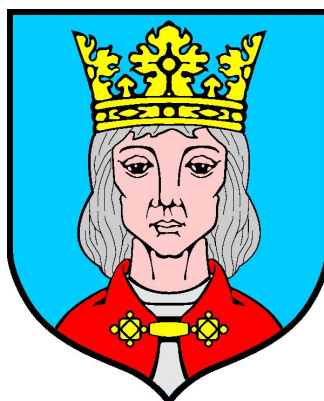


Strategia Ochrony i Promocji Zdrowia Mieszkańców Gminy Chojna na lata 2012 - 2015



**Zespół uczestniczący w opracowaniu Strategii Ochrony i Promocji Zdrowia Mieszkańców
Gminy Chojna na lata 2012-2015**

Wacław Gołąb

Dyrektor Administracji Szkół i Infrastruktury Społecznej
w gminie Chojna

Paulina Józwiak

Doktorantka w Katedrze Profilaktyki Zdrowotnej Uniwersytetu
Medycznego im Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

SPIS TREŚCI

1	Wprowadzenie	5
2	Podstawa prawna.....	6
3	Promocja zdrowia – zakres i podstawowe definicje	6
4	Ogólne informacje o gminie Chojna	7
5	Wybrane zagadnienia demograficzne	8
5.1	Liczba ludności gminy Chojna	8
5.2	Struktura ludności gminy Chojna.....	11
5.3	Struktura ludności w województwie zachodniopomorskim, powiecie gryfińskim i gminie Chojna według wieku i płci w roku 2009.....	12
5.4	Urodzenia żywe w gminie Chojna	13
5.5	Umieralność w gminie Chojna.....	13
5.6	Przyrost naturalny w gminie Chojna.....	13
5.7	Ruch naturalny ludności w powiecie gryfińskim i gminie Chojna.....	14
5.8	Niepelnosprawność	15
6	Zabezpieczenie świadczeń zdrowotnych.....	15
7	Oświata	15
8	Pomoc społeczna	16
9	Sytuacja zdrowotna mieszkańców gminy Chojna.....	16
9.1	Diagnoza stanu zdrowia mieszkańców.....	16
9.1.1	Przyczyny zgonów w 2009r.....	16
9.1.2	Zachorowanie na wybrane jednostki chorobowe	19
10	Zadania realizowane przez Gminę w zakresie promocji zdrowia i profilaktyki w latach 2005-2010	22
11	Założenia strategii	23
11.1	Cel główny strategii.....	23
11.2	Cele strategiczne	23
11.3	Cele operacyjne	23
11.3.1	Cel operacyjny nr 1 Zmniejszenie zachorowalności i umieralności z powodu chorób układu krążenia	23
11.3.2	Cel operacyjny nr 2 Zmniejszenie zachorowalności i umieralności z powodu chorób nowotworowych	25
11.3.3	Cel operacyjny nr 3 Zwiększenie wiedzy na temat cukrzycy typu 2 wśród mieszkańców gminy	27
11.3.4	Cel operacyjny nr 4 Zmniejszenie występowania otyłości wśród mieszkańców ze szczególnym uwzględnieniem dzieci i młodzieży	29

11.3.5	Cel operacyjny nr 5 Zapobieganie występowaniu próchnicy wśród dzieci i młodzieży z terenu gminy Chojna.....	30
11.3.6	Cel operacyjny nr 6 Zmniejszenie narażenia na ponadnormatywny hałas w placówkach oświatowych.....	30
11.3.7	Cel operacyjny nr 7 Tworzenie warunków do zdrowego i aktywnego życia osób starszych i niepełnosprawnych w gminie.....	33
12	Pozostałe działania	34
13	Haromonogram działań	34
14	Finansowanie	34
15	Ewaluacja poszczególnych celów strategii.....	34
16	Zakończenie	35
17	Piśmiennictwo.....	35

1 Wprowadzenie

Pojęcie zdrowia jest zagadnieniem bardzo złożonym i należy je rozpatrywać jako wartość społeczną i osobistą. Stanowi podstawę do osiągnięcia celów życiowych, realizacji zamierzeń, pragnień i ambicji człowieka. Jest więc jednym z podstawowych zasobów indywidualnych, społecznych i ekonomicznych. Definicja zdrowia, która została opublikowana w Karcie Ottawskiej w 1986r. przedstawia zdrowie jako „zasób, potencjał indywidualny i społeczny, jedno z bogactw naturalnych kraju, determinujących rozwój społeczny, gospodarczy czy indywidualny. Sprzyjają mu lub szkodzą czynniki polityczne, ekonomiczne i społeczne, kulturowe, środowiskowe, biologiczne oraz sposób postępowania, wreszcie styl życia.” (Banaszkiewicz, 2008)

Najważniejsze dokumenty, które obecnie wyznaczają cele i kierunki polityki zdrowotnej Polski to Narodowy Program Zdrowia na lata 2007-2015 oraz „Zdrowie 21 – Zdrowie dla wszystkich w XXI wieku”

Głównym celem Narodowego Programu Zdrowia jest ”poprawa zdrowia i związanej z nim jakości życia ludności oraz zmniejszenie nierówności w zdrowiu”, którego realizacja ma być zapewniona poprzez kształtowanie prozdrowotnego stylu życia społeczeństwa oraz tworzenie środowiska życia, pracy i nauki sprzyjającego zdrowiu. Podstawowym warunkiem osiągnięcia tych zamierzeń jest włączenie się do ich realizacji organów administracji rządowej, organizacji pozarządowych, a przede wszystkim samorządów, społeczności lokalnych i samych obywateli.

Działania na poziomie lokalnym w oparciu o zidentyfikowane potrzeby a także możliwości społeczności wydają się być jedną z najbardziej efektywnych metod poprawy zachowań zdrowotnych.

Niniejszy dokument jest pięcioletnią strategią zaplanowanych aktywności realizowanych w obszarze promocji zdrowia i profilaktyki chorób, których skutkiem ma być wywarcie pozytywnego wpływu na zdrowie i wspieranie potencjału zdrowotnego mieszkańców Gminy Chojna.

Hasło strategii:

„Prowadząc zdrowy tryb życia, można poprawić ogólny stan zdrowia i zapobiec wielu zgonom z powodu chorób cywilizacyjnych”

2 Podstawa prawna

Zgodnie z art. 7 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2008 r., Nr 164, poz. 1027 ze zmianami) zadaniem własnym gminy w zakresie zapewnienia równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej jest opracowywanie i realizacja oraz ocena efektów programów zdrowotnych wynikających z rozpoznanych potrzeb zdrowotnych i stanu zdrowia mieszkańców gminy. Ponadto do zadań należy również inicjowanie i udział w wytyczaniu kierunków przedsięwzięć lokalnych zmierzających do zaznajamiania mieszkańców z czynnikami szkodliwymi.

W ustawie z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym (Dz.U. 2001 nr 142 poz. 1591) w art. 7 znajduje się zapis nakładający na gminę obowiązek zaspokajania zbiorowych potrzeb wspólnoty m.in. w zakresie ochrony zdrowia.

3 Promocja zdrowia – zakres i podstawowe definicje

Promocja zdrowia zaistniała początkowo jako społeczny ruch prozdrowotny. Obecnie funkcjonuje także jako dziedzina rozwinięta na gruncie dawnych zasad higieny oraz jako rezultat wzrastających potrzeb finansowych medycznej opieki zdrowotnej, które wiążą się głównie z rozwojem techniki i technologii mających zastosowanie w diagnostyce, terapii i rehabilitacji.

Promocja zdrowia jako proces podejmowania decyzji w sprawach ludzkiego zdrowia opiera się przede wszystkim na aktywności środowisk lokalnych i współpracy międzysektorowej.

Mimo że proces definiowania promocji zdrowia cały czas trwa, można powiedzieć, iż podstawowe ustalenia w tym zakresie są stałe. Obecnie dyskusja toczy się bowiem bardziej wokół obszarów, które obejmować ma promocja zdrowia, metod którymi ma się posługiwać, niż tego czym w istocie jest. (Słońska, 1994)

Karta Ottawska, która jest „Konstytucją” promocji zdrowia definiuje ją jako **proces umożliwiający ludziom kontrolę nad własnym zdrowiem oraz jego poprawę**. (Ottawa Charter for Health Promotion, 1986) Zgodnie z przyjętymi w Karcie zasadami promocja zdrowia koncentruje się nie tyle na osobach zagrożonych określonymi chorobami, co na całej populacji rozpatrywanej w kontekście codziennego życia.

Najczęściej w literaturze można spotkać klasyfikację czynników determinujących zdrowie jednostki, w której określa się wielkość wpływu z jaką mogą oddziaływać wg Raportu Marca Lalonde. Przedstawia się on następująco (Kasperek, 2000):

- styl życia - 53% wpływu
- środowisko (naturalne i społeczne) - 21% wpływu
- dziedziczenie, biologia człowieka - 16% wpływu
- opieka zdrowotna (medycyna naprawcza) - 10% wpływu

Zarówno Światowa Organizacja Zdrowia, jak i Unia Europejska określają dzisiaj promocję jako jednolity proces działań zmierzających do poprawy i utrzymania ludzkiego zdrowia, który składa się z trzech ściśle związanych ze sobą elementów, tj. edukacji zdrowotnej, profilaktyki oraz lokalnej polityki zdrowotnej. (Karski, 2007)

Profilaktyka zdrowotna

Jest to szereg działań mających na celu zapobieganie chorobie bądź innemu niekorzystnemu zjawisku zdrowotnemu przed jej rozwinięciem się, poprzez kontrolowanie przyczyn i czynników ryzyka.

Wyróżniamy 3 rodzaje profilaktyki (Karski, 2007):

- Profilaktyka pierwotna polega na zapobieganiu powstaniu chorób poprzez zmiany środowiska w jakim człowiek przebywa; zmianę stanu zdrowia gospodarza oraz zmianę zachowań z niszczących na wspierające zdrowie.
- Profilaktyka wtórna polega na powstrzymaniu możliwości powstania i rozwoju choroby poprzez wczesne wykrywanie i diagnozowanie oraz natychmiastowe i skuteczne leczenie.
- Profilaktyka trzeciego stopnia polega na zapobieganiu możliwości nawrotu choroby, minimalizacji powikłań i niepełnosprawności, jakie mogą powstać w wyniku choroby poprzez wczesną i wystarczająco długą rehabilitację oraz poprzez dbałość o zapewnienie właściwej jakości życia.

Edukacja zdrowotna

Jest to uczenie się jak dbać o zdrowie własne i społeczności. Proces edukacji obejmuje dostarczanie wiedzy, kształtowanie postaw oraz rozwijanie umiejętności dokonywania wyborów oraz niezależnego podejmowania życiowych decyzji. (Wojnarowska, 2008)

Lokalna polityka zdrowotna

Jest to zbiór działań, których celem jest budowanie wspierającego środowiska, umożliwiającego ludziom prowadzenie zdrowego życia oraz dokonywanie prozdrowotnych wyborów. Polityka prozdrowotna opiera się na przekonaniu, że zdrowie jest nie tylko fundamentalnym ludzkim prawem ale także racjonalną społeczną inwestycją. (Słońska, 1996)

4 Ogólne informacje o gminie Chojna

Gmina Chojna położona jest w powiecie gryfińskim w zachodniej części województwa zachodniopomorskiego w Polsce północno-zachodniej. Na zachodnim krańcu gminy znajduje się granica Polski z Niemcami. Gmina Chojna rozciąga się wzdłuż południowo – zachodniej granicy województwa zachodniopomorskiego – na Pojezierzu Myśliborskim – nad rzeką Rurzycą (prawy dopływ Odry).

Ogólna powierzchnia gminy wynosi 333 km² i jest pierwszą, co do wielkości w powiecie gryfińskim.

Poprzez rzekę Odrę gmina Chojna graniczy z Narodowym Parkiem Doliny Dolnej Odry po stronie niemieckiej. Występuje tu koncentracja obszarów chronionych o znaczeniu ponadregionalnym (Cedyński Park Krajobrazowy, Park Krajobrazowy Doliny Dolnej Odry). Cedyński Park Krajobrazowy wraz z otuliną obejmuje prawie całą powierzchnię gminy Chojna z wyłączeniem niewielkiego obszaru stanowiącego północno - wschodnią część gminy. Zwarte kompleksy leśne i znaczne arealy gleb urodzajnych wyznaczają leśno-rolniczy charakter gminy.

5 Wybrane zagadnienia demograficzne

W roku 2010 w gminie zamieszkiwało ogółem 14014 mieszkańców w tym 51,2% stanowiły kobiety a 48,8% mężczyźni. Populacja gminy stanowi ok. 16,9% ludności powiatu ogółem. Względna gęstość zaludnienia wynosi 42,1 osoby/km², co plasuje gminę na drugiej pozycji w powiecie, po gminie Gryfino - 124,9 osoby/km².

Z pośród 22 wsi sołeckich do największych należy zaliczyć: Nawodną (772 osoby), Grzybno (693 osoby), Krzymów (638 osób), Lisie Pole (563 osoby). Do drugiej grupy zaliczają się: Czartoryja (281 osób), Godków (299 osób), Godków Osiedle (331 osób) i Strzelczyn (330 osób).

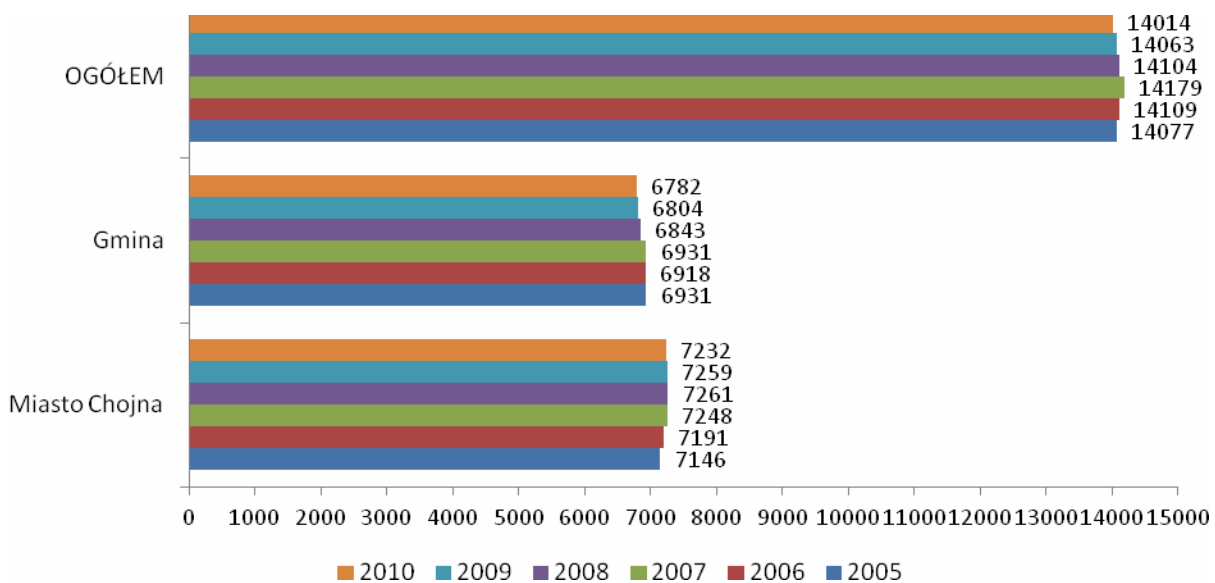
5.1 Liczba ludności gminy Chojna

Tab. nr 1 Liczba ludności gminy Chojna w poszczególnych miejscowościach.

Miejscowość	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Bara	67	65	66	66	62	59
Barankowo	29	29	29	28	27	27
Białęgi	136	135	134	128	128	133
Boguszczyń	5	5	5	6	6	6
Brwice	176	176	173	168	169	172
Czartoryja	278	272	277	276	276	281
Drozdowo	1	1	1	0	0	0
Garnowo	56	54	55	55	56	60
Godków	319	317	319	301	307	299
Godków Oś.	338	328	330	330	333	331
Grabowo	104	104	104	105	105	103
Graniczna	174	173	176	175	175	178
Grzybno	716	713	724	709	708	693
Jalenin	189	195	191	188	189	187
Jelonki	4	4	4	4	4	4
Kaliska	14	14	14	15	16	16
Kamienny Jaz	264	285	285	278	267	268
Krajnik Dolny	258	257	255	247	248	247
Krajnik Górny	162	164	163	157	157	153
Krupin	45	43	43	42	42	40
Krzyków	645	644	639	638	646	638

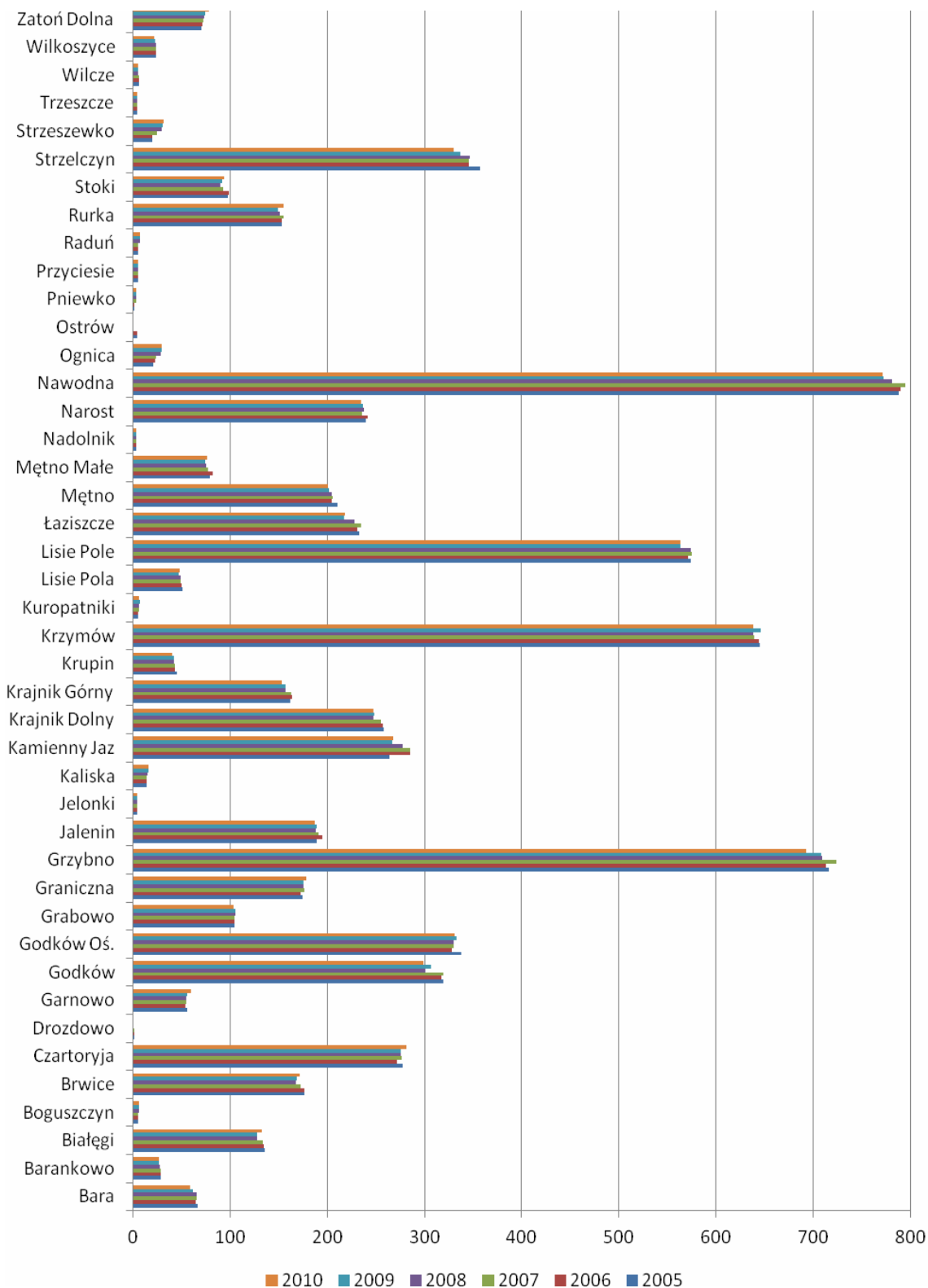
Kuropatniki	5	5	6	6	7	6
Lisie Pola	51	50	49	49	47	48
Lisie Pole	574	571	575	574	563	563
Łaziszcze	233	231	235	228	217	218
Mętno	210	205	206	205	202	201
Mętno Małe	79	82	77	75	74	76
Nadolnik	3	3	3	3	3	3
Narost	240	242	236	238	237	235
Nawodna	788	790	795	781	773	772
Ognica	21	23	24	29	30	30
Ostrów	4	4	0	0	0	0
Pniewko	1	1	3	3	3	3
Przyciesie	5	5	5	5	5	5
Raduń	5	5	5	7	7	7
Rurka	153	153	155	151	149	155
Stoki	98	99	93	90	92	94
Strzelczyn	357	346	346	347	337	330
Strzeszewko	20	20	25	30	31	32
Trzeszcze	4	4	4	4	4	4
Wilcze	6	6	6	5	5	5
Wilkoszyce	24	24	24	24	23	22
Zatoń Dolna	70	71	72	73	74	78
Gmina	6931	6918	6931	6843	6804	6782
Miasto Chojna	7146	7191	7248	7261	7259	7232
OGÓLEM	14077	14109	14179	14104	14063	14014

Źródło: Dane uzyskane z Urzędu Stanu Cywilnego w gminie Chojna.



Ryc. 1 Struktura ludności w Gminie Chojna.

Źródło: Opracowanie na podstawie danych uzyskanych z Urzędu Stanu Cywilnego w gminie Chojna.



Ryc. 2 Liczba ludności gminy Chojna w poszczególnych miejscowościach.

Źródło: Opracowanie na podstawie danych uzyskanych z Urzędu Stanu Cywilnego w gminie Chojna

Jak wynika z powyższych rycin i tabeli ogólna liczba mieszkańców gminy Chojna od 3 lat zmniejsza się. Największy przyrost ludności w przeciągu lat 2005-2010 odnotowano w 2007r. Większa część mieszkańców gminy zameldowana jest w mieście Chojna.

5.2 Struktura ludności gminy Chojna

Tab. nr 2 Mieszkańcy gminy Chojna w strukturze wieku i płci w latach 2005-2010.

Mieszkańcy	2005			2006			2007		
	K	M	% ogółu	K	M	% ogółu	K	M	% ogółu
0-4	350	334	4,9%	344	350	4,9%	363	367	5,2%
5-9	399	407	5,8%	389	386	5,5%	383	362	5,3%
10-14	542	496	7,4%	504	486	7,1%	461	473	6,6%
15-18	587	541	8,1%	585	520	7,9%	584	524	7,9%
19-34	1762	1828	25,6%	1778	1832	25,7%	1779	1834	25,6%
35-54	1942	2180	29,4%	1954	2155	29,3%	1982	2148	29,3%
55-64	631	552	8,4%	642	617	9,0%	686	651	9,5%
65 i więcej	921	531	10,4%	953	528	10,6%	958	544	10,6%
Ogół	7134	6869	100%	7149	6823	100%	7196	6903	100%

Mieszkańcy	2008			2009			2010		
	K	M	% ogółu	K	M	% ogółu	K	M	% ogółu
0-4	369	392	5,4%	387	384	5,5%	380	413	5,7%
5-9	356	341	4,9%	323	333	4,7%	343	319	4,7%
10-14	444	451	6,4%	440	431	6,2%	403	402	5,7%
15-18	572	504	7,6%	563	500	7,5%	533	496	7,3%
19-34	1771	1824	25,5%	1761	1828	25,5%	1763	1805	25,5%
35-54	1994	2128	29,3%	1989	2096	29,0%	1985	2050	28,8%
55-64	724	698	10,1%	763	755	10,8%	799	808	11,5%
65 i więcej	966	551	10,8%	965	560	10,8%	965	550	10,8%
Ogół	7196	6889	100%	7191	6887	100%	7171	6843	100%

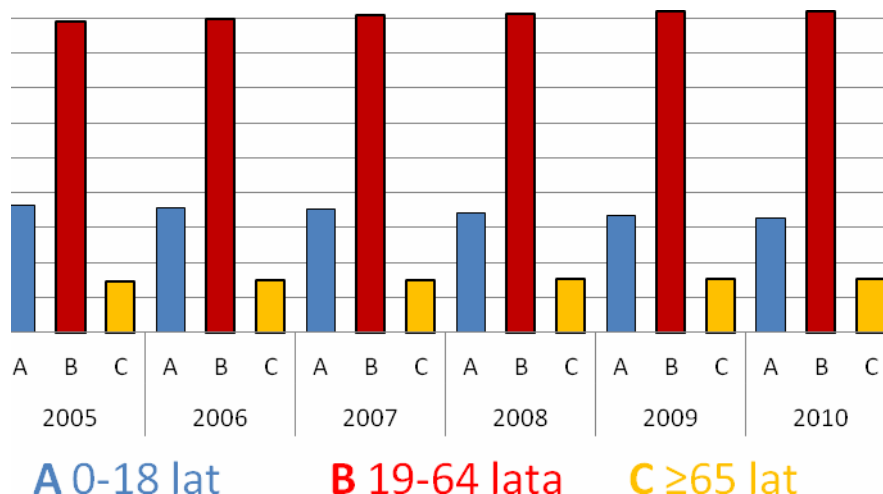
Źródło: Opracowanie na podstawie danych uzyskanych z Urzędu Stanu Cywilnego w gminie Chojnie.

W strukturze płci ponad połowę mieszkańców gminy Chojna stanowią kobiety. W strukturze wieku można zauważyć wzrost udziału najmłodszych dzieci w wieku 0-4 lata oraz osób w wieku 55-64 lata w społeczności. W ciągu ostatnich trzech lat na stałym poziomie utrzymuje się liczba osób w wieku 65 lat i więcej. Stanowią oni 10,8% ogółu mieszkańców gminy.

Tab. nr 3 Struktura wieku ludności gminy Chojna w latach 2005-2010

Rok	Przedziały wiekowe	Liczba ludności	% ogółu	Legenda	
2005	A	3656	26,1%	A – ludność w wieku przedprodukcyjnym (wiek 0-18)	
	B	8895	63,5%		
	C	1452	10,4%		
2006	A	3564	25,4%		
	B	8978	64,0%		
	C	1481	10,6%		
2007	A	3517	24,9%		B – ludność w wieku produkcyjnym (wiek 19-64)
	B	9080	64,4%		
	C	1502	10,7%		
2008	A	3429	24,3%		
	B	9139	64,9%		
	C	1517	10,8%		
2009	A	3361	23,9%	C – ludność w wieku poprodukcyjnym (wiek 65 i więcej)	
	B	9192	65,3%		
	C	1525	10,8%		
2010	A	3289	23,5%		
	B	9210	65,7%		
	C	1515	10,8%		

Źródło: Opracowanie na podstawie danych z Urzędu Stanu Cywilnego w gminie Chojna.



Ryc. 3 Struktura wieku w gminie Chojna w latach 2005-2010 .

Źródło: Opracowanie na podstawie danych z Urzędu Stanu Cywilnego w gminie Chojna.

W ciągu analizowanych lat nastąpił wzrost osób w wieku produkcyjnym - w 2010 r. stanowiły one prawie 66% ogółu społeczeństwa - natomiast zmniejszył się odsetek osób w wieku przedprodukcyjnym o 2,6%. Na stałym poziomie utrzymuje się odsetek osób w wieku poprodukcyjnym 10,8%.

5.3 Struktura ludności w województwie zachodniopomorskim, powiecie gryfińskim i gminie Chojna według wieku i płci w roku 2009.

Tab. nr 4 Gmina Chojna na tle powiatu i województwa w 2009 roku .

Wyszczególnienie	wiek przedprodukcyjny (0-18)		wiek produkcyjny (19-64)		wiek poprodukcyjny (65+)		Ogólna liczba ludności	Ludność w wieku nieprodukcyjnym na 100 osób w wieku produkcyjnym
	K	M	K	M	K	M		
Gmina Chojna	1447	1455	4341	4885	1374	589	14091	52,7
Ogółem	2902		9226		1963			
Powiat gryfiński	8137	8697	25797	29084	7833	3282	82830	50,9
Ogółem	16834		54881		11115			
Województwo zachodniopomorskie	154907	163007	533529	581064	183316	77375	1693198	51,9
Ogółem	317914		1114593		260691			

Źródło: Urząd Statystyczny w Szczecinie.

Z analizy powyższej tabeli wynika iż ludność w gminie Chojna w stosunku do ludności powiatu gryfińskiego i województwa zachodniopomorskiego odznacza się najniższym odsetkiem osób w grupie w wieku produkcyjnym i najwyższym odsetkiem osób w wieku przedprodukcyjnym. Gmina Chojna charakteryzuje się również najwyższym wskaźnikiem ludności w wieku nieprodukcyjnym przypadającej na 100 osób w wieku produkcyjnym.

5.4 Urodzenia żywe w gminie Chojna

Wskaźnik urodzeń żywych określa nowo urodzone dzieci oddychające bądź wykazujące oznaki życia. Oblicza się go dzieląc liczbę urodzonych żywych dzieci przez liczbę ludności na danym obszarze i w określonym czasie.

Tab. nr 5 Wskaźnik urodzeń żywych w gminie Chojna w latach 2005-2010 (na 1000 mieszkańców)

Rok	Wskaźnik	Liczba urodzeń	Liczba ludności
2005	10,8	153	14 097
2006	9,0	127	14 109
2007	12,2	173	14 179
2008	11,9	168	14 104
2009	10,2	143	14 063
2010	11,27	158	14 014

Zródło: Opracowanie na podstawie danych z Urzędu Stanu Cywilnego w gminie Chojna.

Jak wynika z powyższej tabeli wskaźnik urodzeń żywych w gminie Chojna na przestrzeni lat 2005 - 2010 był bardzo zróżnicowany i nie można wskazać ogólnej tendencji. Najwyższy wskaźnik urodzeń żywych był w 2007 r. a najniższy w 2006 r.

5.5 Umieralność w gminie Chojna

Umieralność jest to współczynnik, określony przez wskaźnik zgonów. Oblicza się go dzieląc liczbę zgonów przez liczbę ludności na danym obszarze i w określonym czasie.

Tab. nr 6 Wskaźnik zgonów w gminie Chojna w latach 2005-2010 (wskaźnik na 1000 mieszkańców)

Rok	Wskaźnik	Liczba zgonów	Liczba ludności
2005	9,1	129	14 097
2006	7,8	111	14 109
2007	8,5	120	14 179
2008	8,6	122	14 104
2009	9,3	131	14 063
2010	10,5	147	14 014

Zródło: Opracowanie na podstawie danych z Urzędu Stanu Cywilnego w gminie Chojna.

Wskaźnik umieralności w analizowanym okresie wykazywał tendencję wzrostową i w 2010 r. był najwyższy.

5.6 Przyrost naturalny w gminie Chojna

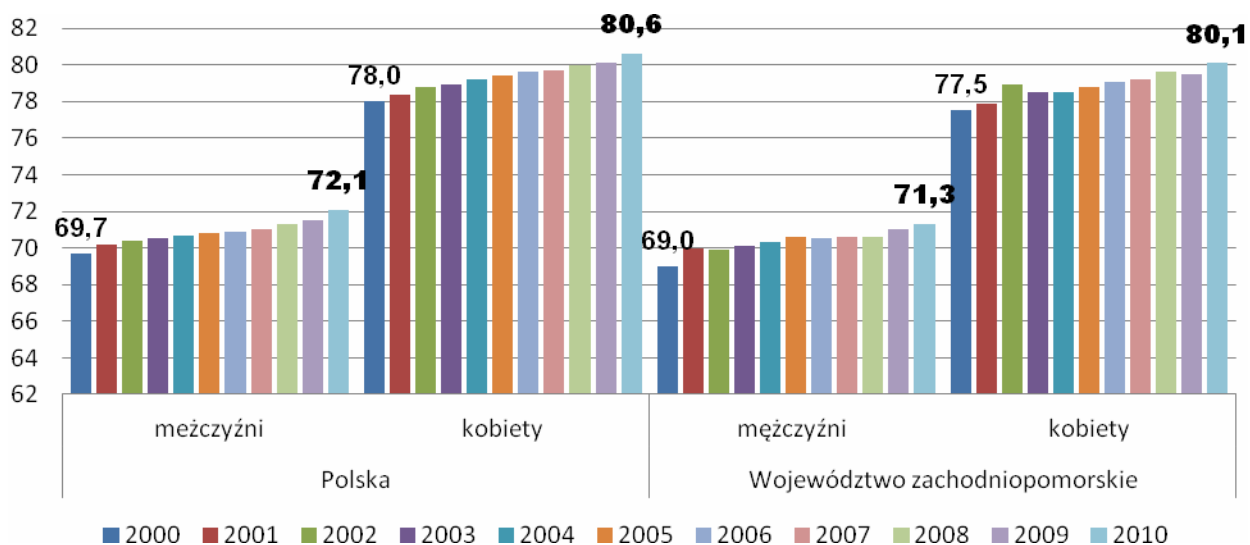
Przyrost naturalny jest to wskaźnik statystyczny określający tendencję rozwoju populacji na danym obszarze. Oblicza się go odejmując liczbę zgonów w danym okresie od liczby urodzeń. Jeśli wynik jest dodatni, oznacza przyrost liczby ludności, jeśli jest ujemny określa jej spadek.

Tab. nr 7 Przyrost naturalny w gminie Chojna w latach 2005-2010 (wskaźnik na 1000 mieszkańców)

Rok	Wskaźnik	Różnica między liczbą urodzeń a liczbą zgonów	Liczba ludności
2005	1,7	24	14 097
2006	1,1	15	14 109
2007	3,7	53	14 179
2008	3,3	46	14 104
2009	0,8	12	14 063
2010	0,8	11	14 014

Zródło: Opracowanie na podstawie danych z Urzędu Stanu Cywilnego w gminie Chojna.

Wskaźnik przyrostu naturalnego w gminie w analizowanym czasie był dodatni, ale od 2007 r. wykazywał tendencję spadkową



Ryc. 4 Przeciętne trwanie życia w latach 2000-2010

Źródło: Opracowanie na podstawie Roczników Demograficznych GUS

Na powyższej rycinie wyraźnie widać tendencję wzrostową długości przeciętnego trwania życia. W 2010 r. w województwie zachodniopomorskim przeciętna długość życia dla kobiet w 2010r. wynosiła 80,1, dla mężczyzn 71,3 i była krótsza niż w kraju.

5.7 Ruch naturalny ludności w powiecie gryfińskim i gminie Chojna

Tab. nr 8 Ruch naturalny ludności w powiecie gryfińskim i w gminie Chojna w 2010 roku.

WYSZCZEGÓLNIENIE		Gmina Chojna	Powiat gryfiński
Małżeństwa zawarte		110	575
Urodzenia żywe		158	899
Zgony	Ogółem	147	828
	W tym niemowląt	0	4
Przyrost naturalny		11	71
Małżeństwa zawarte		7,8	6,9
Urodzenia żywe		11,27	10,8
Zgony	Ogółem	10,5	10,0
	W tym niemowląt	0	0,01
Przyrost naturalny		0,8	0,9

Źródło: Opracowanie e na podstawie danych z Głównego Urzędu Statystycznego i Urzędu Stanu Cywilnego w Chojnie.

Analiza powyższej tabeli przedstawiającej gminę Chojna na tle powiatu gryfińskiego w ruchu naturalnym ludności w 2010r. wskazuje na niewielkie różnice. Wskaźniki urodzeń żywych, zgonów, i zawartych małżeństw były wyższe w gminie z kolei wskaźnik przyrostu naturalnego był wyższy w powiecie gryfińskim

5.8 Niepełnosprawność

W powiecie gryfińskim częstość występowania niepełnosprawności w 2002r. kształtowała się na poziomie 142 osób niepełnosprawnych na 1000 ludności. W województwie zachodniopomorskim wskaźnik ten wynosił 137 osób, a w Polsce był wyższy i wynosił 143 osoby. W województwie zachodniopomorskim większe natężenie niepełnosprawności odnotowano wśród kobiet oraz wśród ludności z obszarów wiejskich. W 2004r. w grupie wiekowej powyżej 15 lat najwięcej było osób niepełnosprawnych mających uszkodzony i chory narząd ruchu – 119,5 tys. osób. Zdecydowany wzrost niepełnosprawności następuje dla grupy wiekowej 45 lat i więcej.

Jak wynika z analizy przedstawionej przez Urząd Statystyczny w Szczecinie liczba osób niepełnosprawnych w województwie wzrasta. (Urząd Statystyczny w Szczecinie, 2011)

6 Zabezpieczenie świadczeń zdrowotnych

Informacje dotyczące zabezpieczenia świadczeń zdrowotnych opracowano na podstawie danych z Niepublicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej „SALUS” w Chojnie oraz z Wojewódzkiego Ośrodka Medycyny Pracy – Zachodniopomorskie Centrum Leczenia i Profilaktyki Przychodnia Kolejowa nr 9 w Chojnie, a także ze strony internetowej Zachodniopomorskiego Narodowego Funduszu Zdrowia w Szczecinie.

Tab. nr 9 Świadczenia medyczne w ramach Narodowego Funduszu Zdrowia na terenie gminy Chojna w 2011r.

	Zakres działania	Świadczeniodawca
Lekarz Rodzinny	-podstawowa opieka zdrowotna dla dorosłych i dzieci -badania profilaktyczna -badania laboratoryjna -szczepienia ochronne	1. Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej „SALUS” w Chojnie
Pielęgniarka środowiskowo-rodzinna	-opieka pielęgniarska domowa -zabiegi w domu pacjenta -edukacja prozdrowotna	2. Wojewódzkiego Ośrodka Medycyny Pracy – Zachodniopomorskie Centrum Leczenia i Profilaktyki Przychodnia Kolejowa nr 9 w Chojnie
Położna środowiskowo-rodzinna	-opieka nad noworodkiem i położnicą -opieka domowa w schorzeniach ginekologicznych	
Rehabilitacja lecznicza	Fizjoterapia ambulatoryjna	Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej „VERTEBRON”
Stomatologia	Świadczenia ogólnostomatologiczne	Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "CENTROMED"
Specjalistyka	Poradnia ginekologiczno-położnicza	Zakład Opieki Zdrowotnej FEMINA

Źródło: opracowanie na podstawie danych z Zachodniopomorskiego Narodowego Funduszu Zdrowia

7 Oświata

Na terenie gminy Chojna działają następujące placówki oświatowe:

1 przedszkole : Przedszkole Miejskie w Chojnie – 179 miejsc

5 szkół podstawowych: Szkoła Podstawowa nr 2 w Chojnie – 586 uczniów
 Szkoła Podstawowa w Brwicach – 130 uczniów
 Szkoła Podstawowa w Grzybnie – 113 uczniów
 Szkoła Podstawowa w Krzymowie – 83 uczniów
 Szkoła Podstawowa w Nawodnej – 109 uczniów

1 gimnazjum: Gimnazjum im. Janusza Korczaka w Chojnie – 479 uczniów

8 Pomoc społeczna

Na terenie miasta i gminy Chojna funkcja opieki społecznej pełniona jest przez Ośrodek Pomocy Społecznej mieszczący się w budynku Rady Miejskiej. Ośrodek ten poza zadaniami wynikającymi z ustawy o pomocy społecznej, wykonuje szereg prac dodatkowych m.in. z zakresu poradnictwa i pomocy w załatwianiu spraw dotyczących podopiecznych, organizacji wycieczek dla dzieci z rodzin ubogich. Z inicjatywy Ośrodka powstał w Chojnie Środowiskowy Dom Pomocy Społecznej.

9 Sytuacja zdrowotna mieszkańców gminy Chojna

Analiza sytuacji zdrowotnej mieszkańców Gminy Chojna została przeprowadzona na podstawie dostępnych danych epidemiologicznych dla powiatu gryfińskiego oraz danych zawartych w informatorze statystycznym ochrony zdrowia dla województwa zachodniopomorskiego za 2010 rok.

9.1 Diagnoza stanu zdrowia mieszkańców

9.1.1 Przyczyny zgonów w 2009r.

Tab. nr 10 Zgony według przyczyn w 2009 r. w woj. zachodniopomorskim i powiecie gryfińskim.

	Zgony ogółem	W tym z powodu							
		chorób układu krążenia	Nowotworów	zew. przyczyn zgonów	chorób układu trawien-nego	chorób układu oddechowego	objawów, cech chorobowych i nieprawidłowych wyników badań klinicznych i laboratoryjnych	zaburzenia wydzielania wewnętrznego, stanu odżywiania	pozo-stałych
Województwo zachodniopomorskie	16371	7253	4285	1251	728	793	1022	307	732
Województwo zachodniopomorskie Wskaźnik na 10 tys. ludności	96,7	42,8	25,3	7,4	4,3	4,7	6,0	1,8	4,3
Powiat gryfiński	759	324	189	60	32	40	46	18	50
Powiat gryfiński Wskaźnik na 10 tys. ludności	91,4	39,0	22,7	7,2	3,9	4,8	5,5	2,2	6,0

Źródło: Informator statystyczny ochrony zdrowia dla województwa zachodniopomorskiego za 2010 rok.

Na terenie województwa zachodniopomorskiego i powiatu gryfińskiego, podobnie jak w całym kraju, choroby układu krążenia stanowią jedną z głównych przyczyn zgonów. Jak wynika z powyższej tabeli najwięcej mieszkańców powiatu gryfińskiego zmarło właśnie z powodu chorób układu sercowo- naczyniowego (40,7% wszystkich zgonów). Na kolejnym miejscu pod względem liczby

zgonów usytuowały się choroby nowotworowe (23,8% wszystkich zgonów) i zewnętrzne przyczyny zachorowania i zgonu (7,5% wszystkich zgonów).

Tab. nr 11 Wybrane przyczyny zgonów według płci w 2009 r. w woj. zachodniopomorskim i powiecie gryfińskim.

	Choroby układu krążenia			Nowotwory			Zewnętrzne przyczyny zgonu		
	ogółem	mężczyźni	kobiety	ogółem	mężczyźni	kobiety	ogółem	mężczyźni	kobiety
Województwo zachodniopomorskie	7253	3549	3704	4285	2380	1905	1251	953	298
Powiat gryfiński	324	156	168	189	99	90	60	44	16

Zródło: Informator statystyczny ochrony zdrowia dla województwa zachodniopomorskiego za 2010 rok.

Tab. nr 12 Główne przyczyny zgonów w województwie zachodniopomorskim w 2009r.

Przyczyny zgonów	Mężczyźni	
	Liczba zgonów	% ogólnej liczby zgonów mężczyzn
Choroby układu krążenia	3549	39,8
Nowotwory	2380	26,7
Zewnętrzne przyczyny zgonów	953	10,7
Objawy, cechy chorobowe i nieprawidłowe wyniki badań klinicznych	646	7,2
Choroby układu oddechowego	461	5,2
Choroby układu trawiennego	418	4,7
Zaburzenia wydzielania wewnętrznego, stanu odżywiania i przemiany	127	1,4
Choroby układu moczowo płciowego	123	1,4
Przyczyny zgonów	Kobiety	
	Liczba zgonów	% ogólnej liczby zgonów kobiet
Choroby układu krążenia	3704	49,7
Nowotwory	1905	25,6
Zewnętrzne przyczyny zgonów	376	5,0
Objawy, cechy chorobowe i nieprawidłowe wyniki badań klinicznych	332	4,5
Choroby układu oddechowego	310	4,2
Choroby układu trawiennego	298	4,0
Zaburzenia wydzielania wewnętrznego, stanu odżywiania i przemiany	180	2,4
Choroby układu moczowo płciowego	115	1,5

Zródło: Informator statystyczny ochrony zdrowia dla województwa zachodniopomorskiego za 2010 rok.

W 2009r. w województwie zachodniopomorskim na choroby związane z układem krążenia najczęściej umierały kobiety – prawie 50% ogólnej liczby zgonów kobiet, u mężczyzn odsetek ten był niższy i wynosił 39,8%. Z powodu nowotworu i zewnętrznych przyczyn zgonu częściej umierali mężczyźni – kolejno 26,7% i 10,7%. U kobiet te przyczyny stanowiły 25,6% i 5,0% ogólnej liczby zgonów kobiet.

Tab. nr 13 Zgony na nowotwory złośliwe według przyczyn w 2009r. w woj. zachodniopomorskim i powiecie gryfińskim.

	Zgony ogółem	W tym z powodu nowotworu złośliwego:								
		narządów trawiennych	narządów oddechowych i klatki piersiowej	sutka	żeńskich narządów płciowych	męskich narządów płciowych	układu moczowego	Niedokładnie określony i wtórny	Tkanki krwiotwórczej i limfatycznej	pozostałe
Województwo zachodniopomorskie	4140	1093	1088	214	253	150	230	480	247	385
Województwo zachodniopomorskie Wskaźnik na 1000 ludności	2,44	0,64	0,64	0,13	0,15	0,09	0,14	0,28	0,15	0,23
Powiat gryfiński	182	41	44	10	12	7	8	30	12	18
Powiat gryfiński Wskaźnik na 1000 ludności	2,20	0,49	0,53	0,12	0,14	0,08	0,09	0,36	0,14	0,22

Źródło: Opracowanie na podstawie informatora statystycznego ochrony zdrowia dla województwa zachodniopomorskiego za 2010 rok.

Tab. nr 14 Zgony na nowotwory złośliwe w 2009r. w woj. zachodniopomorskim i powiecie gryfińskim.

	Liczby bezwzględne			Wskaźnik na 100 tys. ludności	
	ogółem	mężczyźni	kobiety	mężczyźni	kobiety
Województwo zachodniopomorskie	4140	2301	1839	280,1	211,0
Powiat gryfiński	182	98	84	238,1	200,3

Źródło: Opracowanie na podstawie informatora statystycznego ochrony zdrowia dla województwa zachodniopomorskiego za 2010 rok.

Tab. nr 15 Zgony na wybrane nowotwory złośliwe wśród mężczyzn w powiecie gryfińskim od 2005 do 2009 roku.

	ogółem	Zgony wśród mężczyzn na nowotwór złośliwy:			
		oskrzela i płuca	jelita grubego	gruczołu krokowego	jądra
2005	120	38	10	10	0
2006	108	46	6	5	0
2007	116	38	9	9	0
2008	98	32	8	7	0
2009	93	25	14	6	1

Źródło: Krajowy Rejestr Nowotworów

Tab. nr 16 Zgony na wybrane nowotwory złośliwe wśród kobiet w powiecie gryfińskim od 2005 do 2009r.

	ogółem	Zgony wśród kobiet na nowotwór złośliwy:			
		oskrzela i płuca	jelita grubego	sutka	szyjki macicy
2005	68	8	5	10	1
2006	76	8	4	8	3
2007	56	7	5	8	1
2008	85	15	9	11	6
2009	84	13	3	10	1

Źródło: Krajowy Rejestr Nowotworów

W powiecie gryfińskim w 2009r. zgony z powodu nowotworów złośliwych dotyczyły przede wszystkim narządów trawiennych i oddechowych w następnej kolejności żeńskich narządów płciowych i sutka. Z powodu nowotworów złośliwych częściej umierali mężczyźni. Tendencję spadkową można zauważyć w grupie mężczyzn w przypadku nowotworu złośliwego oskrzela i płuca.

9.1.2 Zachorowanie na wybrane jednostki chorobowe

Tab. nr 17 Wybrane dane o stanie zdrowia dzieci i młodzieży leczonych w poradniach leczenia podstawowego w województwie zachodniopomorskim w 2010 roku.

Rozpoznanie	Osoby u których stwierdzono schodzenia ogółem	Z tego w wieku:					Osoby, u których stwierdzono schorzenie po raz pierwszy w okresie sprawozdawczym	
		0-2	3-4	5-9	10-14	15-18		
Ogółem	68850	7831	8434	15494	19014	18077	12445	
Nowotwory	756	67	62	151	210	266	235	
Choroby tarczycy	1809	233	173	324	442	637	487	
Cukrzyca	819	14	39	174	268	324	194	
Niedożywienie	698	94	118	143	193	150	173	
Otyłość	5671	211	478	1070	1906	2006	1249	
Zaburzenia odżywiania	655	110	81	160	149	155	171	
Zaburzenie refrakcji i akomodacji oka	4913	124	459	1120	1571	1639	662	
Choroba nadciśnieniowa	1716	88	98	272	467	791	311	
Alergie	dychawica oskrzelowa	15649	1094	2194	4702	4385	3274	2425
	pokarmowe	3986	1320	963	761	556	386	810
	skórne	6928	1872	1508	1526	1207	815	1324
Zniekształcenia kręgosłupa	14740	65	415	2748	5627	5885	1877	

Źródło: Opracowanie na podstawie informatora statystycznego ochrony zdrowia dla województwa zachodniopomorskiego za 2010 rok.

Tab. nr 18 Wybrane dane o stanie zdrowia dzieci i młodzieży leczonych w poradniach leczenia podstawowego w województwie zachodniopomorskim w 2010 roku.

Rozpoznanie	Osoby u których stwierdzono schodzenia ogółem	Z tego w wieku:					Osoby, u których stwierdzono schorzenie po raz pierwszy w okresie sprawozdawczym	
		0-2	3-4	5-9	10-14	15-18		
Wskaźnik na 10 tys. ludności								
Ogółem	2055,8	1464,5	2537,8	1981,3	1201,5	2161,6	371,6	
Nowotwory	22,6	12,5	18,7	19,3	24,3	31,8	7,0	
Choroby tarczycy	54,0	43,6	52,1	41,4	51,2	76,2	14,5	
Cukrzyca	24,5	2,6	11,7	22,3	31,0	38,7	5,8	
Niedożywienie	20,8	17,6	35,5	18,3	22,3	17,9	5,2	
Otyłość	169,3	39,5	143,8	136,8	220,7	239,9	37,3	
Zaburzenia odżywiania	19,6	20,6	24,4	20,5	17,3	18,5	5,1	
Zaburzenie refrakcji i akomodacji oka	146,7	23,2	138,1	143,2	181,9	196,0	19,8	
Choroba nadciśnieniowa	51,2	16,5	29,5	34,8	54,1	94,6	9,3	
Alergie	dychawica oskrzelowa	467,3	204,6	660,2	601,3	507,7	391,5	72,4
	pokarmowe	119,0	246,9	289,8	97,3	64,4	46,2	24,2
	skórne	206,9	350,1	453,8	195,1	139,7	97,5	39,5
Zniekształcenia kręgosłupa	440,1	12,2	124,9	351,4	651,5	703,7	56,0	

Źródło: Opracowanie na podstawie informatora statystycznego ochrony zdrowia dla województwa zachodniopomorskiego za 2010 rok.

Z powyższych danych wynika, że największym problemem zdrowotnym dla młodszych mieszkańców województwa zachodniopomorskiego są alergie zwłaszcza dychawica oskrzelowa

i alergię skórne, zniekształcenia kręgosłupa oraz otyłość. Zniekształcenia kręgosłupa i otyłość najczęściej występowały u dzieci w wieku 10-18 lat.

Tab. nr 19 Wybrane dane o stanie zdrowia osób dorosłych leczonych w poradniach leczenia podstawowego w województwie zachodniopomorskim w 2010 roku.

Rozpoznanie	Osoby u których stwierdzono schodzenia ogółem	Z tego w wieku:				Osoby, u których stwierdzono schorzenie po raz pierwszy w okresie sprawozdawczym
		19-34	35-54	55-64	65 i więcej	
Ogółem	530273	55611	143804	159578	171280	67555
Gruźlica	1031	94	369	293	275	169
Nowotwory	21524	1406	4982	7008	8128	3499
Choroby tarczycy	33899	4082	11469	10153	8195	4411
Cukrzyca	63166	2417	12205	22012	26532	6328
W tym leczeni insuliną	18665	1068	3643	6248	7706	1793
Choroby układu krążenia	293601	14464	69082	98850	111475	27720
w tym:						
przewlekła choroba reumatyczna	5506	377	1349	2162	1618	702
choroba nadciśnieniowa	194894	8347	48530	67325	70692	15515
choroby naczyń mózgowych	18538	473	2312	6076	9677	2640
niedokrwienna choroba serca	65106	1109	10222	22329	31446	5507
w tym przebyty zawał serca	11471	193	2127	4596	4555	1507
Przewlekły nieżyt oskrzeli, dychawica oskrzelowa	53702	7798	13256	15475	17173	5366
Przewlekłe choroby układu trawiennego	83103	15222	25104	21962	20815	8657

Źródło: Opracowanie na podstawie informatora statystycznego ochrony zdrowia dla województwa zachodniopomorskiego za 2010 rok.

Tab. nr 20 Wybrane dane o stanie zdrowia osób dorosłych leczonych w poradniach leczenia podstawowego w województwie zachodniopomorskim w 2010 roku.

Rozpoznanie	Osoby u których stwierdzono schodzenia ogółem	Z tego w wieku:				Osoby, u których stwierdzono schorzenie po raz pierwszy w okresie sprawozdawczym
		19-34	35-54	55-64	65 i więcej	
Wskaźnik na 10 tys. ludności						
Ogółem	3904,3	1282,3	3094,2	6366,8	8191,9	497,4
Gruźlica	7,6	2,2	7,9	11,7	13,2	1,2
Nowotwory	158,5	32,4	107,2	279,6	388,7	25,8
Choroby tarczycy	249,6	94,1	246,8	405,1	391,9	32,5
Cukrzyca	465,1	55,7	262,6	878,2	1269,0	46,6
w tym leczeni insuliną	137,4	24,6	78,4	249,3	368,6	13,2
Choroby układu krążenia	2161,7	333,5	1486,4	3933,1	5331,6	204,1
w tym:						
przewlekła choroba reumatyczna	40,5	8,7	29,0	86,3	77,4	5,2
choroba nadciśnieniowa	1435,0	192,5	1044,2	2686,1	3381,0	114,2
choroby naczyń mózgowych	136,5	10,9	49,7	242,4	462,8	19,4
niedokrwienna choroba serca	479,4	25,6	219,9	890,9	1504,0	40,5
w tym przebyty zawał serca	84,5	4,5	45,8	183,4	217,9	11,1

Przewlekły nieżyt oskrzeli, dychawica oskrzelowa	395,4	179,8	285,2	617,4	821,3	39,5
Przewlekłe choroby układu trawienego	611,9	351,0	540,2	876,2	995,5	63,7

Źródło: Opracowanie na podstawie informatora statystycznego ochrony zdrowia dla województwa zachodniopomorskiego za 2010 rok.

W 2010r. w województwie zachodniopomorskim mieszkańcy najczęściej zgłaszali się do lekarza z powodu chorób układu krążenia przede wszystkim z chorobą nadciśnieniową, z przewlekłymi chorobami układu trawienego oraz z powodu cukrzycy. Nasilenie się powyższych chorób zwiększa się z wiekiem.

Tab. nr 21 Osoby dorosłe leczone z powodu wybranych schorzeń w poradniach lecznictwa podstawowego w 2010r.

Wyszczególnienie		Osoby, u których stwierdzono schorzenie ogółem		Osoby, u których stwierdzono schorzenie po raz pierwszy w okresie sprawozdawczym	
		W liczba bezwzględnych	Wskaźnik na 10 tys. ludności	W liczba bezwzględnych	Wskaźnik na 10 tys. ludności
Choroby układu krążenia	Województwo zachodniopomorskie	293601	2161,7	27720	204,1
	Powiat gryfiński	13556	2081,0	1611	247,3
Nowotwory	Województwo zachodniopomorskie	21524	158,5	3499	25,8
	Powiat gryfiński	923	141,7	185	28,4
Cukrzyca	Województwo zachodniopomorskie	63166	465,1	6328	46,6
	Powiat gryfiński	3098	475,6	422	64,8

Źródło: Opracowanie na podstawie informatora statystycznego ochrony zdrowia dla województwa zachodniopomorskiego za 2010 rok.

W powiecie gryfińskim w poradniach lecznictwa podstawowego z powodu chorób układu krążenia leczyło się 13556 osób w tym po raz pierwszy stwierdzono schorzenie u 1611 osób. Powiat gryfiński jest 12/21 powiatów i miast na prawach powiatu pod względem osób leczonych z powodu chorób układu krążenia.

W powiecie gryfińskim w 2010 r. zanotowano najwięcej nowych zachorowań na cukrzycę.

Tab. nr 22 Zachorowania na nowotwory złośliwe w 2008r.

	Liczby bezwzględne			Wskaźnik na 100 tys. ludności	
	ogółem	mężczyźni	kobiety	mężczyźni	kobiety
Województwo zachodniopomorskie	4991	2345	2646	285,4	303,9
Powiat gryfiński	252	118	134	287,0	319,7

Źródło: Opracowanie na podstawie informatora statystycznego ochrony zdrowia dla województwa zachodniopomorskiego za 2010 rok.

W powiecie gryfińskim częściej występują zachorowania na nowotwory złośliwe niż w województwie zachodniopomorskim.

Tab. nr 23 Zachorowania na wybrane nowotwory złośliwe wśród mężczyzn w powiecie gryfińskim od 2005 do 2009 roku.

	Zachorowanie wśród mężczyzn na nowotwór złośliwy:				
	ogółem	oskrzela i płuca	jelita grubego	gruczołu krokowego	jądra
2005	150	49	14	11	1
2006	119	36	9	11	0
2007	116	43	16	7	1
2008	118	39	20	16	1
2009	118	32	12	18	3

Źródło: Krajowy Rejestr Nowotworów

Na przestrzeni lat 2005-2009 liczba zachorowań na nowotwory złośliwe poszczególnych narządów wśród mężczyzn jest zróżnicowana, wyraźną tendencję spadkową można zaobserwować jedynie od 2007 r. w przypadku płuc i oskrzeli.

Tab. nr 24 Zachorowania na wybrane nowotwory złośliwe wśród kobiet w powiecie gryfińskim od 2005 do 2009r.

	Zachorowanie wśród kobiet na nowotwór złośliwy:				
	ogółem	oskrzela i płuca	jelita grubego	sutka	szyjki macicy
2005	86	13	11	7	4
2006	123	14	11	30	7
2007	103	8	12	27	3
2008	134	18	8	36	11
2009	104	10	11	33	3

Źródło: Krajowy Rejestr Nowotworów

W przypadku kobiet liczba zachorowań na nowotwory złośliwe wybranych narządów jest zróżnicowana i nie można wskazać jednoznacznej tendencji spadkowej. W porównaniu z wyszczególnionymi narządami u kobiet najczęściej występował nowotwór złośliwy sutka. Na stałym poziomie utrzymuje się liczba zachorowań na nowotwór złośliwy jelita grubego.

Tab. nr 25 Liczba zachorowań na nowotwory w województwie zachodniopomorskim z uwzględnieniem wieku i płci w latach 2005-2009.

		0-4	5-9	10-14	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+	ogół
2005	Mężczyźni	8	3	8	11	16	12	16	20	43	133	238	359	323	380	397	283	137	45	2432
	Kobiety	2	2	4	4	14	19	40	46	106	208	342	349	233	272	326	288	187	76	2518
2006	Mężczyźni	2	4	2	10	14	17	17	21	55	118	246	351	289	313	345	319	148	67	2338
	Kobiety	3	4	3	5	10	21	39	56	90	201	326	377	238	252	305	293	202	82	2507
2007	Mężczyźni	7	2	6	10	15	23	18	25	39	102	249	391	338	347	426	289	144	62	2493
	Kobiety	5	3	5	8	7	20	38	60	84	181	372	419	314	288	290	281	173	66	2614
2008	Mężczyźni	8	3	5	5	8	18	17	27	38	92	241	376	357	304	379	268	148	51	2345
	Kobiety	5	5	4	2	16	20	42	48	96	180	329	416	356	283	285	269	195	95	2646
2009	Mężczyźni	9	5	4	13	14	18	23	20	29	89	213	375	429	314	376	300	136	71	2438
	Kobiety	13	1	4	5	8	24	47	47	81	173	316	427	365	264	295	290	191	109	2660

Źródło: Opracowani na podstawie Krajowego Rejestru Nowotworów

Powyższa tabela dostarcza nam informacji, że liczba zachorowań na nowotwory wzrasta wraz z wiekiem, najczęściej wśród kobiet po 45 roku życia.

10 Zadania realizowane przez Gminę w zakresie promocji zdrowia i profilaktyki w latach 2005-2010

Gmina Chojna na przestrzeni analizowanych lat zorganizowała i sfinansowała następujące badania profilaktyczne:

- Badanie mammograficzne realizowane co roku dla ok. 500 kobiet
- Badanie cytologiczne zrealizowane w 2009r. dla 250 kobiet
- Badani słuchu zrealizowane w 2010r. dla 150 mieszkańców gminy

11 Założenia strategii

11.1 Cel główny strategii

Głównym celem Strategii Ochrony i Promocji Zdrowia Mieszkańców Gminy Chojna na lata 2012 – 2015 jest :

„Poprawa stanu zdrowia i związanej z nim jakości życia mieszkańców gminy oraz zmniejszenie nierówności w zdrowiu”

11.2 Cele strategiczne

1. Rozwój działań profilaktycznych w zakresie zapobiegania i wczesnego wykrywania chorób układu krążenia.
2. Rozwój działań profilaktycznych w zakresie zapobiegania i wczesnego wykrywania chorób nowotworowych.
3. Rozwój działań profilaktycznych w zakresie zapobiegania i wczesnego wykrywania przewlekłych chorób układu oddechowego.
4. Podniesienie świadomości zdrowotnej społeczeństwa oraz upowszechnienie wiedzy z zakresu zdrowego stylu życia i możliwości oddziaływania na własne zdrowie.
5. Zmniejszenie narażenia na czynniki szkodliwe w środowisku pracy i nauki.

11.3 Cele operacyjne

11.3.1 Cel operacyjny nr 1 - Zmniejszenie zachorowalności i umieralności z powodu chorób układu krążenia

Uzasadnienie:

Choroby układu sercowo-naczyniowego są najczęstszą przyczyną zgonów i jednym z najczęstszych powodów inwalidztwa w naszym kraju. Rokrocznie z tego powodu umiera ponad 170.000 kobiet i mężczyzn, najczęściej na skutek zawału serca, choroby wieńcowej, chorób naczyń mózgu czyli tzw. udarów. (POLKARD 2010-2012, Program Pamiętaj o Sercu)

Z danych Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego wynika, że na skutek zawału serca umiera codziennie w naszym kraju około 100 osób, a ogółem z powodu chorób układu krążenia umiera prawie 500 osób każdego dnia. Wiele tych zgonów – prawie co piąty – to zgon przedwczesny, dotyczący ludzi poniżej 65. roku życia. Choroby układu krążenia są również jedną z głównych przyczyn chorób przewlekłych, wymagających wieloletniego i kosztownego leczenia. Powodują konieczność wielokrotnych hospitalizacji pacjentów, prowadzą do pogorszenia ich sprawności, a często ograniczają zdolność człowieka do codziennego normalnego funkcjonowania. Mają także negatywne skutki dla rynku pracy i generują bardzo duże koszty społeczno-ekonomiczne. Ocenia się, że roczny koszt leczenia chorób serca i naczyń w skali całej Europy wynosi prawie 200 miliardów euro.(Goniewicz, 2011)

W powiecie gryfińskim choroby układu krążenia również stanowią pierwszą pod względem występowania przyczynę zachorowalności i umieralności wśród mieszkańców. Można przypuszczać, że w gminie Chojna tendencje są podobne.

Zwracając uwagę na skutki jakie niosą ze sobą choroby układu krążenia i ich częstość występowania, wyłoniony cel operacyjny wydaje się być jednym z istotniejszych.

Grupa docelowa:

Cel operacyjny nr 1 adresowany jest do wszystkich mieszkańców gminy Chojna. Jak wynika z przeprowadzonych analiz grupa wiekowa po 35 r.ż. najczęściej boryka się chorobami układu krążenia zwłaszcza z nadciśnieniem tętniczym. Częstość występowania tych schorzeń wzrasta proporcjonalnie z wiekiem.

Należy aktywnie oddziaływać na osoby przed 35 rokiem życia by uniknąć rozwoju tych chorób, a także na osoby po 35 roku życia by jak najwcześniej je wykryć, opóźnić ich rozwój i zmniejszyć przedwczesną umieralność.

Proponowane zadania:

1. Zwiększenie aktywności fizycznej wśród mieszkańców.
2. Podniesienie poziomu wiedzy na temat zdrowego odżywiania.
3. Zwiększenie świadomości na temat konieczności regularnego wykonywania badań profilaktycznych i zażywania leków.
4. Umożliwienie mieszkańcom wykonania bezpłatnych badań profilaktycznych.

11.3.2 Cel operacyjny nr 2 - Zmniejszenie zachorowalności i umieralności z powodu chorób nowotworowych.

Uzasadnienie:

Choroby nowotworowe, zaraz po chorobach układu krążenia, stanowią najpoważniejszy i stale narastający problem zdrowotny. Rak przedwcześnie przerywa życie co czwartego Europejczyka. Najbardziej oczywistym sposobem zapobiegania zgonom z powodu nowotworów, zwłaszcza złośliwych jest eliminowanie bądź modyfikowanie czynników ryzyka, których rola w etiologii tych chorób została potwierdzona. Nowotwory rozwijają się długo i zwykle w początkowym stadium są bezobjawowe. Dla wielu chorych szansa na wyleczenie znacznie wzrasta, jeśli nowotwór zostanie rozpoznany we wczesnym stadium. Daje to priorytet dla promocji zdrowia i badań przesiewowych. Rak płuca u mężczyzn stał się pierwszą lokalizacją nowotworową w Polsce, w której po skutecznej interwencji (zmniejszenie częstości palenia) liczba zachorowań ciągle spada. To pozytywne zjawisko jest efektem zmniejszającej się częstości palenia przez mężczyzn (z 63% w 1982 r. do 35% w 2007 r.). (Zatoński, 2010)

Ograniczenie ekspozycji na rakotwórcze składniki dymu tytoniowego oraz na inne czynniki kancerogenne wynikające ze stylu życia jest najważniejszym punktem aktywnego oddziaływania na społeczeństwo. Istotne jest także wczesne wykrywanie i leczenie, szczególnie skuteczne w wypadku raka szyjki macicy, piersi i jelita grubego.

W powiecie gryfińskim choroby nowotworowe również zajmują drugie miejsce pod względem umieralności. Widoczny jest także, podobnie jak w statystyce krajowej, spadek zachorowań na nowotwory złośliwe oskrzela i płuca wśród mężczyzn, jest to pozytywna tendencja zwłaszcza, że w porównaniu do pozostałych nowotworów w 2009r. spowodowały one najwięcej zgonów. Wśród kobiet dużo zachorowań występuje w przypadku raka sutka. Może być to wynikiem prowadzonych badań profilaktycznych i wczesnego wykrycia, dlatego działania te należy kontynuować. W powiecie gryfińskim widać też zachorowania na nowotwór złośliwy jelita grubego, który w przypadku obu płci nie wykazuje tendencji spadkowych w zakresie zachorowalności i umieralności. Biorąc pod uwagę statystykę krajową, wojewódzką i powiatową oraz panujące podobne trendy dotyczące chorób nowotworowych można przypuszczać, że w gminie Chojna sytuacja jest zbliżona.

Grupa docelowa:

Adresatami celu operacyjnego nr 2 są wszyscy mieszkańcy gminy Chojna bez względu na wiek i płeć. Wynika to z faktu, że należy podnosić wiedzę i świadomość zdrowotną mieszkańców już od najmłodszych lat, promując zachowania prozdrowotne. Edukacja zdrowotna wprowadzana w we wczesnym wieku gwarantuje wysoki poziom wiedzy na temat zdrowia i zrozumienie konieczności

wykonywania badań profilaktycznych w kierunku chorób nowotworowych w okresie późniejszym. Dzięki temu prowadzone akcje profilaktyczne znajdą swoich odbiorców.

Proponowane zadania:

1. Edukacja zdrowotna skierowana na czynniki ryzyka chorób nowotworowych
2. Zmniejszenie rozpowszechnienia palenia tytoniu w gminie, uwzględniając palenie bierne.
3. Przeprowadzenie zorganizowanych badań przesiewowych w kierunku chorób nowotworowych przy współpracy z innymi instytucjami samorządu terytorialnego oraz organizacjami pozarządowymi

11.3.3 Cel operacyjny nr 3 - Zwiększenie wiedzy na temat cukrzycy typu 2 wśród mieszkańców gminy.

Uzasadnienie:

Cukrzyca jest przewlekłym i stale rosnącym problemem zdrowotnym, który dotyczy wszystkich bez względu na wiek i płeć. Powoduje liczne schorzenia układu sercowo-naczyniowego, utratę wzroku i kończyn, a także zaburza prawidłowe funkcjonowanie nerek, nierzadko powoduje przedwczesną śmierć chorego. Znaczny wzrost zachorowania na tę chorobę sprawił, że uznano ją za epidemię XXI wieku. Prognozy Światowej organizacji Zdrowia (WHO) przewidują, że w latach 1995-2025 liczba osób z cukrzycą w krajach gospodarczo i społecznie rozwiniętych zwiększy się do 43%, a w krajach rozwijających się (w tym w krajach Europy Środkowej i Wschodniej, a więc także w Polsce) aż o 170%. (WHO, 1998)

Wskaźnik chorobowości z powodu cukrzycy, wg WHO w krajach regionu europejskiego zawiera się w granicach 3 - 6%. W Polsce wyliczono, że standaryzowany wskaźnik chorobowości z powodu cukrzycy typu 2 znanej i nieznanej dla całej populacji Polski wynosi 5,37%. Wskaźnik chorobowości z powodu cukrzycy dla populacji powyżej 35 r.ż. jest co najmniej dwukrotnie wyższy. (Czech, 2005) Cukrzyca powoduje znaczne obciążenie ekonomiczne dla całego społeczeństwa, jak też dla chorych i ich rodzin. Istotne z punktu widzenia rozpoznania i zapobiegania cukrzycy jest wczesne jej rozpoznanie. Przedwczesna umieralność z powodu cukrzycy, dotycząca wieku produkcyjnego populacji a także wzrastająca liczba niezdolności do pracy spowodowana powikłaniami cukrzycy pociągają za sobą znaczne obciążenia finansowe ze strony państwa. W Polsce na cukrzycę choruje ponad 2 mln osób. Wszystkie prognozy wskazują, iż liczba ta będzie wzrastać w najbliższych latach. (Narodowy Program Przeciwdziałania Chorobom Cywilizacyjnym 2010-2011)

W województwie zachodniopomorskim liczba zachorowań na cukrzycę znajduje się na 3 pozycji zaraz po chorobach układu trawiennego i chorobach układu krążenia. Znaczny (5-krotny) wzrost zachorowań obserwuje się przede wszystkim u osób po 34 roku życia.

W powiecie gryfińskim w 2010r. w odniesieniu do pozostałych powiatów województwa zachodniopomorskiego zanotowano najwięcej nowych zachorowań na cukrzycę. W gminie Chojna biorąc pod uwagę skutki jakie niesie ze sobą cukrzyca i skalę powszechności występowania należy podjąć działania, mające na celu odwrócenie tych niekorzystnych trendów i promowanie wiedzy o istocie choroby i rozpowszechnienie wśród mieszkańców postaw prozdrowotnych.

Grupa docelowa:

Cel operacyjny nr 3 adresowany jest do wszystkich mieszkańców gminy Chojna w każdym wieku, ze szczególnym uwzględnieniem osób przed 35 r.ż., ze względu na zwiększającą się ilość zachorowań obserwowaną po 35 r.ż. Należy podjąć działania ukierunkowane na te osoby, które mogą zmienić swój styl życia i uniknąć cukrzycy.

Proponowane zadania:

1. Umożliwienie pacjentom wykonania bezpłatnych badań diagnostyczno-profilaktycznych w kierunku cukrzycy
2. Edukacja zdrowotna dotycząca czynników ryzyka cukrzycy dla osób zdrowych.
3. Edukacja zdrowotna dotycząca postępowania w cukrzycy dla osób chorych.
4. Zwiększenie aktywności fizycznej.
5. Podniesienie poziomu wiedzy na temat zdrowego odżywiania.

11.3.4 Cel operacyjny nr 4 - Zmniejszenie występowania otyłości wśród mieszkańców ze szczególnym uwzględnieniem dzieci i młodzieży.

Uzasadnienie:

Nadwagę i otyłość można określić podobnie jak cukrzycę mianem epidemii XXI wieku. Światowa Organizacja Zdrowia podaje, że w Polsce nadwagę ma 45,6% osób, a na otyłość choruje 18% społeczeństwa. (Napierała, Majkowska, 2011) Badania przeprowadzone w 2000 r. przez Instytut Żywności i Żywienia w Warszawie pokazały, że ponad 50% osób dorosłych w wieku 19-59 lat cierpi na nadwagę bądź otyłość. W starszych grupach wiekowych 40-59 lat ponad 60% osób ma nadmierną masę ciała. W badaniach tych stwierdzono, że częstość występowania nadwagi i otyłości ma tendencję wzrostową. U osób otyłych wzrasta ryzyko rozwoju chorób układu krążenia, cukrzycy typu II, kamicy żółciowej, niektórych nowotworów, zespołu nocnego bezdechu i schorzeń układu kostno-stawowego. Nadwaga i otyłość w coraz większym stopniu dotyka także dzieci i młodzież. Według badań ogólnopolskich przeprowadzonych przez Instytut Żywności i Żywienia w 2000 r., wystąpiły one u 12,6% chłopców i u 12,2% dziewcząt (1-18 lat). Zgodnie z badaniami przeprowadzonymi w kraju, zaledwie 30% młodzieży uczestniczy w zajęciach poprawiających sprawność fizyczną w czasie wolnym od zajęć, a odsetek ten zmniejsza się drastycznie do 5% w wieku dojrzałym. W ostatnim dziesięcioleciu pogorszeniu uległa sprawność fizyczna młodzieży, mierzona międzynarodowymi testami. (Przewęda, 2003, Charzewska, 2004) Stwierdzono również, że poziom aktywności fizycznej osób dorosłych w Polsce jest jednym z najniższych w Europie. W klasyfikacji krajów na podstawie kryterium „sedentarnego” stylu życia, Polska zajmuje niechlubne pierwsze miejsce (72,9% zbadanych osób). (Ministerstwo Zdrowia, 2007)

W województwie zachodniopomorski problem otyłości odnotowano przede wszystkim u dzieci. Zauważono że otyłość wzrasta wraz z wiekiem i stanowi 3 poważny problem zdrowotny wśród tej grupy zaraz po alergiach i zniekształceniach kręgosłupa.

Grupa docelowa:

Cel operacyjny nr 4 adresowany jest do wszystkich mieszkańców ze szczególnym uwzględnieniem dzieci od 3 r.ż, gdyż od tego wieku obserwowany jest kilkukrotny wzrost występowania otyłości. Należy od najmłodszych lat wyrabiać u dzieci prawidłowe nawyki żywieniowe oraz uczyć zachowań umożliwiających utrzymanie właściwej masy ciała.

Proponowane zadania:

1. Zwiększenie aktywności fizycznej u dzieci.
2. Zwiększenie wiedzy na temat zdrowego odżywiania oraz skutków psychospołecznych i zdrowotnych powiązanych z otyłością
3. Zwiększenie wiedzy i umiejętności na temat zdrowego przygotowywania posiłków.

11.3.5 Cel operacyjny nr 5 - Zapobieganie występowaniu próchnicy wśród dzieci i młodzieży z terenu gminy Chojna.

Uzasadnienie:

Próchnica zębów w Polsce obejmuje całą populację i jest zaliczana do chorób społecznych, uwarunkowanych między innymi nieprawidłowymi zachowaniami zdrowotnymi. Jest to choroba polegająca na niszczeniu i rozkładzie twardych tkanek zęba, czyli zębiny i szkliwa. Destrukcja ta jest efektem skumulowanego działania takich czynników jak: bakterie, cukry zawarte w pokarmach słodkich, wrażliwość zębiny i szkliwa i czasu ekspozycji na powyższe czynniki. Badania przeprowadzone w różnych regionach kraju, w odniesieniu do niektórych grup dzieci i młodzieży wykazują, że próchnica występuje u ok. 92% populacji polskich 12-latków i 87% 6-latków. Dla porównania, w Unii Europejskiej choroba ta dotyka około 50% dzieci 6-letnich. Również pod względem intensywności choroby próchnicowej zębów dzieci 5-7-letnich Polska nie przedstawia się najlepiej – znajdujemy się na przedostatnim miejscu spośród 24 krajów europejskich. (Kalińska, 2009) Największy wzrost częstości zachorowania na próchnicę ma miejsce między 2 i 3 (35%-50%) oraz 3 i 4 (56%-60%) rokiem życia. (Woynarowska, 1995) Ogólnopolskie badania epidemiologiczne dzieci w wieku 3 lat wykonane w latach 2002 i 2009 wykazały utrzymującą się na wysokim poziomie zarówno frekwencję (odpowiednio 56,2% i 57,2%) jak i intensywność próchnicy (wartości puw/z odpowiednio 2,9 i 2,7). Ujawniły ponadto, że 46% matek dzieci 3-letnich nie było dotąd z dzieckiem u stomatologa, a ponad połowa (56,3%) nie interesuje się stanem uzębienia swych dzieci. (Kaczmarek, 2010)

Grupa docelowa:

Cel operacyjny nr 5 adresowany jest do dzieci zamieszkujących teren gminy Chojna w wieku 3- 10 lat. Należy od najmłodszych lat uczyć dzieci prawidłowych nawyków dbania o higienę jamy ustnej.

Proponowane zadania:

1. Przeprowadzenie fluoryzacji wśród dzieci w wieku wczesnoszkolnym.
2. Zwiększenie wiedzy na temat mechanizmów powstania próchnicy i uznanych czynników ryzyka.
3. Zwiększenie świadomości na temat prawidłowego dbania o higienę jamy ustnej wśród dzieci i ich rodziców.

11.3.6 Cel operacyjny nr 6 - Zmniejszenie narażenia na ponadnormatywny hałas w placówkach oświatowych.

Uzasadnienie:

Hałas to wszelkie niepożądane, nieprzyjemne, uciążliwe lub szkodliwe dźwięki oddziałujące na zmysł i narząd słuchu, na inne zmysły oraz inne części organizmu człowieka. (Engel, 2001) Jest jednym z najbardziej dotkliwych czynników, które zakłócają jakość edukacji w obiektach szkolnych.

Gdy staje się zbyt uciążliwy, ludzie są poirytowani i odczuwają napięcie. Jednocześnie utrudnia komunikacją między uczniami a nauczycielem, obniżając efektywność nauczania. Wysoki poziom hałasu ma istotny wpływ na komfort pracy nauczycieli oraz szybkość przyswajania wiedzy przez uczniów.

Źródłem hałasu w salach szkolnych są głównie uczniowie rozmawiający na korytarzach i w sąsiednich pomieszczeniach, odgłosy przesuwanych krzeseł czy dźwięki dobiegające z instalacji grzewczych i klimatyzacyjnych.

Przy wartościach natężenia hałasu powyżej 65 dB ma miejsce wyraźne nasilenie stanów irytacji i napięć emocjonalnych. Jednakże oddziaływanie hałasu nie ogranicza się tylko do sfery psychicznej, przyczynia się także do wielu zaburzeń ogólnoustrojowych.

W 2006r. w Gimnazjum nr 1 im Ojca Świętego Jana Pawła II w Rabie Wyżnej przeprowadzono badania sprawdzające poziom hałasu w szkole przed lekcjami i w czasie przerw. Średni poziom natężenia hałasu przed lekcjami w godz. 7.30-8.00 wynosił ok. 92db. W czasie poszczególnych przerw średni poziom hałasu miesił się między 85db-89db. Jest to natężenie powodujące liczne schorzenia organizmu ludzkiego, uniemożliwiają zrozumiałość mowy nawet z odległości 0,5 m. (Karkoszka, 2006)

W 2008 roku Politechnika Gdańska i Instytut Fizjologii i Patologii Słuchu przeprowadzali w podstawówkach w Warszawie również badanie dotyczące poziomu natężenia hałasu. Podczas przerw poziom hałasu dochodził nawet do 110 decybeli, podczas gdy dopuszczalna norma w Polsce wynosi 85 decybeli. Średni poziom hałasu to 90 dB, czyli nieco powyżej progu uszkodzenia słuchu. Tyle decybeli ma także dźwięk szkolnego dzwonka.

Uczniowie przebywający w takich warunkach mogą mieć trudności w nauce i narażeni są na trudne do wykrycia i leczenia zaburzenia słuchu. Według prof. Henryka Skarżyńskiego dyrektora Instytutu Fizjologii i Patologii Słuchu dzieci prawidłowo słyszące pod wpływem hałasu w szkole zachowują się tak jak te z zaburzeniami centralnymi słuchu. Nie dociera do nich część informacji przekazywanych przez nauczyciela.

Naukowcy ostrzegają, że w szkołach jest za głośno, uczniowie nie mogą efektywnie przyswajać wiedzy nawet po krótkotrwałej obecności w takich warunkach. Specjaliści twierdzą, że w rozwiązaniu problemu hałasu może pomóc objęcie uczniów ze szkół w całej Polsce programem badań słuchu oraz zmniejszenie natężenia hałasu. Według naukowców, w walce z hałasem pomóc może też wyciszenie korytarzy szkolnych. (Życie Warszawy, 2008)

Grupa docelowa:

Cel operacyjny nr 6 adresowany jest przede wszystkim do pracowników i uczniów placówek oświatowych, którzy są narażeni na negatywny wpływ hałasu podczas pracy i nauki.

Proponowane zadania:

1. Zwiększenie świadomości uczniów na temat negatywnego wpływu hałasu.
2. Przeprowadzenie badań, które określą poziom hałasu i pomogą zdiagnozować ten problemu w placówkach oświatowych w Gminie Chojna.
3. Podjęcie działań ograniczających ponad normatywny poziom hałasu.

11.3.7 Cel operacyjny nr 7 - Tworzenie warunków do zdrowego i aktywnego życia osób starszych i niepełnosprawnych w gminie.

Uzasadnienie:

W ostatnich dziesięcioleciach w Europie wyraźnie zaznaczyła się tendencja starzenia się społeczeństw. W krajach europejskich co 7 osoba jest w wieku powyżej 65 roku życia podczas gdy liczba osób w przedziale 0-19 lat wyraźnie się zmniejsza. Odnotowywany jest również spadek przyrostu naturalnego oraz wydłużenie trwania życia. (Narodowy Program Zdrowia na lata 2007-2015) Według prognozy GUS liczba osób w wieku poprodukcyjnym może zwiększyć się do 9,6 mln w 2030 r. Z analizy sytuacji demograficznej i funkcjonowania rodzin wynika, że postępującemu procesowi starzenia się społeczeństwa towarzyszy spadek współczynnika urodzeń, emigracja młodszych roczników, utrzymujące się duże zróżnicowanie społeczne i przestrzenne, pogorszenie warunków bytu wielu rodzin (Rządowa Rada Ludnościowa, 2008)

W gminie Chojna wskaźnik przyrostu naturalnego jest dodatni ale wykazuje tendencję malejącą. Liczba osób po 65 r.ż. od trzech lat utrzymuje się na stałym poziomie (10,8%), natomiast niepokojącym jest fakt stale malejącej liczby osób w wieku przed produkcyjnym.

Zgodnie z wynikami Narodowego Spisu Powszechnego Ludności i Mieszkań przeprowadzonego

w 2002 roku, odsetek osób niepełnosprawnych stanowi 14,3% ludności Polski, co oznacza, że co siódmy mieszkaniec naszego kraju jest osobą niepełnosprawną. Dodatkowo, starzenie się społeczeństwa oraz postęp medycyny wskazują, że procent osób zagrożonych niepełnosprawnością będzie stale wzrastał. W powiecie gryfińskim na 1000 osób przypadają 142 osoby niepełnosprawne.

Jak wynika z analizy Urzędu Statystycznego w Szczecinie wskaźnik ten stale wzrasta. Niepełnosprawność dotyka osób najczęściej po 45 r.ż. i najczęściej dotyczy uszkodzenia bądź choroby narządu ruchu.

W strategii „Zdrowie dla wszystkich w XXI wieku”, zostało ujęte zdrowie ludzi starszych. Zakłada ona, że osoby w wieku powyżej 65 lat powinny mieć możliwość satysfakcji ze swojego pełnego potencjału zdrowotnego i pełnionej roli społecznej. Starzenie się społeczeństwa powoduje konieczność zapewnienia opieki medycznej oraz psychologicznej osobom w podeszłym wieku. Ważne jest nie tylko dbanie o ich kondycję fizyczną, ale także, a może przede wszystkim, zapewnienie im zadowolenia z życia, poczucia satysfakcji z bliskich więzi oraz sprawności intelektualnej. Również osoby niepełnosprawne nie powinny czuć się wykluczone ze społeczeństwa, dlatego też należy zapewnić im możliwość czynnego udziału w społecznym i ekonomicznym życiu społeczeństwa..

Grupa docelowa:

Cel operacyjny nr 7 adresowany jest do osób starszych w wieku emerytalnym oraz osób z niepełnosprawnością fizyczną, psychiczną lub umysłową – niezależnie od wieku. Należy podjąć próbę stworzenia takich warunków tym osobom, aby najlepiej umożliwić im włączenie się lub całkowity powrót do czynnego życia.

Proponowane zadania:

1. Zainicjowanie powstania klubów seniora w gminie bądź rozwój tych struktur w istniejących już organizacjach.
2. Rehabilitacja ruchowa i społeczna seniorów i osób niepełnosprawnych.
3. Rehabilitacja zawodowa osób niepełnosprawnych

12 Pozostałe działania

Pozostałe działania dotyczą zadań, które nie zostały ujęte w powyższych celach operacyjnych. Ich lista jest otwarta a zakres działania ma obejmować zmniejszenie różnic w zdrowiu i dostępności do wybranych świadczeń zdrowotnych w gminie Chojna. Planuje się również zainicjowanie działań związanych z powstaniem gminnego informatora na temat problematyki zdrowotnej.

13 Harmonogram działań

Harmonogram działań będzie ustalany co roku, a jego zakres uzależniony będzie od kwoty przewidzianej w budżecie gminy na realizację celów niniejszej strategii.

14 Finansowanie

Niniejsza strategia w zakresie udzielania zamówień na świadczenia zdrowotne jest finansowana głównie ze środków gminy Chojna, a także przy współpracy innych jednostek samorządu terytorialnego. Istnieje możliwość pozyskania dofinansowania w ramach innych mechanizmów finansowych.

15 Ewaluacja poszczególnych celów strategii

Corocznie zostanie sporządzone opracowanie na temat działań przeprowadzonych w ramach strategii - w formie liczbowej oraz opisowej wraz z wnioskami. Rezultaty działania strategii będą oceniane poprzez monitorowanie wskaźników epidemiologicznych. W pierwszym roku działania strategii priorytetem będzie zmniejszenie zachorowalności i umieralności z powodu chorób nowotworowych. 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.

16 Zakończenie

Strategia ma charakter otwarty. Wskaźniki epidemiologiczne dotyczące stanu zdrowia mieszkańców gminy Chojna będą monitorowane na bieżąco. W razie potrzeby strategia będzie modyfikowana.

17 Piśmiennictwo

1. Banaszek M.: Zdrowie jako wartość. (w:) Andruszkiewicz A, Banaszek M.(red.): Promocja zdrowia. Wyd. Czelej Lublin 2008: s.11-13
2. Charzewska J., Jajszyk B., Chabrom E. i wsp.: Uczestnictwo młodzieży w wieku pokwitania w pozalekcyjnych zajęciach sportowych w aspekcie biologicznych i społecznych uwarunkowań w: Uczestnictwo Polaków w rekreacji ruchowej i jego uwarunkowania, pod red. A. Dąbrowskiego. AWF, Warszawa, Płock, 2003, 27-35
3. Czech A.: Dlaczego w Polsce należy pilnie nasilić działania organizacyjne w zakresie prewencji i leczenia cukrzycy i jej powikłań? Poradnik medyczny, 2005
http://www.poradnikmedyczny.pl/mod/archiwum/5991_dlaczego_polsce_nale%C5%BCy.html dn.10.01.12r.
4. Engel Z.: Ochrona środowiska przed drganiem i hałasem. Warszawa, Wyd. Nauk. PWN 2001.
5. Goniewicz M.: Pierwsza pomoc. PZWL, Warszawa, 2011: 55-60
6. Kaczmarek U, Iwańczak B., Pytrus T. i wsp.: Ocena wyników ankiet wypełnionych przez pediatrów i lekarzy rodzinnych dotyczących zdrowia jamy ustnej. Czas. Stomatol., 2010, 63, 11: 693-702
7. Kalińska U., Hartman M., Błońska-Fajfrowska B.: Profilaktyka a stan uzębienia ośmiolatków. Wiadomości lekarskie, 2009,LXII,4; 226-234
8. Karkoszka A, Antolec J.: Raport z przeprowadzonych badań nad hałasem w Gimnazjum nr 1 im Ojca Świętego Jana Pawła II w Rabie Wyżnej, 2006
<http://www.gim1.rabawyzna.pl/index.php/articles/show/51>
9. Karski J.B.: Praktyki i teoria promocji zdrowia. Wyd. CeDeWu, Warszawa 2007: 9-17
10. Kasperek E.; Promocja zdrowia i człowiek współczesny: nadzieje, problemy, kontrowersje. (w:) Głowacka M.D. (red.): promocja zdrowia. Konteksty społeczno-kulturowe. Wyd. Wolumin, Poznań 2000: 202-225
11. Ministerstwo Zdrowia: Narodowy Program Zapobiegania Nadwadze i Otyłości oraz Przewlekłym Chorobom Niezakaźnym poprzez Poprawę Żywienia i Aktywności Fizycznej na lata 2007-2011, 2007
http://www.mz.gov.pl/wwwfiles/ma_struktura/docs/npz_nadwadze_otylosci_25072007.pdf dn. 12.01.12r.
12. Napierała, Majowska L. : Święta, posty, wakacje i weekendy — ich wpływ na sposób odżywiania i zmianę masy ciała. Diabet. Prakt. 2011; 12, 5: 170–174
13. Narodowy Program Przeciwdziałania Chorobom Cywilizacyjnym 2010-2011
http://www.mz.gov.pl/wwwfiles/ma_struktura/docs/program_cheyw_10102011.pdf dn. 10.01.12r.
Narodowy Program Wyrównywania Dostępności do Profilaktyki i Leczenia Chorób Układu Sercowo-Naczyniowego na lata 2010-2012 POLKARD
http://www.mz.gov.pl/wwwfiles/ma_struktura/docs/narprogwyrównywania_22122011.pdf dn. 12.01.12r.

14. Narodowy program Zdrowia na lata 2007-2015
http://www.mz.gov.pl/wwwfiles/ma_struktura/docs/zal_urm_npz_90_15052007p.pdf
15. Ottawa Charter for Health Promotion First International Conference on Health Promotion
Ottawa, 21 November 1986 - WHO/HPR/HEP/95.1
http://www.who.int/hpr/NPH/docs/ottawa_charter_hp.pdf dn. 06.01.2012r.
16. Program Pamiętaj o Sercu http://www.pamietajosercu.pl/artykuly/choroby_ukladu_krazenia/ dn
12.01.12r.
17. Przewęda R., Dobosz J.: Kondycja fizyczna polskiej młodzieży. Studia i Monogr., AWF,
Warszawa, 2003, nr 98
18. Rządowa Rada Ludnościowa: Stanowisko Rządowej Rady Ludnościowej w sprawie
„Starzenie się ludności Polski a zabezpieczenie społeczne”, Warszawa, 2008
http://www.stat.gov.pl/cps/rde/xbcr/bip/BIP_stanowisko_RRL_starzenie_sie_ludnosci_Polski.pdf
19. Słońska Z.: Promocja zdrowia – zarys problematyki. Promocja zdrowia. Nauki Społeczne i
Medycyna 1994; 1-2: 37-52.
20. Słońska Z., Misiuna M.: Promocja zdrowia – słownik podstawowych terminów. Warszawa
1996, <http://zakladepidemiologii.ikard.pl/slownik.htm> dn. 6.01.2012r.
21. Urząd Statystyczny w Szczecinie: Monografia „Osoby niepełnosprawne w województwie
zachodniopomorskim w 2010r.”, Szczecin, 2011 <http://www.stat.gov.pl/szczec>
22. Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze
środków publicznych (Dz. U. 2004 Nr 210 poz. 2135 ze zmianami)
23. Ustawa z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym (Dz. U. 2001 nr 142 poz. 1591)
24. Woynarowska B. Edukacja zdrowotna. Wyd. Naukowe PWN Warszawa 2008.
25. WHO: Diabetes, <http://www.euro.who.int/en/what-we-do/health-topics/noncommunicable-diseases/diabetes>
dn. 12.01.12r.
26. Woynarowska B., Oblacińska A., Wojciechowska A.: Zdrowie jamy ustnej u dzieci,
młodzieży i kobiet ciężarnych. Wyd. WAREXPO, warszawa 1995: 12, 15
27. WHO, Global Burden of Diabetes, Press Release WHO/63, Geneva 1998 <http://www.who.int/inf-pr-1998/en/pr98-63.html> dn. 12.01.12r.
28. Zachodniopomorski Urząd Wojewódzki: Informator statystyczny ochrony zdrowia dla
województwa zachodniopomorskiego za 2010 rok, Szczecin, 2011
29. Zatoński W.: Europejski Kodeks Walki z Rakiem, Centrum Onkologii – Instytut im. Marii
Skłodowskiej-Curie, Warszawa 2010
30. Życie Warszawy: Poziom hałas w szkole przekracza dopuszczalne normy, 2008
<http://www.biomedical.pl/aktualnosci/poziom-halasu-w-szkole-przekracza-dopuszczalne-normy-435.html>