

*Załącznik
do Uchwały Rady Gminy Inowłódz
Nr XXXIII/171/2009
z dnia 25 czerwca 2009 r.*

**PROGRAM
PROFILAKTYKI RAKA SZYJKI MACICY
W GMINIE INOWŁÓDZ
na lata 2009 – 2010**

1. Wprowadzenie

Zaspokajanie potrzeb zbiorowych mieszkańców gminy w zakresie ochrony zdrowia jest jednym z najważniejszych zadań gminy wynikających z ustawy z dnia 8 marca 1990 roku o samorządzie gminnym (tj. z 2001 r. Dz. U. Nr 142 poz. 1591 z późn. zm.). Do zadań własnych Gminy w zakresie równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej należy w szczególności opracowanie i realizacja oraz ocena efektów programów zdrowotnych wynikających z rozpoznanych potrzeb zdrowotnych i stanu zdrowia mieszkańców art. 7 ust. 1 pkt 1 i art. 48 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. Nr 210 poz. 2135 z późn. zm.). Zapobieganie chorobom cywilizacyjnym możliwe jest poprzez stosowanie odpowiedniej profilaktyki, a także poprzez podejmowanie wszelkich działań i środków zmierzających do wykrycia we wczesnych stadiach nowotworów dających szansę na szybkie wyleczenie. Warunkiem poprawy i utrzymania zdrowia społeczeństwa jest tworzenie i realizacja odpowiedniej polityki zdrowotnej.

Obecnie najważniejszym dokumentem wyznaczającym cele i kierunki polityki ochrony zdrowia publicznego jest Narodowy Program Zdrowia (NPZ) na lata 2007-2015 oraz przyjęty przez Europejski Komitet Regionalny WHO dokument „Zdrowie 21 - Zdrowie dla wszystkich w XXI wieku”. Drugim dokumentem jest Wojewódzki Program Ochrony Zdrowia Województwa Łódzkiego.

Narodowy Program Zdrowia uwzględnia główne kierunki polityki zdrowotnej i stwarza szanse na bardziej skuteczną realizację zadań związanych ze zdrowiem społeczeństwa. Celem strategicznym Narodowego Programu Zdrowotnego jest poprawa zdrowia i związanej z nim jakości życia ludzi poprzez działania skierowane na promocję zdrowego stylu życia, kształtowanie sprzyjającego zdrowiu środowiska życia, pracy i nauki oraz zmniejszanie różnic w zdrowiu i dostępności do świadczeń zdrowotnych, w konsekwencji prowadzących do ograniczenia bądź likwidacji czynników sprzyjających powstawaniu głównych chorób cywilizacyjnych, takich jak choroby układu krążenia, *choroby nowotworowe*, urazy i zatrucia, choroby psychiczne.

2. Podstawowe definicje

Polityka zdrowotna obejmuje promocję zdrowia, profilaktykę i opiekę zdrowotną.

Zdrowie – Światowa Organizacja Zdrowia zdefiniowała pojęcie zdrowia określając jako stan pełnego, dobrego samopoczucia fizycznego, psychicznego i społecznego, a nie wyłącznie brak choroby lub niedomagania.

Profilaktyka zdrowotna jest to szereg działań mających na celu zapobieganie chorobie bądź innemu niekorzystnemu zjawisku zdrowotnemu przed jego rozwinieniem się poprzez kontrolowanie przyczyn i czynników ryzyka.

Wyróżniamy 3 rodzaje profilaktyki:

Profilaktyka I stopnia obejmująca umacnianie zdrowia, swoiste zapobieganie chorobom (działania promocji zdrowia, szczepienia ochronne);

Profilaktyka II stopnia (wtórna) - obejmująca wczesne wykrycie nieprawidłowości i podjęcie działań do ich eliminacji, zahamowanie choroby (profilaktyczne badania okresowe, badania przesiewowe, diagnostyczne);

Profilaktyka III stopnia: działania mające na celu niedopuszczenie do rozwinięcia już powstałej choroby, powrót do normalnego stanu zdrowia (rehabilitacja).

Na każdym etapie profilaktyki istotne znaczenie ma **edukacja zdrowotna**, czyli uczenie się jak dbać o zdrowie własne i społeczności. Proces edukacji obejmuje dostarczanie wiedzy, kształtowanie postaw oraz rozwijanie umiejętności dokonywania wyborów, niezależnego podejmowania życiowych decyzji.

Opieka zdrowotna jest to system działań ukierunkowanych na przywracanie zdrowia poprzez tworzenie sprawnego systemu usług medycznych.

3. Zabezpieczenie świadczeń zdrowotnych

Świadczeniem zdrowotnym są działania medyczne służące profilaktyce, zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia oraz inne działania medyczne wynikające z procesu leczenia.

1.1. Podstawowa opieka zdrowotna w Gminie Inowłódz w 2009 roku.

Przez podstawową opiekę zdrowotną należy rozumieć ogół działań w miejscu lub w pobliżu miejsca zamieszkania obywatela (potencjalnego pacjenta), realizowanych przez lekarza rodzinnego, pielęgniarkę środowiskową – rodzinną i innych profesjonalistów medycznych. Podstawowa opieka zdrowotna stanowi miejsce pierwszego kontaktu z systemem opieki zdrowotnej oraz gwarantuje wszystkim mieszkańcom łatwy dostęp do świadczeń na równych zasadach.

Działania podstawowej opieki zdrowotnej ukierunkowane są zarówno na osoby zdrowe, jak i chore. Zakres tych działań zależy od potrzeb oraz od możliwości organizacyjnych i ekonomicznych społeczeństwa. Centralną rolę pełni w niej lekarz rodzinny, który jest koordynatorem działań odpowiedzialnym za współpracę zarówno z opieką zdrowotną specjalistyczną (otwartą i zamkniętą) jak i opieką społeczną, odpowiadającą za promocję zdrowia, prewencję chorób, diagnostykę oraz terapię i rehabilitację. Podstawowa opieka zdrowotna poprzez swoje umiejscowienie i możliwości oddziaływania decyduje o poczuciu bezpieczeństwa zdrowotnego mieszkańców oraz przyczynia się do wzmocnienia działań w obszarze szeroko rozumianej promocji zdrowia i zapobiegania chorobom. Zadaniem podstawowej opieki zdrowotnej jest zapewnienie ciągłej opieki. Ważną funkcją opieki podstawowej jest koordynacyjna rola w odniesieniu do świadczeń medycznych, udzielanych przez inne struktury systemu ochrony zdrowia.

Tabela 1 Wykaz podmiotów udzielających świadczeń zdrowotnych w ramach kontraktu z Narodowym Funduszem Zdrowia w Gminie Inowłódz w 2009 roku

Lokalizacja poradni	Nazwa poradni	Zakres działania
Inowłódz, ul. Tuwima 4	„INMED” Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej	Podstawowa opieka zdrowotna, zgodnie z kontraktem NFZ Poradnia K. świadczenia zgodnie z kontraktem z NFZ
Spała, ul. Piłsudskiego 12	„KAMED” Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej	Podstawowa opieka zdrowotna, zgodnie z kontraktem NFZ
Inowłódz, ul. Tuwima 4	„DENTIMED” Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej	Świadczenia stomatologiczne zgodnie z kontraktem.

Opracowanie własne

Zakłady opieki zdrowotnej realizują na terenie Gminy Inowłódz programy profilaktyczne, których zakres jest zgodny z kontraktem z NFZ. Są to ;

- program profilaktyczny chorób układu krążenia dla określonych roczników populacji;
- program profilaktyczny chorób odżywczych;
- program profilaktyczny gruźlicy;
- program profilaktyczny raka szyjki macicy / badania cytologiczne/;
- fluoryzacja zębów uczniów szkół podstawowych z terenu gminy.

Założenia programu zdrowotnego

Celem Programu Zdrowotnego Gminy Inowłódz na lata 2009-2010 jest przede wszystkim poprawa stanu zdrowia mieszkańców i zmiana świadomości zdrowotnej. Stan zdrowia i zachorowalność mieszkańców Gminy Inowłódz nie odbiega od danych statystycznych dla Polski, co pozwala wyznaczyć kierunki działania i określić cele programu zdrowotnego.

4.1 Cele strategiczne

Celem programu jest:

1. Zmniejszenie zachorowalności i umieralności na choroby nowotworowe.
2. Poprawa stanu zdrowia i jakości życia mieszkańców Gminy Inowłódz.
3. Podniesienie świadomości zdrowotnej społeczeństwa oraz upowszechnienie wiedzy z zakresu zdrowego stylu życia i możliwościach oddziaływania na własne zdrowie.

Cel jest zgodny z Narodowym Programem Zdrowia

Narodowy Program Zdrowia to strategiczny dokument określający priorytety działań w obszarze zdrowia w naszym kraju w latach 2007–2015. Za cel główny uznano „poprawę zdrowia i związanej z nim jakości życia ludności oraz zmniejszenie nierówności w zdrowiu”. Ma to nastąpić poprzez:

- kształtowanie prozdrowotnego stylu życia społeczeństwa,
- tworzenie środowiska życia, pracy i nauki sprzyjającego zdrowiu,
- aktywizowanie jednostek samorządu terytorialnego i organizacji pozarządowych do działań na rzecz zdrowia.

Narodowy Program Zdrowia określa: 8 celów strategicznych:

1. Zmniejszenie zachorowalności i przedwczesnej umieralności z powodu chorób naczyniowo-sercowych, w tym udarów mózgu.
2. Zmniejszenie zachorowalności i przedwczesnej umieralności z powodu nowotworów złośliwych.
3. Zmniejszenie częstości urazów powstałych w wyniku wypadków i ograniczenie ich skutków.
4. Zapobieganie zaburzeniom psychicznym poprzez działania prewencyjno-promocyjne.
5. Zmniejszenie przedwczesnej zachorowalności i ograniczenie negatywnych skutków przewlekłych schorzeń układu kostno-stawowego.
6. Zmniejszenie zachorowalności i przedwczesnej umieralności z powodu przewlekłych chorób układu oddechowego.
7. Zwiększenie skuteczności zapobiegania chorobom zakaźnym i zakażeniom.
8. Zmniejszenie różnic społecznych i terytorialnych w stanie zdrowia populacji

oraz 15 celów operacyjnych:

Cele operacyjne dotyczące czynników ryzyka i działań w zakresie promocji zdrowia:

1. Zmniejszenie rozpowszechnienia palenia tytoniu.
2. Zmniejszenie i zmiana struktury spożycia alkoholu oraz zmniejszenie szkód zdrowotnych spowodowanych alkoholem.
3. Poprawa sposobu żywienia ludności i jakości zdrowotnej żywności oraz zmniejszenie występowania otyłości.
4. Zwiększenie aktywności fizycznej ludności.
5. Ograniczenie używania substancji psychoaktywnych i związanych z tym szkód zdrowotnych.
6. Zmniejszenie narażenia na czynniki szkodliwe w środowisku życia i pracy oraz ich skutków zdrowotnych i poprawa stanu sanitarnego kraju.

Cele operacyjne dotyczące wybranej populacji:

7. Poprawa opieki zdrowotnej nad matką, noworodkiem i małym dzieckiem.
8. Wspieranie rozwoju i zdrowia fizycznego, psychospołecznego oraz zapobieganie najczęstszym problemom zdrowotnym i społecznym dzieci i młodzieży.
9. Tworzenie warunków do zdrowego i aktywnego życia osób starszych.
10. Tworzenie warunków do aktywnego życia osób niepełnosprawnych.
11. Intensyfikacja zapobiegania próchnicy zębów u dzieci i młodzieży.

Niezbędne działania ze strony ochrony zdrowia i samorządu terytorialnego:

12. Aktywizacja jednostek samorządu terytorialnego i organizacji pozarządowych do działań na rzecz zdrowia społeczeństwa.
13. Poprawa jakości świadczeń zdrowotnych w zakresie skuteczności, bezpieczeństwa i akceptowalności społecznej, w tym przestrzegania praw pacjenta.
14. Usprawnienie wczesnej diagnostyki i czynnej opieki nad osobami zagrożonymi chorobami układu krążenia, udarami mózgowymi, nowotworami, powikłaniami cukrzycy, chorobami układu oddechowego oraz chorobami reumatycznymi, szczególnie przez działania podstawowej opieki zdrowotnej.
15. Zwiększenie i optymalne wykorzystanie systemu ochrony zdrowia oraz infrastruktury samorządowej dla potrzeb promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej.

Choroby nowotworowe obejmuje cel strategiczny nr 2. Narodowy Program Zdrowia określa zakładane efekty jako:

1. Zmniejszenie umieralności z powodu nowotworów ogółem.
2. Zmniejszenie umieralności z powodu raka piersi i w stopniu znacznym raka szyjki macicy poprzez wprowadzenie na skalę populacyjną zorganizowanych badań przesiewowych mammograficznych i cytologicznych oraz wykorzystanie szczepionek przeciw wirusom brodawczaka.

Zakłada się spadek liczby zgonów z powodu raka szyjki macicy o 75% w stosunku do roku 2005 (czyli z 2000 do 500).

Kierunki działań:

1. Rozwój działań profilaktycznych w zakresie zapobiegania i wczesnego wykrywania chorób nowotworowych.
2. Zwiększenie skuteczności edukacji zdrowotnej społeczeństwa oraz działań w zakresie promocji i profilaktyki zdrowia. Propagowanie stylu życia zmniejszającego ryzyko chorób cywilizacyjnych.
3. Przeprowadzenie szczepienia mieszkanek Gminy Inowłódz przeciw wirusowi HPV, który wywołuje raka szyjki macicy.

Cel operacyjny

Profilaktyka chorób nowotworowych

Uzasadnienie:

W Polsce ponad 3 200 kobiet zapada co roku na raka szyjki macicy, a niemal 2000 umiera. Pod względem zachorowalności i umieralności z powodu tej choroby Polska zajmuje czołowe miejsce wśród krajów Unii Europejskiej. Zaobserwowano również różnice regionalne w zachorowalności i umieralności z powodu nowotworów złośliwych. Pokrywają się one z umieralnością z powodu nowotworów złośliwych u kobiet. Najwyższe współczynniki zgonów, z powodu chorób nowotworowych zaobserwować można w północno-zachodnich rejonach Polski, a najniższe w południowo-wschodnich. Różnice te należy jednak wiązać raczej z odmiennościami w stylach życia kobiet, wpływających na obniżenie ryzyka zachorowania w bardziej tradycyjnych środowiskach niż efektywnością leczenia. Bardziej tradycyjne wzory moralności, silniejsza kontrola relacji międzyludzkich stanowi czynnik zmniejszający ryzyko zachorowań na choroby przenoszone drogą płciową.

Dane o zachorowaniach i umieralności na nowotwory z terenu woj. łódzkiego gromadzi:

Wojewódzki Rejestr Nowotworów Złośliwych

w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym im. M. Kopernika

93-513 Łódź, ul. Pabianicka 62

wrn@kopernik.lodz.pl

tel. 042-689-59-14, fax 042-689-59-62

Epidemiologia raka szyjki macicy w woj. łódzkim i pow. tomaszowskim

RAK SZYJKI MACICY	Województwo łódzkie		Powiat tomaszowski	
	zachorowania	zgony	zachorowania	zgony
2005 r.	252	136	11	8
2006 r.	238	144	12	4

Źródło danych: Raporty na podstawie danych Centrum Onkologii

Liczba zachorowań na raka szyjki macicy w 2005 r. z podziałem na grupy wiekowe

	0-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85+	Razem
Województwo łódzkie	0	0	2	1	7	15	18	36	44	49	20	17	19	15	8	1	252
Polska	0	0	11	48	105	156	315	522	570	490	250	238	210	186	113	49	3263

Źródło danych: Raporty na podstawie danych Centrum Onkologii

Liczba zachorowań na raka szyjki macicy w 2006 r. z podziałem na grupy wiekowe

	0-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85+	Razem
Województwo łódzkie	0	0	0	4	6	8	21	32	44	29	24	16	27	11	13	3	238
Polska	0	2	2	41	99	160	291	475	518	486	305	240	225	183	146	53	3226

Źródło danych: Raporty na podstawie danych Centrum Onkologii

PROGRAM PROFILAKTYKI RAKA SZYJKI MACICY – WOJEWÓDZTWO ŁÓDZKIE 2007		
L.p.	Opis	Liczba kobiet w wieku od 25 - 59 r. ż.
Etap podstawowy		
1	Liczba kobiet w populacji objętej programem	640 645
2	Liczba kobiet, które zgłosiły się do programu	48 303
3	Źródło informacji:	
	lekarza POZ	1 647
	lekarza specjalistę	15 133
	pielęgniarkę/położną	3 186
	media	1 426
	poprzez SMS-a	515
	zaproszenie przesłane pocztą	25 664
	inne źródła	1 971
Etap diagnostyczny		
4	Liczba wykonanych badań cytologicznych	49 306
5	Liczba kobiet z prawidłowym wynikiem badania cytologicznego	47 765
6	Liczba kobiet, którym zalecono powtórne badanie	1 230
7	Liczba badanych, u których stwierdzono nieprawidłowe komórki nabłonkowe	1 215
	w tym rak płaskonabłonkowy	9
10	Skierowanie do dalszej diagnostyki, w etapie pogłębionym	1 051
Etap pogłębionej diagnostyki		
11	Liczba kobiet, które zgłosiły się do etapu pogłębionej diagnostyki	420
15	Liczba kobiet skierowanych na leczenie	90
14	Liczba kobiet skierowanych do kontroli za 12 m-cy	253

Źródło danych: ŁOW NFZ Roczne sprawozdanie z realizacji umowy w 2007 r.

Psychofizyczne konsekwencje raka szyjki macicy

W Polsce nie prowadzono systematycznych badań analizujących doświadczenia życiowe kobiet dotkniętych tą właśnie chorobą. Dostępne są jedynie dane o charakterze epidemiologicznym, które wskazują, że niemal 1/3 zgonów dotknęła kobiety w wieku 15-49 lat, a więc kobiety młode, u progu lub w pełni aktywnego życia, karier zawodowych, niezrealizowanych planów na przyszłość. W perspektywie indywidualnego doświadczenia choroba nowotworowa powoduje ból oraz lęk wynikły z zagrożenia życia, dodatkowo podsycany negatywnymi wyobrażeniami i społecznymi „metaforami” raka. Rak jest przede wszystkim „zabójcą”. Pierwsze objawy choroby, a nawet dalsze, wskazujące już na znaczny jej rozwój, mogą być przez kobietę ignorowane. Dopiero nasilenie się objawów (ból, dyskomfort fizyczny) powoduje niepokój, do którego po otrzymaniu diagnozy niejednokrotnie dołącza lęk i depresja. Źródłem wtórnych cierpień jest także leczenie (chirurgia, radioterapia, chemia), a także stresujące pobyty w szpitalach i obawy o los najbliższych, szczególnie dzieci pozbawionych

opieki. Indywidualna reakcja na chorobę może się oczywiście różnić, zależy od szeregu czynników, takich jak cykl życia kobiety, prognoza, co do dalszego rozwoju choroby, powodowane nią zaburzenia w strukturze rodziny, wiedza o raku i możliwościach jego leczenia, dotychczasowe doświadczenia kontaktów z medycyną i wielu innych. Zawsze jednak stanowi źródło cierpień fizycznych i negatywnych emocji. Zakażenie wirusem HPV może wywierać także bardziej bezpośredni wpływ na przebieg ciąży. Liczne badania kliniczne i doświadczalne wskazują, że zakażenie genitalnymi typami HPV, w tym typami HPV 6/11 (odpowiedzialnymi za kłykciny), może prowadzić do spontanicznych poronień we wczesnej fazie ciąży. Badania te stwierdziły obecność DNA wirusów HPV w próbkach pobranych aż z 70% płodów po poronieniu samoistnym. Wykazano także, że kobiety z historią HPV mają ok. 3 razy większe ryzyko utraty ciąży, a także znaleziono HPV 18 w 50% preparatów nabłonika kosmówkowego złośliwego. W ostatnich latach odkryto też, że wirusy HPV 16 i HPV 31 mogą replikować *de novo* w łożyskowych trofoblastach.

Diagnostyka i leczenie

Leczenie chorych z rakiem szyjki macicy wymaga bardzo starannej diagnostyki zarówno histopatologicznej, jak i radiologicznej oraz dużego doświadczenia zespołu leczącego. Jedynie prawidłowo zaplanowane i właściwie oraz terminowo przeprowadzone leczenie daje szansę na ostateczny wynik terapii. Objawy kliniczne raka szyjki macicy pojawiają się dość późno i wiele kobiet we wczesnych stadiach choroby nie zgłasza dolegliwości. Zazwyczaj jako pierwszy sygnał nieprawidłowości pojawia się krwawienie niezwiązane z miesiączką, mogą także występować krwawienia po stosunku. W następnym okresie dołączają się upławy i bóle w okolicy krzyżowo-lędźwiowej lub pośladków. W bardzo zaawansowanych stadiach choroby występuje obrzęk kończyny dolnej. Częstym sygnałem do podjęcia kroków diagnostycznych jest nieprawidłowy wynik cytologii pobranej z szyjki macicy, ale dopiero wynik badania histopatologicznego materiału pobranego z tarczy części pochwowej (wskazane wykonanie biopsji pod kontrolą kolposkopu) lub wyskrobin z kanału szyjki upoważnia do rozpoznania choroby nowotworowej. Wynik histopatologiczny określa typ nowotworu, istotny do właściwego doboru metody leczenia, jednak ostateczne zakwalifikowanie do rodzaju terapii jest możliwe po określeniu. Wybór metody jest zatem wypadkową kilku istotnych czynników tj. stopnia zaawansowania choroby, typu histologicznego nowotworu, wieku chorej, jej indywidualnych preferencji oraz możliwości i doświadczenia ośrodka podejmującego się leczenia raka szyjki macicy należy jednak podkreślić, że niezależnie od zastosowanych, skomplikowanych i kosztownych procedur, leczenie pozostawia trwały, okaleczający ślad zarówno w ciele oraz jego funkcjach, jak i w psychice kobiety. Opóźniona w Polsce diagnostyka raka szyjki macicy u kobiet, wysokie koszty leczenia, problematyczne – przynajmniej w porównaniu z innymi krajami europejskimi – jego efekty, ale przede wszystkim przedwczesne zgony wielu kobiet stanowią istotną przesłankę do intensyfikacji działań profilaktycznych ograniczających występowanie i skutki choroby.

Profilaktyka

Profilaktyka raka szyjki macicy sprowadza się przede wszystkim do redukcji częstości występowania nowych zachorowań i ograniczenia roli czynników nasilających podatność na chorobę (profilaktyka pierwotna), oraz działań zmierzających do wczesnego wykrywania objawów (profilaktyka wtórna). Przez wiele lat, w zakresie zdrowia publicznego, w stosunku do raka szyjki macicy dominowały działania drugiego typu. Profilaktyka polegała na realizacji indywidualnych badań cytologicznych i programów badań przesiewowych, wspieranych okazjonalnie działaniami z zakresu edukacji zdrowotnej. Nowy etap walki z rakiem

szyjki macicy na świecie rozpoczął się wraz z wprowadzeniem szczepionki przeciw HPV (dostępnej w Europie od 2006 roku), rozpoznanym, jako niezbędny czynnik warunkujący rozwój choroby. Powszechniejszą w krajach europejskich i w USA metodą profilaktyki raka szyjki macicy są powszechne szczepienia przeciw wirusowi HPV, które – według prowadzonych badań w zaszczepionej populacji eliminują w znacznym stopniu ryzyko zachorowania. Dotychczas 10 krajów europejskich wydało już oficjalne rekomendacje dotyczące szczepień przeciw wirusowi brodawczaka ludzkiego. Są to: m.in. Niemcy, Włochy, Francja, Norwegia, Wielka Brytania, Belgia, Szwecja, Luksemburg. Doświadczenia krajów zachodnich, szczególnie skandynawskich pokazują wyraźnie, że roli profilaktyki w zapobieganiu rakowi szyjki macicy nie można przecenić. Choroba ma poważne konsekwencje zdrowotne i społeczne, a jej leczenie pociąga za sobą znaczne koszty. Badania przesiewowe oraz działania profilaktyczne, obejmujące szczepienia przeciwko HPV, mogą nie tylko ograniczyć ryzyko występowania raka szyjki macicy, ale przyczynić się istotnie do zmniejszenia następstw psychospołecznych tej choroby.

Grupa celowa: Mieszkańcy Gminy Inowłódz ze szczególnym uwzględnieniem dziewcząt rocznika 1994 w 2009 roku i rocznik 1995 w 2010 roku.

Zadanie: Zmniejszenie umieralności z powodu chorób nowotworowych oraz edukację zdrowotną w tym zakresie. Propagowanie edukacji zdrowotnej w ramach tematyki programu zdrowotnego.

Proponowane działania:

1. Przeprowadzenie szczepień szczepionką czterowalentną dziewcząt rocznika 1994 i 1995. W latach następnych kolejne roczniki.
2. Edukacja zdrowotna.

Szczepienia ochronne

Rak szyjki macicy jest chorobą „łatwą” z punktu widzenia medycyny: łatwo go wykryć, rozwija się w narządzie, do którego mamy stosunkowo łatwy dostęp, proces chorobowy trwa wiele lat, zanim osiągnie fazę zagrażającą życiu, a i stany przedrakowe są w 100 proc. uleczalne. Ale mimo to wciąż się wymyka spod władzy lekarzy...

Darmowe badania cytologiczne, pisemne zaproszenia na cytologię, kampanie zdrowotne, mające zwiększyć świadomość problemu – te i inne wysiłki świata medycznego nie były w stanie wpłynąć na fakt, że liczba zachorowań na raka szyjki macicy wciąż nie maleje. Może dlatego, że co roku zamiast 3 mln kobiet na cytologię zgłaszało się dotąd zaledwie 200 tys. Na rozsyłane zaproszenia reagowało tylko 10-11 proc. zapraszanych na badanie kobiet. Dlatego medyczne autorytety postanowiły rozwiązać problem za pomocą szczepień ochronnych. Do niedawna lekarze nie zdawali sobie sprawy, że raka szyjki macicy wywołuje wirus. Dziś jest znana przyczyna: jest nią wirus brodawczaka ludzkiego (human papillomavirus, HPV). Niemalże stuprocentową ochronę przed zachorowaniem zapewnia szczepionka przeciwko temu wirusowi. Szczepienie te rekomenduje usilnie Światowa Organizacja Zdrowia (WHO)! Mogą one sprawić, że ten typ nowotworu w ogóle przestanie być naszym zmartwieniem. Doskonałym przykładem są kraje zachodnie, tam od kilku lat funkcjonują programy szczepienia młodych kobiet i dziewcząt przeciwko HPV. Zwiększeniu świadomości na temat szczepień przeciw HPV sprzyja edukacja lekarzy, którzy dzielą się swoją wiedzą z pacjentami. Najskuteczniejsze są szczepienia, przeprowadzone w młodym wieku: wtedy organizm najlepiej reaguje na szczepionkę i bardzo szybko produkuje wysokie miano przeciwciał. Dlatego powinno się szczepić 11 – 12-letnie

dziewczynki, które nie chodzą do ginekologa, a jedynie odwiedzają gabinet pediatry lub lekarza pierwszego kontaktu.

Trwały i oporny

Taki właśnie jest wirus HPV. Trudno go zniszczyć, może długo bytować poza organizmem i nie ginie. W dodatku jest bardzo powszechny. Stąd infekcje HPV rozprzestrzeniają się z reguły bardzo szybko. Okazuje się ponadto, że – choć HPV uważany jest za chorobę, przenoszoną drogą płciową – by zakazić się wirusem, pełen kontakt seksualny nie jest konieczny. Wirus ten przenosi się także w kontakcie manualno – genitalnym i kontakcie skóra – skóra. HPV uwalnia się ze złuszczonymi komórkami naskórka i nabłonków. Prezerwatywa nie stanowi pełnego zabezpieczenia. Stąd ponure statystyki: 50-75 proc. kobiet zarazi się wirusem HPV przynajmniej raz w życiu, zwykle krótko po inicjacji. Średni wiek zakażenia się HPV to 15 – 19 lat w przypadku kobiet i 18 – 24 lat w przypadku mężczyzn.

Choroba przechodzi bez fazy wirerii, to znaczy, że we krwi zarażonej osoby wirus się nie pojawia. W efekcie przebycie infekcji HPV nie daje efektu uodpornienia, można zakazić się wirusem wiele razy (także ze względu na to, że występuje całe mnóstwo jego typów).

Szczepić jak najwcześniej

Kolejny powód, by szczepić jak najwcześniej: trzeba to zrobić, zanim dziewczynki zaczną współżycie płciowe, zanim wejdą w pierwszy kontakt z wirusem. Niestety, szczepienie nie ma działania leczniczego, nie leczy już istniejącego zakażenia, a tylko uczy organizm, jak się bronić przed wirusem. Jeśli wirus wniknął już do niezaszczepionego organizmu, układ odpornościowy może sobie z nim nie poradzić. Wprawdzie w większości przypadków potrafi go pokonać, zniszczyć – przypuszcza się, że aż 95 proc. infekcji wirusem HPV ulega wyeliminowaniu przez układ immunologiczny w ciągu 6 – 12 miesięcy od zakażenia – pacjentki często nawet nie wiedzą, że były zainfekowane. Ale zdarza się także, że wirus osadzi się w nabłonku szyjki macicy, a kiedy tylko „doczeka się” na odpowiednie warunki – osłabienie odporności, palenie papierosów czy nawet stosowanie antykoncepcji hormonalnej – uaktywni się i zacznie go uszkadzać. Statystyki mówią, że na milion zakażonych HPV kobiet 100 tys. będzie miało niepokojące zmiany, widoczne w wyniku badania cytologicznego.

Dobłą wiadomością natomiast jest to, że podanie szczepienia przed inicjacją seksualną, czyli przed kontaktem z wirusem, daje 99,8 proc. skuteczności w stosunku do typów wirusa zawartych w szczepionce. Po inicjacji seksualnej wciąż warto się zaszczepić. Większość młodych kobiet w krótkim okresie po inicjacji ma kontakt z wirusem HPV. Badania wykazują, że prawie połowa populacji (zarówno w Polsce, jak i na świecie) przechodzi infekcję HPV w pewnym momencie życia. Według statystyk, ponad połowa nastolatków dwa, trzy lata po inicjacji jest już zakażona HPV. Drugi okres życia, kiedy liczba zachorowań rośnie, to okres, przypadający na 45 – 49 lat, prawdopodobnie ze względu na tzw. „drugą młodość” i pewne ożywienie życia seksualnego. Z reguły następuje zakażenie jednym typem wirusa. Dzięki szczepieniu nabywa się odporność na pozostałe.

Nie wiadomo jeszcze, jak długo utrzymuje się odporność poszczepienna, ponieważ szczepienia są prowadzone dopiero od kilku lat. Na razie badania kliniczne potwierdzają utrzymywanie się wysokiego miana przeciwciał u kobiet nawet 9 lat po zaszczepieniu.

Komórek odpornościowych, „pamiętających”, jak walczyć z HPV jest tak dużo, że naukowcy mają podstawy, by przypuszczać, że okres protekcji będzie znacznie dłuższy. Ale nie wiadomo jeszcze, czy konieczne będzie podawanie dawek przypominających.

Zupełnie bezpieczna

Szczepienie jest zupełnie bezpieczne. Nie trzeba się niczego obawiać. Skutki uboczne właściwie nie występują – poza miejscowym odczynem: zaczerwienieniem, obrzękiem i bólem w miejscu szczepienia, który zresztą szybko mija.

Pełny cykl szczepienia obejmuje domięśniowe podanie trzech dawek szczepionki (w cyklu 0, 2, 6 miesięcy). Wszystkie trzy dawki należy podać w ciągu jednego roku. Całkowitą odporność (99,8 proc.) organizm osiąga w okresie do jednego miesiąca po podaniu trzeciej, ostatniej dawki.

Należy pamiętać, że choć szczepionka przeciw HPV uratuje życie wielu kobietom, to w dalszym ciągu najskuteczniejszym sposobem zapobiegania zakażeniom jest względnie późna inicjacja seksualna i monogamiczne związki seksualne. Szczepienie nie chroni bowiem przed samym spotkaniem z wirusem, a wymierne korzyści z szeroko zakrojonych szczepień widać będzie dopiero po kilku, kilkunastu latach.

Dostępność szczepień

Program bezpłatnych szczepień raka szyjki macicy będzie obejmował roczniki: 1994 i 1995, dziewcząt zameldowanych na pobyt stały oraz czasowy na terenie Gminy Inowłódz. Pozostałe zainteresowane osoby będą mogły wziąć udział w programie przy częściowej odpłatności. Zasady dostępu do szczepień kobiet z innych roczników określi Wójt Gminy Inowłódz w regulaminie szczepień profilaktycznych. Realizując niniejszy Program profilaktyczny – Wójt Gminy Inowłódz zorganizuje cykl wykładów, szkoleń, wyda drukiem materiały informacyjne oraz stworzy platformę informacyjną na stronie www.inowlodz.pl.

Inne metody działań:

- Przeprowadzenie konkursów w szkołach na temat zdrowego trybu życia,
- Przekazywanie informacji na temat czynników powodujących choroby nowotworowe podczas przeprowadzania badań lekarskich,
- Pikniki i imprezy promujące zdrowy tryb życia,
- Wspieranie działań obejmujących promowanie zdrowego trybu życia przy współpracy z organizacjami pozarządowymi.

5. Harmonogram działań

Na podstawie ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz.U. Dz 1991 r. Nr 91 poz. 408 ze zmianami) oraz Rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 13 lipca 1998 r. w sprawie umowy o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne (Dz. U. z 1998 r. Nr 93 poz. 592), jednostka samorządu terytorialnego może udzielać zamówienia na świadczenia zdrowotne w drodze konkursu ofert.

W ramach współpracy z organizacjami pożytku publicznego, jako zadania priorytetowe w zakresie zdrowia ustalono realizację zadań w zakresie:

- programów edukacji zdrowotnej,
- działań promujących zdrowy styl życia, adresowanych w szczególności do dzieci i młodzieży oraz osób starszych,
- programów promocji zdrowia oraz profilaktyki zdrowotnej adresowanych do różnych grup odbiorców,
- poprawy zdrowia, jakości życia, bezpieczeństwa zdrowotnego,
- realizacja programu polityki zdrowotnej.

W związku z powyższym Wójt Gminy Inowłódz ogłosi corocznie konkurs ofert i wyłoni najlepsze oferty w poszczególnych zakresach.

6. Finansowanie programu

Program profilaktyki raka szyjki macicy będzie realizowany ze środków własnych Gminy Inowłódz. Wybór realizatora lub realizatorów programu zostanie wyłoniony przez Wójta Gminy Inowłódz w drodze najkorzystniejszej złożonej oferty (najniższy koszt jednostkowy szczepionki wraz z przeprowadzeniem szczepienia) lub w drodze otwartego konkursu ofert, ogłoszonego na podstawie art. 48 ust. 1 pkt. 4 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. Nr 210 poz. 2135 ze zm.) oraz art. 35 ust. 1 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. z 1991 r. Nr 91 poz. 408 ze zm.). Wójt Gminy Inowłódz wyznaczy osobę odpowiedzialną za koordynację projektu i współpracę z innymi samorządami przy realizacji tego programu (obniżenie kosztów pozyskania szczepionki, wymiana doświadczeń, itp.).

W ramach współpracy z organizacjami pożytku publicznego Gmina Inowłódz może finansować bądź współfinansować zadania w ramach dotacji. Istnieje możliwość pozyskania dofinansowania w ramach Mechanizmu Finansowego Europejskiego Obszaru Gospodarczego w ramach projektu „Opieka zdrowotna i opieka nad dzieckiem”, obszar interwencji „Projekty w zakresie promocji zdrowia i programów profilaktyki”. W ramach tego priorytetu można składać projekty związane m.in. z propagowaniem stylu życia zmniejszającego ryzyko chorób cywilizacyjnych i profilaktyki wczesnego wykrywania chorób nowotworowych.

7. Ewaluacja programu

Corocznie zostanie sporządzone opracowanie na temat działań przeprowadzonych w ramach programu – w formie liczbowej oraz opisowej wraz z wnioskami. Rezultaty działania programu będą oceniane poprzez monitorowanie wskaźników epidemiologicznych. Należy zwrócić uwagę, że działania z zakresu promocji zdrowia i profilaktyki mają charakter długofalowy i efekty w postaci poprawy wskaźników nie będą zauważalne natychmiastowo, tylko w przeciągu kilku lat oraz będą uzależnione od ilości osób objętych profilaktyką.

8. Zakończenie

Program ma charakter otwarty. Wskaźniki epidemiologiczne dotyczące stanu zdrowia mieszkańców Gminy Inowłódz będą monitorowane na bieżąco. W razie potrzeby program będzie modyfikowany.