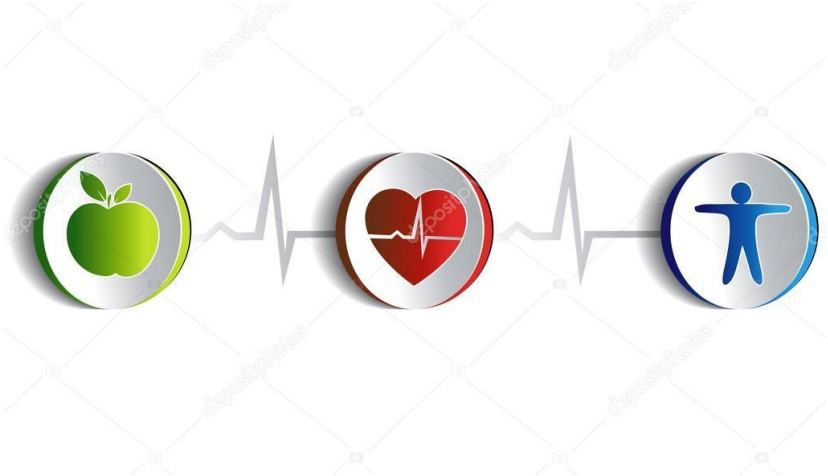
Załącznik do Uchwały nr 339/18
Rady Gminy Zgorzelec
z dnia 27.06.2018 r.

Strategia Promocji i Profilaktyki Zdrowia dla Gminy Zgorzelec na lata 2018 - 2022



Zgorzelec 2018r.

Spis Treści

1. Wprowadzenie ……. 3
2. Zdrowie ……... 4
3. Geneza i rozwój promocji zdrowia w Polsce i na świecie ……5
4. Istotne populacyjne problemy zdrowotne ……7
5. Zalecane badania profilaktyczne dla wybranych grup społecznych……..8
6. Zdrowie publiczne w Polsce ……..8
7. Narodowy Programu Zdrowia ……...18
8. Obszar i środowisko geograficzne gminy …… 18
9. Sytuacja społeczno-demograficzna Gminy Zgorzelec ……..19
10. Diagnoza problemów społecznych w gminie ……27
11. Identyfikacja lokalnego potencjału ……33
12. Analiza SWOT ……...40
13. Finansowanie realizacji strategii ……44
14. Monitoring i ewaluacja Strategii ……44

I. Wprowadzenie

Strategia to ogólna koncepcja działania, mająca zapewnić realizację jej fundamentalnych celów. Strategia może przyjąć formę skonkretyzowanego, długofalowego planu działań lub stanowić wzorzec i zbiór zasad postępowania względem wyzwań płynących z jej otoczenia. W sensie najbardziej ogólnym strategia profilaktyki zdrowia Gminy Zgorzelec ma wskazać na kierunki działań mające zapewnić poprawę stanu zdrowia publicznego mieszkańców Gminy Zgorzelec.

Opracowanie „Strategii Promocji i Profilaktyki zdrowia dla Gminy Zgorzelec" poprzedzono diagnozą aktualnej sytuacji demograficznej i epidemiologicznej gminy oraz analizą stanu zasobów. W rezultacie powstał dokument określający cele i kierunki działań jednostki samorządu terytorialnego w polityce promocji i profilaktyki zdrowia.

W pracach nad dokumentem bazowano na:

- ustawie z dnia 11 września 2015 r. o zdrowiu publicznym (t.j. Dz. U. z 2017r. poz. 2237 z późn. zm.);
- Narodowym Programie Zdrowia na lata 2016 - 2020, przyjęty Rozporządzeniem Rady Ministrów z dnia 4 sierpnia 2016 roku;
- Lokalnej Diagnozie, Monitoringu oraz Strategii Rozwiązywania Problemów Uzależnień i innych Zagrożeń Społecznych dla Gminy Zgorzelec;
- Strategii Rozwoju Gminy Zgorzelec na lata 2011 – 2020;
- danych statystycznych Głównego Urzędu Statystycznego;
- biuletynach statystycznych publikowanych przez Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia;
- danych ze zbiorów Dolnośląskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu
- Zdrowia, Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Zgorzelec, Wielospecjalistycznego Szpitala SPZOZ Zgorzelec.
- opracowaniach: Dorota Cianciara - „Trzy dekady promocji zdrowia – czas działać" , Ministerstwo Zdrowia - http://www.mz.gov.pl/zdrowie-i-profilaktyka/promocja-zdrowia/, Programów Ochrony i Promocji Zdrowia - http://www.profilaktykawmalopolsce.pl/co-to- jest- profilaktyka/item/301-;
- analizach i opracowaniach własnych:Materiałach wypracowanych na spotkaniu w formie warsztatów z udziałem liderów środowiskowych zaproszonych do prac przy opracowaniu Gminnej Strategii Zdrowia Promocji i Profilaktyki Zdrowia zorganizowanych w Świeradowie Zdrój w dniach 1-2 grudnia 2017r. Warsztatowa praca prowadzona była na zasadzie „burzy mózgów". Podczas warsztatu dokonano analizy SWOT, tj. oceny mocnych i słabych stron oraz szans i zagrożeń. Określono elementy planowania strategicznego takie jak, cel strategiczny oraz cele operacyjne, kierunki podejmowanych działań oraz mierniki osiągnięcia celów.

W rzeczonych warsztatach wzięli udział:
- Wójt, Zastępca i Sekretarz Gminy,
- Radni Gminy Zgorzele,
- Naczelnicy i przedstawiciele wydziałów merytorycznych Urzędu Gminy Zgorzelec,
- przedstawiciele jednostek pomocniczych gminy,
- przedstawiciele placówek oświatowych z terenu gminy,
- przedstawiciele jednostek organizacyjnych gminy,
- przedstawiciele organizacji pozarządowych,
- przedstawiciele placówek ochrony zdrowia,
- przedstawiciele Ochotniczych Straży Pożarnych z terenu gminy.

Listę liderów przedstawia załącznik Nr 1.

II. Zdrowie

Wśród wielu istniejących definicji zdrowia najczęściej podawana i uznawana jest definicja wg WHO, która mówi, że:

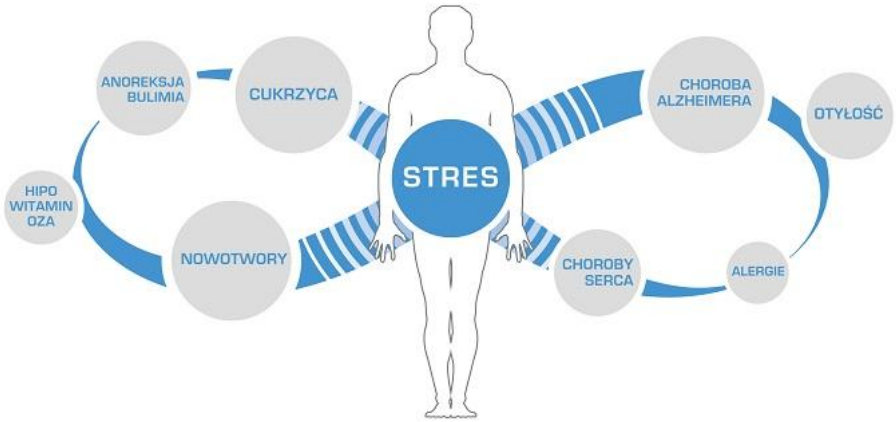
Zdrowie to dobrostan fizyczny, psychiczny i społeczny, a nie wyłącznie brak choroby czy niedomagania.

Zdrowie zależy od wielu czynników działających na nie w różny sposób i z różną siłą. Czynniki te mogą wpływać pozytywnie lub negatywnie na zdrowie. Te, które wpływają negatywnie nazywane są czynnikami ryzyka (definiowane jako cecha lub ekspozycja zwiększająca prawdopodobieństwo choroby lub innego zdarzenia), ale niekoniecznie są przyczyną choroby, np. wiek, płeć (czynniki nie poddające się modyfikacji), palenie papierosów, brak aktywności fizycznej, nieracjonalna dieta (czynniki modyfikowalne).

Czynniki działające (warunkujące) na zdrowie zostały pogrupowanie w kilka najważniejszych obszarów, należą do nich:

1. **Styl życia**, który jest sposób bycia wynikającym z wzajemnego oddziaływania człowieka i warunków w jakich żyje, oraz z indywidualnych wzorców zachowania, które zostały określone przez czynniki społeczno-kulturowe i osobiste cechy charakteru. Zdrowie uwarunkowane jest stylem życia człowieka, który może go w mniejszym (np. jako dziecko) lub większym (świadome wybory dorosłego człowieka) kontrolować (modyfikować) i regulować jego wpływ na zdrowie.

2. **Środowisko** – jest sumą zewnętrznych warunków oddziałujących na człowieka. Zdrowie uwarunkowane jest wpływem środowiska, na które człowiek nie ma wpływu lub ma bardzo ograniczony.
3. **Biologia człowieka (dziedziczność)** – wszystkie cechy związane z biologią organizmu człowieka w tym jego cechy genetyczne (płeć, podatność na różne choroby). Zdrowie uwarunkowane jest biologią człowieka, na którą nie ma on wpływu.
4. **Organizacja opieki medycznej** – dostępność, jakość, organizacja, rodzaj, zasoby opieki medycznej warunkują zdrowie. Wpływ jednostki na organizację opieki medycznej jest ograniczony.



III. Geneza i rozwój promocji zdrowia w Polsce i na świecie

Narodziny terminu promocji zdrowia jest ściśle związane z Międzynarodową Konferencją Promocji Zdrowia w Ottawie w 1986 roku, kiedy to po raz pierwszy sprecyzowano to zagadnienie. Zgodnie z Kartą Ottawską:

Promocja zdrowia jest procesem, który umożliwia ludziom zwiększenie kontroli nad zdrowiem oraz poprawę zdrowia.

Definicja ta jest stosowana m.in. w Europie, Kanadzie i Australii. W Karcie Ottawskiej wymienia się cztery współzależne działania, które winny być podejmowane równocześnie, tworząc strategię promocji zdrowia. Są to:
- określenie zdrowotnej polityki społecznej,
- tworzenie środowisk wspierających zdrowie,
- wzmacnianie działań społecznych,
- rozwijanie umiejętności osobniczych i reorientacja świadczeń zdrowotnych.

Według Karty Ottawskiej promocja zdrowia umożliwia ludziom zwiększenie kontroli nad swoim zdrowiem i jego poprawę przez podejmowanie decyzji sprzyjających zdrowiu, kształtowanie potrzeb i kompetencji do rozwiązywania problemów zdrowotnych oraz

zwiększanie potencjału zdrowia. Promocję zdrowia określa się także jako sztukę interwencji w systemy społeczne i dążenie, aby rozwijały się one w kierunku zdrowych środowisk.

Obecnie w krajach rozwiniętych zasadniczym celem zdrowia publicznego jest zapobieganie przedwczesnym zachorowaniom na tzw. choroby cywilizacyjne, czyli: choroby układu krążenia i nowotwory, urazy i wypadki, przewlekłe obturacyjne zmiany w układzie oddechowym, epidemie: otyłości i cukrzycy, a także choroby zakaźne, w szczególności HIV/AIDS czy gruźlicę, które nadal powodują większość przedwczesnych zgonów i zagrażają jakości życia ludzi.

Od 1977 r. do rozwoju promocji zdrowia istotnie przyczynia się Światowa Organizacja Zdrowia (WHO), która opracowała dokument „*Zdrowie dla wszystkich w 2000 roku*", przyjęty przez wszystkie kraje członkowskie WHO, a jego celem było osiągnięcie w 2000 r. poziomu zdrowia ludności na całym świecie pozwalającego na produktywne życie społeczne i ekonomiczne.

Koncepcja promocji zdrowia jest główną strategią WHO, a przez to jest ona podstawą działań Narodowego Programu Zdrowia w Polsce i podobnych programów zdrowotnych na całym świecie. W potocznym rozumieniu często promocję zdrowia utożsamia się z prewencją (zapobieganiem, profilaktyką). Jednakże istnieją znaczne różnice między tymi pojęciami, a co za tym idzie działaniami podejmowanymi w ramach tych koncepcji. ***W podejściu promocyjnym punktem wyjścia podejmowanych działań jest zdrowie, natomiast w podejściu prewencyjnym – choroba.*** **Celem działań w podejściu promocyjnym jest pomnażanie rezerw i potencjału zdrowia natomiast w prewencyjnym – uniknięcie choroby.** Grupą oddziaływania w podejściu promocyjnym jest cała populacja w kontekście codziennego życia natomiast w podejściu prewencyjnym – grupa szczególnego ryzyka. Definiując więc prewencję należy powiedzieć, że jest to przeciwdziałanie rozwojowi choroby, czyli są to działania podejmowane w celu przerwania lub zahamowania dalszego rozwoju choroby.

Profilaktyka dzieli się na kilka rodzajów w zależności od momentu podjęcia działań zapobiegawczych przeciwko danej chorobie i tak wyróżnia się *[wg R. Beaglehole, R.Bonita, T. Kjellstrom. Podstawy epidemiologii. Szkoła Zdrowia Publicznego Instytut Medycy Pracy im. prof. J.Nofera. Łódź 2002]:*

1. **Profilaktykę wczesną**, której celem jest eliminacja takich społecznych, ekonomicznych i kulturowych wzorców życia, które przyczyniają się do podwyższenia ryzyka choroby (np. palenie papierosów, nieracjonalne żywienie).
2. **Profilaktykę pierwotną**, której celem jest zapobieganie chorobie przed jej rozwinięciem poprzez kontrolowanie przyczyn i czynników ryzyka (np. obniżenia cholesterolu celem zapobiegnięcia chorobie niedokrwiennej mięśnia sercowego).
3. **Profilaktykę wtórną**, której celem jest zapobieganie poważniejszym konsekwencjom choroby poprzez wczesne wykrycie, leczenie i zapobieganie nawrotom (np. kontrola i leczenie nadciśnienia tętniczego krwi celem zapobiegnięcia rozwojowi choroby niedokrwiennej serca).
4. **Profilaktykę trzeciej fazy (trzeciorzędową)**, której celem jest zahamowanie postępu lub powikłań już rozwiniętej choroby (np. rehabilitacja kardiologiczna po zawale serca).

Podstawowymi działaniami zapobiegawczymi przeciwdziałającymi wystąpieniu choroby lub jej wczesnym wykryciu jest wykonywanie badań profilaktycznych, które można podzielić na trzy grupy:

1. Testy i badania przesiewowe - są to stosunkowo proste i niekosztowne testy diagnostyczne w badaniach dużych grup ludności w celu wykrycia wczesnych stadiów chorobowych, które są finansowane z budżetu lokalnego samorządu lub ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia np. powszechne badania lekarskie dzieci w szkołach, badania w kierunku próchnicy zębów.
2. Profilaktyczne badania lekarskie, laboratoryjne i rtg różnych grup zawodowych, których koszt pokrywa pracodawca.
3. Inne badania profilaktyczne u dorosłych w celu wczesnego wykrycia najczęstszych chorób np. badania mammograficzne w kierunku wykrycia raka piersi, badania cytologiczne, badania poziomu PSA u mężczyzn (badanie w celu wczesnego wykrycia raka prostaty), badania ciśnienia tętniczego krwi, badania cholesterolu, glukozy. Badania takie realizowane są w ramach programów profilaktycznych finansowanych przez NFZ lub lokalne samorządy.

Promocja zdrowia to nie tylko koncepcja i wytyczne jak należy wzmacniać zdrowie i jego potencjał, ale również szereg działań, mających na celu nauczenie społeczeństwa jak to robić prawidłowo. Ten element promocji zdrowia nazwany jest edukacją zdrowotną, której celem jest zmiana sposobu myślenia o zdrowiu w sensie jego promowania oraz zwiększenie skuteczności oddziaływań i kontroli nad własnym zdrowiem.

Wybór modelu edukacji zdrowotnej podobnie jak profilaktyka zależy od momentu podjęcia działań edukacyjnych przeciwko danej chorobie i tak wyróżnia się (wg A. Tannahill 1990):

1. **Model edukacji zdrowotnej zorientowanej na zdrowie gdzie priorytetem głównym są ludzie i miejsca**. Działania edukacyjne podejmowane w celu umacniania zdrowia (programy edukacyjne dotyczące dbania o swoje zdrowie, higienicznego stylu życia).
2. **Model edukacji zdrowotnej zorientowanej na czynniki ryzyka**. Działania edukacyjne podejmowane w celu modyfikacji czynników wpływających na zdrowie (programy edukacyjne dotyczące korzyści wynikających z rzucenia palenia).
3. **Model edukacji zdrowotnej zorientowanej na chorobę**. Działania edukacyjne podejmowane w celu modyfikacji czynników predysponujących do wystąpienia danej choroby (programy edukacyjne dotyczące przeciwdziałania chorobie niedokrwiennej serca).

Wraz z poprawą poziomu życia, korzystniejszymi warunkami społeczno-ekonomicznymi populacji na całym świecie zmieniają się wskaźniki zdrowotne. Zwiększa się długość życia i poprawia jego jakość, rozwój promocji, profilaktyki zdrowia (szczepienia, badania profilaktyczne, poprawa higieny życia) sprzyja wczesnemu wykrywaniu i diagnozowaniu chorób, co przekłada się na zmniejszenie umieralności ogólnej i na poszczególne choroby. Działania instytucji państwowych z zakresu ochrony zdrowia mają zdefiniowane cele zdrowotne, do realizacji których dążą poprzez np. wprowadzanie regulacji prawnych (zakaz palenia w miejscach publicznych), przeprowadzanie programów profilaktycznych, akcji prozdrowotnych, edukacji szkolnej itp. Działania te wpływają na podniesienie świadomości i zainteresowania ludzi własnym zdrowiem i potrzebą dbania o nie, co poprawia ogólny stan zdrowotności populacji.

IV. Istotne populacyjne problemy zdrowotne

Do istotnych populacyjnych problemów zdrowotnych zaliczamy:

- zapobieganie chorobom zakaźnym i zakażeniom,
- nadużywanie alkoholu - ograniczenie szkód zdrowotnych,
- palenie tytoniu - ograniczenie szkód zdrowotnych,
- substancje psychoaktywne - ograniczenie szkód zdrowotnych,
- nadwaga i otyłość,
- cukrzyca,
- nadciśnienie tętnicze,
- próchnica i wady zgryzu,
- wady postawy,
- przewlekłe schorzenia układu kostno - stawowego,
- choroby sercowo - naczyniowe,
- zaburzenia psychiczne,
- przewlekłe choroby układu oddechowego,
- nowotwory.

V. Zalecane badania profilaktyczne dla wybranych grup społecznych

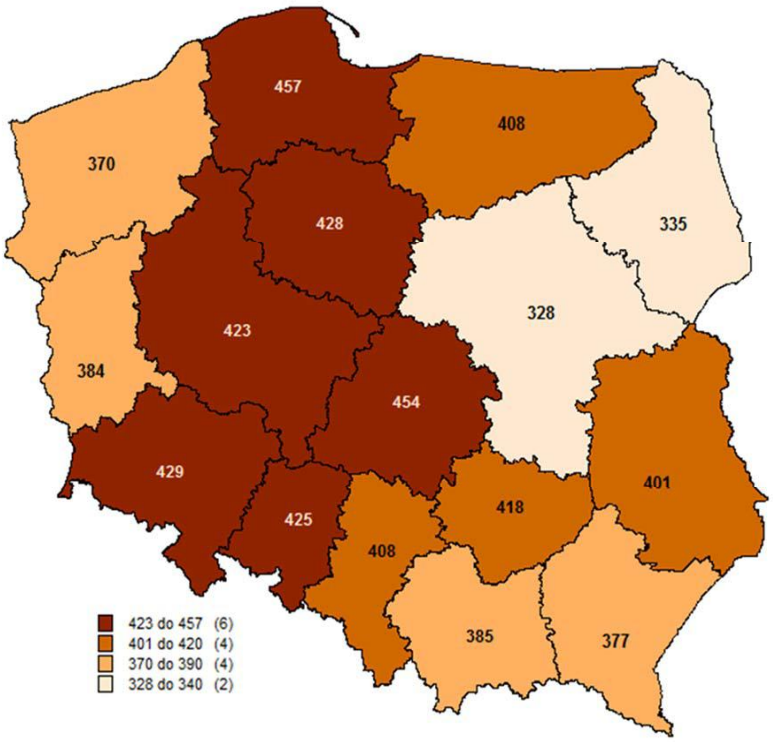
- badania profilaktyczne dla kobiet,
- badania profilaktyczne dla mężczyzn,
- opisy badań profilaktycznych,
- podstawowe badania krwi,
- badania z krwi - cholesterol, glukoza, OB,
- badania moczu,
- badanie wzroku oraz dna oka,
- RTG płuc - badanie radiologiczne klatki piersiowej,
- badania profilaktyczne w kierunku wykrywania chorób wenerycznych,
- badania profilaktyczne w kierunku wykrywania chorób tarczycy,
- badania profilaktyczne w kierunku wykrywania chorób wątroby,
- szczepienia - kalendarz szczepień,
- badanie spirometryczne,
- kolonoskopia - badania endoskopowe jelita grubego,
- laryngologiczne badanie słuchu,
- mammografia,
- USG piersi,
- badanie gęstości kości w kierunku osteoporozy.

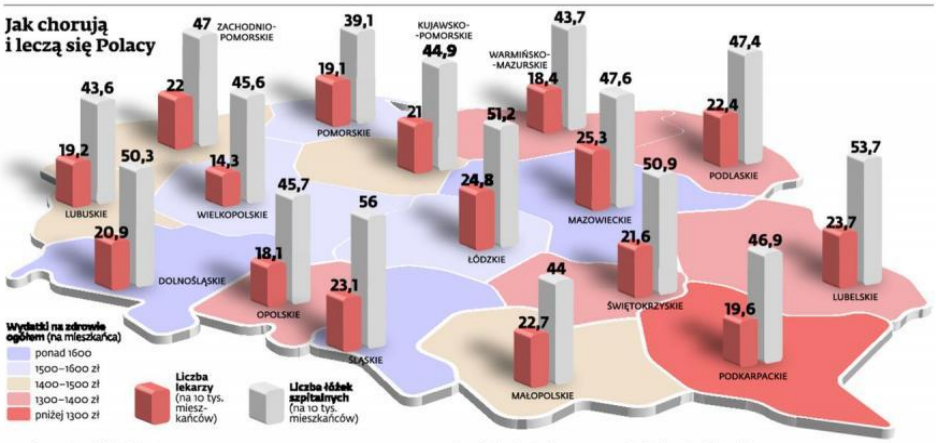
VI. Zdrowie publiczne w Polsce

3 grudnia 2015 r. weszła w życie ustawa z dnia 11 września 2015 r. o zdrowiu publicznym (t.j. Dz. U. z 2017r. poz. 2237 z późn. zm.). Dzięki jej realizacji w Polsce ma wzrosnąć świadomość społeczna Polaków, dotycząca konieczności podejmowania zachowań prozdrowotnych. Oczekuje się, że w dłuższej perspektywie działania realizowane na podstawie tej ustawy przyczynią się do dalszego wydłużenia przeciętnej oczekiwanej długości życia mężczyzn (do 78 lat) i kobiet (do 84 lat) oraz zmniejszenia liczby zgonów z powodu

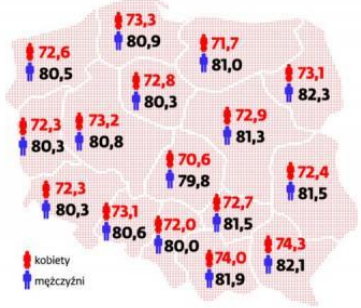
chorób zależnych od stylu życia. Jednym z głównych założeń ustawy jest przyjęcie Narodowego Programu Zdrowia (NPZ). Jest on dokumentem strategicznym dla zdrowia publicznego, a więc podstawą działań w tym zakresie. W związku z faktem, że nie posiadamy dokładnych danych o zdrowiu naszych mieszkańców, bazujemy w dużym stopniu na danych ogólnokrajowych, które również nakreślają konkretne problemy dotyczące zdrowia.

Zachorowalność na nowotwory złośliwe w 2013 r. (na 100 tys. ludności)





Przeciętna długość życia (lata)

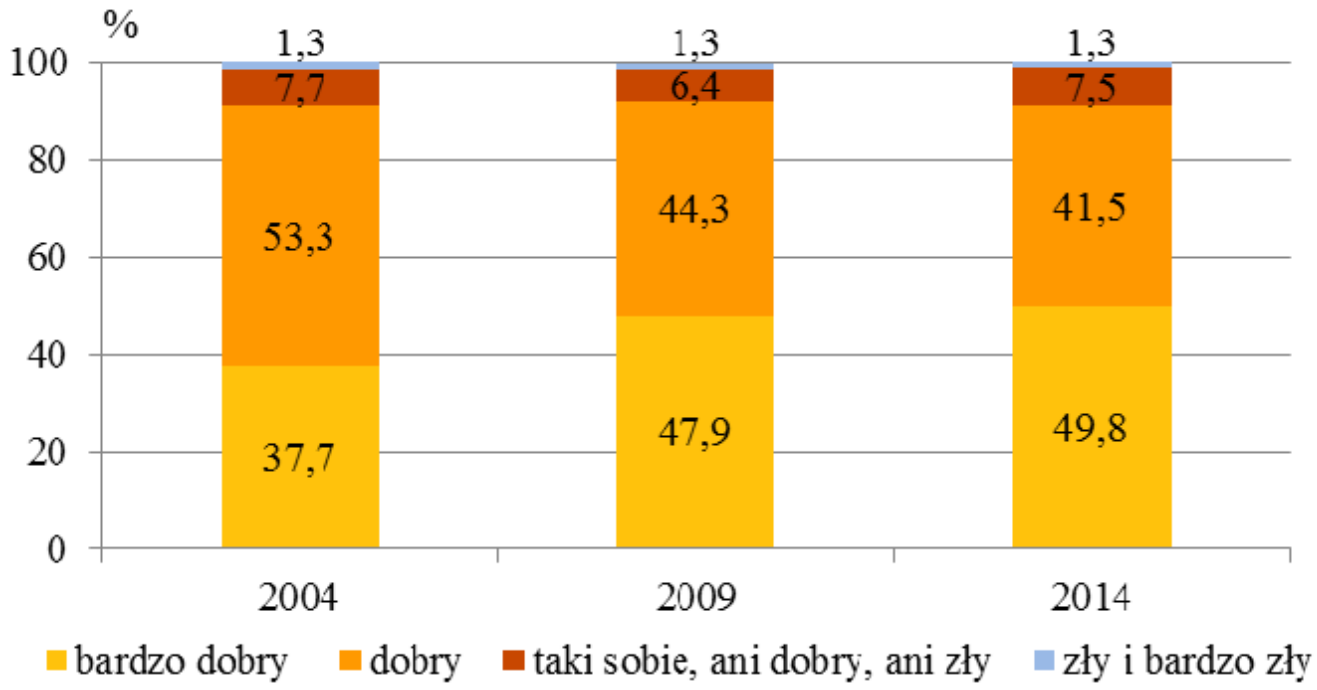


Dostęp do opieki szpitalnej a występowanie i śmiertelność chorób

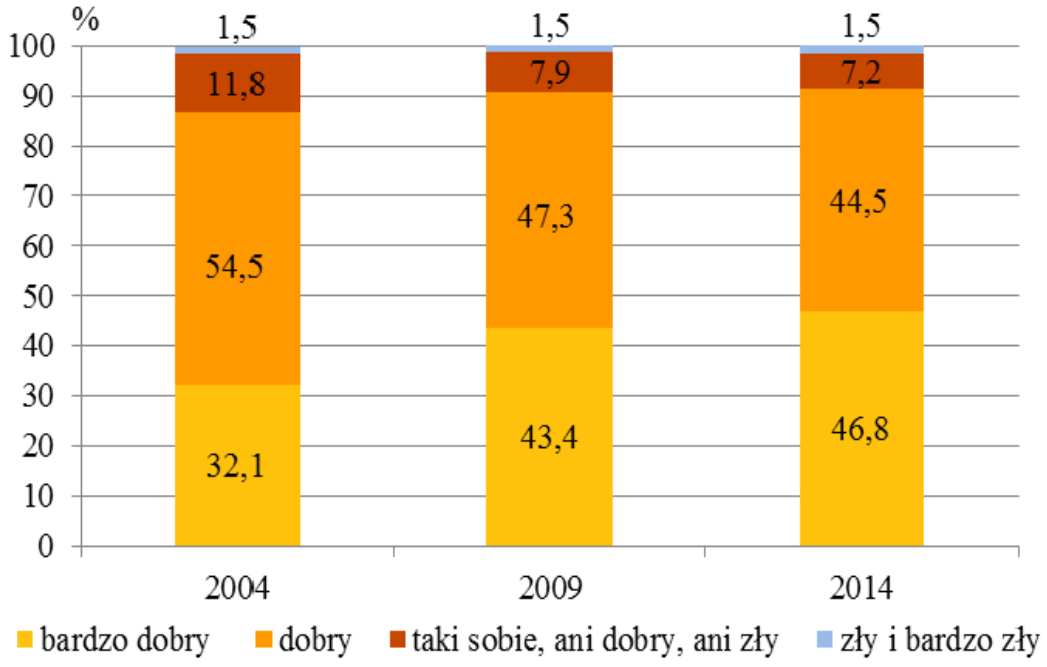
Województwo	Liczba łóżek kardiologicznych (na 10 tys. mieszk.)	Śmierć z powodu chorób układu krążenia (na 100 tys. mieszk.)	Liczba łóżek onkologicznych (na 10 tys. mieszk.)	Śmierć z powodu nowotworu złośliwego (na 100 tys. mieszk.)
mazowieckie	2,9	330,30	1,2	191,10
śląskie	2,4	353,90	1,7	203,60
dolnośląskie	2	370,70	1,7	206,50
wielkopolskie	1,8	323,00	1,7	214,00
łódzkie	3,1	374,20	1,2	202,30
pomorskie	2,2	281,90	0,9	217,20
małopolskie	2,1	331,40	1,1	185,90
zachodniopomorskie	1,6	354,00	1,7	211,10
lubuskie	1,3	369,00	1,5	203,30
kujawsko-pomorskie	2,3	358,70	1	253,30
opolskie	1,4	350,10	1	184,90
świętokrzyskie	2,5	397,30	1,2	181,40
lubelskie	2,3	374,00	1,2	176,60
warmińsko-mazurskie	1,5	328,60	0,6	214,40
podlaskie	1,5	304,40	1,4	183,90
podkarpackie	2,1	356,00	1,3	169,00

Źródło: ankieta wśród władz wojewódzkich, Ministerstwo Zdrowia, CSIOZ, NIZP-PIH, GUS; dane dotyczą lat 2011-2012

Ocena stanu zdrowia dzieci w latach 2004, 2009 i 2014



Ocena stanu zdrowia młodzieży w latach 2004, 2009 i 2014



Niepełnosprawność

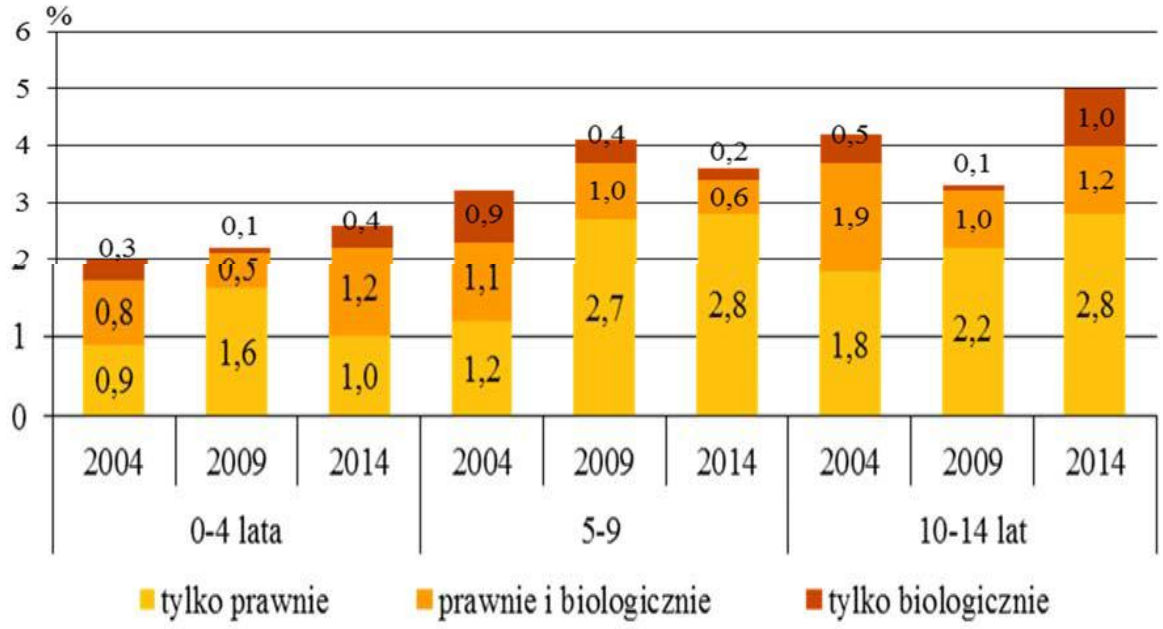
Niepełnosprawność to kolejny obserwowany aspekt stanu zdrowia. Analiza tego zagadnienia jest złożona ze względu na występowanie różnych definicji niepełnosprawności. Stosowana w statystyce GUS definicja obejmuje zarówno osoby niepełnosprawne biologicznie, jak i prawnie.

Niepełnosprawność biologiczna dotyczy osób, które bez względu na posiadanie lub brak orzeczenia o niepełnosprawności deklarują występowanie ograniczeń w wykonywaniu pewnych czynności.

Niepełnosprawność prawna, wynikająca z przepisów prawa, odnosi się do osób, które posiadają orzeczenie o niepełnosprawności wydawane przez państwowe instytucje dla celów rentowych (orzecznictwo ZUS) lub poza rentowych (orzecznictwo powiatowych/wojewódzkich zespołów do spraw orzekania o niepełnosprawności). Dane o osobach niepełnosprawnych według kryterium statystycznego prezentowane są w podziale na osoby:

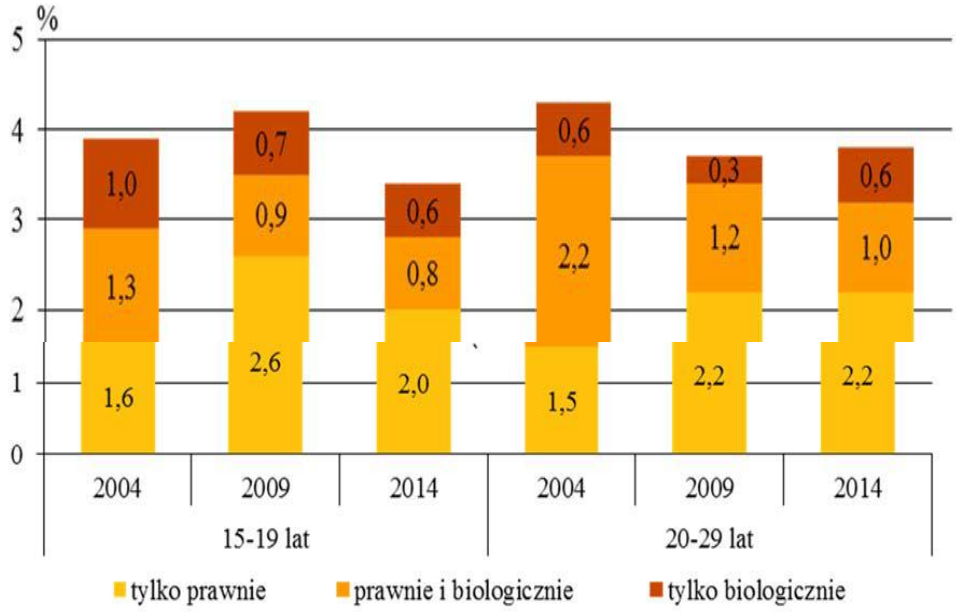
- niepełnosprawne prawnie i biologicznie,
- niepełnosprawne tylko prawnie,
- niepełnosprawne tylko biologicznie (deklarujące poważne ograniczenia w wykonywaniu zwykłych czynności).

Częstość występowania niepełnosprawności u dzieci według grup wieku w latach 2004, 2009 i 2014 (według kryterium statystycznego)

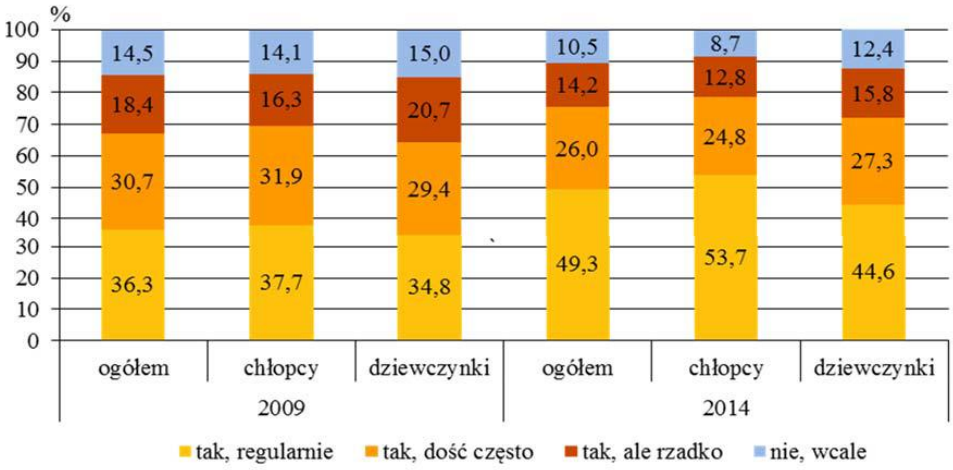


Rodzice/opiekunowie wskazywali na częstsze występowanie niepełnosprawności wśród dzieci z miast niż ze wsi. O ile w poprzednich edycjach badania odsetki niepełnosprawnych dzieci w miastach i na wsi utrzymywały się na zbliżonym poziomie, to w 2014 r. szybki wzrost częstości występowania niepełnosprawności dotyczył przede wszystkim najstarszych dzieci mieszkających w miastach.
Niepełnosprawność dwukrotnie częściej dotykała chłopców niż dziewczęta. Przewaga niepełnosprawnych chłopców nad dziewczętami najbardziej zaznaczyła się w starszych grupach wieku.

Częstość występowania niepełnosprawności wśród młodzieży według grup wieku w latach 2004, 2009 i 2014 (według kryterium statystycznego)



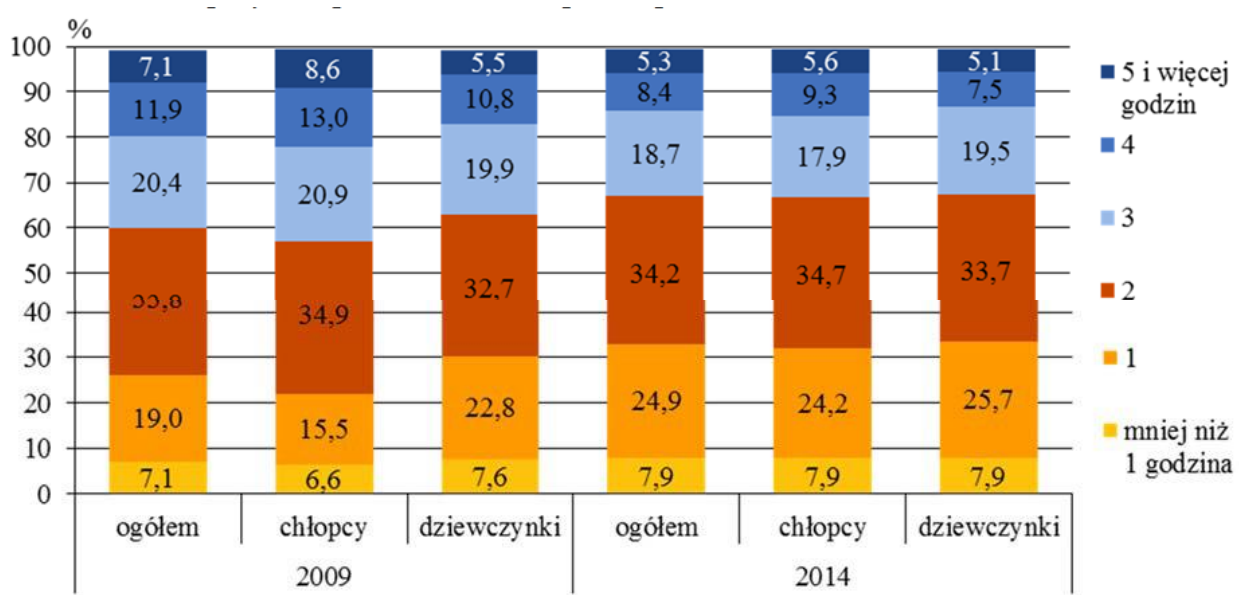
Aktywność fizyczna uczniów poza lekcjami WF według płci w latach 2009 i 2014



Aktywność fizyczna osób w wieku 15 lat i więcej w 2014 r. była badana mając na uwadze 3 rodzaje aktywności:

- aktywność fizyczną związaną z pracą, która jest głównym zajęciem wykonywanym w życiu codziennym. Określenie „praca” odnosiło się nie tylko do pracy zawodowej, ale obejmowało każdy rodzaj płatnych i nieodpłatnych czynności i obowiązków, które respondenci wykonują w życiu codziennym. Dla osób pracujących zawodowo chodziło o wykonywanie obowiązków zawodowych, a dla uczniów i studentów o zadania wykonywane w ramach programu nauki;
- aktywność fizyczną związaną z przemieszczaniem się. Osoby dorosłe pytano o sposób docierania do różnych miejsc w sezonie jesiennym (czy chodzą albo dojeżdżają rowerem np. do pracy, szkoły, na zakupy);
- uprawianie sportów, fitness, inną rekreacyjną aktywność fizyczną lub ćwiczenia na siłowni przez co najmniej dziesięć minut bez przerwy, z intensywnością powodującą co najmniej przyspieszony oddech lub tętno.

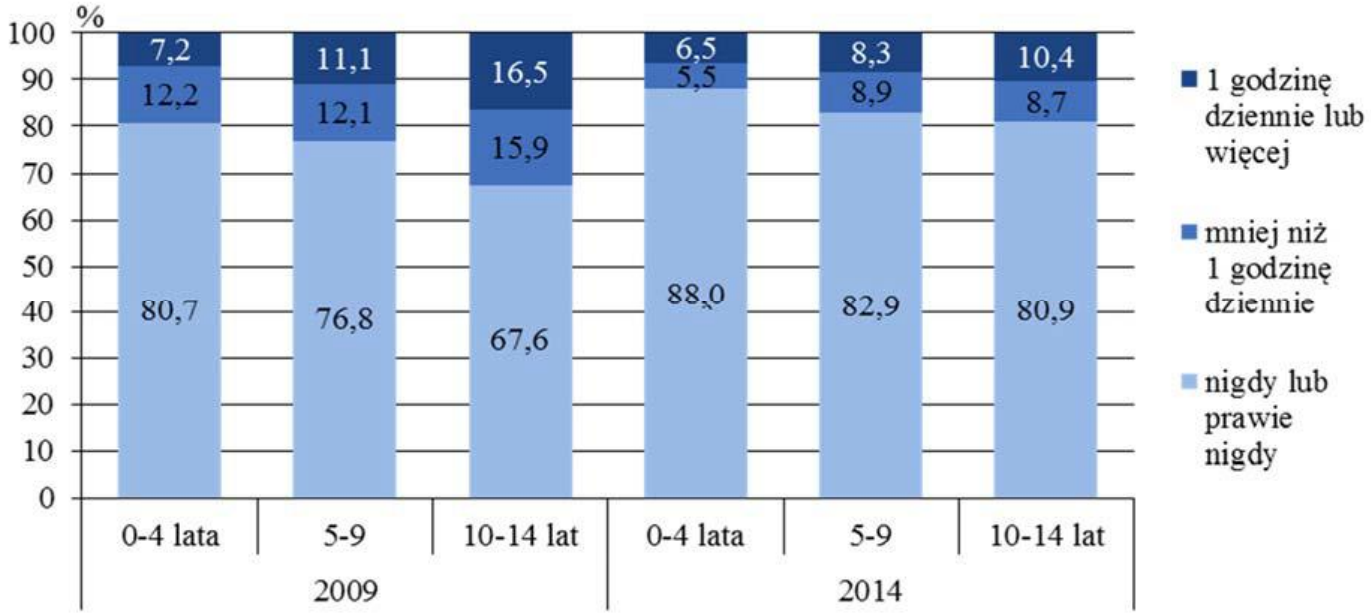
Dzieci w wieku 2-14 lat według liczby godzin dziennie spędzanych przed telewizorem lub przy komputerze, tablecie, laptopie, smartfonie w latach 2009 i 2014



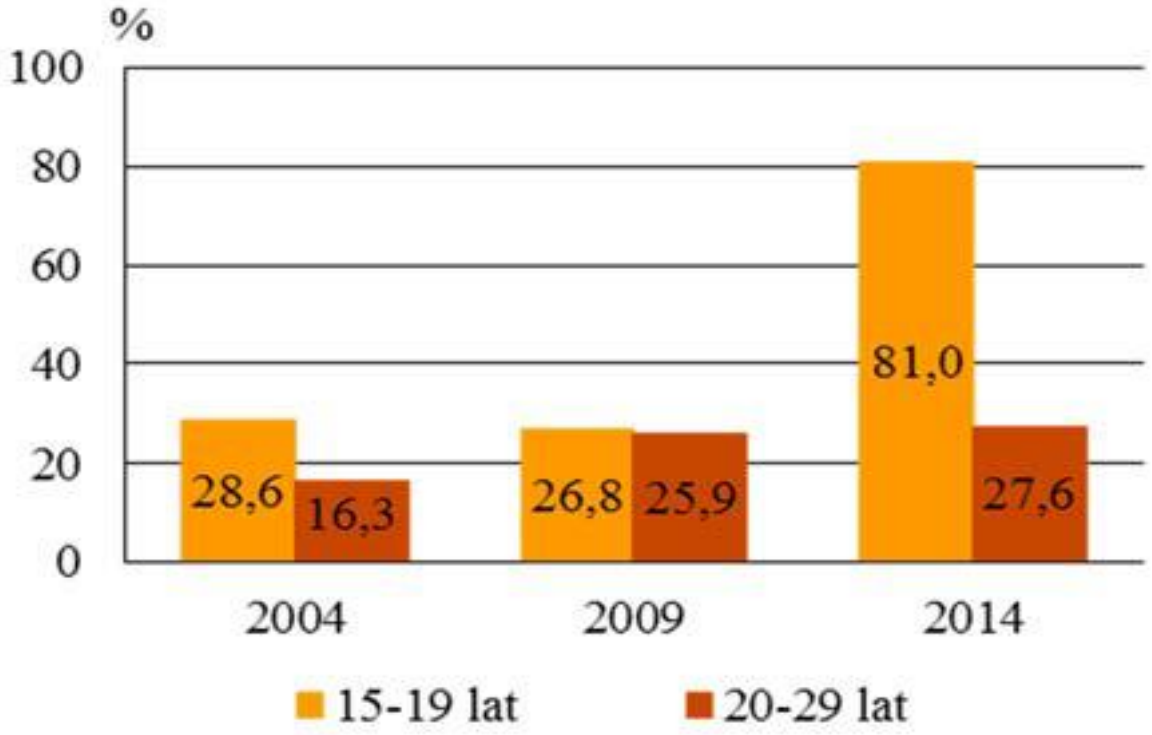
Narażenie dzieci na dym tytoniowy w domu

Duży wpływ na zdrowie dzieci ma narażenie na dym tytoniowy, czyli tzw. bierne palenie. Wyniki Europejskiego Ankietowego Badania Zdrowia wskazują, że sytuacja w tym zakresie poprawia się. W 2014 r. 84% dzieci nigdy lub prawie nigdy nie były narażone na dym tytoniowy w domu, podczas gdy 5 lat wcześniej odsetek ten stanowił prawie 75%. Krócej niż jedną godzinę dziennie na szkodliwe działanie dymu tytoniowego narażonych było 7,7% dzieci, a przez co najmniej jedną godzinę dziennie – 8,3% dzieci (w 2009 r. odsetki te wyniosły odpowiednio 13,5% oraz 11,7%). Stopień narażenia dzieci na dym tytoniowy w domu był zróżnicowany w zależności od ich wieku. Najmniej narażone były dzieci najmłodsze (88% z nich nigdy lub prawie nigdy nie było narażonych na dym tytoniowy w domu), w następnej kolejności dzieci w wieku 5-9 lat (82,9%), a najmniej chronione były dzieci najstarsze (80,9%).

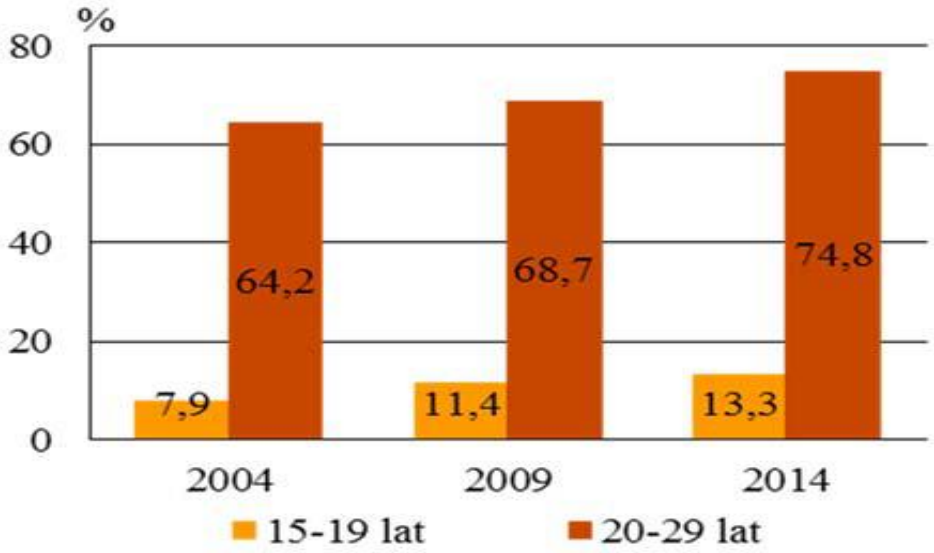
Dzieci według grup wieku i czasu narażenia na dym tytoniowy w domu w latach 2009 i 2014



Młodzież szczepiona kiedykolwiek przeciw WZW typu B według grup wieku w latach 2004, 2009 i 2014

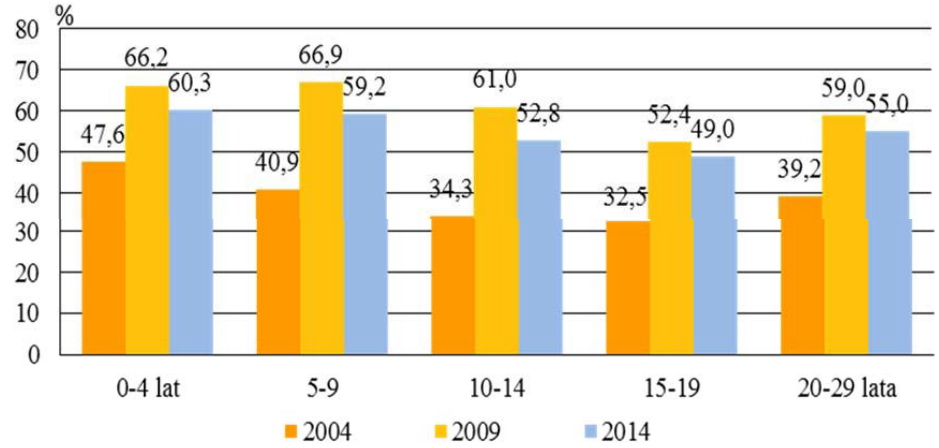


Kobiety w wieku 15-29 lat, u których wykonano kiedykolwiek badanie cytologiczne według grup wieku w latach 2004, 2009 i 2014



Zwiększa się liczba młodych kobiet wykonujących badania cytologiczne, które mają kluczowe znaczenie w diagnozowaniu nowotworów narządów rodnych, przede wszystkim raka szyjki macicy. W 2014 r. ¾ młodych kobiet wieku 20-29 lat zadeklarowało, że miały kiedykolwiek wykonane to badanie. Wśród młodszych kobiet w wieku 15-19 lat badanie to wykonało 13,3% dziewcząt. W porównaniu z wynikami poprzednich badań największy wzrost odsetka przebadanych kobiet zaobserwowano w grupie dwudziestolatków (o ponad 6 p. proc. w stosunku do 2009 r.).

Dzieci i młodzież zażywająca leki w ciągu ostatnich 2 tygodni według grup wieku w latach 2004, 2009 i 2014



Wśród młodzieży odsetek zażywających leki był mniejszy niż w przypadku populacji dzieci i wyniósł 53,3%. Częściej leki stosowali dwudziestolatkowie niż osoby w wieku 15-19 lat. Analizując strukturę młodych osób zażywających leki według płci można zauważyć, że leki częściej zażywały kobiety niż mężczyźni i tendencję taką zaobserwowano we wszystkich edycjach badania. Jak wskazują wyniki przeprowadzonych badań w porównaniu do 2009 r.

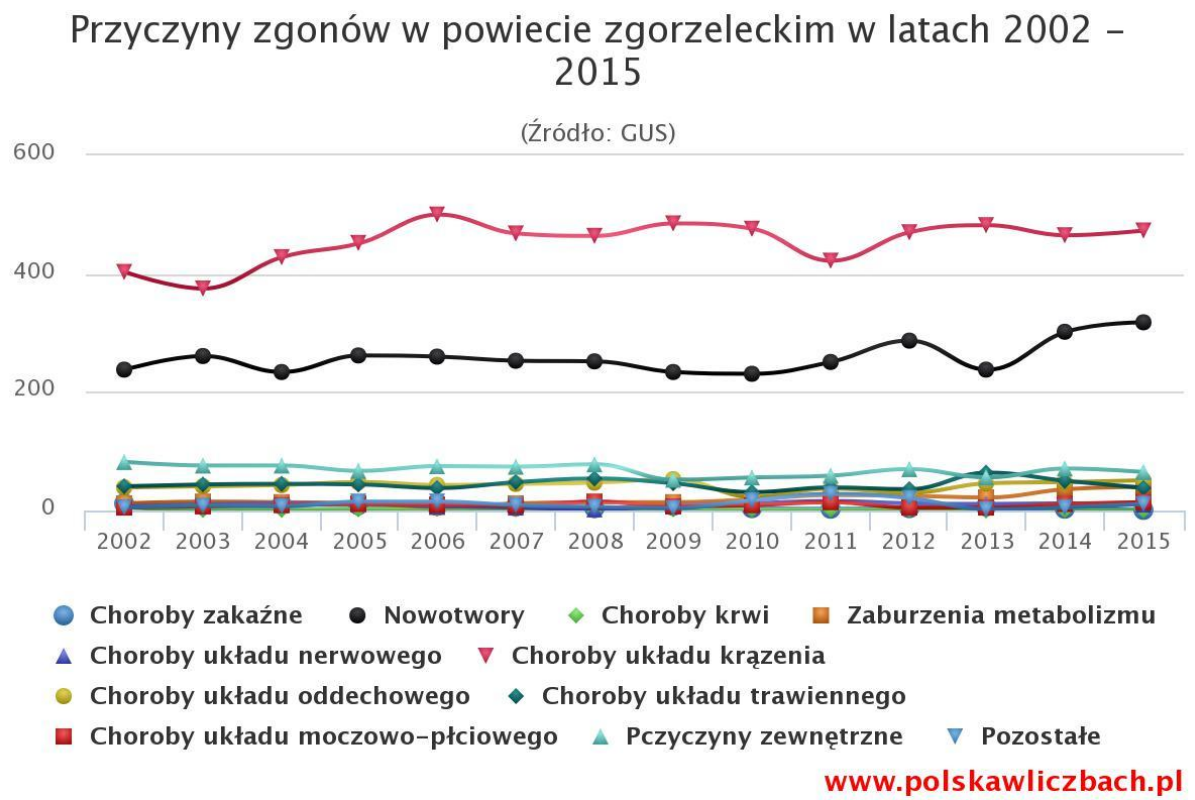
nastąpił spadek konsumpcji leków we wszystkich grupach wieku, jednakże w perspektywie 10 lat częstość zażywania różnych medykamentów przez dzieci i młodzież znacznie wzrosła.

Analizując strukturę dzieci i młodzieży zażywającej leki według rodzaju przyjmowanych leków można zauważyć, że w 2014 r. ponad połowa dzieci i prawie dwie trzecie młodzieży w wieku 15-29 lat zażywającej leki stosowała wyłącznie medykamenty nieprzepisane przez lekarza. Relatywnie częściej tego rodzaju leki aplikowano starszym dzieciom (5-14 lat), jak również młodzieży. Wyłącznie leki przepisane przez lekarza zażywało 22,3% dzieci oraz 13,3% młodych osób. W porównaniu do poprzednich edycji badania zmieniła się struktura konsumpcji leków polegająca na coraz częstszym przyjmowaniu wyłączenie leków kupowanych bez recepty. W porównaniu do 2004 r. odsetki dzieci i młodzieży zażywających tylko leki przepisane przez lekarza spadły 3-krotnie.

Łączna ilość świadczeń medycznych udzielonych w WS SPZOZ dla mieszkańców Gminy Zgorzelec w 2016.r. wynosi 74.251 co oznacza, że średnio, codziennie mieszkańcom Gminy Zgorzelec udzielanych było 203 świadczeń.

Pacjenci, z Gminy Zgorzelec, na poszczególnych Oddziałach WS SPZOZ w 2016 r.

Oddział	Ilość pacjentów z Gminy
SOR	1918
Ginekologia	167
Chirurgia Ogólna i Onkologiczna	133
Ortopedia	126
Laryngologia	102
Wewnętrzny	95
Okulistyka	93
Onkologia Kliniczna	90
Kardiologia	81
Pediatria	70
Neurologia	70
Urologia	50
Oddziały Psychiatryczne	37



Bogdan Wojtyniak z Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego w rozmowie z Agencją Informacyjną Polska Press powiedział, że z najważniejszych ustaleń raportu wynika m.in, że długość życia mieszkańców Polski systematycznie się zwiększa. Od 1991 do 2014 roku wzrosła w przypadku mężczyzn o blisko osiem lat, zaś w przypadku kobiet o 6,5 roku. Zauważył, że im wyższe wykształcenie tym dłuższe życie. - Mężczyźni z wyższym wykształceniem żyją trochę krócej niż kobiety – powiedział. Dodał, że Polki żyją już tylko o 1,7 roku krócej niż wynosi średnia europejska. Z raportu wynika, że polskie społeczeństwo bardzo szybko się starzeje. W połowie XXI wieku odsetek osób w wieku 65 lat i więcej będzie wynosił w Polsce blisko 33 proc. i będzie wyższy o 4 procent od przeciętnego dla krajów Unii Europejskiej. Polki żyją prawie 82 lata, podczas gdy średnia długości życia kobiet w krajach Unii to prawie 84 lata. Szczególnie długowieczne są Hiszpanki, które dożywają przeciętnie 86,3 roku. Najkrócej wśród mieszkanek Unii żyją Bułgarki- średnio 78,7 roku. Polacy umierają przedwcześnie przede wszystkim na choroby układu krążenia. Polki zaś na nowotwory. Główną przyczyną przedwczesnej śmierci Polaków w wieku 25-64 lat są choroby układu krążenia, choć liczba osób umierających z tego powodu systematycznie spada od końca lat 90. XX w. Na tle średniej unijnej wypadamy jednak niekorzystnie, np. mężczyźni w Polsce prawie dwukrotnie częściej niż statystyczni Europejczycy umierają na choroby układu krążenia (183,8 na 100 tys. mężczyzn w Polsce i 96,8 na 100 tys. w Europie). Nowotwory złośliwe są drugą w kolejności przyczyną zgonów w Polsce. Są największym zagrożeniem dla Polaków w wieku 45- 69 lat. W 2014 roku z powodu nowotworów złośliwych w Polsce zmarło ponad 95 tys. osób. Choroby onkologiczne są znacznie większym zagrożeniem dla mężczyzn niż dla kobiet - w 2014 roku umarło z ich powodu ponad 52 tys. mężczyzn i ponad 42 tys. kobiet. W ciągu ostatniej dekady w Polsce nie odnotowano postępu w wyleczalności nowotworów złośliwych. Skutecznie daje się zwalczyć zaledwie 43 proc.

tego typu chorób, co plasuje nasz kraj w ogonie Europy. Podobnie jest na Łotwie (także 43 proc.), zaś gorzej jedynie w Bułgarii (40 proc.) Średnia europejska wynosi 55 proc. Najlepiej pod tym względem jest w Szwecji, gdzie wyleczalność raka wynosi aż 64 proc. Mirosław Wysocki z Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego powiedział w rozmowie z Agencją Informacyjną Polska Press, że umieralność niemowląt w Polsce systematycznie się obniża, ale wciąż ginie u nas więcej noworodków niż przeciętnie w Unii Europejskiej. W latach 2000 w każdym roku na każde 10 tys. urodzeń umierało przeciętnie o troje dzieci mniej niż rok wcześniej. W 2015 roku w Polsce na każde 10 000 urodzeń żywych zmarło 40 niemowląt, a w Unii Europejskiej średnia dla 2014 roku wynosiła.

VIII. Narodowy Programu Zdrowia

Celem strategicznym Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016–2020, zwanego dalej „NPZ", jest wydłużenie życia w zdrowiu, poprawa zdrowia i związanej z nim jakości życia ludności oraz zmniejszenie nierówności społecznych w zdrowiu.
Cele operacyjne obejmują:

1. Poprawę sposobu żywienia, stanu odżywienia oraz aktywności fizycznej społeczeństwa.
2. Profilaktykę i rozwiązywanie problemów związanych z używaniem substancji psychoaktywnych, uzależnieniami behawioralnymi i innymi zachowaniami ryzykownymi.
3. Profilaktykę problemów zdrowia psychicznego i poprawę dobrostanu psychicznego społeczeństwa.
4. Ograniczenie ryzyka zdrowotnego wynikającego z zagrożeń fizycznych, chemicznych i biologicznych w środowisku zewnętrznym, miejscu pracy, zamieszkania, rekreacji oraz nauki.
5. Promocję zdrowego i aktywnego starzenia się.
6. Poprawę zdrowia prokreacyjnego.

Przy opracowaniu Narodowego Programu Zdrowia przyjęto kalendarz zdrowia, w którym, w poszczególnych latach objętych programem określono priorytety:

2016 – rok promocji zdrowia i profilaktyki,
2017 – rok zdrowej rodziny i młodego pokolenia,
2018 – rok troski o seniorów,
2019 – rok dla macierzyństwa i kobiet,
2020 – rok dla ojcostwa i mężczyzn
(*Ministerstwo Zdrowia - http://www.mz.gov.pl/zdrowie-i-*profilaktyka/narodowy-program-zdrowia/npz-2016-2020)

IX Obszar i środowisko geograficzne gminy

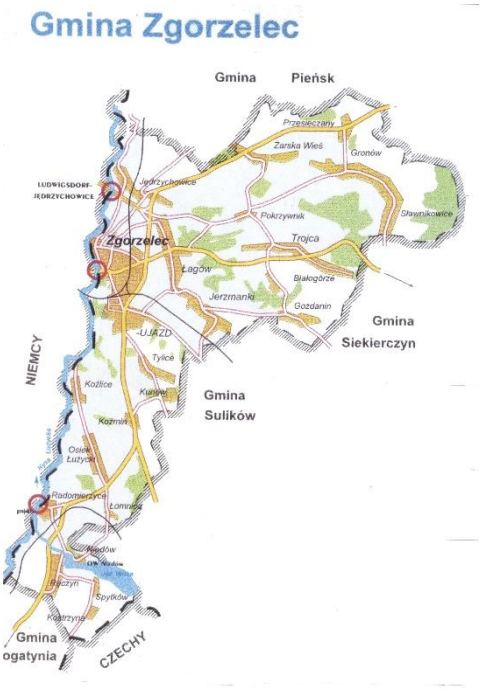
Gmina wiejska Zgorzelec - jedna z siedmiu gmin powiatu zgorzeleckiego, położona w zachodniej części województwa dolnośląskiego zajmuje powierzchnię 136,3 km^2. Powierzchnia gminy stanowi ponad 16,2 % powiatu i pod względem obszaru jest to jedna z większych jego gmin (większą powierzchnię ma jedynie gmina miejsko-wiejska Węgliniec).

Administracyjnie gmina składa się z 21 sołectw obejmujących 22 miejscowości wiejskie o zróżnicowanym obszarze i zaludnieniu. Na północy Gmina graniczy z Gminą Pieńsk, na wschodzie z Gminami Siekierczyn i Sulików oraz na południu z Gmina Bogatynia

i miastem Zawidów. Zachodnia granice stanowią: granica z Miastem Zgorzelec oraz Nysa Łużycka będąca równocześnie granicą państwa. Na terenie Gminy położony jest wjazd do nowoczesnego autostradowego przejścia granicznego Jędrzychowice – Ludwigsdorf, na południu przejście graniczne Radomierzyce – Hagenwerder i przejście turystyczne Spytków - Smeda.

Obszar gminy położony jest w zachodniej części Sudetów, w północnej części Masywu Czeskiego. Na poziomie mezoregionów teren Gminy znajduje się głównie na obszarze obniżenia Żytawsko – Zgorzeleckiego. Niewielkie części położone przy wschodniej (Białogórze, Gronów) i południowej (Ręczyn) granicy należą do Pogórza Izerskiego. Na obszarze Gminy wyróżnić można kilka mikroregionów. Największą powierzchnie zajmuje Równina Zgorzelecka. Pozostałe jednostki to przełomowa Dolina Nysy Łużyckiej i stanowiące części Pogórza Izerskiego, Wysoczyzna Siekierczyńska i Wysoczyzna Działoszyńska. Krajobraz gminy jest zróżnicowany, zwłaszcza ku jej administracyjnym granicom, gdzie obszar falistej Równiny Zgorzeleckiej przechodzi w pagórkowatą rzeźbę wysoczyzny. Równina Zgorzelecka o wysokości 190 – 250 m n.p.m. podnosi się ku południowi i wschodowi. Występują na niej kopulaste pagóry i ciągi niewysokich wzniesień (od 20 do 30 m n.p.m.). Najwyższymi terenami Gminy są położone na jej obrzeżach wzgórza i ciągi wzniesień zaliczane do Pogórza Izerskiego. Pod względem budowy geologicznej podłoża, Gmina znajduje sie na styku równoleżnikowo ułożonych jednostek geologicznych wzdłuż granicy państwa.

Gmina Zgorzelec posiada na swoim terenie różnorodne zasoby surowcowe, w tym przede wszystkim: złoża węgla brunatnego, kamieni budowlanych oraz kruszyw naturalnych.

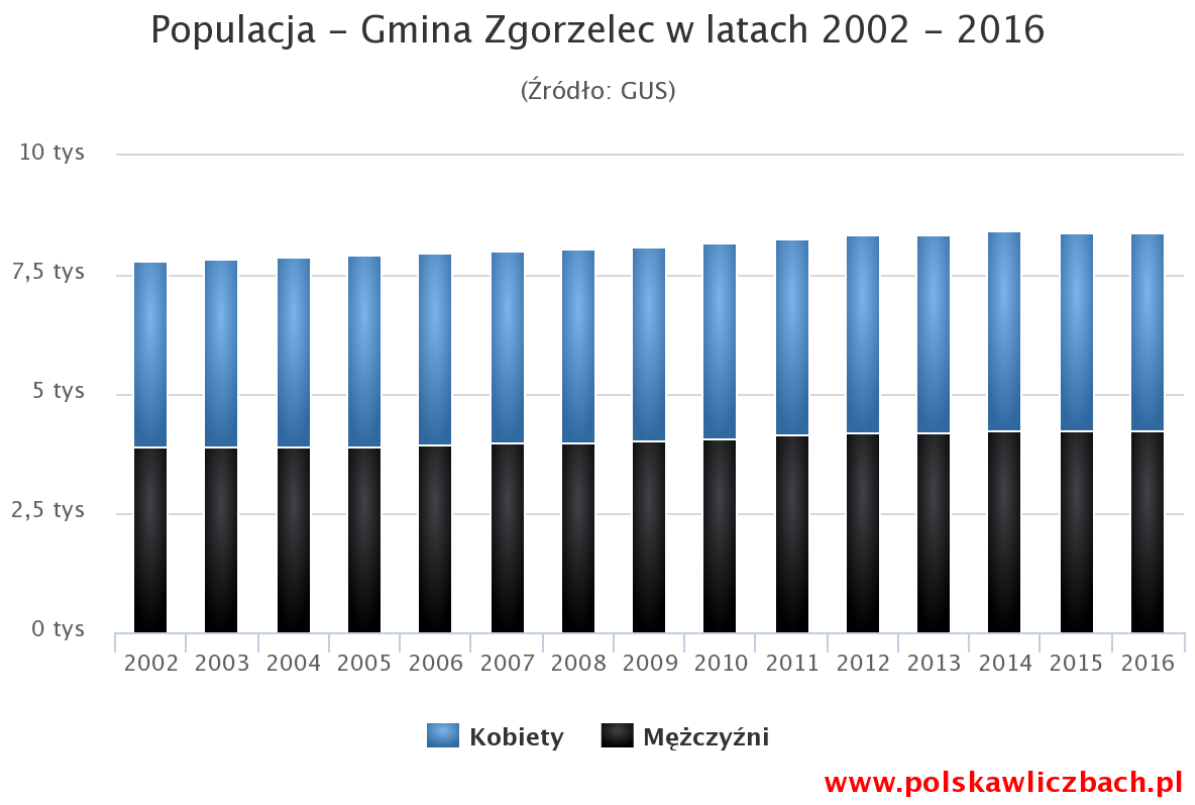


1. materiały z zasobów własnych gminy

IX. Sytuacja społeczno-demograficzna Gminy Zgorzelec

Demografia (od stgr. demos – "lud" i γράφω grapho – "piszę") – dziedzina nauki zajmująca się powstawaniem, życiem i przemijaniem społeczności ludzkiej. Demografia zajmuje się w równej mierze przyrostem naturalnym, migracjami, strukturą społeczną (wiek, płeć, przynależność zawodowa, narodowość, wyznanie) oraz ich rozmieszczeniem przestrzennym i oddziaływaniami społecznymi i socjologicznymi.

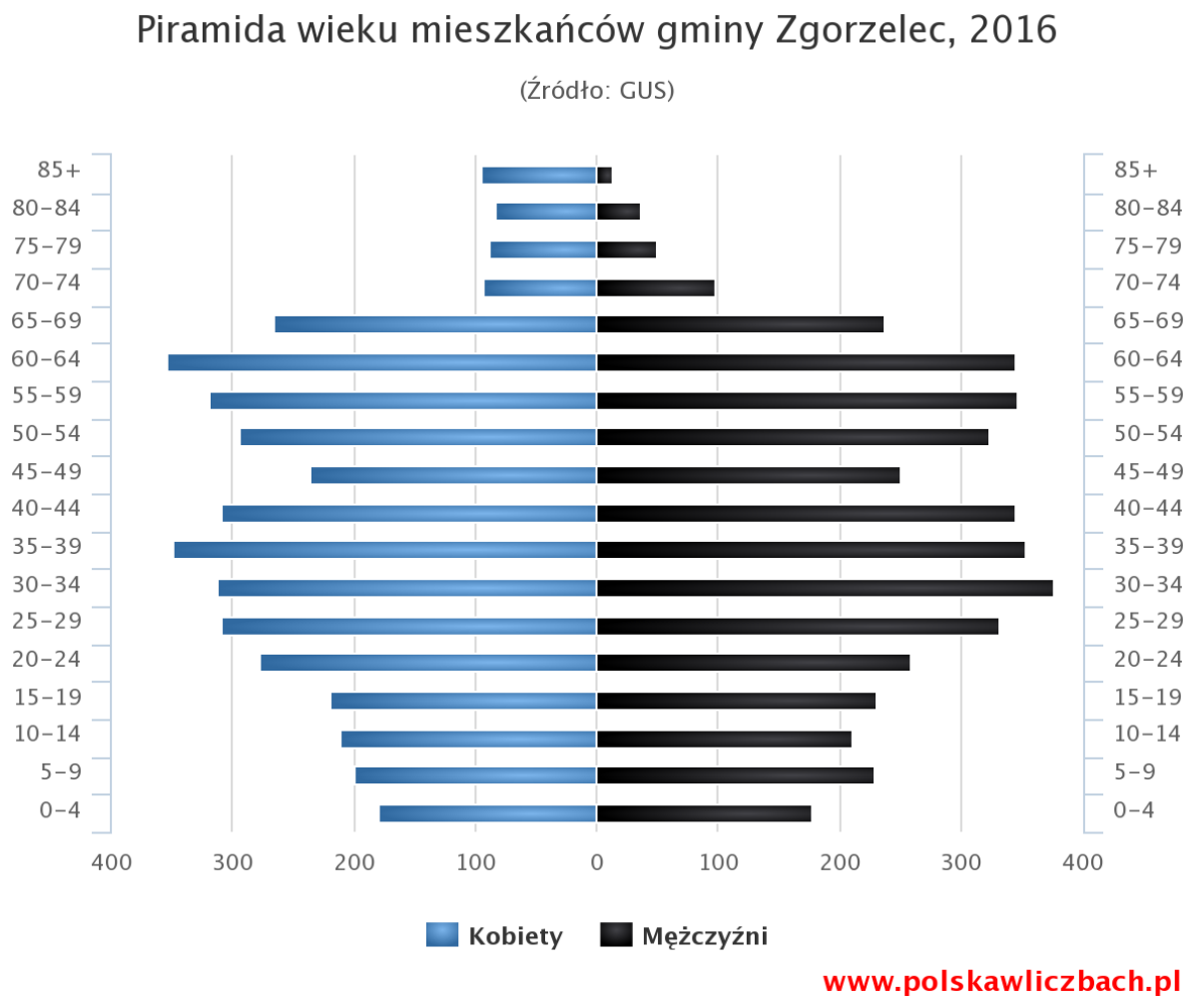
(wikipedia, wolna encyklopedia)



Wiek mieszkańców gminy Zgorzelec
(Źródło: GUS, 31.XII.2016)

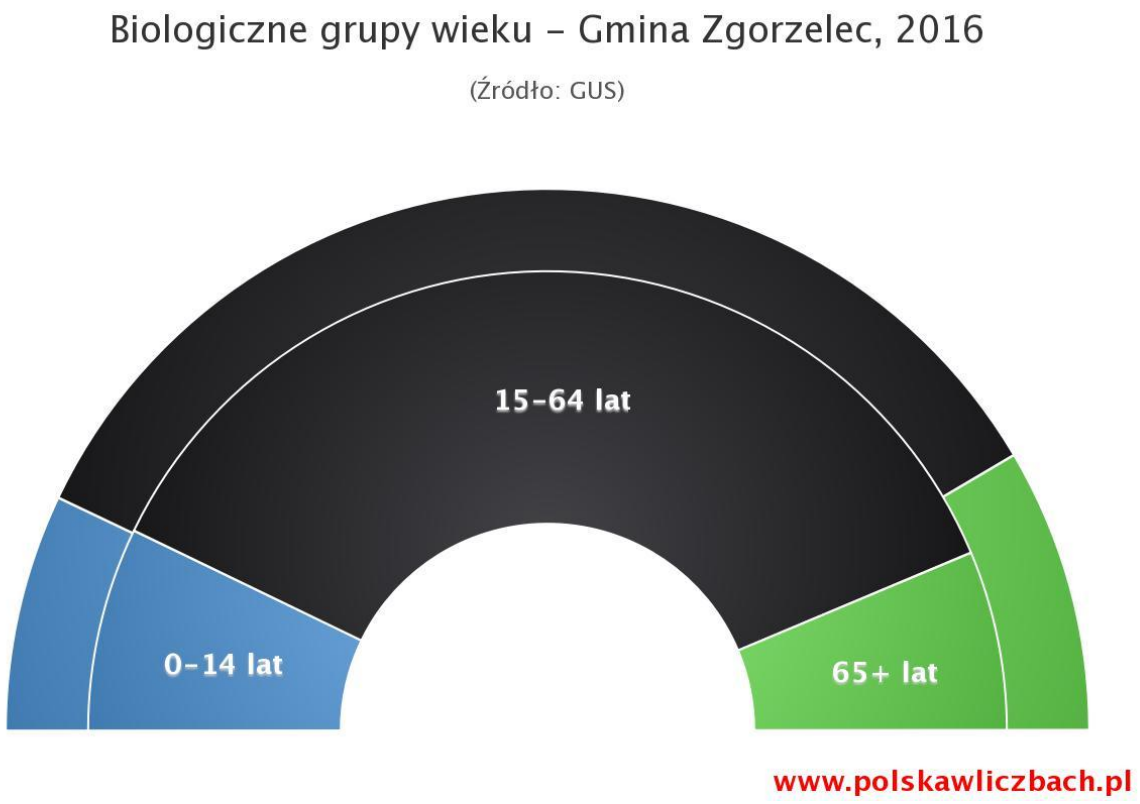
Średni wiek mieszkańców w gminie Zgorzelec to 39,9 lat. Jest to niższa średnia niż w woj. dolnośląskim, gdzie średnia sięga 42,0 lat. W Polsce średnia jest niższa i wynosi 41,2 lat. Wśród kobiet średnia to 40,9 lat a średni wiek mężczyzn wynosi 38,8 lat.

Czynnikami społeczno-demograficznymi mającymi według socjologów wpływ na zachowania ludzi są: płeć**,** wiek**,** miejsce zamieszkania miasto/wieś**,** sytuacja indywidualna**,** sytuacja rodzinna, relacje z rówieśnikami, osamotnienie, migracja (w tym problemy pośrednie: ubóstwo, złe warunki mieszkaniowe, brak wsparcia społecznego, niespełnione oczekiwania , zawód, bezrobocie, stan cywilny**:** separacja, rozwód, wdowieństwo i stan wolny, zawód**,** bezrobocie.



Najważniejszy proces demograficzny w Europie starzenie się społeczeństw, tj. wzrost udziału osób starszych w populacji, jest przede wszystkim wynikiem znacznego gospodarczego, społecznego i medycznego postępu, który daje Europejczykom możliwość długiego życia w coraz większym komforcie i bezpieczeństwie. Starzenie się społeczeństw jest jednocześnie jednym z najważniejszych wyzwań, którym Unia Europejska będzie musiała stawić czoła w nadchodzących latach. Owo starzenie się jest wynikiem kilku tendencji demograficznych. Ich zakres i rytm różni się nie tylko w poszczególnych krajach i regionach, dotyczą jednakże całego terytorium Unii Europejskiej. Te tendencje to: niska dzietność – znacznie poniżej zastępowalności pokoleń, powojenny wyż demograficzny powodujący wybrzuszenie wielkości populacji w wieku 45 - 65 lat, która już jest lub też w niedługim okresie przejdzie na emeryturę, wzrost średniej długości trwania życia i zjawisko migracji, w szczególności imigracji. Wskazywanie na problem starzenia się społeczeństw nie oznacza, że sami ludzie starzy są problemem dla społeczeństwa. Problemem są przeobrażenia zachodzące w strukturze wiekowej ludności oraz ich ekonomiczne i społeczne konsekwencje.

(zob. Thurow, 2003; Kowaleski, Szukalski, 2004).



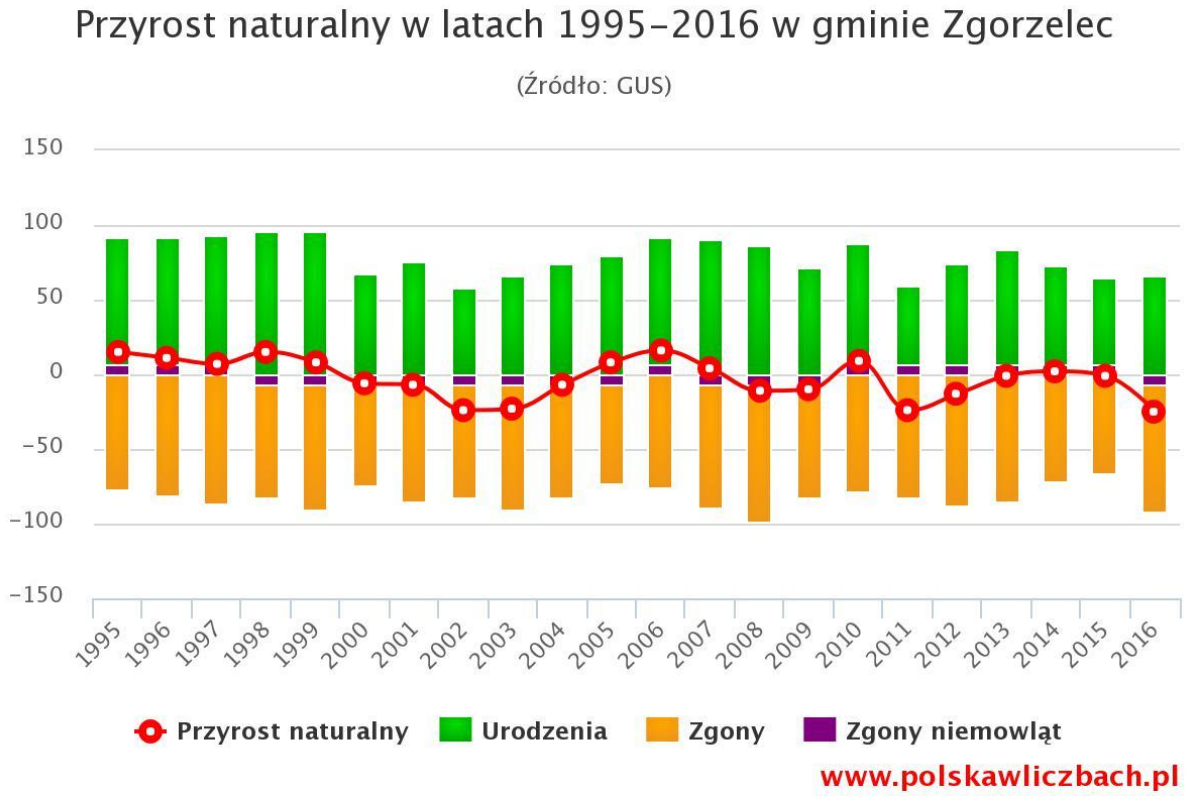
Biologiczne grupy wieku w gminie Zgorzelec
(Źródło: GUS, 31.XII.2016)

- 14,3% Ludność w wieku 0-14 lat, wśród kobiet jest to - 14,1% a wśród mężczyzn - 14,6%.
- 73,0% Ludność w wieku 15-64 lat, wśród kobiet jest to – 71,0 % a wśród mężczyzn – 75,0 %
- 12,6% Ludność w wieku 65 lat i więcej wśród kobiet to - 14,9% a wśród mężczyzn – 10,4%

Istota problemów demograficznych sprawia, że coraz częściej pojawiają się one w analizach i strategiach, wytyczających działania Unii Europejskiej, poszczególnych państw i regionów, zależnie od natężenia negatywnych zjawisk i procesów demograficznych oraz świadomości co do konieczności przeciwdziałania im i ich łagodzenia. Unia Europejska problemy demograficzne analizuje przede wszystkim w kontekście rynku pracy. Dokument Europa 2020. Strategia na rzecz inteligentnego i zrównoważonego rozwoju sprzyjającego włączeniu społecznemu mówiąc o rozwoju sprzyjającym włączeniu społecznemu wskazuje, że w związku ze zmianami demograficznymi zasoby siły roboczej w UE będą się kurczyły. Jednocześnie zatrudnienie osób w wieku produkcyjnym jest w Unii niższe niż w USA czy Japonii. Szczególnie wskazać należy na niskie wskaźniki zatrudnienia kobiet i osób starszych. Stąd konieczność działań na rzecz zwiększania stopy zatrudnienia osób w wieku produkcyjnym.

Z podobnymi problemami stykamy się na poziomach krajowych w rozmaitych opracowaniach strategicznych. W przypadku Polski sytuacji demograficznej poświęcono cały rozdział w dokumencie Polska 2030. Wyzwania rozwojowe. Już na wstępie wskazano na dylemat związany z przemianami demograficznymi, związany z jednej strony z wykorzystaniem potencjału wynikającego ze zwiększania się długości trwania życia, a z drugiej z kosztownymi społeczno - ekonomicznymi skutkami zmian w sferze struktury wieku. Wprawdzie jak podkreśla strategia „…w 2009 r. Polska pozostaje jeszcze krajem relatywnie młodym w wymiarze demograficznym, ale tendencje obserwowane od kilkunastu

lat wskazują, że sytuacja ta zmieni się w ciągu następnych dwóch dekad ” (Polska 2030..., s. 47). Mimo tej na razie jeszcze optymistycznej prognozy trzeba mieć świadomość tego, że tendencje już obecne w niektórych krajach Europy Zachodniej nas nie ominą, a wydłużanie czasu trwania życia niska dzietność sprawią, że społeczeństwo polskie stanie niedługo wobec nowych wyzwań związanych z sytuacją demograficzną.



Dokument szeroko analizuje główne kwestie demograficzne, takie jak: aktualna sytuacja demograficzna (ruch naturalny, dzietność, małżeństwa, zgony, stan zdrowia), prognozy ludnościowe, wpływ procesów demograficznych na zasoby pracy, problemy związane z systemem zabezpieczenia społecznego, ochroną zdrowia i usługami opiekuńczymi oraz migracje. Strategia podkreśla, że „kluczem do sprostania wyzwaniom demograficznym w perspektywie najbliższych dekad jest przede wszystkim aktywizacja zawodowa prowadząca do maksymalnego wykorzystania dostępnych zasobów pracy. Wymaga to, by wraz z wydłużaniem się oczekiwanej długości trwania życia, podwyższeniu ulegał efektywny wiek wychodzenia z rynku pracy ” (Polska 2030..., s. 84). Konieczne są również działania na rzecz wzrostu dzietności (promowanie tzw. odnowy demograficznej) oraz prowadzenie odpowiedniej polityki migracyjnej – zarówno w odniesieniu do zjawiska emigracji, jak i imigracji. W ten sam nurt myślenia o procesach demograficznych wpisują się kolejne dokumenty strategiczne.

Strategia Rozwoju Kraju 2007 - 2015 wskazuje na problemy demograficzne – spadek liczby ludności w wieku produkcyjnym, wydłużanie się czasu trwania życia, wzrost liczby emerytów i rencistów – przede wszystkim w kontekście rynku pracy oraz wyzwań wobec systemu zabezpieczenia społecznego i ochrony zdrowia. Strategia podkreśla konieczność dostosowania bazy edukacyjnej, infrastruktury ochrony zdrowia i socjalnej do długookresowych trendów demograficznych. Krajowa Strategia Rozwoju Regionalnego 2010 - 2020: Regiony, Miasta, Obszary wiejskie wskazuje na obszary strategicznych wyzwań, na które winna odpowiedzieć polityka regionalna, wspierająca konkurencyjność regionów i zapewniająca spójność terytorialną kraju. Przeciwdziałanie negatywnym trendom

demograficznym oraz pełniejsze wykorzystanie zasobów pracy to wyzwania związane z sytuacją demograficzną. Strategia podkreśla, że „ do czynników mających największe konsekwencje dla polityki regionalnej należą w odniesieniu do sytuacji demograficznej: niski poziom dzietności, wysoki udział osób w wieku poprodukcyjnym, negatywne trendy migracyjne oraz niska aktywność zawodowa pokolenia seniorów ”.

Obserwowane procesy demograficzne doprowadzą do sytuacji, w której brakować będzie odpowiedniego potencjału ludzkiego na rynku pracy. Polityka regionalna powinna więc rozwiązywać problemy demograficzne poprzez aktywizację zawodową osób starszych, wydłużanie czasu aktywności zawodowej, zwiększanie mobilności zawodowej i zachęcanie do powrotu z emigracji. Konieczne jest również promowanie i stosowanie elastycznych form organizacji i czasu pracy, rozwijanie usług sprzyjających godzeniu obowiązków zawodowych z rodzinnymi i polepszenie dostępu do usług opieki zdrowotnej. Zaleca się także, by polityka regionalna równoważyła efekt „wypłukiwania" zasobów pracy przyciąganych przez duże ośrodki w kraju i dążyła do utrzymania zrównoważonej struktury demograficznej kraju.

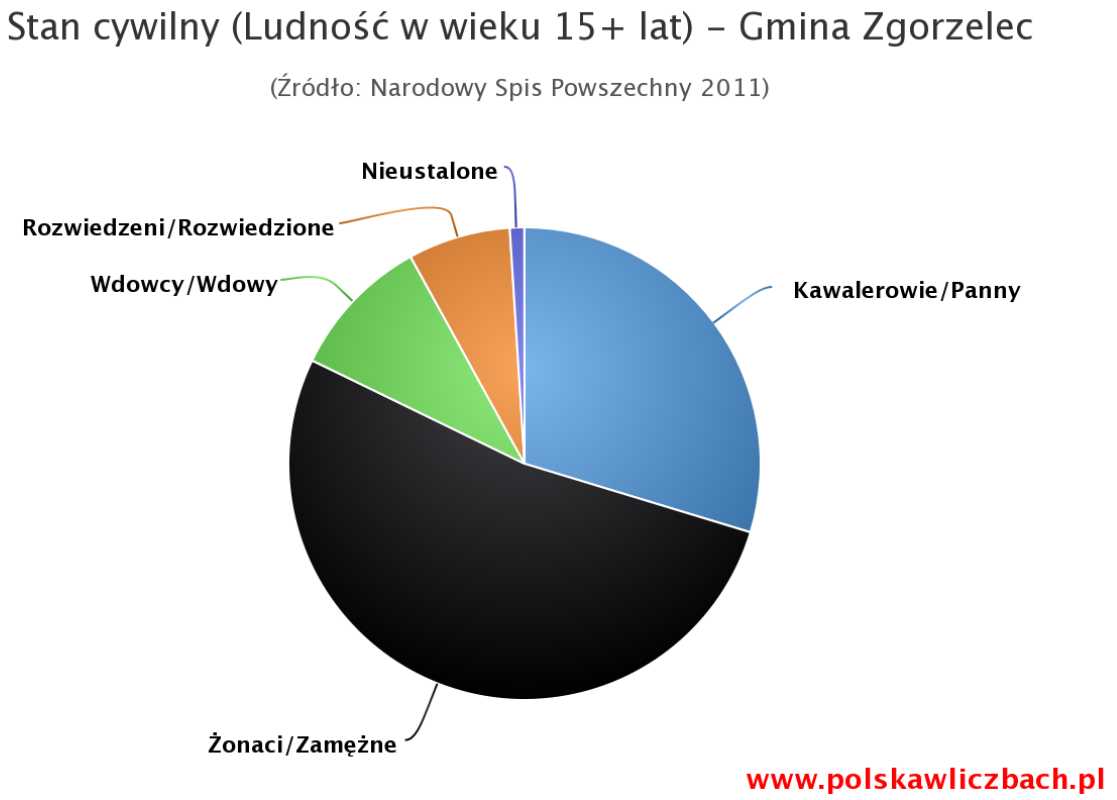
Dolnośląska Strategia Integracji Społecznej na lata 2005 - 2013 zawiera pogłębioną diagnozę sytuacji społeczno - demograficznej na Dolnym Śląsku. Jej autorzy wskazują na zmiany o charakterze demograficznym, które zachodzą i według prognoz będą zachodziły na terenie Dolnego Śląska. Jednakże wśród priorytetów działań brak jest propozycji o charakterze „demograficznym", działania projektowane w Strategii nakierowane są na przeciwdziałanie wykluczeniu społecznemu, integrację społeczną środowisk osób wymagających szczególnego wsparcia, krzewienie idei społeczeństwa obywatelskiego i podnoszenie jakości usług społecznych.

Z kolei Dolnośląska Strategia Innowacji wskazuje na problemy demograficzne i migracyjne w odniesieniu do kreowania innowacyjności regionu. Problemy demograficzne powodują w tym kontekście po pierwsze „zmniejszenie się liczby potencjalnych innowatorów być może większe niż wynikające ze zmiany stopy urodzin", a po drugie „antyinnowacyjny zwrot w gospodarce i polityce" (Dolnośląska..., s. 66), związany z napięciami politycznymi i gospodarczymi, wynikającymi ze starzenia się społeczeństwa, co skutkować może obniżeniem finansowania procesów rozwojowych. Problemy migracyjne związane są natomiast z „drenażem mózgów" i outsourcingiem kapitału intelektualnego. Strategia rozwiązania tych zagrożeń upatruje m.in. w maksymalnym wykorzystaniu obecnej, proinnowacyjnej koniunktury, uruchamianiu innowacyjnych procesów, które będą trudne do odwrócenia, prowadzeniu przemyślanej polityki imigracyjnej, polepszaniu warunków pracy innowatorów na Dolnym Śląsku, zakorzenianiu pracowników i firm w regionie. W Strategii podkreślono również, że aktualny niż demograficzny w szkolnictwie winien być okazją do zmian w edukacji w kierunku innowacyjności i lepszego kształtowania kapitału ludzkiego i społecznego.

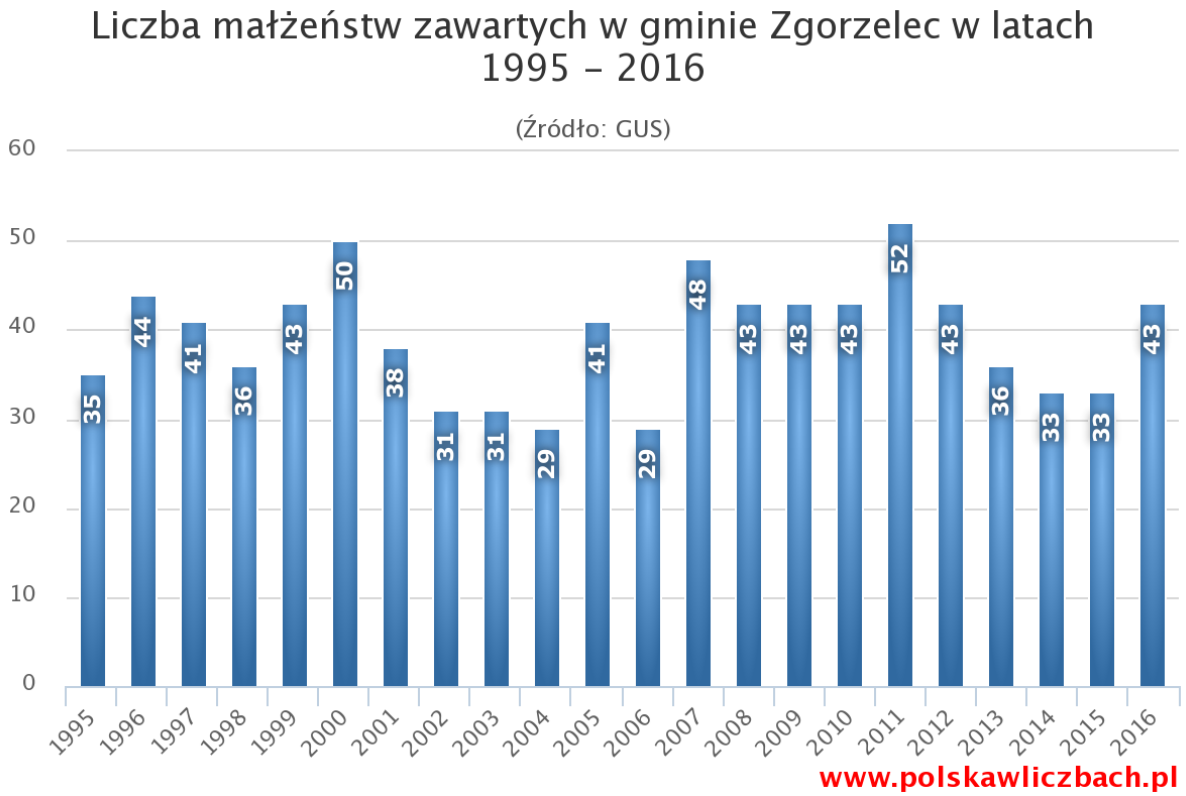
W Strategii Rozwoju Województwa Dolnośląskiego do 2020 roku, w części poświeconej analizie zasobów ludzkich województwa, podkreślono walor dużego potencjału demograficznego regionu, ale i zagrożenie w postaci negatywnych trendów demograficznych. Jednocześnie wśród priorytetów i działań w sferze społecznej brak jest działań skierowanych typowo na poprawę sytuacji demograficznej, odnaleźć zaś można tylko nieliczne pomysły zmierzające do rozwiązywania problemów, które przemiany demograficzne niosą. Dotyczy to np. aktywizacji społecznej osób starszych, opieki nad seniorami, a także opieki nad kobietami w ciąży i noworodkami. Sformułowanie rekomendacji w zakresie polityki demograficznej tak, by nie tylko łagodzić skutki zmian demograficznych, ale też aktywnie im przeciwdziałać, wymaga analizy aktualnego potencjału demograficznego regionu, a także prognoz demograficznych. Konieczne wydaje się prześledzenie głównych trendów w zakresie liczby ludności, struktury wiekowej oraz ruchu naturalnego na obszarze Dolnego Śląska. Pozwoli to

na wskazanie najważniejszych problemów demograficznych regionu i sformułowanie rekomendacji co do dalszych kierunków polityki regionalnej i lokalnej w tym zakresie.

Instytut Politologii Uniwersytetu Wrocławskiego, dorota.moron@uni.wroc.pl



Jak widać w gminie 29,5% mieszkańców w wieku 15+ to kawalerowie lub panny. W województwie wskaźnik ten wynos 29,8 a w Polsce 28,8%. Wśród kobiet w analizowanym wieku - 24,3% to panny a wśród mężczyzn 35,0% to kawalerowie. 52,4% mieszkańców gminy w badanym przekroju wiekowym to żonaci lub mężatki. W województwie procent wynosi - 53,4% a w całym kraju 55,8%


Liczba małżeństw zawartych w gminie Zgorzelec w latach 1995 – 2016
(Źródło: GUS)
60
50
40
30
20
10
0
35
44
41
36
43
50
38
31
31
29
41
29
48
43
43
43
52
43
36
33
33
43
1995
1996
1997
1998
1999
2000
2001
2002
2003
2004
2005
2006
2007
2008
2009
2010
2011
2012
2013
2014
2015
2016
www.polskawliczbach.pl

Małżeństwa i rozwody na 1000 ludności w gminie Zgorzelec w latach 2002 – 2016
(Źródło: GUS)
8
6
4
2
0
−2
−4
2002
2003
2004
2005
2006
2007
2008
2009
2010
2011
2012
2013
2014
2015
2016
Małżeństwa Gmina Zgorzelec
Rozwody Gmina Zgorzelec
Małżeństwa W. dolnośląskie
Rozwody W. dolnośląskie
Małżeństwa Polska
Rozwody Polska
www.polskawliczbach.pl

X. Diagnoza problemów społecznych w gminie

W przypadku budowania strategii przeciwdziałania konkretnym problemom społecznym istotne jest zdiagnozowanie, czy społeczność lokalna dostrzega dane zagrożenia jako istotne. Brak akceptacji społecznej zmniejsza zdecydowanie skuteczność zaplanowanych działań. W przypadku niedostrzegania zagrożeń przez społeczność lokalną, należy zainicjować działania i wdrożyć programy o charakterze informacyjno-edukacyjnym podnoszące poziom świadomości społecznej.W roku 2017 w gminie przeprowadzono diagnozę problemów społecznych, w której zadano szereg pytań istotnych dla poznania aktualnych problemów mieszkańców gminy. Na pytania odpowiadali dorośli oraz młodzież szkolna.

Dorośli:

Które z problemów uważa Pan/i za najważniejsze?*	
Zanieczyszczenie środowiska	**9 %**
Bezrobocie	**44 %**
Alkoholizm	**55 %**
Kryzys rodziny	**22 %**
Wzrost przestępczości	**30 %**
Picie alkoholu przez młodzież	**33 %**
AIDS	**15 %**
Przemoc w rodzinie	**41 %**
Zubożenie społeczeństwa	**11 %**
Przemoc i agresja na ulicach	**21 %**
Narkomania	**44 %**
Problemy mieszkaniowe/bezdomność	**5 %**

Młodzież:

Które z problemów uważasz za najważniejsze?*	
Zanieczyszczenie środowiska	***27 %***
Bezrobocie	***35 %***
Alkoholizm	***55 %***
Kryzys rodziny	***22 %***
Wzrost przestępczości	***32 %***
Picie alkoholu przez młodzież	***35 %***
AIDS	***19 %***
Przemoc w rodzinie	***67 %***
Zubożenie społeczeństwa	***9 %***
Przemoc i agresja na ulicach	***43 %***
Narkomania	***67 %***
Problemy mieszkaniowe/bezdomność	***12 %***

W przypadku pytań, na które odpowiedzi nie wykluczały się wzajemnie, respondenci wybierali niejednokrotnie kilka możliwości. W takich przypadkach suma wartości procentowych jest większa niż 100%.

Problemy zagrożeń społecznych mieszkańców Gminy Zgorzelec przedstawiają się bardzo zróżnicowanie.

10.1. Problem alkoholowy

Około 80% osób spożywających alkohol nie doznaje z tego powodu istotnych szkód. U około 20% używanie staje się nadużywaniem. Zgodnie z definicją prof. Jerzego Melibrudy o nadużywaniu mówimy, gdy:

1. Pijemy za dużo i za często – kryterium to jest dosyć subiektywne, ale uznaje się, że niebezpieczne jest wypijanie tygodniowo przez kobiety więcej niż 80-100 gramów czystego alkoholu, zaś przez mężczyzn więcej niż 15- 200 gramów. Inne oznaki

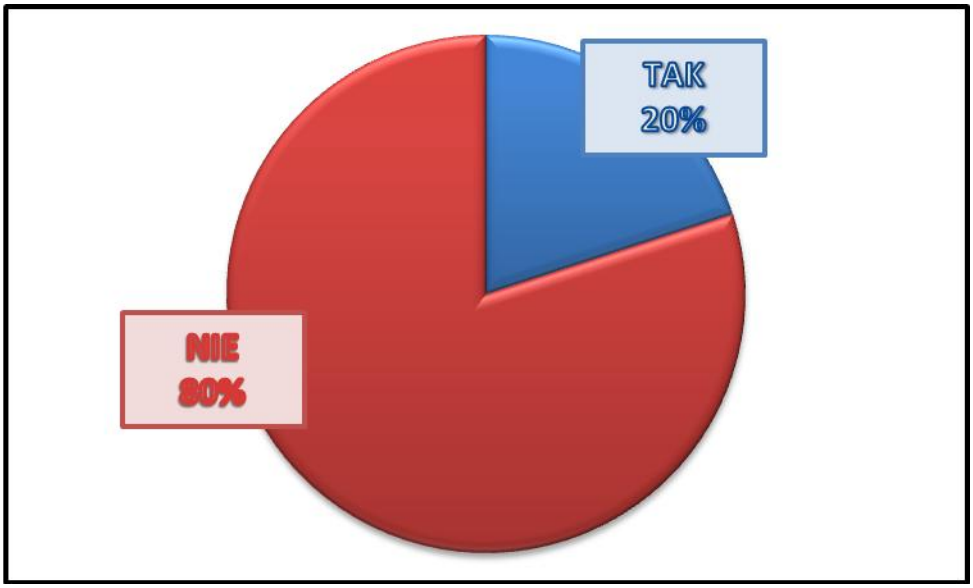
ryzykownego picia to także m.in.: spożycie w ciągu dnia więcej niż 100 gramów czystego alkoholu, picie codzienne nawet niewielkich ilości alkoholu, nieakceptowalne zachowanie się po alkoholu, stwarzanie niebezpiecznych sytuacji, zaniedbywanie obowiązków, picie powodujące konflikty rodzinne i społeczne.

2. Picie alkoholu w nieodpowiednich okolicznościach – czyli np. spożywanie alkoholu w ciąży, w trakcie zażywania leków, przed lub w trakcie prowadzenia pojazdów mechanicznych, w pracy.
3. Gdy pijemy za wcześnie – Alkohol jest dla ludzi, ale dla zdrowych i dorosłych. Spożywanie alkoholu przez osoby poniżej 18 roku życia, niezależnie od ilości, zawsze uznawane jest za nadużywanie alkoholu.

Liczbę osób nadużywających alkoholu w Polsce szacuje się na ok. 2 mln - 2,8 mln osób.

W Gminie Zgorzelec liczbę nadużywających alkoholu szacuje się na 410-575 osób.

Skala problemów alkoholowych w danym środowisku zależy w dużej mierze od poglądów, wiedzy, postaw i przekonań ludzi na temat konsumpcji alkoholu. Mieszkańcy gminy na pytanie: **„Czy alkohol w piwie jest mniej groźny niż w wódce”** odpowiedzieli:



Alkohol etylowy zawarty w piwie jest tą samą substancją, co alkohol zawarty w winie i wódce. Poszczególne napoje: piwo, wino, wódka różnią się od siebie stężeniem alkoholu. Zdecydowana większość badanych ma słuszny pogląd w tej sprawie, jednakże co piąty ankietowany mieszkaniec Gminy Zgorzelec ma odmienne zdanie.
Na pytanie: **„Czy oczekuje Pan/i od władz lokalnych działań służących ograniczeniu problemów alkoholowych”** badani mówią:

Oczekuję takich działań	***89***	***%***
Nie oczekuję takich działań	***11***	***%***

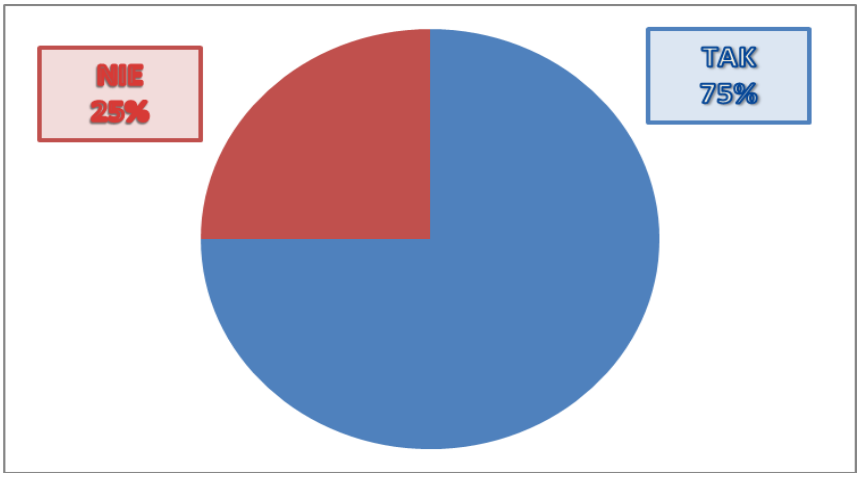
Wynika z tego bardzo istotna przesłanka:

WŚRÓD MIESZKAŃCÓW GMINY ZGORZELEC ISTNIEJE DUŻE ZROZUMIENIE DLA SPECYFIKI PROBLEMÓW ALKOHOLOWYCH, A TAKŻE PRZYZWOLENIE I OCZEKIWANIE BY WŁADZE SAMORZĄDOWE WŁĄCZYŁY SIĘ AKTYWNIE W ROZWIĄZYWANIE TYCH PROBLEMÓW.

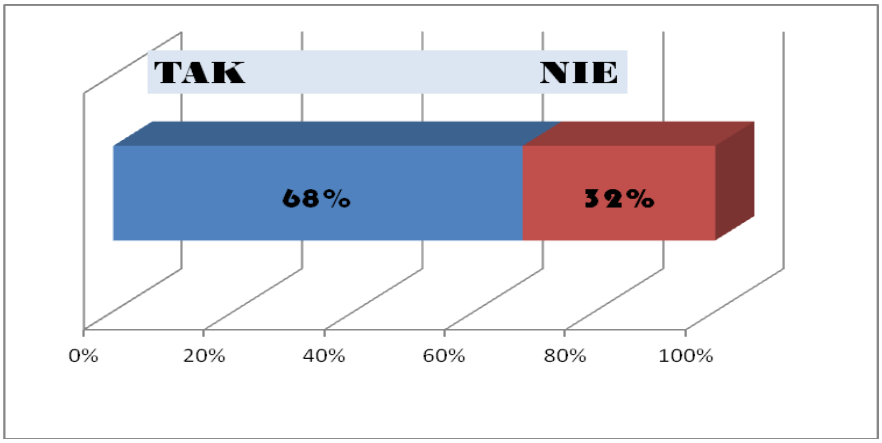
10.2. Problem narkomanii

Podczas badania wśród dorosłych mieszkańców gminy zadaliśmy m.in. natępujące pytania:

„Czy spotykał/a Pan/i na terenie Gminy Zgorzelec narkomanów (tzn. ludzi, którzy są uzależnieni od narkotyków lub używają ich regularnie w sposób destrukcyjny)?”



„Czy zna Pan/i osobiście narkomanów?”



Zdecydowana większość mieszkańców (75%) spotyka narkomanów na terenie Gminy Zgorzelec. Osobistą znajomość narkomanów potwierdza natomiast 68% badanych.

10.3. Papierosy

Jak pokazują statystyki, z powodu raka płuc codziennie na świecie umiera ok. 3 tys. osób. Uważa się, że 90 proc. tych zgonów ma związek z paleniem tytoniu, które poza tym przyczynia się do co najmniej 18 innych nowotworów złośliwych. Brak jest badań wśród dorosłych mieszkańców gminy dotyczących zakresu palenia papierosów wśród osób dorosłych. Przeprowadzona w roku 2017 diagnoza informuje o doświadczeniach w tym zakresie uczniów szkół gminnych. Pytaliśmy o osobiste doświadczenia uczniów z wyrobami tytoniowymi:

Czy palisz papierosy?	*Szk. podst. VI kl.*		**Gimnazjum I kl.**		**Gimnazjum** *III kl.*	
wcale nie palę	**94**	**%**	**72**	**%**	**83**	**%**
palę okazjonalnie	**6**	**%**	**19**	**%**	**17**	**%**
palę 1-5 papierosów dziennie	**0**	**%**	**6**	**%**	**0**	**%**
palę więcej niż 5 papierosów dziennie	**0**	**%**	**3**	**%**	**0**	**%**

94% uczniów klasy VI, 72% gimnazjalistów klas I oraz 83% uczniów gimnazjalistów klas III nie pali papierosów.

Chcieliśmy sprawdzić, co młodzi ludzie sądzą o szkodliwości palenia.
„Czy uważasz, że palenie papierosów jest szkodliwe i wiąże się z dużym ryzykiem zdrowotnym?”. Otrzymaliśmy następujące odpowiedzi:

nie ma ryzyka, lub jest bardzo małe	**3**	**%**
ryzyko jest średnie	**27**	**%**
jest duże ryzyko	**60**	**%**
nie wiem	**10**	**%**

Większość uczniów jest przekonana co do szkodliwości palenia papierosów.

10.4. Dopalacze

W naszych badaniach chcieliśmy także przyjrzeć się problemowi dopalaczy. Zapytaliśmy uczniów:

odpowiedź TAK	**Kl. VI**		**Kl. I gimnazjum**		**Kl. III gimnazjum .**	
Czy wiesz gdzie można kupić dopalacze?	6	%	19	%	9	%
Czy uważasz, że dostęp do dopalaczy jest łatwy?	44	%	28	%	20	%
Czy miałeś kiedykolwiek kontakt z dopalaczami (zażywanie)?	0	%	9	%	11	%
Czy miałeś kontakt z dopalaczami w ciągu ostatnich 30 dni?	0	%	3	%	3	%

Młodzież ma dosyć dobrą orientację odnośnie rynku dopalaczy, natomiast kontakty z tymi substancjami mają charakter raczej sporadyczny.

Chcieliśmy sprawdzić, co młodzi ludzie sądzą o szkodliwości zażywania dopalaczy.
„Czy uważasz, że używanie dopalaczy jest szkodliwe i wiąże się z dużym ryzykiem zdrowotnym?”. Otrzymaliśmy następujące odpowiedzi:

nie ma ryzyka, lub jest bardzo małe	**0**	**%**
ryzyko jest średnie	**11**	**%**
jest duże ryzyko	**78**	**%**
nie wiem	**11**	**%**

Większość uczniów jest przekonana o szkodliwości zażywania dopalaczy.

10.5. Uzależnienia behawioralne (niechemiczne)

Oprócz uzależnień związanych z zażywaniem substancji psychoaktywnych istnieje też grupa tzw. uzależnień behawioralnych. Mówimy o nich wówczas, gdy normalne czynności życiowe (jedzenie, praca, zakupy, korzystanie z Internetu i inne) nabierają charakteru wewnętrznego przymusu. Dochodzi do utraty kontroli sytuacji a w konsekwencji do destrukcji życia.
Objawy uzależnień behawioralnych opisywane są w zasadzie analogicznie do objawów uzależnień od substancji, jednak pomiędzy tymi uzależnieniami istnieją pewne różnice:
- Uznaje się, że uzależnienia chemiczne mają przeważnie groźniejsze skutki dla zdrowia fizycznego człowieka.
- W przypadku uzależnień behawioralnych nie ma potrzeby poprzedzania leczenia wcześniejszą detoksykacją, czyli odtruciem organizmu
- Istotną sprawą, w jakiś sposób utrudniającą leczenie, jest to, iż w przypadkach uzależnień behawioralnych najczęściej nie da się zachować całkowitej abstynencji od czynnika uzależniającego – człowiek zmuszony jest jeść, a także robić zakupy, pracować czy też korzystać z Internetu. Należą do nich:

10.5.1. Hazard

Według szacunków CBOS uzależnionych od hazardu jest ok. 1 milion Polaków. Jak pokazuje raport Funduszu Rozwiązywania Problemów Hazardowych przygotowanego przez Fundację CBOS w 2015 r. ponad jedna piąta respondentów (23, 5 proc.) grała w gry na pieniądze.
Pytania dotyczące hazardu zadawaliśmy osobom dorosłym. Z naszych badań na terenie gminy wynika, że:

ODPOWIEDŹ TAK		
Granie w gry hazardowe, tj. takie, gdzie stawia się pieniądze i można je wygrać	**14**	**%**
Potrzeba stawiania coraz większych pieniędzy	**5**	**%**

14% badanych brało udział w grach hazardowych. U części z nich (5%) przyjmuje to za formę zachowań problemowych (potrzeba stawiania coraz większych sum).

Chcieliśmy się także zorientować, które z form hazardu są najpopularniejsze

Gry polegające na wysyłaniu płatnych SMS-ów	**17 %**
Automaty, salony gier	**44 %**
Zakłady bukmacherskie (Totomix, STS)	**15 %**
Gry na pieniądze przez Internet	**8 %**

***Wskazany odsetek odnosi się do tych osób, które przyznały się do uprawiania hazardu.**

10.5.2. Komputer, internet

Dzisiaj - w czasach szybkiego rozwoju techniki i automatyzacji życia, komputer i Internet są rzeczami, bez których trudno wyobrazić sobie normalne funkcjonowanie. Popularne gry komputerowe dostarczają rozrywki i rozwijają wyobraźnię. Komputery i Internet mogą więc odgrywać bardzo pozytywną rolę. Należy jednak dostrzec także i ukryte niebezpieczeństwa. Zarówno gry komputerowe, jak i Internet mogą być swojego rodzaju ucieczką od problemów. Wiadomo już jednak, że podobnie destrukcyjny wpływ może mieć spędzanie czasu przy komputerze. Osoba uzależniona od komputera spędza przy komputerze lub w sieci coraz więcej czasu, ograniczając w znaczący sposób inne formy aktywności życiowej. Zachowania takie prowadzą do izolacji społecznej, skrajnego zaniedbania ważnych życiowych spraw, a także do narastających konfliktów rodzinnych i partnerskich. W naszych badaniach chcieliśmy określić skalę zagrożeń młodzieży w tym obszarze. 52% respondentów z gminy **pozostaje w internecie, lub w ogóle przy komputerze, dłużej niż pierwotnie planowało, 39% używa iternetu jako sposobu na ucieczkę od problemów lub sposobu na poprawę nastroju (w stanach bezradności, winy, lęku, depresji, apatii).** Jednocześnie 41% badanych dorosłych mieszkańców Gminy Zgorzelec ma w swoim bliskim otoczeniu osobę, którą uważa za uzależnioną od komputera/Internetu.

Powyższe dane świadczą o znacznym problemie utrzymania się w zaplanowanym czasie korzystania z komputera. Niepokojące jest również powszechne używanie komputera i sieci jako sposobu ucieczki od problemów – zastępuje to w dużym stopniu naukę realnych, konstruktywnych działań.

10.5.3. Pracoholizm

Pracoholizm jest to uzależnienie objawiające się obsesyjną i wewnętrzną potrzebą ciągłego wykonywania pracy, kosztem innych sfer życia, takich jak rodzina, sen czy też odpoczynek. Jest to w zasadzie jedyne uzależnienie, które cieszy się aprobatą społeczną. Może być też powodem do dumy dla osoby uzależnionej. Bywa interpretowane jako dowód troski o rodzinę, o dobrobyt materialny, czy też wyznacznik prestiżu społecznego.
Oczywiście długofalowo pracoholizm skutkuje wieloma negatywnymi objawami, takimi jak brak relaksu, wypoczynku, zwiększona podatność na choroby, uwiąd kontaktów społecznych

i wiele innych. Coraz częściej odnotowywane są także przypadki nagłej śmierci w wyniku przepracowania.

18% badanych dorosłych mieszkańców Gminy Zgorzelec ma w swoim bliskim otoczeniu osobę, którą uważa za uzależnioną od pracy.

10.5.4. Zakupoholizm

Zakupoholizm to zachowanie, które objawia się nieustanną potrzebą kupowania różnych rzeczy, często niepotrzebnych. Czynności te powtarzają się bardzo często i osoba uzależniona traci nad nimi kontrolę. Często kompulsywne zakupy są reakcją na wydarzenia stresowe i powodują spadek napięcia emocjonalnego i poprawę samopoczucia. Jednym z objawów zakupoholizmu jest obsesyjna potrzeba ciągłego przebywania w sklepach a także obsesyjne myśli o kupowaniu nowych towarów. Brak możliwości nabycia czegoś w sklepie powoduje nieprzyjemne reakcje emocjonalne (gniew podenerwowanie). Rezultatem nieracjonalnych zakupów jest często wydawanie całych swoich oszczędności finansowych na produkty, co prowadzi do wyrzutów sumienia. Zakupoholizm, tak jak każde inne uzależnienie, traktujemy jak chorobę.

9% badanych dorosłych mieszkańców Gminy Zgorzelec ma w swoim bliskim otoczeniu osobę, którą uważa za uzależnioną od zakupów.

10.5.5. Cyberprzemoc

W naszych badaniach zajęliśmy się również zjawiskiem cyberprzemocy, która według jednej z najpopularniejszych definicji (ang. cyberbullying – wirtualne tyranizowanie, nękanie) jest wykorzystaniem technik informacyjnych i komunikacyjnych takich, jak e-mail, fora dyskusyjne, SMS, telefonia komórkowa, strony internetowe, do znęcania się lub prześladowania osób lub grup osób. Spytaliśmy mieszkańców:

	TAK
Czy doświadczyłeś przez Internet lub SMS któregoś z takich zachowań jak wulgarne wyzywanie, straszenie, ośmieszanie?	41 %

XI. Identyfikacja lokalnego potencjału

11.1 Zasoby Gminne

W ostatnich latach w Gminie Zgorzelec w zakresie opieki zdrowotnej, oferty i bazy socjalnej, zrobiono bardzo dużo. Są to przedsięwzięcia oparte na nowych inwestycjach, działaniach własnych jednostek organizacyjnych oraz porozumieniach z zakładami i instytucjami funkcjonującymi na terenie gminy, powiatu i województwa. Do najważniejszych należą:

11.1.1 Umowa nr 179/VII/WO/17 z dnia 26.07.2017 r. :

Umowa nr 179/VII/WO/17 z dnia 26.07.2017r. zawarta pomiędzy Wójtem Gminy Zgorzelec a WS SP ZOZ w Zgorzelcu na podstawie, której świadczone są usługi profilaktycznej opieki zdrowotnej na rzecz mieszkańców Gminy Zgorzelec w zakresie: medycyny szkolnej, przychodni POZ, organizacji tzw. „Białych niedziel", programów profilaktycznych, terapii uzależnienia od alkoholu, narkotyków i współuzależnienia. Umowa zawarta została w związku z realizacją przez Gminę Zgorzelec zadań wynikających z zapisów Narodowego Programu Zdrowia oraz w związku z wnioskami zgłaszanymi przez mieszkańców gminy, a dotyczącymi zapewnienia świadczeń zdrowotnych.
- Zabezpieczamy funkcjonowanie Przychodni Podstawowej Opieki Zdrowotnej w Trójcy i Radomierzycach. Tygodniowy harmonogram godzin pracy przychodni w POZ w Trójcy przedstawia się następująco:

POZ Trójca	Godziny Pracy Przychodni
Poniedziałek	8.00-15.00
Wtorek	15.00-18,00
Środa	
Czwartek	8.00-12.00
Piątek	12.00-18.00

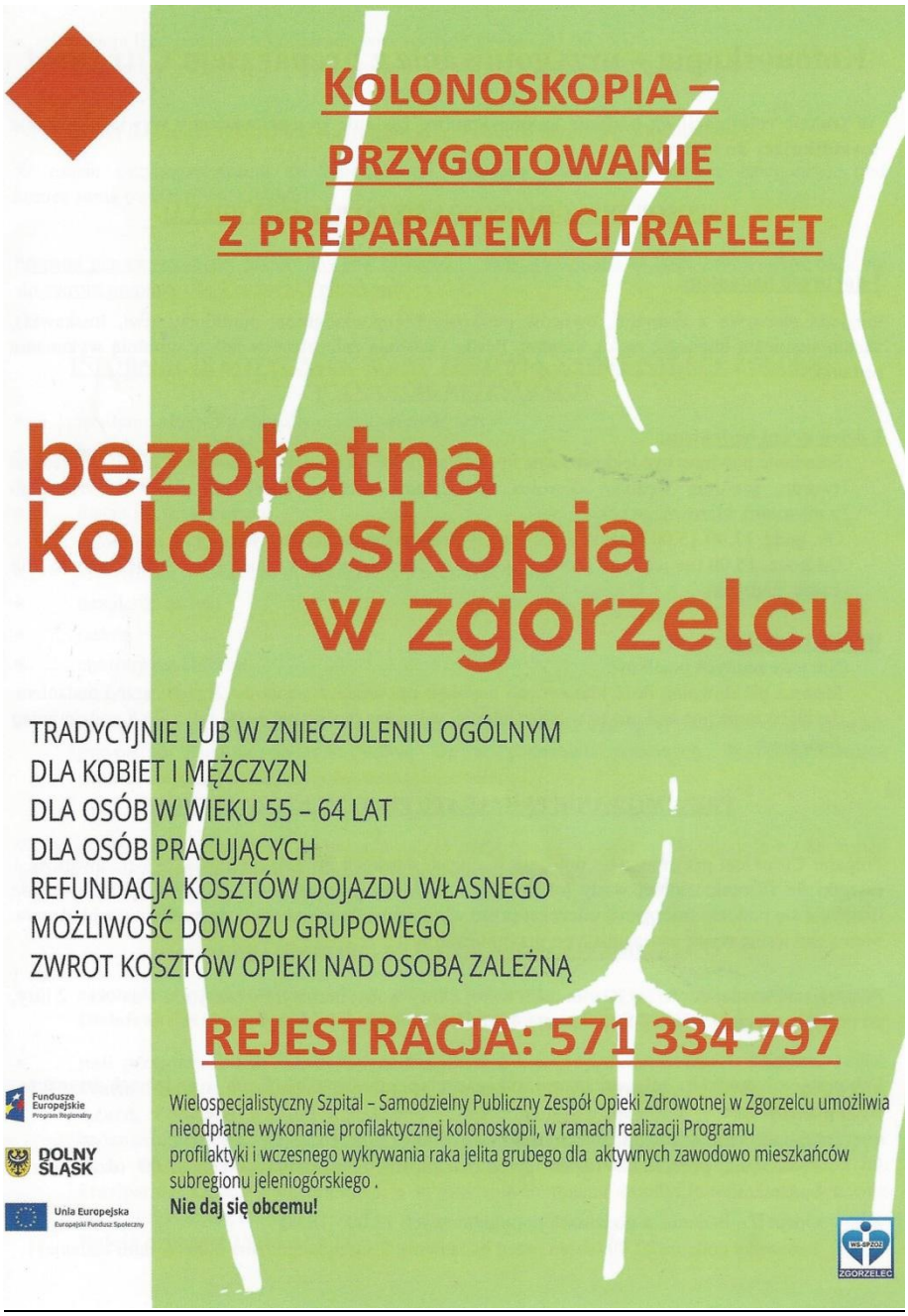
Tygodniowy harmonogram godzin pracy przychodni w POZ w Radomierzycach

POZ Radomierzyce	Godziny Pracy Przychodni
Poniedziałek	8.00-12.00
Wtorek	7.30-15.00
Środa	
Czwartek	7.30-15.00
Piątek	

Szczegółowy harmonogram opieki medycznej w szkołach gminy Zgorzelec

Szkoła	Poniedziałek	Wtorek	Środa	Czwartek	Piątek
Trójca	8.00-14.00				
Osiek Łużycki			8.00-14.00		8.00-14.00
Łagów			8.00-14.00		
Jerzmanki		8.00-14.00			8.00-14.00
Żarska Wieś				8.00-14.00	

Bezpłatne badania w ramach profilaktyki i wczesnej diagnostyki chorób onkologicznych



Wielospecjalistyczny Szpital - Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Zgorzelcu przy wsparciu finansowym Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Dolnośląskiego 2014–2020 oraz PARTNERÓW realizuje programy całkowicie BEZPŁATNE, na obszarze subregionu jeleniogórskiego, tj. w powiatach: bolesławieckim, jaworskim, jeleniogórskim, kamiennogórskim, lubańskim, lwóweckim, zgorzeleckim, oraz złotoryjskim:

- Program profilaktyki raka jelita grubego - adresowany do aktywnych zawodowo kobiet i mężczyzn w wieku 55–64 lat. Z badań mogą także skorzystać osoby w wieku 25-65 lat, które wywodzą się z rodzin o podwyższonym ryzyku zachorowania. Każdy zarejestrowany

pacjent, u którego nie występują przeciwwskazania zdrowotne, otrzyma możliwość przeprowadzenia profesjonalnie wykonanej kolonoskopii w pełnym znieczuleniu (bez intubacji), co gwarantuje maksymalny komfort zabiegu. Rozpoczęcie działań planowane jest na początek 2017 roku. Aktualnie nie jest jeszcze prowadzona rejestracja.
- Populacyjny program wczesnego wykrywania raka piersi - adresowany do aktywnych zawodowo kobiet w wieku 50-69 lat. Dostępny dla osób, które nie wykonywały mammografii w okresie ostatnich 24 miesięcy. Z niewymagających skierowania lekarskiego badań profilaktycznych skorzystać mogą także panie młodsze; wystarczy zarejestrować się na badanie piersi w działającej przy zgorzeleckim Szpitalu Poradni Onkologicznej.
- Populacyjny program profilaktyki i wczesnego wykrywania raka szyjki macicy – adresowany do wszystkich aktywnych zawodowo kobiet w wieku 25-59 lat. W ramach programu wykonane zostaną, niewymagające skierowania lekarskiego, cytologiczne badania przesiewowe, przeprowadzane są już we wszystkich poradniach ginekologiczno-położniczych WS SPZOZ.

W sposób szczególny traktowani są mieszkańców małych miejscowości, którzy mogą mieć problemy z dotarciem do ośrodka diagnostycznego, a zwłaszcza pacjentów niepełnosprawnych bądź obarczonych opieką nad osobami zależnymi (dziećmi, seniorami). INFORMACJE O PROGRAMACH MOŻNA UZYSKAĆ POD nr tel. 571 334 794

11.1.2. Gminna Karta Dużej Rodziny 3+

Karta jest stworzona z myślą o wsparciu w procesie wychowawczym dzieci i młodzieży wychowującej się w rodzinach wielodzietnych oraz zwiększeniu dla nich dostępności do zajęć sportowych i kulturalnych. Karta uprawniać będzie do szeregu zniżek, takich jak:
• niższe opłaty w publicznym żłobku i przedszkolach prowadzonych przez gminę,
• zniżki na zajęcia organizowane przez Gminny Ośrodek Kultury i Lodowisko ŁOŚ w Łagowie,
• częściowy zwrot za bilety komunikacji lokalnej,
• częściowy zwrot za szczepienia ochronne zapobiegające groźnym chorobom,
• częściowe pokrycie kosztów zakupu opału na zimę,
• zniżki za korzystanie z wypoczynku dzieci,
• zniżka przy opłatach za najem mieszkania komunalnego,
• inne formy wsparcia oferowanego przez partnerów programu.

11.1.3. Gminna Komisja Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych

Do zadań GKRPA należy m.in. inicjowanie lokalnych działań dotyczących problematyki uzależnień, podejmowanie czynności zmierzających do orzeczenia

o zastosowaniu wobec osób uzależnionych od alkoholu obowiązku poddania się leczeniu odwykowemu. Komisja ma także możliwość przeprowadzania rozmów z ofiarami, sprawcami i świadkami przemocy w rodzinie, a także powiadamianiu policji lub zawiadamianiu prokuratury o popełnieniu przestępstwa znęcania się. GKRPA jest również uprawniona do zakładania Niebieskich Kart. Ze środków pochodzących z tzw. kapslowego komisja Zabezpiecza m.in.:
- funkcjonowanie świetlic środowiskowych,
- leczenie odwykowe,
- współpracę z organizacjami pozarządowymi w tym z organizacjami abstynenckimi,
- funkcjonowanie punktu konsultacyjnego w zakresie przemocy w rodzinie, zajęcia sportowe,
- Realizację programów profilaktycznych w szkołach wraz z akcją letnią,
- badania środowiskowe.
- realizację zadań wynikających z Narodowego Programu Zdrowia.

NA TERENIE GMINY ZGORZELEC W ROKU 2017 SPRZEDANAO ALKOHOL WE WSZYSTKICH POSTACIACH NA ŁĄCZNĄ KWOTĘ

20.455,928,85 zł-.

11.1.4.Gminna oferta edukacyjna

Sfera szeroko pojętej edukacji, to cały cykl działań opartych na dobrze rozwiniętej bazie, wykwalifikowanej kadrze, oraz realizacji odważnych programów edukacji wśród dzieci, młodzieży i dorosłych. Realizowana podstawa programowa uzupełniana jest oferta edukacyjną obejmującą:

- bazę szkolną,
- zajęcia pozalekcyjne,
- zajęcia wyrównawcze,
- wypoczynek w miejscu zamieszkania i w formach wyjazdowych
- konkursy szkolne,
- działania promujące zdrowy styl życia wśród młodzieży szkolnej,
- świetlice środowiskowe,
- dożywianie dzieci i młodzieży,
- opieka w placówkach oświatowych od 7.00 do 17.00,
- bazę sportową,
- baza i oferta turystyczną,
- kluby sportowe,
- wyjazdy na basen,
- wyjazdy na lodowiska,

11.1. 5. Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej

Jednostka organizacyjna gminy odpowiedzialna za całokształt polityki socjalnej gminy. Do zadań GOPS należy m.in.:

- ✓ praca socjalna z rodzinami, w których występuje alkoholizm, narkomania, przemoc w rodzinie (m.in. możliwość zakładania Niebieskich Kart) i inne problemy społeczne
- ✓ motywacja do podjęcia leczenia i udziału w programach korekcyjnych

11.1.6. Gminny Punkt Konsultacyjny dla osób uzależnionych i ich rodzin ze szczególnym uwzględnieniem problemu przemocy w rodzinie.

Do zadań Punktu Konsultacyjnego należy:
- motywowanie osób uzależnionych i ich rodzin do podjęcia terapii odwykowej a także udzielanie wsparcia po ukończonym leczeniu,
- rozpoznawanie przemocy w rodzinie i udzielanie stosownego wsparcia w zakresie powstrzymywania przemocy

11.1.7. Gminny Zespół Interdyscyplinarny ds. Przeciwdziałania Przemocy w Rodzinie

Zgodnie z ustawą z dnia 29 lipca 2005 roku o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie do zadań Zespołu Interdyscyplinarnego należy między innymi:

- ✓ diagnozowanie problemu przemocy w rodzinie oraz podejmowanie działań w środowisku zagrożonym przemocą w rodzinie mających na celu przeciwdziałanie temu zjawisku,
- ✓ rozpowszechnianie informacji o instytucjach, osobach i możliwościach udzielenia pomocy w środowisku lokalnym.

W celu rozwiązywania problemów związanych z wystąpieniem przemocy w rodzinie Zespół Interdyscyplinarny może tworzyć grupy robocze. Do zadań grup roboczych należy w szczególności opracowanie i realizacja planu pomocy indywidualnej oraz monitorowanie sytuacji rodzin w przypadkach wystąpienia przemocy w rodzinie, a także dokumentowanie działań podejmowanych wobec rodzin, w których dochodzi do przemocy oraz efektów tych działań.

11.1.8. Baza sportowa

- Centrum Rekreacji i Turystyki w Radomierzycach,
- 2 stadiony sportowe z zapleczem socjalnym dla zawodników (Łagów, Jędrzychowice),
- boisko do piłki nożnej z budowanym zapleczem sportowym w Ręczynie,
- 3 sale sportowe przy placówkach oświatowych (Jerzmanki, Osiek Łużycki, Trójca),
- Lodowisko/rolkowisko w Łagowie,
- 5 zewnętrznych kompleksów sportowych przy szkołach gminnych, (Łagów, Osiek Łużycki, Jerzmanki, Trójca, Żarska Wieś) z czego trzy to nowoczesne wielofunkcyjne kompleksy ze sztuczna nawierzchnią w Łagowie, Żarskiej Wsi, Trójcy
- 5 wielofunkcyjnych boisk ze sztuczną nawierzchnią w: Przesieczanach, Koźminie, Spytkowie, Ręczynie i Sławnikowicach,
- 2 boiska ze sztuczną nawierzchnią do Streetballa w Kostrzynie i Łomnicy,
- wielofunkcyjne boisko w Niedowie,
- trawiaste boiska do piłki nożnej w Gronowie, Żarskiej Wsi, Trójcy, Jerzmankach, Radomierzycach, Osieku Łużyckim,
- siłownie zewnętrzne w Tylicach, Jerzmankach, Żarskiej Wsi, Jędrzychowicach, Osieku Łużyckim,
- 8 siłowni lokalizowanych przy w świetlicach wiejskich,
- place zabaw z elementami do zewnętrznych ćwiczeń ruchowych we wszystkich miejscowościach gminy,
- ścieżki i trakty rowerowe,
- szlak kajakowy.

11.2. Zasoby powiatowe działające na rzecz mieszkańców gminy

11.2.1.Wielospecjalistyczny Szpital - Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Zgorzelcu

WS SPZOZ w Zgorzelcu to jedna z najlepszych jednostek w kraju. Szpital swoją opieką obejmuje również mieszkańców gminy. W swoich zasobach dysponuje:
- 21 oddziałami szpitalnymi,
- stacją dializ,
- 39 poradniami specjalistycznymi,
- 12 ośrodkami POZ,
- 10 pracowniami diagnostyki medycznej,
- medycznym laboratorium diagnostycznym z prac. serologii i bakteriologii,
- 22 gabinetami medycyny szkolnej.

Szpital został uwzględniony w sporządzonym przez Ministerstwo Zdrowia wykazie 160 zakładów opieki zdrowotnej (spośród ponad 800 szpitali w Polsce) mających strategiczne znaczenie dla zapewnienia bezpieczeństwa zdrowotnego obywateli.
W programie opracowanym przez Urząd Marszałkowski Województwa Dolnośląskiego podkreślono, że „tylko kilkanaście szpitali na Dolnym Śląsku jest w stanie kompleksowo diagnozować i leczyć Pacjenta w stanie zagrożenia życia spełniając kryteria merytoryczne, architektoniczne, techniczne, a nawet estetyczne stawiane szpitalom w XXI wieku". Wśród wymienionych 13 (na 88 szpitali na Dolnym Śląsku) znalazł się także nasz Szpital. Autorzy opracowania stwierdzili, że „są to placówki wielospecjalistyczne i tylko one na Dolnym Śląsku mogą zapewnić kompleksowe leczenie na odpowiednim poziomie w stanach bezpośredniego zagrożenia życia."

11.2.2. Poradnia Psychologiczno-Pedagogiczna w Zgorzelcu

Poradnia udziela pomocy psychologiczno - pedagogicznej dzieciom, młodzieży oraz rodzicom. Pomoc ta ma charakter wszechstronny, ukierunkowana jest m.in. na dzieci i młodzież z grup ryzyka. Istotne są także oddziaływania na rzecz wspomagania wychowawczej funkcji rodzin. Wśród zadań realizowanych przez Poradnię znajduje się oczywiście także diagnoza i terapia członków rodzin uwikłanych w przemoc domową.

11.2.3. Dzienny Dom Opieki Medycznej w Zgorzelcu

DDOM otwarty jest od poniedziałku do piątku od godziny 7:00 do 15:00. Wielospecjalistyczny Szpital – Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Zgorzelcu realizuje projekt dofinansowany z Funduszy Europejskich. Poprawa opieki nad osobami zależnymi poprzez utworzenie i prowadzenie Domu Dziennej Opieki Medycznej przy ul. Warszawskiej w Zgorzelcu. Celem projektu jest wsparcie deinstytucjonalizacji opieki nad osobami zależnymi, poprzez wzmocnienie i rozwój systemu opieki zdrowotnej dla osób niesamodzielnych, w tym osób starszych.

11.2.4. Komenda Powiatowa Policji w Zgorzelcu

Jeśli chodzi o przeciwdziałania uzależnieniom i przemocy w rodzinie to Policja realizuje w tym obszarze zadania takie jak:

- ✓ kontrole punktów sprzedaży alkoholu, wnioski do komisji rozwiązywania problemów alkoholowych, wywiady środowiskowe, kontrole trzeźwości wśród kierowców, działania profilaktyczne, kontrole zakazu spożywania alkoholu w miejscach publicznych
- ✓ prowadzenie interwencji w przypadku występowania przemocy w rodzinie, zapewnianie ofiarom doraźnego bezpieczeństwa, informowanie ofiar i świadków o przysługujących prawach, możliwościach i miejscach uzyskania pomocy, prowadzenie działań prewencyjnych wobec sprawców.

11.2.5. Sąd Rejonowy w Zgorzelcu

Do zadań Sądu należy m.in.:

- ✓ orzekanie o obowiązku poddania się leczeniu odwykowemu,
- ✓ ustanawianie nadzoru kuratora sądowego,
- ✓ możliwość stosowania kar wobec sprawców przemocy oraz przymusu poddawania się terapii dla sprawców przemocy.

11.2.6. Prokuratura Rejonowa w Zgorzelcu

Zadania prokuratury to m.in.:

- ✓ czuwanie nad ściganiem przestępstw związanych ze spożyciem lub handlem alkoholem i narkotykami,
- ✓ prowadzenie lub nadzorowanie postępowań przygotowawczych w sprawach karnych - art. 207 k.k. (znęcanie się), oraz sprawowanie funkcji oskarżyciela publicznego przed sądem w tej kategorii spraw,
- ✓ wnioskowanie do sądu o zobowiązanie do leczenia odwykowego.

11.2.7. Placówki lecznictwa odwykowego

Placówki te realizują działania w zakresie terapii osób uzależnionych oraz osób współuzależnionych. Gmina Zgorzelec najczęściej współpracuje z Poradnią Terapii Uzależnienia od Alkoholu i Współuzależnienia w Zgorzelcu oraz Oddziałem Terapii Uzależnienia od Alkoholu w Sieniawce.

11.2.8. Powiatowe Domy Pomocy Społecznej w Zgorzelcu

Powiatowe Domy Pomocy Społecznej zlokalizowane są w Zgorzelcu i świadczą usługi w zakresie opieki nad ludźmi starszymi, niepełnosprawnymi wymagającymi stałej opieki socjalnej i medycznej.

11.2.9. Młodzieżowy Ośrodek Socjoterapii im. Janusza Korczaka w Zgorzelcu

Terapeuci i specjaliści pracują z dziećmi i młodzieżą zagrożoną niedostosowaniem społecznym.

11.2.10.Specjalny Ośrodek Szkolno Wychowawczy im. Marii Grzegorzewskiej

Ośrodek zlokalizowany jest w Zgorzelcu i prowadzi edukację dzieci niepełnosprawnych umysłowo w stopniu lekkim, umiarkowanym i głębokim a także dzieci z niepełnosprawnościami sprzężonymi.

XII. Analiza SWOT

W ramach procesu opracowania Strategii Promocji i Profilaktyki Zdrowia dla Gminy Zgorzelec na lata 2018- 2022 wykorzystano analizę SWOT, za pomocą której określono czynniki mające wpływ na obszar ochrony zdrowia w gminie.
W ramach analizy SWOT sklasyfikowano czynniki w czterech wymiarach:
- wewnętrznym: mocne i słabe strony,
- zewnętrznym: szanse i zagrożenia,
- pozytywnym: mocne strony i szanse,
- negatywnym: słabe strony i zagrożenia.

Analiza SWOT została poddana konsultacjom społecznym podczas spotkania z liderami gminy, które odbyło się w Świeradowie Zdrój w dniach 1-2 grudnia 2017r.

Tabela Analiza SWOT dla obszaru ochrony zdrowia dla gminy Zgorzelec

Mocne strony	Słabe strony
1. Dobra współpraca gminy z WS SPZOP, 2. Atrakcyjna oferta programów profilaktycznych, 3. Funkcjonowanie Publicznych i Niepublicznych Zakładów Opieki Zdrowotnej na terenie gminy, 4. Baza sportowa gminy, 5. Funkcjonowanie pielęgniarek szkolnych, 6. Bogate i bezpieczne zaplecze w szkołach i sołectwach, 7. Miejsca do rekreacji i wypoczynku, 8. Organizacje pozarządowe działające na rzecz mieszkańców, 9. Gminna Kara Dużej Rodziny 3+, 10. Fundusz sołecki,	1. Zmiana struktury wieku ludności, 2. Dostęp do opieki długoterminowej i paliatywnohospicyjnej, 3. Komunikacja publiczna, 4. Niska świadomość rodziców w zakresie żywienia, 5. Jakość powietrza i niska emisja, 6.brak nawyku higieny osobistej u dzieci 7. Niski poziom kultury fizycznej wśród społeczeństwa, 8. Ograniczony dostęp do specjalistów oraz długi czas oczekiwania na świadczenie zdrowotne, 9. Brak informacji o dostępności do świadczeń, 10. słaba współpraca z osobami niepełnosprawnymi i starszymi, 11. bariery architektoniczne, 12. Brak klubów seniora,

Szanse	Zagrożenia
1. wzrost świadomości prozdrowotnej 2. nowe programy zdrowotne i profilaktyczne, 3. wsparcie organizacji pozarządowych realizujących działania prozdrowotne dla seniorów, 4. współpraca z parafiami, organizacjami pozarządowymi, 5. komunikacja pomiędzy jednostkami miejskimi, organizacjami pozarządowymi, 6. baza osób z odpowiednimi kwalifikacjami do wykorzystania przez organizacje pozarządowe, 7. rozszerzenie opieki zdrowotnej w placówkach oświatowych, 8. wykorzystanie kadry jaką dysponują placówki oświatowe i jednostki miejskie wraz z wykorzystaniem bazy i zasobów, 9. kontynuacja sprawdzonych programów profilaktycznych, 10. wyjście z ofertą do rodziców, 11. poznanie problemów osób niepełnosprawnych i starszych, 12. wspieranie wolontariatu, 13. inwestycje w zakresie likwidacji barier Architektonicznych, 14.tworzenie klubów seniora, 15. uruchomienie Karty Seniora.	1. brak wspólnego i jednolitego mechanizmu realizowania regionalnej polityki zdrowotnej, 2. częste zmiany uregulowań prawnych w zakresie ochrony zdrowia, 3. odpływ wykwalifikowanego personelu medycznego, 4. długi czas oczekiwania na realizacje planowanych zabiegów, 5. brak świadomości w zakresie niskiej emisji, 6. niechęć do zmiany trybu życia i samokształcenia, 7. ograniczone środki budżetowe, 8. mała chęć współpracy ze strony rodziców, 9. niewystarczająca ilość świadczeń kontraktowanych przez NFZ, 10. brak kadry medycznej, 11. niespójna polityka zdrowotna.

Podczas spotkania z liderami w Świeradowie Zdrój dodatkowo wskazano na najważniejsze działania, które należy podjąć w celu realizacji przyjętych w strategii celów. Działania podzielono wg następujących grup mieszkańców: dzieci, osoby czynne zawodowo i seniorzy. Określono także działania, które dotyczą wszystkich mieszkańców.

DZIECI	**OSOBY CZYNNE ZAWODOWO**	**SENIORZY**
Szczepienia HCV dla dziewczynek	Szczepienia WZW, grypa	Szczepienia WZW, grypa
Szczepienia-pneumokoki 13`- po 2 r.ż.	Urozmaicone zajęcia ze specjalistami, zwiększenie świadomości profilaktyki zdrowotnej,	KARTA SENIORA (uprawnienia, szczepienia, zniżki, preferencyjne warunki od przedsiębiorców usług, zniżki w sklepach, obiady),
Szczepienia WZW, grypa		Domy, kluby Seniora
Opieka pielęgniarska w		

szkole-7 dni w tygodniu,		
Stomatolog w szkole		
Darmowe udostępnianie bazy sportowej,		
Urozmaicone zajęcia z profesjonalistami,		
Badania i szczepienie przeciw boreliozie,		
Spotkania z dietetykiem, konsultacje, profilaktyka w zakresie racjonalnego żywienia		
Współpraca z organizacjami pozarządowymi,		
Psychiatria- zwiększenie świadomości i zniesienie poczucia wstydu osób borykających się z problemami psychiatrycznymi, pomoc chorym.		
Zorganizowany dowóz na akcje (biała niedziela itp.)		
Skuteczne przekazywanie informacji Mieszkańcom przez: SI SMS, plakaty, ogłoszenia.		

XII. Cele strategiczne i operacyjne strategii

Celem strategicznym Promocji i Profilaktyki dla gminy Zgorzelec na lata 2018 – 2022 jest:

Poprawa stanu zdrowia mieszkańców Gminy Zgorzelec, oparta na zmianie stylu życia.

Cele operacyjne:

1. Rozwój promocji zdrowia na obszarze Gminy Zgorzelec.
2. Podejmowanie działań w zakresie profilaktyki i rozwiązywania problemów związanych z używaniem substancji psychoaktywnych, uzależnieniami behawioralnymi i innymi zachowaniami ryzykownymi.
3. Tworzenie miejsc wzajemnego wsparcia mieszkańców w różnych grupach wiekowych
4. Kształtowanie właściwych postaw zdrowotnych, w tym również upowszechnianie informacji i edukacji zdrowotnej.
5. Stworzenie mieszkańcom gminy możliwości skorzystania z samorządowych programów polityki zdrowotnej.
6. Aktywizacja instytucji, organizacji i mieszkańców w obszarze promocji zdrowia.
7. Współpraca z instytucjami, organizacjami pozarządowymi i podmiotami gospodarczymi w zakresie profilaktyki zdrowotnej dzieci i młodzieży.
8. Ograniczenie niskiej emisji.

Lp.	Cele operacyjne	Kierunki działania	Realizatorzy
1.	Rozwój promocji zdrowia w gminie	- Dotowanie przedsięwzięć podejmowanych w ramach promocji zdrowia na rzecz mieszkańców gminy	- Rada Gminy, - Organizacje pozarządowe
2.	Podejmowanie działań w zakresie profilaktyki i rozwiązywania problemów związanych z używaniem substancji psychoaktywnych, uzależnieniami behawioralnymi i	- Opracowanie i realizacja gminnego programu profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych i przeciwdziałania narkomanii zgodnie z wytycznymi zawartymi w Narodowym Programie Zdrowia. - Opracowywanie i wdrażanie programów zdrowotnych	- Gminna Komisja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych - Placówki oświatowe - Organizacje pozarządowe - Podmioty lecznicze - Jednostki organizacyjne gminy

	innymi zachowaniami ryzykownymi.		
3.	Tworzenie miejsc wzajemnego wsparcia mieszkańców w różnych grupach wiekowych	- Tworzenie warunków do działania świetlic socjoterapeutycznych, opiekuńczych, domów młodzieży i klubów seniora	- Wójt Gminy - Rada Gminy - Jednostki organizacyjne gminy - Organizacje pozarządowe.
4.	Kształtowanie właściwych postaw zdrowotnych, w tym również upowszechnianie informacji i edukacji zdrowotnej	- Propagowanie w szkołach idei promocji zdrowia. - Rozwój form aktywnego wykorzystania czasu wolnego. - Rozpowszechnienie informacji nt. ważnych wydarzeń dla promocji zdrowia. - Poszerzenie oferty profilaktycznej i promocji zdrowia przez instytucje kultury, ośrodki sportu i rekreacji o elementy propagowania zdrowego stylu życia. - Kształtowanie postawy proekologicznej wśród mieszkańców dotyczącej czystości i jakości powietrza	- Wójt Gminy - Rada Gminy Zgorzelec - Organizacje pozarządowe - Jednostki organizacyjne
5.	Stworzenie mieszkańcom Gminy Zgorzelec możliwości skorzystania z samorządowych programów polityki zdrowotnej	- Realizacja programów polityki zdrowotnej w zakresie najpilniejszych potrzeb zdrowotnych mieszkańców Gminy Zgorzelec w ramach możliwości budżetu gminy: - szczepienia przeciwko grypie skierowane dla osób starszych (powyżej 65 roku życia), - opieka nad dzieckiem niepełnosprawnym oraz zagrożonym niepełnosprawnością., w tym rehabilitacja dziecka	- Urząd Gminy Zgorzelec - Podmioty lecznicze - Organizacje pozarządowe
6.	Aktywizacja instytucji, organizacji i mieszkańców w obszarze promocji zdrowia	- Przekazanie Strategii Promocji i Profilaktyki Zdrowia dla Gminy Zgorzelec na lata 2018 - 2022 potencjalnym realizatorom wraz z zaproszeniem do współpracy. - Monitorowanie, koordynowanie, ewaluacja podejmowanych działań. - Wsparcie i udzielanie, realizatorom strategii, pomocy metodyczno – organizacyjnej w zakresie konstruowania i wdrażania własnych programów prozdrowotnych i harmonogramów działań - Ogłaszanie konkursów na realizację	- Wszyscy realizatorzy Strategii Promocji i Profilaktyki Zdrowia dla Gminy Zgorzelec na lata 2018 - 2022

		zadań z zakresu ochrony i promocji zdrowia	
7.	Współpraca z placówkami oświatowymi w zakresie profilaktyki zdrowotnej dzieci i młodzieży	- Upowszechnienie informacji nt. działań prowadzonych na rzecz promocji zdrowia. - Wykorzystanie gabinetów i dostępnej kadry w placówkach oświatowych. - Wsparcie psychiczne środowiska uczniowskiego i kadry pedagogicznej	- Organy gminy - Placówki oświatowe
8.	Ograniczenie niskiej emisji	- Wymiana lub modernizacja instalacji kotłowych. Spalanie jakościowych paliw w tym: podłączenie budynków do sieci ciepłowniczej. - Optymalizacja zużycia energii cieplnej. - Termomodernizacja budynków	- Organy gminy - Właściciele nieruchomości budynków

XIII. Finansowanie realizacji strategii

Strategia Promocji i Profilaktyki Zdrowia dla Gminy Zgorzelec na lata 2018 – 2022 jest ofertą zadań skierowanych dla różnych instytucji i podmiotów oraz do podjęcia wspólnego działania wszystkich na rzecz zdrowia w gminie. Finansowanie zadań Strategii będzie odbywać się z następujących źródeł:
1) publiczne środki krajowe, w tym m.in. budżet gminy Zgorzelec,
2) publiczne środki zagraniczne, w tym m.in. Fundusze Europejskie (UE),
3) środki prywatne.

XI. Monitoring i ewaluacja strategii

Ocena skuteczności wdrażania strategii ochrony zdrowia dla Gminy Zgorzelec prowadzona będzie w ramach niżej opisanego systemu monitoringu. System ten obejmować będzie analizę danych ilościowych gromadzonych w odniesieniu do ujętych w strategii celów oraz danych jakościowych. Źródłem danych mogą być informacje pozyskane od instytucji, podmiotów działających w obszarze ochrony zdrowia i indywidualnych osób.

Cel operacyjny 1 - Rozwój promocji zdrowia w Gminie Zgorzelec

Kierunki działań	***Okres realizacji***	***Wskaźniki monitorujące***
Dotowanie przedsięwzięć podejmowanych w ramach promocji zdrowia na rzecz mieszkańców Gminy Zgorzelec	W horyzoncie czasowym strategii	1. Ilość przyznanych dotacji. 2. Liczba uczestników. 3. Liczba organizacji z trzeciego sektora, z którymi podjęto współpracę. WSKAŹNIKI ROCZNE

Cel operacyjny 2 - Podejmowanie działań w zakresie profilaktyki i rozwiązywania problemów związanych z używaniem substancji psychoaktywnych, uzależnieniami behawioralnymi i innymi zachowaniami ryzykownymi

Kierunki działań	*Okres realizacji*	*Wskaźniki monitorujące*
- Opracowanie i realizacja gminnego programu profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych i przeciwdziałania narkomanii zgodnie z wytycznymi zawartymi w Narodowym Programie Zdrowia.	W horyzoncie czasowym strategii	- Uchwały w sprawie przyjęcia Gminnego Programu Profilaktyki … - roczne sprawozdanie z realizacji Gminnego Programu Profilaktyki ... Wskaźniki roczne
- Opracowywanie i wdrażanie programów zdrowotnych		Liczba przyjętych i wdrożonych programów zdrowotnych Wskaźniki roczne

Cel operacyjny 3 - Tworzenie miejsc wzajemnego wsparcia mieszkańców w różnych grupach wiekowych

Kierunki działań	*Okres realizacji*	*Wskaźniki monitorujące*
Tworzenie warunków do działania świetlic socjoterapeutycznych, opiekuńczych, domów młodzieży i klubów seniora	W horyzoncie czasowym strategii	-Liczba powstałych świetlic socjoterapeutycznych, - Liczba funkcjonujących świetlic opiekuńczych, - Liczba domów młodzieży - Liczba klubów seniora Wskaźniki w horyzoncie czasowym strategii

Cel operacyjny nr 4 - Kształtowanie właściwych postaw zdrowotnych, w tym również upowszechnianie informacji i edukacji zdrowotnej

Kierunki działań	*Okres realizacji*	*Wskaźniki monitorujące*
Propagowanie w szkołach idei promocji zdrowia.	W horyzoncie czasowym strategii	- Liczba inicjatyw mających na celu propagowanie w szkołach idei promocji zdrowia. - Ilość uczestników. - Liczba placówek oświatowych, które inicjują działania w tym kierunku. Wskaźniki raz na dwa lata
Rozwój form aktywnego wykorzystania czasu wolnego.	W horyzoncie czasowym strategii	- Ilość przeprowadzonych zajęć promujących rozwój form

		aktywnego wykorzystania czasu wolnego. - Rodzaj zajęć w powyższym zakresie. 3. Liczba uczestników. 4. Liczba realizatorów. Wskaźnik raz na dwa lata
Rozpowszechnienie informacji nt. ważnych wydarzeń dla promocji zdrowia.	W horyzoncie czasowym strategii	Liczba przeprowadzonych akcji informacyjnych. Wskaźniki roczne
Poszerzenie oferty profilaktycznej i promocji zdrowia przez instytucje kultury, ośrodki sportu i rekreacji o elementy propagowania zdrowego stylu życia.	W horyzoncie czasowym strategii	Czy poszerzono oferty przez instytucje kultury, ośrodki sportu i rekreacji o elementy propagowania zdrowego stylu życia? Wskaźnik w horyzoncie czasowym realizacji strategii
Kształtowanie postawy proekologicznej wśród mieszkańców dotyczącej czystości i jakości powietrza.	W horyzoncie czasowym strategii	- Ilość przeprowadzonych działań, w tym akcji, kampanii dotyczących zmiany postawy mieszkańców w zakresie czystości i jakości powietrza. - Ilość realizatorów - Ilość uczestników Wskaźnik roczny

Cel operacyjny 5 - Stworzenie mieszkańcom Gminy Zgorzelec możliwości skorzystania z samorządowych programów polityki zdrowotnej

Kierunki działań	***Okres realizacji***	***Wskaźniki monitorujące***
Realizacja programów polityki zdrowotnej w zakresie najpilniejszych potrzeb zdrowotnych mieszkańców Gminy Zgorzelec w ramach możliwości budżetu gminy:	W horyzoncie czasowym strategii	- Liczba samorządowych programów polityki zdrowotnej - Liczba beneficjentów. - Liczba podmiotów, z którymi została podpisana umowa Wskaźniki roczne
szczepienia przeciwko grypie skierowane dla osób starszych (powyżej 65 roku życia),	W horyzoncie czasowym strategii	Liczba szczepień Wskaźnik roczny
- opieka nad dzieckiem niepełnosprawnym oraz zagrożonym niepełnosprawnością., w tym rehabilitacja dziecka	W horyzoncie czasowym strategii	Liczba dzieci, którym zorganizowano działania opiekuńczych, - Liczba dzieci, którym zorganizowano rehabilitację Wskaźniki roczne

Cel operacyjny 6 - Aktywizacja instytucji, organizacji i mieszkańców w obszarze promocji zdrowia

Kierunki działań	*Okres realizacji*	*Wskaźniki monitorujące*
Przekazanie Strategii Promocji i Profilaktyki Zdrowia dla Gminy Zgorzelec na lata 2018 - 2022 potencjalnym realizatorom wraz z zaproszeniem do współpracy. Ogłaszanie konkursów na realizację zadań z zakresu ochrony i promocji zdrowia.	W horyzoncie czasowym strategii	- Liczba przekazanych strategii potencjalnym realizatorom Wskaźniki roczne
Monitorowanie, koordynowanie, ewaluacja podejmowanych działań.	W horyzoncie czasowym strategii	- Czy prowadzono monitoring, koordynację, ewaluację podejmowanych działań w ramach strategii? Wskaźnik roczny
Wsparcie i udzielanie, realizatorom strategii, pomocy metodyczno – organizacyjnej w zakresie konstruowania i wdrażania własnych programów prozdrowotnych i harmonogramów działań.	W horyzoncie czasowym strategii	- Liczba działań związanych z wsparciem realizatorów, - Liczba programów wdrożonych. Wskaźniki roczne
Ogłaszanie konkursów na realizację zadań z zakresu ochrony i promocji zdrowia	W horyzoncie czasowym strategii	- Ilość przyznanych dotacji. -Liczba uczestników. Wskaźniki roczne

Cel operacyjny 7 - Współpraca z placówkami oświatowymi w zakresie profilaktyki zdrowotnej dzieci i młodzieży

Kierunki działań	*Okres realizacji*	*Wskaźniki monitorujące*
Upowszechnienie informacji nt. działań prowadzonych na rzecz promocji zdrowia.	W horyzoncie czasowym strategii	- Liczba przeprowadzonych akcji informacyjnych. Wskaźniki roczne
Wykorzystanie gabinetów i dostępnej kadry w placówkach oświatowych.	W horyzoncie czasowym strategii	- Czy wykorzystano gabinety i dostępną kadrę w placówkach oświatowych? Wskaźnik roczny
Wsparcie psychiczne środowiska uczniowskiego i kadry pedagogicznej.	W horyzoncie czasowym strategii	- Czy podjęto działania mające na celu wsparcie psychiczne środowiska uczniowskiego i kadry pedagogicznej? Wskaźniki raz na dwa lata

Cel operacyjny 8 – Ograniczenie niskiej emisji

Kierunki działań	*Okres realizacji*	*Wskaźniki monitorujące*
Wymiana lub modernizacja instalacji kotłowych..	W horyzoncie czasowym strategii	- Jakie czynności podjęto w celu umożliwienia wymiany lub modernizacji instalacji kotłowych? Wskaźniki raz na dwa lata
Spalanie jakościowych paliw w tym podłączenie budynków do sieci ciepłowniczej.	W horyzoncie czasowym strategii	- Jakie czynności podjęto w celu umożliwienia spalania jakościowych paliw w tym: podłączenia budynków do sieci ciepłowniczej? Wskaźnik raz na dwa lata
Optymalizacja zużycia energii cieplnej.	W horyzoncie czasowym strategii	- Czy podjęto działania mające na celu optymalizację zużycia energii cieplnej? Jeśli tak, to jakie. Wskaźniki raz na dwa lata
Termomodernizacja budynków	W horyzoncie czasowym strategii	- Czy podjęto działania mające na celu termomodernizację budynków? Jeśli tak, to jakie? - Ilość budynków, które uległy termomodernizacji. Wskaźniki raz na dwa lata

Harmonogram działań związanych z przyjęciem Strategii Promocji i Profilaktyki Zdrowia dla Gminy Zgorzelec na lata 2018 – 2022

Lp.	Działanie	Termin	Odpowiedzialny
1.	Zapoznanie Radnych z projektem Strategii Promocji i Profilaktyki Zdrowia dla Gminy Zgorzelec na lata 2018 – 2022	Sesja Rady Gminy Zgorzelec 27 kwiecień 2018r.	Przewodnicząca rady Gminy
2.	Przedstawienie projektu Strategii do konsultacji społecznych na stronie www.gmina.zgorzelec.pl	30 Kwietnia 2018r.	Informatyk gminny
3.	Przyjmowanie wniosków, sugestii i uwag do Strategii.	25 maja 2018r.	Pełnomocnik Wójta ds. Społecznych
4.	Analiza wniosków i przygotowanie ostatecznego projektu Strategii Promocji i Profilaktyki Zdrowia dla Gminy Zgorzelec na lata 2018 – 2022.	05 czerwiec 2018r.	Zastępca Wójta
5.	Przedstawienie projektu strategii Radzie Gminy Zgorzelec.	10 czerwca 2018r.	Przewodnicząca Rady Gminy
6.	Przyjęcie Uchwały w sprawie przyjęcie Strategii Promocji i Profilaktyki Zdrowia dla Gminy Zgorzelec na lata 2018 – 2022	Do Końca czerwca 2018r.	Rada Gminy

7.	Przekazanie Strategii wszystkim realizatorom, jednostkom organizacyjnym, wydziałom Urzędu Gminy.	Do 15 lipca 2018r.	Biuro Rady Gminy

Załącznik nr 1

Lista osób – liderów środowiskowych zaproszonych do prac przy opracowaniu Gminnej Strategii Zdrowia – spotkanie 1-2 grudnia 2017

Osoby zaproszone do prac nad Gminna Strategią Zdrowia	**Miejscowość Zamieszkania przedstawiciela**
1. Marian Matyjasik – mieszkaniec, 2. Edward Bryja - mieszkaniec 3. Ściebura Józef - mieszkaniec 4. Krawczyńska Małgorzata - mieszkaniec	Łagów Łagów Łagów Łagów
5. Arkadiusz Furmaniak – radny 6. Anna Jaskóła – Kronkowska – sołtys 7. Jan Zatylny – sołtys 8. Halina Szeremeta - radna	Trójca, Trójca Gozdanin Białogórze
9. Mariusz Banaszewski - mieszkaniec	Gronów
10. Grzegorz Miłoszewicz – radny, 10. Mirosław Zwoliński – sołtys 11. Bronisław Wojtków – sołtys 12. Buko Edmund - radny	Żarska Wieś, Przesieczany Pokrzywnik Żarska Wieś
13. Wysocki Bolesław – radny, sołtys	Tylice,
14. Jan Swacha – radny, sołtys	Kożmin
15. Borukało Anna - mieszkaniec	Radomierzyce
16. Brzęk Remigiusz - radny 17. Brzęk Małgorzata - sołtys	Ręczyn Ręczyn
18. Celuch Mirosław – mieszkaniec, CRT	Jerzmanki.

19. Anna Rakoczy – radna	Jędrzychowice,
20. Danuta Micka 21. Piotr Ilczyna – WS ZOZ	Medycyna Szkolna Publiczna opieka zdrowotna
22. Małgorzata Korelin, 23. Bogumiła Hamielec	GOK GOPS
24. Renata Mikołajów 25. Sylwia Słabicka 26. Barbara Kowalczyk	SP, Gimnazjum Jerzmanki SP Łagów Przedszkole - Jędrzychowice
27. Jan Jakubiak	KS APIS Jędrzychowice
28. Eugeniusz Skrzypacz 29. Zofia. Włodarczyk 30. Helena Podraza -mieszkanka 31. Marta Lipa 32. Janina Florianowicz	Zespół Kamizelki - Łagów Zespół Kwiatowianki - Żarska Wieś Kostrzyna, Stowarzyszenie - Osiek Łużycki Stowarzyszenie - Gronów
33. Mirosław Fiedorowicz – zarządzanie kryzysowe 34. Artur Zadwórny	Łagów OSP Trójca
35. Kurdziel Ewa- sołtys 36. Chorbotowicz Czesław - sołtys	Spytków Białogórze
37. Piotr Machaj, 38. Marek Wolanin 39. Anna Demuth – Majda 40. Jasiul Wioletta - mieszkaniec 41. Kazimierz Prosyniak, 42. Sylwia Prabucka 43. Marta Kamińska. 44. Burlikowski Piotr	Wójt Gminy - Tylice Zastępca Wójta Gminy Sekretarz Gminy Radomierzyce, Pełnomocnik ds. społecznych Wójta Naczelnik Wydziału NP - Kunów Naczelnik Wydziału WO - Łagów Informatyk gminy – Żarska Wieś

45. Iwona Marguż 46. Aleksandra Reguła	Z-ca Naczelnika ID Wydział Oświaty