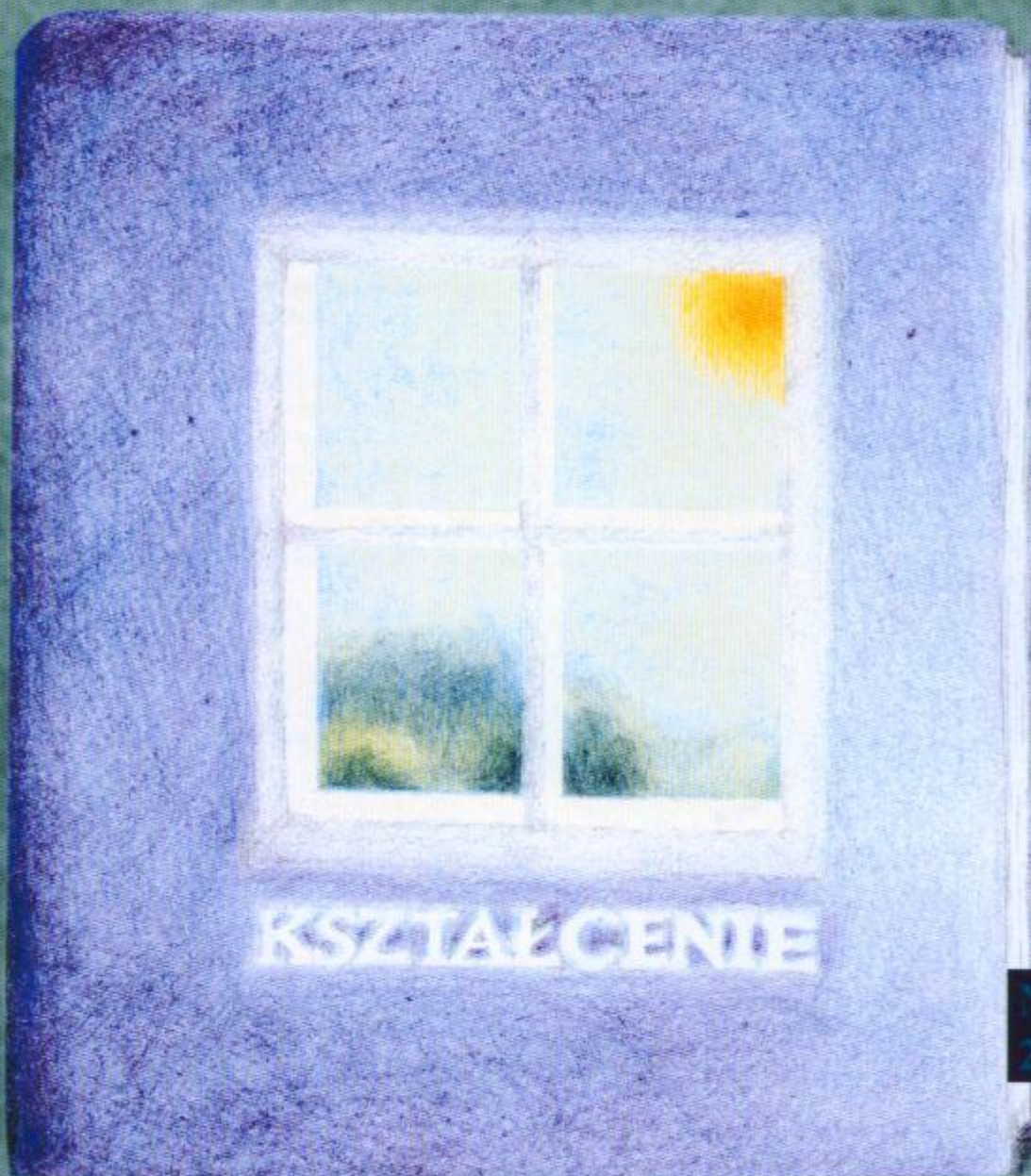


Nr ISSN 1641-4497

PROMOTOR

Z D R O W I A



NR 4 (38)
2 0 0 4

Promocja zdrowia nigdy nie zajmie znaczącego miejsca w społeczeństwie, jeśli nie przyjmie pewnych standardów i kwalifikacji. Dla wzmocnienia znaczenia promocji zdrowia należy więc rozwijać role zawodowe i kwalifikacje.

Szerokie spektrum oddziaływań w promocji zdrowia wymaga pełnienia czterech głównych funkcji:
eksperta, rzecznika, osoby umożliwiającej (*enabler*)
i lidera zmian (*facilitator*).

R. Grossmann, K. Scala

Kwartalnik adresowany jest do organizatorów promocji zdrowia we Wrocławiu i w Województwie Dolnośląskim.

Redagowany jest we współpracy z:

Stowarzyszeniem Jednostek Służby Zdrowia Promujących Zdrowie.

Wydziałem Zdrowia Urzędu Miejskiego Wrocławia,

Poddyplomowym Studium Promocji Zdrowia

przy Akademii Wychowania Fizycznego we Wrocławiu.

Kolegium redakcyjne:

Lesław Kulmatycki, Renata Niemierowska, Władysław Sidorowicz

Opracowanie graficzne: MC-K.

Przygotowanie i druk: Partner System

Redakcja zastrzega sobie prawo skracania i redagowania nadesłanych tekstów.

Adres Redakcji:

“Promotor Zdrowia”, Akademia Wychowania Fizycznego, (Z-d Psychologii),

51-612 Wrocław, ul Paderewskiego 35,

tel: (071) 34 73 324, e-mail: leslaw.kulmatycki@awf.wroc.pl

Możliwość nabycia pisma:

Osoby lub instytucje zainteresowane nabyciem aktualnych lub archiwalnych numerów pisma proszone są o kontakt:

Stowarzyszenie Jednostek Służby Zdrowia Promujących Zdrowie.

adres: 53-413 Wrocław, pl. Hirszfelda 12

telefon: 36-89-254, e-mail: jolekkot@interia.pl

regon 932890819, NIP 899-24-69-619, KRS 0000137621 z dnia 04.11.2002

konto: PKO BP SA I O/Wrocław numer 12 1020 5226 0000 6102 0157 5190

Profesjonalizacja

Prezentujemy Czytelnikom numer "Promotora" poświęcony dokonaniom i doświadczeniom Podyplomowych Studiów Promocji Zdrowia przy AWF we Wrocławiu.

W Polsce, w odróżnieniu od Finlandii, promocja zdrowia wydaje się wciąż stawiać pierwsze kroki i daleko do chwili, w której np. stanie się przedmiotem nauczania w szkołach podstawowych i średnich lub przedmiotem egzaminu dojrzałości. Musimy uzbroić się w cierpliwość - postrzeganie promotora zdrowia jako profesjonalisty, eksperta i lidera zmian wymaga czasu, ale nastąpi nieuchronnie.

To, co w tej dziedzinie osiągnięto w naszym regionie - rozwój promocji zdrowia we Wrocławiu i na Dolnym Śląsku napawa optymizmem.



Renata Niemierowska - redaktor

W numerze:

Od redakcji	strona 1
Temat wiodący	
Od paru lat systematycznie	strona 2
Profesjonalista w promocji zdrowia	strona 3
Prezentacje	
Absolwenci podyplomowych studiów promocji zdrowia	strona 10
Wykładowcy podyplomowych studiów promocji zdrowia	strona 16
Program	
Rowerem bliżej do zdrowego stylu życia	strona 17
Ku Europie	
Historia sukcesu z Finlandii	strona 30
Wyzwania w zakresie budowania programu i metodologii jego nauczania oraz kształcenia nauczycieli.	
Gra w karty	
„kształcenie”	strona 32

Autorzy:

Ewa Flejszar
Lasse Kannas
Lesław Kulmatycki
Dorota Langner
Renata Niemierowska
Barbara Woynarowska

Od paru lat systematycznie

wzrasta w Polsce grupa osób zajmujących się promocją zdrowia. Czy można zatem mówić o profesjonalizmie, czy też raczej tylko o próbie sondowania i o wstępnych zainteresowaniach modną w krajach europejskich dziedziną? Każdy racjonalnie myślący twórca określonej polityki zdrowotnej zdaje sobie sprawę, że rozwój promocji zdrowia w dużym stopniu zależy od możliwości rozwoju samych ról zawodowych w tym obszarze zawodowym. Póki co, nie istnieje w Polsce ani przyjęty system kształcenia, ani określony profil kwalifikacji promotora zdrowia. Jedną z najważniejszych przesłanek tworzenia takiego profilu powinno być założenie, że wykształcenie powinno mieć charakter interdyscyplinarny a kwalifikacje promotora zdrowia nie powinny ograniczać się do jednej grupy zawodowej. Zgodnie z filozofią promocji zdrowia grupa promotorów zdrowia powinna się cechować otwartością i elastycznością w podchodzeniu do problemów zdrowotnych i ich rozwiązywania. Promotor zdrowia powinien łączyć racjonalną precyzję profesjonalisty z intuicją lidera umożliwiającą elastyczne i szerokie widzenie kontekstu problemu. Profesja wskazuje na to, że jest to praca zawodowa, zajęcie, fach, to formalne zajęcie wykonywane na podstawie pogłębionych studiów i specjalistycznego doświadczenia. Profesjonalista posiada solidne merytoryczne przygotowanie, które obliguje go do konsekwentnego i odpowiedzialnego postępowania według określonych racjonalnych reguł, wynikających z wykonywanego zawodu. Lider natomiast jest bardziej autorytetem ligitymizowanym przez określoną społeczność czy grupę. W tym wypadku bardziej liczy się charyzma i własna postawa niż dyplomy i certyfikaty.

W tym numerze "Promotora" prezentujemy, a raczej podsumowujemy dotychczasowe doświadczenia funkcjonowania Podyplomowych Studiów Promocji Zdrowia powstałych z inicjatywy Urzędu Miejskiego i Akademii Wychowania Fizycznego we Wrocławiu. Konstruktywne porozumienie obu instytucji, łączące praktyczne doświadczenia Wydziału Zdrowia UM i wiedzę akademicką Akademii pozwoliły na stworzenie miejsca kształcenia sporej grupy promotorów, odgrywających ważną rolę w rozwoju promocji zdrowia nie tylko we Wrocławiu czy Dolnym Śląsku. Chciałbym w tym miejscu podziękować wszystkim absolwentom za Ich wkład w rozwój Studiów oraz promocji zdrowia. Chciałbym też zwrócić uwagę czytelników na materiał otrzymany od prof. Barbary Woynarowskiej o fińskich rozwiązaniach w odniesieniu do edukacji zdrowotnej w szkole. W moim odczuciu bardzo trafnie ilustruje dylematy kształcenia w szkołach, a że jesteśmy już jedną Unią, to dotyczy również i nas.

L. Kulmatycki



Lesław Kulmatycki

Profesjonalista w promocii zdrowia*

*Promocja zdrowia nigdy nie zajmie znaczącego miejsca w społeczeństwie,
jeśli nie przyjmie pewnych standardów i kwalifikacji.
Dla wzmocnienia znaczeni promocji zdrowia należy więc rozwijać
role zawodowe i kwalifikacje*

(Grossmann, Scala, 1991, s. 32).



Profesja, to *praca zawodowa, zajęcie, fach* (Słownik, 1997), to *zajęcie wykonywane na podstawie pogłębionych studiów i specjalistycznego doświadczenia* (Oxford, 1974). Profesjonalista to osoba znająca się na tym co robi, posiada solidne przygotowanie teoretyczne i doświadczenie, które obliuguje go do konsekwentnego i odpowiedzialnego postępowania wg określonych racjonalnych reguł wynikających z wykonywanego zawodu. Przy długofalowej strategii konsekwentnego realizowania programów promocji zdrowia, podejście profesjonalne jest jedynie rozsądnym rozwiązaniem.

* artykuł niniejszy opracowany jest na podstawie książki autora „Promocja zdrowia w kulturze fizycznej, kryteria dobrej praktyki” wyd. przez AWF Wrocław.

Według R. Grossmanna i K. Scali szerokie spektrum działania w promocii zdrowia wymaga pełnienia czterech głównych funkcji: **eksperta, rzecznika, osoby umożliwiającej (enabler) i lidera zmian (facilitator)**. W samej grupie ewaluatorów w promocii zdrowia można wymienić kilka grup. L. Baric wymienia pięć grup specjalistów: specjalista promocji zdrowia w zakresie planowania i wdrażania programów, eksperci medyczni w odniesieniu do konkretnych problemów chorobowych, eksperci w zakresie metod badawczych w promocii zdrowia, eksperci w zakresie zarządzania jakością w promocii zdrowia, eksperci w zakresie ewaluacji promocji zdrowia. Zasadniczo w zakresie promocji zdrowia wyróżnić należy dwie główne grupy „promotorów zdrowia”: grupę zarządzającą i grupę wykonawczą.

kształcenie

organizatorzy

Grupa pierwsza może być określana jako **organizatorzy promocji zdrowia**, gdzie należałoby wymienić:

- „menedżera promocji zdrowia” lub „planistę promocji zdrowia” - osobę o najszerszych kompetencjach, mającą wpływ na strategiczne decyzje reprezentowanej instytucji;
- „koordynatora programów promocji zdrowia” - osobę o wysokich kompetencjach organizacyjnych, mającą łatwość dostrzegania i scalania wielu elementów programu;
- „konsultanta ds. ewaluacji programów promocji zdrowia”, który specjalizuje się w szacowaniu wartości samego procesu czy też oceny skutków po przeprowadzonej interwencji. Jest to najbardziej istotna część programów zdrowotnych. To dzięki tej części promocja zdrowia zyskała swoją wysoką rangę.

wykonawcy i realizatorzy

Grupa druga to **wykonawcy i realizatorzy promocji zdrowia**. Znajdują się tu zarówno wykonawcy bezpośredni, mający kontakt z adresatami programów, jak i wykonawcy pośredni, nadzorujący wdrażanie i monitorowanie programów. W zależności od wykształcenia, umiejętności i doświadczenia można mówić o szerokiej grupie. Można wymienić przykładowo specjalistę ds. profilaktyki uzależnień, specjalistę ds. promowania zdrowego stylu życia, specjalistę ds. współpracy z małymi czy specyficznymi grupami, specjalistę ds. współpracy z mass media, specjalistę ds. współpracy międzysektorowej, specjalistę ds. rozwoju lokalnych społeczności itp. Wymieniona grupa specjalistów mieści się w szerokiej formule promocji zdrowia zaproponowanej przez Kartę Ottawską czy przez Konferencję Dżakarcką

W ostatnich dwóch dekadach, podobnie jak narastające były pytania o jakościową stronę usług w zakresie promocji zdrowia, tak też coraz istotniejsze były pytania o profesję oraz kto jest profesjonalistą w tej dziedzinie. Z badań wynika, że w tych krajach, gdzie edukacja zdro-

wotna i promocja zdrowia nie jest wykonywana przez osobną grupę profesjonalnych specjalistów, tam problem kompetencji i kształcenia staje się najważniejszy. Znaczna część zachodnich badaczy takich jak Meizerow, Mendoza, Parker, Fresta, Levin, Zeglio, Greiner, Valiga, Davies, Ottoson, a zajmujących się analizą kompetencji specjalistów w promocji zdrowia oraz ich zawodowym przygotowaniem do pracy, podkreśla rolę wielodyscyplinarnego kształcenia oraz kształcenia otwartego na zmieniające się uwarunkowania. Szczególnie dotyczy to konieczności uczenia nastawionego na wyprzedzanie problemów oraz umiejętne dostosowywanie strategii interwencyjnych do problemu.

treści kształcenia

Kolejnym ważnym tematem są **treści kształcenia**. Jaki zakres wiedzy i umiejętności powinien być dostarczony studentom?

W Polsce edukator zdrowia w odróżnieniu od promotora zdrowia jest specjalistą bardziej znanym. Choć w zakresie promocji zdrowia nie ma „formalnych” zawodów, to jednak w niektórych instytucjach zatrudniani są pracownicy pełniący funkcję „edukatorów” czy „promotorów” zdrowia. Szkoła w Polsce szybciej niż służba zdrowia zauważyła korzyści wynikające z promocji zdrowia – oczywiście nie w wymiarze powszechnym. Jest to proces długofalowy i mocno sprzężony ze zmianami, które się dokonują w innych obszarach życia społecznego. Edukacja zdrowotna i demokratyzacja życia społecznego są ze sobą nierozdzielnie połączone.

W wielu ośrodkach kształcących promotorów zdrowia od kilkunastu lat realizowane są studia w trybie dziennym i podyplomowym. Europejski Związek Specjalistów Promocji Zdrowia (*The European Union Masters in Health Promotion – EUMAHP*) na podstawie analizy programów 21 ośrodków akademickich z dziewięciu krajów zaproponował ujednolicone podstawy programowe dla kształcenia w tej dziedzinie. Na ich podstawie można zaproponować cztery szczeble kompetencji.

cztery szczeble kompetencji

SZCZEBEL	ZAKRES	KOMPETENCJE TEORETYCZNE	KOMPETENCJE PRAKTYCZNE
kształcenia obowiązkowego	wychowanie zdrowotne i edukacja zdrowotna, promocja zdrowia w szkole	wiedza podstawowa dotycząca zdrowia w odniesieniu do środowiska szkolnego (szkoła promująca zdrowie)	umiejętności związane z planowaniem i realizacją programów zdrowotnych wśród dzieci i młodzieży
kształcenia w ramach specjalności	promocja zdrowia	wiedza rozszerzona na temat zdrowia i teorii promocji zdrowia	umiejętności organizacji procesu promocji zdrowia od diagnozy do ewaluacji
kształcenia podyplomowego	promocja zdrowia	wiedza rozszerzona plus doświadczenie na temat zdrowia i teorii promocji zdrowia	umiejętności organizacji procesu promocji zdrowia od diagnozy do ewaluacji oraz prowadzenia zespołów interdyscyplinarnych
kształcenia doktoranckiego	promocja zdrowia	wiedza rozszerzona plus wiedza pogłębiona w jednej z dziedzin teorii promocji zdrowia	umiejętności organizacji procesu promocji zdrowia od diagnozy do ewaluacji poparte doświadczeniem zawodowym, naukowe prace badawcze w zakresie promocji zdrowia

6 grup kompetencji

Na podstawie doświadczenia w pracy z zespołami promocji zdrowia oraz pracy z grupami studentów podyplomowych studiów promocji zdrowia opracowana została lista podstawowych kompetencji promotora zdrowia. Lista obejmuje sześć grup kompetencji.

1. Kompetencje koncepcyjne to umiejętności całościowego ogarniania tematu lub problemu oraz umiejętności poszukiwania twórczych i niekonwencjonalnych rozwiązań.

4. Kompetencje komunikacyjne to umiejętności interpersonalne oraz medialne na rzecz współpracy z innymi osobami czy przedstawicielami instytucji, organizacji.

2. Kompetencje organizacyjne to umiejętności sprawnego działania oraz przechodzenia od jednego do następnego etapu realizowanego zadania lub programu i dostrzegania związków między nimi.

5. Kompetencje współpracy to umiejętności nawiązywania kontaktów z instytucjami, organizacjami, konstruowania koalicji i sojuszy oraz praktycznego włączenia do realizowanych zadań.

3. Kompetencje edukacyjne to umiejętności samokształcenia oraz przekazywania wiedzy i informacji innym oraz uczenia się od innych, dotyczy pojedynczych osób, jak i całych grup.

6. Kompetencje marketingowe to umiejętności sprawnego reklamowania i prezentacji swoich usług i osiągnięć oraz umiejętności negocjacji.

kształcenie



Sukiennice 9, 51-107 Wrocław
tel. 44-77-95, 40-82-00
fax 44-80-56, ttx 0712290

PREZYDENT WROCŁAWIA

SP.0717-2/97

Wrocław, 6.01.1997 r.

Jego Magnificencja
prof. Zdzisław Zagrobelny
Rektor
Akademii Wychowania
Fizycznego we Wrocławiu

Szanowny Panie Profesorze,

dziękuję za list i informacje dotyczące powołania Podyplomowego Studium Promocji Zdrowia.

Wrocławski samorząd jest zwolennikiem praktycznych działań na rzecz profilaktyki i promocji zdrowia - prowadzone od kilku lat w tym zakresie akcje przynoszą już konkretne rezultaty.

Wielodyscyplinarność promocji tej dziedziny naszego życia z jednej strony wymaga współpracy z różnymi instytucjami, a z drugiej włączenia się do pracy odpowiednio przygotowanych specjalistów. W całym regionie dolnośląskim nie ma jednak możliwości uzupełnienia wykształcenia w tej dziedzinie, mam więc nadzieję, iż powołanie tego kierunku okaże się decyzją uzasadnioną i oczekiwaną.

Popierając ideę powołania Studium uznaję, iż AWF jest organizatorem merytorycznie odpowiedzialnym za proces dydaktyczny, a związane z prowadzeniem Studium koszty nie mogą obciążać budżetu miejskiego. Konieczne jest natomiast określenie kompetencji gminy i zakresu jej udziału w przedsięwzięciu, w tej sprawie proszę kontaktować się z p. Bogdanem Aniszczykiem - członkiem Zarządu Miasta.

Ze swej strony pragnę zapewnić, iż istnieją możliwości włączenia się pracowników Urzędu w akcję zachęcania nauczycieli i pracowników podstawowej opieki zdrowotnej do podejmowania tych studiów. Jestem pewien, że z zainteresowaniem przyjęta zostanie propozycja odbywania studenckich praktyk w szkołach i placówkach samorządowych. Pewną pomoc dla celów edukacyjnych stanowią mogą również informacje o metodach pracy i programach z zakresu promocji zdrowia wypracowanych przez Wydział Zdrowia Urzędu Miejskiego.

Wierzę, że nasza współpraca kontynuowana będzie także w zakresie kreowania aktywnego i zdrowego stylu życia wśród mieszkańców Wrocławia.

Z życzeniami powodzenia i wyrazami szacunku

Bogdan Zdrójewski

Jeden z najważniejszych dokumentów pozwalający na współpracę rozpoczynającą działanie studiów podyplomowych w zakresie promocji zdrowia.

promotorzy zdrowia we Wrocławiu

Śledząc w czasie ostatnich siedmiu lat zmiany, które dokonywały się wśród promotorów zdrowia we Wrocławiu, należy jednoznacznie stwierdzić, iż dokonały się istotne pozytywne zmiany.

Można by wskazać na dwa rodzaje dokonywanych zmian. Pierwsze, to zmiany ilościowe. W ciągu ostatnich lat można mówić o konkretnej liczbie osób pracujących jako promotorzy zdrowia. Drugie, to zmiany o charakterze jakościowym. Następuje przesunięcie się akcentu z postawy zainteresowania się promocją zdrowia w kierunku wyboru profesji. Potencjalny promotor zdrowia zdaje sobie coraz bardziej sprawę z przyszłościowej rangi promocji zdrowia i edukację podyplomową traktuje jako ważną inwestycję w przyszłą karierę zawodową. Wraz z rosnącą liczbą osób zajmujących się promocją zdrowia coraz częst-

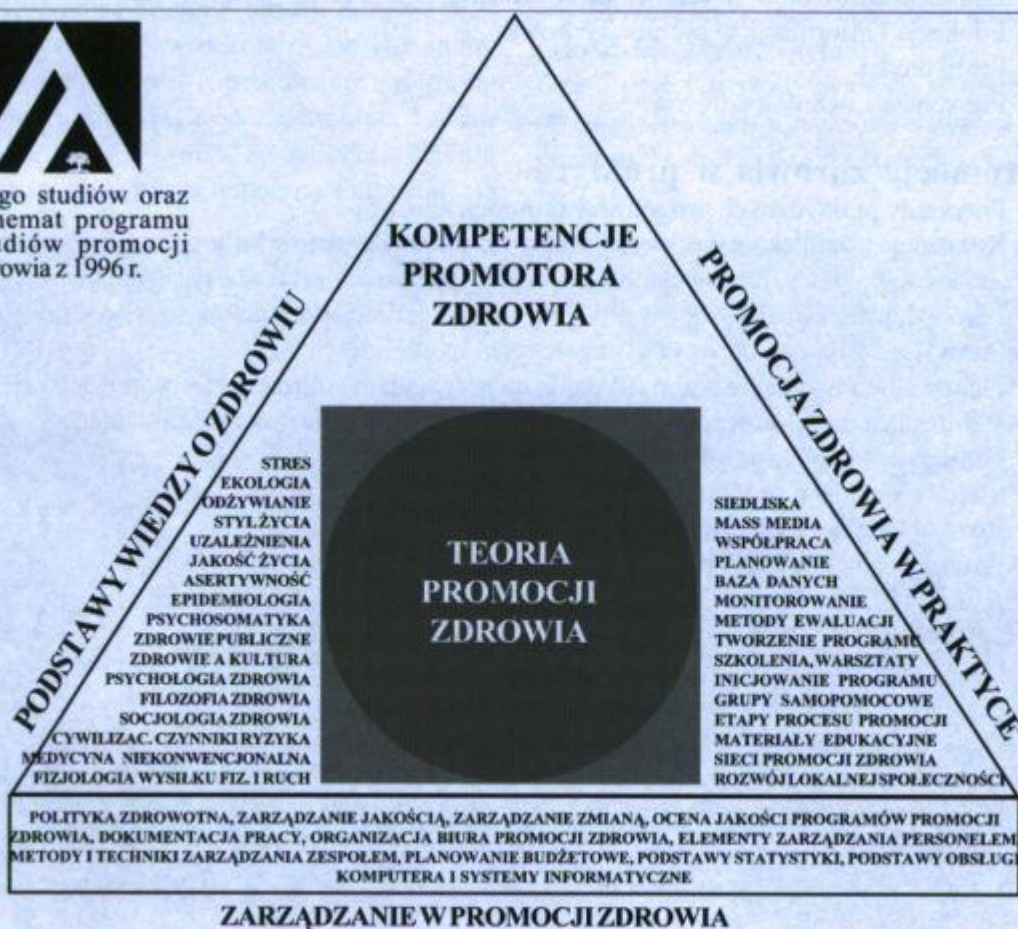
sze było pytanie o jakość wiedzy i umiejętności. Wychodząc naprzeciw aspiracjom i zapotrzebowaniu, w 1997 r. uruchomione zostały **Podyplomowe Studia Promocji Zdrowia przy Akademii Wychowania Fizycznego** we współpracy z Wydziałem Zdrowia UM, a od 2000 do 2003 r. dodatkowo, we współpracy z Dolnośląską Regionalną Kasą Chorych.

Osoby podejmujące studia podyplomowe pragnęły przede wszystkim podnieść swoje kwalifikacje jako promotorzy zdrowia, ale kierowały się też dwoma praktycznymi motywami, dodatkowe studia przyspieszające awans zawodowy i rozszerzenie pola zawodowego dające większą możliwość znajdowania dodatkowego zatrudnienia.

W okresie 1996–2004 w czasie dwusemestralnych, 270-godzinnych kursach studiowało 184 osób. W tym wypadku należy mówić o dużej grupie przygotowanych do pełnienia ról promotorów zdrowia absolwentów studiów podyplomowych, którzy mają wkład w rozwój tej dziedziny na Dolnym Śląsku.



Logo studiów oraz
schemat programu
studiów promocji
zdrowia z 1996 r.



kształcenie

ramowy program

Program obejmuje 4 grupy zagadnień głównych oraz 37 podgrup zagadnień szczegółowych.

1. Podstawy wiedzy o zdrowiu

- 1.1. Pojęcie zdrowia
- 1.2. Charakterystyka głównych zagrożeń zdrowotnych
- 1.3. Elementy filozofii i socjologii zdrowia
- 1.4. Psychologia zdrowia
- 1.5. Psychosomatyka i choroby cywilizacyjne
- 1.6. Podstawy epidemiologii
- 1.7. Medycyna niekonwencjonalna
- 1.8. Wysiłek fizyczny, style życia a promocja zdrowia
- 1.9. Środowisko fizyczne a zdrowie
- 1.10. Odżywianie, nawyki żywieniowe

2. Teoria promocji zdrowia

- 2.1. Ewolucja idei „promocji zdrowia”
- 2.2. Światowe dokumenty promocji zdrowia
- 2.3. Teoretyczne problemy polityki zdrowotnej
- 2.4. Narodowy Program Zdrowia, krajowe dokumenty
- 2.5. Elementy promocji zdrowia
- 2.6. Modele promocji zdrowia
- 2.7. Edukacja zdrowotna i wychowanie zdrowotne
- 2.8. Edukacja i informacja w promocji zdrowia
- 2.9. Profilaktyka
- 2.10. Prewencja i ochrona zdrowia

3. Promocja zdrowia w praktyce

- 3.1. Przykłady praktycznych programów promocji zdrowia
- 3.2. Koncepcja „siedliskowego” podejścia w p.z. na przykładzie szkoły promującej zdrowie
- 3.3. Zasady współpracy międzysektorowej na przykładzie rozwiązywania patologii społecznych
- 3.4. Praca i dynamika małej grupy w przygotowaniu i realizacji programów promocji zdrowia
- 3.5. Promocja „promocji zdrowia”, mass-media i marketing
- 3.6. Planowanie i tworzenie planu działania na przykładzie programu p.z. w miejscu pracy
- 3.7. Wdrażanie i monitorowanie programu promocji zdrowia na przykładzie zakładu podstawowej opieki zdrowotnej lub lekarza rodzinnego
- 3.8. Metody ewaluacji programu promocji zdrowia
- 3.9. Rozwój lokalnej społeczności
- 3.10. Promocja zdrowia ludzi przewlekle chorych i niepełnosprawnych

4. Ekonomia i zarządzanie w promocji zdrowia

- 4.1. Elementy zarządzania w promocji zdrowia
- 4.2. Kryteria oceny jakości programów promocji zdrowia
- 4.3. Organizacja biura, zespołu promocji zdrowia
- 4.4. Planowanie budżetowe i źródła finansowania
- 4.5. Podstawy statystyki i informatyki
- 4.6. Promotor zdrowia, rola, zawód, kariera
- 4.7. Personalne zasoby

Absolwenci 1997/1998



profil absolwenta

W latach 1997-2004 studia ukończyło 184 osoby. Przeciętny wiek – 40 lat, rozpiętość w latach – 26–50. Ukończyło 173 kobiety i tylko 11 mężczyzn. Podstawowym miejscem pracy dla 70 proc. studentów były szkoły (podstawowe, gimnazja, licea, medyczne), dla 15 proc. służba zdrowia (zoz-y, szpitale, ośrodki, poradnie), dla 10 proc. stacje sanitarno-epidemiologiczne oraz pozostałe 5 proc. – to pracownicy administracji, wojska, biznesu. Podypłomowe Studia Promocji Zdrowia przy AWF we Wrocławiu kończą się złożeniem pracy dyplomowej (opracowanie programu promocji zdrowia) oraz egzaminem końcowym. Z analizy wynika, że studenci wybierali bardzo zróżnicowaną tematykę. Podzielono ją

na dwie podgrupy: tematy mieszczące się w obrębie edukacji i promocji zdrowia w odniesieniu do stylu życia oraz tematy nawiązujące do profilaktyki chorób i patologii społecznych. Edukacja i promocja zdrowia dotycząca stylu życia – w nawiasie poruszane przez studentów tematy (ruch, używki, żywienie, więź, higiena psychiczna, osobista, stres) Profilaktyka chorób i patologii społecznych (uzależnienia, wady postawy, AIDS/HIV, niepowodzenia szkolne, samopoczucie psychiczne, przemoc i agresja, choroby nowotworowe, ukł. krążenia, cukrzyca, zaburzenia łaknienia, osteoporoza, otyłość). Część prac jest realizowanych w macierzystych placówkach a niektóre w wersji skróconej prezentowane są na łamach „Promotora”.



Ceremonia wręczenia dyplomów 1998 r.

kształcenie

ABSOLWENCI PODYPLOMOWYCH STUDIÓW PROMOCJI ZDROWIA

Rok akademicki 1997/1998

L.p.	Nazwisko i imię	Tytuł pracy dyplomowej
1.	Bronowicka Joanna	Program profilaktyki kardiologicznej w szpitalu
2.	Filipienko Anna	Promocja zdrowia wśród chorych na cukrzycę
3.	Gawrońska Violetta	Jak żyć z cukrzycą? - koncepcja programu
4.	Hoffman Anna	Prozdrowotne determinaty stylu życia mojej rodziny
5.	Kulej Anna	Prowadzenie badań ekologicznych w otoczeniu budynku SP nr 59
6.	Janas Urszula	Prozdrowotne determinaty stylu życia mojej rodziny
7.	Jankowski Artur	Prozdrowotne determinaty stylu życia mojej rodziny
8.	Miłosz Marzena	Młodzież przeciwko HIV - AIDS
9.	Mikosz-Labuzek Krystyna	Prozdrowotne determinaty stylu życia mojej rodziny
10.	Rudziejewicz Elżbieta	Prozdrowotne determinaty stylu życia mojej rodziny
11.	Ślęzak Barbara	Prozdrowotne determinaty stylu życia mojej rodziny
12.	Houszka-Perchał Julia	Prozdrowotne determinaty stylu życia mojej rodziny
13.	Mrozek Bożena	Prozdrowotne determinaty stylu życia mojej rodziny
14.	Tomczak Maria	Prozdrowotne determinaty stylu życia mojej rodziny
15.	Bagińska Danuta	Prozdrowotne determinaty stylu życia mojej rodziny
16.	Soberka Jacek	Edukacja zdrowotna żołnierzy SOW w-w
17.	Milner Dorota	Idea promocji zdrowia wśród dzieci SP
18.	Panek Irena	Prozdrowotne determinaty stylu życia mojej rodziny
19.	Onysków Bronisława	Prozdrowotne determinaty stylu życia mojej rodziny
20.	Ryszawska-Grzeszczak Bożena	Prozdrowotne determinaty stylu życia mojej rodziny
21.	Czesak Weronika	Rola diety makrobiotycznej w profilaktyce chorób cywilizacyjnych
22.	Jackowska Renata	Prozdrowotne determinaty stylu życia mojej rodziny

Rok akademicki 1999/2000

23.	Andrzejewska Elżbieta	Program dla uczn. kl. IV-V mających trudności w czytaniu i pisaniu
24.	Bursiewicz Magdalena	„Akty-Vita” - ruch dla zdrowia
25.	Caban Bożena	Promocja aktywnego wypoczynku i rekreacji w SP 98
26.	Garbaciak Agnieszka	Promocja aktywnego stylu życia wśród pracowników SP 33
27.	Janikowska Lilianna	Program zapobiegania narkomanii w ZSZ Nr 1
28.	Jezierska Katarzyna	PZ w szkole poprzez aktywność ruchową w Gimnazjum Nr 29
29.	Kapko Wiesława	Program żywieniowy dla SP kl.IV-VI
30.	Koziarzewska Krystyna	„Natura-Zdrowie-Przygoda” - program promocji zdrowia
31.	Kulmatycka Izabela	Program zwiększenia aktywności fizycznej dla przedstawiciela handlowego
32.	Lamch Czesław	PZ przez zwiększenie aktywności fizycznej uczniów SP Nr 50
33.	Lamch Mariola	Program profilaktyki i korekcji wad postawy w SP 33
34.	Laskowska Dorota	Szkolny program zdrowego stylu życia
35.	Lorek Dorota	Program antynikotynowy dla Wrocławia
36.	Łasińska Bożena	Program prozdrowotny z zakresu odżywiania dla uczniów gimnazjum



PRE
ZEN
TAC
JE



Absolwenci 1999/2000



Absolwenci 2000/2001

- | | | |
|-----|----------------------|--|
| 37. | Mazerant Hanna | Promowanie zdrowego stylu życia - bez papierosa |
| 38. | Nowak Danuta | Promocja zdrowia w szpitalu |
| 39. | Posmyk Regina | Program antystres. dla pracown. DRKCH W-w |
| 40. | Rakicka Barbara | Program "Koła PZ" w SP Nr 1 |
| 41. | Rusin Krystyna | Program żywienia kl.IV-VI w SP |
| 42. | Rutowicz Jolanta | "Mądrze, zdrowo i wesoło w naszym przedszkolu" - program promocji zdrowia |
| 43. | Rybaczyńska Sylwia | Program zapobiegania wadom postawy i profilaktyki stomatologicznej dla SP Nr 4 |
| 44. | Rzewuska Ewa | Program "Żyj bez nałogów", kl. IV-V |
| 45. | Siwik Danuta | Profilaktyczny program "Wolni od nałogów" |
| 46. | Trebenda Teresa | Program promocji zdrowia "Kobieta-Kobiecie" |
| 47. | Adamowska Aleksandra | Aktywność ruchowa dzieci kl. IV-VI |

Rok akademicki 2000/2001

- | | | |
|-----|-------------------------|---|
| 48. | Bader-Kobus Jolanta | Program promocji zdrowia w szkole |
| 49. | Bąk Małgorzata | Program promocji zdrowego żywienia |
| 50. | Dipel Dominika | Program profilaktyki uzależnień dla uczniów |
| 51. | Dochniak Ewa | Weekendowe zagospodarowanie czasu wolnego dzieci i młodzieży |
| 52. | Doroszuk Katarzyna | Wczasy aktywnego wypoczynku |
| 53. | Dzieruk Jolanta | "Uwierz w siebie" - program edukacyjny |
| 54. | Folta-Pisarczuk Anna | Aktywność fizyczna - bezpiecznym tłem życia |
| 55. | Gębarska Monika | Festyn sportowo-rekreacyjny dla mieszkańców Wrocławia |
| 56. | Grondalska Irena | Program profilaktyki zakażeń HIV/AIDS |
| 57. | Grzegorzczak Maria | Czynniki zmniejszające aktywność ruchową u dziewcząt I i II kl. gimnazjum |
| 58. | Haładyn Barbara | Aktywny wypoczynek i rekreacja w czasie ferii zimowych |
| 59. | Ignaczak-Mieszkalska R. | Sposób na alkohol - program edukacyjny |
| 60. | Ilczyszyn Józefa | Program promocji zdrowia dla uczniów- mieszkańców internatu |
| 61. | Jakubek Dorota | Program profilaktyki zakażeń HIV/AIDS |
| 62. | Józefiak Teresa | Edukacja młodzieży dla ograniczenia zakażeń wirusem HIV |
| 63. | Kępa Ewa | Program edukacji dla dzieci szkolnych |
| 64. | Krzyżanowska Ewa | Obduracyjna choroba płuc - program profilaktyczny |
| 65. | Kulikowska Anna | Program profilaktyki i edukacji dotyczący zdrowia i higieny jamy ustnej |
| 66. | Kuzio Maria | Osteoporoza a styl życia |



P R E
Z E N
T A C
J E

- | | | |
|-----|-------------------------------|---|
| 67. | Łapczyńska Elżbieta | "Słoń" - program edukacyjny, cz. I |
| 68. | Ługowska Renata | Program promujący zdrowie psychiczne |
| 69. | Maliszczuk-Przyjałowska Irena | "W Hybrydzie bez papierosa" - program profilaktyczny |
| 70. | Mały Joanna | "Samobadanie piersi" - program profilaktyczny |
| 71. | Maśloch Lidia | Promocja zachowań związanych z higieną osobistą w środowisku szkolnym |
| 72. | Mazurczuk Bernarda | "Paleniu powiedzmy - NIE" |
| 73. | Mikulska-Banach Ewa | Ruch dla zdrowia |
| 74. | Młynarczyk Helena | Zdrowy styl życia wśród młodzieży |
| 75. | Nawrocka Halina | "Słoń" - program edukacyjny, cz. II |
| 76. | Oczkowska Agnieszka | Program profilaktyki raka piersi i szyjki macicy |
| 77. | Olejek Jolanta | „Sportowa sobota” - aktywne spędzanie wolnego czasu |
| 78. | Panek Małgorzata | Zdrowy, beznikotynowy styl życia |
| 79. | Pawlak Małgorzata | "Jestem ostrożny - dam sobie radę" |
| 80. | Saganowska Jadwiga | Promocja zmian stylu życia na rzecz p/działania osteoporozy |
| 81. | Siczek Lucyna | MAKROBIOŚĆ |
| 82. | Sklenarska Mirosława | "Jestem modny - nie palę" - program profilaktyczny |
| 83. | Skorupska Grażyna | "Jestem sobą" - program promocji zdrowia |
| 84. | Stawiska-Lichota Małg. | "Streetworkers" na terenie miasta Legnicy |
| 85. | Suchańska Elżbieta | Program zdrowego żywienia dla rodziny |
| 86. | Świąder Aleksandra | Nawyki higieniczno-kulturalne a promocja zdrowia |
| 87. | Świszczorowska Grażyna | Program edukacji antynikotynowej |
| 88. | Wołyniec Dorota | Zmień swój styl życia z Ząbkowickim Klubem Puszystych |
| 89. | Załoga Magdalena | Program profilaktyki niepowodzeń szkolnych |
| 90. | Zielińska Irena | Żyję zdrowo - bez nałogów |
| 91. | Żebracka-Górniak Małg. | "Bezpieczne macierzyństwo" - program edukacyjny |

Rok akademicki 2001/2002

- | | | |
|-----|-------------------------|---|
| 92. | Berdzik Jolanta | Konkurs na scenariusz i realiz. sztuki teatralnej o HIV/AIDS i narkomanii |
| 93. | Dybczyńska-Bielawa Iren | "Narkomanom powiedz NIE" - program edukacyjny |



PRE
ZEN
TAC
JE



Absolwenci 2001/2002

94.	Fernówka Elżbieta	Profilaktyka niepowodzeń szkolnych
95.	Flanek Anna	Profilaktyka uzależnień od nikotyny
96.	Gawrońska Julita	Aktywizacja ruchowa wychowanków interatu z upośledze niem umysłowym w stopniu lekkim
97.	Mazur Beata	Anoreksja i bulimia - program profilaktyczny w LO IX we Wrocławiu
98.	Głowik Małgorzata	"Przemocy powiedz - NIE" - program edukacyjny
99.	Gostyńska Anna	Aktywność fizyczna dzieci SP Nr 10
100.	Groffik Małgorzata	Program edukacyjno-profilaktyczny wad postawy
101.	Kamińska Iwona	"Odpoczywaj aktywnie" - program promocji zdrowia
102.	Kastelli Małgorzata	Prawdy i mity o AIDS
103.	Kazior Elżbieta	Więzi istotnym czynnikiem wpływającym na zdrowie
104.	Kucper Barbara	Modyfikacja zachowań zdrowotnych ucz. ZSO w sferze żywienia i ruchu
105.	Lasek Krystyna	PZ psychicznego w szkołach promujących zdrowie
106.	Malarczyk Violetta	Prawda i mity o AIDS
107.	Olszewska Jolanta	Profilaktyka wad postawy u młodzieży szkolnej poprzez zwiększenia aktywności fizycznej
108.	Popowicz Agnieszka	Muzykoterapia dla osób po przebytych kryzysie psychicznym
109.	Saryczew Elżbieta	Zmiana stylu życia dzieci i młodzieży niepełnosprawnej „Integracja”
110.	Sierszeń Lucyna	Rodzice w walce z narkomanią
111.	Sondel Grażyna	Radzenie sobie ze stresem z wykorz. terapeutycznej funkcji ruchu
112.	Syska Elżbieta	Zwiększanie aktywności ruchowej młodzieży Gimnazjum
113.	Szymeczko Alicja	Zwiększanie aktywności fizycznej wśród rodzin, uczniów SP
114.	Walawender Edyta	Agresja i przemoc bariera w szkole promującej zdrowie
115.	Witkowska Anna	Edukacja prozdrowotna w nauczaniu języka angielskiego
116.	Wólek Małgorzata	Program profil. uzależnień dla LO 4
117.	Bazylewicz Oliwia	Program edukacji dla nauczycieli szkół wrocławskich w zakresie opieki nad dziećmi z cukrzycą typu I
118.	Bober Aneta	Program promocji zdrowia "Zdrowy uśmiech-zdrowe zęby"
119.	Bober Małgorzata	Program profilaktyki wad postawy "Prosto to zdrowie"
120.	Bochnia Małgorzata	"Paleniu - NIE" - program profilaktyczny
121.	Chaszczeńska-Wojtas Gr	"Pokochaj życie-zrozum AIDS" - program edukacyjny
122.	Czerko Jacenty	„Szlachetne zdrowie” - program edukacyjny dla młodzieży
123.	Fedorowska Dorota	Program profilaktyki chorób nowotworowych jelita grubego
124.	Graczyk Ewa	Program PZ psychicznego dla ucz. kl. IV SP i ich rodziców
125.	Groman Małgorzata	Progr. edukac. dla właścicieli. zakł. żywienia zbiorowego
126.	Haratym Bogusława	Program promocji zdrowego stylu życia dla I LO w Legnicy
127.	Hasiuk Aleksandra	"Stop agresji"
128.	Jacków Magdalena	Projekt profil. HIV/AIDS Tarek 2003
129.	Jankowska Jolanta	"Agresji staw czoło" progr. dla kl. IV-VI
130.	Jaruzelska Ewa	Relacja terapeutyczna pomiędzy lekarzem i pacjentem w szpitalu
131.	Jaszczak Agnieszka	„Trzymaj się prosto” - spotkania z mistrzami sportu
132.	Korus Liliana	„Sposób na zdrowie” przedszkolny program profilaktyki wad postawy
133.	Krawczyk-Szlaga Janina	Program promocji zdrowia dla funkcjonariuszy służb interwencji ratowniczej
134.	Lachowska Grażyna	"Dysleksja rozwojowa nie jest tragedią" - program edukacyjny
135.	Lech Elżbieta	Program edukacyjny dla położnych w zakresie karmienia piersią
136.	Majewska-Kiszcza Ewa	Aktywność fizyczna sposobem na stres
137.	Mularczyk Edyta	Aktywność ruchowa lekarstwem na urodę i sprawność
138.	Nowak Joanna	Program zapobiegania niepowodzeniom szkolnym



PRE
ZEN
TAC
JE

- | | | |
|-----|---------------------|--|
| 139 | Popiołek Ewa | Wiedza uczniów na temat szkodliwości palenia tytoniu |
| 140 | Rusiecka Magdalena | "Zdrowe stawy" - program edukacyjny |
| 141 | Stangenberg Marzena | Anoreksja i bulimia-choroby duszy i ciała |

Rok akademicki 2002/2003

- | | | |
|-----|-----------------------------|---|
| 142 | Bies-Marek Teresa | "Jak żyć z SM" Edukacyjno-terapeutyczny program P.Z. dla chorych na stwardnienie rozsiane. |
| 143 | Bolanowska Anna | "Aktywny Dom" Program promocji zdrowego stylu życia rodzin służb więziennych Zakładu Karnego w Wołowie |
| 144 | Ćwięczek Violetta | "Stop agresji i przemocy w SP nr 1" - program zmniejszania agresji i przemocy u dzieci w wieku 7-12 lat SP nr 1 w Głogówku. |
| 145 | Drab Teresa | Nie narkotekom - program informacyjno-edukacyjny |
| 146 | Gąsior Renata | "Pałacy problem" - szkolny program edukacji antynikotynowej. |
| 147 | Gorczycka Małgorzata | "Aktywny do bólu" - szkolny program aktywności ruchowej i zdrowego odżywiania się. |
| 148 | Gryza Ewa | "Sport - Park" projekt stwarzający możliwości promowania aktywności w lokalnej społeczności Wołowa. |
| 149 | Kaliniec Barbara | "Żółty tydzień non stop" - program profilaktyczno-edukacyjny dotyczący eliminacji WZW typu B u osób z grup ryzyka. |
| 150 | Kosowska-Strzelczyk Jolanta | "Zadbaj o swoje serce"- walka z hipercholesterolemią jako głównym czynnikiem ryzyka wystąpienia chorób układu krążenia. |
| 151 | Kubicka Elżbieta | "Trzymaj się prosto" SP nr 38 we Wrocławiu - program profilaktyki wad postawy. |
| 152 | Machoń Piotr | Aktywność fizyczna a uzależnienie nikotyną - szkolny program edukacyjno-profilaktyczny uzależnień. |
| 153 | Milczarek Wiesław | "Nie pal się do tego" - program edukacyjno-profilaktyczny dotyczący palenia papierosów w szkole. |
| 154 | Nowosad-Sergeant Ewa | "Bądź zdrowy". Program edukacyjno-profilaktyczny dla SP w Boguchwale |
| 155 | Paluszek Katarzyna | Zdrowy styl życia jako profilaktyka postawy. |



P R E
Z E N
T A C
J E



Absolwenci 2002/2003

- | | | |
|-----|------------------------|---|
| 156 | Piecuła Wojciech | Agresja i niedostosowanie społeczne - wczesna diagnoza oraz sposoby zapobiegania dalszemu postępowi choroby u dzieci z upośledzeniem umysłowym. |
| 157 | Rogowska Joanna | "Zdrowa dieta" - szkolny program profilaktyki i P.Z. dotyczący racjonalnego żywienia. |
| 158 | Sikorska Irena | "Bajka o dobrym i złym cholesterolu" - profilaktyka otyłości i hipercholesterolemii u 13-latków. |
| 159 | Strzelczyk Paweł | "Zadbaj o swoje serce" - walka z hipercholesterolemią jako głównym czynnikiem ryzyka wystąpienia chorób układu krążenia. |
| 160 | Wawrzynów-Kaleta Eliza | "po-MOC" w LO nr XII. Program profilaktyki uzależnień. |
| 161 | Woźniak Wiesław | "Pokonać pustkę" - program edukacyjno-profilaktyczny zdrowia psychicznego. |

Rok akademicki 2003/2004

- | | | |
|-----|-----------------------------|---|
| 162 | Cichowska-Filipowska Dorota | Dieta jako element zdrowego stylu życia wśród młodzieży w szkole średniej. |
| 163 | Goraj Katarzyna | "Sobie Moc"-program eduk.-terapeut. dla pacjentów poradni dla chorych na Stwardnienie Rozsiane we Wrocławiu |
| 164 | Haładaj Alina | Z uśmiechem po Wrocławiu i Dolnym Śląsku |
| 165 | Herman Bożena | Program zwiększania aktywności fizycznej wśród młodzieży szkolnej w czasie wolnym. |
| 166 | Herman Ewa | Zdrowie nastolatki. Program P.Z. adresowany do uczennic internatu Liceum Żeńskiego ss. Urszulanek |
| 167 | Jakóbczyk Daniela | Zwiększenie aktywności ruchowej uczniów w czasie wolnym |
| 168 | Kłusko Grażyna | Stres w pracy zawodowej nauczyciela. Program profilaktyczny pierwszego stopnia. |
| 169 | Krzyżanowska Iwona | Spółeczna kampania medialna z zakresu profilakt. HIV/AIDS - Regionalne działania w projekcie ogólnopolskim |
| 170 | Kustra Dorota | "Tajemniczy Dym". Program edukacji antytytoniowej dla młodzieży gimnazjalnej. |
| 171 | Langner Dorota | Rowerem bliżej do zdrowego stylu życia. |



Absolwenci 2003/2004



P R E
Z E N
T A C
J O E

- | | | |
|-----|---------------------------|---|
| 172 | Lipka Zofia | "O życiu decydują chwile" Program edukacyjny z zakresu profilaktyki zakażeń HIV i choroby AIDS |
| 173 | Madera Bogna | Profilaktyka chorób narządu głosu u nauczycieli. |
| 174 | Młynarczyk Dariusz | Dalekowschodnie sztuki walki i relaksacji w Prom. Zdr. |
| 175 | Niebrzydowska Ewa | "Harcerskie życie to trzeźwe życie" - progr. edukacyjno-profilaktyczny dla dzieci i młodzieży z rodzin zagrożonych problemem alkoholu -wym-realizowany podczas obozu harcerskiego w Lginiu. |
| 176 | Nowacka Jolanta | STRES Poznaj-Kontroluj-Pokonaj |
| 177 | Olszewski Zbigniew | Antynikotynowy program aktywności ruchowej wśród gimnazjalistów. |
| 178 | Parcheta Jolanta | Formy teatralne i parateatralne w projekcie edukacyjnym na temat zagrożeń, pt. "Porozmawiajmy o AIDS". |
| 179 | Piotrowska Ada | Program promocji zdrowia publicznego gimnazjum w Wołowie. |
| 180 | Roniewska-Ciupiak Jadwiga | Śniadanie w domu, śniadanie w szkole-podstawa zdrowia ucznia. |
| 181 | Różyło Izabela | Jak radzić sobie ze stresem? |
| 182 | Siepiak Joanna | Profilaktyczny program antynikotynowy pt. "Jestem tutaj" w gimnazjum we Wrocławiu. |
| 183 | Skwarzyńska Anna | Profilaktyczny program Prom. Zdr. "Wolni i zdrowi". |
| 184 | Świątek Barbara | Program szkoleniowy "HIV nie wyrok". |

WYKŁADOWCY PODYPLOMOWYCH STUDIÓW PROMOCJI ZDROWIA

mgr Danuta Bagińska
mgr Jolanta Dolata
prof. Grażyna Dolińska-Zygmunt
prof. Wojciech Drygas
prof. Zbigniew Jethon
dr Andrzej Gniazdowski
mgr Robert Grudniewski
mgr Jadwiga Góralewicz
mgr Lena Kaletowa (redaktor)
dr Jerzy Karski
prof. Andrzej Krawański
mgr Jadwiga Książek-Ardelli
dr Lesław Kulmatycki
mgr Marzena Krysa
dr Felicja Lwow
prof. Jan Łazowski
mgr Jolanta Malanowska
prof. Andrzej Milewicz
mgr Bożena Mrozek
mgr Katarzyna Serafinowska-Gabryel

prof. Helena Sęk
dr Władysław Sidorowicz
mgr Danuta Siwik
mgr Jerzy Stęślicki
mgr Monika Szymańska
dr Sylwia Toczek-Werner
prof. Kazimierz Perechuda
dr Regina Posmyk
mgr Kinga Popławska
dr Ryszard Poprawa
dr Krzysztof Puchalski
prof. Alicja Rutkowska-Kucharska
dr Bożena Ryszawska-Grzeszczak
dr Jadwiga Wais
prof. Barbara Woynarowska

prowadzenie sekretariatu
mgr Janina Smolińska
mgr Izabella Jędrysiak
mgr Ewa Flejszer



**P R E
Z E N
T A C
J E**

Kontynuujemy cykl prezentacji najbardziej najbardziej kreatywnych prac, które powstały w ramach podyplomowych studiów promocji zdrowia. Z oczywistych względów prace będą prezentowane w wersji skróconej.

Przedstawiamy pracę mgr **Doroty Langner**, napisaną w 2004 r. jako pracę końcową Podyplomowych Studiów Promocji Zdrowia. Praca w wersji oryginalnej obejmuje 38 stron.

program- propozycja

Dorota Langner

Rowerem bliżej do zdrowego stylu życia.

I. Styl życia - czynnik decydujący o naszym zdrowiu.

Trzydzieści lat temu w raporcie Marc'a Lalonda (1974) określone zostały czynniki warunkujące zdrowie i chociaż tamten dokument dotyczył społeczeństwa kanadyjskiego i dzisiaj wiadomo, że były to uwarunkowania zdrowia uniwersalne - dotycząc ludzi mieszkających także gdzie indziej. Badacz w 53% uzależnił zdrowie od stylu życia, w 20% od cech genetycznych, w 20 % od środowiska i tylko 10% od medycyny.

Blisko 20 lat później Pasowicz przyjął, że czynnikami warunkującymi zdrowie są:

1. nastawienie psychiczne, sposób zachowania, styl życia, w tym sposób odżywiania w 53%
2. stan środowiska i związana z nim jakość żywności w 21%
3. uwarunkowania genetyczne w 16%
4. działalność służby zdrowia w 10-15%

Chociaż upłynęło tak wiele lat od powstania raportu Lalonda widzimy, że uwarunkowania zdrowia nie

zmieniły się i naukowcy uznają nadal, że dominujący wpływ na nie ma styl życia człowieka. W około 50 % o naszym zdrowiu nadal decydujemy sami preferując określone zachowania, sposób żywienia. Najmniej, bo zaledwie 10-15% wpływu na nasze zdrowie ma działalność służb medycznych. Dlatego tak dużą rolę widzę w edukacji do zdrowia, bo jeśli od nas samych tak wiele zależy to powinniśmy ten fakt wykorzystać. **Co należy rozumieć pod pojęciem stylu życia, krótko mówiąc jest to zespół codziennych zachowań, charakterystycznych dla danego człowieka lub zbiorowości. Na styl życia składają się zachowania zdrowotne, postawy i ogólna filozofia życia człowieka.**

Styl życia wg Światowej Organizacji Zdrowia to sposób życia, który jest wypadkową indywidualnych preferencji i wzorów zachowań, a warunkami życia zdeterminowanymi czynnikami psychologicznymi, społeczno-ekonomicznymi i kulturowymi. (Kulmatycki, 2000).



program

Natomiast Milno uważa, że styl życia to wzory zachowań spośród alternatywnych możliwości, jakie dostępne są ludziom w zależności od ich sytuacji społeczno-ekonomicznej i łatwości, z jaką są w stanie przedłożyć określone zachowania przed inne. Każda z przytoczonych definicji jest słuszna i uzależnia styl życia od różnych uwarunkowań, ale łączy je fakt, że czynniki decydujące o stylu życia zależą od wyborów człowieka, od tego co je i pije, czy ulega nałogom, czy prowadzi higieniczny tryb życia uwzględniając odpowiednią ilość snu, wypoczynku, aktywności ruchowej, czy podejmuje ryzykowne dla zdrowia zachowania.

W rozważaniach o stylu życia z perspektywy psychologicznej Pietrasinski uważa, że każdy człowiek w toku rozwoju kształtuje „własną konstrukcję” stylu życia zależną od wzorców społecznych i otoczenia, ale przede wszystkim od własnych zdolności twórczych. Rozwój osobowości człowieka i jej przemiany oraz zmiany otoczenia sprawiają, że proces kształtowania stylu życia nie jest jednorazowy i skończony, ale przez całe życie ulega transformacji. Trzeba wspomnieć, że najbardziej plastyczny jest okres dzieciństwa i młodości w kształtowaniu najbardziej pożądanego społecznie stylu życia.

Dlatego warto promować zdrowie wśród dzieci i młodzieży, bo edukacja w tym wieku stwarza największe szanse na właściwy wybór w przyszłości. Na tych przesłankach budowałam swój program promocji zdrowia poprzez propozycję zmiany stylu życia młodzieży. Oczywiście w okresie dojrzałym człowiek także może zmienić swoją „własną przestrzeń” dla zdrowia, pozostającą pod jego wyłączną kontrolą i wpływem, lecz odbywa się to dużo większym kosztem i wymaga silnej woli.

Nie sposób w tym miejscu wspomnieć o koncepcji dającej się wykorzystać do promowania określonego stylu życia, którą jest salutogenetyczna koncepcja Antonowsky'ego (ukierunkowana na zdrowie) mówiąca o najważniejszym czynniku tkwiącym w każdym z nas - poczuciu koherencji, czyli trwałym i dynamicznym poczuciu pewności, pozwalającej na rozszerzenie każdemu z nas „przestrzeni własnego zdrowia” (Kulmatycki, 2000)

Jednym z propagatorów zdrowego stylu życia jest redaktor Cendrowski, który sformułował 10 zasad, zwanych „Dekalogiem zdrowego stylu życia”. Nie mogę ich tutaj pominąć, gdyż są moim zdaniem niezbędne do pełnego zrozumienia pojęcia zdrowego stylu życia. Autor przyjął za priorytetowe następujące zasady:

1. zdobywanie wiedzy o samym sobie,
2. utrzymanie sił obronnych organizmu w stałej gotowości,
3. nie nadużywanie leków,
4. utrzymanie wszechstronnej aktywności fizycznej,
5. prawidłowe odżywianie się,
6. hartowanie się,
7. rozwijanie umiejętności walki ze stresem,
8. eliminowanie nałogów,
9. życzliwość dla innych,
10. zachowanie i demonstrowanie postawy radzenia sobie w życiu. (Kulmatycki, 2001)

Spis treści:

1. Wstęp
2. Diagnoza wstępna
3. Cel strategiczny programu i cele szczegółowe.
4. Opis programu
5. Ewaluacja programu
6. Abecadło rowerzysty
7. Bibliografia.
8. Załączniki (nie zostały ujęte w niniejszej wersji)



II. Diagnoza wstępna

Aktywność fizyczna jest jedną z podstawowych potrzeb człowieka prowadzącą do zdrowego stylu życia. W przypadku dzieci pełni rolę stymulatora rozwoju psychofizycznego przejawiającego się w harmonijnym rozwoju.

Z danych raportu WHO (2002) wynika, że aktywność fizyczna może w istotny sposób wpływać na zmniejszenie się liczby chorób takich jak: nadciśnienie tętnicze krwi, zaburzenia układu krążenia, cukrzyca, nowotwory, udary mózgu i osteoporoza i otyłość. W wymienionym raporcie pojawiła się nowa koncepcja „fizycznej aktywności wspierającej zdrowie” żeby spełnić taką rolę powinna być stosowana przez co najmniej 3,5 godziny w ciągu tygodnia (dotyczy tylko czasu wolnego). Z tego doniesienia wynika, że w UE około 41% ludzi nie spełnia takiego wymogu. Dane szacunkowe określają, że zaledwie 10% Polaków uczestniczy regularnie w czasie wolnym w różnych formach aktywności fizycznej. (Kulmatycki, 2003). Tak niski procentowy udział naszego społeczeństwa w rekreacji ruchowej najlepiej obrazuje stan świadomości prozdrowotnej Polaków. Niestety im starsi ludzie tym mniej wykazują aktywności. Analizując wyniki prac Charzewskiego (1997) wyraźnie to widać, w grupie 25-latków w przybliżeniu 20% mężczyzn deklaruje regularne uprawianie zajęć ruchowych i 12% kobiet, wśród 35-latków ok. 8%, w grupie 50-latków mężczyźni są aktywni fizycznie w 9% a kobiety w 3%, natomiast w przypadku osób 60-letnich zaledwie 5% populacji uprawia aktywnie i regularnie ruch.

Zadaję sobie pytanie, więc kto ma nauczyć nasze młode pokolenie zamiłowania do aktywnej rekreacji ruchowej? Niestety na większość rodziców i dziadków w tym zakresie nie można liczyć, chyba że uczą swoje dzieci teoretycznie zgodnie z przysłowiem „mam dla dzieci swych dużo dobrych rad i przykładów złych”, ale czy taka nauka przyniesie efekty wątpię, bo nie ma lepszej edukacji niż dobry przykład i praktyka. Słuszny jest pogląd Charzewskiego, że w przypadku społeczeństwa polskiego, promocja aktywności fizycznej oznaczałaby promocję zdrowia publicznego.

Wyniki badania zachowań zdrowotnych dzieci i młodzieży (Charzewski, 1997) przejawiające się w formie aktywności fizycznej nie wyglądają optymistycznie. Większość dzieci, bo aż 70% ma do czynienia z aktywnością ruchową wyłącznie w ramach lekcji wychowania fizycznego. Zaletwie 25% populacji młodzieży podejmuje dodatkowo zajęcia ruchowe. Z badań Woynarowskiej wynika, że 56% dziewcząt i 38% chłopców tylko jedną godzinę tygodniowo przeznaczają na intensywne ćwiczenia fizyczne. Sytuacja w tym zakresie jest niepokojąca, gdyż normy przyjęte przez Romanowskiego (1972) dla dzieci w wieku 10 lat wynoszą 6 godzin, a dla młodzieży i dorosłych 4 godziny w rozliczeniu tygodniowym. Chociaż w 2004 roku została wprowadzona 4 godzina w-f w klasach IV-VI, ale za zwyczaj skromna baza w postaci niewystarczającej ilości sal gimnastycznych nie pozwala na prawidłową realizację wychowania fizycznego. Widzę w tym jednak nutkę optymizmu, bo od czegoś trzeba było zacząć zmiany, a łatwiej zwiększyć liczbę godzin w-f niż zapewnić zbudowanie potrzebnych sal gimnastycznych.

W końcu XX wieku do szkół powróciła przynajmniej teoretycznie edukacja zdrowotna, jak i przez kogo jest realizowana to już inna sprawa, między innymi np. w formie między przedmiotowych ścieżek edukacji prozdrowotnej oraz edukacji do zdrowia w wychowaniu zintegrowanym (kl. I-III).

Próba stworzenia przeze mnie praktycznego programu zachęcającego do aktywności fizycznej w czasie wolnym, wynika z braku oferty szkoły dla młodzieży charakteryzującej się niską sprawnością ruchową, wynikającą z różnych przyczyn. Styl życia młodego Polaka na początku XXI wieku jest niewłaściwy, z wyników badań B. Woynarowskiej (2000) widać, że 77% młodzieży spędza przed TV więcej niż 2 godziny dziennie. Więcej niż 4 godziny każdego dnia spędza przed ekranem telewizora 31% dziewczynek i 44% chłopców - należymy w tym zakresie do niechlubnej czołówki europejskiej. Problem otyłości dotyka 15-20% populacji, ponad 50% dzieci charakteryzuje się brakiem nawyku prawidłowej postawy ciała (badania własne 1995-2004). Choroby przewlekłe występują u co czwartej osoby w przedziale wiekowym 15-19 lat. Do pełnego obrazu złej sytuacji można dodać fakt, że u około jednej piątej liczby młodzieży występują zaburzenia psychospołeczne przejawiające się w postaci nieprzystosowania społecznego i problemy psychologiczne (nerwice, zaburzenia odżywiania i depresje). Powodem większości zgonów dzieci w wieku 5-9 lat (50%) i młodzieży w przedziale wiekowym 15-20 lat (70%) są wypadki, zatrucia i urazy (Woynarowska, 2000).

Powyższe uwarunkowania sprawiają, że żaden nauczyciel nie powinien być obojętny na stan zdrowia swoich uczniów, wynikający z ich złego stylu życia i braku wzorów do naśladowania w najbliższej rodzinie. Dzieci ponoszą niezasłużone koszty zmian ustrojowych, dużego bezrobocia skutkującego brakiem warunków ekonomicznych do godnego życia, braku stabilizacji i stresów przenoszonych nieświadomie przez rodziców na otoczenie. Do pełni marazmu można dodać sfrustrowanych, źle opłacanych nauczycieli, którzy także przeżywają skutki przemian ekonomicznych kraju i za często nie panują nad emocjami. Swoim programem chciałabym zachęcić uczniów do wykonania pierwszego kroku - do aktywnej formy spędzania czasu wolnego. Dlatego wybrałam taką formę aktywności, ponieważ regularny ruch wpływa na łatwość adaptacji do zmieniających się warunków środowiska fizycznego i psychicznego. Aktywność ruchowa pozwala na łagodze-

nie skutków negatywnych wpływów współczesnego życia, a wśród nich dużego obciążenia pracą umysłową, licznych stresów wynikających z tempa życia oraz ograniczeń spontanicznej aktywności ruchowej dziecka w toku coraz wcześniej rozpoczynającej się edukacji. Systematyczne zażywanie ruchu pełni także rolę zapobiegawczą w powstawaniu różnorodnych zaburzeń wcześniej omówionych.

Badania statystyczne mówią, że zarówno dorośli Polacy jak i ich dzieci cierpią na brak ruchu. Rekreacja ruchowa nie jest systematyczna i powszechna, a przecież odgrywa rolę wiodącą w utrzymaniu i wzmacnianiu zdrowia. Wysiłek fizyczny w odpowiednim wymiarze i natężeniu sprawia, że człowiek osiąga także korzyści psychologiczne polegające na wzroście poziomu energii życiowej, optymizmu, poprawę samopoczucia i wyższą samoocenę. Grupowe zajęcia ruchowe przynoszą dodatkowo pożytek w postaci łatwości nawiązywania kontaktów społecznych i czyni je bardziej spontanicznymi i naturalnymi. Jeżeli chociaż w małej części uda mi się rozpocząć zmiany zachowań społeczności szkoły, to mój program uznaję za przydatny i będę go kontynuować w następnych latach.

Obserwacje własne

Najczęściej nasze zamiłowania sportowe ograniczają się do kibicowania przed telewizorem. Dorośli mówią, że są wystarczająco aktywni w pracy lub podczas rutynowych zajęć domowych, ale niestety ten rodzaj aktywności jest dalece nie wystarczający, a już na pewno nie daje komfortu psychicznego i rozładowania emocji związanych z tempem naszego życia.

Podczas ostatnich wakacji miałam okazję obserwować pod kątem mojej pracy jak swój czas wolny spędzają Austriacy w Tyrolu i Niemcy w Westfalii, niestety nie wypadamy w tych porównaniach dobrze. Austriacy zadziwiają wędrownkami z kijkami (trekkingowymi) w dłoniach stukając od świtu do zmierzchu na turystycznych szlakach, a jazda na rowerze „pod górkę” wyraźnie sprawia im przyjemność, oczywiście bez kasku ochronnego nikt nie wsiada na rower. Inną, znaną mi tylko z opowieści - ciekawą formą rekreacji zimowej jest wędrowka na nartach „ubranych” w pokrowce zwane „fokami” (ponieważ dawniej robione były z futra foki, dzisiaj ze względu na ekologię zastąpione sztucznym materiałem), polegająca na wchodzeniu pod górę po to, by następnie zjechać w dół. I nie byłoby w tym fakcie nic nadzwyczajnego gdyby nie to, że większą przyjemność sprawia im wchodzenie pod górę niż zjazd oczywiście po nieprzetartych szlakach. Pewnie dlatego uznają taką formę za ciekawszą, bo jest bardziej męcząca (a w przeciwieństwie do przeciętnego Polaka, Austriacy lubią wysiłek fizyczny). Być może gdyby i u nas było tak dużo wyciągów też poszukiwalibyśmy innej formy narciarstwa. Miałam także możliwość uczestniczenia w zajęciach ruchowych w Klubie Fitness w Insbrucku. Ćwiczenia dla seniorów przy sali wypełnionej po brzegi w sympatycznej, partnerskiej atmosferze odbywają się regularnie, a średnia wieku wynosiła około 70lat. Jestem pod wrażeniem sprawności austriackich seniorów, którzy imponują bardzo dużą wiedzą na temat kształtowania sprawności fizycznej i potrafią także ćwiczyć indywidualnie bez nadzoru instruktorów. Podobnie Niemcy wysoko sobie cenią rekreację ruchową szczególnie jazda na rowerze cieszy się dużą popularnością, więc w dni wolne zapelniają się ścieżki rowerowe, (w tygodniu także panuje na nich tłok, bo spora liczba dzieci i dorosłych na rowerach dojeżdża do szkoły i pracy) które są budowane równocześnie z drogami zarówno w miastach jak i na prowincji.

Liczba dróg rowerowych np. w Westfalii wynosi 13 tysięcy kilometrów, a land ten może pochwalić się informacją internetową o wszystkich ścieżkach rowerowych, z możliwością ustalenia indywidualnych tras dzięki programom komputerowym z nawigacją, wystarczy zapisać nazwy miejscowości z której, do której chcemy dojechać i otrzymujemy wszystkie możliwe trasy podróży. Dużym zainteresowaniem ludzi starszych cieszy się jazda na rowerach trójkołowych, to proste i wygodne rozwiązanie zapobiega utracie równowagi i jest bardzo pomocne w dokonywaniu zakupów, gdyż z tyłu roweru mieści się obszerny koszyk, gdzie można zapakować liczne towary. Mam nadzieję, że tak jak nastała moda na turystykę rowerową również przyjmie się moda na trójkołowce a obrazek „matki Polki”, kobiety z siatkami, dźwigającej niezliczone ciężary i skarżącej się na bóle kręgosłupa i stawów zniknie z naszego życia. Myślę, że nasza edukacja prozdrowotna sprawi, że Kasie i Małgosie uczęszczające dzisiaj do szkoły podstawowej w przyszłości w tym zakresie przyjmą świadomie zdrowy styl życia.



III. Cel strategiczny programu i cele szczegółowe.

Cel strategiczny:

Promowanie zdrowego stylu życia poprzez zwiększanie aktywności fizycznej w czasie wolnym.

Cele szczegółowe:

1. Kształtowanie motywacji, wiedzy i umiejętności dbania o zdrowie.
2. Aktywizowanie dzieci i dorosłych członków społeczności szkolnej do czynnego wypoczynku na wycieczkach rowerowych, w czasie wolnym od nauki i pracy.
3. Poprawa bezpieczeństwa uczniów przez pogłębianie wiedzy i umiejętności praktycznych związanych z wychowaniem komunikacyjnym i zapobieganiem wypadkom.
4. Sprzyjanie pogłębianiu więzi społeczności lokalnej, szkolnej i rodziny poprzez wspólną organizację i uczestnictwo w wycieczkach.
5. Zdobywanie wiedzy o regionie - poznawanie naszej małej Ojczyzny.
6. Kształtowanie umiejętności życiowych, podejmowania decyzji, odpowiedzialności za siebie i innych oraz wykorzystania praktycznej wiedzy zdobytej w szkole.

Cele programu a strategia promocji zdrowia.

Jednym z podstawowych dokumentów niezbędnych dla zrozumienia współczesnych strategii promocji zdrowia jest „Zdrowie 21”- „Zdrowie dla wszystkich w XXI wieku” Dokument opracowany w 1998 roku przez Światową Organizację Zdrowia (WHO) dla Regionu Europejskiego określa, że głównym celem polityki zdrowotnej jest wykorzystanie pełnego potencjału zdrowia przez wszystkich. Przytoczony dokument określa dwa główne zadania:

1. promocję i ochronę zdrowia ludzi w ciągu całego ich życia,
 2. zmniejszenie występowania chorób i urazów oraz złagodzenie cierpień z ich powodu,
- Zamierzam te cele w pewnym zakresie realizować w ramach mojego programu.

Precyzyjniej określając z pośród 21 celów polityki zdrowotnej WHO proponowany przeze mnie program nawiązuje do celów:

- 4 - Zdrowie młodych ludzi,
- 9 - Redukcja urazów powstałych na tle wypadków i przemocy,
- 11 - Zdrowy tryb życia,
- 13 - Tworzenie siedlisk zdrowotnych,

Idea „Zdrowie 21”, określa 21 zadań do realizacji w XXI wieku, które stanowią podstawę polityki zdrowotnej Regionu Europejskiego. Wymieniony dokument jest tak ważny ze względu na fakt, iż stanowi wykładnię etyczną i naukową dla decydentów na wszystkich poziomach, umożliwiając im ocenę wpływu ich polityki na zdrowie oraz posługiwanie się zdrowiem jako wskaźnikiem rozwoju we wszystkich dziedzinach życia społecznego.

Następnym istotnym dokumentem, do którego chciałabym odwołać się, jest Narodowy Program Zdrowia 1996-2005 (NPZ), wydany przez Ministerstwo Zdrowia i Opieki Społecznej, w którym określony został cel strategiczny - poprawa zdrowia ludności i związanej z nim jakości życia, realizowany przez

"stwarzanie warunków oraz kształtowanie motywacji, wiedzy i umiejętności zdrowego stylu życia, a także podejmowanie działań na rzecz zdrowia własnego i innych,

"kształtowanie sprzyjającego zdrowiu środowiska życia, pracy i nauki.

Założenia proponowanego przeze mnie programu są zgodne z NPZ i celem strategicznym. Z analizy celów operacyjnych widzę zbieżność moich działań z celami:

- 1 - Zwiększenie aktywności fizycznej ludności,
- 6 - Zwiększenie skuteczności edukacji zdrowotnej społeczeństwa oraz działań w zakresie promocji zdrowia,
- 10 - Zmniejszenie częstości wypadków, szczególnie drogowych,
- 11 - Zwiększenie sprawności i skuteczności pomocy doraźnej w nagłym zagrożeniu życia.

Przyjęte w moim programie zadania mają służyć motywowaniu do zdrowych zachowań i dawać możliwość praktycznej realizacji podjętych zobowiązań na rzecz wzmocnienia aktywności fizycznej.

Kolejnym nie mniej istotnym dokumentem o charakterze lokalnym, do którego chciałabym nawiązać jest „Strategia Promocji Zdrowia 2002-2010 dla Województwa Dolnośląskiego”, opracowany przez Dolnośląski Zespół ds. Promocji Zdrowia. Wśród szesnastu celów długofalowych moje założenia programowe nawiązują do celów:

- 3- Promocja zdrowego i bezpiecznego środowiska naturalnego, pracy, nauki, wypoczynku i zamieszkania,
- 4- Edukacja i promocja aktywnego i zdrowego stylu życia,
- 7- Utrzymanie i poprawa zdrowia dzieci, młodzieży i ich rodzin,
- 9- Poprawa zdrowia psychicznego,
- 12- Redukcja urazów powstałych w wyniku przemocy i wypadków.

Adresaci programu.

Proponowany przeze mnie program skierowany jest do społeczności szkolnej, uczniów klas VI - VI, nauczycieli i rodziców. Szczególnie zależy mi na objęciu nim uczniów z obniżoną sprawnością psychofizyczną, z nadwagą oraz wywodzących się z zaniedbanych środowisk, ale nie zamierzam ograniczać kręgu uczestników tylko do wcześniej wspomnianych osób. Inni uczniowie będą mogli także uczestniczyć w proponowanych zajęciach, w miarę wolnych miejsc. Do grona uczestników programu wybrane będą dzieci przez wychowawców klasowych, pedagoga szkolnego oraz nauczycieli w- f. Na podstawie uzyskanych informacji do uczniów wysłane zostaną zaproszenia imienne jako forma wyróżnienia z jednoczesną prośbą do rodziców o pisemną zgodę na udział dzieci w programie i ewentualny współudział w organizowaniu opieki. Do udziału zaproszeni zostaną także nauczyciele. Przewiduję udział 40 uczniów w programie, liczba opiekunów stałych 4 osoby. (koordynator, pielęgniarka lub rodzic lekarz, nauczyciele w- f i przedstawiciele rodziców). Dopuszczam możliwość udziału wychowawców z grupą klasową obok stałych uczestników.

W celu pozyskania sprzymierzeńców programu nauczycielom i pracownikom szkoły proponuję wycieczkę rowerową z okazji Dnia Edukacji Narodowej, połączoną ze zdrowym piknikiem i towarzyskim meczem piłki nożnej.

Uczestnicy programu poproszeni zostaną o wypełnienie ankiety badającej styl życia preferowany przez nich przed przystąpieniem do programu, po roku ponownie odpowiedzą na te same pytania dotyczące między innymi formy spędzania czasu wolnego, sposobu odżywiania z uwzględnieniem spożywania słodczy i warzyw, ulubionych form aktywności fizycznej, oceny stanu swojego zdrowia i kondycji fizycznej.

Dla uczestników programu zorganizowane zostaną warsztaty i szkolenia dotyczące wychowania komunikacyjnego, zakończone egzaminem umożliwiającym otrzymanie karty rowerowej, kurs pierwszej pomocy przedmedycznej w nagłych wypadkach. W celu zwiększania aktywności fizycznej uczniów, zainicjowane zostanie po uzyskaniu aprobaty dyrekcji szkoły i uczestników programu utworzenie szkolnej małej siłowni (nazwa zostanie ustalona wspólnie z młodzieżą), w którym poza sezonem rowerowym będzie można podtrzymać i doskonalić kondycję.

Właściwą formą realizacji programu będzie organizowanie wycieczek rowerowych połączonych z poznawaniem małej ojczyzny - Wrocławia i okolicy.

Wycieczki rowerowe, połączone z propagowaniem wychowania komunikacyjnego, nauką zasad udzielania pierwszej pomocy przedmedycznej oraz plenerowymi zabawami ruchowymi i propozycją zdrowego jedzenia przygotowanego wspólnie przez dzieci i opiekunów.

IV. Opis programu.

„Wiedza nie określa bezpośrednio wyboru, ale dostarcza przesłanek, na których się on opiera”

(Kozielecki)

Programu będzie realizowany w cyklu roku szkolnego. We wrześniu przeprowadzona zostanie diagnoza wstępna oparta na wywiadzie z wychowawcami klas, nauczycielami w-f oraz pedagogiem i psychologiem szkolnym. Przewiduję wytypowanie 40 uczniów, którzy wymagają wsparcia w dążeniu do poprawy sprawności psychofizycznej.

Dla wyłonionej grupy organizowane będą zajęcia rekreacyjne w formie sobotnich wycieczek rowerowych, na które zaproszeni zostaną także rodzice. Połączone z edukacją zdrowotną ułatwiającą podejmowanie decyzji na rzecz zdrowego stylu życia. Ponieważ sezon rowerowy nie trwa cały rok, więc w miesiącach od listopada do czerwca, proponuję, raz w tygodniu w piątki wspólne ćwiczenia w małej siłowni szkolnej, która w tym celu zostanie zorganizowana. W siłowni, którą razem z

młodzieżą i rodzicami będziemy urządzać, znajdują się rowery stacjonarne, (ergometry rowerowe), bieżnia i mały Atlas do ćwiczeń różnych partii mięśni. Oczywiście nie wszystkie urządzenia znajdują się tam od razu, ale aktywne poszukiwania sponsorów i zaangażowanie rodziców na pewno pozwoli wspólnymi siłami chociaż w części zrealizować plany.

Harmonogram programu.

Wrzesień - akcja informacyjna skierowana do wychowawców i nauczycieli. Ustalenie kryteriów rekrutacji do programu. Wytypowanie młodzieży szczególnie mile widzianej jako uczestników programu.

Październik - Wycieczka rowerowa dla nauczycieli i ich rodzin w celu pozyskania sojuszników programu - Dzień Edukacji Narodowej - wesoło, aktywnie i sportowo. Mecz piłki nożnej. Piknik pod chmurką. Las Rędziński.

Październik - wycieczka dla uczniów do Lasku Osobowickiego. Zwiedzanie okolicy - pierwsza osada na terenie Wrocławia. „Rowerowa ścieżka zdrowia”, zdrowe jedzenie w plenerze, ognisko i pieczenie ziemniaków i szaszłyków warzywnych. czas trwania 9.00 - 14.00

Listopad - Marzec: Kurs wychowania komunikacyjnego przygotowujący do zdania egzaminu na kartę rowerową, szkolenie „Pierwsza pomoc w nagłych wypadkach”, Trening kształtujący sprawność fizyczną np. na rowerach stacjonarnych. Nauka planowania własnego treningu rowerowego i oceny kondycji fizycznej. Propozycja zorganizowania szkolnego klubu, w którym można zadbać o kondycję fizyczną poza sezonem rowerowym.

Planowanie 2 tras wycieczek rowerowych przewidzianych na miesiące: kwiecień, maj według inspiracji młodzieży.

W czerwcu propozycja zorganizowania przez uczestników programu dla społeczności szkoły „Pierwszego Szkolnego Rajdu Rowerowego” we współpracy z Wrocławskim Klubem Cyklistów.

Czerwiec zakończenie i podsumowanie pierwszej edycji programu. Zorganizowanie parkingu rowerowego przed szkołą przy pomocy sponsorów.

HARMONOGRAM

Przygotowanie i realizacja programu	Termin	Osoba
1. przygotowanie ankiety	01-14.09	koordynator, pedagog, psycholog,
2. propagowanie informacji o programie,	wrzesień	koordynator, nauczyciele w-f, wychowawcy, pielęgniarka,
3. rekrutacja uczestników programu,	15.09-15.10	koordynator, realizatorzy, wychowawcy, pedagog,
4. wycieczka rowerowa dla nauczycieli,	14.10.	grono pedagogiczne,
5. wycieczka dla uczestników programu,	październik	koordynator, pielęgniarka, rodzice (2 osoby),
6. przeprowadzenie ankiety	październik	koordynator
7. analiza ankiety	listopad	psycholog, koordynator
8. zorganizowanie małej szkolnej siłowni,	październik-listopad	nauczyciele w-f, wolontariusze (2 osoby)
9. przeprowadzenie kursu pierwszej pomocy w nagłych wypadkach,	luty - marzec	pielęgniarka, lekarz ratownik,
10. szkolenie w zakresie przepisów ruchu drogowego.	kwiecień	policjant ruchu drogowego,
11. wycieczki rowerowe(2), egzamin na kartę rowerową	kwiecień- maj	koordynator, uczestnicy programu
12. Pierwszy Szkolny Rajd Rowerowy.	czerwiec	koordynator, opiekunowie, wolontariusze., policjant,
13. zakończenie programu, uruchomienie parkingu rowerowego	czerwiec	realizatorzy, nauczyciele w-f, wychowawcy, pielęgniarka,



V. Ewaluacja programu.

Ewaluacja bieżąca:

1. Powtórna ankieta badająca styl życia uczestników programu.
2. Sprawozdania z przebiegu programu i realizacji zadań szczegółowych.
3. Odczucia własne uczestników programu i ocena jego realizacji. (wypowiedzi pisemne uczniów)
4. Relacje z przebiegu programu na stronach internetowych szkoły.
5. Dziennik przebiegu wycieczek.
6. Wykaz uczniów, którzy zdali egzamin na kartę rowerową oraz otrzymali świadectwo ukończenia kursu pierwszej pomocy przedmedycznej.
7. Wystawa prac plastycznych „Wrocław i okolice widziane okiem rowerzysty” pokazujące ciekawostki przyrodnicze i geograficzne, poznane dzięki wycieczkom rowerowym.

Ewaluacja odroczone:

1. Reportaż fotograficzny pokazujący najciekawsze elementy programu (wystawa na stronach internetowych szkoły),
2. Po roku ankieta stylu życia uczestników programu i grupy kontrolnej składającej się z uczniów nie objętych programem.

Po zakończeniu programu przedstawię propozycję kontynuacji rozpoczętych działań, jeśli młodzież będzie zainteresowana taką formą aktywności ruchowej podjęta zostanie druga edycja programu.

Spodziewane efekty:

1. Zwiększenie świadomości i kompetencji społeczności szkoły w zakresie zdrowia.
2. Integracja środowiska szkolnego i wzmacnianie więzi.
3. Wzmocnienie potencjału zdrowia uczniów poprzez zdrowy styl życia.
4. Podniesienie poziomu wiedzy w zakresie wychowania komunikacyjnego, skutkującego wzrostem poziomu bezpieczeństwa na drodze i udzielania pomocy w nagłych wypadkach.
5. Zdobycie umiejętności aktywnego i twórczego zagospodarowania czasu wolnego.

VI. Abecadło rowerzysty, czyli co każdy wiedzieć powinien zanim wyruszy na turystyczne trasy.

- A. Dlaczego warto wybrać rower?
- B. Rodzaje rowerów i ich zastosowanie.
- C. Wyposażenie obowiązkowe.
- D. Drobne naprawy i konserwacja. (tabela objawów, diagnoza i sposób naprawy)
- E. Ubiór rowerzysty.
- F. Jak osiągnąć dobrą formę dzięki rowerowi. (plan treningu)

A. Dlaczego warto wybrać rower?

Jazda na rowerze cieszy się coraz większym powodzeniem, bez względu na wiek mogą z niego korzystać wszyscy. W ostatnim czasie podbija także nasz kraj. Drogie rowery o nowoczesnych konstrukcjach z lekkich materiałów znajdują amatorów, ale zarezerwowane są dla ludzi dysponujących zasobnym portfelem. Natomiast dla statystycznego Polaka przydatny jest rower miejski o konstrukcji tzw. „holendra” najlepiej taki, na którym ząb czasu odcisnął swój ślad. Widać na ulicach coraz więcej takich wehikułów. Szczególnym powodzeniem cieszą się wśród braci studenckiej i warto brać z nich przykład, bo rowery miejskie są rzeczywiście szalenie wygodne. Oczywiście wśród młodzieży najbardziej lubiane są rowery górskie - także uniwersalne i niezawodne.

W odpowiedzi na pytanie dlaczego warto uprawiać turystykę rowerową można powiedzieć, że:

- zapewnia ruch na świeżym powietrzu,
- umożliwia poznawanie nowych terenów, ludzi i gwarantuje dotarcie do miejsc niedostępnych dla automobilistów,
- pozwala zachować kondycję, zrzucić zbędne kilogramy, zmniejsza ryzyko zachorowań na zawał serca, osteoporozę w wieku późniejszym,
- dla dzieci jazda na rowerze jest szczególnie atrakcyjną formą ruchu ze względu na dużą ilość docierających bodźców
- szybka zmiana otoczenia i możliwość odreagowania nagromadzonych często negatywnych emocji.
- pół godziny pedalowania dziennie zwiększa długość życia o 1-2 lat,
- rower nie truje - wbrew powszechnej opinii, rowerzyści nie są bardziej niż inni narażeni na spaliny. Badania wykazują, że we krwi cyklisty jest 3-4 razy mniej trujących związków niż u kierowcy jadącego w miejskich korkach przy otwartym oknie,
- rower „zapobiega” depresji i poprawia samopoczucie,
- życie na rowerze jest zdrowsze i piękniejsze, bo pozwala na bezpośredni kontakt z przyrodą, co pozwala rozładować stres,
- rower jest ekologiczny, nie potrzebuje paliwa, jest cichy,
- dzięki systematycznemu treningowi na rowerze poprawie ulega kondycja psychofizyczna człowieka, lepiej funkcjonuje układ oddechowy, wzrasta wydolność układu krążenia oraz następuje poprawa sprawności aparatu ruchowego.

Przytoczone powyżej argumenty przekonały i mnie, do niedawna miłośniczkę samochodu do czasu, gdy nie zaczęłam odczuwać skutków braku ruchu w postaci dolegliwości bólowych związanych ze zmianami zwyrodnieniowymi stawów. Ten dyskomfort skłonił mnie do poszukiwań najpierw pomocy lekarskiej, która ograniczyła się do recepty i zażywania leków, ale ta metoda wystarczyła na krótką metę, organizm dalej protestował bólem, co zmusiło mnie do głębszego zastanowienia. Rewizja stylu życia pozwoliła oszacować skutki braku ruchu i pojawił się pomysł, może spróbuję rowerem dojeżdżać do pracy. Później konsekwentnie zrealizowałam swój pomysł kupując rower i tak się zaczęła moja przygoda na dwóch kółkach, która trwa już dwa lata.

Korzyści odczuwam do dzisiaj, powrót do aktywności był najlepszym lekiem na zdrowie i dobre samopoczucie a po intensywnym wysiłku na rowerze odczuwam duży przypływ energii pozwalający na lepsze życie. Moje doświadczenia osobiste były inspiracją do poszukiwania tematu pracy w której rower będzie kluczem do zdrowego stylu życia i żywym przykładem na to, że w każdym wieku można zmienić przyzwyczajenia - co proponuję uczniom.

B. Rodzaje rowerów i ich zastosowanie.

Trafny wybór roweru pozwoli osiągnąć satysfakcję z posługiwania się nim i zapewni nam komfort na wyprawach rowerowych. Przed zakupem roweru powinniśmy co nieco o nich wiedzieć lub zasięgnąć porady u fachowca. Poniżej przedstawię kilka informacji o rodzajach i kosztach rowerów. Bicykle dzielą się ze względu na ich przeznaczenie na:

1. rowery szosowe
2. rowery miejskie
3. rowery górskie
4. rowery trekkingowe
5. rowery crossowe
6. rowery trialowe

Autor wyróżnia według przyjętego kryterium:

- **rower popularny** - idealny na 10 - 15 km przejażdżki. Kierownica w nim znajduje się znacznie wyżej niż poprawnie ustawione siodełko, na którym spoczywa 60 % masy ciała rowerzysty. Taka pozycja wydaje się być wygodna dla kręgosłupa. Na pierwszy rzut oka - pełen komfort, ale to tylko pozory, bo w tej pozycji nogi nie biorą udziału w amortyzacji nierówności więc wszelkie obciążenia wynikające z podskakiwania roweru, nawet na niewielkich wybojach, skupiają się na kręgosłupie. Rower popularny nadaje się wyłącznie do jazdy po gładkich drogach asfaltowych.

- **rower rekreacyjny** - wskazany na trasy 15 - 30 km, kierownica w tym przypadku ustawiona jest wyżej niż poprawnie zamontowane siodełko, na którym spoczywa 45% masy ciała rowerzysty. W tym ustawieniu znacznie większe obciążenia wywołane nierównościami terenu mogą być amortyzowane przez nogi i ramiona rowerzysty. Większy kąt pochylenia tułowia chroni kręgosłup przed obciążeniem osiowym i powoduje zmniejszenie oporów aerodynamicznych ułatwiając jazdę pod wiatr. Rower tego typu jest bardzo uniwersalny spełnia dobrze swoją rolę zarówno w mieście, na krótkich odcinkach, jak i podczas dłuższych przejazdów asfaltowymi drogami oraz duktami szutrowymi.

- **rower turystyczny** - doskonały na wycieczki i wyprawy od 30 - 100 km dziennie. Ustawienie kierownicy w stosunku do

siodelka powoduje, że 55 - 60% masy rowerzysty opiera się na pedalach, spora część obciążenia przypada na kierownicę, a siodelko pełni funkcję pomocniczą. Taka pozycja, chociaż wymaga większej siły i na początku nie jest wygodna, na dłuższą metę powoduje bardziej ekonomiczne zużycie energii kolarza i zdecydowanie mniej obciąża kręgosłup - jest zdrowsza. Aczkolwiek mogą u podróżującego na dalszych trasach wystąpić bóle szyi i kręgosłupa w odcinku lędźwiowym, ale są one wyłącznie objawem zmęczenia mięśni. Jazda na takim rowerze, ze względu na duże pochylenie tułowia - wysokie ustawienie siodelka i nisko zamocowaną kierownicę, sprawia że opory aerodynamiczne są najmniejsze z pośród wszystkich typów rowerów. Na długich trasach po asfaltowych nawierzchniach rower turystyczny jest najbardziej polecany.

Jak właściwie dobrać odpowiednią wielkość roweru ?

Wielkość rozmiaru roweru ma zasadnicze znaczenie dla komfortu jazdy a przede wszystkim dla bezpieczeństwa. Margines, w granicach którego rower można powiększać lub zmniejszać nie może przekraczać 10%. Dopasowanie sprzętu do użytkownika polega na ustawieniu siodelka na odpowiedniej wysokości i w razie potrzeby zmianie na dłuższy lub krótszy wspornik kierownicy. Następną istotną sprawą jest ustalenie maksymalnej wielkości ramy. Stojąc na płaskim podłożu z rowerem między nogami, rowerzysta powinien mieć możliwość uniesienia przedniego koła roweru co najmniej 15 cm nad ziemię bez kontaktu krocza z ramą. Minimalny rozmiar ramy ustala się przez zmierzenie długości nogi po wewnętrznej stronie uda, od pięty do krocza. Następny krok to pomnożenie długości nogi mierzonej w cm przez współczynnik $M = 0,57$ dla rowerów górskich lub współczynnik $T = 0,67$ dla rowerów trekkingowych.

Ostatnim elementem decydującym o wygodnej i skutecznej jeździe jest ustawienie na właściwej wysokości siodelka. Najłatwiej sprawdza się ustawienie siodelka przy pomocy pomocnika, który trzyma rower z pasażerem za kierownicę, rowerzysta opiera pięty na pedalach i obraca nimi do tyłu. Jeśli kolana całkowicie wyprostują się, a pośladki nie przemieszczają się z jednej strony siodelka na drugą, to oznacza, że ustawienie jest właściwe. Wszystkie te czynności powinno się spełnić, bo wynikają one z doświadczeń użytkowników rowerów i chociaż wydać się mogą chwilami śmieszne, to nie przestrzegając tych kilku zasad narażamy się na bolesne przykrości, a przecież wsiadając na rower spodziewamy się miłych wrażeń.

E. Ubiór rowerzysty.

Na strój rowerzysty składa się kilka części garderoby: spodenki, koszulka, bluza, wiatrówka, obuwie, rękawiczki, kask.

Koszulka wykonana z cienko i luźno tkanej tkaniny syntetycznej, zwanej pod różnymi nazwami w zależności od producenta np. Polipro, Colmax, Capilene. Zakup właściwej koszulki to nie snobizm, bo tradycyjne i lubiane koszulki bawełniane w tym wypadku nie spełniają swojej roli. Bawełna nie odprowadza potu i szybko robi się mokra, co tworzy w chłodny dzień zimny kompres, a wilgoć ubrania jest wrogiem rowerzysty. Dlatego koszulka z technicznej tkaniny nie nasiakającej wilgocią i szybko ją odprowadzająca na zewnątrz także przez to, że przylega do ciała najlepiej spełnia swoją rolę, dzięki temu możemy lepiej zadbać o swoje zdrowie. Najczęściej, są one kolorowe i estetyczne - dobrze widoczne z daleka. Koszulka kolarska jest dłuższa z tyłu, co zapobiega ochładzaniu nerek i części krzyżowej kręgosłupa. Z tyłu naszyte są kieszenie do których chowa się wiatrówkę i inne drobiazgi. Cena : 50 - 150 zł

Spodenki są najważniejszą częścią stroju rowerzysty z wkładką w kroku z cienkiej gąbki obszytej irchą lub owczą skórą. Wkładka jest bardzo ważnym zabezpieczeniem przed dyskomfortem długich podróży. Najczęściej wykonywane są z cienkiej obcisłej lycry, bo takie najlepiej spełniają swoją rolę, ale dla osób które nie chcą tak ekstremalnie podkreślać tej części swojej figury przewidziano spodenki o kroju klasycznych szortów z wszytymi elastycznymi spodenkami z wkładką. Pod spodenki kolarskie nie zakłada się już żadnej bielizny. Cena : 50 - 300 zł

Bluza - przydatna w chłodne dni, najchętniej używane są z polaru. Zatrzymują ciepłe powietrze między włóknami kudłatych z wierzchu materiałów. Polartec 100 dobrze sprawdza się w połączeniu z bielizną i warstwą zewnętrzną zapewniając komfort termiczny od - 5 do +15, podczas intensywnej jazdy. Polartec 200 to ubranie na poważne chłody, nawet do - 15, ta sama tkanina występuje też w wersji 300 oraz materiał bipolartec, są zbyt ciepłe dla aktywnego rowerzysty. Inne tkaniny świetnie spisujące się w roli okryć dla turystów rowerowych to powerstretch - cienki elastyczny polar oraz windstopper - gwarantujące komfort termiczny. Niestety jest i mankament ubrań z tych materiałów - wysoka cena. Za kurtkę z windstoppera często trzeba zapłacić ponad 600 złotych. Inne ceny : 150- 300 zł

Kurtka - ma specjalny krój, bo klasyczna jest mniej przydatna. Wzór kurtki rowerowej charakteryzuje się tym, że jest krótka z przodu, żeby nie przeszkadzała się w czasie jazdy a dłuższa z tyłu, żeby osłonić dolną część pleców. Powinna być przylegająca do ciała, bez kieszeni z przodu, bo wypełnione obijają się o kolana. Praktyczniejsze są z naszytymi na plecach kieszeniami, a po ich wypełnieniu zapobiegają przesuwaniu się kurtki do góry i odsłanianiu pleców. Generalną zaletą powinno być zajmowanie

jak najmniej miejsca. Najlepsze są wiatróvky nieprzemakalne z materiału o nazwie hydroteks. Cena: od 150 - 500 zł. Inne elementy ubioru i ochrony rowerzysty to buty, skarpety, rękawiczki, kask, peleryna, oraz okulary. Obuwie powinno mieć solidne, dobrze wyprofilowane spody, gwarantujące dobrą przyczepność i równomierny nacisk na pedały, zapinane na rzepy, bo sznurowadła często wplątują się w łańcuch. Skarpety powinny być bezszwowe co uchroni stopę przed otarciem, z wełny lub elastycznej bawełny. Rękawiczki z wyciętymi palcami i wzmocnioną miękką wewnętrzną stroną, najlepiej skórzane, zapobiegają ślizganiu się rąk na kierownicy oraz pełnią funkcje ochronne.

Najistotniejszym dla ochrony zdrowia rowerzysty elementem wyposażenia jest kask - pochłaniający energię uderzenia w przypadku kolizji, to też - nie jest tylko modny element pochodzący z Ameryki, ale konieczność.

Badania prowadzone przez Instytut Medycyny w Hanowerze do 1986 roku wskazują, że 70% śmiertelnych wypadków rowerowych, których przyczyną były urazy głowy, nie skończyłyby się tragicznie, gdyby rowerzysta miał kask. (van der Plas, 1994) Typowy wypadek rowerowy, zakończony śmiercią lub ciężkimi obrażeniami głowy, jest wynikiem uderzenia, albo zderzenia rowerzysty z jakimś obiektem.

Mózg potrafi wytrzymać uderzenia, jeśli powstające tzw. spowolnienie, mierzone w m/s? nie przekroczy 3000 m/s?. Szybkość spadania rowerzysty z wysokości 1,5 m wynosi 5 m/s, aby osiągnąć bezpieczną wartość spowolnienia, musimy zmniejszyć szybkość spadania o ok. 0,002 sek. Można to osiągnąć dzięki kaskowi o grubości powłoki 2 cm, zbudowanej ze sztucznego tworzywa, która absorbuje uderzenie, pod warunkiem, że jest dobrze dopasowany.

Kask jest mało popularny w Polsce, a często decydujący w czasie kolizji o naszym życiu, (szczególnie przy niskiej kulturze kierowców, nie zauważających rowerzystów na naszych drogach), w Ameryce charakteryzuje się normą ANSI Z - 90,4. W Niemczech i Austrii poziom świadomości w zakresie zapobiegania wypadkom drogowym, szczególnie z udziałem dzieci jest bardzo wysoki. Wcześniej wspominałam, że w Alpach to rowerzysta bez kasku wzbudza zdziwienie, niestety odczułam to na własnej skórze. Dopiero zbieranie materiałów do pracy pozwoliły mi ocenić jak nierozważne było moje zachowanie. W Niemczech wszystkie dzieci jeżdżące na rowerach mają kaski i do rowerów przytwierdzone odbłaskowe chorągiewki na elastycznych wysięgnikach długości około metra, po to żeby były widoczne z za stojących na poboczu samochodów. Mam nadzieję, że tak szczegółowe potraktowanie tego tematu pozwoli mi na propagowanie bezpiecznej jazdy na rowerze, co jest jednym z istotnych elementów proponowanego programu.

F. Jak osiągnąć dobrą formę dzięki rowerowi.

Rowerzysta powinien zadbać o swoją kondycję przez cały rok. Jeśli chcemy osiągnąć lepszą kondycję na rowerze powinniśmy umieć ocenić nasze możliwości i poznać kilka niezbędnych informacji jak osiągnąć formę.

Pierwszy krok to określenie naszego „pragu aerobowego”, czyli zbadanie jaka jest maksymalna ilość energii spożytkowana, na skutek podjętego obciążenia (wysiłku), którą wytrzymuje organizm i system krążenia. Każdy człowiek ma swój indywidualny „próg aerobowy”, zależny od wydolności układu krążenia, wytrzymałości serca, możliwości przyswajania tlenu przez krew, budowy tętnic i żył. Wartość tę określa się jako „VO2 max”. Oznacza ona ile gramów tlenu może zostać przetworzonych przez organizm w jednostce czasu. Każdy człowiek potrafi wytrzymać w stosunkowo długim czasie spore obciążenie, pod warunkiem, że jest ono powyżej jego indywidualnego progu aerobowego.

W sytuacji odwrotnej mniejsza ilość tlenu jest przetwarzana niż pobierana, co powoduje wytwarzanie się kwasu mlekowego obciążającego mięśnie, potocznie mówiąc „zakwasy”.

W celu właściwego określenia programu treningowego, należy dokonać pomiaru sprawności, która opiera się na zależności między VO2, a uderzeniami serca czy pulsu mierzonymi w określonym czasie. Prawdłowo określimy obciążenie podczas treningu stosując następujący wzór, obciążenie treningowe = 180 - ilość lat, co oznacza, że osoba np. 30 letnia musi wykonać wysiłek podczas treningu, aby puls utrzymywał się na poziomie 150 uderzeń na minutę.

Stosując taki trening, odbywający się 3 razy w tygodniu po 20 minut, powinien przynieść widoczną poprawę kondycji. Trenując, należy regularnie rano na czczo mierzyć puls przez 15 sekund, mnożąc daną wartość przez 4. Jeśli ilość uderzeń zmniejsza się lub ostatecznie nie zwiększa, przyjmujemy, że nasz program treningowy jest prawidłowy.

Następny krok to ustalenie harmonogramu treningu.

Do treningu wybieramy trasę spokojną, mało uczęszczaną, półgodzinną, najlepiej najpierw wznoszącą się i zakończoną płaskim odcinkiem. Tempo jazdy jest na początku treningu intensywne, w fazie końcowej spokojne.

1. Trening rozpoczynamy na płaskim odcinku, przy średnim przełożeniu, stale zwiększając tempo tak, by osiągnąć obciążenie treningowe.
2. Utrzymujemy tempo treningowe przez 20 minut, kontrolując jednocześnie puls.
3. Stopniowo zmniejszamy prędkość, obniżając obciążenie, by po 5 minutach puls osiągnął ok. 20 - 30 uderzeń mniej niż wynosi

wartość obciążenia treningowego.

4. Jeśli trening odbywa się częściej niż 3 razy w tygodniu, obciążenie treningowe możemy skrócić do 10 minut.

5. Po zakończeniu treningu wskazane są lekkie 10 minutowe ćwiczenia rozluźniające pozwalające powrócić organizmowi do stanu spoczynkowego.

Rowerzysta, żeby zachować zdrowie i dobrą kondycję poza sezonem, powinien dbać o podtrzymanie formy przez wszechstronny trening w różnej formie ćwiczeń. W tym celu może stosować ćwiczenia gimnastyczne, stretching, ćwiczenia oddechowe oraz ćwiczenia siłowe.

W czasie treningu należy szczególnie dbać o mięśnie brzucha, grzbietu oraz ramion, siłę mięśni nóg dobrze wytrenujemy na ergometrach rowerowych oraz bieżni.

W czasie rowerowych eskapad, szczególnie na trudnych trasach należy pamiętać, że nadmierne obciążenie, brak płynów lub silne nasłonecznienie, są równie niebezpieczne jak wypadki i kontuzje. W czasie jazdy należy chronić wrażliwe części ciała przed działaniem słońca, (szyję uda, nos, oczy, uszy, kark), osłaniając je lub smarując kremami z filtrami.

Podczas upalnej pogody na drogę musimy zabrać dużą ilość płynów, bo w ekstremalnych warunkach rowerzysta może stracić w ciągu godziny więcej płynu (pocąc się) niż jest w stanie przyjąć. Dlatego zawsze pije się przed wyruszeniem w drogę a w czasie jazdy uzupełnia się płyny co 15 minut. Najlepsza w takich sytuacjach jest woda mineralna nie gazowana. W plecaku należy mieć kilka niezbędnych przedmiotów: suchy prowiant,

bidon z wodą, apteczkę, taśmę izolacyjną, pompkę, dętkę i zestaw narzędzi, mapę terenu, zestaw łatek i okrycie przed deszczem. Turysta wyposażony w wyżej opisane przedmioty oraz

spora porcję zdrowego rozsądku - może liczyć na udaną wyprawę. Tylko takie wyprawy będą organizowane w toku realizacji naszego programu, bo: "nie ma większej umiejętności ponad wiedzę; nie ma większego szczęścia ponad zdrowie,, (przysłowie hiszpańskie)



VII. Bibliografia

Kulmatycki L. (2001), Jak promować zdrowie krok po kroku. Wrocław.

Wojnarowska B., Sokołowska M. (2000), Szkoła promująca zdrowie- doświadczenia z dziesięciu lat, Warszawa.

Zdrowie 21, (2001), Zdrowie dla wszystkich w XXI wieku, Kraków- Warszawa

Mikulin A. A. (1984), Aktywna długowieczność, Warszawa.

Karski J.B. (red), (1999), Promocja zdrowia, wydanie nowe, Warszawa.

Van der Plas R. (1995), Rower górski, Katowice.

Kulmatycki L. (2002), Jak szacować wartość programów promocji zdrowia, Promotor zdrowia, nr 4, Wrocław.

Ciesielski M., Kędracki M. (2003), Okolice wrocławia na rowerze, Bielsko-Biała.

Kulmatycki L. (2003), Program promocji zdrowia, Program, Promotor zdrowia, nr 2, Wrocław.

Starischka S. (red.), (1991), Leydy-fitness czyli Bądź w formie, Warszawa.

Kulmatycki L. (2000), Styl życia, Promotor zdrowia, nr 2, Wrocław.

Turystyka szkolna, (1978), Poradnik dla nauczycieli - kierowników wycieczek krajoznawczo-turystycznych, Warszawa.

Strony internetowe :

<http://www.rowery.uni.wroc.pl>

<http://www.nrw-Turismus.de/pages/radfaren-special.htm>.

<http://www.cyf-kr.edu.pl/rowery/>

Barbara Woynarowska

HISTORIA SUKCESU Z FINLANDII

"WYZWANIA W ZAKRESIE BUDOWA- NIA PROGRAMU I METODOLOGII JEGO NAUCZANIA ORAZ KSZTAŁCENIA NAUCZYCIELI"

Oprac. na podstawie:

Lasse Kannas, (professor of Health Education Faculty of Sport and Health Sciences Department of Health Sciences University of Jyväskylä, Finland, lasse.kannas@sport.jyu.fi

Szkoła musi promować zdrowie, dobre samopoczucie i zdrowy rozwój dzieci. Każdy zgodzi się z tym stwierdzeniem lecz zadziwiająco niewielką rolę przywiązuje się do edukacji zdrowotnej w obowiązujących programach szkolnych w Europie i na świecie. W większości krajów Europy edukacja ta jest zintegrowana z innymi przedmiotami (ścieżka, program międzyprzedmiotowy). Kształcenie nauczycieli w zakresie edukacji zdrowotnej w Europie nie jest zbyt dobrze rozwinięte. Jedynie w kilku krajach istnieje wszechstronny program kształcenia nauczycieli w tym zakresie.

W prezentacji mojej skoncentruję się na przedstawieniu unikatowego programu rozwoju szkolnej edukacji zdrowotnej oraz kształcenia nauczycieli w tym zakresie w Finlandii. W wystąpieniu swym podam więcej informacji dotyczących procesu rozwijania polityki wprowadzania nowego, odrębnego szkolnego przedmiotu "Zdrowie" (edukacja) oraz procesu rzecznictwa (advocacy) w tym zakresie, a także budowania jego programu nauczania i mo-

delu specyficznego, nowoczesnego kształcenia nauczycieli w Uniwersytecie w Jyväskylä. Podam także przykłady programów nauczania dotyczących zdrowia w niektórych krajach Europy (np. w Anglii, Szwecji).

Zdrowie jako odrębny przedmiot szkolny: przykład Finlandii

W Finlandii w 2001 r. dokonano zmian w obowiązującym prawie oświatowym (Comprehensive School Act, Upper Secondary School Education Act), w wyniku których wprowadzono odrębny przedmiot szkolny "zdrowie" (edukacja). Edukacja zdrowotna stała się (podobnie jak matematyka, historia, fizyka, języki obce, wychowanie fizyczne) równorzędnym elementem nowego szkolnego programu nauczania. Program ten będzie wdrażany w latach 2004-2006.

W szkołach podstawowych (klasy 1-6) "zdrowie" (edukacja) będzie zintegrowane z innymi przedmiotami, zwłaszcza biologią, geografą, fizyką i chemią. W klasach 7-9 ten samodzielny program będzie obejmował trzy kursy po 38 godz. każdy. Oznacza to, że w okresie 3 lat łącznie 114 godzin zajęć będzie poświęconych na uczenie się o różnych ważnych sprawach dotyczących zdrowia, w sposób zaplanowany i stawiający uczniom wyzwania. W szkole średniej (upper secondary school) w klasach 10-12 (zwanych w Finlandii 1-3) "zdrowie" (edukacja) będzie odrębnym przedmiotem składającym się z jednego obowiązkowego 38-godzinnego kursu i dwóch zaawansowanych kursów do wyboru (każdy po 38 godzin).

Kolejnym ważnym krokiem dla nadania wyższej rangi (statusu) nauce o zdrowiu jest reforma dotycząca egzaminu dojrzałości na zakończenie szkoły średniej. Na wiosnę 2007 r., po raz pierwszy, "zdrowie" (edukacja) stanie



Edukacja zdrowotna stała się (podobnie jak matematyka, historia, fizyka, języki obce, wychowanie fizyczne) równorzędnym elementem nowego szkolnego programu nauczania.



ku Europie

Nauczyciele edukacji zdrowotnej muszą posiadać kwalifikacje zawodowe w zakresie edukacji zdrowotnej, nauczania o zdrowiu

się formalnie częścią egzaminu dojrzałości. Będzie to jeden z przedmiotów do wyboru. Obecnie przygotowano nowe i nowoczesne podręczniki dla uczniów i nauczycieli szkół ponadpodstawowych (secondary) i średnich (upper secondary).

Wprowadzenie tego przedmiotu, w wyniku reformy systemu edukacji, jest unikatowym rozwiązaniem w skali międzynarodowej. W ten sposób Finlandia stała się pierwszym krajem (co najmniej w Europie), w którym "zdrowie" (edukacja) uzyskała formalnie taki sam status jak inne "klasyczne" przedmioty. Możemy uznać to za znaczącą, społeczną innowację w promocji zdrowia w szkole.

W przyszłości przedmiot "zdrowie" (edukacja) będzie nauczany przez wyszkolonych, posiadających licencję kwalifikacji nauczycieli zdrowia.

Nowy przedmiot "zdrowie" wymaga przeszkolonych, kwalifikowanych nauczycieli. Nauczyciele edukacji zdrowotnej muszą posiadać kwalifikacje zawodowe w zakresie edukacji zdrowotnej, nauczania o zdrowiu (health training) oraz wykształcenie akademickie. Standardy kształcenia tej grupy nauczycieli są porównywalne jak w kształceniu nauczycieli innych przedmiotów szkolnych. Kryteria tych kwalifikacji określają akty prawne. Aby uzyskać formalne kwalifikacje i licencję nauczyciela "zdrowia" (edukacji) nauczyciel musi studiować edukację zdrowotną (health education training), obejmującą 60 punktów kredytowych, co w praktyce oznacza 35 tygodni zajęć. Wymagania te będą obowiązywać od roku szkol-

nego 2011/12. Tak więc zainteresowani nauczyciele mają ok. 10 lat na uzyskanie kwalifikacji nauczycieli zdrowia. Tymczasem nauczanie tego przedmiotu w szkole mogą prowadzić nauczyciele bez licencji. Najbardziej zainteresowani nauczaniem tego przedmiotu są nauczyciele wychowania fizycznego, biologii i ekonomiki gospodarstwa domowego (home economics).

Główną odpowiedzialność za opracowanie nowoczesnego programu kształcenia nauczycieli w zakresie edukacji zdrowotnej i koordynację tego programu w kraju powierzono Wydziałowi Sportu i Nauk o Zdrowiu w Uniwersytecie w Jyväskylä, oraz zespołowi jego pracowników zajmujących się promocją zdrowia i edukacją zdrowotną. Rozpoczęto kilkanaście kursów dla pracujących nauczycieli (in-service) i zainteresowanie nimi jest bardzo duże. Studenci Wydziału Sportu i Nauk o Zdrowiu mają obecnie możliwość studiowania wychowania fizycznego szkolnej edukacji zdrowotnej i uzyskania kwalifikacji nauczycieli obu przedmiotów - wychowania fizycznego i "zdrowia".

W poniższej ramce przedstawiono treści kursów dla nauczycieli szkolnej edukacji zdrowotnej (jeden tydzień studiów = 40 godzin pracy studenta).

Kursy w programie kształcenia nauczycieli w zakresie edukacji zdrowotnej
Katedra Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu w Jyväskylä

Podstawy edukacji zdrowotnej - 15 tygodni studiów (25 kredytów)

- Podstawy anatomii i fizjologii, 2 tyg.
- Wzrastanie i rozwój w dzieciństwie i młodości, 1 tydz.
- Podstawy zdrowia publicznego i epidemiologii, 2 tyg.
- Podstawy promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej, 2 tyg.
- Treści szczegółowe edukacji zdrowotnej cz.I., 4 tyg.
- Podstawy medycyny sportowej; aktywność fizyczna a zdrowie, 2 tyg.



- Podstawy nauczania i uczenia się o zdrowiu, 2 tyg.

Studia zaawansowane - 20 tygodni (35 kredytów)

- Treści szczegółowe w edukacji zdrowotnej cz. II, 3 tyg.
- Żywnienie i aktywność fizyczna, 2 tyg.
- Stres i radzenie sobie, 2 tyg.
- Materiały do nauczania i uczenia się w edukacji zdrowotnej, 2 tyg.
- Zaawansowany kurs w zakresie metod w edukacji zdrowotnej, 3 tyg.
- Badania naukowe w promocji zdrowia dzieci i młodzieży, 2 tyg.
- Szkoła promująca zdrowie, 3 tyg.
- Praca dyplomowa (dysertacja), 5 tyg.

Etos "zdrowia" (edukacji) jako przedmiotu szkolnego

W dwóch poniższych ramkach wymieniono główne cechy edukacji zdrowotnej jako przedmiotu. Tekst ten zawarty jest w Narodowym Programie Szkolnym wprowadzającym "zdrowie" (edukację) jako przedmiot w klasach 7-9.

Fundamentem edukacji zdrowotnej, jako przedmiotu szkolnego, jest wiedza multidyscyplinarna. Celem edukacji zdrowotnej jest zwiększanie (promowanie) kompetencji uczniów dla wzmacniania swego zdrowia, dobrego samopoczucia i bezpieczeństwa. Przekazywana wiedza (instrukcje) mają rozwijać u uczniów teoretyczne, społeczne, funkcjonalne, etyczne i emocjonalne możliwości (zdolności) regulacyjne.

Edukacja zdrowotna jako przedmiot ukierunkowana jest na ucznia (pupil-centred) i wspiera jego funkcjonowanie i uczestnictwo (działanie). Podstawą nauczania (instrukcji) są kwestie związane z codziennym życiem dzieci i młodzieży, ich rozwojem i oczywiście ludzkim życiem. Nauczanie będzie rozwijać umiejętności niezbędne do nabywania i wykorzystania wiedzy oraz wspierać krytyczną refleksję nad wartością zdrowia i dobrego samopoczucia.

Podstawowe treści programu nauczania przedmiotu "zdrowie" (edukacja) w klasach 7-9

Treści edukacji zdrowotnej w klasach 7-9 obejmują cztery szerokie obszary:

- Wzrastanie i rozwój (growth and development)
- Zdrowie w codziennych wyborach
- Zasoby dla zdrowia i umiejętności radzenia sobie
- Zdrowie, społeczeństwo i kultura

Poniżej podano tematy kursów w programie przedmiotu "zdrowie" (edukacja) w szkołach średnich.

Obowiązkowy kurs: 38 lekcji

1. Podstawy (fundament) zdrowia

Kursy do wyboru: 38 + 38 lekcji

1. Młodzi ludzie, codzienne życie i zdrowie
2. Zdrowie i badania naukowe

Uwagi końcowe

Narodowe Biuro Edukacji podkreśla, że punktem wyjścia jest uznanie, że za dobre samopoczucie uczniów w szkole odpowiedzialni są wszyscy członkowie społeczności szkolnej, a nie tylko nauczyciele edukacji zdrowotnej. Założenie to jest zgodne z koncepcją szkoły promującej zdrowie. Niezbędne jest aby inni partnerzy w promocji zdrowia współpracowali z nauczycielami w tworzeniu programu nauczania, aby osiągać cele, które sprzyjają zdrowiu i bezpieczeństwu społeczności szkolnej, wspierają wzrastanie i rozwój dzieci i młodzieży i zmniejszają ryzyko niepowodzeń w nauce (zapobiegają im).

W tworzeniu programów przedmiotu "zdrowie" znaczącą rolę odgrywają rodzice. Konsultacje z rodzicami, ich uczestnictwo w ustalaniu celów edukacji zdrowotnej i edukacji jako całego procesu, stanowią fundament dla uczenia się i skutecznej współpracy rodzice-szkoła.

Opracowanie: **Barbara Woynarowska**



ku Europie

Narodowe Biuro Edukacji podkreśla, że punktem wyjścia jest uznanie, że za dobre samopoczucie uczniów w szkole odpowiedzialni są wszyscy członkowie społeczności szkolnej.

1. Nie będzie właściwej promocji zdrowia zanim nie wykształci się profesjonalnych promotorów zdrowia.

PROMOTOR

kształcenie

2. Trudno mówić o rozwoju promocji zdrowia bez wykształconej kadry

PROMOTOR

kształcenie

3. Kształcenie promotorów zdrowia powinno się odbywać na różnych poziomach i na różnych uczelniach.

PROMOTOR

kształcenie

4. W tak szerokiej dziedzinie jak promocja zdrowia niezbędne są specjalizacje.

PROMOTOR

kształcenie

5. Najszerzej o zdrowiu w pozytywnym znaczeniu kształcić mogą uczelnie o profilu pedagogicznym i humanistycznym.

PROMOTOR

kształcenie

6. Zdecydowanie promotorzy zdrowia nie powinni być kształceni na uczelniach medycznych.

PROMOTOR

kształcenie

7. Obecne kształcenie promotorów zdrowia jest raczej przypadkowe.

PROMOTOR

kształcenie

8. Jednolity system kształcenia może być przeszkodą rozwoju promocji zdrowia.

PROMOTOR

kształcenie

9. Kształcenie musi być zsynchronizowane z uznaniem zawodu.

PROMOTOR

kształcenie

10. Wykształcenie profesjonalistów promocji zdrowia nie ma nic wspólnego z ogólną świadomością społeczną.

PROMOTOR

kształcenie

11. U nas w kraju nie ma zwartej polityki zdrowotnej, a od niej zależy ranga promocji zdrowia i kształcenie fachowców.

PROMOTOR

kształcenie

12. Kształcenie promotorów zdrowia powinno być interdyscyplinarne, gdyż inaczej będziemy mówić o częściowej wiedzy.

PROMOTOR

kształcenie

13. Najbardziej programowo dostosowane do kształcenia promotorów zdrowia są uczelnie medyczne.

PROMOTOR

kształcenie

14. Należy postawić na oddolnie rodzący się ruch promocji zdrowia, gdzie prawdziwi liderzy, a nie specjaliści są najważniejsi.

PROMOTOR

kształcenie

15. Najlepszym promotorem jest dorze wyedukowany obywatel.

PROMOTOR

kształcenie

16. Gdy nie ma pieniędzy, to jak ratowanie ról, gdy płoną lasy.

PROMOTOR

kształcenie

Gra w karty

PROMOTOR

edukacja
promotorów

W każdym z numerów kwartalnika drukujemy zestawy kart do tematów rozmów, które warto poruszać w czasie sesji edukacji zdrowotnych. Można je organizować przede wszystkim w środowisku szkolnym, dla grup pacjentów lekarza rodzinnego czy w przychodniach. Swego czasu w jednym z pierwszych numerów opisywaliśmy tę metodę pracy w związku z podsumowaniem warsztatów prowadzonych przez ekspertów z Danii w roku 1996. Sprawdziła się w wielu szkołach i dlatego promujemy ją na naszych łamach. Jest to tylko propozycja, możecie tę grę zmieniać i uzupełniać. Zamieszczone obok karty sugerujemy kopiować na nieco grubszym kolorowym papierze (każdy temat - inny kolor), aby z czasem posiadać własny zbiór kart.

Cel „Gry w karty”

Celem jest nawiązanie dialogu pomiędzy rodzicami a uczniami (12-18 lat), pomiędzy liderami zdrowia a pacjentami czy adresatami sesji edukacyjnej - gra stanowi pretekst do rozmów na wybrane tematy. Przeprowadzać ją można na specjalnie do tego celu zorganizowanych spotkaniach.

Założenia ogólne gry

W grze bierze udział ok. 30 osób.

Czas trwania: ok. 45 min lub do wyczerpania kart.

Założenia szczegółowe gry

1. Osoby biorące udział w grze należy podzielić na 8-osobowe grupy, wg następujących zasad:
 - w szkole w każdej grupie znajdować się powinno tyle samo dzieci, co dorosłych, np. 4 i 4; w jednej grupie dzieci nie mogą siedzieć razem ze swoimi rodzicami, tzn. należy tak podzielić uczestników, by osoby z tej samej rodziny były przydzielone do innych grup;
 - w grupach osób dorosłych powinno być nie więcej niż 10 osób, wśród nich jedna osoba w roli lidera i prowadzącego.
2. Każda grupa otrzymuje zestaw do gry w karty.
3. Karty należy położyć na środku, ułożone jedna na drugiej.
4. Jedna osoba bierze kartę do gry i odczytuje na głos zapisane na niej stwierdzenie; jej zadaniem jest wyrazić swój osobisty stosunek do danej sprawy czy opinii. Następnie podaje kartę osobie siedzącej po prawej stronie, która również wyraża swoją opinię, po czym przekazuje kartę kolejnej osobie.
5. Jeżeli opinie się zgadzają, kartę odkłada się, jeżeli nie, to rozmowa toczy się do momentu ustalenia i zaakceptowania stanowisk.
6. Następnie inna niż poprzednio osoba rozpoczyna kolejną wypowiedź dotyczącą kolejnej karty.
7. Po przeczytaniu ostatniej karty lub upłynięciu czasu, gra się kończy.

Pamiętaj, że „Gra w karty” opiera się na dwóch ważnych zasadach:

1. Każdy ma prawo głosu i jego opinia jest tak samo ważna jak innych.
2. Prowadzący dba o to, aby nikt nie przejmował prowadzenia i nie narzucał swojego zdania innym uczestnikom.

Życzymy mądrej gry!

Redakcja