

Program
Promocji Zdrowia
Powiatu Kluczborskiego
na lata 2006 – 2015

Spis treści:

Wprowadzenie	3
--------------------	---

Część pierwsza

Rozdział I Charakterystyka Powiatu Kluczborskiego	7
Rozdział II Sytuacja demograficzna	8
Rozdział III Sytuacja zdrowotna i epidemiologia	13
Rozdział IV Wypadki i urazy	64
Rozdział V Zachowania zdrowotne dzieci i młodzieży szkolnej	72
Rozdział VI Stan środowiska naturalnego	81
Rozdział VII Sytuacja społeczno – ekonomiczna	93
Rozdział VIII Rynek usług świadczeń medycznych	100
Rozdział IX Podsumowanie	105

Część druga

Rozdział I Wstępny Ramowy Projekt Narodowego Programu Zdrowia na lata 2006 – 2015	111
Rozdział II Światowa deklaracja zdrowia	114
Rozdział III Zdrowie dla wszystkich w XXI wieku	115
Rozdział IV Program Promocji Zdrowia Powiatu Kluczborskiego na lata 2006 – 2015.	116
Bibliografia	128

Wprowadzenie

Nowoczesna definicja zdrowia przyjęta przez Światową Organizację Zdrowia (ŚOZ) brzmi następująco: **„Zdrowiem nazywamy nie brak choroby lub niedomagania, lecz stan dobrego samopoczucia fizycznego, psychicznego i społecznego”**.

„**Nasze zdrowie**” czyli zdrowie jednostki oraz zdrowie populacji uwarunkowane jest wieloma czynnikami, które możemy podzielić na cztery podstawowe grupy:

1. Styl życia (aktywność fizyczna, sposób odżywiania się, nałogi) – stanowi około 50% wszystkich wpływów.
2. Środowisko fizyczne i społeczne (stopień zanieczyszczenia powietrza, gleby i wody, zagrożenia ze strony środowiska pracy, uwarunkowania społeczne, stopień ograniczenia dostępu do podstawowych zasobów materialnych niezbędnych dla utrzymania i pomnażania zdrowia) – stanowi 20% wpływów.
3. Cechy genetyczne – około 20% wpływów.
4. Opieka zdrowotna (działania służby zdrowia z zakresu medycyny naprawczej, oświaty prewencyjnej oraz promocji zdrowia) około 10% wpływów.

Oprócz czynników warunkujących zdrowie istnieją czynniki determinujące poziom zdrowia społeczeństwa, do których zaliczamy:

- sytuację demograficzną,
- styl życia obywateli,
- poziom warunków zdrowotnych (sanitarnych),
- sprawność systemu ochrony zdrowia.

W niniejszym opracowaniu, dokonana została próba analizy stanu zdrowia mieszkańców Powiatu Kluczborskiego, poprzez przedstawienie wielu danych opisujących informację o stanie zdrowia, które obejmują następujące dziedziny: demografię, sytuację zdrowotną i epidemiologiczną, środowisko naturalne, sytuację społeczno – ekonomiczną i opiekę zdrowotną.

Program Promocji Zdrowia Powiatu Kluczborskiego na lata 2006 – 2015

Celem operacyjnym wykonania powyższej analizy było poznanie aktualnej sytuacji zdrowotnej mieszkańców Powiatu w jak najszerszym rozumieniu terminu „zdrowie”. Stała się ona podstawą i punktem wyjściowym do opracowania dokumentu „Program Promocji Zdrowia Powiatu Kluczborskiego na lata 2006 – 2015”.

Promocję zdrowia możemy zdefiniować jako proces umożliwiający jednostce jak i społeczeństwu zwiększenie kontroli nad swoim zdrowiem i jego poprawę.

Jednocześnie promocja zdrowia rozumiana w szerszym aspekcie obejmuje trzy podstawowe strefy oddziaływań: profilaktykę, edukację zdrowotną i ochronę zdrowia, które mogą wzajemnie się przenikać, wyznaczając tym samym nowe obszary działań. Dlatego też, ze swojej natury promocja zdrowia ma orientację ponadsektorową. W obszarze jej zainteresowań leżą: polityka zdrowotna, sprawy środowiskowe, poprawa indywidualnej i społecznej kultury zdrowotnej, a także reorientacja w kierunku promocji i profilaktyki działań służby zdrowia.

„Program Promocji Zdrowia Powiatu Kluczborskiego na lata 2006 – 2015” wskazuje obszary, które wpływają bezpośrednio i pośrednio na nasze zdrowie i jednocześnie wskazuje działania, których podjęcie przez nas samych, środowiska lokalne oraz podmioty życia publicznego pozwoli wpłynąć na poprawę a następnie utrzymanie pożądanego (dobrego) stanu zdrowia mieszkańców Powiatu Kluczborskiego.

Z poważaniem
Mieczysław Zaleckiński
Naczelnik Wydziału
Ochrony Ludności
i Promocji Zdrowia

Część pierwsza

„Diagnoza stanu zdrowia populacji
powiatu kluczborskiego”

Głównym zadaniem pierwszej części programu promocji zdrowia powiatu kluczborskiego jest przygotowanie podstaw do planowania kierunków rozwoju ochrony zdrowia w powiecie kluczborskim w czasie obecnym i latach następnych, w taki sposób, aby utrzymać i poprawić zdrowie populacji powiatu kluczborskiego.

Celem opracowania jest dokonanie oceny stanu zdrowia populacji powiatu kluczborskiego poprzez: przeprowadzenie analiz poszczególnych obszarów wpływających w sposób bezpośredni i pośredni na stan jej zdrowia.

Przedmiotem analiz dotyczących oceny stanu zdrowia mieszkańców powiatu kluczborskiego są następujące dziedziny:

Sytuacja demograficzna

Sytuacja zdrowotna i epidemiologia

Wypadkowość

Zachowanie zdrowotne dzieci i młodzieży

Stan środowiska naturalnego

Sytuacja społeczno – ekonomiczna

Rynek świadczeń zdrowotnych

Analiza sytuacji demograficznej populacji powiatu kluczborskiego dotyczy: gęstości zaludnienia, ludności wg płci, ruch naturalny ludności, struktury ludności, migracji oraz prognozy zmian liczby ludności.

Analiza sytuacji zdrowotnej i epidemiologicznej obejmuje: chorobowość, zapadalność na choroby zakaźne, choroby zawodowe, niepełnosprawność, umieralność niemowląt, strukturę zgonów, nadumieralność mężczyzn, oczekiwaną długość życia.

Analiza wypadkowości i urazów dotyczy zdarzeń drogowych.

Analiza zachowań zdrowotnych dzieci i młodzieży szkolnej obejmuje niedostatki w zakresie zachowań zdrowotnych dzieci i młodzieży szkolnej i wskazuje zagrożenia zjawiskami patologicznymi wśród młodzieży.

Analiza stanu środowiska dotyczy rodzaju i rozmieszczenia zanieczyszczeń w środowisku naturalnym.

Analiza sytuacji społeczno – ekonomicznej obejmuje rynek pracy, bezrobocie, jakość życia mieszkańców.

Rynek świadczeń zdrowotnych opisuje stan i zasoby zakładów ambulatoryjnej opieki zdrowotnej w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej, specjalistyki ambulatoryjnej, leczenia stacjonarnego i inne zakłady.

Przy ocenie stanu zdrowia mieszkańców powiatu kluczborskiego posłużono się stosowanymi w pomiarach stanu zdrowia określonych populacji następującymi jego miernikami:¹

Miernikami zbiorowego zagrożenia zdrowia (m.in. zanieczyszczeniem środowiska naturalnego),

Pozytywnymi miernikami zdrowia (m.in. przeciętna długość życia kobiet i mężczyzn, płodność kobiet, przyrost naturalny),

Negatywnymi miernikami zdrowia (m.in. chorobowość, zachorowalność – zapadalność, umieralność, hospitalizacje).

W powyższym opracowaniu wykorzystano materiały: Głównego Urzędu Statystycznego w Warszawie, Urzędu Statystycznego w Opolu, Urzędu Marszałkowskiego w Opolu, Państwowego Instytutu Naukowego Instytut Śląski w Opolu, Wojewódzkiego Inspektoratu Ochrony Środowiska w Opolu, Powiatowej Stacji Sanitarno – Epidemiologicznej w Kluczborku, Powiatowego Urzędu Pracy w Kluczborku, Statystyki medycznej szpitala powiatowego w Kluczborku, materiały opracowane przez Wydział Ochrony i Promocji Zdrowia Starostwa Powiatowego w Kluczborku oraz inne opracowania.

Rozdział I Charakterystyka Powiatu Kluczborskiego

Powiat kluczborski położony jest na Nizinie Śląskiej. Na powierzchni powiatu liczącej 852 km² zamieszkuje obecnie 72 700 ludności. Powiat kluczborski położony jest na Nizinie Śląskiej nad rzeką Stobrawą – prawym dopływem Odry, w północnej części województwa opolskiego, obejmującego południowo – zachodnią część kraju. Pod względem ukształtowania powierzchni powiat kluczborski należy do terenów nizinnych, zdecydowana część jego obszaru nie wykracza poza wysokość 250 m. n.p.m. W krajobrazie dominują więc tereny nizinne, a występujące nierówności terenu – deniwelacje – z reguły nie wykraczają poza wartości 20 – 40 m.

Powiat kluczborski swym zasięgiem obejmuje obszar czterech gmin: Kluczbork, Wołczyn, Byczyna i Lasowice Wielkie – trzy pierwsze to gminy miejsko – wiejskie, czwarta to gmina wiejska. W skład powiatu wchodzi trzy miasta: Kluczbork, Wołczyn i Byczyna oraz 79 sołectw z czego w gminie Kluczbork znajdują się 23 sołectwa, w gminie Byczyna 23, w gminie Wołczyn 20 oraz w gminie Lasowice Wielkie 13 sołectw. Na jego terytorium

krzyżują się szlaki kołowe dróg krajowych: nr 11 – Kołobrzeg – Bytom, nr 45 – Granica Państwa Chałupki – Złoczew oraz Nr 42 Namysłów - Rudnik. Miasto Kluczbork to również ważny węzeł kolejowy z liniami łączącymi: Katowice – Wrocław, Katowice – Poznań oraz kierunkami: Częstochowa i Opole.

Powiat kluczborski ma charakter rolniczo – przemysłowy wynikający z jego tradycji i historii. W sektorze rolnictwa istnieje jeszcze rozdrobnienie gospodarstw rolnych, z tendencją do ich powiększania poprzez przekształcenie własnościowe i organizacyjne.

W przemyśle wiodące gałęzie to: przemysł maszynowy, spożywczy i budowlany. Dynamicznie rozwijają się również inne branże jak: handel, transport, przetwórstwo rolno – spożywcze, szeroko rozumiane usługi.

Do ważniejszych bogactw naturalnych należy zaliczyć: solankę wołyńską o temp. +43,5°C (solanka chlorowo – sodowo – wapniowo – bromowo – żelazisto – borowa – posiada atest Ministra Ochrony Środowiska kwalifikujący do zastosowania w balneologii), żwir budowlany, piasek torf, czyste powietrze, dobrą wodę, dużo zieleni.

Rozdział II Sytuacja demograficzna

Według stanu na dzień 31.12.2003r. liczba mieszkańców powiatu kluczborskiego wynosiła 70 935 osób. Stanowi to spadek w stosunku do roku poprzedniego o 289 osób (71 224 mieszkańców w 2002 roku). W tym okresie liczba mężczyzn (34 681) uległa zmniejszeniu o 141, a liczba kobiet (36 254) o 148 osób. Populacja mężczyzn stanowi 48,8%, a kobiet wynosi 51,1% ogółu mieszkańców. W 2003 roku w miastach mieszkało 36 255 osób, tj. 51,1% ogółu, natomiast na wsiach żyło 34 680 osób, co stanowi 48,9% ogólnej liczby mieszkańców powiatu kluczborskiego.

Ogólnie ludność powiatu kluczborskiego stanowiła 6,7% całej populacji województwa opolskiego. Liczba kobiet stanowiła 6,6% ogółu kobiet województwa, natomiast liczba mężczyzn stanowiła 6,7%.

Analizując lata 2002 i 2003 obserwujemy spadek ludności naszego powiatu. Liczba urodzeń stanowi podstawę elementu ruchu naturalnego ludności powodującego zmiany w liczbie i strukturze ludności wg płci, wieku oraz stanu cywilnego.

W 2003 roku w stosunku do roku poprzedniego (586) odnotowano spadek liczby urodzeń o 25, natomiast nastąpił wzrost liczby zgonów mieszkańców powiatu kluczborskiego (664 zgony w 2003 roku), co jest odbiciem słabnącego tempa przyrostu naturalnego.

W 2002 roku przyrost naturalny w liczbach bezwzględnych wynosił -35 (-0,5 na 1000 mieszkańców), natomiast w 2003 roku przyrost ten obniżył się do -103 (-1,4 na 1 000 mieszkańców).

Znacznie silniejsze było zróżnicowanie przyrostu naturalnego w obrębie gmin. Najwyższy przyrost naturalny w przeliczeniu na 1 000 mieszkańców w 2003 roku odnotowano w gminie Byczyna (0,6), natomiast najniższy zaobserwowano w gminie Lasowice Wielkie (-0,4).

Współczynnik urodzeń żywych na 1 000 mieszkańców w 2003 roku wynosił 7,9 i był niższy od współczynnika w roku poprzednim o 0,3. Najwyższy współczynnik urodzeń odnotowano w gminie Byczyna (10,3).

Na stałym poziomie utrzymuje się natomiast liczba zgonów niemowląt. W porównaniu z województwem opolskim wskaźnik zgonów na 1000 ludności w powiecie kluczborskim był wyższy o 0,4.

Strukturę wieku ludności oraz zmiany w niej następujące można przedstawić według tzw. ekonomicznych grup wiekowych, dzieląc populację na trzy grupy wiekowe: 0 – 17 lat ludności przedprodukcyjnej, ludność w wieku produkcyjnym to kobiety w wieku od 18 – 59 lat i mężczyźni w wieku 18 – 64 lata, natomiast ludność w wieku poprodukcyjnym to kobiety powyżej 60 roku życia i mężczyźni powyżej 65 roku życia.

Według stanu na dzień 31.12.2003r. ludność w wieku przedprodukcyjnym w powiecie kluczborskim stanowi 22,6%, w wieku produkcyjnym 62,5%, natomiast w wieku poprodukcyjnym 14,8% ogółu mieszkańców powiatu kluczborskiego.

Liczba osób w wieku produkcyjnym i poprodukcyjnym stale wzrasta. Przyjmując definicję starości demograficznej według ONZ można powiedzieć, że ludność powiatu kluczborskiego jest populacją starą. Bowiem według definicji ONZ populacja, w której udział ludności powyżej 65 roku życia jest wyższy od 7% jest populacją starą.

Program Promocji Zdrowia Powiatu Kluczborskiego na lata 2006 – 2015

Ludność według płci

Wyszczególnienie	Rok	Ogółem			Miasto			Obszar wiejski		
		ogółem	mężczyźni	kobiety	ogółem	mężczyźni	kobiety	ogółem	mężczyźni	kobiety
Powiat Kluczborski	2002	71 224	34 822	36 402	36 513	17 580	18 933	34 711	17 242	17 469
	2003	70 935	34 681	36 254	36 255	17 431	18 824	34 680	17 250	17 430
GMINY POWIATU KLUCZBORSKIEGO										
Kluczbork	2002	39 319	19 083	20 236	26 484	12 734	13 750	12 835	6 349	6 486
	2003	39 101	18 948	20 153	26 258	12 599	13 659	12 843	6 349	6 494
Byczyna	2002	9 910	4 883	5 027	3 733	1 808	1 925	6 177	3 075	3 102
	2003	9 925	4 901	5 024	3 728	1 809	1 919	6 197	3 092	3 105
Wolczyn	2002	14 695	7 284	7 411	6 296	3 038	8 399	4 246	4 246	4 153
	2003	14 652	7 274	7 378	6 269	3 023	3 246	4 251	4 251	4 132
Lasowice	2002	7 300	3 572	3 728	-	-	-	7 300	3 572	3 728
Wielkie	2003	7 257	3 558	3 699	-	-	-	7 257	3 558	3 699

Ludność według płci w procentach

Wyszczególnienie	Rok	Ogółem			Miasto			Obszar wiejski		
		ogółem	mężczyźni	kobiety	ogółem	mężczyźni	kobiety	ogółem	mężczyźni	kobiety
Powiat Kluczborski	2002	100	48,9	51,1	100	48,1	51,9	100	49,7	50,3
	2003	100	48,9	51,1	100	48,0	52,0	100	49,7	50,3
GMINY POWIATU KLUCZBORSKIEGO										
Kluczbork	2002	100	48,5	51,5	100	48,1	51,9	100	49,5	50,5
	2003	100	48,5	51,5	100	47,9	52,1	100	49,4	50,6
Byczyna	2002	100	49,3	50,7	100	48,4	51,6	100	49,8	50,2
	2003	100	49,4	50,6	100	48,5	51,5	100	49,9	50,1
Wolczyn	2002	100	49,6	50,4	100	48,2	51,8	100	50,5	49,5
	2003	100	49,6	50,4	100	48,2	51,8	100	50,7	49,3
Lasowice	2002	100	48,9	51,1	-	-	-	100	48,9	51,1
Wielkie	2003	100	49,0	51,0	-	-	-	100	49,0	51,0

Program Promocji Zdrowia Powiatu Kluczborskiego na lata 2006 – 2015

Ludność według płci w procencie ogółu mieszkańców

Wyszczególnienie	Rok	Ogółem			Miasto			Obszar wiejski		
		ogółem	mężczyźni	kobiety	ogółem	mężczyźni	kobiety	ogółem	mężczyźni	kobiety
Powiat Kluczborski	2002	100	48,9	51,1	51,2	24,7	26,6	48,8	24,2	24,5
	2003	100	48,9	51,1	51,1	24,6	26,5	48,9	24,3	24,6
GMINY POWIATU KLUCZBORSKIEGO										
Kluczbork	2002	100	48,5	51,5	67,3	32,4	34,9	32,7	16,2	16,5
	2003	100	48,5	51,5	67,1	32,2	34,9	32,8	16,2	16,6
Byczyna	2002	100	49,3	50,7	37,7	18,2	19,4	62,3	31,0	31,3
	2003	100	49,4	50,6	37,6	18,2	19,3	62,4	31,1	31,2
Wolczyn	2002	100	49,6	50,4	42,8	20,7	22,1	57,1	28,9	28,2
	2003	100	49,6	50,4	42,8	20,6	22,2	57,2	29,0	28,2
Lasowice Wielkie	2002	100	48,9	51,1	-	-	-	100	48,9	51,1
	2003	100	49,0	51,0	-	-	-	100	49,0	51,0

Ruch naturalny ludności

Wyszczególnienie	Rok	Małżeństwa	Urodzenia żywe	Zgony		Przyrost naturalny	Małżeństwa	Urodzenia żywe	Zgony	Przyrost naturalny
				ogółem	w tym niemowląt					
w liczbach bezwzględnych							na 1 000 ludności			
Powiat Kluczborski	2002	305	586	621	5	-35	4,2	8,2	8,7	-0,5
	2003	292	561	664	5	-103	4,1	7,9	9,3	-1,4
GMINY POWIATU KLUCZBORSKIEGO										
Kluczbork	2002	159	310	332	2	-22	4,1	7,8	8,4	-0,6
	2003	169	289	367	2	-78	4,3	7,3	9,3	-2,0
Byczyna	2002	45	103	88	1	15	4,5	10,3	8,8	1,5
	2003	40	103	97	1	6	4,0	10,3	9,7	0,6
Wolczyn	2002	74	124	149	1	-25	5,0	8,4	10,1	-1,7
	2003	63	132	134	1	-2	4,2	9,0	9,1	-0,1
Lasowice Wielkie	2002	27	49	52	1	-3	3,6	6,7	7,1	-0,4
	2003	20	37	66	1	-29	2,7	5,1	9,1	-4,0

Program Promocji Zdrowia Powiatu Kluczborskiego na lata 2006 – 2015

Ludność według płci w tysiącach i w procencie ogółu ludności

Wyszczególnienie	Rok	Ogółem	Mężczyźni	Kobiety	Miasto	Obszar wiejski	Ogółem	Mężczyźni	Kobiety	Miasto	Obszar wiejski
Województwo Opolskie	2002	1 061,0	514,8	546,1	557,2	503,7	100%	48,5%	51,5%	52,5%	47,5%
	2003	1 055,6	511,8	543,8	553,6	502,0	100%	48,5%	51,5%	52,4%	47,6%
Powiat Kluczborski	2002	71,2	34,8	36,4	36,5	34,7	100%	48,9%	51,1%	51,3%	48,7%
	2003	70,9	34,6	36,2	36,2	34,6	100%	48,9%	51,1%	51,1%	48,9%

Ruch naturalny ludności

Wyszczególnienie	Rok	Małżeństwa	Urodzenia żywe	Zgony		Przyrost naturalny	Małżeństwa	Urodzenia żywe	Zgony	Przyrost naturalny
				ogółem	w tym niemowląt					
w liczbach bezwzględnych						na 1 000 ludności				
Województwo Opolskie	2002	4 756	8 452	9 342	54	-890	4,5	7,9	8,8	-0,9
	2003	4 743	8 147	9 489	39	-1 342	4,5	7,7	8,9	-1,2
Powiat Kluczborski	2002	305	586	621	5	-35	4,2	8,2	8,7	-0,5
	2003	292	561	664	5	-103	4,1	7,9	9,3	-1,4

Ludność według wieku

Wyszczególnienie	Rok	Ogółem	W wieku						Ludność w wieku nieprodukcyjnym na 100 osób w wieku produkcyjnym
			przedprodukcyjnym		produkcyjnym		poprodukcyjnym		
			razem	w tym mężczyźni	razem	w tym mężczyźni	razem	w tym mężczyźni	
Powiat Kluczborski	2003	70 935	16 027	8 252	44 346	22 988	10 562	3 441	60,0
Kluczbork	2003	39 101	8 485	4 395	24 801	12 668	5 815	1 885	57,7
Byczyna	2003	9 925	2 477	1 267	6 054	3 189	1 394	445	63,9
Wolczyn	2003	14 652	3 450	1 773	9 050	4 804	2 152	697	61,9
Lasowice Wielkie	2003	7 257	1 615	817	4 441	2 327	1 201	414	63,4
Województwo Opolskie	2003	1 055 667	223 567	114 520	670 536	346 074	161 564	51 263	57,4

Rozdział III Sytuacja zdrowotna i epidemiologia

Analiza epidemiologiczna populacji powiatu kluczborskiego obejmować będzie: chorobowość, zachorowalność wg przyczyn, zapadalność na choroby zakaźne, wykonawstwo szczepień ochronnych, choroby zawodowe, umieralność niemowląt, zgony wg przyczyn.

Chorobowość i zachorowalność

Dane o stanie zdrowia osób w wieku 19 lat i więcej będących pod opieką podstawowej opieki zdrowotnej w powiecie kluczborskim 2003 roku

Lp.	Rozpoznanie	Osoby u których stwierdzono schorzenia ogółem	W tym w wieku			Osoby zakwalifikowane do opieki czynnej w roku sprawozdawczym	
			19 – 34	35 – 54	55 – 65		
1	Ogółem	9 464	630	3 227	3 863	1 654	
2	Gruźlica	18	2	7	9	3	
3	Nowotwory	151	1	39	74	50	
4	Choroby tarczycy	327	41	136	102	54	
5	Cukrzyca	1 950	38	405	898	240	
6	W tym leczeni insuliną	777	31	163	325	57	
7	Niedokrwistość	190	37	73	69	48	
8	Chor. obwodowego ukł. nerwowego	300	61	114	107	40	
9	Choroby ukł. krążenia	5 416	237	1 673	2 136	748	
10	w tym	Przewlekła chor. reumatyczna	92	10	37	39	30
11		Choroba nadciśnieniowa	3 511	197	1 148	1 159	467
12		Chor. naczyń mózgowych	300	5	51	164	27
13		Niedokrwienność chor. serca	1 412	25	405	572	218
14	Z wiersza 13 przebyty zawał serca	278	3	64	114	21	
15	Przewlekły nieżyt oskrzeli, dychawica oskrzelowa	829	78	232	359	143	
16	Przewlekłe chor. ukł. trawiennego	1 025	146	403	297	113	
17	Choroby ukł. mięśniowo-kostnego i tkanki łącznej	1 470	71	504	542	239	
18	Pacjenci z innymi schorzeniami wymagający opieki czynnej	255	27	77	83	58	

Program Promocji Zdrowia Powiatu Kluczborskiego na lata 2006 – 2015

Dane o stanie zdrowia osób w wieku 19 lat i więcej będących pod opieką podstawowej opieki zdrowotnej w powiecie kluczborskim 2004 roku

Lp.	Rozpoznanie	Osoby u których stwierdzono schorzenia ogółem	W tym w wieku			Osoby zakwalifikowane do opieki czynnej w roku sprawozdawczym	
			19 – 34	35 – 54	55 – 65		
1	Ogółem	12 578	934	3 717	5 722	1 632	
2	Gruźlica	25	1	11	13	4	
3	Nowotwory	213	6	61	96	79	
4	Choroby tarczycy	418	57	163	144	71	
5	Cukrzyca	2 195	33	451	1 063	251	
6	W tym leczeni insuliną	867	30	182	419	27	
7	Niedokrwistość	269	62	88	80	65	
8	Chor. obwodowego ukł. nerwowego	629	89	184	288	66	
9	Choroby ukł. krążenia	6 413	240	1 734	2 520	725	
10	w tym	Przewlekła chor. reumatyczna	101	6	36	50	34
11		Choroba nadciśnieniowa	4 344	191	1 201	1 639	435
12		Chor. naczyń mózgowych	331	8	63	175	47
13		Niedokrwienność serca	1 595	34	437	623	209
14	Z wiersza 13 przebyty zawał serca	365	7	82	172	49	
15	Przewlekły nieżyt oskrzeli, dychawica oskrzelowa	1 041	95	247	491	137	
16	Przewlekłe chor. ukł. trawiennego	1 446	170	478	478	185	
17	Choroby ukł. mięśniowo-kostnego i tkanki łącznej	1 827	76	498	785	211	
18	Pacjenci z innymi schorzeniami wymagający opieki czynnej	449	32	104	152	81	

Cukrzyca – definicja i podział

Cukrzyca jest chorobą społeczną dotykającą, szczególnie w społeczeństwach wysoko rozwiniętych 3-4 % populacji. W Polsce na cukrzycę choruje ponad milion osób. Przepuszczalnie kolejny milion choruje nie wiedząc o tym.

Cukrzyca jest to przewlekła choroba metaboliczna, której podstawowym objawem jest podwyższony poziom cukru (glukozy) we krwi. Cukrzycę dzieli się na następujące podstawowe typy:

1. Cukrzyca typu 1 (zwana także cukrzycą młodzieńczą bądź insulinozależną) - wywołana jest zniszczeniem komórek beta trzustki, odpowiedzialnych za produkcję i wydzielanie insuliny (insulina to hormon obniżający poziom cukru we krwi). Ten rodzaj cukrzycy występuje częściej u ludzi młodych (ale nie tylko) oraz u dzieci. Spośród chorych na cukrzycę, na typ 1 choruje 15 - 20 % chorych. Jedynym możliwym leczeniem tej choroby jest podawanie insuliny oraz właściwe odżywianie i wysiłek fizyczny.
2. Cukrzyca typu 2 (cukrzyca dorosłych, insulinozależna) - w tym rodzaju cukrzycy przyczyną podwyższonego poziomu cukru nie jest brak insuliny, ale jej nieprawidłowe działanie w organizmie (oporność na działanie insuliny). Najczęściej cukrzycy typu 2 towarzyszy otyłość oraz bardzo często nadciśnienie tętnicze. Ten rodzaj cukrzycy występuje najczęściej u ludzi starszych. Około 80 - 85 % wszystkich pacjentów z cukrzycą stanowią chorzy na cukrzycę typu 2. Początkowo leczenie tej choroby opiera się na stosowaniu odpowiedniej diety, dostosowanego do możliwości chorego wysiłku fizycznego oraz doustnych leków hipoglikemizujących (przeciwcukrzycowych). Wszyscy jednak chorzy na cukrzycę typu 2 wymagają po pewnym (różnym) czasie trwania choroby leczenia insuliną.
3. Cukrzyca ciężarnych - cukrzyca po raz pierwszy rozpoznana w ciąży i występująca do momentu urodzenia dziecka. W grupie kobiet z cukrzycą ciężarnych istnieje wyższe ryzyko zachorowania w przyszłości na cukrzycę w porównaniu z kobietami bez tego powikłania. Leczenie tej postaci cukrzycy powinno być prowadzone tylko w wyspecjalizowanych ośrodkach ginekologiczno-diabetologicznych.

ROZPOZNANIE CUKRZYCY

Rozpoznanie cukrzycy typu 1 zwykle jest łatwe, występują bardzo nasilone objawy takie jak : silne pragnienie, częste oddawanie zwiększonych ilości moczu, gwałtowna utrata masy ciała które mogą prowadzić do rozwoju śpiączki. W badaniach laboratoryjnych występuje znacznie podwyższony poziom cukru we krwi oraz obecność cukru w moczu.

Rozpoznanie cukrzycy typu 2 jest znacznie trudniejsze, objawy mogą być trudno uchwytnie i długo nie budzą podejrzeń chorego (szacuje się, że prawie połowa chorych na cukrzycę typu 2 nie jest świadoma swojej choroby). Typowe objawy są następujące: utrata wagi, zmęczenie, częste oddawanie moczu, wzmożone pragnienie, infekcje skórne (grzybice, czyraki), uczucie suchości w jamie ustnej, świąd sromu czy zaburzenia widzenia. Należy zaznaczyć, że u pewnej grupy chorych nie występują żadne objawy choroby pomimo utrzymujących się wysokich wartości poziomu cukru.

Potwierdzeniem rozpoznania cukrzycy jest pomiar cukru (glukozy) we krwi.

CZYNNIKI RYZYKA WYSTĄPIENIA CUKRZYCY - czyli jakie osoby powinny regularnie kontrolować poziom cukru.

Zarówno cukrzyca typu 1, jak i cukrzyca typu 2 ma podłoże genetyczne. Oznacza to, że ryzyko wystąpienia cukrzycy jest znacznie wyższe u tych osób, które są blisko spokrewnione z chorymi na cukrzycę. Szansa zachorowania na cukrzycę wzrasta z wiekiem, dlatego też osoby po 45 roku życia powinny przynajmniej jeden raz do roku kontrolować poziom cukru. Cukrzyca występuje znacznie częściej u ludzi otyłych, prowadzących siedzący tryb życia, obciążonych nadciśnieniem tętniczym, zaburzeniami lipidowymi. Cukrzyca występuje znacznie częściej u osób u których w przeszłości występowały zaburzenia tolerancji glukozy, a także u kobiet z cukrzycą ciężarnych w wywiadzie. Osoby te powinny mieć regularnie kontrolowany poziom cukru.

CZĘSTOŚĆ WYSTĘPOWANIA CUKRZYCY

Częstość występowania cukrzycy wynosi około 2 - 5% ogólnej populacji. W roku 1994 ilość wszystkich chorych na cukrzycę na świecie wynosiła 110.4 miliona osób, w roku 2000 wzrosła do 175.4 miliona, szacuje się, że w roku 2010 chorować będzie 239.3 miliona osób.

Program Promocji Zdrowia Powiatu Kluczborskiego na lata 2006 – 2015

Na cukrzycę w analizowanym pięcioletnim okresie było chorych od 970 do 2 195 rocznie. Przedstawiają to poniższe tabele:

Leczeni z powodu cukrzycy w 2000 roku – SPZOZ ZOZ w Kluczborku

Wyszczególnienie	Ogółem	Według grup wiekowych					
		0 - 4	5 - 14	15 - 19	20 - 34	35 - 49	50 i więcej
Leczeni ogółem	970	-	-	2	13	201	754
W tym Leczeni insuliną	296	-	-	2	12	75	207
Leczeni po raz pierwszy	78	-	-	-	-	1	62
W tym Leczeni insuliną	26	-	-	-	-	-	19

Leczeni z powodu cukrzycy w powiecie kluczborskim w 2001 i 2002 roku - OCZP*

Wyszczególnienie	Ogółem		W tym w wieku					
			19 – 34		35 - 54		55 - 65	
	2001	2002	2001	2002	2001	2002	2001	2002
Leczeni ogółem	1 595	1 912	32	39	302	395	520	768
W tym Leczeni insuliną	566	719	23	35	106	164	226	264
Leczeni po raz pierwszy	445	435	b.d.	b.d.	b.d.	b.d.	b.d.	b.d.
W tym Leczeni insuliną	42	40	b.d.	b.d.	b.d.	b.d.	b.d.	b.d.

*Opolskie Centrum Zdrowia Publicznego, dział statystyki medycznej

Leczeni z powodu cukrzycy w powiecie kluczborskim w 2003 i 2004 roku - OCZP*

Wyszczególnienie	Ogółem		W tym w wieku					
			19 – 34		35 - 54		55 - 65	
	2003	2004	2003	2004	2003	2004	2003	2004
Leczeni ogółem	1 950	2 195	38	33	405	451	898	1 063
W tym Leczeni insuliną	777	867	31	30	163	182	325	419
Leczeni po raz pierwszy	240	251	b.d.	b.d.	b.d.	b.d.	b.d.	b.d.
W tym Leczeni insuliną	57	27	b.d.	b.d.	b.d.	b.d.	b.d.	b.d.

*Opolskie Centrum Zdrowia Publicznego, dział statystyki medycznej

b.d. – brak danych

Program Promocji Zdrowia Powiatu Kluczborskiego na lata 2006 – 2015

W 2004 roku nastąpił wzrost liczby leczonych z powodu cukrzycy. W 2004 roku leczonych ogółem było 2 195 tj. o 245 osób więcej niż w roku poprzednim (1 950 osób w 2003r.). Leczeni insuliną stanowili 39,5% ogółu chorych. Natomiast liczba osób leczonych po raz pierwszy uległa zwiększeniu o 90 osób w porównaniu z rokiem poprzednim (w 2003r. liczba leczonych wynosiła 777, a w 2004r. wynosiła 867 osoby). Najwięcej osób leczonych z powodu cukrzycy odnotowano w grupie wieku 55 - 65 lat – 1 063 (tj. 48,4% ogółu leczonych).

Porównując lata 2000-2004 zauważalny jest wzrost liczby leczonych z powodu cukrzycy.

Liczba leczonych z powodu cukrzycy wg współczynnika chorobowości i zapadalności na 100 000 w latach 2000 – 2004 przedstawia się następująco:

Liczba leczonych z powodu cukrzycy wg współczynnika chorobowości i zapadalności na 100 000 w latach 2000-2004

	Ogółem W 2000r.	Współ. Na 100 000	Ogółem w 2001r.	Współ. Na 100 000	Ogółem w 2002r.	Współ. Na 100 000	Ogółem w 2003r.	Współ. Na 100 000	Ogółem w 2004r.	Współ. Na 100 000
Leczeni Ogółem	970	1 337,8	1 595	2 209,3	1 912	2 651,1	1 950	2 748,9	2 195	3 104,4
W tym Leczeni Insuliną	296	408,2	566	784,0	719	996,9	777	1 095,4	867	1 262,2
Leczeni Po raz Pierwszy	78	107,6	445	616,4	435	603,2	240	338,3	251	355,0
W tym Leczeni Insuliną	26	35,9	42	58,2	40	55,5	57	80,4	27	38,2

Choroby układu krążenia

Jedną z najczęstszych chorób układu krążenia jest nadciśnienie tętnicze; szacuje się, że w Polsce dotyczy ono ponad 50% osób powyżej 65. r.ż.

Drugą w kolejności jest choroba wieńcowa, czyli choroba niedokrwienna mięśnia sercowego - jedna z najczęstszych przyczyn zgonu w naszym kraju.

Na trzecim miejscu należałoby postawić niewydolność krążenia (w tym niewydolność serca). Inne choroby to wady zastawek; następnie zapalenia mięśnia sercowego, osierdzia i wsierdzia; wreszcie kardiomiopatie - niezapalne schorzenia o niewyjaśnionej najczęściej przyczynie oraz zaburzenia rytmu pracy serca i przewodzenia bodźców.

Z chorób naczyń najczęściej występują: miażdżycy naczyń obwodowych (tzw. miażdżycy zarostowa kończyn) oraz żylaki i zapalenia żył (powierzchnowych i głębokich).

Badania wykazują, że główną przyczyną zachorowań jest niezdrowy styl życia. Według lekarzy, przed miażdżycą, zawałem lub udarem mózgu może uchronić ograniczenie palenia tytoniu, zwiększenie aktywności fizycznej, właściwa dieta i unikanie stresu. Osoby, które ukończyły 40 lat, powinny kontrolować swoje ciśnienie tętnicze i poziom cholesterolu.

Dekalog :

1. Dbaj o urozmaicenie posiłków – różnorodność spożywanych produktów zapobiega powstawaniu niedoborów składników pokarmowych
2. Unikaj otyłości
3. Jedz potrawy zawierające duże ilości błonnika
4. Pij chude mleko
5. Spożywaj chude ryby przynajmniej dwa-trzy razy w tygodniu
6. Warzywa i owoce jedz codziennie
7. Unikaj tłuszczów zwierzęcych: zastąp je olejem roślinnym
8. Unikaj słodyczy
9. Ogranicz spożycie soli: podnosi ciśnienie krwi
10. Unikaj alkoholu: spożywanie go w dużych ilościach powoduje nagłe zgony.

Każdego roku z powodu chorób krążenia umiera na świecie ponad 15 mln ludzi. W krajach rozwiniętych choroby te są przyczyną około 30 proc. wszystkich zgonów. Ze statystyk medycznych wynika, że pięć milionów mieszkańców naszego kraju cierpi na nadciśnienie tętnicze, a półtora miliona – na chorobę wieńcową. Rocznie ok. 100 tys. Polaków doznaje zawałów serca, a co drugi z tego powodu umiera. Do choroby dochodzi, gdy w ściankach naczyń wieńcowych gromadzi się cholesterol, który wywołuje stany zapalne i staje się przyczyną zakrzepów. W przewlekłych stanach pojawiają się przejściowe lub trwałe zwężenia naczyń, powodujące niedokrwienie mięśnia sercowego. Procesy te mogą być odwracalne, o ile zostaną wcześniej wykryte, a pacjent zacznie się leczyć i zmieni tryb życia.

Program Promocji Zdrowia Powiatu Kluczborskiego na lata 2006 – 2015

Liczbę leczonych na choroby krążenia i leczonych po raz pierwszy w powiecie kluczborskim w latach 2000 – 2004 przedstawia poniższe zestawienie:

Liczba leczonych z powodu chorób układu krążenia w 2000 roku-SPZOZ ZOZ w Kluczborku

Choroba Zasadnicza	2000 rok	
	Leczeni ogółem	Leczeni po raz pierwszy
Ogółem	2 575	692
W tym: Choroba nadciśnieniowa	1 297	311
Niedokrwienna Choroba serca	874	287
W tym: Ostry zawał serca	43	14
Inne choroby serca	156	59
W tym: Zaburzenia rytmu serca	60	29
Choroba naczyń mózgowych	51	11
Choroby tętnic i naczyń włosowatych	70	6

Liczba leczonych z powodu chorób układu krążenia w powiecie kluczborskim w latach 2001 – 2004 – OCZP*

Choroba Zasadnicza	Leczeni ogółem				Leczeni po raz pierwszy			
	2001	2002	2003	2004	2001	2002	2003	2004
Ogółem	4 040	4 878	5 416	6 413	1 019	759	748	725
W tym: Choroba nadciśnieniowa	2 362	3 147	3 511	4 344	688	506	467	435
Niedokrwienna Choroba serca	1 027	1 249	1 412	1 595	240	206	218	209
W tym: Ostry zawał serca	219	276	278	365	21	20	21	49
Przewlekła chor. reumatyczna serca	65	71	92	101	11	8	30	34
Choroba naczyń mózgowych	188	182	300	331	34	32	27	47

*Opolskie Centrum Zdrowia Publicznego, dział statystyki medycznej

W 2004 roku liczba osób leczonych z powodu chorób układu krążenia wynosiła 6 413 osób, tj. o 997 osób więcej niż w 2003 roku. Najwięcej leczonych w 2004r. było z powodu:

- ◆ Choroby nadciśnieniowej 4 344 osoby (67,7%)
- ◆ Niedokrwiennnej choroby serca, 1 595 osób (24,9%)
w tym ostrego zawału 365 osób (5,7%)
- ◆ Choroba naczyń mózgowych 331 osoby (5,2%)
- ◆ Przewlekła chor. reumatyczna serca 101 osób (1,6%).

Program Promocji Zdrowia Powiatu Kluczborskiego na lata 2006 – 2015

Liczbę leczonych z powodu chorób krążenia i leczonych po raz pierwszy w 2002r. na 100 000 w województwie opolskim i powiecie kluczborskim przedstawia poniższe zestawienie:

Leczeni z powodu chorób układu krążenia na 100 000 w województwie opolskim i powiecie kluczborskim w 2004 roku

Choroba Zasadnicza	Województwo opolskie	Powiat kluczborski
	Leczeni ogółem	Leczeni ogółem
Ogółem	8 356,1	9 070,2
W tym: Choroba nadciśnieniowa	4 963,2	6 143,9
Niedokrwienność Choroba serca	2 405	2 255,9
W tym: Ostry zawał serca	488,1	516,2
Przewlekła chor. reumatyczna serca	234,0	142,8
Choroba naczyń mózgowych	492,2	468,1

Choroby psychiczne

Wszyscy podlegamy najróżniejszym stresom i nie zawsze umiemy sobie z nimi poradzić, mamy problemy z emocjami, miewamy złe nastroje, bywamy "znerwicowani", popadamy czasem w depresję, zdarzają nam się zaburzenia czynności fizjologicznych nie wynikające z chorób organicznych, jesteśmy bardziej lub mniej skłonni do rozmaitych uzależnień, czasem niegroźnych, niekiedy poważnych, nie zawsze czujemy się bezpieczni, choć nic konkretnego nam nie grozi, nie czujemy się dobrze, choć nic konkretnego nam nie dolega - wszystkie te sytuacje świadczą o tym, że z naszym zdrowiem psychicznym coś jest nie w porządku. Liczba leczonych z powodu chorób psychicznych w latach 1998 – 2004 w powiecie kluczborskim przedstawia poniższe zestawienie.

Liczba i procent leczonych z powodu chorób psychicznych w powiecie kluczborskim w latach 2000 – 2004

Wyszczególnienie	2000		2001		2002		2003		2004	
	Ogółem	%	Ogółem	%	Ogółem	%	Ogółem	%	Ogółem	%
Ogółem	643	100	784	100	859	100	822	100	939	100
Leczeni po raz pierwszy	201	31,3	290	37,0	236	27,5	163	19,8	225	24,0
Ograniczone zaburzenia Psychiczne z zespołami Objawowymi	56	8,8	64	8,2	78	9,1	31	3,8	56	6,0
Zaburzenia spowodowane Używaniem innych sub. Psychoaktywnych	4	0,6	3	0,4	1	0,1	2	0,2	5	0,5

Program Promocji Zdrowia Powiatu Kluczborskiego na lata 2006 – 2015

Zaburzenia powodowane używaniem alkoholu	7	1,1	19	2,4	15	1,7	15	1,8	21	2,2
Zaburzenia psychiatryczne i urojeniowe	38	5,9	49	6,3	73	8,5	54	6,6	68	7,2
Schizofrenia	143	22,2	135	17,2	143	16,6	142	17,3	144	15,3
Zaburzenia nastroju (afektywne)	106	16,5	28	3,6	96	11,2	23	2,8	56	6,0
Zaburzenia nerwicowe, związane ze stresem i somatoformiczne	163	25,3	261	33,3	295	34,3	275	33,5	293	31,2
Upośledzenie umysłowe	84	13,1	102	13,0	101	11,8	83	10,1	92	9,8
Nieokreślone zaburzenia psychiczne	42	6,5	123	15,6	57	6,6	0	0	0	0

W 2004 roku liczba leczonych w poradni zdrowia psychicznego wynosiła 939 osób, w tym 225 osób leczonych po raz pierwszy (24,0% ogółu leczonych). Najczęstszymi przyczynami leczenia w poradni zdrowia psychicznego były:

- zaburzenia nerwicowe związane ze stresem i somatoformiczne (31,2% ogółu leczonych),
- schizofrenia (15,3% ogółu leczonych),
- upośledzenia umysłowe (9,8% ogółu leczonych),

W następnej kolejności były zaburzenia nastroju (efektywne) (6,0%), ograniczone zaburzenia psychiczne łącznie z zespołami objawowymi (6,0%), zaburzenia psychiatryczne i urojeniowe (7,7%).

Analizując lata 2000 - 2004 obserwujemy znaczny wzrost liczby osób leczonych w poradni zdrowia psychicznego.

Gruźlica i choroby płuc

Gruźlica jest chorobą zakaźną – wywoływana przez bakterie – prątek gruźlicy – wykryty przez niemieckiego lekarza, bakteriologa Roberta Kocha.

Prątek gruźlicy jest bardzo wrażliwy na działanie promieniowania ultrafioletowego – światła słonecznego, które szybko zabija prątki. Również wysoka temperatura (gotowanie, pasteryzowanie) powoduje szybkie zabicie prątków.

Gruźlica jest chorobą zaraźliwą – przenosi się bowiem z osobnika chorego na osobnika zdrowego. Tak więc **źródłem zakażenia prątkiem jest najczęściej chory na gruźlicę prątkujący**. Taki chory podczas kaszlu, kichania, odkrztuszania /odpluwania/ głośnego śmiechu, mówienia, wydala prątki wraz z kropelkami śluzu. Kropelki z zawartymi prątkami unoszą się w powietrzu, wysychają i opadają wraz z wdychanym powietrzem, mogą dostać się do płuc. Tam się "zagnieżdżają". Dochodzi

do zakażenia prątkiem. To zakażenie drogą powietrzną, zwane też zakażeniem inhalacyjnym (kropelkowym) jest najczęstszym. Jeden chory prątkujący nie leczony zakaża w ciągu roku średnio od 10 do 15 ludzi.

U większości ludzi na tym etapie - zakażenia prątkiem – kończy się ich „spotkanie” z prątkiem. Prątki pozostają w organizmie w stanie uśpionym pod czujnym nadzorem sił obronnych - odpornościowych. Nie jest to jednak odporność bezwzględna. Ta obrona może zostać przełamana. U człowieka zakażonego, ryzyko zachorowania na gruźlicę utrzymuje się przez całe życie.

W przeciwieństwie do innych chorób zakaźnych jedynie u 3-8% ludzi zakażonych prątkiem rozwija się choroba – gruźlica. Przyczyną przerwania tej swoistej równowagi między prątkiem a ustrojem jest osłabienie sił obronnych organizmu. Wszystkie czynniki zewnętrzne i wewnętrzne, które powodują załamania sił obronnych człowieka burzą tą równowagę czynią organizm bardziej podatnym na rozwój choroby. Dochodzi do ożywienia dotychczas „uśpionych” prątków, ich mnożenia i ich szerzenia się w ustroju człowieka doprowadzając do postępującej choroby. Dlatego mówi się, że **zakażenie prątkiem jest warunkiem koniecznym, ale nie wystarczającym do zachorowania.**

Prątek atakuje wszystkie narządy i tkanki ludzkiego organizmu wywołując w nich zmiany chorobowe ale najczęściej są to płuca, one są bowiem najczęstszym miejscem, do którego prątek dostaje się do człowieka i najczęściej tam jest pierwotna siedziba prątków.

WYKRYWANIE

Początek gruźlicy jest często skryty, podstępny, objawy są słabo wyrażone i niecharakterystyczne. Jednak jeśli pacjent zauważy u siebie wystąpienie i utrzymywanie się takich objawów, jak:

- **kaszel utrzymujący się co najmniej 3 tygodnie – ten objaw jest szczególnie ważny,**
- **odkrztuszanie plwociny,**
- **brak apetytu i utrata wagi ciała, osłabienie i łatwe męczenie się,**
- **stany podgorączkowe,**
- **nocne poty,**
- **duszność i/lub ból w klatce piersiowej,**
- **krwioplucie,**

Swoistą metodą zapobiegania są stosowane od 80 lat szczepienia BCG. W Polsce są one obowiązkowe i wykonywane zgodnie z „kalendarzem szczepień”.

GRUŹLICA W POLSCE I W ŚWIECIE

W dziesięć lat, jakie upłynęły od chwili, kiedy Światowa Organizacja Zdrowia ogłosiła że: **Gruźlica stanowi zagrożenie dla zdrowia ludności na całym świecie!** – sytuacja nie uległa poprawie.

- 1/3 ludności świata tj. około 1,9 miliarda ludzi jest zakażonych prątkiem gruźlicy. W każdej sekundzie przybywa nowa osoba zakażona prątkiem gruźlicy. Corocznie 1% ludności świata ulega zakażeniu prątkiem gruźlicy. Chory na gruźlicę nie leczony zakaża prątkiem 10-15 ludzi w ciągu roku. Z tej puli, która ma tendencję wzrostową, wywodzą się i jeszcze przez wiele lat wywodzić się będą nowe zachorowania na gruźlicę;
- corocznie zachorowuje na gruźlicę około 8 milionów osób, w tym około 1,5 miliona dzieci. Każdego dnia u ponad 20.000 ludzi rozwija się czynna gruźlica. 95% wszystkich zachorowań przypada na kraje Trzeciego Świata, aż 80% tych zachorowań ma miejsce w 22 krajach
- z powodu tej w pełni wyleczalnej choroby co roku umiera w świecie około 2 milionów chorych ludzi, w tym około 100 000 dzieci .Z powodu gruźlicy codziennie umiera w świecie około 5.000 osób i jest to więcej, niż z powodu jakiegokolwiek innej uleczalnej choroby zakaźnej i więcej niż kiedykolwiek w historii - 98% zgonów - przypada na kraje Trzeciego Świata.

SYTUACJA EPIDEMIOLOGICZNA GRUŹLICY W POLSCE W 2004 ROKU

Na podstawie wstępnych danych o zachorowaniach na gruźlicę w 2004r. można stwierdzić, że kontynuowany był wieloletni trend spadkowy po okresie niewielkiego wzrostu w latach 1991-1993. W 2004r. zarejestrowano 9.484 zachorowania na gruźlicę i było to o 640 przypadków mniej niż w roku poprzednim. Zobiektywizowany miernik jakim jest współczynnik zachorowalności wynosił 24,8/100.000 ludności i był o 3,1% niższy, niż w roku poprzednim. W okresie dekady 1994-2004 liczba zachorowań zmniejszyła się o 7.062.

Współczynnik zapadalności zmniejszył się odpowiednio o 42,6%. W roku 2004 kontynuowane były dotychczasowe tendencje w zapadalności na gruźlicę: dominowała

gruźlica płuc stanowiąca 90,3% ogółu zachorowań, mężczyźni chorują dwukrotnie częściej, niż kobiety, a ludność wiejska nieznacznie częściej, niż ludność wiejska. W 2004r. nastąpił ponowny wzrost zachorowań na gruźlicę wśród dzieci do 14 r.ż. z 100 przypadków w 2003r. do 119 w 2004. Współczynnik zapadalności zwiększył się z 1,5/100.000 w 2003r. do 1,8 w 2004. Zachorowania na gruźlicę wśród dzieci stanowią 1,25% ogółu zachorowań na gruźlicę. Jest to odsetek mniejszy niż w wielu krajach z lepszą sytuacją epidemiologiczną. Istotny wzrost zachorowań zarejestrowano w województwie mazowieckim - w którym zapadalność na gruźlicę wśród dzieci jest najwyższa w kraju. Tylko w dwóch województwach - w mazowieckim 43 zachorowania i w łódzkim 14 (tyle ile w roku poprzednim) liczba zachorowań przekracza 10. W województwach lubuskim, opolskim i zachodnio-pomorskim zarejestrowano po 1 zachorowaniu. W zakresie zapadalności na gruźlicę wśród dzieci rejestrowana jest znaczna zmienność zachorowalności w ostatnim pięcioleciu. Było to powodem podjęcia przez Instytut Gruźlicy i Chorób Płuc badania zasadności rozpoznania gruźlicy u dzieci w dwóch województwach o największej liczbie zachorowań - tj. w mazowieckim i łódzkim. Powołany przez dyrektora Instytutu Gruźlicy i Chorób Płuc zespół specjalistów stwierdził, że w ponad 1/3 liczby zarejestrowanych w tych województwach przypadków gruźlicy wśród dzieci - rozpoznanie tej choroby było nie zasadne. Kontynuowany jest natomiast spadek zapadalności na gruźlicę wśród młodocianych (15-9 lat).

W przekroju wojewódzkim nadal utrzymuje się znaczne różnice w zapadalności na gruźlicę. Jej zapadalność w województwach o najwyższej zapadalności była dwukrotnie wyższa niż w województwach o najniższych wskaźnikach. Podobnie jak w roku poprzednim najwyższą zarejestrowano w województwach lubelskim - 35,9, świętokrzyskim - 35,3, warmińsko-mazurskim - 30,9, łódzkim - 30,4; mazowieckim - 28,9/100.000. Poza województwem warmińsko-mazurskim -niewielki wzrost- w pozostałych województwach tej grupy zapadalność na gruźlicę była niższa niż w roku poprzednim.

Najlepszą sytuację zarejestrowano w woj.: wielkopolskim -13,8, lubuskim - 17,2, małopolskim - 18,4 i podlaskim - 19,6. Wzrost zapadalności na gruźlicę zarejestrowano w 6 województwach. Poza województwem opolskim był on nieznaczny. Utrzymujący się wzrost zachorowań w woj. opolskim, po jej gwałtownym spadku w 2002r. należy traktować jako "wyrównawczy" w wyniku poprawy rejestracji zachorowań..

W chwili obecnej w Polsce nie stanowią problemu epidemiologicznego - choroby z wielolekoopornością prątków. Jednak zagrożenie takie istnieje. Również zachorowania na

Program Promocji Zdrowia Powiatu Kluczborskiego na lata 2006 – 2015

gruźlicę wśród więźniów (większość zachorowań powstała przed osadzeniem) nie stanowią zagrożenia dla ogólnej sytuacji epidemiologicznej. Dotyczy to także skali występowania gruźlicy wśród cudzoziemców i wśród zakażonych HIV. Rozwijający się ruch transgraniczny z krajów b. ZSRR, w których zapadalność jest co najmniej dwukrotnie wyższa niż w Polsce należy traktować jako potencjalne zagrożenie.

Jednak skala poprawy sytuacji epidemiologicznej gruźlicy jest taka, że nie zmniejsza się istotnie dystans dzielący Polskę od naszych sąsiadów zachodnich (ponad 2x większa zachorowalność niż w Niemczech) czy sąsiadów południowych (2 x większa niż w Czechach). Zapadalność na gruźlicę w Polsce jest nadal ponad dwukrotnie wyższa niż średnia dla krajów "starej" Unii Europejskiej i pięciokrotnie wyższa niż w krajach z najlepszą sytuacją epidemiologiczną (Norwegia, Szwecja). Dystans dzielący nas od tych krajów nadal jest szacowany na 20-25 lat.

Światowy Dzień Gruźlicy stanowi okazję, aby jeszcze raz podkreślić wagę promocji wiedzy o gruźlicy, jej objawach, możliwości całkowitego wyleczenia z tej choroby- w społeczeństwie poprzez współpracę ze szkołą, środkami społecznego przekazu, organizacjami samorządowymi i pozarządowymi.

Zapadalność na gruźlicę wszystkich postaci w Polsce wg województw w latach 2000-2004 współczynniki na 100.000 ludności.

Województwa	Liczby bezwzględne/ Absolute number					Współczynniki/ Rate				
	2000	2001	2002	2003	2004*	2000	2001	2002	2003	2004*
POLSKA	11.477	10.672	10.475	10.124	9484	29,7	27,6	27,4	26,5	24,8
Dolnośląskie	845	759	756	690	623	28,4	25,5	26,0	23,8	21,5
Kujawsko-pomorskie	501	449	481	422	432	23,8	21,4	23,2	20,4	20,9
Lubelskie	778	748	866	873	787	34,8	33,5	39,4	39,8	36,0
Lubuskie	163	236	216	189	174	15,9	23,0	21,4	18,8	17,2
Łódzkie	1.004	869	851	906	791	37,9	32,9	32,6	34,8	30,5
Małopolskie	669	594	616	606	600	20,7	18,3	19,1	18,7	18,4
Mazowieckie	1.863	1.806	1.614	1.603	1485	36,8	35,6	31,5	31,2	28,9
Opolskie	327	277	200	229	258	30,1	25,6	18,8	21,6	24,5
Podkarpackie	635	631	606	541	458	29,8	29,6	28,8	25,8	21,8
Podlaskie	271	259	303	294	236	22,2	21,2	25,1	24,4	19,6
Pomorskie	630	636	568	603	553	28,7	28,9	26,0	27,6	25,2
Śląskie	1.722	1.456	1.479	1.283	1320	35,4	30,1	31,2	27,2	28,0
Świętokrzyskie	487	475	446	494	456	36,8	35,9	34,4	38,2	35,3
Warmińsko-mazurskie	369	413	426	425	441	25,2	28,1	29,8	29,8	30,9
Wielkopolskie	766	614	622	567	465	22,8	18,3	18,6	16,9	13,8
Zachodnio-pomorskie	447	450	425	399	405	25,8	25,9	25,0	23,5	23,9

* Dane wstępne z Instytutu Gruźlicy i Chorób Płuc w Warszawie

Program Promocji Zdrowia Powiatu Kluczborskiego na lata 2006 – 2015

Nowe zachorowania na gruźlicę - 2003 i 2004 rok (wg woj. rejestracji)

Województwa	ROK 2003					ROK 2004				
	gruźlica płuc Bk(+)	gruźlica płuc Bk(-)	gruźlica pozapłucna BK(+)	gruźlica pozapłucna BK(-)	razem	gruźlica płuc Bk(+)	gruźlica płuc Bk(-)	gruźlica pozapłucna BK(+)	gruźlica pozapłucna BK(-)	razem
Dolnośląskie	390	191	27	62	670	365	173	17	68	623
Kujawsko-pomorskie	322	103	19	27	471	313	75	16	28	432
Lubelskie	503	285	21	51	860	408	320	11	48	787
Lubuskie	91	73	3	17	184	89	72	3	10	174
Łódzkie	450	369	19	90	928	443	284	16	48	791
Małopolskie	429	131	26	18	604	450	110	20	20	600
Mazowieckie	796	640	38	99	1573	659	694	26	106	1485
Opolskie	152	56	2	20	230	162	76	4	16	258
Podkarpackie	331	164	15	28	538	281	138	15	24	458
Podlaskie	198	64	12	18	292	159	59	9	9	236
Pomorskie	287	296	16	21	620	234	286	10	23	553
Śląskie	652	547	26	93	1318	632	588	21	79	1320
Świętokrzyskie	211	242	10	21	484	196	227	5	28	456
Warmińsko-mazurskie	172	212	11	19	414	204	207	9	21	441
Wielkopolskie	379	132	16	26	553	272	152	9	32	465
Zachodnio-pomorskie	195	144	11	35	385	230	124	8	43	405
RAZEM	5558	3649	272	645	10124	5097	3585	199	603	9484

Ranking województw wg zapadalności na gruźlicę wszystkich postaci w Polsce wg województw w 2004r. Współczynniki na 100.000 ludności.

Województwa	Współczynniki	Ranking województw	Współczynniki
Polska	24,8	Polska	24,8
Dolnośląskie	21,5	Wielkopolskie	13,8
Kujawsko-pomorskie	20,9	Lubuskie	17,2
Lubelskie	36,0	Małopolskie	18,4
Lubuskie	17,2	Podlaskie	19,6
Łódzkie	30,5	Kujawsko-pomorskie	20,9
Małopolskie	18,4	Dolnośląskie	21,5
Mazowieckie	28,9	Podkarpackie	21,8
Opolskie	24,5	Zachodnio-pomorskie	23,9
Podkarpackie	21,8	Opolskie	24,5
Podlaskie	19,6	Pomorskie	25,2
Pomorskie	25,2	Śląskie	28,0
Śląskie	28,0	Mazowieckie	28,9
Świętokrzyskie	35,3	Łódzkie	30,5

Program Promocji Zdrowia Powiatu Kluczborskiego na lata 2006 – 2015

Warmińsko-mazurskie	30,9	Warmińsko-mazurskie	30,9
Wielkopolskie	13,8	Świętokrzyskie	35,3
Zachodnio-pomorskie	23,9	Lubelskie	36,0

Zapadalność na gruźlicę wszystkich postaci wśród dzieci (0-14 lat) w Polsce wg województw w latach 2000-2004/ współczynniki na 100.000 ludności

Województwa	Liczby					Współczynniki				
	2000	2001	2002	2003	2004*	2000	2001	2002	2003	2004*
P O L S K A	103	124	125	100	119	1,4	1,7	1,8	1,5	1,8
Dolnośląskie	11	12	4	2	8	2,1	2,4	0,8	0,4	1,8
Kujawsko-pomorskie	5	-	3	1	3	1,2	-	0,8	0,3	0,8
Lubelskie	3	6	2	5	5	0,7	1,4	0,5	1,2	1,3
Lubuskie	3	-	3	0	1	1,5	-	1,6	0,0	0,6
Łódzkie	15	19	27	14	14	3,3	4,3	6,3	3,4	3,5
Małopolskie	2	4	2	7	4	0,3	0,6	0,3	1,2	0,7
Mazowieckie	21	39	27	31	43	2,3	4,4	3,1	3,6	5,2
Opolskie	0	2	1	3	1	-	1,0	0,5	1,7	0,6
Podkarpackie	2	5	2	0	3	0,4	1,1	0,5	0,0	0,7
Podlaskie	2	3	7	6	5	0,8	1,2	3,0	2,7	2,3
Pomorskie	15	12	6	7	9	3,4	2,8	1,4	1,7	2,3
Śląskie	10	12	22	10	6	1,2	1,5	2,8	1,3	0,8
Świętokrzyskie	2	3	2	2	3	0,8	1,2	0,9	0,9	1,4
Warmińsko-mazurskie	3	1	2	4	4	1,0	0,3	0,7	1,5	1,5
Wielkopolskie	7	3	12	8	9	1,0	0,5	1,9	1,3	1,5
Zachodnio - pomorskie	2	3	3	0	1	0,6	0,9	1,0	0,0	0,3

Zapadalność na gruźlicę wszystkich postaci wśród młodzieży (15-19 lat) w Polsce wg województw w latach 2000 - 2004 współczynniki na 100.000 ludności

Województwa	Liczby					Współczynniki				
	2000	2001	2002	2003	2004*	2000	2001	2002	2003	2004
P O L S K A	241	199	211	184	128	7,2	6,0	6,4	5,8	4,2
Dolnośląskie	18	9	17	10	7	7,0	3,6	7,0	4,3	3,2
Kujawsko-pomorskie	8	9	6	7	5	4,3	4,8	3,3	4,0	3,0
Lubelskie	13	11	19	8	23	6,5	5,5	9,7	4,2	12,5
Lubuskie	3	4	3	5	3	3,2	4,2	3,2	5,6	3,5
Łódzkie	20	21	20	18	11	9,5	10,1	9,8	9,2	5,9
Małopolskie	18	10	10	13	5	6,5	3,6	3,6	4,8	1,9
Mazowieckie	47	28	41	44	21	11,3	6,8	10,1	11,2	5,6
Opolskie	6	5	2	4	3	6,3	5,3	2,2	4,4	3,5
Podkarpackie	20	10	13	15	8	10,2	5,1	6,7	7,9	4,3
Podlaskie	8	3	5	8	4	7,4	2,7	4,6	7,5	3,9
Pomorskie	17	15	6	6	7	8,7	7,7	3,1	3,2	3,9
Śląskie	31	28	22	24	15	7,4	6,8	5,6	6,3	4,1
Świętokrzyskie	10	17	3	5	8	8,6	14,8	2,7	4,6	7,7
Warmińsko-mazurskie	6	5	10	4	3	4,3	3,6	7,4	3,1	2,4
Wielkopolskie	12	13	22	9	3	4,0	4,4	7,4	3,1	1,1
Zachodnio - pomorskie	4	11	12	4	2	2,6	7,3	8,2	2,8	1,5

* Dane wstępne

* Dane wstępne, niezweryfikowane

Program Promocji Zdrowia Powiatu Kluczborskiego na lata 2006 – 2015

UMIERALNOŚĆ Z POWODU GRUŹLICY WG PŁCI, MIEJSCA ZAMIESZKANIA I WOJEWÓDZTW W 2003R. WSPÓŁCZYNNIKI NA 100.000 LUDNOŚCI.

Województwa	Ogółem		Mężczyźni		Kobiety		Miasto		Wieś	
	Liczba	Wsp.	Liczba	Wsp.	Liczba	Wsp.	Liczba	Wsp.	Liczba	Wsp.
O G Ó Ł E M	904	2,4	710	3,8	194	1,0	519	2,2	385	2,6
1. Dolnośląskie	71	2,4	52	3,7	19	1,3	43	2,1	28	3,4
2. Kujaw.-pomorskie	27	1,3	22	2,2	5	0,5	13	1,0	14	1,8
3. Lubelskie	63	2,9	58	5,4	5	0,4	20	2,0	43	3,7
4. Lubuskie	23	2,3	18	3,7	5	1,0	13	2,0	10	2,8
5. Łódzkie	68	2,6	45	3,6	23	1,7	45	2,7	23	2,5
6. Małopolskie	33	1,0	24	1,5	9	0,5	11	0,7	22	1,4
7. Mazowieckie	149	2,9	113	4,6	36	1,4	84	2,5	65	3,6
8. Opolskie	13	1,2	11	2,1	2	0,4	3	0,5	10	2,0
9. Podkarpackie	41	2,0	31	3,0	10	0,9	14	1,6	27	2,2
10. Podlaskie	34	2,8	26	4,4	8	1,3	13	1,8	21	4,2
11. Pomorskie	37	1,7	26	2,4	11	1,0	21	1,4	16	2,3
12. Śląskie	209	4,4	175	7,7	34	1,4	171	4,6	38	3,8
13. Świętokrzyskie	46	3,6	36	5,7	10	1,5	15	2,5	31	4,4
14. Warmińsko-mazurskie	19	1,3	15	2,1	4	0,5	11	1,3	8	1,4
15. Wielkopolskie	42	1,3	36	2,2	6	0,3	21	1,1	21	1,5
16. Zach.-pomorskie	29	1,7	22	2,7	7	0,8	21	1,8	8	1,5

Ranking województw wg umieralności z powodu gruźlicy w Polsce w roku 2003/
współczynniki na 100.000 ludności.

Województwa	Współczynniki Rate	Ranking województw Rank-list	Współczynniki Rate
Polska	2,4	Polska	2,4
Dolnośląskie	2,4	Małopolskie	1,0
Kujawsko-pomorskie	1,3	Opolskie	1,2
Lubelskie	2,9	Kujawsko-pomorskie	1,3
Lubuskie	2,3	Warmińsko-mazurskie	1,3
Łódzkie	2,6	Wielkopolskie	1,3
Małopolskie	1,0	Pomorskie	1,7
Mazowieckie	2,9	Zachodnio-pomorskie	1,7
Opolskie	1,2	Podkarpackie	2,0
Podkarpackie	2,0	Lubuskie	2,3
Podlaskie	2,8	Dolnośląskie	2,4
Pomorskie	1,7	Łódzkie	2,6
Śląskie	4,4	Podlaskie	2,8
Świętokrzyskie	3,6	Lubelskie	2,9
Warmińsko-mazurskie	1,3	Mazowieckie	2,9
Wielkopolskie	1,3	Świętokrzyskie	3,6
Zachodnio-pomorskie	1,7	Śląskie	4,4

Program Promocji Zdrowia Powiatu Kluczborskiego na lata 2006 – 2015

Zapadalność na gruźlicę w krajach Regionu Europejskiego Światowej Organizacji Zdrowia w 2002 roku współczynniki na 100.000 ludności

Kraje Unii Europejskiej	wsp.	Dawne KDL i kraje b. Jugosławii	wsp.	Kraje b.ZSRR	wsp.	inne	wsp.
Szwecja	4,0	Czechy	11,0	Armenia	47,0	Monaco	0,0
Grecja	5,0	Słowenia	17,0	Estonia	48,0	Islandia	3,0
Luksemburg	7,0	Albania	19,0	Białoruś	52,0	San Marino	4,0
Włochy	7,0	Słowacja	19,0	Azerbejdżan	62,0	Norwegia	5,0
Dania	8,0	Polska	26,0	Tadżykistan	65,0	Malta	6,0
Holandia	8,0	Węgry	30,0	Litwa	70,0	Andora	7,0
Finlandia	9,0	Chorwacja	33,0	Turkmenistan	77,0	Izrael	8,0
Niemcy	9,0	Macedonia	36,0	Łotwa	78,0	Szwajcaria	8,0
Francja	10,0	Bośnia & Hercegowina	41,0	Uzbekistan	80,0	Turcja	26,0
Irlandia	10,0	Bułgaria	42,0	Gruzja	87,0		
Austria	11,0	Serbia i Czarnogóra	42,0	Moldawia	88,0		
Belgia	12,0	Rumunia	138,0	Rosja	89,0		
Wielka Brytania	12,0			Kirgistan	131,0		
Hiszpania	18,0			Kazachstan	178,0		
Portugalia	45,0			Ukraina	b.d.		
ŚREDNIA REGIONU EUROPEJSKIEGO -			50,0				

Osoby zarejestrowane w poradni gruźlicy i chorób płuc w powiecie kluczborskim w latach 1997 – 2002

Wyszczególnienie	2000		2001		2002		2003		2004	
	ogółem	w tym nowe przypadki	ogółem	w tym nowe przypadki	ogółem	w tym nowe przypadki	ogółem	w tym nowe przypadki	ogółem	w tym nowe przypadki
Ogółem	1 678	399	1 896	356	1 863	146	2 046	232	1 694	190
Chorzy z czynną gruźlicą układu oddechowego	24	16	8	8	14	14	12	12	13	13
W tym zakaźną	16	12	4	4	9	9	4	4	8	8
Chorzy z czynną gruźlicą poza układem oddechowym	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1
W tym zakaźną	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1
Ozdrowieńcy po gruźlicy	23	15	22	17	106	22	32	8	12	12
Osoby ze zwiększonym ryzykiem zachorowania na gruźlicę	-	-	50	10	127	-	132	17	147	26
Chorzy z innymi chorobami układu oddechowego	1 415	265	1 775	300	1 702	117	1 887	221	1 680	104

Zachorowalność wg przyczyn

Analizując lata 2000 – 2004 obserwujemy stopniowy wzrost zachorowalności mieszkańców powiatu kluczborskiego na poszczególne jednostki chorobowe.

Zachorowalność według przyczyn – Szpital Powiatowy w Kluczborku

Podział według Jednostek chorobowych	2000		2001		2002		2003		2004	
	ogółem	procent	ogółem	procent	ogółem	procent	ogółem	procent	ogółem	Procent
1. Choroby zakaźne i pasożytnicze	122	1,6	79	1,0	136	1,7	172	2,4	155	2,4
2. Nowotwory	335	4,3	341	4,4	399	5,1	377	5,3	347	5,3
3. Choroby gruczołów wydzielania wewnętrznego	133	1,7	99	1,3	115	1,5	85	1,2	126	1,9
4. Choroby krwi i narządów krwiotwórczych	63	0,8	85	1,1	82	1,0	57	0,8	119	1,8
5. Zaburzenia psychiczne	64	0,8	46	0,6	35	0,4	31	0,4	37	0,6
6. Choroby układu nerwowego i narządów zmysłu	224	3,0	346	4,5	270	3,4	119	1,7	96	1,5
7. Choroby układu krążenia	1 643	21,1	1 603	20,7	1 560	19,9	1 235	17,3	1 110	16,9
8. Choroby układu oddechowego	885	11,3	863	11,1	959	12,2	966	13,6	1 102	16,8
9. Choroby układu trawiennego	816	10,5	760	9,8	781	10,0	649	9,1	769	11,7
10. Choroby układu moczowo-płciowego	623	8,0	650	8,4	693	8,8	625	8,8	774	11,8
11. Powikłania ciąży, porodu i porodu	957	12,3	925	11,9	826	10,5	777	10,9	549	8,3
12. Choroby skóry i tkanki podskórnej	129	1,7	140	1,8	159	2,0	165	2,3	189	2,9
13. Choroby układu mięśniowo-kostnego i tkanki łącznej	96	1,2	84	1,1	71	0,9	69	1,0	92	1,4
14. Wady rozwojowe, wrodzone	34	0,4	30	0,4	15	0,2	25	0,4	66	1,0
15. Stany chorobowe płodów i noworodków-okoloporodowe	300	3,8	393	5,1	393	5,0	294	4,1	200	3,0
16. Objawy, oznaki i stany niedokładnie określone	-	-	265	3,4	318	4,1	250	3,5	216	3,3
17. Urazy i zatrucia	763	9,8	766	9,9	821	10,5	793	11,1	385	5,8
18. Dodatkowa klasyfikacja	618	7,9	268	3,5	203	2,8	0	0	0	0
19. Razem	7 805	100	7 744	100	7 836	100	6 689	100	6 408	100

Najczęstszymi chorobami występującymi wśród hospitalizowanych mieszkańców naszego powiatu w szpitalu powiatowym w 2004 roku były:

- § Choroby układu krążenia (19,9% ogółu zachorowalności),
- § Choroby układu oddechowego (12,2%),
- § Powikłania ciąży, porodu i porodu (10,5%),
- § Urazy i zatrucia (10,5%),

Program Promocji Zdrowia Powiatu Kluczborskiego na lata 2006 – 2015

§ Choroby układu trawienego (10,0%),

§ Choroby układu moczowo – płciowego (8,8%).

Zachorowalność wg wybranych chorób, wieku i płci – 2000r. – Szpital Powiatowy

Wyszczególnienie	Podział na grupy wiekowe																						Razem	%
	Do 1 mies.		Do 1 roku		1-4 lata		5-14 lat		15-19 lat		20-34 lat		35-44 lat		45-54 lat		55-64 lat		65 i więcej					
	K	M	K	M	K	M	K	M	K	M	K	M	K	M	K	M	K	M	K	M	K	M		
Chor. ukł. krążenia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	4	12	15	21	36	107	158	139	189	612	350	1 643	21,1		
Chor. ukł. oddechowego	1	4	28	68	70	86	101	109	17	24	25	45	23	26	20	30	22	46	47	98	885	11,3		
Chor. ukł. trawienego	-	-	2	1	5	5	23	35	15	16	40	44	24	47	62	73	58	64	177	125	816	10,5		
Chor. ukł. moczowo płciowego	-	1	5	3	8	4	29	12	18	1	85	9	124	7	151	10	70	1	68	18	623	8,0		
Ciąża, poród i połóg	-	-	-	-	-	-	1	-	86	-	757	-	113	-	-	-	-	-	-	-	957	12,3		
Urazy, zatrucia	-	1	3	1	6	20	33	76	27	71	35	113	19	81	23	66	16	34	92	47	763	9,8		

Zachorowalność wg wybranych chorób, wieku i płci – 2001r. – Szpital Powiatowy

Wyszczególnienie	Podział na grupy wiekowe																						Razem	%
	Do 1 mies.		Do 1 roku		1-4 lata		5-14 lat		15-19 lat		20-34 lat		35-44 lat		45-54 lat		55-64 lat		65 i więcej					
	K	M	K	M	K	M	K	M	K	M	K	M	K	M	K	M	K	M	K	M	K	M		
Chor. ukł. krążenia	-	-	-	1	-	-	3	2	4	3	10	10	18	51	67	150	141	181	600	362	1 603	20,7		
Chor. ukł. oddechowego	2	5	29	39	64	89	111	109	26	26	24	49	20	30	19	46	9	30	61	82	863	11,1		
Chor. ukł. trawienego	-	1	4	9	6	4	26	19	18	24	36	40	27	44	67	64	54	65	145	108	760	9,8		
Chor. ukł. moczowo płciowego	-	2	3	3	1	5	16	8	30	1	84	6	123	3	190	6	67	3	87	14	650	8,4		
Ciąża, poród i połóg	-	-	-	-	-	-	-	-	96	-	736	-	92	-	1	-	-	-	-	-	925	11,9		
Urazy, zatrucia	-	2	-	4	10	13	34	61	50	58	44	116	27	85	24	71	23	38	65	43	766	9,9		

Zachorowalność wg wybranych chorób, wieku i płci – 2002r. – Szpital Powiatowy

Wyszczególnienie	Podział na grupy wiekowe																						Razem	%
	Do 1 mies.		Do 1 roku		1-4 lata		5-14 lat		15-19 lat		20-34 lat		35-44 lat		45-54 lat		55-64 lat		65 i więcej					
	K	M	K	M	K	M	K	M	K	M	K	M	K	M	K	M	K	M	K	M	K	M		
Chor. ukł. krążenia	-	-	-	-	-	-	1	-	3	6	5	12	21	48	63	133	118	165	651	334	1560	19,9		
Chor. ukł. oddechowego	4	3	21	37	55	76	127	101	42	34	45	54	18	28	37	39	18	24	71	132	959	12,2		
Chor. ukł. trawienego	-	-	6	4	3	6	20	30	20	24	33	53	38	36	51	67	64	54	142	130	761	10,0		
Chor. ukł. moczowo płciowego	3	5	5	11	7	6	12	10	32	1	102	19	121	10	175	11	71	8	78	16	693	8,8		
Ciąża, poród i połóg	-	-	-	-	-	-	-	-	96	-	628	-	100	-	2	-	-	-	-	-	826	10,5		
Urazy, zatrucia	-	-	1	-	13	14	37	92	25	77	38	131	25	69	31	71	28	35	89	45	821	10,5		

Program Promocji Zdrowia Powiatu Kluczborskiego na lata 2006 – 2015

Zachorowalność wg wybranych chorób, wieku i płci – 2003r. – Szpital Powiatowy

Wyszczególnienie	Podział na grupy wiekowe																						Razem	%
	Do 1 mies.		Do 1 roku		1-4 lata		5-14 lat		15-19 lat		20-34 lat		35-44 lat		45-54 lat		55-64 lat		65 i więcej					
	K	M	K	M	K	M	K	M	K	M	K	M	K	M	K	M	K	M	K	M	K	M		
Chor. ukl. krążenia	0	0	0	0	0	0	1	1	2	0	3	9	14	37	53	86	99	129	500	300	1 235	17,3		
Chor. ukl. oddechowego	4	5	33	49	58	103	90	114	22	34	41	42	20	43	25	45	25	49	72	101	966	13,6		
Chor. ukl. trawiennego	0	0	2	3	2	2	18	24	10	11	21	35	25	37	39	64	61	47	157	91	649	9,1		
Chor. ukl. moczowo płciowego	3	15	12	20	6	3	13	9	20	3	112	5	104	5	177	7	55	6	53	15	625	8,8		
Ciąża, poród i połóg	0	0	0	0	0	0	0	0	80	0	605	0	92	0	0	0	0	0	0	0	777	10,9		
Urazy, zatrucia	0	0	1	5	10	16	26	63	33	73	31	132	23	76	27	85	24	28	88	52	793	11,1		

Zachorowalność wg wybranych chorób, wieku i płci – 2004r. – Szpital Powiatowy

Wyszczególnienie	Podział na grupy wiekowe																						Razem	%
	Do 1 mies.		Do 1 roku		1-4 lata		5-14 lat		15-19 lat		20-34 lat		35-44 lat		45-54 lat		55-64 lat		65 i więcej					
	K	M	K	M	K	M	K	M	K	M	K	M	K	M	K	M	K	M	K	M	K	M		
Chor. ukl. krążenia	0	0	0	0	0	1	4	0	2	3	5	6	9	18	50	84	89	119	438	282	1 110	16,9		
Chor. ukl. oddechowego	2	2	21	31	82	116	153	145	30	46	40	55	18	40	19	32	33	45	80	112	1 102	16,8		
Chor. ukl. trawiennego	1	0	0	2	12	15	47	42	27	21	43	40	30	25	53	72	43	42	165	89	769	11,7		
Chor. ukl. moczowo płciowego	0	1	4	15	13	12	29	7	36	5	103	9	122	1	221	5	81	4	86	20	774	11,8		
Ciąża, poród i połóg	0	0	0	0	0	0	0	0	33	0	778	0	139	0	1	0	0	0	0	0	951	14,5		
Urazy, zatrucia	0	0	1	0	8	8	17	17	22	31	29	53	12	34	15	48	18	19	32	21	385	5,8		

Zachorowalność wg wieku i płci – 2000r. – Szpital Powiatowy

Wiek	Podział wg płci pacjenta			
	Kobieta	Mężczyzna	Razem	Procent
Do 1 mies.	295	353	648	8,3%
Do 1 roku	351	442	793	10,2%
1 – 4 lata	117	166	283	3,6%
5 – 14 lat	263	326	589	7,5%
15 – 19 lat	197	149	346	4,4%
20 – 34 lat	1 023	297	1 320	16,9%
35 – 44 lat	386	266	652	8,4%
45 – 54 lat	489	453	942	12,1%
55 – 64 lat	412	440	852	10,9%
65 i więcej lat	1 246	785	2 031	26,0%

Program Promocji Zdrowia Powiatu Kluczborskiego na lata 2006 – 2015

Razem	4 484	3 324	7 808	100,0%
Procent	57,4%	42,6%	100,0%	

Zachorowalność wg wieku i płci – 2001r. – Szpital Powiatowy

Wiek	Podział wg płci pacjenta			
	Kobieta	Mężczyzna	Razem	Procent
Do 1 mies.	270	308	578	7,5%
Do 1 roku	319	380	699	9,0%
1 – 4 lata	109	173	282	3,6%
5 – 14 lat	291	301	592	7,6%
15 – 19 lat	276	157	433	5,6%
20 – 34 lat	1 054	285	1 339	17,3%
35 – 44 lat	368	302	670	8,6%
45 – 54 lat	509	436	945	12,2%
55 – 64 lat	390	420	810	10,5%
65 i więcej lat	1 192	782	1 974	25,5%
Razem	4 508	3 236	7 744	100,0%
Procent	58,2%	41,8%	100,0	

Zachorowalność wg wieku i płci – 2002r. – Szpital Powiatowy

Wiek	Podział wg płci pacjenta			
	Kobieta	Mężczyzna	Razem	Procent
Do 1 mies.	271	261	532	6,8%
Do 1 roku	316	334	650	8,3%
1 – 4 lata	125	163	288	3,7%
5 – 14 lat	302	357	659	8,4%
15 – 19 lat	279	186	465	5,9%
20 – 34 lat	945	323	1 268	16,2%
35 – 44 lat	398	254	652	8,3%
45 – 54 lat	487	424	911	11,6%
55 – 64 lat	407	406	813	10,4%
65 i więcej lat	1 302	833	2 135	27,2%
Razem	4 561	3 280	7 841	100,0%
Procent	58,2%	41,8%	100,0	

Zachorowalność wg wieku i płci – 2003r. – Szpital Powiatowy

Wiek	Podział wg płci pacjenta			
	Kobieta	Mężczyzna	Razem	Procent
Do 1 mies.	219	239	458	6,0%
Do 1 roku	288	324	612	8,1%
1 – 4 lata	121	176	297	3,9%
5 – 14 lat	234	347	581	7,7%
15 – 19 lat	234	164	398	5,3%
20 – 34 lat	941	290	1 231	16,2%
35 – 44 lat	341	255	596	7,9%

Program Promocji Zdrowia Powiatu Kluczborskiego na lata 2006 – 2015

45 – 54 lat	436	391	827	10,9%
55 – 64 lat	369	339	707	9,3%
65 i więcej lat	1 131	740	1 871	24,7%
Razem	4 314	3 264	7 578	100,0%
Procent	56,9	43,1	100	

Program Promocji Zdrowia Powiatu Kluczborskiego na lata 2006 – 2015

Zachorowalność wg wieku i płci – 2004r. – Szpital Powiatowy

Wiek	Podział wg płci pacjenta			
	Kobieta	Mężczyzna	Razem	Procent
Do 1 mies.	200	210	410	6,2
Do 1 roku	138	129	267	4,1
1 – 4 lata	125	167	292	4,4
5 – 14 lat	331	257	588	8,9
15 – 19 lat	186	151	337	5,1
20 – 34 lat	1 005	290	1 295	19,7
35 – 44 lat	384	194	578	8,8
45 – 54 lat	396	269	665	10,1
55 – 64 lat	290	274	564	8,6
65 i więcej lat	951	629	1 580	24,1
Razem	4 006	2 870	6 576	100,0%
Procent	60,9	39,1	100	

Zachorowalność wg przyczyn w województwie opolskim i w powiecie kluczborskim w 2003r.

Podział według Jednostek chorobowych	Województwo opolskie		Powiat kluczborski	
	Ogółem	Procent	Ogółem	Procent
1. Choroby zakaźne i pasożytnicze	3 358	1,6	129	2,1
2. Nowotwory	18 012	8,8	377	6,1
3. Choroby gruczołów wydzielania wewnętrznego	4 036	2,0	163	2,6
4. Choroby krwi i narządów krwiotwórczych	1 200	0,6	80	1,3
5. Zaburzenia psychiczne	2 382	1,2	21	0,3
6. Choroby układu nerwowego i narządów zmysłu	12 802	6,2	380	6,2
7. Choroby układu krążenia	35 280	17,1	2 377	38,6
8. Choroby układu oddechowego	12 756	6,2	661	10,8
9. Choroby układu trawiennego	21 202	10,3	612	10,0
10. Choroby układu moczowo – pęcherzowego	16 886	8,2	74	1,2
11. Powikłania ciąży, porodu i porodu	17 418	8,5	0	0
12. Choroby skóry i tkanki podskórnej	3 882	1,9	514	8,4
13. Choroby układu kostno- stawowego	8 180	4,0	95	1,5
14. Wady rozwojowe i wrodzone	2 222	1,1	31	0,5
15. Stany chorobowe płodów i noworodków-okołoporodowe	3 422	1,7	2	0,03
16. Objawy, oznaki i stany niedokładnie określone	5 124	2,5	306	5,0
17. Urazy i zatrucia	14 644	7,0	123	2,0
18. Dodatkowa klasyfikacja	23 010	11,1	203	3,3
19. Razem	205 816	100	6 148	100

Program Promocji Zdrowia Powiatu Kluczborskiego na lata 2006 – 2015

Zachorowalność wg przyczyn w województwie opolskim i w powiecie kluczborskim w 2004r.

Podział według Jednostek chorobowych	Województwo opolskie		Powiat kluczborski	
	Ogółem	Procent	Ogółem	Procent
1. Choroby zakaźne i pasożytnicze	3 224	1,9	203	1,9
2. Nowotwory	14 487	8,6	1 056	10,1
3. Choroby krwi i narządów krwiotwórczych	1 205	0,7	83	0,8
4. Zaburzenia wydzielania wewnętrznego	3 609	2,1	180	1,7
5. Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania	711	0,4	50	0,5
6. Choroby układu nerwowego	4 118	2,4	232	2,2
7. Choroby oka i przydatków oka	4 204	2,5	193	1,8
8. Choroby ucha i wyrostka sutkowego	996	0,6	120	1,1
9. Choroby układu krążenia	30 692	18,2	1 904	18,0
10. Choroby układu oddechowego	14 456	8,6	1 103	10,4
11. Choroby układu trawiennego	21 355	12,6	1 267	12,0
12. Choroby skóry i tkanki podskórnej	2 255	1,3	181	1,7
13. Choroby układu kostno-stawowego	7 152	4,3	496	4,7
14. Choroby układu moczowo-płciowego	15 306	9,1	908	8,6
15. Ciąża, poród i połóg	16 079	9,5	902	8,5
16. Stany rozpoczynające się w okresie okołoporodowym	2 214	1,3	75	0,7
17. Wady rozwojowe i wrodzone	992	0,6	61	0,6
18. Objawy, cechy chorob. niepraw. wyniki badań klinicz.	4 969	2,9	333	3,1
19. Urazy, zatrucia i inne skutki czynników zewnętrznych	9 929	5,9	604	5,7
Zewnętrzne przyczyny zachorowania i zgonu	39	0,02	0	0
20. Czynniki wpływające na zdrowie i kont. Ze służbą zdrowia	10 999	6,5	645	6,1
OGÓŁEM	168 991	100	10 597	100

Choroby zakaźne

Poniższe zestawienia przedstawiają zapadalność na wybrane choroby zakaźne, zarejestrowane w powiecie kluczborskim przez Powiatową Stację Sanitarno – Epidemiologiczną w Kluczborku oraz porównanie do zapadalności na choroby zakaźne w województwie opolskim i w Polsce w latach 2000 – 2004.

Współczynniki zapadalności / na 100 000 mieszkańców / na wybrane jednostki chorobowe w gminach nadzorowanych przez PSSE w Kluczborku w porównaniu z Polską i województwem opolskim w latach 2000 – 2004 .

Współczynnik zapadalności /100 000 na wirusowe zapalenie wątroby typu A w powiecie kluczborskim, województwie opolskim i Polsce w latach 2000 – 2004

Rok	Polska	Woj. Opolskie	PSSE Kluczbork	Miasto i gmina Kluczbork	Miasto i gmina Wolczyn	Miasto i gmina Byczyna	Gmina Lasowice Wielkie
2000	0,7	0,3	0	0	0	0	0
2001	1,9	3,5	0	0	0	0	0
2002	0,5	0,6	0	0	0	0	0
2003	b.d.	0,1	0	0	0	0	0
2004	0	0	0	0	0	0	0

W powiecie kluczborskim w latach 2000 – 2004r. nie zanotowano żadnych zachorowań na wzv A.

Współczynnik zapadalności /100 000 na wirusowe zapalenie wątroby typu B w powiecie kluczborskim, województwie opolskim i Polsce w latach 2000 – 2004

Rok	Polska	Woj. Opolskie	PSSE Kluczbork	Miasto i Gmina Kluczbork	Miasto i Gmina Byczyna	Miasto i Gmina Wolczyn	Gmina Lasowice Wielkie
2000	7,0	5,4	5,5	5,0	13,3	0	0
2001	5,9	5,4	8,3	5,0	20,0	9,9	0
2002	5,0	4,2	6,9	7,5	19,8	0	0
2003	4,4	3,0	5,6	7,6	0	9,9	0
2004	b.d.	3,1	5,6	10,3	0	0	0

W analizowanym okresie lat 2000 – 2004 w województwie opolskim i Polsce zaznacza się wyraźny spadek zachorowań na wzv B. Natomiast w powiecie kluczborskim w dwóch ostatnich latach uległ wyraźnemu wzrostowi, głównie w gminie Byczyna. W gminie Lasowice Wielkie w tym okresie nie zanotowano żadnych zachorowań, a w gminie Wolczyn tylko w latach 2000 i 2002r. Współczynnik zapadalności na wzv B odnotowany w powiecie kluczborskim od 2001 roku znacznie przewyższa wartości odnotowane w województwie opolskim i kraju.

Program Promocji Zdrowia Powiatu Kluczborskiego na lata 2006 – 2015

Współczynnik zapadalności /100 000 na wirusowe zapalenie wątroby typu C w powiecie kluczborskim, województwie opolskim i Polsce w latach 2000 – 2004

Rok	Polska	Woj. Opolskie	PSSE Kluczbork	Miasto i gmina Kluczbork	Miasto i gmina Wołczyn	Miasto i gmina Byczyna	Gmina Lasowice Wielkie
2000	5,1	1,6	1,4	2,5	0	0	0
2001	4,7	3,8	2,8	5,0	0	0	0
2002	4,9	2,6	4,1	2,5	13,3	0	0
2003	5,6	3,1	9,8	15,2	0	9,9	0
2004	b.d.	2,2	0	0	0	0	0

Od momentu wprowadzenia rejestracji wzv C najwyższy współczynnik zapadalności występuje w gminie Wołczyn i gminie Kluczbork i gminie Byczyna. Nie zanotowano zapadalności na tę chorobę zakaźną w gminie Lasowice Wielkie. Zapadalność na wzv C w powiecie kluczborskim w 2002 i 2003 roku była wyższa od zapadalności w województwie opolskim i w Polsce, a w 2004 roku nie zanotowano zapadalności na ta chorobę.

Współczynnik zapadalności /100 000 na różyczkę w powiecie kluczborskim, województwie opolskim i Polsce w latach 2000 – 2004

Rok	Polska	Woj. Opolskie	PSSE Kluczbork	Miasto i gmina Kluczbork	Miasto i gmina Wołczyn	Miasto i gmina Byczyna	Gmina Lasowice Wielkie
2000	119,5	104,6	28,9	40,0	13,3	10,0	26,5
2001	218,5	255,7	488,9	180,3	1 656,2	168,0	226,1
2002	104,9	83,4	55,2	25,2	33,4	208,1	53,3
2003	27,7	102,9	27,9	10,1	27,1	39,8	108,1
2004	b.d.	17,7	36,7	12,9	34,2	39,7	164,1

Zapadalność na różyczkę w powiecie kluczborskim była tylko w latach 2000 i 2002 i 2003 niższa od zapadalności w województwie opolskim i w kraju.

W latach 2000 – 2004 najniższy współczynnik zapadalności na różyczkę odnotowano w gminie Byczyna (10,0 w 2000r.), a najwyższy w gminie Wołczyn (1 656,2 w 2001r.).

Współczynnik zapadalności /100 000 na płonicę w powiecie kluczborskim, województwie opolskim i Polsce w latach 2000 – 2004

Rok	Polska	Woj. Opolskie	PSSE Kluczbork	Miasto i gmina Kluczbork	Miasto i gmina Wołczyn	Miasto i gmina Byczyna	Gmina Lasowice Wielkie
2000	21,6	34,3	30,3	40,0	20,0	0	39,8
2001	15,2	28,7	12,4	12,5	6,7	0	39,9
2002	10,5	24,7	24,9	35,2	13,3	19,8	0
2003	b.d.	21,8	12,6	15,2	20,3	0	0
2004	b.d.	25,2	29,6	43,8	13,7	19,9	0

Program Promocji Zdrowia Powiatu Kluczborskiego na lata 2006 – 2015

W analizowanym okresie następuje kolejno spadek i wzrost zachorowań na płonice. W latach 2000, 2001, 2003 w powiecie kluczborskim notujemy niższy współczynnik zapadalności niż w województwie opolskim. Jedynie w 2002 i 2004 roku w powiecie kluczborskim odnotowano wzrost zapadalności, a współczynnik jest wyższy od wartości w województwie opolskim i w kraju.

Współczynnik zapadalności /100 000 na świerzb w powiecie kluczborskim, województwie opolskim i Polsce w latach 2000 – 2004

Rok	Polska	Woj. Opolskie	PSSE Kluczbork	Miasto i gmina Kluczbork	Miasto i gmina Wolczyn	Miasto i gmina Byczyna	Gmina Lasowice Wielkie
2000	43,7	23,1	6,9	12,5	13,3	20,0	39,8
2001	42,4	51,2	77,1	87,6	86,5	49,4	39,9
2002	40,9	35,9	71,9	85,5	6,7	109,0	79,9
2003	b.d.	24,6	67,0	68,5	40,7	129,3	27,0
2004	b.d.	24,4	56,5	23,2	13,7	288,0	0

W powiecie kluczborskim współczynnik zapadalności na świerzb oprócz 2000 roku jest wyraźnie wyższy niż w województwie opolskim.

Najwyższy wzrost obserwujemy w gminie Byczyna (288,0 w 2004r.), natomiast najniższy w gminie Wolczyn (6,7 w 2002r.). W gminie Lasowice Wielkie w 2004r. nie odnotowano zapadalności na świerzb.

Współczynnik zapadalności /100 000 na boreliozę w powiecie kluczborskim, województwie opolskim i Polsce w latach 2000 – 2004

Rok	Polska	Woj. Opolskie	PSSE Kluczbork	Miasto i gmina Kluczbork	Miasto i gmina Wolczyn	Miasto i gmina Byczyna	Gmina Lasowice Wielkie
2000	2,3	5,1	1,4	2,5	0	0	0
2001	6,4	7,2	11,0	10,0	0	9,9	39,9
2002	5,26	8,2	1,4	0	0	0	13,3
2003	9,4	18,3	7,0	7,6	6,8	0	13,5
2004	b.d.	12,5	19,8	12,9	27,4	19,9	41,0

Najwyższy współczynnik zapadalności na boreliozę obserwuje się w gminie Lasowice Wielkie co jest podyktowane jej dużym zalesieniem. W 2002 i 2004 roku współczynnik zapadalności na boreliozę jest niższy niż w województwie opolskim i w kraju. w 2004r. nastąpił znaczny wzrost zapadalności na boreliozę we wszystkich gminach powiatu.

Program Promocji Zdrowia Powiatu Kluczborskiego na lata 2006 – 2015

Współczynnik zapadalności /100 000 na odrę w powiecie kluczborskim, województwie opolskim i Polsce w latach 2000 – 2004

Rok	Polska	Woj. Opolskie	PSSE Kluczbork	Miasto i gmina Kluczbork	Miasto i gmina Wolczyn	Miasto i gmina Byczyna	Gmina Lasowice Wielkie
2000	0,0	0	0	0	0	0	0
2001	0,3	0	0	0	0	0	0
2002	0,1	0	0	0	0	0	0
2003	b.d.	0	0	0	0	0	0
2004	b.d.	0	0	0	0	0	0

W analizowanym okresie zapadalności na odrę w powiecie kluczborskim nie zanotowano.

Współczynnik zapadalności /100 000 na ospę wietrzną w powiecie kluczborskim, województwie opolskim i Polsce w latach 2000 – 2004

Rok	Polska	Woj. Opolskie	PSSE Kluczbork	Miasto i gmina Kluczbork	Miasto i gmina Wolczyn	Miasto i gmina Byczyna	Gmina Lasowice Wielkie
2000	331,2	447,0	330,3	371,9	266,8	767,6	185,6
2001	275,2	400,6	422,8	528,3	412,4	79,1	345,7
2002	232,5	398,8	136,9	148,4	120,1	138,8	106,6
2003	292,0	395,6	579,2	644,1	515,3	228,7	837,4
2004	b.d.	438,7	338,8	326,9	417,4	168,8	478,7

W analizowanym okresie obserwujemy na przemian wzrost i spadek zapadalności na ospę wietrzną we wszystkich gminach powiatu.

Współczynnik zapadalności /100 000 na zatrucie bakteryjne - Salmonellozy w powiecie kluczborskim, województwie opolskim i Polsce w latach 2000 – 2004

Rok	Polska	Woj. Opolskie	PSSE Kluczbork	Miasto i gmina Kluczbork	Miasto i gmina Wolczyn	Miasto i gmina Byczyna	Gmina Lasowice Wielkie
2000	58,8	51,1	61,9	42,4	86,7	0	198,8
2001	51,2	46,0	46,8	60,0	20,0	29,7	53,2
2002	53,3	46,8	19,4	17,6	33,4	19,8	0
2003	43,2	38,0	61,4	68,5	27,1	39,8	121,6
2004	b.d.	35,8	32,5	25,7	68,4	9,9	27,4

W analizowanym okresie w powiecie kluczborskim obserwujemy kolejno spadek i wzrost zachorowań na salmonellozę.

Program Promocji Zdrowia Powiatu Kluczborskiego na lata 2006 – 2015

Współczynnik zapadalności /100 000 na zapalenie opon mózgowo - rdzeniowych w powiecie kluczborskim, województwie opolskim i Polsce w latach 1998-2001

Rok	Polska	Woj. Opolskie	PSSE Kluczbork	Miasto i gmina Kluczbork	Miasto i gmina Wolczyn	Miasto i gmina Buczyna	Gmina Lasowice Wielkie
2000	6,9	7,3	6,9	10	0	10	0
2001	7,6	7,8	1,4	2,5	0	0	0
2002	5,1	5,2	6,9	5,0	13,3	9,9	0
2003	b.d.	5,5	4,2	7,6	0	0	0
2004	b.d.	4,8	5,6	2,6	13,7	0	13,7

W analizowanym okresie lat 2000 – 2004 w powiecie kluczborskim notuje się na przemian wzrost i spadek liczby zachorowań na zapalenie mózgowo – rdzeniowe. Współczynnik zapadalności występujący w powiecie kluczborskim w poszczególnych latach tego okresu (oprócz 2002r.) jest niższy od współczynników zapadalności występujących w województwie opolskim i w Polsce. Natomiast w gminie Lasowice Wielkie oprócz roku 2004 nie zanotowano żadnych przypadków zachorowań.

Realizacja szczepień ochronnych

Bardzo istotną sprawą mającą wpływ na zmniejszenie zapadalności na choroby zakaźne poprzez uzyskanie zwiększenia odporności populacji mają szczepienia ochronne.

Wykonawstwo szczepień ochronnych według kalendarza szczepień obejmujące populację dzieci i młodzieży (0 – 19 lat) w latach 1998 – 2002 na terenie nadzorowanym przez PSSE w Kluczborku przedstawia poniższe zestawienie.

Realizacja szczepień ochronnych dzieci i młodzieży (0 – 19 lat) w powiecie kluczborskim w latach 1998 – 2002

Rok	Liczba osób Podlegających Szczepieniom		Liczba osób zaszczepionych zgodnie z kalendarzem szczepień	% zaszczepionych z godnie z kalendarzem szczepień		Liczba Wydanych Decyzji w celu przymuszenia
	Zamieszkałych	zameldowanych		Zamieszkałych	zameldowanych	
2000	10 312	10 855	10 221	99,1	95,0	50
2001	9 764	10 112	9 678	99,1	95,7	16
2002	8 099	8 305	8 034	99,2	96,7	-

W powiecie kluczborskim w analizowanym okresie lat 1998 – 2002 obserwujemy wysoki odsetek zrealizowanych szczepień ochronnych sięgający powyżej 90% i wynoszący w stosunku do osób zamieszkałych w powiecie kluczborskim 99,2% oraz 96,7% w stosunku do osób zameldowanych (osoby faktycznie zamieszkałe w powiecie kluczborskim oraz osoby

Program Promocji Zdrowia Powiatu Kluczborskiego na lata 2006 – 2015

zameldowane, a przebywające poza granicami kraju). Osoby zameldowane na terenie powiatu, które przebywają zagranicą, a zgodnie z kalendarzem szczepień powinny zostać zaszczepione stanowią problem i zaniżają wykonawstwo szczepień. Jednak liczba tych osób z roku na rok maleje, a od 1996r. nie rejestrujemy nowych przypadków.

Bardzo istotną rolę w zapobieganiu rozpowszechnienia gruźlicy spełniają szczepienia ochronne, w szczególności szczepienia noworodków.

Realizację powyższych szczepień w latach 2000 - 2004 przedstawia tabela 40.

Realizacja szczepień ochronnych przeciwko gruźlicy (BCG) na oddziałach noworodkowych w powiecie kluczborskim i województwie opolskim w latach 1998 – 2002

Oddział Noworodków	2000 %	2001 %	2002 %	2003 %	2004 %
Powiat Kluczborski	100	99,5	99,2	99,8	98,7
Województwo Opolskie	97,0	96,6	97,0	92,8	94,8

Analiza skuteczności szczepień przeciw BCG na oddziałach noworodkowych w województwie opolskim za rok 2000

Jednostka szczepiąca oddział noworodków	li. dzieci zaszczepionych	Liczba dzieci z blizną 3 mm i więcej	%	Miejsce w woj. w roku ubiegłym (na 12 oddziałów)	Miejsce w woj. w roku bieżącym (na 11 oddziałów)
Oddział noworodkowy w Kluczborku	652	652	100,0	I	I
Oddziały noworodkowe województwa opolskiego	9 298	9 021	97,0	-	-

Analiza skuteczności szczepień przeciw BCG na oddziałach noworodkowych w województwie opolskim za rok 2001

Jednostka szczepiąca oddział noworodków	Liczba dzieci zaszczepionych	Liczba dzieci z blizną 3 mm i więcej	%	Miejsce w woj. w roku ubiegłym (na 12 oddziałów)	Miejsce w woj. w roku bieżącym (na 11 oddziałów)
Oddział noworodkowy w Kluczborku	610	607	99,5	I	I
Oddziały noworodkowe województwa opolskiego	9 039	8 735	96,6	-	-

Analiza skuteczności szczepień przeciw BCG na oddziałach noworodkowych w województwie opolskim za rok 2002

Jednostka szczepiąca oddział noworodków	Liczba dzieci zaszczepionych	Liczba dzieci z blizną 3 mm i więcej	%	Miejsce w woj. w roku ubiegłym (na 12 oddziałów)	Miejsce w woj. w roku bieżącym (na 11 oddziałów)
Oddział Noworodkowy w Kluczborku	530	526	99,2	I	II
Oddziały noworodkowe województwa opolskiego	8 507	8 255	97,0	-	-

Program Promocji Zdrowia Powiatu Kluczborskiego na lata 2006 – 2015

Analiza skuteczności szczepień przeciw BCG na oddziałach noworodkowych w województwie opolskim za rok 2003

Jednostka szczepiąca oddział noworodków	Liczba dzieci zaszczepionych	Liczba dzieci z blizną 3 mm i więcej	%	Miejsce w woj. w roku ubiegłym (na 12 oddziałów)	Miejsce w woj. w roku bieżącym (na 12 oddziałów)
Oddział Noworodkowy w Kluczborku	414	407	98,3	VI	VI
Oddziały noworodkowe województwa opolskiego	7 511	7 318	97,4	-	-

Analiza skuteczności szczepień przeciw BCG na oddziałach noworodkowych w województwie opolskim za rok 2004

Jednostka szczepiąca oddział noworodków	Liczba dzieci zaszczepionych	Liczba dzieci z blizną 3 mm i więcej	%	Miejsce w woj. w roku ubiegłym (na 12 oddziałów)	Miejsce w woj. w roku bieżącym (na 12 oddziałów)
Oddział Noworodkowy w Kluczborku	461	452	98,0	II	VI
Oddziały noworodkowe województwa opolskiego	7 706	7 458	96,8	-	-

Realizacja szczepień przeciwko BCG noworodków urodzonych na oddziale noworodkowym w Kluczborku w latach 1998 – 2002 jest powyżej średniej województwa opolskiego, a w latach 1998 – 2000 wykonawstwo szczepień osiągnęło 100% .

Stan zaszczepienia dzieci i młodzieży w określonym wieku przeciwko niżej wymienionym chorobom w stosunku do liczby dzieci i młodzieży objętych szczepieniami ochronnymi w latach 2003 – 2004

Rodzaj szczepienia		
Szczepienie przeciwko błonicy i tężcowi	Stan zaszczepienia w 2003r. (%)	Stan zaszczepienia w 2004r. (%)
Szczepienie podstawowe pierwotne w 2 roku życia	100	100
Szczepienie podstawowe uzupełniające w 3 roku życia	96,1	96,4
Dawka przypominająca u 6-latków	94,7	93,7
Dawka przypominająca druga u 14-latków	95,5	98,1
Dawka przypominająca trzecia u 19-latków	91,6	86,7
Szczepienia przeciwko krztuścowi	Stan zaszczepienia w 2003r. (%)	Stan zaszczepienia w 2004r. (%)
Szczepienie podstawowe pierwotne w 2 roku życia	100	100
Szczepienie podstawowe uzupełniające w 3 roku życia	96,1	96,4
Szczepienia przeciwko odrze	Stan zaszczepienia w 2003r. (%)	Stan zaszczepienia w 2004r. (%)
Szczepienie podstawowe w 2-3 roku życia	82,0	91,2
Szczepienie podstawowe w 3 roku życia	99,2	97,8
Dawka przypominająca u 7-latków	99,1	95,6

Program Promocji Zdrowia Powiatu Kluczborskiego na lata 2006 – 2015

Szczepienia przeciwko odrze, świnie i różyczce	Stan zaszczepienia w 2003r. (%)	Stan zaszczepienia w 2004r. (%)
Szczepienia podstawowe w 2 roku życia	23,5	81,9
Szczepienia podstawowe w 2-4 roku życia	27,4	50,4
Szczepienia podstawowe w 2-12 roku życia	12,9	20,1
Szczepienia przeciwko polio	Stan zaszczepienia w 2003r. (%)	Stan zaszczepienia w 2004r. (%)
Szczepienia podstawowe pierwotne w 2 roku życia	100	100
Szczepienia podstawowe uzupełniające w 3 roku życia	96,1	96,4
Dawka przypominająca pierwsza u 6-latków	94,7	93,7
Szczepienia przeciwko różyczce u dziewcząt	Stan zaszczepienia w 2003r. (%)	Stan zaszczepienia w 2004r. (%)
Szczepienia podstawowe u 13-letnich dziewcząt	100	100
Szczepienie przeciwko wirusowemu zapaleniu wątroby typu B	Stan zaszczepienia w 2003r. (%)	Stan zaszczepienia w 2004r. (%)
Szczepienie podstawowe w 2 roku życia	98,7	99,0
Szczepienie podstawowe w 3 roku życia	100	99,8
Szczepienie podstawowe u 14-latków	93,9	97,4
Szczepienie przeciwko gruźlicy u noworodków	Stan zaszczepienia w 2003r. (%)	Stan zaszczepienia w 2004r. (%)
Noworodki do 15 dnia życia	99,8	98,7

Choroby zawodowe

Postęp naukowy i techniczny wpływa nie tylko na poprawienie warunków życia, ale także wpływa ujemnie na zdrowie ludzi poprzez zanieczyszczenie otaczającego nas środowiska i ujemny wpływ czynników powstających na stanowiskach pracy, tj. nadmierny hałas, szkodliwe działanie związków chemicznych, pyły, czynniki biologiczne. Działanie wielu szkodliwych czynników wpływających niekorzystnie na nasze zdrowie staje się przyczyną występowania w populacji ludzkiej chorób zawodowych.

W 2004 roku w 64 zakładach pracy, objętych nadzorem ogółem było zatrudnionych 3 341 pracowników (w tym 715 kobiet, 2 626 mężczyzn) na stanowiskach bezpośrednio produkcyjnych – 2 476 pracowników.

Na podstawie przeprowadzonego rozpoznania środowiska pracy stwierdzono, że w powiecie kluczborskim w warunkach narażenia zawodowego zatrudnionych było 308 pracowników. W porównaniu do ubiegłych lat liczba pracowników narażonych uległa znacznemu zmniejszeniu. Dane dotyczące liczby narażonych pracowników w latach 2001 – 2004 przedstawiono w poniższym zestawieniu.

Program Promocji Zdrowia Powiatu Kluczborskiego na lata 2006 – 2015

Narażenie zawodowe w latach 2001 – 2004

Dane	2001	2002	2003	2004
Liczba zakładów objętych nadzorem	92	102	75	64
Zatrudnienie ogółem	4 053	3 608	4 200	3 341
Na stanowiskach bezpośrednio produkcyjnych	2 862	2 821	3 094	2 476
Liczba pracowników narażonych	693	861	641	308
Liczba pracowników zatrudnionych w warunkach uciążliwych	345	722	708	575

Analizując powyższe dane widać, że na przełomie ostatnich 4 lat liczba pracowników pracujących w warunkach narażenia zawodowego na czynniki szkodliwe uległa znacznemu obniżeniu (2003r. – 641 pracowników, 2004r. – 308 pracowników). Zmniejszyła się również liczba pracowników zatrudnionych w warunkach uciążliwych (2003r. – 708 pracowników, 2004r. – 575 pracowników).

Liczbę pracowników narażonych na chemiczne i fizyczne czynniki szkodliwe dla zdrowia w powiecie kluczborskim przedstawiają następujące zestawienia.

Program Promocji Zdrowia Powiatu Kluczborskiego na lata 2006 – 2015

Ekspozycja pracowników na chemiczne i fizyczne czynniki szkodliwe dla zdrowia w powiecie kluczborskim w latach 2000 – 2004

Nazwa czynnika szkodliwego	Liczba pracowników zatrudnionych w warunkach narażenia zawodowego											
	Powyżej NDS, lub NDN w roku					Od ½ NDS do NDS, Lub od ½ NDN do NDN w roku						
	2004	2003	2002	2001	2000	2004	2003	2002	2001	2000		
Amoniak	0	0	-	-	-	Brak danych	Brak danych	4	-	-		
Amylowy alkohol	0	0	-	-	-			-	-	-		
Azotu tlenki	0	0	-	2	4			-	-	-		
Benzen	0	0	-	-	-			-	-	-		
n-butylowy alkohol	0	0	-	10	10			-	-	-		
Etylowy alkohol	0	0	-	-	-			-	-	-		
Etylu octan	0	0	-	-	-			-	-	-		
Formaldehyd	0	0	-	-	-			-	-	-		
Ksylen	0	0	-	-	-			-	-	-		
Mangan i jego związki	6	29	-	-	2			-	-	4	-	
Miedź i jej związki	0	0	-	-	-			-	-	-	-	
Siarkowy kwas	0	0	-	-	-			-	-	-	-	
Tetrachloroeten	0	0	-	-	-			-	-	-	-	
Toluen	0	0	-	-	-			-	-	-	-	
Węgla tlenek	0	0	-	7	7			-	-	-	-	
Żelaza tlenki	0	0	-	-	-			-	-	1	-	
Benzo/a/piren i WWA	0	0	-	26	-			-	-	-	-	
Razem	6	29	0	45	23			-	-	4	5	0

Program Promocji Zdrowia Powiatu Kluczborskiego na lata 2006 – 2015

Ekspozycja pracowników na chemiczne i fizyczne czynniki szkodliwe dla zdrowia w powiecie kluczborskim w latach 2000 - 2004

Nazwa czynnika szkodliwego	Liczba pracowników zatrudnionych w warunkach narażenia zawodowego									
	Powyżej NDS, lub NDN w roku					Od ½ NDS do NDS, Lub od ½ NDN do NDN w roku				
	2004	2003	2002	2001	2000	2004	2003	2002	2001	2000
Pył zawierający SiO ₂ od 2% do 50%	25	48	64	79	79	Brak danych	Brak danych	140	40	30
Pył organiczny zawierający SiO ₂ <10%	13	16	21	16	14			1	78	-
Pyły węgla zawierające SiO ₂ od 2 do 10%	0	0	-	-	-			-	1	-
Pył drewna twardego, buk i dąb	0	0	4	-	4			1	-	-
Pył drewna mieszanego	0	0	1	17	3			-	3	-
Pył drewna z wyjątkiem drewna twardego	2	5	6	19	35			4	16	17
Hałas	257	588	586	585	527			139	205	40
Wibracja miejscowa i ogólna	20	8	10	4	6			10	-	-
Promieniowanie podczerwone	0	0	-	-	3			-	-	-
Dymy spawalnicze	6	29	90	41	36			9	22	-
Rozpuszczalniki organiczne	0	0	-	-	4			-	-	-
Razem	323	694	782	761	711	-	-	304	365	87

Natomiast liczbę chorób zawodowych spowodowanych wpływem czynników szkodliwych oraz liczbę chorób zawodowych wg jednostek chorobowych w powiecie kluczborskim w latach 2000 – 2004 przedstawiają poniższe tabele.

Liczba chorób zawodowych wywołanych przez czynniki szkodliwe dla zdrowia w powiecie kluczborskim w latach 2000 - 2004

Nazwa czynnika szkodliwego	Liczba chorób zawodowych w roku				
	2004	2003	2002	2001	2000
Pył zawierający SiO ₂ od 2% do 50%	0	0	-	-	-
Hałas	0	2	2	2	-
Wibracja miejscowa i ogólna	0	0	-	-	1
Promieniowanie podczerwone	0	0	-	-	1
Związki chromu 6 wart. – rak krtani	0	0	-	-	-
Alergeny roślinne, zwierzęce i inne	1	0	2	-	1
Nadmierny wysiłek głosowy	1	4	3	4	5
Czynniki biologiczne	0	0	-	2	1
Przeciążenie narządu ruchu	0	0	-	-	1
Ogółem	2	6	7	8	10

Program Promocji Zdrowia Powiatu Kluczborskiego na lata 2006 – 2015

Choroby zawodowe wg jednostek chorobowych w powiecie kluczborskim
w latach 2000 - 2004

Lp.	Jednostka Choroby zawodowej	Liczba chorób zawodowych w latach					Ogółem
		2000	2001	2002	2003	2004	
1	Choroby narządu głosu	5	4	3	4	1	17
2	Uszkodzenia słuchu	-	2	2	2	0	6
3	Choroby zakaźne i inwazyjne	1	2	-	-	-	3
4	Choroba oskrzeli	1	-	2	-	1	4
5	Choroba wibracyjna	1	-	-	-	-	1
6	Pylica płucna	-	-	-	-	-	-
7	Rak krtani	-	-	-	-	-	-
8	Uszkodzenie narządów ruchu	1	-	-	-	-	1
9	Zaćma obu oczu	1	-	-	-	-	1
10	Razem	10	8	7	6	2	33

Z liczby 33 stwierdzonych chorób zawodowych w powiecie kluczborskim w okresie lat 2000-2004 51,5% chorób zawodowych stanowią choroby narządu głosu (w przeważającej ilości u nauczycieli). Uszkodzenia słuchu stanowią 18,2% ogółu chorób zawodowych, 9,1% stanowią choroby zakaźne i inwazyjne, choroby oskrzeli stanowią 12,1% a pozostałe jednostki chorób zawodowych stanowią 9,1% ogółu stwierdzonych chorób zawodowych.

Umieralność

Umieralność niemowląt

Umieralność niemowląt jest jednym z podstawowych wskaźników epidemiologicznych. Obniżanie się umieralności niemowląt jest jedną z przyczyn zwiększania się oczekiwanej długości życia. Trendy spadkowe umieralności niemowląt są obserwowane w Polsce od kilkadziesiąt lat. Umieralność niemowląt w powiecie kluczborskim przedstawia poniższa tabela.

Umieralność niemowląt w powiecie kluczborskim w latach 1997 – 2003

POWIAT KLUCZBORSKI	Rok	Urodzenia żywe	Zgony niemowląt	% zgonów w stosunku do ur. żywych	Zgony niemowląt na 1000 ur. żywych
		1997	729	10	1,4
	1998	743	8	1,1	10,8
	1999	712	5	0,7	7,0
	2000	695	3	0,4	4,3
	2001	648	8	1,2	12,3
	2002	586	5	0,9	8,5
	2003	561	5	0,9	8,9

Program Promocji Zdrowia Powiatu Kluczborskiego na lata 2006 – 2015

Umieralność niemowląt w powiecie kluczborskim obniża się stopniowo w latach 1997-2003, jedynie w 2001 roku nastąpił nieznaczny wzrost umieralności niemowląt.

Zgony niemowląt w okresie 1997 – 2003 stanowią od 0,7 do 1,4% w stosunku do liczby urodzeń żywych.

Główną przyczyną zgonów niemowląt są obecnie stany powstające w okresie okołoporodowym i wady rozwojowe wrodzone.

Struktura zgonów

Jednym z istotnych źródeł informacji o sytuacji zdrowotnej populacji powiatu kluczborskiego stanowi przedstawienie przyczyn zgonów. Tabela 49 przedstawia zestawienie zgonów wg przyczyn w powiecie kluczborskim na przestrzeni lat 2000 – 2004 w oparciu o zgony zarejestrowane w Szpitalu Powiatowym w Kluczborku.

Zgony według przyczyn – Szpital Powiatowy w Kluczborku

Podział według Jednostek chorobowych	2000		2001		2002		2003		2004	
	ogółem	procent	ogółem	procent	ogółem	procent	ogółem	Procent	ogółem	Procent
1. Choroby zakaźne i pasożytnicze	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
2. Nowotwory	67	24,7	45	18,4	57	23,7	59	26,7	37	28,4
3. Choroby gruczołów wydzielania wewnętrznego	2	0,7	2	0,8	1	0,4	2	0,9	1	0,8
4. Choroby krwi i narządów krwiotwórczych	1	0,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
5. Zaburzenia psychiczne	0	0,0	1	0,4	0	0,0	1	0,4	0	0,0
6. Choroby układu nerwowego i narządów zmysłu	3	1,1	1	0,4	0	0,0	5	2,3	3	2,3
7. Choroby układu krążenia	160	59,0	160	65,3	145	60,4	112	50,7	68	52,3
8. Choroby układu oddechowego	12	4,4	11	4,5	7	2,9	15	6,8	3	2,3
9. Choroby układu trawiennego	12	4,4	11	4,5	11	4,6	12	5,4	9	6,9
10. Choroby układu moczowo – płciowego	3	1,1	6	2,4	4	1,7	6	2,7	4	3,1
11. Powikłania ciąży, porodu i połoгу	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
12. Choroby skóry i tkanki podskórnej	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
13. Choroby układu mięśniowo-kostnego i tkanki łącznej	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,8
14. Wady rozwojowe, wrodzone	0	0,0	2	0,8	2	0,8	0	0,0	0	0,0
15. Stany chorobowe płodów i noworodków- okołoporodowe	1	0,4	1	0,4	0	0,0	2	0,9	3	2,3
16. Objawy, oznaki i stany niedokładnie określone	-	-	1	0,4	3	1,3	0	0,0	0	0,0
17. Urazy i zatrucia	10	3,7	4	1,7	11	4,6	7	3,2	1	0,8
18. Czynniki wpływ. na stan zdrowia, kontakt ze służbą zdrowia	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
19. Razem	271	100	245	100	241	100	221	100	130	100

Program Promocji Zdrowia Powiatu Kluczborskiego na lata 2006 – 2015

Analizując główne przyczyny zgonów w pięcioletnim okresie lat 2000 – 2004 możemy stwierdzić, że najczęstszą przyczyną zgonów w Szpitalu Powiatowym były choroby układu krążenia od 50,7% do 65,3% ogółu zgonów, następnie nowotwory 18,4% do 28,4%, kolejno choroby układu trawiennego od 4,4% do 6,9%, urazy i zatrucia 0,8% do 4,6%, choroby układu moczowo – płciowego 1,1% do 3,1% oraz choroby układu oddechowego od 2,3% do 6,8% ogółu zgonów.

W 2004 roku najczęstszą przyczyną zgonów w szpitalu powiatowym stanowiły także choroby układu krążenia 52,3% ogółu zgonów, następnie nowotwory złośliwe 28,4%. Kolejno przyczynami zgonów były choroby układu trawiennego 6,9% oraz choroby układu oddechowego 2,3% ogółu zgonów.

Strukturę zgonów wg przyczyn u kobiet i mężczyzn można na podstawie danych Szpitala Powiatowego w Kluczborku przedstawić w poniższych zestawieniach:

Zgony według płci i wybranych przyczyn w Szpitalu Powiatowym w Kluczborku w latach 2000 - 2004

Wyszczególnienie	2000		2001		2002		2003		2004	
	K	M.	K	M.	K	M.	K	M	K	M
Zgony ogółem	148	128	140	105	136	105	123	98	64	66
W tym:										
Nowotwory	30	38	17	28	27	30	36	23	16	21
Chor. ukl. krążenia	96	64	100	60	91	54	62	50	36	32
Chor. ukl. trawiennego	6	6	5	6	3	8	5	7	3	6
Urazy i zatrucia	7	4	4	0	6	5	3	4	1	0
Chor. ukl. moczowo – płciowego	1	2	5	1	2	2	5	1	0	4
Chor. ukl. oddechowego	4	8	6	5	3	4	8	7	2	1
Pozostałe choroby	4	6	3	5	4	2	4	6	6	2

M. – mężczyźni, K – kobiety

Struktura zgonów mężczyzn w Szpitalu Powiatowym w Kluczborku w latach 2000 – 2004

Lp.	Zgony wg przyczyn	2000	2001	2002	2003	2004
1.	Ogółem	100%	100%	100%	100%	100%
2.	Nowotwory złośliwe	29,7	26,6	28,6	23,5	31,8
3.	Choroby ukl. krążenia	50,0	57,1	51,4	51,0	48,5
4.	Choroby ukl. trawiennego	4,7	5,7	7,6	7,1	9,1
5.	Urazy i zatrucia	3,1	0,0	4,8	4,1	0,0
6.	Choroby ukl. moczowo-płciowego	1,6	1,0	1,9	1,0	6,1
7.	Choroby ukl. oddechowego	6,3	4,8	3,8	7,1	1,5
8.	Pozostałe choroby	4,7	4,8	1,9	6,1	3,0

Program Promocji Zdrowia Powiatu Kluczborskiego na lata 2006 – 2015

Struktura zgonów kobiet w Szpitalu Powiatowym w Kluczborku w latach 2000-2004

Lp.	Zgony wg przyczyn	2000	2001	2002	2003	2004
1.	Ogółem	100%	100%	100%	100%	100%
2.	Nowotwory złośliwe	20,3	21,1	19,9	29,3	25,0
3.	Choroby ukł. krążenia	64,9	71,4	66,9	51,2	56,3
4.	Choroby ukł. trawiennego	4,1	3,6	2,2	4,1	4,7
5.	Urazy i zatrucia	4,7	2,9	4,4	2,4	1,6
6.	Choroby ukł. moczowo-płciowego	0,7	3,6	1,5	4,2	0,0
7.	Choroby ukł. oddechowego	2,7	4,6	2,2	6,5	3,0
8.	Pozostałe choroby	2,7	2,1	2,9	3,3	9,4

W latach 2000 – 2004 w Szpitalu Powiatowym w Kluczborku mężczyźni 1,5 razy częściej niż kobiety umierają z powodu nowotworów złośliwych, natomiast kobiety 1,5 razy częściej niż mężczyźni umierają z powodu choroby układu krążenia .

Analizując dynamikę głównych przyczyn zgonów w szpitalu powiatowym na przestrzeni ostatnich lat (2000-2004r.), z uwzględnieniem płci, zauważa się następujące zjawiska:

- umieralność ogółem mężczyzn jak i kobiet ulega niewielkiemu spadkowi,
- umieralność z powodu nowotworów złośliwych, choroby układu krążenia, układu trawiennego oraz w wyniku urazu i zatruc zarówno u kobiet jak i u mężczyzn utrzymuje się mniej więcej na tym samym poziomie. Można zauważyć tylko niewielki spadek lub wzrost umieralności w poszczególnych latach z powodu wyżej wymienionych chorób.

Zgony wg wybranych chorób, wieku i płci w Szpitalu Powiatowym w Kluczborku w 2000r.

Wyszczególnienie	Podział na grupy wiekowe												Razem	%
	15-19 lat		20-34 lat		35-44 lat		45-54 lat		55-64 lat		65 i więcej			
	K	M	K	M	K	M	K	M	K	M.	K	M.		
Nowotwory	-	-	-	-	1	-	-	5	6	14	23	18	67	24,7
Chor. ukł. krążenia	-	-	-	-	-	2	-	4	2	11	94	47	160	59,0
Chor. ukł. oddechowego	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	4	6	12	4,4
Chor. ukł. trawiennego	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	6	5	12	4,4
Chor. ukł. moczowo płciowego	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	1	1	3	1,1
Urazy i zatrucia	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	7	2	10	3,7
Pozostałe choroby	-	-	-	-	-	-	-	2	-	-	5	1	8	2,9

Program Promocji Zdrowia Powiatu Kluczborskiego na lata 2006 – 2015

Zgony wg wybranych chorób, wieku i płci w Szpitalu Powiatowym w Kluczborku w 2001r.

Wyszczególnienie	Podział na grupy wiekowe												Razem	%
	15-19 lat		20-34 lat		35-44 lat		45-54 lat		55-64 lat		65 i więcej			
	K	M	K	M	K	M	K	M	K	M.	K	M		
Nowotwory	-	-	-	-	2	-	3	4	2	4	10	20	45	18,4
Chor. ukł. krążenia	-	-	-	1	-	-	2	2	3	9	95	48	160	65,3
Chor. ukł. oddechowego	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	6	4	11	4,5
Chor. ukł. trawiennego	-	-	-	-	-	-	-	3	-	-	5	3	11	4,5
Chor. ukł. moczowo płciowego	-	-	-	-	-	-	-	-	2	-	3	1	6	2,4
Urazy i zatrucia	1	-	-	-	1	-	-	-	-	-	2	-	4	1,6
Pozostałe choroby	-	-	1	1	-	1	-	-	-	-	2	2	8	3,3

Zgony wg wybranych chorób, wieku i płci w Szpitalu Powiatowym w Kluczborku w 2002r.

Wyszczególnienie	Podział na grupy wiekowe												Razem	%
	15-19 lat		20-34 lat		35-44 lat		45-54 lat		55-64 lat		65 i więcej			
	K	M	K	M	K	M	K	M	K	M.	K	M		
Nowotwory	-	1	-	1	3	1	8	3	2	5	14	19	57	38,8
Chor. ukł. krążenia	-	-	-	-	-	-	1	6	3	7	87	41	145	60,4
Chor. ukł. oddechowego	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3	4	7	2,9
Chor. ukł. trawiennego	-	-	-	-	-	-	-	4	-	1	3	3	11	4,6
Chor. ukł. moczowo płciowego	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	2	4	1,7
Urazy i zatrucia	1	-	-	2	-	-	-	1	-	-	5	2	11	4,6
Pozostałe choroby	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	4	5	2

Zgony wg wybranych chorób, wieku i płci w Szpitalu Powiatowym w Kluczborku w 2003r.

Wyszczególnienie	Podział na grupy wiekowe												Razem	%
	15-19 lat		20-34 lat		35-44 lat		45-54 lat		55-64 lat		65 i więcej			
	K	M	K	M	K	M	K	M	K	M.	K	M		
Nowotwory	-	-	-	-	-	-	7	5	6	5	23	13	59	26,7
Chor. ukł. krążenia	-	-	-	-	-	-	-	2	2	3	60	45	112	50,7
Chor. ukł. oddechowego	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	8	5	15	6,8
Chor. ukł. trawiennego	-	-	-	-	-	1	1	1	2	-	2	5	12	5,4
Chor. ukł. moczowo płciowego	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	4	1	6	2,7
Urazy i zatrucia	-	1	1	-	-	1	-	1	-	-	2	1	7	3,2
Pozostałe choroby	-	-	-	1	-	-	-	1	-	1	3	2	8	3,6

Zgony wg wybranych chorób, wieku i płci w Szpitalu Powiatowym w Kluczborku w 2004r.

Wyszczególnienie	Podział na grupy wiekowe												Razem	%
	15-19 lat		20-34 lat		35-44 lat		45-54 lat		55-64 lat		65 i więcej			
	K	M	K	M	K	M	K	M	K	M.	K	M		
Nowotwory	-	-	-	-	-	-	1	2	3	4	16	11	37	28,4
Chor. ukł. krążenia	-	-	-	-	-	2	-	-	3	4	30	29	68	52,3
Chor. ukł. oddechowego	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	1	3	2,3
Chor. ukł. trawiennego	-	-	-	-	-	-	-	2	-	1	4	2	9	6,9
Chor. ukł. moczowo płciowego	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	4	4	3,1
Urazy i zatrucia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	1	0,8
Pozostałe choroby	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	4	-	5	3,9

Program Promocji Zdrowia Powiatu Kluczborskiego na lata 2006 – 2015

Wg powyższy zestawień wynika, że umieralność zarówno kobiet jak i mężczyzn występuje najczęściej w przedziale wiekowym 65 i więcej, głównie z powodu chorób układu krążenia i nowotworów złośliwych.

Zgony wg przyczyn w województwie opolskim i w powiecie kluczborskim w 2003r.

Podział według Jednostek chorobowych	Województwo opolskie		Powiat kluczborski	
	Ogółem	Procent	Ogółem	Procent
Choroby zakaźne i pasożytnicze	35	0,4	1	0,2
Nowotwory	2 308	25,4	169	26,8
Choroby gruczołów wydzielania wewnętrznego	110	1,2	5	0,8
Choroby krwi i narządów krwiotwórczych	12	0,1	1	0,2
Zaburzenia psychiczne	1	0,01	0	0
Choroby układu nerwowego i narządów zmysłu	88	10,0	8	1,3
Choroby układu krążenia	4 839	53,3	377	59,8
Choroby układu oddechowego	291	3,2	25	4,0
Choroby układu trawiennego	356	3,9	19	3,0
Choroby układu moczowo – płciowego	106	1,2	7	1,1
Powikłania ciąży, porodu i połogu	0	0	0	0
Choroby skóry i tkanki podskórnej	0	0	0	0
Choroby układu kostno- stawowego	20	0,2	2	0,3
Wady rozwojowe i wrodzone	21	0,2	1	0,2
Stany chorobowe płodów i noworodków- okołoporodowe	13	0,1	1	0,2
Objawy, oznaki i stany niedokładnie określone	362	4,0	13	2,1
Urazy i zatrucia	522	5,7	41	6,5
Dodatkowa klasyfikacja	0	0	0	0
Razem	9 084	100	630	100

Program Promocji Zdrowia Powiatu Kluczborskiego na lata 2006 – 2015

Zgony wg przyczyn w województwie opolskim i w powiecie kluczborskim w 2004r.

Podział według Jednostek chorobowych	Województwo opolskie		Powiat kluczborski	
	Ogółem	Procent	Ogółem	Procent
1. Choroby zakaźne i pasożytnicze	38	0,4	1	0,2
2. Nowotwory	2 305	26,1	169	27,8
3. Choroby krwi i narząd krwiotwórczych	8	0,09	0	0
4. Zaburzenia wydzielania wewnętrznego	97	1,1	5	0,8
5. Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania	2	0,02	0	0
6. Choroby układu nerwowego	97	1,1	7	1,2
7. Choroby oka i przydatków oka	0	0	0	0
8. Choroby ucha i wyrostka sutkowego	0	0	0	0
9. Choroby układu krążenia	4 497	51,0	313	51,6
10. Choroby układu oddechowego	303	3,4	18	3,0
11. Choroby układu trawiennego	423	4,8	17	2,8
12. Choroby skóry i tkanki podskórnej	2	0,02	0	0
13. Choroby układu kostno-stawowego	16	0,2	1	0,2
Choroby układu moczowo-płciowego	102	1,6	9	1,5
14. Ciąża, poród i połóg	1	0,01	0	0
15. Stany rozpoczynające się w okresie okołoporod.	14	0,2	2	0,3
16. Wady rozwojowe i wrodzone	9	0,1	1	0,2
17. Objawy, cechy chorob. niepraw. wyniki badań klinicz.	375	4,2	25	4,1
18. Zewnętrzne przyczyny zgonu	535	6,1	39	6,4
19. OGÓLEM	8 824	100	607	100

Zgony wg płci i wybranych przyczyn w powiecie kluczborskim w 2003 i 2004r.

Wyszczególnienie	Kobiety		Mężczyźni	
	2003r.	2004r.	2003r.	2004r.
Zgony ogółem	293	268	337	339
W tym:				
Nowotwory złośliwe	83	64	86	105
Choroby układu krążenia	160	154	177	159
Choroby układu trawiennego	11	6	8	11
Urazy i zatrucia	10	3	31	6
Choroby układu moczowo-płciowego	5	7	2	11
Choroby układu oddechowego	11	9	14	30
Pozostałe choroby	13	25	19	17

Ogólna ilość zgonów w powiecie kluczborskim w 2004 roku stanowiła 6,9% ogólnej liczby zgonów województwa opolskiego. Liczba zgonów z powodu nowotworów stanowiła 7,3% zgonów województwa opolskiego, natomiast z powodu chorób układu krążenia stanowiła 7,0% zgonów.

Analizując powyższe zestawienia głównych przyczyn zgonów w powiecie kluczborskim w dwóch ostatnich latach zauważamy następujące zjawiska:

- Ogólny spadek zgonów w 2004 roku w porównaniu z rokiem poprzednim (tj. o 23);
- umieralność z powodu nowotworów na tym samym poziomie;
- Spadek umieralności z powodu chorób układu krążenia (tj. o 64);
- Umieralność z powodu innych w/w chorób utrzymuje się mniej więcej na tym samym poziomie.

Nowotwory

Nowotworem nazywamy nieprawidłową tkankę, która rozrasta się nadmiernie i w sposób nieskoordynowany z sąsiadującymi tkankami. Nadmierny rozrost spowodowany jest niepohamowaną proliferacją komórek, nieustającą nawet po wyeliminowaniu czynnika, który ją wywołał.

Nowotwór nie jest więc tworem obcym organizmowi, a tkanką własną ustroju. Rozwija się wraz z nim, bez niego nie istnieje. Może powstać w każdym okresie życia człowieka, nawet w łonie matki.

Rozrost nowotworowy różni się zasadniczo od rozrostu fizjologicznego.

W tkance prawidłowej zawsze istnieje stała równowaga między mnożeniem się komórek, ich różnicowaniem i obumieraniem. Nawet jeżeli na tkankę zadziała jakiś czynnik drażniący, który spowoduje zaburzenie tej równowagi i przewagę mnożenia się komórek nad ich umieraniem, czyli rozrost, to i tak pozostaje on pod kontrolą ustrojowych czynników regulujących. W wyniku ich działania tworzy się w tkance nowa równowaga. Dzięki temu rozrost ma charakter ograniczony i cofa się po ustąpieniu czynnika sprawczego.

Inaczej przebiega rozrost nowotworowy. Jego charakterystyczną cechą jest przewaga proliferacji nad obumieraniem komórek oraz zahamowanie ich różnicowania. Proces ten jest stały, nieodwracalny i szkodliwy dla organizmu. W jego wyniku powstaje mało zróżnicowana tkanka, ze skłonnością do ciągłego powiększania swojej objętości. Dlatego ma ona ogromne zapotrzebowanie na energię i substancje odżywcze, które zdobywa kosztem innych tkanek ustroju. Te cechy tkanki nieprawidłowej określa się mianem autonomii nowotworowej. Innymi słowy, autonomia oznacza, że nowotwór, mimo iż jest integralną częścią organizmu, nie żyje jego życiem, tylko swoim własnym.

Swoją budową nowotwory najczęściej przypominają niecałkowicie dojrzałą tkankę, z której się wywodzą. Mówimy, że tkanka nowotworowa jest mniej dojrzała lub niżej zróżnicowana niż tkanka macierzysta. Oczywiście stopień dojrzałości nowotworu może być różny: od komórek bardzo prymitywnych - zwanych anaplastycznymi, do wysoko zróżnicowanych. Jest to istotne, ponieważ stwierdzono zależność między stopniem zróżnicowania nowotworu a jego złośliwością. Zasada mówi, że im struktura nowotworu jest bardziej zbliżona do tkanki prawidłowej, tym nowotwór jest mniej złośliwy.

Nowotwory dzielimy na łagodne (niezłośliwe) oraz złośliwe. Jest to podział bardzo ogólny. Nowotwory te różnią się między sobą budową mikroskopową, wyglądem makroskopowym, a także przebiegiem klinicznym i rokowaniem. Nowotwory łagodne cechuje powolny wzrost, brak naciekania okolicznych tkanek, wnikania do naczyń, przerzutów oraz wznowy, czyli nawrotu po leczeniu. Budową histologiczną przypominają tkankę prawidłową, z reguły posiadają łącznotkankową torebkę. Ich przebieg kliniczny jest często bezobjawowy, a rokowanie co do wyleczenia i dalszego życia chorego dobre.

Nowotwory złośliwe posiadają cechy przeciwne. Rosną szybko, wnikają do naczyń, naciekają tkanki, dają przerzuty i wznowy. Ich budowa histologiczna znacznie odbiega od tkanki prawidłowej, nie posiadają torebki. Przebieg kliniczny choroby, zwłaszcza w ostatnim okresie, jest bardzo ciężki, a rokowania niepewne.

Główne różnice między nowotworem złośliwym i łagodnym

	nowotwór łagodny	nowotwór złośliwy
SZYBKOŚĆ WZROSTU	powolny	szybki
TOREBKA	zwykle jest	nie ma
NACIEKANIE TKANEK	nie ma	jest
WRASTANIE DO NACZYŃ	nie ma	jest
PRZERZUTY	nie ma	są
WZNOWY	nie ma	są
BUDOWA HISTOLOGICZNA	zbliżona do tkanki prawidłowej	różni się od tkanki prawidłowej, wykazuje cechy anaplazji

Wszystkie objawy chorobowe powinny wzbudzić naszą czujność, ale nie muszą od razu oznaczać, że mamy chorobę nowotworową. W większości przypadków są to symptomy wielu innych schorzeń nie mających z nowotworami nic wspólnego. Dlatego właśnie, jeśli zauważymy coś niepokojącego, bezwzględnie należy skontaktować się ze swoim lekarzem w celu wyjaśnienia objawu. Powód do niepokoju pojawia się w momencie, gdy te dolegliwości utrzymują się przez dłuższy czas, pomimo stosowanego leczenia.

RAK SUTKA

Częste objawy:

- Guzek
- Zmiany brodawki (wciągnięcie, uwypuklenie, zmiana koloru)
- Zmiany na skórze (wciągnięcie, zmiana koloru, niegojące się owrzodzenia)
- Wydzielina z gruczołu (czasem podbarwiona krwią)
- Powiększone węzły chłonne w dole pachowym

Ryzyko zachorowania zwiększają:

- Rak sutka u matki lub siostry
- Otyłość
- Bezdzielnosc
- Wieloletnie stosowanie hormonalnych środków antykoncepcyjnych

Badania profilaktyczne:

- Comiesięczna samokontrola piersi po miesiączce
- Od 40 roku życia coroczna mammografia. U kobiet obciążonych rodzinnym występowaniem choroby badanie to jest obowiązkowe co najmniej raz w roku lub nawet częściej, bez względu na wiek.

RAK PŁUC

Częste objawy:

- Kaszel utrzymujący się powyżej 1 miesiąca
- Nawracające zakażenia dolnych dróg oddechowych
- Dusznosc
- Ból w klatce piersiowej
- Krew w plwocinie

Ryzyko zachorowania zwiększają:

- Palenie papierosów
- Narażenie zawodowe (kontakt z azbestem, związkami arsenu, chromu, niklu, rudami uranu i kobaltu, praca przy asfaltowaniu dróg i w rafineriach ropy naftowej)
- Przewlekłe spastyczne zapalenie oskrzeli

Badania profilaktyczne:

- Co najmniej raz na 2 lata prześwietlenie klatki piersiowej

- Palacze powinni wykonywać prześwietlenie klatki piersiowej każdorazowo przy stwierdzeniu zapalenia płuc.

RAK SZYJKI MACICY

Częste objawy:

- Nieregularne krwawienia miesięczne
- Krwawienia po stosunku płciowym
- Upławy podbarwione krwią, często o nieprzyjemnym zapachu

Ryzyko zachorowania zwiększają:

- Duża ilość porodów
- Wielu partnerów seksualnych
- Wieloletnie przyjmowanie hormonalnych środków antykoncepcyjnych

Badania profilaktyczne:

- Raz do roku kontrola ginekologiczna i pobranie wymazu z szyjki macicy.

RAK GRUCZOŁU KROKOWEGO

Częste objawy:

- Trudności w oddawaniu moczu (kroplami)
- Częste oddawanie moczu (także w nocy)
- Zatrzymanie oddawania moczu
- Bóle kręgosłupa (często pierwsza manifestacja nowotworu, niestety już z przerzutu)

Ryzyko zachorowania zwiększa wiek powyżej 60 roku życia

Badania profilaktyczne:

- Raz do roku u mężczyzn po 50 roku życia badanie gruczołu krokowego przez odbytnicę (per rectum)
- Oznaczanie swoistego antygenu sterczowego (PSA) w surowicy krwi przy stwierdzeniu niepokojącego objawu.

RAK ŻOŁADKA

Częste objawy:

- Ból w nadbrzuszu
- Brak apetytu
- Utrata masy ciała

- Krwiste lub fusowate wymioty
- Smoliste stolce
- Utrudnione połykanie

Ryzyko zachorowania zwiększają:

- Zakażenie *Helicobacter pylori*
- Zanikowe zapalenie żołądka
- Palenie tytoniu
- Owrzodzenia żołądka
- Zabiegi chirurgiczne na żołądku

W wypadku wystąpienia niepokojących objawów należy wykonać gastroskopię z pobraniem wycinka do badania histopatologicznego i na test ureazowy w kierunku *Helicobacter pylori*.

RAK JELITA GRUBEGO

Częste objawy:

- Zmiana w rytmie wypróżnień (biegunki lub zaparcia)
- Nieprawidłowe domieszki w stolcu (śluz, krew)
- Bóle w jamie brzusznej
- Krwawienie z odbytnicy
- Niedokrwistość
- Utrata masy ciała

Ryzyko zachorowania zwiększają:

- Polipy gruczolakowate
- Rodzinna polipowatość okrężnicy
- Wrzodziejące zapalenie jelita grubego
- Choroba Leśniowskiego-Crohna

Przy wystąpieniu niepokojących objawów wskazane jest badanie *per rectum* oraz kału na krew utajoną.

RAK SKÓRY

Rak skóry jest u ludzi rasy białej jednym z najczęściej występujących nowotworów stanowiącym około 30% wszystkich nowotworów złośliwych. Większość tego typu

nowotworów rozwija się w obrębie odsłoniętych części ciała, a częstość występowania jest najwyższa u osób pracujących na wolnym powietrzu (rybacy, rolnicy) jak również u ludzi często opalających się. Może on również występować na skórze osłoniętej, w okolicy narządów płciowych lub kończyn dolnych.

Przyczyny

- ekspozycja na słońce, szczególnie na promienie UV
- narażenie na działanie środków chemicznych, takich jak arsen, węglowodory, herbicydy, środki grzybobójcze, pochodne ropy naftowej, syntetyczne środki przeciwmalaryczne
- palenie tytoniu (rak wargi)
- przewlekłe miejscowe drażnienie skóry (przetoki, przewlekły zastój żylny)
- zaniki skóry
- rogowacenie starcze
- promienie jonizujące
- zakażenie wirusem HPV

Do stanów przedrakowych należą:

- rogowacenie słoneczne/starcze (keratosis actinica/senilis)
- róg skórny (cornu cutaneum)
- uszkodzenie rentgenowskie skóry (radiodermatitis)
- rogowacenie chemiczne (np. arsenowe, dziegiowe)
- rogowacenie białe (leukoplakia) – w obrębie błon śluzowych
- skóra pergaminowa i barwnikowa (xeroderma pigmentosum)
- przerosłe blizny po oparzeniach

W Polsce w 2000 roku na nowotwory złośliwe zachorowało około 120 000 osób, w tym samym czasie stwierdzono prawie 84 600 zgonów z tego powodu. Nowotwory złośliwe stanowiły drugą po chorobach układu krążenia przyczynę zgonów, powodując około 25% zgonu u mężczyzn i 21,5% u kobiet.

Częstość występowania poszczególnych typów nowotworów złośliwych w populacji zależy od płci. Kobiety najczęściej chorują na raka piersi. Rak piersi stanowił 20,7% wszystkich zachorowań na nowotwory złośliwe u kobiet. W 2000r. prawie 39 kobiet na 100 000 zachorowało na raka piersi, łącznie w Polsce 2000r. zarejestrowano 10 987 nowych zachorowań na ten nowotwór. Kolejnymi najczęściej występującymi nowotworami u kobiet były rak jelita grubego stanowiąc 10% wszystkich zachorowań na nowotwory złośliwe, rak

płuca 7,8%, i rak szyjki macicy 6,8%. Mężczyźni najczęściej chorują na raka płuc. Rak płuca stanowi 27% wszystkich zachorowań u mężczyzn. W 2000r. zanotowano ponad 15 000 nowych zachorowań na raka płuc u mężczyzn (65,5 na 100tys). Kolejne najczęściej występujące nowotwory złośliwe to rak jelita grubego stanowiący 10% wszystkich zachorowań na nowotwory, rak prostaty 8%, pęcherz moczowy 6,5%, żołądek 6,4% i krtań 4%.

Śmiertelność na nowotwory złośliwe zależy od częstości występowania danego nowotworu, a także od wyleczalności. W 2000r. w Polsce z powodu nowotworu zmarło 48 020 mężczyzn i 36539 kobiet. U kobiet największy odsetek zgonów nowotworowych stanowiły zgony z powodu raka piersi (12,9% wszystkich zgonów z powodu nowotworów), a następnie zgony z powodu raka jelita grubego (11,4%), raka płuca (11%), żołądka (5,9%), jajnika (5,6%) i szyjki macicy (5,4%). U mężczyzn najczęstszą przyczyną zgonów nowotworowych były zgony z powodu raka płuca (33% wszystkich zgonów z powodu nowotworów), a następnie z powodu raka jelita grubego (9%), żołądka (8%), prostaty (6,6%) oraz pęcherza moczowego (4,2%).

Rak skóry według statystyk amerykańskich jest najczęściej występującym nowotworem złośliwym, u człowieka. Powstaje w wyniku przewlekłego narażenia skóry na drażniące czynniki zewnętrzne takie jak promieniowanie ultrafioletowe. Dlatego też najczęściej pojawia się na twarzy i rękach. Zauważony we wczesnym stadium może być skutecznie leczony chirurgicznie. Często rak skóry leczony jest ambulatoryjnie i po prostu nie jest zgłaszany do rejestru. Pisząc o nowotworach skóry nie sposób nie wspomnieć o **czerniaku złośliwym skóry**. Jest to nowotwór wywodzący się z komórek barwnikowych (melanocytów), często powstaje na podłożu znamion barwnikowych. Powszechną groźbę budzi ze względu na to, że przy stosunkowo małej wielkości (Np. guzek o średnicy 0,5-1cm) już może dawać przerzuty zarówno do węzłów chłonnych jak i odległe, czyli upraszczając możemy powiedzieć, że jest bardzo złośliwym nowotworem. Nie jest to jednak nowotwór częsty, w 2000r. zarejestrowano w Polsce 1 601 nowych zachorowań na ten nowotwór (3 osoby na 100tys.), w tym samym roku z powodu czerniaka zmarło 928 chorych.

Prewencja, czyli zapobieganie powstawaniu i rozwojowi chorób, stanie się bez wątpienia

w niedalekiej przyszłości głównym celem działań medycznych.

W przypadku choroby nowotworowej profilaktyka jest szczególnie istotna. Najważniejsze to

zdawać sobie sprawę z tego, co nam szkodzi, i w miarę możliwości unikać kontaktu z czynnikami rakotwórczymi. Nie możemy wiele poradzić na zanieczyszczenie środowiska, w którym żyjemy, ale unikanie palenia tytoniu czy nadużywania alkoholu leży w naszej mocy. Od nas też tylko zależy, czy znajdziemy czas na kontrolne badania lekarskie i leczenie stanów przedrakowych. Są to rzeczy tak ważne, że nie wolno ich lekceważyć.

Mamy też wpływ na jeszcze jedną, kluczową dla zdrowia sprawę a mianowicie nasz sposób odżywiania. To, co jemy, decyduje w znacznym stopniu o stanie naszego zdrowia. Niewłaściwa dieta obniża odporność organizmu, przez co staje się on bardziej podatny na niekorzystne wpływy środowiska. W efekcie szybciej i częściej chorujemy. Osłabiony ustrój gorzej też broni się przed niekontrolowanym rozrostem swoich komórek. Jak może się to skończyć, już wiemy. Amerykanie dowiedli, że nieracjonalne odżywianie jest przyczyną rozwoju choroby nowotworowej u kobiet w około 60% przypadków, a u mężczyzn w około 40%. Choroba nowotworowa rozwija się w ciągu długiego okresu czasu i jest stwierdzone, że z pomocą właściwej diety można zahamować jej postęp i zwiększyć szansę na wyleczenie. Podstawowe błędy żywieniowe, jakie popełniamy, polegają na tym, że spożywamy za dużo czerwonego, tłustego mięsa, a za mało warzyw i owoców (zwłaszcza surowych). Odrębny problem stanowią szkodliwe konserwanty dodawane do jedzenia.

Chorobę nowotworową lepiej leczyć w stadium początkowym niż zaawansowanym.

Wczesne wykrycie choroby nowotworowej stwarza szansę całkowitego powrotu do zdrowia.

Uwagi ogólne:

- Negatywne wyniki badań nie wykluczają raka.
- Wyniki pozytywne trzeba zawsze zweryfikować.
- Rozpoznanie innej choroby nie wyklucza współistnienia raka.
- To, że na raka najczęściej chorują osoby starsze, nie wyklucza raka u osób młodych.

Zgony mieszkańców województwa opolskiego z powodu nowotworów – wg powiatów

Powiat	Ogółem	Wskaźnik na 100 tys. mieszkańców	Ogółem	Wskaźnik na 100 tys. mieszkańców
	2003 rok		2004 rok	
Województwo	2 308	218,6	2 305	219,2

Program Promocji Zdrowia Powiatu Kluczborskiego na lata 2006 – 2015

Brzeski	200	215,7	204	220,2
Głubczycki	112	218,4	124	243,8
Kędzierzyńsko-Kozielski	231	223,2	233	226,3
Kluczborski	169	238,2	169	239,0
Krapkowicki	132	191,4	125	182,6
Namysłowski	102	230,9	98	222,4
Nyski	385	261,1	334	227,4
Oleski	147	212,0	142	205,9
Opolski	280	206,6	258	191,0
Prudnicki	132	216,8	144	237,7
Strzelecki	146	178,0	179	219,8
m. Opole	272	211,1	295	228,9

Wśród powiatów najwyższe wskaźniki zgonów z powodu nowotworów w 2004r. zanotowano w powiatach: głubczyckim (243,8), **kluczborskim (239,0)**, prudnickim (237,7), mieście Opolu na prawach powiatu (228,9) i nyskim (227,4). Natomiast najmniej zgonów odnotowano w powiatach: krapkowickim (182,6) i opolskim (191,0).

Nadumieralność mężczyzn

Nadumieralność mężczyzn w powiecie kluczborskim w latach 2003 i 2004

Wyszczególnienie	rok	Ogółem	Przedziały wiekowe						
			0-14	15-19	20-34	35-44	45-54	55-64	65 i powyżej
Kobiety	2003	293	1	0	3	3	22	20	244
	2004	268	3	0	1	4	7	23	230
Mężczyźni	2003	337	4	1	7	10	34	53	228
	2004	339	1	0	6	12	47	69	202
Iloraz zgonów mężczyzn do zgonów kobiet	2003	1,2	1,0	0,0	2,3	3,3	1,5	2,7	0,9
	2004	1,3	0,3	0,0	6,0	3,0	6,7	3,0	0,9

Zjawisko nadumieralności mężczyzn w powiecie kluczborskim ujawnia się we wszystkich przedziałach wiekowych oprócz 65 roku życia i powyżej.

Rozdział IV Wypadki i urazy

Wypadkowość stanowi istotny czynnik wpływający na indywidualną i społeczną zdolność wytwarzania dóbr materialnych i niematerialnych oraz na koszty związane z okresową lub stałą niezdolnością do pracy zarobkowej (absencja chorobowa, hospitalizacja, inwalidztwo). W terminologii statystycznej do pojęcia wypadkowości odnoszą się dane na temat urazów i zatruc łącznie.

Następstwa urazów i zatruc znajdują się w grupie trzech głównych problemów zdrowotnych polskiego społeczeństwa. Po chorobach układu krążenia (około 50%), nowotworach (około 20%), urazy i zatrucia stanowią przyczynę 7,0 – 7,5% ogółu zgonów.

Wypadki drogowe stanowią główną przyczynę urazów w Polsce. Każdego roku na drogach publicznych w Polsce stale wzrasta liczba wypadków drogowych, w których ginie kilka tysięcy osób i ponad kilkadziesiąt tysięcy osób zostaje rannych.

Wypadki drogowe w Polsce w 2004 roku – analiza ilościowa.

W 2004 roku odnotowano 51 069 wypadków drogowych. W porównaniu z rokiem 2002 (53 559 wypadków), liczba ta spadła o 2 490 (-4,6%), a w porównaniu z 2003 rokiem, w którym stwierdzono 51 078 wypadków, liczba ta zmniejszyła się o 9. W porównaniu do 2002 roku zmniejszyła się liczba osób, które zostały ranne w tych wypadkach o 2 837 (- 4,2%). W wyniku wypadków drogowych w 2004 roku 5 712 osób poniosło śmierć. W porównaniu z rokiem 2002 nastąpił spadek o 115 osób (-1,9%), a w stosunku do 2003 wzrost o 72 (+1,3%).

Program Promocji Zdrowia Powiatu Kluczborskiego na lata 2006 – 2015

Natomiast w porównaniu do roku 2003 kiedy zanotowano 63 900 osób rannych, liczba ta wzrosła do 64 661 osób, tj. więcej o 761 (+ 1,2 %).

Zdarzenia drogowe i ich skutki w Polsce w latach 1997 – 2004r.

	1997r.	1998r.	1999r.	2000r.	2001r.	2002r.	2003	2004
wypadki	66 586	61 588	55 106	57 331	53 799	53 559	51 078	51 069
zabici	7 311	7 080	6 730	6 294	5 534	5 827	5 640	5 712
ranni	83 162	77 560	68 449	71 638	68 194	67 498	63 900	64 661

Spośród wszystkich rodzajów wypadków drogowych, na pierwsze miejsce wysuwają się zdarzenia, które zakwalifikować można do kategorii „zderzenie się pojazdów w ruchu”. W 2004 roku wypadków takich było 23.446 co stanowiło 45,9% ogółu. W zdarzeniach tych śmierć poniosło 2 364 osób (41,4% wszystkich zabitych), a rannych zostało 33 797 osób (52,2% ogółu rannych).

Następnym, najczęściej występującym rodzajem wypadku, było „najechanie na pieszego”. Takich zdarzeń w 2004 roku było 16 575 (32,5%), w wyniku których zginęło 1 969 osób (34,5%), a 15 707 zostały ranne (24,3%).

Dynamika i skutki wypadków w Województwie Opolskiem

W 2004 r. na drogach województwa opolskiego zanotowano 1191 wypadków drogowych, w których zginęło 150 osób, a 1536 zostało rannych. Ponadto jednostkom policji zgłoszono 8766 kolizji drogowych pociągających za sobą wyłącznie straty materialne.

Rok 2004 był kolejnym, w którym nastąpiła wyraźna poprawa stanu bezpieczeństwa na drogach. Odnotowano spadek liczby zdarzeń drogowych i ich skutków.

Ogólna liczba zdarzeń drogowych (wypadki i kolizje) wyniosła 9957 i była wyższa niż w roku ubiegłym o 1492 tj. o 17,6 %, w tym wypadków drogowych 1191 (spadek o 157 tj. 11,6 %.) Liczba osób, które poniosły śmierć w wypadkach spadła ze 163 do 150 (spadek stanowi 7,91 %), liczba osób rannych zmalała o 189, tj. o 10,6 %, kolizji było więcej o 1649 tj. o 23,2 %.

Wypadki i ich skutki w latach 1991-2004

Program Promocji Zdrowia Powiatu Kluczborskiego na lata 2006 – 2015

Rok	WYPADKI		ZABICI		RANNI		KOLIZJE	
	Ogółem	1991=100%	Ogółem	1991=100%	Ogółem	1991=100%	Ogółem	1991=100%
1991	1405	100,0	193	100,0	1768	100,0	3181	100,0
1992	1262	89,8	143	74,1	1597	90,3	3407	107,1
1993	1305	92,8	166	86,0	1653	93,5	3608	113,4
1994	1426	101,5	168	87,0	1837	103,9	3737	117,4
1995	1491	106,1	209	108,3	1941	109,8	4557	143,1
1996	1662	118,3	169	87,6	2154	121,8	5005	157,3
1997	1875	133,5	193	100,0	2448	138,5	5197	163,3
1998	1723	122,6	201	104,1	2233	126,3	6230	195,8
1999	1601	113,9	193	100,0	2127	120,3	8117	255,2
2000	1634	116,3	167	86,5	2198	124,3	7837	246,4
2001	1439	102,4	149	77,2	1943	109,9	7470	234,8
2002	1366	97,2	141	73,0	1756	99,3	7431	233,6
2003	1348	95,9	163	84,4	1725	97,56	7117	223,7
2004	1191	84,8	150	77,7	1536	86,9	8766	275,6

Wśród okoliczności powstawania wypadków drogowych najliczniejszą grupę stanowiły wypadki powodowane przez kierujących pojazdami na skutek nieprzestrzegania przez nich przepisów ruchu drogowego – 85,8 % (spadek w stosunku do 2003r. o 14,7 %).

Okoliczności powstawania wypadków	Liczba wypadków	% wypadków z danej przyczyny
Nieprzestrzeganie przepisów ruchu przez kierujących	1022	85,8
Nieprzestrzeganie przepisów ruchu przez pieszych	115	9,6
Nieprzestrzeganie przepisów przez pasażerów	0	0
Inne okoliczności	43	3,6
Współwina uczestników ruchu	7	0,6
Ogółem	1187	100

Skutkiem zderzenia się co najmniej dwóch pojazdów w ruchu powstało 46,8 % ogółu wypadków, 100 w których zginęło 42,3 %, wszystkich ofiar śmiertelnych i rannych zostało 52,8 % ogółu rannych w wypadkach.

W wyniku najechania pojazdu na pieszego powstało 24,6 % ogółu wypadków, w których zginęło 28,7 % wszystkich ofiar śmiertelnych (wzrost o 26,5 % w stosunku do 2003r.) i rannych zostało 17,5 % ogółu rannych w wypadkach (spadek o 17 %).

Wypadki wg rodzaju i skutków:

Rodzaj zdarzenia		Wypadki			Zabici			Ranni		
		Razem	%	2003 r. =100%	Razem	%	2003 r. =100%	Razem	%	2003 r. =100%
Zderzenie się	Czołowe	150	12,6	99,3	29	19,3	138,1	270	17,6	110,2
	Boczne	299	25,1	86,4	31	20,7	124,0	385	25,1	85,9
	Tylne	109	9,2	83,8	9	6,0	47,4	156	10,2	93,4

Program Promocji Zdrowia Powiatu Kluczborskiego na lata 2006 – 2015

Najechnanie na	Pieszego	293	24,6	88,0	43	28,7	126,5	269	17,5	83,0
	Unieruchomiony pojazd	20	1,7	54,1	3	2,0	300,0	24	1,6	49,0
	Drzewo, słupek, inny obiekt drogowy	176	14,8	84,2	27	18,0	57,4	230	15,0	79,9
	Zaporę kolejową	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Dziurę, wybój, garb	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Zwierzę	4	0,3	80,0	2	1,3	0	5	0,3	45,5
Wywrócenie się pojazdu	104	8,7	118,2	4	2,7	33,3	153	10,0	127,5	
Wypadek z pasażerem	13	1,1	76,5	1	0,7	50,0	15	1,0	44,1	
Inne rodzaje	23	1,9	88,5	1	0,7	100,0	29	1,9	85,3	
Ogółem	1191	100	88,4	150	100	92,0	1536	100	89,1	

Na terenie działania poszczególnych Komend Powiatowych (Miejskiej) Policji województwa opolskiego odnotowano następujące liczby wypadków drogowych i ich skutków oraz kolizji:

KPP/KMP	WYPADKI			ZABICI			RANNI			KOLIZJE		
	Razem	%	2003r. = 100%	Razem	%	2003r. = 100%	Razem	%	2003r. = 100%	Razem	%	2003r. = 100%
BRZEG	61	5,1	69,3	5	3,3	71,4	74	4,8	64,3	544	6,2	134,0
GLUBCZYCE	46	3,9	97,9	5	3,3	71,4	62	4,0	93,9	195	2,2	128,3
KĘDZIERZYN K.	67	5,6	93,1	13	8,7	162,5	78	5,1	98,7	854	9,7	115,2
KLUCZBORK	52	4,4	54,2	12	8,0	133,3	93	5,4	61,5	583	6,7	121,2
KRAPKOWICE	75	6,3	91,5	8	5,3	100,0	113	7,4	102,7	463	5,3	163,6
NAMYŚLÓW	63	5,3	123,5	12	8,0	200,0	77	5,0	97,5	314	3,6	147,4
NYSA	143	12,0	102,1	17	11,3	77,3	177	11,5	101,7	1044	11,9	119,5
OLESNO	90	7,6	94,7	17	11,3	51,5	107	7,0	115,1	724	8,3	111,7
OPOLE	457	38,4	84,8	40	26,7	114,3	620	40,4	86,8	2971	33,9	120,9
PRUDNIK	64	5,4	114,3	6	4,0	66,7	70	4,6	90,9	417	4,8	126,0
STRZELCE OP.	73	6,1	89,0	15	10,0	78,9	75	4,9	90,4	657	7,5	122,8
RAZEM	1191	100	88,4	150	100	92,0	1536	100	89,0	8766	100	123,1

Analiza zdarzeń drogowych na terenie Powiatu Kluczborskiego

Zdarzenia drogowe i ich skutki w powiecie kluczborskim w latach 2000 - 2004

Zdarzenia drogowe i ich skutki w latach	2000r.	2001r.	2002r.	2003r.	2004r.
Wypadki	149	132	106	96	52
Zabici	13	11	19	3	12
Zmarli do 30 dni	2	4	4	6	0
Ranni	193	185	132	135	83
Kolizje	474	450	450	481	583

Program Promocji Zdrowia Powiatu Kluczborskiego na lata 2006 – 2015

Zdarzenia drogowe wg podziału administracyjnego w powiecie kluczborskim w latach 2000 - 2004

Zdarzenia drogowe i ich skutki w latach	Rok	Miasto i Gmina Kluczbork	Miasto i Gmina Byczyna	Miasto i Gmina Wołczyn	Gmina Lasowice Wielkie	Ogółem
Wypadki	2000	80	32	17	20	149
	2001	75	23	18	16	132
	2002	60	25	11	10	106
	2003	46	13	23	14	96
	2004	22	10	7	13	52
Kolizje	2000	253	105	50	66	474
	2001	254	80	48	68	450
	2002	251	110	30	59	450
	2003	303	65	53	60	481
	2004	331	90	81	81	583
Zabici	2000	-	6	4	3	13
	2001	4	2	3	2	11
	2002	5	6	3	5	19
	2003	6	1	1	1	9
	2004	3	3	4	2	12
Ranni	2000	105	41	21	26	193
	2001	98	36	24	24	185
	2002	53	36	20	23	132
	2003	62	20	33	20	135
	2004	32	20	14	17	83

Zdarzenia drogowe w rozbiciu na trasy w powiecie kluczborskim w latach 2000 - 2004

Zdarzenia drogowe	Rok	Miasto Kluczbork	Trasa Nr 6 na odcinku Ciarka-Kostów	Trasa Nr 15 na odcinku Trzebiszyn-Ligota Górna	Trasa Nr 20 na odcinku Kluczbork - Przybkowice	Inne trasy	Ogółem
Wypadki	2000	47	33	12	18	43	144
	2001	33	37	12	13	37	132
	2002	24	25	11	14	32	106
	2003	22	21	6	8	39	
	2004	8	11	5	9	19	
Kolizje	2000	131	167	33	37	106	474
	2001	117	129	68	26	110	450
	2002	140	111	30	43	126	450
	2003	144	117	37	37	144	
	2004	158	136	68	68	153	
Zabici	2000	-	7	-	2	4	13
	2001	-	5	1	1	4	11
	2002	1	6	7	4	1	19
	2003	0	1	0	0	2	
	2004	0	2	0	5	5	
Zmarli Do 30 dni	2000	1	-	-	1	-	2
	2001	-	2	1	-	1	4
	2002	1	1	0	2	0	4
	2003	0	4	1	1	0	6
	2004	0	0	0	0	0	0

Program Promocji Zdrowia Powiatu Kluczborskiego na lata 2006 – 2015

Ranni	2000	55	50	24	17	47	193
	2001	36	62	15	26	46	185
	2002	23	36	12	18	43	132
	2003	26	32	10	9	58	
	2004	10	19	13	18	23	

Z przedstawionej tabelarycznie analizy zdarzeń drogowych na terenie Powiatu Kluczborskiego za okres 2004r. wynika, że w porównaniu do analogicznego okresu roku ubiegłego ilość wypadków drogowych spadła z 96 do 52, nastąpił wzrost kolizji drogowych z 481 do 583, wzrost zabitych na miejscu zdarzenia z 3 do 12, spadek zmarłych do 30 dnia z 6 do 0 oraz spadek osób rannych z 135 do 83.

Przyczyny zaistniałych zdarzeń drogowych

Przyczyny zaistniałych zdarzeń	2002r.	2003r.	2004r.	Różnica
Przekroczenie i niedostosowanie prędkości	103	84	122	+38
Nieprawidłowe wyprzedzanie, omijanie, wymijanie	79	86	137	+51
Wymuszenie pierwszeństwa przejazdu	89	101	79	-22
Nieprawidłowy odstęp od pojazdu poprzedzającego	81	84	91	+7
Jazda lewą stroną drogi, zajęcie drogi	16	9	14	+5
Niewłaściwe skręcanie	32	35	49	+14
Poślizg, droga, najechanie na zwierzęta leśne	1	5	77	+72
Błędy osób pieszych	12	17	12	-5
Wymuszenie pierwszeństwa na osobach pieszych	4	4	6	+2
Stan techniczny pojazdów	5	6	11	+5
Alkohol kierujących	38	39	30	-9
Alkohol pieszych	6	3	7	+4

Spadek zdarzeń drogowych zanotowano w następujących kategoriach:

Alkohol kierujących z 39 do 30

Błędy pieszych z 17 do 12

Wymuszenie pierwszeństwa przejazdu z 101 do 79

Wzrost zdarzeń drogowych zanotowano w następujących kategoriach:

Poślizg, droga, najechanie na zwierzęta leśne z 5 do 77

Niewłaściwe skręcanie z 35 do 49

Przekroczenie i niedostosowanie prędkości z 48 do 122

Jazda lewą stroną, zajęcie drogi z 9 do 14

Stan techniczny z 6 do 11

Nieprawidłowy odstęp od pojazdu poprzedzającego z 84 do 91

Wymuszenie pierwszeństwa na osobach pieszych z 4 do 6

Sprawcy zaistniałych zdarzeń drogowych

Sprawcy zaistniałych zdarzeń drogowych	2002r.	2003r.	2004r.	Różnica
Kierowcy samochodów osobowych	388	405	455	+50
Kierowcy samochodów ciężarowych	115	98	129	+31
Kierowców autobusów	3	4	3	-1
Kierujący pojazdami jednośladowymi (rowery, motorowery)	25	42	23	-19
Kierujący ciągnikami rolniczymi	5	6	9	+3
Kierujący pojazdami zaprzęgowymi	0	0	0	0
Kierujący motocyklami	6	5	3	-2
Piesi ogółem	12	17	12	-5

Najliczniejszą grupę sprawców zaistniałych zdarzeń drogowych stanowią kierujący samochodami osobowymi, spowodowali oni 455 zdarzeń (405 w 2003r.), następnie kierujący samochodami ciężarowymi 129 zdarzeń (98 w 2003r.), kierujący pojazdami jednośladowymi (rowerami, motorowerami) 23 zdarzeń (42 w 2003r.), motocyklami 3 zdarzeń (5 w 2003r.), autobusami 3 (4 w 2003r.), piesi 12 zdarzeń (17 w 2003r.), kierujący ciągnikami rolniczymi 9 zdarzeń (6 zdarzeń w 2003r.) pojazdami zaprzęgowymi nie spowodowali zdarzeń (0 w 2003r.).

Ogółem w dwunastu miesiącach 2004r. w rejonie działania Komendy Powiatowej Policji w Kluczborku odnotowano łącznie 635 zdarzeń.

W układzie dobowym najwięcej zdarzeń bo 280 odnotowano w przedziale czasowym 6.00 – 14.00, gdzie nastąpił wzrost o 27 zdarzeń w porównaniu do przedziału z 2003r., następnie w przedziale czasowym 14.00 – 22.00 wzrost o 14 zdarzeń i 103 zdarzenia w przedziale czasowym 22.00 – 6.00 wzrost o 14 zdarzeń.

Na ogólną liczbę 635 zdarzeń drogowych w przedziale czasowym od godz. 6.00 do 14.00 zanotowano 280 zdarzeń co stanowi 44,1% ogółu zdarzeń. W przedziale czasowym 10.00 – 18.00 odnotowano 325 zdarzeń co stanowi 51,2 % ogółu wszystkich odnotowanych wypadków i kolizji.

Na ogólną liczbę zdarzeń drogowych zaistniałych w okresie 2004r. największą grupę sprawców kierujących pojazdami stanowią osoby w wieku od 18 do 39 lat, następnie osoby w wieku 40 – 59 lat, 60 i więcej lat. Należy zauważyć, że grupa wiekowa 18 – 24 i 40 – 59 lat to osoby gdzie zdarzenia z ich udziałem jako sprawców to największa liczba zabitych – 5 osób, a także duża liczba spowodowanych kolizji 261 – 44,8%.

Program Promocji Zdrowia Powiatu Kluczborskiego na lata 2006 – 2015

Zdarzenia drogowe w rozbiciu na poszczególne dni tygodnia

Zdarzenia drogowe w rozbiciu na poszczególne dni tygodnia	2003r.	2004r.	Różnica
Poniedziałek	65	78	13
Wtorek	90	77	-13
Środa	83	91	8
Czwartek	79	76	-3
Piątek	107	120	13
Sobota	90	113	23
Niedziela	63	80	17
Ogółem zdarzenia drogowe	577	635	58

Zdarzenia drogowe w rozbiciu na poszczególne przedziały czasowe

Zdarzenia drogowe w rozbiciu na poszczególne przedziały czasowe	2003r.	2004r.	Różnica
6.00 – 14.00	253	280	27
14.00 – 22.00	235	252	17
22.00 – 6.00	89	103	14
Ogółem zdarzenia drogowe	577	635	58

Najbardziej zagrożone dni tygodnia w kolejności zdarzeń drogowych (od max.):

Piątek	120 zdarzeń,
Sobota	113 zdarzeń
środa	91 zdarzenia
niedziela	80 zdarzeń
poniedziałek	78 zdarzeń
wtorek	77 zdarzeń
czwartek	76 zdarzeń

W układzie dobowym najwięcej zdarzeń 259 odnotowano w przedziale czasowym 6⁰⁰ – 14⁰⁰, następnie 221 zdarzeń w przedziale 14⁰⁰ – 22⁰⁰ i 76 zdarzeń w przedziale czasowym 22⁰⁰ – 6⁰⁰.

Na ogólną liczbę 556 zdarzeń drogowych w przedziale czasowym od godz. 6⁰⁰ – 22⁰⁰ zanotowano 480 zdarzeń co stanowi 86,3% ogółu zdarzeń.

Rozdział V Zachowania zdrowotne dzieci i młodzieży szkolnej

Nieprawidłowości w zakresie zachowań zdrowotnych młodzieży szkolnej (ogółem w Polsce) oraz zagrożenia młodzieży zjawiskami patologicznymi na terenie Powiatu Kluczborskiego.

Styl życia człowieka, na który składa się m. in.: zespół zachowań wyznaczających jego zdrowie. Dotyczy to wszystkich okresów życia, także dzieciństwa i młodości. Wiele problemów zdrowotnych występuje u dzieci i młodzieży (np. urazy, otyłość, próchnica zębów, zaburzenia układu ruchu, infekcje układu oddechowego) ma związek z zachowaniami zdrowotnymi.

Badania zachowań zdrowotnych uważa się obecnie za ważną metodę pomiaru stanu zdrowia populacji. Stanowi także podstawę planowania i ewaluacji edukacji zdrowotnej i projektów promocji zdrowia.

Przeprowadzono w Polsce badania nad zachowaniami młodzieży szkolnej w wieku 11, 13, i 15 lat – uczniów klas V i VII szkół podstawowych oraz klas I szkół ponadpodstawowych. Liczba zbadanych uczniów: 4 861 w tym 2 405 chłopców, 2 456 dziewcząt; 3 411 w mieście, 1 450 na wsi.

Wyniki badań wskazują, że istnieje wiele niedostatków w zakresie zachowań sprzyjających zdrowiu – prozdrowotnych (tabela 3p.) oraz duży jest odsetek młodzieży, której zachowania są ryzykowne dla zdrowia (tabela 3r.).

W czasie wolnym 26% chłopców i 42% dziewcząt wykonuje zbyt rzadko ćwiczenia fizyczne o dużej intensywności wysiłku, a zbyt krótko odpowiednio 33% i 52%. Równocześnie 41% chłopców i 28% dziewcząt spędza przed telewizorem 4 godz. i więcej dziennie.

Istnieje wiele nieprawidłowości w sposobie żywienia młodzieży w tym:

Niedobór spożycia (nie spożywanie codziennie co najmniej 1 raz) podstawowych produktów spożywczych: mleka (41%), co stwarza ryzyko osteoporozy w znacznej części populacji; ciemnego pieczywa (70%); warzyw: surowych (62%), gotowanych (55%) i owoców (17%);

Nadmiar spożycia (spożywanie codziennie, co najmniej 1 raz): cukierków i czekolady (48%), ciastek i ciasta (33%), coca-coli i innych słodkich napojów gazowanych (41%), potraw typu „ fast food” (31% młodzieży spożywa codziennie chipsy i chrupki ziemniaczane);

Nie spożywanie codziennie pierwszego śniadania (18%) i posiłków w szkole (21%), co wpływa niekorzystnie na samopoczucie i dyspozycję do nauki w szkole.

Czyści zęby tylko 1 raz dziennie i rzadziej (37%) młodzieży, co oznacza, że u co trzeciego nastolatka , istnieje duże ryzyko rozwoju próchnicy zębów i chorób przyzębia. W okresie dojrzewania istnieje duża podatność zębów na próchnicę (niedojrzałość nowo wyrżniętych zębów i słaba mineralizacja ich szkliwa i zębów) oraz częstość zapaleń dziąseł (zmiany hormonalne).

Zapina pasy bezpieczeństwa w czasie jazdy samochodem tylko czasem, rzadko i nigdy co czwarty nastolatek. Zwiększa to ryzyko poważnego urazu w razie wypadku drogowego. Jazda na rowerze w kasku jest w Polsce zjawiskiem sporadycznym – zawsze czyni to zaledwie 3% młodzieży. Jazda rowerem, w sytuacji braku wydzielonych ścieżek stanowi poważne zagrożenie dla zdrowia i życia młodzieży.

Próby palenia tytoniu podjęło ogółem 43% młodzieży w wieku 11 – 15 lat, a wśród 15 -latków ma te próby za sobą 65% uczniów.

Próbowało napojów alkoholowych 76% młodzieży w wieku 11 – 15 lat (91% wśród 15 – latków). W stanie upojenia alkoholowego, co najmniej 1 raz w życiu, było 29% młodzieży, a 6% uczniów upiło się 4 razy i więcej . Odsetek upijających się wśród uczniów, którzy próbowali już napojów alkoholowych był większy (38%). W każdym tygodniu piło piwo 7% młodzieży (1% codziennie).

Używało co najmniej jeden z 11 substancji psychoaktywnych (poza tytoniem i alkoholem) 21% młodzieży. Do substancji najczęściej używanych należy: marihuana lub haszysz oraz leki nasenne i uspakajające (9% młodzieży), środki wziewne (6%), amfetamina (4%). Około 1% uczniów używało substancji psychoaktywnych 10 i więcej razy. Jest to grupa wysokiego ryzyka uzależnienia.

Wśród młodzieży w wieku 15-17 lat stosunki płciowe miało już 38% chłopców i 23% dziewcząt. Wczesna inicjacja seksualna niesie wiele zagrożeń dla zdrowia młodych ludzi (możliwość zakażenia chorobami przenoszonymi drogą płciową, w tym HIV, ciąży nieletnich).

Różnice zależne od płci

U chłopców istnieje znacznie więcej nieprawidłowości w zakresie zachowań zdrowotnych niż u dziewcząt. Może to być przyczyną większej zachorowalności i umieralności mężczyzn w każdym okresie życia. Różnice na niekorzyść dziewcząt dotyczą ich mniejszej aktywności fizycznej w czasie wolnym oraz częstszego niespożywania pierwszych śniadań.

Różnice zależne od miejsca zamieszkania

U młodzieży w mieście występuje więcej nieprawidłowości w zachowaniach zdrowotnych niż u młodzieży na wsi:

W mieście większy jest odsetek młodzieży, która: ogląda zbyt długo TV; spożywa często cukierki i czekoladę, pokarmy typu „fast food”, nie spożywa posiłku w szkole, pali papierosy i wypala większą ich liczbę, próbuje napojów alkoholowych, pije piwo, używa innych substancji psychoaktywnych, podejmuje zbyt wcześnie życie płciowe (zwłaszcza dziewczęta);

Na wsi większy jest odsetek młodzieży, która: wykonuje zbyt rzadko i zbyt krótko w czasie wolnym ćwiczenia, związane z dużym wysiłkiem fizycznym; nie spożywa codziennie owoców, spożywa tłuste mleko oraz czyści zbyt rzadko zęby.

Program Promocji Zdrowia Powiatu Kluczborskiego na lata 2006 – 2015

Niedostatki zachowań prozdrowotnych u młodzieży szkolnej w wieku 11, 13 i 15 lat
w Polsce w 1998 roku wg płci i miejsca zamieszkania (% badanych)

Rodzaj zachowań		Ogółem N = 4861	Chłopcy N = 2405	Dziewczęta N = 2456	Miasto N = 3411	Wieś N = 1450
Aktywność fizyczna i inne zajęcia w czasie wolnym						
Ćwiczenia z Wysiłkiem Fizycznym W tygodniu	Zbyt krótko (1 raz, rzadziej nigdy)	34	26	42	32	38
	1 godz. krócej , nigdy	46	33	52	40	50
Oglądanie TV Dziennie	4 godz. i więcej	34	41	28	35	33
Sposób żywienia						
Owoce	Nie spożywają codziennie	17	19	16	16	21
Warzywa surowe		62	66	59	62	62
Warz. Gotowane		55	58	53	56	55
Ciemne pieczywo		70	70	71	70	72
Mleko		41	38	45	41	43
Pierwsze śniadanie	Nie spożywali w dniu badania	18	15	20	18	17
Posiłek w szkole		21	22	19	23	15
Cukierki, czekoladki Słodkie napoje gazowane	Spożywają codziennie 1 raz i częściej	48	48	48	51	42
		41	47	36	44	35
Higiena jamy ustnej						
Czyszczą zęby 1 raz dziennie i rzadziej		37	47	26	33	44
Zachowanie bezpieczeństwa w ruchu drogowym						
Zapinają pasy bezp. w samochodzie Tylko czasem, rzadko, nigdy		25	27	24	26	24
Zakładają kask w czasie jazdy rowerem Tylko czasem, rzadko , nigdy		94	94	94	94	93

Program Promocji Zdrowia Powiatu Kluczborskiego na lata 2006 – 2015

Zachowania ryzykowne dla zdrowia u młodzieży w wieku 11- 17 lat w Polsce wg płci i
miejsca zamieszkania (% badanych)

Rodzaj zachowań		Ogółem N = 4861	Chłopcy N = 2405	Dziewczęta N = 2456	Miasto N = 3411	Wieś N = 1450
Palenie tytoniu (11, 13 i 15 lat)						
Próbowali palić		43	51	36	43	45
Pałą obecnie z różną częstością		16	19	13	16	16
Codziennie		7	9	5	8	6
Picie alkoholu (11, 13 i 15 lat)						
Próbowali napojów alkoholowych		76	80	71	77	73
Byli w stanie Upojenia alkoholowego	1 – 3 razy	23	26	19	23	22
	4 razy i więcej	6	9	3	7	5
Piją piwo w każdym tygodniu		7	10	3	7	6
Używanie innych substancji psychoaktywnych (13 – 15 lat)						
Używali co najmniej jednej z 11 Substancji psychoaktywnych		21	23	20	24	19
Używali Co najmniej 1 raz	Leków nasennych i uspokajających	9	7	13	10	8
	Środków wziewnych	6	7	5	6	7
	Marihuany lub haszyszu	10	14	5	11	6
	LSD lub innych Halucynogenów	2	4	1	3	1
	Heroiny	1	2	0,6	2	1
	Ecstazy	3	4	2	2	3
	Sterydów Anabolicznych	3	5	1	3	3
	Polskiej heroiny (kompotu)	2	3	2	2	3
	amfetaminy	4	6	2	5	2
Wczesna inicjacja seksualna (15 , 17 lat)						
Podjęli stosunki Płciowe	15 latki	22	30	13	24	19
	17 latki	39	46	32	41	36

Zagrożenia młodzieży zjawiskami patologicznymi na terenie naszego Powiatu.

Narastający problem patologii i niedostosowania społecznego oraz ciągle zwiększająca się liczba młodzieży uzależnionej od narkotyków i alkoholu dotyka również i nasze lokalne środowisko. Dlatego też nieodzownym staje się podejmowanie wszelkich inicjatyw, gdyż – nie walka z patologią społeczną, a planowanie na podstawie diagnozy stanu rzeczy, skutecznych działań profilaktycznych – może przynieść wymierne efekty.

Przeprowadzona w grudniu 1999 r., przez Zespół Psychologiczno – Pedagogiczny Wojewódzkiego Ośrodka Metodycznego w Opolu, diagnoza stanu zagrożeń młodzieży zjawiskami patologicznymi objęła uczniów klas szóstych, pierwszych gimnazjalnych i pierwszych szkół ponadpodstawowych na terenie Powiatu Kluczborskiego (na podstawie porozumień pomiędzy Zarządami Miejskimi i Gminy a Zarządem Powiatu).

Celem przeprowadzonych badań było uzyskanie wiarygodnej informacji w podstawowych wymiarach psychologicznego funkcjonowania dzieci i młodzieży:

Sposób spędzania czasu wolnego, realizacja zainteresowań oraz preferencje i oczekiwania w tym kierunku,

Sposób funkcjonowania w grupie rówieśniczej, w domu i w szerszym środowisku, uczucia dominujące w życiu młodzieży,

Postawy młodzieży wobec używania środków psychoaktywnych oraz wobec nowych ruchów religijnych i jej subiektywna ocena tych zjawisk,

Sposoby dbania o zdrowie i ocena ryzyka niektórych zachowań,

Wybory dokonywane przez młodzież i wartości nimi kierujące.

W wyniku analizy jakościowej badań wyodrębniono: „ Obszary zagrożeń i aspekty konstruktywne”.

Obszary zagrożeń i aspekty konstruktywne

Zagrożenia	Oparcie
Czas pozalekcyjny słabo wypełniony zajęciami rozwijającymi i ciekawymi,	Duża grupa badanych jest niezadowolona ze sposobu spędzania wolnego czasu, oczekuje zmian, deklaruje chęć uczestniczenia w różnych zajęciach,
Sporo jest źródeł frustracji Nie wszyscy traktują szkołę jako miejsce gdzie się mogą rozwijać, Niezadowolenie z wyników w nauce, Szkoła jest mało atrakcyjna, dzieci często nudzą się na lekcjach. Niespełnienie oczekiwań rodziców co do osiągnięć szkolnych,	Pozytywny obraz domu zapewniający w większości bezpieczeństwo i akceptację rodziców, Dla części dzieci szkoła jest akceptowana jako miejsce zdobywania wiedzy, Część dzieci w szkole czuje się dobrze i pewnie, Dla części uczniów ważne są spotkania

Program Promocji Zdrowia Powiatu Kluczborskiego na lata 2006 – 2015

Niezaspokojona jest potrzeba uznania w trzech środowiskach, Nadmiernie rozbudzone przez środowisko aspiracje materialne,	z rówieśnikami w szkole,
Różne formy agresji w szkole z przewagą bójek i fizycznego znęcania się w kontaktach rówieśniczych utrzymujący się nawet w szkołach średnich, Dość częste przeżywanie lęku w szkołach średnich, Blokowana złość w domu i szkole,	Duża potrzeba przynależenia do grupy rówieśniczej, Część uczniów zna inne sposoby rozwiązywania spornych spraw, Wysoka potrzeba obrony własnego zdania,
Dilerstwo prowadzone przez kolegów	
Popularność alkoholu, a zwłaszcza piwa jako atrybutu dobrej zabawy, inicjacja w klasie VI,	Wiemy kiedy zaczynają pić i z jakich powodów,
Tworzenie się modelu picia wódki w szkołach powyżej gimnazjum, próbowanie w klasie VI,	Ważność środowiska rówieśniczego, Pijący alkohol nie zyskują akceptacji części rówieśników,
Negatywne wzorce w środowisku dorosłych,	
Dostępność papierosów i alkoholu dla dzieci,	Prawny zakaz sprzedaży,
Przypadki sięgania po narkotyki także „aby się lepiej uczyć”,	Uznanie szkodliwości dla zdrowia,
Znajomość źródeł zaopatrzenia się w narkotyki,	Ustawa o przeciwdziałaniu narkomanii,
Mało rozpowszechniony model zdrowego stylu życia,	Argumenty zdrowotne jednak się pojawiają,
Pojawienie się werbowania do sekt,	Katecheza w szkole,
Niekorzystny wpływ telewizji.	Dobre programy video i komputerowe.

Nadużywanie alkoholu i środków odurzających wśród młodzieży było tematem badań przeprowadzony w 2004r. w gminie Kluczbork. Postawy młodzieży wobec tego problemu obrazuje „Raport na temat nadużywania alkoholu i środków odurzających w szkołach w Gminie Kluczbork” z listopada 2004r. opracowany na zlecenie Urzędu Miejskiego w Kluczborku.

Badanie miało na celu przede wszystkim pomiar natężenia zjawiska używania przez dzieci i młodzież substancji psychaktywnych, w szczególności stopnia:

- nadużywania alkoholu, nadużywania środków odurzających, palenia papierosów.

Badanie przeprowadzono na 100o osobowej grupie uczniów z terenu miasta i gminy w rozbiu na szkoły: - podstawowe klasy III i VI,

- gimnazjum klasy II,
- szkoły ponadgminajalne klasy II.

Szkoły podstawowe

Wyniki badań wykazują, że uczniowie klas III i VI szkoły podstawowej sięgają po papierosy. Wraz z wiekiem wzrasta inicjacja palenia papierosów.: kl. III – 5,2% uczniów; kl. VI – 20,9%. W kl. III po papierosy sięgają tylko chłopcy z miast. W kl. VI są to w przeważającej części chłopcy, którzy palą papierosy kilka razy w miesiącu.. również wraz z wiekiem wzrasta zainteresowanie alkoholem wśród uczniów szkoły podstawowej. . prawie co trzeci uczeń klasy III spróbował alkohol. W klasie VI 46% uczniów miało pierwszy kontakt z alkoholem.

Najczęstszym miejscem pierwszego spożycia alkoholu wśród uczniów obu grup wiekowych są imprezy rodzinne i spotkania ze znajomymi. Uczniowie szkół wiejskich (25%) częściej niż uczniowie z miasta (4%) przyznają się do pierwszego kontaktu z alkoholem w wieku do 7 lat. Natomiast przedział wieku 7 – 9 lat jest okresem częstszej inicjacji alkoholu uczniów szkół wiejskich. Żaden uczeń szkoły podstawowej klas III i VI szkół wiejskich nie deklarował próby sięgnięcia po narkotyki.

Gimnazja

Liczba gimnazjalistów palących papierosy w porównaniu do uczniów klas VI szkoły podstawowej wzrasta o ponad połowę. Częściej po papierosy sięgają chłopcy niż dziewczynki. Połowie 27 % uczniów szkół miejskich i 36 % uczniów szkół wiejskich prawie codziennie pali papierosy. Uczniowie szkół wiejskich częściej od kolegów z miasta sięgają po raz pierwszy po alkohol. Po narkotyki sięgają wyłącznie uczniowie szkół miejskich . przeważnie dziewczynki. Najczęściej była to marihuana (54,5%). Po narkotyki najczęściej sięgają podczas prywatek (42,9%) i dyskotek (28,6%). Blisko 67% uczniów sięga po narkotyki kilka razy w miesiącu.

Szkoły średnie

Prawie 75 % uczniów szkoły średniej miało inicjacje palenia papierosów. Częściej chłopcy niż dziewczęta sięgają po papierosy. Co trzeci uczeń szkoły średniej pali papierosy codziennie. Ponad 94% uczniów próbowało w swoim życiu jakiegokolwiek alkoholu. Chłopcy (53,8) częściej od dziewcząt (50,5%) sięgali po alkohol. 84% inicjacji alkoholowej wśród uczniów miało miejsce w wieku powyżej 12 lat. Co trzeci uczeń szkoły średniej potwierdza wystąpienie przypadków „urwania się filmu” pod wpływem nadmiernie spożytego alkoholu. Ponad 29% uczniów ma za sobą inicjację jakiegokolwiek narkotyku. Chłopcy częściej niż dziewczęta mają kontakt z narkotykami. Miejscem pierwszego kontaktu z

narkotykami to spotkania ze znajomymi (56,1%), dyskoteki (26,8%), prywatki (7,3%). Najpowszechniejszym używanym narkotykiem jest marihuana i haszysz (61,3%) oraz amfetamina (12,9%).

Wśród młodzieży szkół średnich pojawia się nowy problem czyli stosowanie przemocy przez rodziców będących pod wpływem alkoholu. Przemocy doświadcza 7% uczniów.

Przyczyny występowania problemów uzależnień wg raportu:

1. Niewystarczająca wiedza na temat zjawiska uzależnienia alkoholowego i narkomanii.
2. Łatwy dostęp do alkoholu, narkotyków zarówno na terenie szkoły jak i poza nią, tj. w miejscach częstych spotkań młodzieży, tj. dyskoteki, puby, prywatki.
3. Występowanie problemów szkolnych, rodzinnych i społecznych (brak perspektyw życiowych rodziny, bezrobocie, trudna sytuacja finansowa).
4. Niezaradność młodzieży w radzeniu sobie z trudami życia codziennego i związana z tym ucieczka w świat iluzji – uzależnień.
5. Ciekawość oraz nieświadomość szybkiego uzależnienia się od alkoholu i narkotyków.
6. Pragnienie dopasowania się do otoczenia. Podatność młodych ludzi na negatywne wpływy otoczenia.
7. Brak natychmiastowej reakcji ze strony rodziny, spowodowany albo brakiem wiedzy na temat zażywania narkotyków, bądź niewystarczającym zainteresowaniem dorastającym dzieckiem. Niepokojąca jest skala inicjacji alkoholowej w towarzystwie i za aprobatą rodziców.

Rozdział VI Stan środowiska naturalnego

Erozja i zalewy powodziowe gruntów

Na terenie powiatu kluczborskiego podatność obszarów na degradację naturogeniczną występuje lokalnie i obejmują one izolowane wyniesienia, głównie z wydmowych piasków leżące na Równinie Oleśnickiej, Opolskiej i Wysoczyźnie Wieruszowskiej. Degradacja ta może przejawiać się procesami erozyjno-denudacyjnymi w postaci zmywu powierzchniowego w okresach wiosennych roztopów lub podczas długotrwałych, wzmożonych opadów nawałnych. Przebieg ich jednak jest znacznie osłabiony wskutek porastającej te obszary szaty roślinnej – lasy.

W obrębie doliny Budkowiczanki, Bogacicy i jej dopływu Pokrzywki oraz niewielkich fragmentów doliny Stobrawy występuje podatność terenu na degradację antropogeniczną.

W obszarze powiatu kluczborskiego praktycznie nie występuje zagrożenie powodziowe.

Zanieczyszczenia gleb i lasów

Na podstawie wyników badań Stacji Chemiczno-Rolniczej, Oddział w Opolu, lata 1992 – 1997, można stwierdzić, że gleby użytków rolnych w powiecie kluczborskim charakteryzują się stosunkowo nieznaczną zawartością metali ciężkich. Najniższe zanieczyszczenia kadmem wykazują gleby gmin Byczyna i Wołczyn – 0,24 mg Cd/kg, dla miedzi i niklu najniższymi wynikami oszacowania charakteryzują się gleby z Lasowic Wielkich – 5,4 mg Cu/kg oraz 5,8 mg Ni/kg oraz Wołczyna dla cynku – 32,7 mg Zn/kg i ołowiu 17,4 mg Pb/kg. Spośród 42 próbek gleb użytków rolnych z gminy Kluczbork w żadnej nie stwierdzono nawet zwiększonej zawartości miedzi, a dla pozostałych pierwiastków śladowych jedynie incydentalne rezultaty badań sygnalizowały podwyższoną zawartość metali (I^o zanieczyszczenia). Zbliżone oceny uzyskano dla gleb z Byczyny i Lasowic Wielkich (WIOŚ, Opole 2002 r.).

Lasy na terenie powiatu kluczborskiego stanowią drzewostany w niższych klasach wieku. Przeważają tu słabej jakości drzewostany sosnowe, pozbawione w większości przypadków gatunków wskaźnikowych. Podlegają silnej presji ze strony człowieka. Lasy są mocno zaśmiecone.

Zbyt duże przeredzenie drzewostanów sprzyja wnikaniu do runa leśnego gatunków innych, obcych dla tego rodzaju układów roślinnych tzn. składników łąkowych, murawowych, upraw polowych. Największym zagrożeniem dla borów wilgotnych i bagiennych są działania do odwodnienia terenu. bory sosnowo-świerkowe są też często degradowane przez grzybiarzy, szczególnie w okresie jesiennym.

Zagrożenie wód

Wody powierzchniowe

Na obszarze powiatu kluczborskiego wody powierzchniowe nie są objęte monitoringiem podstawowym badań jakości wód powierzchniowych województwa opolskiego. W ramach monitoringu regionalnego badaniami na terenie powiatu kluczborskiego objęte są wody Pratwy, gmina Byczyna w punktach pomiarowo-kontrolnych – Parszowice, Proślice i Kostów oraz wody Wołczyńskiego Strumienia i Baryczki.

Roczna seria badań przeprowadzona w 2001 r. (WIOŚ Opole) wykazała, że nawet przeciętna jakość wód w źródłowym odcinku Pratwy nie odpowiadała wymogom normatywnym klasy trzeciej, głównie z powodu wysokiego stężenia azotu azotanowego i fosforu ogólnego. O podwyższonym zanieczyszczeniu Pratwy świadczą wyniki BZT₅, zawiesiny, żelaza ogólnego i Miana Coli (w granicach wskaźników dopuszczalnych dla wód klasy trzeciej). W wodach ujściowego odcinka Pratwy objawy nadmiernego zanieczyszczenia stwierdzono dla azoty azotanowego, przy czym stężenie fosforu ogólnego było wyższe od wartości dopuszczalnej, klasyfikując wody tego odcinka do wód klasy trzeciej.

Wyższy stopień zanieczyszczeń sygnalizują wyniki klasyfikacji (przeciętna jakość wód PJW i najwyższy stopień zanieczyszczenia NSZ) wód Wołczyńskiego Strumienia i Baryczki objętych cyklem badań monitoringu rejonowego w 2000 roku. Wody Wołczyńskiego Strumienia w punkcie pomiarowo-kontrolnym, Krynica, wykazały w przypadku stężeń ekstremalnych przekroczenia ponadnormatywne dla 6 wskaźników, a wody Baryczki w punkcie pomiarowo-kontrolnym przekroczenia normatywne dla czterech wskaźników (w tym m. in. azotu azotanowego, fosforu ogólnego, żelaza ogólnego, Miano Coli).

W 1996 r. i w 2000 r. realizowano badania jakości wód zlewni rzeki Stobrawy, a w 1997 r. w zlewni rzeki Proсны.

Wody powierzchniowe na terenie powiatu kontrolowane były wyłącznie w przekroju Proсна-Przedmość. Na podstawie kryterium wstępnego oraz wyników klasyfikacji wód

powierzchniowych województwa opolskiego kontrolowanych w 2001 r. w ramach monitoringu regionalnego (WIOŚ, Opole 2002 r.) wody Prosny w przekroju Proсна-Przedmość charakteryzują się jako wody III klasy czystości o podwyższonych zawartościach wskaźników miana Coli, żelaza i azotu azotynowego.

Zagrożenia wód powierzchniowych

Głównym zagrożeniem wód powierzchniowych na terenie powiatu kluczborskiego jest brak kanalizacji, brak sieci kanalizacji sanitarnej oraz brak oczyszczalni przydomowych.

Miejskie jednostki osadnicze wyposażone są w sieci kanalizacji sanitarnej, natomiast wiejskie jednostki osadnicze praktycznie nie posiadają lokalnych sieci kanalizacji sanitarnej.

Powiat kluczborski na 12 powiatów w województwie opolskim zajmuje ósmą pozycję w udziale ścieków oczyszczonych (stan 2001 r.), WIOŚ, Opole 2002 r. Natomiast zajmuje 5 pozycję w liście powiatów województwa, gdzie ścieki oczyszczane są w wysokim stopniu (wraz z usuwaniem podwyższonym substancji biogenych).

Oprócz znacznego zagrożenia jakości wody inne przejawy działalności antropogenicznej powodują:

- zmiany powierzchniowej sieci hydrograficznej spowodowanej m.in. pracami melioracyjnymi w dolinach Prosny, Pratwy i Wołczyńskiego Strumienia,
- wzrost powierzchniowej retencji w wyniku powstania antropogenicznych zbiorników wodnych (duży kompleks stawów w dolinie Prosny),
- zwiększenie ilości wody wchodzącej w lokalny obieg w wyniku jej przerzutów między zlewniami.

Zagrożeniem wód powierzchniowych są również niekontrolowane spływy powierzchniowe z obszarów rolniczych, w tym chemizowane i nawożone.

W ostatnich latach nastąpiło zmniejszenie, głównie ze względów ekonomicznych, ilości zużywanych nawozów sztucznych i środków ochrony roślin.

Zagrożenia wód podziemnych

Degradacja wód podziemnych na terenie powiatu związana jest głównie z postępującą urbanizacją i prowadzoną działalnością przemysłową. Głównym przejawem zagrożenia i degradacji wód podziemnych jest zmniejszenie zasobów i obniżanie ich zwierciadła na skutek ujmowania wody dla zaspokajania potrzeb oraz zmniejszenie zdolności infiltracyjnej

gruntu w wyniku przemysłowej i miejskiej zabudowy (Kluczbork, Bogacica, Byczyna, Wołczyn).

Zagrożeniami wód podziemnych w obszarze powiatu są również niekontrolowane zrzuty nieoczyszczonych ścieków bytowo-gospodarczych, nieszczelności szamb w gospodarstwach wiejskich, magazynowanie obornika na nieutwardzonych i kontrolowanych placach, płytach, jak również składowiska surowców rolnych, produktów leśnych, magazynowanie innych materiałów, które mogą prowadzić do infiltracji zanieczyszczonych odcieków do wód podziemnych.

Wody podziemne występujące na terenie powiatu kluczborskiego ujęte są jako czwartorzędowe wody zbiornika porowego (GZWP – Główny Zbiornik Wód Podziemnych) nr 324 (Dolina Kopalna Kluczbork) oraz na terenie gminy Byczyna jako (GZWP) – zbiornik rzeki Proсны. Wody badane w 2002 roku pobrane ze studni ujęcia komunalnego (otwór badawczy monitoringu wód podziemnych – Kluczbork, Chocianowice) charakteryzowały się wysoką jakością i w pełni odpowiadały normom sanitarnym (WIOŚ, Opole 2003 r.) Zbiornik 324 należy do obszaru najwyższej ochrony (ONO).

Ujęcia wód podziemnych – ZGKiM Byczyna, Dobieracie, Polanowie, WiK Kluczbork, Bąków, Chocianowice w badaniach w latach 2000 – 2002 wykazują wartości wskaźników w zakresie Ia, Ib i II klasy jakości wód podziemnych. Tylko w przypadku ujęcia Byczyna, Dobieracie w przypadku azotu amonowego, żelaza i manganu odpowiadały III klasie jakości wód podziemnych (WIOŚ, 2003 r., Opole).

Zagrożenie powietrza

Stan sanitarny powietrza w obszarze powiatu kluczborskiego kształtowany jest przez lokalną emisję pyłowo-gazową, której źródłem są indywidualne paleniska domowe, kotłownie i zakłady przemysłowe, produkcyjno-usługowe. W wyniku cyrkulacji atmosferycznej nad obszar ten docierają również zanieczyszczenia z terenów sąsiednich (Śląsk, Opole, Częstochowa, Wrocław). Wzdłuż ciągów komunikacyjnych (drogi, koleje) koncentruje się uciążliwa emisja spalin (szczególnie obszar Kluczborka). Lokalnie jakość powietrza jest pogarszana przez emisję uciążliwych zapachów i odorów. Wielkość emisji (wg WIOŚ, maj 2002 r.) pyłowo-gazowej maleje, tj. emisja pyłu w 1998 roku wynosiła 0,3 tys. ton/rok, w 1999 roku – 0,2 tys. ton/rok, a w 2000 roku - 0,1 tys. ton/rok, a w przypadku emisji gazowej – 1998 r. – 0,9 tys. ton/rok, 1999 r. – 0,6 tys. ton/rok, 2000 – 0,4 tys. ton/rok. największe źródła emisji na terenie powiatu kluczborskiego to: Lesaffre Bio-Corporation

(dawna Śląska Fabryka Drożdży) w Wołczynie, ZEC w Kluczborku, ZEC w Byczynie, ZEC w Wołczynie.

Inspekcja Ochrony Środowiska, Wojewódzki Inspektorat Ochrony Środowiska w Opo-lu, w opracowaniu Biblioteka Monitoringu Środowiska, Opole, maj 2003 rok, oceniła stan zanieczyszczenia powietrza w województwie opolskim, w tym m.in. stan zanieczyszczenia powietrza w powiecie kluczborskim:

Na terenie powiatu kluczborskiego znajduje się jedna stacja pomiarowa sieci nadzoru ogólnego Wojewódzkiej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej, w której wykonywane są pomiary stężeń dwutlenku siarki i azotu oraz pyłu zawieszonego BS. Przegląd rocznych stężeń oznaczanych substancji wykazuje niski poziom dwutlenku siarki. Normowana 24-godzinna wartość stężenia w ciągu 2002 roku nie była nigdy przekraczana, a jego maksymalne stężenie nie przekraczało 30 % wielkości normy.

W największym stopniu, o ok. 50 %, przekroczony został poziom dopuszczalny rocznego stężenia dwutlenku azotu. W ciągu ostatnich dwóch lat stężenie to osiągnęło bardzo wysokie wartości, na co wpływ ma położenie stacji pomiarowej, zlokalizowanej blisko drogi o dużym ruchu samochodowym.

Stężenie pyłu przekraczało roczną wartość dopuszczalną o ok. 70 %, a częstość przekroczeń dopuszczalnej wartości 24-godzinnej była również większa od dopuszczalnej w roku (35) i wynosiła 62.

Ocena wstępna wykonana za okres 1998-2002 spowodowała zakwalifikowanie powiatu kluczborskiego do klasy I ze względu na poziom stężeń pyłu zawieszonego i ozonu dla kryterium ochrony zdrowia. Powinno to pociągnąć za sobą konieczność prowadzenia pomiarów stężeń pyłu pomiarami wysokiej jakości, rozumianymi jako pomiary automatyczne lub pomiary manualne prowadzone w sposób systematyczny. Dla ozonu natomiast wystarczające jest prowadzenie pomiarów w jednej stacji na terenie całego województwa (przyjęto automatyczną stację w powiecie kędzierzyńsko-kozielskim). Kwalifikacja strefy do klasy II ze względu na poziom dwutlenku azotu wymaga monitorowania jego stężeń przy pomocy kombinacji metod pomiarowych i technik modelowania. Klasa IIIb (dla benzenu, CO, Pb i SO₂) – jako metodę oceny przewiduje pomiary okresowe, metodyki modelowania i szacunków obiektywnych. Określenie dla kryterium ochrony roślin klas I – dla ozonu, II – dla SO₂ i IIIb – dla NO_x nie wymaga konieczności prowadzenia pomiarów ze względu na małą powierzchnię powiatu.

Ocena bieżąca przeprowadzona po raz pierwszy za rok 2002 wykazała, że ze względu na poziom pyłu zawieszonego i dwutlenku azotu powiat zakwalifikowano do klasy B, co powinno

oznaczać dążenie do osiągnięcia stężeń tych substancji poniżej poziomów dopuszczalnych na jego obszarze. Dla pozostałych substancji powiat sklasyfikowano jako klasę A, dla której nie jest konieczne podejmowanie żadnych działań, ale należy utrzymać jakość powietrza na tym samym lub lepszym poziomie. Dla kryterium ochrony roślin powiat sklasyfikowano jako klasę A, a więc również klasę nie wymagającą działań na rzecz poprawy jakości powietrza.(...)”

Inne zagrożenia komponentów środowiska

Hałas

Komunikacja drogowa i kolejowa jest głównym czynnikiem mającym wpływ na klimat akustyczny i jest głównym źródłem uciążliwości hałasu dla ludzi.

Na terenie powiatu nie prowadzono pomiarów hałasu komunikacyjnego. Można przypuszczać, że największe zagrożenie hałasem występuje wzdłuż drogi krajowej nr 42 i 45, obszar miasta Kluczborka, wzdłuż drogi krajowej nr 42, obszar miasta Wołczyn i wzdłuż drogi krajowej nr 11, obszar miasta Byczyna.

W przypadku hałasu związanego z działalnością gospodarczą obiektów i instalacji na terenie powiatu, klimat akustyczny związany z danym obiektem winien być analizowany indywidualnie, a w przypadku przekroczeń dopuszczalnych poziomów dźwięków, winny być wprowadzone procedury i działania redukujące i zmniejszające emisję hałasu do otoczenia.

Promieniowanie elektromagnetyczne

Rozwój energetyki i telekomunikacji obserwowany w ostatnich latach wyraźnie zmienił środowisko geofizyczne.

Do głównych źródeł promieniowania elektromagnetycznego na terenie powiatu kluczborskiego zaliczyć można: linie i stacje elektroenergetyczne wysokich napięć, urządzenia radiokomunikacyjne, radionawigacyjne i radiolokacyjne.

Linia elektroenergetyczna wysokich napięć 400 kV przebiega przez powiat kluczborski na terenie gminy Wołczyn i gminy Kluczbork.

Na pozostałych obszarach powiatu, linie energetyczne wysokich napięć 220 kV, stacje rozdzielcze 220/110 kV (4 stacje) przebiegają przez gminy Byczyna, Kluczbork, Wołczyn.

Na terenie powiatu rozlokowane są stacje bazowe telefonii komórkowej, w tym gmina Byczyna 4 stacje, gmina Kluczbork 5 stacji, gmina Lasowice Wielkie 3 stacje i gmina Wołczyn 3 stacje. Na terenie gminy Kluczbork zlokalizowany jest nadajnik radiowy.

Na terenie powiatu kluczborskiego nie prowadzi się monitoringu promieniowania elektromagnetycznego, stąd określenie ewentualnego zagrożenia jest niemożliwe.

Awarie i awarie przemysłowe

Poważna awaria przemysłowa - to zdarzenie w szczególności emisja, pożar lub eksplozja powstała w trakcie procesu przemysłowego, magazynowania lub transportu, w których występuje jedna lub więcej niebezpiecznych substancji, prowadzące do natychmiastowego powstania zagrożenia życia lub zdrowia lub środowiska lub powstania takiego zagrożenia z opóźnieniem.

Na terenie powiatu kluczborskiego nie ma zakładu zaliczonego w województwie opolskim do grupy dużego ryzyka.

Źródłem awarii na terenie powiatu potencjalnie może być transport zarówno drogowy i kolejowy. Główne zagrożenie to transport materiałów niebezpiecznych na drogach krajowych nr 11, 42, 45 (Byczyna, Kluczbork, Wołczyn) i szlaku kolejowym Olesno - Kluczbork – Byczyna, Fosowskie – Kluczbork – Wołczyn.

Infrastruktura ochrony środowiska

Zaopatrzenie w wodę

Głównym źródłem zaopatrzenia w wodę ludności w powiecie są ujęcia wód podziemnych. W obszarze powiatu kluczborskiego wody podziemne ujęte są w zbiornik GZWP nr 324 - Zbiornik Dolina Kopalna Kluczbork (obszar gminy Lasowice Wielkie, gminy Kluczbork, gminy Wołczyn) i należą do Obszaru Najwyższej Ochrony. Na terenie gminy Byczyna zlokalizowany jest zbiornik wód podziemnych nr 311 – zbiornik rzeki Proсны.

Zaopatrzenie w wodę na terenie powiatu kluczborskiego prowadzone jest z ujęć głównych (Byczyna, Dobiercice, Polanowie, Kluczbork-Bąków, Chocianowice) siecią rozdzielczą oraz z ujęć indywidualnych, studni wierconych i kopanych.

Pobór wody ogółem w powiecie kluczborskim wynosił 6,5 hm³/r (2001 r., WIOŚ 2003 r., Opole). Powiat kluczborski na dwanaście powiatów województwa opolskiego, zajmuje 9 miejsce pod względem poboru wody ogółem. Do celów komunalnych wykorzystując sieci wodociągowe na terenie powiatu kluczborskiego zużyto (2001 r.) 46% ogółu pobranych wód, do celów przemysłowych 35%, a do celów nawadniających w rolnictwie i leśnictwie - 19%.

W przypadku wsi i gmin wiejskich liczba ludności korzystającej z wodociągów systematycznie wzrasta. We wszystkich gminach planowane są budowy i rozbudowy wodociągów i ujęć wody, zapewniające zaopatrzenie w wodę dla wszystkich mieszkańców.

Kanalizacja i oczyszczalnie ścieków

Według danych WIOŚ Opole (2003 r.) ilość ścieków wymagających oczyszczania zarówno komunalnych jak i przemysłowych w powiecie kluczborskim wynosi ok. 1,7 hm³/rok. Udział ścieków oczyszczanych w powiecie wynosi ok. 92,3%.

Główne oczyszczalnie powiatu kluczborskiego to: oczyszczalnia mechaniczno-biologiczna w Byczynie o wydajności 670 m³/d, oczyszczalnia mechaniczno-biologiczna z usuwaniem substancji biogenych w Kluczborku o wydajności 10 000 m³/d, oczyszczalnia mechaniczno-biologiczna w Wołczynie o wydajności 2000 m³/d, oczyszczalnia mechaniczno-biologiczna PR „Agroferm” w Wierzbicy Górnej o wydajności 260 m³/d.

Również na terenie powiatu eksploatowane są oczyszczalnie zakładowe.

Skanalizowanie terenów miejskich jest największe, jednak wraz z ich rozbudową konieczne są nadal inwestycje w tym zakresie. Skanalizowanie terenów zamieszkałej ludności we wsiach powiatu kluczborskiego jest praktycznie niewielkie. Jednak liczba ludności wiejskiej korzystającej z kanalizacji ściekowej powoli wzrasta.

Wnioski z diagnostyki stanu środowiska

Stan środowiska przyrodniczego i stopień jego degradacji

Powierzchnia terenu

- Grunty antropogeniczne obszarów zabudowanych o zabudowie luźnej występują praktycznie we wszystkich miejscowościach powiatu kluczborskiego. Zabudowa zwarta o większym zasięgu występuje w ośrodkach miejskich – w Byczynie, Kluczborku, Wołczynie.
- Do innych form degradacji powierzchni terenu należą wyrobiska surowców budowlanych. Przekształcenia te widoczne są w postaci istniejących wyrobisk, m.in. w dolinie Stobrawy, w okolicach Byczyny, Gotartowa, Skaląg, Wołczyna, Jakubowic, Miechowa, a także wykopy i nasypy wykonane podczas budowy szlaków komunikacyjnych.

Program Promocji Zdrowia Powiatu Kluczborskiego na lata 2006 – 2015

- Należy przeprowadzić szczegółową inwentaryzację wyrobisk po surowcach mineralnych, budowlanych i określić sposób ich likwidacji i rekultywacji (w ramach gminnych programów ochrony środowiska).

Odpady

- Stan unieszkodliwiania (przez składowanie) odpadów komunalnych na terenie powiatu kluczborskiego został przedstawiony w „Planie Gospodarki Odpadami dla powiatu kluczborskiego”. Zgodnie z decyzjami Starostwa poszczególne składowiska w powiecie, tj. składowisko w Gołkowicach, gmina Byczyna (eksploatowane), składowisko w Laskowicach, gmina Lasowice Wielkie (wyłączone z eksploatacji), składowisko w Wierzbicy Górnej, gmina Wołczyn mają być dostosowane do wymogów ustawy o odpadach. Składowisko w Gotartowie, gmina Kluczbork spełnia wymogi ustawy.
- Należy przeprowadzić szczegółową inwentaryzację dzikich, nielegalnych i „zestarzałych” wysypisk, składowisk w ramach gminnych planów gospodarki odpadami oraz określić ich sposób likwidacji i rekultywacji,
- Zorganizowanym wywozem odpadów na terenie powiatu kluczborskiego objęci są praktycznie wszyscy mieszkańcy,
- Praktycznie nie prowadzi się wydzielenia strumienia odpadów niebezpiecznych ze strumienia odpadów komunalnych.
- Gospodarowanie odpadami niebezpiecznymi i innymi niż niebezpieczne wytwarzanymi w działalności gospodarczej prowadzone jest we własnym zakresie przez podmioty gospodarcze na terenie powiatu i podmioty gospodarcze zewnętrzne,
- Na terenie gminy Wołczyn wydajność instalacji do odzysku odpadów innych niż niebezpieczne wynosi ok. 100 000 t/rok,
- Szczegółowe dane dotyczące gospodarki odpadami przedstawiono w „Planie gospodarki odpadami w powiecie kluczborskim”.

Gleby

- Gleby na obszarze powiatu kluczborskiego odznaczają się znikomym stopniem zanieczyszczenia metalami ciężkimi.
- Zerodowanie i podatność na erozję gleb na obszarze powiatu występuje w niewielkim stopniu, m.in. w obrębie doliny Proсны, Budkowiczanki i jej dopływu Pokrzywki oraz doliny Stobrawy.

Lasy

- Stan zdrowotny drzewostanów jest dobry, a kompleksy leśne na obszarze powiatu kluczborskiego wykazują niski stopień degradacji czynnikami biotycznymi i antropogenicznymi.

Wody powierzchniowe

- Jakość wód powierzchniowych objętych monitoringiem regionalnym, wody Pratwy kwalifikuje je u źródeł do wód pozaklasowych, a dalej do ujścia do wód III klasy, a wody Wołczyńskiego Strumienia, Stobrawy, Bogacicy i Baryczki są pozaklasowe.
- Głównym źródłem zanieczyszczenia wód powierzchniowych w obszarze powiatu kluczborskiego jest brak kanalizacji w jednostkach osadniczych powiatu, nieszczelność szamb i niekontrolowane zrzuty ścieków komunalnych do wód i ziemi, jak również nieprawidłowe, bez zabezpieczeń magazynowanie surowców, produktów i odpadów rolniczych na powierzchni ziemi.

Wody podziemne

- Wody podziemne na obszarze powiatu kluczborskiego to wody wysokiej jakości klasy I b - II. Podwyższone zawartości wskaźników takich jak żelazo i azot azotanowy w ujęciu Dobiercice kwalifikują wody podziemne do III klasy jakości wód.

W obszarze powiatu kluczborskiego praktycznie nie występują wody pozaklasowe. Może to jednak mieć miejsce w lokalnych studniach kopanych poszczególnych gospodarstw wiejskich z nieprawidłową gospodarką gnojowicy i obornika, jak również magazynowania surowców do produkcji rolniczej.

Powietrze

- Stan czystości powietrza na obszarze powiatu kluczborskiego jest bardzo wysoki, a poziom stężeń ocenianych zanieczyszczeń nie przekracza wartości dopuszczalnych (SO_2 , Pb, C_6H_6 , CO, O_3).
- W obszarze powiatu kluczborskiego nieznaczne pogorszenie stanu sanitarnego powietrza mogą powodować zakłady produkcyjno-usługowe, paleniska domowe, lokalne kotłownie, w szczególności w zakresie pyłu zawieszonego oraz wzmożony ruch samochodowy w zakresie dwutlenku azotu.

Program Promocji Zdrowia Powiatu Kluczborskiego na lata 2006 – 2015

- Powiat kluczborski z punktu widzenia ochrony zdrowia zakwalifikowany został do klasy strefy B (ocena za rok 2002, WIOŚ, Opole), co oznacza konieczność określenia obszarów przekroczeń wartości dopuszczalnych dla tej strefy w oparciu o pomiary.
- Dla kryterium ochrony roślin powiat sklasyfikowano jako klasę A, dla której nie są wymagane żadne działania z poprawą stanu zanieczyszczenia powietrza.

Hałas

- Na terenie powiatu kluczborskiego nie prowadzono pomiarów hałasu komunikacyjnego.
- Hałas z terenów obiektów prowadzących działalność gospodarczą w związku z działaniami zapobiegawczymi nie powoduje uciążliwości dla otoczenia.

Promieniowanie elektromagnetyczne

- Na terenie powiatu kluczborskiego nie prowadzi się monitoringu źródeł (poza terenami przemysłowymi) promieniowania elektromagnetycznego niejonizującego ze względów na brak tych zagrożeń dla środowiska.

Awarie przemysłowe

- Na terenie powiatu nie występują zakłady o szczególnym zagrożeniu dla środowiska, tj. zakłady stanowiące zagrożenie wystąpienia poważnej awarii przemysłowej.
- Awaryjne komunikacyjne mogą wystąpić jako zdarzenia losowe.

Walory przyrodnicze i krajobrazowe

- W granicach administracyjnych powiatu zlokalizowanych jest pięć rezerwatów przyrody (Kamieniec, Smolnik, Komorno, Bażany, Krzywiczyny) oraz część Stobrawskiego Parku Krajobrazowego i część obszaru chronionego krajobrazu Lasy Stobrawsko-Turawskie.
- Obszar środowiska przyrodniczego i jego zasobów na terenie powiatu kluczborskiego jest dobry i kształtowany jest głównie pod wpływem warunków przyrodniczych.

Główne zagrożenia środowiska na terenie powiatu kluczborskiego

- Brak kanalizacji sanitarnej na terenach wiejskich powiatu oraz nie w pełni skanalizowane jednostki podmiejskie powiatu kluczborskiego.
- Niewystarczająca ilość punktów oczyszczania ścieków bytowo-gospodarczych (niekontrolowane zrzuty, nieszczelne szamba, brak oczyszczalni przydomowych).
- Na terenie powiatu zachodzą przypadki zrzutów ścieków bytowo-gospodarczych bezpośrednio do wód powierzchniowych.
- Brak urządzeń do podczyszczania wód opadowych i roztopowych z terenów przemysłowych i dróg.
- Zmniejszenie zdolności infiltracyjnej gruntu w wyniku zabudowy terenu (Kluczbork, Byczyna, Wołczyn).
- Niedostateczne wyposażenie składowisk w urządzenia eksploatacyjne i zabezpieczające według aktualnych wymagań ochrony środowiska (Wołczyn, Byczyna).
- „Funkcjonowanie i pozostawienie” nielegalnych wysypisk, wyrobisk surowców budowlanych.
- Niedostateczny system odzysku, zagospodarowania i unieszkodliwiania odpadów niebezpiecznych ze strumienia odpadów komunalnych.
- Niski stopień zbiórki i unieszkodliwiania odpadów niebezpiecznych z działalności usługowej i drobnej wytwórczości.
- Bardzo mały stopień zagospodarowania, wykorzystania osadów ściekowych.
- Brak infrastruktury przy drogach krajowych nr 11, nr 42, nr 45 (miejsce awaryjnego przeładunku materiałów niebezpiecznych) zmniejszającej zagrożenie dla środowiska naturalnego podczas wypadków, awarii itp.
- Niewielki stopień wyposażenia w urządzenia ochrony środowiska obszarów szczególnie intensywnie wykorzystywanych do rekreacji, ruchu turystycznego.
- Działania prowadzące do odwodnienia terenów leśnych, w szczególności borów wilgotnych i bagiennych.
- Zwiększona obecność ludzi związanych z turystyką, pozyskiwaniem runa leśnego w obszarach ochrony gatunkowej roślin i zwierząt.
- Zmniejszenie zabiegów związanych z polepszeniem stanu sanitarnego lasu.
- Postępująca degradacja nieużytkowanych obszarów rolniczych.
- nieużytkowanie zabagnionych łąk, co powoduje ich naturalną sukcesję w kierunku zarośli olchowych.

Rozdział VII Sytuacja społeczno – ekonomiczna

Analiza sytuacji społeczno – ekonomicznej powiatu kluczborskiego można scharakteryzować poprzez przedstawienie czterech wybranych zagadnień. Stanowiąc je będzie omówienie rynku pracy, bezrobocia oraz przedstawienie ilości korzystających z pomocy społecznej.

Rynek pracy

W powiecie kluczborskim wśród ogółu pracujących w 2004 roku w sektorze rolnictwa, łowiectwa i leśnictwa pracowało 6,6% ludności pracującej, w przemyśle 32,2%, w handlu i naprawach 6,5%, w budownictwie 4,1%, w transporcie, gospodarce magazynowej i łączności 11,9%, edukacji 14,0%, ochronie zdrowia i opiece socjalnej 10,0%. Ogółem pracujących w 2004 roku było 10 040 osób, w tym pracujące kobiety stanowiły 4 542 osób tj. 45,2%.

Na dzień 31 grudnia 2004 roku w powiecie kluczborskim zarejestrowanych podmiotów w rejestrze Regon w zakresie osób prawnych oraz samodzielnych jednostek organizacyjnych nie posiadających osobowości prawnej było 5 515 podmiotów. W sektorze publicznym zarejestrowane były 333 podmioty, a w sektorze prywatnym 5 182 jednostek. W sektorze prywatnym spółki prawa handlowego stanowiły 164 podmiotów, spółek z udziałem kapitału zagranicznego 38, spółdzielni 53, zakładów osób fizycznych 4 134, fundacji 4, stowarzyszenia i organizacje społeczne 87.

Bezrobocie

Problemem społecznym, który uwidocznił się od 1990 roku w Polsce jest bezrobocie. Bezrobocie jest jednym ze wskaźników opisujących sytuację społeczno – ekonomiczną danej populacji. Jednocześnie stanowi istotny czynnik wpływający na stan zdrowia każdej populacji. Liczbę zarejestrowanych bezrobotnych w latach 2000–2004 w powiecie kluczborskim i w podziale na gminy przedstawia się następująco:

Program Promocji Zdrowia Powiatu Kluczborskiego na lata 2006 – 2015

Bezrobotni według płci w powiecie kluczborskim w latach 2000 - 2004

Lata	Kluczbork		Wołczyn		Byczyna		Lasowice Wielkie		Ogółem w powiecie kluczborskim
	M.	K	M	K	M	K	M	K	
2000	1 235	1 636	740	882	468	656	133	220	5 970
2001	1 432	1 829	899	952	534	703	139	218	6 706
2002	1 450	1 814	921	936	541	700	145	216	6 723
2003	1 382	1 562	911	815	518	700	125	154	6 167
2004	1 140	1 518	818	800	421	662	121	147	5 627

Bezrobocie w powiecie kluczborskim w latach 1998 – 2002 osiągało liczbę od min. 3 762 osoby (1998r.) do max 6 723 (2002r.). W okresie od 1998r. do 2002r. zanotowano znaczny wzrost bezrobocia z 3 762 osób w 1998r. do 6 723 osób w 2002r.

Do charakterystycznych cech bezrobocia w powiecie kluczborskim zaliczyć należy większy udział populacji kobiet niż populacji mężczyzn w strukturze bezrobotnych. W poszczególnych latach kobiety miały następujący udział procentowy wśród ogółu bezrobotnych:

Rok 1995 – 61,2%

Rok 1996 – 61,8%

Rok 1997 – 68,9%

Rok 1998 – 59,0%

Rok 1999 – 58,4%

Rok 2000 – 56,9%

Rok 2001 – 55,2%

Rok 2002 – 54,5%

Rok 2003 – 52,4%

Rok 2004 – 55,6%

W 2004 roku najwyższy udział kobiet w ogólnej liczbie bezrobotnych zarejestrowanych w poszczególnych gminach zanotowano w gminie Byczyna 61,1%, następnie w gminie Kluczbork 57,1%, gminie Lasowice Wielkie 54,9% oraz gminie Wołczyn 49,4%.

Ilość bezrobotnych w przedziałach wiekowych w powiecie kluczborskim w latach 2000 – 2004 przedstawiają poniższe zestawienia.

Program Promocji Zdrowia Powiatu Kluczborskiego na lata 2006 – 2015

Bezrobotni wg wieku w powiecie kluczborskim w 2000r.

Przedział wiekowy	Powiat Kluczborski		Gmina Kluczbork	Gmina Byczyna	Gmina Wólczyn	Gmina Lasowice Wielkie
	Ilość	w %				
2000						
15 – 24	1 665	27,9	765	318	503	79
25 – 34	1 501	25,1	732	278	402	89
35 – 44	1560	26,1	749	298	410	103
45 – 55	1 098	18,4	540	209	281	68
pow. 55	146	2,5	85	21	26	14
Razem	5 970	100,00	2871	1 124	1 622	353
2001						
15 – 24	1 823	27,2	830	349	555	89
25 – 34	1 702	25,4	836	313	465	88
35 – 44	1 736	25,9	863	321	452	100
45 – 59	1 401	20,8	705	249	372	75
60 – 64	44	0,7	27	5	7	5
Razem	6 706	100,0	3 261	1 237	1 851	357
2002						
15 – 24	1 779	26,5	837	329	516	97
25 – 34	1 673	24,9	796	325	467	85
35 – 44	1 690	25,1	842	295	455	98
45 – 59	1 390	20,7	687	260	376	67
60 – 64	191	2,8	102	32	43	14
Razem	6 723	100,00	3 264	1 241	1 857	361
2003						
15 – 24	1 494	24,23	659	452	315	68
25 – 34	1 643	26,64	830	447	301	65
35 – 44	1 466	23,77	701	391	297	77
45 – 59	1 363	22,10	662	376	267	58
60 – 64	201	3,26	92	60	38	11
Razem	6 167	100,00	2 944	1 726	1 218	279
2004						
15 – 24	1 312	23,32	584	400	269	59
25 – 34	1 411	25,08	658	428	270	55
35 – 44	1 350	23,99	648	363	257	82
45 – 59	1 325	23,55	662	349	251	63
60 – 64	229	4,07	106	78	36	9
Razem	5 627	100,00	2 658	1 618	1 083	268

Program Promocji Zdrowia Powiatu Kluczborskiego na lata 2006 – 2015

W analizowanym pięcioletnim okresie 2000 – 2004 roku w powiecie kluczborskim najwyższy udział bezrobotnych występuje w przedziale wiekowym 15 – 24 lata osiągając max 27,9% ogółu bezrobotnych. W następnych latach osiąga on poziom 26 - 23%. Liczba bezrobotnych w przedziale wiekowym od 15 do 34 lat, a więc ludzi młodych utrzymuje się w powiecie kluczborskim na poziomie od 53% w 2000 roku do 48% w 2004 roku. W 2004 roku najwięcej bezrobotnych osób w przedziale wiekowym 15 – 34 lat miała gmina Byczyna 51,2% ogółu bezrobotnych zarejestrowanych w gminie Byczyna następnie w gminie Wołczyn 49,8%, następnie w gminie Kluczbork 46,7% i w gminie Lasowice Wielkie 42,5%.

Bezrobocie występuje we wszystkich rodzajach wykształcenia. W latach 2000 - 2004 roku w powiecie kluczborskim przedstawiało się ono w sposób następujący.

Bezrobotni wg poziomu wykształcenia w powiecie kluczborskim w latach 2000 – 2004

Wyszczególnienie	Powiat Kluczborski	Gmina Kluczbork	Gmina Byczyna	Gmina Wołczyn	Gmina Lasowice Wielkie
2000					
Bezrobotni ogółem, w tym	5 970	2 871	1 124	1 622	353
Bezrobotni z wykształceniem wyższym	109	76	11	15	7
Bezrobotni z wykształceniem ogólnokształcącym	255	170	21	55	9
Bezrobotni z wykształceniem policealnym średnim zawodowym	1 373	739	254	324	56
Bezrobotni z wykształceniem zasadniczym zawodowym	2 151	1 024	399	588	140
Bezrobotni z wykształceniem podstawowym i bez wykształcenia	2 082	862	439	640	141
2001					
Bezrobotni ogółem W tym	6 706	3 261	1 237	1 851	357
Bezrobotni z wykształ. wyższym	121	87	13	17	4
Bezrobotni z wykształceniem ogólnokształcącym	311	208	30	61	12
Bezrobotni z wykształceniem policealnym średnim zawodowym	1 503	797	285	363	58
Bezrobotni z wykształceniem zasadniczym zawodowym	2 321	1 125	445	623	128
Bezrobotni z wykształceniem podstawowym i bez wykształcenia	2 450	1 044	464	787	155
2002					
Bezrobotni ogółem W tym	6 723	3 264	1 241	1 857	361
Bezrobotni z wyk. wyższym	172	121	22	24	5
Bezrobotni z wykształceniem ogólnokształcącym	1 475	781	267	356	71
Bezrobotni z wykształceniem	271	189	25	52	5

Program Promocji Zdrowia Powiatu Kluczborskiego na lata 2006 – 2015

policealnym średnim zawodowym					
Bezrobotni z wykształceniem zasadniczym zawodowym	2 229	1 030	450	617	132
Bezrobotni z wykształceniem podstawowym i bez wykształcenia	2 576	1 143	477	808	148
2003					
Bezrobotni ogółem W tym	6 167	2 944	1 726	1 218	279
Bezrobotni z wykształceniem wyższym	186	129	22	27	8
Bezrobotni z wykształceniem Ogólnokształcącym	1 296	676	300	278	42
Bezrobotni z wykształceniem policealnym średnim zawodowym	244	146	59	32	7
Bezrobotni z wykształceniem zasadniczym zawodowym	1 920	884	561	388	87
Bezrobotni z wykształceniem podstawowym i bez wykształcenia	2 521	1 109	784	493	138
2004					
Wyszczególnienie	Powiat Kluczborski	Gmina Kluczbork	Gmina Buczyna	Gmina Wolczyn	Gmina Lasowice Wielkie
Bezrobotni ogółem W tym	5 627	2 658	1 618	1 083	268
Bezrobotni z wykształceniem wyższym	226	151	31	38	6
Bezrobotni z wykształceniem ogólnokształcącym	1 308	669	314	278	47
Bezrobotni z wykształceniem policealnym średnim zawodowym	255	167	52	27	9
Bezrobotni z wykształceniem zasadniczym zawodowym	1 613	734	501	304	74
Bezrobotni z wykształceniem podstawowym i bez wykształcenia	2 225	937	720	436	132

Powyższe zestawienia uwidaczniają sytuację wskazującą na to, że bezrobocie w powiecie kluczborskim w największym stopniu dotyka osoby z wykształceniem zawodowym oraz osoby z wykształceniem podstawowym i bez wykształcenia. Bezrobotni z wykształceniem podstawowym i bez wykształcenia stanowili najliczniejszą grupę bezrobotnych w 2004 roku (39,5% ogółu bezrobotnych).

W 2004 roku kolejną grupą po grupie bezrobotnych z wykształceniem podstawowym i bez wykształcenia w ogólnej liczbie zarejestrowanych bezrobotnych stanowili bezrobotni z wykształceniem zasadniczym zawodowym 28,7%, dalej kolejną grupę stanowili bezrobotni z wykształceniem ogólnokształcącym 23,2%, następnie znajdowali się bezrobotni z wykształceniem policealnym średnim zawodowym 4,5% oraz bezrobotni z wykształceniem wyższym 4,0% ogółu bezrobotnych.

Program Promocji Zdrowia Powiatu Kluczborskiego na lata 2006 – 2015

Istotnym czynnikiem charakteryzującym bezrobocie jest długość okresu pozostawania bez pracy, co w sposób szczególny wpływa na kondycję psychiczną i statusu społecznego osoby bezrobotnej, wywołując u tej osoby stres, poczucie izolacji i coraz wyraźniejsze ubóstwo.

W bardzo ciężkiej sytuacji psychicznej i społecznej są osoby bezrobotne, które utraciły prawo do zasiłku. Liczbę bezrobotnych bez prawa do zasiłku w powiecie kluczborskim w latach 2000 – 2004 przedstawia się następująco.

Bezrobotni zarejestrowani bez prawa do zasiłku w ogólnej liczbie bezrobotnych w % w powiecie kluczborskim w latach 2000 – 2004

Wyszczególnienie	2000	2001	2002	2003	2004
Liczba bezrobotnych ogółem	5 970	6 706	6 723	6 167	5 627
Bezrobotni – Zarejestrowani bez prawa do zasiłków w ogólnej liczbie bezrobotnych	4 405	5 154	5 594	5 183	4 642
Bezrobotni – Zarejestrowani bez prawa do zasiłków w ogólnej liczbie bezrobotnych w %	74%	77%	83,21%	84,04	82,50

W okresie lat 2000 – 2004 obserwujemy w powiecie kluczborskim wzrost liczby zarejestrowanych bezrobotnych bez prawa do zasiłku, jedynie w 2004r. nastąpił niewielki spadek.

Dynamika zjawiska bezrobocia w powiecie kluczborskim w latach 2000 – 2004 była i jest wysoka. Jednym z mierników natężenia bezrobocia jest stopa bezrobocia, gdzie podstawą porównania jest liczba zarejestrowanych bezrobotnych do liczby ludności aktywnej zawodowo. Natężenie bezrobocia w powiecie kluczborskim w latach 2000 – 2004 na tle natężenia bezrobocia w województwie opolskim i w Polsce wygląda następująco.

Stopa bezrobocia w powiecie kluczborskim, województwie opolskim i w Polsce w latach 2000 - 2004

Wyszczególnienie	ROK				
	2000	2001	2002	2003	2004
Polska	15,00	17,4	18,01	18,0	19,1
Województwo opolskie	15,30	17,8	19,03	19,2	19,9
Powiat kluczborski	19,89	23,4	23,90	22,6	23,7

Stopa bezrobocia według powiatów na dzień 31.12.2004r.

Lp.	Powiaty	Ilość bezrobotnych	Stopa bezrobocia
1	Powiat brzeski	10 144	29,8
2	Powiat głubczycki	4 273	22,5
3	Powiat Kędzierzyńsko – Kozielski	5 617	15,6
4	Powiat Kluczborski	5 627	23,7
5	Powiat Krapkowicki	3 175	13,6
6	Powiat Namysłowski	4 585	28,9
7	Powiat Nyski	17 151	31,4
8	Powiat Oleski	2 903	11,9
9	Powiat Opolski	6 907	19,2
10	Powiat Prudnicki	3 992	19,3
11	Powiat Strzelecki	3 428	16,7
12	Miasto Opole	6 751	10,1
13	Województwo Opolskie	74 553	19,9

Stopa bezrobocia w powiecie kluczborskim w roku 2000 wynosiła 19,89%, czyli nieco powyżej stopy bezrobocia w województwie opolskim i w Polsce. Natomiast na koniec 2004 roku obserwujemy wzrost do 23,7%. Od 2000 roku widzimy, że stopa bezrobocia w powiecie kluczborskim jest wyższa od stopy bezrobocia zarejestrowanej w województwie opolskim i w Polsce i taka tendencja trwa do końca 2004 roku. Na koniec 2004 roku stopa bezrobocia w powiecie kluczborskim osiągnęła w analizowanym okresie max 23,7%, gdzie w województwie jest niższa o 3,8 punktu procentowego, a w Polsce jest niższa o 4,6 punktu procentowego.

Korzystający ze świadczeń pomocy społecznej

Ilość osób korzystających ze świadczeń pomocy społecznej w powiecie kluczborskim w latach 1998 – 2004 przedstawia poniższe zestawienie.

Korzystający ze świadczeń pomocy społecznej w powiecie kluczborskim w latach 2000-2004

Wyszczególnienie	Rok	Korzystający z				
		Zasiłków			posiłków	Pomocy w formie usług
		Celowych	Stałych	Okresowych		
Powiat Kluczborski	2000	1 231	123	1 042	808	95
	2001	1 574	137	432	565	91
	2002	1 188	165	710	1 459	98
	2003	1 659	194	474	1 666	108
	2004	1 328	191	891	1 184	107

Rozdział VIII Rynek usług świadczeń medycznych

Ambulatoryjna opieka zdrowotna w powiecie kluczborskim realizowana jest w całości przez niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej.

Zakłady ambulatoryjnej opieki zdrowotnej w 2005 roku w powiecie kluczborskim wg gmin

<i>Wyszczególnienie</i>	<i>Podstawowa opieka zdrowotna</i>	<i>Ambulatoryjna specjalistyczna opieka zdrowotna</i>	<i>Stomatologia (w tym specjalistyka stomatologiczna)</i>	Rehabilitacja
Powiat Kluczborski	18	32	14	7
Kluczbork	6	27	10	5
Byczyna	3	1	1	1
Wołczyn	7	4	2	1
Lasowice Wielkie	2	-	1	-

GRUPOWA PRAKTYKA PIEŁĘGNIAREK „MEDYCYNA SZKOLNA” s.c.

Pielęgniarki Medycyny Szkolnej obejmują opieką dzieci i młodzież z terenu całego powiatu kluczborskiego w wieku od 7 roku życia do ukończenia szkoły ponadgimnazjalnej. Pielęgniarki tej praktyki przy realizacji zadań z zakresu higieny i medycyny szkolnej ściśle współpracują z lekarzem poz, rodzicami uczniów, dyrektorem szkoły, nauczycielami i pedagogiem szkolnym, pielęgniarką środowiskowo-rodzinną oraz Powiatową Stacją Sanitarno-Epidemiologiczną.

Stacja Opieki CARITAS Diecezji Opolskiej w Kluczborku

Stacja opieki udziela świadczeń z zakresu kompetencji pielęgniarki środowiskowej. Stacja Opieki dysponuje szeroką gamą wysoce specjalistycznego sprzętu ortopedyczno-rehabilitacyjnego, który jest wypożyczany potrzebującym, chorym do domu.

Program Promocji Zdrowia Powiatu Kluczborskiego na lata 2006 – 2015

Przebieg procesów restrukturyzacji ambulatoryjnej opieki zdrowotnej w Powiecie Kluczborskim w latach 1999 – 2004r.

	1999 rok		2000 rok		2001 rok		2002 rok		2003 rok		2004 rok	
	Publiczne ZOZ-y	NZOZ-y	Publiczne ZOZ-y	NZOZ-y	Publiczne ZOZ-y	NZOZ-y	Publiczne ZOZ-y	NZOZ-y	Publiczne ZOZ-y	NZOZ-y	Publiczne ZOZ-y	NZOZ-y
POZ												
Podmioty/ Placówki medyczne	3 / 19	-	2 / 10	4 / 8	1 / 1	9 / 17	1 / 1	9 / 17	-	10 / 18	-	12 / 18
SPECJALISTYKA												
Podmioty/ poradnie	3 / 35	-	2 / 28	2 / 3	2 / 19	9 / 13	2 / 11	12 / 17	1 / 5	15 / 23	-	17 / 29
STOMATOLOGIA ZACHOWAWCZA												
Podmioty/ gabinety	3 / 13	-	1 / 2	9 / 12	1 / 2	9 / 11	1 / 1	10 / 12	-	11 / 13	-	12 / 12
STOMATOLOGIA SPECJALISTYCZNA												
Podmioty/ Gabinety	1 / 3	-	-	3 / 3	-	3 / 3	-	3 / 3	-	3 / 3	-	3 / 3
REHABILITACJA												
Gabinety	3 / 4	-	3 / 3	3 / 3	1 / 1	6 / 6	1 / 1	6 / 6	-	7 / 7	-	5 / 6
PRAKTYKI												
Położnych środowiskowych	1 / 1	-	-	2 / 2	-	2 / 2	-	2 / 2	-	2 / 2	-	2 / 2
Medycyna szkolna	1 / 1	-	-	1 / 1	-	1 / 1	-	1 / 1	-	1 / 1	-	1 / 1
Pielęgniarstwo środowiskowe	1 / 1	-	-	2 / 2	-	2 / 2	-	2 / 2	-	2 / 2	-	2 / 2
Razem	3 / 77	-	2 / 43	24 / 34	2 / 23	38 / 55	2 / 14	42 / 60	1 / 5	47 / 69	-	54 / 73

Podstawowa Opieka Zdrowotna w Powiecie Kluczborskim:
 Samodzielne Publiczne Zakłady Opieki Zdrowotnej,
 Niepubliczne Zakłady Opieki Zdrowotnej,
 Indywidualne Praktyki Lekarskie.

Uwagi:

W 1999r. w powiecie kluczborskim funkcjonowały 3 podmioty (publiczne zakłady opieki zdrowotnej) z 77 placówkami medycznymi.

W 2000r. w powiecie kluczborskim funkcjonowało 26 podmiotów z 77 placówkami medycznymi, w tym 2 podmioty publiczne/ 43 placówki medyczne.

W 2001r. w powiecie kluczborskim funkcjonowało 40 podmiotów z 78 placówkami medycznymi, w tym 2 podmioty publiczne/ 23 placówki medyczne.

W 2002r. w powiecie kluczborskim funkcjonowało 44 podmiotów z 74 placówkami medycznymi, w tym 2 podmioty publiczne/ 14 placówek medycznych.

W 2003r. w powiecie kluczborskim funkcjonowało 48 podmiotów z 74 placówkami medycznymi, w tym 1 podmiot publiczny/5 placówek medycznych.

W 2004r. w powiecie kluczborskim funkcjonowały 54 podmioty niepubliczne z 73 placówkami medycznymi.

STACJONARNA OPIEKA ZDROWOTNA

POWIATOWE CENTRUM ZDROWIA S.A. NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ SZPITAL POWIATOWY W KLUCZBORKU

Na terenie powiatu kluczborskiego w 2005 roku funkcjonował jeden szpital – Powiatowe Centrum Zdrowia S.A. Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Szpital Powiatowy w Kluczborku.

Szpital Powiatowy w Kluczborku obejmuje swoim działaniem miasto i gminę Kluczbork, miasto i gminę Byczyna, miasto i gminę Wołczyn oraz gminę Lasowice Wielkie.

Świadczy usługi w 5 oddziałach:

- oddział laryngologiczny
- oddział dziecięcy
- oddział chirurgiczny
- oddział ginekologiczno-położniczy oraz pododdział noworodkowy
- oddział wewnętrzny.

Szpital dysponuje poradniami przyszpitalnymi:

- poradnię kardiologiczną,
- poradnię chirurgii ogólnej i urazowo- ortopedycznej,
- poradnię ginekologiczną,
- poradnię laryngologiczną,
- poradnię neurologiczną,
- poradnia leczenia uzależnień i współuzależnienia od alkoholu.

Szpital zapewnia świadczenia rehabilitacyjne oraz całodobowe badania diagnostyczne i laboratoryjne.

Działalność oddziałów szpitalnych w Powiatowym Centrum Zdrowia S.A. Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Szpital Powiatowy w Kluczborku – stan na 31.12.2004r.

Lp.	Oddziały szpitalne	Liczba hospitalizowanych	Liczba osobodni	Liczba łóżek rzeczywistych	Średnia liczba łóżek	Średni czas lecz.	Wsk. wyk. łóżek %	Liczba chorych na 1 łóżko	Lekarze i Pielęgniarki w osobach	
1.	Wewnętrzny	1 949	10 315	24	33	5,3	85,6%	59,1	3	15
2.	Dziecięcy	808	4 786	18	18	5,9	72,8%	44,9	2	9
3.	Gin.-położniczy	1 440	6 976	25	26	4,8	73,5%	55,4	3	18
4.	Chirurgiczny	1 170	4 568	22	28	3,9	44,7%	41,8	5	12
5.	Laryngologiczny	865	4 122	15	15	4,8	75,3%	57,7	3	8
6.	Noworodkowy	-	1 757	20	-	-	24,1%	-	1	5

Program Promocji Zdrowia Powiatu Kluczborskiego na lata 2006 – 2015

POWIATOWE CENTRUM ZDROWIA S.A. NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ
SZPITAL POWIATOWY W KLUCZBORKU
ZAKŁAD OPIEKUŃCZO-LECZNICZY W WOŁCZYNIE

Zakład Opiekuńczo-Leczniczy w Wołczynie zapewnia pielęgnację połączoną z rehabilitacją dla osób przewlekle chorych.

Decyzję o przyjęciu do ZOL-u wydaje kierownik zakładu w oparciu o otrzymaną dokumentację. Kierownik ZOL-u wraz z lekarzem opiniującym wydaje decyzją o umieszczeniu, bądź o nieumieszczeniu osoby w zakładzie. Po wydaniu pozytywnej decyzji i potwierdzeniu jej przez Narodowy Fundusz Zdrowia, osoba powinna zostać przyjęta do zakładu. W przypadku braku miejsc – osoba taka umieszczona jest na liście oczekujących na przyjęcie. Kierownik zakładu informuje osobę zainteresowaną o terminie przyjęcia do zakładu, lub o umieszczeniu na liście oczekujących. Decyzje o skierowaniu do ZOL-u wydawane są na pobyt czasowy.

Osoba przebywająca w ZOL-u ponosi koszty wyżywienia i zakwaterowania. Miesięczną opłatę ustala się w wysokości odpowiadającej 250% najniższej emerytury, z tym że opłata nie może być wyższa niż kwota odpowiadająca 70% miesięcznego dochodu osoby przebywającej w ZOL-u.

Liczba leczonych pacjentów, liczba wykonanych osobodni w latach 2004 – 2006 w Powiatowym Centrum Zdrowia S.A. Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Szpital Powiatowy w Kluczborku.

Lp.	Wyszczególnienie	2004 rok (9 miesięcy)	2005 rok	2006 rok (I kwartał)
1.	Szpital Powiatowy w Kluczborku			
	- liczba leczonych pacjentów	4 444	6 912	1 879
	- liczba wykonanych osobodni	20 626	30 605	8 152
2.	Oddział Noworodków i Wcześnieńników			
	- liczba leczonych	285	460	100
	- liczba wykonanych osobodni	1 205	1 986	428
3.	Liczba zabiegów operacyjnych	884	1 632	brak danych
4.	Zakład Opiekuńczo-Leczniczy w Wołczynie			
	- liczba leczonych pacjentów	66	84	40
	- liczba wykonanych osobodni	8 609	12 166	2 907

STOWARZYSZENIE HOSPICJUM ZIEMI KLUCZBORSKIEJ ŚW. OJCA PIO

Terenem działania Stowarzyszenia jest cały powiat kluczborski. W chwili obecnej działa jako hospicjum domowe. Otacza opieką osoby chorujące na nieuleczalne, postępujące choroby w końcowym okresie życia w ich domach. Celem Stowarzyszenia jest szeroko rozumiana pomoc chorym i ich rodzinom. Oprócz pomocy medycznej, lekarskiej i pielęgnarskiej, zapewnia opiekę wolontariuszy oraz pomoc psychologa skierowaną do chorych i ich rodzin. Mieszkanie chorego, jeżeli jest to konieczne, wyposażane jest w potrzebny sprzęt – łóżko szpitalne, materac przeciwoleżynowy, toaleta pokojowa, wózek inwalidzki, chodzik, koncentrator tlenu, inhalator

Apteki

Apteki

Wyszczególnienie	Apteki w 2005r.			Apteki w 2004 roku		
	Placówki	Ludność na 1 aptekę	Aptekarze w osobach	Placówki	Ludność na 1 aptekę	Aptekarze w osobach
Powiat Kluczborski	20	3 908	31	19	4 159	30

Rozdział IX Podsumowanie

SYTUACJA ZDROWOTNA LUDNOŚCI W POWIECIE KLUCZBORSKIM

Lp.	Wyszczególnienie	1995 rok	2003 rok
1.	liczba ludności	72 691	70 935
	kobiety	36 955 (50,8%)	36 254 (51,1%)
	mężczyźni	35 736 (49,2%)	34 681 (48,9%)
	ludność miast	50,8%	51,1%
	w wieku przedprodukcyjnym	21 067	16 027
	w wieku produkcyjnym	42 392	44 346
	w wieku poprodukcyjnym	9 232	10 562
2.	Współczynnik umieralności	9,6 / 1 000 ludności	9,3 / 1 000 ludności
3.	Współczynnik urodzeń żywych	10,7/ 1 000 ludności	7,9 / 1 000 ludności
4.	Przyrost naturalny	1,1 / 1 000 ludności	-1,4 / 1 000 ludności
5.	Główne przyczyny zgonów:		
	choroby układu krążenia	65,2%	50,7%
	nowotwory	23,4%	26,7%
	urazy i zatrucia	2,4%	3,2%
6.	Współczynnik umieralności niemowląt	8,78 / 1 000 urodzeń żywych	8,91 / 1 000 urodzeń żywych
7.	Hospitalizacja	7 225	7 372 (2005 rok)

W populacji powiatu kluczborskiego obserwuje się zjawisko starzenia się populacji. Przyczyną jest coraz niższy przyrost naturalny (-1,4 / 1 000 ludności w 2003r.), a także obniżająca się umieralność w średnich i starszych grupach wieku (współczynnik umieralności 9,3 / 1 000 ludności w 2003r.). Zmniejszenie liczby ludności w wieku przedprodukcyjnym, natomiast zwiększenie liczby ludności w wieku produkcyjnym i poprodukcyjnym. Starzenie się populacji ma istotny wpływ na jej stan zdrowia. Starzenie się populacji związane jest z częstszym występowaniem niektórych chorób typowych dla wieku podeszłego jak np. nowotwory czy udary mózgu, a to z kolei powoduje zwiększenie liczby hospitalizacji.

Wyniki i wnioski

Wyniki i wnioski pochodzące z przeprowadzonej diagnozy stanu zdrowia mieszkańców powiatu kluczborskiego na podstawie wykonanych analiz dziedzin wpływających bezpośrednio i pośrednio na stan jej zdrowia są następujące:

Analiza demograficzna

- ◆ liczba ludności w powiecie kluczborskim w analizowanym okresie 1995 – 2003 uległa zmniejszeniu,
- ◆ miasta zamieszkuje niewiele ponad połowa mieszkańców powiatu ,
- ◆ większy udział, ale nieznaczny w populacji powiatu mają kobiety,
- ◆ obserwuje się tendencję do wyludnienia się wsi i wzrostu ludności w miastach,
- ◆ następuje spadek liczby nowych urodzeń,
- ◆ następuje spadek przyrostu naturalnego,
- ◆ widoczny jest spadek dynamiki demograficznej,
- ◆ zwiększa się liczba zgonów,
- ◆ wzrasta liczba ludności w wieku poprodukcyjnym,
- ◆ ludność powiatu jest populacją starą,
- ◆ wydłuża się długość życia,
- ◆ według prognozy demograficznej należy spodziewać się spadku ludności w powiecie do 2010 roku.

Sytuacja zdrowotna i epidemiologia

- ◆ największy odsetek osób leczonych z powodu cukrzycy występuje w przedziale wiekowym 50 lat i więcej,
- ◆ najczęściej leczonych z powodu chorób układu krążenia stanowili leczeni z powodu choroby nadciśnieniowej, następnie niedokrwiennej choroby serca,
- ◆ zaznacza się tendencja wzrostu liczby osób leczonych z powodu chorób psychicznych, w tym schizofrenii i zaburzeń nerwicowych,

- ◆ utrzymuje się wyższy niż w województwie opolskim współczynnik zachorowalności na nowotwory złośliwe,
- ◆ najczęstszymi zachorowaniami wśród osób hospitalizowanych w szpitalu powiatowym są zdecydowanie choroby układu krążenia, układu oddechowego, układu trawiennego,
- ◆ następuje wyraźny spadek zapadalności na większość chorób zakaźnych,
- ◆ utrzymuje się bardzo wysoki odsetek zrealizowanych szczepień ochronnych,
- ◆ wyszczepiane są wszystkie noworodki przeciwko gruźlicy (BCG),
- ◆ wśród stwierdzonych chorób zawodowych największą ilość stanowią choroby narządu głosu, następnie narządu słuchu,
- ◆ osoby niepełnosprawne stanowią dziesiątą część mieszkańców powiatu,
- ◆ spada umieralność niemowląt,
- ◆ przyczynami zgonów są głównie choroby układu krążenia, następnie: nowotwory złośliwe, choroby układu trawiennego i oddechowego oraz urazy i zatrucia,
- ◆ występuje efekt nadumieralność mężczyzn, gdzie w przedziale wiekowym 35 – 64 lata na 1 zgon kobiety przypadają ponad 3 zgony mężczyzn,
- ◆ oczekiwana długość życia przyjmuje tendencje wzrostowe, jest ona wyższa dla kobiet niż dla mężczyzn.

Wypadkowość

- ◆ najczęściej sprawcami zdarzeń drogowych są osoby w wieku 18 – 39 lat.
- ◆ główną przyczyną urazów stanowią wypadki drogowe,
- ◆ rośnie liczba kolizji drogowych,
- ◆ liczba rannych maleje,
- ◆ najczęściej sprawcami zdarzeń drogowych są kierowcy samochodów osobowych i ciężarowych.

Zachowania zdrowotne dzieci i młodzieży szkolnej

- ◆ występują niedostatki w zakresie zachowań sprzyjających zdrowiu, którymi są, mała aktywność fizyczna, niewłaściwy sposób żywienia, higiena jamy ustnej, stosowanie używek tj. palenie tytoniu, picie alkoholu, używanie substancji psychoaktywnych,
- ◆ obserwowana jest większa nieprawidłowość w zakresie zachowań zdrowotnych wśród chłopców niż u dziewcząt oraz u młodzieży w mieście.

Stan środowiska naturalnego

- ◆ stan czystości powietrza jest wysoki
- ◆ roczne opady pyłu ulegają nieznacznemu wzrostowi, nie przekraczając jednak dopuszczalnych norm,
- ◆ średnioroczne wartości stężeń podstawowych zanieczyszczeń powietrza nie przekroczyły dopuszczalnej wartości normatywnej.
- ◆ Gleby użytków rolnych mają stosunkowo niewielką ilość metali ciężkich,
- ◆ W ostatnich latach zmniejszyła się zużywaną nawozów sztucznych i środków ochrony roślin,
- ◆ Widoczne jest zmniejszenie się zasobów i obniżanie się zwierciadła wód podziemnych,
- ◆ Stan zdrowotny lasów jest dobry,
- ◆ Brak kanalizacji szczególnie na terenach wiejskich jest główną przyczyną zanieczyszczenia wód powierzchniowych.

Sytuacja społeczno – ekonomiczna

- ◆ w strukturze bezrobotnych większy udział ma populacja kobiet,
- ◆ najwyższy udział bezrobotnych występuje w przedziale wiekowym 15-24 lata (od 2003r.),
- ◆ bezrobocie dotyka w najwyższym stopniu osoby z wykształceniem zawodowym oraz z wykształceniem podstawowym i bez wykształcenia,
- ◆ liczba osób bezrobotnych zarejestrowanych bez prawa do zasiłku w stosunku do ogólnej liczby bezrobotnych utrzymuje się na poziomie około 80%,

Dalsze wnioski

- ◆ proces starzenia się populacji powiatu kluczborskiego spowodowany jest zmniejszającą się liczbą urodzeń, w miarę stałym poziomem umieralności oraz wydłużeniem się długości życia. Zwiększa się zapotrzebowanie na świadczenia zdrowotne ze strony osób w starszym wieku. Świadczenia te skierowane są na opiekę geriatryczną. Wzrasta w związku z tym także zapotrzebowanie na opiekę nad osobami przewlekle chorymi, osobami niedołącznymi, obłożnie chorymi. Starzenie się populacji może przyczynić się do zmniejszenia zapotrzebowania na świadczenia opieki nad matką i dzieckiem. Powyższe stanowi podstawę do rozważenia konieczności zmian organizacyjnych w funkcjonowaniu opieki zdrowotnej dla osób w podeszłym wieku.
- ◆ starzenie się populacji związane jest ze zwiększoną ilością chorób udaru mózgu, schorzeń degeneracyjnych układu nerwowego, chorób nowotworowych oraz powoduje wzrost kosztów opieki zdrowotnej.
- ◆ stan zdrowia populacji, jakość opieki medycznej, stan środowiska oraz jakość życia określa oczekiwana długość życia. Długość życia ludności województwa opolskiego przyjmując przez analogię w odniesieniu do mieszkańców powiatu kluczborskiego, jest w przypadku mężczyzn wyższa od średnich krajowych, natomiast w przypadku kobiet jest nieznacznie niższa. Jednak istnieje znaczna różnica na niekorzyść mieszkańców powiatu kluczborskiego w stosunku do średniej liczby lat dalszego trwania życia w krajach Unii Europejskiej.
- ◆ obawę może budzić zjawisko zgonów przedwczesnych wśród mężczyzn w przedziale wiekowym 45 – 64 lata, zwane nadumieralnością mężczyzn.

Zakończenie

Dysponowanie zasobem szerokiej bazy informacji składających się na diagnozę stanu zdrowia populacji, stanowi pomocne narzędzie służące do planowania kierunków rozwoju i podejmowania działań w ochronie i promocji zdrowia, które powinny zapewnić utrzymanie i poprawę stanu zdrowia mieszkańców powiatu kluczborskiego.

Część druga

„Program Promocji Zdrowia Powiatu Kluczborskiego na lata 2006 – 2015”

Rozdział I Wstępny Ramowy Projekt Narodowego Programu Zdrowia na lata 2006 – 2015

W 1999 roku, w odpowiedzi na strategię Światowej Organizacji Zdrowia „Zdrowie dla wszystkich w 2000 roku”, opracowano w Polsce, po raz pierwszy, Narodowy Program Zdrowia (NPZ). Była to pierwsza próba zjednoczenia wysiłków różnych resortów, instytucji centralnych, organizacji pozarządowych oraz społeczności lokalnych wokół ochrony, utrzymania i poprawy zdrowia społeczeństwa.

Dokonujące się w naszym kraju zmiany polityczne, ekonomiczne i społeczne niosły ze sobą nie tylko nowe wyzwania i możliwości, ale także zagrożenia dla zdrowia wielu ludzi. Powodowało to konieczność nowelizacji Narodowego Programu Zdrowia, której dokonano w 1993 i 1996 roku. Analiza oczekiwanych efektów i korzyści zdrowotnych wynikających z realizacji NPZ wykazała wzrost przeciętnego dalszego trwania życia i zmniejszające się zagrożenie chorobami układu krążenia. Poziom niektórych wskaźników (np. umieralności niemowląt) osiągnięto wcześniej niż planowano. Nadal jednak dzieli nas znaczny dystans od krajów Unii Europejskiej, co wskazuje na potrzebę dalszych, intensywnych działań dla poprawy zdrowia społeczeństwa. Służyć ma temu m.in. kontynuacja realizacji NPZ, z udziałem wszystkich sektorów gospodarki, jednostek samorządu terytorialnego, organizacji pozarządowych, organizacji religijnych i wszystkich obywateli.

Obecna wersja NPZ nawiązuje do:

- Światowej Deklaracji Zdrowia, przyjętej także przez Polskę w 1998 roku na Światowym Zgromadzeniu Zdrowia, w której potwierdzono, że „zdrowie jest jednym z podstawowych praw jednostki ludzkiej”;
- Strategii „Zdrowie 21 – zdrowie dla wszystkich w XXI wieku” – określającej kierunki polityki zdrowotnej w Regionie Europejskim Światowej Organizacji Zdrowia.

Ogólnie przyjęta definicja Światowej Organizacji Zdrowia określa zdrowie jako stan dobrego samopoczucia fizycznego, psychicznego i społecznego, a nie tylko nie występowanie choroby lub niepełnosprawności.

Każdy człowiek powinien starć się o swoje zdrowie:

chronić i utrzymać – zapobiegać chorobom (profilaktyka)

doskonalic – umacniać, poprawiać, pomnażać, zwiększać jego potencjał (promocja zdrowia)

przywracać – w przypadku choroby (leczenie i rehabilitacja).

Narodowy Program Zdrowia uwzględnia te trzy obszary aktywności i określa zadania dla państwa, samorządów lokalnych, organizacji pozarządowych, które powinny pomagać ludziom w podejmowaniu tych działań.

Podstawą NPZ jest koncepcja promocji zdrowia. Zgodnie z Kartą Ottawską promocja zdrowia jest to proces umożliwiający ludziom zwiększenie kontroli nad swoim zdrowiem (identyfikowania własnych problemów zdrowotnych), w celu poprawy zdrowia – przez podejmowanie wyborów i decyzji sprzyjających zdrowiu, kształtowanie potrzeby i kompetencji do rozwiązywania problemów zdrowotnych i zwiększania potencjału zdrowia.

Promocja zdrowia obejmuje pięć obszarów działań:
budowanie zdrowotnej polityki publicznej,
tworzenie środowisk życia i pracy (nauki) sprzyjających zdrowiu,
zachęcanie całego społeczeństwa do działań na rzecz zdrowia,
rozwijanie u ludzi umiejętności (osobistych i społecznych) służących zdrowiu,
reorientacja służby zdrowia.

Integralnymi składnikami promocji zdrowia są: edukacja zdrowotna, zapobieganie chorobom i lokalna polityka zdrowotna. Promocję zdrowia określa się także jako sztukę interwencji w systemy społeczne i zachęcanie ich, aby rozwijały się w kierunku zdrowych środowisk.

Narodowy Program Zdrowia jest podstawowym elementem polityki zdrowotnej i określa priorytetowe kierunki działań w Polsce na lata 2006 – 2015 w zakresie:
umacniania zdrowia i wyrównywania różnic terytorialnych i społecznych poprzez wpływ na styl życia, a także wyrównywania szans osób starszych i niepełnosprawnych,
wczesnego wykrywania i leczenia najczęściej występujących chorób w odwracalnych ich stadiach ze szczególnym uwzględnieniem świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej i pomocy doraźnej w stanach zagrożenia życia,
ochrony zdrowia ludności przed najczęstszymi zagrożeniami.

Cele Narodowego Programu Zdrowia

Cel strategiczny

W obecnej koncepcji NPZ, tak jak w poprzednim programie, przyjęto jeden nadrzędny, długofalowy cel strategiczny „Poprawa zdrowia i związanej z nim jakości życia ludności”.

Dla osiągnięcia tego celu wytyczono trzy główne kierunki:
zmniejszanie różnic w zdrowiu i dostępie do świadczeń zdrowotnych,
kształtowanie prozdrowotnego stylu życia,
tworzenia środowiska życia, pracy i nauki sprzyjającego zdrowiu.

I. Cele ogólne

1. Zmniejszenie różnic terytorialnych i społecznych w stanie zdrowia;
2. Aktywizacja jednostek samorządu terytorialnego i organizacji pozarządowych na rzecz zdrowia społeczeństwa.

II. Cele dotyczące czynników ryzyka i działania w zakresie promocji zdrowia

3. Zwiększenie aktywności fizycznej ludności;
4. Poprawa sposobu żywienia ludności i jakości zdrowotnej żywności oraz zmniejszenie występowania otyłości;
5. Zmniejszenie rozpowszechnienia palenia tytoniu;
6. Zmniejszenie i zmiana struktury spożycia alkoholu oraz zmniejszenie szkód zdrowotnych spowodowanych alkoholem;
7. Ograniczenie używania substancji psychoaktywnych i związanych z tym szkód zdrowotnych;
8. Zmniejszenie narażenia na czynniki szkodliwe w środowisku życia i pracy;
9. Poprawa stanu sanitarnego kraju;
10. Zmniejszenie liczby wypadków i ograniczenie ich skutków;
11. Promocja zdrowia psychicznego i zapobieganie zaburzeniom psychicznym.

III. Cele dotyczące wybranych populacji

12. Poprawa opieki nad matką i dzieckiem;
13. Usprawnienie wczesnej diagnostyki zaburzeń zdrowotnych i czynnej opieki nad dziećmi i młodzieżą;
14. Tworzenie warunków do zdrowego i aktywnego życia osób starszych;
15. Tworzenie warunków dla aktywnego życia osób niepełnosprawnych;.

IV. Cele dotyczące działania systemu ochrony zdrowia

16. Poprawa jakości i efektywności usług świadczonych w ochronie zdrowia;
17. Rozbudowanie kadr i infrastruktury dla potrzeb promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej;
18. Usprawnienie wczesnej diagnostyki i czynnej opieki nad osobami z chorobami nowotworowymi, układu krążenia w tym udarami mózgowymi, chorobami układu oddechowego oraz chorobami narządu ruchu;
19. Zwiększenie skuteczności zapobiegania chorobom zakaźnym.

Rozdział II Światowa deklaracja zdrowia

Światowa Deklaracja Zdrowia przyjęta przez światową społeczność zajmującą się problematyką zdrowotną na XXXI Światowym Zgromadzeniu Zdrowia w maju 1998 roku.

- I. My, Kraje Członkowskie Światowej Organizacji Zdrowia (ŚOZ), potwierdzamy nasze poparcie dla zasady zawartej w jej Konstytucji, że cieszenie się najwyższym możliwym do uzyskania standardem zdrowia jest jednym z podstawowych praw każdej istoty ludzkiej; i aby tak było potwierdzamy wartość i godność każdej osoby i równe prawa, jednakowe obowiązki oraz współdziałanie wszystkich w odpowiedzialności za zdrowie.
- II. Uznajemy, że poprawa zdrowia i samopoczucia ludzi jest najwyższym celem rozwoju społecznego i ekonomicznego. W naszej strategii popieramy etyczne koncepcje równości, solidarności i sprawiedliwości społecznej oraz ich wcielenie w perspektywie odpowiedniej do płci. Podkreślamy ważność zmniejszenia nierówności społecznej i ekonomicznej poprzez poprawę zdrowia całej populacji. Dlatego za konieczne uważamy poświęcenie możliwie największej uwagi tym, którzy są w największej potrzebie, obciążonych złym zdrowiem, otrzymującym nieodpowiednie świadczenia zdrowotne lub dotkniętych ubóstwem. Potwierdzamy naszą wolę promowania zdrowia poprzez ukierunkowania na podstawie uwarunkowania zdrowia. Potwierdzamy, że zmiany w światowej sytuacji zdrowotnej wymagają od nas nadania skuteczności „Polityce zdrowia dla wszystkich w XXI wieku” poprzez odpowiednie krajowe i regionalne polityki i strategie.
- III. Zobowiązujemy się ponownie do odpowiedniego zreformowania, przyjęcia i wzmocnienia naszych systemów opieki zdrowotnej, łącznie z podstawowymi świadczeniami i funkcjami zdrowia publicznego, w celu zapewnienia powszechnego dostępu do świadczeń zdrowotnych, które są osadzone na dowodach naukowych, są

dobrej jakości i znajdują się w możliwych do osiągnięcia granicach oraz trwale przyszłościowo. Chcemy zapewnić dostępność podstawowej opieki zdrowotnej jak zostało to określone w deklaracji z Alma Aty oraz przedstawionej w ramach nowej polityki zdrowotnej. Będziemy kontynuować rozwijanie systemów opieki zdrowotnej, aby sprostać obecnym i przewidywanym warunkom zdrowotnym, warunkom społeczno-ekonomicznym oraz potrzebom ludzi, społeczności lokalnych i krajów, których to dotyczy, poprzez odpowiednie pokierowanie działaniami publicznymi i prywatnymi oraz poprzez inwestowanie w zdrowie.

IV. Potwierdzamy, że podejmując działania na rzecz zdrowia dla wszystkich, wszystkie kraje, społeczności lokalne, rodziny i jednostki będą niezależne. Jako społeczności krajowe będziemy działać razem, aby przeciwdziałać zagrożeniom i promować powszechne dobre samopoczucie.

V. My, Kraje Członkowskie Światowej Organizacji Zdrowia niniejszym postanawiamy promować i popierać prawa i zasady, działania i obowiązki przedstawione w tej Deklaracji poprzez działania, pełne uczestnictwo i partnerstwo, nawołując ludzi i instytucje do uczestniczenia w wizji zdrowia dla wszystkich w XXI wieku oraz dążąc wspólnie do wykonania tego zadania.

Rozdział III Zdrowie dla wszystkich w XXI wieku

21 celów polityki zdrowotnej Krajów Członkowskich Światowej Organizacji Zdrowia
Solidarność dla zdrowia między krajami Członkowskimi Regionu Europejskiego.

Równość w zdrowiu.

Zdrowy styl życiowy.

Zdrowie młodych ludzi.

Zdrowie ludzi starych.

Poprawa zdrowia psychicznego.

Redukcja chorób zakaźnych.

Redukcja chorób niezakaźnych.

Redukcja urazów powstałych na tle wypadków i przemocy.

Zdrowe i bezpieczne środowisko.

Zdrowy tryb życia.

Redukcja negatywnych skutków spożycia alkoholu, narkotyków i tytoniu.

Tworzenie siedlisk zdrowotnych.
Wielosektorowa odpowiedzialność za zdrowie.
Zintegrowanie sektora zdrowia.
Zarządzanie jakością w opiece zdrowotnej.
Finansowanie świadczeń zdrowotnych i alokacji środków.
Rozwój zasobów ludzkich w opiece zdrowotnej.
Wiedza i badania naukowe na rzecz zdrowia.
Pozyskiwanie partnerów dla zdrowia.
Polityka i strategia zdrowia dla wszystkich.

Rozdział IV Program Promocji Zdrowia Powiatu Kluczborskiego na lata 2006 – 2015.

Na podstawie przedstawionej analizy demograficznej, epidemiologicznej, środowiska naturalnego, opieki zdrowotnej oraz warunków społeczno – ekonomicznych można wyznaczyć główne obszary i zadania w promocji zdrowia w Powiecie Kluczborskim.

Promocja zdrowia jest procesem podejmowania decyzji w sprawach ludzkiego zdrowia i opiera się przede wszystkim na aktywności środowisk lokalnych i współpracy międzysektorowej. Niemniej działania profilaktyczne i promocyjne często są zbliżone do siebie i zmierzają w tym samym kierunku, ku poprawie i utrzymaniu dobrego stanu zdrowia jednostek i społeczeństwa.

Zadania z zakresu Powiatowego Programu Promocji Zdrowia dotyczą 5 obszarów:

1. Kształtowania polityki prozdrowotnej z udziałem wszystkich podmiotów życia publicznego,
2. Tworzenia środowiska życia sprzyjającego zdrowiu,
3. Zachęcenia całego społeczeństwa do działania na rzecz zdrowia,
4. Rozwijania indywidualnych umiejętności kontroli zdrowia i propagowanie zdrowych stylów życia,
5. Reorientacji świadczeń zdrowotnych, głównie w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej.

Główny kierunek strategiczny profilaktyki i promocji zdrowia w Powiecie Kluczborskim jest zsynchronizowany z realizacją Wstępnego Ramowego Projektu Narodowego Programu Zdrowia na lata 2006 – 2015 i programem „Zdrowie dla wszystkich”, akceptowanego przez Światową Organizację Zdrowia, Strategią Ochrony Zdrowia dla Województwa Opolskiego na lata 2006 – 2013 oraz Strategią Rozwoju Powiatu Kluczborskiego na lata 2001 – 2015 i Planu rozwoju lokalnego Powiatu Kluczborskiego (luty 2005r.)

Cel nadrzędny – Poprawa zdrowia i związanej z nim jakości życia mieszkańców Powiatu Kluczborskiego

Główne cele promocji zdrowia Powiatu Kluczborskiego na lata 2006 - 2015:

- Poprawa warunków zdrowotnych mieszkańców Powiatu Kluczborskiego,
- Realizacja programów zdrowotnych,
- Zwiększenie wczesnej wykrywalności chorób poprzez realizację programów zdrowotnych w zakresie badań przesiewowych,
- Zahamowanie i redukcja wskaźników zachorowalności i umieralności z powodu chorób układu krążenia, nowotworów złośliwych, urazów i zatruc innych chorób, zwiększenie skuteczności zapobiegania chorobom zakaźnym,
- Eliminacja zagrożeń środowiskowych oraz ochrona i poprawa jego aspektów zdrowotnych (tereny zielone, woda pitna, komunikacja miejska, hałas, zanieczyszczenia itp.),
- Zwiększenie prozdrowotnej świadomości społecznej oraz odpowiedzialności osobistej za zdrowie,
- Tworzenie warunków umożliwiających realizację działań profilaktycznych i prozdrowotnych,
- Poprawa jakości usług świadczonych w sferze infrastruktury społecznej, a w szczególności w zakresie ochrony zdrowia, działań profilaktycznych i prozdrowotnych,
- Zainteresowanie się w szerszym zakresie mieszkańców i różnych organizacji problemami zdrowego Powiatu Kluczborskiego jako dobra wspólnego,
- Uczestniczenie w opracowywaniu i realizacji regionalnych, ponadregionalnych, krajowych oraz wspólnotowych programów zdrowotnych i profilaktycznych.

Najważniejszymi zadaniami promocji zdrowia dla zrealizowania celów głównych w latach 2006 – 2015 dla Powiatu Kluczborskiego są:

1. **Profilaktyka chorób układu krążenia –**
w tym m.in. realizacja programów zdrowotnych dotyczących wykonywania badań przesiewowych z zakresu chorób układu krążenia (nadciśnienie, niedokrwienność serca),
2. **Profilaktyka chorób nowotworowych -**
w tym m.in. realizacja programów zdrowotnych dotyczących wykonywania badań przesiewowych w zakresie chorób nowotworowych (rak piersi, jelita grubego, rak skóry, rak szyjki macicy, rak żołądka, rak płuc, rak gruczołu krokowego i inne),
3. **Profilaktyka cukrzycy, chorób płuc (POCHP), osteoporozy i innych chorób,**
4. **Zmniejszenie liczby wypadków, szczególnie drogowych,**
5. **Zmniejszenie rozpowszechniania palenia tytoniu, zmniejszenie i zmiana struktury spożycia alkoholu, ograniczenie używania substancji psychoaktywnych i związanych z tym szkód zdrowotnych,**
6. **Umożliwienie osobom niepełnosprawnym włączenie się lub powrót do czynnego życia,**
7. **Promocja zdrowia w środowisku nauczania i wychowania,**
8. **Zwiększenie skuteczności zapobiegania chorobom zakaźnym.**
9. **Promocja zdrowego, aktywnego i zrelaksowanego stylu życia**
10. **Zmniejszenie narażenia na czynniki szkodliwe w środowisku życia i pracy.**
11. **Promocja prawidłowego sposobu żywienia.**
12. **Promocja zdrowia psychicznego**

Jednym z najważniejszych celów zdrowotnych na terenie Powiatu Kluczborskiego jest zahamowanie i redukcja **rozpowszechniania i skutków chorób układu krążenia i chorób nowotworowych.**

Do głównych zadań w tym zakresie zalicza się usprawnienie wczesnej diagnostyki i czynnej opieki nad osobami chorymi – zwiększenie wykrywalności poprzez realizowanie w powiecie programów zdrowotnych w zakresie badań przesiewowych, wczesne leczenie. Należy zwrócić uwagę na upowszechnienie badań nad występowaniem czynników ryzyka choroby niedokrwiennej serca oraz wdrożenie metod jej zapobiegania ze zmniejszeniem zachorowalności na zawał serca.

Wśród zadań dotyczących problematyki nowotworów złośliwych w pierwszej kolejności wymienia się upowszechnienie systemu wykrywania poprzez realizowanie w powiecie kluczborskim programów zdrowotnych w zakresie wykonywania badań przesiewowych chorób nowotworowych.

Znaczna część problemów zdrowotnych wywołanych chorobami układu sercowo-naczyniowego, nowotworami oraz np. cukrzycą i astmą może zostać wyeliminowana dzięki powstaniu programów ukierunkowanych na redukcję czynników ryzyka, wspólnych dla tych chorób. Do czynników tych należą: palenie tytoniu, niezdrowe odżywianie, brak aktywności fizycznej, spożywanie alkoholu i stres. Ważną częścią działań w społecznościach lokalnych jest silne wsparcie i rozwój samoopieki, łącznie ze szkoleniem personelu medycznego, który wspomaga ten rodzaj opieki.

Bardzo ważnymi działaniami w zakresie rozpoznawania choroby cukrzycy, chorób płuc np. przewlekłej obturacyjnej choroby płuc[POCHP], osteoporozy kości są badania przesiewowe, diagnostyczne oraz działania edukacyjne. Cukrzyca to problem społeczny, gdyż stale rośnie liczba chorych, a leczenie powikłań jest drogie. Dlatego tak ważna jest profilaktyka, w tym pogłębiona świadomość społeczna, wczesne regularne badania oraz wczesne podjęcie leczenia. W przypadku cukrzycy podstawowe znaczenie mają badania biochemiczne krwi i oznaczenie zawartości cukru we krwi oraz moczu. Należy zaznaczyć, że czynnikami wpływającymi na rozwój tej choroby to przede wszystkim uwarunkowania genetyczne, otyłość, nieodpowiednie odżywianie i siedzący tryb życia.

Natomiast przewlekła obturacyjna choroba płuc[POCHP] nierozdzielnie związana jest z paleniem papierosów. Łączy w sobie przewlekłe zapalenie oskrzeli i rozedmę płuc, co skutkuje przewlekłym niedotlenieniem organizmu i powstaniem tzw. zespołu serca płucnego. Obecnie w Polsce na POCHP choruje przeszło 2 mln. osób, co stanowi ponad 5% społeczeństwa. Dużą rolę w rozpoznaniu tej choroby odgrywają programy badań spirometrycznych.

Z kolei osteoporoza to choroba, która dotyczy kości. Powoduje ich osłabienie i sprawia, że mogą one ulec złamaniu dużo łatwiej niż u osoby zdrowej. Osteoporoza jest także chorobą społeczną, gdyż szacuje się, że dotkniętych nią jest 4 mln. osób tj. ponad 10% ludności Polski. Niezastąpiona w tej groźnej chorobie jest profilaktyka czyli sposób odżywiania się, prowadzenie właściwego trybu życia oraz edukacja i wykonywanie badań densytometrycznych.

Wypadki drogowe są w Polsce jedną z głównych przyczyn zgonów z powodu urazów i zatruc, a w grupie ludzi młodych pierwszą przyczyną. Wypadki zwłaszcza wśród dzieci i młodych ludzi, stanowią coraz większy problem zdrowotny, społeczny i ekonomiczny (wysokie koszty leczenia i rehabilitacji ofiar wypadków). Aby zmniejszyć liczbę wypadków należy wdrożyć programy prewencyjne na wybrane grupy wypadków, środowiska lub grupy wiekowe. Sukces można osiągnąć koordynując działania wielu podmiotów, edukując różne grupy społeczeństwa oraz uznając rolę czynników psychologicznych i środowiskowych w powstawaniu wypadków. Należy zwrócić także uwagę na potrzebę nie tylko zapobiegania wypadkom, ale także promocję bezpieczeństwa.

W związku z tym należy dążyć do **zmniejszenia liczby i skutków wypadków, szczególnie drogowych**. Do najważniejszych zadań należy:

- zmniejszenie liczby ofiar wypadków,
- unowocześnienie metod szkolenia w zakresie bezpieczeństwa i higieny pracy,
- poprawa warunków bezpieczeństwa i higieny pracy,
- prowadzenie działalności prawnej i informacyjnej wpływającej na zmniejszenie zagrożeń wypadkami,
- Promocja bezpieczeństwa.

Bardzo istotną sprawą jest **zmniejszenie rozpowszechniania palenia tytoniu, spożycia alkoholu oraz substancji psychoaktywnych i związanych z tym szkód zdrowotnych**.

Palenie tytoniu to jeden z najważniejszych, poddających się redukcji, czynników ryzyka chorób sercowo-naczyniowych oraz nowotworów. Działania w tym zakresie powinny być skierowane głównie do kobiet, silnie uzależnionych, długoletnich palaczy oraz słabiej wykształconych warstw społeczeństwa. W przypadku kobiet programy powinny być ukierunkowane głównie na ochronę dzieci przed wymuszonym biernym paleniem tytoniu, także ze strony palących kobiet w ciąży i młodych matek. Natomiast w stosunku do osób silnie uzależnionych i gorzej wykształconych programy edukacyjno-interwencyjne powinny być realizowane w miejscu pracy. Powinno również nastąpić upowszechnienie ogólnie dostępnego leczenia odwykowego.

Nadmierne spożycie alkoholu niesie za sobą nie tylko skutki zdrowotne, ale również uszkodzenia życia rodzinnego, zaburzenia zdrowia członków rodzin uzależnionych, wypadki drogowe i zawodowe oraz dodatkową działalność służby zdrowia. Należy dążyć do zmniejszenia konsumpcji oraz ograniczenia dostępności do alkoholu, a także należy ograniczyć promocję alkoholu, w tym jego reklamę.

Używanie narkotyków szczególnie przez młodzież gimnazjalną oraz uczniów szkół ponadgimnazjalnych niesie ze sobą powszechnie znane szkody zdrowotne i społeczne, a także powoduje powstanie niebezpiecznych związków przestępczych. Coraz bardziej stają się popularne narkotyki syntetyczne, zwłaszcza amfetamina, zwiększa się również popularność heroiny przeznaczonej do palenia, a także rosną rozmiary przetworów konopi. Należy zintensyfikować działania w zakresie ograniczenia popytu na narkotyki, zwiększyć dostępność leczenia szczególnie substytucjonalnego. Ważne są programy zapobiegania niedostosowaniu społecznemu dzieci i młodzieży oraz programy z zakresu bezpieczeństwa publicznego.

Dlatego też do podstawowych działań podejmowanych w celu zwalczania problemu uzależnień należy zaliczyć:

- prowadzenie działań profilaktycznych zmieniających postawę młodych ludzi będącą przyczyną zachowań patologicznych.
- Prowadzenie działalności profilaktyczno-szkoleniowej we wszystkich szkołach.

Podstawowe strategie działań w zakresie walki z paleniem to m.in.:

- wdrażanie programu profilaktycznego, zapobiegającego rozpoczynaniu palenia przez dzieci i młodzież,
- egzekwowanie przepisów ustawy o ochronie zdrowia przed następstwem używania tytoniu i wyrobów tytoniowych,
- stworzenie sieci poradni przeciwnikotynowych dla palaczy chcących porzucić nałóg,
- rozszerzenie stref bezdymnych.

Do działań dotyczących zmiany struktury spożycia alkoholu zalicza się m.in.:

- ograniczenie dostępności alkoholu oraz kontrola rynku alkoholowego,
- zwiększenie skuteczności i dostępności terapii osób uzależnionych i członków ich rodzin,
- wspieranie działalności środowisk wzajemnej pomocy i stowarzyszeń trzeźwości.

W zakresie zmniejszenia szkód zdrowotnych, spowodowanych przyjmowaniem substancji psychoaktywnych należy zwrócić szczególną uwagę na m.in.:

- wprowadzenie programów profilaktycznych za pośrednictwem środków masowego przekazu i specyficznych programów dla grup zwiększonego ryzyka,

- ograniczenie podaży substancji psychoaktywnych przez działania legislacyjne, policyjne i celne,
- wdrożenie programów skutecznego leczenia i rehabilitacji osób uzależnionych.

Należy również zwrócić uwagę na **problem niepełnosprawności** – stworzenie warunków umożliwiających osobom niepełnosprawnym włączenie się lub powrót do czynnego życia. Do zadań w tym obszarze zalicza się m.in.:

- usuwanie wszelkiego rodzaju barier (urbanistycznych, architektonicznych, komunikacyjnych) w celu ułatwienia poruszania się osobom niepełnosprawnym,
- usprawnienie edukacji osób niepełnosprawnych,
- kształtowanie właściwych postaw społecznych wobec niepełnosprawnych,
- usprawnienie systemu rehabilitacji.

Realizacja tych zadań ma doprowadzić do poprawy w przystosowaniu środowiska zamieszkania do potrzeb życiowych inwalidów oraz do zwiększenia dostępności do ośrodków rehabilitacji, a także możliwości nauki uczniów niepełnosprawnych w klasach integracyjnych. Poza tym powinna zwiększyć się liczba miejsc pracy chronionej i stanowisk dla osób niepełnosprawnych.

Bardzo istotną sprawą jest **promocja zdrowia w środowisku nauczania i wychowania**. W okresie nauki w szkole podstawowej i ponadpodstawowej w proces wychowania i kształtowania indywidualnych właściwości dziecka włączają się instytucje zewnętrzne wobec rodziny. Wpływanie na właściwości indywidualne dokonuje się przede wszystkim poprzez przekazywanie wiedzy, przekonań, systemów wartości oraz umiejętności potrzebnych do zrozumienia otaczającego świata i siebie samego, do rozpoznawania własnych możliwości i ograniczeń, skutecznych i nieskutecznych sposobów rozwiązywania zadań życiowych.

Zadaniem szkoły jest:

- uświadomić swoim wychowankom potrzebę i możliwości ich rozwoju,
- wskazać na wartości jakimi są: zdrowie, wiedza, wysoka sprawność fizyczna, estetyczna budowa ciała – wartości bardzo ważne dla każdego człowieka,
- uświadomić konsekwencje wynikające z zaniedbań w tym zakresie,
- wyposażyć ucznia w środki i informacje, które ten rozwój uczniowi ułatwią,

Program Promocji Zdrowia Powiatu Kluczborskiego na lata 2006 – 2015

- nauczyć krytycyzmu, czyli ostrożnego obcowania z informacjami, ideami, narzuconymi upodobaniami i propozycjami innych,
- respektować prawo wolnego wyboru wartości przez ucznia (częściowo także treści programowych, zajęć),
- pomóc uczniom w ich rozwoju, poprzez organizowanie i prowadzenie zajęć dydaktycznych, lekcyjnych i pozalekcyjnych.

W nowych podstawach programowych przedmiotów, obok tradycyjnych przedmiotów nauczania, takich jak m.in. język polski, matematyka, biologia itd., znalazły się nowe m.in. edukacja zdrowotna, która powinna funkcjonować jako ścieżka edukacyjna - międzyprzedmiotowa.

Ważną sprawą w promocji zdrowia w szkole jest promocja zdrowia psychicznego. Zapisy w podstawach programowych, która swoim zakresem dotyczy nauczania umiejętności takich jak:

- prawidłowa komunikacja interpersonalna,
- asertywność (umiejętność obrony własnych praw z poszanowaniem praw innych ludzi),
- umiejętności potrzebne do kształtowania i utrzymywania poczucia własnej wartości,
- samoakceptacja i samorealizacja,
- umiejętności potrzebne do budowania sprawstwa, poczucia wpływu na własne życie i na zdarzenia w otoczeniu, oraz opierania się niepożądanym naciskom zewnętrznym,
- świadomość własnej hierarchii wartości i umiejętności postępowania zgodnie z nią,
- techniki radzenia sobie ze stresem i ze zmianami życiowymi,
- przestrzeganie zasad zdrowego stylu życia: aktywność fizyczna, racjonalne wypoczywanie i odżywianie się,
- dbanie o własną higienę i bezpieczeństwo.

Stan zdrowia dzieci i młodzieży szkolnej jest niezadowolający. Głównymi zagrożeniami życia uczniów są wypadki i urazy, zdrowia zaś zachowania zdrowotnie ryzykowne (używanie środków uzależniających – tytoń, alkohol, narkotyki, przemoc w szkole), bądź niewłaściwe zachowania zdrowotne (niska aktywność fizyczna, niekorzystne nawyki żywieniowe), a także niedostosowanie społeczne.

Najczęściej występującymi w populacji szkolnej zaburzeniami, wadami i chorobami są wady wzroku, próchnica zębów, choroby alergiczne, nerwice szkolne,

zaburzenia statyki ciała, wady zgryzu, nadwaga i otyłość oraz bulimia i jadłowstręt. Elementem pozwalającym na wczesną interwencję są badania przesiewowe.

Większość programów adresowanych do dzieci i młodzieży ma charakter prewencyjno-edukacyjny, nastawiona jest bowiem na zmniejszenie takich zagrożeń, jak nadużywanie substancji uzależniających, infekcja HIV/AIDS, przemoc i agresja, uczestniczenie w niebezpiecznych sektach religijnych, jednak w coraz większym stopniu koncentrują się one na wzmacnianiu czynników chroniących przed tymi zagrożeniami, a nawet aktywnej, pozytywnej promocji zdrowia (np. program adresowany do młodzieży w wieku 16 – 24 lata dotyczący potrzeby przyjmowania kwasu foliowego przez dziewczęta i młode kobiety w celu zapobiegania wadom rozwojowym cewy nerwowej ich przyszłego potomstwa, programy higieny jamy ustnej, programy profilaktyki stomatologicznej dla dzieci w wieku 6 – 14 lat obejmujące: przegląd, fluoryzację, lakowanie i leczenie planowe, program – zapobieganie wzw B, szczepienia ochronne).

Bardzo ważną sprawą jest **zwiększenie skuteczności zapobiegania chorobom zakaźnym** np.:

- profilaktyka wzw typu B i C
- szczepienia ochronne,
- profilaktyka HIV, AIDS.

Problemem jest gruźlica, która jest pierwszą przyczyną zgonów spowodowanych chorobami zakaźnymi. Poważny problem stanowią również choroby szerzące się drogą naruszenia tkanek, przede wszystkim wirusowe zapalenie wątroby typu B i C. Nie zminimalizowano jeszcze w pełni występowania chorób zakaźnych wieku dziecięcego, którym można zapobiegać przez szczepienia ochronne.

Bardzo ważnym zdaniem w stosunku do ludności Powiatu Kluczborskiego jest **promocja zdrowego, aktywnego i zrelaksowanego stylu życia**. Czynniki wpływające na realizację tego zdania bardzo silnie zazębiają się innymi zdaniami. Zaliczamy do nich:

- aktywny styl życia – uprawianie sportów,
- zdrowe odżywianie,
- promocja zdrowia psychicznego,
- umiejętność radzenia sobie ze stresem,
- profilaktyka uzależnień.

Aktywność i sprawność fizyczna łączy w sobie aspekty zdrowotne, zmiany stylu życia, prewencji patologii społecznych. Jest też elementem osiągnięcia wieku celów zdrowotnych dotyczących stylu życia takich jak eliminowanie narkomanii, alkoholizmu, przeciwdziałanie otyłości, a także przygotowanie do aktywnego i długiego życia zawodowego – szczególnie w aspekcie zmian demograficznych.

Zachodzące zmiany demograficzne i zwiększający się w populacji odsetek osób w podeszłym wieku jest argumentem za zwiększeniem aktywności fizycznej ludności. Aktywność fizyczna młodzieży jest także bardzo ważnym problemem społecznym, jednak zwiększający się w populacji odsetek osób starszych zmusza do zwrócenia uwagi na aktywność fizyczną tej grupy ludności.

W populacji polskiej, a tym samym i w populacji powiatu kluczborskiego, narasta odsetek osób otyłych. Ruch jest jednym z dwu, jeśli nie podstawowym czynnikiem zapobiegającym otyłości, a tym samym zwiększenie aktywności ludności będzie równocześnie sprzyjać zmniejszeniu odsetka osób otyłych w populacji.

Kolejnym istotnym warunkiem upowszechniania zdrowego stylu życia **jest podniesienie poziomu świadomości oraz kompetencji społeczeństwa w zakresie promowania zdrowia**. Niezbędne w tym zakresie jest zwiększenie skuteczności edukacji zdrowotnej zwłaszcza wśród dzieci i młodzieży. Do zadań w tym zakresie zalicza się m.in.:

- wdrożenie programu wszechstronnej edukacji zdrowotnej w szkołach podstawowych i ponadpodstawowych,
- zwiększenie przekazu informacyjnego w mass-mediach w zakresie zdrowych stylów życia,
- stymulowanie i wspieranie projektów i działań dotyczących promocji zdrowia opartych na siedliskowym podejściu np. Zdrowe Miasto, Zdrowa Szkoła, Szpital Promujący Zdrowie itp.

Bardzo istotnym elementem dla problematyki zdrowotnej jest zagadnienie **czystego środowiska naturalnego**. Zadania związane z tym celem to m.in.:

- wdrożenie programów profilaktyki medycznej, skutków zdrowotnych narażenia na szkodliwe czynniki środowiska,
- eliminowanie lub modernizowanie technologii powodujących zanieczyszczenie środowiska pracy i środowiska komunalnego,

- zmniejszenie zagrożeń zdrowia poprzez stosowanie bezpiecznych technologii i upowszechnianie ekologicznych materiałów budowlanych,
- wdrażanie zintegrowanych programów edukacji ekologicznej, zdrowotnej i konsumenckiej,
- wdrażanie lokalnych programów zmniejszania ilości wytwarzanych odpadów, ich utylizacji oraz wdrażanie centralnych programów „ekologicznie bezpiecznego” unieszkodliwiania odpadów toksycznych,
- zwiększenie ilości ścieżek rowerowych i spacerowych,
- zmiany w komunikacji publicznej w celu zmniejszenia używania samochodów osobowych.

Zapobieganie skutkom zdrowotnym zanieczyszczenia środowiska jest zwykle działaniem długotrwałym. Ponieważ wyeliminowanie czynników szkodliwych ze środowiska jest niemożliwe, należy dążyć do ograniczenia ich występowania poprzez wdrażanie odpowiednich programów. Zapobieganie chorobom środowiskowym powinno uwzględniać zarówno działania zmierzające do zmniejszenia zanieczyszczenia środowiska, jak również działania z zakresu zdrowia publicznego, mające na celu zmniejszenie narażenia ludności na szkodliwe czynniki środowiskowe i ograniczenie ich skutków zdrowotnych.

Bardzo ważną sprawą jest **poprawa sposobu żywienia ludności i jakości zdrowotnej żywności.**

Należy zwrócić uwagę na to, że od kilku lat obserwuje się korzystne trendy w spożyciu niektórych produktów:

- spadek energii ogółem,
- spadek spożycia tłuszczów zwierzęcych (głównie masła),
- spadek spożycia cholesterolu pokarmowego i sodu,
- wzrost spożycia tłuszczów pochodzenia roślinnego (margaryny),
- wzrost spożycia warzyw i owoców (głównie cytrusowych).

Niezbędne są jednak dalsze działania profilaktyczne, do których zaliczyć można:

- intensyfikację edukacji żywieniowej,
- poprawę jakości zdrowotnej żywności,
- program upowszechniania karmienia piersią niemowląt.

Profilaktyka zdrowia psychicznego:

- a) wczesne wykrywanie i leczenie zaburzeń chorób psychicznych,
- b) szeroko pojęta profilaktyka przeciwalkoholowa (poradnie odwykowe, kluby AA, ruchy AA działające przy urzędach miasta i gminy, komisje do spraw alkoholizmu),
- d) poważne psychozy tj. schizofrenia, paranoja, manie dotychczas nie mają żadnego programu profilaktycznego z uwagi na nieznaną etiologię pochodzenia tych chorób,
- e) przeciwdziałanie bardzo popularnemu ośpieniu miażdżycowemu (walka z cholesterolem, nadwagą, nikotyną, stresami),
- f) w wypadku narkomanii i innych uzależnień współpraca pionu psychiatrycznego z policją, pedagogami, księżmi, wychowawcami w szkole.

Podsumowanie

Powyższy „Program Promocji Zdrowia Powiatu Kluczborskiego na lata 2006 – 2015” jest dokumentem wskazującym na te obszary działania, które po zdiagnozowaniu sytuacji zdrowotnej społeczeństwa Powiatu Kluczborskiego wymagają szczególnej troski mieszkańców Powiatu, Samorządu Powiatowego, Samorządów Lokalnych, Instytucji, Organizacji i Stowarzyszeń.

Bibliografia

1. Liczba i struktura ludności według płci i wieku w województwie opolskim w 2003 roku, Urząd Statystyczny w Opolu 2004;
2. Nieprawidłowości w zakresie zachorowań zdrowotnych młodzieży szkolnej w Polsce w 1998 roku, Barbara Woynarowska, Joanna Mazur, 1999;
3. Plan zabezpieczenia medycznych działań ratowniczych dla powiatów Oleskiego i Kluczborskiego na 2007 rok.; Wydział Ochrony Ludności i Promocji Zdrowia; 2006r.
4. Informator „Opieka zdrowotna Powiecie Kluczborskim w 2006r. Wydział Ochrony Ludności i Promocji Zdrowia; 2006r.
5. „Strategia Ochrony Zdrowia dla Województwa Opolskiego na lata 2006 – 2015” Urząd Marszałkowski Województwa Opolskiego; 2006r.
6. „Wstępny Ramowy Projekt Narodowego Programu Zdrowia na lata 2006 – 2015”;
7. „Strategia Rozwoju Powiatu Kluczborskiego na lata 2001 – 2015”;
8. Planu rozwoju lokalnego Powiatu Kluczborskiego (luty 2005r.);
9. Prognoza demograficzna do 2010 roku w przekroju miast i gmin, Państwowy Instytut Naukowy Instytut Śląski w Opolu, Robert Rauziński, Wiesław Drobek, Krystian Heffner, Opole 1997;
10. Program działań interwencyjnych i profilaktycznych w zakresie zagrożeń młodzieży zjawiskami patologicznymi na terenie Powiatu Kluczborskiego, Wydział Edukacji, Kultury, Kultury Fizycznej i Turystyki Starostwa Powiatowego w Kluczborku 2000;
11. Rocznik demograficzny 2004, Główny Urząd Statystyczny Warszawa 2005;
12. Rocznik Statystyczny Rzeczypospolitej Polskiej, Główny Urząd Statystyczny, Warszawa 2005;
13. Rocznik Statystyczny Województwa Opolskiego, Urząd Statystyczny w Opolu 2005;
14. Stan środowiska w województwie opolskim w roku 2004, Wojewódzki Inspektorat Ochrony Środowiska w Opolu 2004;
15. Wypadki, urazy i zatrucia, Jerzy B. Karski, Zdrowie Publiczne Nr 11, 1999 pismo Ministerstwa Zdrowia .
15. „Promocja Zdrowia” praca zbiorowa pod redakcją Jerzego B. Karskiego, Warszawa 1999r.
16. „Zdrowie Publiczne” – nr 12, Warszawa, grudzień 1999r.; nr 1, Warszawa, styczeń 2000r.; nr 3, Warszawa, marzec 2000r.; nr 4, Warszawa, kwiecień 2000r.
17. „LIDER” – nr 4, Warszawa, kwiecień 2000r.; nr 7-8, Warszawa, lipiec-sierpień 2000r.

Program Promocji Zdrowia Powiatu Kluczborskiego na lata 2006 – 2015

18. Raport na temat nadużywania alkoholu i środków odurzających w gminie Kluczbork.
Urząd Miejski Kluczbork listopad 2005r.
20. Nieprawidłowości w zakresie zachorowań zdrowotnych młodzieży szkolnej w Polsce
w 1998 roku, Barbara Woynarowska, Joanna Mazur, 1999;
21. Ochrona Zdrowia w Województwie Opolskim w 2004 roku w ujęciu statystycznym;
Opolskie Centrum Zdrowia Publicznego,
22. Program Promocji Zdrowia Powiatu Kluczborskiego na lata 2000 – 2005.