

L I D E R

PROMOCJA ZDROWIA KULTURA ZDROWOTNA I FIZYCZNA

Numer 8. 2015 /296/



SZKOLNY
ZWIĄZEK
SPORTOWY



INSTYTUT
KARDIOLOGII

Pomimo ogromnego wzrostu standardu życia, niektórzy nie staną się szczęśliwi tak długo, jak długo choć jeden członek ludzkiej rasy będzie miał większy dochód czy bogactwo większe niż oni. (Mac Gillivray)



Lider też wyruszył na spotkania z Polakami. Nasi wysłannicy Kama i Adam zaczęli od wizyty we wsi Cendrowice skąd wywodzi się ród Redaktora Naczelnego. W kolejnej wsi wchodzące w życie pokolenie (Adam) stanęło wobec decyzji : Lamborghini czy Ferrari. Reasumując : partię jakąś założyć pora. Nasze hasło programowe : Tożsamość i luksus.

A wewnątrz numeru codzienność i trud istnienia : Czy będzie **III Kongres Kultury Fizycznej** ? – to we wstępie. Toczą się prace nad nową wersją **Narodowego Programu Zdrowia**, który ma być załącznikiem do **Ustawy o Zdrowiu Publicznym**. Przypominamy w związku z tym o istnieniu głównego chyba dokumentu, z którego natchnienie czerpali (zapewne) autorzy Ustawy i NPZ. To „Policy paper. Dla ochrony zdrowia na lata 2014 –2020. Krajowe ramy strategiczne. Narodowa strategia spójności. Dalej zamieszczamy trochę zagubiony w archiwach Sejmu (www.bas.sejm.gov.pl) znakomity i niedostatecznie znany tekst autorstwa **B. Woynarowskiej, K. Ostaszewskiego i L. Kulmatyckiego „Działania szkół na rzecz zdrowia w Polsce”** - bo to w szkole zaczyna się (i często kończy) batalia o zdrowie publiczne. Zakończyły się obrady kolejnego **XXI Tatrzańskiego Sympozjum Naukowego Edukacja Jutra** – na razie zamieszczamy komunikat o tym wydarzeniu i zapowiadamy obszerniejsze relacje z obrad i rekomendacje publikacji wielkiego wydawnictwa posympozjalnego (już dotarło do mnie 11 tomów tego dzieła – dziękuję). Jak zawsze są moje **rekomendacje** trzech książek. (**C.P.Estes „Biegająca z wilkami”, K.O. Knausgard „Moja walka”** i wciąż aktualny, **Machiavelli „Książę”**). Aktywny i poszukujący **Roman Kulgawczuk** proponuje nowe podejście w **nauczaniu siatkówki** i interesujące **testy kompetencji**. Numer kończą sygnały o najnowszych wieściach z **prozdrowotnych portali**. (*Zbigniew Cendrowski*).

Spis treści

Zbigniew Cendrowski

Czy i kiedy będzie III Kongres Kultury Fizycznej.

M. L. Hoffman i empatia.

Policy Paper. Dla ochrony zdrowia na lata 2014 –2020. Krajowe ramy strategiczne. Narodowa strategia spójności. Wrzesień 2014. Wybrany fragment i zachęta do czytania całości

Barbara Woynarowska, Krzysztof Ostaszewski, Lesław Kulmatycki

Działania szkół na rzecz zdrowia w Polsce. Diagnoza i rekomendacje.

Bogdan Urbanek

Edukacyjne jutro wykuwamy dziś. Komunikat o XXI Tatrzańskim Sympozjum Naukowym pod patronatem Polskiej Akademii Nauk i Polskiego Stowarzyszenia Nauczycieli Twórczych.

Roman Kulgawczuk nowoczesne podejście do nauczania i uczenia się elementów techniki gry w piłkę siatkową oraz testy kompetencji jako czynnik motywacyjny w nauczania gry w siatkówkę.

Zbigniew Cendrowski

Rekomendacje.(C.P.Estes, **Biegająca z wilkami**, K.O. Knausgard, **Moja walka** i wciąż aktualny, **Machiavelli** , **Książę**)

Wieści prozdrowotne z różnych portali. (sygnały)

Z bardzo optymistycznej książki M.L Hoffmana „Empatia i rozwój moralny”

Wyd. GWP. 2006

Empatia, **sprawiedliwość**
dystrybucyjna i społeczeństwo.

Prawie wszystkie reformy społeczne wiążą się z pewnymi kosztami i wyrzeczeniami lub przynajmniej ze zmniejszeniem przywilejów pewnych grup ludzi, jeśli celem tych reform jest zapewnienie innym grupom bardziej sprawiedliwego traktowania. Byłoby lepiej, gdyby te koszty były akceptowane społecznie, niż gdyby zostały narzucone. Jednak taki cel trudno jest osiągnąć w społeczeństwie takim jak nasze, coraz bardziej podzielonym pod względem rasowym, etnicznym, klasowym i regionalnym, w którym na pierwszy plan wysuwają się interesy poszczególnych osób i grup, a wielu ludzi nie rozumie, czemu mieliby ratować uboższe społeczności mieszkające gdzieś na drugim końcu kraju. Wiele osób wydaje się odrzucać ideę ogólnonarodowej odpowiedzialności za dobro innych. Dlatego właśnie empatyczna moralność jest tak ważna, a empatyczna edukacja moralna, promująca przekraczanie podziałów i empatię również wobec osób nienależących do naszej własnej grupy, ma ogromne znaczenie...

„Człowiek jako gatunek nie przetrwałby, gdyby każdy troszczył się tylko o siebie...”

Zbigniew Cendrowski

Drodzy czytelnicy

Czy będzie Trzeci Kongres Kultury Fizycznej ?

Czy zdążymy z Ustawą o Zdrowiu Publicznym I NPZ ?

W ostatnich miesiącach podnoszą się głosy o potrzebie zwołania kolejnego, III Kongresu Kultury Fizycznej.

Z taką propozycją - wyrażając zainteresowania i oczekiwania środowiska naukowego kultury fizycznej wystąpił we wrześniu 2014 roku Pan Profesor **Marek Woźniewski**, Przewodniczący Komitetu Rehabilitacji, Kultury Fizycznej i Integracji Społecznej **Polskiej Akademii Nauk**, w piśmie do IM Rektorów Akademii Wychowania Fizycznego pisząc między innymi, że :

„Kongres stanowiłby doskonałą okazję do dyskusji nad pozycją nauk o kulturze fizycznej w systemie nauki światowej i polskiej, ich tożsamością i specyfiką metodologiczną oraz przyszłością i kierunkami rozwoju.

Dodatkowym, ale nie mniej ważnym zadaniem Kongresu byłoby stworzenie silnej i skutecznej koalicji reprezentującej interesy naszej dziedziny nauk wobec instytucji decyzyjnych i centralnych oraz opracowanie stanowiska dotyczącego najistotniejszych problemów kultury fizycznej w Polsce” .

Gotowość do przyjęcia na siebie zadania zorganizowania Kongresu zgłosił w imieniu Instytutu Kultury Fizycznej Uniwersytetu Kazimierza Wielkiego w Bydgoszczy Pan Profesor **Radosław Muszkieta** pisząc między innymi :

„Możemy III Kongres Kultury Fizycznej zorganizować jeszcze w tym roku kalendarzowym na UKW w Bydgoszczy. Dysponujemy odpowiednią bazą konferencyjną (sale wykładowe) oraz bazą noclegową. Mamy duże doświadczenie w organizacji konferencji i sympozjów. Tylko w roku 2014 na UKW odbyło się ponad 30 konferencji i kongresów, w tym Kongres Polskiego Towarzystwa Psychologicznego (ponad 700 uczestników). Instytut Kultury Fizycznej UKW, którym mam przyjemność kierować, w 2014 roku zorganizował 7 konferencji naukowych, w tym 3 międzynarodowe” .

Jednocześnie coraz bardziej pod znakiem zapytania staje możliwość uchwalenia Ustawy o Zdrowiu Publicznym i NPZ 2016-2020 za obecnej kadencji Sejmu. Potwierdza to lektura kolejnych wersji tych dokumentów. Podziela te obawy dr Maciej Piróg doradca Prezydenta RP. (Patrz ostatni tekst w tym numerze). A co do samej ustawy to może byłaby szkoda ...tyle lat pracowano nad tą ustawą i mimo iż spychano na dalszy plan cele dla niej najistotniejsze (promocja, profilaktyka, edukacja, odmedykalizowanie, obowiązki państwa, a w naszym przypadku powszechna aktywność fizyczna) to może warto aby ją uchwalili otwierając drogę do prac nad NPZ a samą ustawę potem poprawiać. Gdyby w międzyczasie zdarzył się nam ten **III Kongres Kultury Fizycznej** byłaby szansa na solidne rozwiązanie narosłych problemów, w tym przywrócenie **ustawy o kulturze fizycznej** i właściwe jej ulokowanie w Ustawie o Zdrowiu Publicznym.”. Związek pomiędzy pracami nad Ustawą i NPZ a oczekiwanym Kongresem KF wydaje się oczywisty.

Za tą idąc myślą będę w kolejnych numerach Lidera – podobnie zresztą jak to czyniłem do tej pory – publikował różne materiały, które toutes proportions gardee, czyli mając na uwadze moje skromne możliwości sprawcze, będą dostarczały zainteresowanym „tworzywa” do pożądanego debaty o Kongresie a jak się potkniemy teraz z Ustawą i NPZ także zachęcą do

intensywnej pracy nad ich nową wersją. Odłożenie czy odwołanie nie oznacza bowiem zaniechanie. W poprzednich numerach Lidera i na portalu www.lider.szs.pl opublikowałem już wiele takich ważnych dokumentów unijnych i krajowych (krytykować je można, ale czytać zawsze warto) a w tym numerze rekomenduję (cytuując fragmenty) kolejny ważny dokument o dość złożonej i niejasnej nazwie „**Policy paper dla ochrony zdrowia na lata 2014 –2020. Krajowe ramy strategiczne. Narodowa strategia spójności**”.

Sami autorzy projektów Ustawy i NPZ na ten dokument się powołują, wskazując go jako ważne źródło inspiracji ale wydają się nie mieć dość mocy i wsparcia (i od wewnątrz i z zewnątrz) aby zawarte tam cele i projekty przełożyć na satysfakcjonujące zapisy ustawowe. Resetujmy więc wciąż naszą wiedzę i chęci. Szukajmy Demelowskiej „spójności środowiska”. A co do **Policy paper** i innych dokumentów to jak zawsze powtarzam i zachęcam za Św. Augustynem : „**Tolle, lege !**”**Weź to i czytaj !**

Lider3000@poczta.onet.pl
www.lider.szs.pl

Zbigniew Cendrowski
Redaktor Naczelny

Policy paper

Dla ochrony zdrowia na lata 2014 –2020. Krajowe ramy strategiczne. Narodowa strategia spójności .

To obszerny i najbardziej aktualny (wrzesień 2014) dokument zawierający całość podstawowych założeń strategii zdrowotnej państwa. Wydaje się, że udanie przekłada (wykorzystuje) programy Unii Europejskiej na nasz polski grunt. Wydaje się też, że zamierzeniem autorów projektu Ustawy o Zdrowiu Publicznym i NPZ było skorzystanie z wytycznych tego dokumentu w możliwie szerokim zakresie. Obecnie jednak odnosi się wrażenie, że z różnych przyczyn zamierzenia te stają się mgliste a los samej Ustawy i NPZ coraz bardziej zagrożony.

Dokładne zapoznanie się z Policy paper jest dla wszystkich zajmujących się problemami zdrowia, w tym i dla środowiska kultury fizycznej, bardzo ważne. Chodzi o krytyczną analizę i ocenę czy to co tam napisano o polityce zdrowotnej odpowiada naszym oczekiwaniom i czy autorzy Ustawy o ZP i NPZ skorzystali z zawartych tam wskazań w dostatecznym zakresie.

Policy paper to bardzo obszerny i szczegółowy dokument i oczywiście aby ”ogarnąć” jego treści należałoby dokładnie przestudiować oryginał. Można go pozyskać z internetu a jeżeli ktoś miałby trudności z jego odnalezieniem i ściągnięciem chętnie prześlę całość w formacie pdf z własnych zasobów. Nie każdemu może oczywiście starczyć niezbędnej cierpliwości bo dokument ma blisko 30 MB i ponad 230 stron, w tym liczne wykresy, przypisy i odniesienia. Odnoszę jednak wrażenie, że jeżeli chcemy brać aktywny udział w kształtowaniu polityki zdrowotnej i należytego lokowania w jej obszarze kultury fizycznej musimy – dotyczy to nas wszystkich – częściej i obszerniej „serfować” po obszarach wszystkich nauk i praktyk odnoszących się do strategii rozwoju państwa, społeczeństwa, człowieka.

Aby wstępnie przybliżyć czytelnikom Lidera materię Policy paper cytuję poniżej fragmenty tego dokumentu : spis treści i wprowadzenie. Myślę, że będzie to dostateczna zachęta do przestudiowania całości. Do innych fragmentów Policy paper będziemy jeszcze wracać przy różnych okazjach. Myślę, że byłoby to bardzo przydatne wobec coraz wyraźniej zarysowującej się potrzeby zwołania III Kongresu Naukowego Kultury Fizycznej.

Spis treści

Wprowadzenie 4

CZĘŚĆ I. Analiza i diagnoza 10

1. Zdrowie a wzrost gospodarczy i ubóstwo 10

2. Diagnoza demograficzno-epidemiologiczna dla Polski 13

2.1. Analiza demograficzna 13

2.2. Analiza epidemiologiczna 16

2.2.1. Sytuacja zdrowotna w Polsce na tle przeciętnej w Unii Europejskiej 17

2.2.2. Chorobowość i umieralność według grup wieku i wybranych grup chorobowych z uwzględnieniem różnic regionalnych 24

2.2.2.1. Wiek przedprodukcyjny – osoby w wieku 0–17 lat 24

2.2.2.2. Wiek produkcyjny – osoby w wieku 18–64 lata 28

2.2.2.3. Wiek poprodukcyjny – osoby w wieku 65 lat i więcej

3. Uwarunkowania zdrowia w Polsce 36

3.1. Styl życia i inne czynniki wpływające na zdrowie 37

3.1.1. Czynniki ryzyka chorób cywilizacyjnych 37

3.1.2. Profilaktyka i promocja zdrowia 38

3.1.3. Nierówności w zdrowiu 49

3.2. Organizacja systemu opieki zdrowotnej w Polsce 50

3.2.1. Podstawy prawne i zasady organizacji świadczeń zdrowotnych w Polsce 50

3.2.2. Wydatki na ochronę zdrowia 55

3.2.3. Zasoby kadrowe 57

3.2.4. Zasoby infrastrukturalne 68

3.2.5. Jakość systemu opieki zdrowotnej 110

3.2.6. Zarządzanie informacją w ochronie zdrowia 112

4. Analiza SWOT – Wyzwania na lata 2014–2020

CZĘŚĆ II. Strategia i wdrażanie 131

5. Uwarunkowania strategiczne dla systemu opieki zdrowotnej w Polsce 131

5.1. System zarządzania strategicznego w Polsce 131

5.2. Wizja systemu ochrony zdrowia w Polsce w 2020 r. 134

5.3. Struktura celów strategicznych 135

5.3.1. Cel główny 136

5.3.2. Cele długoterminowe do roku 2030 136

5.3.3. Cele operacyjne i kierunki interwencji do roku 2020

6. Logika interwencji polityki spójności na lata 2014–2020 na rzecz ochrony zdrowia w Polsce, w kontekście wdrażania celów strategicznych w ramach działań finansowanych ze środków krajowych 151

6.1. Doświadczenia okresu programowania 2007–2013, a założenia programowania polityki spójności na lata 2014–2020 na rzecz ochrony zdrowia w Polsce 151

6.2. Narzędzia implementacji celów operacyjnych na lata 2014–2020 156

6.2.1. Narzędzia implementacji właściwe dla celu operacyjnego A 156

- 6.2.2. Narzędzia implementacji właściwe dla celu operacyjnego B 162
- 6.2.3. Narzędzia implementacji właściwe dla celu operacyjnego C 166
- 6.2.4. Narzędzia implementacji właściwe dla celu operacyjnego D 173
- 6.3. Efektywność systemu ochrony zdrowia a planowane działania w ramach funduszy strukturalnych na lata 2014–2020 176
 - 6.3.1. Opis wdrażanych i planowanych reform w systemie ochrony zdrowia 176
 - 6.3.2. Reformy a planowany zakres wsparcia z EFSI w latach 2014–2020 191
 - 6.3.2.1. Infrastruktura podmiotów leczniczych 191
 - 6.3.2.2. System informacji w ochronie zdrowia 196
 - 6.3.2.3. Kształcenie kadr medycznych
 - 6.3.2.4. Działania akredytacyjne i restrukturyzacyjne 198
 - 6.3.2.5. Profilaktyka 199
- 6.4. Komplementarność celów i narzędzi z polityką sektorową i działaniami finansowanymi ze środków krajowych 200
 - 6.4.1. Komplementarność celu A 200
 - 6.4.2. Komplementarność celu B 202
 - 6.4.3. Komplementarność celu C 205
 - 6.4.4. Komplementarność celu D

CZĘŚĆ III. Koordynacja, monitoring i finansowanie 207

7. Monitoring, koordynacja i ewaluacja działań opisanych w „Policy paper dla ochrony zdrowia na lata 2014–2020” 207

- 7.1. Założenia systemu koordynacji 207
- 7.2. Mechanizmy zapewniające maksymalizację skuteczności i efektywności działań wdrażanych w latach 2014–2020 211
- 7.3. Instrumenty monitoringu opisane w strategiach na lata 2014–2020 i wskaźniki kontekstowe dla ochrony zdrowia zawarte w krajowych i wojewódzkich dokumentach strategicznych 211
- 7.4. Wskaźniki realizacji celów operacyjnych i narzędzi implementacji w ramach polityki spójności na lata 2014–2020 na rzecz ochrony zdrowia 215

8. Ramy finansowe 224

Spis załączników 236

Wprowadzenie

Istotnym narzędziem realizacji celów rozwojowych Unii Europejskiej określonych w strategii „Europa 2020” jest polityka spójności, która koncentruje się na wspieraniu działań prowadzących do wyrównania warunków ekonomicznych i społecznych we wszystkich regionach Unii. Polityka spójności realizowana jest przede wszystkim dzięki dwóm funduszom strukturalnym: Europejskiemu Funduszowi Rozwoju Regionalnego (EFRR) oraz Europejskiemu Funduszowi Społecznemu (EFS).

W nowej perspektywie finansowej na lata 2014–2020 środki funduszy Wspólnych Ram Strategicznych, wspierające cele dokumentu Europa 2020. *Strategia na rzecz inteligentnego i*

zrównoważonego rozwoju sprzyjającego włączeniu społecznemu, będą przeznaczone na dziedziny istotne dla rozwoju Polski, wskazane w *Krajowym Programie Reform na rzecz realizacji strategii „Europa 2020”* oraz w zaleceniach Rady UE.

Realizacja jednego z trzech podstawowych priorytetów strategii „Europa 2020”, jakim jest Rozwój sprzyjający włączeniu społecznemu - wspieranie gospodarki o wysokim poziomie zatrudnienia i zapewniającej spójność społeczną i terytorialną, zakłada między innymi, że w 2020 r. liczba ludności zagrożonej ubóstwem i wykluczeniem społecznym zmniejszy się o 20 mln oraz że wskaźnik zatrudnienia w UE zwiększy się do 75%.

Polska założyła zwiększenie wskaźnika zatrudnienia osób w wieku 20-64 lata co najmniej do 71% (w 2010 r. wskaźnik ten wynosił 64,6%) oraz zmniejszenie o 1,5 mln liczby osób zagrożonych ubóstwem i wykluczeniem społecznym.

Sprostanie temu wyzwaniu nie będzie możliwe bez całościowego, skoordynowanego na poziomie krajowym i regionalnym podejścia do zdrowia zgodnie z zasadą „zdrowie we wszystkich politykach” i przy użyciu różnych źródeł finansowania, w tym funduszy strukturalnych. **Interwencje w dziedzinie zdrowia są bowiem kluczowe w ograniczaniu ryzyka wpadnięcia w ubóstwo z powodu dezaktywizacji zawodowej ze względów zdrowotnych.**

Takie podejście jest widoczne nie tylko w działaniach unijnych, ale i ma swoje odzwierciedlenie w dokumencie Europejskiego Biura Regionalnego Światowej Organizacji Zdrowia (WHO), zatytułowanym *Zdrowie 2020. Europejskie ramy polityczne i strategia na XXI wiek*. Wyraźnie tam wskazano, że dobre zdrowie jest nieodzowne dla rozwoju gospodarczego i społecznego oraz że ma ono ogromny wpływ na życie każdego człowieka z osobna, wszystkich rodzin i innych wspólnot.

Zgodnie z rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1303/2013 z dnia 17 grudnia 2013 r. ustanawiającym wspólne przepisy dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego... uruchomienie środków strukturalnych będzie uzależnione od spełnienia wymogów warunkowości *ex ante*, czyli zapewnienia określonych warunków wyjściowych umożliwiających efektywną realizację programów współfinansowanych ze środków europejskich. Według Załącznika XI do powyższego rozporządzenia ogólnego warunki te wiążą się m.in. z koniecznością zapewnienia odpowiednich krajowych ram strategicznych dla wybranych obszarów tematycznych, w tym ochrony zdrowia.

Obecnie w polskim systemie prawnym, a także w obowiązujących dokumentach strategicznych nie ma odrębnej definicji krajowych ram strategicznych polityki w obszarze ochrony zdrowia. Mając jednak na względzie oczekiwania Komisji Europejskiej (KE) w zakresie warunkowości *ex ante* oraz korzystając z projektu wytycznych KE w zakresie weryfikacji spełniania powyższych warunków przyjmuje się do tego celu następującą definicję:

Krajowe ramy strategiczne polityki w obszarze ochrony zdrowia to zestaw komplementarnych dokumentów określających kierunek strategiczny oraz priorytety w zakresie świadczenia opieki zdrowotnej oraz zdrowia publicznego, opartych na danych oraz długoterminowych celach uzgodnionych i wdrożonych we współpracy z odpowiednimi partnerami społecznymi, zawierających zakres, ramy czasowe, konkretne i kompleksowe cele oraz instrumenty monitoringu i ewaluacji pozwalające na ocenę postępu w implementacji.

Dla ochrony zdrowia na lata 2014-2020 wpisuje się w definicję dotyczącą warunkowości *ex ante* i ma charakter dokumentu strategiczno-wdrożeniowego. Opisane w nim cele, kierunki interwencji i narzędzia realizacji, projektowane na lata 2014-2020, odpowiadają na problemy, wyzwania i postulaty w obszarze opieki zdrowotnej wynikające z oceny sytuacji w ochronie zdrowia - określone m.in. we wspomnianych zaleceniach Rady UE w sprawie Krajowego programu reform oraz w Position Paper.

W ocenie sytuacji w ochronie zdrowia w Polsce, zawartej w części analitycznej zaleceń Rady, stwierdzono, że „poziom ograniczeń w dostępie do opieki zdrowotnej w Polsce spowodowanych długimi kolejkami do świadczeń należy do najdłuższych w Europie.” Podkreślono, że „z uwagi na istniejącą niewydolność systemu Polska ma trudności z zapewnieniem odpowiedniej jakości usług opieki zdrowotnej i długoterminowej.” Ponadto, zwrócono uwagę, że „Polska ma stosunkowo niewielu lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej a zatem ich rola jako koordynatorów opieki jest relatywnie mała”.

Priorytetowymi wyzwaniami dla ochrony zdrowia w Polsce na lata 2014-2020, oprócz wyżej wymienionych problemów systemowych, są zmiany demograficzne: starzejące się społeczeństwo, zmiany w proporcjach pomiędzy populacją osób pracujących i niepracujących, zbyt mały przyrost naturalny, aby zapewnić zastępowalność pokoleń, oraz prognozy epidemiologiczne - wzrost kosztów leczenia chorób cywilizacyjnych, tj. chorób układu krążenia, nowotworów, chorób układu oddechowego, chorób układu kostno-stawowego i mięśniowego, chorób i zaburzeń psychicznych, a w szczególności tych o charakterze przewlekłym, charakterystycznych dla starzejącej się populacji, oraz wzrost kosztów leczenia z powodu urazów i zatruc

W „Policy paper dla ochrony zdrowia na lata 2014-2020” opisano strategiczne podejście, niezbędne do sprostania zidentyfikowanym wyzwaniom: priorytety zdrowotne państwa, cele, kierunki interwencji, projektowane działania na lata 2014-2020 i ich ramy realizacyjne.

Cele operacyjne i narzędzia implementacji zostały wypracowane m.in. na podstawie propozycji składanych w ramach zespołu roboczego i jego piętnastu grup roboczych, powołanego *Zarządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 21 września 2011 r. w sprawie powołania Zespołu do spraw prowadzenia przygotowań w zakresie programowania nowej perspektywy finansowej funduszy strukturalnych na lata 2014-2020 w obszarze zdrowia*. Dokument stanowi także platformę dla koncentracji tematycznej zarówno na szczeblu centralnym, jak i regionalnym.

Określone w „Policy paper na rzecz ochrony zdrowia na lata 2014-2020” cele operacyjne to:

A. Rozwój profilaktyki zdrowotnej, diagnostyki i medycyny naprawczej ukierunkowany na główne problemy epidemiologiczne w Polsce.

B. Przeciwdziałanie negatywnym trendom demograficznym poprzez rozwój opieki nad matką i dzieckiem oraz osobami starszymi.

C. Poprawa efektywności i organizacji systemu opieki zdrowotnej w kontekście zmieniającej się sytuacji demograficznej i epidemiologicznej oraz wspieranie badań naukowych, rozwoju technologicznego i innowacji w ochronie zdrowia.

D. Wsparcie systemu kształcenia kadr medycznych w kontekście dostosowania zasobów do zmieniających się potrzeb społecznych.

Wybór czterech, a nie większej liczby celów operacyjnych, zapewni skoncentrowanie projektowanych działań na kluczowych obszarach odpowiadających zidentyfikowanym

wyzwaniom. Realizacja powyższych celów operacyjnych przyczyni się do poprawy systemu opieki zdrowotnej, który w 2020 r. będzie systemem zorientowanym na dłuższe życie w zdrowiu, potrzeby obecnego i przyszłego pacjenta oraz dostosowanym do trendów demograficznych i epidemiologicznych. Jednocześnie będzie oparty na właściwych ilościowo i jakościowo zasobach, procesach i wartościach efektywnie zarządzanych i prawidłowo alokowanych.

Inwestycje w infrastrukturę zdrowotną będą realizowane w odniesieniu do zdiagnozowanych deficytów oraz będą wspierać poprawę efektywności zarówno poszczególnych podmiotów leczniczych, jak i całego systemu zdrowotnego.

Ponadto będą realizowane na bazie silnych ram polityki ochrony zdrowia i będą dobrze osadzone w systemie świadczeń zdrowotnych. Wsparcie ze środków krajowych i europejskich będzie udzielane na podstawie zdefiniowanych problemów terytorialnych i potrzeb, uwzględniających niekorzystne trendy demograficzne i epidemiologiczne. Dużo uwagi zostanie poświęcone kwestii stabilności finansowania inwestycji, przy uwzględnieniu elementów proefektywnościowych i zasady trwałości.

Przedstawiona w tej części dokumentu logika interwencji w ramach polityki spójności na lata 2014–2020 na rzecz ochrony zdrowia uwidacznia uzupełniający charakter (wobec działań krajowych) projektowanych narzędzi implementacji do wsparcia w ramach polityki spójności.

W części trzeciej dokumentu przedstawiono ramy realizacyjne projektowanych na lata 2014–2020 działań: system koordynacji, monitorowania i ewaluacji wsparcia sektora zdrowie ze środków unijnych w perspektywie finansowej 2014–2020 na poziomie centralnym oraz regionalnym, wraz z mechanizmami projakościowymi, wskaźniki kontekstowe wynikające z dokumentów strategicznych oraz wskaźniki dla celów operacyjnych i narzędzi implementacji, a także ramy finansowe.

Barbara Woynarowska, Krzysztof Ostaszewski, Lesław Kulmatycki

Działania szkół na rzecz zdrowia w Polsce. Diagnoza i rekomendacje

www.bas.sejm.gov.pl

(Barbara Woynarowska. Profesor doktor hab. n. med., profesor zwyczajny w Katedrze Biomedycznych Podstaw Rozwoju i Seksuologii, Wydział Pedagogiczny Uniwersytetu Warszawskiego; e-mail: b.woynarowska@uw.edu.pl

Krzysztof Ostaszewski. Doktor n. hum., adiunkt, kierownik Pracowni Profilaktyki Młodzieżowej „Pro-M” w Instytucie Psychiatrii i Neurologii w Warszawie; e-mail: ostaszk@ipin.edu.pl.

Lesław Kulmatycki, prof. nadzw., kierownik Katedry Nauk Humanistycznych i Promocji Zdrowia w Akademii Wychowania Fizycznego we Wrocławiu; e-mail: leslaw.kulmatycki@awf.wroc.pl.

Wkład autorów w opracowanie artykułu: B. Woynarowska - 50%, K. Ostaszewski - 35%, L. Kulmatycki - 15%).

School-based health activities in Poland: The article looks at the questions related to health education, prevention and health promotion programs in the Polish schools. The paper begins with a rationale for more active involvement in health-promoting activities. The first section presents shortcomings in the implementation of programs concerning health education, as well as low effectiveness of school prevention programs designed to counteract risk behaviour and obstacles to health promotion in schools. Next, the obstacles to effective implementation of health-related activities are covered. In the final section, the necessity of integration of education and health policies is discussed.

Słowa kluczowe: dzieci i młodzież, edukacja zdrowotna, Polska, szkoła promująca zdrowie, szkolny program profilaktyki, zdrowie **Keywords: children and adolescents, health education, Poland, health promoting school, school prevention program, health**

Wstęp

Szkoła, obok rodziny, ma największy wpływ na rozwój dzieci i młodzieży, ich zdrowie i jakość życia. Ma ona potencjalne możliwości oddziaływania na prawie całą populację dzieci i młodzieży w wieku 6-18 lat oraz bezpośrednio lub pośrednio na rodziców, a więc łącznie na 25-30% ludności kraju. W wieku szkolnym kształtują się zachowania prozdrowotne, które są zasobem dla zdrowia w dalszych latach życia. Ujawniają się także zachowania antyzdrowotne i ryzykowne dla zdrowia, powodujące zaburzenia rozwoju oraz zdrowia fizycznego i psychicznego, które mogą być skorygowane przez wczesne wdrożenie odpowiednich działań profilaktycznych i naprawczych.

We współczesnym świecie istnieje potrzeba zwiększenia udziału szkół w działaniach na rzecz zdrowia. Wynika ona z następujących przesłanek:

- zdrowie i edukacja są ze sobą wzajemnie powiązane:

- zdrowie jest zasobem dla edukacji. Dobre zdrowie dzieci sprzyja uczeniu się, dobremu przystosowaniu do szkoły, osiągnięciom szkolnym i satysfakcji ze szkoły. Umożliwia także rozwijanie uzdolnień, zainteresowań i kreatywności, utrzymywanie dobrych relacji z rówieśnikami i dorosłymi,

- edukacja jest zasobem dla zdrowia. Im wyższy jest poziom wykształcenia ludności, tym mniejsze wskaźniki umieralności i zachorowalności, mniejsza częstość chorób przewlekłych i zachowań ryzykownych (palenie tytoniu, nadużywanie alkoholu, nieprawidłowa dieta itd.) oraz dłuższe trwanie życia. Szacuje się, że mężczyźni w wieku 30 lat z wykształceniem wyższym będą żyli o ok. 12 lat dłużej niż mężczyźni z wykształceniem zawodowym lub niższym, a w przypadku kobiet różnica ta wynosi ok. 5 lat¹. Jest to spowodowane tym, że edukacja pomaga ludziom uzyskać kompetencje (wiedzę, umiejętności i postawy) niezbędne do dbałości o zdrowie, jego ochrony i doskonalenia. Wyższy poziom wykształcenia i kompetencje ułatwiają pozyskiwanie innych zasobów: dobrej pracy, wyższych dochodów, związków społecznych, zdolności kierowania własnym życiem, radzenia sobie z trudnościami itd., które są ważnymi determinantami zdrowia,

• populację dzieci i młodzieży charakteryzuje duża częstość zachowań antyzdrowotnych i ryzykownych dla zdrowia. Na przykład wyniki badań przeprowadzonych w 2010 r. na reprezentatywnej próbie uczniów w wieku 15-16 lat wykazały, że: ok. 80% miało zbyt małą aktywność fizyczną, nie spożywało codziennie warzyw i owoców, a 44% pierwszego śniadania; 28% czyściło zbyt rzadko zęby; 11-16% regularnie paliło tytoń i piło piwo, często upijało się; 20% miało za sobą używanie marihuany oraz inicjację seksualną². W okresie minionych 20 lat styl życia młodzieży szkolnej nie uległ wyraźnym zmianom³,

¹ *Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania*, B. Wojtyniak, P. Goryń-ski, B. Moskalewicz (red.), Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego - Państwowy Zakład Higieny, Warszawa 2012.

² *Wyniki badań HBSC 2010. Raport techniczny*, J. Mazur, A. Małkowska-Szcutnik (red.), Instytut Matki i Dziecka, Warszawa 2011. Zagadnienie to omówiono szerzej w artykule B. Woynarowska, A. Oblacińska, *Stan zdrowia dzieci i młodzieży w Polsce. Najważniejsze problemy zdrowotne*, s. 43-66 niniejszej publikacji.

³ *Tendencje zmian zachowań zdrowotnych i wybranych wskaźników zdrowia młodzieży szkolnej w latach 1990-2010*, B. Woynarowska, J. Mazur (red.), Instytut Matki i Dziecka, Wydział Pedagogiczny Uniwersytetu Warszawskiego, Warszawa 2012.

- stan zdrowia ludności Polski, mimo stopniowej poprawy, w porównaniu z krajami Unii Europejskiej jest wciąż niezadowalający. W związku ze zwiększaniem się długości życia i przesunięciem granicy wieku emerytalnego do 67 lat niezbędne są działania dla wydłużenia okresu życia w zdrowiu. Szacuje się, że w Polsce mężczyźni przeżywają w zdrowiu 58,5 lat, kobiety 62,2 lata⁴.

Dla poprawy sytuacji zdrowotnej ludności, a zwłaszcza zwiększenia długości życia w zdrowiu, niezbędny jest udział samych ludzi, zwiększenie ich motywacji i umiejętności dbania o zdrowie od najmłodszych lat. Szkoły powinny pomagać młodym ludziom w kształtowaniu tych umiejętności, przejmowania odpowiedzialności za zdrowie oraz zdolności do budowania zasobów dla zdrowia własnego i zdrowia publicznego. Służyć temu powinna polityka na rzecz zdrowia w szkole, w tym realizacja edukacji zdrowotnej, programów promocji zdrowia i profilaktyki o wysokiej, sprawdzonej jakości oraz skuteczności. Polityka oświatowa i polityka zdrowotna państwa powinny być ze sobą ściśle powiązane.

Celem artykułu jest:

- diagnoza realizacji edukacji zdrowotnej i programu profilaktyki w szkołach oraz programu „Szkoła promująca zdrowie” w Polsce,
- przedstawienie barier w ich realizacji,
- zaproponowanie rozwiązań w celu poprawy jakości i skuteczności działań szkół na rzecz zdrowia.

Opracowanie niniejsze jest fragmentem raportu przygotowanego przez grupę redakcyjną (złożoną z autorów niniejszego artykułu) Zespołu Zadaniowego ds. Edukacji Zdrowotnej, Profilaktyki i Promocji Zdrowia w Szkole Komitetu Zdrowia Publicznego Polskiej Akademii Nauk. Raport ten został przyjęty przez członków Komitetu 27 listopada 2013 r.

Diagnoza

Edukacja zdrowotna w szkole

Edukacja zdrowotna jest procesem, w którym ludzie uczą się, jak żyć, aby zachować i doskonalić zdrowie własne i innych ludzi oraz tworzyć środowisko sprzyjające zdrowiu, a w przypadku choroby lub niepełnosprawności aktywnie uczestniczyć w leczeniu, radzić sobie i zmniejszać jej negatywne skutki⁵.

Cele edukacji zdrowotnej dzieci i młodzieży są różnie formułowane. W komentarzu do najnowszej podstawy programowej kształcenia ogólnego⁶ zapisano, że celem tej edukacji jest udzielanie dzieciom i młodzieży pomocy w:

- poznawaniu siebie, śledzeniu przebiegu swojego rozwoju, identyfikowaniu i rozwiązywaniu problemów zdrowotnych,
- zrozumieniu, czym jest zdrowie, od czego zależy, dlaczego i jak należy o nie dbać,
- rozwijaniu poczucia odpowiedzialności za zdrowie własne i innych ludzi,
- wzmacnianiu poczucia własnej wartości i wiary w swoje możliwości,
- rozwijaniu umiejętności osobistych i społecznych sprzyjających dobremu samopoczuciu i pozytywnej adaptacji do zadań i wyzwań codziennego życia,

⁴ *Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania, op. cit.*

⁵ B. Woynarowska, *Edukacja zdrowotna. Podręcznik akademicki*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2007, s. 103.

⁶ *Podstawa programowa z komentarzami. Wychowanie fizyczne i edukacja dla bezpieczeństwa*, t. 8, Ministerstwo Edukacji Narodowej, Warszawa 2009, s. 56.

- przygotowaniu się do uczestnictwa w działaniach na rzecz zdrowia i tworzenia zdrowego środowiska w domu, szkole, miejscu pracy, społeczności lokalnej (edukacja zdrowotna jest ważnym elementem edukacji obywatelskiej).

Edukacja zdrowotna jest prawem każdego dziecka. Szkolna edukacja zdrowotna wspiera proces wychowania w rodzinie oraz realizację podstawowych zadań szkoły, w tym szczególnie programu wychowawczego i programu profilaktyki. Jest uznana za najbardziej opłacalną, długofalową inwestycję w zdrowie społeczeństwa, jej koszty są niewspółmiernie niższe niż leczenie chorób.

Skuteczność edukacji zdrowotnej w szkole zależy od spełnienia wielu warunków, w tym: uwzględnienia wszystkich aspektów zdrowia (fizycznego, psychicznego, społecznego i seksualnego); zapewnienia ciągłości (realizacja na wszystkich etapach edukacji) oraz czasu i miejsca w rozkładzie zajęć szkolnych; odpowiedniego przygotowania nauczycieli i tworzenia przez nich właściwych wzorców. Niezbędne jest tworzenie uczniom możliwości praktykowania zachowań prozdrowotnych w codziennym życiu oraz współpraca z rodzicami i społecznością lokalną⁷.

Stan prawny

Obowiązująca od września 2009 r. podstawa programowa kształcenia ogólnego⁸ stworzyła szansę na wdrożenie edukacji zdrowotnej w szkołach wszystkich typów. Zapisano w niej że: Ważnym zadaniem szkoły jest także edukacja zdrowotna, której celem jest kształtowanie u uczniów nawyku (postaw) dbałości o zdrowie własne i innych ludzi oraz umiejętności tworzenia środowiska sprzyjającego zdrowiu.

Nowym rozwiązaniem, w stosunku do poprzedniej podstawy programowej, jest ściśle powiązanie edukacji zdrowotnej z wychowaniem fizycznym:

- na I etapie edukacyjnym wyodrębniono obszar „Wychowanie fizyczne i edukacja zdrowotna”,
- na II, III i IV etapie edukacyjnym zapisano, że wychowanie fizyczne „pełni wiodącą rolę w edukacji zdrowotnej”
- w gimnazjach i szkołach ponadgimnazjalnych wyodrębniono blok tematyczny „Edukacja zdrowotna”.

Wymagania dotyczące edukacji zdrowotnej uwzględniono także w wielu innych przedmiotach. Ich liczba i zakres jest większy niż w podstawie programowej z lat 1999-2001. Rozszerzono zakres edukacji zdrowotnej o aspekty zdrowia psychospołecznego, ze szczególnym uwzględnieniem umiejętności życiowych (osobistych i społecznych). Aktualny status edukacji zdrowotnej w Polsce odpowiada jednemu z modeli zaproponowanych przez Światową Organizację Zdrowia (WHO) - przedmiot wiodący (wychowanie fizyczne) i treści dotyczące zdrowia uwzględnione w różnych przedmiotach⁹.

Prowadzenie edukacji zdrowotnej uczniów i ich rodziców oraz uczestnictwo w szkolnych programach profilaktyki i promocji zdrowia jest także zadaniem pielęgniarki lub higienistki szkolnej, sprawującej profilaktyczną opiekę zdrowotną nad uczniami w szkole.

⁷ R. Marks, *Schools and health education. What works, what is needed, and why?*, „Health Education” 2009, nr 1, s. 4-8.

⁸ Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z 23 grudnia 2008 r. w sprawie podstawy programowej wychowania przedszkolnego oraz kształcenia ogólnego w poszczególnych typach szkół, Dz.U. z 2009 r. nr 4, poz. 17, ze zm.

⁹ WHO, *Skills for health. Skills based health education including life skills: An important component of child-friendly/health promoting school*, Information Series on School Health Document 9, World Health Organization, Geneva 2003, s. 37.

Taki zapis w standardach postępowania pielęgniarki szkolnej¹⁰ jest podstawą do kontraktowania świadczeń przez Narodowy Fundusz Zdrowia. W artykule niniejszym, ze względu na ograniczoną jego objętość, nie dokonano oceny realizacji tego standardu, ograniczając się wyłącznie do działań podejmowanych przez szkoły.

Ocena realizacji edukacji zdrowotnej po wprowadzeniu nowej podstawy programowej kształcenia ogólnego

W 2012 r., po 3 latach od wdrożenia nowej podstawy programowej, dokonano oceny realizacji bloku „Edukacja zdrowotna” w wychowaniu fizycznym w gimnazjach, w których realizowano pełen cykl podstawy programowej. Wyniki badań przeprowadzonych na ogólnopolskiej, losowo dobranej próbie gimnazjów (N = 421), ujawniły wiele nieprawidłowości w realizacji tego bloku. W wielu szkołach realizowano go tylko w czasie „typowej” lekcji WF lub „przy okazji”. W większości szkół (79%) zajęcia odbywały się w sali gimnastycznej, a w ponad 20% szkół w pomieszczeniach (np. szatniach, korytarzach, basenie), w których nie było warunków do realizacji zajęć, zgodnie z zaleceniami podstawy programowej. W 58% gimnazjów żaden z nauczycieli WF nie odbył szkolenia w zakresie edukacji zdrowotnej. W 17% szkół nauczyciele WF mieli negatywny stosunek do zajęć w bloku „Edukacja zdrowotna”, a w 40% szkół taki stosunek do tych zajęć (zdaniem nauczycieli) mieli uczniowie, zwłaszcza chłopcy. Motywowanie uczniów do tych zajęć sprawiało nauczycielom największą trudność¹¹.

Wyniki badań dotyczących doskonalenia nauczycieli WF w zakresie edukacji zdrowotnej wykazały, że w okresie trzech lat wdrażania nowej podstawy programowej 70% publicznych placówek doskonalenia nauczycieli nie udzieliło nauczycielom WF z gimnazjów żadnej pomocy w realizacji edukacji zdrowotnej. Pozostałe 30% placówek zaoferowało nauczycielom jakąś formę szkolenia, głównie konferencje i inne krótkotrwałe (1-5 godz.) szkolenia¹².

Najwyższa Izba Kontroli negatywnie oceniła organizację i efekty realizacji podstawy programowej WF, w tym edukacji zdrowotnej, w szkołach podstawowych i gimnazjach, w latach 2009-2013. W wielu gimnazjach nie zrealizowano dużej części wymagań szczegółowych z bloku „Edukacja zdrowotna”, nie przestrzegano zaleconych wskazówek metodycznych, wdrażanie podstawy programowej rozpoczęto we wrześniu 2009 r. bez właściwego przygotowania nauczycieli¹³.

W tej sytuacji nowatorskie zapisy dotyczące edukacji zdrowotnej w wychowaniu fizycznym w gimnazjum są w dużej mierze „martwe”. Można oczekiwać, że to samo dotyczy szkół ponadgimnazjalnych, w których wdrażanie nowej podstawy programowej rozpoczęto we wrześniu 2012 r. Trudno nie zgodzić się z opinią jednego z doradców metodycznych: w rzeczywistości jest to fikcja (...) Rzucono nauczycieli na głęboką wodę bez przygotowania, materiałów dydaktycznych i bez uwzględnienia ich uwag w czasie tzw. konsultacji.

¹⁰ B. Woynarowska, A. Oblacińska, M. Jodkowska, W. Ostrega, *Standardy w profilaktycznej opiece zdrowotnej nad uczniami sprawowanej przez pielęgniarkę lub higienistkę szkolną i lekarza podstawowej opieki zdrowotnej*, Instytut Matki i Dziecka, Warszawa 2003, s. 11.

¹¹ B. Woynarowska, K. Komosińska, A. Małkowska-Szkutnik, A. Kowalewska, *Realizacja zajęć w bloku „edukacja zdrowotna” w wychowaniu fizycznym w gimnazjach w pierwszych latach wdrażania podstawy programowej kształcenia ogólnego*, „Wychowanie Fizyczne i Sport” 2012, nr 4, s. 5-13.

¹² B. Woynarowska, A. Małkowska-Szkutnik, K. Komosińska, *Przygotowanie nauczycieli wychowania fizycznego gimnazjów do realizacji bloku „edukacja zdrowotna” i organizacja ich doskonalenia w tym zakresie w latach 2009-2012*, „Wychowanie Fizyczne i Sport”, w druku.

¹³ Najwyższa Izba Kontroli, *Wychowanie fizyczne i sport w szkołach publicznych i niepublicznych. Informacja o wynikach kontroli*, nr ewid. 108/2013/P/12/067/KNO, NIK, Warszawa 2013, www.nik.gov.pl [dostęp 20 stycznia 2014 r.].

W Polsce nie ma danych o realizacji wymagań dotyczących edukacji zdrowotnej w podstawie programowej innych przedmiotów. W roku szkolnym 2013/2014 Ośrodek Rozwoju Edukacji zapytał szkoły „Ile razy w roku szkolnym uczniowie badanej klasy realizowali od początku roku zajęcia w formie sprzyjającej edukacji prozdrowotnej (skala odpowiedzi od 0 do więcej niż 8)?”. Odpowiedzi zbierane są od nauczycieli różnych przedmiotów na wszystkich etapach edukacyjnych¹⁴. Jest to przykład tradycyjnego („statystycznego”) podejścia do monitorowania wdrażania podstawy programowej, które nie daje szans na merytoryczną ocenę realizacji edukacji zdrowotnej.

Szkolny program profilaktyki

Zgodnie z podstawą programową kształcenia ogólnego¹⁵ działalność edukacyjną szkoły określa: szkolny zestaw programów nauczania, program wychowawczy i „program profilaktyki dostosowany do potrzeb rozwojowych uczniów oraz potrzeb danego środowiska, obejmujący wszystkie treści i działania o charakterze profilaktycznym”.

Szkolny program profilaktyki to działania zakrojone na potrzeby danego środowiska szkolnego, których celem jest zapobieganie zachowaniom ryzykownym, problemom zdrowia psychicznego i problemom behawioralnym uczniów. Realizacja tego programu, jeśli jest on oparty na naukowej wiedzy, sprzyja poprawie stanu zdrowia dzieci i młodzieży, a przez to zdrowia całego społeczeństwa. Zastosowanie skutecznych strategii i programów profilaktycznych oraz promocji zdrowia przyczynia się do:

- ograniczania używania przez młodzież substancji psychoaktywnych i występowania związanych z tym różnych problemów (m.in. wypadków, przestępstw i wykroczeń, ryzykownych zachowań i nadużyć seksualnych, destrukcji i samobójstw, uzależnień),
- zmniejszania częstości występowania różnych form agresji (m.in. przejawów bullyingu, bójek i innych form agresji fizycznej w relacjach rówieśniczych, agresji elektronicznej i przemocy w sieci, przestępstw z wykorzystaniem przemocy, agresji w relacjach międzyludzkich w szkole),
- ograniczenia częstości występowania i łagodniejszego przebiegu zaburzeń psychicznych (m.in. zaburzeń odżywiania, depresji i zaburzeń nastroju, zachowań autodestrukcyjnych i samobójstw, zaburzeń lękowych).

Poważnym i narastającym problemem zdrowotnym w populacji dzieci i młodzieży jest nadwaga i otyłość oraz nieradzenie sobie z negatywnymi emocjami wynikającymi z przeciążenia. Zapobieganie i udzielanie wsparcia uczniom z nadwagą oraz wskazanie na praktyczne sposoby radzenia sobie ze stresem jest nowym, ważnym zadaniem szkoły.

Ocena realizacji szkolnych programów profilaktyki

Dokonanie tej oceny jest utrudnione, gdyż pracownicy nadzoru pedagogicznego nie oceniają i nie monitorują realizacji szkolnych programów profilaktyki. Analiza treści, sposobów realizacji tych programów i ich efektów nie jest uwzględniana w ewaluacji zewnętrznej. W nowym rozporządzeniu dotyczącym nadzoru pedagogicznego, w punkcie dotyczącym monitorowania, wymieniono: „zbieranie i analiza informacji o działalności dydaktycznej, wychowawczej i opiekuńczej (...)”, pomijając działalność profilaktyczną¹⁶.

¹⁴ Informacje uzyskane od Andrzeja Jasińskiego - koordynatora projektu systemowego „Wdrażanie podstawy programowej kształcenia ogólnego w przedszkolach i szkołach” w Ośrodku Rozwoju Edukacji.

¹⁵ Rozporządzenie 2008, *op. cit.*

¹⁶ Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z 10 maja 2013 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie nadzoru pedagogicznego, Dz.U. poz. 560.

Programy i działania w zakresie profilaktyki zachowań problemowych dzieci i młodzieży oparte na naukowych dowodach mają niewielki wpływ na codzienną praktykę w szkołach¹⁷. System rekomendacji programów promocji zdrowia psychicznego i profilaktyki, koordynowany przez Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii, rekomenduje kilkanaście programów profilaktycznych¹⁸. Programy te są przykładami „dobrej praktyki” lub ich skuteczność została potwierdzona w badaniach, ale ich wykorzystanie przez szkoły lub samorządy jest bardzo ograniczone. Główny nurt działań profilaktycznych w szkołach, nastawionych na zapobieganie zachowaniom problemowym młodzieży, składa się z tworzonych ad hoc programów autorskich, akcji, konkursów, festynów i organizacji czasu wolnego¹⁹. Konstrukcja większości tych programów nie jest oparta na dostępnej wiedzy teoretycznej lub empirycznej dotyczącej mechanizmów powstawania zachowań problemowych młodzieży. Większość tych działań jest realizowana bez żadnej formalnej ewaluacji. Ta sytuacja jest konsekwencją nieprzemyślanych regulacji, które pozbawiają nadzór pedagogiczny i Ministerstwo Edukacji Narodowej wpływu na merytoryczny kształt działań profilaktycznych w szkołach

W 2013 r. Najwyższa Izba Kontroli negatywnie oceniła jakość szkolnych programów profilaktyki²⁰. Wykazano między innymi, że działania realizowane w ramach tych programów były często powielane z roku na rok bez dokonywania ich ewaluacji. W większości skontrolowanych szkół nie przykładano wagi do wyboru zajęć profilaktycznych i nie korzystano z programów o udowodnionej skuteczności. Realizatorzy działań profilaktycznych w niektórych szkołach nie zostali przeszkoleni do prowadzenia tego typu zajęć. Ogólnie kontrola NIK wskazała na brak dbałości dyrektorów szkół o jakość działań profilaktycznych, co przekłada się na ich powierzchowność i nierzetelność.

Wyniki kontroli NIK dotyczącej realizacji zadań w zakresie zapobiegania nadwadze i otyłości w szkołach publicznych wykazały, że w 65% szkół nie było działań bezpośrednio ukierunkowanych na zapobieganie tym zaburzeniom. W żadnej z kontrolowanych szkół nie uwzględniono tego problemu w doskonaleniu zawodowym nauczycieli²¹.

Program „Szkoła promująca zdrowie”

Program „Szkoła promująca zdrowie” (SzPZ) jest realizowany w Polsce od 1992 r. Są to najdłużej trwające i wciąż rozwijające się w Polsce, Europie i na innych kontynentach skoordynowane, systemowe, długofalowe i dobrowolne działania na rzecz zdrowia w szkole. Jest to jeden z siedliskowych projektów promocji zdrowia, o charakterze ruchu oddolnego i funkcjonowania w sieci. Program ten jest podobny do realizowanego w USA „Skoodynowanego programu Zdrowie w szkole”²².

¹⁷ K. Ostaszewski, K. Bobrowski, *Polityka i profilaktyka. Bariery w rozwoju programów opartych na naukowej wiedzy* [w:] *Promocja zdrowia psychicznego - badania i działania w Polsce*, K. Okulicz-Kozaryn, K. Ostaszewski (red.), Wydawnictwo Naukowe Instytutu Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 2008, s. 53-76.

¹⁸ System rekomendacji i oceny programów profilaktyki i promocji zdrowia psychicznego, <http://www.kbpn.gov.pl/portal?id=106179> [dostęp 15 stycznia 2014 r.].

¹⁹ R. Frączek, M. Zin-Sędek *Ile profilaktyki w profilaktyce?* „Świat Problemów” 2010, nr 11, s. 16-19.

²⁰ Najwyższa Izba Kontroli, *Profilaktyka narkomanii w szkołach. Informacja o wynikach kontroli*, nr ewid. 152/2013/P/12/094/KPB, NIK, Warszawa 2013, www.nik.gov.pl [dostęp 15 stycznia 2014 r.].

²¹ Najwyższa Izba Kontroli, *Realizacja zadań w zakresie zapobiegania nadwadze i otyłości u dzieci i młodzieży szkolnej. Informacja o wynikach kontroli*, nr ewid. 149/2011/P/10190/KNO, NIK, Warszawa 2011, www.nik.gov.pl [dostęp 20 stycznia 2014 r.].

²² Centers for Disease Control and Prevention, *Components of Coordinated School Health*, <http://www.cdc.healthuyouth/cshp/components.htm> [dostęp 19 stycznia 2014 r.].

Od 1992 r. Polska jest członkiem Europejskiej Sieci Szkół Promujących Zdrowie utworzonej przez Biuro Regionalne dla Europy WHO, Radę Europy i Komisję Europejską. Organizacje te nadal sprawują patronat nad tymi działaniami w Europie. W 2007 r. sieć ta przekształciła się w sieć Szkoły dla Zdrowia w Europie (School for Health in Europe) i należą do niej 43 kraje. „Mocne strony” tej sieci w Polsce to struktura dla wspierania działań szkół na poziomie wojewódzkim lub powiatowym/miejskim, własna strategia tworzenia SzPZ oraz zasady planowania i ewaluacji działań. Z doświadczeń polskich korzystało wiele krajów.

Istotą SzPZ są działania oddolne, całościowe podejście do zdrowia w szkole oraz inicjowanie i wprowadzanie przez członków społeczności szkolnej (pracowników, uczniów i ich rodziców) sprzyjających zdrowiu zmian w swoim stylu życia i środowisku codziennego życia. Zgodnie ze standardami przyjętymi w Polsce w 2006 r.²³ szkoła taka:

- pomaga członkom społeczności szkolnej (w tym rodzicom) zrozumieć i zaakceptować koncepcję szkoły promującej zdrowie,
- zarządza projektami promocji zdrowia w sposób sprzyjający: uczestnictwu, partnerstwu i współdziałaniu społeczności szkolnej i społeczności lokalnej; skuteczności i długofalowości działań,
- prowadzi edukację zdrowotną uczniów i pracowników oraz dąży do zwiększenia jej jakości i skuteczności,
- tworzy klimat społeczny sprzyjający: satysfakcji z nauki i pracy w szkole, osiągnięciu sukcesów oraz wzmacnianiu poczucia własnej wartości u uczniów i pracowników; zdrowiu i rozwojowi uczniów i pracowników; uczestnictwu, partnerstwu i współdziałaniu członków społeczności szkolnej, rodziców i osób ze społeczności lokalnej,
- tworzy środowisko fizyczne sprzyjające zdrowiu, bezpieczeństwu i dobremu samopoczuciu uczniów i pracowników.

Bilans 20-lecia rozwoju oddolnego ruchu SzPZ w Polsce można uznać za zdecydowanie dodatni²⁴. W grudniu 2013 r. do 16 wojewódzkich sieci szkół promujących zdrowie należało 2659 szkół różnych typów i przedszkoli, wiele szkół oczekuje na przyjęcie do sieci. Ponad 100 szkołom nadano Krajowy Certyfikat „Szkoła Promująca Zdrowie”²⁵. Realizacja programu SzPZ „otworzyła” dla zdrowia drzwi do systemu edukacji,

zwłaszcza szkół i przedszkoli, w mniejszym stopniu do administracji oświatowej oraz ośrodków naukowych i szkół wyższych kształcących nauczycieli.

W okresie minionych 22 lat były okresy dynamicznego rozwoju programu SzPZ, a także okresy stagnacji lub kryzysu. Najlepszy okres to lata 1991-1995, początek transformacji ustrojowej. Realizowany był wówczas systematycznie monitorowany program pilotażowy w Polsce, Czechach, Słowacji i na Węgrzech, pod patronatem WHO. Czas ten cechował się: „eksplozją” entuzjazmu w szkołach przystępujących do projektu, ogromną mobilizacją i motywacją ludzi do działania, uczenia się, rozwoju, współpracy. W miarę upływu czasu i zwiększania się liczby szkół ograniczano możliwości ich wspierania, stopniowo wygaszał entuzjazm ludzi, zmieniali się koordynatorzy wojewódzcy i szkolni.

²³ B. Woynarowska, M. Sokołowska, *Koncepcja i zasady tworzenia szkoły promującej Zdrowie*, „Edukacja Zdrowotna i Promocja Zdrowia w Szkole” 2006, z. 10, (dostępne na stronie Ośrodka Rozwoju Edukacji www.ore.edu.pl).

²⁴ B. Woynarowska, *Szkoła promująca zdrowie po 20 latach: dorobek, bariery, perspektywy*, „Remedium” 2012, nr 12, s. 1-3.

²⁵ Dane Ośrodka Rozwoju Edukacji w Warszawie.

U progu trzeciej dekady ujawniło się wiele oznak kryzysu i zagrożeń dla dalszego rozwoju SzPZ. Dotyczy to najważniejszego ogniwa, tzn. szkół, których społeczność często nie zna lub nie rozumie w pełni koncepcji i strategii

SzPZ. Szkoły, zamiast działań wynikających z diagnozy i rzeczywistych potrzeb społeczności szkolnej, podejmują realizację wielu „zewnętrznych” programów edukacyjnych, programów autorskich i działań akcyjnych bez sprawdzania ich efektów. Szkoły te można nazwać „aktywnymi” w podejmowaniu licznych działań o tematyce zdrowotnej, ale wiele z nich nie spełnia standardów SzPZ. Obecnie w wielu województwach funkcję koordynatorów pełnią osoby „nowe” (bez odpowiedniego przygotowania) lub mało aktywne.

Promocja zdrowia w szkole, jak każda nowa idea wprowadzona w jakimkolwiek środowisku, wymaga czasu. Wyróżnia się trzy fazy jej rozwoju: wprowadzanie, adaptacja i akceptacja (instytucjonalizacja), czyli powiązanie promocji zdrowia z podstawowymi zadaniami szkoły. W Szkocji, która jest w tym zakresie krajem wiodącym w Europie, dojście do etapu trzeciego trwało 25 lat²⁶. W Polsce wciąż zmagamy się z „udowadnianiem”, że edukacja zdrowotna powinna mieć swoje stałe miejsce w szkole, wciąż jesteśmy w fazie wprowadzającej promocję zdrowia w szkole opartej na spontaniczno-hobbystycznym podejściu i entuzjazmie nielicznej grupy nauczycieli, pracowników kuratoriów oświaty lub placówek doskonalenia nauczycieli.

Osiągnięcia i bariery w realizacji w szkołach edukacji zdrowotnej, programu profilaktyki i promocji zdrowia

W ostatnich dwóch dekadach nastąpiły pewne korzystne zmiany w zakresie edukacji zdrowotnej, promocji zdrowia i profilaktyki w szkołach. Rozwija się oddolny ruch promocji zdrowia w szkołach, a na poziomie krajowym stworzono podstawy prawne do podejmowania w szkołach działań na rzecz ochrony i promocji zdrowia. Zostały one omówione poniżej.

1. Akty prawne, programy i inne dokumenty rządowe lub resortowe, w których zobowiązano resort edukacji do działań na rzecz zdrowia, w tym:

- ustawy o: ochronie zdrowia psychicznego; ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych; wychowaniu w trzeźwości przeciwdziałaniu alkoholizmowi; przeciwdziałaniu narkomanii; planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży,
- narodowy program zdrowia; w kolejnych jego wersjach (1990, 1997, 2007) zapisano zadania dotyczące realizacji w szkołach edukacji zdrowotnej, programów profilaktyki, rozwoju szkół promujących zdrowie,
- narodowe programy: zwalczania chorób nowotworowych, profilaktyki i leczenia chorób układu krążenia, ochrony zdrowia psychicznego, zapobiegania nadwadze i otyłości oraz przewlekłym chorobom niezakaźnym poprzez poprawę żywienia i aktywności fizycznej; „Krajowy program zwalczania AIDS i zapobiegania zakażeniom HIV”,
- porozumienia międzyresortowe: między Ministrem Edukacji Narodowej i Ministrem Zdrowia w sprawie wspierania edukacji zdrowotnej w szkole oraz rozwoju sieci szkół promujących zdrowie (1991, 2000, 2009),

²⁶ J. Inchley, L. Gugglberger, I. Young, *From health to education: The journey towards health promoting school implementation in Scotland* [w:] *The implementation of health promoting schools. Exploring the theories of what, why and how*, O. Samdal, L. Rowling (eds.), Routledge, London 2012, s. 142-146.

- uwzględnienie w podstawowych kierunkach polityki oświatowej państwa w roku szkolnym 2013/2014, ustalonych przez Ministra Edukacji Narodowej (w rozporządzeniu z 3 lipca 2013 r.), „działań szkoły na rzecz zdrowia i bezpieczeństwa uczniów'
2. Włączenie po raz pierwszy w historii szkolnictwa w Polsce edukacji zdrowotnej do podstaw programowych kształcenia ogólnego (1997, 1999-2001, 2008) oraz do standardów kształcenia nauczycieli²⁷.
 3. Stworzenie w 1999 r. w resorcie edukacji, na poziomie krajowym, zespołu metodyczno-organizacyjnego dla wspierania edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia w szkole (od 2009 r. jego nazwa brzmi Ośrodek Rozwoju Edukacji).

Realizacja zaleceń wynikających z opisanych aktów prawnych i dokumentów w szkołach jest jednak wysoce niezadowolająca. Zwiększyła się wyraźnie aktywność szkół we wdrażaniu programów edukacyjnych i działań akcyjnych. Szkoły podejmują wiele działań, jednak często nieskutecznych lub pozornych („do sprawozdania”). Mnogość inicjatyw absorbuje czas oraz energię nauczycieli i uczniów, nie dając pożądanych efektów. Jest to spowodowane barierami kulturowymi, systemowymi i organizacyjnymi na różnych poziomach.

Barierzy natury „ogólnej” i na poziomie międzyresortowym

- Niski status zdrowia publicznego i promocji zdrowia w Polsce, koncentracja na medycynie naprawczej, mało skuteczne programy profilaktyczne (zdrowotne), z których większość nie jest oparta na wiedzy naukowej; towarzyszy temu niski poziom świadomości społecznej oraz alfabetyzacji zdrowotnej²⁸ większości ludzi dorosłych (w tym rodziców dzieci i młodzieży).
- Tradycyjne podejście do edukacji zdrowotnej jako przekazywania informacji o zdrowiu, chorobach i czynnikach ryzyka, z koncentracją na zdrowiu fizycznym i dominacją podejścia medycznego.
- Niedostrzeżenie i niedoceniecie przez twórców polityki oświatowej i polityki zdrowotnej na różnych poziomach (od krajowego do szkolnego) związków między edukacją a zdrowiem oraz roli szkoły w działaniach na rzecz zdrowia społeczeństwa.
- Oferowanie szkołom wielu programów profilaktycznych i edukacyjnych o tematyce zdrowotnej opracowywanych centralnie lub lokalnie przez: agencje rządowe, Państwową Inspekcję Sanitarną, instytuty naukowe, organizacje pozarządowe oraz firmy komercyjne (producentów żywności, kosmetyków, środków czystości, którzy lokują w nich własne produkty). Wiele programów powiela te same treści (powszechne jest przekonanie „im więcej, tym lepiej”). Nie ma danych o ich jakości, ewaluacji wyników i empirycznych dowodów skuteczności (dotyczy to także programów, które otrzymały „patronat” MEN). Większość działań ma charakter akcyjny - szkoły chętnie wykorzystują programy „zewnętrzne” jako dowód swojej aktywności i nie uruchamiają własnych działań wynikających z podstawy programowej oraz programu wychowawczego i profilaktyki. Szkoły przyjmują zewnętrzne „usługi” profilaktyczne na „rynku” w miejsce własnej pracy edukacyjnej i profilaktycznej.
- Brak kształcenia przeddyplomowego nauczycieli w zakresie edukacji zdrowotnej, promocji zdrowia i profilaktyki. Zagadnienia te wprowadzono po raz pierwszy w historii szkolnictwa w Polsce do standardów kształcenia przygotowującego do zawodu nauczyciela w 2012 r. Jednak

²⁷ Rozporządzenie Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z 17 stycznia 2012 r. w sprawie standardów kształcenia przygotowującego do wykonywania zawodu nauczyciela, Dz.U. nr 25, poz. 131.

²⁸ Alfabetyzacja zdrowotna oznacza umiejętności poznawcze i społeczne, które determinują motywację i zdolności człowieka do zdobywania informacji, zrozumienia ich i wykorzystania w sposób, który sprzyja doskonaleniu i utrzymaniu dobrego zdrowia.

obecnie, przy pełnej autonomii szkół wyższych, nie ma mechanizmów i narzędzi do sprawdzania, czy i na jakim poziomie standardy te są spełniane.

- Mało efektywna współpraca międzyresortowa oraz współpraca resortów edukacji i zdrowia z wyspecjalizowanymi agencjami. Brak operacjonalizacji porozumień międzyresortowych. W okresie 20lat przez 13 lat nie było porozumienia między Ministrem Edukacji Narodowej i Ministrem Zdrowia niezbędnego dla rozwoju programu SzPZ i przynależności Polski do Europejskiej Sieci Szkół Promujących Zdrowie. Porozumienie o współpracy między Ministrem Edukacji Narodowej, Ministrem Zdrowia oraz Ministrem Sportu i Turystyki w sprawie promocji zdrowia i profilaktyki problemów dzieci i młodzieży z 23 listopada 2009 r. jest kolejnym „martwym” dokumentem, a powołana na jego mocy Rada Programowa jest ciałem „fasadowym”.

- Małe zainteresowanie szkół wyższych i instytutów naukowych wspieraniem działań szkół na rzecz zdrowia. W Polsce nie ma żadnej placówki naukowej, zajmującej się tą dziedziną. Jedną z przyczyn jest brak odpowiednich kadr i finansowania projektów badawczych o tej tematyce. Powoduje to, że niewiele jest programów edukacyjnych i profilaktycznych o potwierdzonej skuteczności i dominacja programów amatorskich. Edukacja zdrowotna, programy profilaktyczne i promocji zdrowia są „dziełem” praktyków, którzy powielają wzorce i doświadczenia ze swoich lat szkolnych.

Barriere w resorcie edukacji

- Często reformy programowe (w latach 1997-2008 wprowadzono trzy podstawy programowe kształcenia ogólnego), wdrażane szybko do praktyki szkół bez odpowiedniego przygotowania nauczycieli do ich realizacji.

- Brak czasu na realizację w szkołach długofalowych programów opartych na wiedzy (dobrych praktykach), dominacja działań akcyjnych (imprezy, festyny, konkursy, teatry profilaktyczne, turnieje) bez sprawdzania ich efektów.

- Szkoły nie otrzymują wystarczającego wsparcia metodycznego w zakresie realizacji edukacji zdrowotnej, promocji zdrowia i szkolnego programu profilaktyki. Jest to spowodowane m.in.:

- decentralizacją nadzoru pedagogicznego i pominięciem ewaluacji w zakresie edukacji zdrowotnej i programu profilaktyki; zgodnie z obowiązującymi przepisami²⁹: ocena działalności oświatowo-wychowawczej prowadzonej przez szkoły i placówki oświatowo-wychowawcze (.) oraz udzielanie im pomocy w prowadzeniu tej działalności jest zadaniem Państwowej Inspekcji Sanitarnej,

- kryzysową sytuacją w systemie doskonalenia nauczycieli; zagadnienia te są sporadycznie podejmowane przez publiczne placówki doskonalenia nauczycieli, prowadzone przez samorząd województwa, powiatu lub gminy.

- Brak skutecznego systemu rekomendacji przez resort edukacji sprawdzonych w badaniach programów edukacyjnych i profilaktycznych przy jednoczesnym „uznaniowym” przydzielaniu „patronatów” różnym inicjatywom.

- Niestabilność statusu programu „Szkoła promująca zdrowie” i brak jego rzeczywistego, systematycznego wspierania, zwłaszcza na poziomie wojewódzkim.

²⁹ Art. 6 pkt 4 ustawy z 14 marca 1985 r. o Państwowej Inspekcji Sanitarnej, Dz.U. z 2006 r. nr 122, poz. 851, ze zm.

- Przeznaczenie dużych środków finansowych na realizację szkolnych projektów o tematyce zdrowia i bezpieczeństwa w ramach konkursów w obszarze zadań publicznych³⁰ (nie ma danych o efektach tych projektów). Przeznaczenie środków na działania profilaktyczne
- wątpliwej skuteczności (np. monitoring wizyjny w każdej szkole).

Rekomendacje

Opracowanie koncepcji i programu poprawy jakości i skuteczności edukacji zdrowotnej, promocji zdrowia i programu profilaktyki w szkole oraz strategii jego wdrażania wymaga woli i decyzji politycznej oraz współpracy wielu partnerów, w tym resortu edukacji, zdrowia, nauki i szkolnictwa wyższego, ośrodków naukowych, organizacji samorządowych i pozarządowych. Dla istotnej poprawy jakości programów edukacji zdrowotnej, promocji zdrowia i profilaktyki w szkołach niezbędne jest:

- zrozumienie i uznanie roli szkoły w ochronie i promocji zdrowia społeczeństwa oraz stworzenie warunków do skutecznego jej podjęcia przez szkoły,
- nowoczesne całościowe podejście do zdrowia w szkole, w którym edukacja zdrowotna i program profilaktyki są wzajemnie powiązane i stanowią ważne, ale nie jedyne elementy działań systemu edukacji na rzecz zdrowia; sprawdzonym modelem takiego podejścia jest koncepcja szkoły promującej zdrowie i stanowią ważne, ale nie jedyne elementy działań systemu edukacji na rzecz zdrowia; sprawdzonym modelem takiego podejścia jest koncepcja szkoły promującej zdrowie,
- odrębnego przedmiotu w Finlandii³¹ i Irlandii³², całościowe podejście do zdrowia w szkole w Szkocji³³ oraz „Skoordynowany program Zdrowie w szkole” w USA³⁴,
- podjęcie systemowych, długofalowych działań wymagających:
 - zaangażowania i rzeczywistej współpracy: resortów edukacji, zdrowia oraz nauki i szkolnictwa wyższego; ośrodków naukowych, administracji szkolnej, nauczycieli, rodziców, agencji rządowych i organizacji pozarządowych,
 - utworzenia w resorcie edukacji (np. w Instytucie Badań Edukacyjnych) jednostki naukowej zajmującej się programowaniem działań szkoły na rzecz ochrony i promocji zdrowia; zapewnienia środków na koordynację działań i na pilotażowe wdrożenie najważniejszych działań i ich upowszechnienie,
- zintegrowanie promocji zdrowia z podstawowymi zadaniami szkoły i całego systemu edukacji, w tym z systemem kształcenia i doskonalenia nauczycieli oraz nadzoru pedagogicznego:
 - za zadanie priorytetowe należy uznać opracowanie i wdrożenie: a) nowoczesnych programów kształcenia w zakresie edukacji zdrowotnej, profilaktyki i promocji zdrowia w szkołach wyższych kształcących pedagogów i nauczycieli, szczególnie wychowania fizycznego; b) oferty szkoleniowej dla pracujących pedagogów i nauczycieli,

³⁰ W latach 2008-2013 realizowany był rządowy program „Bezpieczna i przyjazna szkoła”. W ramach tego programu corocznie ogłaszane były konkursy ofert na realizację zadań publicznych. Obecnie realizowany jest program „Rok szkoły w ruchu” (www.men.gov.pl).

³¹ L. Kannas, „Zdrowie” - nowy przedmiot szkolny w Finlandii: Budowanie programu i metodologii jego nauczania oraz kształcenia nauczycieli [w:] *Kształcenie nauczycieli i pedagogów w zakresie edukacji zdrowotnej*, B. Woynarowska (red.), Katedra Biomedycznych Podstaw Rozwoju i Wychowania, Wydział Pedagogiczny UW, Warszawa 2005, s. 28-33.

³² *Social, personal & health education. Junior certificate. Guidelines for teachers*, National Council for Curriculum and Assessment, Dublin 2001.

³³ J. Inchley, L. Gugglberger, I. Young, *From health to education*, op. cit.

³⁴ Centers for Disease Control and Prevention, *Components*, op. cit.

- powiązanie szkolnego programu wychowawczego z programem profilaktyki i promocji zdrowia (jeden zamiast odrębnych programów),
- poszukiwanie sposobów lepszej współpracy pracowników szkoły i pielęgniarki szkolnej,
- rozważenie możliwości wprowadzenia przedmiotu „edukacja zdrowotna” (lub o nazwie pokrewnej) realizowanego przez nauczyciela przedmiotowego, przy wsparciu nauczycieli innych przedmiotów, integrującego edukację zdrowotną i seksualną oraz treści dotyczące szeroko rozumianego zdrowia zawarte obecnie m.in. w przedmiotach: wychowanie fizyczne, biologia/przyroda, wychowanie do życia w rodzinie, edukacja dla bezpieczeństwa; poszukiwanie nowych atrakcyjnych i skutecznych metod pracy w uczniach, zapewnienie miejsca dla tego przedmiotu w rozkładzie zajęć w odpowiednim wymiarze czasu,
- rekomendowanie szkołom programów edukacyjnych i profilaktycznych o wysokiej jakości i udowodnionej empirycznie skuteczności; zahamowanie zjawiska „bombardowania” szkół przez zewnętrzne organizacje (w tym komercyjne) ofertą programów o niskiej jakości, nie-poddanych ewaluacji; upowszechnianie przykładów dobrej praktyki.

Dla podjęcia odpowiednich decyzji ustalenia kierunków działań i wyboru priorytetów konieczna jest poważna debata z, udziałem przedstawicieli rządu, naukowców, specjalistów zdrowia publicznego i pedagogiki, administracji oświatowej i nauczycieli. Należy zdać sobie sprawę, że:

- profesjonalne, skuteczne działania szkół mogą wspierać panującą obecnie w części społeczeństwa polskiego „modę” na zdrowie i gotowość ludzi do prozdrowotnego stylu życia,
- niepodjęcie skutecznych działań spowoduje, że edukację szkolną kończyć będą kolejne roczniki o małej świadomości zdrowotnej oraz niedostatecznych umiejętnościach dbałości o zdrowie fizyczne, psychiczne, społeczne i seksualne.

Bibliografia

Centers for Disease Control and Prevention, Components of Coordinated School Health, <http://www.cdc/healthuyouth/cshp/components.htm>.

Edukacja zdrowotna. Poradnik dla nauczycieli wychowania fizycznego w gimnazjach i szkołach ponadgimnazjalnych, B. Woynarowska (red.), Wydawnictwo Pedagogiczne ZNP, Kielce 2012.

Marks R., Schools and health education. What works, what is needed, and why?, „Health Education” 2009, nr 1.

Najwyższa Izba Kontroli, Profilaktyka narkomanii w szkołach, Informacja o wynikach kontroli, nr ewid. 152/2013/P/12/094/KPB, NIK, 2013, www.nik.gov.pl.

Najwyższa Izba Kontroli, Realizacja zadań w zakresie zapobiegania nadwadze i otyłości u dzieci i młodzież szkolnej. Informacja o wynikach kontroli, nr ewid. 149/2011/P/10190/KNO, NIK, 2011, www.nik.gov.pl.

Najwyższa Izba Kontroli, Wychowanie fizyczne i sport w szkołach publicznych i niepublicznych. Informacja o wynikach kontroli, nr ewid. 108/2013/P/12/067/KNO. NIK, 2013, www.nik.gov.pl.

Ostaszewski K., Bobrowski K., Polityka i profilaktyka. Bariery w rozwoju programów opartych na naukowej wiedzy [w:] Promocja zdrowia psychicznego - badania i działania w Polsce, K. Okulicz-Kozaryn, K. Ostaszewski (red.), Wydawnictwo Naukowe Instytutu Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 2008.

Podstawa programowa z komentarzami. Wychowanie fizyczne i edukacja dla bezpieczeństwa, t. 8, Ministerstwo Edukacji Narodowej, Warszawa 2009.

Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z 23 grudnia 2008 r. w sprawie podstawy programowej wychowania przedszkolnego oraz kształcenia ogólnego w poszczególnych typach szkół, Dz.U. z 2009 r. nr 4, poz. 17, ze zm

Rozporządzenie Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z 17 stycznia 2012 r. w sprawie standardów kształcenia przygotowującego do wykonywania zawodu nauczyciela, Dz.U. nr 25, poz. 131.
Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z 10 maja 2013 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie nadzoru pedagogicznego, Dz.U. poz. 560.
Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania, B. Wojtyniak, P. Goryński, B. Moskałowicz (red.), Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego - Państwowy Zakład Higieny, Warszawa 2012.
Woynarowska B., Edukacja zdrowotna. Podręcznik akademicki, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2007.
Woynarowska B., Sokołowska M., Koncepcja i zasady tworzenia szkoły promującej Zdrowie, „Edukacja Zdrowotna i Promocja Zdrowia w Szkole” 2006, z. 10, dostępne na stronie Ośrodka Rozwoju Edukacji www.ore.edu.pl.
Woynarowska B., Szkoła promująca zdrowie po 20 latach: dorobek, bariery, perspektywy, „Remedium” 2012, nr 12.
Wyniki badań HBSC 2010. Raport techniczny, J. Mazur, A. Małkowska-Szcutnik (red.), Instytut Matki i Dziecka, Warszawa 2011.
Tendencje zmian zachowań zdrowotnych i wybranych wskaźników zdrowia młodzieży szkolnej w latach 1990-2010, B. Woynarowska, J. Mazur (red.), Instytut Matki i Dziecka Wydział Pedagogiczny Uniwersytetu Warszawskiego, Warszawa 2012.

Bogdan Urbanek

(Sekretarz Zarządu Krajowego, Rzecznik Prasowy PSNT)

Edukacyjne jutro – wykuwamy dziś – XXI Tatrzańskie Sympozjum Naukowe.

(Nasi czytelnicy z pewnością pamiętają, że w roku 2014 obszernie relacjonowaliśmy przebieg obrad i dorobek XX Jubileuszowego Tatrzańskiego Sympozjum Naukowego – Edukacja Jutra. Lider miał zaszczyt wraz z innymi czasopismami patronować medialnie temu imponującemu rozmiarami i doniosłością naukową przedsięwzięciu i na miarę swych możliwości opisał je na swoich łamach w numerach 280 – 290 (dostęp na stronie www.lider.szs.pl > archiwum). Niemordowani inicjatorzy i organizatorzy Sympozjów, którym niezmiennie od dwudziestu lat przewodzi profesor Kazimierz Denek spotkali się ponownie w Zakopanem w czerwcu 2015 roku na XXI Sympozjum. Rzeczą całą opisał Pan Bogdan Urbanek, a my z przyjemnością to opisanie publikujemy zapowiadając dalsze, bardziej już szczegółowe informacje o tegorocznym dorobku Sympozjum. Lider życzy Panu Profesorowi Kazimierzowi Denkowi szybkiego powrotu do zdrowia. (Zbigniew Cendrowski)

Edukacyjne jutro wykuwamy dziś

W dniach 22 – 24 czerwca 2015 roku w Zakopanem obradowało XXI Tatrzańskie Sympozjum Naukowe EDUKACJA JUTRA. Znane i niezwykle cenione w środowisku międzynarodowe spotkania uczonych, pracowników naukowych uczelni pedagogicznych, konsultantów i metodyków z centrów i ośrodków doradztwa zawodowego oraz nauczycieli placówek oświatowo-wychowawczych organizowane są od początku z inicjatywy i pod naukowym patronatem wybitnego polskiego dydaktyka, Nauczyciela Kraju Ojczystego – prof. zw. dra hab. dra h. c. **Kazimierza DENKA**. Wprawdzie okres rekonwalescencji uniemożliwił w tym roku Profesorowi Denkowi udział w XXI TSN, ale Jego przesłanie, koncepcje i sugestie dot. troski o innowacyjną jakość kształcenia i jej efekty – były ze wszech miar przywoływane i cytowane, wielokrotnie też do nich nawiązywano. Sympozjum obradowało w swojej stałej bazie – Centrum Konferencyjnym „Hyry” w Zakopanem. Organizatorem XXI

TSN „Edukacja Jutra” była Wyższa Szkoła HUMANITAS w Sosnowcu przy współpracy UAM w Poznaniu, Uniwersytetu Rzeszowskiego, UMCS w Lublinie, Uniwersytetu Przyrodniczo-Humanistycznego w Siedlcach, Uniwersytetu Opolskiego oraz Wyższej Szkoły Zarządzania EDUKACJA we Wrocławiu. Patronatu naukowego użył Komitet Nauk Pedagogicznych Polskiej Akademii Nauk oraz Polskie Stowarzyszenie Nauczycieli Twórczych, natomiast patronat honorowy sprawowali – dr hab. Michał Kaczmarczyk prof. WSH, JM Rektor WSH, Piotr Leliwa Wojewoda Śląski, Arkadiusz Chęciński Prezydent Sosnowca, Starosta Tatrzański Piotr Bąk i Burmistrz Zakopanego – Leszek Dorula, a także fundacje – „Humanitas” i Rozwoju Edukacji i Szkolnictwa Wyższego. Wśród patronów medialnych były m.in. znane w środowisku oświatowym czasopisma – *Forum Akademickie*, *Gościńiec*, *Nowa Szkoła*, *Lider*, *Wychowanie na co Dzień*, *Życie Akademickie*, *Wychowanie Fizyczne i Zdrowotne*, *Wciąż Wędrujemy*, *Tygodnik Podhalański*.

Oficjalnego otwarcia konferencji dokonali – wiceprzewodniczący Komitetu Naukowego XXI TSN, dr hab. Piotr Oleśniewicz prof. WSB oraz JM dr hab. Michał Kaczmarczyk prof. WSH. Życzenia owocnych obrad i miłego pobytu na Podtatrzu przekazali uczestnikom konferencji gospodarze regionu – Starosta Tatrzański i Burmistrz Zakopanego. Miły i podniosły nastrój towarzyszył ceremonii dekoracji Medalami Honorowymi „Za Zasługi dla Polskiego Stowarzyszenia Nauczycieli Twórczych”, przyznanymi przez Zarząd Krajowy PSNT za wybitne zasługi w zakresie dydaktyki oraz upowszechniania bogatego dorobku naukowo-badawczego i twórczego wśród nauczycieli. Otrzymali je – prof. zw. dr hab. dr h. c. Mykoła Zymomrya i prof. zw. dr hab. Ihor Dobryansky z Ukrainy oraz prof. prof. – Krystyna Duraj-Nowakowa, Maria Kozielska, Joanna Angiel, Ryszard Bera, Franciszek Bereźnicki, Waldemar Furmanek, Romuald Kalinowski, Stanisław Palka, Michał Kaczmarczyk, płk dr hab. inż. Krzysztof Krakowski, dr Aleksandra Kamińska i dr Stanisława Włoch oraz mgr Ewa Kraus i mgr Jacek Jackowski. Aktu dekoracji dokonali – Prezes Zarządu Krajowego PSNT, dr Leszek Pawelski prof. CB i Sekretarz ZK PSNT Bogdan Urbanek w asyście członka władz krajowych PSNT dra hab. Piotra Oleśniewicza i JM Rektora WSH – dra hab. Michała Kaczmarczyka.

Wykład inauguracyjny *Wprowadzenie do pisarstwa naukowego przez opracowanie rozprawy doktorskiej* wygłosiła prof. dr hab. Krystyna Duraj-Nowakowa, w części plenarnej konferencji występowali m.in. – prof. dr hab. Stanisław Palka, który wskazał na pilną konieczność wprowadzania zmian w procesach i zjawiskach pedagogicznych w badaniach i praktyce edukacyjnej. Na bardzo interesujące kwestie dotyczące „pułapek”, jakie musi uwzględniać i z jakimi musi mierzyć się współczesna edukacja w kontekście jej aksjologicznego wymiaru, zwrócił uwagę ks. prof. dr hab. Janusz Mastalski. Prof. dr hab. Bogdan Szulc odniósł się do ciągle jeszcze obecnych, a w niektórych obszarach nawet i postępujących dylematów metodologicznych w kontekście badań edukacyjnych, z kolei ciekawymi rozważaniami na temat edukacyjnych problemów zaufania, zwątpienia i nadziei podzielił się prof. dr hab. Wojciech Kojs. Także z dużym zainteresowaniem wysłuchano wystąpień prof. dr hab. Marii Kozielskiej na temat procesu uczenia się w aspekcie współczesnych osiągnięć psychologii i dydaktyki oraz dra hab. Janusza Morbitzera prof. WSB, który mówił o świecie mediów w odniesieniu do intelektualnego potencjału współczesnych uczniów.

Interesujące przebieg miały także popołudniowe zajęcia z grupach seminaryjnych, obszary panelowych dyskusji dotyczyły:

- aksjologiczno-kulturowych fundamentów edukacji jutra,
- nowych technologii w kształceniu,

- jakości kształcenia i skali niepowodzeń szkolnych,
- problemów współczesnej rodziny,
- kwestii aktywności fizycznej i problematyki czasu wolnego,
- problemów wychowania i kształcenia dzieci najmłodszych,
- edukacji, kształcenia osób dorosłych oraz ich aktywności w życiu zawodowym,
- organizacji edukacji szkolnej i poszukiwań formuły współczesnej edukacji.

W trakcie dyskusji co prawda zastanawiano się – na ile i w jakim zakresie współczesna edukacja może oddziaływać na skuteczne i efektywne nauczanie i uczenie się, wskazywano także w jakim kierunku powinny zmierzać te zmiany, jednak nie zawsze można było zweryfikować akademickie teorie z nauczycielską czy szkolną praktyką. W tym kontekście powracano do jakże aktualnych przemyśleń organizatora tatrzańskich dyskursów o edukacji jutra, Profesora Kazimierza Denka. Wszak nieprzypadkowo Nauczyciel Nauczycieli połączył problemy nurtujące współczesną szkołę z majestatem gór. Bowiem tak jak z trudem pokonuje się skaliste granie, tak i z uporem należy pokonywać coraz to nowe przeszkody piętrzące się przed polską edukacją. Tak jak w turystycznej górskiej wędrówce należy trzymać się wyznaczonego szlaku, tak i po ścieżkach oświatowej reformy należy konsekwentnie kroczyć ku zamierzonemu celowi. Być może posłużą temu wypływające z tych debat wnioski, inspirujące zarówno do refleksji jak też ciągłych konstruktywnych poszukiwań, przynoszące w efekcie takie rozwiązania, które sprzyjać będą oczekiwanej jakości procesów edukacyjnych od uniwersytetu po przedszkole.

W drugim dniu zakopiańskiego sympozjum „Edukacja Jutra” zaplanowano zajęcia dydaktyczne w Tatrach. Pogoda jedynie po części umożliwiła te plany, w związku z czym organizatorzy zaproponowali dwie trasy – przejście z przewodnikami Doliną Kościeliską oraz objazd instruktazowo-metodyczny na trasie: od hotelu „Hyrny”, ulicami Powstańców Śląskich, Stanisława Nędzy – Kubica – Kościelisko – Witów – Chochołów – wylot Doliny Kościeliskiej – Krzeptówki – Skibówki – ul. Kościeliska i powrót do hotelu „Hyrny”. W godzinach popołudniowych odbyło się otwarte posiedzenie Zespołu Dydaktyki Ogólnej Komitetu Nauk Pedagogicznych PAN, podczas którego podjęto kolejny etap dyskusji na temat prakseodydaktycznych aspektów konstruowania narzędzi pomiaru efektów kształcenia w szkole i na uczelni, w nawiązaniu do poprzedniego spotkania Zespołu podczas XIII Wielkopolskiego Forum Pedagogicznego „Ewaluacja i innowacje w edukacji” Kalisz 11 – 13 maja 2015. Ustalono, że ostateczne wnioski zostaną wypracowane podczas kolejnego posiedzenia Zespołu Dydaktyki Ogólnej, które odbędzie się w trakcie trwania VIII Augustowskich Spotkań Naukowych „Edukacja w dialogu i perspektywie” Augustów 14 – 16 września 2015.

Pokłosiem obrad XXI TSN jest wyjątkowo w tym roku bogata pokonferencyjna monografia, na którą składają się 102 artykuły autorstwa 116 osób zawartych w jedenastu tomach, w tym także książka Kazimierza Denka *Edukacja Jutra. Drogowskazy–Aksjologia–Osobowość* oraz dwa tomy opracowań w języku angielskim. Obradowały także Komitety – Naukowy i Organizacyjny, dokonując wstępnego podsumowania XXI Tatrzańkiego Sympozjum Naukowego EDUKACJA JUTRA. Przyjęto też, że XXII Tatrzańskie Sympozjum Naukowe „Edukacja Jutra” odbędzie się w dniach 21 – 23 czerwca 2016 roku w Zakopanem.

Roman Kulgawczuk

Szczecin

Nowoczesne podejście do nauczania i uczenia się elementów techniki gry w piłkę siatkową

W podręcznikach metodycznych, które ukazały się w Polsce po 2000 roku prezentowane są różne podejścia w nauczaniu i uczeniu się gry w piłkę siatkową. Dokonując przeglądu tych prac, skupimy uwagę na propozycjach dotyczących wstępnego etapu nauczania. Autorzy G Grządziel, D.Szade i B.Nowak, [1] opierając się na moich wcześniejszych publikacjach [3] wymieniają „punkty kluczowe” jako cele szczegółowe (piszemy o nich szerzej dalej), które dzieci opanowują wcześniej dla stworzenia solidnej podstawy pod przyszłe uczenie się konkretnego elementu techniki. Autorzy nie wskazują jednak przy pomocy jakich środków dzieci mają je opanować. Z treści pracy, można domniemywać, że opanowanie zadań ruchowych ujętych w „punktach kluczowych” dzieci mają przyswajając tradycyjnie, głównie za pomocą gier i zabaw. Z kolei Z. Zatyrcz i L. Piasecki [6] posługują się terminem „ćwiczenia ukierunkowane” i zamieszczają wiele interesujących przykładów. Nie wymieniają jednak celów szczegółowych (punktów kluczowych). Na skutek czego, nie wykorzystują możliwości precyzyjnego oddziaływania tych ćwiczeń, na konkretną część składową lub istotny szczegół ruchu danego elementu technicznego. Natomiast P. Wróblewski [8] zamieszcza szeroki wachlarz podań i chwytów oburącz, które należałoby uznać jako ćw. ukierunkowane gdyby służyły realizacji celów szczegółowych, zawartych w „punktów kluczowych” odbicia sposobem górnym. Zakłada więc z góry, iż efektywność przyswajania materiału ćwiczebnego będzie niewielka. Przykładem tradycyjnego podejścia do nauczania i uczenia się elementów techniki jest inna praca P. Wróblewskiego pt. Piłka siatkowa w szkole - poradnik metodyczny [7]. Dzieci uczą się podstawowych elementów techniki (odbicia sposobem górnym, dolnym, zagrywki, ataku, bloku) głównie metodą prób i błędów, bez możliwości wypróbowania tego czego się nauczyły w praktycznym działaniu czyli w grze. Przytoczone wyżej przykłady podejścia do nauczania techniki gry w piłkę siatkową na zajęciach szkolnych, owszem przynoszą pozytywne rezultaty gdy chodzi o jednostki wyselekcjonowane, uzdolnione ruchowo. Jednakże w stosunku do pozostałej przeważającej części młodzieży jest mało efektywne. Można odnieść wrażenie, że w szkołach zakorzeniła się reguła, którą prof. Zb. Naglak [5] ujmuje następująco:

„Rzecz polega na tym, aby uczyć gry osoby z predyspozycjami, a nie kogokolwiek”.

W wyraźnej opozycji do wyżej przytoczonego twierdzenia, powstał projekt zmodernizowanego podejścia do nauczania gry w siatkówkę. Impulsem, który skłonił mnie do poszukiwania nowych rozwiązań w tym zakresie było twierdzenie pedagogów, iż w początkowym etapie nauczania w ogóle, a więc i w sporcie znajdują się znaczne rezerwy szybszego, przy tym prawidłowego przyswajania materiału ćwiczebnego przez ogół uczniów w klasie. Jeżeli zastosuje się właściwe metody to wzrost efektywności wcale nie musi się to wiązać ze wzrostem liczby powtórzeń, dłuższym czasem uczenia się, czy dodatkowym wysiłkiem ze strony uczących się.

Jak możemy odkryć i wykorzystać owe rezerwy pokażemy na przykładzie jednego elementu technicznego odbicia sposobem górnym oburącz.

Ogólne założenia prezentowanego projektu oparto na prostym pomysłem. Na analizie przyczyn i źródeł powstawania błędów w trakcie uczenia się, bo one w znacznym stopniu spowalniają ten proces.

Na początku wytypowano najczęściej występujące błędy w uczeniu się odbicia sposobem górnym oburącz. W wyniku analizy stwierdzono, że w odbiciu sposobem górnym oburącz niemal wszystkie błędy obserwowane w trakcie początkowego uczenia się, zlokalizowane są w trzech częściach składowych tego elementu gry. Dla podkreślenia roli tych fundamentalnych części składowych w powtarzalnie - poprawnym wykonaniu opanowywanych czynności podczas gry, przyjęto nazywać je „punktami kluczowymi”. Zobaczmy jak te założenia działają w praktyce. W odbiciu sposobem górnym oburącz zadania ruchowe w w/w częściach składowych stanowią:

1) – Trwałe opanowanie układu rąk, dłoni i palców dostosowanych do owalnego kształtu piłki.

2) – Opanowanie ruchu wypchnięcia rąk w górę w przód, w koordynacji z pracą nóg.

3) – Opanowanie przyjmowania stabilnej postawy tuż przed kontaktem z piłką.

W projekcie zakładamy, że zadania ruchowe zawarte w/w częściach składowych (punktach kluczowych) stają się celami szczegółowymi, które dzieci opanowują przed przystąpieniem do nauczania danego elementu techniki. Rola nauczyciela na tym etapie nauczania polega na motywowaniu uczniów do skupienia uwagi na tych celach szczegółowych oraz kontroli ich poprawnego opanowania. Przystąpienie trzech w/w celów tzn. układu rąk, dłoni i palców dopasowanego do kształtu piłki, wypchnięcia rąk w górę w przód w koordynacji z pracą nóg oraz przyjmowania stabilnej postawy tuż przed kontaktem z piłką przez zdecydowaną większość uczniów w klasie nie sposób jednak opanować dobrze za pomocą środków tradycyjnie zalecanych w podręcznikach piłki siatkowej; grach i zabawach przygotowawczych oraz ćwiczeniach oswajających z piłką. W formach zabawowych, jakość wykonywanych czynności schodzi na dalszy plan. Nie można ich korygować czy poprawiać, słowem dostarczać korekcyjnego sprzężenia zwrotnego. Część dzieci opanowuje to czego chce ich nauczyć nauczyciel, ale inni nie.

W celu maksymalnego wykorzystania czasu i podniesienia efektywności uczenia się postulujemy, w strategii przygotowania dzieci do rozpoczęcia uczenia się danego elementu techniki, główną rolę przypisywać nie mało efektywnym ćwiczeniom oswajającym z piłką i różnego rodzaju grom i zabawom ruchowym lecz ćwiczeniom ukierunkowanym, metodami dostosowanymi do psychofizycznego rozwoju dzieci. Ich celem jest prawidłowe opanowanie przez

Ćwiczących poszczególnych części składowych lub określonego szczegółu ruchu danego elementu technicznego. Przykładowo trudno sobie wyobrazić bardziej sensownych ćwiczeń przygotowujących do nauczania odbicia sposobem górnym jak podania i chwyt oburącz z przed piersi, przyjęte z koszykówki, oczywiście należycie przystosowane do potrzeb piłki siatkowej. Są one w ogólnych zarysach bardzo podobne do odbicia sposobem górnym oburącz, lub jego najważniejszych części, ale są znacznie łatwiejsze do opanowania przez dzieci. Jednakowe są postawa wykroczo-rozkrocza, ułożenie dłoni i palców tuż przed i podczas chwytu dopasowane do kształtu piłki oraz wypchnięcie piłki ze wsparciem pracą nóg. Musimy pamiętać, że pomiędzy tymi dwoma elementami techniki istnieją niewielkie różnice jak np. płaski tor lotu piłki w podaniach i powyżej 45° w odbiciu. Co dosyć łatwo daje się w trakcie zajęć wyeliminować. Początkowo dzieci wykonują je piłkami do siatkówki, później do tego celu wykorzystujemy piłki nieco cięższe np. do mini koszykówki, czy koszykówki celem wzmocnienia tych grupy mięśniowych, które będą brały udział w odbiciu górnym oburącz. Te ćwiczenia w odróżnieniu od całej masy innych ćwiczeń mają jeszcze jedną bardzo istotną zaletę.

Gdy uczymy dzieci oddzielnie dwóch, czy więcej części składowych danego elementu technicznego, a później łączymy je w jedną całość, to dla dużej grupy uczniów staje się to źródłem nowych błędów opóźniających proces uczenia się. Natomiast w pojedynczym

ćwiczeniu podań i chwytów możliwe jest przyswajanie i doskonalenie dwóch, czy nawet wszystkich trzech umiejętności ujętych w punktach kluczowych odbicia sposobem górnym oburącz. Np. w tradycyjnym podejściu, przyjmowanie postaw siatkarskich z reguły nauczamy w wyizolowanych, sztucznych warunkach (w miejscu, w rozsypce czy poruszaniu się po obwodzie koła). W ćwiczeniach podań i chwytów oburącz inaczej, dzieci opanowują i doskonałą przyjmowanie stabilnej postawy w doskoku na dwie stopy w dostosowaniu do nadlatującej piłki. Jednocześnie uczą się prawidłowego układu rąk, dłoni i palców podczas chwytów, łącząc to z wypchnięciem pracy rąk w koordynacji z pracą nóg, jak w odbiciu. Ponadto dzieci z wyprzedzeniem zapoznają się i oswajają z okolicznościami w jakich później będą ćwiczyły i doskonaliły odbicie sposobem górnym oburącz. Ćwiczenia te bowiem wykonywane są w tych samych ustawieniach w dwójkach, trójkach itp. oraz na tą samą odległość. Obszerny wybór ćwiczeń podań i chwytów dostosowanych do potrzeb piłki siatkowej, znajdzie Czytelnik w pracy autora pt. Nauczanie i uczenie się gry w siatkówkę. Przykładowy zestaw zajęć na cały semestr.[3] Więcej danych o autorze i podręczniku można znaleźć na stronie - <http://kulgawczuk.szczecin.pl/>

Samo zastosowanie ćwiczeń ukierunkowanych czy innych ćwiczeń o podobnych funkcjach, bez wyraźnie określonych celów szczegółowych i pozbawionych kontroli jakości ich wykonania (jak w formach zabawowych), w jednym przypadku utrwalają i doskonałą nauczany nawyk ruchowy, w innym go naruszają lub rujną. Doskonałym przykładem funkcjonowania tej reguły w praktyce, jest „gra do pięciu podań” często stosowana w początkowym stadium nauczania gry w piłkę siatkową. W poprowadzonej na żywioł, bez wyraźnie określonych reguł, (celów) każdy grający będzie chwycił i podawał piłkę po swojemu, byle jak. Wtedy jest to tylko gra-zabawa, której wartość szkoleniowa jest wątpliwa. To od prowadzącego zależy, czy udział w niej będzie sprzyjał kształtowaniu, doskonaleniu w/w trzech fundamentalnych części składowych odbicia sposobem górnym, czy będzie zakłócał i opóźniał tempo ich opanowania. Dopilnujmy więc aby w tej grze każdorazowo kontakt z piłką następował w stabilnej postawie (w doskoku na dwie stopy), aby uczniowie chwytali piłkę w układzie dłoni i palców dobrze dopasowanych do kształtu piłki i żeby podania wykonywane były wypchnięciem, a nie byle jakim rzutem np. jednorącz itp. Swego rodzaju testem czy nauczyciel potrafił dobrze wykorzystać walory podań i chwytów oburącz z przed piersi w celu dobrego opanowania wyżej omawianych trzech „punktów kluczowych” w nauczaniu przedwstępnym będzie fakt, że zdecydowana większość uczniów w klasie zaraz po klarownym pokazie i zwięzłym opisie potrafi poprawnie odbić 20 - 30 razy nad głową bez straty piłki. Proszę spróbować, to naprawdę działa. Jest rzeczą naturalną, że na kolejnych lekcjach będzie to wymagało utrwalenia i doskonalenia tej umiejętności w ćwiczeniach sprawności technicznej. Wyniki tego testu pokazują równocześnie, że uczniowie mogą przystępować do doskonalenia poznanych umiejętności także w grach uproszczonych właściwie dostosowanych do sprawności grupy i tematu lekcji.

Nowe gry uproszczone jako forma doskonalenia poznanych umiejętności w praktycznym działaniu.

Nauczane i uczenie się elementów techniki nie jest celem samym w sobie. Ma służyć przygotowaniu podopiecznych do aktywnego i satysfakcjonującego udziału w grze.

Wśród nauczycieli, instruktorów przeważa pogląd, że najważniejszym celem szkolenia jest opanowanie zgodnie z podręcznikowym opisem, poszczególnych elementów techniki. Obecnie w nauczaniu motorycznym widzi się ten problem nieco inaczej. Ceniony w świecie amerykański uczone R. Martens [4] uważa, że nauczyciele – instruktorzy kładą nadmierny nacisk na nauczanie umiejętności technicznych, zaniedbując kształcenie umiejętności podejmowania racjonalnych decyzji, czyli myślenia taktycznego, w sytuacjach wynikających z gry.

„Gry można się nauczyć tylko poprzez grę” twierdzi prof. Zb. Naglak

Zaś były kapitan, a obecnie trener kobiecej rep. USA K. Kiraly mówi w jednym z wywiadów: „Nie urodziłem się z talentem czytania gry (myślenia taktycznego), umiejętność tą nabyłem rozgrywając tysiące meczów”.

Kierując się postulatami wyżej przywołanych autorytetów, bardzo ważną częścią prezentowanego projektu jest racjonalne wykorzystanie nowych gier uproszczonych w celu doskonalenia poznawanych umiejętności w praktycznym działaniu od samego początku szkolenia. Stymulacja walką sportową skłoni grających do przyswajania podstawowych reguł myślenia taktycznego. Grający zyskiwać będą doświadczenie w odnajdywaniu słabych stron po stronie przeciwnika i ukrywania własnych. Z czasem nabiorą wprawy w podejmowaniu racjonalnych decyzji w sytuacjach stresu i ponoszenia odpowiedzialności za końcowy rezultat spotkania. Z tego powodu gry uproszczone prezentowane w tym projekcie mają nie zabawowy, lecz wyraźnie usportowiony charakter. Są należycie dopasowane do psychofizycznego rozwoju dzieci z klas III i IV – tych i nieco starszych. Specyficzne ustawienie 4-5-6 osobowych drużyn podczas gry poza liniami bocznymi swoich boisk pozwala na stosowanie urozmaiconych form organizacyjnych. A co najważniejsze nie ma w nich tzw. „gry na stojąco” (bołaczki szkolnej siatkówki) gdy gracz oczekuje na moment, aż piłka do niego przyleci. W tych grach dziecko wbiega tylko na jedną akcję. Obserwując tor nadlatującej piłki przemieszcza się na pole gry, odbija ją i zaraz opuszcza boisko. Od początku przyswajając zasadę, że kontakt z piłką w czasie gry z reguły następuje po przemieszczeniu się.

Boisko do siatkówki (9x18) przedzielone linią przez środek wzdłuż umożliwia wyznaczenie czterech pól gry o wymiarach 4,5 – 4,0 m szerokości i 4-5-6 m długości. Wysokość siatki dostosowujemy do wieku i sprawności uczniów. W tych warunkach wszyscy uczniowie klasy liczącej (16-20-24 i więcej osób) mogą uczestniczyć w dwóch rozgrywanych równolegle meczach, w niczym sobie nie przeszkadzając. Klasę dzielimy na cztery drużyny. Ze względów organizacyjnych najlepiej żeby gry odbywały się na czas np. 3-5-7-10 minut. Wówczas wszystkie spotkania zaczynają się i kończą o tej samej porze. Grający sędziują i liczą punkty sami, ogłaszając aktualny wynik przed wykonaniem zagrywki.

Pamiętajmy, że warunkiem pełnego zaangażowania i czerpania korzyści szkoleniowych i zadowolenia z gry przez ogół uczniów jest wcześniejsze poprawne opanowanie najpierw podań i chwytów oburącz z przed piersi (zgodnie z potrzebami gry w siatkówkę). A nieco później odbicia sposobem górnym. Gry w żadnym wypadku gry nie mogą odbywać się na zasadzie „dajemy piłkę nich dzieci sobie pograją”, bez liczenia punktów. Wtedy nie mają one większego znaczenia ani wychowawczego, ani szkoleniowego.

Rozgrywki możemy przeprowadzać na różne sposoby. Najprostsze rozwiązanie to podział klasy na cztery drużyny. Gdy mamy mało czasu możemy poprzestać na rozegraniu na dwóch boiskach po jednym spotkaniu (np. 10 minut ze zmianą boisk po 5 minutach). Szczegółowo temat ten rozwija autor w podręczniku „Nauczanie i uczenie się gry w siatkówkę” [3].

Schemat lekcji z zastosowaniem gier uproszczonych może mieć np. następujący przebieg:

W części pierwszej – rozgrzewka o charakterze ogólnorozwojowym oraz gra –zabawa orientacyjno-porządkowa.

W części drugiej - ćwiczenia sprawności specjalnej w formie ćwiczeń ukierunkowanych i ćwiczenia sprawności technicznej możliwie w dużym stopniu typu game - like jak w grze.

Część końcowa - to różne formy gier uproszczonych dostosowanych do poziomu umiejętności grających i aktualnie realizowanego tematu zajęć, stosowanych w ograniczonym wymiarze czasowym 10 – 15 - 20 minut.

Zawarte w projekcie treści kierujemy do osób posiadających uprawnienia instruktorskie oraz olbrzymiej rzeszy nauczycieli wychowania fizycznego nie będących specjalistami piłki siatkowej, ale doceniających wartości rekreacyjne tej popularnej dziedziny sportu. Wspólnym wysiłkiem możemy przyczynić się do znacznego poszerzenia bazy do rekrutacji dla sportu kwalifikowanego i pozyskania nowych zwolenników uprawiania gry w siatkówkę jako istotnego czynnika prozdrowotnego stylu życia.

PIŚMIENNICTWO:

- 1) Grządziel G., Szade D., Nowak B.,(2012) Piłka siatkowa. AWF Katowice.
- 2) Kulgawczuk R., (1995)Teoretyczne i empiryczne przesłanki uczenia się i nauczania techniki sportowej na przykładzie piłki siatkowej. US Szczecin.
- 3) Kulgawczuk R.,(2012) Nauczanie i uczenie się gry w siatkówkę. Przykładowy zestaw zajęć na cały semestr. ZUPiW Plewnia Jacek i Plewnia Maria s.c. Szczecin.
- 4) Martens R.,(2009) Jak być skutecznym trenerem. COS Warszawa.
- 5) Naglak Z., (2005) Nauczanie i uczenie się wielopodmiotowej gry z piłką. AWF we Wrocławiu.
- 6) Zatyrcz Z., Piasecki L., (2001) Piłka siatkowa. ZUPiW Plewnia Jacek,Plewnia Maria. Szczecin.
- 7)Wróblewski P., (2005) Piłka siatkowa w szkole – poradnik metodyczny.WSiP Warszawa.
- 8) Wróblewski P., (2011) Radosna siatkówka. PZPS-Akademia Polskiej Siatkówki. Warszawa.

Roman Kulgawczuk

Szczecin

Testy kompetencji jako czynnik motywacyjny w nauczania gry w siatkówkę

„Motywy kompetencyjne w nauczaniu i uczeniu się, są niewyczerpaną skarbnicą energii i zapału, jak dotąd mało wykorzystywaną w szkołach”
prof. J. Bruner

Nowa podstawa programowa dopuszczająca zróżnicowanie form realizacji zajęć wychowania fizycznego, stwarza perspektywę znacznego poszerzenia grona uczniów, którzy będą mieli możliwości opanowania określonego poziomu sprawności technicznej gry w piłkę siatkową. Mamy więc sprzyjające okoliczności aby zainteresować tą grą jak największą rzeszę uczniów przyczyniając się do powstawania piramidy o szerokiej podstawie. Na szczyt której wspinać się będą jednostki z ambicjami robienia karier w sporcie wyczynowym. Zaś szeroką podstawę utworzą osobnicy, dla których gra w siatkówkę będzie atrakcyjną formą aktywności ruchowej także po zakończeniu nauki w szkołach. Obecnie duża część nauczycieli WF koncentruje swoją uwagę, na uczniach utalentowanych ruchowo, pod kątem ich przydatności do rep. szkoły. Na boku ich zainteresowań jakże często pozostaje cała reszta klasy. Po pewnym czasie dzieci te na skutek braku postępów, poczują się odrzuconymi. Szybko zaczną tracić zainteresowanie naszymi zajęciami. Moja wieloletnia praktyka w charakterze nauczyciela WF i trenera p. siatkowej podpowiada, że warto poszukiwać rozwiązań, które od samego początku zapobiegałyby powstawaniu zbyt dużych różnic w tempie uczenia. Jak sobie radzić z tym problemem, dzielę się z Koleżankami i Kolegami moim doświadczeniem teoretycznym i praktycznym w artykułach zamieszczonych obok oraz w podręczniku pt. „Nauczanie i uczenie się gry w siatkówkę. Przykładowy zestaw zajęć na cały semestr”. Więcej danych o podręczniku i autorze można znaleźć na stronie <http://kulgawczuk.szczecin/> pl. Testy kompetencji mogą spełniać ważną rolę motywacyjną w zakresie efektywniejszego uczenia się i doskonalenia podstawowych elementów techniki i co jest godne podkreślenia, przez ogół dzieci w klasie, a nie tylko przez jednostki utalentowane

ruchowo. Wielu teoretyków a także nauczycieli WF, uważa iż nadużywanie ostrej rywalizacji na zajęciach WF, dla dużej grupy uczniów z góry skazanych na przegraną w tego typu współzawodnictwie, jest deprymujące i często zniechęca do udziału w naszych zajęciach. Jeśli więc mamy na uwadze ogół dzieci w klasie, wówczas bardziej stosownym będzie preferowanie innego rodzaju rywalizacji opartej na wypełnianiu przez uczniów, dobrze dostosowanych do ich aktualnych umiejętności tzw. standardów – norm. Każdy standard ma wyraźnie zaznaczony początek, opisany przebieg i zakończenie czyli cel (normę).

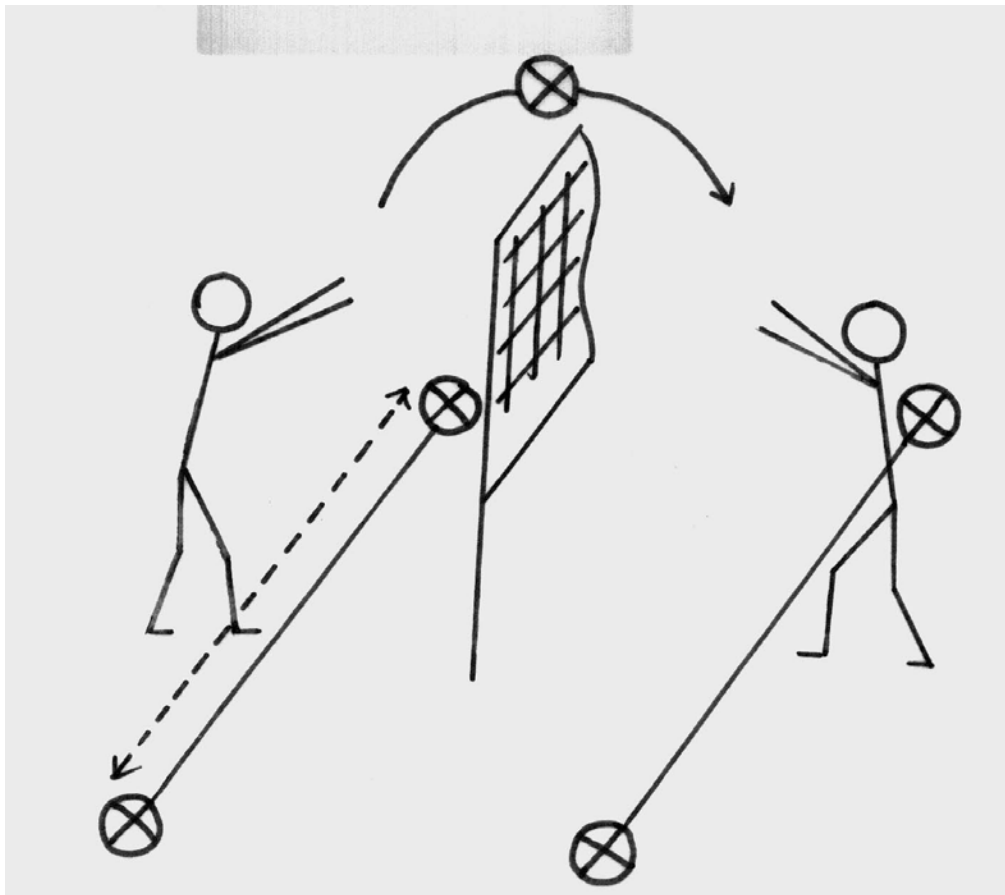
Ćwiczenia w „standardzie” nie mogą być ani zbyt łatwe, ani też zbyt trudne. Stopień trudności każdego standardu ustalamy na takim poziomie, aby szansę wykonania miało jak najwięcej (70-80-90%) uczniów, a równocześnie nie dawało 100 % gwarancji jego zaliczenia. Uczniowie wtedy z ufnością koncentrują się przede wszystkim na osiągnięciu celu, czyli wypełnieniu ustalonej normy. W ten sposób uczenie się i doskonalenie poznanych umiejętności odbywa się przy wzmożonej samokontroli ucznia, a więc zgodnie z postulatami pedagogów. Mechanizm ten od dość dawna jest wykorzystywany w sporcie wyczynowym. Przed paroma laty, przebywając w Bostonie miałem możliwość obserwowania trening koszykarzy drużyny Uniwersytetu Harvard (Liga Uniwersytecka). W ostatniej fazie treningu trener zaaplikował graczom wykonanie następującego ”standardu-normy”. Zadanie polegało na zdobyciu 36 pkt. rzucając 12 razy za 3 pkt. Zawodnicy, którzy tej normy nie wykonali (4 na 18 –tu), robili dodatkowe ćw. (pompki). Tak postawione zadanie zmusiło zawodników, (mimo zmęczenia) do pełnej koncentracji przy wykonaniu każdego rzutu. Prezentowane w tym doniesieniu propozycje standardów odnoszą się do początkowej fazy nauczania i doskonalenia odbicia sposobem górnym oburącz. Są one możliwe do zastosowania na lekcjach WF niemal w każdym ćwiczeniu technicznym. Droga postępowania zazwyczaj jest następująca. Najpierw uczniowie wykonują wybrane ćwiczenie bez wyznaczonych limitów. W pewnym momencie, gdy zauważymy osłabienie zainteresowania ćwiczeniem, co objawia się dużą ilością popełnianych błędów (strat piłek), wtedy przerywamy jego wykonywanie i wprowadzamy standard. W nim uczniowie wykonują to samo ćwiczenie, ale z wyraźnie ustalonymi normami (jako kryteriami oceny). W takim podejściu korzyści odnoszą przede wszystkim jednostki o przeciętnych uzdolnieniach, ale też uczniowie uzdolnieni ruchowo, bo w sumie oznacza to wydłużenie czasu na doskonalenie danego elementu techniki, przy pełnym skupieniu uwagi. Głównym celem jest tutaj to, aby satysfakcję z prawidłowo wykonanego zadania (standardu) odniosło jak najwięcej uczniów. Zaliczenie standardu w tych okolicznościach, uczeń odbiera jako sukces. To utwierdza w nim przekonanie o własnej wartości, dodaje pewności siebie, mobilizuje do dalszego wysiłku, wzbudza zainteresowanie naszymi zajęciami. Mechanizmu tego nie należy wykorzystywać zbyt często bo z czasem siła jego oddziaływania będzie malała. W mojej praktyce zawodowej w pracy z początkującymi , przygotowywałem na każde zajęcia 1 - 2 testy kompetencyjne. Oto szereg przykładów, które testowałem z uczniami i studentami. Zaczniemy od przykładów najłatwiejszych:

1) Zadanie polega na tym, że jeden uczeń wykonuje 20 odbić nad głową (na wysokość 50 cm bez straty piłki) drugi liczy i kontroluje właściwe wykonanie ćwiczenia.

Limity odbić ustala nauczyciel dostosowując każdorazowo do aktualnych umiejętności uczniów. W przykładowych ćwiczeniach „standardach” zawsze obowiązuje zasada, każda strata piłki powoduje, że ćwiczenie trzeba rozpocząć od początku.

2) Uczeń wykonujący standard, przemieszcza się krukiem dostawnym przez całą długość boiska (18 m). Odbija piłkę nad głową na wysokość około 50 cm.

- 3) W dwójkach uczeń odbija np. 20 razy nad głową, z klaśnięciem z przodu na wysokości klatki piersiowej pomiędzy odbiciami. Partner kontroluje wykonanie standardu i liczy ilość prawidłowych odbić..
- 4) Ćw. jak wyżej, lecz wykonywane w ruchu przemieszczając się krokiem dostawnym, od jednej do drugiej linii końcowej boiska i z powrotem.
- 5) Uczeń obija 20 razy nad głową. Pomiedzy odbiciami wykonuje dodatkowo klaśnięcie i dotknięcie dłońmi kolan. Partner liczy ilość prawidłowo wykonanych odbić.
- 6) Cw. jak nr 5 lecz wykonywane w ruch, krokiem dostawnym wzdłuż całego boiska (18 m).
- 7) Ćwiczenie (Ryc. 1) rozpoczyna uczeń, którego zadaniem jest wykonanie ustalonego limitu odbić przez siatkę. Następnie przemieszcza się krokiem dostawnym raz w jednym raz w drugim kierunku. Po dotknięciu piłki lekarskiej (pachołka) powraca na pozycję wyjściową i wtedy odbija piłkę do partnera. Dla ułatwienia zezwalamy partnerowi na dodatkowe odbicie nad głową .

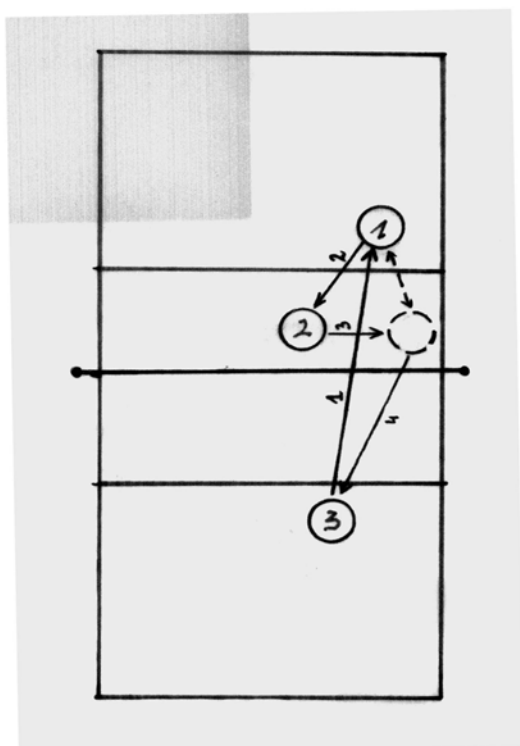


Rys 1

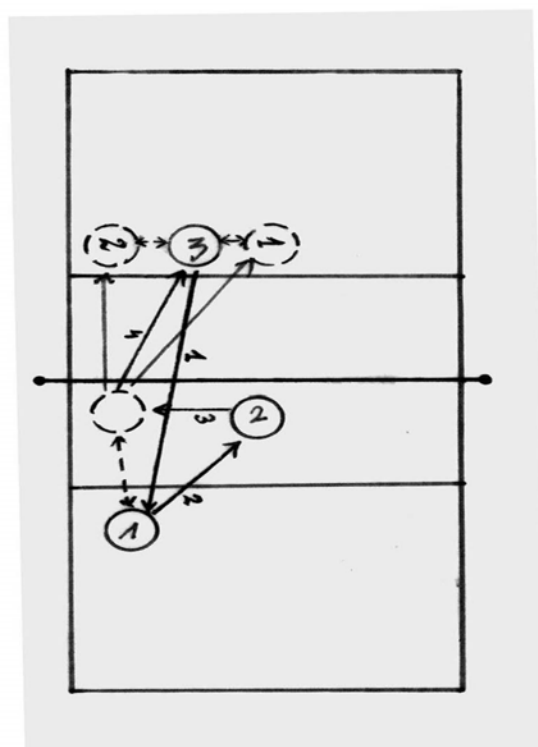
- 7) Uczeń wykonujący standard i jego partner znajdują się na liniach 3m po obydwu stronach siatki. Uczeń po odbiciu do partnera, dobiega do siatki dotyka dolnej taśmy, następnie wycofuje się na linię startu przyjmując pozycje gotowości.

Kolejne dwa ćwiczenia ukazują graczom na czyn polega fundamentalna zasada współdziałania w grze w siatkówkę. Od dokładności nagrania zależy jakość wystawy, a od niej w bardzo dużym stopniu skuteczność ataku, czyli całej akcji.

8) Ustawienie graczy jak na Ryc. 2. Standard wykonuje gracz nr 1. Dwaj pozostali starają się mu w tym pomóc. Jego zadanie polega na dokładnym nagraniu do wstawiającego gracza nr2 znajdującego się pod siatką, a otrzymaną wystawę przebić do gracza nr3 po drugiej stronie siatki. Następnie tyłem wycofać się na pozycję wyjściową za linię 3 metrów. Nauczyciel ustala normę prawidłowo przebitych nad siatką piłek, z zachowaniem ciągłości gry.



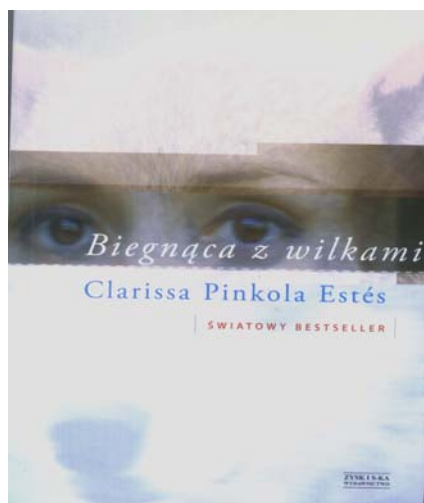
Rys 2



Rys 3

9) Ćw. Jak nr 8 z tą różnicą, że gracz (po drugiej stronie siatki) po odbiciu do wykonującego standard, przemieszcza się raz w lewo lub w prawo jak na (Ryc. 3). Wykonujący standard uczeń musi więc obserwować w jakim kierunku przemieszcza się gracz nr 3 i tam skierować przebijaną piłkę. Limit odbić ustala nauczyciel dostosowując do poziomu umiejętności uczestników zajęć.

W początkowym stadium nauczania i uczenia się techniki gry w piłkę siatkową stosowanie testów kompetencji podobnie jak organizowanie nowych gier uproszczonych (piszemy o tym obok) mają na celu oferowanie dzieciom z klas IV I V siatkówki w jak najbardziej atrakcyjnej formie.



Clarissa Pinkola Estes. Biegnąca z wilkami. Zysk i S-ka 2015

To piękna ale niełatwa w czytaniu prezentacja filozofii Junga. Łatwiej tę filozofię zrozumieć czytając Estes niż samego Junga. W recenzjach napisano między innymi :

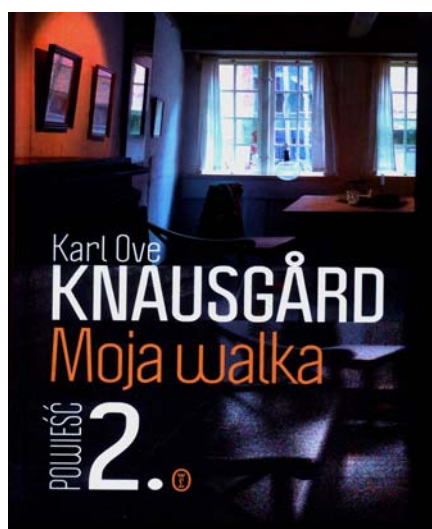
„Clarissa Estes w swojej książce, której napisanie pochłonęło jej dwadzieścia jeden lat, odkrywa różnorodność międzykulturowych mitów, baśni i legend, wnikliwie je analizując, co sprawia, że opowieści te stają się pełne nieznanym dotąd treści i znaczeń”.

„Autorka zaprasza zarówno kobiety, jak i mężczyzn do królestwa ducha prawdy — ducha, który rozbudza, uzdrowia, rzuca wyzwania, łączy i raduje.”

Karl Ove Knausgård. Moja walka. WL 2015

Pisarz norweski. Autor wielomilionowego bestsellera.

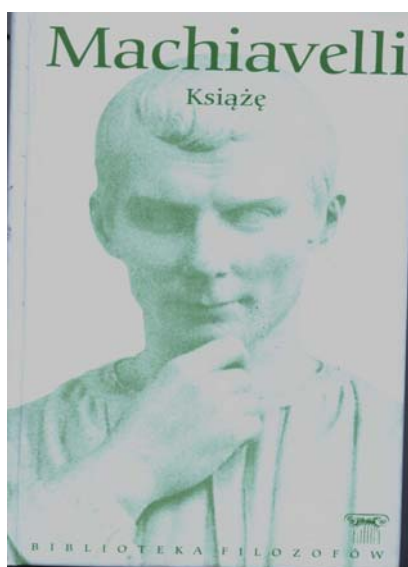
„Moja walka”. Ten autobiograficzny sześciotomowy cykl wywołał międzynarodową burzę wśród czytelników i krytyków, obsypany nagrodami, stoi na półce w domu co dziewiątego Norwega, *Knausgård pisząc książkę o sobie i swojej rodzinie, zawarł w niej doświadczenie 30 i 40-latków, ludzi wolnych zawodów, którzy starają się być zaangażowanymi, rodzicami, dzielić czas między dzieci i pracę zawodową, i coraz bardziej się frustrują*”. Kiedy słyszymy żądania aby pisarze pisali o zwykłym życiu codziennym możemy polecić Knausgård. On potrafi pisać o tym najlepiej”. Jednych to satysfakcjonuje, innych nudzi ale nudzi intelektualnie a to już jest coś...



Machiavelli Książę. Hachette Livre Polska 2009

Kiedy toczy się walka o władzę i pojawia się np. takie zjawisko jak „Kukiz”, zadajemy sobie pytania co się dzieje ? Może Machiavelli to objaśni ...*Dla pozyskania władzy nie potrzeba ani szczególnej dzielności, ani szczególnego szczęścia, lecz raczej szczęśliwego sprytu. Otóż powiem, że dochodzi się do niej albo przez przychyłność ludu, albo przez przychyłność możnych...*

...lud nie chce poddać się władzy i uciskowi możnych, a możni pragną rządzić ludem i uciskać go; te dwa sprzeczne dążenia wywołują jeden z trzech skutków, albo władzę książęcą, albo wolność, albo bezrząd... ...gdy obywatele potrzebują rządu, wtedy każdy biegnie, każdy przyrzeka i każdy gotów, gdy śmierć daleko, umrzeć za niego, lecz w czasach burzliwych, kiedy państwo potrzebuje obywateli wtedy znajdzie ich niewielu...



Czytajmy aktualne, ciekawe wiadomości z różnych prozdrowotnych portali

W Liderze cytujemy sygnalnie wybrane fragmenty interesujących informacji i zachęcamy do czytania ich pełnych wersji na www.medexpress.pl; www.rynekzdrowia.pl i innych. Jak czytasz to wiesz.

Ustawa o zdrowiu publicznym nie załatwia wszystkiego

Medexpress

[Iwona Schymalla](#)

17 czerwca 2015

W rozmowie z Iwoną Schymallą mówi konsultant w dziedzinie zdrowia publicznego prof. dr hab. n.med. Mirosław J. Wysocki.

...Ustawa o zdrowiu publicznym została przygotowana przez mały zespół pod kierownictwem minister Małeckiej-Libery. Ja uczestniczyłem w tym procesie. Ustawę tę zrobiliśmy praktycznie w trzy-cztery tygodnie. Potem długo była poprawiana w Ministerstwie Zdrowia, powiedziałbym, że nie najlepiej...

...To co udaje się rozwiązywać systemowo to są sprawy kardiologiczne, gdzie zmiana stylu życia współgra z gęstą siecią kardiologii interwencyjnej. ..

...Na choroby układu krążenia w dzisiejszym dniu umrze około czterystu pięćdziesięciu do pięciuset osób...

...Dziś umrze około dwieście siedemdziesiąt osób na nowotwory...

Nasze zdrowie publiczne

Medexpress, [Ewa Borek](#), 22 czerwca 2015

...Fundacja MY Pacjenci wyręczyła urzędników w przeprowadzeniu konsultacjach społecznych ustawy o zdrowiu publicznym i zebrała opinie ponad 50 organizacji pacjenckich, niezrzeszonych pacjentów i obywateli, w sumie 2192 opinie. Konsultacje społeczne online przeprowadzone przez Fundację trwały tydzień w kwietniu 2015 roku. Co uznaliśmy za priorytety dla zdrowia publicznego?...

...Po pierwsze, głód informacji jest ogromny. Potrzebne są pilnie rzetelne, autoryzowane, prowadzone przez instytucje publiczne odpowiedzialne za zdrowie, ale podane w nowoczesny sposób, z wykorzystaniem multimediów, infografik, mediów społecznościach portale dotyczące zagadnień zdrowia publicznego...

...nie da się już ukryć, że także obywatele widzą jaki jest najpoważniejszy problem zdrowia publicznego. Identyfikują to bez trudu, choć system publiczny nie wydaje na promocję czy profilaktykę w tym obszarze ani złotówki...

...z konsultacji wynika, że nie da się poprawić zdrowia publicznego i zrealizować jego celu jakim jest wydłużenie średniej długości życia Polaków w zdrowiu, jeśli nie poprawi się dostęp do lekarzy specjalistów, do diagnostyki i do informacji

...Uważamy, że osoby zachowujące się ryzykownie, nadużywając alkoholu i palące papierosy, powinny płacić wyższe składki zdrowotne...

...Zaproponowana ustawa o zdrowiu publicznym nie była najlepsza. Niewiele mówiła o stronie merytorycznej – nie definiowała priorytetów, zakresu jaki obejmuje, ustalała tylko budżet i osobę pełnomocnika odpowiedzialnego za dalsze prace. Zobaczyliśmy, że w miarę postępu prac nad ustawą staje się ona jeszcze gorsza

...Zrozumieliśmy, że nie ma co popierać czegoś, co z założenia nie mogło być dobre. Bez uwzględnienia opinii pacjentów czy obywateli nie powstanie nigdy dobre prawo w ochronie zdrowia... Raport z konsultacji społecznych ustawy o zdrowiu publicznym dostępny jest pod linkiem <http://mypacjenci.org/images/raporty/Raport-zdrowie-publiczne.pdf>

CBOS: wyborcy głównych sił politycznych chcą państwa opiekuńczego

PAP/Rynek Zdrowia 23 czerwca 2015

„Wyborcy głównych sił politycznych w Polsce uważają, że państwo powinno zapewnić obywatelom takie świadczenia jak opieka zdrowotna czy szkolnictwo - wynika z sondażu CBOS.

Takiego zdania jest 90 proc. wyborców SLD, 85 proc. - PiS, 83 proc. - PSL, a także 79 proc. wyborców PO”.

Na rządzie projekt ustawy o zdrowiu publicznym

Medexpress, [Alicja Dusza](#), 23 czerwca 2015

...Długo oczekiwany projekt ustawy o zdrowiu publicznym trafi na posiedzenie rządu. Co przewiduje projekt?

...W uzasadnieniu czytamy, że potrzeba przygotowania projektowanej ustawy wynika przede wszystkim z konieczności utworzenia mechanizmów pozwalających na osiągnięcie poprawy zdrowotnej społeczeństwa. Celem ustawy jest utworzenie struktur odpowiedzialnych za koordynację i monitorowanie działalności władz publicznych wpływających na zmianę stanu zdrowia populacji, a także zapewnienie stabilnych mechanizmów finansowania.

Wśród największych problemów zdrowia publicznego wymienione są choroby układu krążenia, nowotwory, choroby układu oddechowego oraz cukrzyca, które spowodowane są przez palenie, nadmierne spożycie alkoholu, nieprawidłową dietę i niewystarczającą aktywność fizyczną. Kluczową rolę będzie odgrywać profilaktyka....

...Narodowy Program Zdrowia Publicznego zakłada cele takie jak m.in. walkę z otyłością i cukrzycą, zmniejszenie odsetka palących i pijących alkohol, aktywizację fizyczną wśród Polaków...

Ustawa o Zdrowiu Publicznym zagrożona ?

(Tytuł od redakcji Lidera)

26.06.2015 **PAP**

(Artykuł otwarty w ramach bezpłatnego limitu prenumeraty)

Doradca prezydenta ds. zdrowia **Maciej Piróg** powiedział podczas Europejskiego Kongresu Medycznego w Gdańsku, że projekt ustawy o zdrowiu publicznym "został bardzo okrojony". Nie wiadomo też, czy ustawę uda się przyjąć do zakończenia kadencji obecnego parlamentu. Podczas dyskusji na temat zdrowia publicznego w piątek w czasie Europejskiego Kongresu Medycznego w Gdańsku doradca prezydenta ds. zdrowia **Maciej Piróg** powiedział, że projekt ustawy o zdrowiu publicznym "został bardzo okrojony". "Ja przestaję dziś firmować (ten dokument - PAP); jestem jednym z ośmiu ekspertów, którzy byli zaproszeni do prac nad przygotowaniem projektu" - tłumaczył. Jak mówił podczas debaty, "po raz pierwszy od dłuższego czasu dyskusja i konsultacje społeczne projektu zdrowia publicznego uzyskały bardzo wysoką notę, bardzo wysoką notę otrzymała pani minister i na końcu się okazało, że rząd tego ministra zablokował własną ustawę".

Chodzi o usunięcie zapisu o utworzeniu Funduszu Zdrowia Publicznego i nie wiadomo, czy zaakceptowana zostanie propozycja powołania pełnomocnika rządu ds. zdrowia publicznego. Uczestniczący w dyskusji zastępca dyrektora Departamentu Zdrowia Publicznego w ministerstwie zdrowia, **Dariusz Poznański** przyznał, że pierwotny projekt ustawy przewidywał finansowanie zdrowia publicznego dzięki utworzeniu państwowego funduszu celowego.

"Zgodnie z uwagami ministerstwa finansów zmieniliśmy ten wehikuł (...) to będzie po prostu

zwiększenie [budżetu](#) ministerstwa zdrowia" - tłumaczył. Zapewnił, że "będą to dodatkowe +znaczone środki+". Podał, że w 2016 r. finansowanie pochodziłoby z rezerwy celowej, natomiast w następnych latach mają to być pieniądze celowane na realizację ustawy o zdrowiu publicznym albo przede wszystkim na Narodowy Program Zdrowia Publicznego. Przyznał, że w sprawie pełnomocnika "ostateczna decyzja jeszcze nie zapadła i dyskusja cały czas trwa".

Doradca prezydenta ds. zdrowia **Maciej Piróg** wyjaśnił, że przygotowujący projekt "widzieli pełnomocnika rządu ds. zdrowia publicznego jako ministra zdrowia publicznego w randze wicepremiera (...) chodziło o to, żeby pokazać, jak to jest istotne". Przypomniał, że początkowo planowano budżet na [zdrowie](#) publiczne w wysokości ok. 3 mld zł, a - jak podkreślił - "skończyło się na 274 mln zł".

"Jeżeli pozostawimy to w gestii ministra zdrowia, to na zdrowie publiczne nie zostanie prawie nic; zawsze minister zdrowia wyda pieniądze na medycynę naprawczą, a nie na profilaktykę i promocję zdrowia" - argumentował.

Piróg zaapelował do uczestniczącego też w dyskusji szefa sejmowej komisji zdrowia o to, że "jeżeli projekt ustawy tak okrojony znajdzie się w parlamencie, to żeby przynajmniej przywrócić go do stanu pierwotnego, albo jeszcze bardziej poprawić".

Przewodniczący sejmowej komisji zdrowia, poseł **Tomasz Latos** przyznał w rozmowie z PAP, że "jeżeli sytuacja nie zmieni się, to szanse na przyjęcie projektu ustawy w tej kadencji Sejmu są naprawdą niewielkie". "Projekt miał trafić do komisji najpierw pod koniec maja, później na początku czerwca, zaraz mamy lipiec, a projekt jeszcze do nas nie dotarł" - tłumaczył. Zadeklarował, że "jak tylko dokument wpłynie, to natychmiast komisja rozpocznie pracę".

"Nie chciałbym uchylać złego prawa, ale mam świadomość, że w końcu coś trzeba w tym zdrowiu publicznym zrobić; trzeba prawo uchwalić, nawet jeżeli będzie musiało być później doskonałe" - powiedział.

Andrzej Fal z Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu zwrócił uwagę, że "wiemy, iż zdrowie publiczne kosztuje bardzo dużo, ale jest to inwestycja o bardzo wysokiej stopie zwrotu, tylko - niestety - długoterminowa". Tłumaczył, że "dzięki temu można zaoszczędzić w przyszłych budżetach ministerstwa zdrowia i pokrewnych krotkość, od 30 do stukrotności, w zależności od horyzontu czasowego, tylko, że horyzont czasowy rozpoczyna się od 30 do 50 lat więc trzeba mieć cierpliwość dobrego inwestora".

Wśród głównych założeń Narodowego Programu Zdrowia, przedstawionych przez wiceminister zdrowia **Beatę Malecką-Liberę** w marcu, było m.in. zmniejszenie do 2025 r. o 10 proc. liczby osób nieuprawiających aktywności fizycznej, a także osób szkodliwie pijących alkohol. Inne to zmniejszenie w ciągu pięciu lat odsetka osób palących o 2 pkt proc. oraz zmniejszenie do 2025 r. skali otyłości i liczby przypadków cukrzycy (PAP)

12 mld na ochronę zdrowia. Na co zostaną przeznaczone te pieniądze?

[Alicja Dusza](#). Medexpress .30 czerwca 2015

...Polska uzyskała od Komisji Europejskiej gwarancję otrzymania 12 mld zł finansowego wsparcia projektu planu ratunkowego dla ochrony zdrowia. To niemal równowartość 20 proc. rocznego budżetu Narodowego Funduszu Zdrowia...

...Większość pieniędzy trafi na inwestycje i modernizację oraz nowe wyposażenie szpitali, podstawową opiekę zdrowotną (POZ) i ambulatoryjną opiekę specjalistyczną (AOS), kształcenie kadr medycznych i profilaktykę zdrowotną...