skorzystania z programu wystarcza do sfinalizowania przeprowadzenia badań profilaktycznych (tylko 7% imiennie zaproszonych kobiet skorzystało z badań przesiewowych w kierunku raka szyjki macicy). Każda osoba powinna nie tylko wiedzieć, że od wczesnego rozpoznawania chorób i zagrożeń wystąpienia chorób, zwłaszcza nowotworowych, zależy stan jej zdrowia i długość życia, ale przede wszystkim być aktywnym uczestnikiem programów profilaktycznych.

PROBLEM Z ODTWARZANIEM POPULACJI

Należy zaznaczyć również, iż od 10 lat odnotowywał się w Polsce ujemny przyrost rzeczywisty ludności. Przyczyną ubytku osób w populacji jest m.in.: niski, a nawet ujemny przyrost naturalny, spadek rodności kobiet, ujemne saldo migracji zagranicznej.

Pierwszym składnikiem ubytku rzeczywistego, powodującego zmniejszanie się liczby ludności Polski, jest niski, a nawet ujemny przyrost naturalny. W 2008 roku odnotowano wzrost liczby urodzeń, ale także zwiększenie liczby zgonów. Jednak przyrost naturalny był dodatni i wyniósł prawie 35 tysięcy osób (w 2007 r. – plus 11 tysięcy). Dodatni przyrost naturalny odnotowuje się w Polsce dopiero trzeci rok. Cztery wcześniejsze lata charakteryzowały się ubytkiem naturalnym, np. w 2005 roku wyniósł on minus 3,9 tys., a największy odnotowano w 2003 r. - minus 14,1 tys. [2, 3].

W dalszym ciągu poziom reprodukcji nie gwarantuje prostej zastępowalności pokoleń. W 2007 roku współczynnik dzietności wynosił 1,31, co oznacza nieznaczny wzrost (o 0,09 pkt) w stosunku do odnotowanego w 2003 r., w którym był najniższy od ponad 50 lat [2, 3].

Trzecim składnikiem ubytku rzeczywistego powodującego zmniejszanie się liczby ludności Polski jest ujemne – w całym okresie powojennym – saldo migracji zagranicznych. Szacuje się, że w 2008 roku ujemne saldo definitywnych migracji zagranicznych wyniosło 15 tys., czyli o ponad 5 tys. mniej niż w 2007 r. i było o około 22 tys. mniejsze niż w 2006 r., w którym odnotowano gwałtowny wzrost liczby emigracji na pobyt stały, z około 20-25 tys. – rejestrowanych przez ostatnich 15 lat w ciągu każdego roku – do prawie 47 tys. Jednocześnie systematycznie wzrastała liczba imigrantów, ale znacznie w mniejszym tempie niż liczba emigrantów. Tak w 2006 roku było ich około 11 tys., natomiast z danych Głównego Urzędu Statystycznego wynika, że już w 2007 r. było ich prawie 15 tys. [2, 3]. Rok 2008 był pierwszym od 11 lat, w którym odnotowano dodatni przyrost rzeczywisty ludności Rzeczypospolitej Polskiej.

Ujemny przyrost rzeczywisty ma jednoznacznie negatywną wymowę, i pośrednio przyczyni się w przyszłości do narastania szeregu problemów ekonomicznych i organizacyjnych. W tej sytuacji opieka nad rodziną w okresie prokreacji stwarza szczególnego rodzaju wyzwania, którym lekarze, pielęgniarki, położne powinni sprostać. Ważnym zadaniem dla opieki zdrowotnej powinna stać się edukacja zdrowotna kobiet w wieku rozrodczym w zakresie profilaktyki niepłodności, opieki nad dziećmi.

Badania epidemiologiczne wskazują na to, że niepłodność dotyczy około 4 do 14 % małżeństw, jej częstość uwarunkowana jest wieloma czynnikami. Jednak należy liczyć się z tym, że wzrost częstości niepłodności może być pozorny i wynikać z częstszego rozpoznawania problemu i jego leczenia. Częstość niepłodności u kobiet w wieku 30 – 34 lat wynosi 1 na 7, w wieku 40 – 44 lat 1 na 4. U dzieci pochodzących od starszych wiekiem kobiet częściej występują poronienia, martwe urodzenia i wady rozwojowe. Okazuje się, że 10 % małżeństw nie zachodzi w ciążę po 12 miesiącach współżycia, a 5 % po dwóch latach [4]. Do zadań pracowników ochrony zdrowia należy propagowanie wiedzy dotyczącej epidemiologii i przyczyn niepłodności partnerskiej, poprawa świadczonych usług w zakresie leczenia niepłodności, podnoszenie poziomu wiedzy społeczeństwa na temat ciąży i macierzyństwa.

STARZENIE SIĘ POPULACJI I WZROST LICZBY OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH

Znaczącym problemem zdrowotnym i demograficznym jest starzenie się populacji. Nastąpił wzrost średniej długości życia o 4,6 lata w porównaniu z początkiem lat dziewięćdziesiątych. Nadal utrzymuje się duża różnica między trwaniem życia mężczyzn i kobiet. W 2007 roku przeciętne trwanie życia dla mężczyzn wynosiło 71 lat oraz 79,7 lat dla kobiet. Odsetek osób, które przeszły do populacji poprodukcyjnej, wzrosła i stanowi obecnie około 16,3%, w porównaniu z rokiem 1990, w którym odsetek tej grupy osób równał się niespełna 13%. Gwałtownie zmniejszyła się liczba dzieci i młodzieży (0-17 lat); tak w 2008 roku udział ich w ogólnej liczbie ludności obniżył się do około 19,2% z 29% notowanym w 1990 roku [2, 3].

Zjawisko starzenia się populacji wskazuje na konieczność edukacji osób w starszym wieku w zakresie samoopieki

oraz społeczeństwa w kierunku przygotowania go do opieki nieprofesjonalnej. Istotą samoopieki są działania inicjowane i podejmowane przez samego człowieka, aby mógł żyć i funkcjonować. Udział pracownika ochrony zdrowia w samoopiece pacjenta polega na stwarzaniu odpowiednich warunków zewnętrznych do przekazania niezbędnej wiedzy i kształtowania umiejętności zdrowotnych tak, aby pacjent mógł opiekować się sam sobą. Przygotowanie do samoopieki odbywa się przez prowadzenie edukacji prozdrowotnej, w zakres której wchodzi: wiedza, umiejętności, motywowanie do działań i egzekwowanie postaw prozdrowotnych. W procesie nauczania istotne jest przygotowanie odpowiednich programów edukacyjnych, zawierających treść, cele, metody oraz osoby prowadzące edukację. Zapotrzebowanie na edukację zdrowotną winno być rozpoznawane, natomiast działania edukacyjne planowane, realizowane, dokumentowane i oceniane przez pracownika ochrony zdrowia, który najlepiej potrafi ocenić potencjał samoopiekuńczy podopiecznego.

Opieka nieprofesjonalna natomiast sprawowana jest przez osoby bez przygotowania zawodowego, których wiedza i umiejętności praktyczne w sprawowaniu opieki mają charakter zachowań intuicyjnych. Opiekunowie, najczęściej rodzina wymaga pomocy w opanowaniu wiedzy niezbędnej do przestrzegania zasad postępowania opiekuńczego i umiejętności pielęgnowania. Jak wynika z powyższego, znaczenie edukacji zdrowotnej jest nie do pominięcia przy przygotowaniu społeczeństwa do opieki nieprofesjonalnej.

Do bardzo ważnych i trudnych zagadnień zarówno zdrowotnych, jak i społecznych należy wzrost liczby osób niepełnosprawnych, zwłaszcza w wieku aktywności zawodowej. W Polsce osoby niepełnosprawne stanowią 14,3% ogółu populacji. W ciągu ostatnich 18 lat liczba tych osób wzrosła ponad dwukrotnie [3]. To zjawisko, podobnie jak i problem starzenia się populacji, wymaga zwiększenia nakładów na edukację zdrowotną osób niepełnosprawnych i ich opiekunów w zakresie rehabilitacji i opieki.

ILOŚCIOWE NASILENIE SIĘ PATOLOGII SPOŁECZNYCH

Wyraźne nasilają się problemy zaliczane do patologii społecznej – narkomania, alkoholizm, próby samobójcze i samobójstwa. Najwyższe spożycie alkoholu w Polsce notowano w latach 1979 i 1980, kiedy na jednego statystycznego mieszkańca wypadało 8,5 litra 100% alkoholu. W późniejszych latach nastąpił jednak spadek do poziomu 6,5/6,8, jednak równocześnie oceniano, że prawdziwe spożycie alkoholu może być wyższe o 30%, a i alkohole te pochodzą z nielegalnej produkcji. W latach 90-tych spożycie zaczęło znowu wzrastać i ocenia się, że wynosi ono obecnie około 8,38-10 litrów 100% alkoholu na 1 mieszkańca rocznie. Wprawdzie spadła produkcja nielegalnego alkoholu, jednak do kraju dostaje się wiele różnych alkoholi – sprowadzanych nielegalnie i nie objętych oficjalną statystyką [5,6]. Należy zaznaczyć, że nastąpiły jednak istotne zmiany w typowym wzorcu konsumpcji alkoholu; według danych PARPA piwo powoli wypiera wódkę i inne napoje spirytusowe [5].

Narkomania w Polsce w ostatnich dziesięcioleciach stała się poważnym problemem społecznym, wykazując, jak pokazuje analiza wybranych artykułów oraz dane Centrum Informacji o Narkotykach i Narkomanii, stałą tendencję wzrostową [6-8]. Oferta polskiej sceny narkotykowej jest bogata i bardzo urozmaicona. Od rynków zachodnioeuropejskich różni się ona jedynie ceną. Oszacowanie liczby narkomanów dla Polski przeprowadzono metodą nominacyjną („benchmark”) i obliczono, iż liczna osób uzależnionych od narkotyków sięga 30 000 tysięcy osób [7].

Według danych Głównej Komendy Policji odnotowuje się tendencję wzrostową liczby prób samobójczych w Polsce wśród mężczyzn, zamieszkujących w miastach przy nieznacznym zmniejszaniu się ogólnej liczby prób samobójczych. Najwięcej aktów samobójczych podejmują ludzie w wieku 16 – 21 lat. Drugim, niebezpiecznym okresem jest wiek 45-55 lat. Zarówno w pierwszej (16 – 21 lat) jak i w drugiej grupie wiekowej (45 – 55 lat) mężczyźni mają zdecydowaną przewagę [3].

Właściwie zorganizowana opieka zdrowotna powinna przyczyniać się do zwalczania tych zjawisk. Jednym z najważniejszych zadań w tym zakresie staje się realizacja programów edukacyjnych społeczeństwa w kierunku profilaktyki uzależnień wśród ludzi w różnym wieku, wśród osób uzależnionych i nieuzależnionych. Działalność edukacyjna powinna obejmować zatem wiele grup społecznych i sfer działań ludzkich. Edukację zdrowotną należy adresować zarówno do osób, które nie miały jeszcze konfliktu z alkoholem, narkotykami, jak i do tych, które są w fazie eksperymentalnego picia, brania narkotyków, obejmować także tych ludzi, którzy piją w sposób szkodliwy lub ryzykowny, nadużywają alkoholu lub są uzależnieni od alkoholu i narkotyków, a także tych, którzy już ponoszą różnego rodzaju koszty związane z własnym lub czyimś piciem alkoholu, braniem narkotyków. Działania edukacyjne powinny również być adresowane do środowisk, grup i osób, u których ze względu na różne obciążające czynniki (m. in. psychologiczne, społeczne) ryzyko pojawienia się zaburzeń i problemów, związanych z już mającym miejsce lub potencjalnym spożywaniem alkoholu, braniem narkotyków, jest wyższe niż w całej populacji. Wsparcie informacyjne, emocjonalne, wartościujące jest również bardzo ważnym elementem w profilaktyce samobójstw i prób samobójczych. Kierunki działań edukacyjnych powinny obejmować swoim zasięgiem nie tylko osobę zagrożoną, ale również jej bezpośrednie otoczenie, w tym przede wszystkim rodzinę. Jest oczywiste, że praca z rodziną powinna być priorytetem w działalności profilaktycznej i promującej zdrowie. Może ona w znacznym stopniu zmniejszyć ryzyko pojawienia się problemów, a także korzystnie wpłynąć na redukcję kosztów ponoszonych przez społeczeństwo w związku z piciem alkoholu, używaniem narkotyków i popełnianiem prób samobójczych [9].

NOWE ZAGROŻENIA W ZAKRESIE CHORÓB ZAKAŻNYCH

Choroby zakaźne w Polsce po zakończeniu II wojny światowej stanowiły podstawową przyczynę zgonów.

Dopiero w 1949 roku znalazły się pod tym względem na drugim miejscu, zaś w 1953 roku na miejscu piątym [10]. Obecnie choroby zakaźne w Polsce są przyczyną zaledwie 0,5% wszystkich zgonów i są w kraju malejącym problemem, np. zachorowania na wirusowe zapalenie wątroby zmniejsza się od kilku lat i jest na poziomie średniej krajów Unii Europejskiej [11]. Od dwóch lat Polska jest w grupie państw, mających wskaźnik zapadalności na gruźlicę poniżej 25 (24,6 na 100 tys. osób w populacji), chociaż ten wskaźnik i tak jest dwukrotnie wyższy, niż średnia UE (12,8 na 100 tys. osób w populacji) [12]. W ciągu ostatniego ćwierćwiecza pojawiło się „znikąd” ponad 30 nowych patogenów. Odkrycie wirusa Hendra (1994-95), przypadki „ptasiej grypy” (1997-98), odkrycie wirusa Nipah (1998-99), nowe zagrożenie zespołem ostrej niewydolności oddechowej SARS (2002-03) oraz grypy A/H1N1 (2009), świadczą o tym, że nie ma podstaw do stwierdzenia, że wszystkie patogeny zostały już poznane i sklasyfikowane. Oczywistym wydaje się fakt, iż choroby zakaźne będą pojawiać się na świecie, niezależnie od postępu medycyny.

Sytuacja wystąpienia nowych zagrożeń w zakresie chorób zakaźnych zdaniem epidemiologów nie powinno zastraszać i zniechęcać ludzi do podróży, lecz powinna zmobilizować ochronę zdrowia do dostarczania fachowej wiedzy o tym, jak unikać chorób zakaźnych. Społeczeństwo polskie powinno wiedzieć na przykład, że Światowa Organizacja Zdrowia ostatnio wpisała Pekin, Hongkong i Toronto na listę miejsc, których nie należy odwiedzać lub podróże maksymalnie ograniczyć ze względu na epidemię SARS. Epidemiolodzy również stwierdziły, że o skutecznym wygaszaniu epidemii nie decyduje przede wszystkim zjadliwość zarazków czy łatwość zarażenia, lecz poziom edukacji sanitarnej, dyscyplina społeczeństwa i skuteczność działania służb sanitarnych. To samo można powiedzieć o zapobieganiu chorobom zakaźnym. Dlatego właśnie na te działania – zwłaszcza edukację sanitarną społeczeństwa – powinien być położony akcent w ochronie zdrowia. To wszystko wymaga rozszerzenia współpracy ochrony zdrowia z jednostkami, które mogą się przyczynić do zapobiegania chorobom zakaźnym.

WNIOSKI

Z rodzajów problemów wynika, że programy edukacji zdrowotnej w naszym kraju, w najbliższych 30-tu latach powinny być zreorganizowane w zakresie metod zapobiegania chorobom, opieki, rehabilitacji nad coraz to starszą populacją. Konieczne są systematyczne epidemiologiczne analizy dotyczące rodzajów potrzeb zdrowotnych i społecznych w każdej kategorii wieku ludności oraz zmian w zapadalności, chorobowości i umieralności w celu opracowywania kierunków i metod rozwiązywania istniejących problemów lub przygotowania społeczeństwa do radzenia z nimi.

PIŚMIENICTWO

1. Lenard B. Edukacja pacjenta to procedura medyczna. *Magazyn Pielęgniarki i Położnej* 2007;5:6-7.
2. Podstawowe informacje o rozwoju demograficznym Polski do 2008 roku. Wyniki badań GUS. Warszawa: GUS;2009.
3. Rocznik Statystyczny Rzeczypospolitej Polskiej 2008. Warszawa: Zakład Wydawnictw Statystycznych;2008.
4. Szamatowicz M. Niepłodność – czy można niewłaściwie diagnozować i nieskutecznie leczyć? W: Spaczyński M.(red.) *Postępy w ginekologii i położnictwie*. Poznań: Polskie Towarzystwo Ginekologiczne; 2006, s.343-50.
5. Sztander W. Interwencja wobec osoby uzależnionej. Warszawa: PARPA; 2000.
6. Worona P. Konsumpcja środków odurzających w województwie podlaskim w latach 2005-2006 w świetle wyników badań własnych. *Problemy Narkomanii* 2008;1:5-12.
7. Substancje psychoaktywne – postawy i zachowania. Centrum Informacji o Narkotykach i Narkomanii. Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii. www.unic.un.org.pl/incb/Jablonski.ppt.
8. Zajączkowski K. Nikotyna, alkohol, narkotyki. *Profilaktyka uzależnień*. Kraków: Rubikon; 2001.
9. Dziewiecki M. *Nowoczesna profilaktyka uzależnień*. Kielce: Wyd. Jasność; 2000.
10. Supady J, Włodarczyk M. Ostre choroby zakaźne w Łodzi w latach 1945-1970. *Zdr Publ*. 2007;117(4):517-23.
11. Ball S. SARS i inne nowe epidemie. Warszawa: Wyd. Medyk; 2003.
12. Augustynowicz-Kopiec E, Wolska Z. Gruźlica w Europie i w Polsce – nowe rodziny molekularne i nowe wzory oporności. *Przegl Epidemiol*. 2008;62:113-21.

Informacja o Autorkach

Prof. dr hab. n. med. IRENA DOROTA KARWAT – kierownik, dr n. med. HALINA PIECEWICZ-SZCZĘSNA – asystent, Katedra i Zakład Epidemiologii, Uniwersytet Medyczny w Lublinie.

Adres do korespondencji

Katedra i Zakład Epidemiologii
Uniwersytet Medyczny w Lublinie,
ul. Chodźki 1; 20-093 Lublin