



Biuro Studiów i Ekspertyz

# **KONFERENCJE I SEMINARIA**

8(26)99

Zwiększenie aktywności ruchowej społeczeństwa  
Realizacja 1 celu Narodowego Programu Zdrowia

# BIULETYN



# Konferencje i Seminaria 8(26)99

Zwiększenie aktywności ruchowej społeczeństwa.  
Realizacja 1 celu Narodowego Programu Zdrowia

Biuletyn  
Biura Studiów i Ekspertyz  
Kancelarii Sejmu

Materiały z Seminarium dla posłów III kadencji (21 czerwca 1999 r.)  
zorganizowanego pod honorowym patronatem wicemarszałka Sejmu RP  
Marka Borowskiego przez Komisję Kultury Fizycznej i Turystyki, Polski Komitet  
Olimpijski oraz Biuro Studiów i Ekspertyz Kancelarii Sejmu

Redaktor: **Grzegorz Ciura**  
Redaktor prowadzący: **Andrzej Chodyra**  
Projekt okładki: **Janina Knap**

© Copyright by Kancelaria Sejmu, Warszawa 1999

ISSN 1506-3275

Opracowanie graficzne, skład i łamanie: *Biuro Studiów i Ekspertyz*  
Druk i oprawa: *Wydawnictwo Sejmowe*  
Warszawa, październik 1999

## Spis treści

<i>Wstęp</i> .....	5
OTWARCIE SEMINARIUM .....	7
WYGŁOSZONE REFERATY	
Stan zdrowia Polaków w ostatnim dziesięcioleciu, <i>Bogdan Wojtyniak</i> .....	15
Stan zdrowia polskiego społeczeństwa na tle wybranych krajów Unii Europejskiej, <i>Paweł Goryński</i> .....	22
Stan sprawności i aktywności fizycznej Polaków, <i>Barbara Wybraniec</i> .....	27
Narodowy Program Zdrowia ze szczególnym uwzględnieniem roli samorządu w realizacji celu 1, <i>Krzysztof Kuszewski</i> .....	35
Efekty monitoringu w realizacji celu 1 Narodowego Programu Zdrowia, <i>Janusz Charzewski</i> .....	42
Samorząd a programy promocji zdrowia, w tym zwiększenie aktywności ruchowej na przykładzie <i>Wrocławia</i> , <i>Władysław Sidorowicz</i> .....	48
Środowiskowy program profilaktyczny jako sposób zapobiegania patologiom zdrowotnym i społecznym, <i>Robert Porzak</i> .....	53
Sport i rekreacja dla wszystkich, rola Federacji „Sport dla Wszystkich”, <i>Mieczysław Borowy</i> .....	63
Realizacja celu 1 NPZ przez organizacje wyznaniowe, <i>Zachariasz Łyko</i> .....	68
Realizacja celu 1 NPZ przez organizacje wyznaniowe, <i>Zbigniew Dziubiński</i> .....	72
DYSKUSJA .....	79
Lista uczestników seminarium.....	95



## Wstęp

W dniu 21 czerwca 1999 r. odbyło się seminarium pt. „Zwiększenie aktywności ruchowej społeczeństwa. Realizacja 1 celu Narodowego Programu Zdrowia” zorganizowane przez Komisję Kultury Fizycznej i Turystyki Sejmu RP we współpracy z Biurem Studiów i Ekspertyz Kancelarii Sejmu oraz Polskim Komitetem Olimpijskim.

Celem seminarium było przedstawienie zmian w stanie zdrowia społeczeństwa polskiego w okresie przemian, porównanie stanu zdrowia Polaków z ludnością wybranych krajów UE oraz omówienie roli samorządu terytorialnego i organizacji działających na rzecz kultury fizycznej i sportu w kontekście realizacji celu operacyjnego nr 1 NPZ „Zwiększenie aktywności fizycznej ludności”. Obrady prowadził Wiceprzewodniczący Komisji Kultury Fizycznej i Turystyki - poseł Eugeniusz Kłopotek.

W obradach udział wzięli posłowie, przedstawiciele administracji państwowej i samorządowej, reprezentanci ośrodków naukowych, działacze organizacji zaangażowanych w sprawy kultury fizycznej i sportu.

W niniejszym tomie publikujemy teksty referatów wygłoszonych w trakcie seminarium oraz nieautoryzowany zapis dyskusji. Mamy nadzieję, że opracowanie to będzie pomocne posłom i wszystkim osobom zaangażowanym w realizację 1 celu Narodowego Programu Zdrowia. Wszystkim uczestnikom składamy podziękowania za udział w seminarium.

Październik 1999 r.

*Jacek Głowacki*  
Wicedyrektor  
Biura Studiów i Ekspertyz



# OTWARCIE SEMINARIUM

**Wiceprzewodniczący Komisji Kultury Fizycznej i Turystyki, poseł Eugeniusz Kłopotek:** Mam zaszczyt otworzyć seminarium na temat: "Zwiększenie aktywności ruchowej społeczeństwa. Realizacja I celu Narodowego Programu Zdrowia".

Wraz ze mną obradom będą przewodniczyć: pan Jan Błoński, który jest przedstawicielem Polskiego Komitetu Olimpijskiego i przewodniczącym Komisji Ochrony Środowiska i Sportu Powszechnego PKOl oraz pan dyrektor Jacek Głowacki z Biura Studiów i Ekspertyz Kancelarii Sejmu.

Witam na naszym spotkaniu znanego olimpijczyka pana Zygmunta Smalcerza, który jest dyrektorem sportowym PKOl.

Seminarium odbywa się pod honorowym patronatem wicemarszałka Sejmu pana Marka Borowskiego. Niestety, pan marszałek musiał udać się w podróż służbową, ale przekazał mi przed wyjazdem, że sport popiera i nadal w sposób czynny go uprawia. Prosił również o przekazanie państwu gratulacji z powodu zorganizowania seminarium oraz życzeń, by było ono jak najbardziej owocne i żeby Narodowy Program Zdrowia, realizowany już od 1990 roku - oczywiście z różnym powodzeniem - nabrał odpowiedniego tempa, czego sobie chyba wszyscy życzymy.

Otrzymałiście państwo wydrukowany program dzisiejszego seminarium. Oczywiście będziemy się starali go w miarę dokładnie zrealizować. Dużo w tym względzie zależy od naszej wewnętrznej dyscypliny, ale myślę, że uda nam się zrealizować ten program do zaplanowanej godz. 16<sup>00</sup>.

Obecnie proszę o dokonanie wprowadzenia pana Jana Błońskiego, przedstawiciela Polskiego Komitetu Olimpijskiego.



**Przewodniczący Komisji Ochrony Środowiska i Sportu Powszechnego Polskiego Komitetu Olimpijskiego, Jan Błoński:** W imieniu naszego zespołu prezydyjnego pragnąłbym tytułem wprowadzenia wygłosić kilka ogólnych uwag na temat przyczyn zorganizowania tego seminarium. Istotne jest również wyjaśnienie, dlaczego jego organizatorami są takie, a nie inne podmioty oraz jaki generalnie przyświeca nam cel w ramach działań zmierzających do określenia aktywności fizycznej realizowanej zarówno w dużych zbiorowościach, jak i indywidualnej aktywności fizycznej jako elementu wychowania zdrowotnego, profilaktyki zdrowotnej, czy wreszcie elementów kreowania osobowości człowieka jako zjawiska biologicznego i kulturowego.

Przywykliśmy już do tego, że Polski Komitet Olimpijski jest instytucją, którą można kojarzyć z odbywającymi się co cztery lata, a właściwie od pewnego okresu już co dwa lata, wielkimi imprezami sportowymi. Wiadomo, że PKOl jest to instytucja sportu wysoko kwalifikowanego, rekordów, błysków fleszy, audycji radiowych i telewizyjnych, czyli wielkiego widowiska.

Z drugiej strony rzadko zdobywamy się na refleksję, że sport, który stanowi treść współczesnego olimpizmu, jest elementem cywilizacji i kultury oraz, że w modelu, w którym wyrastaliśmy i wyrastamy, aktywność fizyczna i sprawność ciała są komplementarnym elementem osobowości człowieka, cywilizacji, wreszcie czynnikiem i składnikiem ludzkiej sprawności w każdej dziedzinie, a także wartości człowieka jako jednostki społecznej.

W modelu kultury, w którym wyrosliśmy i w którym została ukształtowana nasza osobowość, określanym mianem modelu śródziemnomorskiego, właśnie olimpizm i dbałość o rozwój fizyczny obok dbałości o rozwój intelektualny - są nieodłącznymi elementami oceny człowieka jako ogólnej wartości.

Jest to swoisty odnośnik teoretyczny. Pytanie brzmi: jak współcześnie w społeczeństwie indywidualnie realizujemy te składniki kulturowe i społeczne, które wiążą się z uniwersalnie rozumianym rozwojem osobowości człowieka? Czy model życia, styl, praca i organizacja czasu wolnego uwzględnia wszystkie elementy i czynniki za-

chowań, o których można by powiedzieć, że są składnikiem osobowości pełnej, mieszczącej się w standardach naszej kultury i naszego obyczaju, a także, że są pewnym czynnikiem stanowiącym całość wychowawczą i modelu stylu życia oraz sposobu zachowań?

Niestety, należy stwierdzić, że obecnie znajdujemy się daleko od idealnego wzorca, a także od powszechności aktywności, zarówno intelektualnej i zawodowej, jak i fizycznej - rozumianej jako całościowy kompleks osobowości człowieka.

Jakie obecnie mamy wzorce? Pozwolę sobie na dygresję. Oto dwa dni temu zapadła decyzja, że zimowe igrzyska olimpijskie w 2006 roku odbędą się nie w Zakopanem, jak chciała znaczna część naszych obywateli, ale w północnych Włoszech, czyli w rejonie Turynu. Reakcje dziennikarzy oraz osób publicznych, obecnie rejestrowane na gorąco przez środki masowego przekazu, są bardzo zróżnicowane. Wiele osób żałuje, że nie udało nam się uzyskać prawa organizacji igrzysk, ale pojawiają się również głosy stwierdzające, że stało się bardzo dobrze. Są ludzie, którzy mówią "po co nam te igrzyska, przecież współczesny sport to obszar dużych emocji, ale również afer dopingowych, łapówkowych i innych, a wszystko to niejednokrotnie ociera się o kroniki kryminalne".

W kontekście wypowiedzi tego typu nasuwa się ogólniejsza refleksja, że sport jest zjawiskiem społecznym i jest wprost związany z funkcjonowaniem poszczególnych jego członków. Krótko mówiąc, sport dzisiaj nie jest zjawiskiem sprawczym, natomiast jest zjawiskiem wtórnym, w związku z czym jest taki, jak ludzie, którzy w jego ramach funkcjonują, oraz taki, jakie jest społeczeństwo.

*De facto* świat sportu nie jest miejscem kreowania negatywnych zachowań, natomiast także tutaj mają wpływ różne negatywne aspekty zachowań i stylu życia. Najkrócej mówiąc, realia świata sportu są ilustracją naszego intelektualnego potencjału, skłonności oraz stosunku do życia.

Patrząc z tego punktu widzenia musimy mieć świadomość, że olbrzymi jest obszar spraw, gdzie chociażby z tego społecznego względu, w otoczeniu sportu, motywacjach sprawczych i kreowaniu pozy-

tywnych zachowań pro społecznych, konieczne jest odpowiednie zagospodarowanie i bardzo intensywna praca.

Niezwykle istotne jest, iż w społecznej obyczajowości, szczególnie w okresie bardzo intensywnych napięć gospodarczych i społecznych, coś takiego jak druk zwolnienia lekarskiego - L4 urosł do rangi instytucji i swoistego symbolu. Nie zdradzę tajemnicy, jeżeli powiem, że poza świadectwem tego, że jako społeczeństwo nie jesteśmy najzdrowsi, to jest to również wygodny parawan i ucieczka od przykrej rzeczywistości, a czasami chęć przetrwania i ukrycia się.

Chciałbym skupić się na problemie naszej kondycji, zdrowotności i sprawności w sensie indywidualnym oraz jako społeczeństwa. Okazuje się, że dzisiaj można postawić tezę, iż wszyscy zdają sobie sprawę z tego, że zdrowy tryb życia jest to wartość, którą należy szanować i pielęgnować. Niestety, od świadomości do realizacji jest daleka droga.

Obecnie oficjalny model wiele mówi o zdrowym stylu życia, natomiast nieoficjalne i obiegowe opinie mówią o tym, że najlepiej uprawiać sport na kanapie przed ekranem telewizyjnym. Nie bez kozery pewne wzorce zachowań są przenoszone do oficjalnych formuł informacji społecznej. Pragnę zwrócić uwagę państwa na fakt, że od miesiąca jest reklamowany program Wizji TV, a reklama ta komunikuje, iż nie ma to jak uprawianie sportu przed telewizorem, ale z programem Wizja TV, bo można się położyć na kanapie i uprawiać do woli sport nie ulegając zmęczeniu.

Reklama ta zbulwersowała mnie, natomiast nie chodzi o to, żebyśmy się denerwowali, ale o to, żebyśmy poszukiwali modeli zachowań oraz propozycji, które pozwolą te szkodliwe obiegowe stereotypy eliminować.

Obecnie poza oficjalną formułą przekazu, czyli poza mediami i szkołą funkcjonuje swoisty styl obyczajowości społecznej i życiowej, narzucony przez swoiste autorytety. Myślę, że należy boleć nad tym, iż np. w środowisku akademickim model aktywności fizycznej właściwie jest popularyzowany jedynie na zajęciach z wychowania fizycznego. Niestety, często jest tak, że model życia i aktywności fizycznej studenta kierunków humanistycznych, a szczególnie arty-

stycznych jest modelem związanym z częstymi imprezami towarzyskimi odbywającymi się do późnych godzin nocnych, w dodatku dzień po dniu. Nie muszę dodawać, że na niektórych z tych imprez spożywa się nadmierne ilości alkoholu. Niestety, taki styl najbardziej bawi środowisko akademickie. Po prostu wszystko, co się z nim wiąże, jest dla tego środowiska najbardziej intrygujące.

Z drugiej strony przykre jest, że student uprawiający sport często jest określane kolokwialnym mianem "mięśniaka", oczywiście w przeciwstawieniu do grupy tzw. "mózgowców". Sytuację uprawiającego sport pogarsza jeszcze to, że np. nie pali tytoniu, a alkoholu używa właściwie w charakterze lekarstwa, czyli od czasu do czasu wypija do obiadu lampkę czerwonego wina. Po prostu ktoś, kto nie funkcjonuje w okresie studiów w ramach owego imprezowego "akademickiego stylu życia", niestety nie zyskuje w tym środowisku akceptacji. Być może przejawiam ten problem, ale chciałbym, żeby było inaczej, a wydaje mi się, że niestety, jest tak jak opisałem.

Kolejny problem, który zaczyna nam zajmować coraz więcej czasu jako rodziców i wychowawców, to kwestia, co zaczyna się dziać z dziećmi i młodzieżą - niestety w coraz powszechniejszym wymiarze. Rzecz w tym, że coraz częściej szkoła staje się miejscem, gdzie młodzi ludzie stykają się z narkotykami. Styl życia, który upowszechnia się w środowiskach szkolnych, a który jest związany z subkulturą brania narkotyków uzyskuje taką możliwość także dlatego, że ci młodzi ludzie nie mają alternatywy, jeżeli chodzi o sposoby spędzania wolnego czasu.

W tym kontekście sport, kultura fizyczna i aktywność ruchowa powinny zostać docenione jako alternatywne formuły w stosunku do rozwijających się patologii.

Na zakończenie chciałbym wrócić do kwestii zwolnień L4. Odwołam się do najwyższych autorytetów w państwie, otóż premier Leszek Balcerowicz podczas dyskusji i trwających sporów na temat organizacji modelu ochrony zdrowia, głośno stwierdził, że dzisiaj jednym z problemów jest fakt, iż obecnie trudno jest określić, w którym momencie i komu przysługuje L4, a kto go nadużywa i otrzymuje w sposób bezzasadny. Jest to problem nie tylko moralny, ale również bardzo

poważny problem ekonomiczny. Jeżeli zjawisko to nie zostanie opalone, to do problemów, z którymi borykamy się w zakresie rozwoju gospodarczego, dojdzie czynnik, który będzie nas po prostu ciągnął w dół i będzie stanowił bardzo poważny problem ekonomiczny i rozwojowy.

Reasumując chcę stwierdzić, iż temat narodowego programu ochrony zdrowia oraz aktywności ruchowej, nie jest obojętny Polskiemu Komitetowi Olimpijskiemu. Temat ten z pewnością mieści się w sferze centralnej zainteresowań instytucji i organizacji zajmujących się ochroną zdrowia. Myślę, że obecnie istnieje potrzeba, żebyśmy spojrzeli na siebie nie w kategoriach instytucji i organizacji działających równolegle w obcych płaszczyznach, ale żebyśmy patrzyli tak, by widzieć instytucje kultury fizycznej, edukacyjne i ochrony zdrowia jako wspólny front, na którym konieczne jest podejmowanie konkretnych działań. Wspólne działanie tych instytucji pozwoli na zwielokrotnienie jego efektu.

Uważam, że problemy aktywności fizycznej powinniśmy postrzegać w realnym wymiarze, czyli w aspekcie zdrowia indywidualnego człowieka, aspekcie społecznym, aspekcie ekonomicznym oraz aspekcie kulturowym.

**Posel Eugeniusz Kłopotek:** Dziękuję bardzo. Obecnie uprzejmie proszę pana dr Bogdana Wojtyniaka o poinformowanie nas o zmianach stanu zdrowia Polaków w ostatnim dziesięcioleciu.

# WYGŁOSZONE REFERATY



**Dr Bogdan Wojtyniak**  
Państwowy Zakład Higieny

## Stan zdrowia Polaków w ostatnim dziesięcioleciu

Postaram się w krótkich słowach przedstawić państwu najważniejsze aspekty dotyczące aktualnego stanu zdrowia Polaków oraz zmian, które zaznaczyły się w ostatnim okresie.

Truizmem jest stwierdzenie, że stan zdrowia społeczeństwa polskiego nie jest dobry, a wręcz jest zły. Na wyświetlonej planszy zaznaczono odsetek osób w wieku 15 lat i więcej, oceniających swój stan zdrowia jako zły lub bardzo zły. Dla porównania na tym samym układzie współrzędnych zaznaczono wykresy podobnych badań przeprowadzonych na obszarze kilku wybranych państw.

Widać, że mężczyźni w Polsce oceniali swój stan zdrowia jako zły lub bardzo zły znacznie częściej niż mężczyźni z innych krajów. Również kobiety często oceniały swój stan zdrowia właśnie w taki sposób, chociaż np. kobiety z Łotwy, Ukrainy i Rosji czyniły to znacznie częściej niż Polki. W sumie z tego wykresu wynika, że znajdujemy się w gronie państw, których obywatele oceniają swój stan zdrowia jako zły.

Ocena ta w sposób dramatyczny zmienia się z wiekiem. Jest to zgodne z oczekiwaniami, natomiast niepokojące jest to, że mniej więcej 1/3 populacji w wieku 45-64 lata ocenia swój stan zdrowia jako zły lub bardzo zły. W starszej grupie wiekowej 65 i więcej lat ocenę taką wyraża ponad połowa populacji.

Takie są subiektywne odczucia mieszkańców Polski, natomiast miarą niewątpliwie obiektywną i powszechnie używaną w ocenach stanu zdrowia jest kryterium - przeciętne dalsze trwanie życia ludności. Proszę zwrócić uwagę na następną planszę. Mężczyźni rodzący się w Polsce mogą oczekiwać przeciętnie, że dożyją wieku 68,5 lat. Z kolei mężczyźni z krajów Unii Europejskiej mogą przeciętnie oczeki-



wać dożycia wieku o 6 lat starszego. Oznacza to, że różnica jest dramatyczna.

Niewątpliwie korzystnym symptomem jest to, że po 1991 r. przeciętny okres trwania życia zaczął się wydłużać i jest obecnie dłuższy niż przeciętny okres trwania życia w krajach Europy Środkowowschodniej.

Jeżeli chodzi o kobiety, to różnica w stosunku do bardziej rozwiniętych krajów Unii Europejskiej jest nieco mniej dramatyczna, gdyż kobiety rodzące się w Polsce mogą przeciętnie oczekiwać dożycia wieku 77 lat, natomiast przeciętny wiek umieralności kobiet w krajach UE wynosi o 4 lata więcej. Tu również pocieszające jest, że po 1991 r. zaznacza się tendencja wzrostowa.

Na zmiany mające miejsce w ostatnich latach jeszcze za chwilę zwrócę państwa uwagę w nieco innych aspektach. Mówiliśmy do tej pory o ogóle ludności, czyli o rodzących się dziewczynkach i chłopcach, natomiast na kolejnej planszy przedstawiono, jak to wygląda w przypadku mężczyzn w wieku 45 lat i więcej. Proszę zwrócić uwagę, że w stosunku do krajów Unii Europejskiej, mężczyźni w wieku 45 lat żyją w Polsce krócej o prawie 5 lat, z tym że w ostatnich latach także w tym zakresie zaznacza się poprawa.

Z podobną sytuacją mamy do czynienia w przypadku kobiet. Wiadać tendencję wzrostową, z tym że kobiety w Polsce w dalszym ciągu żyją o 3,5 roku krócej niż kobiety w krajach UE. Przypominam, że te wskaźniki dotyczą grupy wiekowej 45 lat i więcej.

Plansza, którą w tej chwili państwo oglądacie obrazuje wszystko to, co działo się przez lata. Niebieska linia oznacza szansę zgonu rodzącego się dziecka w okresie do wieku 15 lat. Proszę zwrócić uwagę, że w latach 50. następowała bardzo znaczna poprawa. Potem ta tendencja była nieco przyhamowana, niemniej jednak utrzymywała się.

Szansa zgonu mężczyzn, którzy dożyli 15 lat i szansa, że nie dożyją 45 lat po początkowej poprawie ustabilizowała się na jednym poziomie, a w następnych zaznaczył się nawet pewien trend rosnący. Zupełnie katastrofalna sytuacja była w przypadku mężczyzn w wieku 45 lat i więcej, ponieważ mniej więcej od połowy lat 60. szansa, że ci mężczyźni umrą przed 60 rokiem życia, systematycznie wzrastała aż

do 1991 r. Od tego momentu zaznacza się w kolejnych latach pewien spadek i mamy nadzieję, że tendencja ta się utrzyma.

W przypadku kobiet sytuacja nie była aż tak dramatyczna, ponieważ nie wzrastało ryzyko zgonu przed 60 rokiem życia. Mam na myśli grupę wiekową 45 lat i więcej. Te wskaźniki utrzymywały się na mniej więcej tym samym poziomie, natomiast obecnie zaznacza się dosyć wyraźnie postęp w tym względzie.

Chciałbym zwrócić uwagę państwa na różnice występujące między miastem i wsią. Są one niewielkie i w zasadzie, jak mogą państwo zauważyć - miasto jest zaznaczone kolorem czerwonym, a wieś niebieskim - średnia długość życia utrzymuje się na dosyć zbliżonym poziomie, ale w przypadku kobiet jest wyższa u mieszkanek wsi, choć nieznacznie. Z kolei w przypadku mieszkańców miast, długość życia jest wyższa niż w przypadku mieszkańców wsi. Ta różnica jest wyraźniejsza niż w przypadku kobiet.

Pragnę zwrócić uwagę na fakt, że korzystne zmiany, które zaznaczyły się po 1991 r. nieco bardziej dotyczą środowiska miejskiego i oto po tym roku przeciętna długość trwania życia mężczyzn mieszkających w mieście zwiększyła się o prawie 3 lata, konkretnie 2,9 roku, natomiast w przypadku mężczyzn mieszkających na wsi wydłużenie wyniosło 2 lata, czyli o prawie rok mniej.

W przypadku kobiet analogiczna różnica wynosi około pół roku.

Zjawisko to należy obserwować, ponieważ musimy zabiegać o to, by nie utrzymywały się niekorzystne trendy.

Jeżeli chodzi o zróżnicowanie międzywojewódzkie, to jest ono dosyć znaczne. Od wielu lat najgorsza sytuacja zdrowotna wyrażona wskaźnikiem długości trwania życia, jest w województwie łódzkim. Zaznaczam, że operujemy jeszcze starym podziałem administracyjnym. W porównaniu z najlepszym woj. rzeszowskim, mężczyźni w woj. łódzkim przeciętnie żyją o 5 lat krócej. Jest to dramatyczna różnica.

W przypadku kobiet różnice są nieco mniejsze, ale również najgorsze jest woj. łódzkie. Różnica wynosi niecałe 3 lata.

Jeżeli chodzi o korzyści wynikające z poprawy sytuacji, która to tendencja zaznaczyła się w ostatnim okresie, to należy stwierdzić, że

wszystkie województwa w podobnym stopniu je odnoszą. Obawialiśmy się, że nastąpi rozwarstwienie między województwami, czyli że tam, gdzie było źle, sytuacja jeszcze bardziej się pogorszy, a tam, gdzie było dobrze, bardziej się poprawi. Na szczęście do takiego rozwarstwienia nie doszło.

W przypadku mężczyzn stało się tak tylko częściowo. W 1991 r. różnica między najlepszym i najgorszym województwem wynosiła 4,2 roku, natomiast w 1997 r. wynosiła 4,8 roku.

Z kolei, jeżeli chodzi o kobiety, różnica ta uległa zmniejszeniu i zaznaczyło się zbliżenie, jeżeli chodzi o średnią długość życia w najlepszym i najgorszym województwie.

Istnieje miara, o której być może państwo słyszeliście, czyli tzw. współczynnik korelacji. Wskazuje on na to, że wartości z 1991 r. są dobrze skorelowane z wartościami z 1997 r. Krótko mówiąc, te województwa, które były złe, są złe, a te, które były dobre, są dobre, natomiast nie następuje jakieś dramatyczne rozwarstwianie.

Kolejna plansza obrazuje, co nas głównie zabija. Jest to również bardzo aktualne w świetle całego naszego seminarium. Wyraźnie widać, że dominującą przyczyną zgonów w Polsce są choroby układu krążenia. Aż 45% zgonów mężczyzn i ponad 55% zgonów kobiet jest związane z chorobami układu krążenia.

Na drugim miejscu znajdują się choroby nowotworowe, trzecie są przyczyny niedokładnie określone, a kolejne są urazy i zatrucia. Powtarzam, że dominują choroby układu krążenia.

Należy stwierdzić, że postęp i poprawa sytuacji, które obserwujemy w ostatnich latach, czyli przedłużenie dalszego trwania życia, w 50% jest związane z poprawą sytuacji, jeżeli chodzi o umieralność z powodu chorób układu krążenia. To jest bardzo istotna informacja i oznacza ona przełożenie na konkretne czynniki zdrowotne.

Tutaj zaznaczono współczynniki zgonów z powodu chorób układu krążenia i odnoszą się one do mężczyzn w wieku poniżej 65 lat. Jest to grupa, która najbardziej nas interesuje, ze względu na fakt, że w tej grupie lepsze jest rozpoznanie, a Polska wyróżniała się wśród krajów europejskich bardzo wysokim odsetkiem przedwczesnych zgonów, czyli występujących właśnie przed 65 rokiem życia.

Chcę zwrócić uwagę państwa na to, jak do 1991 r. oddalaliśmy się od wskaźników w państwach Unii Europejskiej. Na planszy widać, jak wyglądała umieralność mężczyzn poniżej 65 roku życia oraz jak spadała umieralność mężczyzn tej grupy wiekowej w krajach Unii Europejskiej.

Po 1991 r. zaznaczył się w Polsce wyraźny spadek tej umieralności i trzeba powiedzieć, że jest on szybszy niż ten, który występuje w krajach Unii Europejskiej. Istnieje więc szansa na to, że kiedyś dogonimy pod tym względem kraje UE.

Dodam, że poziom przeciętnego trwania życia, który obecnie obserwujemy w Polsce, w krajach Unii Europejskiej - jeżeli chodzi o mężczyzn - obserwowano 27 lat temu, natomiast w przypadku kobiet 20 lat temu. Taka jest różnica czasowa i tyle mamy lat do nadrobienia. Biorąc pod uwagę tę korzystną różnicę, o której wspominałem, muszę jednak stwierdzić, że tempo zmian jest zbyt wolne.

Na tej planszy przedstawiono sytuację kobiet. Tutaj również zaznacza się tendencja spadkowa, czyli umieralność z powodu chorób układu krążenia zmniejsza się. Niestety, tempo tego zmniejszania się jest nieco zbyt wolne na to, żebyśmy w rozsądnym przedziale czasowym dogonili kraje Unii Europejskiej.

Jeżeli chodzi o nowotwory złośliwe, to interesujące jest, że w grupie wiekowej do 65 lat zaznacza się poprawa. Niestety różnica jest tak duża, a spadek w przypadku nowotworów na tyle wolny, że szansa na dogonienie krajów Unii Europejskiej jest niewielka. Pojawiają się sceptyczne głosy, że jeżeli nie podejmiemy się poważnych wysiłków, to szanse na dogonienie krajów UE są bardzo małe. Jak państwo wiecie głównym nowotworem, który nas zabija - mam na myśli mężczyzn - a drugim co do częstości w przypadku kobiet, jest nowotwór złośliwy płuc. Choroba ta w przeogromnym stopniu wiąże się z paleniem tytoniu, który to nałóg stoi w sprzeczności z uprawianiem sportu oraz zdrowym stylem życia.

Interesujące jest, że w tym względzie również zaznacza się niewielka poprawa. Wydaje się, że dotarło już do świadomości społecznej, iż palenie tytoniu szkodzi, i to w sposób śmiertelny. Jest to przy-

czyną poprawy sytuacji, jeżeli chodzi o umieralność na raka płuc oraz choroby układu krążenia.

Jeżeli chodzi o kobiety, to proszę zwrócić uwagę, że według badań wiadomość ta nie dotarła jeszcze do ich świadomości. Zagrożenie życia rakiem płuc systematycznie wzrasta w przypadku kobiet. Był okres spowolnienia tego wzrostu, ale trudno w tej chwili powiedzieć, czy tendencja ta jest aktualna. Niestety wszystko wskazuje na to, że pod tym względem kobiety polskie odstają od wskaźników w krajach Unii Europejskiej.

Zwracam uwagę państwa na pewne zasadnicze czynniki ryzyka, które wiążą się z tematem dzisiejszego seminarium. Na kolejnej plan-szy zaznaczyliśmy odsetek osób codziennie palących tytoń. Dotyczy to wybranych krajów europejskich. Częściej od polskich mężczyzn palą Duńczycy, Bułgarzy i Łotysze, natomiast rzadziej mieszkańcy pozostałych krajów europejskich objętych badaniem.

Ogromnym problemem jest to, że ponad połowa polskich mężczyzn w wieku 25-44 lata pali papierosy. Tak to wygląda według badań Głównego Urzędu Statystycznego przeprowadzonych w 1996 r.

Jeżeli chodzi o kobiety w tym samym przedziale wiekowym, to pali prawie 1/3.

Sytuacja ta jest bardzo niekorzystna, z tym że najistotniejszym problemem i specyficznie polskim jest to, że nasi palacze palą bardzo dużo, a przecież wiadomo, że w paleniu tytoniów najbardziej istotna - w sensie negatywnym - jest liczba wypalanych papierosów. Czynniki ten jest bardziej rakotwórczy niż długość okresu palenia.

Odsetek polskich mężczyzn, którzy codziennie palą ponad 20 papierosów, jest znacznie wyższy niż w pozostałych krajach europejskich objętych tym badaniem.

Jeżeli chodzi o odsetek polskich kobiet, które wypalają około 20 papierosów dziennie, to jest on mniejszy jedynie od odsetek w Danii i Holandii.

Reasumując, co czwarty Polak wypala ponad 20 papierosów dziennie.

Są symptomy poprawy tej sytuacji, nie tylko we wskaźnikach zdrowotnych, ale również w bezpośrednich wskaźnikach, takich jak

odsetek codziennie palących tytoń. W przypadku mężczyzn wyraźnie zaznacza się tendencja spadkowa, spada również spożycie papierosów na jednego mieszkańca Polski.

Innym ważnym czynnikiem, na który należy zwrócić uwagę w kontekście dzisiejszego seminarium, jest kwestia otyłości. Jest ona przyczyną wielu chorób i można jej zapobiegać poprzez pobudzanie aktywności fizycznej. Niestety, Polska znajduje się na trzecim miejscu od końca i gorsze od nas są tylko Czechy i Bułgaria.

W przypadku kobiet sytuacja jest anegdotycznie ciekawa, ponieważ Rosjanki, Ukrainki i Bułgarki bardzo znacznie różnią się wskaźnikami otyłości od mieszkank pozostałych krajów europejskich objętych badaniem. Niestety Polki nie wypadają najlepiej w tym rankingu. Co czwarta kobieta w wieku 45-70 lat jest otyła, i to w stopniu znacznym. Ten wskaźnik przekraczający 30% mówi o znacznej otyłości.

Na powyższe problemy chciałbym zwrócić państwa uwagę i jakkolwiek występują symptomy poprawy, to należy stwierdzić, że kwestia aktywności fizycznej i promowania aktywnego stylu życia, mogą mieć ogromne znaczenie na poprawę stanu zdrowia ludności Polski. Dziękuję bardzo.

**Dr Paweł Goryński**  
Państwowy Zakład Higieny

## Stan zdrowia polskiego społeczeństwa na tle wybranych krajów Unii Europejskiej

Moje wystąpienie w pewnym sensie uzupełnia to, co przedstawił mój przedmówca. Chciałbym się skupić na wybranych krajach europejskich, tych, które już od dłuższego czasu należą do grupy krajów najlepiej rozwiniętych, a także tych, które jak np. Portugalia, od niedawna są członkami Unii Europejskiej, oraz tych, które jak Polska i Węgry dopiero aspirują do tego członkostwa.

Chodzi o to, żebyśmy zaobserwowali, w jaki sposób wysoki dochód narodowy najbogatszych państw europejskich wpływa na stan zdrowotności ich obywateli.

Podstawową kwestią jest dochód narodowy na głowę mieszkańca. W tym względzie między poszczególnymi krajami ujętymi na tym wykresie występują dosyć duże różnice. Czerwona linia oznacza Danię, natomiast tutaj jest zaznaczona Portugalia, które jest członkiem UE od 1986 r. i od tego momentu zaczęła wyraźnie poprawiać wskaźnik dochodu na jednego mieszkańca. Ten punkt graniczny jest tutaj dosyć dobrze widoczny i wyraźnie wskazuje na poprawę sytuacji.

W grupie krajów starających się o członkostwo w UE, nieco lepsza sytuacja zaznacza się, jeżeli chodzi o Węgry.

Zwróćmy uwagę na to, jakie problemy mogą się pojawić w związku z odsetkiem ludności w wieku powyżej 65 lat i jak może to rzutować na opiekę zdrowotną oraz związane z nią problemy. Widzimy wyraźne różnice między poszczególnymi krajami i np. w Danii odsetek osób w wieku powyżej 65 lat jest bardzo wysoki. W Szwecji jest on jeszcze wyższy. Te dwa kraje są najlepiej rozwinięte.

Należy zwrócić uwagę na wzrost tego odsetka w Portugalii oraz na sytuację w Polsce, która w porównaniu z omawianymi trzema krajami wydaje się być stosunkowo młodym społeczeństwem.

Istotne jest uzyskanie informacji, ile poszczególne kraje wydają na cele zdrowotne, w związku z takim, a nie innym odsetkiem osób powyżej 65 roku życia. Dwa kraje członkowskie Unii Europejskiej, czyli Szwecja i Dania przeznaczają na ten cel nakłady na znacznie wyższym poziomie niż Portugalia oraz Polska i Węgry.

Zobaczmy, jak wygląda przeciętne dalsze trwanie życia w badanych krajach. Zwracam uwagę na Portugalię, która w latach 70. miała znacznie gorszy wskaźnik niż Polska i Węgry, natomiast obecnie bardzo szybko dogania inne kraje Unii Europejskiej.

To samo dotyczy kobiet. Na wykresie widać, jak ta linia przecina pozostałe. Widzimy nawet, że w przypadku Danii zaznaczył się pewien paradoks. Wysoki poziom życia w tym kraju i jego członkostwo w Unii Europejskiej nie spowodowało specjalnej poprawy, jeżeli chodzi o przeciętne dalsze trwanie życia Dunek. Ta linia przebiega równolegle. Z kolei w Szwecji sytuacja jest inna. Później przekonamy się, jakie są przyczyny takiego stanu rzeczy.

Zwróćmy uwagę na wysokość wydatków na opiekę zdrowotną, a przeciętne dalsze trwanie życia. Chodzi o wysokość korelacji. Polska zajmuje miejsce poniżej tej linii. Na osi odciętych zaznaczono wydatki w dolarach oraz przeciętne dalsze trwanie życia.

Ta wysoka korelacja świadczy o tym, że istnieje zależność między wydatkami państwa na ochronę zdrowia, ale wydatki te nie zawsze są proporcjonalne do efektów. Analizy makroekonomiczne Banku Światowego wykazały, że kraje takie jak np. USA, uzyskują niewspółmiernie mało do wysokości wydatków. Wysokie technologie oraz niezbyt efektywne wykorzystanie środków wpływają w taki sposób, że np. Chiny w porównaniu z USA, proporcjonalnie - chociaż przeciętne dalsze trwanie życia w Chinach jest niższe - uzyskują znacznie większy efekt.

Jeżeli chodzi o Polskę i Węgry, to nasze wydatki na ochronę zdrowia są znacznie mniejsze, ale przeciętne dalsze trwanie życia jest dłuższe w naszym kraju.

Jak wygląda infrastruktura i liczba lekarzy w poszczególnych krajach? Znajdujemy się w gorszej sytuacji w stosunku do pozostałych krajów.



Jeżeli chodzi o liczbę szpitali, to kwestia ta jest kontrowersyjna. Proszę zauważyć, że wszystkie kraje Unii Europejskiej zmniejszają liczbę łóżek szpitalnych przypadających na 10 tys. mieszkańców. Węgry mają większą liczbę łóżek szpitalnych niż Polska.

Jeżeli spojrzymy na liczbę dentystów, to widać, że dobra sytuacja jest w Danii, u nas jest średnio, natomiast najmniej dentystów jest w Portugalii.

W liczbie farmaceutów również występują różnice pomiędzy poszczególnymi krajami.

Sytuacja w zakresie chorób układu krążenia poprawia się w Polsce, natomiast na Węgrzech sytuacja ulega pogorszeniu. Kraj ten podobnie jak my ma przystąpić do Unii Europejskiej. Jak przed chwilą widzieliśmy, Węgrzy ponoszą większe nakłady na opiekę zdrowotną.

Spójrzmy na Portugalie, która bardzo szybko poprawia swoją sytuację. Dotyczy to tak mężczyzn, jak i kobiet.

Jeżeli chodzi o Danię, to mogliśmy zauważyć brak poprawy w zakresie przeciętnego dalszego trwania życia. Wynika to z gwałtownego wzrostu zachorowań na nowotwory. Są to przede wszystkim nowotwory płuc oraz piersi. Skoro mówimy o tych ostatnich, to w Danii sytuacja jest gorsza niż w Polsce i w Portugalii, nie wspominając o Szwecji.

Proszę spojrzeć na statystykę samobójstw. Najwięcej jest ich na Węgrzech - co prawda ta liczba spada - ale i w Danii jest ich dużo, mimo że jest to kraj wysoko rozwinięty i wydawałoby się, że dobrze się tam dzieje.

Istotnym problemem jest palenie tytoniu i np. w Danii odnotowujemy znaczny wzrost nikotynizmu, szczególnie wśród kobiet.

Wróćmy do naszego Narodowego Programu Zdrowia, który ma poprawić sytuację w dziedzinie zdrowotności w Polsce. Przypominam, że program ten ma swoje korzenie w strategii Światowej Organizacji Zdrowia - Zdrowie dla wszystkich. Ostatnio opracowano w ramach ŚOZ nową strategię dla naszego regionu w ramach Europy. Nosi ona nazwę Zdrowie 21. Wyznacza się nowe cele i są one zbliżone do naszego Narodowego Programu Zdrowia. Około 70-80%

wszystkich celów pokrywa się z celami wyznaczonymi przez nasz program. Oznacza to, że zmierzamy w prawidłowym kierunku.

Jeżeli chodzi o działania w ramach Narodowego Programu Zdrowia, to największe możliwości mamy w zakresie kształtowania stylu życia. Dzisiejsze seminarium poświęcone zagadnieniom zwiększania aktywności fizycznej ludności ma na celu poprawę jednego z elementów wpływających na zdrowie.

Być może mało o tym mówiliśmy, ale pragnę stwierdzić, że poprawa stanu zdrowia ludności powinna być realizowana poprzez zmniejszenie różnic w zdrowiu oraz w dostępie do świadczeń zdrowotnych. Różnice te występują na poziomie europejskim, a także lokalnym polskim, np. między województwami, różnymi środowiskami czy też grupami społecznymi.

Mamy wyznaczone 18 celów Narodowego Programu Zdrowia. Cieszymy się, że na pierwszym miejscu znajduje się zwiększenie aktywności fizycznej ludności. Rozpoczynamy od tych czynników ryzyka. Istotna jest poprawa sposobu żywienia ludności, zmniejszenie rozpowszechnienia palenia tytoniu, a także działania prewencyjne, które jest również zaangażowany resort zdrowia. Ważne kwestie, to poprawa stanu sanitarnego oraz zagadnienia związane z prewencją, czyli usprawnienie wczesnej diagnostyki i zwiększenie efektywności leczenia nowotworów, usprawnienie diagnostyki i czynnej opieki nad osobami z ryzykiem niedokrwiennej choroby serca.

Pozostałe, może nieco bardziej trywialne zagadnienia, to przeciwdziałanie intensyfikacji próchnicy zębów. Niestety, trzeba stwierdzić, że jesteśmy społeczeństwem - szczególnie po 50 roku życia - dosyć bezzębnym.

Narodowy Program Zdrowia ma dosyć prostą strukturę. Daje się ona przełożyć na działania w gminach i powiatach. Schemat ten możemy wpisać w działania, które podejmuje się na poziomie województwa, powiatu i gminy. Społeczności lokalne mogą tworzyć własne harmonogramy działania i własny sposób monitoringu i oceny tych działań.

Program ten jest realizowany dwutorowo. Z jednej strony są zadania wpisane w harmonogramie, a z drugiej - monitoring wskaźników

liczbowych. Są one monitorowane przez powołane do tego odpowiednie jednostki. Mam na myśli instytuty naukowo-badawcze i grupy ekspertów, które sporządzają raporty. Przygotowaliśmy raport dotyczący najważniejszych wyników monitoringu w 1998 r. Otrzymaliście państwo odpowiednie materiały, w których kwestie te zostały przedstawione.

*Dr Barbara Wybraniec*  
Polski Komitet Paraolimpijski

## Stan sprawności i aktywności fizycznej Polaków

Pozwolę sobie przedstawić krótką informację na temat aktywności sportowej Polaków, a także ich sprawności fizycznej. Mój referat przygotowałam na podstawie prac badawczych z ostatniego 10-lecia. Staralam się korzystać z materiałów najświeższych. Jest ich sporo, ale na ogół są one wycinkowe, ponieważ pokazują regionalne i często marginalne problemy. Próbowałam dobrać materiały o jak najszerzym charakterze.

Zanim pokażę, jak wygląda sytuacja w poszczególnych grupach wiekowych, pragnę uprzedzić, że w swoim wystąpieniu będę się posługiwać rozumieniem spraw kultury fizycznej bliskim szkoły reprezentowanej przez profesorów Przewędę i Trześniowskiego, a jeszcze wcześniej prof. Gilewicza. W tym rozumieniu sprawność fizyczna jest określana jako zaradność ruchowa oraz zaradność człowieka w różnych sytuacjach ruchowych wymagających sprawnego ich rozwiązania, tak w szkole, pracy, zabawie, jak i w sporcie. W takim ujęciu sprawność jest wartością społeczną i pozwala ocenić człowieka, tak jak funkcjonuje on w środowisku, w którym żyje.

Jako aktywność ruchową, najogólniej rozumiemy zdolność człowieka do podejmowania inicjatywy intensywnego działania. W tym przypadku w odniesieniu do kultury fizycznej, używa się zamiennie różnych pojęć dotyczących aktywności sportowej. Mówi się o aktywności ruchowej, fizycznej i rekreacyjnej. Pojęcia te są często mieszane, niemniej jednak oznaczają to samo.

Gdyby prześledzić drogę aktywności i sprawności Polaka od wieku przedszkolnego do późnej starości, to nasuwa się ostateczny wniosek, że im człowiek starszy, tym mniej aktywny. Być może zauważacie państwo takie zjawisko na własnym przykładzie.

Badania sprawności fizycznej przedszkolaków prowadzone są głównie w kontekście przygotowania dziecka do obowiązków szkolnych. Jest to bardzo istotne, ponieważ jeżeli dziecko jest niesprawne manualnie i ruchowo, jak wykazują badania, może ono mieć kłopoty w nauce. Szczególnie istotna jest sprawność manualna, ponieważ pierwsze czynności szkolne, z którymi dziecko się styka, mają właśnie charakter manualny. Chodzi o pisanie, lepienie, wycinanie itd. Dlatego bardzo ważne jest manualne przygotowanie dziecka już w przedszkolu. Mówimy wtedy o tzw. dojrzałości szkolnej. Dziecko musi osiągnąć pewien poziom tej dojrzałości, by poprawnie wykonywać obowiązki szkolne.

Badania przeprowadzone w Gdańsku na prawie 400 dzieciach kończących zerówkę wykazały, że zaledwie 7% z nich jest w stanie wykonać wszystkie czynności ruchowe, które mogą ułatwić powodzenie szkolne. Można zakładać, że już w momencie, gdy dziecko rozpoczyna naukę, jest do tego nie przygotowane.

Znacznie gorzej pod tym względem należy ocenić dzieci wiejskie, ponieważ o ile dzieci miejskie mają zerówkę prowadzoną bardziej poprawnie, to z tą pierwszą grupą dzieci i jej przygotowaniem bywa znacznie gorzej. Występuje znaczne zróżnicowanie pod tym względem.

Stan zdrowia dzieci przedszkolnych jest bardzo różnie oceniany i opisywany, w zależności od różnych badań. Generalnie mówi się, że około 10% przedszkolaków ma płaskostopie i wady postawy, natomiast wady wzroku ma około 5%. Oznacza to, że przychodząc do pierwszej klasy, wiele dzieci nie jest najzdrowszych

Jeżeli chodzi o aktywność sportową przedszkolaków, to oczywiście widzimy te dzieci na boiskach przedszkolnych, a także na podwórkach, ale okazuje się, że najbardziej przez przedszkolaków ulubionym zajęciem - były w tym względzie prowadzone badania przez prof. Parnicką - jest oglądanie telewizji.

Gdyby oceniać rolę ojca i matki w przygotowaniu do aktywnego spędzenia czasu, to największą rolę pełnią ojcowie. Oznacza to, że na etapie przedszkola mężowie odciążają żony, jeżeli chodzi o obowiązki domowe i zajmują się dziećmi.

Badania A. Żukowskiej wykazały, że 60% dzieci rozpoczynających naukę szkolną nigdy nie było na basenie i na lodowisku. Można powiedzieć, że sytuacja nie wygląda najlepiej już na etapie przygotowania dziecka do szkoły.

Jeżeli chodzi o wiek szkolny, to możemy wyraźnie zauważyć zarysowujące się różnice co do sprawności i aktywności dzieci od 7 do 17 lat. Dlatego powiem o tej grupie oddzielnie. Inaczej bowiem wygląda obraz aktywności i sprawności dzieci do 13 roku życia, a inaczej 17-latków. Systematycznie, co 10 lat, są prowadzone bardzo szerokie, przekrojowe badania pozwalające ocenić sprawność fizyczną tej populacji oraz porównać, jakie zmiany nastąpiły w ciągu 10-lecia. Ostatnie takie badania zostały przeprowadzone w 1989 r. W tej chwili trwają kolejne takie badania i realizuje je pan prof. Przewęda ze swoim zespołem. Pozwolą one na uzyskanie obrazu sprawności stanu zdrowia populacji w wieku 7-19 lat.

Pragnę dodać, iż z ostatnich badań wynikało, że wcale nie jest tak najgorzej i nie musimy mówić o zbyt pesymistycznym obrazie sprawności fizycznej młodzieży szkolnej. Pozwala nam tak sądzić porównanie z badaniami przeprowadzonymi w 1979 r. Zacytuję opinię autorów tych badań, którzy stwierdzają "obraz przemian sprawności w latach 1979-1989 nie potwierdza opinii o degradacji naszych młodych pokoleń". Nie chodzi o to, by obraz ten został odebrany bardziej optymistycznie niż polska rzeczywistość na to zasługuje, ponieważ mogłoby to spowodować zgubne samouspokojenie tych wszystkich czynników, które są odpowiedzialne za ochronę biologicznej kondycji i pozytywnego stanu zdrowia polskich dzieci i młodzieży.

Autorzy przestrzegają przed zbyt pochopną interpretacją pozytywnych wyników badań, ponieważ istnieją bardzo duże różnice między sprawnością fizyczną dzieci i młodzieży pochodzących ze środowisk miejskich w porównaniu z grupą dzieci i młodzieży wiejskiej lub małomiasteczkowej.

Podobnie rzecz się ma z uzależnieniem wyników od statusu społecznego rodziców. Dzieci, których ojcowie mają wykształcenie podstawowe, charakteryzują się znacznie gorszą sprawnością fizyczną niż

dzieci ojców z wykształceniem wyższym. To właśnie wykształcenie ojców decyduje o tym, jak sprawne są dzieci.

Dzieci w wieku 12-13 lat, dzięki zwiększonemu do 3 wymiarowi godzin obligatoryjnych wychowania fizycznego, z tych wszystkich grup ćwiczą najwięcej. Około 57% chłopców i 40% dziewcząt z grupy 12-13-latków bierze udział w zorganizowanych zajęciach sportowych. Wspomnę tylko, że w tej chwili mamy prawie 5 tys. Uczniowskich Klubów Sportowych. Sądzę, że to wyzwala aktywność i zachęca do ćwiczeń, ale poza tym są to obligatoryjne godziny wychowania fizycznego. Nie zmienia to faktu, że mimo wszystko 60% dzieci i młodzieży w czasie wolnym najchętniej ogląda telewizję. Jest to zatem najsilniejszy magnes, który przyciąga młodzież.

Najbardziej popularną formą spędzania czasu, jeżeli chodzi o chłopców z tej grupy wiekowej, jest gra w piłkę nożną. Gra w nią około 70%. Na drugim miejscu jest jazda na rowerze. Z kolei dziewczęta wolą spacerować. To również jest ciekawe zjawisko. Najchętniej by spacerowały i w tym okresie życia już się nie chcą przemęczać.

Bardzo niepokojącym zjawiskiem zaobserwowanym podczas badań, jest to, że im bardziej wykształceni rodzice, tym bardziej odciągają oni dzieci od aktywności fizycznej. Oznacza to, że w tych rodzinach preferuje się zajęcia umysłowe, czyli np. naukę języków obcych, posługiwanie się komputerem itd., po to, by przygotowywać przyszłego biznesmena - człowieka, który będzie sobie dobrze radził finansowo. Niestety zapomina się o wpajaniu tych wartości i nawyków, które muszą towarzyszyć zajęciom intelektualnym, czyli relaksowi fizycznemu.

Jeżeli chodzi o przyczyny nieuprawiania sportu w tym wieku, to najczęściej wymienia się brak czasu spowodowany obciążeniem nauką szkolną. W przypadku terenów o niższym stopniu urbanizacji, przyczyną taką bywa duża odległość od miejsc, gdzie znajdują się obiekty kultury fizycznej.

Młodzież 17-letnia jest w znacznie mniejszym stopniu aktywna ruchowo niż grupa wiekowa, o której do tej pory mówiłam. W tym przypadku mamy już tylko dwie obligatoryjne godziny w tygodniu, co rzutuje na obraz sytuacji. W zorganizowanych zajęciach spor-

towych uczestniczy znacznie mniej młodzieży, czyli 28% dziewcząt i 45% chłopców. Udział młodzieży w zajęciach obniża się wraz z obniżaniem się poziomu urbanizacji.

Jako główną przyczynę nieuprawiania sportu ponownie podaje się brak czasu spowodowany przede wszystkim nauką.

Warto wspomnieć o patologjach społecznych. Na przykład z badań przeprowadzonych w Łodzi wynika, że w grupie 1500 uczniów I i II klas szkół średnich, aż 19% zetknęło się już z narkotykami, 88% pije alkohol, a 28% stosuje leki w celach niemedycznych. Papierosy pali 28%.

Jeszcze gorzej - w tym momencie można mówić o obrazie pesymistycznym - wygląda sytuacja, jeżeli chodzi o młodzież studencką. Wynika to także z tego, że ustawa o szkolnictwie wyższym z 1990 r. dopuściła możliwość praktycznego zniesienia wychowania fizycznego. Minima programowe w wielu uczelniach kształtują się na poziomie 30 godzin wf w trakcie całych studiów. Taka liczba godzin w ciągu 4 czy 5 lat praktycznie nie zabezpiecza niczego i chyba nawet nie warto tego realizować. Oczywiście są uczelnie, które mają 360 godz. wf i są to głównie politechniki. Politechniki i uniwersytety mają najwięcej godzin wychowania fizycznego, a np. akademie rolnicze mają owe minimalne 30 godzin. Jeżeli chodzi o Szkołę Główną Handlową, to na tej uczelni nie ma obowiązkowych zajęć z wychowania fizycznego.

Jako ciekawostkę chcę przytoczyć wyniki badań studentów medycyny. Da nam to obraz, jakie pojęcie będą mogli mieć przyszli lekarze, jeżeli chodzi o wskazania profilaktyczne dla chorych. Badania te wykazały, że stosunek studentów medycyny do ćwiczeń fizycznych jest pozytywny, ale prawie 6% postuluje zniesienie zajęć wf na studiach medycznych w ogóle, natomiast 59% z nich nie wie, jak można wykorzystać różne formy ruchowe w profilaktyce i rehabilitacji.

Około 40% lekarzy opuszczających uczelnie nie potrafi wskazać żadnego postępowania kinezyterapeutycznego w najczęstszych chorobach. Styl życia tej grupy daleki od wzoru prozdrowotnego, ponieważ zjawisko nieregularnego snu dotyczy 82% tych studentów, stosowanie



używek oraz używanie środków pobudzających lub hamujących 42%. Badania te zostały przeprowadzone na jednej z polskich uczelni.

Z badań przeprowadzonych wśród śląskich studentów wynika, że tylko 23% z nich poświęca czas wolny na aktywność sportową.

Ciekawie kształtuje się aktywność fizyczna studentów seminariów duchownych. Z dostępnych badań wynika, że około 60% z nich uprawia w dni powszednie - bo nie w niedzielę - różne dyscypliny sportowe i turystyczne.

Być może program, który od kilku lat jest realizowany przez AZS pozwoli na to, że studenci będą chętniej uczestniczyć w różnych formach aktywności fizycznej. Zakłada się, że około 50 tys. studentów będzie w tym roku należeć do AZS. Zakładając, że mamy około miliona studentów, liczba ta nie wydaje się zbyt duża.

Mała aktywność fizyczna studentów jest o tyle niepokojącym zjawiskiem, że grupa ta jako swoista elita intelektualna powinna dawać przykład w przyszłości i tak wychowywać swoje dzieci, by kultura fizyczna była rzeczywistą wartością.

Wyodrębniłam jeszcze jedną grupę, czyli poborowych. Okazuje się, że około 20% z nich jest w ogóle niezdolnych do podjęcia służby wojskowej. Najczęstsze schorzenia, które ich dyskwalifikują, to zaburzenia zdrowia psychicznego, z tym że nie wiadomo, jak często są one symulowane w celu uniknięcia pójścia do wojska. Kolejne przyczyny to wady i choroby narządu wzroku - 17%, wady postawy ciała i schorzenia układu ruchu.

Pocieszający jest fakt, że większość żołnierzy odchodzących do rezerwy, dzięki służbie wojskowej odrabia zaległości w dziedzinie sprawności fizycznej. Po prostu wymusza to szkolenie wojskowe, ale dzieje się tak także dzięki tym wszystkim możliwościom, które stwarza się podczas służby wojskowej w celu uprawiania kultury fizycznej, a które nie były dostępne na terenie zamieszkania przedpoborowego.

Następna kategoria osób, którą wyodrębniłam, to osoby pracujące. Oddzieliłam kobiety od mężczyzn, ponieważ występuje duże zróżnicowanie międzyplciowe. Pracujące kobiety są trzykrotnie mniej aktywne od pracujących mężczyzn i np. 38-letnie warszawianki w 90%

nie wykazują żadnej aktywności ruchowej. Są bierne, co sprzyja występowaniu u nich otyłości i nadwagi.

Na podstawie innych badań na grupie 807 kobiet w wieku 18-60 lat ponad 60% nie podejmuje żadnej aktywności ruchowej, ale tutaj największy odsetek stanowią panie powyżej 30 roku życia.

Chciałabym podkreślić, że bardzo trudnym i przełomowym momentem związanym z ograniczeniem aktywności ruchowej jest zawarcie związku małżeńskiego, a następnie rodzenie kolejnych dzieci. Aktywność ruchowa wyraźnie spada od momentu, gdy ludzie się pobierają, a powinno być odwrotnie, bo przecież łatwiej pewne rzeczy realizować wspólnie. Okazuje się, że jednak tak nie jest.

Jako główne przyczyny braku aktywności ruchowej kobiety wymieniają brak czasu i ochoty. Po prostu nie lubią się męczyć, a najchętniej wypoczywają oglądając telewizję - 67% i spacerując - 40%. Zaledwie 13% z nich jeździ na rowerze, a w zorganizowanych zajęciach sportowych uczestniczy tylko 12% respondentek.

Mężczyźni są nieco aktywniejsi, ale aktywność ta spada z wiekiem. W grupie 25-latków aktywnych ruchowo jest 21% mężczyzn, natomiast w grupie 35-latków aktywnych ruchowo jest tylko 8%.

Gdyby ocenić poziom aktywności ruchowej dorosłych Polaków, można stwierdzić, że są oni zmęczeni pracą, lubują się w odpoczynku na kanapie - na ogół przed telewizorem. Ewentualnie lubią spacerować i od czasu do czasu jeździć na rowerze. Jak już stwierdziłam zawarcie związku małżeńskiego w wielkim stopniu ogranicza aktywność sportową współmałżonków, a im niższy poziom urbanizacyjny, tym niższy poziom aktywności sportowej mieszkańców danego terenu.

Na zakończenie chciałabym powiedzieć kilka zdań na temat emerytów. Wygląda na to, że około 80% z nich jest zdolnych do podejmowania aktywności sportowej. Pozostałych 20% nie jest zdolnych do jakiegokolwiek aktywności tego typu, np. 2% jest unieruchomionych w łóżkach, a 15% to ci, którzy w ogóle nie mogą wyjść z domu.

Generalnie emerycy w ogóle nie są aktywni ruchowo, natomiast obserwujemy ciekawe zjawisko, gdyż ludzie w wieku emerytalnym mieszkający na wsi bardzo dużo jeżdżą na rowerach, a czynią to nie

dlatego, że wiedzą, iż należy to robić, ale dlatego, że muszą się jakoś przemieszczać. To jest pozytywny element, chociaż chyba nie o to w tym wszystkim chodzi.

Ulubionymi przez emerytów formami działalności jest praca na działce, jeżdżenie na rowerze oraz łowienie ryb. To ostatnie również jest wymieniane jako forma aktywności ruchowej. W przypadku tej grupy również im niższy poziom urbanizacji, tym mniejsza aktywność ruchowa. Pomijam pracę na roli, bo to jest zupełnie inna sprawa.

Chciałabym powiedzieć jeszcze kilka słów na temat osób niepełnosprawnych. Nie dysponujemy badaniami na temat aktywności fizycznej tej grupy. Oczywiście wszystko zależy od rodzaju schorzenia, niemniej jednak istnieją pewne statystyki pozwalające ocenić sytuację. Jeżeli spojrzymy na statystyki związane z dotacjami z programem – „Sport szansą życia”, to można powiedzieć, że w zeszłym roku liczba osób ćwiczących została oszacowana na około 50 tys. Z tym że nie wiemy, czy jest ona realna, ponieważ w tych statystykach często ujmują się osoby, które kilkakrotnie przebywały np. na jakichś obozach lub zgrupowaniach. Zresztą liczba ta jest niewielka zważywszy, że ogólną liczbę osób niepełnosprawnych szacuje się na około 4,5 mln.

Wkrótce zostaną podjęte badania analogiczne do badań realizowanych przez pana prof. Janusza Charzewskiego na temat aktywności sportowej Polaków. Badania te będą nosiły tytuł - Aktywność sportowa osób niepełnosprawnych.

Na tym chciałabym zakończyć swoją wypowiedź. Wprawdzie miałabym dużo więcej do powiedzenia, ale otrzymałam sygnał, że mój czas już się skończył.

***Dr Krzysztof Kuszewski***  
Państwowy Zakład Higieny

## Narodowy Program Zdrowia ze szczególnym uwzględnieniem roli samorządu w realizacji celu 1

Na wstępie chciałbym stwierdzić, że dzisiejsza konferencja jest czymś niezwykle ważnym. Próbowaliśmy nieco rozszerzyć grono osób zajmujących się sprawami promocji pierwszego punktu Narodowego Programu Zdrowia. Myślę, że w tym gronie możemy powiedzieć, iż wszystko jest właściwie w naszych rękach. Trochę możemy wpływać na środowisko, ale nie bardzo udaje nam się wpływanie na służbę zdrowia i nie ma ona większego znaczenia. Również czynniki genetyczne nie podlegają zmianom zbyt szybko, natomiast styl życia wręcz przeciwnie - może się zmieniać bardzo szybko.

Warto pamiętać także o tym, że 68 art. Konstytucji mówi, że władze publiczne popierają rozwój kultury fizycznej, zwłaszcza wśród dzieci i młodzieży. Jest to zapisane prawo, które obowiązuje w Polsce, a więc nie ma sensu wymyślać czegoś, co już znajduje się w Konstytucji. Podstawą prawną dla działań samorządu terytorialnego w zakresie ochrony zdrowia jest ustawa z 5 czerwca 1998 r. o samorządzie wojewódzkim i powiatowym. Stanowi ona, że do zadań tych jednostek należy promocja i ochrona zdrowia.

Narodowy Program Zdrowia właściwie uwzględnił możliwość decentralizacji swoich zadań, przez oddanie możliwości samorządowi. W sensie pozytywnym różni się on od poprzednich programów i chodzi przede wszystkim o to, że mówiły one o chorobach i ich zwalczaniu, a nowy program pokazuje te miejsca, gdzie można coś zrobić.

Chciałbym teraz powiedzieć o 1. celu operacyjnym, który właściwie jest tematem dzisiejszego seminarium, a mianowicie o zwiększeniu aktywności ruchowej społeczeństwa.

Jakie mamy podstawy moralne i etyczne do tego, by realizować szczególnie ten cel? Zdrowie jest wartością pozytywną, do której każdy ma przyrodzone prawo. Wczoraj i przedwczoraj dyskutowaliśmy na ten temat z etykami i jeden z profesorów teologii i etyki powiedział cytując Pismo święte, że ciało jest świątynią duszy.

Zdrowie jest wartością ekonomiczną i była o tym dzisiaj mowa. Niestety, z wypowiedzi mojej przedmówczyni, pani dr Barbary Wybraniec wynika, iż ludzie uważają, że wystarczy znajomość języków obcych i obsługi komputera, a reszta - w sensie ekonomicznym - pójdzie sama. Nie ulega wątpliwości, że młodym ludziom zabraknie tej wartości ekonomicznej, jaką jest zdrowie, jeżeli nie zostanie ona im dana na samym początku. Będą oni słabsi i mniej sprawni. Nie będą mieli dystansu do tego, co robią, oraz tego wszystkiego, co daje sport w dziedzinie etyki, a więc ducha zdrowej rywalizacji i konkurencji.

Uprawianie sportu przeciwdziała patologiom nie tylko zdrowotnym, ale również społecznym, takim, od których możemy uchronić młodzież, jeżeli stworzymy jej warunki do jego uprawiania. Młodzi ludzie będą aktywni ruchowo w klubach sportowych, ogniskach TKKF, szkolnych klubach sportowych, czy wreszcie na studiach - w AZS. Nieważne gdzie - organizacji jest wiele - ale ważne jest, by sport był uprawiany i stanowił istotny element wychowawczy.

Pamiętajmy o tym, że zdrowi rodzice to zdrowe dzieci. To zagadnienie jest bardzo na czasie. Jako stary doktor pamiętam lata, gdy każdego roku rodziło się ponad 900 tys. dzieci, a umierało 400 tys. osób, czyli przyrost naturalny realnie istniał. Obecnie przyrost naturalny w Polsce praktycznie nie istnieje, a jego pobudzenie to jedno z istotniejszych zadań stojących przed nami. Oczywiście starzenie się społeczeństwa jest naturalną sprawą, ale oprócz tych, którzy pobierają świadczenia emerytalne, ktoś również musi pracować. Reasumując promocja kultury fizycznej oraz zdrowia jest jednym z elementów prorodzinnych.

Sprawność fizyczna oznacza przedłużenie czasu trwania życia, ale jest takie bardzo piękne hasło, które mówi, że trzeba dodać życia do lat, czyli nie tylko samych lat, ale również pewnej aktywności i sprawności. W momencie, gdy ostatnie lata życia przebiegają według

tęgo wzorca, wówczas - mówiąc nieco cynicznie - wydatki na tego bardzo starego człowieka są niższe, gdyż jest on w stanie sam się obsługiwać. Po prostu sprawność oznacza samodzielność starości.

Myślę, że po tym najkrótszym zebraniu najistotniejszych elementów wszyscy rozumiemy, że ten cel miał prawo zostać określony jako cel 1. Narodowego Programu Zdrowia.

Aktywność ruchowa jest niezwykle ważna w przypadku osób obciążonych pracą umysłową i związanymi z nią stresami oraz jednostronnym wysiłkiem fizycznym. Słyszeliśmy przed chwilą, że tylko 8% mężczyzn po 35 roku życia uprawia sport, a w przypadku kobiet ten wskaźnik jest jeszcze niższy. Oznacza to, że jest wiele do zrobienia w tym względzie.

Wiadomo, że aktywność ruchowa zapobiega występowaniu zaburzeń układu ruchu, a także otyłości. Zmniejsza ryzyko chorób na tle miażdżycowym itd. Jest również ważnym elementem terapii różnych chorób, ale o tym mówi się rzadko.

Pani dr Barbara Wybraniec wspomniała, że ankietowani studenci w 59% nie wiedzieli, iż wprowadzenie aktywności fizycznej jest to metoda rehabilitacyjna i lecznicza. Oczywiście aktywność ta może być źródłem sukcesów i radości, ale przede wszystkim wtedy, gdy się wygrywa.

Polskie społeczeństwo cechuje niska aktywność fizyczna. W momencie pisania Narodowego Programu Zdrowia 30% dzieci i młodzieży i tylko 10% dorosłych uprawiało różne formy ruchu. Jak wygląda sytuacja po roku naszego monitoringu, powie później pan prof. Janusz Charzewski.

Proponując, by Narodowy Program Zdrowia zaczynał się od 1. celu, którym jest zwiększenie aktywności ruchowej społeczeństwa, pragniemy, żeby było ono bardziej sprawne, nie tylko fizycznie, ale również psychicznie. Aby zmniejszyć rozpowszechnienie zaburzeń psychosomatycznych, mówiąc językiem niemedycznym - nerwic, a także otyłości, chorób układu krążenia oraz patologii wśród młodzieży, postawiono konkretne zadania - tym również różni się ten program od poprzednich - z których można się będzie rozliczyć. Chodzi o to, by nie ograniczać się do głoszenia słusznych haseł. Taki program był

by nierozliczalny i trudno byłoby twierdzić, czy odnieśliśmy jakiś sukces, czy nie.

Mieliśmy wprowadzić 5 godzin wychowania fizycznego do szkół. Udało nam się zwiększyć liczbę tych godzin z 2 do 3. Jeżeli jest na tej sali ktoś, kto reprezentuje resort edukacji - tak się składa, że nie mamy zbyt wielu okazji do kontaktów - to chciałbym prosić o to - a moja prośba jest skierowana przede wszystkim do pań i panów posłów - że w momencie, gdy będą wprowadzane jakiegokolwiek reformy edukacji, należy uwzględnić konieczność nie zmniejszania, ale zwiększania liczby godzin wychowania fizycznego. Jest to niezwykle istotne, jeżeli chcemy, by polskie społeczeństwo było zdrowe.

Drugim punktem było zapewnienie istnienia sal gimnastycznych w co najmniej 3/4 szkół. Chodziło również o to, by wdrożyć nowy program wychowania fizycznego, który polegałby na tym, by była większa atrakcyjność, większe możliwości indywidualizacji itd.

Chciałbym zwrócić uwagę na to, iż uznajemy, że naturalnym promotorem zdrowia w szkole jest nauczyciel wf. Jest on przygotowany merytorycznie, ponieważ zna anatomię i fizjologię. Umie uczyć i dysponuje salą ćwiczeń, a wokół niego jest zgromadzone jakieś środowisko złożone z dzieci i ich rodziców. Nauczyciel ten w naturalny sposób jest promotorem zdrowia i pragniemy podkreślić tę jego rolę, w taki sposób poszerzając możliwość kształcenia przyszłych nauczycieli wf, w uczelniach, gdzie to się jeszcze nie dzieje, by mogli oni być promotorami zdrowego stylu życia w ogóle.

Piąty punkt mówił o zwiększeniu w znaczący sposób zainteresowania samorządów lokalnych, organizacji pozarządowych oraz wielu innych instytucji kwestiami aktywności ruchowej. Uważam, że rola samorządu jest w tym względzie nie do przecenienia. Będę o tym mówił za chwilę.

Spodziewane efekty programu były takie, że o ile w tej chwili 30% dzieci i młodzieży uprawia sport, to chcielibyśmy, by było to 50%, natomiast jeżeli chodzi o dorosłych, pragniemy, by sport uprawiało co najmniej 30%.

Gminy powinny zadbać o to i dzisiaj wreszcie jest to możliwe z punktu widzenia podziału administracyjnego kraju, by zapewnić w 80% możliwość uprawiania sportu.

Chciałbym przejść teraz do części samorządowej. Wspomnę tylko, że wyniki monitoringu zostaną omówione przez pana prof. Janusza Charzewskiego, a dr Paweł Goryński mówił już o monitorowaniu w ogóle, stąd pomijam tę część mojego wykładu.

Zacytuję teraz pewnego bardzo znanego młodego człowieka, który powiedział, że parlament świata zaczyna się w gminie. Jeżeli cokolwiek ma być samorządne, to musi takie być od dołu do góry, a nie odwrotnie.

Drugi punkt, który pragnę podkreślić, jest taki, że własny pozytywny przykład jest bardziej skuteczny niż krytyka. Jest to jedną z polskich patologii społecznych, że wszystko zawsze postrzega się na nie. Pamiętacie państwo pierwszą folię, którą pokazywał dr Bogdan Wojtyniak, na której ujrzeliśmy, że ze wszystkich krajów europejskich najgorzej o swoim zdrowiu mówili właśnie Polacy. Zmierzam do tego, że ta cecha również jest czymś, co wymaga zmiany. To właśnie sport daje szansę tego, by człowiek czuł się pewniej. Bo co to znaczy, że ktoś uważa, że ma złe zdrowie?

To znaczy, że ten ktoś czuje się niepewnie. Z takim samym samopoczuciem Polacy nie będą w stanie wygrywać w konkurencji międzynarodowej. Przecież nie może być tak, że ktoś wchodzi na ring i na wstępie oświadcza, że jest słaby. Po prostu jest to błąd i to taki, który należy zmienić. W związku z tym pragnę powtórzyć, że konkretne pozytywne przykłady mają ogromne znaczenie.

Druga sprawa, na którą chcę zwrócić uwagę, to kwestia filozofii, która jest taka, że coś trzeba zwiększyć i rozszerzyć. Ten styl myślenia należy zmienić, ponieważ rozwój jest ważniejszy od wzrostu. Jeżeli coś jest marne, a zrobimy tego więcej, to mamy w Polsce tylko więcej marności, natomiast jeżeli coś się rozwija i poprawia, wtedy mamy więcej lepszego.

Proszę zwrócić uwagę, że chodzi mi o jakość tego, co robimy. Nie idźmy więc na ilość, ale idźmy na dobry wynik. Wydaje mi się, że w wielu miejscach w Polsce tak już się robi, ale podkreślam, iż błędna



filozofią jest rozliczanie się z liczby, gdyż należy się rozliczać z realnego efektu.

Kolejne zagadnienie to samorząd a sport powszechny. Samorząd ma szkoły i boiska. W tych szkołach pracują nauczyciele wychowania fizycznego i są to fachowcy, którzy znają anatomię i fizjologię, a jako tacy są naturalnymi promotorami zdrowia, ergo szkoły i kluby są centrami promocji zdrowia, a wszystkim tym zarządzają samorządy. Wydaje się, że ta droga jest dosyć prosta.

Być może nieco pominąłem organizacje pozarządowe, ale uczyniłem to celowo, gdyż koncentruję się na samorządzie, który przecież musi współpracować z tymi organizacjami. Organizacje pozarządowe zawsze w Polsce były, są i będą, a rynek wcale ich nie zniszczy, ponieważ same będą się one przekształcać dostosowując się do nowych warunków.

Wiadomo, że własny przykład jest lepszy od krytyki i powiem państwu, że na Bielanach, a tam mnie wybrano do samorządu, napisaliśmy pismo do pana burmistrza, w którym napisaliśmy, że samorząd gminy Stare Bielany zwraca się z uprzejmą prośbą o pomoc w działalności na rzecz profilaktyki zdrowotnej w gminie. Na naszym terenie znajduje się Akademia Wychowania Fizycznego wraz z obiektami sportowymi. Tereny AWF mogą doskonale służyć do ćwiczeń na otartym powietrzu. Znajduje się tutaj również Lasek Bielański, który także może służyć do uprawiania sportu.

Najważniejsze, że dostaliśmy salę, na której możemy prowadzić zajęcia z gimnastyki rodzinnej, za które zresztą sami płacimy. Chciałbym podkreślić, że my ćwiczący uiszczamy jedynie niewielką opłatę w wysokości 40 zł, ale salę mamy za darmo. Oczywiście prowadzący te ćwiczenia musi otrzymać jakieś wynagrodzenie.

W sumie to się udaje zorganizować, szczególnie jeżeli jest ktoś, kto ma chęci, a samorząd daje się namówić do współpracy.

Swój wykład chciałbym zakończyć sentencją, że klucz do sportu powszechnego jest w rękach samorządu.

**Posel Eugeniusz Kłopotek:** Na marginesie powiem, że mało brakowało, a w Sejmie poważnie ograniczylibyśmy możliwości organizacji pozarządowych w zakresie realizacji zadań w dziedzinie kultury fizycznej. Na szczęście udało się poprawić ów niefortunny art. 118 ustawy o finansach publicznych.

Mamy za sobą pierwszą serię wystąpień. Obecnie zapraszam wszystkich państwa na kawę i ogłaszam przerwę do godz. 13<sup>00</sup>.

*[Po przerwie]*

**Posel Eugeniusz Kłopotek:** Rozpoczynamy drugą część seminarium. Obecnie pan prof. Janusz Charzewski przedstawi nam efekty monitoringu realizacji celu 1 Narodowego Programu Zdrowia.

**Prof. Janusz Charzewski**

Akademia Wychowania Fizycznego, Warszawa

## Efekty monitoringu realizacji celu 1 Narodowego Programu Zdrowia

Oczywiście nie mam zamiaru przedstawiać wszystkich wyników monitoringu prowadzonego w ciągu ostatniego roku. Jest to przez cały czas realizacją celu 1., którego założenia zostały ukazane przez mojego przedmówcę. Osobiście chciałbym zwrócić uwagę na dwa główne oczekiwane efekty, które powinny zostać osiągnięte do 2005 r.

Pierwszy z nich ma polegać na tym, że różne formy aktywności fizycznej w czasie wolnym będzie uprawiać co najmniej 50% dzieci i młodzieży oraz 30% dorosłych. Dorosli są definiowani do 60, a nawet do 65 roku życia.

Drugi efekt ma polegać na tym, że podstawowe warunki dla zwiększenia aktywności ruchowej różnych grup ludności w miejscu zamieszkania zostaną zapewnione w 80% gmin. Oczywiście tutaj można dyskutować co to znaczy "podstawowe warunki", ale mniej więcej wiemy, w jaki sposób gminy mogłyby działać na tym polu.

Zgodnie z powyższymi założeniami monitorowaliśmy np. liczbę szkół posiadających sale gimnastyczne, realizujących nowy program wychowania fizycznego; liczbę gmin zapewniających podstawowe warunki, które nie są do końca zdefiniowane; liczbę dzieci, młodzieży i dorosłych uprawiających w czasie wolnym różne formy ruchu oraz wskaźniki sprawności i wydolności fizycznej dzieci.

Chodzi o to, by na początku realizacji tego Programu ustalić pewne parametry wyjściowe. Gdy zostaną one ustalone, możemy z pewnym prawdopodobieństwem orzekać, co jest realne do osiągnięcia do roku 2005, a co nie jest realne.

Pierwszy wynik, który chciałbym pokazać i pokrótce omówić dotyczy udziału w zorganizowanych zajęciach sportowych na różnych poziomach urbanizacyjnych. Zwracam uwagę państwa, zanim pokażę cokolwiek uśrednionego, że to uśrednienie może spowodować złudze-

nie, iż oto coś tam nam się poprawia. Biorąc rzecz średnio, to może się poprawiać w Polsce ogółem, natomiast jeżeli uwzględnimy czynnik urbanizacyjny i czynnik wykształceniowy - te podstawowe zmienne - to okaże się, że w pewnych środowiskach czy warstwach społecznych jest świetnie, a w innych jest fatalnie.

Nie można zatem wyciągać wniosku, że sytuacja się poprawia, bo w różnych środowiskach jest różna sytuacja.

Jak państwo widzą na folii, sytuacja w wielkich miastach jest niezła, bo aż 55% dzieci bierze udział w zajęciach sportowych. W średnich miastach jest to 50%, w małych nieco mniej, a na wsi jest podobnie jak w małych miastach.

Druga grupa wiekowa, która nas bardzo interesuje, to 17-latki. W tej grupie sytuacja również nie jest zła, ponieważ udział w zajęciach sportowych bierze 50%, jeżeli chodzi o duże miasta. W średnich miastach wskaźnik ten wynosi ponad 40%, w małych miastach jest nieco większy. Są to przypadkowe wahania wynikające ze statystyki. Również na wsi, jeżeli chodzi o grupę 17-latków, sytuacja jest nie najgorsza.

Gdy rzucimy okiem na pozostałe kategorie wiekowe, czyli 25-latków czy 35-latków, to zobaczymy, że sytuacja jest dużo gorsza. Starsza z tych dwóch kategorii wiekowych, czyli osoby wykształcone i wchodzące w to piękne życie - niestety - praktycznie nie uczestniczy w żadnych zajęciach sportowych. Ten wskaźnik wynosi zaledwie 5% z małym kawałkiem.

Jeżeli chodzi o 50-latków, czyli grupę, która już osiągnęła sukces finansowy, rodzinny itd., praktycznie nie bierze ona udziału w zajęciach ruchowych. W tych minimalnych przedziałach widać tendencję, że im mniejszy poziom organizacyjny, tym ten udział jest mniejszy.

Za chwilę skomentuję całość wyników, ale najpierw chciałbym pokazać, jak wygląda sytuacja w przypadku kobiet. Jeżeli chodzi o grupę dziecięcą z wielkich miast, to aktywność ruchową przejawia ponad 40%, tak więc mniej niż to jest w przypadku dzieci płci męskiej.

W przypadku dzieci płci żeńskiej z mniejszych ośrodków wskaźniki również są niższe niż w przypadku chłopców.

Jeżeli chodzi o 17-latków, to w miastach aktywność ruchową wykazuje ponad 30%. W średnich miastach wskaźnik wynosi ponad 20%, a w małych około 30%. Sytuacja na wsiach jest dużo gorsza.

W przypadku kobiet ze starszych grup wiekowych, to 25-latkowie zamieszkujące miasta są najaktywniejsze ruchowo i aktywność ta kształtuje się na poziomie 20%. Jest to interesujący symptom. Widać, że młode kobiety z dużych miast w pewnym momencie zaczynają rozumieć potrzebę dbania o siebie. Uczestniczą one w różnych zajęciach ruchowych organizowanych przez prywatne kluby. One są piękne, młode i w dodatku sprawne.

Niestety sytuacja polega pogorszeniu wraz z obniżaniem się stopnia urbanizacji. Odnosząc te wszystkie wyniki do efektu, który chcemy osiągnąć do roku 2005, możemy stwierdzić, że został on już osiągnięty, jeżeli chodzi o grupę dzieci płci męskiej. Jeżeli chodzi o 17-latków, również prawie osiągnęliśmy zakładane 50% aktywności sportowej. W przypadku tych grup nie będzie trudno w 100% osiągnąć to, co założyliśmy.

Gdy spojrzymy na grupę 17-latek, widzimy, że będzie dużo trudniej osiągnąć wskaźnik 50% aktywności ruchowej. Z kolei zakładane 30% w przypadku ludzi dorosłych powyżej 25 roku życia, np. 35-latków i 50-latków, będzie bardzo trudne do osiągnięcia. Tu sytuacja jest beznadziejna i widzę, że my tego celu nie zrealizujemy. Wcale nie chodzi o to, by trzeba było przeznaczać jakieś bardzo duże pieniądze na sport, ale o to, że stan ten można podnieść na jakiś wyższy poziom pod jednym warunkiem - bardzo trudnym do spełnienia - że podniesie się poziom kulturowy społeczeństwa oraz jego status materialny. Konieczne jest osiągnięcie pewnego określonego poziomu, gdy nie będzie zmęczenia pracą, nadmiernego uwikłania w prozę życia i będzie możliwe zajęcie się sportem i rekreacją.

Tego typu program jest realizowany w Wielkiej Brytanii, a jego celem jest, by te starsze kategorie wiekowe poświęcały 30 minut dziennie na sprawy związane z ruchem i dbałością o własne ciało. Musimy jednak zdawać sobie sprawę, że program ten jest bardzo kosztowny, a koszt ten wynosi około 10 mln funtów rocznie. Wątpię, czy jesteśmy w Polsce przygotowani na wyłożenie takiej sumy.

Chciałbym jeszcze pokazać państwu, co realnie mogą zapewnić gminy w zakresie kultury fizycznej. Na tej ilustracji zobrazowano liczbę gmin posiadających własne jednostki organizacyjne kultury fizycznej. Proszę zwrócić uwagę na kategorię pierwszą, w której nie ma tego typu jednostek. Poza miastami, szczególnie na wsiach, nie ma ich w ogóle, a w małych ośrodkach miejskich jest ich bardzo niewiele. Być może gdzieś sprawami kultury fizycznej zajmują się inne jednostki np. szkoły.

Na kolejnej folii ukazana jest liczba uczniów na szkołę i salę gimnastyczną w poszczególnych typach szkół. Tutaj są szkoły podstawowe, licea i technika, a tutaj szkoły zawodowe. Te liczby w pierwszej grupie wynoszą 300-400 uczniów, a w drugiej mniej.

Jeżeli chodzi o liczbę uczniów na salę gimnastyczną, to widać, jak wskaźnik ten rośnie od szkół podstawowych poprzez licea, aż do szkół zawodowych, w których panuje dosyć beznadziejna sytuacja.

Tutaj mamy liczbę sal gimnastycznych na szkołę w poszczególnych typach szkół. Oczywiście są to ułamki. Proszę spojrzeć, jaka jest sytuacja. Oczywiście najgorsza jest w technikach. To zresztą wynikało również z badań pokazanych na poprzedniej folii.

Chciałbym teraz przejść do efektów zdrowotnych. To jest wynik uzyskany przez pana prof. Przewędę i dotyczy on wzrostu poziomu sprawności fizycznej polskiej młodzieży w ostatniej dekadzie. Poziom wyjściowy to jest ta linia pozioma, a wszystko powyżej oznacza ten wzrost. Osobno ujęte zostały obie płci.

Na kolejnej folii pokazano wydolność fizyczną polskich dziewcząt. Chodzi o tzw. test Coopera. Polega on na tym, że osoba badana biegnie przez 12 minut i dystans, jaki przebiegnie, jest zarazem wynikiem testu. Ten wskaźnik mierzy wydolność i sprawność. Proszę zwrócić uwagę, że jeżeli chodzi o wyniki testu Coopera, to tak w kategorii chłopców jak i dziewcząt, nie odbiegamy od takich krajów jak Czechy czy Słowacja, a np. Kanada znacznie odstaje od nas pod względem tych wyników.

Jeżeli chodzi o oczekiwane korzyści zdrowotne, to z analiz, które przedstawiłem, wynika, że dzieci polskie fizycznie rozwijają się prawidłowo i tempem tego rozwoju nie odbiegają w sposób zasadniczy

od innych krajów europejskich. Nie pokazywałem państwu wartości somatycznych, ale informacje tego typu są ogólnodostępne.

Nie odbiegamy od innych państw także pod względem sprawności fizycznej oraz wydolności mierzonej np. testem Coopera, tak więc, jeżeli chodzi o cechy świadczące o sprawności dzieci i młodzieży, sytuacja wygląda nieźle.

Istotne jest, na ile dzieci i młodzież są zaangażowane sportowo. Trzeba powiedzieć, że w przypadku najmłodszych nie jest z tym najgorzej, natomiast prawdziwy dramat zaczyna się od 25 roku życia. Zgodnie z tym, co kiedyś opublikowałem, wiąże się on przede wszystkim z uwikłaniem w małżeństwo - szczególnie dotyczy to kobiet. Można oczywiście kłaść nacisk na życie rodzinne i posiadanie jak największej liczby dzieci, ale musimy sobie zdawać sprawę, że z drugiej strony jest to uwikłanie młodej kobiety, która musi się zajmować dziećmi i gospodarstwem domowym, a często również mężem, który raczył nadużyć alkoholu i właśnie przyszedł do domu, przy czym może raczej przeszkadzać niż pomagać.

Mówię w tej chwili o naszej polskiej rzeczywistości. Konieczne są zatem działania w różnych sferach nie tylko tych dotyczących samorządów gminnych. Należy się dobrze zastanowić, co robić.

Jeżeli chodzi o naszą dalszą pracę, to w związku ze zmianami administracyjnymi, w ciągu najbliższych dwóch lat konieczne jest ponowne badanie dotyczące drugiego oczekiwanego efektu, czyli zapewnienia w gminach 80% warunków koniecznych do uprawiania sportu. Raz na dwa lata trzeba prowadzić monitoring w ograniczonym zakresie, by stwierdzić, jaka jest sytuacja, a w końcu w 2005 r. przeprowadzić olbrzymie badania w tym zakresie, by odnieść to wszystko do parametrów wyjściowych.

Pragnę jeszcze podkreślić, że smutkiem napawa mnie fakt, jaki poziom kultury prezentuje - to się wiąże z naszym tematem - nasza wieś lub środowiska małomiasteczkowe. Trzeba pojechać i zobaczyć to na własne oczy. Myślę, że nasze działania w tej mierze mogą być pozytywne, ale żeby osiągnąć efekty w stosunku do ludzi dorosłych. W tym względzie jestem nastawiony bardzo pesymistycznie.

**Posel Eugeniusz Kłopotek:** Dziękuję bardzo.

Pan profesor stwierdził, że brakuje jednostek kultury fizycznej w środowisku wiejskim. Chciałbym zapytać, jakie jednostki były brane pod uwagę, czy te, które posiadają osobowość prawną? Jeżeli tak, to zgadzam się, że jest ich bardzo mało, natomiast tych jednostek, które nie posiadają osobowości prawnej, jest bardzo dużo np. prawie w każdej wsi jest ogniwo Ludowych Zespołów Sportowych. Nie posiadają one osobowości prawnej i być może dlatego nie zostały ujęte w wynikach monitoringu. Gdyby zostały ujęte, to stwierdzilibyśmy, że sytuacja nie jest aż taka zła. Z drugiej strony prawdą jest, że zaledwie kilka procent mieszkańców wsi jest aktywnych sportowo.

Chciałbym, na bazie naszych doświadczeń, potwierdzić wyniki tego badania, ponieważ z naszymi dziećmiakami rzeczywiście nie jest źle. Jako Rada Wojewódzka Zrzeszenia Ludowe Zespoły Sportowe w byłym woj. bydgoskim, a obecnie kujawsko-pomorskim współpracujemy z niemieckim powiatem Ludwigslust. Bierzemy udział w ich spartakiadach dzieci i młodzieży - grupa wiekowa szkół podstawowych. Dotychczas jeździliśmy tam jako reprezentacja wojewódzka, czyli najlepsze dzieci z wsi w dawnym województwie bydgoskim i nie było tam polskiego dziecka, które nie zdobyłoby medalu.

Od tego roku z uwagi na wysoki poziom naszej reprezentacji postanowiliśmy wyjeżdżać powiatami, w związku z tym na tegoroczną spartakiadę pojechała 40-osobowa reprezentacja powiatu i poza jednym dzieckiem wszystkie pozostałe zdobywały medale. Zastanawiamy się, czy na następne zawody nie powinniśmy wysłać tylko reprezentacji jakiejś gminy. Tak my, jak i Niemcy uważamy, że nasza młodzież w wieku szkolnym jest lepiej przygotowana fizycznie, wydolnościowo i sportowo niż młodzież niemiecka.

Pan profesor Janusz Charzewski potwierdził w krótkiej wymianie zdań, że w badaniach ujęto tylko te jednostki, które posiadają osobowość prawną.

Obecnie usłyszymy, jaka jest sytuacja we Wrocławiu. Uprzejmie proszę o zabranie głosu pana dra Władysława Sidorowicza.



***Dr Władysław Sidorowicz***

Akademia Wychowania Fizycznego, Wrocław

## Samorząd a programy promocji zdrowia, w tym zwiększenie aktywności ruchowej na przykładzie Wrocławia

Najpierw odniosę się do stanu zdrowia młodzieży. W latach 1996-1997 przeprowadziliśmy we Wrocławiu program pt. Karta zdrowia ucznia, w ramach którego przebadaliśmy prawie 3 tys. 14-latków. Z badań wynika, że około 23% dzieci już w tym wieku ma graniczne wartości poziomu cholesterolu. Powyżej 200 mg ma ponad 5% dzieci.

Na podstawie testów dotyczących ryzyka alergologicznego oceniamy, że około 21% dzieci ma podwyższone wartości immunoglobulin, co oznacza ogromne ryzyko wystąpienia różnych schorzeń alergicznych.

Ponad 50% dzieci ma w tym wieku różne wady postawy.

Jednym z elementów badania była ocena psychologiczna dzieci. Około 17% z nich ma obniżoną samoocenę, a 4,9% ujawnia ten deficyt w znacznym stopniu. Około 30% ma obniżoną w stosunku do normy pewność siebie, a prawie 9% wykazuje brak wiary we własne siły. Skłonność do przeżywania stanów depresyjnych ma 16%, w tym 9% w ostatnim czasie doświadczało bardzo dużego nasilenia emocji o tym charakterze. Około 16% dzieci doświadcza przeżyć o charakterze neurotycznym, 21% ma obniżoną skalę koncentracji, około 20% ma trudności z opanowaniem emocji przy rozwiązywaniu zadań o znacznej trudności. Wysoki poziom myśli o charakterze agresywnym stwierdzono u 19% dzieci, a 4% uzyskało w tej skali wynik maksymalny.

Jeżeli chodzi o palenie papierosów, pozytywnie odpowiedziało 9,3% dzieci, natomiast do spróbowania narkotyków przyznało się 3,9%. Na pytanie, czy można w szkole kupić narkotyk, pozytywnie

odpowiedziało 15,1% dzieci. Na pytanie o alkohol twierdząco odpowiedziało 41% dzieci. Jeżeli chodzi o przynależność do gangu, przyznało się do niej 6,4%.

Mówię o tym wszystkim po to, by nieco zmącić ten optymistyczny obraz. Jeżeli nawet mamy dobre wskaźniki fizyczne, to mamy również udokumentowane powody do obaw, że zachodzi też negatywny proces narastania zjawisk patologicznych, któremu trzeba się w jakiś sensowny sposób przeciwstawić.

Myślę, że zaproszono mnie na tę konferencję także po to, żebym powiedział, jak próbujemy we Wrocławiu rozwiązywać te problemy. Można powiedzieć, że w 1994 r., gdy miasto weszło w pilotaż, rozpoczęto od planowania programu promocji zdrowia. Pierwotnie była to mała grupa ludzi, która uruchamiała dostawców programu prozdrowotnych poprzez system konkursów. W pierwszym roku funkcjonowania mieliśmy tylko około 30 zgłoszeń. W następnych latach ta liczba rosła, a w tej chwili rocznie podpisuję - jestem dyrektorem Miejskiego Wydziału Zdrowia i lekarzem miejskim, mówię o swoich doświadczeniach z powiatu wrocławskiego - około 1000 umów.

System kontraktowania pozwolił nam na ustalenie pewnych kryteriów jakościowych. Pozwala on także na adresowanie określonych programów do określonych środowisk.

Badania populacyjne pozwoliły nam scharakteryzować szkoły. Uśredniane dane o zjawiskach patologicznych niewiele mówią o tym, co dzieje się w konkretnej szkole. Dysponujemy mapą nasilonych patologii w poszczególnych szkołach i do szkół, w których występują określone zjawiska, próbujemy adresować nasze poczynania.

Wrocław jest miastem, które sporo inwestuje w infrastrukturę sportową. W ramach programu podwórkowego, 200 podwórek w ubiegłej kadencji zostało zaopatrzone w urządzenia umożliwiające dzieciom ćwiczenia ruchowe i poprawianie sprawności. Wszystkie podwórka zostały wyposażone w kosze, a corocznie jest rozgrywany turniej podwórkowy w koszykówce. Jego finał odbywa się na Rynku Wrocławskim, z udziałem władz miasta.

We Wrocławiu funkcjonuje 5 miejskich ośrodków sportu i rekreacji. Powstały także rampy dla deskorolkarzy. Zwiększa się liczba ścieżek rowerowych itd.

W moim odczuciu te nawet spore nakłady inwestycyjne nie są poparte działaniem lokalnych liderów promocji zdrowia i przez to są szybko niweczone. Występuje zauważalne zjawisko, że nawet najlepiej wyposażone podwórka są szybko dewastowane. Sprzęt i kosze są niszczone.

Nie chodzi tylko o barierę finansową, ale o konieczność budowania środowiskowego modelu promocji zdrowia. Wobec powyższego po naszych doświadczeniach z zakupami programów dla szkół, postanowiliśmy zabrać się za systematyczne szkolenie liderów promocji. Pierwotnie zatrudniliśmy ich pięciu w dużych dzielnicowych zespołach, a następnie przystąpiliśmy do szkolenia liderów promocji zdrowia dla szkół. Po warsztatach, które odbyły się w Danii, z 50 szkolonych osób, 12 zostało zakwalifikowanych jako takie, które mogą być w szkołach liderami pewnego procesu społecznego.

Nie zgadzam się z panem ministrem Krzysztofem Kuszewskim, że nauczyciel wf automatycznie jest przygotowany do pełnienia roli lidera promocji zdrowia. Rzecz w tym, że promocja zdrowia w szkole wymaga podjęcia współpracy między radą rodziców, ciałem pedagogicznym i uczniami. Szkoła musi się zdemokratyzować, otworzyć na potrzeby dzieci - dopiero wtedy te programy zdrowotne mają szansę na oparcie nie akcyjne, ale na przebudowę pewnego modelu funkcjonowania szkoły.

Oczywiście nauczyciel wf może być sojusznikiem, ale chcę powiedzieć, że z mojego doświadczenia wynika, iż z tych 52 szkolonych osób liderami zostali przede wszystkim nauczyciele nie wf, a biologii. Wokół nich próbuje się rozbudowywać pewną strukturę społeczną.

Program sieci szkół promujących zdrowie realizujemy już trzeci rok. Po dwóch latach rozszerzyliśmy go na szkoły średnie. W pierwszym zaciągu było 15 szkół, w drugim jest 12. Obecnie, od września uruchamiamy program sieci przedszkoli promujących zdrowie.

Niezwykle skomplikowaną sprawą jest budowanie rzeczywistego procesu społecznego, bo wydatkowanie pieniędzy jest sprawą dosyć

prostą. Jeżeli sfotografuje się polityka na tle pięknie wyposażonego podwórka, to oczywiście on ma swoje beneficja, natomiast poza tym nic specjalnie z tego nie wynika. Dlatego po doświadczeniach sieci szkół promujących zdrowie od września ubiegłego roku realizujemy następny program, czyli próbujemy na poziomie osiedla skupić te osoby, które są aktywne. Chodzi zarówno o przedstawicieli szkół, jak i rad osiedlowych, rad parafialnych oraz agend kultury. Pod naciskiem tych różnych stowarzyszeń i struktur program ten został nazwany Programem Jakości Życia. Odeszliśmy więc nominalnie od hasła promocji zdrowia.

W ramach tych wszystkich programów ogromną rolę odgrywa ruch. Nasz program kardiologiczny pt. "Tydzień dla serca" oraz realizowany w cyklu 10-letnim program prewencji i profilaktyki chorób kardiologicznych został zaopatrzony w logo, na którym widnieje biegnące serduszko.

W centrach korekcji wad postawy są prowadzone zajęcia z gimnastyki uzupełniającej, ponieważ w szkołach jest stanowczo za mało gimnastyki korekcyjnej. Oczywiście te zajęcia również opierają się na ruchu.

W programach siedliskowych zgłoszonych przez radę osiedla rodzice urządzali na terenach MOSiR-ów oraz szkół festyny, których ogromną rolę odgrywały zawody, wyścigi, biegi i konkursy zręcznościowe. Staramy się promować hasło, że ruch może zastąpić prawie każde lekarstwo, natomiast żadne lekarstwo nie zastąpi ruchu.

Kolejnym hasłem, które propagujemy we Wrocławiu jest "30 x 130", czyli 30 minut wysiłku, podczas którego nasze tętno dojdzie do 130 uderzeń na minutę.

W pierwszych latach poczynił naszego urzędu i wydziału byliśmy dosyć ignorowani przez media, które chyba uważały, że zajmujemy się pozorną działalnością. Z uwagi na fakt, iż media przekonały się, że urząd rzeczywiście próbuje uruchamiać procesy pewnego systematycznego oddziaływania, obecnie wykazują duże zainteresowanie.

Nie ulega wątpliwości, że kształtowanie stylu życia jest próbą wejścia na poziom decyzyjny człowieka. Tu nie może być żadnych

działań pozornych i jeżeli chcemy, by dzieci zmieniały swój styl życia, to należy zdemokratyzować szkoły i stworzyć warunki bezpieczeństwa, by dzieci mogły i chciały ujawniać swoje potrzeby. Dlatego w procesie kreowania roli samorządu jako głównego animatora promocji zdrowia, trzeba sobie zdawać sprawę, że w niewielkim stopniu ma to oparcie w finansach. Mimo że - zgodnie z tym, na co wskazywał pan min. Krzysztof Kuszewski - ustawy stanowią, że wszystkie szczeble samorządu mają wpisane zadania z zakresu promocji zdrowia i mimo że w ustawach o przeciwdziałaniu narkomanii i wychowaniu w trzeźwości na wszystkie agendy nakłada się zadania z tego zakresu, to jednak należy sobie zdawać sprawę, że nie ma dystrybucji tych pieniędzy. Te zadania jakby są trochę zawieszane. W związku z tym podejrzewam, że występuje szalone zróżnicowanie aktywności i osiągnięć w poszczególnych gminach. Standaryzacja wymaga jednak uruchomienia pewnych środków.

Osobom zainteresowanym służę raportem na temat promocji zdrowia. Bardzo proszę, jest on do wglądu.

***Dr Robert Porzak***

Instytut Psychologii, Uniwersytet Marii Curie-Skłodowskiej

## Środowiskowy program profilaktyczny jako sposób zapobiegania patologiom zdrowotnym i społecznym

### **Wstęp**

Realizacja działań profilaktycznych prowadzonych w oparciu o model wielowymiarowego podejścia do zdrowia uwzględnia aspekt somatyczny, psychiczny, społeczny i osobowy. W diagnozie i planowaniu działań profilaktycznych uwzględnia się sfery: społeczną, epidemiologiczną, behawioralną i edukacyjną. Analiza dotychczas prowadzonych przedsięwzięć profilaktycznych ukazuje ich fragmentaryczność. Prezentowane opracowanie zawiera zalecenia dla skutecznych działań zwiększających aktywność ruchową i promujących zdrowie oraz przykład zintegrowanego Środowiskowego Programu Profilaktyki skonstruowanego w oparciu o powyższe założenia. Program jest adresowany do środowisk o przeciętnym i wysokim wskaźniku dysfunkcji społecznych i zdrowotnych. Obejmuje promocję działań sportowych, aktywizację wychowawczą środowiska rodziców i szkoły oraz zapobieganie uzależnieniom i promocję zdrowia.

### **Wymiary zdrowia**

Wąskie rozumienie pojęcia zdrowia akcentuje jego aspekt somatyczny. Współczesne definicje zdrowia obejmują takie wymiary, jak:

1. Zdrowie somatyczne: obejmuje prawidłowości i wydolność procesów funkcjonowania fizycznego i fizjologicznego. Minimalnym jego wskaźnikiem jest brak dysfunkcji w tym zakresie oraz mieszczą-

ca się w dopuszczalnych zakresach wartości wskaźników wykorzystywanych do oceny poziomu zdrowia somatycznego (np. ciśnienie krwi, morfologia krwi itp.).

2. Zdrowie psychiczne obejmuje subiektywnie odczuwane dobre samopoczucie. W jego zakresie znajduje się adekwatne spostrzeganie i rozumienie rzeczywistości, jakość samooceny, poczucie własnej kompetencji, poczucie adekwatności działań, zadowolenie z siebie oraz poczucie wewnętrznej kontroli. Minimalnym jego wskaźnikiem jest brak depresji.

3. Zdrowie społeczne: obejmuje zaradność społeczną jednostki, a w szczególności umiejętność osiągnięcia celów, wywiązywania się z pełnionych ról, nabywania kolejnych umiejętności umożliwiających przystosowanie się do nowych sytuacji społecznych. Minimalnym jego wskaźnikiem jest odpowiedzialne wywiązywanie się z pełnionych ról społecznych oraz osiągnięcie podstawowych celów życiowych.

4. Zdrowie osobowe: obejmuje te możliwości, uwarunkowania i zdolności, które nie zależą bezpośrednio od warunków życia codziennego. Minimalnym jego wskaźnikiem jest angażowanie się w działania umożliwiające przekraczanie granic aktualnego poziomu rozwoju (Gaś 1998; Salkeld 1998).

### **Sfery diagnozy działań profilaktycznych**

Skuteczny program działań profilaktycznych przystosowany do prowadzenia w obszarze edukacji może powstać wówczas, gdy w trakcie diagnozy, planowania i realizacji obejmujemy uwagę cztery sfery:

1. Sfera społeczna obejmuje identyfikację i redukcję sprzecznych z pozytywnym wzorcem przejawów życia społecznego. Szczególną uwagę zwraca się na przejawy patologii społecznej związane z przestępczością, aktami przemocy, bezrobociem, dezorganizacją życia rodzinnego, kosztami leczenia i rehabilitacji osób z zaburzeniami (Buck, Godfrey, Sutton 1996).

2. Sfera epidemiologiczna dotyczy podstawowych problemów zdrowotnych. Szczególną uwagę zwraca się na określenie i zmniejszenie wskaźników śmiertelności w populacji i podgrupach (w związku z określonymi zaburzeniami), wskaźników zachorowalności dotyczących określonych zaburzeń.

3. Sfera behawioralna dotyczy problemów związanych z zaburzeniami w zachowaniu, a zwłaszcza z wymiarami, które są ważne w danej społeczności. Szczególną uwagę zwraca się na redukcję wpływu konkretnych zachowań (bądź wpływu braku zachowań pro zdrowotnych) na niszczenie zdrowia, utrudnienia w możliwościach zmiany tych zachowań.

4. Sfera edukacyjna obejmuje wymiary związane ze świadomością występowania czynników zagrażających zdrowiu i postawami wobec tych czynników. Szczególną uwagę zwraca się na:

a) usuwanie czynników predysponujących do pojawiania się zaburzeń: brak wiedzy o czynnikach zagrażających zdrowiu i o zachowaniach pro zdrowotnych, negatywne postawy wobec czynników zagrażających zdrowiu wobec zachowań prozdrowotnych, przekonania dotyczące braku związku między zachowaniami prozdrowotnymi a życiem osobistym, zawodowym i społecznym, preferowany system wartości i niska pozycja zdrowia w tym systemie;

b) ograniczanie czynników ułatwiających pojawienie się zaburzeń: brak dostępu środków i zachowań pro zdrowotnych, brak osiągalności środków i zachowań pro zdrowotnych, obniżona akceptacja społeczna wobec zachowań pro zdrowotnych oraz tolerancja dla występowania czynników zagrażających zdrowiu;

c) redukcję czynników wzmacniających pojawienie się zaburzeń, takich, jak negatywne wzorce i wzmocnienia dostarczane przez: członków rodziny, rówieśników, nauczycieli, lekarzy, duchownych, media, społeczeństwo (Cekiera 1993; Gaś 1998; Salkeld 1998).

## **Poziomy działań profilaktycznych**

Działania profilaktyczne prowadzone są na trzech poziomach:



1. Profilaktyka pierwszorzędowa: działania są kierowane do ludzi zdrowych i wspomagają prawidłowe procesy rozwoju fizycznego i psychospołecznego. Celem jest stworzenie warunków wywołujących motywację i umożliwiających utrzymanie i rozwój szeroko rozumianego zdrowia.

Programy działań profilaktycznych opierają się na powszechnie akceptowanych prawidłowościach rozwojowych (fizycznych, psychicznych, społecznych). Procedura ich konstruowania wymaga znajomości potrzeb rozwojowych człowieka z uwzględnieniem wieku, płci, pełnionych ról społecznych i zawodowych, kontekstu środowiska społecznego.

2. Profilaktyka drugorzędowa: działania są kierowane do ludzi, u których pojawiają się pierwsze przejawy zaburzeń (różne w formie i nasileniu). Celem jest tworzenie warunków, w których przy wykorzystaniu aktywności własnej osób będących adresatami działań oraz współdziałaniu środowiska możliwe jest zahamowanie rozwoju zaburzeń oraz powrót do optymalnego poziomu funkcjonowania. Programy działań profilaktycznych zmierzają do powstrzymania powstawania i rozwoju zaburzeń. Opierają się na rzetelnej diagnozie osób i populacji wysokiego ryzyka.

3. Profilaktyka trzeciorzędowa: działania są kierowane do osób, u których występuje już zdiagnozowana choroba somatyczna lub patologia społeczna. Celem jest zapewnienie po lub w trakcie procesu terapii wsparcia w powrocie do satysfakcjonującego i społecznie użytecznego trybu życia. Programy działań profilaktycznych zmierzają do odnalezienia swojego miejsca w społeczeństwie. Muszą uwzględniać uwarunkowania i mechanizmy readaptacji społecznej (Gaś 1998).

Skuteczność przedsięwzięć profilaktycznych wzrasta po pełnym uwzględnieniu przedstawionych wyżej wymiarów zdrowia. Efekty działań profilaktycznych istotnie zwiększa poprzedzenie planowania i prowadzenia programów profilaktycznych rzetelnym, obejmującym wszystkie sfery diagnozy badaniem zapotrzebowania.

Wielopoziomowość, integracja działań adresowanych do powiązanych ze sobą grup odbiorców oraz środowiskowy i długofalowy charakter programu profilaktycznego przy jego wczesnym rozpoczę-

ciu umożliwiają trwałe zmniejszenie ryzyka pojawienia się zaburzeń zdrowia we wszystkich wymiarach. Redukują też znacząco długofalowe koszty opieki medycznej i socjalnej oraz penitencjarnej (Garnofski N., Okma 1996; Gaś 1994).

### **Programy profilaktyczne dla dzieci i młodzieży**

Badania empiryczne pokazują, że czynniki najskuteczniej chroniące młodzież przed wszelkimi dysfunkcjami społecznymi i osobowościowymi, to:

1. silna więź z rodzicami,
2. zainteresowanie nauką szkolną i rozwojem,
3. regularność praktyk religijnych,
4. skłonność do respektowania norm i wartości społecznych (Wojcieszek 1995).

Traktowanie powyższych czynników jako docelowych obszarów działań profilaktycznych może zwiększać efektywność profilaktyki. Kierowanie się nimi prowadzi do ujmowania profilaktyki nie jako reakcji na objawy patologizacji lecz jako dążenia do rozwijania zdrowia. Programy profilaktyczne prowadzone w ostatnich latach nie zawsze respektują przedstawione wyżej założenia.

Przykładem działań profilaktycznych prowadzonych w środowiskach lokalnych jest Środowiskowy Program Profilaktyki Uzależnień realizowany przez Towarzystwo Zapobiegania Patologiom Społecznym "Kuźnia". Program jest realizowany w formie działalności klubowej przeznaczonej dla aktywnie włączanej w jego realizację młodzieży zagrożonej uzależnieniami. Program jest oparty o ocenę zapotrzebowania, zawiera elementy monitoringu działań.

Obejmuje oddziaływanie z zazwyczaj młodzież z jednej dzielnicy miasta (Bronowski 1995). Zbliżone w swej strukturze do działań "Kuźni" programy prowadzą liczne świetlice socjoterapeutyczne i lokalne ośrodki profilaktyczne.

U podstaw Programu Rówieśniczych Doradców wdrażanego przez Fundację "Masz Szansę" leży spostrzeżenie, iż młodzież w okresie kryzysu potrzebuje wsparcia przede wszystkim u swoich rówieśni-

ków. Program jest realizowany w formie szkolenia przygotowującego grupę młodych ludzi ze środowiska jednej szkoły cieszących się zaufaniem rówieśników do udzielania wsparcia, dostarczania informacji oraz kierowania do specjalistów.

Program jest przeznaczony dla młodzieży szkół średnich o przeciętnym poziomie patologizacji. Działania są w założeniu długofalowe, planowane na 3-5 lat. Obejmują także nauczycieli (Gaś 1995). Zbliżone procedurami szkoleniowymi, choć bazujące na nieco węższych celach i ograniczonym horyzoncie czasowym są programy edukacyjne typu "Elementarz" lub "Spójrz inaczej".

Przedstawione powyżej programy są reprezentatywne dla prowadzonych obecnie działań profilaktycznych. W bezpośrednich celach eksponują zazwyczaj tylko jeden wymiar zdrowia. Często też pomijają rodziców jako znaczącą grupę odbiorców.

### **Zalecenia dla planowania działań profilaktycznych**

W oparciu o powyższe analizy można sformułować następujące zalecenia możliwe do wykorzystania przy planowaniu powiatowych i gminnych działań zapobiegających patologiom zdrowotnym i społecznym:

1. Prowadzenie diagnozy zapotrzebowania środowisk lokalnych w oparciu o charakterystykę sfer:

- a) społecznej,
- b) epidemiologicznej,
- c) behawioralnej,
- d) edukacyjnej.

2. Tworzenie funkcji lokalnych koordynatorów sportu i profilaktyki lub uruchamianie zespołów zadaniowych koordynujących działania dotyczące zdrowia, sportu i profilaktyki.

Promowanie działań sportowych, rekreacyjnych, prozdrowotnych i profilaktycznych, które:

- a) są długofalowe,
- b) obejmują kilka sfer zdrowia,
- c) są wielopoziomowe,

d) obejmują kilka grup odbiorców równocześnie, a zwłaszcza zawierają propozycje dla rodzin,

e) są prowadzone w oparciu o szkoły (środowisko rówieśnicze).

4. Prowadzenie monitorowania i ewaluacji zewnętrznej realizowanych przedsięwzięć w oparciu o wcześniej przygotowany, spójny zestaw kryteriów oceny.

### **Projekt zintegrowanego Środowiskowego Programu Profilaktycznego**

Integracja różnych form profilaktyki pierwszo- i drugorzędowej skierowanej do wielu grup odbiorców z ukierunkowaniem na zdrowie i uwzględnienie różnych jego wymiarów jest istotą Środowiskowego Programu Profilaktycznego. Podstawowe cele programu, to:

1. rozwój zdrowia,
2. zmniejszenie społecznych konsekwencji uzależnień,
3. zmniejszenie ryzyka przenoszenia poważnych chorób zakaźnych.

Program obejmuje pracę na terenie szkoły i poza nią a działania realizowane są w trzech ścieżkach poprzez:

1. rozwijanie umiejętności wychowawczych rodziców:

a) warsztat umiejętności wychowawczych obejmujący analizę modelu funkcjonowania rodziny, usprawnianie porozumiewania się w rodzinie, eliminację niekorzystnych i rozwijanie prawidłowych wzorców działania w roli rodzica;

b) weekend rodzinny ukierunkowany na ukazanie możliwości twórczego działania w zakresie aktywnego wykorzystywania czasu wolnego;

c) materiały edukacyjne ukazujące potrzebę i sposoby rozwijania umiejętności wychowawczych oraz zachowania przeciwdziałające powstawaniu i narastaniu w rodzinie różnych rodzajów patologii zdrowotnych i społecznych (Gaś 1998).

2. aktywizację środowiska wychowawczego szkoły:

a) warsztat wrażliwości wychowawczej i umiejętności współpracy z rodziną skoncentrowany na analizie własnych działań wychowawczych, wypracowaniu modelu i umiejętności konstruktywnych działań wspierających ucznia w rozwoju oraz umiejętności włączania rodziców w działania szkoły;

b) warsztat umiejętności przeciwdziałania przemocy i uzależnieniom ukierunkowany na rozwijanie umiejętności rozpoznawania sytuacji nasilających zachowania społeczne i autodestrukcyjne, umiejętności prowadzenia indywidualnego i grupowego kontaktu pomocnego na poziomie szkoły oraz umiejętności kierowania do specjalistów (Gaś 1998; Olweus 1998);

c) warsztat prowadzenia działań twórczych i alternatywnych obejmujący rozwijanie umiejętności przełamywania utrwalonych nawyków i podejmowania innowacyjnych działań obejmujących różne sfery zdrowia;

d) materiały edukacyjne prezentujące prawidłowości rozwoju, przyczyny patologizacji zachowań oraz formy przeciwdziałania im.

### 3. ochronę zdrowia i promocję zdrowego stylu życia:

a) promocja działań sportowych prowadzonych przez szkołę oraz za jej pośrednictwem w innych środowiskach z uwzględnieniem rodzinnego oraz wielopokoleniowego udziału w imprezach;

b) prowadzenie działań ekologicznych w ramach zajęć lekcyjnych oraz w trakcie programów ochrony środowiska;

c) ochrona zdrowia (np. poprzez zwiększanie dostępności diagnozy medycznej lub rozszerzenie szczepień ochronnych).

Adresatem programu są grupy osób wywodzących się ze środowisk o wysokim wskaźniku dysfunkcji społecznych. Korzyści z programu odnoszą przede wszystkim osoby z grup wysokiego ryzyka. Korzyści winna odnieść zwłaszcza grupa dzieci z rodzin z problemem alkoholowym i dzieci z rodzin narkomańskich.

Dzieci te powinny zostać objęte w pełni bezpłatnymi możliwościami korzystania z obiektów i zajęć sportowych i rekreacyjnych oraz bezpłatnymi szczepieniami. Źródła finansowania mogą obejmować środki pochodzące z puli przeznaczonej na profilaktykę alkoholową.

## Wnioski

Przedstawiony program uwzględnia wszystkie sfery istotne dla skutecznej ochrony zdrowia i zapobiegania patologiom społecznym. Obejmuje działaniem:

a) sferę społeczną poprzez znaczną redukcję kosztów leczenia i rehabilitacji (Wiewióra-Pilecka 1998),

b) sferę epidemiologiczną poprzez zmniejszenie wskaźników zachorowalności i śmiertelności zarówno wskutek konsekwencji uzależnień jak i skutków chorób zakaźnych (Bytniewski 1999; Lam, McLaws 1998),

c) sferę behawioralną poprzez rozwijanie umiejętności i zachowań pro zdrowotnych (Salkeld 1998),

d) sferę edukacyjną poprzez rozwijanie świadomości oraz kształtowanie postaw pro zdrowotnych a także poprzez budowanie poczucia współodpowiedzialności za utrzymanie i rozwój własnego zdrowia (Garnefski, Okma 1996; Gaś 1995).

## Bibliografia

1. Bronowski P.: *Środowiskowy program profilaktyki uzależnień. Propozycja oceny skuteczności*. Alkoholizm i narkomania 1995, 2(19), s. 89-95.
2. Bytniewski M.: *Aspekty zdrowotne sportu dzieci i młodzieży. Krajowa federacja, "Sport dla wszystkich", Biuletyn 1, 1999, s. 25-30.*
3. Buck D., Godfrey C., Sutton M.: *Economic and other views of addiction: Implications for the choice of alcohol, tobacco and drug policies*. Drug and Alcohol Review 1996, Vol 15, s. 357-368.
4. Cekiera Cz.: *Psychoprofilaktyka uzależnień oraz terapia i resocjalizacja osób uzależnionych*. Towarzystwo Naukowe KUL. Lublin 1993.
5. Garnefski N., Okma S.: *Addiction-risk and aggressive/criminal behaviour in adolescence: Influence of family, school and peers*. Journal of Adolescence 1996, Vol 19, s. 503-512.
6. Gaś Z. B.: *Psychoprofilaktyka*. Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej. Lublin 1998.
7. Gaś Z. B.: *Młodzieżowe programy wsparcia rówieśniczego*. Wydawnictwo Naukowe SCHOLAR. Warszawa 1995.

8. Gaś Z. B.: *Rodzina a uzależnienia*. Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej. Lublin 1994.
9. Lam L. P., McLaws M. L.: *Hepatitis B vaccination coverage of Vietnamese children in south-western Sydney*. Australian and New Zealand Journal of Public Health 1998, Vol 22, s. 502-504.
10. Olweus D.: *Mobbing - fala przemocy w szkole. Jak ją powstrzymać?* Jacek Santorski and Co. Warszawa 1998.
11. Salkeld G.: *What are the benefits of preventive health care?* Health Care Analysis 1998, Vol 6, s. 106-112.
12. Wiewióra-Pilecka D.: *Koszty leczenia - koszty szczepień*. Gmina 1998, Nr 27, s. 23-24.
13. Wojcieszek K. *Działania profilaktyczne - co się już robi, a co jest jeszcze do zrobienia*. w: E. Stępień, K. Wojcieszek: *Alkohol a polska młodzież*. Raport 1994. PARPA. Warszawa 1995.

**Posel Eugeniusz Klopotek:** Dziękuję bardzo.

Obecnie proszę pana prezesa Mieczysława Borowego o powiędzenie nam, w jaki sposób Federacja "Sport dla wszystkich", czyli jedna z najbardziej masowych organizacji związanych z kulturą fizyczną, realizuje Narodowy Program Zdrowia.

**Mieczysław Borowy**

Prezes Zarządu Głównego Towarzystwa Krzewienia Kultury Fizycznej, Krajowa Federacja „Sport dla Wszystkich”

## Sport i rekreacja dla wszystkich, rola Federacji „Sport dla Wszystkich”

Pragnąłbym rozpocząć moją wypowiedź od pewnego wniosku. Z wielką przyjemnością uczestniczę w tym seminarium, którego tematem jest zwiększenie aktywności ruchowej społeczeństwa. Jednak ze względu na fakt, że jest to pierwsze tego typu spotkanie od wielu lat, które odbywa się na terenie parlamentu, proponowałbym następującą rzecz.

Całą pierwszą część naszego seminarium zdominowała diagnostyka, a wręcz raport o stanie zdrowotności Polaków i kultury fizycznej w Polsce. Dopiero dwa ostatnie głosy mówiły o formach zwiększenia aktywności, natomiast osoby wypowiadające się wcześniej stwierdzały pozytywne lub negatywne przejawy współczesności.

Proponowałbym zatem, żeby sejmowy zespół organizacyjny oraz PKOl, którzy uczestniczyli w zorganizowaniu dzisiejszego seminarium, przygotowali następne seminarium, żebyśmy mogli niedługo się spotkać w celu omówienia przede wszystkim tematyki form programowych zmierzających do zwiększenia aktywności sportowej, form organizacyjnych i strukturalnych oraz systemowych, które mogłyby doprowadzić do zmiany stanu obecnego.

Nie będę zbyt wiele mówił o Krajowej Federacji "Sportu dla wszystkich", ponieważ wszyscy państwo otrzymaliście biuletyn nr 2, gdzie są zawarte informacje o wspólnych dokonaniach wszystkich stowarzyszeń zrzeszonych w Federacji.

Federacja ta jest formą dostosowania się do struktur wspólnej Europy. Obecnie w Europie działa Europejska Federacja "Sportu dla wszystkich". Istnieje również Światowa Federacja "Sportu dla



wszystkich". W listopadzie ubiegłego roku w Barcelonie odbył się Światowy Kongres tej Federacji i otwierał go przewodniczący MKOl Juan Antonio Samaranch.

Pan Jan Błoński, który bierze udział w naszym seminarium, jest przewodniczącym Komisji Sportu Powszechnego i Ochrony Środowiska w Polskim Komitecie Olimpijskim. Skąd takie zainteresowanie PKOl i MKOl sportem masowym, skoro jeszcze kilka lat temu w ogóle nie było w tych kręgach mowy o nim, a miano na uwadze jedynie przygotowania do kolejnych olimpiad? Stało się tak, że pan Juan Antonio Samaranch oraz reszta kierownictwa MKOl zobaczyli, że ta wielka finansowa machina, jaką są olimpiady, ma niewiele wspólnego z hasłem barona de Coubertain, który powtarzał, że uczestnictwo jest ważniejsze od medali.

W związku z tym bardzo się cieszymy z tego, że w Polsce od trzech lat Krajowa Federacja "Sportu dla wszystkich" stanowi demokratyczną płaszczyznę dla wszystkich ogólnopolskich stowarzyszeń, tych, które w statucie mają zapis o krzewieniu kultury fizycznej, dbaniu o biologiczną przyszłość narodu itp. Takie właśnie ogólnopolskie stowarzyszenia przyjęliśmy jako członków do Krajowej Federacji. Chcę powiedzieć, że wszystkie znaczące stowarzyszenia kultury fizycznej są jej członkami.

Pragnąłbym uzmysłwić państwu, że ostatni okres jest bardzo trudny dla polskich stowarzyszeń kultury fizycznej. Sposób przekazywania zadań państwowych dla tych stowarzyszeń w 1998 r. był taki, że te organizacje, które nie miały rezerw finansowych, musiały pozwalniać wszystkich pracowników, zredukować część personelu lub w jeszcze inny sposób radzić sobie w tej trudnej sytuacji.

Jako Towarzystwo Krzewienia Kultury Fizycznej w tym roku nie otrzymaliśmy jeszcze żadnych środków z Departamentu Upowszechniania Kultury Fizycznej UKFiT na nasze zadania. Zadania są przydzielone i podobno mamy przekaz pieniężny, ale nie ma płynności finansowej i realnie nie otrzymaliśmy na nasze konto jeszcze ani złotych.

Sytuacja jest lepsza, jeżeli chodzi o środki specjalne pochodzące z dopłat do gier liczbowych. Pieniądze te są przekazywane w sposób bardziej płynny.

Składałam zatem wniosek, by jednym z postulatów z dzisiejszego seminarium było wyrażenie troski sejmowej Komisji i wywarcie nacisku na administrację, by zadbano o podstawową egzystencję pozarządowych organizacji kultury fizycznej. Bez wolontariatu i bez działaczy społecznych nie będzie masowej i powszechnej kultury fizycznej oraz sportu dla wszystkich.

W dniu dzisiejszym miała miejsce krótka dyskusja na temat Ludowych Zespołów Sportowych. Podobną można by przeprowadzić na temat TKKF, AZS i innych. Stowarzyszenia te działają, ale niestety, nie mogą skorzystać ze wszystkich swoich potencjalnych możliwości, ponieważ brak jest warunków, by organizacje te mogły się rozwijać.

Kolejny problem dotyczy naszych sojuszników. Nie dziwię się, że podczas dzisiejszego seminarium nie padnie głos ze strony Ministerstwa Edukacji Narodowej. Pragnąłbym, żebyśmy wraz z MEN, PFRON, ZUS oraz Ministerstwem Zdrowia i Opieki Społecznej mówili jednym głosem. Już kilka razy wysyłałem wspólne listy intencyjne wraz z kierownictwem ZUS. Miesiąc temu opracowaliśmy właśnie taki list intencyjny, przed podpisaniem porozumienia. Zobaczmy, czy zdążymy z podpisaniem takiej umowy, czy porozumienia, za którym poszłyby środki na realizację określonych zadań.

Krajowa Federacja "Sportu dla wszystkich" działa w dwóch płaszczyznach. Pierwsza z nich to współpraca z centralnymi instytucjami administracyjnymi i ustawodawczymi. Nie będę o tym mówił, bo wszyscy państwo wiecie, że udało się centralnie załatwić m.in. to, iż otrzymaliśmy środki i realizujemy dużą akcję "Kosz w każdym osiedlu".

W ciągu ostatnich trzech lat szkoły, gminy, uczniowskie kluby sportowe, związki sportowe oraz wyznaniowe stowarzyszenia sportowe, które dysponowały utwardzonym terenem, otrzymały bezpłatnie lub za niewielką opłatą kosze do koszykówki. W sumie jest to 2500 boisk z niezniszczalnymi tablicami i obręczami. Dowieźliśmy to

wszystko do Polski, a stowarzyszenia miały to tylko zainstalować. Podobna sytuacja była z zestawami gier ruchowych, namiotami itp.

Przez ostatnie trzy dni odbywał się w Zamościu Festiwal Sportu Dzieci i Młodzieży, a w sobotę miało miejsce międzynarodowe sympozjum na temat "Sport dla wszystkich formą przeciwdziałania patologii społecznych i zdrowotnych". Pozwoliłem sobie przedstawić państwu świeży projekt wniosku z tego sympozjum. Chcielibyśmy je skonsultować z sejmową Komisją Zdrowia i jeszcze raz je wnieść pod obrady sejmowej Komisji Kultury Fizycznej i Turystyki.

Składałem zatem wniosek, by ta ostatnia Komisja zajęła się sprawą patologii, także dlatego, że wszystkie wykresy, które prezentowali nam panowie profesorowie, a dotyczące tej sprawy, niestety pokazują poważne tendencje wzrostowe. Uważam, że powinniśmy zająć się tą sprawą w sposób szczególny.

Chciałbym jeszcze poruszyć kwestię samorządów. Otóż jesteśmy stowarzyszeniem, które przez wszystkich swoich członków ma jedyny w swoim rodzaju kontakt ze wszystkimi gminami w Polsce. Dzieje się tak dzięki temu, że trzy lata temu Departament Upowszechniania Kultury Fizycznej UKFiT poparł naszą inicjatywę drukowania biuletynu Krajowej Federacji "Sportu dla wszystkich" i na nasz koszt dociera on do wszystkich gmin w Polsce.

W tym numerze znajduje się wypowiedź pana prezesa Jacka Dębskiego oraz pana prezesa Jana Kozłowskiego na temat inwestycji, kształcenia kadr, wakacji sportowych, a także innych aktualności.

Poprzedni numer biuletynu, czyli pierwszy tegoroczny wysłałem do starostów i prosiłem o odzew. Nie dziwię się starostom, że go nie otrzymałem. W związku z tym będziemy docierać bezpośrednio do gmin, ponieważ obawiam się, że starostowie nie przekazywaliby biuletynu do gmin.

W drugiej połowie 1998 r. zorganizowaliśmy seminarium dla nowych burmistrzów i wójtów pt. "Rola samorządu w krzewieniu kultury fizycznej". Jego edycje odbyły się w Ciechanowie, Rzeszowie i Katowicach, a dzięki naszemu senatorowi odbyło się również w Akademii Wychowania Fizycznego w Poznaniu sympozjum o charakterze naukowym. Jest to ogromny ładunek informacyjny i dyskusyjny.

Na zakończenie pragnę stwierdzić, że bardzo by nam zależało - i mnie osobiście - żeby przyjmując nasze wnioski z seminarium w Zamościu zorganizowano kolejne seminarium na temat form, systemu kultury fizycznej i wzbogacania tego, co przyczyniłoby się do popularyzacji sportu.

Chodzi o to, by zmusić również inne resorty, na których ciąży ów obowiązek konstytucyjny, o którym mówił pan min. Krzysztof Kuszewski, by go wypełniały. Mam na myśli również PFRON, który w kilkadziesiąt przypadkach wycofuje się z podjętych umów związanych z realizacją inwestycji sportowych. Dochodziło do takich sytuacji, że PFRON podpisał umowę, gminy zabrały się za budowę obiektów, otrzymały 1/3 środków od Totalizatora Sportowego, a następnie wycofywał się jeden z partnerów, czyli właśnie PFRON i inwestycja była wstrzymywana.

**Posel Eugeniusz Kłopotek:** Dziękuję bardzo.

Znaczący wkład w upowszechnianie kultury fizycznej wnoszą organizacje wyznaniowe. Uprzejmie proszę o podzielenie się własnymi doświadczeniami i spostrzeżeniami w tym zakresie ks. prof. Zachariasza Łyko oraz pana dra Zbigniewa Dziubińskiego.

***Ks. prof. Zachariasz Łyko***

Kościół Adwentystów Dnia Siódmego

## Realizacja celu 1 NPZ przez organizacje wyznaniowe

Przede wszystkim chciałbym bardzo serdecznie podziękować za zaproszenie na to seminarium, a równocześnie pogratulować faktu, że zostało ono zorganizowane.

Organizacje wyznaniowe, kościoły chrześcijańskie oraz teologia chrześcijańska pragną wnieść pozytywny wkład w zagadnienia prozdrowotne. Oczywiście na przestrzeni dziejów teologia chrześcijańska była zainteresowana elementem zdrowotnym, zresztą trudno byłoby oczekiwać innych wzorców, gdyby nie wzięło się pod uwagę wzorców tak znakomitych, jakich dostarczył założyciel kościoła chrześcijańskiego, sam Chrystus, który przecież w zagadnieniach zdrowotnościowych i somatycznych miał jakże specyficzny, wzniosły i bardzo pozytywny program.

W jaki sposób kościoły chrześcijańskie, organizacje wyznaniowe oraz teologia chrześcijańska pragną wnieść pozytywny wkład w zagadnienia prozdrowotne? Przede wszystkim w dziedzinie motywacji. Pragną dostarczyć bardzo istotnych elementów natury motywacyjnej, sięgający najwyższych poziomów osobowości ludzkiej, świadomości i sumienia. To właśnie motywacje będą miały ogromne znaczenie, może nie tyle dla ludzi areligijnych czy niewierzących, co dla ludzi wierzących. Jeżeli potraktujemy, że nasze społeczeństwo w ogromnej większości składa się z osób wierzących, to coś prostszego niż dostarczyć temu społeczeństwu motywacji przemawiających do sumień, serc i świadomości.

Bardzo ciekawy trend obserwujemy w dziedzinie teologii. Agiornamento było hasłowym pojęciem II Soboru Watykańskiego, który miał znaczenie dowartościowania pewnych elementów. Ten trend

polega konkretnie na dowartościowaniu ludzkiej somatyki. O ile chrześcijaństwo znajduje się pod bardzo dużą presją dualistycznej koncepcji człowieka wywodzącej się z antyku greckiego, to mimo to widzimy tutaj bardzo ciekawy trend dowartościowania ludzkiej somatyki.

Jeżeli kiedyś mówiło się, że ciało jest to wywodzące się z materii element pewnej negacji, w dodatku nie tyle zasługujący na uznanie, co na pogardę - chociaż nie we wszystkich aspektach tak to rozumiano - to obecnie zaczyna się bardzo poważnie dowartościowywać ludzką somatykę i ludzkie ciało. W tym miejscu odwołam się do najwyższego autorytetu jakim w kościele katolickim jest Jan Paweł II - jest on autorytetem również dla innych kościołów chrześcijańskich - który w swojej nauce społecznej podnosi kwestię tzw. teologii ciała.

Jest to bardzo pozytywny trend, a jeżeli chodzi o zagadnienia natury motywacyjnej, to chciałbym zwrócić uwagę na trzy pryncypia tego typu, które mają znaczenie i konkretny wymiar dla środowisk wyznaniowych tak młodzieżowych, jak i grupujących ludzi dorosłych.

Cóż to jest przykazanie - nie zabijaj? Jeżeli przykazania regulują stosunek człowieka do Boga i stosunek jednego człowieka do drugiego, to regulują także stosunek człowieka do samego siebie. Zatem przykazanie "nie zabijaj" jest to końcowy efekt pewnej drogi. Określa ono pewne zło, które gdzieś się rozpoczyna i gdzieś dramatycznie kończy, niekoniecznie odnosząc się do drugiego człowieka. Oczywiście nie wolno zabijać drugiego człowieka, ale przede wszystkim nie wolno zabijać samego siebie.

Charakterystyczne jest, że ta teologia wskazuje także na początek owej drogi moralnego zła, a jest nim - nienawiść. Może ona przybierać różne formy, w tym wreszcie najbardziej drastyczną, czyli zabójstwo.

Nienawiść jest przeciwieństwem miłości, która ma być źródłem dobra nie tylko dla innych osób, ale przede wszystkim dla siebie. To jest bardzo ciekawy element motywacyjny - nie zabijaj, a od strony pozytywnej - chroń! Chroń życie biologiczne, fizyczne, psychiczne i duchowe. Jakież to wspaniałe rezerwuar motywacji teologicznych dla ludzi wierzących.

Kolejny aspekt sprawy, to przepiękna idea św. Pawła, czyli ciało nie jako więzienie duszy - w przeciwieństwie do greckiego antyku - ale świątynia ducha. Czy nie zauważacie państwo tutaj ogromnego dowartościowania ludzkiej somatyki? Jeżeli ciało ma być świątynią ducha, to znaczy, że należy się o nie troszczyć, by prawidłowo funkcjonowało nie zaburzając funkcji psychicznych oraz duchowych. Jak możliwe jest, by ludzki duch mógł zamieszkiwać w ciele niezdrowym, niesprawnym i zanieczyszczonym przez używki; przy tej dysfunkcyjności naszej somatyki? Oto kolejna wspaniała motywacja.

Kolejny bardzo ciekawy element to tzw. ekspektatywa chrześcijańska na spotkanie z Bogiem. Jest taki fragment w Nowym Testamencie "a cały duch wasz i dusza i ciało niech będą bez nagany na spotkanie z Panem". Chodzi o specjalną troskę o funkcjonalność, niezatrucie - tu istotna kwestia przeciwstawiania się patologiom społecznym, takim jak alkoholizm, narkomania, nikotynizm czy chociażby nadwaga, która często jest rezultatem nieopanowania apetytu - a zatem nie tylko ciało, ale również dusza i psychika z całą swoją cudowną strukturą władz poznawczych, emocjonalnych, decyzyjnych i wolicjonalnych z najwyższym piętrem, jakim jest jaźń, a następnie duch.

Czy nie widzielibyśmy tutaj ideowej orientacji człowieka? Nie jest rzeczą nieważną, jakie człowiek posiada pryncypia ideowe w swoim życiu, bo o ile dla alkoholika najwyższą wartością jest kieliszek, to dla nas jako ludzi rozumnych - wierzących czy niewierzących - najwyższe ideały i wartości niekoniecznie muszą być w tych sferach. Jeżeli chodzi o ludzi wierzących, to istnieją naprawdę wielkie wartości, w hierarchii wartości, które mają przecież ogromne znaczenie motywacyjne.

Tylko dotknąłem pewnych zagadnień, ale sami państwo widzicie, jak wspaniałego wkładu może dokonać teologia chrześcijańska, kościoły i organizacje wyznaniowe w dziedzinę działań prozdrowotnych. Chodzi o wszystko to, co przyczynia się do dobrego stanu zdrowia, a więc także o ruch, o którym mówimy na tym seminarium.

Jest to oczywiście szersze zagadnienie, ale pan dr Zbigniew Dziubiński przeprowadził bardzo ciekawe badania, jak kwestie kultury

somatycznej wyglądają np. w seminariach duchownych. Pan doktor posiada bogate doświadczenie w sprawach kultury fizycznej. Jest on zaangażowany w salezjański ruch sportowy mając kontakty ze środowiskami wyznaniowymi. Obaj jesteśmy pracownikami naukowymi Chrześcijańskiej Akademii Teologicznej. Osobiście kieruję katedrą filozofii i socjologii, stąd moje zainteresowania filozofią zdrowia oraz teologią zdrowia, natomiast od strony praktycznej ogromne doświadczenie ma pan dr Zbigniew Dziubiński, który zresztą napisał na ten temat znakomitą pracę habilitacyjną.



***Dr Zbigniew Dziubiński***

Prezes Salezjańskiej Organizacji Sportowej SALOS

## Realizacja celu 1 NPZ przez organizacje wyznaniowe

Na wstępie chciałbym w imieniu chrześcijańskiego sektora kultury fizycznej serdecznie podziękować organizatorom tego spotkania. Fakt zaproszenia nas jako przedstawicieli tego sektora, jest dla nas wielką nobilitacją i świadczy o tym, że również ten sektor jest postrzegany jako znaczący realizator zadań z zakresu kultury fizycznej.

Moje wystąpienie zacznę od humorystycznego akcentu, a jednocześnie od przesłania. Otóż Jan Paweł II na początku swojego pontyfikatu polecił wybudowanie basenu w swojej letniej rezydencji w Castel Gandolfo. Na wątpliwości, że będzie to bardzo dużo kosztowało, pogodnie odpowiedział: "Pogrzeb papieża oraz konklawe kosztują znacznie więcej". Oczywiście chodziło mu o to, że papież musi być sprawny, zdrowy i żyć jak najdłużej. Jest to dla nas ważne przesłanie i jednocześnie informacja, jak hierarchia kościoła katolickiego podchodzi do spraw kultury fizycznej i zdrowia.

Podczas ostatniej, VII pielgrzymki papieża do ojczyzny, zostawił on przesłanie do całego świata chrześcijańskiego, dotyczący kultury fizycznej. W dniu 6 czerwca br. w Elblągu mówił do zgromadzonych wiernych: "Każdy rodzaj sportu niesie ze sobą bogaty skarb wartości, które zawsze trzeba sobie uświadomić, aby móc je urzeczywistnić. Ćwiczenie uwagi, wychowanie woli, wytrwałość, odpowiedzialność, znoszenie trudów i niewygód, duch wyrzeczenia i solidarności, wierność obowiązkom - to wszystko należy do cnót sportowca.

Zachęcam was, młodych sportowców, żebyście żyli zgodnie z wymaganiami tych wartości, abyście w życiu byli zawsze ludźmi prawnymi, uczciwymi i zrównoważonymi. Ludźmi, którzy budzą zaufanie i nadzieję".

W ten sposób papież określił stosunek kościoła katolickiego do spraw kultury fizycznej i zdrowia. Z jego słów wynika, że nie można być uczestnikiem aktywnych form kultury fizycznej z pominięciem elementu moralnego i społecznego. Trzeba to traktować łącznie, tak by osoba ludzka mogła wzrastać integralnie, we wszystkich płaszczyznach i sferach.

Chciałbym obecnie przejść do doniesienia na temat kultury fizycznej dzieci i młodzieży w ujęciu chrześcijańskim. Oto struktura tego doniesienia: konstytucja chrześcijańskiego sektora kultury fizycznej, motywy działalności. Starłem się ułożyć plan tego doniesienia niejako cały czas mając kontakt z Narodowym Programem Zdrowia, szczególnie z celem 1.

Jeżeli chodzi o strukturę organizacyjną chrześcijańskiego sektora kultury fizycznej, to obecnie działa pięć stowarzyszeń kultury fizycznej o charakterze ogólnopolskim, czyli: Salezjańska Organizacja Sportowa, Katolickie Stowarzyszenie Sportowe, Stowarzyszenie "Parafia-da", Prawosławna Organizacja Sportowa oraz Luterska Organizacja Sportowa.

Zadania z zakresu kultury fizycznej realizują również kościoły chrześcijańskie nie posiadające swoich przedstawicielstw w postaci stowarzyszeń kultury fizycznej. W tym miejscu warto wymienić Kościół Adwentystów Dnia Siódmego, który podczas naszego seminarium jest reprezentowany przez ks. prof. Zachariasza Łyko, Kościół Chrystusowy i wiele innych, które realizują zadania w zakresie kultury fizycznej. Czynią to szczególnie młodzieżowe grupy charyzmatyczne działające w ramach tych kościołów.

Jeżeli chodzi o motywy działalności chrześcijańskiego sektora kultury fizycznej, to zostały tu wyróżnione dwa rodzaje motywów, czyli motywy biologiczne i kulturowe. Są one wspólne dla wszystkich stowarzyszeń kultury fizycznej, ponieważ motywy biologiczne to dobre zdrowie, prawidłowy rozwój fizyczny, wysoka sprawność ruchowa i wydolność fizyczna.

Jeżeli chodzi o motywy kulturowe, są to dobre samopoczucie, przygotowanie do pracy i życia w społeczeństwie, uroda, zapobieganie patologii społecznej.

Motywy charakterystyczne to motywy teologiczne, czyli życie w prawdzie - rozumiane w sposób teologiczny, ukierunkowanie w działalności na dobro, budowanie relacji na zasadzie miłości, korzystanie z wolności i bycie odpowiedzialnym.

Jakie są podstawowe cele działalności chrześcijańskiego sektora kultury fizycznej? Mówiąc w wielkim uproszczeniu cała działalność tego sektora ma charakter pedagogiczny i wychowawczy. Zadania te realizowane są w trzech płaszczyznach.

Po pierwsze, jest to wychowanie w kulturze fizycznej i do kultury fizycznej, po drugie, wychowanie w społeczeństwie i do społeczeństwa, a po trzecie, wychowanie w moralności i do moralności.

Omawiając kwestie celów chrześcijańskiego sektora kultury fizycznej możemy wyodrębnić te płaszczyzny, natomiast w praktyce wychowawczej realizujemy te cele w sposób integralny i jednocześnie, ponieważ nigdy w praktyce nie wyodrębnia się tego tak jak w laboratorium. To są akty wychowawcze, albo proces wychowawczy, podczas którego realizujemy wszystkie wymienione zadania.

Jeżeli chodzi o zadania naszego sektora, wyznaczaliśmy je również na podstawie materiału o celu 1. Narodowego Programu Zdrowia. Chodzi nam zatem o zwiększenie liczby lokalnych stowarzyszeń, objęcie ich działaniami większej liczby osób, zwiększenie zasięgu akcji obozowej, szkolenie animatorów oraz powiększanie infrastruktury kultury fizycznej. Te sprawy są znane.

Prowadzimy coraz intensywniejszą działalność w tych zakresach i przynosi ona coraz lepsze, oczekiwane efekty.

W latach 1996-1998 o około 30% zwiększyła się liczba stowarzyszeń lokalnych. O około 40% zwiększyła się liczba grup ćwiczebnych oraz liczba ich członków. Nastąpiło również zwiększenie o około 35% liczby organizowanych obozów, imprez sportowych i sportowo-rekreacyjnych, a także kursów i szkoleń. Nastąpił przyrost infrastruktury kultury fizycznej. Mogę w tym zakresie wymienić Świętochłowice czy Oświęcim, gdzie Salezjańska Organizacja Sportowa, z którą jestem związany, współpracowała przy budowie hal sportowych, które są obecnie własnością Organizacji. Kolejne hale są w trakcie budowy.

W wymienionych latach nastąpił wzrost poziomu kulturowego, społecznego i moralnego wychowanków, a także nastąpiła poprawa sprawności ruchowej oraz wydolności fizycznej. Zwiększono atrakcyjność przedsięwzięć. Podniesiono również poziom merytoryczny, metodyczny, dydaktyczny i organizacyjny realizowanych zadań, a także zintensyfikowano działalność promocyjną. Co roku wydajemy jedno wydawnictwo w zwartej książkowej formie. Jest to praca zbiorowa. Duża liczba artykułów ukazuje się w czasopiśmie specjalistycznych i innych.

Istnieją również inne efekty naszej działalności. W ramach ciekawostki powiem państwu, że poprzez nasze działania do podręcznika dla diakonów - są to te osoby, które uczą się na ostatnim roku wyższego seminarium duchownego i przygotowują się do święceń kapłańskich - po raz pierwszy został włączony rozdział pt. "Duszpasterstwo sportu". Oznacza to, że diakoni są zaznajamiani z problematyką wychowania sportowego. Jest to bardzo istotne, ponieważ przygotowując w ten sposób przyszłych księży, sprawia się, iż później są oni bardziej skorzy do podejmowania w swoich parafiach działań w zakresie kultury fizycznej.

W wyniku badań przeprowadzonych we wszystkich wyższych seminariach Kościoła katolickiego w Polsce, które miały walor nie tylko poznawczy i diagnostyczny, wprowadzono w tych seminariach obowiązkowe zajęcia wychowania fizycznego. Jest to bardzo korzystny efekt uboczny naszej działalności naukowej i badawczej.

**Posel Eugeniusz Kłopotek:** Bardzo dziękuję wszystkim naszym prelegentom. Obecnie ogłaszam przerwę do godz. 15<sup>00</sup>, kiedy to rozpoczniemy dyskusję. Mam prośbę, żebyśmy starali się przeprowadzić ją na tyle szybko i sprawnie, by termin zakończenia seminarium wyznaczony na godzinę 16<sup>00</sup> został dotrzymany.



# DYSKUSJA



**Posel Eugeniusz Kłopotek:** Mimo że liczba uczestników seminarium po przerwie nieco się zmniejszyła, rozpoczniemy teraz dyskusję, także po to, by w jej trakcie wyjaśnić ewentualne wątpliwości i podzielić się swoimi spostrzeżeniami. Chodzi o to, by na koniec dyskusji dojść do pewnej konkluzji.

Myślę, że istotne jest to, co powiedział mi podczas przerwy pan przewodniczący sejmowej Komisji Zdrowia - realizacja Narodowego Programu Zdrowia była ostatnio omawiana na jej posiedzeniu - mianowicie, że wystąpiła ona z propozycją trzech wniosków. Jeden z nich dotyczy kwestii, by temu Programowi nadać rangę ustawową - w drugim półroczu będzie o tym mowa podczas jednego z posiedzeń Sejmu. Drugi wniosek dotyczy tego, by z tych 18 strategicznych celów wybrać te najbardziej palące, które powinny być realizowane w pierwszej kolejności.

Pan przewodniczący zapewnił mnie, że jednym z priorytetów, bez wątpienia, jest cel 1. Ponadto usłyszałem zapowiedź, że w przyszłym roku na realizację tego programu, prawdopodobnie zostanie uruchomiona kwota 300 mln zł. Lepsze to niż nic.

Jeżeli nałożymy na to wnioski płynące z naszego seminarium, a wszystkie referaty zostaną zebrane w jednej publikacji, to zostaną one rozesłane do wszystkich zainteresowanych, w tym realizatorów określonych zadań. Będziemy, przynajmniej w sposób okresowy, wracać do omawianych dzisiaj kwestii i sądzę, że możemy oczekiwać konkretnych efektów naszych dzisiejszych obrad.

W tym momencie otwieram dyskusję. Uprzejmie proszę o przedstawianie się, ponieważ wypowiedzi państwa trafią do protokołu.

**Dr Paweł Goryński:** Chciałbym nawiązać do posiedzenia Komisji Zdrowia, którego tematem była realizacja Narodowego Programu Zdrowia. Wypowiadał się tam pan dr Melibruda z Polskiej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, który wyraźnie deklarował, że jego instytucja ma bardzo rozwinięte struktury na wszystkich szczeblach administracji włącznie z gminami. Deklarował on również, że działania pracowników Agencji mogą być rozszerzone na działania



dotyczące promocji zachowań prozdrowotnych, m.in. w kierunku 1. celu Narodowego Programu Zdrowia.

Wraz z jednym z celów Narodowego Programu Zdrowia, czyli redukcją konsumpcji czy też zmianami struktury spożycia alkoholu, można również propagować zachowania pozytywne związane z realizacją celu nr 1, a struktury Agencji pana dra Melibrudy mogłyby zostać wykorzystane w tym celu. Istotne jest to, że instytucja ta posiada znaczne środki, w przeciwieństwie do pozostałych.

**Przedstawiciel Mazowieckiego Centrum Zdrowia Publicznego Krzysztof Dziubiński:** Wydaje mi się, że niezwykle ważnym elementem w tym punkcie Narodowego Programu Zdrowia, w momencie rozdziału i angażowania środków, jest uwzględnienie relacji koszt - efekt. Wiemy na podstawie wielu innych przykładów, że jeżeli jakieś działanie mieści się w ramach tzw. tematu - w danym przypadku chodzi o zwiększenie aktywności ruchowej społeczeństwa - to wtedy możemy pożytkować te finanse w różny sposób, np. budując trzy sale gimnastyczne.

Kwota, która pozwoli na wybudowanie trzech sal gimnastycznych, spowoduje poprawę aktywności ruchowej u 5-10 tys. osób. Musimy zatem dokonać prostego rachunku, dzieląc tę kwotę przez tę liczbę osób, co więcej - powinniśmy starać się udowodnić, w możliwie zasadny merytorycznie sposób, o jaki procent poprawi się stan zdrowia tych 5-10 tys. osób.

Chodzi o to, żebyśmy z chwilą, gdy będziemy podejmowali dysponowanie środkami, realnie zastanowili się, czy środki te będą służyły populacji kraju, jednego województwa, jednego powiatu, czy też jednej gminy.

Drugi element jest następujący. W nawiązaniu do tego, co przed chwilą powiedział pan dr Paweł Goryński, pragnę stwierdzić, że jest to kwestia integrowania pewnych działań z zakresu zdrowia publicznego na danym terenie. Obserwujemy to od lat w układzie gminnym i jest to równoległość szeregu działań, które w efekcie zmierzają do tego samego. Wiadomo przecież, że zwiększenie aktywności ruchowej

w jakiś sposób wpłynie na zmniejszenie konsumpcji narkotyków, poziomu cholesterolu itd.

Mazowieckie Centrum Zdrowia Publicznego występuje z koncepcją, którą zresztą zaczyna realizować bez wielkich haseł, polegającą na budowaniu w sposób ciągły czegoś, co nazywamy Mazowieckim Programem Zdrowia. Polega on na tym, by poszczególne działania w danym terenie miały miejsce w ścisłym związku z władzami samorządowymi, odpowiadały na rzeczywiste zapotrzebowanie - czytaj: epidemiologia takich czy innych schorzeń. Chodzi również o to, żeby środki te były angażowane w program zdrowia danego terenu, oczywiście z uwzględnieniem wszystkich elementów Narodowego Programu Zdrowia.

**Prezes Szkolnego Związku Sportowego, Zbigniew Cendrowski:** Względy czasowe nakazują mi zwięzłość wypowiedzi, tak więc potraktuję zagadnienie тезowo.

Po pierwsze, sędzę, że wysoka pozycja aktywności fizycznej w różnych strategicznych dokumentach jest sprawą bardzo istotną, ale jest to zwycięstwo pozorne. Moim zdaniem, nie przekłada się to w żaden sposób na praktykę, czyli traktowanie aktywności ruchowej jako najpotężniejszego remedium zdrowotnego. Niedawno gościł w Polsce chyba najlepszy na świecie fizjolog ruchu prof. Astrand. Zdaje się, że pan dr Paweł Goryński również miał przyjemność wysłuchać jego wspaniałego wykładu.

Niezależnie od tego, że my bardzo dużo i dobrze mówimy o aktywności fizycznej, to jednak ze świata wciąż dobiegają nas wieści o wspaniałych osiągnięciach w tym zakresie. Prof. Astrand mówił m.in. o pracy z osobami powyżej 85 roku życia. Do niedawna w Polsce mówiło się, że jak miążdżycza już się rozpoczęła, to nic nie może jej zatrzymać, a obecnie wiadomo, że pod warunkiem podjęcia procedury aktywności fizycznej i odpowiedniego odżywiania, ona się cofa. To jest wspaniały argument dla ludzi skazanych na tę chorobę. Dotyczy to również osteoporozy oraz wielu innych schorzeń.

Myślę, że źle się stało, iż pobyt prof. Astranda w Polsce został nie zauważony i na spotkaniu z nim nie byli obecni ludzie, którzy powinni

wysłuchać jego wykładu. Myślę, że byłoby znakomicie, gdybyśmy kiedyś zgromadzili polityków i specjalistów, a także wszystkich tych, którzy zajmują się promocją zdrowia, po to, by wysłuchać tego wspaniałego człowieka i naukowca, który zresztą jest w bardzo zaawansowanym wieku, a mimo to jego kondycja fizyczna i intelektualna jest znakomita.

Myślę, że zdobycie wysokiej pozycji dla aktywności fizycznej jest dopiero przed nami. Obracam się również w środowisku kardiologów i wydawałoby się, że tam aktywność fizyczna zdobyła sobie należną pozycję, ale okazuje się, że mówi się o niej marginalnie przy poruszaniu tematu cholesterolu i otyłości, tymczasem trzeba wyraźnie mówić, że czołowym czynnikiem ryzyka chorób układu krążenia, a nawet chorób cywilizacyjnych jest hipokinezja. To przedstawiciele nauki o kulturze fizycznej powinni walczyć o to, by na liście czynników ryzyka wprowadzić brak aktywności fizycznej. Dałoby to nam potężny argument teoretyczny.

Jest jeszcze inna kwestia. Być może trochę przejawiam, ale wydaje mi się, że realizujemy nieco fałszywy model aktywności fizycznej. Model ten w naszym kraju jest oparty na kardynalnej formule organizacyjnej, jaką jest rywalizacja i współzawodnictwo. To jest model fałszywy, jakkolwiek nie jest to zdanie przeciwko sportowi. Sport jest wspaniałym zjawiskiem. Sam kilka dni temu startowałem w Biegu Lechitów i przywiozłem stamtąd cały worek nagród. Tam rywalizacją rządzą zupełnie inne prawa, natomiast te, które standardowo obowiązują powodują, że nauczyciel patrząc na grupę kilkudziesięciu uczniów ocenia "Ten mi się nada do koszykówki, ten do siatkówki, a tamten jeszcze do jakiejś innej dyscypliny sportu", a reszta praktycznie nie nadaje się do niczego.

Reasumując, nie da się za pomocą modelu rywalizacyjnego dać satysfakcję wszystkim uczestnikom, a tylko niewielkiej ich części. Musimy ten model uparcie przemodelowywać i go zmieniać. Jego funkcjonowanie powoduje, że w pedagogice operuje się absolutnie fałszywym hasłem "bądź lepszy". Jeżeli pada takie hasło, to natychmiast prowadzi do sytuacji, że musi być jakiś gorszy, a przecież logiczne jest, iż tych gorszych musi być więcej. Z kolei oznacza to, że

ów gorszy, któremu kolejny raz nie udało się znaleźć na podium, czy chociażby w jego pobliżu, nie nabierze nawyków związanych z aktywnością ruchową. Po prostu świat tej aktywności będzie dla niego obcy, a wręcz wrogi.

Stąd pojawiają się takie fenomeny, że młodzież gra w szkole w gry zespołowe i przynosi jej to pewne okolicznościowe profity, a po tym, jak ta młodzież kończy szkołę, wszelka aktywność ruchowa się urywa - widać to na prezentowanych wcześniej wykresach - bo potem nie ma już okazji do uprawiania sportu.

Kolejny problem to sposób, w jaki we wszystkich programach telewizyjnych prezentujemy aktywność sportową. Wspólnie z Instytutem Kardiologii prowadzimy programy dla osób trzeciego wieku. Pokazywane są programy telewizyjne, w których na ekranie ćwiczą młode dziewczyny, ale czy którakolwiek z pań w okolicach 40 roku życia potrafi się na nich wzorować, albo przynajmniej są one dla niej jakąś zachętą?

Oczywiście tak nie jest, ponieważ te panie uważają, że to co pokazuje się w tych programach, jest wyłącznie do oglądania, a nie do robienia. To nie pierwszy zarzut pod adresem środków masowego przekazu, że pokazują na sport do oglądania, a nie taki sport, który można rzeczywiście uprawiać.

Musimy sobie zdać sprawę, że w Polsce funkcjonuje wiele fałszywych stereotypów, dotyczących kulturowej roli sportu. Mówi się np. sport przeciwdziała agresji. Otóż nieprawda - wszystkie badania przeprowadzane ostatnio na świecie np. badania z zakresu psychologii społecznej prowadzone przez Aronsona i innych, mówią, że tam, gdzie pojawia się rywalizacja i współzawodnictwo, poziom agresji wzrasta, zarówno u tych, którzy biorą czynny udział w zawodach, jak i u tych, którzy je oglądają. To nie znaczy, że dotyczy to wszystkich przypadków, ale ich procent jest na tyle znaczący, że ten niepokój jest uzasadniony.

Jest tak, że akademie medyczne kształcą lekarzy klinicystów, a akademie wychowania fizycznego kształcą wspaniałych nauczycieli, ale jednak o duszy trenerskiej. To jest jeden z podstawowych problemów i gdy rozmawiamy z nauczycielami wf, wyrażają oni ocenę, że

zdrowie to oczywiście wspaniała rzecz, ale jednak chodzi o jak najlepszy wynik sportowy.

Nie jest to zarzut pod czymkolwiek adresem, a na pewno nie pod adresem akademii wychowania fizycznego, które są jednymi w świecie i kształcą wspaniałą kadrę szkoleniową. Jest to jednak zadanie dla nas wszystkich, chodzi mi o przemodelowywanie pewnego poglądu na rolę kulturową sportu.

Chciałbym wygłosić jeszcze związane uszczegółowienie pewnych problemów. Otóż wydaje mi się, że jeżeli moglibyśmy sformułować naczelne zadanie dla nas jako superliderów kultury fizycznej wiodących innych ku realizacji tego celu, to powinna nam przyświecać pewna wspaniała kardynalna zasada, którą staramy się wszędzie krzewić. Brzmi ona: "Jeżeli chcesz zrobić coś dla innych, to przede wszystkim zrób to dla siebie". Jeżeli to się potrafi, wszystko inne będzie proste. Jest to kluczowa zasada dla szkół, nauczycieli, rodziców, wychowawców, liderów, księży oraz dla wszystkich innych, którzy z tytułu funkcji społecznej, wykonywanego zajęcia lub ze względu na powołanie mają lub chcą mieć coś do powiedzenia innym. Najważniejsze jest zatem realne zaistnienie armii liderów zdrowego stylu życia, która będzie prowadzić innych ku temu celowi.

**Prof. Janusz Charzewski:** Obserwuję nasze zgromadzenie z pewnym smutkiem, ponieważ widzę, że na sali obrad znajduje się zaledwie dwóch, a może trzech - nie jestem pewien, bo nie znam wszystkich - członków sejmowej Komisji Kultury Fizycznej i Turystyki. Nie widzę również przedstawicielki Ministerstwa Edukacji Narodowej.

Czy to seminarium jest po to, żebyśmy siebie nawzajem przekonywali do spraw, co do których jesteśmy prawie w 100% zgodni? Gdzie jest przedstawiciel UKFiT, bo pani dyrektor Barbara Wybraniec przed chwilą jeszcze była, ale chyba już wyszła.

Panie przewodniczący, ja sobie tylko na marginesie dywaguję. Pan z tym robi, co pan zechce, ale ja uważam, że przynajmniej 3/4 składu Komisji powinno być tu obecne. Łącznie z panem posłem Jó-

zefem Bergierem, który przecież zamierza się habilitować. Ja mu nie zapomnę tego, że go tu nie było.

Chcę zwrócić uwagę na to, że jesteśmy po to, by poszukiwać jakichś recept. Nie da się wszystkiego od razu wypracować, ale być może nasze obrady jednak coś dadzą, natomiast niepokoją mnie inne sprawy i adresuję to do pana przewodniczącego jako do posła. Jeżeli to, co mówimy o aktywności ruchowej i jej znaczeniu, odniesie pan do rzeczywistości, to pragnę zapytać się, jak to, co robimy koreluje z reformą służby zdrowia i tymi wspaniałymi pociągnięciami, w związku z którymi - co nie jest zgodne z konstytucją - ludziom będzie się leczyło bezpłatnie jedynie zęby nr 1, 2 i 3. Reszta jest nieważna, bo ich nie widać.

Mógłbym wymienić wiele innych ułomności, które już istnieją, łącznie z uniemożliwianiem dostępu do lekarza. Nie zapominajmy o tym, że społeczeństwo to nie tylko dzieci i młodzież, ale również dorośli w różnych kategoriach wiekowych. Co to za dbanie o ich zdrowie, gdy z jednej strony nakłaniamy te osoby do aktywności ruchowej, a z drugiej strony uniemożliwia się bezpłatny dostęp do lekarza i do badań profilaktycznych.

Nie chcę mówić o różnych drobiazgach, które sobie wynotowałem, ale przeraża mnie, że my tu wykonujemy rozmaite ruchy, a tymczasem reforma służby zdrowia wprost łamie konstytucję. Można podyskutować również na temat różnorodnych następstw reformy systemu edukacji.

Jeżeli ktoś ma tutaj uchwalić jakąś deklarację, to niech znajdzie się w niej ogólny zapis, że człowiek jest godzien szacunku na każdym etapie swojego życia, od prenatalnego do późnej starości. Powinien on być szanowany i należy o niego dbać. Zdaję sobie sprawę z realiów finansowych, ale uważam, że w zakresie opieki zdrowotnej są popełniane rzeczy straszne, a to dokładnie współgra z tym, o czym mówimy. Można sobie wyobrazić sytuację, w której będziemy chcieli poprawić sprawność młodego człowieka, a tymczasem będzie on bez zębów itd.

Nie chcę rozwijać tego tematu, natomiast chodzi mi o zasygnalizowanie, że pewne nasze działania nie korelują z tym, co się wokół

dzieje. Nie wie lewica, co czyni prawica, i proszę tego zdania nie odbierać w aspekcie politycznym, ale źle się dzieje w państwie polskim. Zwracam na to uwagę i proszę mi wierzyć, że środowisko intelektualne, które reprezentuję, myślę w sposób bardzo podobny, aczkolwiek nie zawsze ma okazję wyjść na mównicę i powiedzieć co trzeba. Mimo że nie jestem posłem, chętnie bym to zrobił, gdyby mnie tam wpuszczono.

**Posel Eugeniusz Kłopotek:** Pozwolę sobie tylko zwrócić uwagę, że dla członków Komisji Kultury Fizycznej i Turystyki nie było regulaminowego obowiązku uczestniczenia w tym seminarium. Sądzę, panie profesorze, że nawet, gdy dyskutujemy w gronie osób bezpośrednio zainteresowanych, to czynimy to także po to, by wzmocnić samych siebie w tym, co robimy. Okazuje się, że zgodnie z tym, co mówił pan profesor oraz inni uczestnicy seminarium, nigdy tego nacisku nie jest za dużo. Naszym podstawowym obowiązkiem jest, by bez przerwy wpływać na to, jak do spraw kultury fizycznej podchodzą posłowie, poszczególne resorty oraz inne organy państwowe.

Ostatnio miała miejsce spora konsternacja na posiedzeniu sejmowej Komisji Kultury Fizycznej i Turystyki, kiedy omawialiśmy temat sportowych wakacji dzieci i młodzieży. Z niedowierzaniem przyjęliśmy informację, że Ministerstwo Edukacji Narodowej w bieżącym roku na terenie całego kraju przeznaczyło na tę akcję zaledwie 50 tys. zł. Chyba lepiej, żeby resort edukacji nie przeznaczył żadnej sumy, przynajmniej nie byłoby tej konsternacji.

W tym tygodniu spotykamy się z kierownictwem MEN, by porozmawiać na ten temat.

Całą tę sprawę należy potraktować jako sygnał, że często dużo mówimy i wiele chcemy zrobić, ale gdy przychodzi do praktycznej realizacji, okazuje się, że niektóre działania idą w zupełnie odwrotnym kierunku.

**Dr Krzysztof Kuszewski:** Polemizując z panem profesorem, chciałbym stwierdzić, że jeżeli spojrzaloby się na ustawę o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym, to art. 31b stanowi, że kasa chorych

realizuje uprawnienia ubezpieczonego do świadczeń na rzecz zachowania zdrowia, zapobiegania chorobom i wczesnego wykrywania chorób poprzez propagowanie zachowań zdrowotnych, zachęcanie do indywidualnej odpowiedzialności za zdrowie itd.

Wygląda to zatem w ten sposób, że konstytucja, ustawa o samorządzie i ubezpieczenie sobie, a życie sobie.

Druga kwestia to, czy trzeba mieć środki centralnie, czy też trzeba je mieć zdecentralizowane. Jeżeli doprowadzamy do sytuacji, że mówimy, iż są pieniądze na realizację Narodowego Programu Zdrowia, np. w Ministerstwie Zdrowia i Opieki Społecznej, Ministerstwie Edukacji Narodowej czy gdzieś indziej, ale centralnie, to ludzie mówią "to może my poczekamy, aż dostaniemy na coś pieniądze, ale na razie ich nie mamy i nie poszukamy sami, bo pieniądze te są gdzieś wyżej".

Z kolei, gdy przekazujemy zadania samorządom, co już się stało, a za tym nie idą pieniądze, to taka sytuacja również nie jest właściwa. W związku z tym mam następującą pozytywną propozycję. Tak należy do tego podchodzić, bo inaczej wpadamy w ton krytyki, która nie posuwa spraw do przodu. W tym roku nie ma zbyt wiele pieniędzy w kasach chorych, przeznaczonych na promocję zdrowia. Nie ma pieniędzy także na inne cele, o czym możecie się państwo przekonać na podstawie relacji środków masowego przekazu. W związku z powyższym jest propozycja adresowana do kas chorych, która może zostać złożona także przez nasze grono, by organizacje pozarządowe i samorządy lokalne, które wykonują jakąś pożyteczną pracę w dziedzinie promocji zdrowia, wzięły udział w swego rodzaju konkursie. Tych pieniędzy nie jest wiele, pan przewodniczący mówił o tych 50 tys. zł na sportowe wakacje, wobec tego te drobne sumy należy potraktować jako premie dla tego, kto np. zorganizuje najlepsze sportowe wakacje.

Rozmawiałem z zarządem kas chorych i powiedziałem "nie róbcie sobie wstydu i przynajmniej ufundujcie nagrody dla samorządu lub organizacji, które najlepiej zorganizują jakąś akcję". Tak sobie wyobrażam jedną z możliwości pozytywnego działania w dziedzinie kultury fizycznej.

Na zakończenie chciałbym wrócić do tej deklaracji, czy też apelu, który zgodnie z naszym zamiarem chcielibyśmy sformułować i wysto-



sować jako wynik prac tego seminarium. Za chwilę otrzymają państwo projekt takiego apelu. Spróbowaliśmy to, co sformułowano na seminarium w Zamościu, poszerzyć o przemyślenia z dzisiejszego spotkania. Mam propozycję, by ten apel, po uzgodnieniach z prezydiami obydwu Komisji sejmowych, mógł zostać opublikowany. Wydaje mi się to istotne o tyle, że wciąż zgłaszane są słuszne wnioski, które należałoby w takiej publikacji uwzględnić.

**Posel Eugeniusz Kłopotek:** Sądzę, że ta propozycja jest dla wszystkich do przyjęcia. Gdy zbierzemy cały materiał dzisiejszego seminarium, z pewnością zostanie opublikowana odpowiednia deklaracja czy też apel.

**Dr Krzysztof Dziubiński:** Nie mam wątpliwości, że to jest dobry pomysł, by wprowadzić ów element, który ułatwi kasom chorych dysponowanie tymi małymi środkami na zasadzie refundowania kosztów akcji, które już zostały zrealizowane, natomiast w ramach Mazowieckiego Programu Zdrowia również proponujemy w rozmowach z kasami chorych innego typu przełożenie. Chodzi o to, by kasy chorych zakupywały lokalne programy promocji zdrowia - nawet na szczeblu gminy - które będą merytorycznie odpowiadały wszystkim wymogom. Co więcej, jedynym kupującym ten program nie będzie kasa chorych, natomiast będzie ona współfinansującym ten program.

W tym współfinansowaniu będzie uczestniczyła gmina, kasa chorych oraz ci, którzy są beneficjentami zysków i korzyści płynących z realizacji programu promocji zdrowia, np. firmy ubezpieczeniowe.

**Posel Eugeniusz Kłopotek:** Myślę, że to jest dobra propozycja. Proszę, żebyśmy nie zapomnieli o niej w trakcie redagowania dokumentów dzisiejszego seminarium. Z pewnością warto przemyśleć tę propozycję.

**Dr Paweł Goryński:** Nawiązując do tego, co powiedział pan dr Dziubiński, chciałbym przypomnieć, że miesiąc temu chyba pan dyr. Pinkas, mówił na zebraniu w Jachrance, że kasa chorych jest gotowa

ogłaszać konkursy na tego typu programy. Wiązałoby się to z finansowaniem tych najlepszych programów.

Chciałbym jeszcze zwrócić państwa uwagę na zagadnienie dotyczące tej najprostszej aktywności fizycznej. W swoim nowym programie strategii Zdrowie XXI, Światowa Organizacja Zdrowia, jej biuro europejskie, zwraca uwagę, że jedną z form aktywności jest jazda na rowerze. To jest wyraźnie zapisane w tej strategii na XXI wiek. Dysponujemy danymi Głównego Urzędu Statystycznego na temat sprzedaży rowerów w naszym kraju. Widzimy, że ostatnio z powodu kryzysu naszego przemysłu nastąpił spadek, ale następnie import spowodował bardzo poważny wzrost sprzedaży rowerów. Sprzęt ten jest używany, ale widzimy to tylko w weekendy, gdy Polacy udają się jeździć do lasu, natomiast, mimo że cały czas słychać apele o budowę ścieżek rowerowych, my też powinniśmy starać się o to, by Polacy zaczęli każdego dnia przynajmniej przez pół godziny jeździć na rowerze. Przyjeżdżając codziennie do pracy i z niej wracając zapewnimy sobie niezbędną dawkę aktywności, szczególnie, jeżeli chodzi o starsze osoby.

**Dr Władysław Sidorowicz:** Bardzo mi się podobało wystąpienie pana prezesa Cendrowskiego, ponieważ w całej rozciągłości pasuje ono do ideologii kreowania u dzieci uczucia radości z ruchu. Przełamanie stereotypu rywalizacyjnego, który jest głęboko zakorzeniony zwłaszcza u osób kształconych w akademii wychowania fizycznego, jest niezwykle trudne.

Słuchałem bardzo ostrego wystąpienia pana profesora na temat praktycznych aspektów reformy ochrony zdrowia. Osobiście byłbym ostrożniejszy przy formułowaniu diagnozy, tego co dzieje się w związku z ochroną zdrowia. Pochodzę z regionu, w którym kasa chorych ma najniższe dochody. Są one na poziomie około 80% ubiegłorocznych wydatków. Tak są planowane dochody tej kasy. Mimo wszystko, jako przewodniczący Komisji Zdrowia Sejmiku Dolnośląskiego oraz jako lekarz miejski Wrocławia widzę, że wprawdzie w pierwszych miesiącach było sporo bałaganu, ale teraz sytuacja się

zmienia. Stabilizuje się dostęp do lekarzy, a intensywność ich pracy znacznie wzrosła. Poprawił się również dostęp do specjalistów.

Dysponuję sprawozdaniami ilościowymi z ostatnich dwóch miesięcy i mogę stwierdzić, że nawet w regionie, w którym pieniędzy jest najmniej, sytuacja jednak się poprawia. Nie twórzmy zatem czarnego obrazu, bo on coraz bardziej rozmija się z rzeczywistością.

Co do samej zasady przejścia z finansowania instytucji na finansowanie świadczeń, co czyni kasa chorych, jest jednak próbą postawienia tego z powrotem na nogach. Nie mogą się utrzymać instytucje, które mają poziom popytowy na wysokości 20-30%, a takie wciąż jeszcze funkcjonują.

W związku z powyższym zostawiłbym na boku kwestię reformy zdrowia. We Wrocławiu mamy raczej problemy z sensownym spożyciem środków, które mamy z alkoholu i z budżetu miasta. Mimo że Wrocław wychował sporą grupę liderów promocji zdrowia oraz zapobiegania uzależnieniom i mimo że od wielu lat konsekwentnie próbujemy szkolić duże grupy nauczycieli, to żeby zbudować sensowne programy, które nie miałyby tylko charakteru akcyjnego, ale byłyby próbą zakorzenienia tych dobrych nawyków, istotą nie jest problem finansowy, ale zupełnie inny, dotyczący np. jakości kadry oraz procesu edukacyjnego.

Dlatego też powołaliśmy we Wrocławiu, we współpracy z Akademią Wychowania Fizycznego, Studium Promocji Zdrowia. Liczymy na to, że zwiększy się liczba osób potrafiących przejąć rolę liderów w siedliskach, czyli tam, gdzie ludzie realizują swoją egzystencję. Chodzi zatem o ten siedliskowy model jakości życia.

**Przedstawiciel PKOl, Jan Błoński:** Tak się składa, że zawsze zdarzało mi się pracować w sytuacjach prawie szyfowych i realizować programy, które patrząc z perspektywy czasu, powinny mieć wymiar długofalowy.

Gdy słuchałem państwa wypowiedzi, przypomniła mi się historia, którą przeżyłem. Dotyczy ona fragmentu mojego życiorysu związanego właśnie z Wrocławiem oraz z prowadzonymi, w ramach

Związku Młodzieży Wiejskiej, w którym wówczas pracowałem, zajęciami szkoły zdrowia.

Byłem wówczas przewodniczącym Zarządu Powiatowego ZMW we Wrocławiu i pamiętam, że prowadziliśmy około 20 szkół zdrowia. Pamiętam również pana dra Mazura, który tłumaczył polskim kobietom, mieszkankom jakiejś wsi koło Kątów Wrocławskich, kwestie związane ze szkodliwością palenia tytoniu. Pan doktor na koniec wykładu wyjął papierosa i zapalił. Jak dziś pamiętam, jaką to wywołał konsternację.

Mówię o tym dlatego, że podczas dzisiejszych dyskusji poruszamy się w sferze narosłej przez lata obyczajowości i bardzo łatwego stylu życia. Styl ten był podatny na wzorce, które były lansowane w układzie świadomości i podświadomości. Proszę sobie przypomnieć słynny film z Humphreym Bogartem pt. "Casablanka", który właściwie jest festiwalem palenia tytoniu. Musimy zdać sobie sprawę, że proces, o którym mówimy musi, być długotrwały i obliczony na zmianę zachowań i obyczajowości społecznej.

Nie powinniśmy być sfrustrowani faktem, że rozmawiamy o tym wszystkim w gronie przekonanych. Dla mnie osobiście dzisiejsze seminarium jest czymś niezwykle pożytecznym, ponieważ ja naprawdę zostałem intelektualnie doładowany - przepraszam za to określenie - pewną wiedzą, refleksjami i wartościami, które z pewnością przydadzą mi się podczas motywowania i kształtowania pewnych zachowań społecznych.

Sądzę, że cennym rezultatem naszego dzisiejszego panelu, bo przecież jest to panel, będzie znalezienie klucza do wyjścia poza własne grono. Faktem jest, że niewielu było dzisiaj z nami dziennikarzy, ale było tu kilka osób, które zajmują się publikowaniem informacji.

Apeluję, żebyśmy wspólnie - mam na myśli komisje sejmowe, UKFiT, PKOl oraz instytucje monitoringu i ochrony zdrowia - spożytkowali efekty dzisiejszego spotkania poprzez upowszechnienie materiału, który został dzisiaj zaprezentowany. Uważam, że 500 lub 1000 egzemplarzy, które powstanie w wyniku naszego seminarium, musi trafić do właściwych adresatów. Publikacja ta powinna stać się bodźcem dla wychowawców, nauczycieli wf itp. Powinna ona trafić

również do lekarzy, środowisk kształcenia medycznego, a także środowisk kształcenia akademickiego w zakresie kultury fizycznej.

Powinniśmy komplementarnie docierać z informacją o potrzebach w zakresie kultury fizycznej i promocji zdrowia, ponieważ interdyscyplinarny sposób patrzenia na te zagadnienia, z pewnością przyniesie konkretne efekty.

Powtórzę to, co powiedziałem w momencie otwierania dzisiejszego seminarium, otóż gdy traktujemy nasze działanie indywidualnie, osiągamy oczywiście jakieś efekty, ale najwyższy czas, by połączyć nasze wysiłki tworząc wspólne formy działania. Jest to szansa rozwoju i uzyskania wpływu na jakościową zmianę efektów naszej pracy.

**Posel Eugeniusz Kłopotek:** Dziękuję bardzo. Czy ktoś z państwa chciałby jeszcze zabrać głos? Nie widzę, wobec powyższego przejdę do krótkiego podsumowania naszego seminarium.

Przede wszystkim chciałbym bardzo gorąco podziękować za państwa wytrwałość i cierpliwość. Dziękuję wszystkim prelegentom za przygotowanie i przedstawienie nam bardzo ciekawych materiałów i spostrzeżeń.

Niewątpliwie wynika z nich wniosek, że na drodze do zwiększenia aktywności ruchowej naszego społeczeństwa mamy jeszcze wiele przeszkód, a droga ta jest uciążliwa i daleka. Sądzę, że klucz do skutecznego działania tkwi przede wszystkim w nas samych. Chodzi o to, żebyśmy przekonali się co do tego, że warto się poruszać.

Uważam również, że klucz do sukcesów w realizacji strategicznych celów Narodowego Programu Zdrowia, tkwi w decyzjach wszystkich organów i szczebli władzy, rozumianej jako publiczna władza państwowa i samorządowa.

Myślę, że bardzo wiele do zrobienia mają jeszcze organizacje i instytucje, które na co dzień zajmują się problematyką zdrowia, kultury fizycznej, a także wychowania. W związku z tym cały czas kieruję moje myśli ku trzem strategicznym, w tym zakresie resortom, czyli MEN, MZiOŚ oraz UKFiT.

W hasło "ruszajmy się bez względu na wiek, w każdym czasie i o każdej porze" jest - moim zdaniem - ujęte wszystko to, na czym nam

najbardziej zależy. Nie narzekajmy i nie czujmy się zmęczeni czy sfrustrowani. Wszyscy wiemy, że warto być aktywnym ruchowo.

Został przygotowany projekt deklaracji z dzisiejszego seminarium. Nie będę go czytał w całości, z pewnością tekst ten wymaga uzupełnienia, ale zwrócono w nim uwagę na zadania rządzących, zarówno parlamentu, jak i rządu, a także na zadania samorządów i instytucji kultury fizycznej. Znajduje się tu również uwaga dotycząca decentralizacji środków publicznych na cele Narodowego Programu Zdrowia. Mówi się również o tym, że sport, turystyka i rekreacja są dobrym remedium na wiele patologii, zwłaszcza tych, które występują wśród dzieci i młodzieży.

Sądzę, że po zebraniu całości materiału spróbujemy na spokojnie dopracować tę deklarację, a następnie ją opublikujemy.

Jako przewodniczący tego seminarium bardzo serdecznie dziękuję za państwa wyrozumiałość. Mam nadzieję, że godnie zastąpiłem przewodniczącego Komisji Kultury Fizycznej i Turystyki, pana posła Tadeusza Tomaszewskiego, a jeżeli nie, to proszę o wybaczenie.

Ktoś z państwa powiedział, że krytyka przynosi mniejsze efekty niż osobisty przykład. Mogę się pochwalić, że po piątkowym posiedzeniu Sejmu odbyłem 300 km podróż do domu, a po drodze rozegrałem mecz w koszykówkę, wczoraj przejechałem 40 km na rowerze i przebiegłem 8 km, natomiast dzisiaj rano stawiłem się z powrotem w Sejmie.

W żartobliwej formie dodam, że po tym meczu koszykówki podeszła do mnie pewna pani i zapytała "Panie pośle, skąd u pana taka sprawność fizyczna i kondycja? Chciałabym być w pana wieku".

Odpowiedziałem: "Droga pani, nie będę pani pytał o wiek, ale jak pani ocenia mój?".

Oceniła mnie na 35-40 lat. Wtedy powiedziałem: "Niech pani doda do tego jeszcze 10 lat".

Na tym kończę oficjalnie nasze seminarium. Dziękuję bardzo, do zobaczenia przy jakiejś równie miłej okazji.

**Dyrektor Biura Studiów i Ekspertyz Kancelarii Sejmu, Jacek Głowacki:** Gdyby ktoś z państwa odczuwał potrzebę uzupełnienia

swojej wypowiedzi, o ważne dodatkowe informacje, których umieszczenie uzna za pożyteczne w przygotowanej przez Biuro Studiów i Ekspertyz Kancelarii Sejmu publikacji, to proszę o nadsyłanie tych materiałów na adres: Biuro Studiów i Ekspertyz Kancelarii Sejmu, ul. Zagórna 3, 00-441 Warszawa.

## Lista uczestników seminarium

<b>Bednarczyk Jerzy</b>	Urząd Marszałkowski - Katowice
<b>Błoński Jan</b>	Polski Komitet Olimpijski
<b>Bochacz Edward</b>	Najwyższa Izba Kontroli
<b>Borowy Mieczysław</b>	Federacja „Sport dla Wszystkich”
<b>Cendrowski Zbigniew</b>	Szkolny Związek Sportowy
<b>Charzewski Janusz</b>	Akademia Wychowania Fizycznego - Warszawa
<b>Czapska Elżbieta</b>	Polski Komitet Olimpijski
<b>Ćwikowska Grażyna</b>	Polski Komitet Olimpijski
<b>Dziubiński Krzysztof</b>	Mazowieckie Centrum Zdrowia Pu- blicznego Warszawa
<b>Dziubiński Zbigniew</b>	SALOS - Salezjańska Organizacja Sportowa
<b>Gajdus Danuta</b>	Najwyższa Izba Kontroli
<b>Głowacki Jacek</b>	Biuro Studiów i Ekspertyz KS
<b>Goryński Paweł</b>	Państwowy Zakład Higieny
<b>Góra Michał</b>	Tygodnik „Gość Niedzielny”
<b>Grzonkowski Stanisław</b>	Przewodniczący Sejmowej Komisji Zdrowia
<b>Jakobsche Jerzy</b>	Polska Agencja Prasowa
<b>Kędzior Marek</b>	Urząd Marszałkowski - Kielce
<b>Kłopotek Eugeniusz</b>	Wiceprzewodniczący Sejmowej Komisji Kultury Fizycznej i Turystyki
<b>Konieczny Czesław</b>	Urząd Wojewódzki - woj. wielkopolskie
<b>Kordek-Choroszcz Ewa</b>	AZS Warszawa
<b>Kośniska Mariola</b>	WOOiEOZ Bydgoszcz



<b>Kowerski Jacenty</b>	Polski Komitet Olimpijski
<b>Kraskowska-Borys Halina</b>	Urząd Marszałkowski Lublin
<b>Kręgiel Grażyna</b>	UW Opole
<b>Książek Krzysztof</b>	Sejmik woj. mazowieckiego
<b>Kuszewski Krzysztof</b>	Państwowy Zakład Higieny
<b>Lepczyk Marianna</b>	Ministerstwo Edukacji Narodowej
<b>Lewoc Leszek</b>	Wicewojewoda Podlaski
<b>Łyko Zachariasz</b>	Kościół Adwentystów Dnia Siódmego
<b>Małysa-Żenkiewicz Wiesława</b>	Urząd Marszałkowski woj. kujawsko-pomorskiego
<b>Mierziński Adam</b>	Ministerstwo Obrony Narodowej
<b>Mijkowska Jadwiga</b>	Mazowieckie Centrum Zdrowia Publicznego Warszawa
<b>Mizgajski Andrzej</b>	Polski Komitet Olimpijski
<b>Olejniczak Maciej</b>	Polski Komitet Olimpijski
<b>Piłat Andrzej</b>	Posel
<b>Podogrodzki Sławomir</b>	
<b>Popławski Rafał</b>	Polski Komitet Olimpijski
<b>Porzak Robert</b>	Instytut Psychologii UMCS
<b>Potocki Jarosław</b>	Polski Związek Kolarski
<b>Rekowski Witold</b>	Ministerstwo Zdrowia i Opieki Społecznej
<b>Sidorowicz Władysław</b>	Akademia Wychowania Fizycznego - Wrocław
<b>Smalcerz Zygmunt</b>	Polski Komitet Olimpijski
<b>Stańczuk Tadeusz</b>	Polski Komitet Olimpijski
<b>Szalewicz Andrzej</b>	Unia Polskich Związków Sportowych
<b>Szmytke Rafał</b>	Urząd Kultury Fizycznej i Turystyki
<b>Szwabe Andrzej</b>	Polska Agencja Prasowa

**Talkowska Barbara**

**Tomczak Andrzej**

**Ufel Lech**

**Wawrzak Tomasz**

**Wodzyński Mirosław**

**Wojtyniak Bogdan**

**Woźniczka Agnieszka**

**Wybraniec Barbara**

**Zimoch Tomasz**

Hotel „Slavia” Międzyzdroje

Przełęcz Sportowy

Urząd Marszałkowski Rzeszów

Polski Komitet Olimpijski

Państwowy Zakład Higieny

WZOiEOZ Gorzów Wlkpolski

Polski Komitet Paraolimpijski

Polskie Radio Pr. I

Biuro Studiów i Ekspertyz publikuje następujące serie wydawnicze:

**Informacje** - krótkie publikacje zawierające podstawowe informacje z wybranych dziedzin stosownie do potrzeb prac sejmowych;

**Raporty** - publikacje prezentujące wyniki samodzielnych badań pracowników Biura;

**Materiały i Dokumenty** - tematyczne zbiory opinii, dokumentów i artykułów prasowych poświęcone problemom rozpatrywanym przez Sejm;

**Ekspertyzy Wykonane na Zlecenie Biura Studiów i Ekspertyz** - opinie zamówione przez Biuro u ekspertów spoza Biura;

**Informacje i Opinie** - tematyczne zbiory opracowań, informacji i dokumentów

oraz trzy serie Biuletynu Biura:

**Ekspertyzy i Opinie Prawne** - wybór opracowań przygotowywanych na zlecenia Posłów i organów Sejmu przez Wydział Opinii Prawnych,

**Przekłady Aktów Prawnych** - akty normatywne innych państw i organizacji międzynarodowych,

**Konferencje i SeminaRIA** - referaty i materiały nadesłane oraz zapisy dyskusji z konferencji organizowanych przy współudziale Biura Studiów i Ekspertyz.

Publikacje Biura udostępnia Dyżur Konsultantów Poselskich,  
00 - 902 Warszawa, ul. Wiejska 4/6/8, sala nr 12 w Starym Domu Poselskim.  
Tel. 694-22-79 i 694-22-86. Fax. 694-22-91. e.mail: ewa.cwiekala@sejm.gov.pl  
Wybrane publikacje dostępne są także na stronie internetowej BSE,  
[http:// biurose.sejm.gov.pl/teksty](http://biurose.sejm.gov.pl/teksty)

Seria: **Konferencje i Seminaria**; dotychczas ukazały się tomy:

1. Restytuowanie kas oszczędności w polskim systemie prawnym
2. Dwa lata umowy stowarzyszeniowej Polska - Wspólnoty Europejskie
3. Ochrona pracy a przemiany społeczno-ekonomiczne w Polsce
4. Rola i zadania kontroli skarbowej w wybranych krajach europejskich
5. Transport a ochrona środowiska
6. Bezpieczeństwo wewnętrzne państwa
7. Status banku centralnego. Doświadczenia i perspektywy
8. Od Lucerny do Sofii. Przygotowania i realizacja *Programu działań na rzecz ochrony środowiska dla Europy Środkowej i Wschodniej*
9. Perspektywy poprawy stanu bezpieczeństwa ruchu drogowego w Polsce
10. Problemy ochrony środowiska w procesie przekształceń własnościowych
11. Prawo wodne
12. Edukacja a rynek pracy
13. Gospodarka odpadami niebezpiecznymi
14. Rozwój regionalny Polski jako element integracji europejskiej
15. Organizacja rynków rolnych w aspekcie prawnym, organizacyjnym i finansowym
16. Dziecko jako konsument - zagrożenia i ochrona
17. Prawne i organizacyjne aspekty działalności izb rolniczych, związków oraz organizacji rolniczych
18. W poszukiwaniu działań na rzecz poprawy polskiej piłki nożnej
19. Finansowanie rolnictwa ze środków budżetowych
20. Rozwój energetyki odnawialnej w Polsce
21. Zdolność i warunki absorpcji unijnych środków finansowych dla wsi i rolnictwa polskiego w okresie przed- i poakcesyjnym
22. *Perspektywy rozwoju rynku kapitałowego w Polsce*
23. Reforma opodatkowania nieruchomości w Polsce w świetle doświadczeń wdrażania i rozwoju podatku *ad valorem* w wybranych krajach
24. Metody oceny standardowych potrzeb wydatkowych samorządu
25. Podstawy polityki rozwoju regionalnego w Polsce

Zwiększenie aktywności ruchowej społeczeństwa  
Realizacja 1 celu Narodowego Programu Zdrowia

8(26)99