

UCHWAŁA NR 340/VII/22/2016
RADY MIEJSKIEJ KONSTANCIN-JEZIORNA

z dnia 7 września 2016 r.

**w sprawie przyjęcia do realizacji programu polityki zdrowotnej "W zdrowiu ku dorosłości-
edukacja młodzieży szkolnej oraz poprawa jakości życia w zakresie kształtowania prozdrowotnych
nawyków poprzez promocję aktywności fizycznej, zasad zdrowego stylu życia i zbilansowanej
diety"**

Na podstawie art.18 ust.1 ustawy z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym (Dz.U. z 2016 r. poz.446) oraz art.7 ust.1 pkt.1, art.48 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2015 r. poz.581 ze zm.) Rada Miejska Konstancin-Jeziorna uchwala co następuje:

§ 1. Przyjmuje do realizacji programu polityki zdrowotnej "W zdrowiu ku dorosłości-edukacja młodzieży szkolnej oraz poprawa jakości życia w zakresie kształtowania prozdrowotnych nawyków poprzez promocję aktywności fizycznej, zasad zdrowego stylu życia i zbilansowanej diety" dla Gminy Konstancin-Jeziorna na lata 2016-2018, stanowiący załącznik do niniejszej uchwały.

§ 2. Środki na realizację programu zostały zabezpieczone w budżecie gminy Konstancin-Jeziorna na rok 2016 w dziale 851, rozdziale 85121, § 2560 w kwocie 120.000 zł.

§ 3. Wykonanie uchwały powierza Burmistrzowi Gminy Konstancin-Jeziorna.

§ 4. Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

Załącznik do Uchwały Nr 340/VII/22/2016
Rady Miejskiej Konstancin-Jeziorna
z dnia 7 września 2016 r.

„W zdrowiu ku dorosłości”

edukacja młodzieży szkolnej oraz poprawa jakości życia w
zakresie trwałego kształtowania prozdrowotnych nawyków
poprzez promocję aktywności fizycznej, zasad zdrowego
stylu życia i zbilansowanej diety

Program polityki zdrowotnej dla gminy Konstancin Jeziorna na lata 2016–2018

dr n. o zdr. Jacek Borowicz

Copyright © Wszelkie prawa zastrzeżone

Zdjęcia na okładce: freepik.com

Kontynuacja/trwałość programu

Program jest wprowadzony po raz pierwszy, zaplanowany na lata 2016-2018, z możliwością kontynuacji w zależności od decyzji Rady Miejskiej Konstancina-Jeziorny i posiadanych zasobów finansowych.

Podstawa prawna: Program polityki zdrowotnej ustanowiony na podstawie art. 48 Ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2015 r. poz. 581, z późn. zm.).

Spis treści

1. Opis problemu zdrowotnego	1
a. Problem zdrowotny.....	1
b. Epidemiologia	3
Higiena.	3
Problemy zdrowia psychospołecznego.....	3
Wypadki, urazy i zatrucia	4
Nieprawidłowa dieta.....	4
Choroby przewlekłe i niepełnosprawność.....	5
Nowotwory złośliwe.	6
Choroby zakaźne.....	7
Inne problemy zdrowotne i społeczne.....	7
a) Zaburzenia narządów zmysłów.....	7
b) Edukacja seksualna	7
c) Środki psychoaktywne (tytoń, alkohol, narkotyki).....	7
c. Populacja podlegająca jednostce samorządu terytorialnego i populacja kwalifikująca się do włączenia do programu.....	10
d. Obecne postępowanie w omawianym problemie zdrowotnym ze szczególnym uwzględnieniem gwarantowanych świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych	10
e. Uzasadnienie potrzeby wdrożenia programu.....	11
2. Cele programu	13
a. Cel główny	13
b. Cele szczegółowe	13
c. Oczekiwane efekty	13
d. Mierniki efektywności odpowiadające celom programu	13
3. Adresaci programu.....	15
a. Oszacowanie populacji, której włączenie do programu jest możliwe.....	15
b. Tryb zapraszania do programu	15
4. Organizacja programu.....	17
a. Części składowe, etapy i działania organizacyjne	17
b. Planowane interwencje	17

c. Kryteria i sposób kwalifikacji uczestników do programu/do poszczególnych etapów programu	20
d. Zasady udzielania świadczeń w ramach programu.....	20
e. Sposób powiązania działań programu ze świadczeniami zdrowotnymi finansowanymi ze środków publicznych	20
f. Spójność merytoryczna i organizacyjna.....	20
g. Sposób zakończenia udziału w programie i możliwość kontynuacji otrzymywania świadczeń zdrowotnych przez uczestników programu	20
h. Bezpieczeństwo planowanych interwencji.....	20
i. Kompetencje i warunki niezbędne do realizacji programu ...	21
j. Dowody skuteczności planowanych działań.....	21
• Opinie ekspertów klinicznych	21
• Zalecenia, wytyczne i standardy postępowania w problemie zdrowotnym, którego dotyczy wnioski	22
• Dowody skuteczności (efektywności klinicznej) oraz efektywności kosztowej.....	23
• Informacje nt. podobnych programów polityki zdrowotnej wykonywanych w jednostce zgłaszającej program lub w innych jednostkach samorządu terytorialnego.....	24
5. Koszty	27
a. Koszty jednostkowe	27
b. Planowane koszty całkowite.....	27
Koszty organizacyjne po stronie organizatora	27
Koszty organizacyjne po stronie realizatora	27
Koszty realizacji programu	28
Koszty ogólne programu	29
c. Źródła finansowania, partnerstwo	30
d. Argumenty przemawiające za tym, że wykorzystanie dostępnych zasobów jest optymalne	30
6. Monitoring i ewaluacja	32
a. Ocena zgłaszalności do programu.....	32
b. Ocena jakości świadczeń w programie	32
c. Ocena efektywności programu	32
d. Ocena trwałości efektów programu	33
7. Okres realizacji programu	34

8. Bibliografia	35
9. Załączniki.....	37
a. Sprawozdanie z wykonania świadczeń	37
b. Ankieta satysfakcji uczestnika programu.....	38
c. Zgoda na udział w programie	39

Opis problemu zdrowotnego

a. Problem zdrowotny

Pojęcie „zdrowie” jest wieloznaczne i bardzo trudne do zdefiniowania. Najczęściej używaną definicją jest ta zamieszczona w 1948 r. w tekście konstytucji Światowej Organizacji Zdrowia (World Health Organization – WHO): „Zdrowie to stan dobrego samopoczucia (dobrostanu) fizycznego, psychicznego i społecznego, a nie tylko brak choroby lub niepełnosprawności”. Definicja ta potwierdza, jak ważne jest dobre samopoczucie (inaczej dobrostan), które zapewnić może nie tylko brak bólu fizycznego, lecz również spokój emocjonalny i duchowy [1].

Istnieje wiele różnych prób klasyfikacji czynników wpływających na zdrowie. Do lat 70. XX wieku uważano, że zdrowie w największym stopniu zależy od systemu ochrony zdrowia. Na początku lat 70. nastąpiła wyraźna zmiana w po-

strzeganiu czynników je warunkujących.

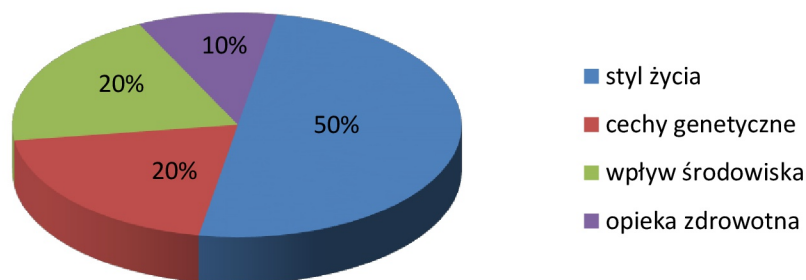
Marc Lalonde, minister zdrowia Kanady, zaproponował wówczas schemat „pól zdrowia”, w którym wyróżnił cztery podstawowe grupy czynników wpływających na zdrowie (ryc. 1):

1. Styl życia (ok. 50% „udziału”).
2. Środowisko fizyczne i społeczne (ok. 20%).
3. Czynniki genetyczne (ok. 20%).
4. Organizacja opieki medycznej (ok. 10%).

Podejście to wpłynęło na zmianę polityki zdrowotnej i stworzyło podstawę rozwoju promocji zdrowia.

Obecnie istnieje dużo dowodów na to, że zdrowie i edukacja są ze sobą ściśle związane. Istnieje wiele definicji edukacji zdrowotnej. Według twórcy koncepcji szkoły promującej zdrowie, Williamsa, edukacja zdrowotna jest procesem, dzięki któremu ludzie uczą się dbać zarówno o swoje zdrowie, jak i o środowisko, w jakim funkcjonują. Edukacja obejmuje przekazywanie lub korektę m.in. świadomości i rozumienia takich pojęć, jak: zdrowie, wiedza

Pola zdrowia Lalonde'a



Rycina 1. Pola zdrowia według Lalonde'a.

Źródło: B. Woynarowska (red.): Zdrowie i szkoła, Warszawa 2000.

o zdrowiu, prawidłowa postawa prozdrowotna, a także nabywanie umiejętności niezbędnych do kształtowania zachowań wspomagających zdrowie i podejmowanie właściwych dla niego decyzji [2]. Nowe podejście do zdrowia i choroby utrwalił socjolog Aaron Antonovsky. Według niego każdy jest odpowiedzialny za własne zdrowie, a skutecznie radząc sobie z przyczynami stresu wpływającymi na pojawienie się dolegliwości może zapobiec ich niechcianym skutkom. Jego koncepcja nosi nazwę salutogenezy i jest wykorzystywana w promocji zdrowia [1].

Szczególnie ważna jest edukacja w szkole, gdyż zdrowa, ambitna oraz wykształcona młodzież to szansa na prawidłowy rozwój w przyszłości. Szkoła stwarza znakomitą możliwość przekazania dziecku wiedzy o zdrowiu i kształtowaniu zachowań prozdrowotnych. Edukacji szkolnej w tym zakresie należy nadać wysoki priorytet, nie tylko w aspekcie zdrowia, lecz również samego procesu nauki dbania o zdrowie [3].

Prawidłowe funkcjonowanie organizmu oraz znakomite samopoczucie społeczne i psychiczne sprzyjają:

- dobrej nauce (koncentracja, myślenie, zapamiętywanie, przyswajanie wiedzy itd.);
- motywacji do nauki;
- rozwijaniu kreatywności oraz poszukiwaniu zainteresowań i pasji;
- utrzymywaniu i poprawianiu relacji z rówieśnikami oraz z gronem pedagogicznym.

Populacja dzieci i młodzieży stanowi 30% ludności Polski. Jak pokazują polskie badania HBSC (Health Behaviour in School-aged Children), co siódmy nastolatek (14%) cierpi na przewlekłe

choroby (najczęściej układu oddechowego). Nadwaga występuje u 13% młodzieży szkolnej. Urazom wymagającym pomocy medycznej ulega ponad 17% dzieci. Depresje i nerwice diagnozowane są u co czwartego nastolatka (24,2%), a co trzynasty młody człowiek (7,6%) cierpi na zaburzenia psychiczne będące konsekwencją uzależnień, głównie narkotykowych.

Wyniki przeprowadzonych badań w Polsce dotyczących zdrowia dzieci i młodzieży potwierdzają Europejskie Ankietowe Badania Zdrowia (European Health Interview Survey - EHIS), które wskazują na wzrost występowania długotrwałych problemów zdrowotnych w tej grupie. Zaburzenia zdrowia utrzymujące się przez okres sześciu miesięcy i dłużej zaobserwowano u ok. 16% dzieci w wieku do lat 14. Do najczęściej wymienianych długotrwałych dolegliwości zdrowotnych występujących w tej populacji należą: alergia, astma oskrzelowa, choroby oczu i kręgosłupa [4]. Wyżej wymienione wyniki wskazują na powagę problemu i konieczność prowadzenia edukacji w środowisku szkolnym. Młoda osoba chora, głodna, niepewna siebie nie może prawidłowo funkcjonować. Taka sytuacja nie sprzyja nauce, a tym samym może wpływać na jej rozwój i zdrowie w późniejszym wieku.

Okres szkolny to nie tylko ważny czas rozwoju dziecka, ale także zmagania z licznymi trudnościami. Wszelkie powstałe wówczas nieprawidłowości, zaległości, złe nawyki młody człowiek będzie musiał ciężko odpracować w późniejszych latach, by móc dorównać w osiągnięciach i rozwoju swojemu środowisku. Dlatego ważne jest stworzenie takich warunków, by po-

mogły one rozwijać i praktykować dobre nawyki oraz podnosić świadomość i wiedzę na temat zdrowia [1; 2].

b. Epidemiologia

Najczęstszymi problemami zdrowotnymi u dzieci i młodzieży w wieku szkolnym są [1; 2]:

Higiena

Ważnym problemem jest nieprawidłowa higiena jamy ustnej. Najczęstsze powikłanie to próchnica zębów i choroby przyzębia. Na próchnicę ludzie są podatni przez całe życie, przeważnie jednak chorują na nią dzieci. Szczególne zagrożenie pojawia się w wieku 5–6 lat, gdy wypadają zęby mleczne i pojawiają się pierwsze stałe, oraz w wieku 12–14 lat, kiedy kończy się wymiana uzębienia. Podatność na próchnicę u dzieci w wieku szkolnym jest związana głównie z: niedojrzałością szklina nowo wyrzniętych zębów stałych, nadmiernym spożyciem słodczy, niedostatkiem higieny jamy ustnej [5; 6]. Najczęstszymi czynnikami odpowiedzialnymi za pojawienie się próchnicy i chorób przyzębia są:

- niski status społeczno-ekonomiczny społeczeństwa;
- niewielka świadomość dotycząca zachowań prozdrowotnych;
- złe nawyki higieniczno-żywniowe;
- niewielka świadomość prozdrowotna matek małych dzieci;
- niski poziom fluoru w wodzie pitnej;
- palenie tytoniu, nadużywanie alkoholu.

Badania wskazują, że sześciolatnie dziecko ma średnio cztery zęby mleczne zaatakowane próchnicą, a osiemnastolatek – ponad osiem zębów stałych dotkniętych tą chorobą. Próchnica zę-

bów występuje u 92% siedmiolatek i 98% osiemnastolatek. Według danych WHO na całym świecie od 60 do 90% dzieci w wieku poniżej 7. roku życia ma ubytki w zębach [2; 7–9].

Problemy zdrowia psychospołecznego

Całokształt rozwoju psychicznego dziecka składa się z wielu czynników, takich m.in., jak: choroby wrodzone, środowisko, aktywność własna oraz wychowanie [10]. Dobre zdrowie psychiczne ma ogromne znaczenie dla współczesnego społeczeństwa. Pod koniec XX wieku w Polsce wraz ze zmianami politycznymi i społecznymi zmienił się również styl funkcjonowania w pracy oraz w budowaniu więzi środowiskowych. Coraz częściej zaczęto odnotowywać występowanie problemów ze zdrowiem psychicznym. Nie dysponujemy dużą liczbą danych o rzeczywistym rozpowszechnieniu zaburzeń zdrowia psychospołecznego [1; 2]. W 2008 roku z psychiatrycznej opieki ambulatoryjnej korzystało 358,1 tys. osób w wieku 0–29 lat (25,9% wszystkich leczonych). Dzieci i młodzież w wieku 0–18 lat stanowiły 9,2%, a osoby w wieku 19–29 lat – 16,8% ogółu leczonych w ambulatoryjnej opiece psychiatrycznej. Analizując współczynniki–100 tys. osób leczonych w latach 2006–2008, zauważyć można tendencję wzrostową występowania chorób i zaburzeń psychicznych wśród dzieci i młodzieży.

Do zdecydowanie najczęstszych zaburzeń wśród osób w wieku 0–18 lat zgłaszających się do poradni zdrowia psychicznego, odwykowych i poradni uzależnień od substancji psychoaktywnych należały te dotyczące zachowania i emocji mających zwykle początek w dzieciństwie i wieku młodzieńczym.

Grupa ta stosunkowo często chorowała na zaburzenia nerwicowe związane ze stresem i somatoformiczne¹. W 2008 roku w ramach psychiatrycznej opieki stacjonarnej leczono 9,7 tys. dzieci (do lat 18) oraz 30,2 tys. osób młodych i dorosłych w wieku 19–29 lat. W latach 2007–2008 liczba dzieci i młodzieży leczonych w psychiatrycznych oddziałach całodobowych zmniejszyła się [18].

Wypadki, urazy i zatrucia

Istnieje wiele czynników warunkujących występowanie urazów wśród młodzieży szkolnej. Do najważniejszych należą:

- Czynniki indywidualne – częściej występujące wśród młodzieży, (szczególnie u chłopców) o wyższym poziomie aktywności fizycznej. Dotyczą też osób z chorobami przewlekłymi lub tymi, które podejmują ryzykowne zachowania (palenie tytoniu, picie alkoholu, używanie substancji psychoaktywnych itd.).
- Czynniki społeczne – zagrożenie dotyczy osób z ciężką sytuacją rodzinną (np. gdy jeden z członków rodziny spożywa alkohol) oraz nieakceptowanych przez rówieśników.
- Czynniki środowiska szkolnego – często dotyczą szkół, które nie są odpowiednio wyposażone w bezpieczny sprzęt np. dla osób niepełnosprawnych.

Wypadki, urazy oraz zatrucia są główną przyczyną zgonów dzieci i młodzieży. Rocznie ginie z tego powodu ok. 2,5 tys. dzieci i młodzieży w wieku 5–19 lat, a ok. 100 tys. jest hospitalizowanych. Można szacować, że rocznie z powodu urazów lżejszych wymaga pomocy medycznej ponad 2 mln uczniów. W 2009 roku w Polsce z powo-

du przyczyn zewnętrznych zmarło 1220 dzieci i młodzieży w wieku 0–19 lat, w tym 504 w wyniku wypadków komunikacyjnych. Utonięcia są w tej grupie drugą co do częstości przyczyną zgonów. Największym ryzykiem zgonu z tego powodu obarczone są małe dzieci oraz dorastająca młodzież. Urazy, które nie skutkują zgonem, wiążą się często z kosztownym leczeniem i rehabilitacją, długo- lub krótkotrwałą niepełnosprawnością, ograniczeniami w rozwoju oraz innymi problemami, w tym również emocjonalnymi [11; 12; 13].

Nieprawidłowa dieta

Obserwuje się globalny wzrost otyłości u ludzi bez względu na ich wiek. Zarówno lekarze, jak i media alarmują, że zjawisko to jest szczególnie niebezpieczne dla dzieci w wieku przedszkolnym i szkolnym, gdyż zwiększa ryzyko występowania problemów fizycznych, emocjonalnych oraz zdrowotnych. To obecnie jeden z głównych problemów zdrowia publicznego w krajach rozwiniętych. Badania wskazują, że 70–80% młodzieży z otyłością stwierdzoną w okresie dojrzewania będzie otyłymi dorosłymi. Dziecko otyłe w wieku 10–13 lat jest 6–7-krotnie bardziej zagrożone wystąpieniem otyłości w wieku dorosłym niż jego rówieśnik z prawidłową masą ciała. Odsetki otyłych dzieci i młodzieży w Polsce wahają się od 7 do 15% w zależności od płci i grupy wieku [14].

Według danych z raportu Głównego Urzędu Statystycznego (GUS) *Stan Zdrowia Ludności Polski w roku 2009*, że co drugi Polak, przeważnie mężczyzna mieszkający w mieście, ma masę ciała przekraczającą normę. Zgodnie z wynikami badań przeprowadzonych w Zakładzie Medycyny Szkolnej Insty-

¹Zaburzenia somatoformiczne to forma zaburzeń nerwicowych. Osoby dotknięte nimi odczuwają objawy sugerujące istnienie somatycznych problemów medycznych.

tutu Matki i Dziecka w Warszawie w 2005 roku odsetek polskich gimnazjalistów z nadmiarem masy ciała wynosił ponad 13,3%. Stwierdzono, że otyłość występowała u 4,5% badanych (5,7% u dziewcząt i 3,3% u chłopców), natomiast nadwaga została stwierdzona u 9% młodzieży [15].

Problemy zdrowotne wywołane otyłością u dzieci i dorosłych obejmują: cukrzycę typu 1, nadciśnienie tętnicze, hiperlipidemię, udar mózgowy, niewydolność serca, chorobę niedokrwinną serca, stłuszczenie wątroby, zmiany zwyrodnieniowe stawów, nowotwory macicy, sutka, pęcherzyka żółciowego, jelita grubego, prostaty, zaburzenia oddychania w czasie snu, żylaki kończyn dolnych, zaburzenia hormonalne i powikłania ciąży, zespół metaboliczny itd. W grupie pacjentów otyłych cukrzyca i choroby nowotworowe występują 3,5-krotnie częściej niż u osób z prawidłową masą ciała. Ważny jest też aspekt psychologiczny, gdyż dziecko otyłe ma obniżone poczucie własnej wartości, często zostaje odrzucone przez rówieśników. To pociąga za sobą depresję, nerwicę i częste wahania nastrojów. Utrwalone w dzieciństwie wadliwe nawyki żywieniowe powodują kształtowanie niekorzystnych modeli żywienia u dzieci, które kontynuowane są w dorosłym życiu.

Oprócz nieprawidłowych nawyków żywieniowych czy genów niezwykle istotnym czynnikiem podnoszącym ryzyko otyłości zarówno u dzieci, jak i dorosłych jest obniżona aktywność ruchowa. Jak donoszą badania GUS (2011), tylko nieco ponad 1/3 uczniów regularnie poświęca czas wolny na sport i aktywność fizyczną, a co siódme dziecko w wieku 6–14 lat w ogóle nie przejawia

innej aktywności fizycznej poza obowiązkowymi lekcjami WF w szkole. Dane GUS wskazują na to, że dzieci spędzają przed ekranem telewizora lub monitorem komputera średnio 2,4 godz. dziennie. W klasach 1–3 szkoły podstawowej rocznie realizowanych powinno być ok. 90 godz. (tj. średnio 3 godz. tygodniowo) zajęć przeznaczonych na rozwijanie sprawności fizycznej uczniów [16].

Wśród dzieci często też występuje niedożywienie. Może być ono wynikiem niedostatecznej ilości dostarczonych składników odżywczych (ilościowe), albo być skutkiem niewłaściwego składu proponowanej diety [17].

Choroby przewlekłe i niepełnosprawność

Według danych GUS, w 2004 roku różne choroby przewlekłe występowały u ponad 20% dzieci w wieku 5–19 lat (najczęściej alergii), a niepełnosprawność – u ok. 4% populacji w tym wieku. Jednym z istotnych aspektów zdrowotnych poruszonych w europejskim badaniu zdrowia EHIS było występowanie chorób i dolegliwości przewlekłych. W czasie przeprowadzania wywiadu ankietowego respondenci wskazywali choroby i dolegliwości przewlekłe na podstawie list chorób i dolegliwości przewlekłych opracowanych osobno dla dzieci oraz młodzieży i dorosłych.

1. Lista chorób i dolegliwości zdrowotnych wyszczególnionych dla dzieci w wieku 0–14 lat zawierała: alergię bez astmy alergicznej (np. nieżyt nosa, zapalenie skóry), astmę, choroby oka, choroby kręgosłupa, częste bóle głowy, inne choroby, trwałe urazy, obrażenia lub uszkodzenie spowodowane przez wypadek. W 2009 roku na choroby i dolegliwości przewlekłe cierpiało 1 541 600 dzieci. Najczęściej chorowały na alergię (co szóste). Kolejno, u dzieci

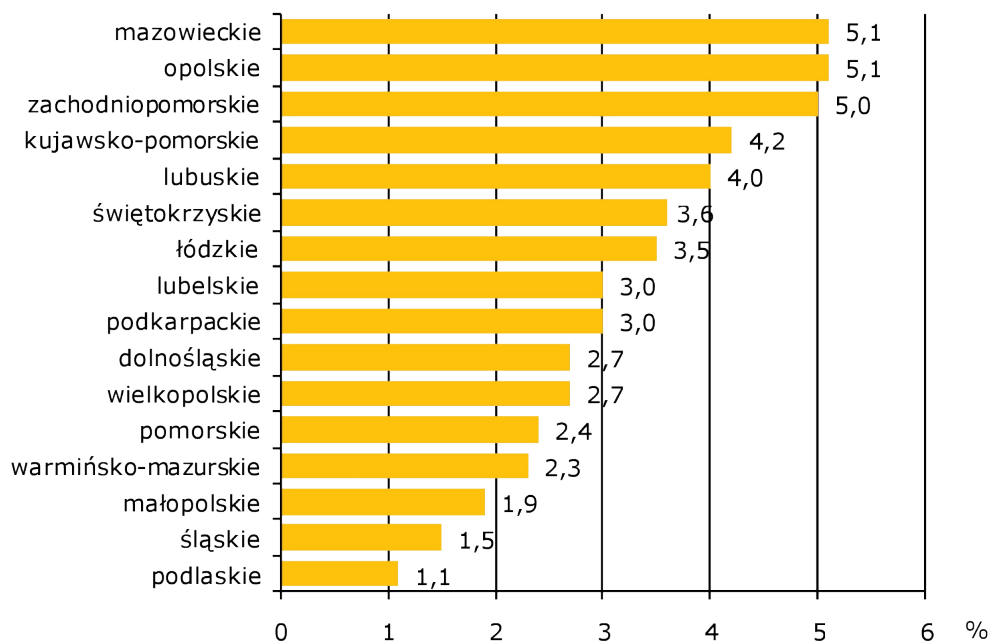
występowały: choroby oka (4,2%), astma (2,8%), choroby kręgosłupa (1,5%) oraz częste bóle głowy (1,1%).

2. Lista chorób i dolegliwości zdrowotnych wyszczególnionych dla dzieci w wieku 15–19 lat zawierała: astmę (łącznie z astmą o podłożu alergicznym), przewlekłe zapalenie oskrzeli, przewlekłą zaporową chorobę płuc, odmę, zawał serca, chorobę wieńcową serca, nadciśnienie tętnicze, udar mózgu, reumatoidalne zapalenie stawów, cukrzycę, alergię bez astmy alergicznej (np. nieżyt nosa, zapalenie skóry), chorobę wrzodową żołądka lub dwunastnicy, marskość wątroby, zaburzenia czynności wątroby, przewlekłe choroby nerek, choroby tarczycy, choroba prostaty, nowotwór złośliwy, silne bóle głowy, nietrzymanie moczu, problemy z kontrolowaniem pęcherza moczowego, przewlekłe stany lękowe, przewlekła depresja, inne problemy związane ze zdrowiem psychicznym.

Jak wskazują dane, wraz z wiekiem wzrasta lista chorób przewlekłych. W 2009 roku na choroby i dolegliwości przewlekłe cierpiało 2 001 200 młodzieży. Najczęstszą chorobą przewlekłą, która wystąpiła w grupie wieku 15–19 lat, była alergia (9,1%). W przedziale 15–19 lat odsetek osób chorujących na alergię wyniósł 10,5%, a wśród starszej młodzieży (20-29 lat) – 8,6%. Prawie 4% młodzieży między 15. a 19. rokiem życia i 1,6% osób między 20. a 29. chorowało na astmę. Procent osób w wieku 15–29 lat, u których wystąpiły bóle dolnej partii pleców lub inne przewlekłe dolegliwości pleców, wyniósł 3,2%, a silne bóle głowy – 1,7% [18].

Nowotwory złośliwe

Zachorowalność na nowotwory wśród dzieci i młodzieży od 0 do 24 lat znajduje się na bardzo niskim poziomie w porównaniu ze starszymi grupami wieku. Zachorowalność na nowotwory złośliwe i umieralność z tego powodu dotyczy przede wszystkim ludzi w śred-



Rycina 2. Dzieci niepełnosprawne w wieku 0–14 lat wg województw

Źródło: Główny Urząd Statystyczny: *Zdrowie dzieci i młodzieży w Polsce w 2009 r.*, Kraków 2011.

nim i starszym wieku. Są one istotną przyczyną zgonów dzieci i młodzieży, zajmującą pierwsze miejsce wśród chorobowych przyczyn śmierci. W roku 2008 z powodu nowotworów złośliwych zmarło 427 dzieci i młodzieży w wieku 0–24 lata. Liczba ta stanowiła 0,5% wszystkich osób zmarłych na nowotwory złośliwe. W 2008 roku choroba ta dotknęła 1797 osoby w wieku 0–24 lata, co stanowiło 1,4% wszystkich zachorowań na nowotwory. Więcej zachorowań w omawianej grupie wieku odnotowano wśród mężczyzn – 950 (52,9%) niż u kobiet – 847 (47,1%). W grupie wieku 5–9 lat rozpoznano 170 nowotworów złośliwych (m. in. białaczkę limfatyczną, rak mózgu oraz rak nerki) [18].

Choroby zakaźne

Za pomocą masowym szczepień ochronnych sytuacja w zakresie chorób zakaźnych uległa zdecydowanej poprawie. U młodzieży w wieku 15–19 lat problemem pozostają: gruźlica, choroby przenoszone drogą płciową, zakażenie wirusem HIV – według danych szacunkowych, młodzież do lat 19 stanowi 10% ogółu zakażonych (ok. 1500 osób).

W odniesieniu do chorób wieku dziecięcego liczba zachorowań zmniejszyła się w ostatnich latach. Obecna sytuacja epidemiologiczna różyczki w Polsce ukształtowana została w dużej mierze dzięki wprowadzeniu obowiązkowych szczepień MMR (przeciwko odrze-śwince-różyczce). W 2009 roku współczynnik zapadalności na to schorzenie w grupie wieku 10–15 lat wyniósł 154,3, co oznacza poprawę względem sytuacji obserwowanej w 2008 roku (228,3) oraz z lat 2006–2007, kiedy to odnotowano ponad 420 zachorowań na 100 tys. dzieci.

Zachorowania na świnkę w grupie wieku 5–9 lat w przeliczeniu na 100 tys. ludności nie przekraczały w latach 2008–2009 70 zachorowań, podczas gdy w okresie 2004–2005 odnotowano wielokrotnie wyższe wartości: w 2004 roku – 3110,5, a w 2005 – 1569,7.

Liczba nowo zarejestrowanych przypadków zachorowań na kiłę w roku 2009 w grupie wiekowej 15–29 lat to 506, co stanowiło 40,6% wszystkich zarejestrowanych nowych zachorowań na tę chorobę. Zachorowalność wśród młodzieży wyniosła 5,72 na 100 tys. ludności.

W 2009 roku po raz pierwszy na rzeżączkę zachorowało 198 osób w wieku 15–29 lat, co stanowiło 49,3% wszystkich 81 zarejestrowanych nowych przypadków.

W roku 2009 odnotowano 245 osób w wieku 0–29 lat zakażonych HIV. W porównaniu z rokiem 2000 nastąpił spadek liczby osób, u których wykryto zakażenie HIV, o prawie 33%. W 2009 roku wśród ogółu zakażonych osoby młode w wieku 20–29 lat stanowiły 31,9%, dzieci w wieku 0–14 lat – 1,3%, natomiast młodzież między 15. a 19. rokiem życia – 2,3% [18].

Inne problemy zdrowotne i społeczne

a) Zaburzenia narządów zmysłów

Prawidłowy rozwój wzroku, mowy i słuchu stanowi podstawę w komunikacji społecznej. W odniesieniu do dzieci w wieku przedszkolnym i szkolnym zaburzenia w zakresie funkcjonowania narządów zmysłów są jedną z głównych przyczyn opóźnień w nauce, trudności w funkcjonowaniu z otaczającym środowiskiem oraz w nabywaniu

umiejętności edukacyjnych. Badania u dzieci rozpoczynających naukę szkolną, prowadzone od wielu lat przez Instytut Fizjologii i Patologii Słuchu we współpracy z jednostkami naukowymi z Polski oraz innych krajów, wykazały, że średnio co piąte dziecko ma problemy ze słuchem, co trzecie – ze wzrokiem oraz co czwarte wykazuje zaburzenia artykulacji. Alarmującym faktem jest również to, że 60% rodziców dzieci, u których stwierdzono jakiś niedowład, nie było świadomych istnienia problemu.

Jednym z najskuteczniejszych narzędzi pozwalających na wczesne rozpoznawanie dzieci zagrożonych trudnościami w uczeniu się z powodu zaburzeń słuchu, wzroku i mowy są powszechne badania przesiewowe. Umożliwia to podjęcie właściwej interwencji i terapii – najpóźniej w momencie rozpoczęcia nauki w szkole. Dlatego ważne jest podnoszenie świadomości nie tylko dzieci, lecz również informowanie rodziców o możliwych niedowładach ich potomstwa [20].

b) Edukacja seksualna

Choroby przenoszone drogą płciową oraz nieplanowane ciąże są częstym powikłaniem spowodowanym niską świadomością młodzieży na temat różnych zachowań seksualnych. W Konwencji ONZ o Prawach Dziecka wyraźnie podkreśla się prawo dziecka do informacji, w tym – obowiązek państwa w zakresie wydawania odpowiednich aktów prawnych dotyczących edukacji seksualnej. Kwestia życia seksualnego polskich nastolatków podejmowana była przez badaczy różnych dyscyplin naukowych. Badania przeprowadzone przez seksuologa Zbigniewa Izdebskiego w 2004 roku, w których brało udział ponad 5 tys. młodzieży,

dotyczyły zachowań seksualnych, antykoncepcji, HIV oraz samopoczucia i relacji rodzinnych. Wskazują one, że 15% osób w wieku 17–18 lat podjęło współżycie seksualne; 91% badanych chce, żeby szkoła przekazywała wiedzę na temat szacunku dla drugiej płci, dostępnej antykoncepcji i zagrożeń HIV.

W raporcie Ministerstwa Zdrowia pt. *Zdrowie kobiet w wieku 15–49 lat* czytamy, że wśród dziewcząt w wieku 18 lat kończących szkołę ponadgimnazjalną prawie połowa rozpoczęła współżycie seksualne. Autorzy raportu podają, że w czasie ostatniego stosunku płciowego co dziesiąta z nich nie stosowała żadnej metody zapobiegania ciąży, a połowa korzystała z metod o małej skuteczności. Zwróćmy uwagę, że ciąża zajmuje pierwsze miejsce w rankingu obaw dotyczących relacji seksualnych aż u blisko 70% Polek od 15. Do 49. roku życia. W 2003 roku żywe dziecko urodziło 22 515 dziewcząt w wieku 19 lat i młodszym (289 w wieku 15 lat i młodszym) [1; 2; 22].

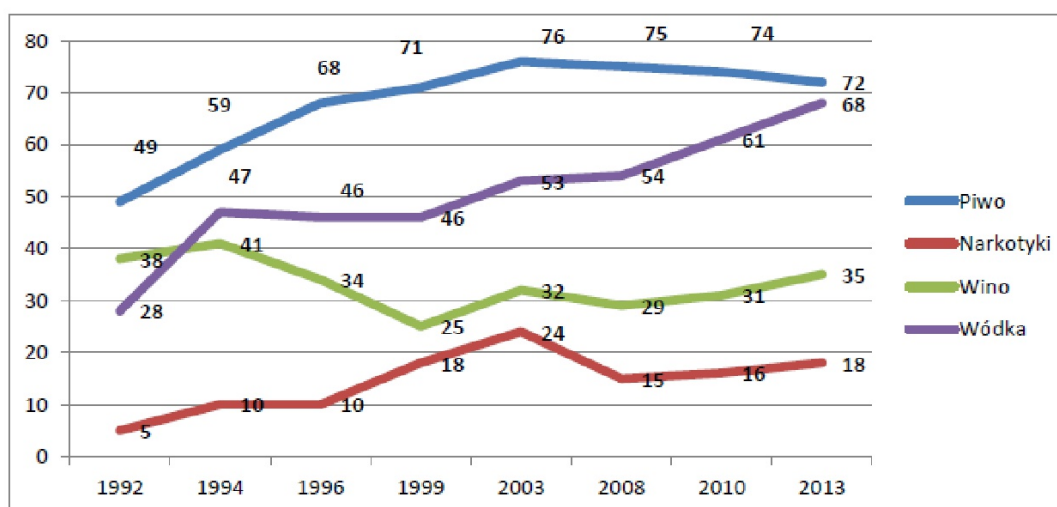
c) Środki psychoaktywne (tytoń, alkohol, narkotyki)

W badaniach sondażowych zrealizowanych pod koniec 2000 roku przez Pracownię Badań Społecznych w Sopocie uczestnicy uznali picie alkoholu przez młodzież za jeden z najistotniejszych problemów społecznych – zaraz po bezrobociu i spadku stopy życiowej – jaki dostrzegają z perspektywy swojej miejscowości. Wśród powodów wzrostu spożycia alkoholu przez osoby młode można wymienić m.in. jego powszechną dostępność, nieprzestrzeżenie przepisów dotyczących sprzedaży alkoholu nieletnim oraz wszechobecną reklamę [23].

Z wyników międzynarodowych badań ilościowych nad zachowaniami zdrowotnymi młodzieży szkolnej (*Health Behaviour in School-aged Children - HBSC*), prowadzonych przez Biuro Regionalne WHO dla Europy wynika, że w roku 2000 43% młodzieży w Polsce spróbowało palić tytoń. Wyprzedzają ją tylko Węgry (46%), Litwa (51%) i Czechy (53%). Różnice między chłopcami i dziewczętami pod tym względem zacierają się z wiekiem; wśród piętnastolatków próbowało palić 70% chłopców i 60% dziewcząt. Według wyników badania „Konsumpcja substancji psychoaktywnych przez młodzież szkolną – Młodzież 2013”, które zostało zrealizowane przez Fundację Centrum Badania Opinii Społecznej, wynika, że w 2013 roku regularne palenie deklarowało 21% badanych. Wzrost jednakże odsetek uczniów, którzy palą tylko w wyjątkowych sytuacjach – z 17% w 2010 roku do 21% w roku 2013. Najmniej uczniów niepalących odnotowano w 2003 roku (50%). W roku 2008 62% młodzieży twierdziło, że nie pali papierosów [24].

Badania zrealizowane przez Macandera wskazało na tendencję wzrostową w zażywaniu narkotyków przez osoby w wieku szkolnym (z 5 do 24%). W roku 2008 odsetek osób deklarujących kontakt z narkotykami zmniejszył się do 15%, lecz w ostatnim badaniu wzrósł do 18%. Z badań prowadzonych od 1992 roku wynika, że chłopcy mają kontakt z narkotykami częściej niż dziewczęta. W roku 2013 na pytanie o używanie nielegalnych substancji twierdząco odpowiedziało 24% uczniów i 10% uczennic [24]. Obserwujemy pozytywną tendencję. Porównanie wyników badania z roku 2015 z wynikami wcześniejszymi wskazuje na trend spadkowy dotyczący picia alkoholu wśród gimnazjalistów [25].

Jednym z najpoważniejszych problemów społecznych, przed którym stają instytucje zajmujące się edukacją i wychowaniem, jest używanie przez młodzież substancji psychoaktywnych. Taka sytuacja ma istotny wpływ na poczucie bezpieczeństwa i ogólny stan zdrowia ludzi młodych, szanse na od-



Rycina 3. Spożycie piwa, wina, wódki w ciągu ostatniego miesiąca oraz używanie narkotyków w ciągu ostatniego roku

Źródło: D. Macander: *Ryzyko używania narkotyków przez młodzież*, Ośrodek Rozwoju Edukacji, Warszawa 2014.

niesienie sukcesu w przyszłości oraz na relacje z rówieśnikami i środowiskiem rodzinnym.

c. Populacja podlegająca jednostce samorządu terytorialnego i populacja kwalifikująca się do włączenia do programu

Populacja całościowa zamieszkująca gminę Konstancin-Jeziorna to 23 666 osób. W tej grupie znajduje się 12 540 kobiet oraz 11 126 mężczyzn. Program kierowany jest do dzieci i młodzieży w wieku od 5 do 16 lat będących uczniami szkół gminnych zlokalizowanych się na terenie gminy Konstancin-Jeziorna.

Są to:

1. Zespół Szkół nr 1 przy ul. Wojewódzkiej w Konstancinie–Jeziornie.
2. Zespół Szkół nr 2 przy ul. Żeromskiego 15 w Konstancinie–Jeziornie.
3. Zespół Szkół nr 3 przy ul. Bielawskiej 57 w Konstancinie–Jeziornie.
4. Zespół Szkół Integracyjnych nr 4 przy ul. Wilanowskiej 218 w Słomczynie.
5. Zespół Szkół Integracyjnych nr 5 przy ul. Szkolnej 5 w Konstancinie-Jeziornie.
6. Szkoła Podstawowa nr 6 w Opaczy.

Na podstawie danych meldunkowych na dzień 1 kwietnia 2016 roku populacja ta liczyła 2 972 osoby.

d. Obecne postępowanie w omawianym problemie zdrowotnym ze szczególnym uwzględnieniem gwarantowanych świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych

Obecnie brak jest gwarantowanych świadczeń zdrowotnych dotyczących edukacji młodzieży szkolnej oraz poprawy jakości życia w zakresie trwałego

kształtowania prozdrowotnych nawyków poprzez promocję aktywności fizycznej, zasad zdrowego stylu życia i zbilansowanej diety.

Dnia 26 sierpnia 2015 roku weszło w życie rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie grup środków spożywczych przeznaczonych do sprzedaży dzieciom i młodzieży w jednostkach systemu oświaty oraz wymagań, jakie muszą spełniać środki spożywcze stosowane w ramach żywienia zbiorowego dzieci i młodzieży w tych jednostkach (Dz. U. z 2015 r. poz. 594)

Rozporządzenie zawiera m.in. następujące punkty:

1. Grupy środków spożywczych przeznaczonych do sprzedaży dzieciom i młodzieży w jednostkach systemu oświaty są określone w załączniku nr 1 do rozporządzenia.
2. Wymagania, jakie muszą spełniać środki spożywcze stosowane w ramach żywienia zbiorowego dzieci i młodzieży w jednostkach systemu oświaty, są określone w załączniku nr 2 do rozporządzenia.

Ósmym celem operacyjnym w Narodowym Programie Zdrowia na lata 2007–2015 było wspieranie rozwoju i zdrowia fizycznego i psychospołecznego oraz zapobieganie najczęstszemu problemom zdrowotnym i społecznym dzieci i młodzieży.

Było to zgodne z propozycją WHO (2005) wskazującą, iż we współczesnej strategii działań na rzecz zdrowia i rozwoju dzieci i młodzieży głównymi kierunkami działań powinny być:

- zmniejszenie nierówności w zdrowiu;
- rozwijanie zasobów dla zdrowia;
- eliminowanie czynników ryzyka dla

zdrowia.

Za priorytety uznano:

- intensyfikację działań z zakresu promocji zdrowia w odniesieniu do dzieci i młodzieży;
- zapobieganie: urazom, otyłości, używaniu substancji psychoaktywnych, przemocy w rodzinie (w tym seksualnej) i między rówieśnikami, chorobom przenoszonym drogą płciową (w tym HIV) oraz ciężom wśród małych;
- zapewnienie poradnictwa oraz pomocy rodzicom, dzieciom i młodzieży z zaburzeniami rozwoju i zdrowia psychicznego, przewlekle chorym, niepełnosprawnym, żyjącym z HIV oraz małoletnim matkom [19].

Polska uczestniczy w dwóch wielkich badaniach europejskich:

1. Badaniu ESPAD (*the European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs*), które jest realizowane od 1995 roku i na poziomie europejskim koordynowane przez szwedzki ośrodek badań nad alkoholem i narkotykami (*Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning CAN*) w Sztokholmie. Cel badania wskazany przez twórców to przede wszystkim pomiar natężenia zjawiska używania przez młodzież substancji psychoaktywnych, ale także ocena czynników wpływających na ich rozpowszechnienie, ułokowanych zarówno po stronie popytu na substancje, jak i ich podaży [26].
2. Badaniu HBSC (*Health Behaviour in School-aged Children*) nad zachowaniami zdrowotnymi młodzieży, prowadzonym co cztery lata, od 1982 roku, we współpracy z Biurem Europejskim WHO. Obejmuje ono 43 kra-

je (w Europie i Ameryce Północnej). Grupę badaną stanowią uczniowie w wieku 11, 13 i 15 lat. W niektórych państwach, w tym w Irlandii, dodatkowo badana jest młodzież w wieku 17 i 19 lat [27].

Niniejszy program polityki zdrowotnej będzie stanowił uzupełnienie i rozszerzenie świadczeń wpływających na poprawę stanu zdrowia społeczeństwa.

e. Uzasadnienie potrzeby wdrożenia programu

Edukacja zdrowotna jest ciągłym procesem, podczas którego uczymy się dbać o zdrowie własne i populacji. Zdrowie jest podstawowym warunkiem zaspokajania własnych potrzeb. Dodatkowo umożliwia realizację celów i skutecznie rozwój osobisty. Znaczące efekty przynosi właściwa edukacja zdrowotna dzieci i młodzieży w wieku szkolnym. Wiek ten jest ważnym etapem w kształtowaniu prozdrowotnych wyborów. Podnoszenie świadomości nie polega tylko na przekazywaniu wiedzy, lecz także kształtuje odpowiedzialność za własne zdrowie. W tym okresie dzieci chętnie przyswajają sobie wiadomości i umiejętności, a następnie przekazują je w środowisku, w którym funkcjonują.

Nauczyciele powinni zdawać sobie sprawę, że poprzez działania profilaktyczne skierowane na uczniów wpływają również na zdrowie ich rodzin. To z kolei ma duży wpływ na rozwój społeczeństwa, pozwala na utrzymanie prawidłowego poziomu zdrowotności społeczeństwa. Dlatego też wychowanie prozdrowotne odgrywa tak ważną rolę. Środki finansowe przeznaczone na opiekę zdrowotną w środowisku nauczania i wychowania, przekazywane

w ramach kontraktu przez Mazowiecki Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ), nie pozwalają na utrzymanie gabinetów i personelu w ramach opieki medycznej w szkołach na odpowiednim poziomie. W związku z tym zasadne jest dofinansowanie przez Gminę Konstancin-Jeziorna programu polityki zdrowotnej, który będzie prowadzony we wszystkich szkołach publicznych podstawowych i gimnazjalnych na terenie gminy.

2.

Cele programu

a. Cel główny

Poprawa jakości życia oraz edukacja młodzieży szkolnej w zakresie trwałego kształtowania prozdrowotnych nawyków poprzez promocję aktywności fizycznej, zasad zdrowego stylu życia i zbilansowanej diety.

b. Cele szczegółowe

1. Zwiększenie skuteczności edukacji zdrowotnej dzieci i młodzieży oraz działań w zakresie promocji zdrowia.
2. Poprawa sposobu żywienia dzieci i młodzieży w wieku szkolnym.
3. Uświadomienie uczniom potrzeby aktywności fizycznej (zarówno w ramach zajęć szkolnych, jak i rekreacji) i jej wpływu na zdrowie.
4. Poprawa higieny u dzieci i młodzieży w wieku szkolnym.
5. Ograniczenie spożywania alkoholu, palenia tytoniu oraz zażywania substancji psychoaktywnych przez młodzież.
6. Ograniczenie częstości wypadków i urazów występujących wśród osób w wieku szkolnym.
7. Zmniejszenie liczby osób zbyt późno zgłaszających się do lekarza z chorobami nowotworowymi.
8. Zapobieganie chorobom zakaźnym wśród dzieci w wieku szkolnym
9. Kształtowanie poczucia odpowiedzialności za zdrowie każdej osoby, propagowanie zdrowego stylu życia w szkole, w domu i środowisku pozaszkolnym.
10. Edukacja seksualna młodzieży.

c. Oczekiwane efekty

1. Poprawa jakości i stylu życia wśród dzieci w wieku szkolnym
2. Przygotowanie szkół do wejścia do sieci Szkół Promujących Zdrowie.
3. Zwiększenie o co najmniej 20% odsetka uczniów spożywających posiłki w szkole oraz edukowanie dzieci w wieku szkolnym nt. racjonalnego modelu odżywiania.
4. Zwiększenie o 20% liczby uczniów dbających o higienę ciała oraz higienę jamy ustnej.
5. Zmniejszenie szkód zdrowotnych poprzez zwiększenie odsetka niepalących, ograniczenie spożycia alkoholu oraz zażywania substancji psychoaktywnych przez młodzież.
6. Zmniejszenie liczby nieszczęśliwych wypadków oraz zwiększenie co najmniej o 30% liczby uczniów potrafiących udzielić pierwszej pomocy przedmedycznej.
7. Zwiększenie odsetka osób zgłaszających się do lekarza w przypadku niepokojących objawów.
8. Zwiększenie odsetka uczniów (o 20%) aktywnie spędzających czas wolny i uprawiających regularnie jakąkolwiek formę aktywności fizycznej.
9. Powstrzymanie szerzenia się niektórych chorób zakaźnych.
10. Zwiększenie skuteczności edukacji zdrowotnej dzieci i młodzieży oraz działań w zakresie promocji zdrowia
11. Zwiększenie świadomości na temat ryzykownych zachowań oraz zmniejszenie odsetka ciąży w wieku szkolnym

d. Mierniki efektywności odpowiadające celom programu

1. Liczba osób (odsetek uczniów) uczęszczających na zajęcia z wychowania fizycznego w szkole

2. Odsetek uczniów z nadwagą lub innymi problemami związanymi z nieprawidłowym odżywianiem w szkole
3. Liczba urazów i wypadków zarejestrowanych w szkole
4. Liczba osób uczęszczających na zajęcia dodatkowe (np. dotyczące edukacji seksualnej)
5. Zmniejszenie liczby godzin spędzanej przez uczniów przed telewizorem, komputerem, konsolą do gier.
6. Zwiększenie o 20% odsetka uczniów pijących regularnie wodę mineralną
7. Zmniejszenie liczby uczniów pijących gazowane napoje słodzone.
8. Zmniejszenie wskaźnika PUW wśród uczniów na terenie gminy Konstancin-Jeziorna.
9. Ocena jakości udzielanych świadczeń poprzez weryfikację ankiet wypełnionych przez uczestników.

3.

Adresaci programu

a. Oszacowanie populacji, której włączenie do programu jest możliwe

Program kierowany jest do wszystkich mieszkańców gminy Konstancin-Jeziorna z grupy docelowej. Do akcji edukacyjnej włączone będą osoby w wieku od 5 do 16 lat – uczęszczające do wszystkich gminnych szkół zlokalizowanych na terenie gminy wymienionych w punkcie 2c. Na podstawie danych meldunkowych na dzień 1 kwietnia 2016 roku grupa ta obejmuje 2 972 osoby. W kolejnych latach trwania projektu (jest on planowany na okres 3 lat) będą do niego przystępować kolejne osoby wchodzące w wiek umożliwiające uczestnictwo w programie. Biorąc pod uwagę dane demograficzne z tego terenu (liczebność dzieci cztero- oraz trzyletnich, które będą w kolejnych latach mogły być uczestnikami programu, a także trendy demograficzne), należy przyjąć, że w każdym kolejnym roku do programu będzie mogło przystąpić dodatkowo około 250 osób.

Biorąc pod uwagę aktualne dane i trendy demograficzne, w czasie 3 lat trwania projektu akcją powinno zostać objętych około 3 500 dzieci i młodzieży szkolnej.

Posiadane środki finansowe zgodnie z decyzją Rady Miejskiej Konstancina-Jeziorny na realizację programu „W zdrowiu ku dorosłości – edukacja

młodzieży szkolnej oraz poprawa jakości życia w zakresie trwałego kształtowania prozdrowotnych nawyków poprzez promocję aktywności fizycznej, zasad zdrowego stylu życia i zbilansowanej diety program polityki zdrowotnej dla gminy Konstancin-Jeziorna na lata 2016–2018”, umożliwiają przystąpienie do programu wszystkich osób z docelowej populacji spełniającej kryteria włączenia.

b. Tryb zapraszania do programu

Kluczowym założeniem programu jest dotarcie do wszystkich osób z populacji docelowej i uzyskanie wysokiej frekwencji. W celu spełnienia tego założenia zostanie przeprowadzona kampania informacyjno-edukacyjna skierowana do mieszkańców z populacji docelowej zachęcająca do aktywnego udziału w akcji. Mieszkańcy gminy Konstancin-Jeziorna będą informowani o programie polityki zdrowotnej za pośrednictwem lokalnych mediów, takich jak np. gazeta *Nad Wisłą*, strona internetowa miasta, lokalne fora internetowe oraz plakaty i ulotki. Dodatkowo ze względu na grupę wiekową stanowiącą populację docelową w programie szczególną uwagę skieruje się na informowanie o akcji rodziców dzieci i młodzieży w czasie spotkań z gronem pedagogicznym na terenie placówek edukacyjnych (wywiadówki itp.).

Ponadto, podczas zgłaszania nowych mieszkańców gminy do ewidencji ludności zostaną przekazane instrukcje dotyczące aktualnych programów polityki zdrowotnej dostępnych dla mieszkańców wraz z podstawowymi informacjami organizacyjnymi i logistycznymi. W ramach działań uzupełniających stosowane będą interwencje,

takie jak np. kontakt telefoniczny lub ogłoszenie w trakcie mszy świętej w lokalnym kościele parafialnym.

Organizacja programu

a. Części składowe, etapy i działania organizacyjne

Pierwszym etapem programu będzie akcja informacyjna, prowadzona na zasadach opisanych w punkcie 3 dotyczącym adresatów programu zdrowotnego. Grupa docelowa zostanie poinformowana o kryteriach włączenia oraz ogólnych ramach organizacyjnych akcji.

Drugi etap programu to rekrutacja uczestników. Podstawowe kryterium formalne, obok posiadania statusu ucznia gminnej szkoły znajdującej się na terenie gminy Konstancin-Jeziorna, będzie stanowiło wyrażenie chęci wzięcia udziału w akcji edukacyjnej. Dodatkowo niezbędne będzie podanie numeru telefonu kontaktowego. Informacje te zostaną zgromadzone w siedzibie wykonawcy programu, ze szczególnym uwzględnieniem aktualnych przepisów o ochronie danych osobowych [28].

b. Planowane interwencje

Każdy mieszkaniec z grupy docelowej (dzieci i młodzież w wieku 5–16 lat) spełniający warunki włączenia do programu będzie mógł skorzystać z cyklu szkoleń/pogadanek dotyczących podstawowych zagrożeń zdrowia i życia najmłodszych grup wiekowych. Szczególna uwaga zostanie zwrócona na następujące zagadnienia:

1. Szeroko pojęta higiena – w zakresie tego tematu zostanie przedstawiona kwestia właściwego dbania o stan jamy ustnej, mycia rąk oraz higieny całego ciała jako skutecznej metody prewencji wielu chorób.

2. Sposób żywienia i stan odżywienia dzieci i młodzieży szkolnej – w tym przypadku przekazana zostanie wiedza dotycząca zasad racjonalnego odżywiania, chorób wynikających z błędów żywieniowych (nadwaga/otyłość, anoreksja/bulimia), dodatkowo uzupełniona o informacje dotyczące aktywności fizycznej, kształtowanie nawyków uprawiania sportów, ograniczenie czasu spędzanego przed komputerem/telewizorem na rzecz aktywnego wypoczynku itp.
3. Stosowanie używek (alkohol, produkty tytoniowe, substancje psychoaktywne, leki) – oprócz takich problemów, jak „epidemia tytoniowa” oraz alkoholizm tematyka będzie dotyczyła także „nowych” zagrożeń, do których należą dopalacze, uzależnienie od substancji dopingujących w sporcie (w tym amatorskim) itp.
4. Zagrożenie wypadkami oraz urazami – szczególnie w drodze z i do szkoły oraz w środowisku szkolnym. Dodatkowo omówiony zostanie problem zagrożeń związanych z okresem wakacyjnym (np. bezpieczeństwo nad wodą), środkami pirotechnicznymi (np. okres sylwestra i Nowego Roku) oraz podstawowe zasady udzielania pierwszej pomocy.
5. Zagrożenie chorobami o etiologii zakaźnej i niezakaźnej – ze szczególnym uwzględnieniem dróg szerzenia się drobnoustrojów (m.in. droga brudnych rąk), metod profilaktyki, wczesnego zgłaszania się do lekarza oraz roli podstawowych badań przesiewowych (np. samobadanie piersi wśród dziewcząt).

Tematyka będzie bieżąco aktualizowana w oparciu o najnowsze doniesienia na-

ukowe oraz dostosowywana do konkretnej grupy wiekowej odbiorców. Zgodnie z zasadą „od ogółu do szczegółu” w pierwszej kolejności zostanie zwrócona uwaga na wpojenie najmłodszym grupom wiekowym podstawowych zasad higieny. Następnie w kolejnych rocznikach wiedza ta będzie poszerzana o coraz bardziej skomplikowane/szczegółowe zagadnienia związane m.in. z wchodzeniem w wiek dojrzenia i związane z tym zagrożenia.

W ramach programu działania będą prowadzone w niżej wymienionych placówkach:

1. Zespół Szkół nr 1 przy ul. Wojewódzkiej 12 w Konstancinie-Jeziornie – 24 oddziały.
2. Zespół Szkół nr 2 przy ul. Żeromskiego 15 w Konstancinie-Jeziornie – 24 oddziały.
3. Zespół Szkół nr 3 przy ul. Bielawskiej 57 w Konstancinie-Jeziornie – 24 oddziały.
4. Zespół Szkół nr 4 przy ul. Wilanowskiej 218 w Słomczynie – 12 oddziałów.
5. Zespół Szkół Integracyjnych nr 5 przy ul. Szkolnej 7 w Konstancinie-Jeziornie – 11 oddziałów.
6. Szkoła Podstawowa nr 6 w Opaczy – 7 oddziałów

łącznie w ciągu 3 lat trwania programu akcją edukacyjną zostanie objętych około 3,5 tys. dzieci uczęszczających do 310 oddziałów szkolnych w ramach oddziałów „zerowych”, 6 klas szkoły podstawowej i 3 klas gimnazjum (10 roczników).

Zaplanowane interwencje będą prowadzone przez realizatora lub realizatorów wybranych w drodze otwartego konkursu ofert, w postępowaniu ogłoszonym

zgodnie z art. 48b Ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych [37].

Akcja prowadzona będzie na terenie gminy Konstancin-Jeziorna, w gminnych placówkach oświatowych. W programie zostaną wykorzystane dostępne metody zalecane w prowadzeniu akcji o charakterze edukacyjnym. Będą to pogadanki, gry i zabawy (młodsze grupy wiekowe), wykłady, ćwiczenia, pokazy (młodzież) wzbogacane o prezentacje, filmy oraz materiały edukacyjne. Dzieci i młodzież wymagające dodatkowych informacji lub wręcz pomocy w rozwiązaniu borykających ich problemów, będą mogły ją uzyskać podczas indywidualnych rozmów z osobami realizującymi program. Aby promować i utrzymywać nawyki prozdrowotne, zakłada się organizację festynów tematycznych, przedstawień i inscenizacji o tematyce prozdrowotnej dla młodszych grup wiekowych i konkursów o tematyce podejmowanej w trakcie trwania programu.

Aby zapewnić skuteczność działań, przewiduje się następujące założenia organizacyjne:

- pogadanki, gry i zabawy w najmłodszych grupach wiekowych – godzina tygodniowo przez cały rok szkolny, w grupach stanowiących oddziały klasowe;
- wykłady, pogadanki – godzina miesięcznie przez cały rok szkolny, w grupach stanowiących „rocznik” klasowy;
- pokazy, ćwiczenia – w zależności od możliwości organizacyjnych – nie mniej niż pięć spotkań w roku szkolnym;
- wykłady zaproszonych ekspertów –

nie mniej niż pięć spotkań w roku szkolnym – spotkania mogą odbywać się w większym gronie, np. na sali gimnastycznej.

W celu uzyskania materiału do weryfikacji zakładanych celów planuje się na początku każdego roku szkolnego oraz na koniec każdego semestru zbieranie danych antropometrycznych uczniów, weryfikację dokumentacji wewnętrznej dotyczącej urazów i wypadków w szkole, liczby osób uczestniczących/zwolnionych z zajęć WF, a także stan wiedzy i świadomości uczestników programu dotyczące podstawowych zagrożeń zdrowia i życia. W młodszych grupach wiekowych stan wiedzy będzie sprawdzany podczas gier,

konkursów i zabaw, starsze roczniki zostaną sprawdzone za pomocą ankiet i testów podsumowujących.

Realizator winien dysponować kadrą niezbędną do prowadzenia interwencji zaplanowanych w ramach programu; będzie też zobowiązany do posiadania zasobów technicznych niezbędnych do realizacji powierzonego zadania.

Placówki szkolne muszą zapewnić zaplecze techniczne i pomieszczenia do realizacji programu polityki zdrowotnej.

Podział zadań pomiędzy organizatora programu (Urząd Gminy Konstancin-Jeziorna) a realizatora (wyłonionego

Tabela 1. Podmiot odpowiedzialny za realizację zadań w ramach programu

Zadanie	Podmiot odpowiedzialny
Wyznaczenie koordynatora programu	Organizator programu
Przygotowanie materiałów i działań w ramach kampanii informacyjnej	Organizator i realizator programu
Ogłoszenie konkursu na realizatora programu	Organizator programu
Wyłonienie realizatora programu	Organizator programu
Rekrutacja uczestników	Realizator programu
Realizacja programu	Realizator programu
Monitoring realizacji programu	Organizator i realizator programu
Pomiar okresowych i końcowych efektów programu na podstawie mierników	Realizator programu
Ewaluacja programu	Realizator programu
Sprawozdanie okresowe do Urzędu Gminy Konstancin-Jeziorna	Realizator programu
Sprawozdanie roczne do Urzędu Gminy Konstancin-Jeziorna	Realizator programu
Przygotowanie raportu końcowego z realizacji programu	Realizator programu
Zakończenie realizacji programu	Organizator i realizator programu

Źródło: opracowanie własne.

w trakcie otwartego konkursu ofert) zawiera tabela 1.

c. Kryteria i sposób kwalifikacji uczestników do programu/do poszczególnych etapów programu

Kluczowym kryterium formalnym będzie podpisanie przez rodzica (opiekuna prawnego) uczestnika programu druku świadomej zgody na udział w akcji (druk zgody w załączniku). Podpisany druk trafi do dokumentacji.

d. Zasady udzielania świadczeń w ramach programu

Ze względu na wiek uczestników akcja będzie miała charakter ciągły i będzie się odbywała w rocznym cyklu. Konkretny termin realizacji danego tematu wynika z kwestii organizacyjnych oraz dostosowania do danej pory roku (np. problem bezpieczeństwa nad wodą – późna wiosna bezpośrednio poprzedzająca okres wakacyjny). W kolejnych latach trwania programu do poszczególnych modułów tematycznych będą włączane kolejne roczniki kwalifikujące się do podjęcia danej tematyki.

e. Sposób powiązania działań programu ze świadczeniami zdrowotnymi finansowanymi ze środków publicznych

Obecnie brak gwarantowanych świadczeń zdrowotnych w zakresie edukacji młodzieży szkolnej oraz poprawy jakości życia w ramach trwałego kształtowania prozdrowotnych nawyków poprzez promocję aktywności fizycznej, zasad zdrowego stylu życia i zbilansowanej diety. Niniejszy program polityki zdrowotnej stanowi uzupełnienie i rozszerzenie świadczeń wpływających na poprawę zdrowotności społeczeństwa.

f. Spójność merytoryczna i organizacyjna

Niniejszy program polityki zdrowotnej dotyczy problemu, który nie jest objęty analogicznymi programami opracowywanymi, wdrażanymi, realizowanymi i finansowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia oraz ministra właściwego do spraw zdrowia, określonych w art. 48 Ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Nie ma zatem jego odpowiednika w zakresie świadczeń gwarantowanych. Należy jednak podkreślić, że jego zakres merytoryczny oraz organizacyjny oparty jest na aktualnych podstawach naukowych i nie budzi zastrzeżeń.

g. Sposób zakończenia udziału w programie i możliwość kontynuacji otrzymywania świadczeń zdrowotnych przez uczestników programu

Kompletne uczestnictwo w programie polega na udziale w pełnym cyklu działań edukacyjnych przewidzianych dla dzieci i młodzieży w wieku 5–16 lat zaplanowanych w ww. programie polityki zdrowotnej. Przerwanie udziału jest możliwe na każdym etapie akcji. Może to mieć miejsce na życzenie rodzica/opiekuna prawnego uczestnika. Warunkiem koniecznym jest potwierdzenie na piśmie, które będzie dołączone do dokumentacji medycznej powstającej w trakcie programu.

h. Bezpieczeństwo planowanych interwencji

Akcja będzie prowadzona z zachowaniem wszelkich wymogów wynikających z obowiązujących norm i przepisów prawa.

i. Kompetencje i warunki niezbędne do realizacji programu

Realizator będzie dysponował wymaganą kadrą oraz sprzętem niezbędnym do wykonywania interwencji zaplanowanych w programie. Akcje edukacyjne poprowadzi wykwalifikowany personel mający właściwe doświadczenie pedagogiczne. Będą to głównie pielęgniarki oraz lekarze, a w przypadku niektórych tematów – osoby mające szczególne doświadczenie w danej dziedzinie (policja, straż pożarna, psycholog, seksuolog, specjaliści zdrowia publicznego, dietetycy itp.). Akcja będzie przeprowadzona w placówkach edukacyjnych (szkoły gminne) zlokalizowanych na terenie gminy Konstancin-Jeziorna.

Dokumentacja medyczna powstająca w związku z realizacją programu będzie prowadzona i przechowywana w siedzibie realizatora akcji zgodnie z obowiązującymi przepisami dotyczącymi dokumentacji medycznej oraz ochrony danych osobowych [35; 36].

j. Dowody skuteczności planowanych działań

• Opinie ekspertów klinicznych

Prawidłowe żywienie jest szczególnie ważne dla młodzieży. Warunkuje prawidłowy rozwój młodych ludzi, wpływa nie tylko na ich rozwój fizyczny, ale też psychiczny i emocjonalny, na zdolność uczenia się, koncentrację, zapamiętywanie, wydolność fizyczną. Jest też bardzo ważnym elementem profilaktyki różnych chorób, w tym otyłości - tłumaczyła dr Anna Horton [28].

Dyrektor warszawskiego Instytutu Żywności i Żywienia prof. Mirosław Jarosz powiedział, że niepokojące jest, iż stale zwiększa się odsetek dzieci z otyłością i nadwagą. „To źle prognozuje na przy-

szłość”. Według Profesora pandemia otyłości i nadwagi na świecie w kolejnych pokoleniach narasta w szybkim tempie. W Unii Europejskiej w 2008 roku co czwarte dziecko w wieku 6–9 lat było otyłe lub miało nadwagę, a w 2010 roku – już co trzecie. Podobnie jest w Polsce. W wybranej losowo próbie warszawskich nastolatków od 11. do 15. roku życia w 1971 roku nadmierną masę ciała miało zaledwie 10% chłopców i 8,5% dziewcząt. W latach 1988–1991 było ich odpowiednio 14 i 11%, a w okresie 2005–2006 – już 21 i 15% [29].

Z badania przeprowadzonego przez Instytutu Żywności i Żywienia w kilku województwach wynika, że nadwaga stanowi problem aż 17–19% polskich dziewięciolatków, a otyłość dotyczy 6,5% chłopców i 4% dziewcząt w tym wieku. Inne badania potwierdzają, że problem w Polsce narasta, a nadwaga i otyłość dotyczy w sumie 22% dzieci. „Zaczynamy gonić czołówkę Europy” – ostrzegał dyrektor IŻŻ, prof. Jarosz. „Dotychczasowe działania prowadzone w Europie, związane z przeciwdziałaniem otyłości, nie przyniosły pożądanych wyników” – dodał [30].

Picie alkoholu przez młodzież to obecnie jeden z poważniejszych problemów, przed którymi stają rządy krajów europejskich, w tym również Polski. Jak oceniają eksperci, picie alkoholu jest główną przyczyną zgonów i inwalidztwa osób w wieku 15–21 lat [23]. Terapeuci pracujący z osobami uzależnionymi podkreślają, że od tego zazwyczaj zaczyna się problem z uzależnieniem od groźniejszych substancji. Do kontaktów z narkotykami w ciągu ostatniego miesiąca poprzedzającego badanie przyznało się 10% uczniów III klas gimnazjów i 11% II

klas szkół ponadgimnazjalnych, a w ciągu ostatniego roku odpowiednio 10% i 29% z nich [39].

Imprezy masowe sprzyjają ryzykownym zachowaniom seksualnym. Znikają systemy kontroli, pojawiają się za to stany euforyczne oraz poczucie jedności i szczęścia. Nietrudno w takich sytuacjach o przypadkowy seks, który może źle się skończyć – mówi seksuolog dr Andrzej Depko, prezes Polskiego Towarzystwa Medycyny Seksualnej [40].

• Zalecenia, wytyczne i standardy postępowania w problemie zdrowotnym, którego dotyczy wniosek

W strategię wspierania zdrowego stylu życia wpisują się następujące wartości:

- Zdrowie i sprawne ciało są podstawą i atrybutem szczęścia jednostki.
- Zdrowie i sprawność fizyczna są podstawą rozwoju społeczno-ekonomicznego jednostki.
- O zdrowie fizyczne i psychiczne oraz sprawność fizyczną należy zabiegać.
- Aktywność fizyczna jest koniecznym i niezbędnym warunkiem utrzymania zdrowia i sprawności fizycznej.
- Zdrowia, a szczególnie sprawności fizycznej, nie można zmagazynować na całe życie.
- Utrzymanie zdrowia i wysokiej sprawności fizycznej (funkcjonalnej) wymaga stałego stosowania zabiegów higieniczno-zdrowotnych w postaci różnego rodzaju działań rekreacyjno-sportowych podejmowanych przez całe życie, a nie tylko w okresie szkolnym [31].

Karta Żywienia i Aktywności Fizycznej Dzieci i Młodzieży w Szkole (2007)

Karta została podpisana 14 listopada

2007 roku przez Rzecznika Praw Obywatelskich i dyrektora Instytutu Żywności i Żywienia jako lidera programu POL-HEALTH.

Główne punkty Karty to:

- zapewnienie uczniom racjonalnych posiłków i napojów, a także odpowiednich i bezpiecznych warunków do uprawiania aktywności fizycznej we wszystkich szkołach;
- wprowadzenie kontroli masy i wysokości ciała;
- monitoring sprawności fizycznej dzieci.

Karta stanowi także formę realizacji praw dzieci i młodzieży do zdrowia i harmonijnego rozwoju, zapisanych w Konwencji o prawach dziecka, oraz jest przejawem wypełniania zobowiązań zawartych w Milenijnych Celach Rozwoju. Cele zawarte w Karcie Żywienia Dzieci i Młodzieży w Szkole powinny łączyć zaangażowanie szkoły, samorządu lokalnego oraz rodziców i podlegać nadzorowi w ramach zdrowotnej, edukacyjnej i socjalnej polityki państwa. Wśród standardów, które zawiera Karta, czytamy:

1. Każda uczennica i każdy uczeń, na wszystkich etapach obowiązkowego kształcenia, mają prawo do uzyskania należytej, dostosowanej do stopnia rozwoju poznawczego, wiedzy na temat racjonalnego żywienia, a także stosownych umiejętności i motywacji.
2. Każda szkoła powinna zapewnić nadzór dietetyczny i warunki sanitarno-techniczne do spożywania posiłków i napojów z uwzględnieniem zasad Dobrej Praktyki Higienicznej oraz systemu HACCP.
3. Wszyscy uczniowie mają prawo do

- korzystania z żywienia w szkole.
4. Posiłki i napoje serwowane uczniom powinny odpowiadać wymogom jakościowym i mieć wartość energetyczną dostosowaną do wieku konsumentów.
 5. Dzieci pozostające na długotrwałej diecie z przyczyn chorobowych powinny otrzymać w szkole posiłki i napoje zgodnie z zaleceniami lekarza prowadzącego.
 6. Dzieci pozostające na diecie wegetariańskiej mają prawo do takiego sposobu żywienia w szkole w uzgodnieniu z rodzicami oraz lekarzem prowadzącym.
 7. Dzieci, których sposób odżywiania uwarunkowany jest przekonaniami religijnymi, mają prawo do spożywania w szkole odpowiednich posiłków i napojów w uzgodnieniu z rodzicami.
 8. Dzieci powinny mieć w szkole monitorowaną masę i wysokość ciała; dzieci z niedoborem masy ciała oraz dzieci ze znaczną nadwagą i otyłością muszą podlegać dyspensaryzacji i mieć zapewnioną specjalistyczną opiekę lekarską.
 9. Szkoła powinna być miejscem wolnym od reklamy, promocji i sprzedaży niewskazanych dla dzieci produktów żywnościowych.
 10. Dzieci w wieku szkolnym pozostające w miejscu zamieszkania w czasie zimowych i letnich ferii mają prawo do żywienia w szkole [32].

Niewątpliwie regularne monitorowanie sposobu żywienia w wieku rozwojowym oraz uświadomienie znaczenia właściwego doboru produktów spożywczych i zachowań pro-zdrowotnych dzieciom są istotne z uwagi na zmniejszenia ryzyka wystąpienia chorób w wieku dorosłym. Państwowy Powiatowy Inspektor Sani-

tarny (PPIS) w m. st. Warszawie informuje, że z dniem 1 września 2015 roku weszło w życie Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 sierpnia 2015 roku w sprawie grup środków spożywczych przeznaczonych do sprzedaży dzieciom i młodzieży w jednostkach systemu oświaty oraz wymagań, jakie muszą spełniać środki spożywcze stosowane w ramach żywienia zbiorowego dzieci i młodzieży w tych jednostkach (Dz. U. z 2015 r., poz. 1256).

• **Dowody skuteczności (efektywności klinicznej) oraz efektywności kosztowej**

W 1985 roku naukowcy z Uniwersytetu Stanforda (Haskell, Montoye, Orenstein 1985) opublikowali jedno z pierwszych zaleceń dotyczących utrzymania i kształtowania zdrowia. Autorzy po przeanalizowaniu licznych wyników badań naukowych, odnoszących się do efektów uprawiania regularnej aktywności fizycznej, stwierdzają, że jest ona swoistym bodźcem dla organizmu powodującym mieralne rezultaty. Osoby aktywne fizycznie – niezależnie od wieku – mają znacznie mniej problemów zdrowotnych niż osoby nieaktywne. Wysoki poziom sprawności fizycznej jest skorelowany z dobrym zdrowiem. Stwierdzono również, że efekty aktywności fizycznej są natychmiastowe (występują już podczas wykonywania ćwiczeń lub tuż po ich zakończeniu) oraz długotrwałe (jako odroczone w czasie odpowiedź po wykonaniu ćwiczenia) [33].

Badania nad skutecznością programów profilaktycznych prowadzone na całym świecie wskazują jednoznacznie, że szanse na uzyskanie wymiernych efektów działań profilaktycznych są większe wśród osób w młodszym wieku. Wśród

młodzieży starszej statystycznie więcej jest osób, które podejmują się zachowań ryzykownych. Nie oznacza to, że nie należy prowadzić działań profilaktycznych w stosunku do młodzieży starszej, lecz że uzasadniona jest większa koncentracja badań i działań na dzieciach w wieku gimnazjalnym. Z tego samego względu ważne jest kierowanie działań profilaktycznych do dzieci z najstarszych klas szkoły podstawowej [41].

Niewątpliwie korzystnym skutkiem wdrażania programów jest przeszkolenie wielu tysięcy nauczycieli-realizatorów, którzy dzięki uczestnictwu w takich działaniach zdobyli nowe umiejętności i poznali aktywne metody pracy z grupą. Mogą one być wykorzystywane w dalszej pracy profilaktycznej i wychowawczej z dziećmi i młodzieżą w szkole. Wobec wymienionych programów podjęto również próby wstępnej oceny ich efektywności. Badania ewaluacyjne kilku programów świadczą o ich pozytywnym oddziaływaniu: wzrosła wiedza i samoocena uczniów, nastąpiła właściwie ukierunkowana zmiana postaw i miało miejsce ujawnianie problemów alkoholowych w rodzinie. Skuteczność ich jest jednak ograniczona, ponieważ nie odnotowano wyraźnych zmian w zachowaniu uczestników.

Uczeni Fox, Dunlap, Hemmeter, Joseph, Strain stworzyli model skutecznego rozwijania kompetencji psychologicznych i społecznych, a tym samym zapobiegania trudnym zachowaniom dzieci (ryc. 3). Schemat ten, w postaci piramidy, został opracowany z myślą o potrzebach najmłodszych dzieci. Piramida wskazuje, o co powinny zadbać szkoła lub przedszkole, by zredukować trudne bądź ryzykowne zachowania wychowan-

ków i stać się placówką funkcjonalną. Opisuje ponadto cztery poziomy praktycznych działań nauczycieli:

- Podstawą piramidy, a także fundamentem wszelkich działań, jest budowanie dobrych relacji z dziećmi, ich rodzicami oraz pomiędzy dziećmi. Są to życzliwe rozmowy z dzieckiem i jego rodzicami, okazywanie zainteresowania, różnorodne działania integracyjne.
- Poziom drugi stanowią podstawowe działania zapobiegawcze w klasie przedszkolnej lub szkolnej: odpowiednie zaplanowanie wnętrza zapewniające swobodę i bezpieczeństwo; właściwe przekazywanie informacji; nagradzanie pozytywnych zachowań poprzez okazywanie uwagi.
- Poziom trzeci wypełniają skuteczne strategie uczenia umiejętności psychologicznych i społecznych. Uczniowie pozytywnie reagują na działania podejmowane na niższych poziomach piramidy. Efekty te można wzmocnić, wprowadzając dodatkową edukację np. z zakresu promocji zdrowia i profilaktyki.
- Poziom czwarty to intensywna indywidualna interwencja, która dotyczy nielicznych uczniów uporczywie sprawiających trudności wychowawcze.

Autorzy podkreślają, że interwencja jedynie specjalisty nie może przynieść oczekiwanych zmian w funkcjonowaniu dziecka bez równoczesnego wysiłku kadry pedagogicznej na rzecz kreowania przyjaznego środowiska w szkole i klasie [42].

• **Informacje nt. podobnych programów polityki zdrowotnej wykonywa-**

nych w jednostce zgłaszającej program lub w innych jednostkach samorządu terytorialnego

Międzynarodowy program „Zapobieganie nadwadze i otyłości oraz chorobom przewlekłym poprzez edukację społeczeństwa w zakresie żywienia i aktywności fizycznej” koordynowanym przez WHO od lat działa na rzecz zapobiegania otyłości. W nurt jego działań włączył się również polski Instytut Żywności i Żywienia, który dzięki dofinansowaniu uzyskanemu z Szwajcarsko-Polskiego Programu Współpracy uruchomił program zwalczania nadwagi. Do końca 2016 roku mogą w nim wziąć udział osoby, które nie potrafią poradzić sobie z tym problemem. Organizowane w wielu miastach specjalistyczne 12-tygodniowe programy odchudzające już przynoszą pierwsze efekty. Ich uczestnicy stracili średnio od 6 do 11 kg. W swojej działalności Instytut nie zapomina również o najmłodszych. Do dzieci kierowane są działania informacyjne i edukacyjne, zachęcające do aktywności fizycznej i zdrowego odżywiania. Dodatkowo, przeprowadzono akcję dotyczącą czytania etykiet na produktach spożywczych, której celem jest pomoc w świadomym ich wyborze [35].

Celem programu „Trzymaj formę!” jest edukacja w zakresie trwałego kształtowania prozdrowotnych nawyków wśród młodzieży szkolnej poprzez promocję zasad aktywnego stylu życia i zbilansowanej diety, w oparciu o odpowiedzialność indywidualną i wolny wybór jednostki. [34].

Fundacja Ronalda McDonalda już od 2005 roku prowadzi Ogólnopolski Program Profilaktycznych Badań Ultrasonograficznych Dzieci, zapraszając młodych pacjentów do specjalistycznego ambulanse medycznego, daru amerykańskiej Fundacji „RMHC” dla polskiej Fundacji „NIE nowotworom u dzieci” – w jej działania znakomicie wpisuje się program badań ultrasonograficznych dzieci, którego pomysłodawcą jest krajowy konsultant ds. onkologii i hematologii dziecięcej prof. Jerzy Kowalczyk. Badaniami objęte są dzieci w wieku od 9 miesięcy do 6 lat, a przeprowadzają je radiolodzy, na co dzień pracujący w szpitalach pediatrycznych. W czasie badania lekarz dokonuje kompleksowej oceny stanu tarczycy i węzłów chłonnych, narządów jamy brzusznej, a u chłopców dodatkowo moszny. W akcji wzięło już



Rycina 3. Model Efektywnego uczenia kompetencji społecznych.

Źródło: J. Szymańska: *Programy Profilaktyczne*, Warszawa 2012.

udział blisko 41 tys. najmłodszych pacjentów. W czasie jej trwania rodzice otrzymują dodatkowe porady, związane z koniecznością wykonania innych specjalistycznych badań i dalszej diagnostyki. Każdy taki przypadek to dowód na to, że badania profilaktyczne u zdrowych dzieci mają ogromny sens [36].

Ogólnopolski Program Dożywiania Potrzebujących Dzieci „Zdrowo jeść, by rosnąć w siłę” Fundacja „Tesco Dzieciom” realizuje od roku 2012. Skierowany jest on do podopiecznych dziennych placówek opiekuńczo-wychowawczych. Rocznie obejmuje pomocą blisko tysiąc osób ze środowisk zagrożonych zjawiskiem wykluczenia społecznego oraz problemem niedożywienia. Program odpowiada na jeden z najistotniejszych problemów społecznych związanych z ubóstwem i niedożywieniem młodych ludzi – jak podaje GUS „w Polsce ubóstwem ekonomicznym zagrożeni są szczególnie ludzie młodzi, w tym dzieci”. Od 2014 roku program realizowany jest w ramach partnerstwa strategicznego, które Fundacja zawiązała z jedną z najstarszych organizacji działających na rzecz potrzebujących dzieci w Polsce – Towarzystwem Przyjaciół Dzieci. Działania podejmowane w ramach programu ukierunkowane są na pomoc socjalną i edukację. Każda z placówek biorących udział w programie otrzymuje od Fundacji „Tesco Dzieciom” dotację celową przeznaczoną na zakup żywności oraz niezbędnego wyposażenia kuchennego, które ma służyć do higienicznego i estetycznego przygotowywania posiłków [37].

W Polsce w zeszłym roku zakończył się program: „Monitorowanie stanu zdrowia jamy ustnej populacji polskiej”.

Pierwszy etap przypadał na lata 2010–2012. Kolejny etap programu był realizowany w latach 2013–2015. Główne jego cele to: ocena stanu zdrowotnego jamy ustnej dzieci i osób dorosłych oraz badanie zjawisk społecznych, ekonomicznych, organizacyjnych i kulturowych warunkujących stwierdzony w wielu badaniach stomatologicznych stan zdrowia. Badanie zostało przeprowadzone w poszczególnych województwach (dobieranych losowo), co pomogło zbadać populację w różnych regionach Polski. Wyniki umożliwiły monitorowanie obecnego systemu opieki stomatologicznej w Polsce i wskazały możliwości jego poprawy. Badania prowadzono we współpracy z WHO, zgodnie z przyjętymi przez tę organizację zasadami monitorowania stanu zdrowia jamy ustnej. W przyszłości Program będzie kontynuowany, co pozwoli na szczegółową analizę stanu jamy ustnej mieszkańców Polski [38].

5.

Koszty

Zgodnie z decyzją Rady Miejskiej Konstancina-Jeziorny na realizację programu „W zdrowiu ku dorosłości – edukacja młodzieży szkolnej oraz poprawa jakości życia w zakresie trwałego kształtowania prozdrowotnych nawyków poprzez promocję aktywności fizycznej, zasad zdrowego stylu życia i zbilansowanej diety program polityki zdrowotnej dla gminy Konstancin Jeziorna na lata 2016–2018” została przeznaczona kwota 120 tys. zł na każdy rok jego realizacji – łącznie 360 tys. zł.

Przewidziane koszty jednostkowe pomnożono przez szacowaną liczbę osób, które z programu skorzystają, uwzględniając też w kalkulacji koszty: przygotowawcze, kampanii informacyjnej, realizacji działań edukacyjnych oraz zakupu pomocy edukacyjnych i materiałów promocyjnych.

a. Koszty jednostkowe

Całkowity budżet programu został zaplanowany przy założeniach przedstawionych w tabeli 2.

Na niżej opisany koszt składają się: koszty przygotowawcze, kampanii informacyjnej, działań edukacyjnych, realizacji działań edukacyjnych, a także zakupu

pomocy edukacyjnych i materiałów promocyjnych

b. Planowane koszty całkowite

Na całkowity budżet projektu składają się niżej wymienione pozycje kosztowo-organizacyjne.

Koszty organizacyjne po stronie organizatora

- organizacja kampanii informacyjnej;
- zaprojektowanie zakładki na stronie internetowej Urzędu Miasta i Gminy Konstancin-Jeziorna dedykowanej projektowi (przygotowanie grafiki, treści, informacji w serwisie);
- utrzymanie zakładki i aktualizacja informacji w serwisie na stronie internetowej Urzędu Miasta i Gminy Konstancin-Jeziorna dedykowanej projektowi;
- zaprojektowanie i przygotowanie ulotek w ramach kampanii informacyjnej oraz plakatów informacyjnych.

Koszty organizacyjne po stronie realizatora

- opracowanie szczegółowych zasad organizacji programu, sposobu raportowania, zasad monitorowania realizacji zadań;
- przygotowanie wniosków aplikacyjnych i opracowanie sposobu rekrutacji uczestników;
- przygotowanie regulaminów i ankiet walidacyjnych dla uczestników;
- organizacja kampanii informacyjnej;
- monitoring jakości i rzetelności

Tabela 2. Założenia całkowitego budżetu programu edukacyjnego

Populacja korzystających	Koszt jednostkowy programu
około 3500 osób	około 103 zł/osobę

Źródło: opracowanie własne.

świadczeń w ramach programu przez zewnętrznego eksperta;

- przygotowanie narzędzi oraz pomiar okresowych i końcowych efektów programu na podstawie określonych mierników.

Całkowite koszty organizacyjne przewidziane na roczny okres trwania programu według założeń nie powinny przekroczyć **3 tys. zł.**

Koszty realizacji programu

- działania edukacyjne;
- organizacja konkursów, festynów i inscenizacji.

Koszt całkowity realizacji programu będzie zależny od wyceny przedstawionej przez oferentów w procedurze konkursowej, a także od liczebności populacji uczestniczącej. Przyjęto optymalną liczbę wykonywanych świadczeń i maksymalne stawki za realizację poszczególnych interwencji w ramach programu, które będą jednym z kryteriów oceny w procedurze konkursowej. Maksymalne stawki wyceny świadczeń przedstawione przez realizatora muszą mieścić się w średnich kosztach rynkowych danej procedury – szczegółowe założenia przedstawiono poniżej.

Koszt działań edukacyjnych

Założenia budżetu realizacji działań edukacyjnych planowane są w całkowitym ujęciu kapitacyjnym lub w przeliczeniu na oddziały szkolne bądź wizyty w pla-

cówkach szkolnych:

- wynagrodzenie dla bezpośredniego realizatora programu – do 60 zł/ucznia przez cały okres trwania programu;
- wynagrodzenie dla edukatora – do 100 zł/rocznik „klasowy”;
- wynagrodzenie dla specjalisty (psycholog, dietetyk) – do 150 zł/oddział szkolny;
- wynagrodzenie dla wykładowcy – do 300 zł/za wykład dla placówki szkolnej;
- wynagrodzenie dla instruktorów podczas ćwiczeń/pokazów – do 500 zł za dzień zajęć w placówce szkolnej.

Łącznie w ciągu 3 lat trwania programu akcją edukacyjną zostanie objętych około 3,5 tys. dzieci uczęszczających do sześciu szkół w ramach 310 oddziałów szkolnych – 10 roczników „klasowych”.

Planowany rozkład ilościowy poszczególnych typów działań edukacyjnych

- gry i zabawy w najmłodszych grupach wiekowych, pogadanki, wykłady – 1 godz. tygodniowo przez cały rok szkolny, w grupach stanowiących oddziały klasowy;
- wykłady, pogadanki – 1 godz. miesięcznie przez cały rok szkolny, w grupach stanowiących „rocznik” klasowy;
- pokazy, ćwiczenia – w zależności od możliwości organizacyjnych – nie mniej niż pięć spotkań w roku szkolnym;

Tabela 3. Koszt działań realizatora

Podmiot realizujący	Stawka w zł	liczba uczniów	Koszt całkowity zł
Realizator	60	3500	210 tys. zł

Źródło: opracowanie własne.

Tabela 4. Planowany budżet całkowity

Podmiot realizujący	Stawka w zł	Grupy uczestników	Przelicznik	Częstotliwość interwencji	Okres interwencji (lat)	Koszt całkowity
Edukator	100	10	rocznik	10	3	30 tys. zł
Specjalista	150	6	oddział	10	3	27 tys. zł
Wykładowca	300	6	placówka	5	3	27 tys. zł
Instruktor	500	6	placówka	5	3	45 tys. zł
					razem	129 tys. zł

Źródło: opracowanie własne.

- wykłady zaproszonych ekspertów – nie mniej niż pięć spotkań w ciągu roku szkolnego.

Koszt organizacji konkursów i festynów, inscenizacji

Zakłada się budżet na realizację działań związanych z organizacją konkursów i festynów, inscenizacji na poziomie do **5 tys. zł.**

Koszty ogólne programu

- rezerwa budżetowa (wynika z różnicy pomiędzy zaplanowanymi a poniesionymi wydatkami) – zakłada się ją na poziomie około **10 tys. zł.** Rezerwę będzie można wykorzystać na zwiększenie częstości prowadzenia działań edukacyjnych przez zaproszonych specjalistów w poszczególnych latach realizacji programu, rozszerzenie działań edu-

kacyjnych, intensyfikację kampanii informacyjnej lub inne działania zwiększające skuteczność zaplanowanej interwencji;

- zakup materiałów promocyjnych i edukacyjnych;
- zakup nagród rzeczowych dla laureatów konkursów.

Powyższe koszty zakłada się ją na poziomie do **3 tys. zł.**

Przy zakładanym budżecie dostępne środki finansowe przeznaczone na realizację Programu „W zdrowiu ku dorosłości” edukacja młodzieży szkolnej oraz poprawa jakości życia w zakresie trwałego kształtowania prozdrowotnych nawyków poprzez promocję aktywności fizycznej, zasad zdrowego stylu życia i zbilansowanej diety program polityki zdrowotnej dla gminy Konstancin Jezior-

Tabela 5. Planowany budżet całkowity

Rodzaj kosztów	Kwota
1. Koszty organizacyjne	3 tys. zł
2. Koszty działań realizatora	210 tys. zł
3. Koszty działań edukacyjnych	129 tys. zł
4. Koszt organizacji konkursów i festynów, inscenizacji	5 tys. zł
5. Koszty ogólne programu – zakup materiałów	3 tys. zł
6. Koszty ogólne programu - rezerwa budżetowa	10 tys. zł
Razem	360 tys. zł

Źródło: opracowanie własne.

na lata 2016–2018” umożliwiają objęcie ww. akcją oraz działaniami z zakresu promocji zdrowia całej populacji docelowej.

c. Źródła finansowania, partnerstwo

Program finansowany będzie ze środków budżetu gminy Konstancin-Jeziorna, zgodnie z umowami zawartymi z jego realizatorami. Środki finansowe przeznaczone na ten cel mogą ulec zwiększeniu bądź zmniejszeniu w kolejnych latach, w zależności od możliwości budżetowych gminy.

d. Argumenty przemawiające za tym, że wykorzystanie dostępnych zasobów jest optymalne

Edukacja zdrowotna jest procesem ciągłym, podczas którego uczymy się dbać o zdrowie własne i populacji. Zdrowie jest podstawowym warunkiem zaspokajania własnych potrzeb. Dodatkowo umożliwia realizację celów i uskutecznia rozwój osobisty. Znaczące efekty przynosi właściwa edukacja zdrowotna dzieci i młodzieży w wieku szkolnym. Okres ten to ważny etap w kształtowaniu prozdrowotnych wyborów, poza tym szkoła stwarza znakomitą możliwość przekazywania uczniom wiedzy o zdrowiu i kształtowania zachowań prozdrowotnych. Interwencja wyłącznie samego specjalisty medycyny może nie spowodować oczekiwanych zmian w codziennym funkcjonowaniu dziecka bez równoczesnego wysiłku kadry pedagogicznej na rzecz kreowania przyjaznego środowiska w szkole i klasie.

Prawidłowe funkcjonowanie organizmu oraz znakomite samopoczucie społeczne i psychiczne sprzyjają:

- dobrej nauce (koncentracja, myślenie, zapamiętywanie, przyswajanie

wiedzy itd.);

- motywacji do nauki;
- rozwijaniu kreatywności oraz poszukiwaniu pasji;
- utrzymywaniu oraz poprawianiu relacji z rówieśnikami i ze środowiskiem szkolnym.

Obecnie brak gwarantowanych świadczeń zdrowotnych z elementami edukacji młodzieży szkolnej w zakresie poprawy jakości życia (jak promocja aktywności fizycznej, zasad zdrowego stylu życia i zbilansowanej diety) poprzez kształtowanie trwałych nawyków prozdrowotnych.

Badania nad skutecznością programów profilaktycznych prowadzone na całym świecie wskazują jednoznacznie, że szanse na uzyskanie wymiernych efektów działań profilaktycznych są większe wśród osób w młodszym wieku. Wśród młodzieży starszej statystycznie więcej jest osób, które podejmują się zachowań ryzykownych. Nie oznacza to, że nie należy w tej grupie prowadzić działań profilaktycznych, lecz że uzasadniona jest większa koncentracja badań i działań na dzieciach w wieku gimnazjalnym. Z tego samego względu ważne jest kierowanie działań profilaktycznych do dzieci z najstarszych klas szkoły podstawowej

Niniejszy program polityki zdrowotnej dotyczy problemu, który nie jest objęty analogicznymi programami opracowywanymi, wdrażanymi, realizowanymi i finansowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia oraz ministra właściwego do spraw zdrowia, zakładającymi edukację młodzieży szkolnej oraz poprawę jakości życia w zakresie kształtowania trwałych nawyków prozdrowotnych.

Niniejszy program polityki zdrowotnej będzie stanowił uzupełnienie i rozszerzenie świadczeń wpływających na poprawę zdrowotności społeczeństwa.

6.

Monitoring i ewaluacja

Monitoring i ewaluacja projektu w praktyce będą polegały na analizie trzech podstawowych zagadnień. Pierwsze z nich to zgłaszalność uczestników do programu stanowiąca podstawowe kryterium stałej oceny programu. Kolejny element to fachowe oszacowanie jakości świadczeń realizowanych w programie. Ostatnim elementem procesu będzie analiza efektywności realizacji programu oparta na miernikach epidemiologicznych rutynowo stosowanych w analogicznych interwencjach. Te ostatnie działania mają charakter wybitnie długofalowy.

a. Ocena zgłaszalności do programu

Ocena zgłaszalności do programu będzie kluczowym elementem bieżącego monitoringu przebiegu programu. Informacje dotyczące liczby dzieci i młodzieży uczestniczących w programie zostaną odniesione do wartości liczbowych wynikających z harmonogramu akcji i zakładanej populacji docelowej. Bieżąca ocena realizacji będzie polegała na analizie raportów okresowych tworzonych w miesięcznych oraz rocznych interwałach czasowych.

Monitoringowi poddana zostanie liczba zgód na udział w programie. Zmiana ich liczby w trakcie poszczególnych lat trwania projektu, porównana z liczebnością populacji docelowej, stanie się użytecznym wskaźnikiem skuteczności działań informacyjnych i promocyjnych. Dodatkowo będzie to stanowiło odzwierciedlenie zmian w zakresie świadomości społeczeństwa związanej z tematyką akcji.

Ponadto, szczególna uwaga zostanie zwrócona na populację, która nie weźmie udziału w programie. Przeanalizowane będą przyczyny tego stanu rzeczy. Wyciągnięte wnioski zostaną wykorzystane w celu możliwej minimalizacji skali tego typu sytuacji w kolejnych latach trwania programu.

b. Ocena jakości świadczeń w programie

Zostanie ona dokonana przez zewnętrznego eksperta w dziedzinie zdrowia publicznego. Ocenie podlegać będzie całość programu zdrowotnego ze szczególnym uwzględnieniem przyjętej metodologii oraz zastosowanych rozwiązań w odniesieniu do możliwości realizacji założonych celów. Utrzymanie wysokiej jakości świadczeń będzie nadzorował koordynator programu. Jakość świadczeń na bieżąco będzie monitorowana za pomocą ankiety. Kwestionariusz zostanie udostępniony wszystkim uczestnikom akcji (ze względów praktycznych będą to starsze grupy wiekowe), którzy go wypełnią i umieszczą w specjalnie przygotowanej urnie. Ankieta ma charakter anonimowy. Kwestionariusze będą okresowo zbierane i analizowane pod kątem zgłaszanych uwag i poziomu zadowolenia (kwestionariusz w załączniku). Wyciągnięte wnioski posłużą do podniesienia jakości prowadzonego programu i zwiększenia poziomu zadowolenia uczestników.

c. Ocena efektywności programu

Podstawowe elementy poddane analizie to:

- liczba uczestników, którzy wezmą udział w programie;
- liczba nowych rozpoznań chorób oraz zdarzeń (np. wypadki) objętych niniejszym programem.

Należy pamiętać, że obniżenie wskaźnika zachorowalności na choroby uwzględnione w programie (np. choroby nowotworowe) może być trudne do wykazania w krótkim (np. rocznym) okresie. Przewiduje się, że ten trend będzie miał charakter długofalowy. Ocena poszczególnych wskaźników zachorowalności zostanie przeprowadzona w ramach danych gromadzonych przez wyznaczone do tego zadania instytucje, np. Powiatową Stację Sanitarno-Epidemiologiczną w Piasecznie (problem chorób zakaźnych objętych obowiązkową zgłaszalnością). Pewną rolę w ocenie efektywności programu odegrają również statystyki ogólnopolskie gromadzone i publikowane np. przez Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny.

d. Ocena trwałości efektów programu

Program planowany jest na lata 2016–2018, przy czym przewidziana jest jego kontynuacja w kolejnych interwałach czasowych (okresy 3–4 lat). Będą na to miały wpływ przede wszystkim kwestia dostępnych środków finansowych oraz pozytywna ocena efektywności programu prowadzona na zasadach opisanych w punkcie 6c.

7.

Okres realizacji programu

Program planowany jest na okres 2016–2018 (tzn. na 3 lata). W następujących po sobie latach do akcji będą zapraszane kolejne osoby spełniające kryteria kwalifikujące je do wzięcia udziału w akcji edukacyjnej.

Bibliografia

1. Woynarowska B.: Edukacja zdrowotna, Warszawa 2007.
2. Woynarowska B.: Edukacja zdrowotna I promocja zdrowia w szkole, Warszawa 2006.
3. Gut J.: „Szkolny program wychowania zdrowotnego”, <http://www.profesor.pl/publikacja,8957,Artykuly,Szkolny-program-wychowania-zdrowotnego> [dostęp:13.04.2016].
4. GUS: Zdrowie dzieci i młodzieży w Polsce w 2009 roku Studia i analizy statystyczne, Kraków 2011.
5. World Health Organization: „Oral Health”, <http://www.who.int/en> [dostęp: 13.04.2016].
6. National Institute of Dental and Craniofacial Research: „Dental and periodontal infections”, 3, <http://www.nidc.nih.gov/DataStatistics/SurgeonGeneral/sgr/chap3.htm> [dostęp: 13.04.2016].
7. Kaczmarek U.: „Aspekt bakteryjny próchnicy zębów mlecznych”, *Dent Med Probl.* 2004;41(3):509–514.
8. Dental Health Foundation: „Oral health and disease prevention”, Ireland, <http://www.dentalhealth.ie/dentalhealth/causes/diseaseprevention.html> [dostęp: 13.04.2016].
9. Pawka B., Dreher P., Herda J. et al.: „Próchnica zębów u dzieci problemem społecznym”, *Probl Hig Epidemiol.* 2010;91(1):5–7.
10. Piękoś G.: „Przyczyny zaburzeń u dzieci w wieku szkolnym”, <http://www.szkolnictwo.pl/index.php?id=PU2993> [dostęp:13.04.2016].
11. Woynarowska B.: „Bezpieczeństwo – zapobieganie urazom”, w: B. Woynarowska (red.), *Edukacja zdrowotna. Podręcznik akademicki*, [ftp://dok.dbp.wroc.pl/pakiety/Edukacja%20na%20rzecz%20zdrowia%20i%20bezpieczenstwa%20w%20szkole/Rozdzialy_z_ksi](ftp://dok.dbp.wroc.pl/pakiety/Edukacja%20na%20rzecz%20zdrowia%20i%20bezpieczenstwa%20w%20szkole/Rozdzialy_z_ksiazek/Bezpieczenstwo%20zapob%20urazom_Eduk%20zdrow%20podr_325-342.pdf) azek/Bezpieczenstwo%20zapob%20urazom_Eduk%20zdrow%20podr_325-342.pdf [dostęp: 13.04.2016].
12. Malinowska-Cieślik M., Balcerzak B., Mokrzycka A., Kowalska I., Ścibor M.: „Ocena prewencji urazów i promocji bezpieczeństwa dzieci i nastolatków w Polsce”, *Zdr Publ Zarząd.* 2012; 0(2):80–94; doi: 10.4467/20842627OZ.12.011.0898.
13. Sethi D., Towner E., Vincenten J., Segui-Gomez M., Racioppi F.: *European Report on Child Prevention*, World Health Organization Regional Office for Europe, Copenhagen 2008.
14. Sosnowska-Bielicz E., Wrótniak J.: „Nawyki żywieniowe a otyłość dzieci w wieku przedszkolnym i szkolnym”, *Lubelski Rocznik Pedagogiczny*, 2013.
15. Dzierzgowska-Herman D., Malicka M.: *Zapobieganie otyłości i nadwadze poprzez promowanie i wspieranie zmian nawyków żywieniowych oraz wzrostu aktywności fizycznej wśród uczniów szkół gimnazjalnych prowadzonych przez Powiat Trzebnicki*, Trzebnica 2013.
16. Bielicz E., Wrótniak J.: „Nawyki żywieniowe a otyłość dzieci w wieku przedszkolnym i szkolnym”, *Lubelski Rocznik Pedagogiczny*, 2013.
17. Klemarczyk W., Danone: *Niedożywienie dzieci w Polsce*, Warszawa 2007.
18. GUS: *Zdrowie dzieci i młodzieży w Polsce w 2009 r.*, Kraków 2011.
19. „Narodowy Program Zdrowia 2007-2015”, załącznik do Uchwały Nr 90/2007 Rady Ministrów z dnia 15 maja 2007 roku
20. Medonet: „Europejscy specjaliści o powszechnych badaniach przesiewowych”, <http://www.medonet.pl/zdrowie/wiadomosci/europejscy-specjalisci-o-powszechnych-badaniach-przesiewowych,artykul,1646128.html> [dostęp:28.04.2016].
21. Biuro regionalne WHO dla Europy: *Standardy edukacji seksualnej w Europie*, Lublin 2012.
22. Wejbert-Wąsiewicz E., Pęczkowska E.: „Problemy edukacji seksualnej w Polsce”, *Przegl Socjol.* 2009;3:173–192.
23. Woynarowska B., Mazur J.: *Zachowania zdrowotne i zdrowie młodzieży szkolnej w Polsce i innych krajach. Tendencje zmian w latach 1990–1998*, Warszawa 2000.
24. Macander D.: *Ryzyko używania narkotyków przez młodzież*, Warszawa 2014.
25. Wydział Wychowania i Profilaktyki: „Wyniki ESPAD 2015 – badania używania substancji psychoaktywnych przez młodzież szkolną”, <http://www.ore.edu.pl/wydzialy/wychowania-i-profilaktyki/6677-wyniki-espad-2015-badania-uzywania-substancji-psychoaktywnych-przez-mlodziez-szkolna> [dostęp: 28.04.2016].
26. Badanie „The European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs”, <http://espad.org/> [dostęp: 28.04.2016].
27. Badanie „Health Behaviour in School-aged Children”, <http://www.hbsc.org/> [dostęp: 28.04.2016].
28. PAP: „Eksperci przekonują młodych: dieta wpływa na nasz zapach i atrakcyjność”, <http://wiadomosci.wp.pl/kat,1342,title,Eksperci-przekonuja-mlodych-dieta-wplywa-na-nasz-zapach-i-atrakcyjnosc,wid,15980199,wiadomosc.html?ticaid=116e9f> [dostęp: 26.04.2016].
29. PAP: „Eksperci: mamy już pandemię, a nie tylko epidemię otyłości”, <http://naukawpolsce.pap.pl/aktualno->

- sci/news,402974,eksperci-mamy-juz-pandemie-a-nie-tylko-epidemie-otylosci.html [dostęp: 28.04.2016].
30. PAP: „Co jedzą, a co powinny jeść dzieci w szkołach? Sklepiki ze słodyczami przyczyniają się do otyłości!”, <http://wellnessday.eu/odzywianie/zywienie-dziecka/1265-co-jedza-a-co-powinny-jesc-dzieci-w-szkolach-sklepiki-ze-slodyczami-przyczyniaja-sie-do-otylosci.html> [dostęp: 28.04.2016].
31. Strzyżewski S.: „Współczesne cele wychowania fizycznego oraz rola nauczyciela wychowania fizycznego w szkole i środowisku społecznym”, *Wych Fiz Higiena Szkol.* 1975;1.
32. Jarosz M.: Działania prowadzone w Polsce na rzecz zwalczania nadwagi i otyłości, Warszawa 2009.
33. Wróblewski P.: Wychowanie fizyczne oraz edukacja zdrowotna w bezpiecznej i przyjaznej szkole, .
34. Ogólnopolski Program Edukacyjny „Trzymaj Formę!”, <http://pspgrabin.szkolnastrona.pl/art,229,ogolnopolski-program-edukacyjny-trzymaj-forme> [dostęp: 28.04.2016].
35. „Ze szwajcarską precyzją chronimy zdrowie”, Informacja prasowa, 19 stycznia 2015, https://www.mrokugov.pl/media/4847/SPPW_Zdrowie_012015.pdf [dostęp: 28.04.2016].
36. Fundacja Ronalda McDonalda „NIE nowotworom u dzieci”, <http://www.frm.org.pl/a/nie-nowotworom-u-dzieci> [dostęp: 28.04.2016].
37. Fundacja Tesco dzieciom: „Zdrowo jeść, by rosnąć w siłę” <http://www.fundacjatesco.pl/pl/jak-dzialamy/programy-zewnetrzne/ogolnopolski-program-dozywiania-zdrowo-jesc-by-rosnac-w-sile/o-programie-6.html> [dostęp: 28.04.2016].
38. Minister Zdrowia: „Monitorowanie stanu zdrowia jamy ustnej populacji polskiej w latach 2013–2015”, http://www.mz.gov.pl/__data/assets/pdf_file/0013/5620/13monitjamy-ust_progr2013_20130510.pdf [dostęp: 14.04.2016].
39. Chojnowski P. „Narkotyki w szkole. Uczniowie nie mają problemu z dostępem”, <http://www.wspolczesna.pl/wiadomosci/lomza/art/4918021,narkotyki-w-szkole-uczniowie-nie-maja-problemu-z-dostepem,id,t.html> [dostęp: 28.04.2016].
40. PAP: „Połowa zakażonych wirusem HIV to ludzie młodzi. Eksperci: uwaga na ryzykowne zachowania seksualne”, <http://www.polskieradio.pl/5/3/Artykul/1415346,Polowa-zakazonych-wirusem-HIV-to-ludzie-mlodzi-Eksperci-uwaga-na-ryzykowne-zachowania-seksualne> [dostęp: 28.04.2016].
41. Grzelak Sz.: *Vademecum skutecznej profilaktyki problemów młodzieży*, Warszawa 2015.
42. Szymańska J.: *Programy Profilaktyczne*, Warszawa 2012.

Załączniki

a. Sprawozdanie z wykonania świadczeń

**SPRAWOZDANIE Z WARSZTATÓW INFORMACYJNYCH W RAMACH PROGRAMU POLITYKI
ZDROWOTNEJ
pt. „W zdrowiu ku dorosłości”
NA RZECZ MIESZKAŃCÓW GMINY KONSTANCIN-JEZIORNA**

1. Sprawozdanie

- miesięczne, za miesiąc
- roczne, za rok

2. Liczba słuchaczy

w tym

DZIEWCZĘTA

CHŁOPCY

3. Krótki opis przeprowadzonych warsztatów

(miejsce, tematyka, wykorzystane materiały informacyjne, czas trwania itp.)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

4. Uwagi

.....

.....

.....

.....

Data

.....

Podpis

b. Ankieta satysfakcji uczestnika programu

**ANKIETA SATYSFAKЦИИ UCZESTNIKÓW PROGRAMU POLITYKI ZDROWOTNEJ
pt. „W zdrowiu ku dorosłości”
GMINA KONSTANCIN-JEZIORNA**

1. Jak oceniasz organizację zajęć, w których brałaś/eś udział?

<i>Bardzo dobrze</i>	<i>Dobrze</i>	<i>Średnio</i>	<i>Źle</i>	<i>Bardzo źle</i>	<i>Nie mam zdania</i>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. W jakim stopniu przekazana wiedza będzie według Ciebie przydatna?

<i>Bardzo przydatna</i>	<i>Przydatna</i>	<i>Średnio Przydatna</i>	<i>Raczej nieprzydatna</i>	<i>Całkowicie nieprzydatna</i>	<i>Nie mam zdania</i>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. Które tematy/zagadnienia były według Ciebie nieprzydatne?

.....

.....

.....

4. O jakie tematy/zagadnienia powinny być rozszerzone w przyszłości te zajęcia?

.....

.....

.....

5. Inne uwagi.

.....

.....

.....

.....

*Bardzo dziękujemy za pomoc i wypełnienie ankiety.
Uzyskane informacje pomogą nam w zapewnieniu wysokiej jakości świadczonych usług
i najwyższego komfortu uczestnikom programu.
Dlatego jesteśmy Wam szczególnie wdzięczni za poświęcony czas.*

c. Zgoda na udział w programie

**ŚWIADOMA ZGODA NA UDZIAŁ W PROGRAMIE POLITYKI ZDROWOTNEJ
pt. „W zdrowiu ku dorosłości”
GMINA KONSTANCIN-JEZIORNA**

Ja niżej
podpisany(a).....oświadczam,
że uzyskałem(am) informacje dotyczące ww. programu oraz otrzymałem(am) wyczerpujące,
satisfakcjonujące mnie odpowiedzi na zadane pytania. Wyrażam dobrowolnie zgodę na udział
mojego dziecka w tym programie i jestem świadomy(a) faktu, że w każdej chwili mogę wycofać
zgodę na udział mojego dziecka w dalszej części programu bez podania przyczyny.
Przez podpisanie zgody na udział w akcji nie zrzekam się żadnych należnych mi praw. Otrzymam
kopię niniejszego formularza opatrzoną podpisem i datą.
Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych uzyskanych w trakcie akcji zgodnie
z obowiązującym w Polsce prawem (Ustawa o ochronie danych osobowych z 29.08.1997).

Uczestnik programu:

.....

Imię i nazwisko (drukowanymi literami)

Podpis i data złożenia
podpisu

(ręką uczestnika programu)

Oświadczam, że omówiłem(am) ww. program z uczestnikiem programu, używając zrozumiałych,
możliwie prostych sformułowań oraz udzieliłem(am) informacji dotyczących natury i znaczenia
ww. programu.

Osoba uzyskująca zgodę na udział w programie:

.....

Imię i nazwisko (drukowanymi literami)

Podpis i data złożenia
podpisu

ORYGINAŁ/KOPIA

UZASADNIENIE

do Uchwały Nr 340/VII/22/2016 Rady Miejskiej Konstancin-Jeziorna z dnia 7 września 2016 r. w sprawie przyjęcia do realizacji programu polityki zdrowotnej "W zdrowiu ku dorosłości-edukacja młodzieży szkolnej oraz poprawa jakości życia w zakresie kształtowania prozdrowotnych nawyków poprzez promocję aktywności fizycznej, zasad zdrowego stylu życia i zbilansowanej diety"

Programy polityki zdrowotnej uchwalane przez jednostki samorządu terytorialnego są uzupełnieniem świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej finansowanej przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Pozwalają na podniesienie świadomości potrzeb dbania o zdrowie wśród mieszkańców, wpływają także na poziom profilaktyki zdrowotnej. Skierowane są do konkretnych grup mieszkańców.