

**UCHWAŁA Nr XV/116/15  
RADY GMINY PILCHOWICE  
z dnia 22 października 2015 r.**

**w sprawie: przyjęcia Programów Polityki Zdrowotnej na lata 2016-2018.**

Na podstawie art. 18 ust. 1 w związku z art. 7 ust. 1 pkt. 5 ustawy z dnia 8 marca 1990r. o samorządzie gminnym ( t.j. Dz. U. z 2015, poz. 1515 z późn. zm.) oraz art. 7 ust. 1 pkt 1 i art. 48 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j. Dz. U. z 2015r., poz. 581 z późn. zm.)

**RADY GMINY PILCHOWICE**

**postanawia:**

**§ 1**

Przyjąć Programy Polityki Zdrowotnej na lata 2016-2018 stanowiące załącznik do niniejszej uchwały pn. :

1. „Program zdrowotny dotyczący szczepień profilaktycznych dzieci zamieszkałych na terenie Gminy Pilchowice przeciwko bakteriom meningokokowym grupy C” załącznik Nr 1.
2. „Program profilaktyczny szczepień dzieci nowonarodzonych przeciwko zakażeniom pneumokokowych w Gminie Pilchowice” załącznik Nr 2.
3. „Program edukacji zdrowotnej dla dzieci w wieku przedszkolnym oraz ich rodziców na terenie Gminy Pilchowice” załącznik Nr 3.

**§ 2**

Wykonanie uchwały powierzyć Wójtowi Gminy Pilchowice.

**§ 3**

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

**PRZEWODNICZĄCA  
RADY GMINY PILCHOWICE**

*Agata Mosiądz-Kramorz*  
**Agata Mosiądz -Kramorz**

**PROGRAM  
ZDROWOTNY DOTYCZĄCY SZCZEPIEŃ PROFILAKTYCZNYCH DZIECI  
ZAMIESZKAŁYCH NA TERENIE GMINY PILCHOWICE  
PRZECIWKO BAKTERIOM MENINGOKOKOWYM GRUPY C  
na lata 2016-2018**

**Pilchowice, 2015r.**

## **I. Przedmiot programu.**

Szczepienia profilaktyczne dzieci zamieszkałych na terenie Gminy Pilchowice przeciwko bakteriom *Neisseria meningitidis* grupy C – jedną dawką szczepionki. Jednocześnie prowadzona będzie stosowna edukacja mająca na celu wyeliminowanie zachorowań spowodowanych bakteriami *Neisseria meningitidis* grupy C.

## **II. Cele programu.**

### **1. Cel główny:**

Obniżenie liczby zachorowań na choroby wywołane zarażeniami bakterią z gatunku *Neisseria meningitidis* – meningokoki wśród mieszkańców Gminy Pilchowice.

### **2. Cele szczegółowe:**

- Edukacja dzieci z terenu gminy w zakresie profilaktyki chorób wywołanych przez meningokoki.
- Zaktywizowanie środowisk szkolnych (nauczyciele, pracownicy medyczni) do działań edukacyjnych w przedmiotowym zakresie.
- Promowanie szczepień ochronnych jako skutecznej profilaktyki przeciwdziałania chorobom meningokokowym.

## **III. Grupa docelowa.**

W zakresie szczepień - dzieci w wieku 6-7-8 lat zamieszkałe na terenie Gminy Pilchowice.

W zakresie edukacji – rodzice dzieci oraz dzieci szkół podstawowych i gimnazjum z terenu Gminy Pilchowice.

## **IV. Czas trwania programu.**

Program będzie realizowany od 1 stycznia 2016r. do 30 listopada 2018r.

## **V. Opis problemu.**

Meningokoki to bakterie z gatunku *Neisseria meningitidis* zwane również dwóinkami zapalenia opon mózgowych. Podzielono je na wiele grup serologicznych. W Polsce oraz w Europie najczęściej występują meningokoki typu B i C. Meningokoki żyją w wydzielinie jamy nosowo-gardłowej. Około 5-10% zdrowych ludzi jest nosicielami meningokoków bez świadomości tego faktu. U młodzieży odsetek ten może przekraczać 20 %.



Zakażenie wywołane przez bakterie z gatunku *Neisseria meningitidis* (meningokoki) przebiegające jako ropne zapalenie opon mózgowych lub zakażenie krwi (posocznica, sepsa) są znaczącą przyczyną uszkodzeń mózgu oraz umieralności na całym świecie.

Zachorowania powodowane przez meningokoki mogą mieć gwałtowny przebieg. Zdarza się, że zupełnie zdrowe dziecko może w ciągu zaledwie kilku godzin walczyć o życie na oddziale intensywnej opieki medycznej.

## **VI. Przesłanki dla realizacji programu.**

Choroby meningokokowe stanowią bardzo poważny problem w zakresie ochrony zdrowia. W Europie niektóre kraje zostały szczególnie dotknięte zachorowaniami wywoływanymi przez meningokoki grupy C. Należą do nich Anglia, Szkocja, Irlandia Północna, Islandia, Hiszpania, Szwajcaria, Czechy i Słowacja. Dla przykładu: w Wielkiej Brytanii w roku 1999 zgłoszono 1.530 przypadków, z których 150 zakończyło się śmiertelnie.

W Polsce, w ostatnich latach *Neisseria meningitidis* była jednym z najczęstszych czynników wywołujących bakteryjne zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych. Ponadto Krajowy Ośrodek Referencyjny ds. Diagnostyki Bakteryjnych Zakażeń Ośrodkowego Układu Nerwowego odnotował znaczny wzrost udziału zakażeń inwazyjnych spowodowanych przez meningokoki grupy C wywołanych przez *Neisseria meningitidis*.

Województwo śląskie jest regionem o najwyższej zapadalności na zarażenia bakterią *Neisseria meningitidis*. Z analizy epidemiologicznej wynika, że co roku odnotowuje się coraz większą liczbę przypadków zarażenia bakteriami meningokokowymi.

W przeciągu 5 lat również na terenie Gminy Pilchowice odnotowano kilkanaście przypadków zakażeń meningokokami, wśród których dwa przypadki zakończyły się sepsą.

Choroba u w/w pacjentów na szczęście nie zakończyła się śmiercią, jednakże jej skutki odczuwane są do dziś.

Do zakażenia meningokokami może dojść w każdym wieku. Niemniej jednak podwyższone ryzyko infekcji występuje w zbiorowiskach ludzkich, np. żłobkach, przedszkolach, szkołach, schroniskach młodzieżowych, internatach, akademikach lub koszarach, ponieważ w takich warunkach ułatwione jest przenoszenie się zarazków przez bliski kontakt. Sprzyja to również powstawaniu ognisk epidemicznych.



Dzieci w wieku 7 lat są w znacznym stopniu narażone, gdyż wchodzą w środowisko szkolne, w większe skupisko ludzkie. W tym wieku wzrasta ilość kontaktów społecznych. Przebywanie w grupie oraz typowe dla dzieci i młodzieży zachowania (np. picie ze wspólnego naczynia) sprzyjają infekcji. Około 20 % wszystkich zachorowań spowodowanych przez meningokoki dotyczy nastolatków.

## **VII. Profilaktyka i jej znaczenie.**

Obecnie istnieje możliwość zapobiegania zakażeniom meningokokami grupy C oraz ich groźnym powikłaniom poprzez zastosowanie nowoczesnej szczepionki koniugowanej, która zapewnia długotrwałą ochronę, zarówno u niemowląt po ukończeniu 2 miesiąca życia, jak również u dzieci, młodzieży oraz osób dorosłych. Szczepionki te nie chronią jednak przed meningokokami grupy B, przeciwko którym nasza medycyna nie dysponuje jeszcze dostępną szczepionką.

Wzrastająca w ostatnich latach ilość zachorowań spowodowanych bakteriami z gatunku *Neisseria meningitidis*, a z drugiej strony, skuteczność szczepionek koniugowanych, spowodowały, że wprowadzono je do stosowania na szeroką skalę w narodowych programach szczepień. W niektórych państwach Europy Zachodniej (np. Wielka Brytania, Irlandia, Hiszpania) szczepienie przeciw meningokokom grupy C jest już od kilku lat szczepieniem obowiązkowym. Zaś w kilku innych krajach jest szczepieniem zalecanym wykonywanym masowo, zazwyczaj na koszt państwa.

W Polsce nadal niewystarczająca jest świadomość, że przypadkom zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych lub sepsy wywołanym przez meningokoki grupy C i ich powikłaniom można skutecznie zapobiegać. W naszym kraju szczepienia przeciw meningokokom wprowadzono do kalendarza szczepień w 2003r. jako szczepienia zalecane finansowane przez pacjenta. Zgodnie z aktualnymi zaleceniami niemowlętom w wieku od 2 do 12 miesięcy należy podać 3 dawki szczepionki, natomiast u starszych dzieci i osób dorosłych wystarcza zaszczepienie pojedynczą dawką. Szczepionka NeisVac-C charakteryzuje się bezpieczeństwem stosowania i wysoką skutecznością. Udowodniono, że programy szczepień prowadzone z użyciem szczepionki koniugowanej dają błyskawiczne korzyści i są w stanie znacznie obniżyć śmiertelność i zachorowalność na zakażenia wywoływane przez meningokoki z grupy C.

Szczepienie jest możliwe i celowe w każdym momencie. O ewentualnych przeciwwskazaniach do zaszczepienia decyduje lekarz.

### VIII. Realizacja programu i jego finansowanie.

Szczepienie będzie realizowane w następujący sposób:

- w roku 2016 akcją objęte będą dzieci urodzone w 2009r.
- w roku 2017 akcją objęte będą dzieci urodzone w 2010r.
- w roku 2018 akcją objęte będą dzieci urodzone w 2011r.

Edukacja i informacja mająca na celu wyeliminowanie zachorowań spowodowanych bakteriami *Neisseria meningitidis* grupy C będzie prowadzona przez przedstawicieli zakładu zdrowotnego wyłonionego podczas konkursy do realizacji przedmiotowego zadania.

#### Planowana liczba dzieci objętych akcją szczepień w latach 2016 -2018 (wg danych meldunkowych)

Dzieci urodzone w 2009r. zamieszkałe w Gminie Pilchowice	Dzieci urodzone w 2010r. zamieszkałe w Gminie Pilchowice	Dzieci urodzone w 2011r. zamieszkałe w Gminie Pilchowice
<b>145</b>	<b>139</b>	<b>133</b>

Wysokość środków niezbędnych na realizację programu będzie określona każdorazowo w uchwale budżetowej Gminy Pilchowice i zostanie ona wskazana w dziale 851 Ochrona zdrowia rozdział 85149 jako Programy polityki zdrowotnej.

Program realizowany będzie z udziałem zakładów opieki zdrowotnej, których pracownicy dysponują kwalifikacjami i doświadczeniem w szczepieniu dzieci. Wybór realizatora programu zostanie dokonany w trybie art. 48 Ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j. Dz.U. z 2015r. poz. 581 z późn zm.). Kryterium wyboru oferty będzie aspekt finansowy oraz ocena złożonej oferty pod względem merytorycznym w tym spełnienie niezbędnych wymagań do realizacji programu.



Szczepienia dzieci prowadzone będą pod nadzorem lekarzy pediatrów i z udziałem rodziców, którzy wyrażą chęć zaszczepienia swojego dziecka objętego programem.

Gmina Pilchowice sfinansuje 100% kosztów zakupu szczepionek przeciw meningokokom dla dzieci objętych niniejszym programem, realizacja szczepień (w tym kwalifikacyjne badania lekarskie, podanie szczepionki, utylizacja zużytego sprzętu medycznego i materiałów) oraz inne koszty realizacji zamówienia (np. działania promocyjno-edukacyjne, administracja biurowa, itp.), przewiduje się wydatkować z budżetu gminy w poszczególnych latach:

- w roku 2016 - kwotę 20 300,00 zł. - ( 145 dzieci x 140 zł )
- W roku 2017 – kwotę 19 460,00 zł - ( 139 dzieci x 140 zł )
- W roku 2018 – kwotę 18 620,00 zł - ( 133 dzieci x 140 zł )

PRZEWODNICZĄCA  
RADY GMINY PILCHOWICE  
  
Agata Mosiądz - Kramerz



**PROGRAM**  
**PROFILAKTYCZNY SZCZEPIEŃ DZIECI NOWONARODZONYCH PRZECIWKO**  
**ZAKAŻENIOM PNEUMOKOKOWYM ZAMIESZKAŁYCH**  
**NA TERENIE GMINIE PILCHOWICE**  
**na lata 2016-2018**

**Pilchowice, 2015r.**

## Spis treści

1.	Opis problem zdrowotny – zakażenia pneumokokowe u dzieci do lat 5 .....	4
a)	Problem zdrowotny - <i>Streptococcus pneumoniae</i> – zjadliwość i rozpowszechnienie.....	4
b)	Epidemiologia zakażeń pneumokokowych na świecie i w Polsce .....	5
c)	Populacja podlegająca jednostce samorządu terytorialnego i populacja kwalifikująca się do włączenia do programu .....	8
d)	Obecne postępowanie w omawianym problemie zdrowotnym ze szczególnym uwzględnieniem gwarantowanych świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych .....	8
e)	Uzasadnienie potrzeby wdrożenia programu.....	8
2.	Cele programu .....	9
a)	Cel główny .....	9
b)	Cele szczegółowe: operacyjne i zdrowotne programu.....	9
c)	Oczekiwane efekty.....	10
d)	Mierniki efektywności odpowiadające celom programu .....	10
3.	Adresaci programu .....	10
a)	Oszacowanie populacji, której włączenie do programu jest możliwe.....	10
b)	Tryb zapraszania do programu .....	11
4.	Organizacja programu .....	11
a)	Części składowe programu, etapy i działania organizacyjne .....	11
b)	Planowane interwencje .....	11
c)	Kryteria i sposób kwalifikacji uczestników .....	11
d)	Zasady udzielania świadczeń w ramach programu .....	12
e)	Sposób powiązania działań programu ze świadczeniami zdrowotnymi finansowanymi ze środków publicznych .....	12
f)	Sposób zakończenia udziału w programie i możliwości kontynuacji otrzymywania świadczeń zdrowotnych, jeżeli istnieją wskazania.....	12
g)	Bezpieczeństwo planowanych interwencji.....	13
h)	Kompetencje/warunki niezbędne do realizacji programu .....	13
i)	Dowody skuteczności planowanych działań.....	13
1.	Opinie ekspertów klinicznych – jak w publikacjach naukowych (m.in. Patrzalek, Albrecht, & Sobczynski, 2010) <sup>19</sup> .....	13
2.	Zalecenia, wytyczne, standardy .....	13
3.	Dowody skuteczności (efektywności klinicznej) oraz efektywności kosztowej: .....	13
4.	Informacje nt. podobnych programów zdrowotnych wykonywanych w gminie zgłaszającej program lub w innych jednostkach samorządu terytorialnego.....	15
5.	Koszt realizacji .....	15

a) Koszty jednostkowe .....	15
Planowane koszty całkowite .....	15
b) Argumenty przemawiające za tym, że wykorzystanie dostępnych zasobów jest optymalne .....	16
6. Monitorowanie i ewaluacja .....	16
a) Ocena zgłaszalności do programu .....	16
b) Ocena jakości świadczeń w programie .....	17
Ocena efektywności programu .....	17
7. Okres realizacji programu .....	17
Cytowane prace .....	17

## Spis tabel

Tabela 1. Planowany kosztorys programu .....	16
--	----



## 1. Opis problem zdrowotny – zakażenia pneumokokowe u dzieci do lat 5

### a) Problem zdrowotny - *Streptococcus pneumoniae* – zjadliwość i rozpowszechnienie

*Streptococcus pneumoniae*, czyli pneumokok jest bakterią o wysokiej zjadliwości, która w ostatnim czasie zwiększa oporność na różne grupy antybiotyków (Bernatowska, 2010)<sup>1</sup>. *Streptococcus pneumoniae* jest jedną z głównych przyczyn umieralności przede wszystkim u dzieci najmłodszych. Dzieci te, ze względu na niedojrzały układ immunologiczny, są szczególnie narażone na zachorowanie wywołane *Streptococcus pneumoniae*, a uczęszczanie do żłobka lub przedszkola potęguje to zagrożenie (Bernatowska, 2010)<sup>1</sup>.

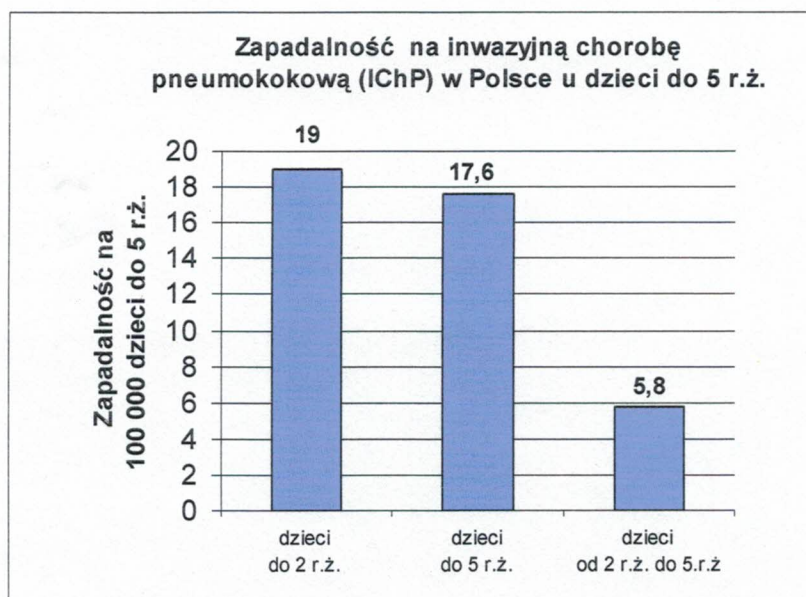
W Polsce, nosicielstwo *Streptococcus pneumoniae* u dzieci w wieku 6 m.ż. - 5 r.ż. występuje u 80-98% dzieci (Bernatowska et al., 2009 ; <http://www.nowamedycyna.pl/snm.php?ktory=161>)<sup>2</sup>.

Zakażenia pneumokokami wywołują inwazyjną chorobę pneumokokową (IChP), która może mieć szczególnie ciężki przebieg u dzieci poniżej 5 r.ż. (Bernatowska, 2010)<sup>1</sup>.

Inwazyjna choroba pneumokokowa (IChP) ma charakter uogólniony, będący najczęściej następstwem rozsiewu krwiopochodnego, stanowi zagrożenie życia i może mieć trudne do leczenia postacie posocznicy, zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych, inwazyjnego zapalenia płuc z bakteriami, stawów, kości, wsierdzia lub otrzewnej (Albrecht et al., 2009)<sup>3</sup>.

Pneumokokowe zakażenia inwazyjne charakteryzują się występowaniem poważnych powikłań i wysoką śmiertelnością. Według danych Światowej Organizacji Zdrowia około 14,5 mln dzieci poniżej 5 r.ż. choruje rocznie na świecie na inwazyjne choroby pneumokokowe (IChP), a blisko 1 mln dzieci w wieku od 1 do 59 m.ż. rocznie umiera z ich powodu (O'Brien, Wolfson, Watt, et al., 2009)<sup>4</sup>.

Największa zapadalność na inwazyjną chorobę pneumokokową (IChP) u dzieci występuje w wieku 0-2 r.ż. i w Polsce wynosi ona 19/100 tys., a w przedziale wiekowym od 0 do 5 r.ż. wynosi 17,6 /100 tys. (Grzesiowski, Skoczynska, Albrecht, et al., 2008)<sup>5</sup>.



Ryc. 1 . Zapadalność na IChP w Polsce.

Zakażenia wywołane przez *Streptococcus pneumoniae* są także wiodącą przyczyną zgonów u dzieci poniżej 5 r.ż. wśród infekcji, którym można zapobiegać przez szczepienia (Hryniewicz, 2010)<sup>6</sup>.

Wśród szczepionek dostępne są :

- PHiD-CV-10, 10 walentna, skoniugowana, adsorbowana szczepionka- zawierająca serotypy: 1, 4, 5, 6B, 7F, 9V, 14, 18C, 19F i 23F (Albrecht et al., 2009)<sup>3</sup>.
- PCV13 -skoniugowana, 13walentna, adsorbowana, zawierająca antygeny wszystkich wymienionych wyżej serotypów (1, 3, 4, 5, 6A, 6B, 7F, 9V, 14, 18C, 19A, 19F i 23 F) (Albrecht et al., 2009)<sup>3</sup>. Szacuje się, że PCV13 zabezpieczać będzie, w większości regionów świata, przed ponad 80 % inwazyjnych serotypów pneumokoka (Albrecht et al., 2009)<sup>3</sup>.
- PCV13 zawiera siedem serotypów *Streptococcus pneumoniae* obecnych w szczepionce PCV7 i 6 dodatkowych serotypów 1, 3, 5, 6A, 7F oraz 19A, który jest przyczyną zwiększających się zachorowań na inwazyjne choroby pneumokokowe (Dinleici & Abidin, 2009)<sup>7</sup>.

Serotyp 19A bardzo często wywołuje ciężką inwazyjną chorobę pneumokokową (IChP), jest także odpowiedzialny za ostre zapalenie ucha środkowego (OZUŚ) i nosicielstwo (Dinleici & Abidin, 2009)<sup>7</sup>.

Pokrycie szczepionkowe u dzieci <5r.\_. (n=5211), Polska 2014 (KOROUN Warszawa 24-07-2015)

- PCV10 52,8%
- PCV13 76,4%

## b) Epidemiologia zakażeń pneumokokowych na świecie i w Polsce

W Stanach Zjednoczonych, jeszcze przed wprowadzeniem w 2000 r. obowiązkowych szczepień ochronnych przeciwko pneumokokom zapadalność na inwazyjne choroby pneumokokowe (IChP) w 1998 r. wynosiła dla dzieci poniżej 12 m.ż. – 165,3/100 tys. i dla dzieci od 12 do 23 m.ż. - 202,5/100 tys. (Centers for Disease Control and Prevention (CDC), 1998)<sup>8</sup>.

Dla porównania te same współczynniki dla wszystkich grup wiekowych i osób powyżej 65 r.ż. wynosiły odpowiednio 24,1 i 60,5/100 tys. (Centers for Disease Control and Prevention (CDC), 1998)<sup>8</sup>.

W kolejnych latach 1999-2000 zapadalność na IChP wynosiła dla dzieci między 0 a 5 m.ż.-73,4/100 tys., między 6 a 11 m.ż.-227,8/100 tys., oraz między 12 a 23 m.ż. - 184,2/100 tys. (Overturf, 2000)<sup>9</sup>.

Najnowsze dane z 2007 roku (w kilka lat po wprowadzeniu szczepień przeciwko pneumokokom) prezentują już zdecydowanie niższą zapadalność na IChP tj. 40,5/100 tys. (w tym 27,2/100 tys., wywołanych serotypem występującym w szczepionce PCV13) dla dzieci <12. m.ż. oraz 31,2/100 tys. (w tym 18,4/100 tys. wywołanych serotypem występującym w szczepionce PCV13) dla dzieci między 12 a 23 m.ż. (Centers for Disease Control and Prevention (CDC), 2010)<sup>10</sup>.

Śmiertelność z powodu IChP wynosi w USA 1,4% w wieku poniżej 2 r.ż. i 20,6% w wieku powyżej 80 r.ż. (Robinson, Baughman, et al., 2001)<sup>11</sup>.

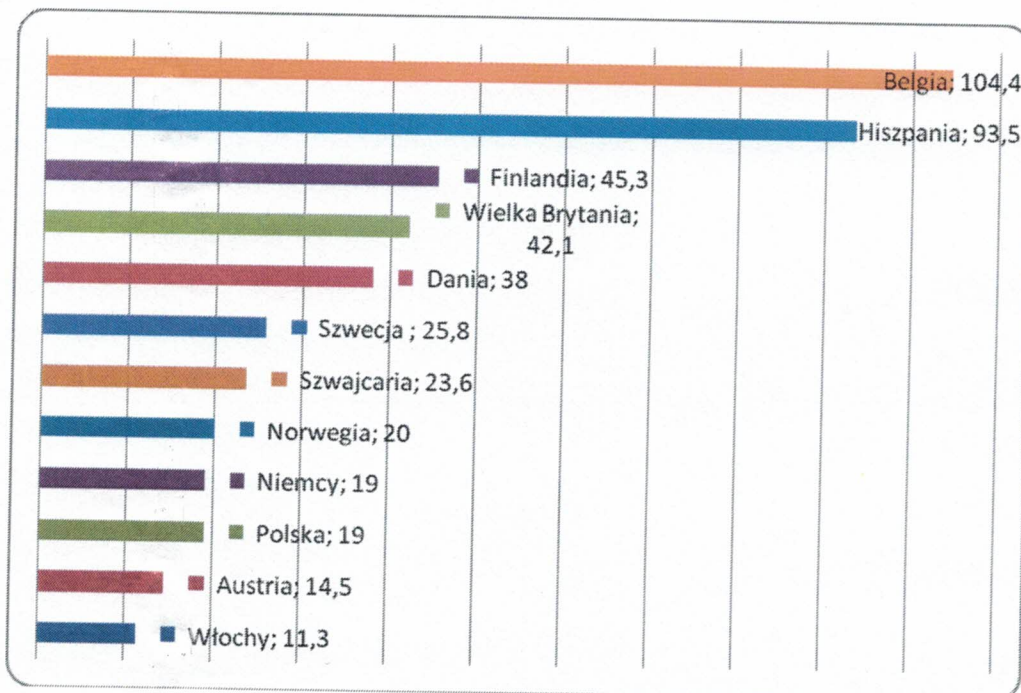
Według danych WHO zapadalność na choroby pneumokokowe wśród dzieci poniżej 5 r.ż. zróżnicowana jest pod względem kraju i regionu świata i występuje na poziomie od 188 do 6387/100 tys. (O'Brien, Wolfson, Watt, & al, 2009)<sup>4</sup>.



Najwyższa zapadalność występuje w krajach Afryki (średnio– 3627/100 tys.), a najniższa w Europie (średnio 504/100 tys.)(O'Brien, Wolfson, Watt, et al., 2009)<sup>4</sup>.

Umieralność z powodu chorób pneumokokowych wynosi średnio 133/100 tys., przy czym najwyższa jest w Afryce (399/100 tys.), a najniższa w Europie (29/100 tys.) (O'Brien, Wolfson, Watt, et al., 2009)<sup>4</sup>.

Na rycinie nr 1. zaprezentowana została zapadalność na IChP wśród dzieci od 0 do 23 m.ż. w wybranych krajach europejskich przed wprowadzeniem masowych szczepień. Najwyższą zapadalność w Europie odnotowano w Belgii (104,4/100 tys./rok), co prawdopodobnie związane było z aktywnym sposobem poszukiwania i rejestrowania zachorowań na IChP, zbliżonym do amerykańskiego (McIntosh, Fritzell, & Fletcher, 2007)<sup>12</sup>.



Ryc. 2. Zapadalność wśród dzieci od 0 do 23 m.ż. (na 100 tysięcy) na IChP w krajach Europejskich w okresie 1990-2003 r.

W Polsce ogólna częstość występowania inwazyjnej choroby pneumokokowej (IChP) u dzieci wyniosła (Grzesiowski, Skoczynska, Albrecht, & al, 2008)<sup>5</sup>:

- w wieku 0-59 m.ż. - 17,6/100 tys./rok
- w wieku 0-23 m.ż. - 19/100 tys./rok
- w wieku 24 a 59 m.ż. 5,8/100 tys./rok

Średnia częstość pneumokokowych zapaleń opon mózgowo-rdzeniowych w tym czasie wyniosła 3,8/100 tys./rok u dzieci do 59 m.ż., w tym 4,1/100 tys./rok u dzieci w wieku 0-23 m.ż. oraz 1,2/100 tys./rok u dzieci w wieku 24-59 m.ż. (Grzesiowski, Skoczynska, Albrecht, & al, 2008)<sup>5</sup>.

Dane te zbliżone są do danych europejskich i są znacznie niższe od amerykańskich prawdopodobnie z powodu częstszego pobierania posiewów krwi przy wysokiej gorączce w USA niż w Europie (Albrecht, Patrzalek, Kotowska, & Radzikowski, 2009)<sup>3</sup>.



Dane WHO są jednak alarmujące, wg najnowszych szacunkowych danych (2010), rocznie w Polsce zapada na inwazyjną chorobę pneumokokową 25 razy więcej dzieci w porównaniu z danymi z badania przeprowadzonego w latach 2001-2004, tj. od 11666 do 14565 dzieci, z których od 28 do 71 umiera(Bernatowska, 2010)<sup>1</sup>.

Jedną z przyczyn tak dużych różnic pomiędzy danymi statystycznymi, a szacunkowymi może być fakt, że w Polsce nie pobierano materiału do badań bakteriologicznych(Bernatowska, 2010)<sup>1</sup>.

### **c) Populacja podlegająca jednostce samorządu terytorialnego i populacja kwalifikująca się do włączenia do programu**

Grupa docelowa:

Wszystkie dzieci nowonarodzone zameldowane w gminie Pilchowice w schemacie 2+1 (dwie dawki w pierwszym roku życia, druga w drugim r.z.), nie uodpornione wcześniej p/pneumokokom.

Szczepienie przeciwko pneumokokom powinno rozpoczynać się w pierwszym kwartale życia, aby już w drugim półroczu życia uzyskać ochronne miana przeciwciał. Odwlekanie szczepienia (najczęściej ze względów finansowych) do momentu, gdy można podać, np. jedną dawkę (>2 r.ż.) jest postępowaniem niewłaściwym, gdyż największa zachorowalność na IChP występuje właśnie w pierwszych dwóch latach życia (Albrecht, Bernatowska, & Dobrzańska, 2007)<sup>13</sup>.

### **d) Obecne postępowanie w omawianym problemie zdrowotnym ze szczególnym uwzględnieniem gwarantowanych świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych**

W Polsce od marca 2006 r. szczepienia przeciwko pneumokokom wpisane są do Programu Szczepień Ochronnych (PSO), jako zalecane dla wszystkich dzieci poniżej 2 r.ż. oraz dzieci w grupie 2 do 5 r.ż. z grupowskiego ryzyka, w tym dzieci chodzące do żłobka lub przedszkola (Inspektorat Sanitarny, 2006)<sup>14</sup>.

Od października 2008r. szczepionka przeciwko pneumokokom znajduje się w obowiązkowym Programie Szczepień Ochronnych dla dzieci do 5 r.ż., o podwyższonym ryzyku zachorowania na inwazyjną chorobę pneumokokową (IChP) (Rozporządzenie Ministra Zdrowia, 2008)<sup>15</sup>.

### **e) Uzasadnienie potrzeby wdrożenia programu**

1. Choroby pneumokokowej są jedną z głównych przyczyn groźnych zachorowań i zgonów wśród noworodków i dzieci młodszych (stanowisko WHO, 2007)<sup>16</sup>.
2. W Polsce brak jest masowych refundowanych szczepień przeciwko pneumokokom w powszechnym kalendarzu szczepień ochronnych.
3. Wprowadzenie ww. programu szczepień przeciwko pneumokokom zwiększy dostępność do skutecznej szczepionki i w ten sposób może przyczynić się do poprawy zdrowia lokalnej społeczności. Potencjalnie jak wykazały badania ww. program może przyczynić się do:
  - a. ponad 95% redukcji zapadalności na IChP u dzieci do 2 r.ż. (Albrecht, Patrzalek, Kotowska, & Radzikowski, 2009)<sup>3</sup>
  - b. 65% redukcji hospitalizacji z powodu zapalenia płuc u dzieci do 1r.ż. (Patrzalek, Albrecht, & Sobczynski, 2010)<sup>17</sup>
  - c. ponad 40% zmniejszenia częstości występowania zapaleń płuc leczonych ambulatoryjnie (Albrecht, Patrzalek, Kotowska, & Radzikowski, 2009)<sup>3</sup>, (Patrzalek, Albrecht, & Sobczynski, 2010)<sup>19</sup>
  - d. ponad 40% redukcji liczby wizyt ambulatoryjnych i kursów antybiotykowych z powodu OZUŚ (ostre zapalenie ucha środkowego) u dzieci do 2r.ż. (Albrecht, Patrzalek, Kotowska, & Radzikowski, 2009)<sup>3</sup>
  - e. redukcji zachorowalności na IChP wśród młodszego i starszego rodzeństwa (Bernatowska, 2010)<sup>1</sup>



4. Szczepienia ochronne przeciwko pneumokokom, ze względu na swoją skuteczność (szczegółowy opis efektywności programu, w tym wyniki programu przeprowadzonego w Polsce w Kielcach znajduje się w rozdziale 4) zostały już włączone do narodowego programu szczepień dla dzieci nowonarodzonych w ponad 45 krajach (Patrzalek, Albrecht, & Sobczynski, 2010)<sup>19</sup>.
5. Podobnie WHO zaleca wprowadzenie skoniugowanej szczepionki przeciwko pneumokokom do narodowych programów szczepień ochronnych, jako działanie priorytetowe we wszystkich krajach (World Health Organization, 2007)<sup>18</sup> i PCV7/PCV13 włączono do narodowych programów szczepień ochronnych w ponad 45 państwach (Patrzalek, Albrecht, & Sobczynski, 2010)<sup>19</sup>.
6. Amerykański Komitet ds. Chorób Zakaźnych wydał rekomendację, w której zaleca stosowanie szczepionki PCV13 wszystkim dzieciom w wieku od 2 do 59 m.ż. oraz dzieciom w wieku do 71 m.ż. z grupy podwyższonego ryzyka zachorowania na choroby pneumokokowe (Committee on Infectious Diseases, 2010)<sup>18</sup>.
7. W Polsce dnia 12 sierpnia 2009 roku Minister Zdrowia wydał rozporządzenie, w którym określił aktualne priorytety zdrowotne. Należą do nich między innymi:
  - zwiększenie skuteczności zapobiegania chorobom zakaźnym i zakażeniom, w szczególności poprzez szczepienia ochronne
  - poprawa jakości i skuteczności opieki zdrowotnej nad matką, noworodkiem i dzieckiem do 3 r.ż. (Rozporządzenie Ministra Zdrowia, 2009)<sup>19</sup>
8. Narodowy Program Zdrowia na lata 2007-2015 opublikowany przez Ministerstwo Zdrowia z dnia 15 maja 2007 r. określa w Celu strategicznym nr 7 priorytet w zakresie zapobiegania chorobom zakaźnym i zakażeniom, polegający na zmniejszeniu zapadalności na choroby zakaźne, którym można zapobiegać przez szczepienia<sup>20</sup>

**W Polsce Pediatryczny Zespół Ekspertów ds. Programu Szczepień Ochronnych** rekomenduje jak najpilniejsze wprowadzenie powszechnych szczepień przeciwko pneumokokom dla wszystkich dzieci do 2 r.ż. (Dobrzańska, Bernatowska, & Grzesiowski, 2010)<sup>21</sup>. Wprowadzanie ww. programu szczepień przeciwko pneumokokom zwiększy dostępność do skutecznej szczepionki i w ten sposób może przyczynić się do poprawy zdrowia lokalnej społeczności wyrażonej w spadku zapadalności na choroby pneumokokowe, liczby hospitalizacji i wizyt ambulatoryjnych oraz liczby stosowanych kuracji antybiotykowych.

## 2. Cele programu

### a) Cel główny

Zapobieganie inwazyjnej chorobie pneumokokowej oraz poprawa stanu zdrowia dzieci poprzez przeprowadzenie skutecznych szczepień przeciwko zakażeniom pneumokokom w gminie Pilchowiec.

### b) Cele szczegółowe: operacyjne i zdrowotne programu

1. Objęcie programem możliwie wysokiej liczby dzieci.
2. Uzyskanie możliwie najwyższej frekwencji.
3. Przygotowanie raportu programu wg przygotowanego schematu.



4. Zmniejszenie zapadalności i umieralności na inwazyjne choroby pneumokokowe wśród dzieci.
5. Zmniejszenie zapadalności na nieinwazyjne choroby pneumokokowe wśród dzieci.
6. Zmniejszenie chorobowości populacji ogólnej dzięki podniesieniu odporności populacyjnej.
7. Zmniejszenie ilości kursów antybiotykowych.

### **c) Oczekiwane efekty**

Według literatury polskiej i światowej program szczepień przeciwko pneumokokom może przyczynić się do:

1. Ponad 95% spadek częstości występowania IChP u dzieci szczepionych (Albrecht, Patrzalek, Kotowska, & Radzikowski, 2009)<sup>3</sup>.
2. 65 % redukcji hospitalizacji spowodowanych potwierdzonym radiologicznie zapaleniem płuc u dzieci w wieku 0-1 r.ż. i 23 % u dzieci w wieku 2-4 r.ż. (Patrzalek, Albrecht, & Sobczynski, 2010)<sup>19</sup>.
3. Ponad 40% redukcji częstości wizyt ambulatoryjnych oraz zalecanych antybiotykoterapii spowodowanych ostrym zapaleniem ucha środkowego (OZUŚ), (Albrecht, Patrzalek, Kotowska, & Radzikowski, 2009)<sup>3</sup>.

W związku z postępowaniem według wytycznych i udowodnionych w badaniach efektywności procedurach podawania szczepionki w planowanym programie profilaktycznym oczekuje się podobnych efektów szczepień ochronnych.

### **d) Mierniki efektywności odpowiadające celom programu**

1. Liczba dzieci uczestniczących w programie.
2. Odsetek dzieci uczestniczących w programie.
3. Liczba dzieci zaszczepionych w programie.
4. Raporty opracowane przez realizatorów programu wg przygotowanego schematu
5. Współczynników zapadalności i umieralności na inwazyjne choroby pneumokokowe.
6. Współczynników zapadalności na nieinwazyjne choroby pneumokokowe.

## **3. Adresaci programu**

### **a) Oszacowanie populacji, której włączenie do programu jest możliwe**

Do programu zostaną zaproszone wszystkie dzieci nowonarodzone zameldowane w gminie Pilchowice. Nie uodpornione wcześniej szczepionką przeciw zakażeniom pneumokokowym.

## Tryb zapraszania do programu

Celem jest zapewnienie wysokiej frekwencji (80-99%) w programie, której podstawą jest dobry dostęp do pełnej informacji o jego realizacji, uzyskiwanej wieloma kanałami.

I etap – edukacja poprzez działania promocyjno- informacyjne:

1. Plakaty w jednostkach NZOZ, tablicach ogłoszeniowych, ogłoszenia parafialne.
2. Informacja o programie na stronie internetowej samorządu.
3. Darmowa infolinia, na temat gdzie i kiedy można dziecko zaszczepić.

II etap - rekrutacja uczestników programu:

1. Listy imienne do rodziców dziecka zapraszające na darmowe szczepienie przeciwko pneumokokom, podpisane przez wójta gminy.
2. Potwierdzanie telefoniczne zaproszenia do udziału w programie.

## 4. Organizacja programu

### a) Części składowe programu, etapy i działania organizacyjne

1. Opracowanie programu.
2. Wybór jednostek realizujących program (konkurs lub wszystkie jednostki).
3. Realizacja programu:
  - a) Dotarcie z informacją o programie do rodziców dzieci, spełniających kryteria włączenia (działania edukacyjne )
  - b) Rekrutacja dzieci do programu.
  - c) Realizacja programu:
    - a. Badanie dzieci.
    - b. Szczepienia wg przyjętego schematu, zgodnego ze wskazaniami producenta szczepionki

### b) Planowane interwencje

W ramach programu dzieci spełniające kryteria włączenia będą szczepione p/pneumokokom. szczepionką skoniugowaną:

- PCV13(wiek: 6 tydzień-5 r.ż.) / zawiera 13 serotypów bakterii *Streptococcus pneumoniae* (szczepionka o najszerszym pokryciu epidemiologicznym przeciwko zakażeniom pneumokokowym w Polsce- dane KOROUN)

### c) Kryteria i sposób kwalifikacji uczestników

Należy wziąć pod uwagę, że w przypadku dobrej organizacji, uwzględnienia w promocji lokalnych autorytetów medycznych i jednostek zdrowia, frekwencja może być jeszcze wyższa. Doświadczenia



naukowców z Kielc, gdzie od 2006 r. uchwałą Rady Miejskiej szczepionką PCV7 a następnie PCV13 szczepione są wszystkie noworodki pokazują, że program szczepień przeciwko pneumokokom może osiągnąć nawet 95% frekwencję (Patrzalek, Albrecht, & Sobczynski, 2010)<sup>19</sup>.

#### **d) Zasady udzielania świadczeń w ramach programu**

Świadczenie w postaci wykonania szczepienia przeciwko pneumokokom otrzyma każde dziecko, które zostanie zakwalifikowane do programu.

#### **e) Sposób powiązania działań programu ze świadczeniami zdrowotnymi finansowanymi ze środków publicznych**

Szczepienia przeciwko pneumokokom finansowane ze środków publicznych Ministerstwa Zdrowia dostępne są tylko dla dzieci do 5 r.ż., o podwyższonym ryzyku zachorowania na inwazyjną chorobę pneumokokową tj.:

**a) dzieci od 2 miesiąca życia do ukończenia 5 roku życia:**

- po urazie lub z wadą ośrodkowego układu nerwowego, przebiegającymi z wyciekami płynu mózgowo-rdzeniowego,
- zakażone HIV,
- po przeszczepieniu szpiku, przed przeszczepieniem lub po przeszczepieniu narządów wewnętrznych lub przed wszczepieniem lub po wszczepieniu implantu ślimakowego,

**b) dzieci od 2 miesiąca życia do ukończenia 5 roku życia chorujące na:**

- przewlekłe choroby serca,
- schorzenia immunologiczno-hematologiczne, w tym małopłytkowość idiopatyczną, ostrą białaczkę, chłoniaki, sferocytozę wrodzoną,
- asplenię wrodzoną, dysfunkcję śledziony, po splenektomii lub po leczeniu immunosupresyjnym,
- przewlekłą niewydolność nerek i nawracający zespół nerczycowy,
- pierwotne zaburzenia odporności,
- choroby metaboliczne, w tym cukrzycę,
- przewlekłe choroby płuc, w tym astmę,

**c) dzieci od 2 miesiąca życia do ukończenia 12 miesiąca życia**

urodzone przed ukończeniem 37 tygodnia ciąży lub urodzone z masą urodzenia poniżej 2500 g

Szczepienia dzieci niespełniających ww. kryteriów nie są finansowane ze środków Ministerstwa Zdrowia.

Proponowany program obejmie dzieci od 6 tyg.ż. do 2 r.ż., które nie należą do grupy ryzyka zachorowania na IChP.

#### **f) Sposób zakończenia udziału w programie i możliwości kontynuacji otrzymywania świadczeń zdrowotnych, jeżeli istnieją wskazania**

Pełne uczestnictwo w programie polega na zrealizowaniu schematu szczepień szczepionką przeciwko pneumokokom ( w przyjętym schemacie szczepień dla szczepień 2+1)

Zakończenie udziału w programie jest możliwe na każdym etapie programu na życzenie rodziców dziecka.

## **g) Bezpieczeństwo planowanych interwencji**

Program szczepień będzie realizowany przez jednostkę medyczną, które zostaną wybrane do realizacji programu. Szczepienie dzieci będzie przeprowadzone z zachowaniem wszelkich warunków, określonych dla prawidłowego szczepienia.

W programie będą użyte szczepionki przeciwko pneumokokom, zarejestrowane i dopuszczone do obrotu w Polsce, wybrane na podstawie opinii lekarza specjalisty ( konsultanta w zakresie szczepień ).

Profil bezpieczeństwa szczepionek będzie podany na podstawie charakterystyki produktu dostarczonej przez lekarza specjalistę ( konsultanta w zakresie szczepień ).

## **h) Kompetencje/warunki niezbędne do realizacji programu**

Szczepienia będą realizowane w placówce ZOZ Pilchowice, spełniającej warunki wykonywania szczepień ochronnych, w tym:

- Szczepienia będą przeprowadzone przez wyspecjalizowane pielęgniarki pod nadzorem lekarskim.
- Punkt szczepień.
- Lodówka do przechowywania szczepionek.

## **i) Dowody skuteczności planowanych działań**

### **1. Opinie ekspertów klinicznych – jak w publikacjach naukowych (m.in. Patrzalek, Albrecht, & Sobczynski, 2010)<sup>19</sup>**

### **2. Zalecenia, wytyczne, standardy**

Stosowanie szczepień ochronnych zalecają instytucje polskie i międzynarodowe, m.in.:

- A. Wytyczne Pediatrycznego Zespołu Ekspertów ds. Programu Szczepień Ochronnych<sup>22</sup>.
- B. W Polsce od marca 2006 r. szczepienia przeciwko pneumokokom wpisane są do Programu Szczepień Ochronnych (PSO), jako zalecane dla wszystkich dzieci w przedziale wiekowym od 2 m.ż. do 2 r.ż. oraz dzieci w przedziale wiekowym od 2 r.ż. do 5 r.ż. w grupach wysokiego ryzyka, np. żłobki, przedszkola i choroby przewlekłe, w tym zaburzenia odporności (Inspektorat Sanitarny, 2006)<sup>16</sup>.
- C. Rekomendacje Polskiej Grupy Roboczej ds. Inwazyjnej Choroby Pneumokokowej (IChP)<sup>13</sup>.
- D. Wytyczne Światowej Organizacji Zdrowia<sup>18</sup>.
- E. Advisory Committee on Immunization Practices PCV13<sup>23</sup>.

### **3. Dowody skuteczności (efektywności klinicznej) oraz efektywności kosztowej:**

1. Wytyczne Polskiego Pediatrycznego Zespołu Ekspertów ds. Programu Szczepień Ochronnych potwierdzają skuteczność szczepień przeciwko pneumokokom<sup>27</sup>.
2. Skuteczność szczepień przeciwko pneumokokom została potwierdzona w wielu pracach naukowych:
  - A. Od 89% do 98,8% redukcja zapadalności na inwazyjną chorobę pneumokokową dzieci w wieku od 0 do 5 r.ż. (Pavia, Bianco, Nobile, & al, 2009)<sup>24</sup>, (Centers for



- Disease Control and Prevention (CDC), 2008)<sup>25</sup>, (Whithey, Pilishvili, & Farley, 2006)<sup>26</sup>, (Black, Shinefield, & Baxter, 2004)<sup>27</sup>.
- B. Od 65% do 84% redukcja zapaleń płuc o etiologii pneumokokowej u dzieci w wieku od 0 do 2 r.ż. (Grijalva, Nuorti, & Arbogast, 2007)<sup>28</sup>, (Black, Shinefield, & Baxter, 2004)<sup>32</sup>.
  - C. 65% redukcja hospitalizacji z powodu zapalenia płuc u dzieci do 1 r.ż. (dane z Kielc) (Patrzalek, M., Albrecht, P., & Sobczynski, M. (2010)<sup>19</sup>.
  - D. Od 41,1% do 85% redukcja liczby leczonych ambulatoryjnie dzieci poniżej 2 r.ż. z powodu zapalenia płuc (Zhou, Kyaw, Shefer, & al., 2007)<sup>29</sup>, (Grijalva, Poehling, Nuorti, & al., 2006)<sup>30</sup>.
  - E. Od 55% do 64,7% redukcja ostrych zapaleń ucha środkowego (OZUŚ) u dzieci poniżej 2 r.ż. (Pavia, Bianco, Nobile, & al., 2009)<sup>29</sup>, (Eskola, Kilpi, Palmy, & al., 2001)<sup>31</sup>.
  - F. Ponad 40% redukcja liczby wizyt ambulatoryjnych związanych z OZUŚ (Ostre Zapalenie Ucha Środkowego) i kursów antybiotykowych z powodu OZUŚ u dzieci poniżej 2 r.ż. (Zhou, Szefer, Kong, et al., 2008)<sup>32</sup>, (Grijalva, Poehling, Nuorti, & al., 2006)<sup>35</sup>.
  - G. Redukcja zapadalności na IChP wśród młodszego i starszego rodzeństwa (Bernatowska, 2010)<sup>1</sup>.
  - H. 31% redukcja zapadalności na IChP u osób powyżej 65 r.ż., 20% w grupie osób w wieku 40-64 lat oraz 41% w grupie osób w wieku 20-39 r.ż. (Centers for Disease Control and Prevention (CDC), 2008)<sup>30</sup>.
  - I. 45% redukcja kosztów związanych z diagnostyką i leczeniem zapalenia płuc oraz 32 % redukcja kosztów leczenia ostrego stanu zapalnego ucha środkowego (Zhou, Kyaw, Shefer, & al., 2007)<sup>34</sup>, (Zhou, Szefer, Kong, & al., 2008)<sup>37</sup>.

### 3. Skuteczność szczepień przeciwko pneumokokom – doświadczenia polskie.

W Kielcach od 2006 r. uchwałą Rady Miejskiej szczepionką PCV7 szczepione są wszystkie noworodki w stałym schemacie 2+1 (1 dawka w 3-4 m.ż., 2 w 5-6 m.ż. i 3 w 12-13 m.ż.) wg modelu szczepień zalecanego w Polsce przez Pediatryczny Zespół Ekspertów ds. Programu Szczepień Ochronnych<sup>27</sup>.

We wstępnych analizach uzyskano 65% redukcję hospitalizacji spowodowanych potwierdzonym radiologicznie zapaleniem płuc u dzieci w wieku 0-1 r.ż. i 23% u dzieci w wieku 2-4 r.ż.

Program jest kontynuowany, co pozwoli na dalszą obserwację i gromadzenie danych oraz pełniejszą analizę w okresie następnych kilku lat (Patrzalek, Albrecht, & Sobczynski, 2010)<sup>19</sup>.

### 4. Podsumowanie oceny działań i skuteczności szczepień przeciwko pneumokokom podaje prof. Ewa Bernatowska w publikacji Szczepienia Ochronne, 2010<sup>1</sup>:

- Masowe szczepienia szczepionką przeciwko pneumokokom zapoczątkowane w USA w 2000 r. wykazały wśród zaszczepionych dzieci olbrzymi spadek - 98% grupa wiekowa 0 do 2 r.ż. zachorowań na zakażenia wywołane przez serotypy zawarte w szczepionce, a także wyraźny spadek nosicielstwa bakterii.
- Powszechne szczepienia niemowląt wytworzyły tzw. odporność zbiorowiskową; nastąpił spadek zachorowań na IChP wśród młodszego i starszego rodzeństwa, natomiast wśród rodziców i dziadków obserwowano spadek liczby zapaleń płuc.
- Powszechne szczepienia niemowląt szczepionką przeciwko pneumokokom pozwoliły również na zmniejszenie częstości występowania pneumokoków opornych na penicylinę na rzecz pneumokoków wrażliwych na antybiotyki.
- Szczepienia niemowląt szczepionką przeciwko pneumokokom wpływają na zmniejszenie transmisji szczepów, w tym szczepów opornych na osoby nieszczepione. Wiąże się z tym znamieny spadek zachorowań na zakażenia

pneumokokowe, w grupach przedwcześnie urodzonych i donoszonych nieszczepionych niemowląt, osób powyżej 60 r.ż. oraz zakażonych HIV.

W Polsce wprowadzenie szczepień przeciwko pneumokokom u wszystkich dzieci do 2 r.ż. w ramach szczepień obowiązkowych, refundowanych w Programie Szczepień Ochronnych (PSO) jest najpilniejszym priorytetem zmian, zgłoszonych przez Pediatryczny Zespół Ekspertów ds. Programu Szczepień Ochronnych w Polsce<sup>27</sup>.

#### 4. Informacje nt. podobnych programów zdrowotnych wykonywanych w gminie zgłaszającej program lub w innych jednostkach samorządu terytorialnego

W Kielcach od 2006 r. uchwałą Rady Miejskiej szczepionką PCV7/PCV13 szczepione są wszystkie noworodki w stałym schemacie 2+1 wg (1 dawka w 3-4 m.ż., 2 w 5-6 m.ż. i 3 w 12-13 m.ż.) modelu szczepień zalecanego w Polsce przez Pediatryczny Zespół Ekspertów ds. Programu Szczepień Ochronnych<sup>27</sup>. We wstępnych analizach uzyskano 65% redukcję hospitalizacji spowodowanych potwierdzonym radiologicznie zapaleniem płuc u dzieci w wieku 0-1 r.ż. i 23% u dzieci w wieku 2-4 r.ż. (Patrzalek, Albrecht, & Sobczynski, 2010)<sup>19</sup>.

Ponadto w Polsce szczepienia przeciwko pneumokokom są realizowane w ponad 50 programach lokalnych, m.in. w Częstochowie, Brzegu Dolnym, Płocku, Policach, Poznaniu, Kaliszu, Warszawie, Katowicach, Jeleniej Górze, Bogatyni, Krakowie, Bochni, Tarnowie, Lublinie, Puławach, Chełmie, Rejowcu, Dębicy, Kolbuszowej, Brzesku, Bogorii, Polanicy Zdrój, Grębolicach, Dobrym Mieście, Kwiliczu, Milanówku, Rudna, Pilchowicach, Wrocławiu, Opolu i innych.

## 5. Koszt realizacji

- A. Liczebności grupy wiekowej dzieci (liczba niezbędnych szczepień).
- B. Systemu rozpowszechniania informacji o prowadzonym programie (koszt reklamy w mediach, wysyłka listowna itp.).
- C. Druku materiałów informacyjnych (ankiety, ulotki, plakaty).

### a) Koszty jednostkowe

Koszty jednostkowe:

- Koszt szczepienia 1 dziecka ( koszt szczepionki + koszt podania szczepienia ) **260 zł. brutto**

### Planowane koszty całkowite

W tabeli 1. Wymieniono poszczególne elementy programu, niezbędne do oszacowania kosztu jednostkowego i całkowitego realizacji programu (100% uczestnictwa w programie)



**Tabela 1. Planowany kosztorys programu na 1 rok**

Lp.	Pozycja kosztorysu	Kosz jednostkowy	Ilość podań	Liczba dzieci	Koszt całkowity
1	<b>Koszt zakupu 1 szczepionki</b>	230	3x 230pln (690pln)	150dzieci x 690pln	103 500,00pln ( 690pln x 150dzieci)
2	<b>Koszty podania tzw. serwis</b>	30pln	3x 30pln (90pln)	150 dzieci x 90pln	13 500,00pln ( 90pln x 150dzieci)
3	<b>Kampania informacyjna</b>				1 000,00pln
<b>Całkowity koszt programu:</b>		<b>118 000pln</b>			

**Populacja 150 dzieci/ rok w schemacie 2+1 (3 dawki , 2 w pierwszym r.ż, 3 w drugim roku życia)**

- W pierwszym roku programu 2 dawki na każde dziecko

**Program planowany jest na 3 lata (2016- 2018) w związku z czym całkowite koszty należy średnio pomnożyć 3 x 118 000,00pln = 354 000,00 zł ( uzależnione od ostatecznej liczby urodzeń )**

Szczepienia przeciwko pneumokokom w wybranej grupie wiekowej w ramach programu sfinansowane zostaną z budżetu Gminy Pilchowice.

## **b) Argumenty przemawiające za tym, że wykorzystanie dostępnych zasobów jest optymalne**

1. Zakażenia wywołane przez *Streptococcus pneumoniae* mogą mieć szczególnie ciężki przebieg u dzieci poniżej 5 r. ż.(Bernatowska, 2010)<sup>1</sup>.
2. Udowodniono, że grupa wiekowa od 0 do 2 r.ż. jest najbardziej zagrożona zachorowaniem i zgonem z powodu zakażeń pneumokokowych(Bernatowska, 2010)<sup>1</sup>, (World Health Organization, 2007)<sup>18</sup>.
3. W oparciu o przytoczone liczne dowody naukowe można stwierdzić, że zgonom wywołanym przez bakterie *Streptococcus pneumoniae*(pneumokoki) można skutecznie zapobiegać poprzez szczepienia(Hryniewicz, 2010)<sup>6</sup>.
4. Jak wskazują liczne zalecenia dla tej grupy wiekowej dzieci zapobieganie zakażeniom pneumokokowym jest jednym z głównych priorytetów prowadzenia interwencji zdrowotnej(Bernatowska, 2010)<sup>1</sup>, (World Health Organization, 2007)<sup>18</sup>.

## **6. Monitorowanie i ewaluacja**

### **a) Ocena zgłaszalności do programu**

Zgłaszalność do programu zostanie oceniona na podstawie listy osób, które zakończyły cykl szczepień. Zgłaszalność do programów profilaktyki zdrowotnej związana jest ze specyfiką samego programu, najniższa jest w programach dotyczących dorosłej populacji tj. profilaktyka nowotworów piersi, szyjki macicy, czy jelita grubego i wynosi od 6% do 48%, a najwyższa w programach dotyczących zdrowia dzieci np. 96% frekwencja w programie szczepień przeciwko pneumokokom prowadzonym w Kielcach.

Podjęcie szerokich akcji informacyjnych oraz indywidualnych listownych i telefonicznych zaproszeń do uczestnictwa w programie może wpłynąć na podniesienie frekwencji do 90-100%, co by świadczyło o wysokiej efektywności programu.

Informacja o wysokości frekwencji będzie oszacowana w trakcie trwania programu (próba ponownienia zaproszeń w razie niskiej frekwencji) oraz po zakończeniu programu na podstawie list uczestnictwa.

## b) Ocena jakości świadczeń w programie

Organizator badania wyznaczy osobę odpowiedzialną za stały monitoring jakości świadczeń w programie. Ponadto każdy uczestnik programu będzie poinformowany o możliwości zgłaszania uwag pisemnych do organizatorów badania w zakresie jakości uzyskanych świadczeń.

### Ocena efektywności programu

#### WARIANT „frekwencja” - ocena uczestnictwa w programie i określony poziom frekwencji

Efektywność programu szczepień przeciw pneumokokowym zależy w dużej mierze od uczestnictwa w programie. Im wyższa frekwencja tym większe prawdopodobieństwo uzyskania efektu zbliżonego do opisywanego w cytowanej literaturze naukowej.

#### WARIANT „trendy” - analiza trendów rutynowych statystyk

Skuteczność programu zostanie oceniona na podstawie obserwacji trendów rutynowo zbieranych statystyk zapadalności na inwazyjne choroby pneumokokowe (statystyki PZH), natomiast zapadalność na nieinwazyjne choroby pneumokokowe nie jest rejestrowana, stąd trudność w ocenie spadku zachorowań na tą chorobę.

## 7.Okres realizacji programu

Program zostanie skierowany dla dzieci nowonarodzonych w schemacie 2+1:

- i. Model jednorazowego cyklu szczepień – wykonanie cyklu szczepień wszystkich dzieci zakwalifikowanych do programu (czas trwania około 1,5 roku do momentu zakończenia szczepień ostatnią dawką).
- ii. Model wielokrotnego cyklu szczepień:
  - a) w I etapie wykonanie cyklu szczepień wszystkich dzieci zakwalifikowanych do programu,
  - b) w II etapie doszczepianie kolejnych dzieci z grupy docelowej.

W zależności od wieku dzieci proponowanych jest kilka schematów czasowych szczepień zalecanych przez Pediatriczny Zespół Ekspertów ds. Programu Szczepień Ochronnych (Pediatriczny Zespół Ekspertów ds. Programu Szczepień Ochronnych, 2010)<sup>27</sup>.

### Cytowane prace

<sup>1</sup>Bernatowska, E., Szczepienia Ochronne. Warszawa; 2010

<sup>2</sup>Bernatowska, E., et al., Szczepionki swoiste w prewencji zakażeń dróg oddechowych, © Borgis - Nowa Medycyna 2/2009, s. 84-89; <http://www.nowamedycyna.pl/snm.php?ktory=161>

<sup>3</sup>Alprecht, P., Patrzalek, M., Kotowska, M., & Radzikowski, A., Kliniczne i praktyczne efekty szczepień koniugowaną szczepionką pneumokokową w zapobieganiu inwazyjnej chorobie pneumokokowej,



- 
- zapaleniom płuc i ucha środkowego u dzieci w świetle doświadczeń polskich i światowych. *Pediatrics Pol*, 84 (1), strony 3-12; 2009
- <sup>4</sup>O'Brien, K., Wolfson, L., Watt, J., et al., Burden of disease caused by *Streptococcus pneumoniae* in children younger than 5 years: global estimates. *Lancet* (374), strony 893-902;2009
- <sup>5</sup>Grzesiowski, P., Skoczynska, A., Albrecht, P., et al., Invasive pneumococcal disease in children up to 5 years of age in Poland. *Eur J Clin Microbiol Infect Dis* (27), strony 883-885; 2008
- <sup>6</sup>Hryniewicz, W., Epidemiologia zakażeń pnemokokowych w Polsce i na świecie, Nowa, 13 walentna skoniugowana szczepionka przeciw pneumokokom w świetle aktualnej wiedzy na temat zakażeń *Streptococcus pneumoniae*, Elsevier Urban&Partner, strony 4-5; 2010
- <sup>7</sup>Dinleici, E., & Abidin, Z., Current knowledge regarding the investigational 13-valent pneumococcal conjugate vaccine. *Expert Rev. Vaccines.*, 8 (8), strony 977-986;2009
- <sup>8</sup>Centers for Disease Control and Prevention (CDC), Active Bacterial Core Surveillance (ABCs) Report, Emerging Infections Program Network (EIP), *Streptococcus pneumoniae*, 1998. W *US Department of Health and Human Services, CDC*.Atlanta, GA.;1998
- <sup>9</sup>Overturf, G. A., Technical Report: Prevention of Pneumococcal Infections, Including the Use of Pneumococcal Conjugate and Polysaccharide Vaccines and Antibiotic Prophylaxis. *Pediatrics.* (106), strony 367-376;2000
- <sup>10</sup>Centers for Disease Control and Prevention (CDC), Invasive Pneumococcal Disease in Young Children Before Licensure of 13-Valent Pneumococcal Conjugate Vaccine-United States, 2007. *Morb Mortal Wkly Rep.*, 59 (9), strony 253-257;2010
- <sup>11</sup>Robinson, K., Baughman, W., et al., Active Bacterial Core Surveillance (ABCs)/Emerging Infections Program Network.: Epidemiology of invasive *Streptococcus pneumoniae* infections in the United States, 1995-1998: Opportunities for prevention in the conjugate vaccine era. *JAMA*, 285 (13), strony 1729-1735;2001
- <sup>12</sup>McIntosh, E., Fritzell, B., & Fletcher, M., Burden of pediatric invasive pneumococcal disease in Europe, 2005. *Epidemiol. Infect.* (135), strony 644-656;2007
- <sup>13</sup>Albrecht P., Bernatowska E., & Dobrzańska A. i. wsp., Zalecenia Polskiej Grupy Roboczej ds. Inwazyjnej Choroby Pneumokokowej (IChP) u dzieci dotyczące stosowania siedmiowalentnej skoniugowanej szczepionki pneumokokowej (PCV7). *Pediatrics Pol.* (5-6), strony 486-491; 2007
- <sup>14</sup>Inspektorat Sanitarny, Załącznik do Komunikatu Głównego Inspektoratu Sanitarnego; 2006
- <sup>15</sup>Rozporządzenie Ministra Zdrowia, Rozporządzenie Ministra Zdrowia zmieniające rozporządzenie w sprawie wykazu obowiązkowych szczepień ochronnych oraz zasad przeprowadzania i dokumentacji szczepień. *Dz.U.08.122.795*; 2008, lipiec 10
- <sup>16</sup>World Health Organization, Pneumococcal conjugate vaccine for childhood immunization, position paper. *Weekly Epidemiological Record* (82), strony 93-104; 2007
- <sup>17</sup>Patrzalek, M., Albrecht, P., & Sobczynski, M., Significant decline in pneumonia admission rate after the introduction of routine 2+1 dose Schedule heptavalent pneumococcal conjugate vaccine (PCV7) in children under 5 years of age in Kielce, Poland. *Eur J Clin Microbiol Infect Dis.*, 29 (7);2010



- <sup>18</sup>Committee on Infectious Diseases. Policy Statement Recommendations for the Prevention of Streptococcus pneumoniae Infections in Infants and Children: Use of 13-Valent Pneumococcal Conjugate Vaccine (PCV13) and Pneumococcal Polysaccharide Vaccine (PPSV23). *Pediatrics*, 126 (1), strony 1-5;2010
- <sup>19</sup>Rozporządzenie Ministra Zdrowia, Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie priorytetów zdrowotnych. Dziennik Ustaw 2009 Nr 137; 2009, sierpień
- <sup>20</sup>Narodowy Program Zdrowia na lata 2007-2015 opublikowany przez Ministerstwo Zdrowia z dn. 15 maja 2007 r.
- <sup>21</sup>Dobrzańska, A., Bernatowska, E., & Grzesiowski, P., Priorytety zmian w Programie Szczepień Ochronnych na lata 2011-2012 r. *Zakażenia*, Polskie Towarzystwo Zakażeń Szpitalnych; 2009
- <sup>22</sup>Pediatryczny Zespół Ekspertów ds. Programu Szczepień Ochronnych. Wytyczne Pediatrycznego Zespołu Ekspertów ds. Programu Szczepień Ochronnych dotyczące stosowania 13-walentnej koniugowanej polisacharydowej szczepionki przeciwko pneumokokom-PCV13. *Pediatrics*, T.7, strony 10-12;2010
- <sup>23</sup>Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP), <http://www.cdc.gov/>; 2010
- <sup>24</sup>Pavia, M., Bianco, A., Nobile, C., et al., e., Efficacy of Pneumococcal Vaccination in Children Younger Than 24 Months: A Meta-Analysis. *Pediatrics*, 123 (6), strony 1103-1110;2009
- <sup>25</sup>Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Invasive pneumococcal disease in children 5 years after conjugate vaccine introduction-eight states. 1998-2005. *Morb Mortal Wkly Rep.*, 57 (6), strony 144-148;2008
- <sup>26</sup>Whitney, C., Pilishvili, T., & Farley, M. e., Effectiveness of seven-valent pneumococcal conjugate vaccine against invasive pneumococcal disease: a matched case-control study. *The Lancet*, 368 (9546), strony 1495-1502;2006
- <sup>27</sup>Black, S., Shinefield, H., & Baxter, R. e., Postlicensure Surveillance for Pneumococcal Invasive Disease After Use of Heptavalent Pneumococcal Conjugate Vaccine in Northern California Kaiser Permanente. *Pediatr Infect Dis J.*, 23 (6), strony 485-489;2004
- <sup>28</sup>Grijalva, C., Nuorti, J., & Arboğast, P. e., Decline In pneumonia admissions after routine childhood immunisation with pneumococcal conjugate vaccine In the USA: time-series analysis. *The Lancet*, 369 (9568), strony 1179-1186;2007
- <sup>29</sup>Zhou, F., Kyaw, M., Shefer, A., et al., e., Health care utilization for pneumonia in young children after routine pneumococcal conjugate vaccine use in the United States. *Arch Pediatr Adolesc Med.*, 161 (12), strony 1162-1168;2007
- <sup>30</sup>Grijalva, C., Poehling, K., Nuorti, J., et al., e., National impact of Universal childhood immunization with pneumococcal conjugate vaccine on outpatient medical care visits in the United States. *Pediatrics*, 118 (3), strony 865-873;2006
- <sup>31</sup>Eskola, J., Kilpi, T., Palmy, A., et al., e., Finnish Otitis Media Study Group.: Efficacy of a pneumococcal conjugate vaccine against acute otitis media. *N Engl J Med.*, 344 (6), strony 403-409; 2001
- <sup>32</sup>Zhou, F., Szefer, A., Kong, Y., et al., e., Trends in acute otitis media-related Health care utilization by privately insured young children in the USA, 1997-2004. *Pediatrics* (121), strony 253-260;2008



Załącznik nr 3  
do Uchwały Nr XV/116/15  
Rady Gminy Pilchowice  
z dnia 22 października 2015 r.

**Program**  
**edukacji zdrowotnej dla dzieci w wieku przedszkolnym**  
**oraz ich rodziców na terenie Gminy Pilchowice**  
**2016 - 2018**

**Pilchowice, 2015r.**

# **„Wychowujemy zdrowe, aktywne fizycznie dzieci, odporne na stres i choroby” w myśl zasady - „Dobre nawyki dają wyniki”**

## **Wstęp**

Założeniem programu jest propagowanie wśród dzieci przedszkolnych i ich rodziców zdrowego, aktywnego trybu życia poprzez kształtowanie prawidłowych nawyków i przyzwyczajęń. Ogromne znaczenie w tym procesie ma profilaktyka, która skutkuje w dorosłym życiu zmniejszeniem zachorowalności społeczeństwa na choroby będące plagą XXI wieku tj. otyłość, nadciśnienie, cukrzyca.

Istotą programu jest edukacja nie tylko dzieci, ale również ich rodziców.

Programem zdrowotnym objęte będą dzieci uczęszczające do przedszkoli na terenie Gminy Pilchowice wraz z ich rodzicami

## **Ogólne założenie programu**

Wychowanie zdrowych, aktywnych fizycznie dzieci, odpornych na stres i choroby.

## **Cele szczegółowe wynikające z założenia programu**

1. Kształtowanie właściwych nawyków żywieniowych.
2. Kształtowanie prawidłowych nawyków higienicznych.
3. Zapobieganie próchnicy.
4. Propagowanie aktywności fizycznej i ruchu na świeżym powietrzu.
5. Kształtowanie umiejętności wyrażania emocji, radzenia sobie w sytuacjach trudnych.
6. Eliminacja wszawicy.
7. Zapobieganie chorobom zakaźnym

## **Opis problemów zdrowotnych**

### **Otyłość**

Istotą programu zdrowotnego jest eliminacja otyłości u dzieci oraz powstających w jej wyniku powikłań.

W przedstawionym programie poprzez edukację zdrowotną w przedszkolach, badania lekarskie, badania laboratoryjne, ćwiczenia fizyczne, dietę będziemy starali się walczyć z tym problemem.

Otyłość jest najczęstszą współczesną chorobą cywilizacyjną. Występowanie otyłości u dzieci jak i dorosłych ma charakter epidemiczny.

W Polsce analizy statystyczne wskazują na częstotliwość występowania otyłości u 2,5-12 % dzieci.

Otyłość jest to nadmiar masy ciała w stosunku do masy należnej dla wzrostu i płci przekraczający 25%. Natomiast nadmiar masy ciała mieszczący się w granicach 10-25 % klasyfikuje się jako nadwagę.



W celu rozpoznania nadwagi lub otyłości u dziecka stosuje się tzw. wskaźnik względnej masy ciała ( BMI). Oblicza się go dzieląc masę ciała wyrażoną w kilogramach przez kwadrat wzrostu wyrażony w metrach kwadratowych (  $\text{kg}/\text{m}^2$ ). BMI zmienia się w miarę wzrastania dziecka i dlatego należy go interpretować posługując się siatkami centylowymi. Otyłość rozpoznaje się, jeżeli wartość BMI przekracza 97 centyl. Wartości BMI mieszczące się w przedziale 90-97 centyl traktowane są jako nadwaga.

Najczęstszą postacią otyłości występującą u dzieci i młodzieży jest otyłość prosta, zwana także samoistną, pierwotną lub alimentacyjną, czyli spowodowana źle zbilansowaną energetycznie dietą oraz ograniczeniem wysiłku fizycznego. Stanowi ona ok. 90 % przypadków otyłości u dzieci. Bardzo rzadkie są przypadki otyłości spowodowanej chorobami endokrynologicznymi (niedoczynność tarczycy, choroba i zespół Cushinga, rzekoma niedoczynność przysadki, zespół policystycznych jajników) lub genetycznymi (zespół Turnera, Klinefeltera, Willi-Pradera, Lawrence-Moon-Biedla).

Każde dziecko z nadwagą i otyłością powinno zostać zbadane przez pediatrę. Konieczne jest wykonanie badań takich jak: profil lipidów w surowicy krwi, poziom glikemii na czczo oraz oznaczenie hormonów tarczycy. W niektórych uzasadnionych przypadkach przeprowadza się diagnostykę cukrzycy, która jest powikłaniem otyłości. Zwykle wyniki tych badań są prawidłowe i nie ma potrzeby wykonywania dalszych badań ani konsultacji specjalistycznych.

Nie każde otyłe dziecko skazane jest na otyłość w wieku dorosłym, szczególnie jeśli w rodzinie nie ma otyłości, a nadmierna masa ciała dziecka pojawiła się przed okresem dojrzewania płciowego. Jeżeli jednak otyłość utrzymuje się przez cały okres dzieciństwa i dojrzewania, to ponad 30% chłopców i 40 % dziewcząt jest zagrożone otyłością w życiu dorosłym.

Celem leczenia otyłości u rozwijającego się dziecka jest utrzymanie stabilnej masy ciała, tak aby dziecko „dorosło” do swojej należnej masy ciała, o ile otyłość nie jest znaczna. Proces ten jest powolny, ale przynosi zdecydowanie więcej korzyści niż nagłe odchudzanie.

Konsekwencją występowania otyłości u dzieci są zaburzenia ortopedyczne (wady postawy, płaskostopie), zaburzenia oddychania w czasie snu, kamica dróg żółciowych, stłuszczenie wątroby, cukrzyca typu II, nadciśnienie tętnicze, zwiększone ryzyko miażdżycy i chorób serca w młodym wieku, oraz problemy natury psychologicznej: izolacja, obniżone poczucie własnej wartości, depresja.

### **Będziemy walczyć z otyłością poprzez :**

- Umiejętne i systematyczne prowadzenie ćwiczeń fizycznych w salach gimnastycznych i na świeżym powietrzu, które powinny prowadzić do kontrolowanego zmniejszenia masy ciała. Ćwiczenia będą dobrane do potrzeb i możliwości dziecka, tak aby zachęcić je do dalszego wysiłku. Będziemy się starać, aby w ćwiczeniach towarzyszyli dziecku także rodzice. Ze sportów dla przedszkolaków będziemy polecać: wrotki, łyżwy, rolki, rowery, marsze piesze. Najlepiej, aby wysiłek fizyczny trwał około 2 godziny dziennie,



a jego intensywność powodowała wzrost tętna w 2-3 ciągłych okresach trwających 5-15 minut do 130 uderzeń/min.

- Przekonanie rodziców do kontynuowania ćwiczeń z dzieckiem w domu oraz na wolnym powietrzu poprzez wspólne spacery, jazdę na rowerze, rolkach, łyżwach itd.
- Propagowanie spożywania małych objętościowo lecz częstszych posiłków (4-5 w ciągu dnia) i eliminacja zjawiska „podjadania” między posiłkami kalorycznych przekąsek.
- Edukacja rodziców, aby posiłki przygotowywane w domu były mniej kaloryczne, smaczne, pełnowartościowe, urozmaicone i dające poczucie sytości.
- Wytworzenie nawyku picia wody zamiast napojów i soków jako ważny krok w normalizacji masy ciała, ponieważ spożywanie słodzonych napojów gazowanych i soków często dostarcza w ciągu doby dodatkowo 500-1000 kcal!

W nowoczesnym leczeniu otyłości wieku rozwojowego coraz większą rolę odgrywa również psychoterapia – tutaj widzimy rolę psychologa biorącego udział w programie.

## **Wszawica**

Ważnym punktem programu jest walka z wszawicą - „ wstydlivy problem przedszkoli”

W tym przypadku najważniejsze jest dotarcie z dobrą informacją (poprzez pielęgniarki szkolne) do rodziców przed pojawieniem się wszawicy w przedszkolu. Istotne jest to, aby rodzice byli świadomi tego, iż czystość i porządek w domu, nie gwarantuje niewystąpienia u dziecka tego wstydlivego problemu.

Natomiast kiedy wszawica już wystąpi u naszych pociech należy jak najszybciej działać i zrozumieć iż wszawica to choroba zakaźna – dziecko przez kilka dni musi pozostać w domu; kurację powinna przejść cała rodzina, a nie tylko maluch.

Poziom świadomości zdrowotnej i higieny wyraźnie wzrósł w ciągu ostatnich kilkudziesięciu lat, liczba zakażeń wszawicą jednak rośnie. W Polsce kompletnych danych brak, ale Główny Inspektorat Sanitarny alarmuje: w ciągu ostatnich dwóch lat liczba zarażonych wszawicą Polaków w różnym wieku wzrosła prawie dwukrotnie. Najbardziej zagrożone są ośrodki wielkomiejskie.

W ubiegłym roku na terenie Gminy Pilchowice, również odnotowano zwiększenie liczby przypadków wszawicy wśród dzieci szkolnych. Nie jesteśmy w stanie określić jaką liczbę dzieci przedszkolnych dotknął ten problem (statystycznie to największa grupa nosicieli) gdyż przedszkola nie mają zapewnionej opieki medycznej sprawowanej przez pielęgniarki szkolne w ramach NFZ.

Poprzez wdrażanie programu w przedszkolach chcemy eliminować wszawicę poprzez comiesięczne regularne sprawdzanie czystości głów dzieci przez wykwalifikowany personel medyczny.



## Próchnica

Kolejnym problemem zdrowotnym występującym u przedszkolaków, który chcemy rozwiązać jest próchnica. Próchnica jest chorobą zębów, która dotyczy większości dzieci. Im młodsze pokolenie, tym ubytki mogą być większe, dlatego ważna jest jak najwcześniejsza profilaktyka.

Nie leczona próchnica powoduje m.in. zapalenie tkanek okołowierzchołkowych zęba, ropnie okołozębowe, ziarniniaki, bądź też przetoki ropne. Ognisko zapalne w jamie ustnej stanowi ryzyko zakażenia innych narządów. Usunięcie chorych zębów w wyniku próchnicy prowadzi do wad zgryzu.

W naszej gminie chcemy walczyć z tym problemem poprzez:

- kształtowanie właściwych nawyków żywieniowych – prelekcje z udziałem pielęgniarki szkolnej
- naukę właściwego szczotkowania zębów i dbanie o higienę jamy ustnej – pod nadzorem higienistki stomatologicznej
- przełamanie bariery strachu przed wizytą w gabinecie stomatologicznym - kontakt przedszkolaków ze stomatologiem

## Stres i radzenie sobie w sytuacjach trudnych

Mówiąc o stresie mamy na myśli przede wszystkim świat dorosłych, tymczasem stres jest częścią naszego życia, z którą zmagamy się od urodzenia. W obecnej dobie nie jest możliwe całkowite wyeliminowanie stresu z naszego życia. Ważne jest to, aby od najmłodszych lat nauczyć nasze pociechy sposobów walki z negatywnymi emocjami oraz zachowania w trudnych sytuacjach.

Zamierzamy walczyć z tym problemem poprzez zajęcia z psychologiem – różne formy terapii.

## Choroby „brudnych rąk”

Choroby „brudnych rąk” to choroby, które przenoszone są drogą pokarmową na skutek braku dostatecznej higieny.

Za sprawą brudnych rąk można nie tylko doprowadzić do zatrucia, ale także przenieść groźne choroby zagrażające życiu.

Najprościej rzecz ujmując, na nieumytych dłoniach przenoszone są bakterie lub wirusy, które następnie podczas jedzenia czy innych czynności przy twarzy przenosimy do ust, a stamtąd dalej do układu pokarmowego.

---

Do najczęstszych chorób zaliczamy m.in.:

**Wirusowe zapalenie wątroby typu A (żółtaczka pokarmowa)** - można się nią zarazić zarówno brudem na rękach, ale także jedząc nieumyte owoce, pijąc nieprzegotowaną wodę. Najlepszym zabezpieczeniem jest szczepienie - możliwe już od drugiego roku życia. Zaleca się je szczególnie dzieciom w wieku przedszkolnym.



**Lamblioza (zakażenie pasożytem gardia lamblia)** - przenoszona jest przez zwierzęta, innych ludzi lub przez skażoną wodę. U człowieka pasożyty umiejscawiają się w dwunastnicy i drogach żółciowych. To przede wszystkim choroba dzieci. Zapada na nią co drugie dziecko w wieku przedszkolnym. Objawy u dzieci są następujące - nawracające, przewlekłe bóle brzucha, nasilające się po jedzeniu, częste, okresowe biegunki - zwykle występuje wodnista biegunka, ogólne osłabienie i pod żółtaczkowe zabarwienie oczu.

**Bakteryjne zapalenie jamy ustnej** - może się objawiać bólem, pieczeniem, swędzeniem, zaczerwienieniem, obrzękiem okolic ust, obrzękiem śluzówki jamy ustnej. Czasami objawy powiązane z nieprzyjemnym zapachem z jamy ustnej.

**Salmonelloza i shigelloza** - najczęściej zarazić się można poprzez zjedzenie źle przechowywanych lodów, ciastek z kremem czy na wpół surowych jajek. Choroba może być także skutkiem brania do ust piasku z piaskownicy. Zatrucie salmonellą zaczyna się dopiero po 8-12 godzinach lub nawet później po jedzeniu. Od początku choremu dokuczają bóle brzucha i silna biegunka, natomiast nudności i wymioty występują rzadko. Stolce oddawane są często (do 15 razy na dobę), czasem z domieszką śluzu i krwi. Gorączka jest wysoka 38-40°. Często sam chory potrafi określić, która potrawa spowodowała zatrucie.

**Zakażenie owsikami** - to dość częsta choroba u dzieci chodzących do żłobka czy przedszkola. Najprostszy sposób zarażenia: zabawa z innym dzieckiem (nosicielem owsików) tymi samymi zabawkami. Objawem jest swędzenie w okolicach odbytu.

Tylko co dziesiąty Polak uważa, że latem warto wziąć dodatkowy prysznic, 3 na 4 osoby nie myją rąk po wyjściu z toalety, a w 30 % próbek ziemi pobranych w polskich miastach były jaja psiej glisty. Dlatego choroby "brudnych rąk" to u nas poważny problem. W związku z powyższym będziemy z tym problemem walczyć poprzez profilaktykę w myśl hasła: „**DOBRE NAWYKI DAJĄ WYNIKI**”

Aby zmniejszyć ryzyko występowania chorób „brudnych rąk”, higienistki szkolne będą edukować przedszkolaki według następujących zasad:

- Mycie rączek dziecka - zwłaszcza przed jedzeniem, po powrocie ze spaceru, wyjściu z toalety lub zabawie z ukochanym zwierzęciem.
- Dbanie o to, żeby każdy z domowników miał swój ręcznik (a malec swój również w przedszkolu).
- Uczulanie dziecka, żeby nie piło z jednego kubka z kolegą, ani nie jadło z nim czegoś „na spótkę”.
- Dokładne mycie warzyw i owoców.
- Pilnowanie, żeby malec nie wkładał do ust kamyczków, patyczków ani żadnych innych „skarbów” podniesionych z ziemi.
- Zabranianie głaskania bezpańskich zwierząt.
- Nie podawanie dziecku jedzenia podczas zabawy na podwórku.
- Obcinanie dzieciom na krótko paznokci.
- Dbanie o to, żeby piasek w piaskownicy był zawsze czysty.

Oprócz w/w zasad, które będą wprowadzane do przedszkoli chcemy walczyć z tym problemem nie tylko poprzez kształtowanie dobrych nawyków, ale również poprzez



szczepienia ochronne. Pediatrzy i pielęgniarki biorące udział w tym programie muszą dotrzeć do rodziców z informacją dotyczącą szczepień ochronnych i przekonać ich do skuteczności szczepionki w walce z niebezpiecznymi dla dziecka chorobami zakaźnymi np: żółtaczką typu A, biegunkami zakaźnymi wywoływane przez rotawirusy, chorobami wywoływanymi przez pneumokoki i meningokoki.

### **Adresaci programu**

Dzieci przedszkolne oraz ich rodzice.

Program będzie realizowany w pięciu placówkach oświatowo -wychowawczych na terenie Gminy Pilchowice liczącej ok. 11 000 mieszkańców. Dzieci w wieku przedszkolnym tj.- 500 osób ( dane z 2015 r.) w tym dzieci uczęszczające do przedszkola, które będą objęte programem - ok 400 osób (w roku 2015 liczba dzieci uczęszczających do przedszkola wynosiła średnio 385 dzieci, liczba ta ma tendencje wzrostowe).

Gmina Pilchowice stwarza dogodne warunki do realizacji założeń w/w programu. Tereny gminy to tereny wiejskie, otoczone lasami, polami, z dala od miejskiego zgiełku i zanieczyszczeń przemysłowych.

Przedszkola wyposażone są w bezpieczne i funkcjonalne place zabaw.

Na terenie gminy działają również :

- Komisja rozwiązywania problemów alkoholowych i przeciwdziałania przemocy w rodzinie
- Zespół Interdyscyplinarny

### **Organizacja programu**

Działania będą prowadzone w każdej placówce (przedszkolu) 1-3 spotkań w miesiącu.

Program edukacji zdrowotnej w przedszkolach będzie realizowany przez personel medyczny posiadający odpowiednie kwalifikacje:

–lekarzy pediatrów,

–lekarzy stomatologów,

–psychologa,

–higienistki stomatologiczne,

–pielęgniarki posiadające kursy kwalifikacyjne w zakresie:

- Pielęgniarstwa w środowisku nauczania i wychowania.
- Szczepień ochronnych

Program będzie prowadzony według wcześniej przygotowanego harmonogramu działań i będzie kontynuowany w/w przedszkolach sukcesywnie przez kilka lat.

### **Miejsce realizacji programy :**

Zespół Szkolno – Przedszkolny w Żernicy

Zespół Szkolno – Przedszkolny w Stanicy

Zespół Szkolno – Przedszkolny w Wilczy

Zespół Szkół w Pilchowicach  
Publiczne Przedszkole w Nieborowicach  
Wiejski Ośrodek Zdrowia w Żernicy, Pilchowicach i Wilczy  
Laboratorium Analityczne w Żernicy

Wykonywane w ramach programu świadczenia i czynności będą odnotowywane przez osoby realizujące program w przeznaczonych do tego celu dziennikach.

Dzieci, u których stwierdzi się np. nadwagę lub otyłość będą kierowane przez lekarza pediatrę biorącego udział w/w programie na badania laboratoryjne oraz inne niezbędne badania diagnostyczne.

Przeglądy czystości, pogadanki, filmy i edukacja dzieci będą przeprowadzane przez wykwalifikowaną kadrę medyczną w placówkach oświatowo - wychowawczych na terenie Gminy Pilchowice.

### **Okres realizacji programu**

Realizacja programu przewidziana jest na lata 2016 – 2018.

### **Oczekiwane efekty**

Efekty realizowania „Programu edukacji zdrowotnej dla dzieci w wieku przedszkolnym oraz ich rodziców na terenie Gminy Pilchowice” nie będą widoczne w trakcie lub bezpośrednio po zakończeniu w/w programu. Widoczny efekt zostanie osiągnięty w działaniach długofalowych, które będą skutkowały:

1. Spadkiem liczby otyłych dzieci, co z kolei będzie powodowało spadek zachorowań na cukrzycę, nadciśnienie i choroby układu krążenia wśród społeczeństwa.
2. Zmniejszeniem zapadalności wśród dzieci na choroby zakaźne i choroby „brudnych rąk.”
3. Zmniejszeniem liczby zachorowań na próchnicę.
4. Eliminacją wszawicy.
5. Nabytą przez dzieci umiejętnością radzenia sobie ze stresem i sytuacjami trudnymi.
6. Wzrostem liczby zaszczepionych dzieci.
7. Wzrostem świadomości społeczeństwa w kwestii: odżywiania, chorób „brudnych rąk”, stresu, otyłości, cukrzycy, próchnicy, chorób układu krążenia, szczepień ochronnych

Wyedukowanie dzieci przedszkolnych w przyszłości będzie skutkować wzrostem świadomości zdrowotnej obywateli - społeczeństwa. Natomiast wyedukowani rodzice będą mieli świadomość w jaki sposób prawidłowo odżywiać siebie, członków rodziny i kolejne potomstwo.

PRZEWODNICZĄCA  
RADY GMINY PILCHOWICE  
Agata Mosiądz - Kramorz