
DIAGNOZA DZIAŁAŃ NA RZECZ PROMOCJI ZDROWIA ORAZ PROFILAKTYKI CHOROÓB PODEJMOWANYCH NA TERENIE POWIATU MYŚLENICKIEGO

RAPORT Z BADAŃ PRZEPROWADZONYCH W RAMACH PROJEKTU „BUDOWANIE SIECI
WSPÓŁPRACY NA RZECZ PROMOCJI ZDROWIA MIESZKAŃCÓW POWIATU MYŚLENICKIEGO”

REALIZATORZY BADANIA:

FUNDACJA BIURO INICJATYW SPOŁECZNYCH
OŚRODEK BADAŃ SPOŁECZNYCH SONDA SPÓŁKA Z O.O.
CENTRUM ROZWOJU INICJATYW SPOŁECZNYCH CRIS



SPIS TREŚCI

I.	WPROWADZENIE	3
II.	NAJWAŻNIEJSZE WNIOSKI	4
	REKOMENDACJE.....	9
III.	PROBLEMATYKA BADAWCZA	11
IV.	METODOLOGIA BADAŃ	13
V.	STAN ZDROWIA MIESZKAŃCÓW POWIATU MYŚLENICKIEGO	21
	STRUKTURA LUDNOŚCI POWIATU MYŚLENICKIEGO	21
	OCZEKIWANA DŁUGOŚĆ ŻYCIA	24
	PRZYROST NATURALNY	25
	URODZENIA ŻYWE	26
	UMIERALNOŚĆ NIEMOWLĄT.....	26
	ZAPADALNOŚĆ NA CHOROBY WŚRÓD MIESZKAŃCÓW POWIATU MYŚLENICKIEGO	27
	CHOROBY CYWILIZACYJNE	27
	CHOROBY ZAKAŻNE	34
	STRUKTURA ZGONÓW	41
	OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNE.....	43
	POMOC SPOŁECZNA.....	44
VI.	DZIAŁANIA SŁUŻĄCE PROMOCJI ZDROWIA I PROFILAKTYCE CHOROÓB NA TERENIE POWIATU MYŚLENICKIEGO	47
	PROMOCJA ZDROWIA.....	47
	PROFILAKTYKA CHOROÓB.....	49
VII.	SYSTEM OCHRONY ZDROWIA NA TERENIE POWIATU MYŚLENICKIEGO	56
	PODSTAWOWA OPIEKA ZDROWOTNA.....	57
	AMBULATORYJNA SPECJALISTYCZNA OPIEKA ZDROWOTNA.....	58
	STACJONARNA OPIEKA ZDROWOTNA.....	62
	REALIZACJA PROGRAMU SZCZEPIEŃ OCHRONNYCH	66
VIII.	BADANIA ANKIETOWE MIESZKAŃCÓW POWIATU MYŚLENICKIEGO	73
	OPIS PRÓBY.....	73
	OCENA SYTUACJI ZDROWOTNEJ MIESZKAŃCÓW POWIATU	75
	ZACHOWANIA RYZYKOWNE	77
	SPOSOBY DBANIA O ZDROWIE – BADANIA PROFILAKTYCZNE	82

SPOSOBY DBANIA O ZDROWIE – STYL ŻYCIA, ODŻYWIANIE, WYSIŁEK FIZYCZNY	86
KORZYSTANIE Z SŁUŻBY ZDROWIA I OCENA JAKOŚCI USŁUG ZDROWOTNYCH.....	90
ROZPOZNAWALNOŚĆ PROGRAMÓW DOTYCZĄCYCH PROFILAKTYKI CHOROÓB I OCHRONY ZDROWIA NA TERENIE POWIATU.....	99
IX. BADANIA INSTYTUCJI.....	104
ZOGNISKOWANE WYWIADY GRUPOWE.....	104
INTERNETOWE BADANIE ANKIETOWE INSTYTUCJI	120

I. WPROWADZENIE

Niniejszy raport stanowi podsumowanie badań przeprowadzonych w ramach projektu „Budowanie sieci współpracy na rzecz promocji zdrowia mieszkańców Powiatu Myślenickiego”, realizowanego przez Fundację Sztuki Przygody i Przyjemności ARTS w partnerstwie z Powiatem Myślenickim przy wsparciu Szwajcarii w ramach szwajcarskiego programu współpracy z nowymi krajami Unii Europejskiej. Badania zostały zaprojektowane i zrealizowane przez Fundację Biuro Inicjatyw Społecznych, Ośrodek Badań Społecznych SONDA oraz Centrum Rozwoju Inicjatyw Społecznych CRIS w okresie od października do grudnia 2012 r.

Celem zrealizowanego projektu badawczego było dostarczenie wiedzy odnośnie działań na rzecz profilaktyki chorób, ochrony i promocji zdrowia podejmowanych na terenie powiatu myślenickiego oraz problemów i potrzeb mieszkańców w tym zakresie. Aby ten cel zrealizować przeprowadzono analizę danych zastanych, która pozwoliła scharakteryzować za pomocą wskaźników populacyjnych sytuację zdrowotną mieszkańców powiatu myślenickiego oraz funkcjonowanie systemu ochrony zdrowia w powiecie. Następnie zrealizowano telefoniczne badania ankietowe na próbie 600 mieszkańców powiatu służące poznaniu ich zachowań zdrowotnych, subiektywnej oceny stanu zdrowia, częstotliwości korzystania z opieki zdrowotnej oraz oceny jakości usług zdrowotnych na terenie powiatu. Równolegle, za pomocą wywiadu grupowego i badań sondażowych z przedstawicielami instytucji z powiatu podejmującymi działania prozdrowotne i profilaktyczne, zebrano informacje i opinie o realizowanych działaniach, współpracy między instytucjami oraz barierach utrudniających prowadzenie działalności w powiecie myślenickim. Wyniki przeprowadzonych badań mają stanowić podstawę do planowania i prowadzenia działań w obszarze promocji zdrowia i profilaktyki chorób przez różne podmioty współpracujące w ramach Obywatelskiego Porozumienia na rzecz Zdrowia.

II. NAJWAŻNIEJSZE WNIOSKI

Na terenie powiatu myślenickiego, wg danych Głównego Urzędu Statystycznego, wzrasta liczba osób w wieku poprodukcyjnym (os. starszych), co niesie ze sobą konsekwencje związane ze zwiększonym zapotrzebowaniem na usługi zdrowotne, opiekuńcze i rehabilitacyjne. Równocześnie wzrasta średnia oczekiwana długość życia, co oznacza, że osoby starsze dłużej będą potrzebowały tego rodzaju wzmożonej opieki.

Licząc od 2002 r., w powiecie myślenickim utrzymuje się dodatni przyrost naturalny, co stanowi sytuację korzystniejszą niż ogólnie w Małopolsce.

Umieralność niemowląt obniża się na przestrzeni lat 2002-2011, a zjawisko to jest widoczne zarówno w skali ogólnopolskiej, województwa, jak i powiatu myślenickiego.

Najczęstsze choroby w powiecie według danych za rok 2010 (brano pod uwagę te choroby, które występują częściej niż u 120 osób na 10 tys. mieszkańców powyżej 19 roku życia), stanowią:

- Choroby układu krążenia (co 10 osoba powyżej 19 roku życia)
- Choroby układu mięśniowo-kostnego i tkanki łącznej
- Cukrzyca
- Nieżyt i dychawica oskrzelowa
- Choroby obwodowego układu nerwowego
- Choroby układu trawiennego

Wskaźniki występowania tych schorzeń są niższe w powiecie niż w Małopolsce.

Najczęstsze choroby wśród dzieci i młodzieży do 18 roku życia to:

- Zniekształcenia kręgosłupa (co piętnaste dziecko) – wskaźnik ten jest wyższy niż dla województwa (o ok. 5%)
- Wady wzroku
- Astma oskrzelowa
- Otyłość
- Alergie skórne
- Zaburzenia rozwoju
- Niedożywienie.

W odniesieniu do najczęściej występującego wśród osób niepełnoletnich na terenie powiatu schorzenia, zrealizowano program profilaktyki wad postawy – badania przesiewowe przeprowadzone w latach 2009-2010 pokazały konieczność skierowania ok. 72% przebadanych dzieci na gimnastykę korekcyjną (prawie 1800 dzieci z 2,5 tysiąca przebadanych).

Biorąc pod uwagę choroby zakaźne, w latach 2010-11 w powiecie zanotowano wysoką zachorowalność na gruźlicę, boreliozę – wskaźniki dla powiatu myślenickiego były jednymi z wyższych na tle województwa. Na gruźlicę najczęściej chorowali emeryci i renciści. Zapadalność na krztusiec, świnkę, różyczkę w powiecie myślenickim była na przestrzeni ostatnich 5 lat relatywnie niższa niż

w innych powiatach województwa. Wskaźniki zapadalności na ospę wietrzną w powiecie na przestrzeni lat 2007-2011 utrzymywały się na średnim poziomie w stosunku do wskaźników dla innych powiatów województwa.

Liczba zgonów w przeliczeniu na 1000 mieszkańców jest dla powiatu nieznacznie niższa niż w kraju i województwie małopolskim, a od 2002 r. utrzymuje się na podobnym poziomie (zarówno w skali powiatu, województwa i kraju).

Według danych za rok 2011 większa część zgonów wśród mężczyzn niż wśród kobiet przypada na młodsze kategorie wiekowe. Ogólnie rzecz biorąc – kobiety żyją dłużej, co powoduje feminizację starszych kategorii wiekowych.

Zdecydowanie najczęstsze przyczyny zgonów w powiecie to choroby układu krążenia (50% przyczyn wszystkich zgonów) i nowotwory (24%). Zgony spowodowane chorobami układu krążenia są nieco częstsze w powiecie niż w skali województwa i kraju.

Co piąty mieszkaniec powiatu myślenickiego ma stwierdzoną niepełnosprawność, w tym 10% niepełnosprawność biologiczną (osoby nieposiadające orzeczenia, ale odczuwające całkowite lub poważne ograniczenie sprawności), a 90% - stwierdzoną prawnie.

35% beneficjentów pomocy społecznej w powiecie otrzymuje wsparcie ze względu na długotrwałą lub ciężką chorobę (jest to drugi najczęstszy powód otrzymywania pomocy), 32% ze względu na niepełnosprawność, a w przypadku 3% powodem jest alkoholizm.

Działania z zakresu promocji zdrowia na terenie powiatu są realizowane przez placówki oświatowe, Samorząd Powiatu Myślenickiego, Powiatową Stację Sanitarno-Epidemiologiczną, organizacje pozarządowe oraz, w mniejszym stopniu, przez NZOZy.

Najważniejsze programy i inicjatywy organizowane na terenie powiatu to: Powiatowe Dni Zdrowia (oferta konsultacji lekarskich, badań przesiewowych oraz prozdrowotne i profilaktyczne akcje informacyjne), projekt „Wdrażanie Idei Szkół Promujących Zdrowie” (programy profilaktyki wad postawy, próchnicy, stresu, otyłości, raka piersi), Szkoła Młodych Ratowników (szkolenia z pierwszej pomocy przedmedycznej dla dzieci i młodzieży), programy „Trzymaj formę” (propagowanie wśród uczniów zbilansowanej diety i aktywności fizycznej), „Szkłanka mleka” i „Owoce w szkole” (promocja zdrowego odżywiania), „Radosny uśmiech, radosna przyszłość” (promocja higieny jamy ustnej wśród dzieci) oraz „Czyste powietrze wokół nas” (edukacja antytytoniowa skierowana do uczniów i rodziców).

Realizowane na terenie powiatu programy profilaktyki w ostatnich latach objęły:

- Program profilaktyki raka prostaty
- Program profilaktyki raka piersi
- Program profilaktyki raka szyjki macicy
- Program profilaktyki chorób układu krążenia i cukrzycy
- Program profilaktyki jaskry
- Program profilaktyki próchnicy

- Program profilaktyki wad postawy
- Program profilaktyki sepsy.

W odniesieniu do opisu funkcjonowania systemu ochrony zdrowia w powiecie warto podkreślić, że wskaźnik dostępności kadry medycznej (tj. lekarzy i pielęgniarek) przeliczany na 10 tysięcy mieszkańców jest niższy niż w województwie małopolskim.

Powiat znajduje się na piątym miejscu pod względem liczby udzielanych porad specjalistycznych w przeliczeniu na mieszkańca (2,4), według danych za rok 2010 – najwyższe wskaźniki odnotowano dla miast na prawach powiatu. Najczęściej udzielane porady specjalistyczne to: porady okulistyczne, stomatologiczne i kardiologiczne.

Wskaźnik dostępności szpitali jest niższy niż średnia wojewódzka – na 10 tys. mieszkańców przypada odpowiednio 26 i 43 łóżka szpitalne. Warto zaznaczyć, że fakt ten dotyczy wszystkich powiatów położonych w bezpośrednim sąsiedztwie miasta Krakowa.

Wyszczepialność w ramach Programu Szczepień Ochronnych w powiecie myślenickim na tle innych powiatów województwa małopolskiego w 2011 r. można określić jako średnią. W przypadku dwóch rodzajów szczepień (błonica, tężec i krztusiec – dawka 1 i 2) powiat myślenicki należy do powiatów o niskiej wyszczepialności, natomiast przy szczepieniu przeciwko odrze i śwince (2 dawka) – wyszczepialność jest całkowita. Przy większości chorób obserwuje się wzrost lub podobny stopień wykonawstwa szczepień ochronnych dzieci i młodzieży w stosunku do lat poprzednich.

Oceny własnego stanu zdrowia dokonane przez mieszkańców powiatu w badaniu telefonicznym to przeważnie oceny umiarkowane (26%) i raczej pozytywne (47%). Gorzej swój stan zdrowia oceniają osoby starsze. Połowa badanych raczej dobrze ocenia swoją kondycję fizyczną i samopoczucie na co dzień, a ocena ta pogarsza się z wiekiem. Również ok. 50% badanych ocenia swój sposób odżywiania jako raczej zdrowy, ale w tym przypadku osoby starsze dokonują bardziej pozytywnych ocen.

Co drugi mieszkaniec powiatu deklaruje, że na co dzień odczuwa stres w stopniu umiarkowanym, a 40% badanych ocenia ten poziom jako wysoki albo bardzo wysoki.

Jeśli chodzi o nałogi, do palenia papierosów przyznaje się 21% badanych mieszkańców powiatu, częściej mężczyźni, a rzadziej osoby powyżej 60 roku życia. W przypadku tego pytania należy mieć na uwadze, że używki należą do kwestii drażliwych, a więc część respondentów może nie przyznawać się do palenia, przez co statystyki z badania będą zaniżone w stosunku do stanu faktycznego.

Jeżeli chodzi o wzory spożywania alkoholu, mężczyźni częściej niż kobiety piją napoje alkoholowe. Ponadto częściej alkohol spożywają osoby młode.

70% badanych mieszkańców powiatu bez zalecenia lekarza zażywa leki przeciwbólowe i na przeziębienie (częściej osoby młodsze). Jednak biorąc pod uwagę częstotliwość brania leków nieprzepisanych przez lekarza, badani częściej sięgają po witaminy i suplementy diety oraz leki przeciwbólowe niż po leki na przeziębienie.

W ciągu ostatniego roku podstawowe badania diagnostyczne typu: pomiar ciśnienia, analiza krwi lub moczu oraz przegląd stomatologiczny wykonało odpowiednio 73%, 66 i 60% badanych. Dość popularne jest też badanie wzroku, jego wykonanie w ciągu 12 miesięcy poprzedzających badanie deklaruje 43%.

Ponad 50% badanych deklaruje wykonywanie wysiłku fizycznego o średniej intensywności kilka razy w tygodniu, co piąty badany deklaruje, że wykonuje intensywny wysiłek fizyczny kilka razy w tygodniu. Co trzecia osoba ocenia, że regularnie uprawia sport. Jako powody nieregularnego uprawiania sportu najczęściej wskazywano brak czasu (45% odpowiedzi), problemy zdrowotne (18%) i braku motywacji (16%).

Osoby starsze staranniej dbają o swoją dietę – częściej spożywają warzywa i owoce, a rzadziej – słodkie i słone przekąski, natomiast bardzo rzadko – dania typu fast food i napoje gazowane.

26% respondentów w ciągu ostatnich 2 lat przebywało w szpitalu przynajmniej 1 dobę. Ponad 50% badanych mieszkańców powiatu w ciągu 12 miesięcy poprzedzających badanie zgłosiło się na konsultację do lekarza specjalisty. Przy tym starsze osoby częściej odbywają wizyty u lekarzy specjalistów i pierwszego kontaktu.

Co druga osoba korzystała z usług zdrowotnych opłacanych samodzielnie – najczęściej były to wizyty u lekarzy specjalistów i badania diagnostyczne.

Jeśli chodzi o ocenę świadczonych usług na terenie powiatu myślenickiego, najwyżej oceniani są lekarze specjaliści, których porady są opłacane ze środków prywatnych (śr. 4,04). Można przypuszczać, że związane jest to z większą możliwością wyboru lekarza specjalisty, jeżeli wizyta jest opłacana prywatnie – wówczas zwykle wybierani są specjaliści polecani bądź rekomendowani.

Najczęściej wymieniane problemy związane z korzystaniem z usług zdrowotnych na terenie powiatu to długi okres oczekiwania na wizytę (wskazało go 83% badanych) oraz brak specjalistów z niektórych dziedzin na terenie powiatu (40%).

Najbardziej rozpoznawalne spośród wszystkich programów profilaktycznych na terenie powiatu są programy dotyczące nowotworów piersi i szyjki macicy – deklaracje te można wiązać z faktem rozpowszechnienia ogólnopolskiej kampanii medialnej dotyczącej tych programów, które docierają skuteczniej do adresatów niż lokalnie rozpowszechniane informacje.

Najczęściej podawane przyczyny niekorzystania z oferty programów profilaktycznych i prozdrowotnych wymieniane przez respondentów to brak potrzeby (45% odpowiedzi), brak czasu (25%) i poczucie, że nie było się adresatem danego programu (kwestia świadomości potrzeby badania się) (15%).

Najskuteczniejsze w ocenie badanych kanały informacji stanowią plakaty i broszury, przekazy medialne (np. ogłoszenia prasowe), a także informacje od osób trzecich. Wyniki te są podobne do

uzyskanych w innych badaniach dotyczących skutecznych źródeł informacji w programach profilaktyki – preferowane są media (telewizja i prasa) oraz broszury i ulotki.¹

Przedstawiciele szkół z terenu powiatu, którzy wzięli udział w badaniu fokusowym, deklarują potrzebę wsparcia merytorycznego przy realizacji programów profilaktycznych i prozdrowotnych wśród młodzieży, ponieważ nie czują się ekspertami z dziedziny promocji zdrowia i profilaktyki chorób. Przeszkodą na drodze do efektywnych działań jest ich zdaniem także brak źródeł finansowania.

Badane zakłady opieki zdrowotnej w powiecie myślenickim wskazują na potrzebę skuteczniejszych form docierania do odbiorców działań (lepszą promocją, prowadzoną przez instytucję zlecającą) i podnoszenia świadomości potrzeby wykonywania badań wśród pacjentów i adresatów programów.

Organizacje pozarządowe działające w powiecie myślenickim w głównej mierze podnoszą kwestię zapotrzebowania na większe finansowanie działań związanych z promocją zdrowia i profilaktyką chorób.

Ogólnie, przedstawiciele badanych instytucji deklarują konieczność usprawnienia przepływu informacji dotyczących profilaktyki chorób i promocji zdrowia pomiędzy instytucjami na terenie powiatu oraz potrzebę skoordynowania tego przepływu przez jednostki na poziomie powiatowym.

Szeroka gama działań promujących zdrowie oraz dotycząca profilaktyki uzależnień jest kierowana do dzieci i młodzieży w wieku szkolnym – są najczęściej wskazywani jako adresaci programów przez instytucje biorące udział w badaniu ankietowym.

Współpraca pomiędzy instytucjami zajmującymi się promocją zdrowia i profilaktyką chorób na terenie powiatu polega głównie na wsparciu eksperckim – przekazywaniu materiałów informacyjnych, współorganizacji prelekcji, w mniejszym stopniu także – współdziałaniu w ramach projektów i finansowania działań.

Jako priorytetowe kierunki działań w zakresie promocji zdrowia i profilaktyki chorób na terenie powiatu myślenickiego połowa z 60 przedstawicieli badanych instytucji wymieniała: zapewnienia ciągłości działań, zapewnienie odpowiedniej infrastruktury (rozbudowa infrastruktury sportowo-rekreacyjnej, ale także usunięcie luk – więcej gabinetów stomatologicznych i pielęgniarских w szkołach), czy wspieranie działań organizacji pozarządowych na rzecz promocji zdrowia i profilaktyki chorób.

Ciekawą inicjatywą wymienianą w kontekście dobrych praktyk jest organizowanie lokalnych (gminnych) wydarzeń kulturalno-rekreacyjnych połączonych z promocją zdrowia i ofertą badań.

¹

http://cornetis.pl/pliki/OP/2011/3/OP_2011_3_131.pdf;
test.lodzkie.pl/export/download/lodzkie.../Artur_Kotowski.IQ.pp

Powiatowe Dni Zdrowia uzyskały także w badaniu mieszkańców niewielką deklarowaną rozpoznawalność (23%).

REKOMENDACJE

Na terenie powiatu myślenickiego istnieje zapotrzebowanie na następujące działania promujące zdrowy tryb życia:

- **Dzieci i młodzież:** kształcenie nawyków dbania o zdrowie (prawidłowe odżywianie, aktywność fizyczna, unikanie nałogów, radzenie sobie ze stresem) oraz przychylniej postawy wobec badań profilaktycznych.
- **Osoby dorosłe:** wskazywanie wpływu diety, aktywności fizycznej, nałogów na dobrostan fizyczny i psychiczny.
- Rozwijanie lokalnych działań na rzecz **aktywnego starzenia** – promocja aktywnej postawy (aktywność fizyczna, społeczna) zarówno wśród osób starszych, jak i młodszych mieszkańców powiatu (przygotowanie do aktywnej starości). Zapewnienie dostępu do usług zdrowotnych, opiekuńczych i rehabilitacyjnych.

Na terenie powiatu należy inicjować lub kontynuować następujące działania profilaktyczne:

- **wobec dzieci** w zakresie: wad postawy, wad wzroku, astmy i chorób alergicznych, otyłości. Przedstawiciele instytucji wskazują także profilaktykę uzależnień (spożywania alkoholu, palenia papierosów, narkotyków), stresu oraz próchnicy.
- **wobec dorosłych mieszkańców powiatu** w zakresie: chorób układu krążenia, nowotworów, cukrzycy. Dodatkowo przedstawiciele instytucji wskazują także profilaktykę uzależnień (spożywania alkoholu, palenia papierosów) oraz radzenia sobie ze stresem.

Aby wzmocnić skuteczność i rozszerzyć zasięg działań skierowanych do dzieci i młodzieży należy motywować je do udziału w programach profilaktycznych i prozdrowotnych poprzez podnoszenie atrakcyjności przedsięwzięć (np. nagrody w konkursach), organizowanie spotkań z ekspertami oraz zajęć praktyczno-warsztatowych.

Należy położyć większy nacisk na **promocję badań profilaktycznych wśród mieszkańców** – lepszy dostęp do informacji o działaniach profilaktycznych, tworzenie „mody na badania”, podnoszenie świadomości mieszkańców o procedurach, celach i znaczeniu badań diagnostycznych w celu zwiększenia stopnia udziału mieszkańców w programach profilaktycznych.

Istotną kwestią jest zadbanie o lepszy **przepływ informacji** o realizowanych programach profilaktycznych na terenie powiatu pomiędzy Powiatem / gminami, służbą zdrowia (lekarzami, pielęgniarkami) i mieszkańcy poprzez:

- Przekazywanie informacji o programach profilaktycznych realizowanych przez różne placówki służby zdrowia na terenie powiatu do zakładów opieki zdrowotnej („**baza lokalnych programów profilaktycznych**”). Udostępnianie informacji mieszkańcom.
- Zwracanie uwagi lekarzom na elementy profilaktyki w ramach wizyt lekarskich (u lekarzy ogólnych i specjalistów) – zarezerwowanie czasu podczas wizyty na ten cel, kierowanie pacjentów do udziału w odpowiednich programach.
- Zwiększenie dostępu do informacji o programach profilaktycznych na terenie powiatu poprzez dystrybucję ulotek, broszur, informacje w mediach, zaangażowanie lokalnych liderów opinii („marketing szeptany”) oraz wykorzystanie dobrze działających kanałów informacyjnych (np. docieranie przez szkoły do rodzin uczniów).

Warto przenieść ideę „Powiatowych Dni Zdrowia” na **poziom lokalny**. Ich istotą jest łączenie działań profilaktycznych i prozdrowotnych z imprezami rozrywkowymi, wydarzeniami kulturalnymi poprzez organizowanie badań, spotkań z lekarzami i akcji informacyjnych w ramach lokalnych/gminnych festynów i świąt, co pozwala na szerokie dotarcie do adresatów działań prozdrowotnych i profilaktycznych. Realizacja takich przedsięwzięć stwarza dobrą możliwość do włączania różnych podmiotów lokalnych w ich organizację (nawiązywanie współpracy między instytucjami).

Wzmocnienie **współpracy między instytucjami** podejmującymi działania na rzecz zdrowia i profilaktyki chorób na poziomie lokalnym. Kluczowe jest usprawnienie przepływu informacji między instytucjami, integracja inicjatyw podejmowanych przez różne instytucje działające na rzecz zdrowia mieszkańców powiatu, aby osiągnąć efekt synergii. Bardzo istotna jest także koordynacja działań w celu pełniejszego wykorzystania wiedzy i doświadczenia ekspertów, pomocy dydaktycznych i infrastruktury.

Planując działania na rzecz promocji zdrowia i profilaktyki chorób należy położyć nacisk na dbanie o **ciągłość działań** realizowanych przez instytucje (zaplanowanie mechanizmów pozwalających na dalszą realizację/ finansowanie działań).

Ważne jest rozpowszechnianie informacji o **dostępnych źródłach finansowania** działań prozdrowotnych i profilaktycznych np. przekazywanie zakładom opieki zdrowotnej informacji o konkursach ogłaszanych przez gminy, Powiat, NFZ na nabór realizatora badań w ramach programów profilaktyki. Upowszechnianie informacji o możliwości pozyskania środków zewnętrznych przez placówki oświatowe, organizacje pozarządowe na realizację działań. Promowanie współpracy międzyinstytucjonalnej w tym zakresie.

Zaangażowanie ekspertów w działania związane z promocją zdrowia i profilaktyką chorób – jest to szczególnie istotne dla placówek oświatowych.

III. PROBLEMATYKA BADAWCZA

Zdrowie, według definicji Światowej Organizacji Zdrowia, to całkowity fizyczny, psychiczny i społeczny dobrostan człowieka, a nie tylko brak choroby lub niedomagania. Stan zdrowia ludności kształtowany jest przez szereg czynników. W literaturze przedmiotu wyróżnia się 4 główne grupy czynników mających wpływ na stan zdrowia ludności: styl życia, środowisko życia, czynniki genetyczne oraz opiekę zdrowotną.

RYSUNEK 1. CZYNNIKI KSZTAŁTUJĄCE STAN ZDROWIA LUDNOŚCI



Źródło: opracowanie własne

Liczne badania pokazują wielkość wpływu poszczególnych czynników na stan zdrowia. Największy, bo 53% wpływ na zdrowie człowieka, ma styl życia. Zalicza się do niego takie elementy jak: aktywność fizyczna, sposób odżywiania się, umiejętności radzenia sobie ze stresem oraz zachowania ryzykowne, m. in. korzystanie z używek. Drugim czynnikiem, pod względem siły oddziaływania na zdrowie (21%), jest środowisko fizyczne. Jego elementy takie jak czystość powietrza i wody, warunki w miejscu pracy/nauki mogą mieć zarówno pozytywny jak i negatywny wpływ na zdrowie ludzi. Kolejna grupa czynników to uwarunkowania genetyczne czyli pewne predyspozycje do wystąpienia określonych chorób czy problemów zdrowotnych. Najmniejszy, choć nie najmniej ważny, wpływ na zdrowie ma opieka zdrowotna, czyli m.in. jakość i dostęp do świadczeń zdrowotnych.

Ze względu na ogromny wpływ stylu życia na stan zdrowia ludności, bardzo istotny znaczenie odgrywają działania nakierowane na promocję zdrowia, które dążą do eliminowania negatywnych nawyków i zachowań, a popularyzują te wpływające pozytywnie na zdrowie.

Z kolei działania profilaktyczne mają na celu zapobieganie chorobom, poprzez ich wczesne wykrycie i leczenie (definicja Światowej Organizacji Zdrowia). W literaturze przedmiotu wyróżnia się 3 fazy profilaktyki:

- **I fazy, tzw. wczesna**, której celem jest utrwalenie prawidłowych wzorców zdrowego stylu życia i zapobieganie szerzeniu się niekorzystnych wzorców zachowań w odniesieniu do osób zdrowych
- **II fazy, tzw. wtórna**, która ma zapobiegać konsekwencjom choroby poprzez jej wczesne wykrycie i leczenie. W tej fazie istotne jest wczesne wykrycie osób chorych w początkowym okresie choroby, gdy dolegliwości jeszcze nie ma lub są słabo widoczne
- **III fazy** to działania polegające na zapobieganiu utrwalaniu się niepomysłnych skutków choroby. Dotyczy to osób, u których choroba już się rozwinęła i doprowadziła do ograniczenia funkcji ustroju na pewien czas lub do trwałej niepełnosprawności².

Niniejsze badanie, przeprowadzone w ramach projektu „Budowanie sieci współpracy na rzecz promocji zdrowia mieszkańców Powiatu Myślenickiego”, ma stanowić diagnozę z jednej strony sytuacji zdrowotnej mieszkańców powiatu myślenickiego wraz z czynnikami, które ją kształtują, z drugiej zaś – działań podejmowanych na rzecz ochrony i promocji zdrowia oraz profilaktyki chorób. Zestawienie tych dwóch perspektyw pozwoli ustalenie priorytetów i dobór odpowiednich działań w powiatowym systemie ochrony zdrowia

Głównym celem badania jest ocena działań na rzecz promocji zdrowia i profilaktyki chorób na terenie powiatu myślenickiego oraz identyfikacja problemów i potrzeb mieszkańców w tym zakresie.

Cele szczegółowe badania:

1. Identyfikacja głównych problemów mieszkańców powiatu myślenickiego w obszarze zdrowia.
2. Identyfikacja zapotrzebowania na usługi zdrowotne oraz działania w obszarze promocji zdrowia i profilaktyki chorób skierowane do mieszkańców powiatu myślenickiego.
3. Ocena działań na rzecz ochrony i promocji zdrowia oraz profilaktyki chorób cywilizacyjnych podejmowanych przez różne instytucje i organizacje na terenie powiatu myślenickiego pod kątem ich kompleksowości i trafności, tj. w jakim stopniu podejmowane działania odpowiadają potrzebom mieszkańców.
4. Identyfikacja barier utrudniających instytucjom i organizacjom prowadzenie działalności na rzecz ochrony i promocji zdrowia w powiecie myślenickim.

² Za: Tobiasz-Adamczyk B.: Wybrane elementy socjologii zdrowia i choroby. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2000.

Aby zbadać te zagadnienia analizie poddane zostaną trzy następujące obszary: **stan zdrowia mieszkańców powiatu myślenickiego, promocja zdrowia i zdrowego trybu życia oraz profilaktyka chorób.**

IV. METODOLOGIA BADAŃ

W celu udzielenia rzetelnej odpowiedzi na postawione pytania badawcze w niniejszym projekcie badawczym zastosowano ilościowe i jakościowe metody badań społecznych (rysunek 1). Ich opis i uzasadnienie zawierają kolejne paragrafy tego rozdziału.

RYSUNEK 2. PODSUMOWANIE METOD I TECHNIK ZASTOSOWANYCH W BADANIU



Źródło: opracowanie własne

Wyboru metod i narzędzi do badania dokonano w oparciu o cele i obszary badawcze, jakie zostały założone w fazie projektowania. Istotą projektu badawczego była, po pierwsze, diagnoza istniejącego stanu rzeczy w zakresie podejmowanych przez instytucje działań na rzecz promocji zdrowia i profilaktyki chorób oraz głównych problemów zdrowotnych mieszkańców powiatu. Po drugie, celem badania było zidentyfikowanie zapotrzebowania na działania w zakresie promocji zdrowia i profilaktyki chorób na terenie powiatu oraz barier utrudniających działania i współpracę na rzecz zdrowia a instytucji z terenu powiatu.

Aby odpowiedzieć na pytanie o stan zdrowia i najważniejsze problemy zdrowotne mieszkańców powiatu oraz wskazać dotychczas podejmowane w zakresie promocji zdrowia i profilaktyki chorób działania, zastosowano pogłębioną analizę dokumentów z różnych źródeł zawierających odpowiednie informacje. Wyniki tej analizy znajdują się w rozdziale V, VI i VII niniejszego raportu.

W celu poznania samooceny stanu zdrowia, opinii na temat funkcjonowania jednostek służby zdrowia, zbadania sposobów dbania o zdrowie oraz znajomości programów profilaktycznych i promujących zdrowie, jakie miały miejsce na terenie powiatu w ostatnich latach, do populacji dorosłych mieszkańców powiatu skierowano ankietę przeprowadzaną telefonicznie. Technika ta została wybrana w odniesieniu do potrzeby zebrania większej ilości informacji, charakteru poruszanych kwestii, który wymaga zindywidualizowanej formy wywiadu oraz ograniczeń czasowo-budżetowych. Analiza danych uzyskanych z wywiadów telefonicznych dostępna jest w rozdziale VIII.

W celu poznania zakresu działania poszczególnych instytucji w większym lub mniejszym stopniu związanych z ochroną i promocją zdrowia oraz profilaktyką chorób na terenie powiatu, wybrano dwie techniki badawcze: wywiad grupowy oraz ankietę internetową. Wywiad pozwolił na uzyskanie pogłębionych informacji na temat barier działania i utrudnień we współpracy oraz problemów zdrowotnych dostrzeganych przez ekspertów – przedstawicieli instytucji. Ankieta z kolei posłużyła poszerzeniu zakresu danych i zebraniu w krótkim czasie większej ilości informacji na temat podejmowanych przedsięwzięć, stanu współpracy i utrudnień w działaniu. Rozdział IX stanowi podsumowanie wyników tych części badania.

Kolejne podrozdziały prezentują szczegółowy opis zastosowanych technik i narzędzi.

ANALIZA DANYCH ZASTANYCH

Analiza danych zastanych (*desk research*) stanowi istotny etap każdego procesu badawczego. Pozwala na zebranie dużej ilości danych w krótkim czasie poprzez dogłębne przestudiowanie istniejących dokumentów i stron internetowych. Metoda ta pozwala uniknąć kosztów i czasochłonnego procesu generowania tych danych, które są już dostępne.

Dane zastane są analizowane pod kątem udzielenia odpowiedzi na ustalone pytania badawcze, a także w celu uzyskania szczegółowej wiedzy o badanych obszarach, potrzebnej do dalszego ukierunkowania procesu badawczego i skonstruowania narzędzi. W tym przypadku większość danych statystycznych potrzebnych do wykonania odpowiednich zestawień oraz sprawozdań i raportów z realizowanych działań jest zbierana przez inne instytucje i udostępniana m.in. w publikacjach. Dzięki analizie danych wtórnych uzyskano obiektywne wskaźniki stanu zdrowia mieszkańców powiatu, informacje o usługach świadczonych przez podmioty opieki zdrowotnej oraz działaniach podejmowanych w zakresie promocji zdrowia i profilaktyki chorób.

Analiza danych zastanych jako metoda ma też swoje ograniczenia. Dane wtórne mogą być niedostatecznie aktualne lub nieścisłe. Ponadto, ze względu na fakt, że są zbierane w ramach innych badań, nie jest możliwe udzielenie trafnych i rzetelnych odpowiedzi na postawione pytania badawcze wyłącznie na ich podstawie. Z tego powodu w niniejszym badaniu zastosowano również inne, ilościowe i jakościowe, metody i techniki.

Przy realizacji niniejszego projektu badawczego korzystano z następujących danych:

1. Dane sprawozdawcze, raporty z badań:
 - Bank Danych Lokalnych Głównego Urzędu Statystycznego

- „Stan sanitarny Małopolski” – publikacje z lat 2008 – 2011
- „Zabezpieczenie opieki zdrowotnej na terenie województwa małopolskiego w 2010 roku”
- „Biuletyn statystyczny ochrony zdrowia województwa małopolskiego za 2009 rok”
- „Diagnoza potrzeb zdrowotnych mieszkańców powiatu myślenickiego oraz powiatowego systemu ochrony zdrowia wraz z oceną i rekomendacjami”
- „Ocena zachowań i nawyków żywieniowych oraz stanu odżywienia dzieci z powiatu myślenickiego” – prezentacja z wynikami badań
- „Promocja zdrowia i profilaktyka chorób cywilizacyjnych w praktyce samorządu terytorialnego” – sprawozdanie z realizacji projektu „Wdrożenie idei szkół promujących zdrowie na terenie Powiatu Myślenickiego poprzez realizację wybranych programów profilaktyki i promocji zdrowia”
- Programy profilaktyki chorób cywilizacyjnych i promocji zdrowia Wydziału Promocji i Ochrony Zdrowia Powiatu Myślenickiego.

2. Dokumenty programowe:

- Program Ochrony Zdrowia dla Powiatu Myślenickiego na lata 2007 – 2013
- Małopolski Program Ochrony Zdrowia na Lata 2006 – 2013
- Narodowy Program Zdrowia na lata 2007 – 2015

3. Inne:

- Akcje profilaktyczne Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Myślenicach
- Powiatowy Informator Medyczny Powiatu Myślenickiego
- Strony internetowe szkół, organizacji pozarządowych z powiatu myślenickiego.

WYWIADY TELEFONICZNE

W badaniu mieszkańców powiatu zastosowano metodę indywidualnych wywiadów telefonicznych ze wspomaganie komputerowym (*CATI – Computer-Assisted Telephone Interview*). Polega ona na zadawaniu przez ankietera pytań zawartych w przygotowanym formularzu ankiety i zaznaczaniu podanych przez respondenta odpowiedzi. Całość wywiadu przeprowadzana jest przez telefon, w sposób ustandaryzowany – według ścisłych reguł dotyczących instrukcji, treści i kolejności zadawania pytań oraz sposobu udzielania odpowiedzi.

Niewątpliwą zaletą metody wywiadu jest możliwość uzyskania dużej ilości zindywidualizowanych informacji w relatywnie krótkim czasie. Ponadto, standaryzacja ogranicza ryzyko błędów i odchyień, które mogłyby zniekształcić wyniki badania i gwarantuje kontrolę spójności logicznej odpowiedzi już na etapie ich wprowadzania do systemu komputerowego. Telefoniczna forma wywiadu została wybrana ze względu na budżet badania i założony czas jego realizacji oraz wyższą przewidywaną stopę zwrotu (liczba zrealizowanych ankiet w stosunku do liczby wszystkich podjętych prób jej przeprowadzenia). Prawdopodobieństwo zgody na udział w wywiadzie jest większe, ponieważ prośba jest kierowana personalnie i nie wymaga osobistego spotkania z ankieterem, które często utrudnia prowadzenie badań ze względu na kwestię zaufania i konieczność poświęcenia większej ilości czasu.

Ograniczeniem kontaktu telefonicznego jest niższy, niż w przypadku wywiadu osobistego, próg irytacji czy znużenia respondenta, szczególnie w przypadku tematów trudnych i drażliwych. Ponieważ kwestie zdrowia poruszane w niniejszym badaniu stanowią dość szeroki i często generujący negatywne emocje wątek, badanie osobiste, gdzie respondent może spojrzeć na treść pytania i dłużej się nad nim zastanowić, stanowiłoby niewątpliwie plus. O wyborze zdecydowały ostatecznie kwestie czasu (większa dostępność respondentów przez telefon) i kosztów.

Wywiady telefoniczne realizowane były na podstawie komputerowego kwestionariusza ankiety, przygotowanego w odniesieniu do celów i pytań badawczych, na próbie 600 dorosłych (powyżej 18 roku życia) mieszkańców powiatu myślenickiego w pierwszej połowie listopada 2012. Dobór próby do badania i kwestionariusz ankiety zostaną szczegółowo omówione w kolejnych podrozdziałach. Całość wywiadów telefonicznych zrealizowała zewnętrzna firma badawcza zajmująca się prowadzeniem badań typu CATI.

DOBÓR PRÓBY

W celu wybrania 600 pełnoletnich respondentów do badania, zastosowano dobór losowo-kwotowy. Punktem wyjścia była stworzona na potrzeby badania macierz uwzględniająca ważne dla badania charakterystyki populacji: płeć, wiek (4 kategorie) i gminę zamieszkania. Tabelę stworzono na podstawie danych zgromadzonych przez Główny Urząd Statystyczny w 2010 roku. Liczbę osób każdej płci, kategorii wiekowej i zamieszkującej na terenie każdego z powiatów, która powinna zostać wybrana do próby, wyznaczono w taki sposób, aby udział „kategorii” respondentów o danych charakterystykach był proporcjonalny do udziału osób o tych cechach w całej populacji mieszkańców powiatu. Ankieterzy, znając te charakterystyki, uruchamiali program komputerowy losujący numery telefonów z operatu numerów stacjonarnych, a następnie pytali osobę, z którą uzyskali połączenie, o wiek i potwierdzając jej miejsce zamieszkania.

Dzięki temu typowi doboru próby możliwe jest scharakteryzowanie istotnych trendów w przekroju wszystkich mieszkańców powiatu oraz odzwierciedlenie kwestii subiektywnie ocenianego stanu zdrowia, stylu życia i udziału w programach prozdrowotnych i profilaktycznych kobiet i mężczyzn, ludzi młodych (18 – 29 i 30 – 44 lata), w średnim wieku (45 – 59 lat) i starszych (60 lat i więcej). Kwotowy dobór próby zapewnia reprezentację opinii mieszkańców każdej z 9 gmin na terenie powiatu myślenickiego. Ponadto, kwotowanie stanowi skuteczny sposób radzenia sobie z problemem większej dostępności osób starszych w badaniach telefonicznych i niedoreprezentacji młodszych grup respondentów (starsze osoby częściej są dostępne pod telefonem stacjonarnym). W przypadku prostego losowania numerów nie jesteśmy w stanie w taki sposób kontrolować struktury próby.

Jednocześnie, należy mieć na uwadze wady tego sposobu doboru próby do badania. Nie jest to dobór losowy, przez co niemożliwe jest mówienie o możliwości dokładnego oszacowania błędu statystycznego (możliwych odchyłeń od uzyskanych wyników – przy takiej wielkości próby byłoby to 4%). Wnioskowanie o szczegółowych cechach mieszkańców powiatu nie byłoby na podstawie tak dobranej próby poprawne. W tym przypadku, dobór losowy nie był możliwy ze względu na niedostępność odpowiedniego operatu, np. operatu numerów telefonów komórkowych mieszkańców powiatu, gdzie do jednej osoby przypisany jest zwykle jeden, unikatowy numer.

Ze względu jednak na zastosowanie licznej próby i kilku cech klasyfikujących, w badaniu zapewniony został wystarczający stopień reprezentatywności³. Dodatkowo, jak pokazuje doświadczenie badawcze, wykorzystanie próby kwotowej często przynosi rezultaty zbliżone do tych, uzyskiwanych przy zastosowaniu losowego doboru próby⁴.

BUDOWA KWESTIONARIUSZA ANKIETY DO WYWIADÓW TELEFONICZNYCH

Kwestionariusz ankiety wywiadu telefonicznego ułożono w odniesieniu do szczegółowych pytań badawczych. Kwestionariusz zawierał wstęp zachęcający do wzięcia udziału w badaniu, kierowany do wszystkich osób, z którymi udało się nawiązać połączenie, pytania o dane metryczkowe: miejsce zamieszkania (miasto/wieś i gmina), rok urodzenia, wykształcenie, status na rynku pracy, płeć (zaznaczał samodzielnie ankieter) oraz pytania właściwe wraz z instrukcjami.

³ Babbie, E., Badania społeczne w praktyce, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2006.

⁴ Eksperymenty polegające na równoległej realizacji tego samego badania w tej samej zbiorowości na próbie kwotowej i losowej oraz porównywanie wyników z danymi zewnętrznymi pokazują, że uzyskiwane wyniki badań są często podobne. Źródło: Maison, D., Noga-Bogomilski, A. [red.], Badania marketingowe. Od teorii do praktyki, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2007.

Pytania właściwe zawierały się w następujących sekcjach tematycznych:

**RYSUNEK 3. ZAKRES TEMATYCZNY TELEFONICZNYCH BADAŃ ANKIETOWYCH Z MIESZKAŃCAMI POWIATU
MYSLENICKIEGO**

Samoocena sytuacji zdrowotnej mieszkańców powiatu

- subiektywna ocena stanu zdrowia, kondycji fizycznej, samopoczucia, poziomu stresu, sposobu odżywiania

Częstotliwość korzystania z usług zdrowotnych i ocena ich jakości

- pobyty w szpitalu,
- wizyty u lekarzy rodzinnych i specjalistów,
- korzystanie z usług zdrowotnych opłacanych samodzielnie lub przez pracodawcę
- ocena jakości porad lekarzy rodzinnych, lekarzy specjalistów (NFZ, prywatna praktyka lekarska), usług szpitalnych
- identyfikacja trudności w korzystaniu z usług zdrowotnych

Dbanie o zdrowie

- wykonywanie badań
- aktywność fizyczna, uprawianie sportu
- częstotliwość spożywania określonych, zdrowych i niezdrowych, składników diety
- zażywanie leków

Zachowania ryzykowne - nałogi

- palenie papierosów, częstotliwość spożywania alkoholu

Rozpoznawalność programów profilaktycznych i prozdrowotnych

- znajomość programów i uczestnictwo w działaniach
- identyfikacja skutecznych kanałów informacji
- bariery uniemożliwiające uczestnictwo w programach

Źródło: opracowanie własne

Ze względu na standaryzację procesu badawczego, pytania zadawane były w tej samej kolejności każdemu z respondentów, z zachowaniem spójności logicznej. Większość pytań miała formę zamkniętą (kafeteria odpowiedzi), z możliwością udzielenia odpowiedzi własnymi słowami.

ZOGNISKOWANE WYWIADY GRUPOWE

Wywiad grupowy (*Focused Groups Interview*) to technika badawcza polegająca na prowadzeniu opartej o scenariusz rozmowy w niewielkiej grupie uczestników (zazwyczaj od 8 do 16). Wywiad jest ukierunkowywany przez moderatora dyskusji, dzięki czemu w krótkim czasie uzyskuje się dużą ilość pogłębionych informacji, opinii i ocen z różnych źródeł. Dodatkowym atutem wywiadu grupowego jest powstająca dynamika grupowa – osoby badane reagują na wzajemnie wyrażane opinie, przez co uzyskujemy wieloaspektowy obraz badanej sytuacji. Warto jest jednak pamiętać, iż dynamika grupowa może w pewnych sytuacjach ograniczać, a nie wzbogacać skuteczność techniki – w przypadku, gdy uczestnicy negatywnie na siebie wpływają.

Wywiady pozwoliły na eksplorację obszaru działania i współpracy instytucji związanych z ochroną i promocją zdrowia oraz profilaktyką chorób na terenie powiatu dzięki udziałowi ekspertów reprezentujących te podmioty. Zrealizowano dwie dyskusje w listopadzie 2012: uczestnikami pierwszej byli przedstawiciele placówek oświaty i organizacji pozarządowych z terenu powiatu. W drugim spotkaniu udział wzięli przedstawiciele zakładów opieki zdrowotnej, Szpitala Powiatowego, Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej oraz samorządów gmin.

Zebrane dane analizowane były za pomocą programu do analizy danych jakościowych MAXQDA według klucza utworzonego w odniesieniu do pytań badawczych i scenariusza rozmowy. Scenariusz ten obejmował następujące zagadnienia:

- działania na rzecz profilaktyki chorób i promocji zdrowia podejmowane przez instytucje (organizacja, grupy docelowe, kontakt z adresatami działań, finansowanie)
- współpraca na rzecz profilaktyki chorób i promocji zdrowia (partnerzy i formy)
- zapotrzebowanie na działania z obszaru profilaktyki i promocji (najważniejsze problemy zdrowotne, zidentyfikowane luki w działaniach, braki w programach)
- problemy w działaniu i podejmowaniu współpracy.

Szczegółowe wyniki z analizy, w podziale na wyżej wymienione obszary tematyczne, prezentowane są w kolejnych rozdziale VIII.

INTERNETOWE BADANIE ANKIETOWE

Ostatnim etapem badania były, skierowane do przedstawicieli instytucji związanych ze zdrowiem na terenie powiatu, wywiady ankiety przeprowadzone za pomocą strony internetowej. Zaproszenie do wypełnienia zamieszczonego na stronie kwestionariusza ankiety zostało wysłane mailowo do wszystkich instytucji, które udostępniają swoje adresy email.

Technikę CAWI (*Computer-Assisted Web Interview*) zastosowano w celu poszerzenia zakresu informacji uzyskanej w trakcie wywiadów zogniskowanych. Kwestionariusz został zbudowany w odniesieniu do odbytych z przedstawicielami instytucji dyskusji. W ramach ostatniego etapu badania zebrano od przedstawicieli 60 instytucji dane dotyczące realizowanych w ostatnich latach działań z zakresu promocji zdrowia i profilaktyki chorób i postrzeganych trudności w ich prowadzeniu, podejmowanej współpracy, zapotrzebowania na programy oraz na temat priorytetów działania w przyszłości.

Aby zapewnić zakładaną stopę zwrotu ankiet oraz umożliwić wzięcie udziału w badaniu także instytucjom, do których nie dysponowano kontaktem meilowym, równolegle prowadzone były ankiety telefoniczne. W ten sposób przeprowadzono 12 z 60 ankiet. Dzięki temu zapewniono większą kontrolę sytuacji badawczej, a tym samym uniknięcie błędów w zbieraniu informacji.

BIBLIOGRAFIA:

Babbie, E., Badania społeczne w praktyce, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2006.

Churchill, G.A., Badania marketingowe. Podstawy metodologiczne, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2002.

Maison, D., Noga-Bogomilski, A. [red.], Badania marketingowe. Od teorii do praktyki, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2007.

Tobiasz-Adamczyk B.: Wybrane elementy socjologii zdrowia i choroby. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2000.

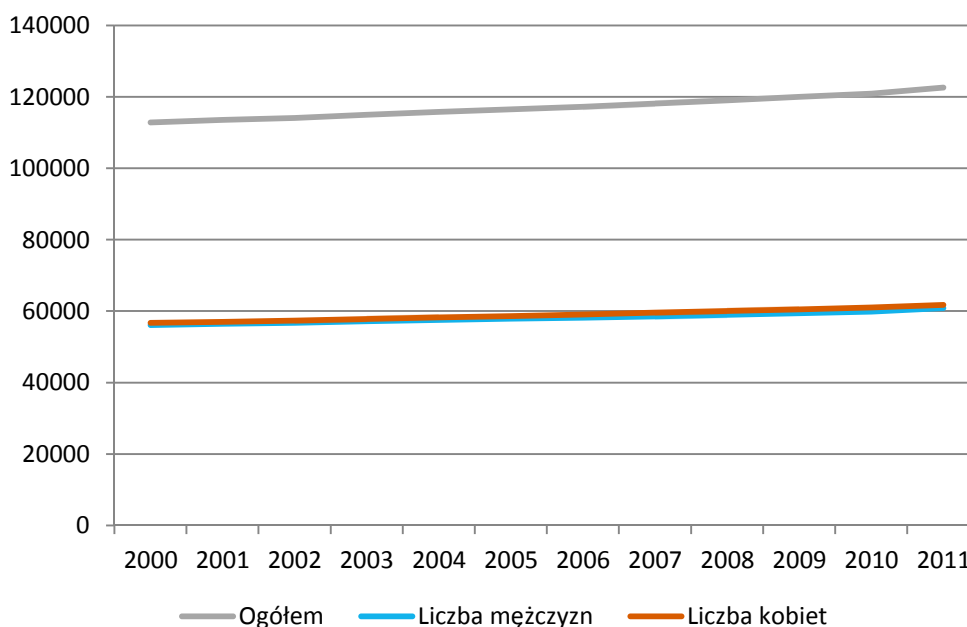
V. STAN ZDROWIA MIESZKAŃCÓW POWIATU MYŚLENICKIEGO

STRUKTURA LUDNOŚCI POWIATU MYŚLENICKIEGO

Według danych Głównego Urzędu Statystycznego, liczba ludności faktycznie zamieszkującej na terenie powiatu myślenickiego w 2011 roku wynosiła 122 599 osób, co stanowiło 3,7% mieszkańców Małopolski. Średnia gęstość zaludnienia wynosiła 182 osoby/km², co oznacza wzrost w porównaniu do 2005 r (169 os/km²).

Jak pokazuje wykres 1 liczba mieszkańców powiatu stale rośnie – w 2000 roku wynosiła 112 820, natomiast w 2011 – 122 599 (wzrost o 8,7%).

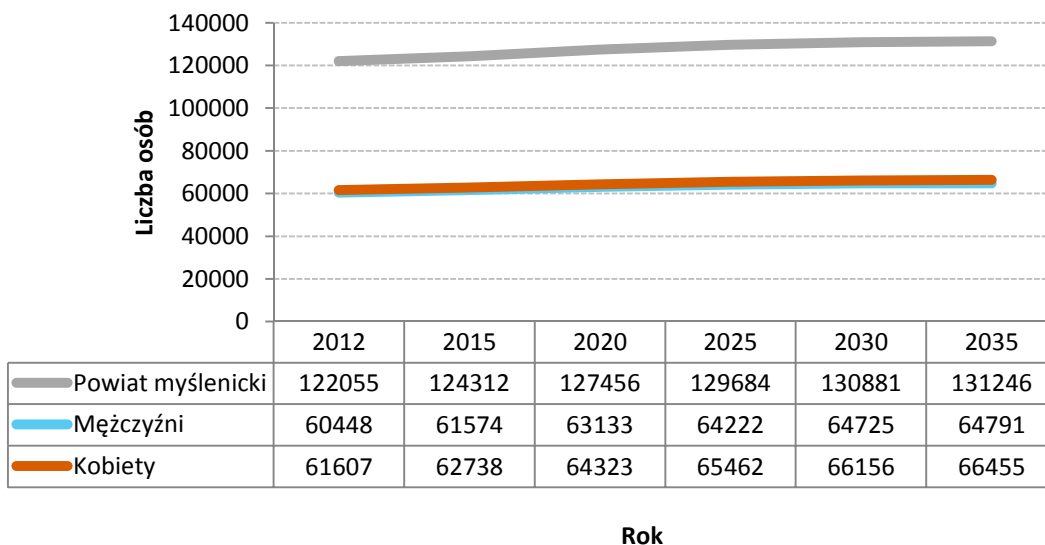
WYKRES 1. LICZBA MIESZKAŃCÓW POWIATU MYŚLENICKIEGO W LATACH 2000-2011



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Głównego Urzędu Statystycznego

Prognoza liczby ludności do 2035 r. wskazuje, że w kolejnych latach trend ten będzie się utrzymywał.

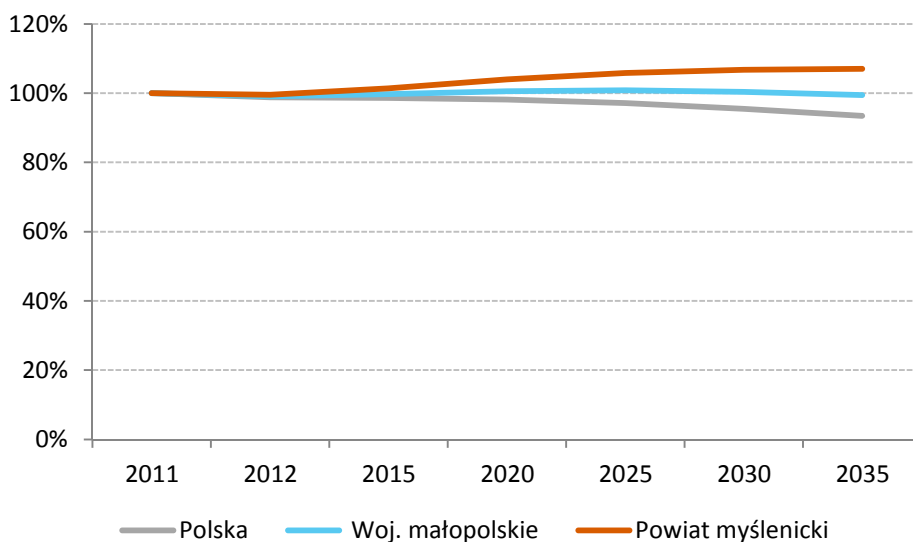
WYKRES 2. PROGNOZA LICZBY LUDNOŚCI POWIATU MYŚLENICKIEGO NA LATA 2012-2035



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Głównego Urzędu Statystycznego

Porównując prognozowaną liczbę ludności dla powiatu myślenickiego, województwa małopolskiego i Polski do 2035 r. można zauważyć, że sytuacja w powiecie jest najkorzystniejsza. Szacuje się, iż liczba mieszkańców stopniowo będzie wzrastać – w 2035 o 7% w porównaniu do 2011 r., podczas gdy w Małopolsce przewiduje się niewielkie wahania liczby ludności, a w Polsce z kolei – trend spadkowy (wykres 3).

WYKRES 3. PROCENTOWA ZMIANA LICZBY MIESZKAŃCÓW W LATACH 2011-2035 W POWIECIE MYŚLENICKIM, WOJ. MAŁOPOLSKIM I POLSCE (POSTAWA PROCENTOWANIA = ROK 2011)



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Głównego Urzędu Statystycznego

W 2011 r. mężczyźni stanowili 49,6% mieszkańców powiatu (60 821) a kobiety – 50,4% (61 778). Te proporcje odmiennie rozkładały się jednak biorąc pod uwagę miejsce zamieszkania – wśród mieszkańców miast przeważają kobiety (51,6%), na wsi natomiast liczba kobiet i mężczyzn była niemal równa.

TABELA 1. LUDNOŚĆ WEDŁUG FAKTYCZNEGO MIEJSCA ZAMIESZKANIA 31 XII 2011 ROKU

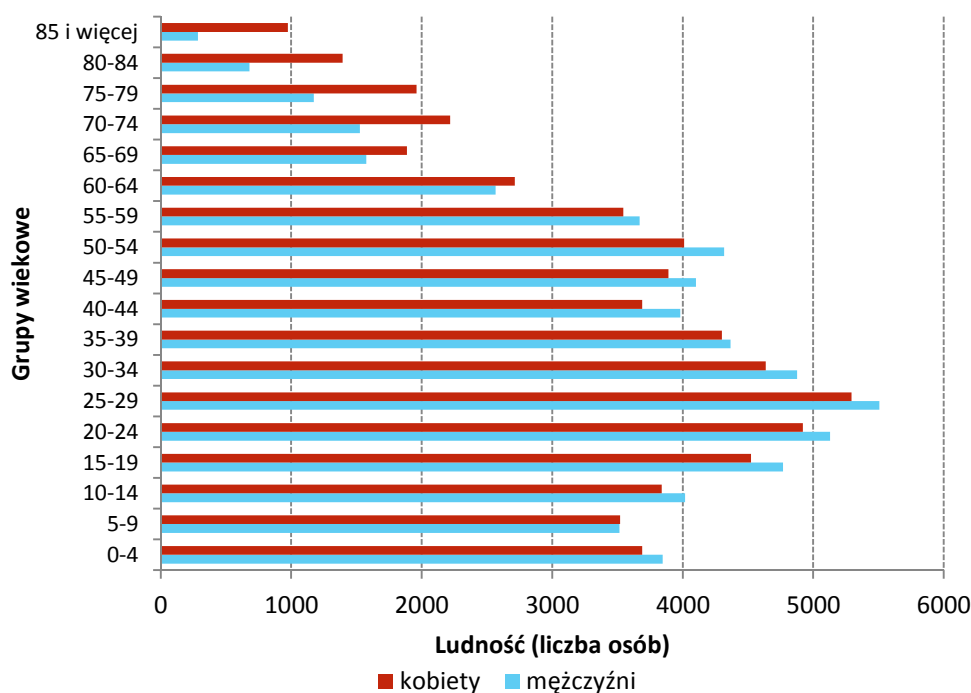
	Kobiety	Mężczyźni	Kobiety	Mężczyźni
	Wartość bezwzględna (os.)		Udział procentowy (%)	
Powiat myślenicki	61 778	60 821	50,4	49,6
Miasto	16 159	15 182	51,6	48,4
Wieś	45 619	45 639	49,99	50,01
Małopolska	1 722 741	1 624 055	51,5	48,5

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Głównego Urzędu Statystycznego

Współczynnik feminizacji w powiecie wynosił 101,6, co oznacza, że w 2011 na 100 mężczyzn przypadało średnio 101,6 kobiet. Stanowi to korzystniejszą sytuację w porównaniu do średniej dla Polski (106,6 kobiet na 100 mężczyzn) i Małopolski (106,1).

W powiecie począwszy od najmłodszej grupy wiekowej 0-4 do 55-59 więcej jest mężczyzn niż kobiet. W kolejnych, starszych grupach wiekowych, tendencja jest odwrotna – występuje wyraźna nadwyżka liczby kobiet, co wynika z większej umieralności mężczyzn. Charakterystyczne jest zjawisko feminizacji wśród osób starszych: kobiety stanowiły 59% osób w wieku powyżej 60 roku życia.

WYKRES 4. PIRAMIDA LUDNOŚCI POWIATU MYŚLENICKIEGO W 2010 ROKU

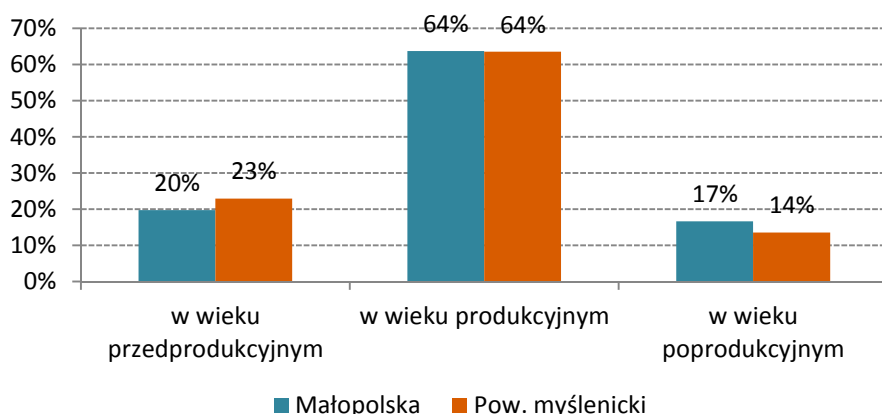


Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Głównego Urzędu Statystycznego

Struktura wiekowa ludności wg płci w 2010 roku miała charakter regresywny. Osoby starsze (powyżej 60 roku życia) stanowiły 16% ogółu ludności, co, biorąc pod uwagę skalę Rosseta⁵, wskazuje na stan „starości demograficznej” populacji powiatu.

Analizując strukturę ludności powiatu myślenickiego pod kątem aktywności ekonomicznej, można zauważyć, iż jest ona trochę korzystniejsza niż struktura ludności Małopolski. Osoby w wieku produkcyjnym stanowią 64% populacji powiatu, w wieku przedprodukcyjnym (do 17 roku życia) – 23% (w województwie 20%), natomiast w wieku poprodukcyjnym – 14% (w województwie – 17%).

WYKRES 5. LUDNOŚĆ POWIATU MYŚLENICKIEGO I WOJEWÓDZTWA MAŁOPOLSKIEGO WEDŁUG AKTYWNOŚCI EKONOMICZNEJ W 2010 ROKU



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Głównego Urzędu Statystycznego

Dobrze zobrazują to zjawisko wskaźniki obciążenia demograficznego. W powiecie na 100 osób w wieku produkcyjnym przypadało 36 osób w wieku przedprodukcyjnym, natomiast w województwie – 31. Z kolei współczynnik obciążenia demograficznego osobami w wieku poprodukcyjnym pokazuje, że w powiecie na 100 osób w wieku produkcyjnym przypadało 21 osób w wieku poprodukcyjnym, podczas gdy w Małopolsce – 26. Wskazuje to na dość korzystną sytuację powiatu w skali województwa.

OCZEKIWANA DŁUGOŚĆ ŻYCIA

Oczekiwana średnia długość życia⁶ w województwie stopniowo się wydłuża – wg danych GUS z 2004 r. średnią długość życia kobiet w Małopolsce szacowano na 80,2 lata, mężczyzn natomiast 72 lata⁷. W 2011 r. oczekiwana długość życia mężczyzn wzrosła do 73,9 lat dla mężczyzn, i do 81,7 dla kobiet.

⁵ Skala starości demograficznej bazuje na wskaźniku udziału ludzi starszych (powyżej 60 roku życia) w danej populacji. Jeśli odsetek ten udział przekracza 12% populacja klasyfikowana jest jako stara demograficznie.

⁶ Oczekiwana długość życia w wieku 0 lat to liczba lat jaką ma do przeżycia noworodek przy założeniu stałego poziomu umieralności z okresu, dla którego opracowano tablice trwania życia.

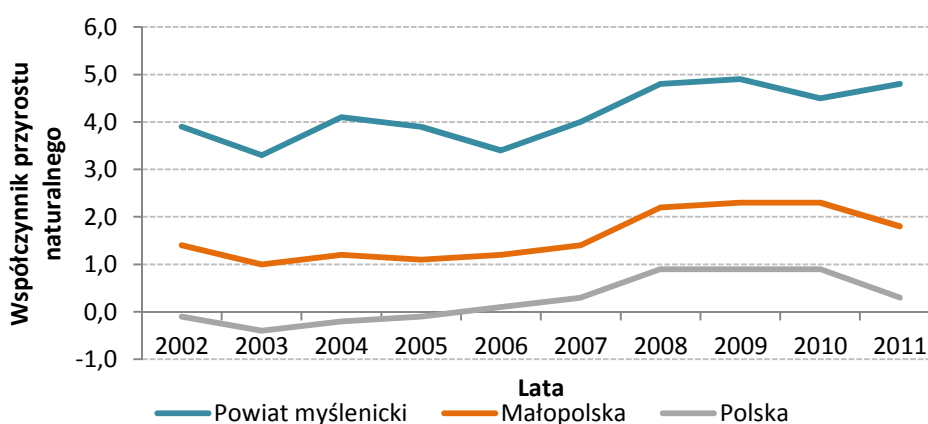
⁷ Brak danych dla powiatu myślenickiego.

W Polsce te wartości zarówno dla kobiet jak i dla mężczyzn są niższe: średnią długość życia kobiet w 2011 r. szacuje się na 80,9 lat, natomiast mężczyzn – 72,4 lata.

PRZYROST NATURALNY

Przyrost naturalny⁸ w powiecie w 2011 roku w przeliczeniu na 1000 mieszkańców wynosił 4,8. W tym samym okresie w skali kraju był on równy 0,3, a w województwie 1,8. Analizując zmiany współczynnika od 2000 roku można zauważyć, że wzrosty i spadki jego wartości następują w tych samych latach zarówno w powiecie, województwie jak i kraju. Jednocześnie sytuacja w powiecie jest dużo korzystniejsza – od 2008 roku wartość przyrostu przekracza 4,5 promila.

WYKRES 6. WARTOŚĆ WSPÓŁCZYNNIKA PRZYROSTU NATURALNEGO W LATACH 2002-2011



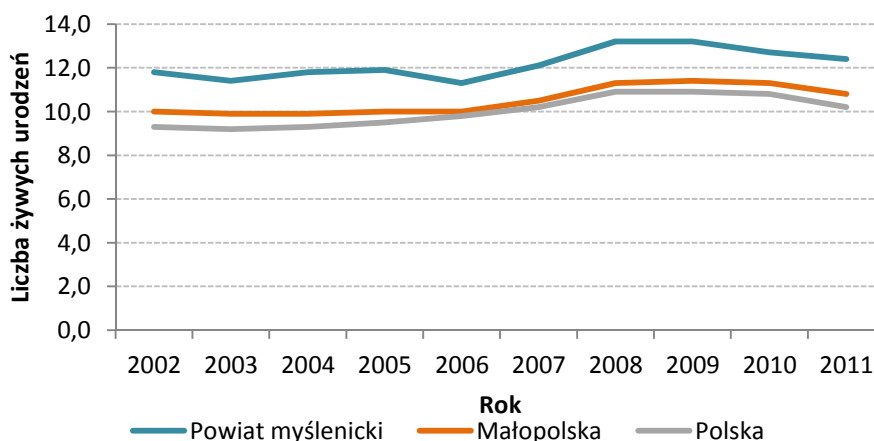
Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Głównego Urzędu Statystycznego

⁸Wg definicji GUSu to różnica między liczbą urodzeń żywych a liczbą zgonów w danym okresie.

URODZENIA ŻYWE

Liczba żywych urodzeń przeliczana na 1000 osób jest w powiecie myślenickim wyższa od średnich wojewódzkich i ogólnopolskich. W 2011 r. w powiecie rodziło się średnio 12,4 dzieci na 1000 mieszkańców, podczas gdy w Małopolsce ta wartość wynosiła 10,8, a w Polsce zaś 10,2. Najwyższe wskaźniki liczby urodzeń zaobserwowano w latach 2008-09, natomiast od 2010 możliwe, iż rozpoczęła się tendencja spadkowa (trend wspólny dla powiatu, województwa, kraju).

WYKRES 7. LICZBA ŻYWYCH URODZEŃ W PRZELICZENIU NA 1000 MIESZKAŃCÓW W LATACH 2002-2011

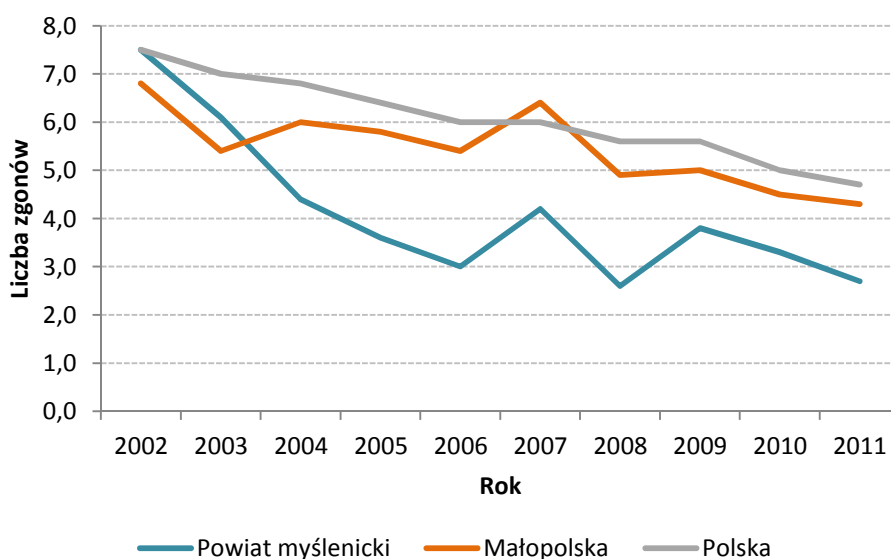


Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Głównego Urzędu Statystycznego

UMIERALNOŚĆ NIEMOWLĄT

Wskaźnik umieralności niemowląt to liczba zgonów niemowląt na 1000 urodzeń żywych. Na jego wysokość wpływ mają zarówno czynniki genetyczne, jakość opieki nad matką i dzieckiem oraz choroby rozpoczynające się w okresie okołoporodowym. Trendy spadkowe umieralności niemowląt są obserwowane w Polsce od kilkunastu lat. Umieralność niemowląt w powiecie myślenickim także obniża się – w 2002 r. wynosiła 7,5 natomiast w 2011 już 2,7 na 1000 urodzeń żywych. W konsekwencji obserwuje się m.in. zwiększanie się oczekiwanej długości życia.

WYKRES 8. LICZBA ZGONÓW NIEMOWLĄT NA 1000 URODZEŃ ŻYWYCH W LATACH 2002-2011



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Głównego Urzędu Statystycznego

Obserwowane znaczne fluktuacje współczynnika umieralności niemowląt w latach 2005-2008 mogą być efektem małych liczb (liczba zgonów w tak małej populacji niemowląt waha się od kilku do kilkunastu), dlatego współczynnik należy oceniać w ujęciu wieloletnim i analizować główne trendy.

ZAPADALNOŚĆ NA CHOROBY WŚRÓD MIESZKAŃCÓW POWIATU MYŚLENICKIEGO

CHOROBY CYWILIZACYJNE

Choroby cywilizacyjne to schorzenia będące negatywnym skutkiem szybkiego rozwoju cywilizacyjnego świata. Zalicza się do nich m.in.:

- choroby sercowo – naczyniowe (nadciśnienie tętnicze, choroba wieńcowa, zawał serca, miażdżyca)
- choroby układu oddechowego
- otyłość
- cukrzycę
- nowotwory
- osteoporozę
- choroby przewodu pokarmowego
- choroby alergiczne
- problemy psychologiczne (alkoholizm, narkomania, anoreksja, bulimia, depresja).

Dane o liczbie osób objętych leczeniem ze względu na schorzenia przewlekłe, zawarte w niniejszym podrozdziale, opracowane zostały na podstawie publikacji „Zabezpieczenie opieki zdrowotnej na terenie województwa małopolskiego w 2010 roku” oraz „Biuletynu statystycznego ochrony zdrowia

województwa małopolskiego za 2009 rok”. Opierają się one o dane dot. stanu zdrowia osób w wieku 0-18 lat oraz 19 lat i więcej, będących pod opieką lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej zbieranych w sprawozdaniu MZ-11. Należy mieć jednak świadomość, że dane te mogą być obciążone błędami wynikającymi z niezgłaszaniem się części chorych do zakładów opieki zdrowotnej (czyli posiadane informacje pokazują liczbę osób, u których wykryto chorobę) oraz niedokładnością prowadzonych statystyk (np. brak informacji od części zakładów opieki zdrowotnej).

W 2010 r. w powiecie myślenickim pod opieką lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej było 15 217 osób w wieku 19 lat i więcej, u których stwierdzono schorzenia przewlekłe. Oznacza to nieznaczny wzrost w stosunku do roku poprzedniego, kiedy to objętych leczeniem z powodu schorzeń przewlekłych było o 158 osób mniej (15 059).

TABELA 2. STAN ZDROWIA OSÓB POWYŻEJ 19 ROKU ŻYCIA, BEDACYCH POD OPIEKĄ LEKARZA PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ, W PUBLICZNYCH I NIEPUBLICZNYCH ZAKŁADACH OPIEKI ZDROWOTNEJ ORAZ PRAKTYKACH LEKARSKICH

	Osoby w wieku powyżej 19 r.ż. leczone z powodu chorób		Liczba osób objętych leczeniem na 10 tys. mieszkańców powyżej 19 r.ż.	Osoby w wieku powyżej 19 r.ż. leczone z powodu chorób		Liczba osób objętych leczeniem na 10 tys. mieszkańców powyżej 19 r.ż.
	Powiat myślenicki			Województwo małopolskie		
Nowotwory	462	51		25147	97	
Choroby tarczycy	900	99		44371	171	
Cukrzyca	1722	190		86067	331	
Choroby obwodowego układu nerwowego	1342	148		62800	241	
Choroby układu krążenia	8686	957		392738	1510	
Nieżyt i dychawica oskrzelowa	1423	157		57437	221	
Choroby układu trawiennego	1169	129		79107	304	
Choroby układu mięśniowo-kostnego i tkanki łącznej	1978	218		145243	558	

Źródło: obliczenia własne na podstawie danych Narodowego Funduszu Zdrowia zawartych w publikacji „Zabezpieczenie opieki zdrowotnej na terenie województwa małopolskiego w 2010 roku”, Sprawozdanie MZ-11

Na podstawie danych zawartych w tabeli 2 można zauważyć, że wskaźniki liczby osób będących pod opieką lekarza z powodu wszystkich wskazanych chorób wśród mieszkańców powiatu myślenickiego są niższe niż średnie wskaźniki dla województwa małopolskiego. Największa różnica występuje przy wskaźnikach leczonych z powodu chorób układu trawiennego oraz chorób układu mięśniowo-kostnego i tkanki łącznej – w powiecie są one ponad dwukrotnie niższe niż w województwie.

Przyjrzyjmy się teraz sytuacji zdrowotnej dzieci i młodzieży do 18 roku życia. Tabela 3 przedstawia liczbę dzieci i młodzieży w wieku 0-18 lat będących pod opieką lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej w zakładach publicznych, niepublicznych oraz praktykach lekarskich na terenie powiatu myślenickiego oraz województwa małopolskiego w 2009 r. (brak dostępu do nowszych danych). Aby umożliwić porównanie częstotliwości występowania schorzeń pomiędzy powiatem i średnią dla województwa zamieszczono wskaźniki w przeliczeniu na 10 tys. dzieci w wieku 0-18 lat.

TABELA 3. WSKAŹNIKI SYTUACJI ZDROWOTNEJ DZIECI W POWIECIE MYŚLENICKIM I WOJEWÓDZTWIE MAŁOPOLSKIM W 2009 ROKU (DZIECI W WIEKU 0-18 LAT)

	Dzieci w wieku 0-18 lat leczone z powodu chorób		Liczba objętych leczeniem na 10 tys. dzieci w wieku 0-18 lat		Dzieci w wieku 0-18 lat leczone z powodu chorób		Liczba objętych leczeniem na 10 tys. dzieci w wieku 0-18 lat	
	Powiat myślenicki				Województwo małopolskie			
Otyłość	410		136		12 295		174	
Niedożywienie	329		109		22 683		320	
Nowotwory	13		4		740		10	
Niedokrwistość	185		61		4 511		64	
Choroby tarczycy	114		38		3 728		53	
Cukrzyca	31		10		1 027		14	
Upośledzenie umysłowe	69		23		2 515		35	
Padaczka	170		56		3 848		54	
Dziecięce porażenie mózgowe	33		11		1 370		19	
Zaburzenia refrakcji i akomodacji oka	1217		404		32 175		454	
Astma oskrzelowa	799		265		18 636		263	
Alergie skórne	397		132		11 774		166	
Zniekształcenia kręgosłupa	2000		664		44 414		627	
Choroby układu moczowego	248		82		4 813		68	
Wady rozwojowe układu krążenia	117		39		2 822		40	
Zaburzenia rozwoju	395		131		12 187		172	
Trwałe uszkodzenia narządu ruchu	34		11		1 448		20	

Źródło: obliczenia własne na podstawie danych Głównego Urzędu Statystycznego i Biuletynu statystycznego ochrony zdrowia województwa małopolskiego za 2009 rok, Sprawozdanie MZ-11

Najczęściej występującymi dolegliwościami wśród dzieci i młodzieży z terenu powiatu myślenickiego w 2009 r były:

- Zniekształcenia kręgosłupa – 2000
- Zaburzenia refrakcji i akomodacji oka (wady wzroku) – 1217
- Astma oskrzelowa - 799
- Otyłość – 410
- Alergie skórne – 397
- Zaburzenia rozwoju – 395
- Niedożywienie – 329.

Porównując wskaźniki występowania schorzeń w przeliczeniu na 10 tys. dzieci i młodzieży w powiecie myślenickim i na terenie województwa można wskazać trzy grupy chorób:

1. Częstotliwość występowania w powiecie myślenickim jest wyższa niż na terenie województwa małopolskiego:
 - Zniekształcenia kręgosłupa (664 – powiat, 627 – Małopolska)
 - Choroby układu moczowego (82 – powiat, 68 – Małopolska)
2. Częstotliwość występowania w powiecie myślenickim jest niższa niż na terenie województwa małopolskiego:
 - Niedożywienie (109 – powiat, 320 – Małopolska)
 - Zaburzenia refrakcji i akomodacji oka (404 – powiat, 454 – Małopolska)
 - Zaburzenia rozwoju (131 – powiat, 172 – Małopolska)
 - Otyłość (136 – powiat, 174 – Małopolska)
 - Alergie skórne (132 – powiat, 166 – Małopolska)
 - Choroby tarczycy (38 – powiat, 53 – Małopolska)
 - Upośledzenie umysłowe (23 – powiat, 35 – Małopolska)
 - Trwałe uszkodzenia narządu ruchu (11 – powiat, 20 – Małopolska)
 - Dziecięce porażenie mózgowe (11 – powiat, 19 – Małopolska)
 - Nowotwory (4 – powiat, 10 – Małopolska)
3. Częstotliwość występowania w powiecie myślenickim i na terenie województwa małopolskiego jest zbliżona:
 - Cukrzyca (10 – powiat, 14 – Małopolska)
 - Niedokrwistość (61 – powiat, 64 – Małopolska)
 - Wady rozwojowe układu krążenia (39 – powiat, 40 – Małopolska)
 - Padaczka (56 – powiat, 54 – Małopolska)
 - Dychawica oskrzelowa (265 – powiat, 263 – Małopolska)

W ramach projektu „Wdrożenie idei szkół promujących zdrowie na terenie Powiatu Myślenickiego poprzez realizację wybranych programów profilaktyki i promocji zdrowia” realizowanego przez Powiat Myślenicki w latach 2009-2010 przeprowadzono następujące programy profilaktyczne:

1. Program profilaktyki otyłości
2. Program profilaktyki próchnicy
3. Program profilaktyki wad postawy

4. Program profilaktyki i radzenia sobie ze stresem
5. Program profilaktyki raka piersi.

W każdym z nich prowadzono badania przesiewowe, które miały zdiagnozować problemy i schorzenia u dzieci ze szkół podstawowych, gimnazjalnych i ponadgimnazjalnych (w zależności do jakiej populacji program został skierowany). W niniejszym raporcie, za zgodą Starostwa Powiatowego w Myślenicach, umieszczono wyniki badań, aby zobrazować skalę problemów zdrowotnych u dzieci na terenie powiatu myślenickiego.

TABELA 4. PROGRAM PROFILAKTYKI WAD POSTAWY SKIEROWANY DO DZIECI W WIEKU 7-10 LAT

GMINA	DZIECI OBJĘTE BADANIEM	DZIECI SKIEROWANE NA GIMNASTYKĘ KOREKCYJNĄ	DZIECI SKIEROWANE DO LECZENIA		
	Liczba	Liczba	Procent z ogółu przebadanych dzieci	Liczba	Procent z ogółu przebadanych dzieci
Lubień	501	317	63%	15	3%
Pcim	510	355	70%	32	6%
Siepraw	296	209	71%	9	3%
Sułkowice	533	382	72%	37	7%
Tokarnia	340	296	87%	7	2%
Wiśniowa	295	212	72%	17	6%
OGÓŁEM	2475	1771	72%	117	5%

Źródło: Wydział Ochrony i Promocji Zdrowia Starostwa Powiatowego w Myślenicach

W programie profilaktyki wad postawy w latach 2009-2010 badaniem objętych zostało 2475 dzieci w wieku 7-10 lat ze szkół w 6 gminach na terenie powiatu myślenickiego: Lubień, Pcim, Siepraw, Sułkowice, Tokarnia i Wiśniowa. Po wykonaniu badań lekarskich 1771 dzieci (72%) zostało skierowanych na gimnastykę korekcyjną, natomiast 177 (5%) – do dalszego leczenia. Najmniejszy odsetek dzieci skierowanych na gimnastykę było w gminie Lubień (63%), najwięcej – w Tokarni (87%).

Program skierowany do młodzieży w wieku 16-18 lat dotyczył profilaktyki radzenia sobie ze stresem. Uczniowie szkół objętych programem uzupełniali test, który miał sprawdzać ich poziom wiedzy na temat stresu i umiejętności radzenia sobie ze stresem.

TABELA 5. PROGRAM PROFILAKTYKI RADZENIA SOBIE ZE STRESEM SKIEROWANY
DO MŁODZIEŻY W WIEKU 16-18 LAT

STYL RADZENIA SOBIE ZE STRESEM	LICZBA OSÓB	% z CAŁOŚCI
Aktywny	360	10%
Aktywne poszukiwanie emocjonalnego wsparcia	801	23%
Poczucie humoru	161	5%
Unikanie	543	15%
Waleczność	408	11%
Akceptacja	191	5%
Używki	42	1%
Duchowość	91	3%
Różnorodne	960	27%
OGÓŁEM	3557	100%

Źródło: Wydział Ochrony i Promocji Zdrowia Starostwa Powiatowego w Myślenicach

Wyniki zamieszczone powyżej pokazują odsetek osób, u których zdiagnozowano wskazane style radzenia sobie ze stresem. Najczęściej stosowanym sposobem jest aktywne poszukiwanie emocjonalnego wsparcia (23% osób), unikanie (15%), waleczność (11%). W podsumowaniu realizacji programu zamieszczonym na stronie Starostwa Powiatowego⁹ koordynatorka omawia najważniejsze wyniki zwracając uwagę na różnice między dziewczętami i chłopcami:

- „wśród dziewczyn najczęściej stosowanym stylem radzenia sobie ze stresem jest aktywne poszukiwanie emocjonalnego wsparcia.
- wśród chłopców dominuje waleczność, bardzo optymalna w relacjach partnerskich, wykorzystywana pozytywnie w zdrowej rywalizacji np. sportowej. Natomiast w relacjach „skośnych”, gdy status między osobami w relacji nie jest równy np. uczeń-nauczyciel, przynosi złe rezultaty
- unikanie, częste dla obu płci, wynika z dużego poczucia lęku, bezradności, niskiego poczucia własnej wartości, kompetencji, umiejętności wyrażania uczuć, zachowań asertywnych. Czasami chroni Ego przed kompromitacją i porażką
- styl aktywny – często stosowany przez osoby żyjące w stresie, gdzie stres motywuje je do działania. Gdy bodźce są dla nich zbyt słabe nudzą się, nie mają osiągnięć
- poczucie humoru – młodzi nie umieją się śmiać sami z siebie, są nadwrażliwi, wszelkie żarty, uwagi odbierają dosłownie
- akceptacja rozumiana jako pogodzenie się z problemem i silna motywacja do pracy, aby osiągnąć lepsze rezultaty rzadko się zdarza. Jeśli już są to jednostki charyzmatyczne. Często się jednak wypalają
- używki rzadko wybierane jako podstawowy styl preferencyjny często stosowany w następnych wyborach. Potrzeba przekazania wiedzy na temat działania narkotyków, alkoholu, dopalaczy, lecz na budowaniu systemów wartości, planowaniu celów, kształtowaniu odpowiedzialności, więzi miłości w zdrowym stylu życia

⁹ <http://www.myslenicki.pl/pl/content/view/358/61/>

- duchowość rzadko stosowana w trudnych sytuacjach przez młodych ludzi. Jest utożsamiana z religijnością i pobożnością, wrażliwością estetyczną, a nie ze zdolnością zrozumienia samego siebie, optymalnego systemu wartości, sensu życia”.

W programie profilaktyki otyłości badaniom poddano 1069 dzieci ze szkół podstawowych (7-10 lat) – polegały one na pomiarze wzrostu i masy ciała. Następnie, w celu określania częstotliwości występowania nadwagi i otyłości, policzono wskaźnik masy ciała BMI (*Body Mass Index*). Jest to oznaczenie masy ciała, które umożliwia obiektywną ocenę wagi oraz sprawdzenie, czy utrzymuje się ona w normie. Wyniki pomiarów przedstawia tabela 6.

TABELA 6. PROGRAM PROFILAKTYKI OTYŁOŚCI SKIEROWANY DO DZIECI W WIEKU 7-10 LAT

	Chłopcy				Dziewczęta			
Gmina	Liczba	BMI	Wiek	centyl	Liczba	BMI	Wiek	Centyl
Myślenice	191	17,23	8,88	50-75	212	17,00	8,89	50-75
Dobczyce	50	18,48	8,90	75-85	48	17,35	8,98	50-75
Sułkowice	80	17,34	8,96	50-75	90	17,45	8,95	50-75
Raciechowice	31	17,97	9,19	50-75	22	16,84	9,00	50-75
Lubień	23	17,32	9,03	50-75	33	16,66	9,16	50-75
Pcim	44	17,06	8,99	50-75	41	16,85	8,90	50-75
Siepraw	22	16,84	8,90	50-75	37	16,96	9,02	50-75
Tokarnia	61	17,54	8,81	50-75	72	17,55	8,86	50-75

Źródło: Wydział Ochrony i Promocji Zdrowia Starostwa Powiatowego w Myślenicach

Jak wskazują średnie wartości wskaźnika BMI policzone dla chłopców i dziewcząt, w większości miejscowości wyniki mieszczą się w przedziale 17-18,5 co jest raczej prawidłową masą ciała w stosunku do wzrostu. Należy jednak zauważyć, że wg interpretacji Światowej Organizacji Zdrowia takie wartości wskazują, że może wystąpić niedożywienie. Z kolei klasyfikacja Ferro Luzzi’ego określa te wartości jako stopień przewlekłego niedoboru energii. Jedynie wśród chłopców z gminy Dobczyce wynik BMI jest w normie 18,5-24,9.

Wartości BMI powyżej 85 centyla wskazuje na zbyt dużą masę ciała w stosunku do wzrostu (nadwaga) – w przebadanej populacji stwierdzono, że występuje ona u co 4 ucznia (24,88%).

Program profilaktyki raka piersi skierowany był do uczennic klas trzecich ze szkół ponadpodstawowych z powiatu myślenickiego. Przed udziałem w warsztatach dot. raka piersi i profilaktyki tego nowotworu uczestniczki wypełniały ankietę badającą ich wiedzę w tych zakresach. Podsumowanie badania pokazuje tabela 7.

TABELA 7. PROGRAM PROFILAKTYKI RAKA PIERSI SKIEROWANY DO UCZENNIC W KLASACH III SZKÓŁ
PONADGIMNAZJALNYCH (2009-2010 R.)

	Liczba (os.)	Procent (%)
Wyniki ankiety badającej wiedzę na temat raka piersi przed udziałem w programie		
Pełny zakres wiedzy w zakresie raka piersi	54	11
Zadawalający (częściowy) zakres wiedzy na temat raka piersi	313	66
Całkowity brak wiedzy na temat raka piersi	117	24
Ogółem	484	100
Wyniki ankiety badającej wiedzę na temat profilaktyki raka piersi przed udziałem w programie		
Pełny zakres wiedzy w zakresie profilaktyki raka piersi	105	25
Zadawalający (częściowy) zakres wiedzy w zakresie raka piersi	272	64
Całkowity brak wiedzy na temat raka piersi	48	11
Ogółem	425	100

Źródło: Wydział Ochrony i Promocji Zdrowia Starostwa Powiatowego w Myślenicach

Wyniki ankiety wskazują, że przeważnie uczennice mają częściową, choć zadowalającą, wiedzę o raku piersi (66%), jednak stosunkowo duży odsetek wypełniających ankietę – 24% – nic nie wie na ten temat. Lepiej wygląda stopień poinformowania uczennic o profilaktyce raka – 64% ma zadowalający zakres wiedzy, 25% – pełny, a jedynie 11% – brak wiedzy w tym zakresie.

CHOROBY ZAKAŻNE

Podstawą oceny sytuacji epidemiologicznej chorób zakaźnych są dane o zachorowaniach gromadzone przez Wojewódzką Stację Sanitarno-Epidemiologiczną w Krakowie w ramach prowadzonego przez Inspekcję Sanitarną nadzoru epidemiologicznego. Zachorowania na choroby zakaźne zgłaszane są do Powiatowych Stacji Sanitarno-Epidemiologicznych przez podmioty lecznicze. Niniejszy podrozdział dotyczący zapadalności na choroby zakaźne powstał na podstawie informacji zawartych w publikacji „Stan sanitarny Małopolski w 2011 r.”¹⁰.

GRYPA¹¹

W 2011 roku do Inspekcji Sanitarnej woj. małopolskiego zgłoszono łącznie 141 513 zachorowań na grypę i infekcje grypopodobne tj. blisko trzykrotnie więcej w porównaniu z rokiem poprzednim. Wskaźnik zapadalności liczony na 100 000 mieszkańców wynosił 4 275 i był wyższy od notowanego w tym samym okresie w Polsce – 3 026 chorych na 100 000 mieszkańców. 38% z ogólnej liczby zgłoszonych zachorowań (53 865 przypadków) dotyczyło dzieci do lat 14. Zapadalność w tej grupie wiekowej wyniosła 10 239 i była wyższa od notowanej w tej samej grupie wiekowej w Polsce (8 680/100 000).

¹⁰ Ze względu na brak danych źródłowych posłużono się wykresami z publikacji oraz, na ich podstawie, oszacowano wartość wskaźników zachorowań.

¹¹ Brak danych dla powiatu myślenickiego.

Mimo kampanii społecznych promujących szczepienia przeciwko grypie, Polacy w niewielkim stopniu korzystają z tej formy profilaktyki. W Małopolsce w roku 2011 zaszczepionych zostało 81 659 osób, co stanowi 2,5 % mieszkańców województwa.

WIRUSOWE ZAPALENIE WĄTROBY (WZW)¹²

Od kilku lat w woj. małopolskim zachorowania na WZW a notowane są sporadycznie. w 2011 roku zgłoszono 7 zachorowań (o 1 więcej niż w 2010 r.). Zapadalność w przeliczeniu na 100 000 mieszkańców wyniosła 0,2 i była równa zapadalności w Polsce.

Zachorowania na WZW B w woj. małopolskim utrzymują się od kilku lat na zbliżonym poziomie. w 2011 roku zarejestrowano łącznie 16 nowych zachorowań (2010 r. – 27). W przeliczeniu na 100 000 mieszkańców liczba zgłoszonych zachorowań wyniosła 0,5 i była znacząco niższa od zanotowanej w tym okresie w Polsce (4,1).

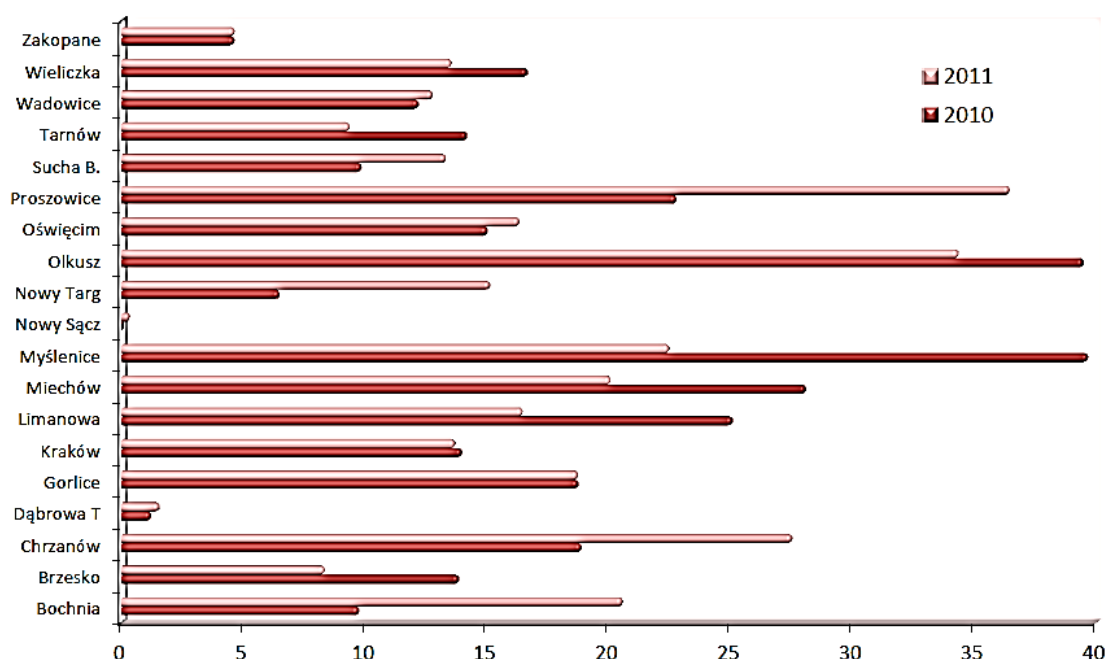
Po 2008 r. nastąpił spadek liczby zgłaszanych zachorowań na WZW C, co najprawdopodobniej wynika ze zniesienia obowiązku zgłaszania przez laboratoria dodatnich wyników badań w kierunku wirusowych zapaleń wątroby. W 2011 r. w Małopolsce wykryto 30 zakażeń HCV, o 9 mniej niż w roku poprzednim.

GRUŹLICA

W 2011 roku w woj. małopolskim zarejestrowano 547 nowych zachorowań na gruźlicę, co w przeliczeniu na 100 000 mieszkańców daje wskaźnik zapadalności na poziomie 16,5. W powiecie myślenickim wskaźnik ten był wyższy i wynosił 22,5. W roku 2010 r. zanotowano natomiast 40 zachorowań na 100 000 mieszkańców – był to najwyższy wskaźnik wśród powiatów Małopolski. Wśród mieszkańców, u których wykryto gruźlicę, przeważali emeryci/renciści.

¹² Brak danych dla powiatu myślenickiego.

WYKRES 9. ZAPADALNOŚĆ (NA 100 000) NA GRUŻLICĘ W POWIATACH WOJ. MAŁOPOLSKIEGO

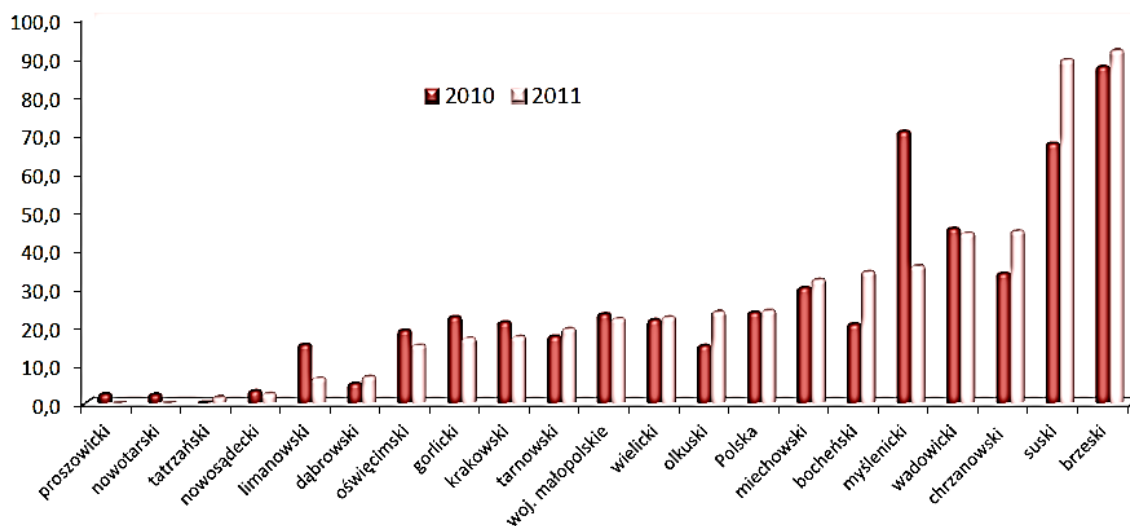


Źródło: Stan sanitarny Małopolski w 2011 r

BORELIOZA

Zapadalność na boreliozę w powiecie myślenickim na przestrzeni ostatnich lat była jedną z wyższych w województwie. W 2010 r. wskaźnik ten wynosił ponad 70 zachorowań na 100 000 mieszkańców, a w 2011 – blisko 40 (przy średniej dla województwa wynoszącej odpowiednio: 23 i 22).

WYKRES 10. BORELIOZA W POWIATACH WOJ. MAŁOPOLSKIEGO I W POLSCE W LATACH 2010-2011 (ZAPADALNOŚĆ NA 100 000 MIESZKAŃCÓW)

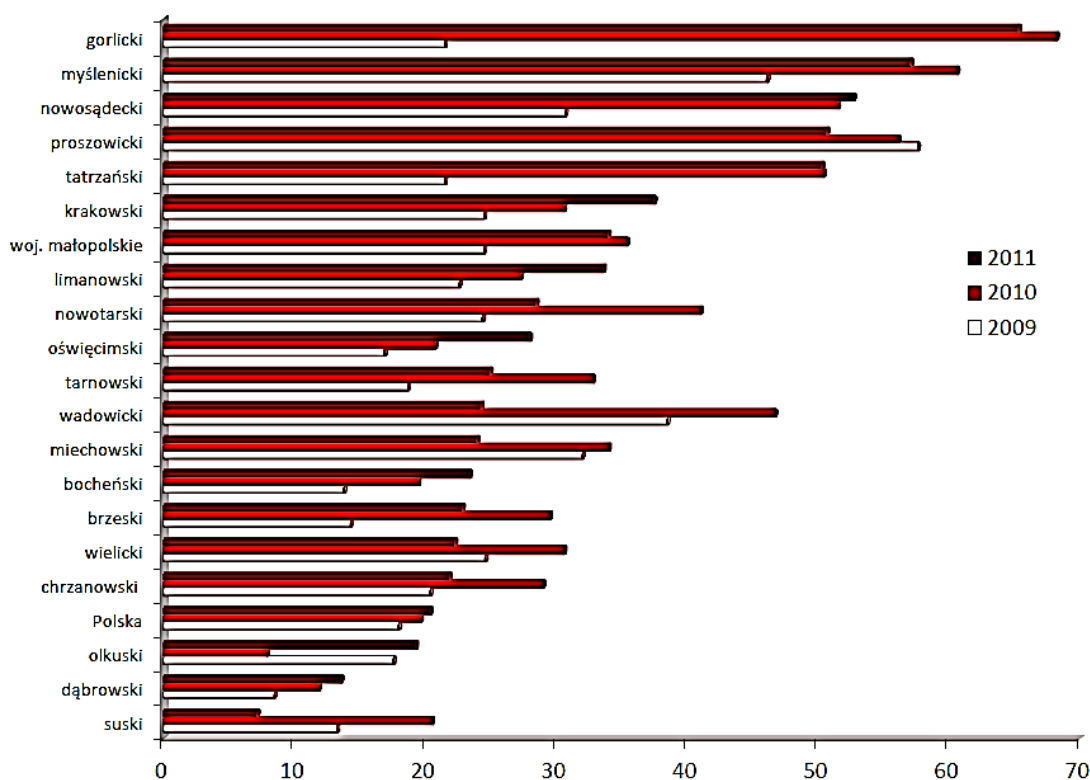


Źródło: Stan sanitarny Małopolski w 2011 r

WŚCIEKLIZNA

W 2011 roku nie zanotowano zachorowań ludzi na wściekliznę, profilaktycznie zaszczepiono natomiast 1126 mieszkańców województwa (ok. 33/100 000 mieszkańców). Powiat myślenicki od 2009 r. jest w czołówce biorąc pod uwagę wskaźnik zaszczepionych przeciwko wściekliznie na 100 000 mieszkańców – ok. 57 w 2011 r. i ok. 60 w 2010 r.

WYKRES 11. LICZBA ZASZCZEPIONYCH PRZECIWKO WŚCIEKLIZNIE W LATACH 2009-2011 (W PRZELICZENIU NA 100 000 MIESZKAŃCÓW)



Źródło: Stan sanitarny Małopolski w 2011 r

CHOROBY PRZENOSZONE DROGĄ PŁCIOWĄ

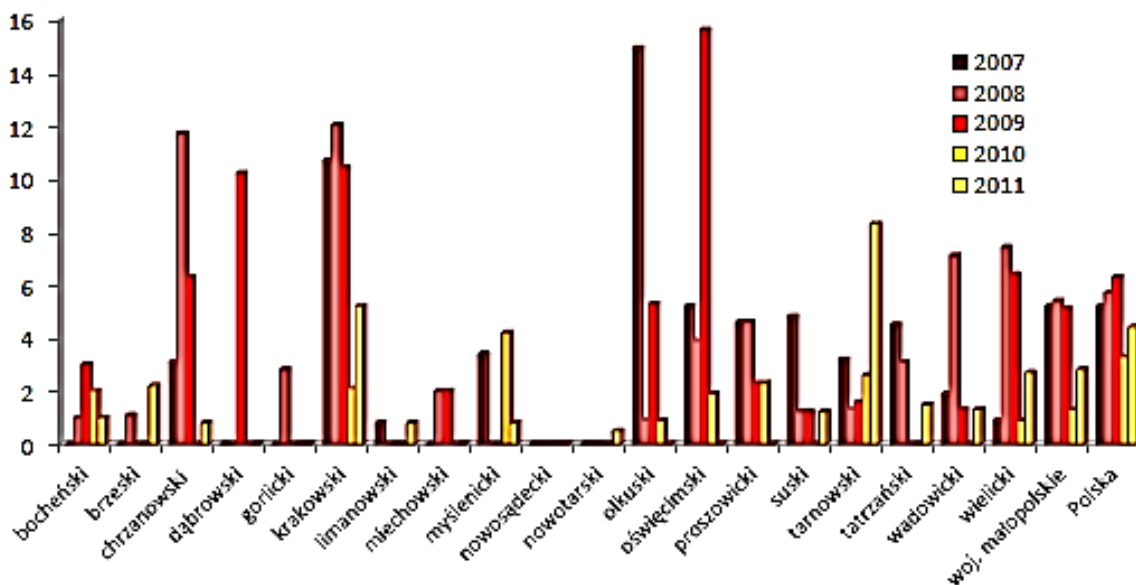
W 2011 roku do Wojewódzkiej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej zgłoszono 66 przypadków kiły (z tego dwa zanotowano w powiecie myślenickim) oraz 16 – rzeżączki. Jak wskazują informacje zawarte w publikacji „Stan sanitarny Małopolski w 2011 r.” można przypuszczać, że dane Inspekcji Sanitarnej o zachorowaniach na choroby przenoszone drogą płciową są niepełne, co najprawdopodobniej wynika z niedopełniania obowiązku ich zgłaszania przez lekarzy.

CHOROBY WIEKU DZIECIĘCEGO

KRZTUSIEC

W 2011 roku do Inspekcji Sanitarnej w woj. małopolskim zgłoszono 93 zachorowania na krztusiec – 2-krotnie więcej niż w roku poprzednim (45 - 2010 r.). Zapadalność na 100 000 mieszkańców wyniosła 2,8 w województwie, w powiecie myślenickim była natomiast jedną z niższych (0,5 na 100 000).

WYKRES 12. ZAPADALNOŚĆ (NA 100 000) NA KRZTUSIEC W POWIATACH WOJ. MAŁOPOLSKIEGO

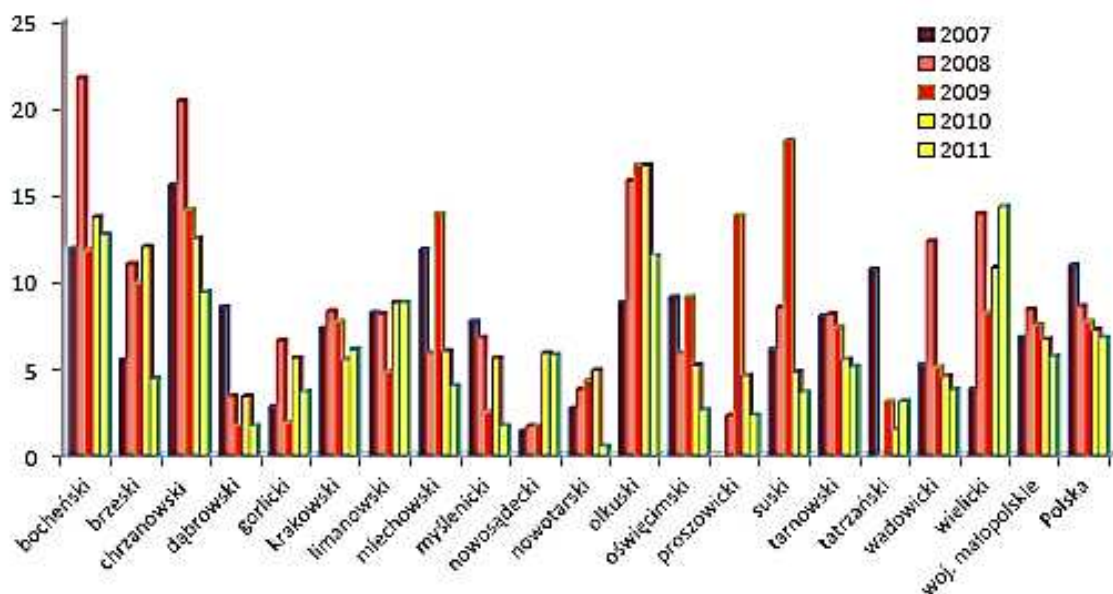


Źródło: Stan sanitarny Małopolski w 2011 r

ŚWINKA

Zapadalność na świnkę w skali województwa wyniosła w 2011 r 5,7 na 100 000 mieszkańców. W powiecie myślenickim wskaźnik ten był jednym z niższych – około 1,5 zachorowań na 100 000 mieszkańców.

WYKRES 13. ZAPADALNOŚĆ (NA 100 000) NA ŚWINKĘ W POWIATACH WOJ. MAŁOPOLSKIEGO

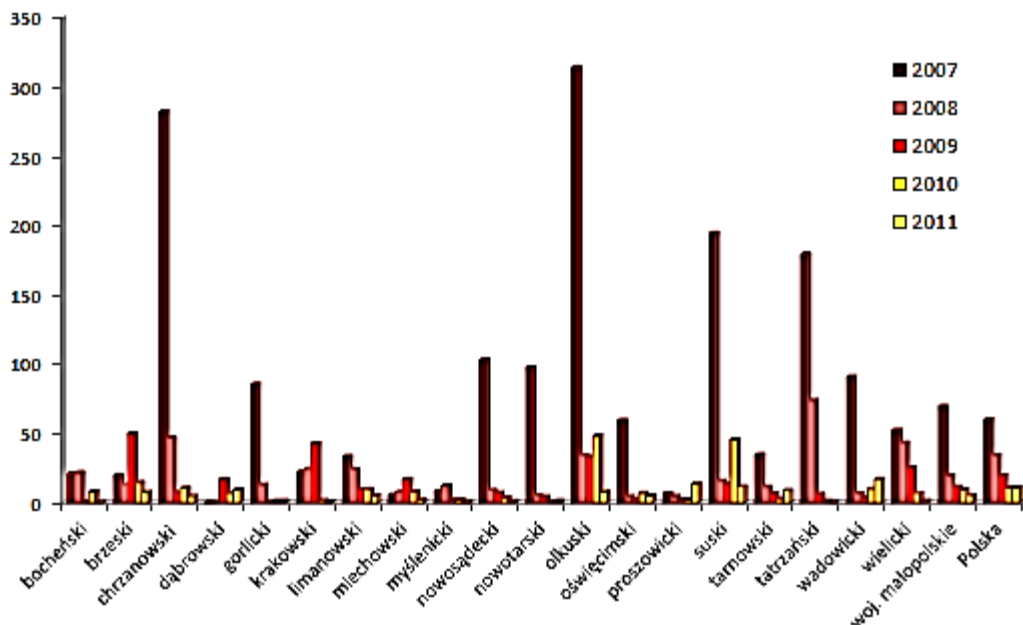


Źródło: Stan sanitarny Małopolski w 2011 r

RÓŻYCZKA

Liczba zachorowań na różyczkę w 2011 r. w Małopolsce wyniosła 5,5 na 100 000 mieszkańców. W powiecie myślenickim zapadalność od 2007 utrzymuje się na bardzo niskim poziomie, a w danym roku nie odnotowano żadnych zachorowań na różyczkę.

WYKRES 14. ZAPADALNOŚĆ (NA 100 000) NA RÓŻYCZKĘ W POWIATACH WOJ. MAŁOPOLSKIEGO

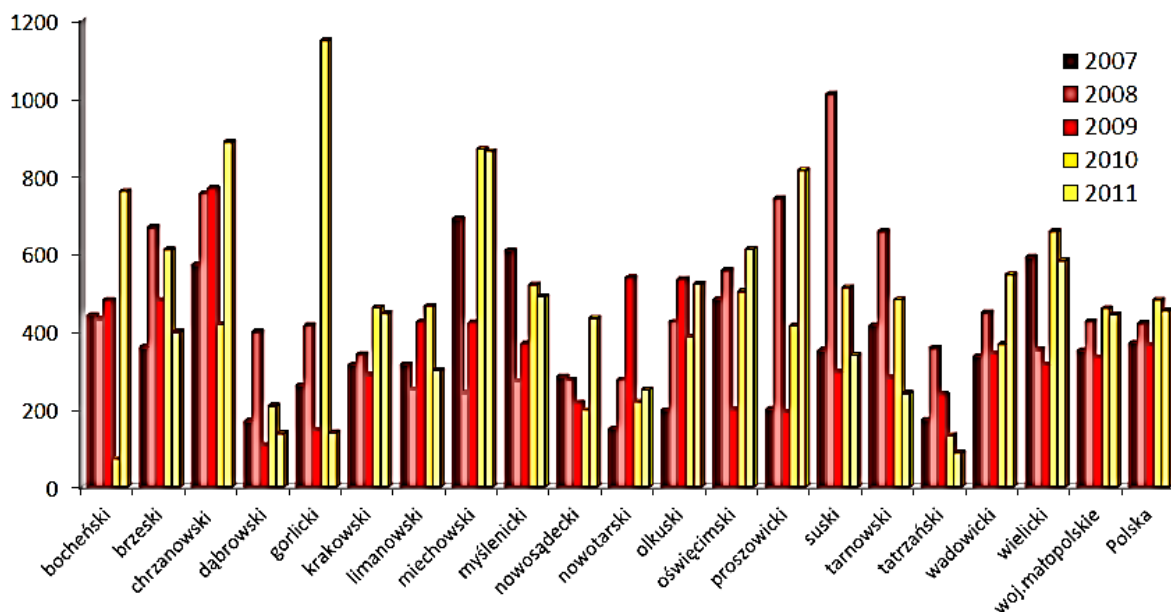


Źródło: Stan sanitarny Małopolski w 2011 r

OSPA WIETRZNA

Ospa wietrzna jest jedną z najczęściej występujących chorób zakaźnych. W 2011 roku w Małopolsce zarejestrowano 14 672 zachorowania, wskaźnik zapadalności wynosił 443 osoby na 100 000 ludności i należał do najwyższych na przestrzeni ostatnich dziesięciu lat. W powiecie myślenickim liczba zachorowań na ospę przewyższała średnią dla województwa (ok. 500/100 000), jednocześnie była niższa niż w roku 2010.

WYKRES 15. ZAPADALNOŚĆ (NA 100 000) NA OSPĘ WIETRZNĄ W POWIATACH WOJ. MAŁOPOLSKIEGO



Źródło: Stan sanitarny Małopolski w 2011 r

PŁONICA¹³

Na przestrzeni ostatnich lat wzrasta liczba zgłaszanych zachorowań na płonice – w 2011 r. zapadalność w województwie wynosiła 47 na 100 000 mieszkańców.

ODRA¹⁴

Dzięki szczepieniom ochronnym udało się znacznie ograniczyć zachorowalność na odrę. W ostatnich latach notowano jedynie pojedyncze przypadki odry: w 2008 r.–3, 2009r.– brak, w 2010- 1. W 2011 r. odnotowano 12 zachorowań, przy czym wszystkie dotyczyły osób dorosłych.

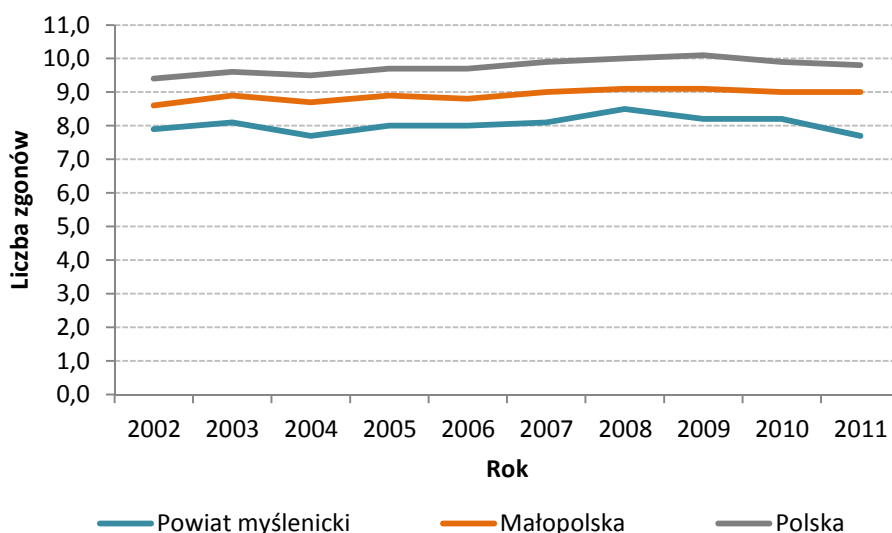
¹³ Brak danych dla powiatu myślenickiego.

¹⁴ Brak danych dla powiatu myślenickiego.

STRUKTURA ZGONÓW

Współczynnik zgonów ze wszystkich przyczyn (współczynnik umieralności ogólnej) opisuje liczbę zgonów w określonym czasie w przeliczeniu na 1000 członków danej populacji (np. mieszkańców powiatu). Od 2002r. utrzymuje się w powiecie myślenickim na stałym poziomie (w granicach między 7,7 a 8,5 zgonów na 1000 mieszkańców). Podobny trend widoczny jest w województwie i kraju.

WYKRES 16. LICZBA ZGONÓW W PRZELICZENIU NA 1000 MIESZKAŃCÓW W LATACH 2002-2011



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Głównego Urzędu Statystycznego

W roku 2011 w powiecie myślenickim współczynnik umieralności ogólnej wynosił 7,7 na 1000 mieszkańców i był niższy niż średni współczynnik dla Małopolski (9/1000) i kraju (9,8/1000). Należy jednak pamiętać, że różnice w wartościach współczynnika pomiędzy województwami i powiatami wynikają nie tylko z różnicy w stanie zdrowia, ale również innych cech, które wpływają na zgon, np. struktury wiekowej i struktury płci w danej populacji. W Polsce istnieje znaczna różnica pomiędzy współczynnikami umieralności liczonymi dla mężczyzn i kobiet, stąd też konieczność ich analizowania w podziale na płeć. W 2011 r. umieralność mężczyzn wynosiła 8,3 na 1000 mieszkańców powiatu płci męskiej, natomiast wśród kobiet była niższa i równała się 6,8 zgonów na 1000 kobiet.

Tabela 8 przedstawia strukturę zgonów według płci i wieku w powiecie myślenickim w 2011 r. Pozwala ona uchwycić różnice w umieralności mężczyzn i kobiet w różnych grupach wiekowych.

TABELA 8. ZGONY W POWIECIE MYŚLENICKIM WG PŁCI I GRUP WIEKOWYCH W 2011 ROKU

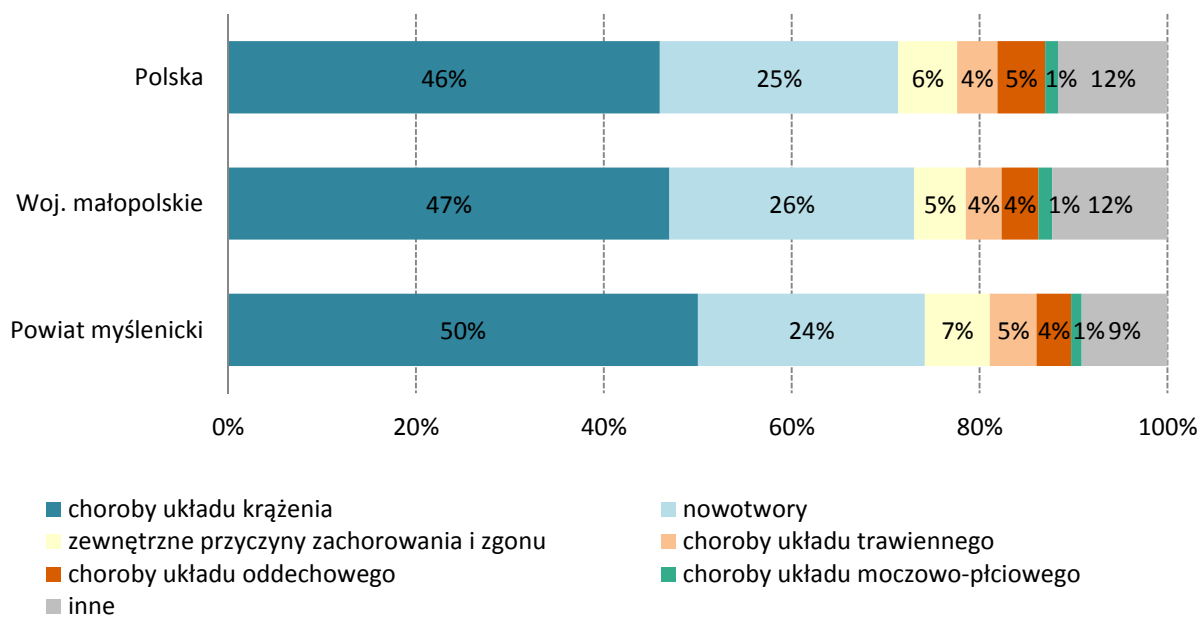
Kategorie wiekowe	Mężczyźni	Kobiety	Ogółem
0-39	4%	2%	3%
40-44	2%	0%	1%
45-49	4%	0%	2%
50-54	6%	3%	5%
55-59	8%	3%	6%
60-64	10%	6%	8%
65-69	9%	4%	7%
65 i więcej	57%	81%	68%
OGÓŁEM	100%	100%	100%

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Głównego Urzędu Statystycznego

Dane z tabeli 8 pokazują, że większa część zgonów wśród mężczyzn niż wśród kobiet przypada na młodsze kategorie wiekowe.

Struktura zgonów wg przyczyn w powiecie myślenickim w 2010 r. nie odbiegała znacząco od danych zbiorczych dla województwa i kraju. Dominowały zgony spowodowane chorobami układu krążenia (50%- powiat, 47%- Małopolska, 46%- Polska). Co 4 zgon był spowodowany chorobami nowotworowymi, a 7% - przyczynami zewnętrznymi.

WYKRES 17. STRUKTURA ZGONÓW WG PRZYZYN W 2010 ROKU



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Głównego Urzędu Statystycznego

OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNE

Według danych ze Spisu Powszechnego Ludności przeprowadzonego w 2002 roku wśród ludności Polski osoby niepełnosprawne stanowiły 14% ludności, co oznacza, że niepełnosprawny był co siódmy Polak¹⁵. Wśród osób niepełnosprawnych przeważały kobiety (52,9%) oraz osoby starsze – w wieku poprodukcyjnym (60%). Liczbę osób niepełnosprawnych biologicznie i prawnie według danych z Narodowego Spisu Powszechnego w 2002 roku przedstawia tabela 9.

TABELA 9. LICZBA OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH W KRAJU, WOJEWÓDZTWIE MAŁOPOLSKIM I W POWIECIE MYŚLENICKIM

		POLSKA	WOJEWÓDZTWO MAŁOPOLSKIE	POWIAT MYŚLENICKI
Niepełnosprawni ogółem	Liczba	5 272 505	574 944	22 021
	% z ogółu mieszkańców	14%	18%	19%
Niepełnosprawni prawnie	Liczba	4 326 359	510 533	19 911
	% z ogółu niepełnosprawnych	82%	89%	90%
Niepełnosprawni biologicznie	Liczba	946 146	64 411	2 110
	% z ogółu niepełnosprawnych	18%	11%	10%

Źródło: Program działań na rzecz osób niepełnosprawnych powiatu myślenickiego na lata 2009-2013

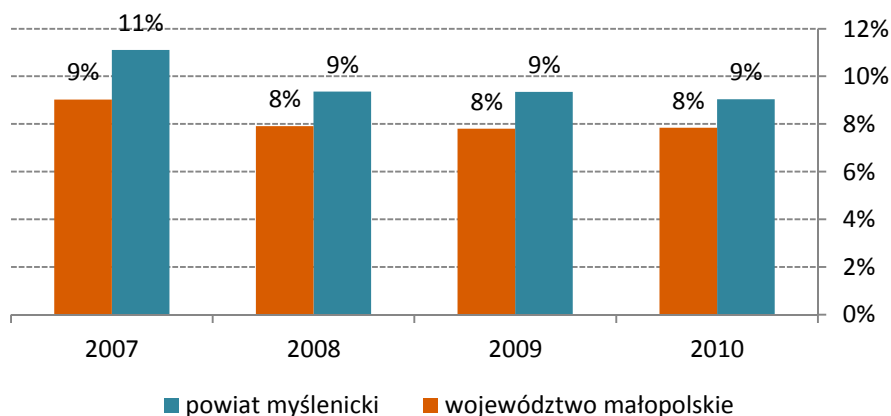
W 2002 roku w powiecie myślenickim mieszkało 22 021 osób niepełnosprawnych, co stanowiło 19% ogółu mieszkańców. Spośród wszystkich niepełnosprawnych 90% (19 911) stanowiły osoby, które posiadały aktualne orzeczenie o stopniu niepełnosprawności wydane przez organ do tego uprawniony lub uprawnione do pobierania zasiłku pielęgnacyjnego (dzieci poniżej 16 roku życia) czyli tzw. niepełnosprawni prawnie. Natomiast niepełnosprawni biologicznie, tj. nieposiadający orzeczenia, ale odczuwający całkowite lub poważne ograniczenie sprawności stanowili blisko 10%. W woj. małopolskim na 1000 mieszkańców przypadło ok. 189 osób niepełnosprawnych, co jest jednym z najwyższych wskaźników w Polsce.

¹⁵ Ze względu na brak nowszych danych odnośnie liczby osób niepełnosprawnych przedstawione zostaną te pochodzące z Narodowego Spisu Powszechnego przeprowadzonego w 2002 r.

POMOC SPOŁECZNA

W 2010 r. beneficjentami pomocy społecznej było 10 927 osób, co stanowi 9% mieszkańców powiatu myślenickiego (wskaźnik dla Małopolski był niższy – 8%). W porównaniu do 2007 roku odsetek mieszkańców objętych pomocą społeczną zmniejszył o 2% (wykres 18).

WYKRES 18. ODSETEK MIESZKAŃCÓW POWIATU, KTÓRZY SĄ BENEFICJENTAMI POMOCY SPOŁECZNEJ

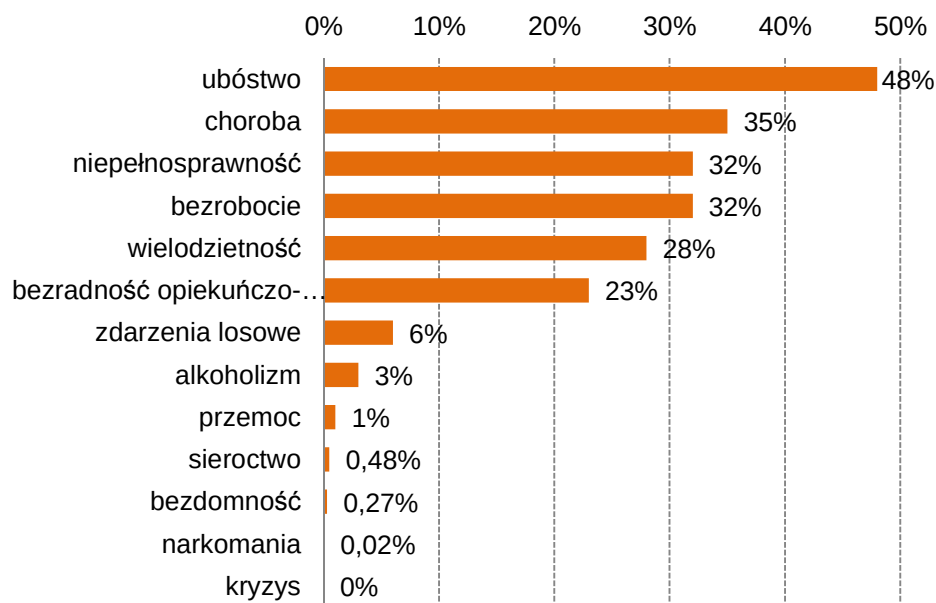


Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Głównego Urzędu Statystycznego i Sprawozdania MPIPS 03 I-XII

Warunki udzielania pomocy społecznej reguluje art. 7. *Ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej*¹⁶. Najczęstszym powodem udzielenia pomocy społecznej na terenie powiatu w 2010 r. było ubóstwo – co druga osoba była objęta pomocą właśnie z tego powodu. 35% beneficjentów otrzymywało świadczenia ze względu na długotrwałą lub ciężką chorobę, a po 32% - z powodu niepełnosprawności i bezrobocia. Trochę mniej klientów pomocy społecznej wymagało wsparcia ze względu na potrzeby związane z wielodzietnością (28%) lub bezradność opiekuńczo-wychowawczą (23%). Inne przyczyny pośrednio związane ze zdrowiem to alkoholizm (u 3% beneficjentów) oraz narkomania (u 2 osób, 0,02%).

¹⁶ Pomocy społecznej udziela się osobom i rodzinom w szczególności z powodu: ubóstwa, sieroctwa, bezdomności, bezrobocia, niepełnosprawności, długotrwałej lub ciężkiej choroby, przemocy w rodzinie, potrzeby ochrony ofiar handlu ludźmi, potrzeby ochrony macierzyństwa lub wielodzietności, bezradności w sprawach opiekuńczo-wychowawczych i prowadzenia gospodarstwa domowego, zwłaszcza w rodzinach niepełnych lub wielodzietnych, trudności w integracji cudzoziemców, którzy uzyskali w Rzeczypospolitej Polskiej status uchodźcy lub ochronę uzupełniającą, trudności w przystosowaniu do życia po zwolnieniu z zakładu karnego, alkoholizmu lub narkomanii, zdarzenia losowego i sytuacji kryzysowej, klęski żywiołowej lub ekologicznej.

WYKRES 19. PRZYCZYNY UDZIELENIA ŚWIADCZEŃ Z POMOCY SPOŁECZNEJ MIESZKAŃCOM POWIATU (100% = BENEFICJENCI POMOCY SPOŁECZNEJ)



■ Odsetek beneficjentów pomocy społecznej

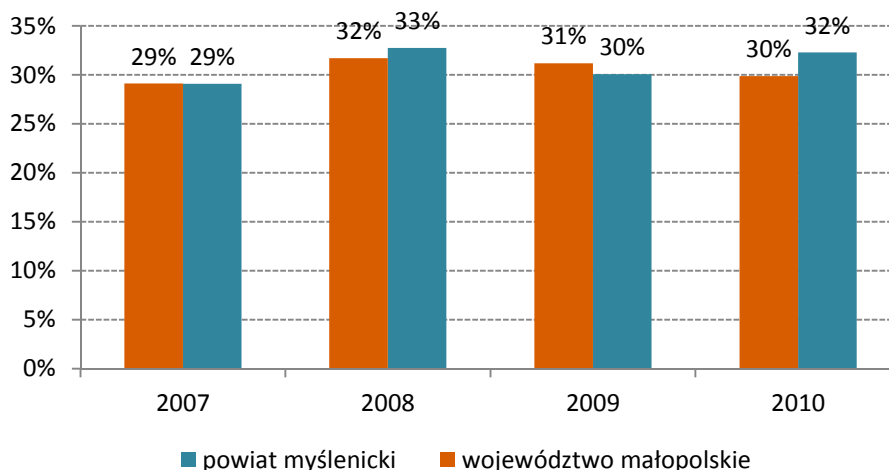
Procenty nie sumują się do 100%. Beneficjenci mogą korzystać ze wsparcia z więcej niż 1 powodu

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Głównego Urzędu Statystycznego

i Sprawozdania MPiPS 03 I-XII.

Część przyczyn trudnej sytuacji życiowej osób objętych pomocą związanych jest pośrednio lub bezpośrednio ze zdrowiem m.in. niepełnosprawność, długotrwała lub ciężka choroba, alkoholizm i narkomania. Wykresy 20-22 pokazują skalę tych zjawisk na terenie powiatu myślenickiego w porównaniu do województwa małopolskiego w latach 2007-2010.

WYKRES 20. ODSETEK KLIENTÓW POMOCY SPOŁECZNEJ KORZYSTAJĄCYCH ZE WSPARCIA Z POWODU NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

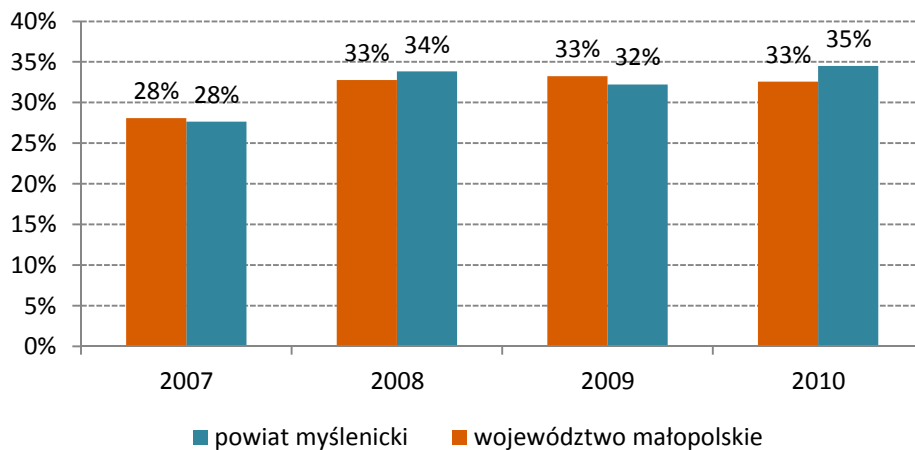


Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Głównego Urzędu Statystycznego

i Sprawozdania MPiPS 03 I-XII

W porównaniu do roku 2007 odsetek korzystających z pomocy społecznej ze względu na niepełnosprawność nieznacznie wzrasta – zarówno w powiecie, jak i Małopolsce.

WYKRES 21. ODSETEK KLIENTÓW POMOCY SPOŁECZNEJ KORZYSTAJĄCYCH ZE WSPARCIA Z POWODU CHOROBY

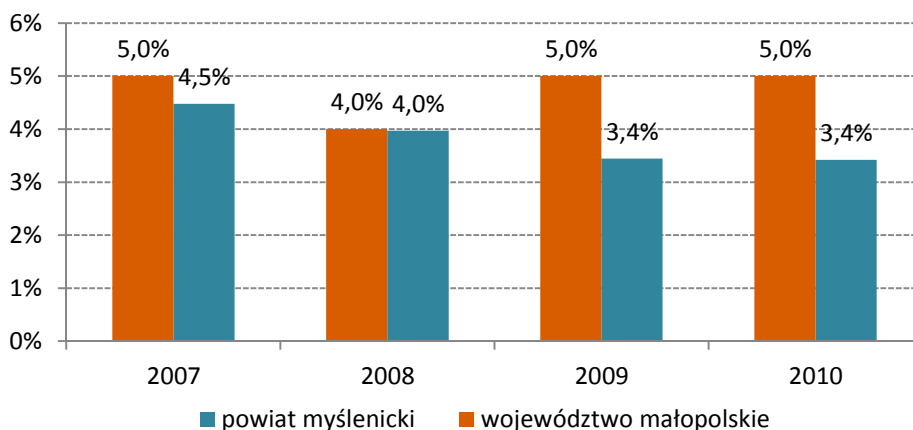


Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Głównego Urzędu Statystycznego
i Sprawozdania MPiPS 03 I-XII

Podobna tendencja widoczna jest w przypadku osób korzystających ze wsparcia z powodu choroby. W 2007 wśród objętych pomocą społeczną mieszkańców powiatu myślenickiego z tego powodu było 28%, a w latach 2008, 2009 i 2010 odpowiednio po 34%, 32% i 35%.

Alkoholizm nieznacznie rzadziej staje się przyczyną udzielenia pomocy społecznej w powiecie – w 2007 r. 4,5% klientów pomocy społecznej korzystało ze wsparcia z powodu alkoholizmu, a w 2010 – 3,4%. Są to jednak bardzo niewielkie różnice.

WYKRES 22. ODSETEK KLIENTÓW POMOCY SPOŁECZNEJ KORZYSTAJĄCYCH ZE WSPARCIA Z POWODU ALKOHOLIZMU



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Głównego Urzędu Statystycznego
i Sprawozdania MPiPS 03 I-XII

VI. DZIAŁANIA SŁUŻĄCE PROMOCJI ZDROWIA I PROFILAKTYCE CHOROÓB NA TERENIE POWIATU MYŚLENICKIEGO

W niniejszej części raportu zebrano informacje na temat działań w zakresie promocji zdrowia i zdrowego stylu życia oraz profilaktyki chorób, jakie na przestrzeni ostatnich kilku lat organizowane były na terenie powiatu myślenickiego.

PROMOCJA ZDROWIA

Promowaniem zachowań prozdrowotnych, rozumianych jako zachowania związane „ze zdrowiem fizycznym, psychospołecznym, prewencją zdrowia i niepodjęciem zachowań ryzykownych”¹⁷ zajmują się na terenie powiatu placówki oświaty, realizując zarówno zadania wewnętrzne, jak i projekty zewnętrzne. Część projektów związanych z promocją zdrowia w szkołach i przedszkolach koordynuje Powiatowa Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna w Myślenicach. Temat promocji zdrowia jest ponadto realizowany poprzez różnego typu działania organizowane podczas cyklicznej imprezy pod hasłem „Powiatowe Dni Zdrowia” w Myślenicach, a także przez niektóre działające lokalnie organizacje pozarządowe, dla których promowanie zdrowia stanowi działalność statutową. Kolejne paragrafy zawierają przegląd tych aktywności.

Zmiany wprowadzone do programu kształcenia ogólnego przez reformę z 2008 roku¹⁸ podkreśliły, iż kluczowym elementem edukacji szkół jest kształcenie w podopiecznych nawyku dbania o zdrowie własne i osób z najbliższego otoczenia. Zadania te realizowane są przez pedagogów w szkołach na terenie powiatu poprzez akcje i programy edukacyjno-informacyjne, kierowane do uczniów i ich rodziców oraz organizowanie aktywności fizycznych. Programy obejmują kształcenie właściwych nawyków żywieniowych oraz higienicznych, promowanie aktywności fizycznej, dbałości o dobrostan psychiczny oraz stylu życia wolnego od nałogów.

Stosowana metodyka opiera się przede wszystkim na realizowanych scenariuszach lekcyjnych i pogadankach z pedagogami szkolnymi lub ekspertami z zewnątrz. Realizowane są także tematyczne przedstawienia teatralne, pokazy multimedialne, wycieczki i koła tematyczne. Celem wzbogacenia diety uczniów, szkoły starają się wpływać na ofertę artykułów spożywczych szkolnych sklepików, a także biorą udział w programach „Szkłanka Mleka” i „Owoce w Szkole”, realizowanych przy udziale środków unijnych¹⁹. We współpracy z Powiatową Stacją Sanitarno-Epidemiologiczną realizowane były programy: „Radosny uśmiech – radosna przyszłość” promujący higienę jamy ustnej wśród uczniów klas drugich szkoły podstawowej, „Czyste powietrze wokół nas” – edukacja antytytoniowa skierowana do uczniów i rodziców. Jeżeli chodzi o pobudzanie aktywności fizycznej u podopiecznych

¹⁷ Woynarowka B., Edukacja Zdrowotna, PWN, Warszawa 2007, s. 52

¹⁸ Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 23 listopada 2008 r. w sprawie podstawy programowej wychowania przedszkolnego i kształcenia ogólnego w poszczególnych typach szkół (Dz.U. 2009, Nr 4, poz. 17).

¹⁹ w ramach programów uczniowie otrzymują bezpłatnie porcję mleka oraz warzyw i owoców. Więcej informacji o programie jest dostępnych na stronie Agencji Rynku Rolnego, www.arr.gov.pl.

placówek oświaty na terenie powiatu, organizowane są zajęcia dodatkowe, takie jak wyjazdy na basen, zajęcia taneczne, a także zawody sportowe. Warto w tym miejscu wymienić realizowany przez placówki we współpracy z Powiatową Stacją Sanitarno-Epidemiologiczną program „Trzymaj Formę”. Program obejmuje uczniów ostatnich klas szkół podstawowych oraz wychowanków szkół ponadgimnazjalnych, zakładając kierowanie do adresatów informacji na temat wpływu zbilansowanej diety i aktywności fizycznej na ogólny dobry stan zdrowia jednostki. Na terenie powiatu myślenickiego w roku szkolnym 2011/2012 program ten realizowało 10 szkół podstawowych oraz 18 gimnazjów. Szkoły realizują także szereg programów ukierunkowanych na uświadomienie uczniom negatywnych konsekwencji stosowania używek, tj. alkoholu, papierosów i narkotyków.

Na terenie powiatu funkcjonują dwie placówki wpisane na listę sieci ponad dwóch tysięcy Szkół Promujących Zdrowie²⁰. Są to szkoły podstawowe w Trzemieśni i Porębie. Głównym zadaniem szkół należących do sieci jest zapewnienie klimatu sprzyjającego rozwojowi edukacji zdrowotnej, programów promocji zdrowia i kształtowaniu aktywnych postaw prozdrowotnych wśród młodzieży.

W latach 2009-10 Powiat Myślenicki realizował program wdrażania idei szkół promujących zdrowie na obszarze powiatu myślenickiego. Do grupy szkół podejmujących określone działania związane z promocją zdrowia i profilaktyką chorób cywilizacyjnych włączono 11 szkół podstawowych, które wyposażone zostały w sprzęt do gimnastyki korekcyjnej w ramach programu profilaktyki wad postawy oraz sprzęt stomatologiczny – utworzono dziewięć gabinetów stomatologicznych w ramach programu profilaktyki próchnicy. 9 szkół ponadgimnazjalnych wyposażono w fantomy do samobadania piersi. W sumie w 20 szkołach dla ponad 12 tysięcy dzieci i młodzieży zrealizowano 5 programów profilaktycznych: profilaktyki otyłości, wad postawy, próchnicy, stresu i raka piersi. Program profilaktyki próchnicy jest nadal realizowany ze środków budżetu powiatu (lakowanie zębów stałych) i kierowany jest corocznie do ok. 2000 dzieci ze szkół podstawowych i gimnazjów w dziewięciu gminach powiatu.

Kolejnym elementem edukacji prozdrowotnej prowadzonej na terenie powiatu jest program Szkoły Młodych Ratowników, finansowany z Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki, w ramach którego młodzież gimnazjalna nabywa umiejętności udzielania pomocy przedmedycznej w sytuacji zagrożenia zdrowia lub życia. Program, zapoczątkowany w 2010r., którego tradycja jest kontynuowana nadal w ramach lokalnych spotkań, pełni ważną rolę w kształtowaniu u młodych ludzi postawy odpowiedzialności za zdrowie innych jednostek w otoczeniu społecznym.

Ważnym, cyklicznie od 2004 roku organizowanym wydarzeniem w dziedzinie promocji zdrowia, są Powiatowe Dni Zdrowia. W ramach wydarzenia, mieszkańcom powiatu oferowana jest możliwość skorzystania z bezpłatnych badań (np. poziomu cukru we krwi, ciśnienia, płuc), oraz konsultacji lekarzy specjalistów (np. laryngolog, dietetyk, diabetolog, kardiolog), kursów samobadania i pierwszej pomocy, wzięcia udziału w turniejach sportowych czy w akcjach informacyjnych dotyczących zdrowej diety i walki z uzależnieniami. W samym 2011 roku ponad tysiąc osób skorzystało z oferty

²⁰

http://www.men.gov.pl/index.php?option=com_content&view=article&id=1846%3Aszko-promujca-zdrowie&catid=119%3Aycie-szkoy-aktualnoci&Itemid=2

specjalistycznych konsultacji i badań. Inicjatywa realizowana jest dzięki współpracy władz Powiatu, gmin, instytucji bezpieczeństwa publicznego z terenu powiatu, ośrodków zdrowia, a także organizacji trzeciego sektora i instytucji edukacyjnych.

Jak wspomniano we wstępie do tej części rozdziału, na terenie powiatu myślenickiego działają również organizacje pozarządowe, które w swoich celach statutowych mają poprawę dobrostanu fizycznego, psychicznego i społecznego mieszkańców, promowanie zdrowego stylu życia, aktywności fizycznej, przeciwdziałanie uzależnieniom, mniej organizacji zajmuje się natomiast opieką medyczną, rehabilitacyjną oraz psychologiczną. Aktywne organizacje pozarządowe, podejmujące różnorodne działania na rzecz zdrowia, biorą udział w tworzeniu Obywatelskiego Porozumienia na rzecz Zdrowia w ramach projektu Fundacji ARTS i Powiatu Myślenickiego – o ich celach i działaniach można przeczytać na stronie www.narzeczzdrowia.arts-fun.pl/ngo.html. Oprócz inicjatyw wskazanych organizacji wartym uwagi jest projekt „Jestem Aktywny”, którego realizatorem i pomysłodawcą jest Stowarzyszenie Wspierania Inicjatyw Głogoczowa.²¹ Przedsięwzięcie organizacji dotyczy promowania i organizowania alternatywnych form spędzania wolnego czasu przez mieszkańców gminy Myślenice. Formy takie jak wycieczki, konkursy, cykle zajęć i warsztaty mają w założeniu wpływać na rozwój osobisty w wymiarze fizycznym, kulturalnym i umysłowym. Należy wspomnieć, że wiele z organizacji nie posiada stron internetowych, dlatego uzyskanie informacji o ich działalności było utrudnione.

Z informacji dostępnych na stronach NGO wynika, że źródła finansowania działań statutowych są zróżnicowane: organizacje pozyskują środki zewnętrzne startując do konkursów na realizację zadań zleconych samorządów (przede wszystkim w zakresie upowszechniania kultury fizycznej i sportu, pomocy społecznej), realizują projekty finansowane z funduszy europejskich i innych grantów, część NGO wprowadza natomiast odpłatność za realizowane działania (w ramach działalności odpłatnej), dofinansowuje swoje działania ze składek członkowskich lub pozyskuje je od darczyńców/sponsorów.

PROFILAKTYKA CHORÓB

Mieszkańcy powiatu myślenickiego w ostatnich latach mieli możliwość wzięcia udziału w programach profilaktycznych organizowanych przez jednostki samorządu terytorialnego, Małopolski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia i Powiatową Stację Sanitarno-Epidemiologiczną:

- Program profilaktyki raka prostaty
- Program profilaktyki raka piersi
- Program profilaktyki raka szyjki macicy
- Program profilaktyki chorób układu krążenia i cukrzycy
- Program profilaktyki jaskry
- Program profilaktyki próchnicy
- Program profilaktyki wad postawy
- Program profilaktyki sepsy.

²¹ <http://www.glogoczow.pl/strona.php?tytul=SWIG>

PROGRAMY REALIZOWANE PRZEZ SAMORZĄD POWIATOWY W MYŚLENICACH

Tabela 10 prezentuje zestawienie programów realizowanych przez Samorząd Powiatu Myślenickiego²²:

TABELA 10. PROGRAMY PROFILAKTYCZNE REALIZOWANE PRZEZ SAMORZĄD POWIATU MYŚLENICKIEGO

PROGRAM PROFILAKTYKI RAKA PROSTATY	
Adresaci programu	Mężczyźni powyżej 45 roku życia, bez objawów i rozpoznanej choroby
Liczba osób objętych programem	Ponad 150 mężczyzn (dane za rok 2009)
Działania w ramach programu	- Wywiad dotyczący czynników ryzyka - Badanie przesiewowe PSA (swoistego antygenu gruczołu krokowego) - W przypadku wykrycia zmian, skierowanie do lekarza specjalisty
Wykonawca	Lekarz rodzinny
PROGRAM PROFILAKTYKI RAKA PIERSI	
Adresaci programu	GRUPA 1. Nastoletnie dziewczęta GRUPA 2. Kobiety w wieku 40-49 Osoby bez objawów i rozpoznanej choroby
Liczba osób objętych programem	80 (mammografia) 60 USG piersi (dane za rok 2009) 150 kobiet (dane za rok 2010) Ponad 1500 kobiet w wieku 40-49 lat (dane za rok 2011)
Działania w ramach programu	- Nauka samobadania piersi dla nastolatek - Wywiad dotyczący czynników ryzyka - Badania mammograficzne dla kobiet w wieku 40-49 lat - W przypadku wykrycia zmian, skierowanie do lekarza specjalisty - Edukacja dotycząca czynników ryzyka i profilaktyki
Wykonawca	Zakład opieki zdrowotnej wyłoniony na podstawie konkursu
PROGRAM PROFILAKTYKI CHORÓB UKŁADU KRAŻENIA I CUKRZYCY	
Adresaci programu	GRUPA 1. Kobiety powyżej 55 roku życia GRUPA 2. Mężczyźni powyżej 45 roku życia Osoby bez objawów i rozpoznanej choroby
Liczba osób objętych programem	585 osób (dane za lata 2002-2011)
Działania w ramach programu	- Porada specjalistyczna (konsultacje lekarskie, psychologiczne, porady dietetyczne i dotyczące aktywności fizycznej) - Badanie laboratoryjne, lipidogram, poziom cukru, fibrynogen, HsCRP (wskaźnik ryzyka sercowo-naczyniowego)

²² <http://www.myslenicki.pl/pl/content/section/13/62/>

	• Badanie IMT (ocena kompleksu intima-media – badanie wczesnych zmian miażdżycowych) – USG tętnic szyjnych • Badanie CCS (badanie wskaźnika uwapnienia tętnic wieńcowych – zmian miażdżycowych)
Wykonawca	Krakowski Szpital Specjalistyczny im. Jana Pawła II w Krakowie
PROGRAM PROFILAKTYKI PRÓCHNICY	
Adresaci programu	Dzieci i młodzież w wieku 8-15 lat
Liczba osób objętych programem	7 971 os. (dane za rok 2009-2010) 1910 os. (dane za rok 2011)
Działania w ramach programu	• Wizyty profilaktyczne w gabinetach dentystycznych • Lakowanie i lakierowanie zębów • W przypadku wykrycia zmian – dalsze leczenie
Wykonawca	Szkolne gabinety stomatologiczne w gminach na terenie powiatu
PROGRAM PROFILAKTYKI WAD POSTAWY	
Adresaci programu	Uczniowie pierwszej klasy gimnazjum Osoby bez objawów i rozpoznanej choroby
Liczba osób objętych programem	4 000 (dane za rok 2009), 2 000 (dane za rok 2010), ponad 600 (dane za rok 2011)
Działania w ramach programu	• Przebadanie dzieci pod kątem wad postawy • 30 godzin gimnastyki korekcyjnej (dotyczy dzieci, u których wykryto wady postawy)
PROGRAM PROFILAKTYKI SEPSY	
Adresaci programu	GRUPA 1. Dzieci poniżej 1. roku życia (1 dawka szczepienia) GRUPA 2. Dzieci powyżej 1. roku życia (2-3 dawki szczepienia)
Liczba osób objętych programem	1763 os. (dane za rok 2009) 550 os. (dane za rok 2011)
Działania w ramach programu	Szczepienia przeciwko meningokokom, które mogą wywołać sepsę
Wykonawca	Lekarze rodzinni i pielęgniarki w placówkach podstawowej opieki zdrowotnej
PROGRAM PROFILAKTYKI RAKA JELITA GRUBEGO	
Adresaci programu	Osoby w wieku powyżej 35 roku życia bez objawów raka jelita grubego, u których występują / występowały obciążenia rodzinne chorobą nowotworową przewodu pokarmowego
Liczba osób objętych programem	50 os. (dane za rok 2009) 49 os. (dane za rok 2010)
Działania w ramach programu	Wykonanie badań endoskopowych przewodu pokarmowego (kolonoskopia diagnostyczna), edukacja pacjentów na temat czynników ryzyka i profilaktyki raka jelita grubego

Źródło: opracowanie własne

Programy realizowane przez Powiat Myślenicki w ostatnich latach podsumowuje poniższe zestawienie.

TABELA 11. PROGRAMY REALIZOWANE PRZEZ POWIAT MYŚLENICKI W LATACH 2009-2012

DZIEDZINA, JAKIEJ DOTYCZY PROGRAM	LICZBA ZREALIZOWANYCH PROGRAMÓW OGÓŁEM		
	2009	2010	2011
Profilaktyka chorób układu krążenia	1	0	1
Profilaktyka chorób nowotworowych	3	2	1
Upowszechnianie zdrowego stylu życia	1	1	0
Podnoszenie poziomu wiedzy w zakresie pierwszej pomocy przedmedycznej	0	2	0
Profilaktyka wad postawy u dzieci i młodzieży	1	1	1
Ochrona zdrowia psychicznego	1	1	0
Uzależnienia w tym:			
Profilaktyka i rozwiązywanie problemów alkoholowych	0	0	0
Profilaktyka i przeciwdziałanie narkomanii	0	0	0
Inne uzależnienia	0	0	0
Szczepienia ochronne	1	0	1
Inne programy	1	0	1

Źródło: opracowanie własne

PROGRAMY REALIZOWANE PRZEZ MAŁOPOLSKI ODDZIAŁ WOJEWÓDZKI NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA

Poniżej dostępne jest zestawienie wszelkich usług oferowanych mieszkańcom powiatu myślenickiego w ramach programów profilaktycznych realizowanych przez Małopolski Oddział Wojewódzki NFZ²³:

TABELA 12. PROGRAMY PROFILAKTYCZNE REALIZOWANE PRZEZ MAŁOPOLSKI ODDZIAŁ WOJEWÓDZKI NFZ

PROGRAM PROFILAKTYKI RAKA PIERSI	
Adresaci programu	Kobiety w wieku 50-69 lat Osoby bez objawów i rozpoznanej choroby, które w ciągu 2 lat nie wykonywały badania
Działania w ramach programu	• Badania mammograficzne dla kobiet w wieku 50-69 lat • Badanie USG, jeżeli po mammografii zaistnieje konieczność pogłębionej diagnostyki • W przypadku wykrycia zmian, skierowanie do lekarza specjalisty
Wykonawca	NZOZ Certus, Myślenice
PROGRAM PROFILAKTYKI RAKA SZYJKI MACICY	
Adresaci programu	Kobiety w wieku 25-59 lat Osoby bez objawów i rozpoznanej choroby i które w ciągu 3 lat nie wykonały badania
Działania w ramach programu	• Badanie cytologiczne • W razie potrzeby pogłębionej diagnostyki badanie kolposkopowe
Wykonawca	Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "LUB-MED" S.C., Lubień Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Ośrodek Diagnostyczno-Leczniczy, Pcim Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej SPECJALMED s.c., Wiśniowa Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Poradnia dla Kobiet Sp. z o.o., Myślenice Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "Sułko-Med", Sułkowice IPL - Rafał Stobiecki, Dobczyce Dotyczy pierwszego etapu badania (cytologia)
PROGRAM PROFILAKTYKI CHRÓB UKŁADU KRAŻENIA	
Adresaci programu	Kobiety i mężczyźni w wieku 35,40, 45,50 i 55 lat, w szczególności osoby obciążone czynnikami ryzyka, zadeklarowane do lekarza podstawowej opieki zdrowotnej Osoby bez objawów i rozpoznanej choroby układu krążenia i które w ciągu 5 lat nie korzystały ze świadczeń w ramach programu

²³ <http://www.nfz-krakow.pl/stronadlapacjenta/index.php?site=art&idd=4>

Wykonawca	Lekarze podstawowej opieki zdrowotnej
PROGRAM PROFILAKTYKI JASKRY – BADANIA PRZESIEWOWE W CELU Wczesnego rozpoznania	
Adresaci programu	Kobiety i mężczyźni w wieku 35+ Osoby bez objawów i rozpoznanej choroby, które w ciągu 2 lat nie brały udziału w badaniach przesiewowych
Działania w ramach programu	• Wywiad lekarski w kierunku jaskry • Badanie okulistyczne (w tym stereoskopowa ocena tarczy nerwu wzrokowego, badanie ciśnienia śródgałkowego oraz badanie kąta przesączania) • W przypadku wykrycia zmian skierowanie na dalszą diagnostykę/leczenie
Wykonawca	Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Specjalmed S.C., Wiśniowa Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "Okulistyka" S.C., Dobczyce Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "Okulistyka" S.C., Myślenice Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Poradnie Specjalistyczne Aga-Vit Sp. z O.O., Sułkowice

Źródło: opracowanie własne

PROGRAMY REALIZOWANE PRZEZ POWIATOWĄ STACJĘ SANITARNO-EPIDEMIOLOGICZNĄ
W MYŚLENICACH

Akcje i programy profilaktyczne realizowane przez Powiatową Stację Sanitarno-Epidemiologiczną w Myślenicach obejmują następujące działania²⁴:

- "Podstawowe zasady bezpiecznego grzybobrania" – działania informacyjne: ulotka, film „Poznaj grzyby unikniesz zatrucia” dostępne na stronie instytucji.
- Kampania społeczna „Kibicuj Zdrowiu!” skierowana do kibiców podczas Euro 2012. Celem było ograniczenie zdrowotnych następstw palenia tytoniu, nadużywania alkoholu oraz używania innych substancji psychoaktywnych, ograniczanie liczby zatruc pokarmowych, ograniczenie zachorowań na choroby zakaźne związane z niewłaściwą higieną, ograniczanie skutków ryzykownych zachowań seksualnych.
- Informacje o Europejskim Tygodniu Szczepień (2012) – zachęcania do podejmowania szczepień przeciwko chorobom zakaźnym, szczególnie skierowane do grup ryzyka i osób, które sprzeciwiają się szczepieniom ochronnym.
- Działania profilaktyczne w zakresie używania nowych narkotyków (dopalacze) – na stronie Powiatowej Stacji publikowane są: pismo Głównego Inspektora Sanitarnego, prezentacja multimedialna „Chrońmy dzieci i młodzież przed dopalaczami” z informacją o czynnikach ryzyka oraz wskazówkami dla rodziców i pedagogów, scenariusz zajęć z rodzicami w szkołach.
- "Odświeżamy nasze miasta. TOB3CIT (Tobacco Free Cities)" – program przewidziany na lata 2011-2013 dotyczący ochrony zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych. Realizacja programu obejmuje działania informacyjne, edukacyjne i egzekwowanie przez funkcjonariuszy Policji i Straży Miejskiej zapisów ustawy w zakresie przestrzegania zakazu palenia oraz oznakowania stref bezdymnych.
- Profilaktyka zachorowań na grypę – ulotka informacyjna na temat ochrony przez zachorowaniem dostępna na stronie Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej.
- Choroby pasożytnicze u dzieci – działania informacyjne w postaci dostępnych na stronie instytucji ulotek.
- Program „Różowa Wstążeczka”, którego celem jest nauczanie techniki i wykształcenie nawyku samobadania piersi w celu wcześniejszej diagnostyki nowotworów. Działania informacyjno-edukacyjne skierowane są do uczennic szkół ponadgimnazjalnych, kobiet związanych ze środowiskiem szkolnym, matek uczennic oraz pacjentek zakładów opieki zdrowotnej.

²⁴ http://www.wsse.krakow.pl/pages/psse_myslenice_document.php?lid=0&nid=398

VII. SYSTEM OCHRONY ZDROWIA NA TERENIE POWIATU MYŚLENICKIEGO

Charakterystyka systemu ochrony zdrowia przedstawiona zostanie na podstawie danych z Głównego Urzędu Statystycznego oraz publikacji „Zabezpieczenie opieki zdrowotnej na terenie województwa małopolskiego w 2010 roku” opracowanej na podstawie sprawozdań: MZ-88 (kadra medyczna), MZ-11 (podstawowa ambulatoryjna opieka zdrowotna), MZ-12 (ambulatoryjna specjalistyczna opieka zdrowotna), MZ-29 (stacjonarna opieka zdrowotna). Zebrane dane dotyczą zakładów publicznych, niepublicznych oraz tych praktyk prywatnych, które w danym roku miały zawarty kontrakt z Małopolskim Oddziałem Wojewódzkim Narodowego Funduszu Zdrowia. Oznacza to, że w opracowaniu nie zostały uwzględnione informacje o kadrze medycznej oraz poradach udzielonych przez zakłady opieki zdrowotnej finansowanych z innych źródeł niż kontrakt z NFZ.

KADRA MEDYCZNA

W ramach opieki zdrowotnej w powiecie myślenickim w 2010 r. świadczeń udzielało 160 lekarzy, 34 lekarzy-dentystów, 367 pielęgniarek oraz 57 położnych²⁵. W stosunku do roku 2009:

- nie zmieniła się liczba pracujących lekarzy
- o 6 wzrosła liczba dentystów (z 28)
- o 29 zmalała liczba pielęgniarek (z 396)
- o 4 zwiększyła się liczba położnych (z 57).

Biorąc pod uwagę kadrę medyczną jaka przypada na 10 000 mieszkańców można zauważyć, iż powiat odznacza się niższą dostępnością pracowników służby zdrowia dla mieszkańców niż wynosi średnia dla województwa. Duża dysproporcja jest zwłaszcza jeśli chodzi o dostępność lekarzy (13 w pow. myślenickim i 22 w województwie na 10 000 mieszkańców) oraz pielęgniarek (30 w powiecie i 50 w województwie na 10 000 mieszkańców). Różnica w dostępności jest nieznaczna natomiast biorąc pod dentystów i położne.

TABELA 13. WSKAŹNIKI DOSTĘPNOŚCI KADRY MEDYCZNEJ DLA MIESZKAŃCÓW POWIATU MYŚLENICKIEGO I WOJEWÓDZTWA MAŁOPOLSKIEGO W LATACH 2009 – 2010 (LICZBA PRACUJĄCYCH W OPIECE ZDROWOTNEJ W PRZELICZENIU NA 10 000 MIESZKAŃCÓW)

	POWIAT MYŚLENICKI		WOJEWÓDZTWO MAŁOPOLSKIE	
	2009	2010	2009	2010
Lekarze	13	13	21,2	21,7
Dentyści	2,3	2,8	3,6	3,8
Pielęgniarki	33	30,5	50	50
Położne	4,4	4,7	5,8	5,9

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Głównego Urzędu Statystycznego i „Zabezpieczenia opieki zdrowotnej na terenie województwa małopolskiego w 2010 roku”, Sprawozdanie MZ-88

²⁵ Pracujący, dla których jednostka sprawozdawcza jest głównym miejscem pracy

Obecnie na terenie powiatu myślenickiego działają 33 apteki (w 2005 – 23 apteki). W porównaniu do lat poprzednich poprawia się dostępność aptek dla mieszkańców: w 2005 r. na jedną placówkę przypadało 5,1 tys. mieszkańców, w 2010 – 4,2 tys., obecnie zaś 3,6 tys²⁶. Jest to jednak cały czas niższy wskaźnik niż ten, liczony jako średnia dla województwa – w 2005 wynosił on 3,4 tys. mieszkańców w przeliczeniu na 1 aptekę, w 2011 – 3,0 tys./aptekę.

PODSTAWOWA OPIEKA ZDROWOTNA

Na terenie powiatu myślenickiego świadczenia w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej w 2011 r. były realizowane przez 83 niepubliczne zakłady lekarskie, praktyki lekarskie, niepubliczne zakłady lub praktyki pielęgniarek i położnych. W porównaniu do roku 2010 r. ta liczba wzrosła o 20, z 64.

W 2010 r. w ramach ambulatoryjnej opieki zdrowotnej mieszkańcom powiatu udzielono 709 tys. porad, z czego 649 tys. stanowiły porady lekarskie (91%). Przeliczając udzielone parady na liczbę mieszkańców wynika, że na 1 osobę przypada 5,9 porad w ciągu roku. Porównaniu do lat poprzednich można zauważyć niewielki spadek z poziomu 6,4 porad na mieszkańca w latach 2007-2009

Tabela 14 prezentuje zestawienie liczby udzielonych porad w ramach opieki ambulatoryjnej na 1 mieszkańca powiatu w różnych powiatach woj. małopolskiego. Powiat myślenicki plasuje się w połowie pomiędzy powiatami o najwyższej (7,4 – pow. chrzanowski) i najniższej (4,6 - pow. tarnowski) wartości wskaźnika, nie biorąc pod uwagę miast na prawach powiatu, gdzie wskaźniki są dużo wyższe (ponad 11 porad na mieszkańca).

TABELA 14. LICZBA PORAD NA 1 MIESZKAŃCA W POWIATACH WOJEWÓDZTWA MAŁOPOLSKIEGO W 2010 ROKU

POWIAT	LICZBA PORAD NA 1 MIESZKAŃCA
Tarnów	12,1
Nowy Sącz	11,2
Kraków	11,1
chrzanowski	7,4
oświęcimski	7,2
miechowski	7,0
olkuski	6,7
gorlicki	6,5
suski	6,4
bocheński	6,2
proszowicki	6,0
limanowski	6,0
myślenicki	5,9
brzeski	5,8
tatrzański	5,6

²⁶ Na podstawie danych Głównego Urzędu Statystycznego.

POWIAT	LICZBA PORAD NA 1 MIESZKAŃCA
wielicki	5,4
wadowicki	5,2
dąbrowski	5,2
nowotarski	5,1
krakowski	4,9
nowosądecki	4,9
tarnowski	4,6
Małopolska	7,3

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Głównego Urzędu Statystycznego

W 2010 r. w powiecie udzielono 453 895 porad z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej, czyli o 17,7 tys. więcej niż w roku poprzednim. Wskaźnik dostępności podstawowej opieki lekarskiej, mierzony jako ilość udzielonych porad lekarskich przypadająca na 1 mieszkańca, wynosił 3,7 (w Małopolsce 3,73). Na przestrzeni ostatnich lat nie ulega on dużym wahaniom i utrzymuje się w granicach 3,6-3,8 porady na mieszkańca powiatu.

AMBULATORYJNA SPECJALISTYCZNA OPIEKA ZDROWOTNA

Porady specjalistyczne na terenie powiatu myślenickiego świadczone są przez SP ZOZ, NZOZy i prywatne praktyki lekarskie. W 2010 r. lekarze specjaliści udzielili 296 740 porad, z czego blisko połowa została udzielona w poradniach zabiegowych²⁷, 23% - w poradniach chorób wewnętrznych²⁸, 17% dotyczyło innych specjalności zachowawczych²⁹, a 11% - opieki nad matką i dzieckiem³⁰.

Jeden mieszkaniec powiatu w 2010 r. skorzystał średnio z 2,4 porady, co było zbliżone do średniej wartości dla Małopolski, która wynosiła 2,7 porady na osobę. W stosunku do roku 2005 wskaźnik ten w powiecie myślenickim wzrósł o 0,4 (z 2 do 2,4 porad na osobę).

Powiat myślenicki jest piątym powiatem w Małopolsce pod względem liczby porad specjalistycznych udzielonych na 1 mieszkańca (wykres 23).

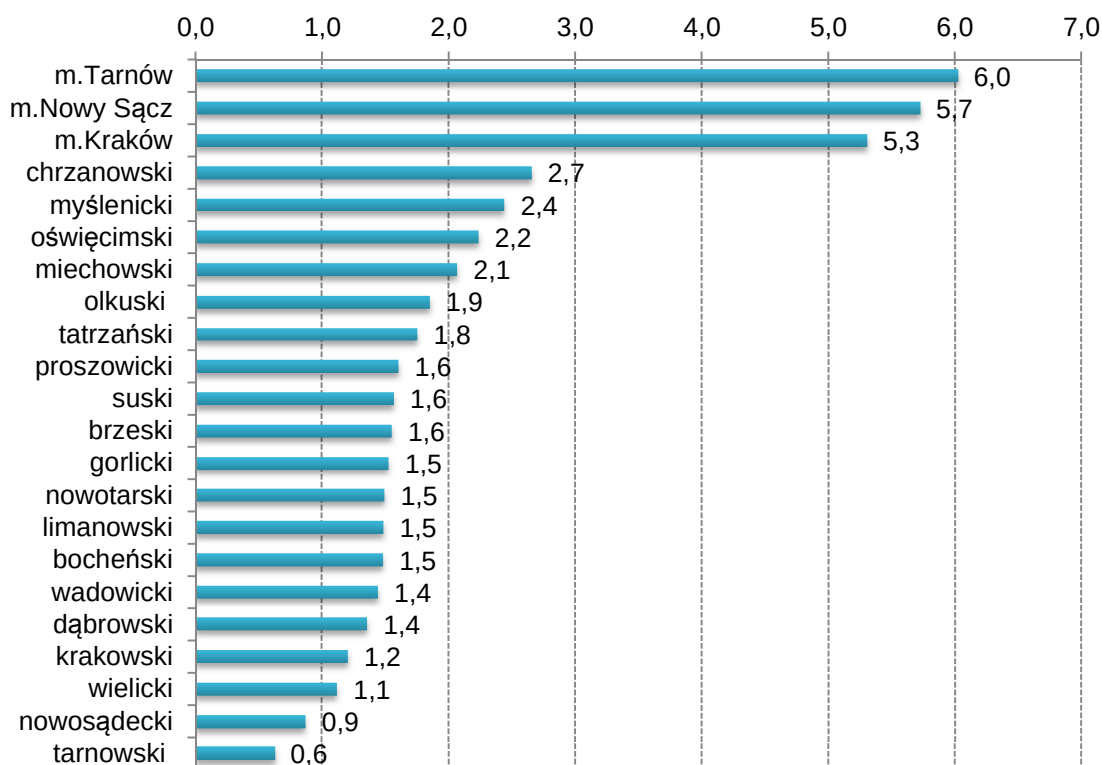
²⁷ M.in. porady z zakresu chirurgii ogólnej, urazowo-ortopedyczne, okulistyczne, otolaryngologiczne.

²⁸ M. in. porady alergologiczne, diabetologiczne, kardiologiczne.

²⁹ M. in. porady dermatologiczne, neurologiczne, rehabilitacyjne.

³⁰ M. in. porady pediatryczne, ginekologiczno-położnicze.

WYKRES 23. LICZBA PORAD SPECJALISTYCZNYCH W PRZELICZENIU NA 1 MIESZKAŃCA W POWIATACH WOJEWÓDZTWA MAŁOPOLSKIEGO W 2010 ROKU



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Głównego Urzędu Statystycznego i „Zabezpieczenia opieki zdrowotnej na terenie województwa małopolskiego w 2010 roku”, Sprawozdanie MZ-12

Najwyższy wskaźnik (powyżej 5 porad na osobę) notowany jest w miastach na prawach powiatu, które jednocześnie stanowią skupiska usług medycznych. Wśród pozostałych powiatów wyższy wskaźnik miał jedynie pow. chrzanowski – 2,7 porad specjalistycznych udzielonych na mieszkańca.

W tabeli 15 przedstawiono informacje dotyczące liczby porad specjalistycznych udzielonych w poradniach na terenie powiatu myślenickiego w 2010 r. Wskaźniki liczby porad przypadających na 1 mieszkańca umożliwiają porównanie sytuacji w powiecie i średnich wartości dla województwa.

TABELA 15. PORADY UDZIELONE W PORADNIACH SPECJALISTYCZNYCH NA TERENIE POWIATU MYŚLENICKIEGO W 2010 ROKU

TYP PORADNI	LICZBA PORAD	LICZBA PORAD NA 1 MIESZKAŃCA	
		Pow. myślenicki	Woj. małopolskie
alergologiczna	5 942	0,05	0,09
diabetologiczna	4 525	0,04	0,06
kardiologiczna	34 660	0,28	0,17
dermatologiczna	17 575	0,14	0,14
neurologiczna	14 682	0,12	0,18
rehabilitacyjna	2 159	0,02	0,08
ginekologiczno-	18 765	0,15	0,33

TYP PORADNI	LICZBA PORAD	LICZBA PORAD NA 1 MIESZKAŃCA	
położnicza			
chirurgii ogólnej	16 273	0,13	0,21
urazowo-ortopedyczna	17 883	0,15	0,19
okulistyczna	82 220	0,68	0,27
otolaryngologiczna	23 444	0,19	0,22
stomatologiczna	80 370	0,66	0,84

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Głównego Urzędu Statystycznego i „Zabezpieczenia opieki zdrowotnej na terenie województwa małopolskiego w 2010 roku”, Sprawozdanie MZ-12

W 2010 r. w poradniach alergologicznych powiatu myślenickiego udzielono 5 942 porad. Na 1 mieszkańca powiatu przypada 0,05 porad, podczas gdy w województwie – 0,09. W porównaniu do roku 2005 te wartości wzrosły – w powiecie z 0,03, a w województwie z 0,07 porad na 1 mieszkańca.

W poradniach diabetologicznych na terenie powiatu udzielono 4 525, co w przeliczeniu na 1 mieszkańca daje wskaźnik 0,04 porad (średnia dla Małopolski: 0,06).

W roku 2010 na terenie powiatu odnotowano 34 660 porad kardiologicznych. Oznacza to, że na 1 mieszkańca powiatu przypadało 0,28 porad – jest to dużo wyższa wartość niż średnia dla Małopolski (0,17 porad na 1 mieszkańca).

W poradniach dermatologicznych udzielono 17 575 porad, co w przeliczeniu na 1 mieszkańca daje wskaźnik 0,14 porad, tak sam jak dla Małopolski.

14 682 świadczeń udzielono w poradniach neurologicznych. Oznacza to, że na 1 mieszkańca powiatu przypadało 0,12 porad – jest to niższa wartość niż średnia dla Małopolski (0,18 porad na 1 mieszkańca).

W ramach świadczeń rehabilitacyjnych udzielono 2 159 porad. Wskaźnik liczby porad na 1 mieszkańca przyjmował wartość 0,02, podczas gdy w Małopolsce – 0,08.

W roku 2010 na terenie powiatu odnotowano 18 765 porad z zakresu ginekologii i położnictwa. Oznacza to, że na 1 mieszkańca powiatu przypadało 0,15 porad – jest to niższa wartość niż średnia dla Małopolski, która wynosiła 0,33.

Liczba porad z zakresu chirurgii ogólnej udzielonych w powiecie wynosiła z kolei 16 273. Daje to 0,13 porad na 1 mieszkańca w powiecie, podczas gdy w województwie wskaźnik ten wynosi 0,33 porady na osobę.

W poradniach urazowo-ortopedycznych odnotowano 17 883, co w przeliczeniu na 1 mieszkańca daje wskaźnik 0,15 porad, podczas gdy w Małopolsce jest to 0,21 porad na osobę.

W poradniach okulistycznych udzielono 82 220. Tu różnice między woj. małopolskim a powiatem są największe – w przeliczeniu na 1 mieszkańca powiatu udzielono 0,68 porad, a w województwie – 0,27.

Liczba udzielonych porad otolaryngologicznych wynosiła 23 444.

Świadczenia stomatologiczne na terenie powiatu myślenickiego w 2012 r. są udzielane przez 12 zakładów niepublicznych lub indywidualnych praktyk lekarskich. W 2010 r. w powiecie myślenickim udzielono 80 370 porad stomatologicznych. Przeliczając to na liczbę mieszkańców można uznać, że na 1 mieszkańca powiatu przypada 0,66 porad, podczas gdy średnia dla województwa była wyższa i wynosiła 0,84. Należy zauważyć, że z roku na rok rośnie liczba porad stomatologicznych udzielanych w powiecie – w 2005 w porównaniu do roku 2010 było ich mniej o blisko 20 tys., co oznacza, że z porad mógł skorzystać co drugi mieszkaniec (na jednego mieszkańca przypadało 0,5 porady).

Biorąc pod uwagę działalność pracowni cytodiagnostycznych, w 2010 r. w powiecie myślenickim zbadały one 2 168 kobiet, co stanowi 4,6% mieszkanki powiatu powyżej 18 r.ż. Oznacza to, że badań takich skorzystało 5 na 100 kobiet w wieku powyżej 20 roku życia na terenie powiatu myślenickiego oraz 16 na 100 mieszkanki województwa powyżej 20 r.ż.

TABELA 16. DZIAŁALNOŚĆ PRACOWNI CYTODIAGNOSTYCZNYCH W ZAKŁADACH PUBLICZNYCH, NIEPUBLICZNYCH I PRAKTYKACH LEKARSKICH W 2010 ROKU

	LICZBA KOBIET ZBADANYCH CYTOLOGICZNIE OGÓŁEM	LICZBA PORAD NA 1 MIESZKANKĘ POWYŻEJ 20 R. Ż.
Powiat myślenicki	2 168	0,05
Woj. małopolskie	225 071	0,16

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Głównego Urzędu Statystycznego i „Zabezpieczenia opieki zdrowotnej na terenie województwa małopolskiego w 2010 roku”

Podsumowując częstotliwość korzystania z porad specjalistycznych przez mieszkańców powiatu myślenickiego oraz średnią dla województwa małopolskiego, można zauważyć następujące prawidłowości:

- wskaźnik korzystania z porad specjalistycznych w przeliczeniu na 1 mieszkańca na terenie powiatu był wyższy niż na terenie województwa w poradniach:
 - kardiologicznych
 - okulistycznych.
- wskaźnik korzystania z porad specjalistycznych w przeliczeniu na 1 mieszkańca na terenie powiatu był niższy niż na terenie województwa w poradniach:
 - alergologicznych
 - diabetologicznych
 - neurologicznych
 - rehabilitacyjnych
 - ginekologiczno-położniczych
 - chirurgii ogólnej

- urazowo-ortopedycznych
 - otolaryngologicznych
 - stomatologicznych
3. wskaźnik korzystania z porad specjalistycznych w przeliczeniu na 1 mieszkańca na terenie powiatu był taki sam jak w województwie (bądź zbliżony) w poradni dermatologicznej.

STACJONARNA OPIEKA ZDROWOTNA

Na terenie powiatu myślenickiego funkcjonuje jeden Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej, którego organem założycielskim jest Powiat Myślenicki.

W jego strukturze działa 14 oddziałów:

- Oddział Anestezjologii i Intensywnej Opieki
- Oddział Chirurgii Ogólnej wraz z pododdziałem Intensywnej Opieki Pooperacyjnej
- Oddział Chirurgii Urazowo - Ortopedycznej
- Oddział Chorób Płuc
- Oddział Dziecięcy
- Oddział Ginekologiczno-Położniczy wraz z Blokiem Porodowym
- Oddział Neonatologiczny
- Oddział Neurologiczny
- Zakład Opiekuńczo-Lecznicy
- Oddział Wewnętrzny wraz z Intensywną Opieką Kardiologiczną,
- Oddział Zakaźny
- Blok Operacyjny
- Stacja Pomocy Doraźnej
- Szpitalny Oddział Ratunkowy.

Przy szpitalu funkcjonują także poradnie specjalistyczne:

- Alergologiczna
- Kardiologiczna
- Neurologiczna
- Przeciwgruźlicza i Chorób Płuc
- Chorób Zakaźnych
- Chirurgiczna Ogólna
- Urazowo – Ortopedyczna
- Chirurgiczna dziecięca
- Urologiczna
- Ginekologiczno-Położnicza
- Reumatologiczna
- Rehabilitacji i Fizykoterapii

- Zdrowia Psychicznego
- Leczenia uzależnień
- Medycyny Pracy
- Onkologiczna
- Otolaryngologiczna
- Endokrynologiczna
- Neonatologiczna
- Pediatria
- Gastroenterologiczna
- Chorób Naczyń.

Ponadto w SP ZOZ działa także pracownia fizjoterapii, ambulatoryjna i wyjazdowa opieka całodobowa, gabinet lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, gabinet pielęgniarstwa środowiskowej rodzinnej, zespół leczenia środowiskowego (domowego), gabinety zabiegowe, laboratorium analityki medycznej, laboratorium mikrobiologiczne oraz pracownia diagnostyki obrazowej (RTG, USG) i EEG, pracownia diagnostyki układu krążenia (EKG, EKG wysiłkowe, Holter), pracownia badań czynnościowych układu oddechowego i badań alergologicznych, pracownia diagnostyki endoskopowej, punkt szczepień i zespół transportu sanitarnego.

Na zakończenie 2010 r. liczba łóżek na terenie szpitala wynosiła 284 (bez oddziałów noworodków i wcześniaków) oraz 28 (na oddziale dziecięcym, niemowlęcym i wcześniaków). Leczonych ogółem było 10 257 osób dorosłych i 1 162 na oddziałach dziecięcym, niemowlęcym i wcześniaków. Wskaźnik średniego wykorzystania łóżek wynosił 54% na oddziałach dziecięcym, niemowlęcym i wcześniaków oraz 61,6% na pozostałych. Wartości oby wskaźników są niższe niż średnia dla Małopolski – o 3% w przypadku oddziałów dziecięcych i o 1,5% - dla pozostałych oddziałów (tabela 17).

TABELA 17. PODSTAWOWE WSKAŹNIKI FUNKCJONOWANIA SP ZOZ W 2010 ROKU

		LICZBA ŁÓŻEK - STAN NA 31.XII	LECZENI OGÓŁEM	OSOBODNI LECZENIA	ŚR. WYKORZYS TANIE ŁÓŻEK W %	LICZBA LECZONYCH NA 1 ŁÓŻKO
Pow. myślenicki	Oddział dziecięcy, niemowlaków, wcześnieaków	28	1164	5537	54,2	41,6
	Pozostałe oddziały	284	10 257	63 183	61,6	36,5
Woj. małopolskie	Oddział dziecięcy, niemowlaków, wcześnieaków	795	34 865	164 932	57,1	44
	Pozostałe oddziały	13 478	562 300	3 577 613	73,1	41,9

Źródło: „Zabezpieczenie opieki zdrowotnej na terenie województwa małopolskiego w 2010 roku”, Sprawozdanie MZ-29

Wskaźnik obciążenia szpitali pokazuje ilu chorych przypada na jedno łóżko łącznie w szpitalach publicznych i niepublicznych. W 2010 r. w powiecie obciążenie było niższe niż w województwie – w pow. myślenickim 36,5 chorych przypadało na 1 łóżko, natomiast w Małopolsce – blisko 42. Średni okres przebywania chorych w szpitalu wynosił w 2010 r. 6,2 dnia i był zbliżony do średniej dla Małopolski (6,4).

Miarą pozwalającą ocenić dostępność stacjonarnej opieki medycznej dla mieszkańców powiatu jest wskaźnik dostępności szpitali podawany jako ilość łóżek w szpitalach ogólnych w przeliczeniu na 10 000 mieszkańców. W 2010 roku wynosił on dla powiatu myślenickiego 26 łóżek na 10 tys. mieszkańców, co stanowi nieznaczny spadek do roku 2007 r., kiedy to wskaźnik miał wartość 27/10 000 mieszkańców³¹. Średnia wartość wskaźnika w Małopolsce wynosi 43. Rysunek 3 prezentuje wartość wskaźnika dostępności szpitali w województwie małopolskim w podziale na powiaty.

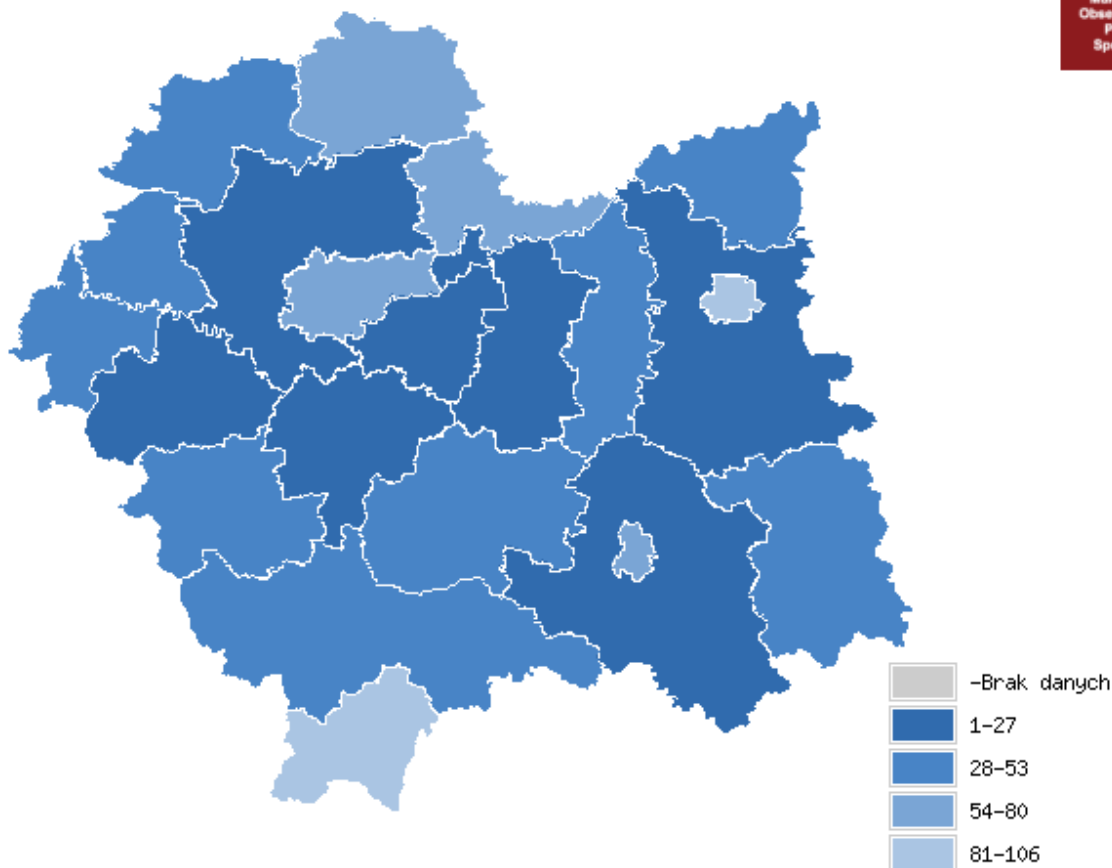
³¹ Dane z Głównego Urzędu Statystycznego za Małopolskim Obserwatorium Polityki Społecznej.

**RYСУNEK 4. WSKAŹNIK DOSTĘPNOŚCI SZPITALI – LICZBA ŁÓŻEK NA 10 000 MIESZKAŃCÓW W POWIATACH
WOJEWÓDZTWA MAŁOPOLSKIEGO**

Dostępność szpitali

Rok: 2010

Obszar: województwo małopolskie



Źródło: Główny Urząd Statystyczny za Małopolskim Obserwatorium Polityki Społecznej

Na tle innych powiatów województwa wskaźnik liczby łóżek w przeliczeniu na 10 tys. mieszkańców przyjmował jedną z niższych wartości. Przy czym należy pamiętać, że najwyższe wartości wskaźnika w takich powiatach jak np. tatrzański, miasto Kraków, wynikają z lokalizacji na ich terenie szpitali o zasięgu wojewódzkim.

REALIZACJA PROGRAMU SZCZEPIEŃ OCHRONNYCH

Celem szczepień jest zapewnienie odporności przeciwko chorobom zakaźnym, które zagrażają prawidłowemu funkcjonowaniu człowieka. Na terenie Polski obowiązek szczepień dotyczy osób do 19 roku życia, z grup ryzyka (np. dzieci, osoby starsze, pracownicy ochrony zdrowia). Tabela 18 przedstawia Program Szczepień Ochronnych obowiązujący na rok 2012 opracowany przez Główny Inspektorat Sanitarny.

TABELA 18. SZCZEPIENIA OBOWIĄZKOWE DLA DZIECI I MŁODZIEŻY (PSO) NA ROK 2012 WG ZAŁĄCZNIKA DO KOMUNIKATU GŁÓWNEGO INSPEKTORA SANITARNEGO Z DNIA 26 PAŹDZIERNIKA 2011 ROKU

Wiek		Gruźlica	WZW typu B	Błonica	Teżec	Krztusiec	Hib	Poliomylitis	Odra	Świnka	Różyczka
1 rok życia	1 doba życia										
	2 miesiąc										
	3-4 miesiąc										
	5-6 miesiąc										
	7 miesiąc										
2 rok życia	13-14 miesiąc										
	16-18 miesiąc										
6 rok życia											
10 rok życia											
14 rok życia											
19 rok życia											

Źródło: Stan sanitarny Małopolski w 2011 r

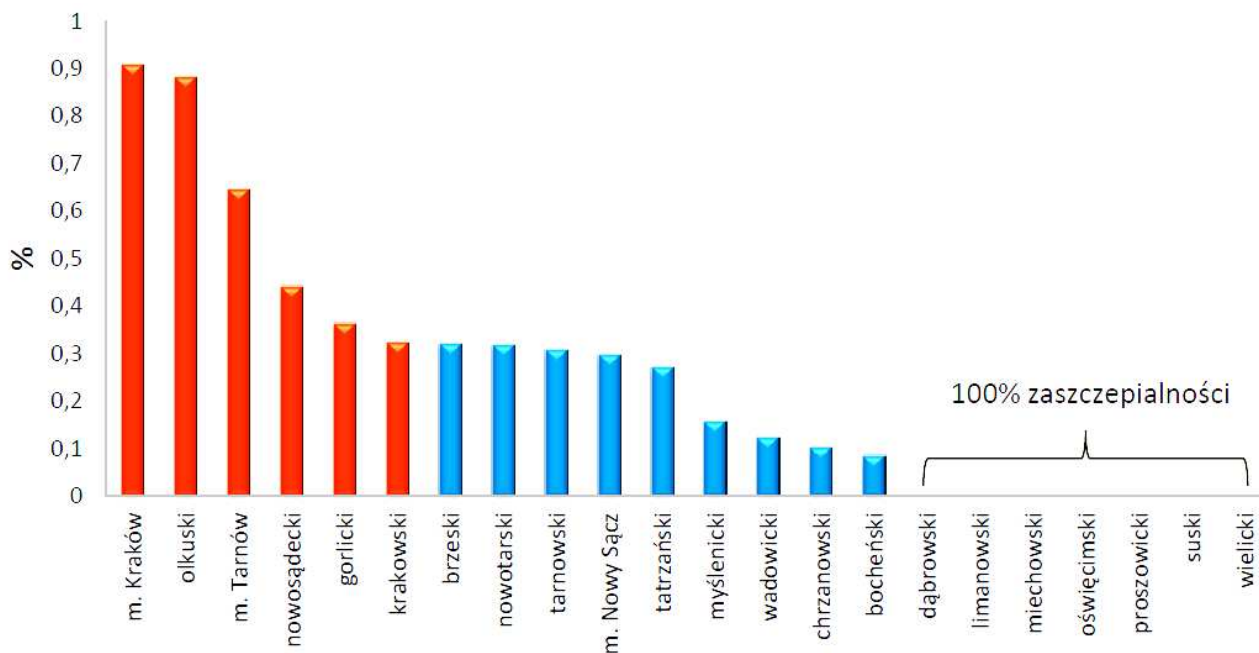
Dane i wykresy w niniejszym podrozdziale pochodzą z opracowania „Stan sanitarny Małopolski w 2011r.” przygotowanego przez Wojewódzką Stację Sanitarno-Epidemiologiczną w Krakowie.

W 2011 r. 25 osób na terenie powiatu myślenickiego uchylało się od obowiązkowych szczepień dzieci.

Na wykresach 24-32 przedstawiono odsetek dzieci i młodzieży niezaszczepionych na szczepienia obowiązkowe w poszczególnych powiatach woj. małopolskiego w 2011 roku. Kolory słupków stanowią o klasyfikacji powiatów do 3 grup:

- powiaty o największym odsetku niezaszczepionych – kolor czerwony
- powiaty o średnim odsetku niezaszczepionych – kolor niebieski
- powiaty, w których zaszczepialność jest wysoka – kolor zielony.

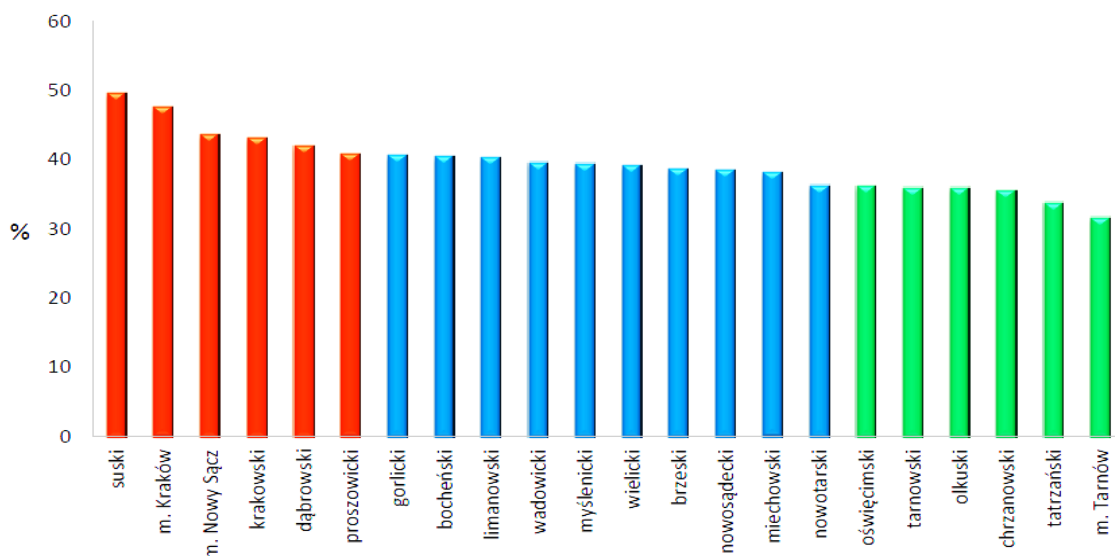
WYKRES 24. ODSETEK DZIECI W 1 ROKU ŻYCIA NIEZASZCZEPIONYCH PRZECIWKO GRUŹLICY
W POSZCZEGÓLNYCH POWIATACH



Źródło: Stan sanitarny Małopolski w 2011 r

Powiat myślenicki należy do powiatów o średniej zaszczepialności przeciwko gruźlicy w woj. małopolskim. W 2011 zaszczepiono 99,8 % dzieci do 1 r.ż.

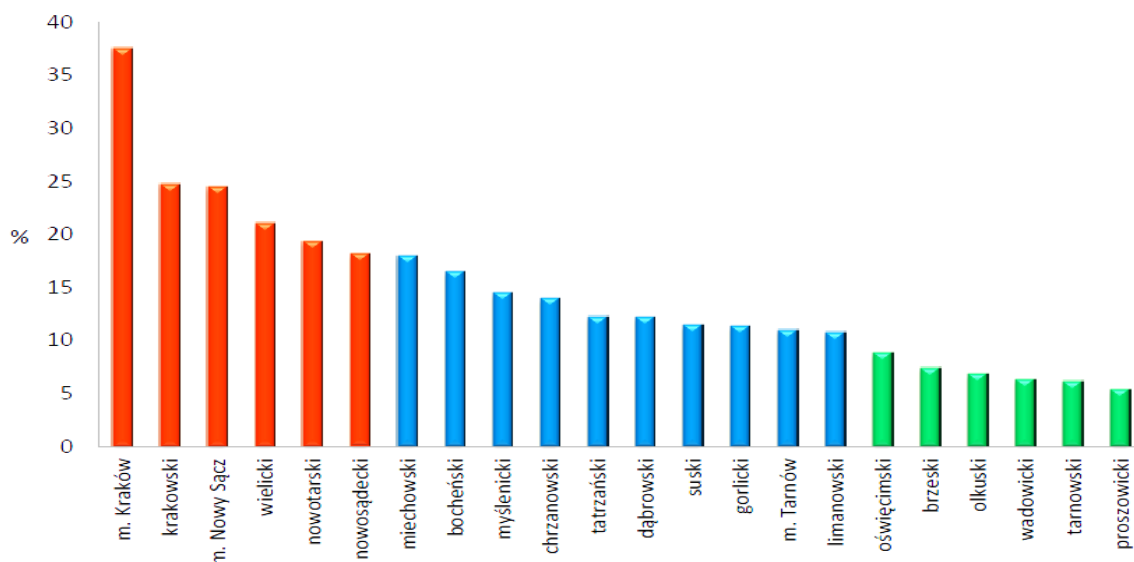
WYKRES 25. ODSETEK DZIECI W 1 R.Ż. NIEZASZCZEPIONYCH PRZECIWKO POLIOMYELITIS W POSZCZEGÓLNYCH POWIATACH WOJ. MAŁOPOLSKIEGO W 2011 ROKU.



Źródło: Stan sanitarny Małopolski w 2011 r

Na polimielit w 2011 r. zaszczepiono 60% dzieci w 1 roku życia z powiatu myślenickiego, jest to wynik podobny do lat poprzednich (2008-2010).

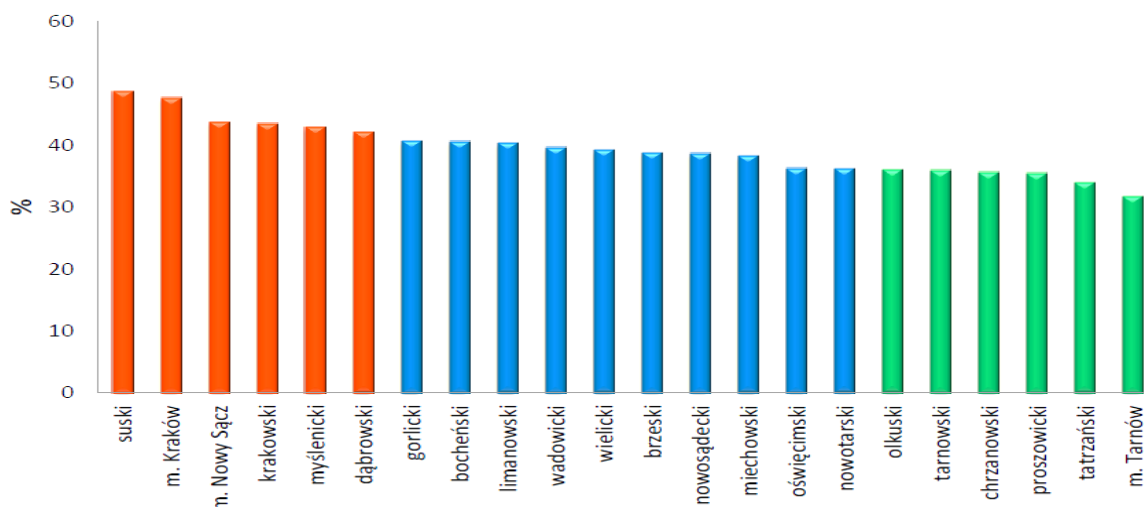
WYKRES 26. ODSETEK DZIECI W 6 R.Ż. NIEZASZCZEPIONYCH PRZECIWKO POLIOMYELITIS (CZWARTĄ DAWKĄ) W POSZCZEGÓLNYCH POWIATACH WOJ. MAŁOPOLSKIEGO W 2011 ROKU.



Źródło: Stan sanitarny Małopolski w 2011 r

Dawki czwartej szczepionki przeciwko poliomyelitis nie otrzymało w 2011 – 16,5. Jest to nieznaczna poprawa w stosunku do roku 2010 (20%) i 2009 (18%).

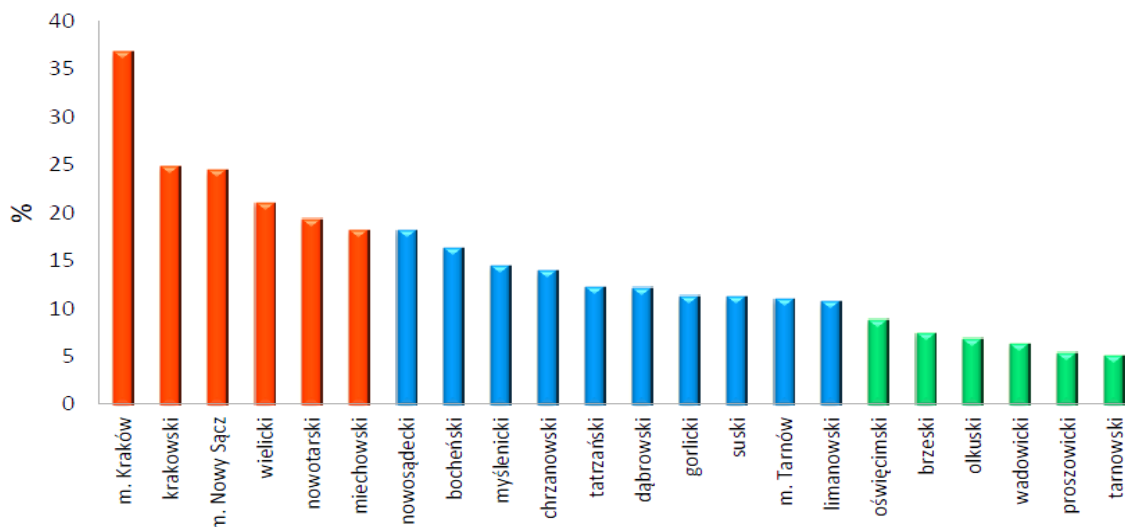
WYKRES 27. ODSETEK DZIECI W 1 R.Ż. NIEZASZCZEPIONYCH PRZECIWKO BŁONICY, TĘŻCOWI I KRZTUŚCOWI W POSZCZEGÓLNYCH POWIATACH WOJ. MAŁOPOLSKIEGO W 2011 ROKU.



Źródło: Stan sanitarny Małopolski w 2011 r

Około 44% dzieci objętych obowiązkiem szczepienia przeciwko błonicy, tężcowi i krztuścowi nie zostało poddanych temu zabiegowi, co lokuje powiat myślenicki wśród powiatów o największym odsetku niezaszczepionych. Jest to pogorszenie sytuacji w stosunku do lat 2008 i 2009, kiedy to odsetek ten był niższy i wynosił odpowiednio 42% i 38%.

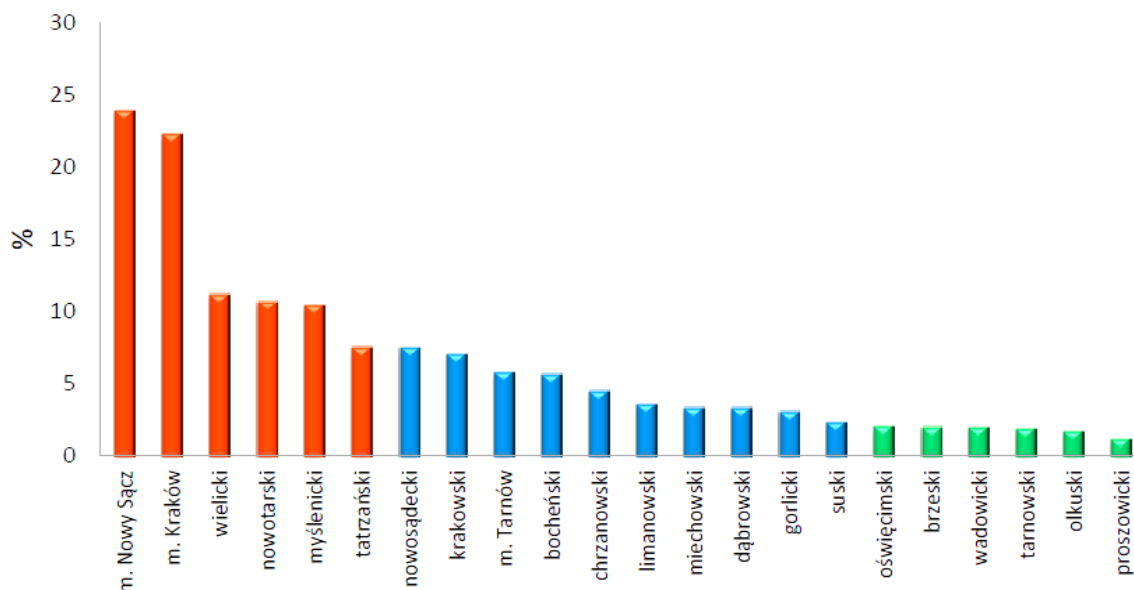
WYKRES 28. ODSETEK DZIECI W 6 R.Ż. NIEZASZCZEPIONYCH PRZECIWKO KRZTUŚCOWI W POSZCZEGÓLNYCH POWIATACH WOJ. MAŁOPOLSKIEGO W 2011 ROKU.



Źródło: Stan sanitarny Małopolski w 2011 r

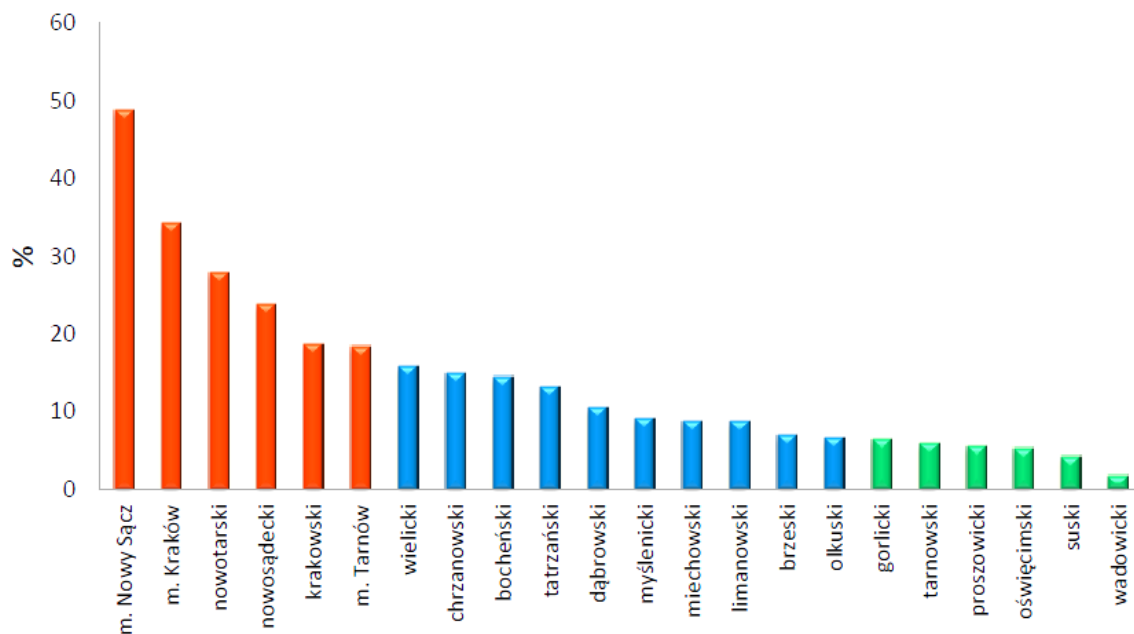
Zaszczepialność dzieci w 6 r.ż. przeciwko krztuścowi w 2011r. była na poziomie 85% (średni poziom w województwie). To poprawa sytuacji w stosunku do roku 2009 (82%) i 2010 (80%).

WYKRES 29. ODSETEK DZIECI W 14 R.Ż. NIEZASZCZEPIONYCH P/KO BŁONICY, TĘŻCOWI I KRZTUŚCOWI (DAWKĄ PRZYPOMINAJĄCĄ) W POSZCZEGÓLNYCH POWIATACH WOJ. MAŁOPOLSKIEGO W 2011 ROKU.



Źródło: Stan sanitarny Małopolski w 2011 r

WYKRES 30. ODSETEK DZIECI W 19 R.Ż. NIEZASZCZEPIONYCH PRZECIWKO TĘŻCOWI I BŁONICY W POSZCZEGÓLNYCH POWIATACH WOJ. MAŁOPOLSKIEGO W 2011 ROKU.

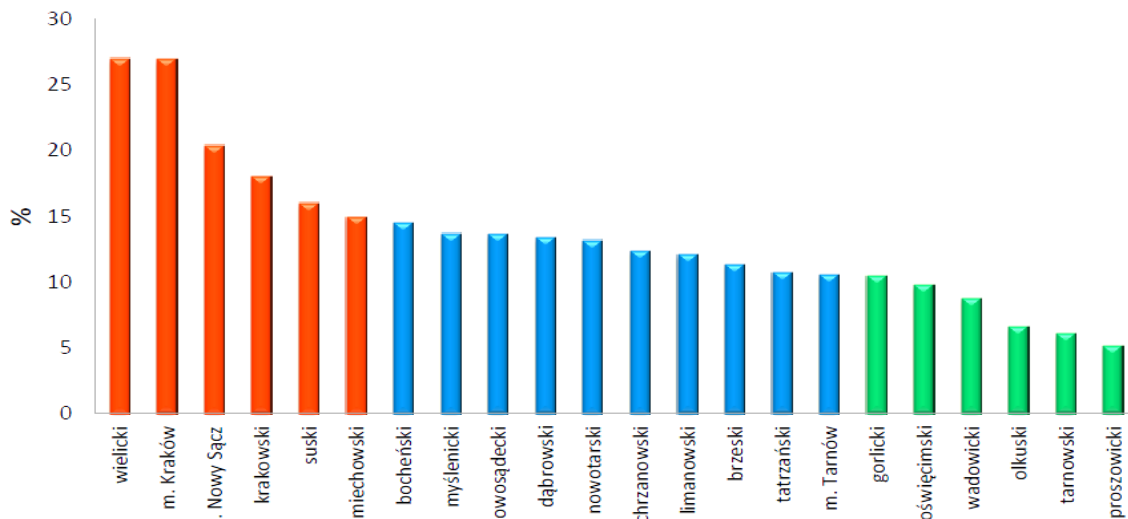


Źródło: Stan sanitarny Małopolski w 2011 r

W 14 i 19 roku życia podawane są przypominające dawki przeciwko tężcowi i błonicy. Biorąc pod uwagę szczepienie w 14 r.ż., zostało nim objęte 90% dzieci (jeden z niższych wyników

w województwie), natomiast w 19 r.ż. – 91% (średni wynik w województwie). Obserwowana jest poprawa wyszczepialności w obu przypadkach w stosunku do roku poprzedniego.

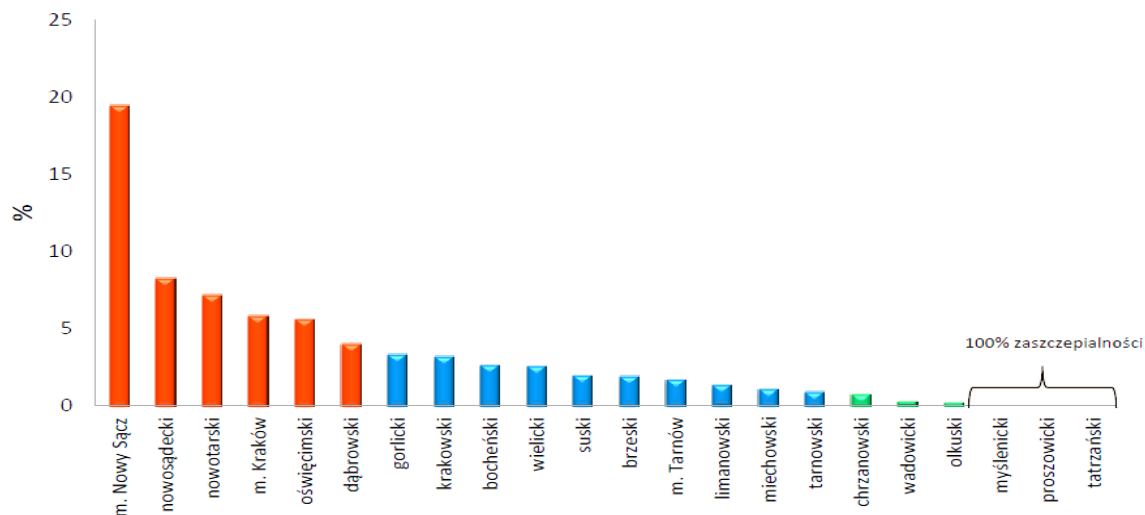
WYKRES 31. ODSETEK DZIECI W 2 R.Ż. NIEZASZCZEPIONYCH PRZECIWKO ODRZE, ŚWINCE I RÓŻYCZCE W POSZCZEGÓLNYCH POWIATACH WOJ. MAŁOPOLSKIEGO W 2011 ROKU



Źródło: Stan sanitarny Małopolski w 2011 r

W 2011 r. przeciwko odrze, śwince i różyczce niezaszczepionych było 14% dzieci w 2 r.ż. (wartość średnia na tle powiatu). Jest to poprawa sytuacji w stosunku do lat poprzednich, kiedy nie zaszczepiono 18% (2010 r.) i 20% dzieci (2009 r.).

WYKRES 32. ODSETEK DZIECI W 10 R.Ż. NIEZASZCZEPIONYCH P/KO ODRZE, ŚWINCE I RÓŻYCZCE W POSZCZEGÓLNYCH POWIATACH WOJ. MAŁOPOLSKIEGO W 2011 ROKU.



Źródło: Stan sanitarny Małopolski w 2011 r

Powtórne szczepienie dzieci przeciwko odrze, śwince i różyczce ma miejsce w 10 r.ż. w powiecie myślenickim zaszczepialność tą dawką na poziomie 100% utrzymuje się od 2008 roku.

Wyszczepialność w ramach Programu Szczepień Ochronnych w powiecie myślenickim na tle innych powiatów woj. małopolskiego w 2011 r. można określić jako średnią. W przypadku 2 szczepień (błonica, tężec i krztusiec – dawka 1 i 2) powiat myślenicki należy do powiatów o niskiej wyszczepialności, natomiast przy szczepieniu przeciwko odrze i śwince (2 dawka) – wyszczepialność jest całkowita. Przy większości chorób obserwuje się wzrost lub podobny stopień wykonawstwa szczepień ochronnych dzieci i młodzieży w stosunku do lat poprzednich.

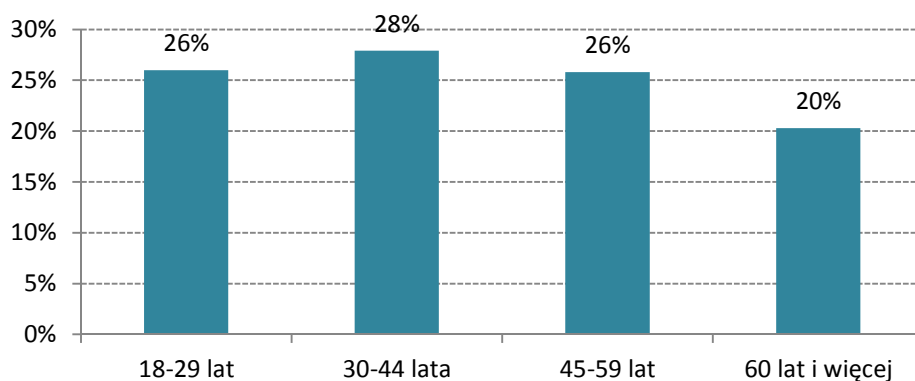
VIII. BADANIA ANKIETOWE MIESZKAŃCÓW POWIATU MYŚLENICKIEGO

OPIS PRÓBY

W badaniach wzięło udział 600 mieszkańców powiatu myślenickiego, z czego 51% stanowiły kobiety, a 49% - mężczyźni.

Udział poszczególnych kategorii wiekowych w próbie odpowiadał strukturze wiekowej mieszkańców powiatu. Największą grupę stanowiły osoby w wieku od 30 do 44 lat – 28% badanych. Po 26% respondentów było w wieku 18-29 lat oraz 45-59 lat, a co piąty badany miał powyżej 60 roku życia.

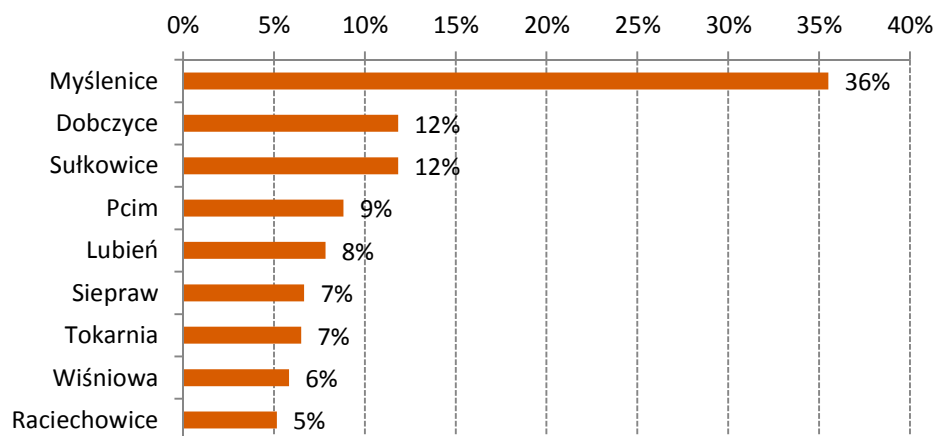
WYKRES 33. UCZESTNICY BADAŃ WG GRUP WIEKOWYCH



Źródło: opracowanie własne

Biorąc pod uwagę miejsce zamieszkania, 36% badanych to mieszkańcy gminy Myślenice, natomiast 64% – osoby zamieszkujące w innych gminach powiatu. Z gmin Dobczyce i Sułkowice ankietowani stanowili po 12% ogółu badanych, z gminy Pcim – 9%.

WYKRES 34. UCZESTNICY BADAŃ WG GMINY ZAMIESZKANIA

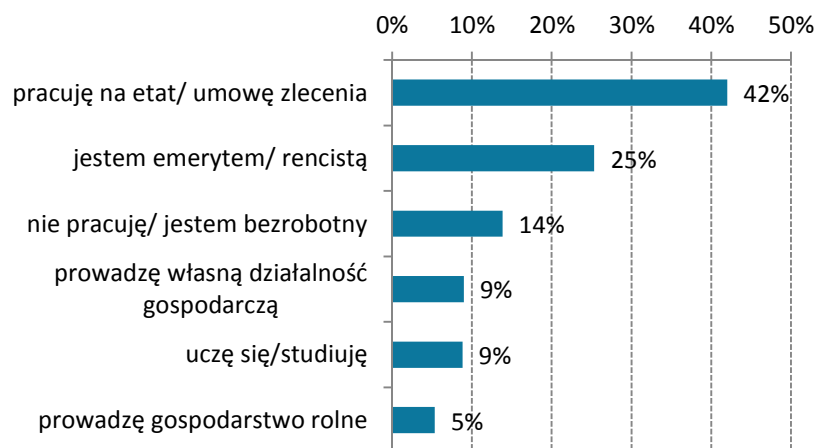


Źródło: opracowanie własne

Wśród badanych przeważały osoby mieszkające w mieście (58%) – byli to mieszkańcy Myślenic, Dobczyc i Sułkowic.

Biorąc pod uwagę status zawodowy osób objętych badaniem można stwierdzić, iż najwięcej – 42% – pracuje zawodowo. Emeryci stanowią 25% badanych, osoby niepracujące lub bezrobotne – 14%, a uczniowie / studenci oraz przedsiębiorcy prowadzący własną działalność gospodarczą – po 9%. Wśród ankietowanych 5% to rolnicy prowadzący własne gospodarstwa rolne.

WYKRES 35. UCZESTNICY BADAŃ WG STATUSU ZAWODOWEGO

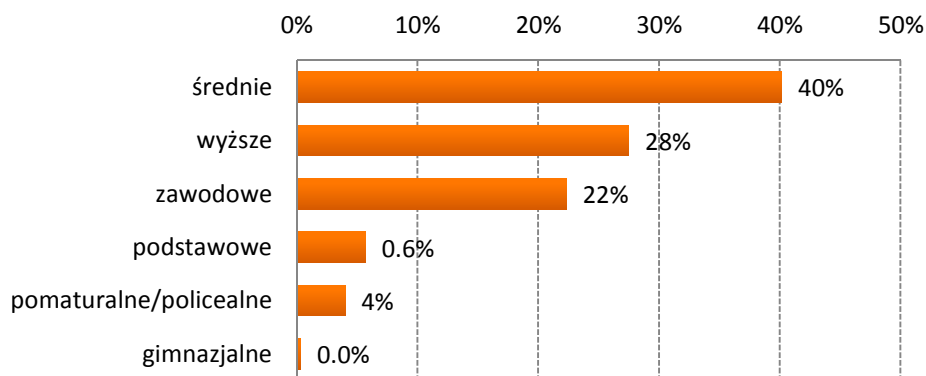


Odpowiedzi nie sumują się do 100% – respondenci mogli zaznaczyć więcej niż 1 odpowiedź.

Źródło: opracowanie własne

W badanej próbie najwięcej osób miało wykształcenie średnie – 40% oraz wyższe – 28%. Osoby z wykształceniem zawodowym stanowiły 22% respondentów, z podstawowym – 5,7% a z pomaturalnym bądź policealnym – 4%. Wśród ankietowanych zaledwie 2 osoby (0,3%) miały wykształcenie gimnazjalne.

WYKRES 36. UCZESTNICY BADAŃ WG WYKSZTAŁCENIA



Źródło: opracowanie własne

OCENA SYTUACJI ZDROWOTNEJ MIESZKAŃCÓW POWIATU

Mieszkańcy powiatu zostali poproszeni o subiektywną ocenę swojego stanu zdrowia i elementów związanych ze zdrowiem:

1. kondycji fizycznej
2. samopoczucia
3. poziomu odczuwanego stresu
4. sposobu odżywiania.

Większość mieszkańców powiatu oceniło swój stan zdrowia jako raczej dobry (45%) i bardzo dobry (17%), 26% badanych wybrała natomiast odpowiedź pośrednią („ani dobry ani zły”). Jedynie 12% ankietowanych stwierdziło, że ich stan zdrowia jest raczej lub bardzo zły.

Ocena stanu zdrowia różni się w zależności od wieku badanych – osoby powyżej 60 roku życia częściej oceniają swoje zdrowie negatywnie (31%) lub neutralnie (47%), wśród osób w wieku 18-29 lat przeważają natomiast oceny raczej i bardzo pozytywne (w sumie 87%). Nie ma natomiast różnic w ocenie stanu zdrowia między kobietami a mężczyznami.

TABELA 19. SUBIEKTYWNA OCENA STANU ZDROWIA W PODZIALE NA KATEGORIE WIEKOWE [W %]

Ocena stanu zdrowia	Grupy wiekowe				
	18-29 lat	30-44 lata	45-59 lat	60lat i więcej	Ogółem
Bardzo źle	1	1	2	7	3
Raczej źle	3	2	10	24	9
Ani dobrze, ani źle	8	18	38	47	26
Raczej dobrze	50	60	43	23	45
Bardzo dobrze	37	19	7	0	17
SUMA	100%	100%	100%	100%	100%

Źródło: opracowanie własne

Wśród mieszkańców powiatu przeważały także pozytywne oceny kondycji fizycznej – połowa ankietowanych oceniła ją jako raczej dobrą, dalsze 15% - bardzo dobrą. Zaledwie 13% badanych stwierdziło, że ich kondycja fizyczna jest raczej lub bardzo zła, 23% uznało ją zaś za przeciętną – „ani dobrą, ani złą”.

Podobnie jak przy ocenie stanu zdrowia widoczne jest duże zróżnicowanie odpowiedzi w różnych kategoriach wiekowych. Około ¾ osób najmłodszych uważa, że ich kondycja fizyczna jest dobra, natomiast wraz z wiekiem przybywa osób oceniających ją jako przeciętną i złą (tabela 20).

TABELA 20. OCENA KONDYCJI FIZYCZNEJ W PODZIALE NA KATEGORIE WIEKOWE [W %]

Ocena kondycji fizycznej	Grupy wiekowe				Ogółem
	18-29 lat	30-44 lata	45-59 lat	60lat i więcej	
Bardzo źle			3	5	2
Raczej źle	2	5	14	26	11
Ani dobrze, ani źle	12	20	27	34	23
Raczej dobrze	58	59	48	32	51
Bardzo dobrze	28	16	8	3	15
SUMA	100%	100%	100%	100%	100%

Źródło: opracowanie własne

Wraz z wiekiem pogarsza się także samopoczucie psychiczne mieszkańców powiatu. Wśród badanych do 29 roku życia 9 na 10 ocenia swoje samopoczucie na co dzień jako dobre, wśród osób w wieku 30-44 lata dotyczy to 8 na 10 ankietowanych. Z kolei 13% badanych powyżej 60 r.ż. ocenia swoje samopoczucie negatywnie, a 43% przeciętnie.

TABELA 21. OCENA SAMOPOCZUCIA W PODZIALE NA KATEGORIE WIEKOWE [W %]

Ocena samopoczucia	Grupy wiekowe				Ogółem
	18-29 lat	30-44 lata	45-59 lat	60lat i więcej	
Bardzo źle	1	1	1	3	1
Raczej źle	3	3	10	10	6
Ani dobrze, ani źle	10	18	31	43	24
Raczej dobrze	57	63	50	37	53
Bardzo dobrze	30	16	8	8	16
SUMA	100%	100%	100%	100%	100%

Źródło: opracowanie własne

Osoby starsze lepiej oceniają swój sposób odżywiania – 90% respondentów powyżej 60 roku życia uważa, że odżywia się zdrowo. Podobnego zdania jest około 70% osób w wieku między 30 a 59 rokiem życia oraz 62% osób w wieku 18-29 lat.

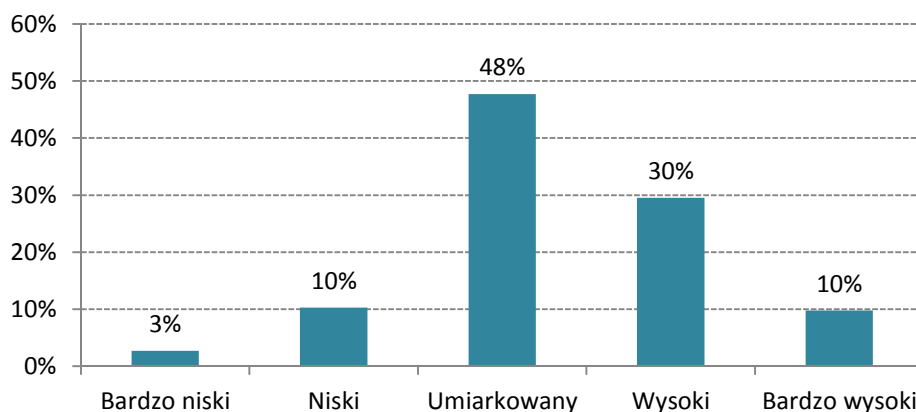
TABELA 22. OCENA SPOSOBU ODŻYWIANIA W PODZIALE NA KATEGORIE WIEKOWE [W %]

Sposób odżywiania	Grupy wiekowe				Ogółem
	18-29 lat	30-44 lata	45-59 lat	60lat i więcej	
Niezdrowy	1	1		1	1
Raczej niezdrowy	7	5	8	8	7
Ani zdrowy, ani niezdrowy	30	26	22	12	23
Raczej zdrowy	48	51	50	48	49
Zdrowy	14	18	20	32	20
SUMA	100%	100%	100%	100%	100%

Źródło: opracowanie własne

40 % mieszkańców uważa, że są pod wpływem wysokiego stresu, 13% - niski, 47% - średni. Poziom stresu nie zależy od płci, wieku, statusu zawodowego.

WYKRES 37. OCENA POZIOMU ODCZUWANEGO STRESU W ŻYCIU CODZIENNYM



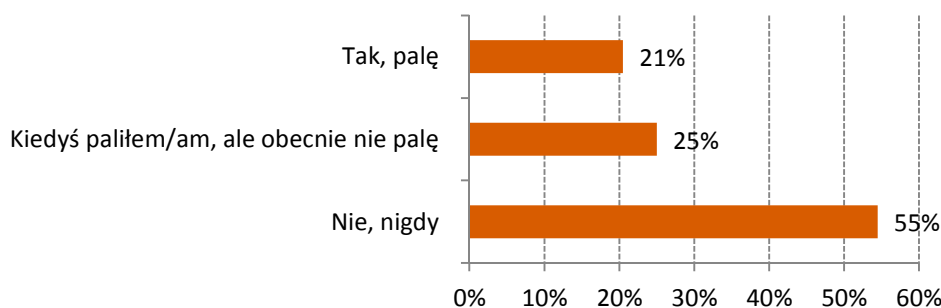
Źródło: opracowanie własne

ZACHOWANIA RYZYKOWNE

Jak wskazano na początku opracowania, na stan zdrowia ludzi największy wpływ ma prowadzony styl życia. Z jednej strony, może on oddziaływać pozytywnie (np. poprzez aktywność fizyczną), z drugiej zaś, zachowania ryzykowne mogą prowadzić do negatywnych konsekwencji dla zdrowia fizycznego lub psychicznego (np. powodować choroby, urazy itp.). Do najważniejszych zachowań ryzykownych zalicza się palenie tytoniu, spożywanie alkoholu, nadużywanie leków. Z tego względu w ankiecie uwzględnione zostały pytania dotyczące tych elementów – zostaną one omówione w tym rozdziale.

Wśród badanych mieszkańców powiatu myślenickiego 55% nigdy nie paliło papierosów, 25% obecnie nie pali, ale w przeszłości miało takie doświadczenia. Co piąty mieszkaniec powiatu pali tytoni, jednak można przypuszczać, że ten odsetek jest wyższy. Część badanych mogła bowiem nie chcieć przyznać się do palenia, ze względu coraz silniejszy klimat niesprzyjający temu – w ostatnich latach obserwuje się wzmożone działania oraz kampanie społeczne zniechęcające do palenia.

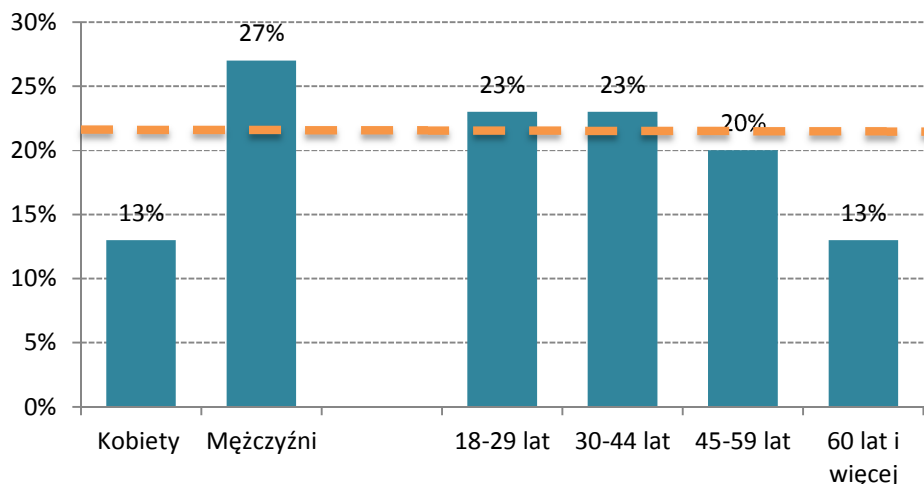
WYKRES 38. ODPOWIEDZI NA PYTANIE „CZY KIEDYKOLWIEK PALIŁ(A) PAN(I) PAPIEROSY?”



Źródło: opracowanie własne

Biorąc pod uwagę płeć uczestników badania, można zauważyć, że mężczyźni częściej przyznają się do palenia papierosów obecnie (27%) lub w przeszłości (27%) niż kobiety – odpowiednio 13% i 23%. Palaczy więcej jest też w młodszych grupach wiekowych – 23% ankietowanych w wieku 18-44 lata, podczas gdy wśród osób po 60 roku życia jest ich zaledwie 13%.

WYKRES 39. ODSETEK PALACZY WŚRÓD BADANYCH MIESZKAŃCÓW POWIATU MYŚLENICKIEGO



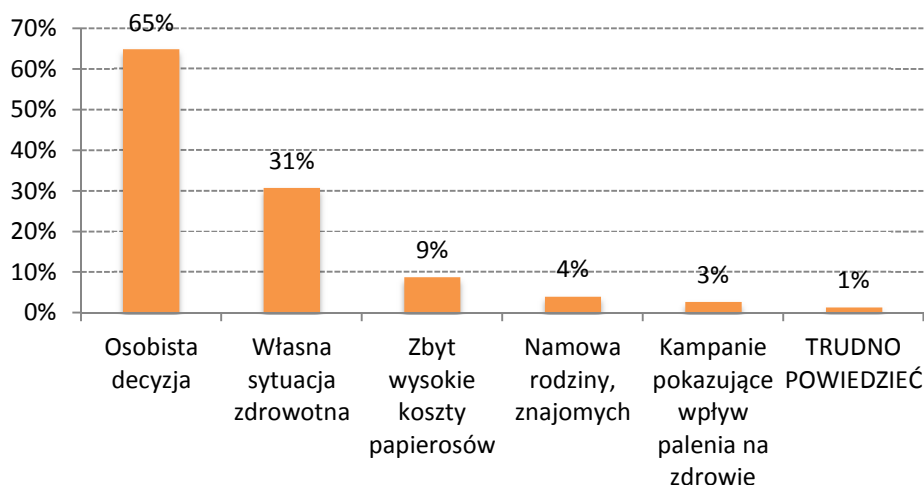
Źródło: opracowanie własne

Palenie papierosów częstsze jest wśród osób z wykształceniem zawodowym (30%) niż wyższym (15%).

Wśród przyznających się do palenia przeważają osoby palące papierosy codziennie (85%) lub kilka razy w tygodniu (11%). Rzadziej, czyli kilka razy w miesiącu lub roku pali zaledwie 4% badanych.

Osoby, które rzuciły palenie, zostały poproszone o wskazanie maksymalnie 3 najważniejszych powodów podjęcia tej decyzji (wykres 40). Najwięcej osób, 65% ze 150 badanych, którzy rzucili palenie, stwierdziło, że była to ich osobista decyzja, natomiast 31% motywowało to troską o własną sytuację zdrowotną. Dla 9 % ankietowanych ważny był czynnik ekonomiczny – zbyt wysokie koszty papierosów. Zaledwie pojedyncze osoby wskazały za powód namowę rodziny, znajomych (4%) lub kampanie pokazujące wpływ palenia na zdrowie (3%). Należy zwrócić uwagę, że respondenci najczęściej wybierali odpowiedź „najbezpieczniejszą”, nie wskazując konkretnego powodu, który spowodował podjęcie decyzji o rzuceniu palenia.

WYKRES 40. WSKAZYWANE POWODY RZUCENIA PALENIA (N=150)

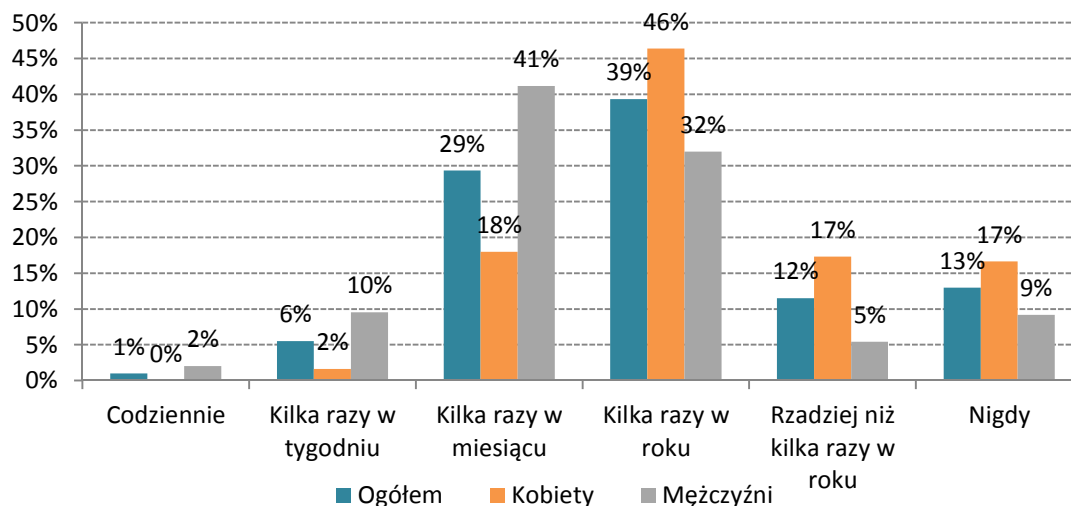


Odpowiedzi nie sumują się do 100% – respondenci mogli zaznaczyć więcej niż 1 odpowiedź.

Źródło: opracowanie własne

Badani mieszkańcy powiatu myślenickiego zostali także poproszeni o wskazanie, z jaką częstotliwością spożywają alkohol. Najwięcej osób (39%) stwierdziło, że pije zazwyczaj alkohol kilka razy w tygodniu, 29% - kilka razy w miesiącu, a 6% kilka razy w tygodniu. Wśród ankieterowanych 13% w ogóle nie spożywa alkoholu.

WYKRES 41. CZĘSTOTLIWOŚĆ SPOŻYWANIA ALKOHOLU PRZEZ MIESZKAŃCÓW POWIATU



Źródło: opracowanie własne

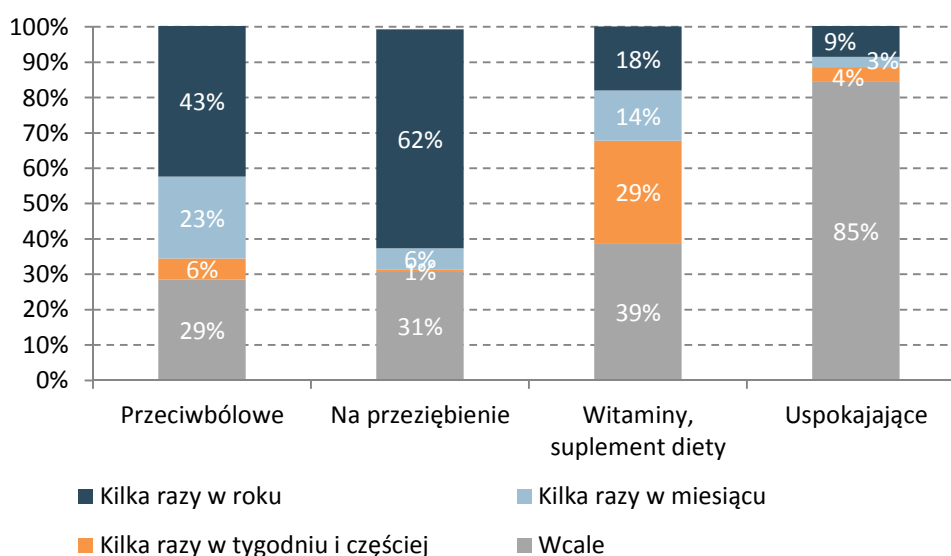
Analizując odpowiedzi pod kątem płci i wieku ankieterowanych można zauważyć pewne różnice. Kobiety spożywają alkohol rzadziej niż mężczyźni – 18% - kilka razy w miesiącu, 46% kilka razy w roku, 17% - rzadziej niż kilka razy w roku, a kolejne 17% - w ogóle. Z kolei wśród mężczyzn 10% - kilka razy w tygodniu, najwięcej, bo 41%, pije napoje alkoholowe kilka razy w miesiącu, a 32% - kilka razy w roku.

Podobnie wraz z wiekiem zmniejsza się częstotliwość spożywania alkoholu. Blisko połowa osób młodych (18-29 lat) pije napoje alkoholowe kilka razy w miesiącu, natomiast pośród osób powyżej 60 roku życia – tylko 7% wybierało tą odpowiedź. Wśród osób starszych zdecydowanie więcej jest abstynentów – 25%, podczas gdy niespożywanie alkoholu deklaruje około 8% mieszkańców powiatu do 44 roku życia oraz 16% - w wieku 45-59 lat.

Kolejnym obszarem, który został poddany badaniom, były zachowania mieszkańców powiatu związane z zażywaniem lekarstw, jednak chodziło tylko o leki nieprzepisane przez lekarza. Odpowiedzi na omawiane niżej pytania są w związku z tym wskaźnikiem, w jakim stopniu badani leczą się sami i z jaką częstotliwością zażywają medykamenty bez konsultacji lekarskiej.

Mieszkańcy powiatu bez zalecenia lekarza najczęściej sięgali po leki przeciwbólowe i na przeziębienie – w sumie 69% i 68% badanych. Przy czym należy zwrócić uwagę, że w przypadku leków przeciwbólowych 43% badanych zażywało je kilka razy w roku, 23% - kilka razy w miesiącu, a dalsze 6% - kilka razy w tygodniu. W przypadku farmaceutyków na przeziębienia większość osób sięgała po nie kilka razy w roku, co jednak może być spowodowane rzadszym występowaniem tego typu infekcji.

WYKRES 42. CZĘSTOTLIWOŚĆ ZAŻYWANIA LEKARSTW NIEPRZEPISANYCH PRZEZ LEKARZA



Źródło: opracowanie własne

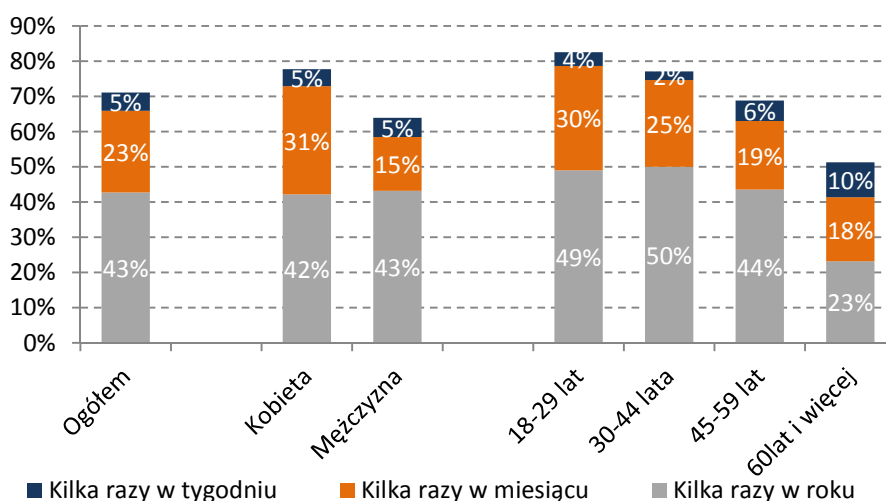
Dość dużą popularnością cieszą się witaminy i suplementy diety – w zeszłym roku bez zaleceń lekarskich swoją dietę o różne suplementy i witaminy uzupełniało blisko 2 na 3 mieszkańców uczestniczących w badaniach. W tym przypadków więcej jest jednak osób, które mają w zwyczaju zażywać takie preparaty kilka razy w tygodniu – 29% lub kilka razy w miesiącu – 14%.

Znacznie mniej osób zażywało bez konsultacji lekarskiej leków przeciwbólowych: 9% ankietowanych sięgnęło po nie kilka razy w ciągu ostatniego roku, 3% kilka razy w miesiącu, a 4% - kilka razy w tygodniu.

Biorąc pod uwagę płeć i wiek respondentów można wskazać pewne różnice w sposobie zażywania wskazanych preparatów.

Leki przeciwbólowe bez zalecenia lekarza częściej zażywają kobiety (78%) niż mężczyźni (64%), jednocześnie wraz z wiekiem ten odsetek maleje – w grupie wiekowej 18-29 wynosił on 83%, wśród osób 30-44 lat – 77%, 45-59 lat – 69%, w wśród ankietowanych powyżej 60 roku życia – 51%.

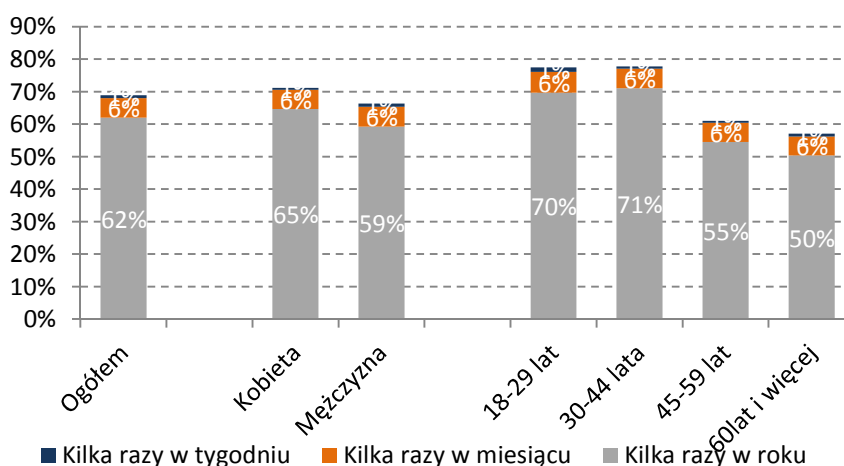
WYKRES 43. CZĘSTOTLIWOŚĆ ZAŻYWANIA LEKÓW PRZECIWBÓLOWYCH BEZ ZALECENIA LEKARZA



Źródło: opracowanie własne

Podobnie jest z samodzielnym leczeniem przeziębienia – 77% badanych do 44 roku życia, 61% w wieku 45-59 lat oraz 57% osób 60+ zażywało takie leki bez konsultacji lekarskiej.

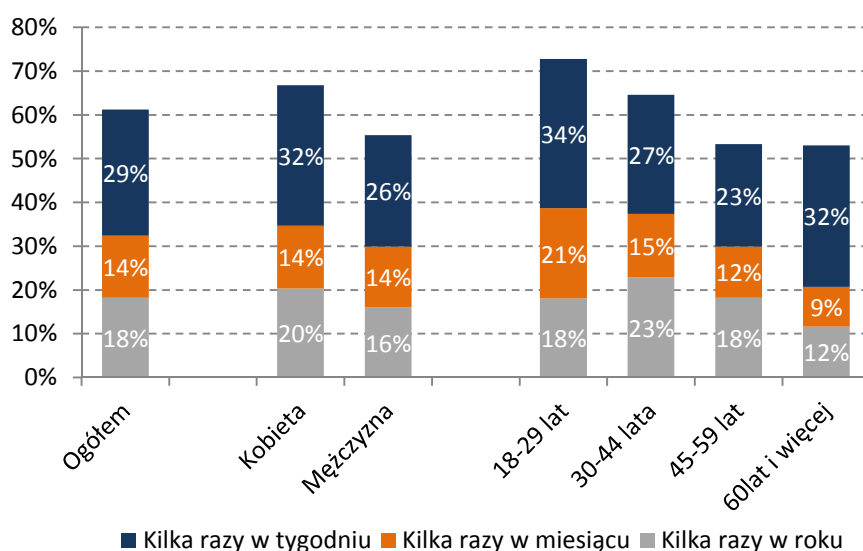
WYKRES 44. CZĘSTOTLIWOŚĆ ZAŻYWANIA LEKÓW NA PRZEZIĘBIENIE BEZ ZALECENIA LEKARZA



Źródło: opracowanie własne

Dość dużą popularnością cieszą się preparaty witaminowe i suplementy diety – w zeszłym roku bez zaleceń lekarskich sięgało po nie 67% kobiet i 55% mężczyzn. Ten sposób „dbania o zdrowie” częściej stosują osoby młodsze - 73% respondentów w wieku 18-29 lat i 64% w wieku 30-44 lata. Wśród osób powyżej 45 roku życia trochę mniej, bo co druga osoba, zażywała witaminy i suplementy diety bez zalecenia lekarza.

WYKRES 45. CZĘSTOTLIWOŚĆ ZAŻYWANIA PREPARATÓW WITAMINOWYCH I SUPLEMENTÓW DIETY BEZ ZALECENIA LEKARZA



Źródło: opracowanie własne

Z kolei lekarstwa na uspokojenie bez zalecenia lekarza częściej zażywają osoby w średnim wieku i starsze – odpowiednio 20% i 23%, w młodszych kategoriach wiekowych w ciągu ostatniego roku zaledwie 10% respondentów sięgało po tego typu środki.

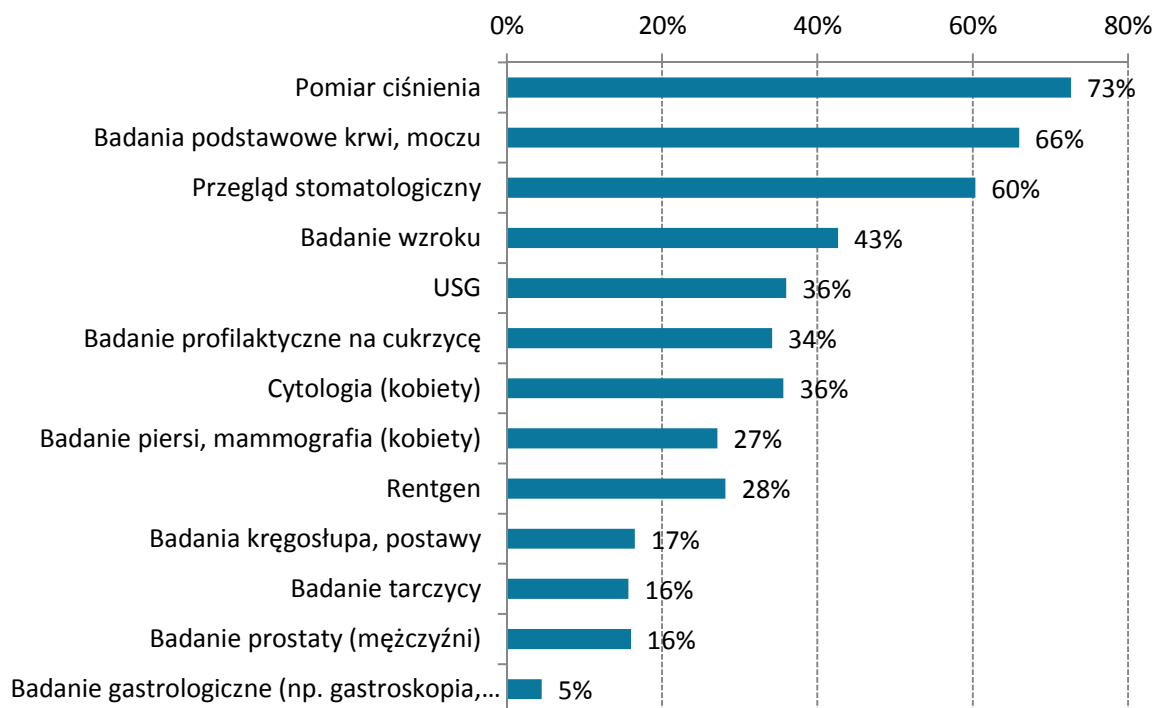
SPOSOBY DBANIA O ZDROWIE – BADANIA PROFILAKTYCZNE

Podczas ankiet telefonicznych mieszkańcy powiatu myślenickiego zostali poproszeni o wskazanie, czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy wykonywali różnego rodzaju badania służące ocenie ich stanu zdrowia. Zawężenie horyzontu czasowego miało w zamierzeniu umożliwić porównywanie odpowiedzi respondentów poprzez odniesienie się do tego samego okresu czasu oraz wzięcie pod uwagę różnych typów badań, które zwyczajnie nie są wykonywane często. Należy jednak przypuszczać, że odpowiedź na zadane w ten sposób pytanie może być obciążona pewnym błędem, ponieważ jest to stosunkowo długi okres czasu i ankietowani nie zawsze mogli pamiętać o wszystkich wykonywanych badaniach, bądź mogli błędnie ocenić moment przeprowadzenia badania.

Wykres 46 przedstawia odsetek osób, które wykonały dane badanie na przestrzeni ostatniego roku. W przypadku badań skierowanych wyłącznie do kobiet (cytologia, badania piersi) lub mężczyzn

(badanie prostaty) wyniki przedstawiają odpowiednio odsetek wyłącznie kobiet lub mężczyzn, którzy poddali się badaniu.

WYKRES 46. ODSETEK BADANYCH, KTÓRZY W CIĄGU OSTATNICH 12 MIESIĘCY WYKONALI BADANIA



Źródło: opracowanie własne

Badanie ciśnienia tętniczego krwi jest jednym z podstawowych badań wykonywanych podczas wizyt lekarskich – umożliwia rozpoznanie nadciśnienia, niskiego ciśnienia, jest też pomocne w diagnozowaniu innych dolegliwości, których przyczyną mogą być np. spadki lub wahania ciśnienia tętniczego. W ciągu ostatniego roku swoje ciśnienie kontrolowało 73% ankietowanych, przy czym odsetek ten był różny w różnych grupach wiekowych. Najczęściej badanie wykonywały osoby starsze po 60 roku życia – 94%, nieznacznie rzadziej respondenci mający 45-59 lat – 81%, 30-44 lata – 61%, a w najmłodszej kategorii wiekowej już tylko 59%. Połowa ankietowanych mierzyła ciśnienie z własnej inicjatywy, 42% dostało takie zalecenie od lekarza, natomiast 4% – w ramach badań okresowych do pracy.

Z reguły pierwszymi i najpowszechniej wykonywanymi badaniami zlecanymi przez lekarza w celu oceny zdrowia pacjenta są **podstawowe badania krwi i moczu**. Dwóch na trzech badanych mieszkańców powiatu wykonywało te badania w czasie ostatnich 12 miesięcy. Najwięcej osób poddających się tym badaniom było w najstarszej grupie wiekowej – 78%, nieznacznie mniej wśród osób w wieku 44-59 lat – 71%, w młodszych grupach wiekowych odpowiednio 64% i 52%. Najczęstszym powodem wykonania analizy laboratoryjnej krwi lub moczu było skierowanie bądź zalecenie od lekarza oraz własna inicjatywa – wskazało to 57% i 38% badanych. Dla 4% mieszkańców

był to stanowiły one element badań okresowych do pracy, a 2 osoby (1%) wskazują na program profilaktyczny, w którym uczestniczyły.

Trzecim pod względem częstości wykonywanych badań jest **przegląd stomatologiczny** – skorzystało z tego 60% badanych mieszkańców powiatu myślenickiego. Zważywszy, że profilaktyczne wizyty zaleca się 1-2 razy do roku, można to uznać za niewystarczający wskaźnik. W tym przypadku również widoczna jest różnica w poddawaniu się badaniu przez osoby w różnym wieku – ma ona jednak tendencję odwrotną. Wśród badanych do 44 roku życia $\frac{3}{4}$ było na wizycie u stomatologa, z kategorii wiekowej 45-69 – co drugi ankietowany, natomiast wśród osób 60+ – już zaledwie 40%. Zdecydowanie większość osób korzystających z porad stomatologicznych w ciągu ostatniego roku robiła to z własnej inicjatywy (9 na 10 badanych), 9% miało taką możliwość w ramach badań okresowych w pracy, a 1 osoba skorzystała z programu profilaktyki. Jako inne powody wskazywano występujące problemy zdrowotne.

W celu zapobiegania chorobom oczu, które mogą prowadzić do pogorszenia widzenia lub utraty wzroku, zaleca się systematyczne **badanie wzroku**. Na przestrzeni ostatniego roku skorzystało z niego 40% ankietowanych mieszkańców powiatu myślenickiego, przy czym z wizyt u specjalisty korzystały częściej osoby starsze (64%) oraz w średnim wieku (44%). Co drugi mieszkaniec powiatu zgłaszał się do specjalisty z własnej inicjatywy, 32% otrzymał skierowanie lub zalecenie lekarskie w tym kierunku, dalsze 10 % badanie wzroku wykonywało w ramach badań okresowych do pracy. Pojedyncze osoby wskazały, że skorzystały z programu profilaktyki lub zmusiły ich do tego dolegliwości zdrowotne. Warto zauważyć, że osoby młodsze częściej wykonały badanie wzroku z własnej inicjatywy (64%), a starsze – dostały takie zalecenie/skierowanie lekarskie (48%).

Badanie ultrasonograficzne (USG) umożliwia zbadanie narządów wewnętrznych i jest stosowane w profilaktyce m. in. chorób piersi, jąder, tarczycy, jamy brzusznej oraz w czasie ciąży przy diagnostyce rozwoju płodu. Z badania USG skorzystało 36% mieszkańców, przy czym częściej poddawały się mu kobiety (43%) niż mężczyźni (30%) oraz osoby starsze powyżej 60 roku życia (63%). Około 70% osób, które miały robione USG w ciągu ostatnich 12 miesięcy zrobiło je ze względu na skierowanie/zalecenie lekarza, a dalsze 28,5% – z własnej inicjatywy. Pojedyncze osoby skorzystały z zaproszenia do programu profilaktycznego.

Badanie profilaktyczne na cukrzycę dotyczy m.in. oznaczenia poziomu cukru we krwi. Co trzeci mieszkaniec powiatu myślenickiego wykonywał takie badanie na przestrzeni ostatnich 12 miesięcy. Zdecydowanie częściej badaniom poddawały się osoby starsze 60+ (63%) i wieku 45-59 lat (40%). Wśród młodszych kategorii wiekowych ten odsetek wynosił 15% dla osób do 29 roku życia oraz 26% dla badanych w wieku 30-44 lata. Co druga osoba wykonująca badanie otrzymała skierowanie od lekarza, 43% wykonało je z własnej inicjatywy, a 3% (2 osoby) skorzystały z programu profilaktycznego.

Badania radiologiczne tzw. rentgen umożliwiają prześwietlenie różnych narządów wewnętrznych (np. płuc, jamy brzusznej) oraz kości, co jest ważnym elementem diagnostyki wielu chorób. Tego typu badaniu poddano 28% ankietowanych, przy czym odsetek ten wzrastał z wiekiem. Najniższy był wśród mieszkańców powiatu poniżej 29 roku życia (14%), a najwyższy wśród osób 60+ (37%).

Najczęstszym powodem wykonania prześwietlenia było zalecenie/skierowanie od lekarza- wskazuje na to 3 z 4 badanych, 17% wykonało je z własnej inicjatywy, a 6% - w ramach badań okresowych do pracy. Pojedyncze osoby wskazywały inne przypadki: dolegliwości zdrowotne lub udział w programie profilaktycznym

17% mieszkańców powiatu myślenickiego korzystała z **porady lekarza w związku z problemami z kręgosłupem i postawą**. Największy odsetek osób, które korzystających z tych badań był wśród mieszkańców powyżej 60 roku życia (25%), nieznacznie niższy w młodszych grupach wiekowych – 21% 45-59-latków, 13% 30-45-latków, oraz 10% wśród najmłodszych. Znow największą rolę odgrywają tutaj zalecenia/skierowania lekarskie – otrzymało je 72% osób, które poddały się badaniu, jedynie 28% wykonało je z własnej inicjatywy.

Najrzadziej wykonywanymi badaniami przez mieszkańców powiatu były badania gastrologiczne służące **diagnostyce chorób przewodu pokarmowego np. kolonoskopia, gastroscopia** – wykonywała je co 20 osoba wypełniająca ankietę (28 os.). Były to przede wszystkim osoby po 45 roku życia. Większość otrzymała na nie skierowanie od lekarza (16 os; 57%), 9 wykonało je z własnej inicjatywy, a – 3 w ramach programu profilaktycznego.

Jak wspomniano na początku, część badań dotyczy tylko jednej płci – tak jest w przypadku badania piersi, szyjki macicy (cytologia), prostaty.

Choć w przypadku kobiet realizacja badań zalecana jest cyklicznie co rok – w przypadku cytologii, co dwa lata – USG i mammografii (kobiety powyżej 50 roku życia), palpacyjne badanie piersi powinno być wykonywane przez lekarza ginekologa podczas każdej wizyty, natomiast samobadanie – regularnie samodzielnie przez kobiety. Jak wskazują odpowiedzi mieszkank powiatu, w ciągu ostatniego roku 36% z nich robiło cytologię, a 27% - badało piersi. Pierwsze z badań pozwalające wykryć raka szyjki macicy, kobiety wykonywały najczęściej z własnej inicjatywy (61%), 33% badanych otrzymało na nie skierowanie, a 6% (7 os.) wykonało je w ramach programu profilaktyki. Podobnie z badaniem piersi – połowa robiła je z własnej inicjatywy, 24% – na zlecenie bądź skierowanie lekarza, a 23% – skorzystało z programu profilaktyki.

Z kolei badaniom prostaty poddało się 16% mężczyzn – z czego zdecydowaną większość stanowili panowie po 40 roku życia.

SPOSOBY DBANIA O ZDROWIE – STYL ŻYCIA, ODŻYWIANIE, WYSIŁEK FIZYCZNY

Za wskaźniki dbania o zdrowie przyjęto regularne wykonywanie wysiłku fizycznego lub innych czynności wymagających aktywności fizycznej oraz styl odżywiania, uwzględniając z jednej strony produkty dobre dla zdrowia, takie jak warzywa i owoce, oraz, z drugiej strony, słodkie, tłuste przekąski, dania fast food i kolorowe napoje gazowane, mogące powodować otyłość.

Odpowiedzi na pytania o styl spędzania wolnego czasu przedstawiają tabele 23-25.

TABELA 23. WSKAZYWANA PRZEZ RESPONDENTÓW CZĘSTOTLIWOŚĆ SPĘDZANIA CZASU WOLNEGO W OKREŚLONY SPOSÓB - CZYTANIE, OGLĄDANIE TELEWIZJI, SŁUCHANIE RADIA, SPOTKANIA ZE ZNAJOMYMI LUB INNE CZYNNOŚCI NIEWYMAGAJĄCE RUCHU I WYSIŁKU FIZYCZNEGO

Częstotliwość	Procent respondentów, którzy wybrali daną odpowiedź
Kilka razy w tygodniu	78
Kilka razy w miesiącu	17
Kilka razy w roku	3
Rzadziej niż kilka razy w roku	1
Nigdy	1
Ogółem	100

Źródło: opracowanie własne

TABELA 24. WSKAZYWANA PRZEZ RESPONDENTÓW CZĘSTOTLIWOŚĆ SPĘDZANIA CZASU WOLNEGO W OKREŚLONY SPOSÓB - SPACERY, GIMNASTYKA, REKREACYJNA JAZDA NA ROWERZE LUB INNY NIEZBYT INTENSYWNY WYSIŁEK FIZYCZNY

Częstotliwość	Procent respondentów, którzy wybrali daną odpowiedź
Kilka razy w tygodniu	58
Kilka razy w miesiącu	25
Kilka razy w roku	6
Rzadziej niż kilka razy w roku	2
Nigdy	9
Ogółem	100

Źródło: opracowanie własne

TABELA 25. WSKAZYWANA PRZEZ RESPONDENTÓW CZĘSTOTLIWOŚĆ SPĘDZANIA CZASU WOLNEGO W OKREŚLONY SPOSÓB- BIEGANIE, PŁYWANIE, AEROBIK, SIŁOWNIA LUB INNY INTENSYWNY WYSIŁEK FIZYCZNY

Częstotliwość	Procent respondentów, którzy wybrali daną odpowiedź
Kilka razy w tygodniu	18
Kilka razy w miesiącu	18
Kilka razy w roku	12
Rzadziej niż kilka razy w roku	7
Nigdy	45
Ogółem	100

Źródło: opracowanie własne

Jak pokazują tabele, najpopularniejszą formą spędzania wolnego czasu są czynności niewymagające wysiłku. Jeśli chodzi o zajęcia wymagające umiarkowanego wysiłku, w ten sposób czas kilkakrotnie w miesiącu lub więcej spędza około 80% respondentów. Natomiast tylko 36% respondentów uprawia intensywny wysiłek fizyczny przynajmniej kilka razy w miesiącu, a 45% nie uprawia go wcale. Ważną zmienną różnicującą jest tu wiek – w najmłodszej grupie wiekowej (18-29 lat) intensywnego wysiłku fizycznego nie uprawia wcale 20% pytanym, w grupie 30 – 44 już 40%, w kolejnym przedziale (45-59) – 60% i 90% osób badanych w wieku 60 i więcej. Analogicznie, w młodszych grupach wiekowych, większa część respondentów uprawia sport przynajmniej kilka razy w miesiącu (w najmłodszej grupie wiekowej 55%, w kolejnej – 35%). Jeśli chodzi o wysiłek o średniej intensywności, w każdej z kategorii jego wykonywanie przynajmniej kilka razy w miesiącu (lub częściej) jest deklarowane na poziomie 80-90%, co oznaczałoby, że jest to swego rodzaju ‘norma’ życia codziennego mieszkańców powiatu.

Kolejne zadane pytanie miało wysondować regularność (a przy tym motywację i istotność) uprawiania sportu wśród respondentów z powiatu myślenickiego. Przy rozważaniu wyników należy jednak mieć na uwadze, iż kategoria „regularne uprawianie sportu” jest nieostra – różne osoby mogą różnie ją rozumieć. Takie sformułowanie pytania pozwala jednak na poznanie subiektywnej oceny respondentów i, co bardziej istotne, wskazanie czynników, które uniemożliwiają bądź zniechęcają do regularnego dbania o kondycję fizyczną.

Regularne uprawianie sportu deklaruje co trzeci badany, w tym nieco częściej mężczyźni (36% do 30%) oraz częściej, spośród innych gmin, mieszkańcy gminy Myślenice. Proszeni o podanie powodu braku aktywności respondenci wymieniają najczęściej brak czasu (45% odpowiedzi), problemy zdrowotne (18%), 16% podanych powodów odnosi się do braku motywacji. Braki infrastruktury w pobliżu miejsca zamieszkania i wysokie koszty zakupu karnetu czy sprzętów stanowiły po około 7% odpowiedzi, a tylko co około 20 odpowiedzi dotyczyła tego, że nie jest to dla respondenta kwestia istotna. Prócz tego po kilkoro respondentów jako powód podało wiek i pracę fizyczną, która stanowi dla nich wystarczający wysiłek. Największy odsetek najstarszych respondentów (60+) wskazał problemy zdrowotne, natomiast w pozostałych grupach wiekowych najpopularniejszym powodem

był brak czasu. Można zastanawiać się czy wskazywanie tego czynnika nie jest oznaką małej wagi przykładanej do aktywności fizycznej jako sposobu dbania o zdrowie.

Badanych zapytano także o kilka składników diety. I tak: owoce i warzywa inne niż ziemniaki jada codziennie ponad 60% respondentów i ponad 30% kilka razy w tygodniu. Słodycze spożywa regularnie każdego dnia 22% badanych, kilka razy w tygodniu 37%, a kilka razy w miesiącu 28%. 37% respondentów nigdy nie jada chipsów i innych słonych przekąsek. 19% robi to kilka razy w roku, a 28% - kilka razy w miesiącu. 38% respondentów deklaruje niespożywanie dań typu fastfood, 30% zjada je kilka razy w roku i prawie tyle samo – kilka razy w miesiącu. 38% twierdzi, że nigdy nie pije kolorowych, gazowanych napojów. Co czwarty pytany spożywa je kilka razy w miesiącu, a co piąty – kilka razy w roku.

Tabele zamieszczone poniżej pokazują wskazaną przez respondentów częstotliwość spożywania określonych składników diety w podziale na kategorie wiekowe.

TABELA 26. WSKAZYWANA PRZEZ RESPONDENTÓW CZĘSTOTLIWOŚĆ SPOŻYWANIA OKREŚLONEGO PRODUKTU – OWOCE I WARZYWA [W %]

Jak często jada Pan(i): owoce, warzywa inne niż ziemniaki?	18-29 lat	30-44 lata	45-59 lat	60 lat i więcej
Codziennie	51	58	67	79
Kilka razy w tygodniu	41	36	28	17
Kilka razy w miesiącu	8	5	4	3
Kilka razy w roku	0	1	1	0
Nigdy	0	0	0	1

Źródło: opracowanie własne

TABELA 27. WSKAZYWANA PRZEZ RESPONDENTÓW CZĘSTOTLIWOŚĆ SPOŻYWANIA OKREŚLONEGO PRODUKTU – SŁODYCZE [W %]

Jak często jada Pan(i) słodycze?	18-29 lat	30-44 lata	45-59 lat	60 lat i więcej
Codziennie	21	27	21	16
Kilka razy w tygodniu	52	36	33	26
Kilka razy w miesiącu	18	30	34	31
Kilka razy w roku	6	5	6	9
Nigdy	3	2	6	18

Źródło: opracowanie własne

TABELA 28. WSKAZYWANA PRZEZ RESPONDENTÓW CZĘSTOTLIWOŚĆ SPOŻYWANIA OKREŚLONEGO PRODUKTU – SŁONE PRZEKĄSKI [W %]

Jak często jada Pan(i): słone przekąski, np. Chipsy, orzeszki?	18-29 lat	30-44 lata	45-59 lat	60 lat i więcej
Codziennie	1	4	2	3
Kilka razy w tygodniu	30	11	5	8
Kilka razy w miesiącu	43	35	21	7
Kilka razy w roku	13	26	24	13
Nigdy	13	24	48	69

Źródło: opracowanie własne

TABELA 29. WSKAZYWANA PRZEZ RESPONDENTÓW CZĘSTOTLIWOŚĆ SPOŻYWANIA OKREŚLONEGO PRODUKTU – DANIA TYPU FAST FOOD [W %]

Jak często jada Pan(i): dania typu fast food?	18-29 lat	30-44 lata	45-59 lat	60 lat i więcej
Codziennie	1	1	0	0
Kilka razy w tygodniu	7	1	2	1
Kilka razy w miesiącu	54	34	15	5
Kilka razy w roku	30	40	30	16
Nigdy	8	24	53	78

Źródło: opracowanie własne

TABELA 30. WSKAZYWANA PRZEZ RESPONDENTÓW CZĘSTOTLIWOŚĆ SPOŻYWANIA OKREŚLONEGO PRODUKTU – NAPOJE KOLOROWE I GAZOWANE [W %]

Jak często jada Pan(i): napoje kolorowe i gazowane?	18-29 lat	30-44 lata	45-59 lat	60 lat i więcej
Codziennie	10	6	3	0
Kilka razy w tygodniu	25	16	7	4
Kilka razy w miesiącu	36	29	21	6
Kilka razy w roku	11	28	24	12
Nigdy	18	21	45	78

Źródło: opracowanie własne

W swoich odpowiedziach respondenci wskazują, że warzywa i owoce jedzą zwykle przynajmniej kilka razy w tygodniu, większość na słodczyce pozwalają sobie nie częściej niż kilka razy w tygodniu, a słone przekąski, fast food i kolorowe napoje przez największy odsetek respondentów są spożywane kilka razy w miesiącu. Wyraźnie z powyższych danych widać, że wśród respondentów z najstarszej grupy wiekowej jest najwięcej osób, które nigdy nie jedzą słodczych, fast foodu, słonych przekąsek i nie piją gazowanych napojów. Może być to związane z pogarszającym się stanem zdrowia tych osób. Warto

również dodać, że w analizie uzyskanych danych nie zaznacza się związek między samooceną stylu odżywiania a deklarowaną częstotliwością spożywania określonych produktów – może to wynikać z różnych definicji „zdrowego odżywiania”, jakimi posługują się respondenci. Warto byłoby także zbadać sposoby odżywiania dzieci, nieujęte w tym badaniu, ponieważ właściwe nawyki żywieniowe były przez wielu uczestników badań, reprezentujących instytucje, zgłaszane jako zagadnienie w związku z którym należy podjąć działania.

KORZYSTANIE Z SŁUŻBY ZDROWIA I OCENA JAKOŚCI USŁUG ZDROWOTNYCH

W przeprowadzonej ankiecie telefonicznej badano następujące zagadnienia dotyczące korzystania ze służby zdrowia:

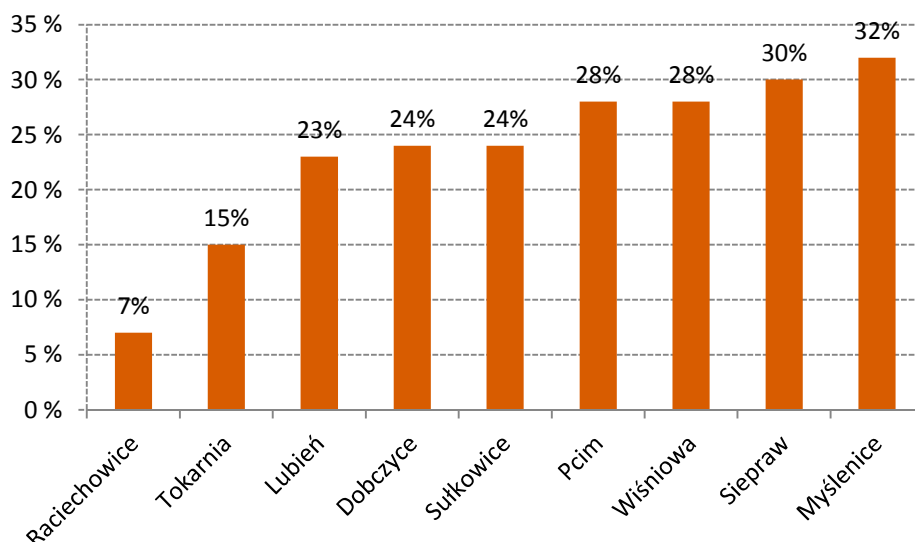
- Pobyt w szpitalu (w ciągu dwóch ostatnich lat)
- Wizyty u lekarza rodzinnego (odbyte w ciągu 12 miesięcy poprzedzających badanie)
- Wizyty u lekarzy specjalistów w ramach Narodowego Funduszu Zdrowia (w ciągu ostatniego roku)
- Korzystanie z usług zdrowotnych opłacanych samodzielnie bądź przez pracodawcę, nierefundowanych przez NFZ.

Ograniczenia horyzontu czasowego, do którego referują badani wprowadzono celowo, w celu ułatwienia odpowiedzi na pytanie, uniknięcia ewentualnych błędów wynikających ze zbyt szerokiego zakresu pytania oraz zapewnienia możliwości porównywania odpowiedzi respondentów.

Spośród respondentów, 26% potwierdziło, że w ciągu ostatnich 2 lat przebywało w szpitalu przynajmniej 1 dobę, 73% zaprzeczyło temu stwierdzeniu, a pozostały 1% objął tych, którzy nie mogli sobie przypomnieć, czy taki pobyt miał miejsce. Spośród osób, które przebywały w szpitalu, 68% deklaruje, że przebywali tam jedną dobę, 23% przebywało 2-3 doby, i po 4% 4-5 dób oraz 6 i więcej.

Jeśli przyjrzeć się głębiej strukturze odpowiedzi na pytanie o pobyty szpitalne widzimy, iż procentowy udział w próbie kobiet, które przebywały przynajmniej dobę w szpitalu (28%) jest podobny do odsetka mężczyzn (25%). 73% kobiet przebywało w szpitalu tylko jedną dobę, 22% 2-3 doby, a 5% więcej niż 4 doby. W przypadku mężczyzn odpowiadających na pytanie, udziały te wynoszą kolejno: 63%, 25% i 11% osób, które deklarują dłuższy (kilkudniowy) pobyt w szpitalu w ciągu ostatniego roku. Można zatem stwierdzić, że choć mężczyźni nieznacznie rzadziej przebywają w szpitalu, to ich pobyt jest zwykle dłuższy niż kobiet. Spośród badanych, którzy deklarują pobyt w szpitalu najczęściej należy do 2 grup wiekowych: ponad 60 lat (36%) oraz 18 – 29 lat (30%). Jedna czwarta to osoby w wieku 45 – 59 lat, a 20% to respondenci w wieku 30 – 44 lata. Rozkład terytorialny osób badanych, które przebywały w szpitalu przedstawia wykres 47.

WYKRES 47. PROCENT RESPONDENTÓW, KTÓRZY DEKLARUJĄ, ŻE PRZEBYWALI W SZPITALU CO NAJMNIEJ 1 DOBĘ W CIĄGU 2 LAT PRZED BADANIEM [WG GMINY ZAMIESZKANIA]

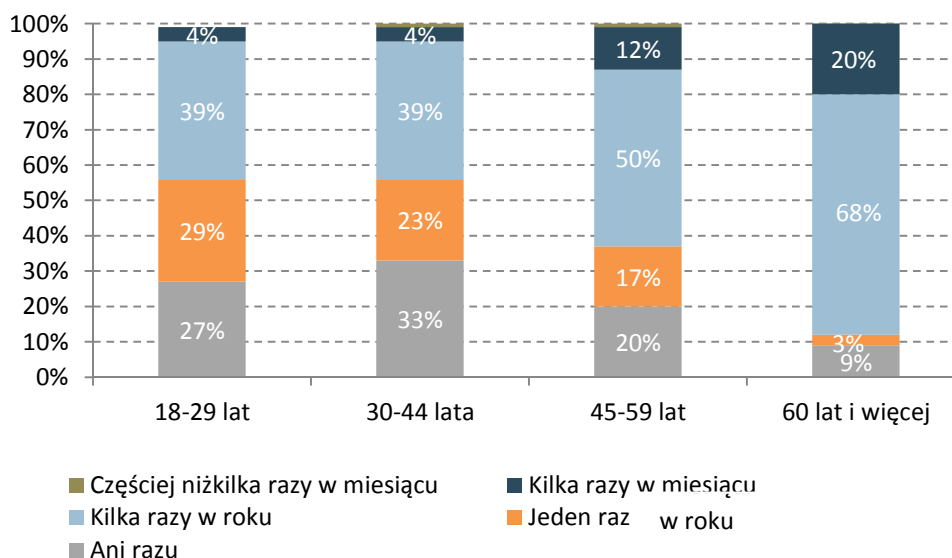


Źródło: opracowanie własne

Jeśli chodzi o wizyty u lekarza rodzinnego, 23% nie zgłaszało się do lekarza w ciągu 12 miesięcy poprzedzających badanie, dla 19% była to wizyta jednorazowa. Prawie połowa badanych (48%) deklaruje, że u lekarza ogólnego była kilka razy w ciągu ubiegłego roku, a prawie co dziesiąta osoba odwiedza lekarza rodzinnego kilka razy w miesiącu.

Analizując pytanie w podziale respondentów na płeć: największy procent osób udzielających odpowiedzi (50% kobiet i 45% mężczyzn) było u lekarza rodzinnego kilkakrotnie w ciągu ubiegłego roku. ¼ mężczyzn i nieco mniej (22%) kobiet nie było u tego lekarza w ogóle. Widać więc, że różnice w podziale na płeć są niewielkie, podobnie jak odsetki dla pozostałych opcji dla obu płci. Badając tę częstotliwość w obrębie grup wiekowych widać wyraźnie, że dużo częściej zgłaszają się do lekarza osoby po 60 roku życia oraz że istnieje wyraźna różnica w schematach korzystania z porad lekarza rodzinnego między respondentami przed 45 i po 45 roku życia, co przedstawia rysunek poniżej:

WYKRES 48. CZĘSTOTLIWOŚĆ WIZYT U LEKARZY RODZINNYCH W CIĄGU 12 MIESIĘCY POPRZEDZAJĄCYCH
BADANIE W PODZIALE NA GRUPY WIEKOWE [PROCENT ODPOWIEDZI]



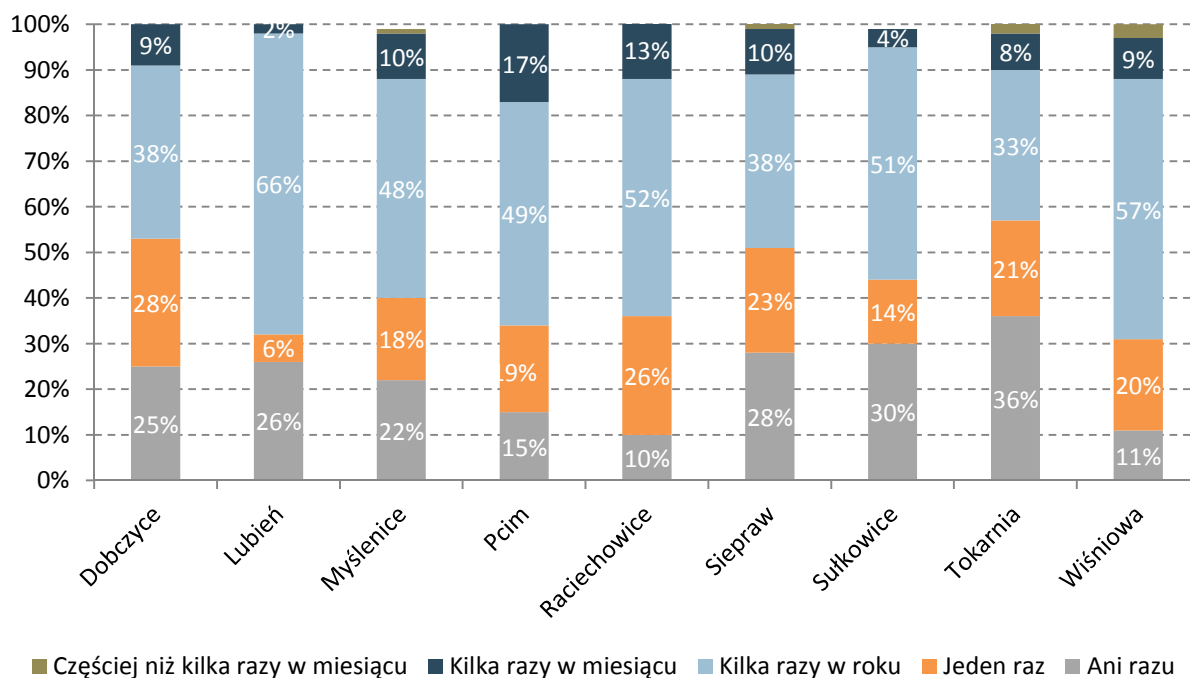
Źródło: opracowanie własne

Jak wskazuje zamieszczony wykres, wśród młodszych osób odsetek respondentów, którzy nie byli u lekarza rodzinnego ani razu lub zgłosili się na jednorazową konsultację jest wyższy niż u osób starszych. W starszej grupie wiekowej z kolei wyższy jest odsetek osób, które zgłaszają się do lekarza kilka razy w miesiącu lub częściej.

W podziale na gminy odpowiedzi przedstawiają się tak, jak pokazano na wykresie 49³².

³² Nierówność słupków z linią stu procent wynika po pierwsze z konieczności zaokrąglenia, po drugie z nieuwzględnienia w zestawieniu braków odpowiedzi na pytanie o wizytę u lekarza rodzinnego wynikających z odmów.

WYKRES 49. CZĘSTOTLIWOŚĆ WIZYT U LEKARZY RODZINNYCH W CIĄGU 12 MIESIĘCY POPRZEDZAJĄCYCH
BADANIE W PODZIALE NA GMINY ZAMIESZKANIA [PROCENT ODPOWIEDZI]



Źródło: opracowanie własne

Do lekarzy specjalistów typu stomatolog, kardiolog, okulista, laryngolog, itp. zgłosiła się w ciągu ostatnich 12 miesięcy ponad połowa badanych (53%). Z badania wynika, że nieco częściej pacjentkami są kobiety – 57% respondentek deklaruje wizytę w stosunku do 49% mężczyzn. Odsetek osób, które były u lekarza specjalisty po poradę wzrasta wraz z grupami wiekowymi: od 37% w grupie osób w wieku 18-29 lat, 46% w grupie wiekowej 30-44 lata, 56% wśród 45-59-latków i 79% w najstarszej grupie respondentów: 60+. Biorąc pod uwagę gminy, można je uszeregować w następującej kolejności ze względu na odsetek osób, jakie deklarują wizytę u specjalisty: Pcim i Wiśniowa (60%), Raciechowice (58%), Myślenice (55%), Dobczyce i Lubień (51%), Tokarnia (49%), Siepraw (48%), Sułkowice (42%).

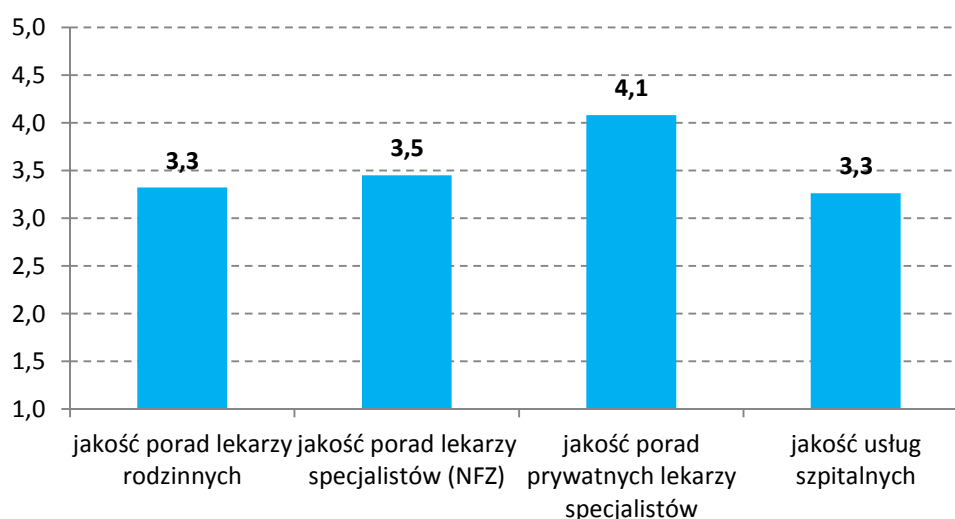
W ciągu roku poprzedzającego badanie, 52% respondentów korzystało z usług zdrowotnych opłacanych samodzielnie, a tylko 8% wykonało badania, zgłosiło się do lekarza bądź wykonało zabieg na koszt prywatnego ubezpieczenia opłacanego przez pracodawcę. Usługi zdrowotne opłacane samodzielnie bądź z prywatnego ubezpieczenia to najczęściej wizyty u lekarzy specjalistów (62% odpowiedzi) i badania (55%). Zabieg lub operację na koszt własny lub pracodawcy wykonało 12% badanych, a 9% prywatnie odbyło wizytę u lekarza rodzinnego. Wśród pozostałych kilku procent odpowiedzi wymienia się najczęściej stomatologa, oprócz tego pojedynczy respondenci mówili o rehabilitacji. Kobiety częściej decydują się samodzielnie finansować nierefundowane usługi zdrowotne – 57% odpowiedziało, że finansowało sobie te usługi w stosunku do 47% mężczyzn.

Kobiety najczęściej opłacają samodzielnie wizyty u lekarzy specjalistów, a mężczyźni – badania. Proporcje korzystania w stosunku do niekorzystania z opłacanych prywatnie usług zdrowotnych różnicuje status zawodowy: wśród osób zatrudnionych na etat bądź prowadzących własną działalność około 60% opłaca prywatnie usługi zdrowotne, około 45% wśród studentów, emerytów i bezrobotnych oraz relatywnie znacznie mniej, bo tylko 31% w przypadku respondentów prowadzących gospodarstwo rolne. Największa część respondentów potwierdza korzystanie z finansowanych ze środków prywatnych usług zdrowotnych w gminie Myślenice (64%), na drugim miejscu pod tym względem jest gmina Dobczyce (52%). W Sieprawiu odsetek ten zbliża się do 48 procent, w Tokarni do 46, a w pozostałych gminach oscyluje w granicach 40-43.

OCENA JAKOŚCI USŁUG ZDROWOTNYCH W POWIECIE MYŚLENICKIM

Odpowiadając ogólnie na pytanie o ocenę usług zdrowotnych świadczonych przez lekarzy ogólnych, lekarzy specjalistów (w ramach NFZ i prywatnie) oraz ocenę jakości usług szpitalnych, podsumowanie wyników analizy zawiera poniższy wykres:

WYKRES 50. ŚREDNIA OCENA JAKOŚCI ŚWIADCZONYCH NA TERENIE POWIATU USŁUG ZDROWOTNYCH - WG PODMIOTU ŚWIADCZĄCEGO USŁUGI

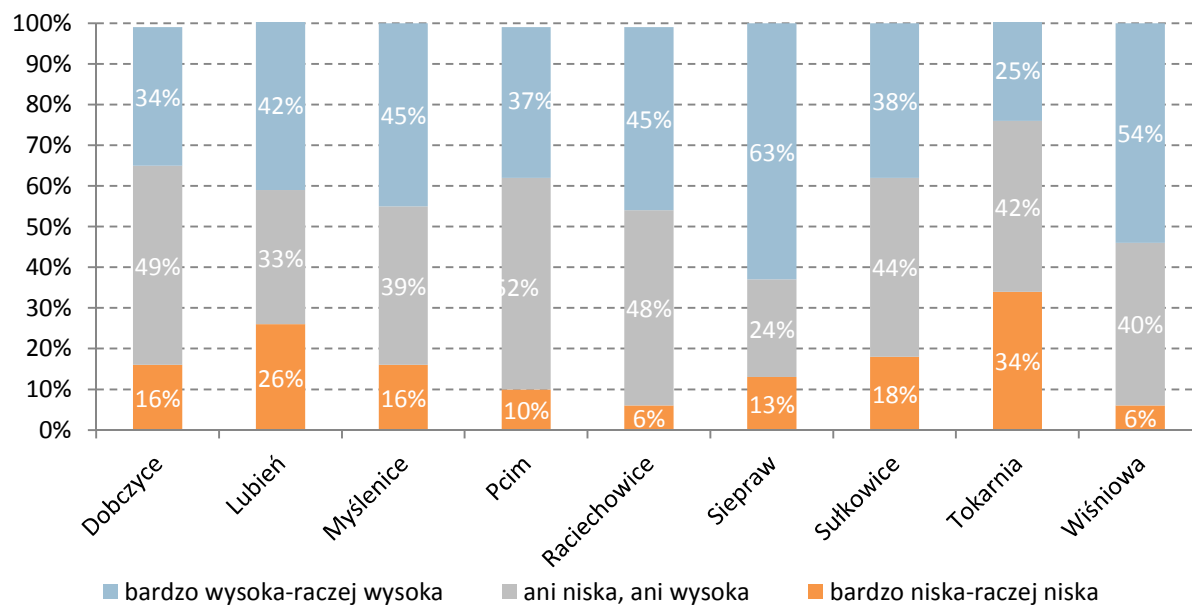


Źródło: opracowanie własne

Jeżeli przyjmiemy, że oceny od bardzo niskiej do bardzo wysokiej można przekodować na skalę liczbową o wartościach od 1 do 5, gdzie 1 oznacza bardzo niską jakość, a 5 – bardzo wysoką, na podstawie średnich ocen usług dla poszczególnych podmiotów służby zdrowia można stwierdzić, że najbardziej pozytywnie oceniono jakość porad prywatnych lekarzy specjalistów (4,04), pozostałe zaś były oceniane na podobnym poziomie – średnim (od 3,26 do 3,45).

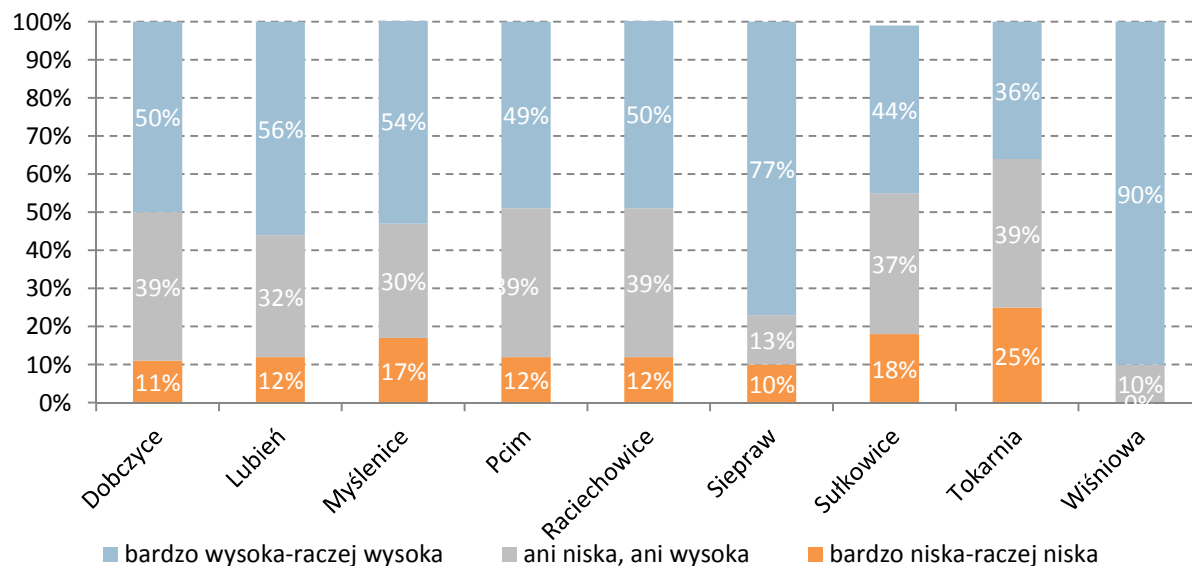
Rozkład odpowiedzi na pytanie o cenę jakości usług zdrowotnych przedstawiają wykresy 51-58.

WYKRES 51. OGÓLNA OCENA JAKOŚCI ŚWIADCZONYCH PRZEZ LEKARZY RODZINNYCH NA TERENIE POWIATU USŁUG ZDROWOTNYCH – WG GMINY [W %]



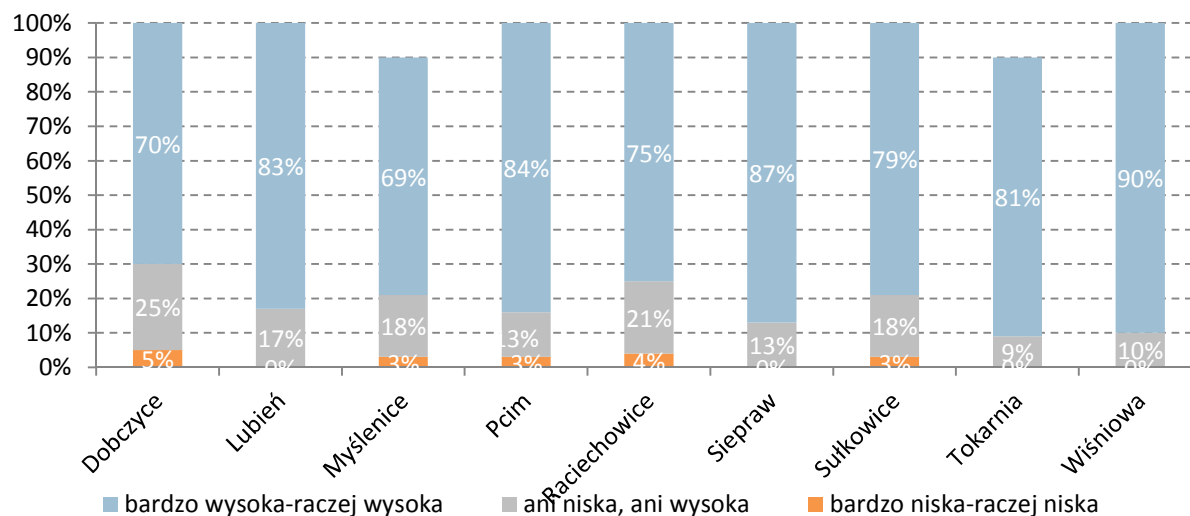
Źródło: opracowanie własne

WYKRES 52. OGÓLNA OCENA JAKOŚCI ŚWIADCZONYCH PRZEZ LEKARZY SPECJALISTÓW (W RAMACH NFZ) USŁUG ZDROWOTNYCH NA TERENIE POWIATU – WG GMINY [W %]



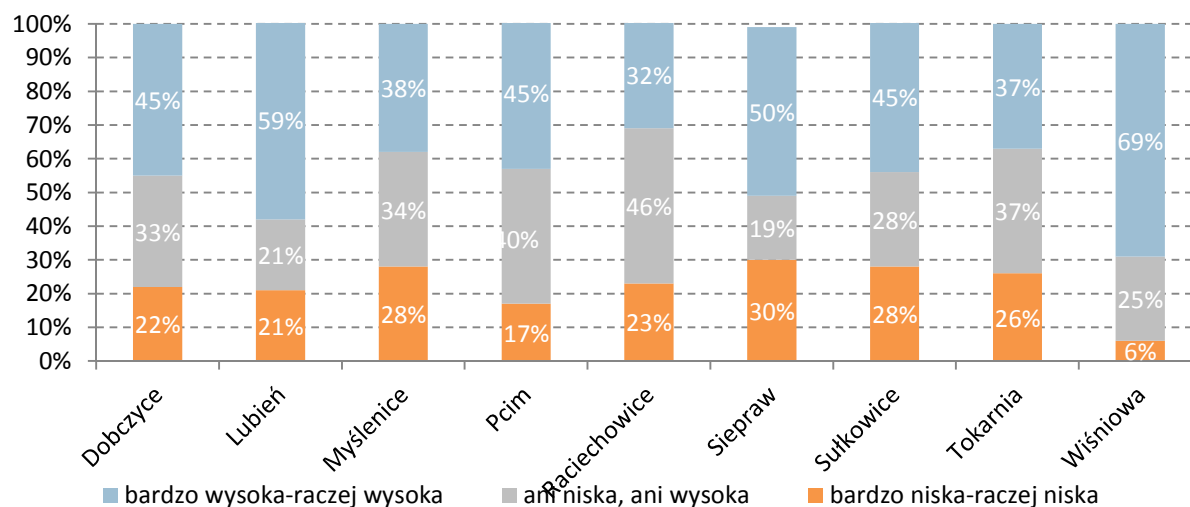
Źródło: opracowanie własne

WYKRES 53. OGÓLNA OCENA JAKOŚCI ŚWIADCZONYCH PRZEZ LEKARZY SPECJALISTÓW (W RAMACH DZIAŁ. PRYWATNEJ) USŁUG ZDROWOTNYCH NA TERENIE POWIATU – WG GMINY [W %]



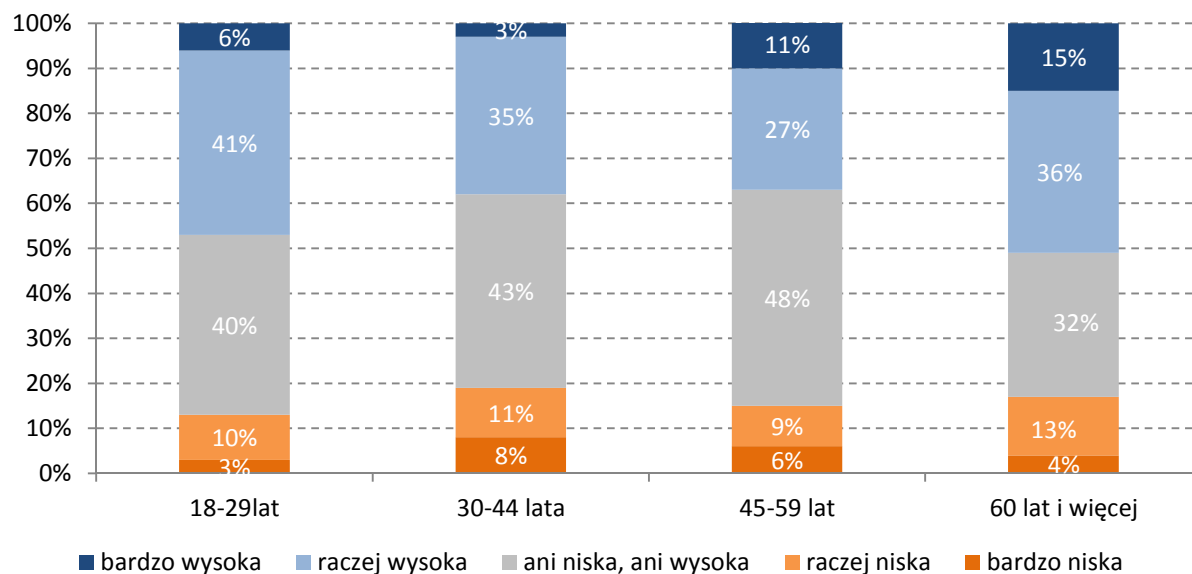
Źródło: opracowanie własne

WYKRES 54. OGÓLNA OCENA JAKOŚCI ŚWIADCZONYCH NA TERENIE POWIATU USŁUG SZPITALNYCH W RAMACH NFZ – WG GMINY [W %]



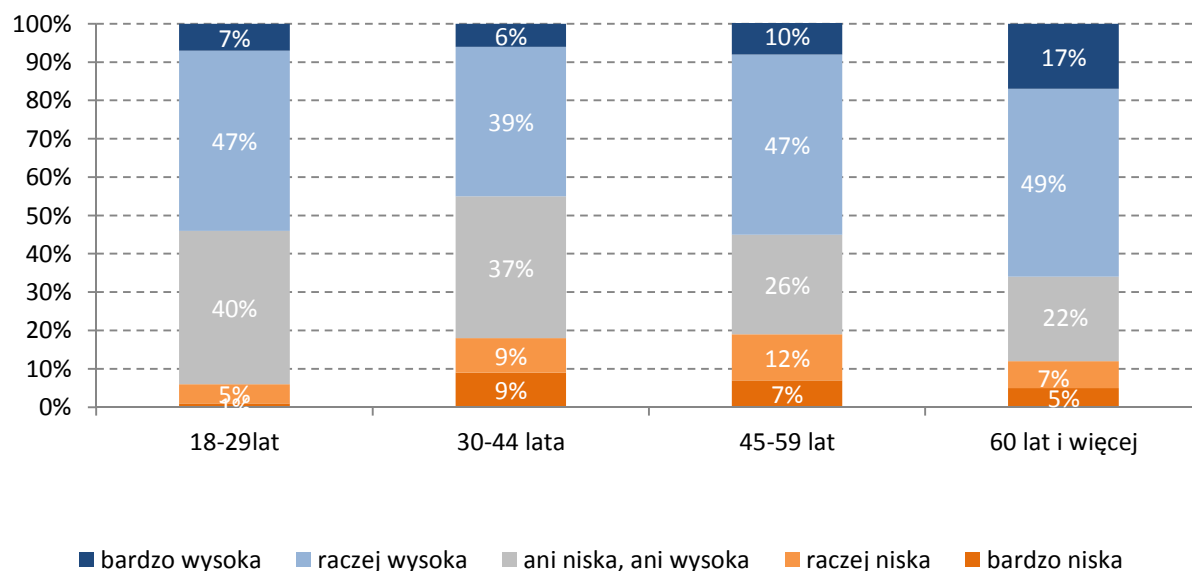
Źródło: opracowanie własne

WYKRES 55. OGÓLNA OCENA JAKOŚCI ŚWIADCZONYCH PRZEZ LEKARZY RODZINNYCH NA TERENIE POWIATU
USŁUG ZDROWOTNYCH – W PODZIALE NA KATEGORIE WIEKOWE [W %]



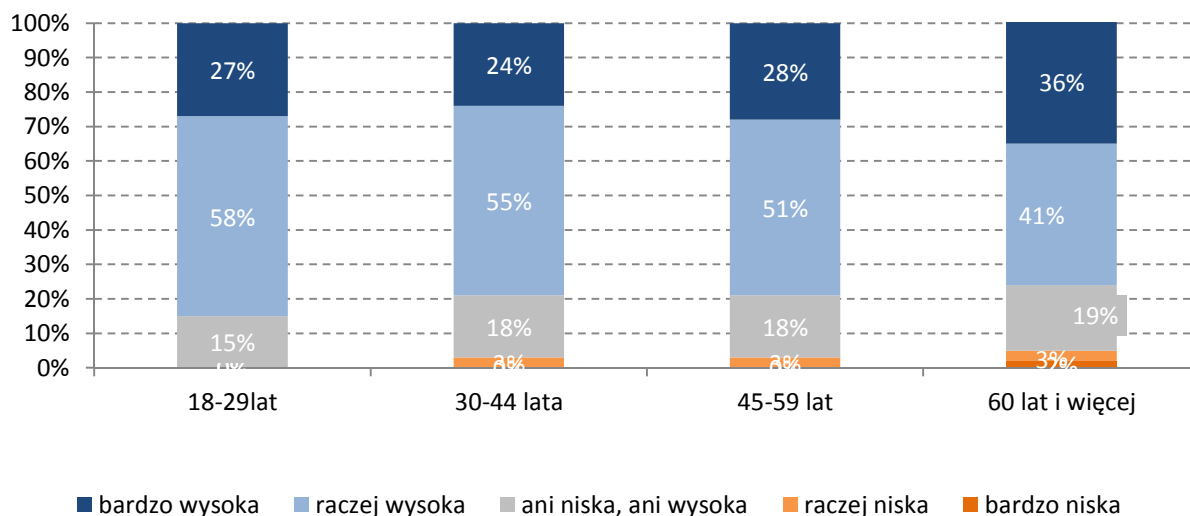
Źródło: opracowanie własne

WYKRES 56. OGÓLNA OCENA JAKOŚCI ŚWIADCZONYCH PRZEZ LEKARZY SPECJALISTÓW (W RAMACH NFZ)
USŁUG ZDROWOTNYCH NA TERENIE POWIATU – W PODZIALE NA KATEGORIE WIEKOWE [W %]



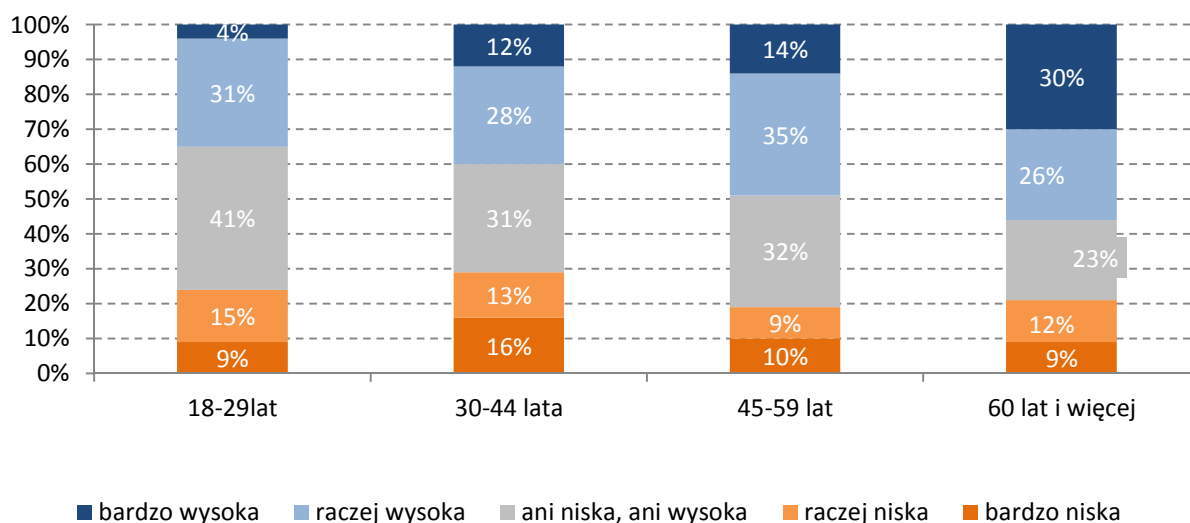
Źródło: opracowanie własne

WYKRES 57. OGÓLNA OCENA JAKOŚCI ŚWIADCZONYCH PRZEZ LEKARZY SPECJALISTÓW (W RAMACH DZIAŁ. PRYWATNEJ) USŁUG ZDROWOTNYCH NA TERENIE POWIATU – W PODZIALE NA KATEGORIE WIEKOWE [W %]



Źródło: opracowanie własne

WYKRES 58. OGÓLNA OCENA JAKOŚCI ŚWIADCZONYCH NA TERENIE POWIATU USŁUG SZPITALNYCH – W PODZIALE NA KATEGORIE WIEKOWE [W %]



Źródło: opracowanie własne

Respondenci pytani byli o to, czy doświadczyli problemów podczas korzystania z usług zdrowotnych na terenie powiatu. 4/5 respondentów wskazało na długi czas oczekiwania na wizytę u lekarza. 40% deklaruje brak specjalistów z niektórych dziedzin i po 35% wspomina o długim oczekiwaniu na zabieg i trudnościach w uzyskaniu skierowania na badania. Trudności z uzyskaniem skierowania do specjalisty wymienia prawie co trzeci pytany, a co czwarty respondent mówi o niewłaściwym

stosunku personelu do pacjentów. Pozostałe odpowiedzi podane przez badanych dotyczą problemów organizacyjnych: odsyłania pacjentów do innych ośrodków, odmowa przyjęcia, trudności z uzyskaniem informacji lub ze zrealizowaniem skierowań na badania.

TABELA 31. WSKAZYWANE PRZEZ RESPONDENTÓW TRUDNOŚCI NAPOTKANE PRZY KORZYSTANIU Z USŁUG ZDROWOTNYCH

Częstotliwość	Procent respondentów, którzy wybrali daną odpowiedź
Długi okres oczekiwania na wizytę	83%
Brak specjalistów z niektórych dziedzin	40%
Trudności z uzyskaniem skierowania na badania	35%
Niewłaściwy stosunek personelu medycznego do pacjenta	26%
Trudności z uzyskaniem skierowania do specjalisty	30%
Długi okres oczekiwania na zabieg (np. operację)	36%

Odpowiedzi nie sumują się do 100% – respondenci mogli zaznaczyć więcej niż 1 odpowiedź.

Źródło: opracowanie własne

Równocześnie, co logicznie wiąże się ze sobą, respondenci wymieniający większą liczbę problemów niżej oceniają jakość świadczonych usług na terenie powiatu. Relatywnie, w stosunku do innych gmin, mniej respondentów z Dobczyc deklaruje, że problemem jest dla nich długi okres czekania na wizytę. Jeśli chodzi o dostępność specjalistów, to jest ona problematyczna w najmniejszym stopniu dla mieszkańców Pcimia (odpowiedź wybrało 20% pytanym w porównaniu z prawie 60 procentami respondentów z Raciechowic, którzy wymieniają to jako trudność). Z kolei w Wiśniowej najoptimistyczniej ocenia się możliwość uzyskania skierowania na badania w porównaniu z najwyższym odsetkiem deklarujących, że jest to problem w gminie Tokarnia. Na niewłaściwy stosunek lekarzy do pacjentów najmniej wskazują respondenci z gminy Pcim. W Wiśniowej najmniej badanych wymieniło jako problem trudności z uzyskaniem skierowania do specjalisty.

ROZPOZNAWALNOŚĆ PROGRAMÓW DOTYCZĄCYCH PROFILAKTYKI CHOROÓB I OCHRONY ZDROWIA NA TERENIE POWIATU

Respondentom ankiety zadano kilka pytań dotyczących organizowanych na terenie powiatu programów, wydarzeń i akcji w obszarze profilaktyki i promocji zdrowia. Celem było odpowiedzenie na pytania badawcze: czy informacje o programach docierają do mieszkańców? Jakie kanały kontaktowania się z odbiorcami działań są najskuteczniejsze? Czy mieszkańcy korzystają z działań w ramach programów? Jakie bariery uniemożliwiają odbiorcom skorzystanie z programów?

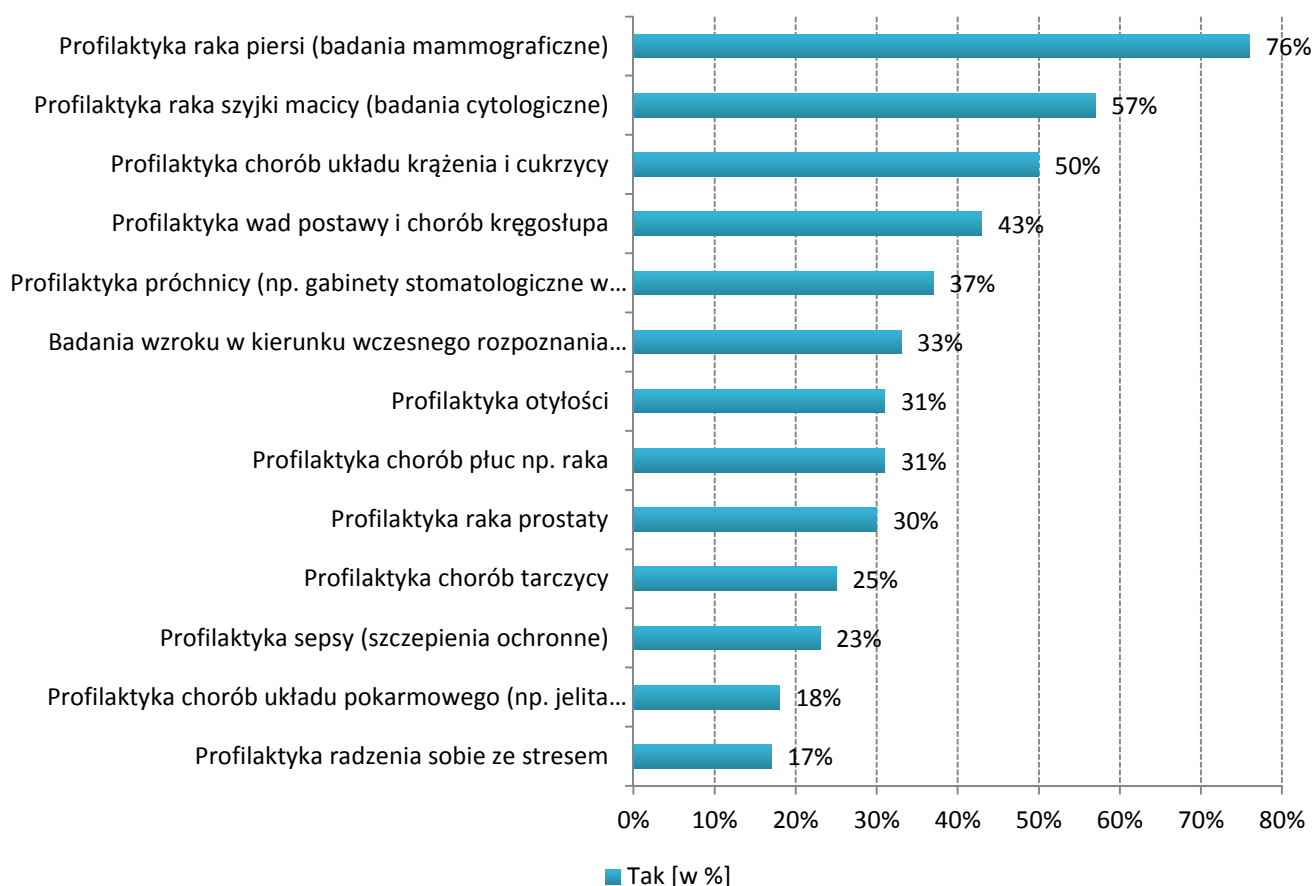
Analiza odpowiedzi na pytanie o znajomość akcji promujących zdrowy styl życia pokazała, że zdecydowanie najwięcej respondentów z 9 gmin deklaruje znajomość rozmaitych imprez sportowych i zawodów promujących aktywność fizyczną spośród wymienionych wydarzeń promujących zdrowie –

było to aż 60% pytanych. Na drugim miejscu według rozpoznawalności lokują się programy promujące zdrowe odżywianie, np. Szklanka Mleka – rozpoznanie na poziomie 47%, a kolejnym wydarzeniem jest Marsz Różowej Wstążeczki – rozpoznanie na poziomie 41%. Powiatowe Dni Zdrowia rozpoznało 23% respondentów, a Szkołę Młodych Ratowników – 25%. Przyczyną relatywnie wysokiej popularności odpowiedzi „zawody sportowe” może być częściowo fakt ich większej częstotliwości i rozproszenia terytorialnego – jest to cała kategoria wydarzeń. Ponadto z pewnością bardziej rozpoznawalne są te wydarzenia, które są powiązane z ogólnopolskimi, rozpowszechnionymi medialnie programami.

Znajomość programów profilaktycznych, mierzona za pomocą pytania o to, czy respondent słyszał o możliwości skorzystania z programu, wśród 600 przebadanych osób przedstawia się następująco:

WYKRES 59. ZNAJOMOŚĆ PROGRAMÓW PROFILAKTYCZNYCH WŚRÓD BADANYCH RESPONDENTÓW NA TERENIE POWIATU

Czy w ciągu ostatnich 2 lat słyszał(a) Pan(i) o następujących programach profilaktycznych na terenie swojej gminy/powiatu?



Odpowiedzi nie sumują się do 100% – respondenci mogli zaznaczyć więcej niż 1 odpowiedź

Źródło: opracowanie własne

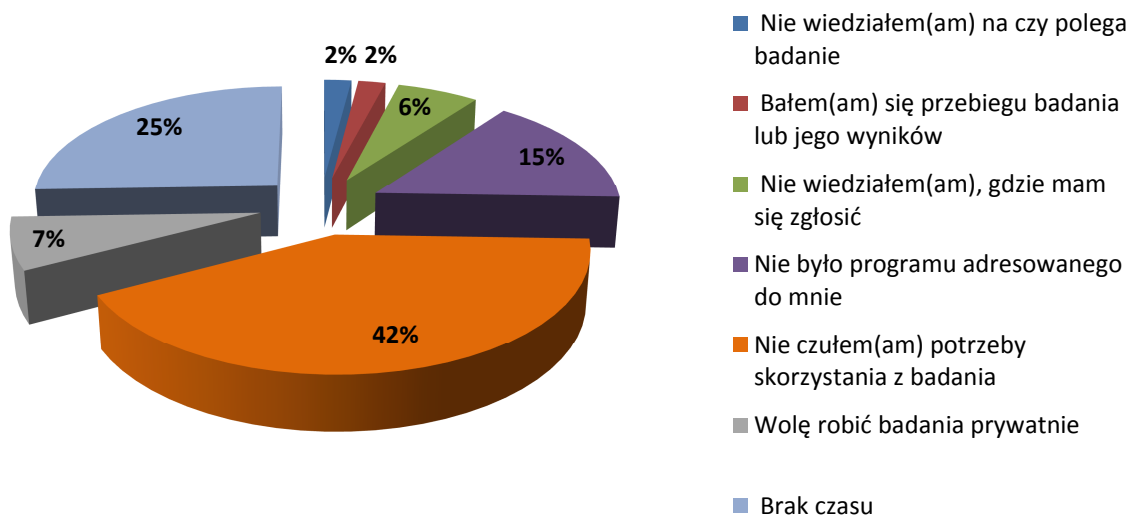
I w tym przypadku podkreślić należy, że pytani rozpoznają najczęściej te programy, które mają swoje ogólnopolskie, dobrze rozreklamowane odpowiedniki, jak np. profilaktyka raka piersi czy szyjki macicy. Warto również wskazać na bardzo niską świadomość prowadzenia programów profilaktyki stresu, szczególnie biorąc pod uwagę rosnące zapotrzebowanie na tego typu działania według deklaracji przedstawicieli instytucji. Ogólnie, 86% badanych zadeklarowało, że słyszeli przynajmniej o jednym programie.

Relatywnie najwięcej respondentów odpowiedziało twierdząco na znajomość programu profilaktyki cukrzycy w Lubniu (66%), powyżej 50% są także Pcim i Myślenice. Program profilaktyki raka piersi otrzymał wysokie wskazania we wszystkich gminach, jednak relatywnie najniższe w Tokarni. Profilaktyka raka płuc ma poziom wskazań zbliżający się do 40% w Pcimiu, Raciechowicach i Wiśniowej i relatywnie niższy (około 20%) w Sułkowicach i Tokarni. Jeśli chodzi o profilaktykę raka stercza, największa różnica jest między Dobczycami, Raciechowicami, Pcimiem, Wiśniową i Lubniem (między 36 a 39%) a Sułkowicami (17%), jeśli chodzi o znajomość programu.

Respondentów pytano także o fakt, czy uczestniczyli w którymś z wymienionych programów profilaktycznych – jedynie 18% potwierdziło, że brali udział w którymś/których z programów. Dla pytania o powód niewzięcia udziału w programie uzyskano następujący rozkład wskazań:

WYKRES 60. UDZIAŁ POSZCZEGÓLNYCH ODPOWIEDZI NA PYTANIE O POWODY NIESKORZYSTANIA Z PROGRAMU W CAŁOŚCI ODPOWIEDZI [W %]

Z jakiego powodu nie skorzystał(a) Pan(i) z programu?



Źródło: opracowanie własne

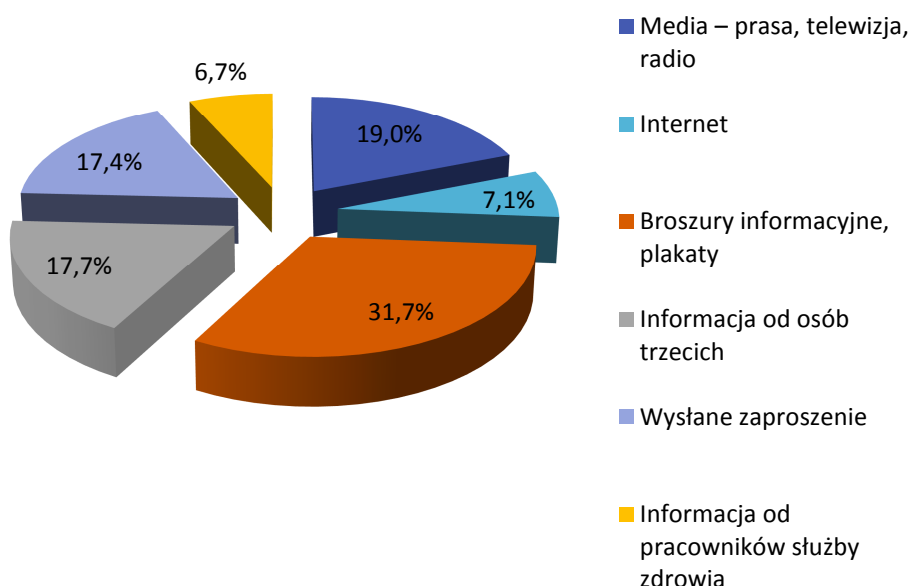
Najczęściej wskazywaną odpowiedzią jest stwierdzenie, że badany nie czuł potrzeby wzięcia udziału w badaniu. Nieco częściej w ten sposób odpowiadali mężczyźni. Jedna czwarta ogółu odpowiedzi odnosi się do braku czasu respondentów, a 15% ogółu odpowiedzi to wskazanie na fakt, że badany nie słyszał o skierowanym do niego/niej programie. Pozostali respondenci – około 3% za główną

przyczynę uznali brak dotarcia do nich informacji o programie, zdarzały się też przypadki, gdzie respondenci podawali jako powód własną niepełnosprawność i brak opieki lub niewpasowanie w kryteria badań refundowanych i brak środków na badania prywatne.

W podziale na grupy wiekowe widać, że częstszą, niż w innych grupach, wśród osób w wieku 18-29 lat odpowiedzią jest brak poczucia konieczności pójścia na badania. Z kolei ludzie starsi znacznie rzadziej wymieniają brak czasu jako powód.

W celu oceny skuteczności poszczególnych form kontaktu z odbiorcą działania, zadano pytanie o sposób, w jaki badani dowiedzieli się o programie/programach, których znajomość potwierdzili w jednym z poprzednich pytań. Wyniki analizy przedstawia poniższy wykres:

WYKRES 61. UDZIAŁ POSZCZEGÓLNYCH ODPOWIEDZI NA PYTANIE: W JAKI SPOSÓB DOWIEDZIAŁ(A) SIĘ PAN(I) O PROGRAMIE LUB PROGRAMACH PROFILAKTYCZNYCH I PROMUJĄCYCH ZDROWIE W OGÓLE ODPOWIEDZI UDZIELONYCH NA PYTANIE [W %].



Źródło: opracowanie własne

Jak pokazuje wykres kołowy, najczęściej wskazywaną formą kontaktu organizatora programu z odbiorcą są broszury informacyjne i plakaty (32%). Wysokie wskazania mają też odpowiedzi: media (19%), informacja od osób trzecich (18%) i wysłane zaproszenie (17%), popularniejsze wśród kobiet – 46 do 20 procent wskazań. Najmniejszą skuteczność, podążając za wskazaniami pytanym, ma Internet (7%) oraz informacja od pracowników służby zdrowia. Proporcja wskazań Internetu jest stosunkowo wyższa w grupie wiekowej 18-29 lat, z kolei, na tle innych kategorii wiekowych, wśród osób najstarszych ważnym źródłem informacji są media. Im starszy przedział wiekowy, tym mniej osób wskazało informację od osób trzecich jako źródło.

Można domniemywać, że Internet jest w tym zestawie tym narzędziem, które nie dociera do odbiorcy bezpośrednio, tak jak wręczona ulotka czy zapamiętany plakat, informacja pojawiająca się

między programami telewizyjnymi czy artykułami, rozmowa ze znajomymi czy zaproszenie wysłane na konkretny adres. W Internecie zwykle należy wyszukać pewnej wiadomości, więc zakłada to postawę znacznie bardziej aktywną – i to może być podstawowa różnica. Wśród pozostałych odpowiedzi wymienionych bezpośrednio przez respondentów najczęściej pojawiają się informacje uzyskane w kościele lub bezpośrednio od księdza (kilkanaście wskazań) oraz zaproszenie telefoniczne (kilka odpowiedzi).

IX. BADANIA INSTYTUCJI

ZOZNISKOWANE WYWIADY GRUPOWE

Niniejszy rozdział stanowi podsumowanie najważniejszych wniosków z badań jakościowych z przedstawicielami instytucji, które podejmują działania na rzecz promocji zdrowia i profilaktyki chorób. Badania miały formę dyskusji grupowej – odbyły się one w 2 terminach:

- ❖ 22 listopada w spotkaniu wzięli udział przedstawiciele placówek oświatowych: przedszkoli, szkół podstawowych, gimnazjów i szkół ponadgimnazjalnych oraz organizacji pozarządowych (11 osób)
- ❖ 26 listopada w dyskusji uczestniczyli przedstawiciele zakładów opieki zdrowotnej, prywatnych praktyk lekarskich, gmin oraz powiatowej stacji sanitarno-epidemiologicznej (9 osób)

Celem dyskusji było poznanie:

- ❖ działań obecnie podejmowanych przez różne instytucje na rzecz profilaktyki chorób i promocji zdrowia oraz wskazanie zapotrzebowanie na tego typu działania
- ❖ zakresu współpracy na rzecz profilaktyki chorób i promocji zdrowia
- ❖ problemów w działaniu i podejmowaniu współpracy.

Na podstawie dyskusji opracowany został także kwestionariusz ankiety internetowej, którą następnie wypełniali przedstawiciele instytucji z powiatu myślenickiego.

DZIAŁANIA NA RZECZ PROMOCJI ZDROWIA I PROFILAKTYKI CHOROÓB PODEJMOWANE PRZEZ INSTYTUCJE

Instytucje zaproszone do udziału w wywiadzie grupowym w ramach swojej działalności podejmują inicjatywy i programy prozdrowotne lub profilaktyczne. W zależności od celów działania instytucji przedstawiciele przypisują im jednak różny priorytet. W przypadku Sanepidu oświata zdrowotna, promocja zdrowia i profilaktyka chorób to bardzo istotne obszary działania, które wynikają z statutu PSSE. Organizacje pozarządowe uczestniczące w badaniu powstały jako inicjatywa oddolna grup mieszkańców – w ten sposób starają się zaspokoić lokalne potrzeby, których nie zaspokaja państwo (brak opieki stomatologicznej na terenie jednej z miejscowości, trudna sytuacja osób niepełnosprawnych i ich rodzin). Dla szkół i przedszkoli działania profilaktyczne i służące promocji zdrowia są jednym z obszarów oddziaływania i kształtowania postaw dzieci i młodzieży. Zakłady opieki zdrowotnej częściej prowadzą działania profilaktyczne niż promujące zdrowy tryb życia, choć takie również są przez nich podejmowane. ZOZy nie realizują ich jednak z własnej inicjatywy, lecz w odpowiedzi na zamówienia pojawiające się na rynku (np. NFZ, MZ, samorządy). Przedstawiciele gmin z kolei uważają, że mają do odegrania w tym zakresie mniejszą rolę ze względu na ograniczone środki finansowe, zadań związanych z promocją zdrowia i profilaktyką nie traktują także jako priorytetowych.

Podczas rozmowy z przedstawicielami instytucji przedstawiali oni działania jakie realizują na terenie powiatu myślenickiego. Zakres tych działań oraz ich formy są bardzo podobne do tych omówionych w rozdziale dotyczącym analizy danych zastanych, w związku z tym tutaj zostaną przedstawione w sposób syntetyczny.

RYSUNEK 5. PROMOCJA ZDROWIA I ZDROWEGO TRYBU ŻYCIA – ZAKRES TEMATYCZNY, FORMA I ODBIORCY

DZIAŁAŃ		
Zakres tematyczny	Forma działań	Odbiorcy działań
• Zdrowe odżywianie, dieta • Higiena osobista • Przychylna postawa wobec badań • Higiena jamy ustnej • Aktywność fizyczna, aktywne spędzenie wolnego czasu, uprawianie sportu	• Zapewnienie zdrowych artykułów spożywczych / posiłków podopiecznym • Wspólne przygotowywanie posiłków • Konkursy z nagrodami dot. problematyki zdrowotnej • Zajęcia sportowe, turnieje i rozgrywki sportowe • Informatory, broszury, ulotki, plakaty, gazetki ściennie/gabloty • Spotkania z dziećmi (pogadanki, lekcje, wykłady) prowadzone przez nauczycieli / specjalistów • Tworzenie infrastruktury sportowo-rekreacyjnej	• Dzieci w wieku przedszkolnym • Dzieci w wieku szkolnym (szkoły podstawowe, gimnazja, szkoły ponadgimnazjalne) • Rodzice uczniów • Dorośli mieszkańcy powiatu

Źródło: opracowanie własne

Promocja zdrowego stylu życia realizowana jest przez instytucje w obszarach związanych ze zdrową dietą i odżywianiem, aktywnością fizyczną, higieną (osobistą, jamy ustnej) oraz kształtowaniem przychylnej postawy wobec badań. Promocja zdrowego odżywiania realizowana jest przede wszystkim przez placówki edukacyjne, sanepid oraz rzadziej – przez zakłady opieki zdrowotnej. Szkoły i przedszkola stawiają sobie za cel przekazanie dzieciom i młodzieży wiedzy odnośnie wpływu diety na zdrowie oraz zasad zdrowego odżywiania. Realizują to podczas lekcji, spotkań („pogadanek”) z nauczycielami lub specjalistami, organizując konkursy wiedzy, ale również w praktyce – umożliwiając kształtowania prozdrowotnych nawyków poprzez zapewnienie zdrowych artykułów spożywczych i regularnych posiłków uczniom (np. darmowe mleko, owoce) a także w jednej ze szkół – wspólne przygotowanie śniadań przez dzieci i nauczycieli. Zajęcia i rozgrywki sportowe są z kolei sposobem na wyrobienie w dzieciach nawyku aktywnego spędzania wolnego czasu i uprawiania sportu. Wśród najmłodszych dzieci (przedszkola, szkoła podstawowa) zwraca się uwagę na higienę osobistą oraz jamy ustnej.

Zakłady opieki zdrowotnej częściej prowadzą działania profilaktyczne niż promujące zdrowy tryb życia, choć takie również są przez nich podejmowane. Jeden z zakładów opieki zdrowotnej organizował (na zlecenie gminy) spotkania dla osób w wieku powyżej 50 lat dotyczące stylu życia i jego wpływu na zdrowie. Frekwencja na spotkaniach była dość niska (kilka/kilkanaście uczestników),

co z jednej strony mogło być wynikiem małego zainteresowania i braku potrzeby po stronie osób 50+, z drugiej zaś – słabej promocji, którą zapewniał urząd gminy.

Promocja aktywności fizycznej, aktywnego spędzania wolnego czasu i uprawiania sportu realizowana była już przez różne instytucje: placówki oświatowe, sanepid, organizacje pozarządowe. Najczęściej przyjmowała ona formę organizowania zajęć sportowych (poza obowiązkowym WF-em w szkołach), turniejów i zawodów sportowych, ale czasem także miała formę informacyjną – spotkania, dystrybuowane materiały.

Omówione zagadnienia były również przedmiotem działań informacyjnych sanepidu, który przekazywał dostępne materiały do innych instytucji (szkół, gmin) oraz wspólnie z innymi podmiotami organizuje konkursów dot. promocji zdrowia oraz spotkania z dziećmi, młodzieżą i dorosłymi mieszkańcami powiatu.

Zadania gminy związane z upowszechnianiem kultury fizycznej i sportu najczęściej przekazywane są do realizacji organizacjom pozarządowym w ramach konkursów ofert bądź zadań zleconych. Rola gmin w zakresie promocji aktywności fizycznej zwykle związana jest także z zapewnianiem odpowiednich warunków do uprawiania sportu – budową infrastruktury sportowo-rekreacyjnej (np. boisk).

W większości instytucji były także tworzone gazetki ścienne/gabloty zawierające informacje związane ze zdrowiem a także dystrybuowano materiały informacyjne do mieszkańców powiatu (ulotki broszury).

Z wypowiedzi uczestników spotkań można wysnuć wniosek, iż działania służące promocji zdrowego trybu życia, aktywności fizycznej skierowane są przede wszystkim do dzieci i młodzieży, rzadziej do osób dorosłych i starszych mieszkających w powiecie. Największą rolę odgrywa tu szkoła jako bezpośredni realizator większości z tych działań we współpracy z sanepidem, pielęgniarkami, rzadziej lekarzami i innymi specjalistami (temat współpracy zostanie omówiony później). Pośrednio szkoły starają się oddziaływać także na otoczenie – przez dzieci mają wpływ na rodziców (propagowanie wzorców wyniesionych ze szkoły w domu).

Biorąc pod uwagę zakres działań profilaktycznych podejmowanych na terenie powiatu – jest dość rozbudowany, co przedstawia rysunek 6.

RYSUNEK 6. PROFILAKTYKA CHOROÓB – ZAKRES TEMATYCZNY, FORMA I ODBIORCY DZIAŁAŃ

Zakres tematyczny	Forma działań	Odbiorcy działań
• Profilaktyka cukrzycy • P. raka szyjki macicy • P. raka piersi – mammografia – kobiety 40-49 r.ż., samobadanie piersi u uczennic • P. raka stercza • P. raka jelita grubego • P. wad postawy • P. próchnicy • P. stresu • Uzależnienia: narkotyki, dopalacze, papierosy, alkohol	• Zajęcia sportowe, gimnastyka korekcyjna • Badania przesiewowe • Działania zapobiegawcze: szczepienia, badania • Grupy wsparcia • Informatory, broszury, ulotki, plakaty, gazetki ściennie/gabloty • Spotkania z dziećmi (pogadanki, lekcje, wykłady) prowadzone przez nauczycieli / specjalistów • Akcje informacyjne	• Dzieci w wieku przedszkolnym • Dzieci w wieku szkolnym (szkoły podstawowe, gimnazja, szkoły ponadgimnazjalne) • Rodzice uczniów • Dorośli mieszkańcy powiatu • Osoby starsze

Źródło: opracowanie własne

Działania skierowane do młodszych dzieci w wieku przedszkolnym i ze szkoły podstawowej dotyczą profilaktyki wad postawy (badania postawy, gimnastyka korekcyjna, zajęcia sportowe), próchnicy (dostępność gabinetów stomatologicznych w szkołach, lakowanie zębów, higiena jamy ustnej). Starsze dzieci i młodzież z gimnazjów i szkół ponadpodstawowych w części placówek objęte są działaniami edukacyjnymi dot. uzależnień, stresu, raka piersi – przekazywanie materiałów informacyjnych (ulotek, broszur), spotkania, warsztaty ze specjalistami, zajęcia prowadzone przez nauczycieli w ramach zajęć z różnych przedmiotów.

Zakłady opieki zdrowotnej realizują programy profilaktyczne w ramach kontraktów z NFZ, zleceń od samorządów – są to różnego rodzaju badania przesiewowe pozwalające wykryć choroby (tj. cukrzycę, nowotwory) lub szczepienia.

Organizacje pozarządowe działające na rzecz niepełnosprawnych i ich rodzin organizują im różne sposoby spędzania wolnego czasu – w tym zajęcia sportowe, wyjazdy na basen, natomiast rodzinom umożliwiają wspólne spotkania (grupy wsparcia) co pomaga im znaleźć się w trudnej sytuacji jakiej mogą doświadczać i zmniejsza stres.

Samorządy, oprócz wymienionego wcześniej zlecenia badań profilaktycznych ZOZ-om, mogą także zlecać organizacjom pozarządowym realizację zadań związanych z profilaktyką uzależnień, które często w praktyce realizacyjnej połączone są z promocją aktywności fizycznej (profilaktyka przez sport).

WSPÓŁPRACA POMIĘDZY INSTYTUCJAMI

Teraz przyjrzyjmy się formom współpracy pomiędzy instytucjami przy realizacji działań na rzecz promocji zdrowego stylu życia i profilaktyki. Na podstawie informacji uzyskanych od uczestników wywiadu grupowego wyróżniono 6 głównych form współpracy:

1. Przekazywanie materiałów informacyjnych innym instytucjom

Najczęściej taka forma współpracy ma miejsce między instytucjami-ekspertami tj. Powiatową Stacją Sanitarno-Epidemiologiczną a podmiotami, które często nie dysponują ekspertami w danym zakresie. Szkoły, przedszkola, które są zobowiązane do tworzenia i realizacji programów profilaktycznych, otrzymują broszury, ulotki, plakaty, scenariusze lekcji. Nauczyciele wykorzystują je podczas zajęć lub przekazują uczniom i ich rodzicom. Podobnie jest w przypadku profilaktyki palenia tytoniu – materiały informacyjne dot. zakazu palenia przekazywane są zakładom pracy, gminom i innym instytucjom publicznym. Tego typu współpraca może odbywać się również z podmiotami komercyjnymi jak w programie „Zostań Kubusiowym Przyjacielem Natury” skierowanym do przedszkoli.

2. Zapraszanie ekspertów z innych instytucji do udziału w spotkaniach organizowanych dla dzieci/młodzieży/dorosłych

Ta forma współpracy także występuje między instytucjami-ekspertami a podmiotami, które nie dysponują ekspertami w danym zakresie. Placówki oświatowe zapraszają ekspertów (np. z PSSE, organizacji pozarządowych, pielęgniarki, rzadziej lekarzy) do prowadzenia spotkań dot. zagadnień związanych ze zdrowiem. Ze względu na problemy z finansowaniem tego typu działań nauczyciele/rodzice bardzo często korzystają ze swoich „znajomości” nie stać ich bowiem na wykup takiej usługi ze strony zakładów opieki zdrowotnej. Pielęgniarki częściej niż lekarze zgadzają się na bezpłatny udział w takich spotkaniach uznając to za swój obowiązek, z kolei przedstawiciel szpitala deklarował, że stażysci również woluntarystycznie bądź za niewielką opłatą odwiedzają szkoły w celu poinformowania o badaniach m.in. cytologicznych i ginekologicznych, znaczeniu samobadania piersi.

3. Współpraca w ramach projektów/programów z instytucjami powiatowymi bądź ogólnopolskimi

W tym przypadku instytucja zewnętrzna jest pomysłodawcą i głównym realizatorem tego typu programów, a instytucje z powiatu biorą w nich udział jako uczestnicy. Można tu wskazać kilka przykładów takich inicjatyw. W ramach projektu realizowanego przez Powiat w szkołach prowadzono programy profilaktyczne wad postawy (badania, gimnastyka), próchnicy (powstały gabinety stomatologiczne), raka piersi (warsztaty edukacyjne), szkoły zostały również wyposażone w sprzęt, z którego mogą korzystać po zakończeniu projektu. Podobnie szkoły mogą otrzymać dofinansowanie zakupu artykułów spożywczych (warzywa, owoce, mleko) w ramach programów ogólnopolskich Agencji Rynku Rolnego. W omawianych przypadkach placówki oświatowe można nazwać beneficjentami projektów.

4. Współpraca finansowa

Taka forma współpracy najczęściej występuje pomiędzy zakładami opieki zdrowotnej oraz organizacjami pozarządowymi a gminami, Powiatem oraz Ministerstwem Zdrowia i Narodowym Funduszem Zdrowia (tylko ZOZy). Instytucje te ogłaszają konkursy na nabór realizatora badań w ramach programów profilaktyki, do których startują zakłady opieki zdrowotnej. Te, które zostały wybrane – realizują je na terenie powiatu.

Podobnie jest z jednostkami samorządu terytorialnego, które zlecają część swoich zadań do realizacji organizacjom pozarządowym w ramach otwartego konkursu ofert (np. w zakresie kultury fizycznej i sportu).

Należy zwrócić uwagę, że podczas wywiadu reprezentanci instytucji nie wspominali o takich formach współpracy jak wzajemne informowanie się o planowanych kierunkach działalności, konsultowanie, tworzenie wspólnych zespołów doradczych i inicjatywnych. Nie oznacza to jednak, że takie formy współpracy nie są w ogóle praktykowane, mogą być natomiast mniej powszechne.

Z wypowiedzi respondentów można wnioskować o powodach podejmowania współpracy z innymi instytucjami z terenu powiatu. Najczęściej nie występują one jednak osobno, lecz są powiązane ze sobą. W przypadku pierwszych dwóch form współpracy motywacja wynika z chęci wzmocnienia merytorycznego swoich działań. Szkoły wskazują konieczność realizacji zagadnień związanych z promocją zdrowia i profilaktyką, jednak nie we wszystkich obszarach mają ku temu odpowiednią wiedzę. Korzystając z materiałów informacyjnych mogą się dokształcić w tym zakresie i skorzystać z gotowych scenariuszy zajęć. W obecnym momencie dla nauczycieli taka współpraca jest dodatkowo atrakcyjna, ponieważ zapewnia im ona zdobycie nowych kompetencji, potrzebnych do awansu zawodowego. Z kolei zapraszając specjalistów – zapewniają wysoki poziom merytoryczny spotkań. Łatwiej jest im zaprosić do współpracy w takiej formie przedstawicieli instytucji, które edukację zdrowotną skierowaną do mieszkańców powiatu prowadzą w ramach swojej działalności niż podmioty działające przede wszystkim komercyjnie np. zakłady opieki zdrowotnej.

Ważnym motywatorem podejmowania współpracy są także kwestie finansowe. W przypadku szkół wynika to z ograniczonego budżetu i konieczności realizacji niektórych działań bezkosztowo. Dzięki nawiązaniu współpracy z instytucjami zewnętrznymi mogą otrzymać dofinansowanie na realizację niektórych przedsięwzięć, bądź te działania są finansowane w ramach projektu. Podobnie z organizacjami pozarządowymi, które dzięki pozyskaniu środków zewnętrznych mogą realizować swoje cele oraz zakładami opieki zdrowotnej, dla których realizacja zleceń to sposób na poszerzenie działalności.

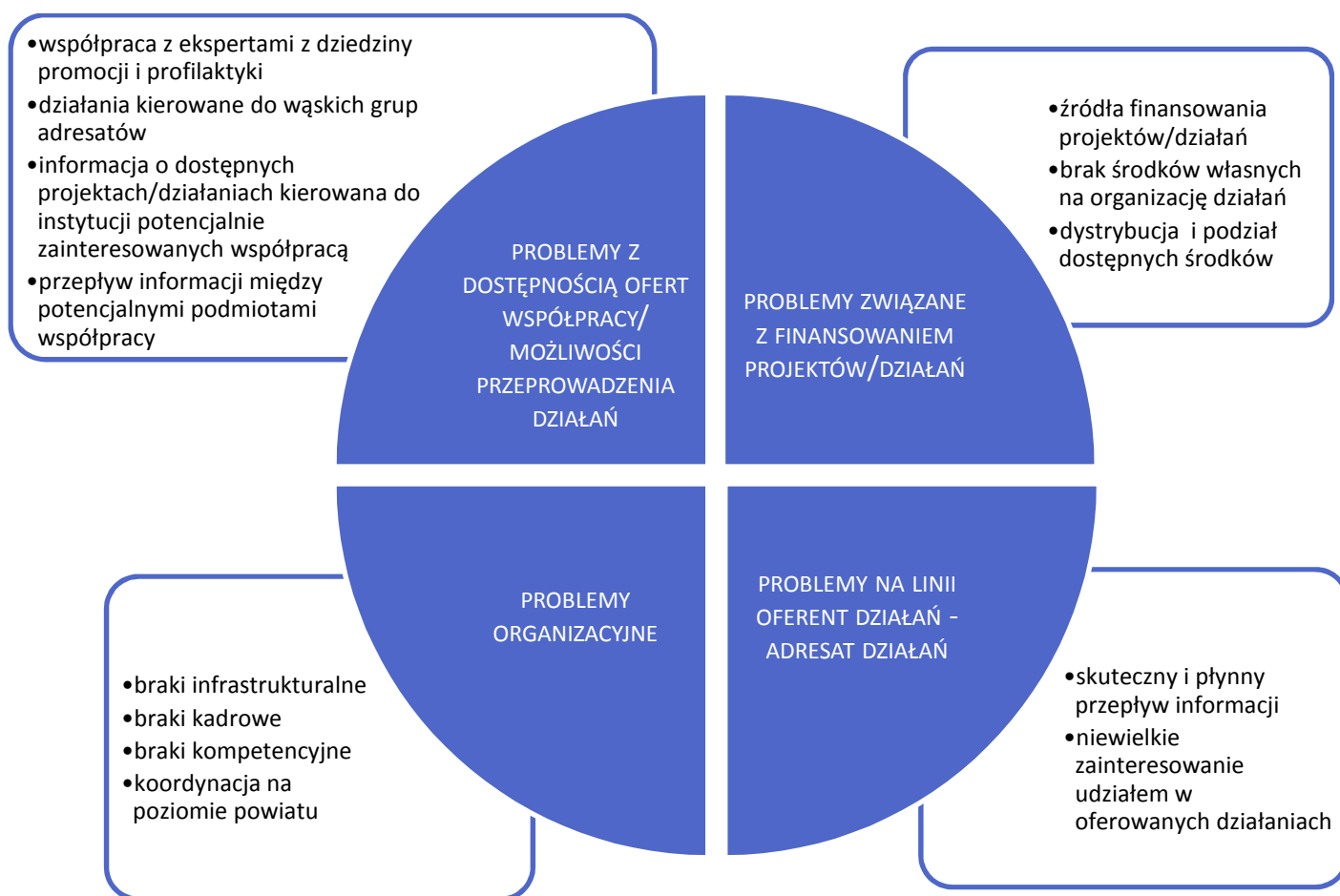
W większości współpraca między instytucjami oceniana jest dość pozytywnie, a zwłaszcza doceniana jest aktywność Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w tym obszarze („wysyła informacje o programach z pytaniem, czy szkoła jest zainteresowana”) oraz jakość materiałów dostarczanych przez Sanepid (proponowane scenariusze zajęć, płyty instruktażowe). Problemy, jakie pojawiają się we współpracy, zostaną omówione w kolejnym podrozdziale.

PROBLEMY W OBSZARZE DZIAŁAŃ Z ZAKRESU PROFILAKTYKI CHOROÓB I PROMOCJI ZDROWIA

Jedną z kwestii omawianych w czasie przeprowadzonych wywiadów grupowych były problemy identyfikowane przez grupy respondentów w obszarze profilaktyki chorób i promocji zdrowia – poniższa część raportu ma na celu ich przedstawienie i podsumowanie.

Problemy przedstawiane przez respondentów można podzielić na cztery kategorie:

RYСУNEK 7. PROBLEMY NAPOTYKANE PRZEZ PRZEDSTAWICIELI INSTYTUCJI PROWADZĄCYCH DZIAŁANIA PROZDROWOTNE I PROFILAKTYCZNE



Źródło: opracowanie własne

Kolejne paragrafy stanowią rozwinięcie powyżej przedstawionych kwestii, w odniesieniu do rozmów przeprowadzonych z przedstawicielami instytucji działających w obszarze profilaktyki chorób i promocji zdrowia na terenie powiatu myślenickiego.

DOSTĘPNOŚĆ OFERT WSPÓŁPRACY, PROWADZENIA DZIAŁAŃ I PRZEPŁYW INFORMACJI

Deklarowanym przez wszystkie grupy respondentów problemem jest konieczność zapewnienia sprawnego przepływu informacji na temat możliwości współpracy w ramach projektów bądź podjęcia zlecenia na konkretne działania na terenie powiatu, wśród wszystkich podmiotów potencjalnie zainteresowanych.

W opinii przedstawicieli placówek oświaty, nie wszystkie instytucje kształcenia przedszkolnego, podstawowego, na poziomie gimnazjalnym i ponadgimnazjalnym są obecnie objęte propozycjami współpracy i dostarczenia środków na finansowanie działań z zakresu profilaktyki i promocji. Dotyczy to zarówno projektów finansowanych z funduszy zewnętrznych, np. funduszy norweskich, jak i budżetu samorządu. Respondenci z tej grupy deklarują wysokie zainteresowanie współpracą w ramach programów profilaktyki chorób i promocji zdrowia adresowanych do młodzieży, podkreślając wagę tych działań i wpływ uczniów na szersze otoczenie (rodziny, rówieśnicy), jeśli chodzi o przekazywanie informacji o aktywnościach i priorytetach zdrowego stylu życia i dbania o zdrowie. Informatorzy podkreślają jednak główne bariery w organizacji tego typu projektów: braki kompetencyjne wśród nauczycieli (wykonawców działań) i ograniczone środki. Realizowane działania są w związku z tym mniej efektywne i skuteczne. Pracownicy sektora edukacji oczekują wsparcia w prowadzeniu działań prozdrowotnych ze strony specjalistów z dziedziny ochrony zdrowia – respondenci deklarują, że obecnie realizują elementy działań profilaktyczno-prozdrowotnych głównie wykorzystując prywatne kontakty własne lub rodziców uczniów, ponieważ usługa odbycia zajęć z młodzieżą czy rodzicami przez specjalistę z dziedziny medycyny w temacie związanym ze zdrowym stylem życia bądź zapobieganiem chorobom jest płatna i brakuje na tego typu wydatki pieniędzy w budżecie instytucji. Oczekiwania zmian wyrażane przez informatorów z tej grupy w głównej mierze skupiają się na potrzebie zewnętrznych (pochodzących o instytucji samorządowych lub placówek opieki zdrowotnej) propozycjach współpracy – kierunku, tematów, w pewnej mierze również form działań i dostępności dodatkowych środków na ich realizację. Podsumowując, respondenci reprezentujący sektor edukacji na terenie powiatu widzą swoją rolę w obszarze profilaktyki chorób i promocji zdrowia głównie jako bezpośrednie wdrażanie bądź wspomaganie wdrażania konkretnych działań, nie zaś jako inicjatorów tego typu projektów – przede wszystkim ze względu na ograniczone kompetencje w tym zakresie.

Propozycje zmian ze strony przedstawicieli placówek opieki zdrowotnej obecnych na spotkaniu koncentruje się wokół usprawnienia przepływu informacji pomiędzy instytucjami działającymi w dziedzinie profilaktyki i promocji zdrowia. Pracownicy zakładów opieki zdrowotnej na terenie powiatu wskazali przykłady sytuacji, gdzie informacje na temat programów realizowanych przez Ministerstwo Zdrowia czy gminy nie dotarły do zakładów. Zdaniem respondentów, pracownicy tych instytucji nie są w stanie dotrzeć do wszystkich informacji dotyczących konkursów na realizację programów zdrowotnych – najsprawniejszy przepływ informacji przebiega na linii kontaktu zakładów i Narodowego Funduszu Zdrowia. Wspomina się także o sytuacjach, w których urzędy gminy nie przekazują informacji o programach lokalnym placówkom ochrony zdrowia. Oczekuje się zatem wsparcia takich programów poprzez dostarczanie instytucjom niezbędnych informacji, a także poprawę przepływu informacji między instytucjami działającymi na terenie powiatu. Należy

zauważyć, że tego typu luka informacyjna skutkuje w niewykorzystaniu możliwych okazji i środków na realizację działań prozdrowotnych; nie pozwala także na zidentyfikowanie braków w obszarze realizowanych działań wobec wzajemnego niedoinformowania instytucji o podejmowanej działalności.

KWESTIA DOSTĘPNOŚCI ŚRODKÓW NA DZIAŁALNOŚĆ PROFILAKTYCZNĄ I PROMOCJĘ ZDROWIA

Do dostępności w budżecie środków wydzielonych na finansowanie działań z zakresu profilaktyki i promocji zdrowia odnoszą się respondenci reprezentujący wszystkie z zaproszonych grup instytucji: placówki oświaty, zakłady ochrony zdrowia, podmioty trzeciego sektora oraz władze gmin. Środki stanowią warunek niezbędny realizacji niektórych (głównie wysoce kosztownych) działań w omawianej dziedzinie.

Najsilniej problem braku finansowania podkreślają przedstawiciele sektora edukacji. Szkoły i przedszkola, działając w oparciu o ograniczone środki i odpowiadając za szeroki wachlarz usług świadczonych wobec dzieci i młodzieży, nie są w stanie przeprowadzać efektywnych działań profilaktycznych i prozdrowotnych bazując wyłącznie na własnym budżecie. Ponadto, jak deklarują respondenci, możliwości pozyskania sponsorów są również niewielkie, a programami w ramach funduszy oferowanych z zewnątrz (spoza budżety samorządowego) zwykle jest obejmowana tylko część placówek edukacyjnych. W związku z tym dostrzega się brak ciągłości i konsekwencji w realizowaniu projektów – przykład gabinetu stomatologicznego wyposażonego w ramach środków z funduszu norweskiego, niefunkcjonującego ze względu na brak środków w budżecie placówki na pensję specjalisty, który zajmowałby się ich obsługą. Większość przedsięwzięć w zakresie profilaktyki i promocji zdrowia, do realizacji których zobowiązuje placówki oświaty odpowiednia ustawa, obejmują aktywności o mniejszym zakresie i skuteczności, niż standardy, jakie można byłoby osiągnąć przy zapewnieniu dodatkowych środków. Nauczyciele podkreślają specyfikę udziału młodzieży w projektach prozdrowotnych: konieczne jest zapewnienie czynnika motywacji w postaci nagród w konkursach czy organizowaniu stymulujących zajęć poza środowiskiem szkolnym (wycieczki, spotkania z ekspertami, zawody ruchowe, itp.).

Problem z pozyskaniem środków ogranicza także zakres działalności organizacji pozarządowych na terenie powiatu myślenickiego. Środki ze składek członkowskich, które stanowią jedyny bądź główny dochód niektórych fundacji i stowarzyszeń nie pozwalają na realizację wszystkich założeń statutowych i odpowiedź na kosztowne zapotrzebowania ze strony podopiecznych (którymi w wielu przypadkach są osoby z niepełnosprawnością, wymagające ciągłości opieki). Respondenci proponują wydzielenie części budżetu samorządowego na wsparcie tego typu instytucji.

Reprezentanci gmin w powiecie myślenickim wskazują na brak środków w budżecie gminy dedykowany na cele profilaktyki i promocji zdrowia jako główny czynnik ograniczający aktywność jednostek samorządu terytorialnego w tym zakresie. Profilaktyka chorób i promocja zdrowia nie jest obszarem dla gmin priorytetowym, jeśli gminie nie podlega zakład opieki zdrowotnej – co stanowi najczęstszy przypadek na terenie powiatu myślenickiego. Ze strony tej grupy respondentów

sugerowane jest wyznaczenie głównej roli w powoływaniu programów na poziomie powiatu i pozostawienie gminom roli wspierania lokalnych działań.

Propozycje rozwiązań, jakie pojawiają się w tym temacie ze strony respondentów, uwzględniają przede wszystkim zrównoważoną dystrybucję ograniczonych środków na profilaktykę i promocję zdrowia. Ponadto, oczekuje się większego udziału instytucji na poziomie powiatu w pozyskiwaniu środków i koordynacji ich rozdysponowania, uwzględniającej potrzeby różnych grup instytucji.

PROBLEMY ZWIĄZANE Z ORGANIZACJĄ PROJEKTÓW I WDRAŻANIEM DZIAŁAŃ

Można wyróżnić kilka luk, które wymienili respondenci, odnosząc się do barier w efektywnej i skutecznej realizacji programów profilaktyki i promocji zdrowia. Są to braki związane z niedoborem infrastruktury i kadry o określonych kompetencjach oraz brak koordynacji działań realizowanych na terenie powiatu ze strony władz powiatowych lub innych instytucji na poziomie powiatu.

Zgłaszane braki infrastrukturalne i kadrowe obejmują przede wszystkim niewystarczającą, zdaniem rozmówców, liczbę gabinetów stomatologicznych i pielęgniarskich w placówkach edukacji (w tym również przedszkolnej) – nie są one dostępne we wszystkich placówkach gdzie, według badanych przedstawicieli instytucji, byłyby wymagane, trudności z uzyskaniem wsparcia Centrum Psychoterapii w Myślenicach dla podopiecznych instytucji oraz deklarowany przez jednego z respondentów brak przychodni stomatologicznej na terenie miejscowości Skomielna Biała. Niedobory infrastrukturalne utrudniają bądź uniemożliwiają utrzymanie ciągłości realizacji niektórych programów (np. profilaktyki próchnicy wśród dzieci i młodzieży). Ponadto, w efekcie luk kompetencyjnych w szkołach (brak specjalistycznej opieki pielęgniarskiej), nauczyciele podnoszą problem zbytniego obciążenia odpowiedzialnością za zdrowie swoich podopiecznych, ciągłego poszerzania obowiązków, do których objęcia nie czują się przygotowani: deklarują brak odpowiednich kompetencji do podejmowania pewnych decyzji i działań dotyczących dobrostanu psychicznego i fizycznego. W przypadku zakładów opieki zdrowotnej problemem jest głównie kwestia podziału terytorialnego działalności placówek – zgłaszający się pacjenci, według wypowiedzi respondentów, często nie mogą wziąć udziału w programie ze względu na miejsce zamieszkania, mimo dostępności niewykorzystanych środków.

W trakcie rozmów zadeklarowano wyraźnie potrzebę objęcia koordynacją działań podejmowanych na terenie powiatu. W przypadku placówek oświaty konieczne jest zapewnienie pracownikom z dziedziny edukacji niezbędne wsparcie merytoryczne i praktyczne. Podobne oczekiwanie deklarują reprezentanci ośrodków zdrowia – dla nich priorytetem jest większy wkład w kontrolę sprawnego przepływu informacji. Identyfikuje się wysokie zapotrzebowanie na skoordynowanie na poziomie powiatu procesu zbierania i przekazywania informacji o możliwości organizowania działań profilaktycznych i prozdrowotnych na terenie powiatu myślenickiego, a także przekazywanie informacji bezpośrednio do lekarzy rodzinnych i specjalistów o możliwości uczestniczenia w programach w konkretnych placówkach na terenie powiatu. Tę informację personel medyczny i lekarze przekazywaliby swoim pacjentom według zdiagnozowanych potrzeb. Ta metoda informowania, zdaniem respondentów, zapewnia wysoką skuteczność docierania do adresatów

programów, ze względu na dokładną znajomość pacjentów ze strony lekarzy i relatywnie wysokie zaufanie na linii kontaktu pracowni służby zdrowia -pacjent.

Na koniec tej części analizy danych z wywiadów grupowych warto przytoczyć pewną kwestię, stanowiącą ważną barierę dla efektywnej realizacji programów oraz w skutecznym docieraniu do pacjentów i diagnozowaniu chorób wśród mieszkańców powiatu. Problemem tym jest długi okres oczekiwania na konsultację lekarską, który sprawia, że pewna grupa odbiorców przyjmuje bierną postawę w kwestii dbania o swoje zdrowie. Dobrze ujmuje to poniższy cytat z wypowiedzi jednego z respondentów:

„(...) ale po co pani ta profilaktyka, skoro sama pani mówi, że się później rok do lekarza nie dostanie, czasami lepiej nie wiedzieć”.

BARIERY KOMUNIKACYJNE NA LINII REALIZATOR – ODBIORCA

Ostatnim tematem wskazanym przez respondentów w obszarze problemów realizacji działań z zakresu profilaktyki chorób i promocji zdrowia są problemy z przekazywaniem informacji odbiorcom tych działań i dotarciem do adresatów w celu ich skłonienia do wzięcia udziału w programie. Odnalezienie optymalnych form komunikacji zapobiegałoby obecnym przypadkom niepełnego wykorzystania środków w ramach programów i zapewniłoby większą celowość działań w przyszłości.

Przedstawiciele zakładów opieki zdrowotnej wskazują na ograniczone możliwości tych instytucji w rozpowszechnianiu informacji o realizowanym programie i możliwości przystąpienia do badań na terenie powiatu. Konieczne jest również dotarcie do potencjalnych grup docelowych z informacją na temat procedur badań i znaczeniu diagnostyki w celu podniesienia świadomości, a tym samym zapobieganiu obawom adresatów wobec przystąpienia do programu. Do metod informacyjnych o niewielkiej skuteczności zalicza się dystrybuowanie informacji w postaci plakatów i ulotek dostępnych w niektórych instytucjach, jak również organizowane spotkania informacyjne, przypadające w czasie wolnym odbiorców (przykład cyklu wykładów o zdrowym odżywianiu i zapobieganiu otyłości, realizowanego na terenie całego powiatu przez jeden z ZOZ-ów, w którym wzięło udział średnio zaledwie kilkanaście osób z każdego powiatu). Uczestnicy dyskusji podkreślają, bazując na swoim doświadczeniu, wagę medialnych akcji informacyjnych (przykład akcji „Stop Meningokokom” i medialnej akcji informacyjnej na temat ptasiej grypy) oraz tzw. marketingu szeptanego – informacji i doświadczeń przekazywanych wzajemnie między członkami lokalnych społeczności.

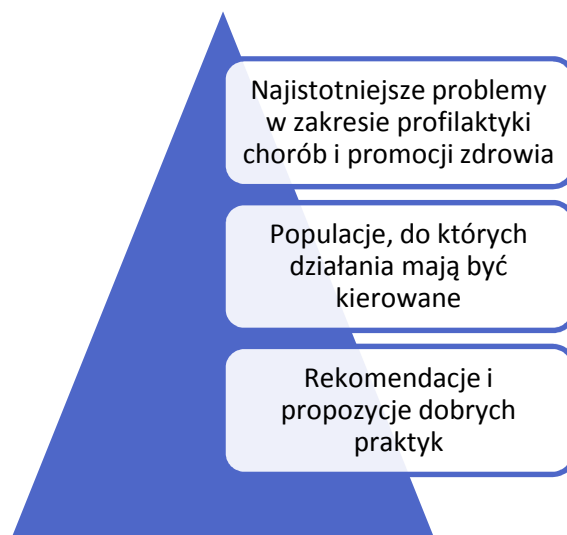
Są to, zdaniem reprezentantów instytucji działających w obszarze promocji zdrowia i profilaktyki chorób, kanały komunikacji, na których winno się bazować w celu osiągnięcia wysokiej skuteczności i celowości działań. Oczekuje się wsparcia instytucji samorządu powiatowego, o najszerszym zasięgu działań lokalnych, w organizowaniu kampanii informacyjnych.

PROPONOWANE KIERUNKI ZMIAN W OBSZARZE DZIAŁAŃ ZWIĄZANYCH Z PROMOCJĄ ZDROWIA I PROFILAKTYKĄ CHOROÓB

Ostatnim obszarem tematycznym poruszonym z ekspertami reprezentującymi instytucje działające w obszarze promocji zdrowia i profilaktyki na terenie powiatu były propozycje zmian w kierunku

modelu działania i współpracy pożądanym z punktu widzenia wspomnianych podmiotów oraz określenie priorytetów działań w najbliższej przyszłości. Propozycje pojawiające się w dyskusjach wiązały się w dużym stopniu ze zidentyfikowanymi i omawianymi problemami, zaprezentowanymi w poprzedniej części analizy. Podsumowanie kwestii z tej części dyskusji stanowi poniższy graf.

RYСУNEK 8.



Źródło: opracowanie własne

NAJISTOTNIEJSZE PROBLEMY W ZAKRESIE PROFILAKTYKI CHOROÓB I PROMOCJI ZDROWIA W OPINII BADANYCH PRZEDSTAWICIELI INSTYTUCJI

Priorytetowe tematy działań w obszarze profilaktyki i promocji zdrowia przedstawione przez reprezentantów instytucji podczas wywiadów grupowych zaprezentowano w tabeli poniżej, w podziale na populacje, do których dane działania bądź programy miałyby być adresowane. Dotyczy to zarówno działań już podejmowanych na terenie powiatu, a których istotne jest kontynuowanie ze względu na priorytetowość problemu w omawianym obszarze, jak i działań, których w powiecie brakuje. Należy przy tym zaznaczyć, iż, zdaniem respondentów, największą wiedzę na ten temat posiadają lekarze rodzinni i pielęgniarki środowiskowe, które najczęściej konsultują mieszkańców powiatu w kwestiach ich problemów zdrowotnych.

TABELA 32. PRIORYTETOWE TEMATY DZIAŁAŃ W OBSZARZE PROFILAKTYKI I PROMOCJI ZDROWIA

POPULACJA: DZIECI w WIEKU PRZEDSZKOLNYM	Dodatkowe komentarze dotyczące działań
Zdrowe odżywianie i higiena przygotowywania posiłków	Propozycja wprowadzenia warsztatów praktycznych
Dostępność opieki pielęgniarskiej	
POPULACJA: DZIECI w WIEKU SZKOLNYM (SZKOŁA PODSTAWOWA, GIMNAZJUM)	Dodatkowe komentarze dotyczące działań
Promocja zdrowego stylu odżywiania	Zmiana oferty sklepików szkolnych

Aktywność fizyczna i przeciwdziałanie otyłości	Wysoki procent uczniów z całorocznym zwolnieniem z zajęć wychowania fizycznego
Alternatywne sposoby spędzania czasu wolnego	
Higiena jamy ustnej, profilaktyka próchnicy	
Nauka pierwszej pomocy przedmedycznej	
Profilaktyka wad postawy	
Dostępność opieki pielęgniarstwa i stomatologicznej	
POPULACJA: MŁODZIEŻ (SZKOŁY PONADGIMNAZJALNE)	Dodatkowe komentarze dotyczące działań
Profilaktyka stresu i zaburzeń odżywiania (bulimii, anoreksji)	
Organizacja czasu wolnego; alternatywne, prozdrowotne sposoby spędzania czasu wolnego	
Nauka pierwszej pomocy przedmedycznej	
Profilaktyka nałogów (alkohol, papierosy, narkotyki)	Szczególny nacisk na pokazanie skutków nałogów
Profilaktyka nowotworów	Programy na poziomie gmin, pozyskanie środków z Ministerstwa Oświaty i Zdrowia, rekrutacja wolontariuszy do wsparcia programów
POPULACJA: OSOBY DOROSŁE	Dodatkowe komentarze dotyczące działań
Profilaktyka cukrzycy, zdrowe odżywianie, zapobieganie otyłości	
Profilaktyka depresji i zaburzeń psychicznych	Szczególne wsparcie osób chorych na nowotwory lub mających osoby ciężko chore wśród najbliższych
Nauka samodbania o dobrostan psychiczny i fizyczny osób po przebytych zabiegach onkologicznych	
Profilaktyka chorób przewodu pokarmowego	
Nauka pierwszej pomocy przedmedycznej	

Źródło: opracowanie własne

PRIORYTETY W ZAKRESIE PROMOCJI I PROFILAKTYKI ZDROWIA WEDŁUG NARODOWEGO I MAŁOPOLSKIEGO PROGRAMU ZDROWIA

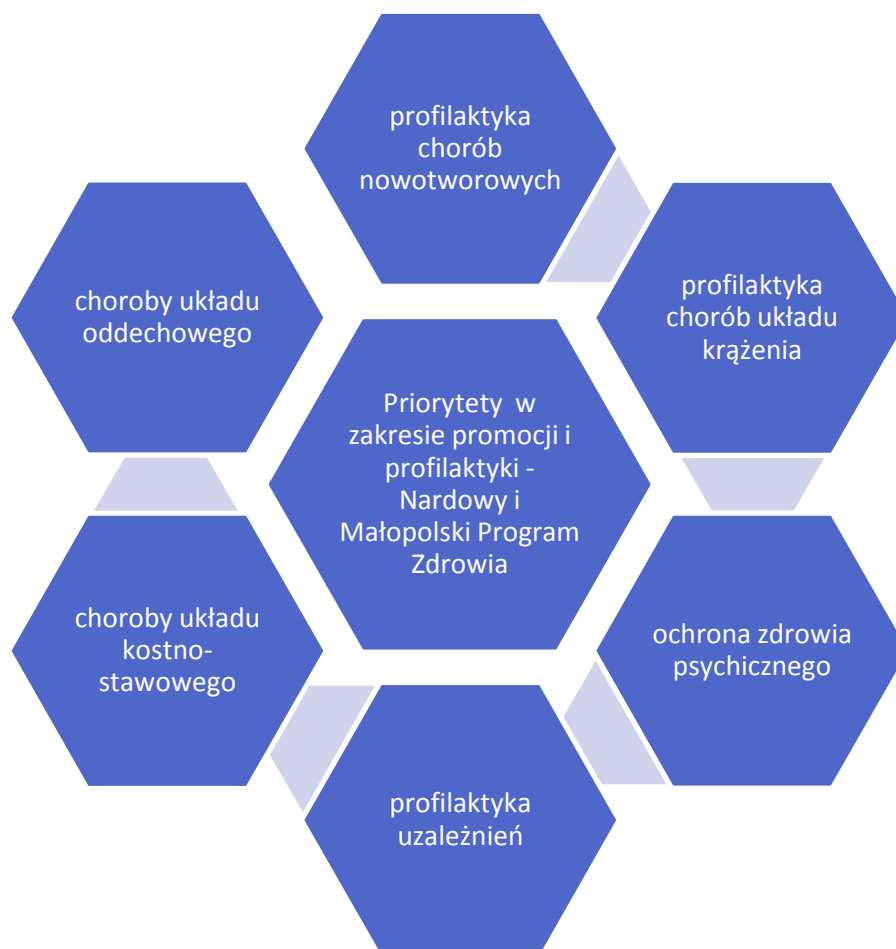
Mając na uwadze uzyskane komentarze, warto równocześnie przyjrzeć się priorytetom działań zawartych w Narodowym Programie Zdrowia na lata 2007 – 2015³³ i Małopolskim Programie Ochrony Zdrowia na Lata 2006 – 2013³⁴. Takie zestawienie pozwoli nam uzyskać szerszą perspektywę na najistotniejsze problemy zdrowotne i konieczność ich zapobieganiu.

Według dokumentów programowych, najczęstszą przyczyną przedwczesnej umieralności kobiet i mężczyzn są choroby układu krążenia, na drugim miejscu plasują się choroby nowotworowe (późna wykrywalność). Ponadto, duży problem stanowią choroby psychiczne (wzrost liczby pacjentów poradni specjalistycznych), układu kostno-stawowego i oddechowego. W związku z ich rozpowszechnieniem, należy realizować odpowiednie programy profilaktyczne – badania przesiewowe, wpływać na samoświadomość populacji przez zachęcanie ludzi do regularnego samobadania i wykonywania badań. Ważnym z punktu widzenia tego dokumentu programem jest także profilaktyka palenia tytoniu i spożycia alkoholu oraz używania substancji psychoaktywnych. Kolejnym priorytetem będzie upowszechnianie zasad zdrowego stylu życia, w tym promocja zdrowego odżywiania i zapobieganie otyłości, również poprzez popularyzowanie aktywności fizycznej. W populacji dzieci i młodzieży z kolei należy zapewnić warunki zrównoważonego rozwoju psychicznego i fizycznego oraz zwrócić uwagę na profilaktykę próchnicy.

³³ http://www.mz.gov.pl/wwwfiles/ma_struktura/docs/zal_urm_npz_90_15052007p.pdf

³⁴ http://www.malopolskie.pl/Pliki/2006/MPOZ_2006_2013.pdf

RYSUNEK 9.



Źródło: opracowanie własne

REKOMENDACJE I PROPOZYCJE DOBRYCH PRAKTYK ZE STRONY PRZEDSTAWICIELI INSTYTUCJI

Niniejszy podrozdział służy przedstawieniu rekomendacji dla działań i programów w zakresie profilaktyki chorób i promocji zdrowia proponowanych przez uczestników dyskusji. Propozycje wymieniono w punktach dla większej przejrzystości.

1. Aktywna postawa władz powiatu w **pozyskiwaniu środków** na programy i działania; sprawne **przekazywanie informacji** o dostępności programów w powiecie (scentralizowana jednostka zbierania danych) – do instytucji oraz do odbiorców, do lekarzy z konkretnej specjalności, z którą związany jest program (w celu zwrotnego informowania pacjentów); ogólnodostępność informacji.
2. **Szkolny koordynator programów**: dostępność ekspertyz, propozycji działań i wsparcia w realizacji ze strony osób, które są za dziedzinę profilaktyki chorób, promocji zdrowia i ogólnie ochrony zdrowia odpowiedzialne. Jako potencjalnego realizatora respondenci wskazują Wydział Ochrony i Promocji Zdrowia Starostwa Powiatowego. Waga edukowania

dzieci i młodzieży w kwestiach profilaktyki chorób i promocji zdrowia. [„Proszę państwa, jeśli młodego człowieka wyedukujemy, to on pójdzie do domu i przekaże tę wiedzę swoim bliskim. To jest takie ogólne uświadamianie, nie tylko docieramy do jednej grupy.”]

3. **Współpraca** między władzami gmin i powiatu i dyrektorami instytucji (szczególnie szkół): zapraszanie do udziału w sesjach.
4. Szersza współpraca z **poradniami psychologiczno-pedagogicznymi** – wzrost liczby przypadków wymagających pilnej interwencji.
5. Udostępnianie miejsc do **aktywności fizycznej** i nadzoru trenerów oraz szerokie rozpowszechnianie informacji o ich dostępności. Podkreśla się konieczność dołożenia wszelkich starań, by istniejąca infrastruktura była w pełni wykorzystywana – przez zachęcanie mieszkańców do aktywności fizycznej w jej obrębie.
6. **Motywowanie dzieci i młodzieży** do udziału w programach profilaktycznych i prozdrowotnych poprzez organizowanie spotkań z ekspertami, zajęć praktyczno-warsztatowych w godzinach zajęć szkolnych oraz zarezerwowanie budżetu na nagrody w konkursach.
7. Informacja kierowana do **rodziców dzieci i młodzieży szkolnej**: działania niskokosztowe, wysokie zainteresowanie działaniami w tej grupie odbiorców.
8. **Dostępność badań diagnostycznych**: badania prostaty, kardiologiczne, usg, słuchu i wzroku, mammografia, itd. Waga przekazywania pacjentom i pracownikom służby zdrowia szczegółowej informacji o stanie zdrowia populacji, wskazówka do podejmowania dalszych kroków w celu jego poprawy.
9. Elementy profilaktyki w ramach **wizyt lekarskich** (u lekarzy ogólnych i specjalistów) – zarezerwowanie czasu podczas wizyty na ten cel, kierowanie pacjentów do udziału w odpowiednich programach. Jest to szczególnie istotne, jeśli wziąć pod uwagę konieczność dotarcia do osób, które z braku czasu lub niepełnosprawności rzadko wychodzą z domu, np. młode matki, osoby starsze, itp.
10. Działania mające na celu **podniesienie świadomości** o procedurach, celach i znaczeniu badań diagnostycznych, celem zwiększenia stopnia udziału mieszkańców w programach i działaniach.
11. Współpraca instytucji działających na rzecz zdrowia w ramach **Otwartych Dni Zdrowia**. Wczesne planowanie przedsięwzięć i informowanie partnerów o możliwości współpracy. Zainteresowanie mieszkańców ofertą kulturalną; działania prozdrowotne i profilaktyczne oraz badania oferowane „przy okazji” proponowanych elementów rozrywki.
12. Organizowanie oferty badań, spotkań z lekarzami i akcji informacyjnych w ramach przedsięwzięć kulturalnych nie tylko jeden raz w roku i w jednej miejscowości w postaci Powiatowych Dni Zdrowia, ale także w połączeniu z lokalnie organizowanymi festynami i świętami.
13. Dobra praktyka ośrodka zdrowia w Jaworniku: wyświetlanie informacji o dostępnych programach na ekranie w poczekalni.

INTERNETOWE BADANIE ANKIETOWE INSTYTUCJI

W celu uzyskania większej ilości danych od instytucji działających w obszarze ochrony i promocji zdrowia oraz profilaktyki chorób na terenie powiatu myślenickiego, niż pozwalają na to warunki pogłębionego wywiadu grupowego, zastosowano jako dodatkowe narzędzie ankietę internetową. Dzięki metodzie CAWI (*Computer-Assisted Web Interview*), udało się poszerzyć zasięg badania wśród placówek edukacji, organizacji trzeciego sektora i instytucji samorządowych oraz podmiotów służby zdrowia.

W odpowiedzi na zaproszenie do wzięcia udziału w badaniu, ankietę internetową wypełniło w całości 60 przedstawicieli instytucji - poniżej przedstawiono zestawienie kategorii podmiotów, których reprezentanci ukończyli ankietę. 7 respondentów ankietę internetową reprezentowało zespoły placówek oświatowych, 2 osoby równocześnie pełniły funkcje i reprezentowały samorząd gminny i placówki oświaty, 1 osoba była przedstawicielem organizacji pozarządowej i jednostki organizacyjnej gminy.

TABELA 33. ZESTAWIENIE INSTYTUCJI, KTÓRYCH PRZEDSTAWICIELE WYPEŁNILI ANKIETĘ INTERNETOWĄ

Rodzaj instytucji	Liczba instytucji
Szkoła podstawowa	17
Organizacja pozarządowa	14
Gimnazjum	12
Gmina	9
Przedszkole	8
Zakład Opieki Zdrowotnej	6
Szkoła ponadgimnazjalna	6
Ośrodek Pomocy Społecznej	1
Powiatowa Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna	1

Źródło: opracowanie własne

Instytucje, których przedstawiciele wzięli udział w ankiecie, obejmują swym działaniem następujące gminy:

TABELA 34. OBSZAR DZIAŁALNOŚCI INSTYTUCJI, KTÓRYCH PRZEDSTAWICIELE WYPEŁNILI ANKIETĘ INTERNETOWĄ

Gmina	Liczba instytucji
Myślenice	25
Pcim	11
Dobczyce	9
Sułkowice	8
Tokarnia	7
Lubień	6
Siepraw	5
Raciechowice	4
Wiśniowa	4

Źródło: opracowanie własne

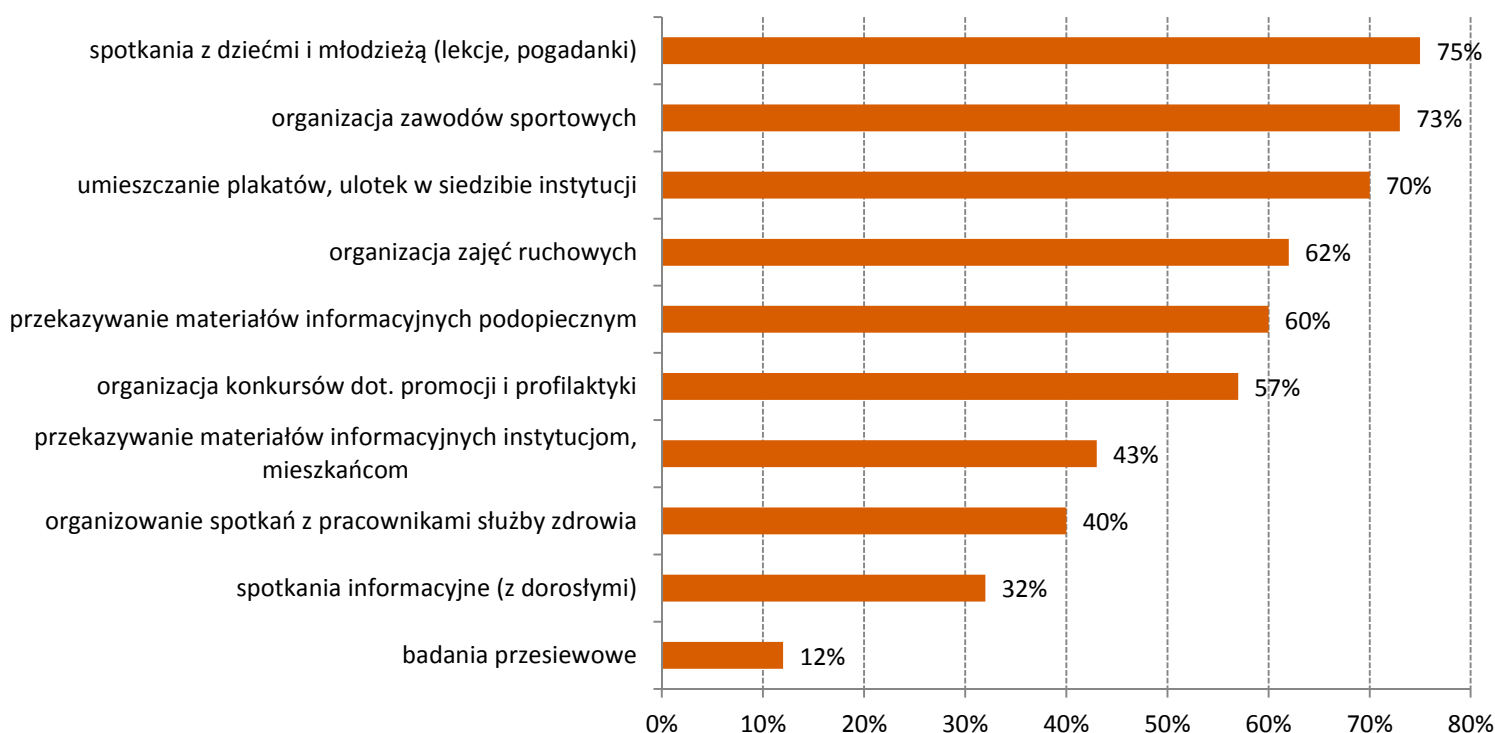
Warto w tym miejscu nadmienić, że duża część instytucji obejmuje swym działaniem obszar więcej niż jednej gminy. Na ankietę odpowiedziły także trzy instytucje zarejestrowane na terenie powiatu, ale obejmujące swą działalnością także tereny spoza powiatu: 2 organizacje pozarządowe o szerszym zasięgu i 1 zakład opieki zdrowotnej.

RYSUNEK 10

Myślenice	• jednostka samorządu gminy • organizacja pozarządowa • zakład opieki zdrowotnej • przedszkole • szkoła podstawowa, ponadgimnazjalna, gimnazjum
Pcim	• organizacja pozarządowa • ośrodek pomocy społecznej • szkoła podstawowa • jednostka samorządu gminy • przedszkole
Dobczyce	• jednostka samorządowa gminy • organizacja pozarządowa • przedszkole • szkoła podstawowa, ponadgimnazjalna, gimnazjum • organizacja pozarządowa • zakład opieki zdrowotnej
Sułkowice	• organizacja pozarządowa • przedszkole • szkoła podstawowa, ponadgimnazjalna, gimnazjum
Tokarnia	• organizacja pozarządowa • zakład opieki zdrowotnej • szkoła podstawowa
Lubień	• jednostka samorządu gminy • organizacja pozarządowa • zakład opieki zdrowotnej • przedszkole • szkoła ponadgimnazjalna
Siepraw	• organizacja pozarządowa • przedszkole • szkoła podstawowa, gimnazjum
Raciechowice	• organizacja pozarządowa • szkoła podstawowa, gimnazjum
Wiśniowa	• jednostka samorządu gminy • organizacja pozarządowa • przedszkole • szkoła podstawowa, gimnazjum

Respondenci pytani byli o działania na rzecz promocji zdrowia i profilaktyki chorób i uzależnień, jakie były organizowane w instytucji przez nich reprezentowanej w ciągu ostatnich dwóch lat. Rozkład odpowiedzi przedstawiono na wykresie.

WYKRES 62. DZIAŁANIA Z ZAKRESU PROFILAKTYKI CHOROÓB I UZALEŻNIEŃ ORAZ PROMOCJI ZDROWIA PODEJMOWANE W BADANYCH INSTYTUCJACH W CIĄGU OSTATNICH 2 LAT - PROCENT INSTYTUCJI, KTÓRE REALIZOWAŁY DANE DZIAŁANIE



Źródło: opracowanie własne

Podjęmowaną przez największą liczbę instytucji formą działania są spotkania informacyjne z uczniami szkół w trakcie trwania zajęć. Działanie to, jak deklarowano w ramach wywiadów grupowych, jest popularnym sposobem realizowania zadań prozdrowotnych przez placówki oświaty. Ponadto, oświata zdrowotna jest elementem działalności statutowej Sanepidu. Organizuje je również duża część badanych organizacji pozarządowych. Podobnie, aż 73% instytucji deklaruje organizowanie zawodów sportowych. Częste wymienianie tego typu działań można wyjaśnić, przynajmniej częściowo, strukturą grupy respondentów – znaczącą jej część stanowią reprezentanci placówek wychowania i oświaty. Ponad połowa badanych instytucji realizuje konkursy dotyczące tematów z obszaru profilaktyki i promocji zdrowia, by kształtować odpowiednie postawy i wartości – większość z nich to szkoły różnego stopnia i przedszkola.

W 70% badanych instytucji wywiesza się plakaty, umieszcza ulotki lub tablice informacyjne w celu poinformowania osób odwiedzających siedzibę instytucji o działaniach podejmowanych w obszarze promocji zdrowia i profilaktyki chorób i uzależnień. Ta bardziej 'bierna' forma informowania podopiecznych instytucji jest praktykowana w nieco większej liczbie instytucji niż ich 'aktywniejsza'

wersja, jaką jest przekazywanie materiałów informacyjnych – działalność bezpośrednio skierowana do odbiorcy – obecna w 60% instytucji.

Zajęcia ruchowe (typu gimnastyka, zajęcia korekcyjne, itp.) wspomagające promocję zdrowia i zdrowego stylu życia są organizowane w 62% instytucji. Są to głównie placówki oświaty. Według uzyskanych danych, organizacje pozarządowe w większości nie oferują tego typu działań (3 na 14 przedstawicieli organizacji pozarządowych deklaruje, że jego/jej instytucja organizuje zajęcia ruchowe).

43% instytucji w ciągu 2 lat poprzedzających badanie przekazywało materiały informacyjne mieszkańcom powiatu i innym instytucjom działającym na jego obszarze. 40% instytucji organizowało spotkania z ekspertami ze służby zdrowia. Organizacji spotkań z dorosłymi mieszkańcami powiatu podjęła się jedna trzecia instytucji. w 12% organizowano badania przesiewowe - ponieważ jest to domena działania zakładów opieki zdrowotnej, aktywność tę deklarowali ich przedstawiciele.

Pozostałe działania wymienione przez przedstawicieli instytucji objęły głównie działania skierowane do dzieci i młodzieży: Szkoła Młodych Ratowników, badania profilaktyczne – wzroku i postawy, badania ankietowe dotyczące zdrowego trybu życia, organizację letniego wypoczynku dla dzieci, szkolne akcje związane z obchodzonymi na świecie dniami profilaktyki (np. AIDS, nałogi), szkolenia z pierwszej pomocy i naukę samobadania piersi wśród dziewcząt, projekty związane ze zdrowym odżywianiem (Szkłanka Mleka, Owoce w Szkole, Mali Kucharze). Jeśli chodzi o działania skierowane do dorosłych, wymieniane były kursy samobadania piersi, organizowane podczas Powiatowych Dni Zdrowia i Marszu Różowej Wstążki.

Warto zauważyć, iż, o ile za 'nadreprezentację' działań adresowanych do młodzieży i dzieci w dużej mierze odpowiada struktura grupy respondentów, to jednak te grupy adresatów faktycznie mogą być obejmowane większą liczbą działań z zakresu profilaktyki i promocji ze względu na szeroki profil odpowiedzialności placówek oświaty. Ponadto, podmioty edukacyjne organizują działania w bezpośrednim kontakcie z ich odbiorcami, co może poprawiać skuteczność działań i pomniejsza utrudnienia związane z koniecznością dotarcia do adresatów.

A ramach badania internetowego z instytucjami starano się uzyskać informacje na temat tego, jakie zadania i tematy z obszaru profilaktyki chorób i uzależnień i promocji zdrowia są realizowane w ramach podejmowanych działań. Odpowiedzi na to pytanie przedstawia rysunek.

WYKRES 63. ZAGADNIENIA Z DZIEDZINY PROMOCJI ZDROWIA I PROFILAKTYKI CHOROÓB I UZALEŻNIEŃ, REALIZOWANE PRZEZ INSTYTUCJE W RAMACH ICH DZIAŁAŃ – PROCENT INSTYTUCJI PODEJMUJĄCYCH DANE ZAGADNIENIE



Źródło: opracowanie własne

Jak wskazuje wykres, zdecydowanie najpopularniejszym tematem jest promocja aktywności fizycznej. 70% instytucji podejmowało działania z zakresu promocji zdrowego odżywiania i profilaktyki palenia tytoniu. Stosunkowo częste, bo organizowane w około 3/5 badanych podmiotów są szkolenia z pierwszej pomocy, działania w ramach profilaktyki wad postawy i profilaktyki nałogów – spożywania alkoholu i zażywania narkotyków. Relatywnie mniej popularne są działania związane z profilaktyką chorób i nowotworów. Trzeba tu raz jeszcze zwrócić uwagę na strukturę próby – przedstawiciele specjalistycznych instytucji ochrony zdrowia, które głównie zajmują się tym tematem, stanowią 10% respondentów. Jest to równocześnie wskazówka, że warto zaangażować inne typy instytucji w działania profilaktyczne z tej kategorii, aby poszerzyć ich zasięg.

Informatorzy wymienili także profilaktykę w zakresie zdrowia psychicznego, rehabilitację osób niepełnosprawnych, działania prozdrowotne skierowane do matek (promocja karmienia piersią) oraz działania na rzecz dzieci niedożywionych.

Respondentom zadano pytanie o to, do kogo kierowane są działania oferowane przez instytucje przez nich reprezentowane. Jak pokazuje wykres poniżej, badane instytucje w ciągu ostatnich 2 lat najczęściej swoje działania adresowały do dzieci i młodzieży w wieku szkolnym oraz ich rodziców. Po raz kolejny należy wspomnieć specyficzną strukturę próby. Należy jednak wziąć pod uwagę całościowy obraz podejmowanych na terenie gminy działań, jakie przedstawia analiza danych w niniejszym raporcie, aby zdecydować, jakich działań w powiecie brakuje. Co więcej, należy to rozważać zarówno pod względem ilościowym, jak i jakościowym.

WYKRES 64. KATEGORIE ODBIORCÓW DZIAŁAŃ PODEJMOWANYCH PRZEZ INSTYTUCJE W OBSZARZE PROMOCJI ZDROWIA I PROFILAKTYKI CHOROÓB - PROCENT INSTYTUCJI, KTÓRE SVOJE DZIAŁANIA ADRESUJE DO DANEJ GRUPY



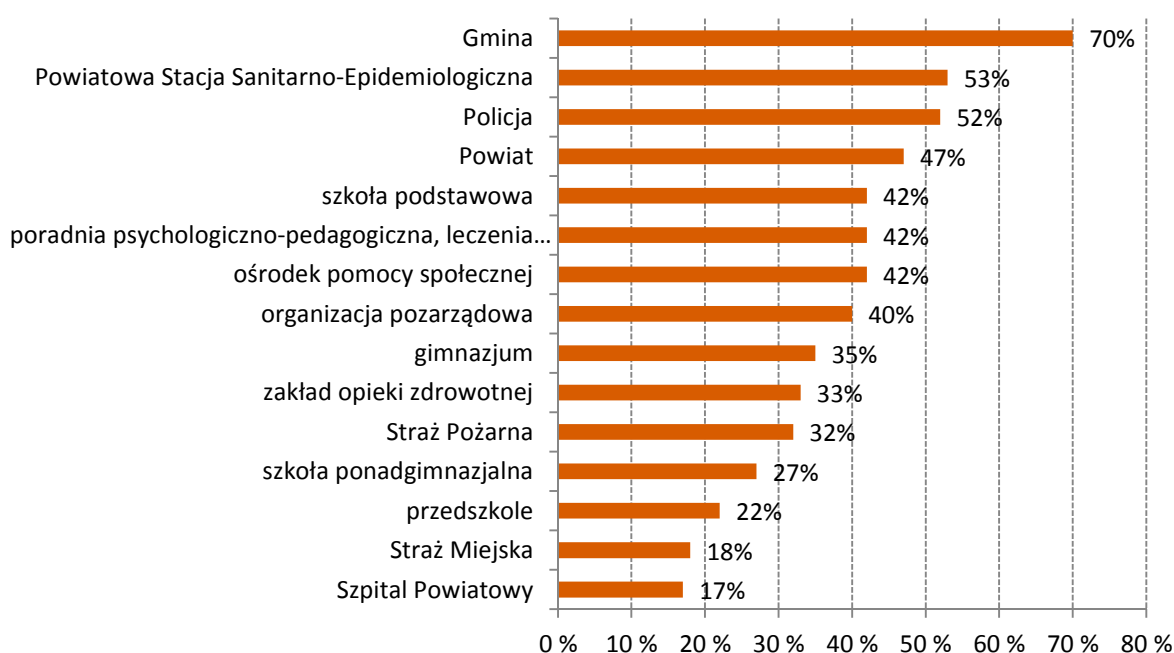
Źródło: opracowanie własne

Aby odpowiedzieć na pytania badawcze o skuteczność informowania mieszkańców powiatu o organizowanych wydarzeniach oraz o problemy blokujące skuteczne działania, w ankiecie internetowej zadano przedstawicielom instytucji pytanie o efektywne formy zachęcania adresatów do wzięcia udziału w wydarzeniach. Badani mogli wybrać maksymalnie 3 odpowiedzi. 68% respondentów wskazało informacje bezpośrednio przekazywane dzieciom i młodzieży w ramach zajęć szkolnych. Nieco ponad połowa badanych uważa, że plakaty umieszczane w instytucjach publicznych (typu przychodnie, szkoły) oraz organizacja wydarzeń o charakterze kulturowym, podczas których organizowane są działania z zakresu profilaktyki i promocji są efektywną formą promowania wspomnianych akcji. Jedna trzecia pytaných wskazuje ulotki informacyjne – formę pośrednią i imienne zaproszenia wysyłane bezpośrednio do adresatów. 18% badanych wybrała przekazywanie informacji bezpośrednio od lekarza pierwszego kontaktu. Relatywnie niższą skutecznością charakteryzują się, według doświadczenia respondentów i ich instytucji, informacje zawarte na stronach internetowych i ogłoszenia w gazecie, które należy wyszukać samodzielnie. Badani proponują także warsztaty dotyczące profilaktyki i foldery przygotowywane dla rodziców dzieci i młodzieży w wieku szkolnym.

W ramach badania CAWI badano również współpracę na terenie powiatu w ujęciu ilościowym – pogłębione dane na temat jakości tej współpracy przedstawia analiza danych z wywiadów grupowych. Przedstawiciele pytani o instytucje, z którymi podejmowali współpracę w ciągu ostatnich

2 lat najczęściej wskazywali jednostki samorządu, a także Powiatowa Stacja Sanitarno-Epidemiologiczną i Policję. Około 40% badanych podmiotów w ciągu ostatnich 2 lat podjęło współpracę z organizacją pozarządową działającą na terenie powiatu, tyle samo ze szkołą podstawową, poradnią psychologiczno-pedagogiczną i ośrodkiem pomocy społecznej. Około jedna trzecia respondentów deklaruje współpracę ze Strażą Pożarną, szkołami gimnazjalnymi i zakładami opieki zdrowotnej. Relatywnie najrzadziej partnerem współpracy dla respondentów ankiety były Straż Miejska i Szpital Powiatowy, przedszkola i szkoły ponadgimnazjalne. Ponadto, badani wymienili Służbę Maltańską, PTTK, współpracę z hospicjum i lekarzem prowadzącym prywatną praktykę. Według wyników badania, tylko jedna instytucja deklaruje niepodjęcie współpracy z podmiotami z terenu powiatu.

WYKRES 65. SIEĆ WSPÓŁPRACY W POWIECIE MYŚLENICKIM – PROCENT INSTYTUCJI, KTÓRE W CIĄGU OSTATNICH 2 LAT WSPÓŁPRACOWAŁY Z DANYM PODMIOTEM



Źródło: opracowanie własne

Formy współpracy w wymienionych instytucjach z terenu powiatu, przedstawiane przez badanych w odpowiedzi na pytanie otwarte, możemy zaklasyfikować do następujących kategorii:

RYСУNEK 11.FORMY WSPÓŁPRACY MIĘDZY INSTYTUCJAMI


Źródło: opracowanie własne

Respondenci pytani byli o trudności we współpracy z instytucjami na terenie powiatu. 48% odpowiedziało, że zdecydowanie nie ma takich problemów, 47% - że raczej nie. 3% respondentów wybrało odpowiedź „trudno powiedzieć”, a 2% - że zdecydowanie tak. Trudności wymienione przez pytanych, którzy zasygnalizowali problemy we współpracy, dotyczą problemów z komunikacją i zbytnej biurokratyzacji, które w konsekwencji blokują rozwój i realizowanie celów statutowych.

Przedstawiciele podmiotów biorących udział w badaniu zostali także poproszeni o wskazanie źródeł, z których finansują działania podejmowane na rzecz promocji zdrowia i profilaktyki chorób. Najwięcej, blisko ¾ ankietowanych, wskazało, że środki finansowe na ten cel pochodzą z budżetu własnego instytucji. Około 40 % instytucji udaje się pozyskać dodatkowo dofinansowanie ze strony gminy bądź od sponsorów lub darczyńców. Blisko co szósty badany przedstawiciel wskazywał, że działania ich instytucji w tym zakresie są dofinansowane przez powiat, otrzymują środki finansowe z Narodowego Funduszu Zdrowia lub korzystają z funduszy europejskich.

WYKRES 66. ŹRÓDŁA FINASOWANIA DZIAŁAŃ INSTYTUCJI W OBSZARZE PROMOCJI ZDROWIA I PROFILAKTYKI



Źródło: opracowanie własne

Biorąc pod uwagę typ instytucji, można zobaczyć pewne różnice w finansowaniu. Placówki edukacyjne – przedszkola oraz szkoły każdego stopnia – najczęściej finansują działania promujące zdrowie i profilaktyczne z własnego budżetu (37 z 43), otrzymują dodatkowe dofinansowanie ze strony gminy (20) lub pozyskują środki finansowe od sponsorów i darczyńców (23). Niewiele z nich korzysta natomiast ze środków zewnętrznych takich jak fundusze europejskie, norweskie lub szwajcarskie – 6 szkół podstawowych, 2 gimnazja i 1 szkoła ponadgimnazjalna. Podobna liczba szkół finansuje część działań z funduszy uzyskiwanych z NFZ lub Ministerstwa Zdrowia (np. świadczenia pielęgniarstwa szkolnego). Organizacje pozarządowe odpowiadające na ankietę wskazywały, że przede wszystkim wydatkują na te działania środki własne, a blisko połowa z nich pozyskuje także dofinansowanie ze strony gminy (realizacja zadań zleconych) lub od darczyńców bądź sponsorów. Gminy z kolei w większości przeznaczają na te zadania środki własne. Wszystkie Zakłady Opieki Zdrowotnej finansują działania profilaktyczne i promujące zdrowie w ramach umów z Narodowym Funduszem Zdrowia, a 4 z 6 – także ze środków własnych.

W ramach badania internetowego z instytucjami starano się uzyskać informacje na temat tego, jakie czynniki utrudniają im prowadzenie działań na rzecz promocji zdrowia i profilaktyki chorób. Wskazania instytucji zostały zestawione w tabeli 35. Dwa najczęściej wskazywane problemy dotyczyły kwestii finansowych – 2/3 badanych instytucji miało trudności z pozyskaniem środków na finansowanie działań, a 56% nie wiedziało, skąd mogą zdobyć fundusze na te działania. Co druga osoba wskazywała na niedobory infrastrukturalne.

TABELA 35. CZYNNIKI UTRUDNIAJĄCE INSTYTUCJOM PROWADZENIE DZIAŁAŃ NA RZECZ PROMOCJI ZDROWIA I PROFILAKTYKI NA TERENIE POWIATU MYŚLENICKIEGO

CZY WYMIENIONE PONIŻEJ CZYNNIKI UTRUDNIAJĄ PAŃSTWA INSTYTUCJI PROWADZENIE DZIAŁAŃ NA RZECZ PROMOCJI ZDROWIA I PROFILAKTYKI NA TERENIE POWIATU MYŚLENICKIEGO?

PROCENT INSTYTUCJI

Trudności z pozyskaniem środków finansowych na prowadzenie działań	66%
Brak informacji o dostępnych źródłach finansowania	56%
Niedobór odpowiedniej infrastruktury (gabinety lekarskie w szkołach, boiska, itp.)	53%
Słaby przepływ informacji między instytucjami działającymi w obszarze promocji zdrowia i profilaktyki na terenie powiatu	42%
Brak wsparcia ze strony ekspertów z dziedziny promocji zdrowia i profilaktyki	36%
Brak informacji o możliwości podjęcia współpracy z innymi instytucjami	36%
Niewielkie zainteresowanie odbiorców działań udziałem w programach profilaktycznych i akcjach promujących zdrowie	33%
Informacja o działaniach realizowanych instytucję nie dociera do mieszkańców powiatu (odbiorców działań)	22%
Problemy w nawiązywaniu współpracy z innymi instytucjami	22%
Brak odpowiednio wykwalifikowanej kadry	16%

Źródło: opracowanie własne

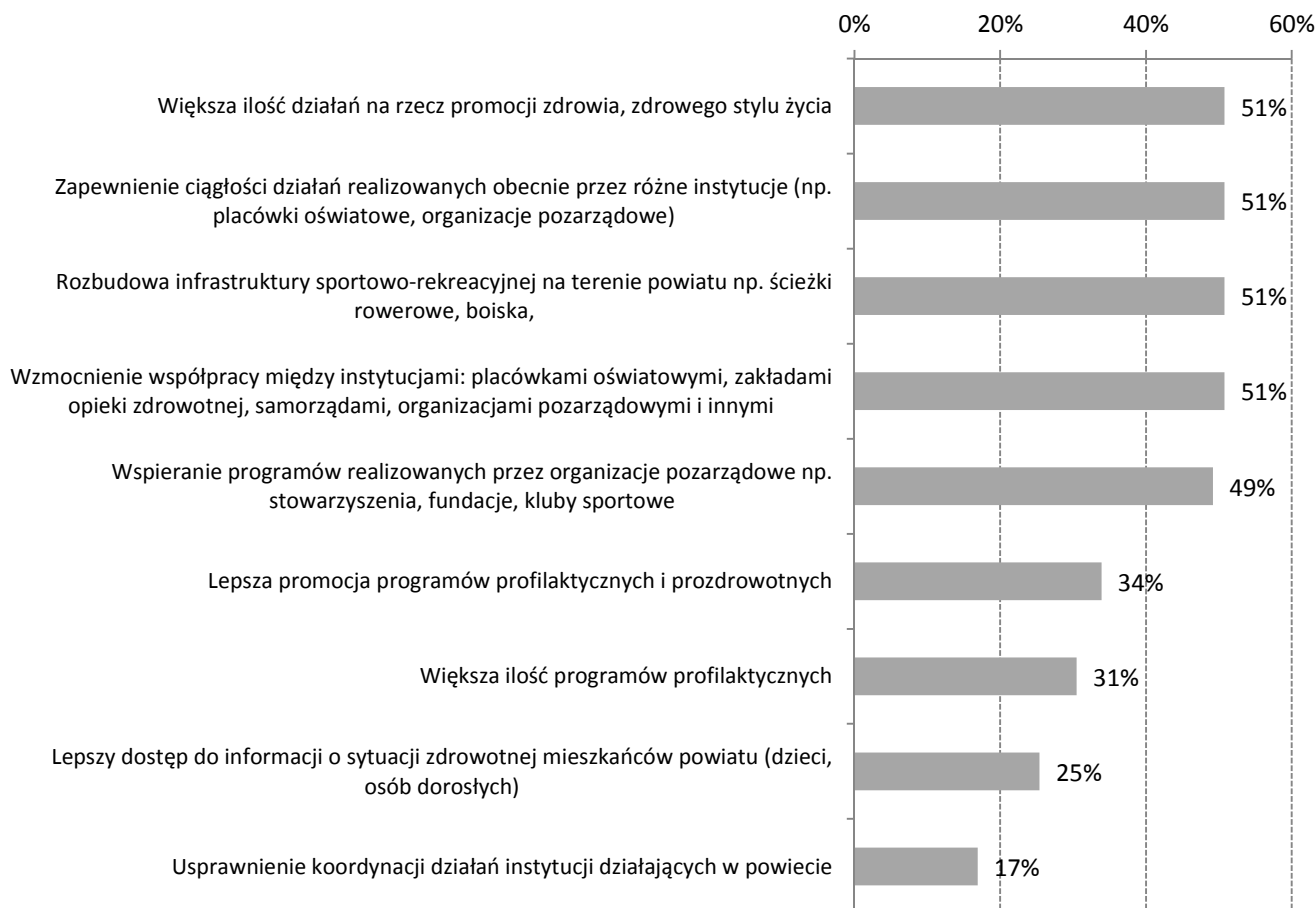
Warto zwrócić uwagę, że choć wcześniej przedstawiciele instytucji dobrze oceniali współpracę z innymi podmiotami z terenu powiatu, to jednak 40% badanych uważa, że przepływ informacji między instytucjami działającymi w obszarze promocji zdrowia i profilaktyki na terenie powiatu jest słaby, 1/3 nie wie o możliwości podjęcia współpracy z innymi instytucjami, a co piąty ankietowany miał problemy z nawiązywaniem współpracy z innymi instytucjami.

Analizując odpowiedzi wybierane przez przedstawicieli różnych instytucji, choć nie należy ich traktować jako reprezentatywne dla poszczególnych kategorii, można zanotować pewne zróżnicowanie. Połowa badanych organizacji pozarządowych, oprócz trudności finansowych, wskazuje także na problemy z nawiązywaniem współpracy oraz trudności z dotarciem do odbiorców działań i ich małe zainteresowanie udziałem w programach profilaktycznych i akcjach promujących zdrowie. Zakłady Opieki Zdrowotnej najczęściej wskazywały trudności z dotarciem do odbiorców działań oraz ich małe zainteresowanie udziałem w programach profilaktycznych i akcjach promujących zdrowie oraz niedobory infrastruktury. Szkoły podstawowe i przedszkola, częściej niż inne instytucje oświatowe, uważają, że brakuje im wsparcia ze strony ekspertów z dziedziny promocji zdrowia i profilaktyki.

Przeprowadzone badania miały nie tylko służyć diagnozie sytuacji, ale także wskazać pożądane kierunki zmian, które zwiększyłyby skuteczność działań mających na celu poprawę sytuacji

zdrowotnej mieszkańców powiatu myślenickiego. Badani zostali więc poproszeni o wskazanie tych obszarów działań (maksymalnie 5), które ich zdaniem, wymagają szczególnego zainteresowania.

WYKRES 67. PRIORYTETOWE KIERUNKI DZIAŁAŃ W ZAKRESIE PROMOCJI ZDROWIA I PROFILAKTYKI CHOROÓB NA TERENIE POWIATU MYŚLENICKIEGO



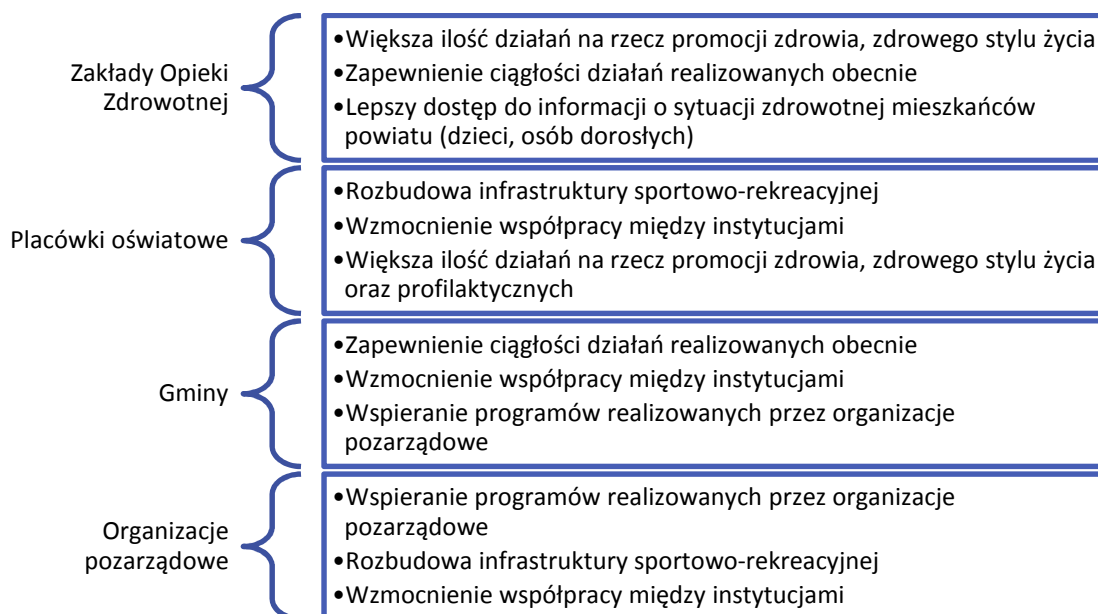
Źródło: opracowanie własne

W ocenie respondentów nie pojawia się jeden dominujący kierunek działań, który wskazywałaby większość instytucji. Pięć z zaproponowanych 9 odpowiedzi uzyskało bardzo podobną liczbę wskazań – wybierał je co drugi uczestnik badania. z wykresu wynika, iż priorytetem w działaniach na rzecz poprawy sytuacji zdrowotnej w regionie powinno być zwiększenie liczby programów promujących zdrowie i zdrowy tryb życia, ale także zapewnienie ciągłości programów realizowanych obecnie przez różne instytucje. Respondenci widzą też silną potrzebę wzmocnienia współpracy pomiędzy instytucjami: placówkami oświatowymi, zakładami opieki zdrowotnej, gminami, organizacjami pozarządowymi i innymi podmiotami, a 17% - usprawnienia koordynacji działań instytucji w powiecie. Połowa badanych wskazywała także na potrzebę rozbudowy infrastruktury sportowo-rekreacyjnej na terenie powiatu oraz szersze wspieranie programów, które realizują organizacje pozarządowe. Dla

34% badanych obszarem wymagającym uwagi jest też lepsza promocja programów profilaktycznych i prozdrowotnych, co pozwoliłoby skuteczniej docierać do mieszkańców powiatu.

Odpowiedzi na to pytanie wskazują więc, że pracownicy instytucji widzą przede wszystkim potrzebę podejmowania działań promujących zdrowy tryb życia realizowanych przy współpracy różnych instytucji przy jednoczesnym zapewnieniu ku temu odpowiednich warunków infrastrukturalnych, umożliwiających równy dostęp do obiektów sportowo-rekreacyjnych. Poniższy diagram przedstawia 3 najczęściej wskazywane priorytety przez różne typy instytucji.

RYСУNEK 12. PRIORYTETOWE KIERUNKI DZIAŁAŃ W ZAKRESIE PROMOCJI ZDROWIA I PROFILAKTYKI CHOROÓB WSKAZYWANE PRZEZ RÓŻNE INSTYTUCJE



Źródło: opracowanie własne

Jak pokazała analiza odpowiedzi na poprzednie pytanie, kluczowym wyzwaniem jest zwiększenie liczby programów promujących zdrowy tryb życia. Aby rozpoznać lepiej na jakie programy na terenie powiatu myślenickiego istnieje najpilniejsze zapotrzebowanie, przedstawiciele instytucji proszono o wskazanie programów osobno w odniesieniu do dzieci i młodzieży oraz do osób dorosłych.

TABELA 36. PRIORYTETOWE DZIAŁANIA, JAKIE POWINNY BYĆ KIEROWANE DO DZIECI I MŁODZIEŻY

	Liczba instytucji	Procent instytucji
Promocja zdrowego odżywiania	36	60%
Promocja aktywności fizycznej	36	60%
Profilaktyka spożywania alkoholu	32	53%
Profilaktyka radzenia sobie ze stresem	31	52%
Profilaktyka palenia tytoniu	24	40%
Profilaktyka zażywania narkotyków	23	38%
Profilaktyka wad postawy	22	37%
Informacje, szkolenia dot. pierwszej pomocy przedmedycznej	17	28%
Profilaktyka nadwagi/otyłości	15	25%
Profilaktyka cukrzycy, chorób układu krążenia	11	18%
Promocja higieny jamy ustnej	11	18%
Profilaktyka próchnicy	10	17%
Profilaktyka zaburzeń odżywiania np. anoreksji, bulimii	5	8%
Profilaktyka raka szyjki macicy	2	3%
Profilaktyka raka piersi	2	3%
Nie wiem/ trudno powiedzieć	1	2%
Profilaktyka raka prostaty	0	0%
Profilaktyka chorób układu pokarmowego	0	0%

Źródło: opracowanie własne

W odniesieniu do pierwszej grupy – dzieci i młodzieży – przedstawiciele instytucji szczególną wagę przywiązują do programów promujących zdrowe odżywianie i aktywność fizyczną – wskazuje tak po 60% ankietowanych. Jednocześnie co czwarty badany jako pilne uznaje działania powiązane z tymi tematami – profilaktykę nadwagi/otyłości, 17% – promocję higieny jamy ustnej, profilaktykę próchnicy, 5% – profilaktykę zaburzeń odżywiania np. anoreksji, bulimii. Kolejne obszary, które zyskały największą liczbę głosów, związane są z profilaktyką uzależnień – spożywania alkoholu (53%), palenia tytoniu (40%) oraz zażywania narkotyków (38%). Co długi badany uważa, że niezbędne jest także podjęcie działań ukierunkowanych na wsparcie dzieci/młodzieży w radzeniu sobie ze stresem.

Podobne pytanie zadano przedstawicielom badanych instytucji w odniesieniu do zapotrzebowania na programy zdrowotne skierowane do dorosłych mieszkańców powiatu. Zestawienie programów, według częstotliwości ich wskazywania, zawiera tabela 37.

TABELA 37. PRIORYTETOWE DZIAŁANIA, JAKIE POWINNY BYĆ KIEROWANE DO DOROSŁYCH MIESZKAŃCÓW POWIATU

	Liczebność	Procent instytucji
Profilaktyka spożywania alkoholu	41	68%
Profilaktyka cukrzycy, chorób układu krążenia	30	50%
Promocja aktywności fizycznej	27	45%
Profilaktyka raka piersi	25	42%
Profilaktyka radzenia sobie ze stresem	25	42%
Profilaktyka raka szyjki macicy	23	38%
Promocja zdrowego odżywiania	22	37%
Profilaktyka palenia tytoniu	18	30%
Profilaktyka nadwagi/otyłości	17	28%
Informacje, szkolenia dot. pierwszej pomocy przedmedycznej	15	25%
Profilaktyka raka prostaty	13	22%
Profilaktyka zażywania narkotyków	6	10%
Promocja higieny jamy ustnej	6	10%
Profilaktyka próchnicy	3	5%
Profilaktyka wad postawy	2	3%
Profilaktyka chorób układu pokarmowego	2	3%
Profilaktyka zaburzeń odżywiania np. anoreksji, bulimii	1	2%
Nie wiem/ trudno powiedzieć	1	2%

Źródło: opracowanie własne

W opinii przedstawicieli badanych instytucji szczególnie ważne jest podejmowanie działań profilaktycznych służących zmniejszeniu spożywania alkoholu przez osoby dorosłe (68%). Na drugim miejscu najczęściej wymieniane są działania służące profilaktyce cukrzycy i chorób układu krążenia (50%). 45% badanych zwraca uwagę na działania promujące aktywność fizyczną, a 37% - zdrowe odżywianie. Jako problemy, którym należy zapobiegać 2 na 5 ankietowanych wymienia stres oraz choroby nowotworowe kobiet: rak piersi oraz rak szyjki macicy.

W kolejnym pytaniu o charakterze otwartym (bez listy odpowiedzi) umożliwiono także przedstawicielom instytucji samodzielne wskazanie działań w obszarze promocji zdrowia oraz profilaktyki chorób i uzależnień, jakie ich instytucje chciałyby realizować w przyszłości oraz wskazania potencjalnych partnerów tych działań. Wyniki najpierw zostaną omówione wspólnie, a następnie, ze względu na odmienny charakter działalności, w odniesieniu do poszczególnych typów instytucji.

TABELA 38. DZIAŁANIA W OBSZARZE PROMOCJI ZDROWIA ORAZ PROFILAKTYKI CHOROÓB I UZALEŻNIEŃ, JAKIE INSTYTUCJE CHCIAŁBY REALIZOWAĆ W PRZYSZŁOŚCI

DZIAŁANIA	POTENCJALNI PARTNERZY
❖ Promocja zdrowego stylu życia, aktywności fizycznej, czynnego wypoczynku, organizacja zajęć sportowych: basen, turnieje, zawody sportowe (17)	❖ NGO (10)
❖ Zdrowe odżywianie (9) Promocja właściwej diety w chorobach nowotworowych	❖ Powiat Myślenicki (6)
❖ Profilaktyka uzależnień, działania na rzecz uzależnionych (6)	❖ Gmina (5)
❖ Choroby układu krążenia, cukrzyca (3)	❖ Ośrodek zdrowia, NFZ, lekarze (5)
❖ Stres (3)	❖ Szkoły (4)
❖ Pierwsza pomoc (3)	❖ Sanepid (2)
❖ Badania profilaktyczne dla osób starszych	
❖ Rehabilitacja i integracja społeczna osób niepełnosprawnych	
❖ Promocja odpowiedzialności za własne zdrowie	
❖ Profilaktyka nowotworów (raka piersi)	
❖ Próchnica	
❖ Wady postawy	

Źródło: opracowanie własne

Jak widzimy w powyższej tabeli, 17 instytucji, co stanowi 28% badanych podmiotów, zamierza w przyszłości podejmować działania promujące zdrowy styl życia i aktywność fizyczną poprzez organizację różnorodnych zajęć sportowych, rekreacyjnych, aktywne spędzanie wolnego czasu. Dziesięciu badanych (17%) wskazuje na chęć promowania zasad zdrowego odżywiania, przy czym jeden w szczególnym przypadku – w chorobach nowotworowych. Profilaktyka uzależnień i działania na rzecz osób uzależnionych są w polu zainteresowań co dziesiątej badanej instytucji. Pozostałe działania zostały wymienione już przez pojedyncze osoby.

Osoby wypełniające ankietę wskazywały również instytucje, z którymi chciałyby realizować programy prozdrowotne i profilaktyczne. Jako potencjalnego partnera 10 badanych wskazało organizacje pozarządowe, 6 – powiat myślenicki (Wydział Ochrony Zdrowia), 5- gminę lub podmioty bądź specjalistów działających w sferze ochrony zdrowia. Najczęściej były to podmioty, z którymi dane instytucje w przeszłości podejmowały już wspólne działania bądź współpracowały w innej formie.

Przedstawiciele gmin najczęściej chcieliby współpracować z Powiatem lub innymi samorządami (4 z 8 gmin), Narodowym Funduszem Zdrowia lub służbą zdrowia (2) oraz z organizacjami pozarządowymi (1). Wśród działań, które chcą podejmować wspólnie wymienione są programy profilaktyczne dot. radzenia sobie ze stresem, cukrzycy i chorób układu krążenia, nadwagi i otyłości oraz promocja uprawiania sportu. Cykliczne badania dzieci i dorosłych mogłyby być realizowane akcyjnie w ramach np. "Białej niedzieli". W kontekście współpracy z NFZ ważne jest przytoczenie opinii przedstawicieli samorządów, którzy w chcieliby usprawnić bieżącą komunikację oraz postulują wypracowanie mechanizmów zwiększających wpływ środowiska lokalnego na decyzje NFZ („żeby NFZ brało pod

uwagę potrzeby środowiska lokalnego, a nie tylko wymogi przez siebie wypracowane, np. opinia gminy, mieszkańców danego terenu nt. zapotrzebowania na usługi lub programy profilaktyczne”).

Zakłady Opieki Zdrowotnej biorące udział w badaniu, chciałyby w przyszłości kontynuować współpracę ze szkołami oraz współpracować z innymi organizacjami, zakładami opieki zdrowotnej i ośrodkami pomocy społecznej z terenu powiatu. Nie zostały tutaj wskazane natomiast konkretne działania lub obszary.

Organizacje pozarządowe przede wszystkim chciałyby angażować się w działania służące promocji aktywności fizycznej i zdrowego stylu życia (6), odpowiedniej diety (1) i budowania postawy odpowiedzialności za własne zdrowie. Pojedyncze wskazywały działania, które chciałyby kontynuować: szkolenia i informacje z zakresu pierwszej pomocy, badania profilaktyczne osób starszych, profilaktykę raka piersi i działania przeciwdziałające uzależnieniom i na rzecz osób niepełnosprawnych. W tym celu podjęłyby współpracę z organizacjami pozarządowymi (4), placówkami oświatowymi (4) lub jednostkami samorządu.

