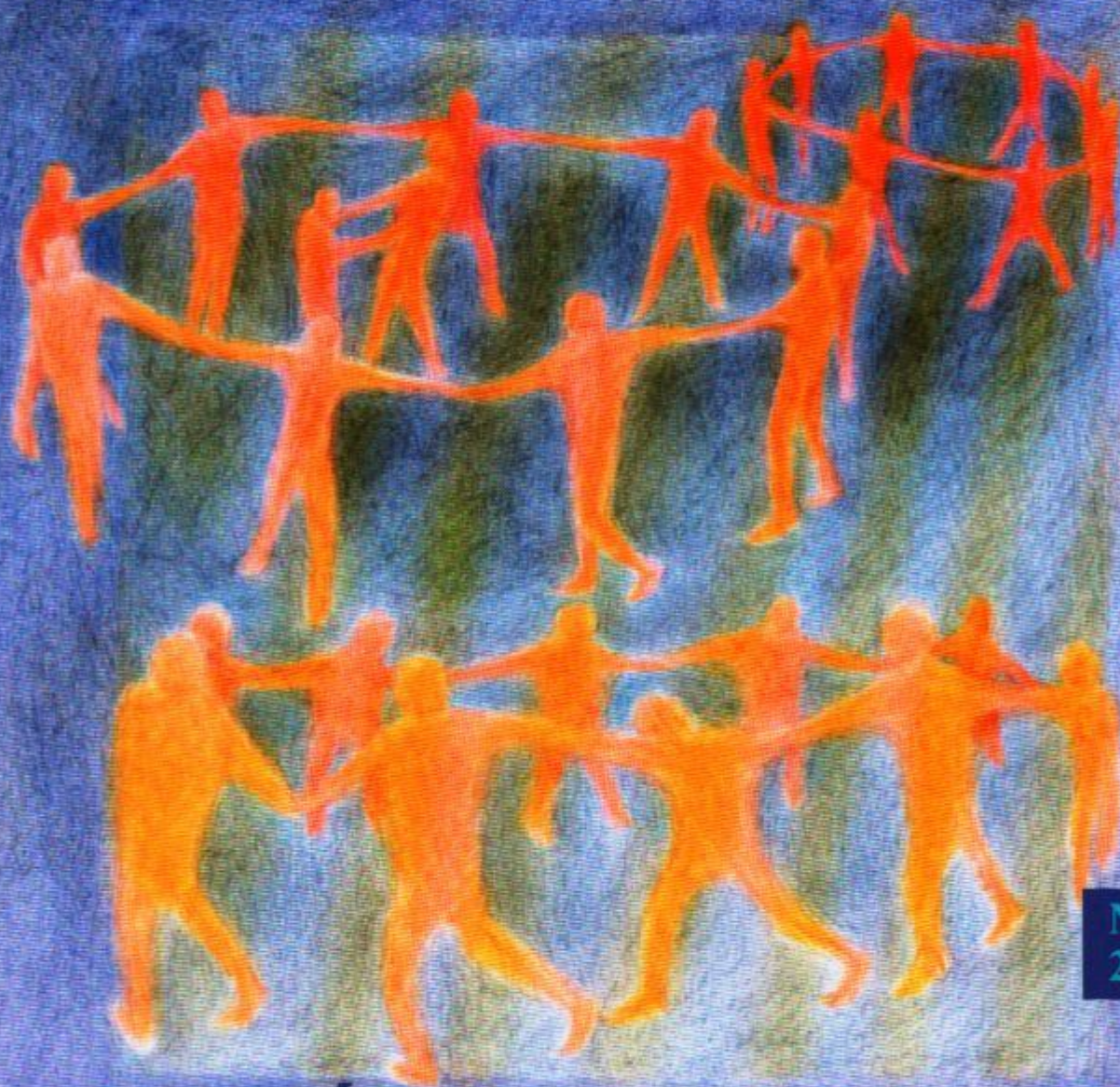


Nr ISSN 1641-4497

PROMOTOR

Z D R O W I A



NR 1 (31)
2 0 0 3

SIEĆ

Sieci to rodzaj serii kontaktów, dzięki którym profesjonaliści dzielą się doświadczeniem, wiedzą, aktualizują dane oraz informują się i radzą się wzajemnie.

Zazwyczaj sieci są nieformalne, tworzone dobrowolnie dla określonych grup oraz wyposażone są w nowoczesne systemy komunikacyjne.

Glossary of Public Health Technical Terms
European Comission, 1996, s. 211

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

Redagowany jest we współpracy
z Wydziałem Zdrowia Urzędu Miejskiego Wrocławia
i Podyplomowym Studium Promocji Zdrowia
przy Akademii Wychowania Fizycznego we Wrocławiu.

Kolegium redakcyjne:

Lesław Kulmatycki, Renata Niemierowska, Władysław Sidorowicz

Opracowanie graficzne: MC-K, Druk: Studio Reklamy i Poligrafii "EUROPRINT" Sp. z o.o.

Redakcja zastrzega sobie prawo skracania i redagowania nadesłanych tekstów.

Adres Redakcji:

"Promotor Zdrowia", Akademia Wychowania Fizycznego, (Z-d Psychologii),
51-612 Wrocław, ul Paderewskiego 35,
tel: (071) 34 73 324, e-mail: leszekkul@go2.pl.

Wprawdzie

z opóźnieniem, lecz z nie słabnącym przekonaniem o potrzebie krzewienia wiedzy, a także konieczności udostępniania informacji o promocji zdrowia, oddajemy kolejny numer PROMOTORA - pierwszy w roku 2003 - w ręce naszych Czytelników. Promocja zdrowia - w to nie wątpimy! - w naszym regionie, a także w Polsce, już w niedalekiej przyszłości stanie się niezbędną praktyką w życiu wielu instytucji, zogniskowanych wokół systemowo rozwiązywanych problemów zdrowia. Systemowo - to znaczy z uwzględnieniem wszystkich czynników, wiążących się ze zdrowiem każdego z nas i zdrowiem społeczności lokalnych, w których żyjemy, mieszkamy, uczymy się, pracujemy, wypoczywamy, rozwijamy. O tym, że zdrowie można i należy pojmować jako wielowymiarową, dynamiczną, żywą s i e ć wszystkich tych wymienionych w poprzednim zdaniu czynników, nie musimy przekonywać czytelników PROMOTORA, szczególnie tych, którzy zaangażowali swój czas i energię, by podobnie, jak inni mieszkańcy Europy tworzyć sieci szpitali, przedszkoli i szkół promujących zdrowie. Idea przedszkola i szkoły promującej zdrowie to w prawdopodobnie najskuteczniejsza, najzdrowsza, najprostsza i co niezmiernie ważne, najbardziej demokratyczna "rewolucja", o wymiarze indywidualnym i społecznym, jaka przydarzyła się naszemu staremu kontynentowi od czasów, gdy mądrzy mieszkańcy Aten postanowili położyć kres niereformowalnym i „absolutnym” pomysłodawcom narcystycznych tyranów-arystokratów... i wzięli sprawy w swoje ręce, dzieląc się odpowiedzialnością i obowiązkami, w trosce o wspólne dobro.

Renata Niemierowska - redaktor

W numerze:

Od redakcji	strona 1
<u>Temat wiodący</u>	
Być w sieci promocji zdrowia	strona 3
10 lat Wrocławia w sieci zdrowych miast	strona 6
Wrocławska Sieć Szkół Promujących Zdrowie	strona 8
10 lat Wrocławia w sieci zdrowych miast	strona 6
Przedszkola w sieci Wrocławska Sieć Przedszkoli Promujących Zdrowie, cz. I	strona 14
<u>Zdrowie i kultura</u> Świat sieci	strona 16
<u>Prezentacje</u> Sieci szpitali promujących zdrowie	strona 19
Ku dolnośląskiej sieci Jednostek Służby Zdrowia Promujących Zdrowie	strona 21
<u>Scenariusze</u> „Od czego zacząć?” scenariusz i opis warsztatów	strona 24
<u>Ankieta Promotora</u>	strona 29
<u>Ku Europie</u>	
<u>Deklaracja Budapeszteńska</u>	strona 30
<u>Gra w karty</u> „sieć”	strona 32

Autorzy:

Ewa Jaruzelska
Robert Grudniewski
Jolanta Kotowska
Marzena Krysa
Lesław Kulmatycki
Bożena Lewicka
Renata Niemierowska

Jest to

Oszczędność,
niewiedza,
czy głupota?

początek kolejnego rozdziału wrocławskiej promocji zdrowia. Poprzedni łączył się z trudami wdrożenia promocji zdrowia w Dolnośląskiej Regionalnej Kasie Chorych (DRKCh) i w związku z tym była szansa przekazywania numerów „Promotora” do pozawrocławskich ośrodków i miejscowości. Wraz z nastaniem Narodowego Funduszu Zdrowia zapomniano o promocji zdrowia. Koncepcja ministra Łapińskiego nie przewidywała tego rodzaju świadczeń, toteż i wszelkie dotychczasowe realizowane przez DRKCh programy, w tym wydawanie „Promotora”, stały się dla nowych władz wrocławskiego oddziału niepotrzebne. Oszczędność, niewiedza, czy głupota? – to oceni historia reformy opieki zdrowotnej.

Wracamy więc ponownie, przede wszystkim do realizatorów miasta Wrocławia, oraz środowiska studentów promocji zdrowia przy Akademii Wychowania Fizycznego. Z opóźnieniem rozpoczynamy wydawanie kolejnych numerów; ten pierwszy dotyczy sieci. W rozwoju promocji zdrowia idea sieci jest najdynamiczniej rozwijającą się strategią. Z doświadczeń wielu sieci europejskich wynika, że wzajemna współpraca miast, szkół, szpitali czy zakładów pracy daje bardzo wymierne rezultaty. Jest skuteczna i w miarę ekonomiczna. Główny wysiłek polega na dobrej i konsekwentnej organizacji oraz twórczym podejściu do spraw zdrowia. W tym numerze opisujemy i koncentrujemy się na sieciach, które już funkcjonują we Wrocławiu oraz Dolnym Śląsku; na sieciach szkół promujących zdrowie, jednostek służby zdrowia promujących zdrowie oraz na sieci przedszkoli, promujących zdrowie. W numerze tym opisujemy niektóre fazy ich rozwoju oraz zachęcamy do kolejnych kroków.

L. Kulmatycki



W rozwoju zdrowia publicznego w skali makroregionów ważną rolę odgrywa czynnik globalizacji. Dotyczy on również zdrowia i bez względu na nasz stosunek do tego zjawiska, ujednolicone próby rozwiązywania problemów zdrowotnych w skali globalnej będą w coraz większym stopniu również naszym udziałem. W ostatnich dwóch dekadach systemy opieki zdrowotnej krajów rozwiniętych stoją przed wielkimi wyzwaniami i dylematami. Z jednej strony następuje ogromny skok technolo-

giczny, umożliwiający przede wszystkim nieograniczone możliwości komunikacyjne, a co za tym idzie, wymianę informacji, wzajemne podpatrywanie i uczenie się. Z drugiej zaś - organizatorzy zdrowia publicznego próbują odpowiedzieć na fundamentalne pytania, łączące się z zagadnieniami społeczno-ekonomicznymi, czy filozoficzno-etycznymi, związanymi ze zdrowiem. W jednym i drugim wypadku skuteczne współdziałanie związane jest z budowaniem sojuszy, koalicji czy sieci.

Być w sieci promocji zdrowia

Lesław Kulmatycki

W skali światowej, ale i również krajowej, różnice społeczne będą się pogłębiać. Jednych będzie stać na bardzo wysoko specjalistyczne zabiegi profilaktyczne, lecznicze, czy rehabilitacyjne, innych nie stać będzie na wykonanie podstawowych zabiegów. W wielu wypadkach,

w interesie wszystkich, np. krajów Unii Europejskiej, konieczna będzie współpraca we wspólnym rozwiązywaniu problemów (np. w odniesieniu do AIDS i HIV), gdyż tylko szeroko pojęte działania będą miały sens. To m.in. jest też powodem wyraźnego przesuwania ak-

ogromny skok technologiczny, umożliwiający przede wszystkim nieograniczone możliwości komunikacyjne

Sieć

Programy sieciowe, o charakterze interwencji społecznych, mające sprostować wyzwaniom, powinny być od początku pomyślane jako programy wielosektorowe.

sięć

centu na edukację i profilaktykę, gdyż w wymiarze całych populacji, w tej dziedzinie rządy poszczególnych krajów mogą odegrać ważną rolę.

Proces ten rozpoczął się we wszystkich krajach demokracji zachodniej ponad ćwierć wieku temu, a w Polsce z początkiem lat 90. W Polsce w latach 80. został przetłumaczony dokument "Cele i Zadania Strategii Programu Zdrowie dla Wszystkich do 2000 roku", ale dopiero w 1991 r., za przyczyną „stanowiska” I Krajowej Konferencji Promocji Zdrowia, następuje szersze zainteresowanie ideą promocji zdrowia. Zaczęto też z różnym skutkiem uruchamiać poszczególne praktyczne projekty: Stowarzyszenie Zdrowych Miast Polskich, Sieci Szkół Promujących Zdrowie, czy Sieci Szpitali Promujących Zdrowie.

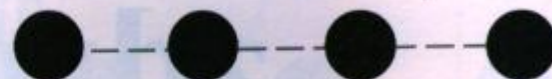
Przełom w zainteresowaniu się tzw. polityką zdrowotną oraz zdrowiem publicznym - i co za tym idzie - rozwój sieci instytucji i siedlisk promujących zdrowie, nastąpił w połowie lat 80. Biorąc pod uwagę wysoki stopień konserwatyizmu środowisk naukowych, można mówić, w odniesieniu do krajów demokratycznych, o swoistej eksplozji tej nowej dziedziny. W praktyce przekłada się to na rozpoczęcie długofalowych programów zdrowotnych, tworzenie katedr czy wydziałów przy uczelniach wyższych, oraz pojawieniu się nowych czasopism i publikacji na temat promocji zdrowia i zdrowia publicznego. Zainteresowanie to nie nastąpiło z dnia na dzień, był to proces obejmujący ostatnie 25 lat. Wraz z terminami „zdrowie publiczne”, czy „polityka zdrowotna”, zaczęto używać innych podobnych określeń - medycyna społeczna, medycyna behawioralna, medycyna zapobiegawcza, itp. Pojęcia te zwracają uwagę na to, że zdrowie w odniesieniu do zbiorowości nie jest jakąś prostą „sumą zdrowia” poszczególnych jednostek, ale bardzo złożonym i dynamicznym procesem. W ostatnich latach, tj. od Konferencji Dżakarciej, nastąpił istotny rozwój s i e c i. Wniosły one nowe spojrzenie, podnosząc znaczenie promocji zdrowia i pozytywnego oddziaływania na środowisko przyrodnicze i społeczne. Programy sieciowe, o charakterze interwencji społecznych, mające sprostować wyzwaniom, powin-

ny być od początku pomyślane jako programy wielosektorowe.

Według Greena i Kreutera (1991), promocja zdrowia jest połączeniem działań edukacyjnych sprzyjających zdrowiu, oraz różnego rodzaju wsparcia środowiskowego, społecznego, politycznego, ekonomicznego, prawnego i taktycznego. Ekspozycja natomiast w Karcie Ottawskiej „zasada uczestnictwa ludzi, w rozwiązywaniu problemów zdrowotnych”, już dawno „zamknęła okres, w którym problemy zdrowotne stanowiły przedmiot zainteresowania wyłącznie ekspertów od opieki zdrowotnej” (Grossmann, Scala, 1993, s. 19). Zasada współdziałania w ramach określonej struktury (sieci, sojuszu, koalicji, związku, stowarzyszenia) szczególnie powinna być ekspozycja w środowiskowych programach promocji zdrowia.

W rozwoju koncepcji sieci wyróżnić można trzy fazy:

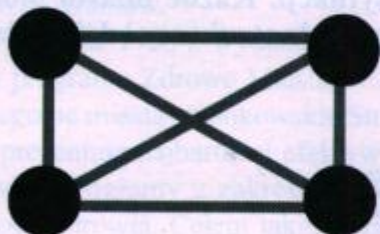
- **Faza epizodycznej współpracy**, kiedy poszczególne jednostki organizacyjne, np. szkoły, podejmowały próby organizacji programów promocji zdrowia, najczęściej w izolacji od innych szkół, czy innych instytucji danego terytorium, i od czasu do czasu podejmując współpracę. Współpraca ma wówczas charakter okazjonalny.



- **Faza regularnej współpracy**, kiedy jednostka organizacyjna podejmuje regularną współpracę z innymi jednostkami, np. szkoła z inną szkołą, z przychodnią czy radą osiedla. Współpraca ma charakter regularny i raczej formalny. Zbieżne cele i wzajemne wspieranie się, są w pełni i świadomie koordynowane, gdyż pojawia się element rywalizacji.



- **Faza sieci**, kiedy jednostka organizacyjna wchodzi w układ dobrowolnej, długofalowej współpracy, a wszyscy partnerzy sieci pracują na rzecz ustalania wspólnych celów, oraz wzajemnej pomocy, bez poczucia zagrożenia ze strony swych partnerów.



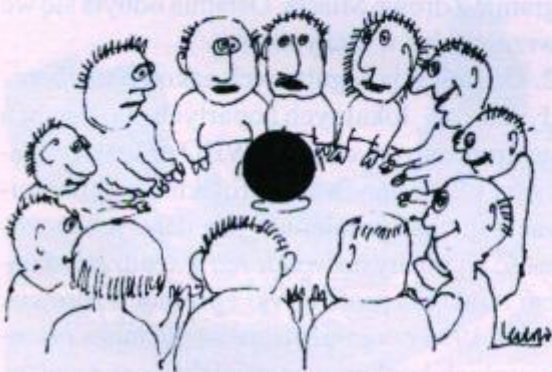
Można wyróżnić różnego rodzaju sieci, w zależności od kryterium, które determinowało ich zawiązanie się. Z mojego doświadczenia wynika, że najczęściej sieci powstawały w związku z zadaniem i celem, jakie sobie stawiały, oraz w związku ze strukturą organizacyjną sieci. Oczywiście, istnieją rozmaite kryteria, jednak wspomniane dwa najczęściej stanowiły o rodzaju sieci.

Kryterium zadaniowe pozwala na wyróżnienie następujących, dwóch podstawowych rodzajów sieci:

- **sieć informacyjno-edukacyjna** (wzajemna wymiana informacji, oraz podnoszenie własnych kompetencji),

- **sieć realizacji programów zdrowotnych** (wzajemne wsparcie i współpraca we wszystkich etapach realizacji programu zdrowotnego).

Drugim kryterium jest struktura organizacyjna sieci, oraz zależności między poszczególnymi podmiotami.



Kryterium strukturalne pozwala na wyróżnienie trzech rodzajów sieci:

- **sieć partnerska** (wszystkie jednostki sieci na jednakowych prawach i sile),

- **sieć hierarchiczna partnerska** (jedna jako koordynująca, a pozostałe jej podlegające, ale na równych prawach),

- **sieć hierarchiczna formalna** (jedna jako koordynująca i zarządzająca pozostałymi).

Jednostki i instytucje, próbujące promować zdrowie w oparciu o szerszą organizację, w ramach tzw. "sieci", wskazują na mocne i słabe strony pracy w tego rodzaju ramach.

Mocne strony sieci:

1. wsparcie innych podobnych organizacji, czy instytucji zainteresowanych tym samym problemem,
2. poczucie większej siły w rozwiązywaniu wielu problemów,
3. poczucie misji i "uskrzydlenie" swoich działań pod wpływem innych,
4. bezpośrednia wymiana doświadczeń i wiedzy na temat pracy,
5. możliwości redukcji kosztów, np. przy opracowaniu wspólnych materiałów,
6. gwarancja ciągłości pracy, w związku z większą liczbą jednostek

Słabe strony sieci:

1. zbytne opieranie się na powszechnie powielanych schematach, z zaniechaniem poszukiwań własnych rozwiązań,
2. uśpienie i lenistwo, wynikające z oglądania się na inicjatywę innych,
3. utrata autonomii, gdyż jest się jednym z wielu, co przyspiesza „wypalenie zawodowe”,
4. oczekiwanie na gotowe rozwiązania i wzorce, oraz minimum własnych propozycji,
5. zaniechanie poszukiwania własnych źródeł finansowania, oraz nadmierne poleganie na szerokiej organizacji,
6. schematyzm oraz „zabijanie” naturalnej energii i wysiłku organizatorów, przez powielanie tych samych programów przez dłuższy okres.

L.Kulmatycki

Można wyróżnić różnego rodzaju sieci, w zależności od kryterium, które determinowało ich zawiązanie się.

sieć

Program Zdrowe Miasta został wprowadzony w 1988 przez Światową Organizację Zdrowia, w celu realizacji na poziomie lokalnym strategii „Zdrowie dla wszystkich” poprzez poprawę warunków zdrowotnych w miastach, tzn. stanu środowiska i zdrowia mieszkańców. Według WHO, Zdrowe Miasto oznacza proces, a nie jego wynik. Zdrowe Miasto to niekoniecznie to, które uzyskało określony status zdrowotny. „Zdrowe miasto” to takie, które stawia problemy zdrowotne na należnym im miejscu i dąży do poprawy aktualnej sytuacji. Każde miasto może być „zdrowym”, jeżeli tylko postanowi nim być oraz posiada struktury i działania ukierunkowane na poprawienie zdrowia.

Wrocław
przystąpił do
sieci decyzją
władz miej-
skich w dniu
20. 03.1993 r.

10 lat Wrocławia w sieci zdrowych miast



W 1991 roku powstała Polska Sieć Zdrowych Miast. Dwa lata później Sieć przekształciła się w Stowarzyszenie Zdrowych Miast Polskich, które zostało zarejestrowane w czerwcu 1993 r. w Sądzie Wojewódzkim w Łodzi. Siedziba Stowarzyszenia mieści się w Łodzi. Organizacja skupia miasta i gminy, których Rady Miejskie i Gminne akceptując Statut podjęły uchwały o przystąpieniu do Stowarzyszenia oraz wzięły na siebie odpowiedzialność za realizację na poziomie lokalnym powyższej strategii, adaptując ją do swoich warunków.

Wrocław przystąpił do sieci decyzją władz miejskich w dniu 20. 03.1993 r. Tak więc nie jest to tylko okrągła rocznica Stowarzyszenia, ale również 10 rocznica Wrocławia. Obszerą informację z walnego zgromadzenia Stowarzyszenia, jako ówczesny oficjalny koordynator Wrocławia, przedstawiłem na łamach „Promotora” (1/95 Nr 10). Obecnie Wrocław nie ma formalnego przedstawiciela, ale w Zarządzie Wrocław reprezentuje p. Marzena Krysa

z Wydziału Zdrowia UM Wrocławia.

Według informacji ze stron internetowych **Stowarzyszenie Zdrowych Miast Polskich liczy 39 miast i gmin, o łącznej populacji ok. 7 mln.**

W ramach prac Stowarzyszenia wyróżnić można następujące działania:

1. Corocznie, w kolejnych miastach członkowskich Stowarzyszenia organizowane są konferencje Zdrowych Miast Polskich, podczas których poruszane są problemy zawarte w Programie Zdrowe Miasta. Ostatnia odbyła się we wrześniu b.r w Białymstoku.
2. Organizacja regularnych szkoleń dla koordynatorów lokalnych, opartych na kursach przeprowadzonych przez WHO na temat wdrażania i funkcjonowania projektu, oraz organizacja spotkań problemowych, dających możliwość wymiany doświadczeń w realizacji działań z zakresu profilaktyki i promocji zdrowia.
3. Od 1994 r organizowane są dla miast członkowskich konkursy na najciekawsze i najbar-

sieć

dziej wartościowe programy, m.in. w takich dziedzinach, jak profilaktyka nowotworowa, przeciwdziałanie uzależnieniom, pomoc osobom niepełnosprawnym i ochrona środowiska. Zwycięzcy konkursów otrzymują nagrody pieniężne z przeznaczeniem na wsparcie wyróżnionych programów.

4. W 1995 oraz 1998 r. wydano raporty z realizacji programu Zdrowe Miasta, w których poszczególne miasta członkowskie Stowarzyszenia prezentują najbardziej efektywne i innowacyjne programy z zakresu profilaktyki i promocji zdrowia. Celem takiej formy prezentacji jest możliwość przetransponowania i wdrożenia opisanego programu w innym mieście. Wydawany jest folder informacyjny Stowarzyszenia oraz inne drobne materiały promocyjne.

5. Zdrowe Miasta bardzo aktywnie uczestniczą we wspólnych imprezach prozdrowotnych i proekologicznych (kampania edukacyjna „Tydzień dla Serca”, coroczne obchody „Dni Ziemi” - 22 kwietnia, coroczne obchody Dni Bez Papierosa: maj, listopad, coroczna ogólnomiastowa akcja sprzątania Ziemi - „Clean up the world” - wrzesień, obchody miesiąca Walki z Rakiem Piersi - październik, Dni Walki z AIDS - grudzień, Dni Walki z Gruźlicą - grudzień).

Cele stowarzyszenia:

- Poprawa stanu środowiska naturalnego w gminach
- Poprawa stanu zdrowia mieszkańców gmin
- Wdrażanie zasad i strategii polityki zdrowia w kraju, regionach i gminach

– Aktywizowanie społeczności w gminach do wspólnego rozwiązywania problemów ochrony środowiska i zdrowia

– Rozwijanie i popieranie współpracy pomiędzy innymi miastami i sieciami krajowymi Zdrowych Miast w kraju i na świecie

Zadania stowarzyszenia:

– Inspirowanie i wspieranie programów lokalnych Zdrowych Miast

– Powszechna edukacja w zakresie promocji zdrowia i ochrony środowiska, z udziałem decydentów i polityków lokalnych

– Upowszechnianie zdobytych doświadczeń, materiałów, bazy danych, tłumaczeń z języków obcych, prowadzenie konsultacji technicznych, doradztwo dla gmin

– Współpraca z instytucjami i organizacjami zajmującymi się problematyką zdrowotną i ekologiczną oraz innymi zagadnieniami sprzyjającymi rozwojowi zdrowych miast.

Działania podejmowane w miastach członkowskich Stowarzyszenia są dowodem zaangażowania środowisk lokalnych we wdrażanie zasad promocji zdrowia. Warto podkreślić rolę władz samorządowych, dzięki którym wzmacnia się porozumienie i współpraca międzysektorowa. Zauważa się również bardzo aktywny udział służby zdrowia w realizacji programów prozdrowotnych. Nie można tu zapomnieć o organizacjach pozarządowych oraz grupach społeczności lokalnej, które same inicjują wiele działań, w celu tworzenia zdrowego miasta.

Na podstawie informacji zawartych na stronach www.oprac.L.Kulmatycki

Działania podejmowane w miastach członkowskich Stowarzyszenia są dowodem zaangażowania środowisk lokalnych we wdrażanie zasad promocji zdrowia.



sieć 

Bożena Lewicka

WROCŁAWSKA SIEĆ SZKÓŁ PROMUJĄCYCH ZDROWIE



Szkoła promująca zdrowie jest placówką, która wykracza z działalnością na rzecz zdrowia poza swoje mury.

1. Ogólne założenia metodologiczne projektu "Szkoła Promująca Zdrowie"*

Koncepcja "Szkoły promującej zdrowie" opiera się na ogólnych założeniach promocji zdrowia, ze szczególnym uwzględnieniem podejścia siedliskowego*. We wdrażanym w Polsce projekcie "Szkoła promująca zdrowie" przyjęto, że:

Szkoła promująca zdrowie jest placówką, która wykracza z działalnością na rzecz zdrowia poza swoje mury. Dostrzega potrzeby zdrowotne i podejmuje się ich rozwiązania w środowisku, w którym jest usytuowana. Jest otwarta na potrzeby zdrowotne ludzi z tego środowiska. „Istotą szkoły promującej zdrowie jest intensyfikacja tego, czego nauczono w ramach edukacji zdrowotnej przez wspierające działania szkoły, rodziny i społeczności. Jeżeli to, czego dziecko nauczył się w klasie, nie jest zbliżone do tego, co widzi i stosuje w szkole, domu i swoim otoczeniu, to cała wiedza jest niewiarygodna i nie ma żadnego wpływu na młodego człowieka”. (T. Williams, 1989).

Cechy szkoły promującej zdrowie, to:

1. Edukacja zdrowotna - ważny element programu dydaktyczno-wychowawczego, na stałe wpisany w plan działania szkoły.
2. Etos zdrowia w szkole - polityka i organizacja szkoły oraz jej środowisko fizyczne i społeczne,

sprzyjające zdrowemu stylowi życia i zapewniające dobre samopoczucie wszystkim członkom społeczności szkolnej.

3. Współdziałanie z rodzicami i społecznością lokalną - z zachowaniem dobrych relacji między ludźmi, gwarantujących wszystkim bezpieczeństwo, rozwój i potrzebę działania.

W projekcie szkoły promującej zdrowie ważni są wszyscy członkowie społeczności szkolnej. Szkoła jest dla nich miejscem życia, pracy i nauki, gdzie nikt dla nikogo się nie poświęca i nic nie dzieje się kosztem innych.

Społeczność jest zintegrowana, działająca w oparciu o demokratyczne zasady i uznaje holistyczne podejście do zdrowia, stanowiącego najważniejszą wartość.

Nadrzędnym celem szkoły promującej zdrowie jest podejmowanie działań na rzecz rozwoju i poprawy zdrowia społeczności szkolnej i lokalnej. Dla osiągnięcia tego celu, społeczność szkolna powinna starać się:

- zapewnić sprzyjające zdrowiu środowisko pracy i nauki (budynek, obiekty rekreacyjne i sportowe, posiłki szkolne, bezpieczeństwo);
- kształtować poczucie odpowiedzialności u każdej osoby, w rodzinie i społeczności lokalnej;
- zachęcać do zdrowego stylu życia oraz stwarzać uczniom i pracownikom realne i atrakcyjne możliwości dokonywania zdrowych wyborów;



Rys 1. Partnerzy projektu Szkoły Promującej Zdrowie

- umożliwiać uczniom rozwój ich potencjału fizycznego, psychicznego i społecznego oraz wzmacniać poczucie własnej wartości;
- przedstawiać społeczności szkolnej (uczniom i dorosłym) jasne cele dla promocji zdrowia i bezpieczeństwa;
- kształtować dobre relacje między pracownikami i uczniami, samymi uczniami, szkołą i rodzinami oraz społecznością lokalną;
- wykorzystywać wszelkie dostępne środki społeczności lokalnej dla wspierania działań w zakresie promocji zdrowia;
- włączyć edukację zdrowotną uczniów do programu nauczania szkoły, z wykorzystaniem aktywizujących metod uczenia;
- wyposażać uczniów w wiedzę i umiejętności niezbędne do podejmowania wyborów dla poprawy własnego zdrowia oraz tworzenia zdrowego i bezpiecznego środowiska fizycznego;
- włączyć do działań medycynę szkolną, której zadaniem, oprócz sprawowania opieki nad prawidłowym rozwojem uczniów, jest także szeroko rozumiana edukacja zdrowotna.

2. Doświadczenia w tworzeniu Wrocławskiej Sieci Szkół Promujących Zdrowie

Osiągnięciem dla promocji zdrowia w Polsce jest Narodowy Program Zdrowia, oficjalny dokument państwowy dla realizacji zadań w zakresie promocji i ochrony zdrowia. Zapisane w jego celach strategicznych zadania, dotyczą również propagowania idei szkoły promującej zdrowie.

Znaczenia tego zapisu nie pominięto w Planie Działania Wydziału Zdrowia, w którym utworzenie Wrocławskiego Programu Szkół Promujących Zdrowie zajmuje priorytetowe miejsce.

W tworzenie we Wrocławiu w latach 1996 - 2002 sieci szkół promujących zdrowie, zgodnie z przyjętą w Europie i Polsce koncepcją i metodologią, w których „Szkoła promująca zdrowie jest inwestycją dla edukacji, zdrowia i demokracji”^{***}, zaangażowało się wielu specjalistów z Wydziału Zdrowia oraz Wydziału Edukacji i Sportu Urzędu Miejskiego. Do współpracy zaproszono także nauczycieli, pedagogów szkolnych i entuzjastów programu, z różnych poziomów nauczania.

Doświadczenia Wydziału Zdrowia Urzędu Miejskiego Wrocławia w realizacji programów promocji zdrowia, profilaktyki chorób i uzależnień dzieci i młodzieży w latach 1995-96 oraz pomoc merytoryczną specjalistów z Danii, którzy przeszkolili grupę wrocławskich pedagogów, zachęciły do wdrożenia w środowisku szkolnym Wrocławia idei szkoły promującej zdrowie.

W wybranych 15 wrocławskich szkołach, reprezentujących poszczególne poziomy nauczania, zespoły przygotowanych merytorycznie nauczycieli przystąpiły do realizacji projektu.

O wyborze szkół zadecydowała ich aktywność w działaniach na rzecz zdrowia społeczności szkolnej i otwartość na potrzeby środowiska lokalnego.

Specjaliści z Wydziału Zdrowia UM Wrocławia pomagali zespołom szkolnym w przygotowaniu diagnozy problemów, opracowaniu planów, ich rozwiązywania oraz bieżącej ocenie podjętych

Spółeczność jest zintegrowana, działająca w oparciu o demokratyczne zasady i uznaje holistyczne podejście do zdrowia, stanowiącego najważniejszą wartość.



Fot. Wydział Zdrowia UM. W trakcie kolejnego podsumowania prac szkół sieci wrocławskiej.

Sieć

Celem głównym programu jest wychowywanie dla zdrowia poprzez propagowanie zdrowego stylu życia oraz kształtowanie postawy odpowiedzialności za zdrowie własne i innych.

sieć

działań. Projekt opracowano zgodnie z zasadą „od ludzi do problemu”.

Projekt Wrocławskiej Sieci Szkół Promujących Zdrowie mógł się wówczas rozwijać dzięki zaangażowaniu szkolnych koordynatorów oraz konsultantów ds. promocji zdrowia, powołanych przez Wydział Zdrowia UM Wrocławia

W latach 1996-1999 funkcję koordynatora projektu pełnił Lesław Kulmatycki, w 1999 roku Jadwiga Góralewicz, główny specjalista ds. uzależnień w Wydziale Zdrowia UM Wrocławia, a od roku 2000 Bożena Lewicka, główny specjalista ds. promocji zdrowia w Wydziale Zdrowia Urzędu Miejskiego Wrocławia.

Ze względu na duże zainteresowanie projektem, jego dynamiczny rozwój oraz różne problemy szkół i możliwości ich rozwiązywania, Wrocławską Sieć Szkół Promujących Zdrowie podzielono na dwie grupy:

- szkoły podstawowe
- szkoły średnie.

W roku szkolnym 1998/99 w realizacji projektu uczestniczyło 15 szkół podstawowych i 11 średnich. Reforma edukacji polegająca na utworzeniu 6-klasowej szkoły podstawowej, 3-letniej gimnazjalnej i ponadgimnazjalnej, zobowiązywała do zmian organizacyjnych w realizacji Wrocławskiego Programu Szkoły Promującej Zdrowie. Przyjęto założenie organizacyjno-merytoryczne na okres 3 lat dla poszczególnych poziomów nauczania.

W roku szkolnym 1999-2000 ogłoszono konkurs na 3-letni program szkoły promującej zdrowie, dla poszczególnych poziomów nauczania, tj. szkół podstawowych klas I - II oraz klas IV - VI, szkół gimnazjalnych i średnich.

Decyzją Komisji Konkursowej przyjęto programy: 29 szkół podstawowych, 9 gimnazjów i 13 średnich, razem 51 szkół.

Szkoły podstawowe stanowiące najliczniejszy zespół podzielono na 5 grup superwizyjnych. Grupy te tworzyli koordynatorzy szkół będących w Sieci od kilku lat, oraz koordynatorzy szkół nowo przyjętych. Podział ten dawał możliwości dobrej organizacji pracy oraz wykorzystania doświadczeń nauczycieli wcześniej realizujących zadania projektu. Zadania projektu realizowano więc według kompetencji i zainteresowań nauczycieli w sposób ustysystematyzowany, z zachowaniem ważności problemów

Bliskie sąsiedztwo poszczególnych szkół, gwarantowało szybki i dobry przepływ informacji między zespołami realizatorów.

Zespół szkół gimnazjalnych utworzyło 10 placówek, w tym 9 gimnazjów i Szkoła Podstawowa dla Dorosłych. Licea ogólnokształcące i szkoły zawodowe stanowiły zespół składający się z 13 placówek.

W roku szkolnym 2001/2002 dokonano oceny 3-letniego projektu. Wszystkie szkoły, które przy-

stały do realizacji projektu, spełniły ustalone wcześniej kryteria szkoły promującej zdrowie. Wrocławskie szkoły przystępujące do sieci we wrześniu 2002, przyjęły te same, ogólne założenia organizacyjne, choć prezentowały różne poziomy nauczania.

Celem głównym programu jest wychowywanie dla zdrowia poprzez propagowanie zdrowego stylu życia oraz kształtowanie postawy odpowiedzialności za zdrowie własne i innych.

Cele szczegółowe, to:

- Inicjowanie i wspieranie działań na rzecz promocji zdrowia uczniów, nauczycieli, rodziców w środowisku szkolnym, rodzinnym i lokalnym.
- Aktywizowanie nauczycieli i wychowawców do realizacji edukacyjnych programów zdrowotnych.
- Aktywizowanie społeczności szkolnej i lokalnej do świadomego wyboru zdrowego stylu życia.
- Zachęcanie społeczności szkolnych i lokalnych do realizacji wspólnych programów zdrowotnych
- Merytoryczne i finansowe wspieranie zadań w realizacji szkolnych programów promocji zdrowia oraz programu „Moje Osiedle” - Forum Jakości Życia.

Realizacji zadań, nazywanych w założeniach metodologicznych celami szczegółowymi, służą przygotowane i realizowane programy promocji zdrowia, profilaktyki chorób i uzależnień, a wśród nich: poprawiające jakość życia, edukacyjno - zdrowotne, ukierunkowane na wzrost poziomu wiedzy i świadomość zagrożeń, profilaktyki narkomanii, alkoholizmu, wad postawy, schorzeń narządu wzroku i słuchu, przeciwdziałanie przemocy i agresji, programy pomocy psychologicznej uczniom z trudnościami w nauce i sprawiającym problemy wychowawcze w domu i szkole, oraz inne, tzw. interwencyjne i terapeutyczne. Przygotowano również bogatą ofertę szkoleń dla pedagogów szkolnych, nauczycieli, uczniów, rodziców, przyszłych liderów zdrowia i innych współpracowników w realizacji projektu.

W założeniach metodologicznych przyjęto, że w wyniku realizacji projektu osiągnięciem będzie:

- podnoszenie poziomu wiedzy o zdrowiu i jego zagrożeniach;
- wykreowanie postawy promującej zdrowy styl życia i świadome zachowania prozdrowotne;
- świadome dokonywanie wyborów prozdrowotnych;
- poprawa jakości życia we wszystkich okresach rozwoju;
- kształtowanie środowiska na potrzeby własne, z zachowaniem norm i wartości ekologicznych;
- rozpoznawanie i modyfikowanie czynników ryzyka zagrażających zdrowiu;
- czerpanie radości z życia i wzmacnianie zdrowia na wszystkich płaszczyznach: fizycznej, psychicznej, społecznej i duchowej;



Fot. Wydział Zdrowia UM. Liderzy szkół wrocławskich na spotkaniu podsumowującym, jesień 2002

– zmniejszenie zagrożeń dla zdrowia i zapobieganie chorobom.

3. Struktura i organizacja sieci

Wrocławski Program Szkół Promujących Zdrowie w układzie strukturalnym przedstawia schemat organizacyjny, zamieszczony na stronie. W każdej szkole realizującej projekt szkoły promującej zdrowie w latach 2002 - 2005, powołano zespół do spraw promocji zdrowia. Zespół składa się z przedstawicieli społeczności szkolnej (nauczycieli, rodziców, uczniów, pielęgniarzy) i lokalnej (osoby reprezentujące tzw. środowisko lokalne, np. radę osiedla, organizacje pozarządowe, itp.) Pracami zespołu kieruje szkolny koordynator do spraw promocji zdrowia. Najczęściej jest to nauczyciel wychowania fizycznego, biologii, pedagog szkolny, osoba kierująca projektem, realizująca założenia metodologiczne oraz zadania projektu.

Szkolnego koordynatora wybiera w głosowaniu lub wyznacza Rada Pedagogiczna Szkoły. W szkołach powyżej 1000 uczniów powołuje się najczęściej 2 koordynatorów.

Na poziomie szkół podstawowych szkolni koordynatorzy do spraw promocji zdrowia utworzyli 3 grupy superwizyjne, składające się z 15-16 nauczycieli. Grupy superwizyjne utworzono w celu rozwijania współpracy międzyszkolnej, rozwiązywania wspólnych problemów wychowawczych oraz inicjowania działań prozdrowotnych, skierowanych do społeczności szkolnych i lokalnych.

W skład grupy superwizyjnej wchodzi szkolni koordynatorzy do spraw promocji zdrowia. Grupy superwizyjne prowadzone są przez doświadczonych nauczycieli: **Annę Hoffman**, nauczycielkę Gimnazjum nr 34, **Agnieszke Baciór**, pedagoga Terapeutycznej Szkoły Podstawowej nr 119 i **Lidię Tomaszewicz**, nauczycielkę Szkoły Podstawowej nr 99.

Każdy z liderów ma do wykonania określone zadania i realizuje je zgodnie z przyjętym planem i harmonogramem. Koordynator sieci szkół podstawowych, **Jolanta Dolata**, pedagog Szkoły Podstawowej nr 9, odpowiada za sprawny przepływ informacji pomiędzy zespołami, nadzoruje ich działania, organizuje spotkania i prowadzi dyskusje, podczas których podejmowane są wspólnie decyzje o przedsięwzięciach.

Sieć szkół ponadpodstawowych tworzą 23 gimnazja. Koordynatorem sieci szkół ponadpodstawowych jest **Danuta Siwik**, nauczycielka Gimnazjum nr 27. Szkolni koordynatorzy do spraw promocji zdrowia tworzą zespół koordynatorów gimnazjów, a koordynatorzy szkół średnich - zespół koordynatorów szkół ponadgimnazjalnych. Koordynatorem sieci 23 szkół ponagimnazjalnych jest **Małgorzata Smolik-Wyczalkowska**, pedagog szkolny z Liceum Ogólnokształcącego nr XII.

Każda z grup koordynatorów w oparciu o diagnozę sytuacji wychowawczej szkół i wybór problemów priorytetowych, przygotowała 3-letni plan

rowanych do społeczności szkolnych i lokalnych. W skład grupy superwizyjnej wchodzi szkolni koordynatorzy do spraw promocji zdrowia. Grupy superwizyjne prowadzone są przez doświadczonych nauczycieli: **Annę Hoffman**, nauczycielkę Gimnazjum nr 34, **Agnieszke Baciór**, pedagoga Terapeutycznej Szkoły Podstawowej nr 119 i **Lidię Tomaszewicz**, nauczycielkę Szkoły Podstawowej nr 99.

Szkolnego koordynatora wybiera w głosowaniu lub wyznacza Rada Pedagogiczna Szkoły. W szkołach powyżej 1000 uczniów powołuje się najczęściej 2 koordynatorów.

Sieć

Podejmowane działania są dobrowolne, często spontaniczne i nie wymuszone przez zinstytucjonalizowane formy nakazu, czy zalecenia.

pracy zespołu.

Comiesięczne spotkania koordynatorów wszystkich grup są doskonałą formą wymiany doświadczeń, oraz inspirują do podejmowania nowych inicjatyw.

W okresie wdrażania projektu i realizacji zadań programowych w latach 1999-2003, byliśmy świadomi, iż w wielu społecznościach szkolnych i lokalnych zachodzić będą zmiany, nie zawsze zaplanowane i przewidziane. Zmieniać się będą zadania i osoby je wykonujące.

Brak doświadczenia u niektórych realizatorów projektu, trudności w osiąganiu zaplanowanego wcześniej celu, mogą zniechęcać do działań, powodować napięcia, pogorszenie kontaktów międzyludzkich i tym podobne problemy.

Wielość problemów środowisk szkolnych i lokalnych, ich różnorodność, dynamika procesu, eksperymentowanie w realizacji zadań rozwiązujących problemy lokalne szkół, zobowiązuje do prowadzenia monitorowania i ewaluacji programu, zarówno na etapie szkół, jak i centralnie.

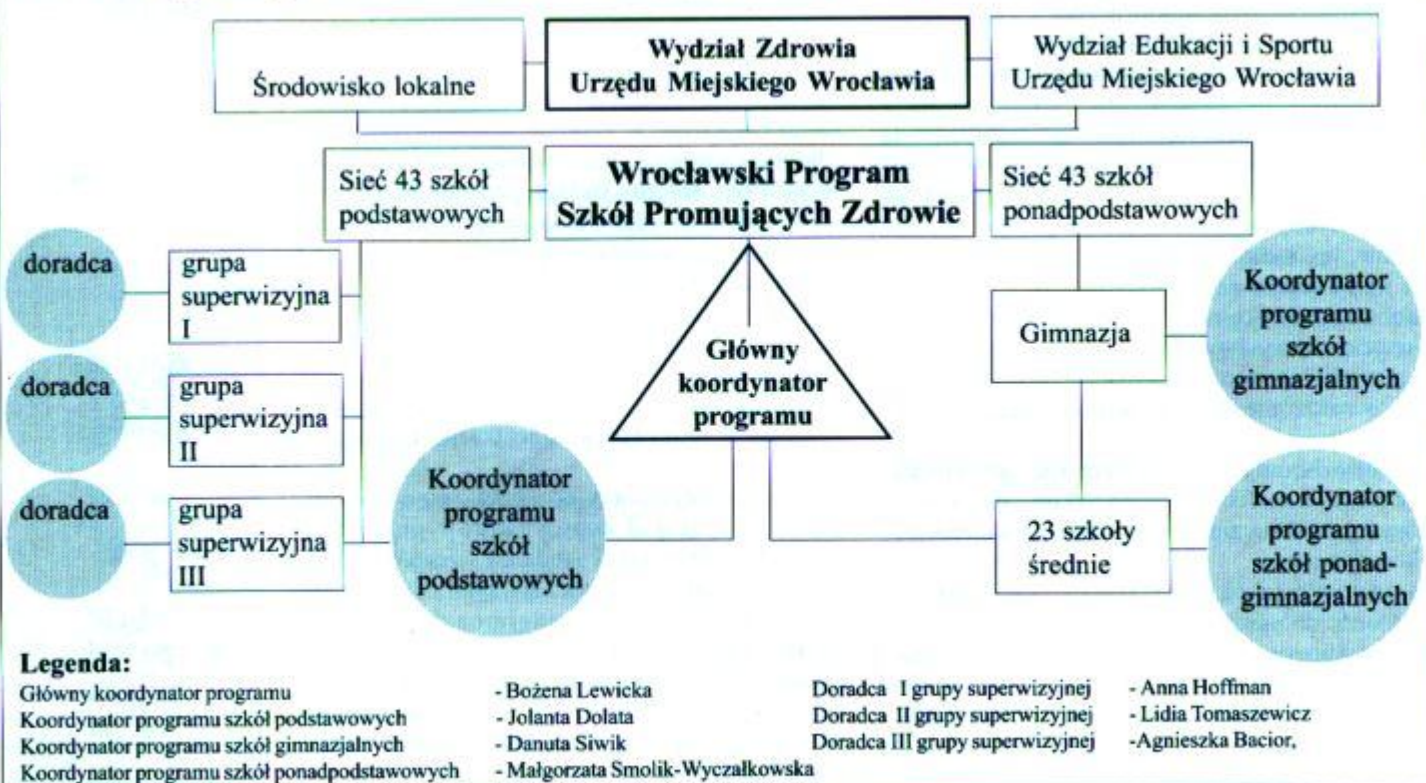
W metodologii programu uwzględniono więc konieczność monitorowania całego procesu. Przed przystąpieniem do realizacji projektu wszyscy koordynatorzy zostali poinformowani o konieczności monitorowania realizacji zadań programowych, dokonywania bieżącej analizy, a w razie potrzeby modyfikowania planu działań.

4. Perspektywy rozwoju Wrocławskiej Sieci Szkół Promujących Zdrowie

Projekt „Wrocławskiego Programu Szkół Promujących Zdrowie” rozwija się dynamicznie. Formy pracy zespołów realizujących poszczególne zadania są wciąż doskonałe. Bogate doświadczenia z realizacji zadań programowych oraz możliwość bieżącej oceny efektów działań, mobilizuje zespoły do pracy i ukazuje nowe wyzwania. Sprzyjająca realizacji projektu okazała się reforma systemu edukacji. Dzięki niej edukacja zdrowotna została na stałe wpisana do programu dydaktycznego wszystkich poziomów nauczania i jest realizowana w formie tzw. „ścieżki międzyprzedmiotowej”. Tworzenie szkoły promującej zdrowie wymaga wprowadzenia wielu zmian, a system „od ludzi do problemu” jest bardziej przyjazny działaniom, angażuje całe zespoły i jednostki, wyzwala inicjatywy, entuzjastom daje możliwości realizowania pozytywnych celów, z korzyścią dla innych i własnego samorealizowania się. Podejmowane działania są dobrowolne, często spontaniczne i nie wymuszone przez zinstytucjonalizowane formy nakazu, czy zalecenia.

Umiejętność dostrzegania problemu i propozycja jego rozwiązania mobilizuje do działania całą społeczność. Ważne jest, by działania te były wspierane z zewnątrz. Nie bez znaczenia więc, w pro-

Struktura organizacyjna Wrocławskiego Programu Sieci Szkół Promujących Zdrowie





Fot. Wydział Zdrowia UM. Kolejne spotkanie liderów i koordynatorów szkolnych sieci wrocławskiej.

jeckie uwzględniono doradczą i finansową pomoc Wydziału Zdrowia i Wydziału Edukacji Urzędu Miejskiego Wrocławia.

Rola życzliwego doradcy, gwarantującego bezpieczeństwa, pomoc merytoryczną i finansową, wspierającego demokratyczne formy rozwiązywania problemów, wyzwala potrzebę działania, ambicje i kreatywność realizatorów.

Cykl szkoleń oraz wsparcie obu wydziałów, to także dostarczenie rzetelnej informacji i pomoc w komunikowaniu się zespołów realizujących program. W realizacji projektu podstawowym zadaniem stało się opracowanie materiałów edukacyjnych i doskonalenie warsztatu pracy liderów programu.

Dla Wydziału Zdrowia istotne jest, by wszyscy realizatorzy rozumieli istotę zmian, stale zachodzących w dynamicznie rozwijającym się projekcie. Ważne jest, by realizujący nabyli umiejętności radzenia sobie ze zmianami, nie bali się ich dokonywać, umiejętnie nimi kierowali, uczyli innych, jak do tych zmian należy się przystosować. Realizowanie projektu powinno być dla wszystkich jego realizatorów procesem twórczym. Reforma systemu edukacji i zdrowia oraz proces transformacji ustrojowej wymagają tego od nas wszystkich.

Ważne znaczenie dla projektu ma holistyczne podejście do zdrowia. Powinno ono znajdować odzwierciedlenie w codziennym życiu, w którym

każdy znajduje siebie, odczuwa komfort fizyczny i psychiczny, współdziała z innymi, żyje w harmonii z przyrodą, która go otacza. Nikt, tak jak szkoła we współpracy z rodzicami, nie zagwarantuje realizacji tej koncepcji w procesie wychowania młodego pokolenia i tworzenia nowego wymiaru kultury zdrowotnej. „Wbudowanie” zdrowia w program dydaktyczno - wychowawczy szkoły, daje gwarancję osiągnięcia nadrzędnego celu promocji zdrowia, jakim jest kształtowanie stylu życia i środowiska (fizycznego i społecznego), sprzyjającego zdrowiu, a ludziom - uświadczenia, że oni sami podejmują decyzje i wybory w sprawie swojego zdrowia, ponosząc odpowiedzialność za zdrowie własne i tych, którzy żyją w ich otoczeniu.

Postawy odpowiedzialności, świadomych, mądrych wyborów, czerpania radości z życia może nauczyć „zdrowa szkoła”, będąca wzorem środowiska, w którym najważniejsze są: wspólnota celów i wartości, skutecznie porozumiewanie się, dobre relacje dom - szkoła, bezpieczeństwo całej społeczności, i konsekwentnie realizowana polityka promocji zdrowia.

* W tej części szczególnie autorka opierała się na tekstach prof B. Woyнарowskiej.

** Rezolucja I Konferencji Europejskiej Sieci Szkół Promujących Zdrowie.

Ważne jest, by realizujący nabyli umiejętności radzenia sobie ze zmianami, nie bali się ich dokonywać

Sieć

Marzena Krysa

Przedszkola w sieci



Wrocławskie Sieć Przedszkoli Promujących Zdrowie, cz. I

Konieczne okazało się utworzenie sieci przedszkoli, by można było uczyć dzieci jak żyć zdrowo i jak tworzyć zdrowe środowisko

Wrocławskie Sieć Przedszkoli Promujących Zdrowie powstała z inicjatywy Wydziału Zdrowia Urzędu Miejskiego we Wrocławiu, w kwietniu 1999 roku. Wzorowano się na osiągnięciach i wypracowanych metodach w pracy ze szkołami, w latach 1995-1997. Wykorzystano strategię Projektu Szkoły Promującej Zdrowie. Konieczne okazało się utworzenie sieci przedszkoli, by można było uczyć dzieci jak żyć zdrowo i jak tworzyć zdrowe środowisko, a także zachęcać inne społeczności, zwłaszcza rodziców, do podjęcia podobnych starań.

Program Wydziału Zdrowia spotkał się z bardzo przychylnym przyjęciem przez dużą ilość placówek. W maju 1999 roku na warsztaty dotyczące idei i zasad promocji zdrowia w przedszkolu, zgłosiły się 42 wrocławskie przedszkola. Wszystkie placówki uczestniczące w warsztatach otrzymały kartę zgłoszenia i uczestnictwa w projekcie Przedszkole Promujące Zdrowie. Nauczyciele realizujący program wypracowali i określili cechy przedszkola Promującego Zdrowie.

CO TO JEST PRZEDSZKOLE PROMUJĄCE ZDROWIE?

JEST TO MIEJSCE, W KTÓRYM:

– PODEJMUJE SIĘ STARANIA, ABY POPRAWIĆ SVOJE ZDROWIE I SAMOPOCZUCIE

– UCZY SIĘ, JAK ŻYĆ ZDROWO I JAK TWORZYĆ ZDROWE ŚRODOWISKO
– ZACHĘCA SIĘ LUDZI W INNYCH SIEDLISKACH (ZWŁASZCZA RODZICÓW) DO PODJĘCIA PODOBNYCH STARAŃ.

CECHY PRZEDSZKOLA PROMUJĄCEGO ZDROWIE

– DOBRE SAMOPOCZUCIE SPOŁECZNOŚCI
– PODNOSZENIE JAKOŚCI I WARTOŚCI ODŻYWIANIA
– WSPÓŁPRACA Z RODZINĄ I PRACOWNIKAMI, W CELU ZMIANY NAWYKÓW ŻYWIENIOWYCH
– STAŁE DĄŻENIE DO UTRZYMANIA ESTETYKI
– UMOŻLIWIENIE RUCHU I ZACHĘCENIE DO STAŁEJ KONTROLI ZDROWIA DLA WSZYSTKICH PRACOWNIKÓW
– WYPRACOWANA STRATEGIA RADZENIA SOBIE Z PALENIEM PAPIEROSÓW
– TWORZENIE WARUNKÓW I BAZY DO REALIZOWANIA AKTYWNOŚCI RUCHOWEJ
– SPOTKANIA Z DIETETYKAMI, SPECJALISTAMI, CZYLI EDUKACJA ZDROWOTNA
– WSPÓŁPRACA Z INNYMI SIEDLISKAMI PROMUJĄCYMI ZDROWIE
– TWORZENIE SPRZYJAJĄCEJ ATMOSFERY I WSPÓŁPRACY POMIĘDZY PERSONELEM PRZEDSZKOLNYM

ETAPY WDRAŻANIA PROJEKTU.

Rozpoczęliśmy od szkolenia przyszłych koordynatorów, w wymiarze 21 godzin dydaktycznych, które prowadzone były przez **Marię Monikę Szymańską** - pedagoga, jedną z grona osób od samego początku zaangażowanych w działalność Polskiego Zespołu ds. Projektu Szkoła Promująca Zdrowie. Warsztaty dotyczyły zapoznania nauczycieli z koncepcją zdrowia, edukacji zdrowotnej, pracy nad modelem programu przedszkola promującego zdrowie, określeniu kierunku działań. W trakcie trwania warsztatów wypracowane zostały przez koordynatorki wnioski dotyczące PPZ. Określone zostały także zasady współpracy Wydziału Zdrowia z Przedszkolami Promującymi Zdrowie.

W dniu 2 lutego 2000 roku, w sali Ratusza Miejskiego we Wrocławiu, odbyła się uroczystość wręczenia certyfikatów przystąpienia do Wrocławskiej Sieci Przedszkoli Promujących Zdrowie, z udziałem Dyrektora Wydziału Zdrowia, **Władysława Sidorowicza**, Dyrektora Wydziału Oświaty, **Włodzimierza Haręźlaka**, członka Zarządu Miasta, **Bohdana Aniszczaka**, przedstawiciela Wydziału Oświaty, **Ewy Kęskiej**, przedstawiciela Wydziału Zdrowia, **Marzeny Krysy** oraz **Marii Sokółowskiej** z Polskiego Zespołu ds. Projektu Szkoła Promująca Zdrowie.

Uroczystość w Ratuszu zamknęła fazę przygotowawczą, która wyłoniła **30 przedszkoli** zakwalifikowanych do dalszej działalności. Były to następujące przedszkola:

1. Przedszkole nr 3	ul. Nowowiejska 78
2. Przedszkole nr 5	ul. Smocza
3. Przedszkole nr 19	ul. Grabiszyńska
4. Przedszkole nr 26	ul. Matejki 3
5. Przedszkole nr 32	ul. Orzeszkowej 80
6. Przedszkole nr 41	ul. Dobra 16
7. Przedszkole nr 45	ul. Kręta 23a
8. Przedszkole nr 54	ul. Wittiga 3
9. Przedszkole nr 56	ul. Wałbrzyska 16
10. Przedszkole nr 59	ul. Narcyzowa 6
11. Przedszkole nr 64	ul. Pilczycka 142
12. Przedszkole nr 71	ul. Kiełczowska 31
13. Przedszkole nr 82	ul. Bończyka 52
14. Przedszkole nr 87	ul. Pawłowa 6a
15. Przedszkole nr 93	ul. Grochowa 15
16. Przedszkole nr 99	ul. Inowrocławska 9
17. Przedszkole nr 102	ul. Litomska 11
18. Przedszkole nr 107	ul. Stysia 71
19. Przedszkole nr 109	ul. Nowowiejska 78
20. Przedszkole nr 110	ul. Gołężycka 4
21. Przedszkole nr 113	ul. Lotnicza 22
22. Przedszkole nr 117	ul. Fiołkowa 9a
23. Przedszkole nr 124	ul. Kopańskiego 19
24. Przedszkole nr 130	ul. Inflancka 13
25. Przedszkole nr 136	ul. Gliniana 85
26. Przedszkole nr 140	ul. Nadbrzeżna 14
27. Przedszkole nr 148	ul. Rogowska 18a
29. Przedszkole nr 149	ul. Qörnicka 21
30. Przedszkole nr 150	ul. Ignuta 30

* Logo programu - autorka projektu: Krystyna Majchrzak

Kontynuacja w następnym „Promotorze” (nr 2/2003)

WYDZIAŁ ZDROWIA OFERUJE

1. Materiały edukacyjne i informacyjne
2. Bezpłatne szkolenia z zakresu promocji zdrowia
3. Oferty konkursowe dla nauczycieli, rodziców, dzieci
4. Udział w kampaniach prozdrowotnych, konferencjach
5. Koordynację Wrocławskiego Programu Przedszkoli Promujących Zdrowie
6. Monitorowanie i ewaluację
7. Finansowanie programów prozdrowotnych

WYDZIAŁ ZDROWIA OCZEKUJE

1. Doskonalenia zawodowego w zakresie promocji zdrowia
2. Udziału społeczności przedszkolnej w kampaniach zdrowotnych
3. Dokumentowania pracy przedszkola
4. Udziału w konkursach ofert na programy promocji zdrowia
5. Planowego wdrażania projektu przedszkola promującego zdrowie
6. Przedstawiania sprawozdań z ewaluacji etapowej

30 przedszkoli
zakwalifikowanych
do dalszej
działalności


Sieć

Żyjemy
w świecie
sieci -
w sensie
dosłownym
i przenośnym.

Żyjemy w świecie sieci - w sensie dosłownym i przenośnym. Kiedy myślimy i mówimy o rozmaitych sieciach, na przykład o sieciach dróg i połączeń kolejowych, o sieciach południków i równoleżników, o sieciach komunikacji telefonicznej, o złożonych ekosystemach tworzących sieć życia na Ziemi, o sieciach dystrybucji energii i informacji - posługujemy się językiem, który również jest siecią, siecią słów i znaczeń, łączących się ze sobą między innymi dzięki regułom syntaktycznym.

Obejmujące różne dziedziny życia badania naukowe ostatnich lat potwierdziły znaczenie i wszechobecność sieci w naszym życiu. Nie tylko nasz system nerwowy i mózg tworzą sieć, lecz także pojedyncze komórki nerwowe są sieciami cząsteczek, których łączami są reakcje biochemiczne. Siecią jest rodzina, społeczność lokalna i społeczeństwo - łączami relacje rodzinne, więzi między przyjaciółmi i znajomymi, relacje grupowe i zawodowe, itd.

Nauki (Nr 6{142} czerwiec 2003) obaj autorzy opublikowali interesujący artykuł, poświęcony sieciom bezskalowym.

Według autorów odkrycie, iż rozmaite układy złożone są zorganizowane w sposób wskazujący na istotne analogie, może nam pomóc w rozwiązywaniu problemów dotyczących opracowania nowych, skuteczniejszych leków i - na przykład - zwiększania bezpieczeństwa w Internecie.

Naukowcy przez ostatnie 40 lat skłonni byli uznawać wszelkie, tworzące złożone systemy sieci za zjawiska losowe. W latach 50. dwóch węgierskich matematyków (Erdos i Renyi) wykazało, iż złożone układy występujące w przyrodzie, lecz także np. sieci informacyjne, można skutecznie modelować, nawet wtedy, gdy połączenia węzłów ich sieci są rozmieszczone losowo.

ŚWIAT SIECI

Renata Niemierowska

Albert-Laszlo Barabasi i Eric Bonabeau (pierwszy jest profesorem fizyki na Uniwersytecie Notre Dame i autorem książki *Połączeni. Nowa nauka o sieciach*, zaś drugi szefem zespołu naukowego w firmie konsultingowej Icosystem) zajmują się badaniem własności układów złożonych istniejących w naturze, a także tworzonych przez człowieka - to znaczy badaniem sieci. W czerwcowym numerze *Świata*

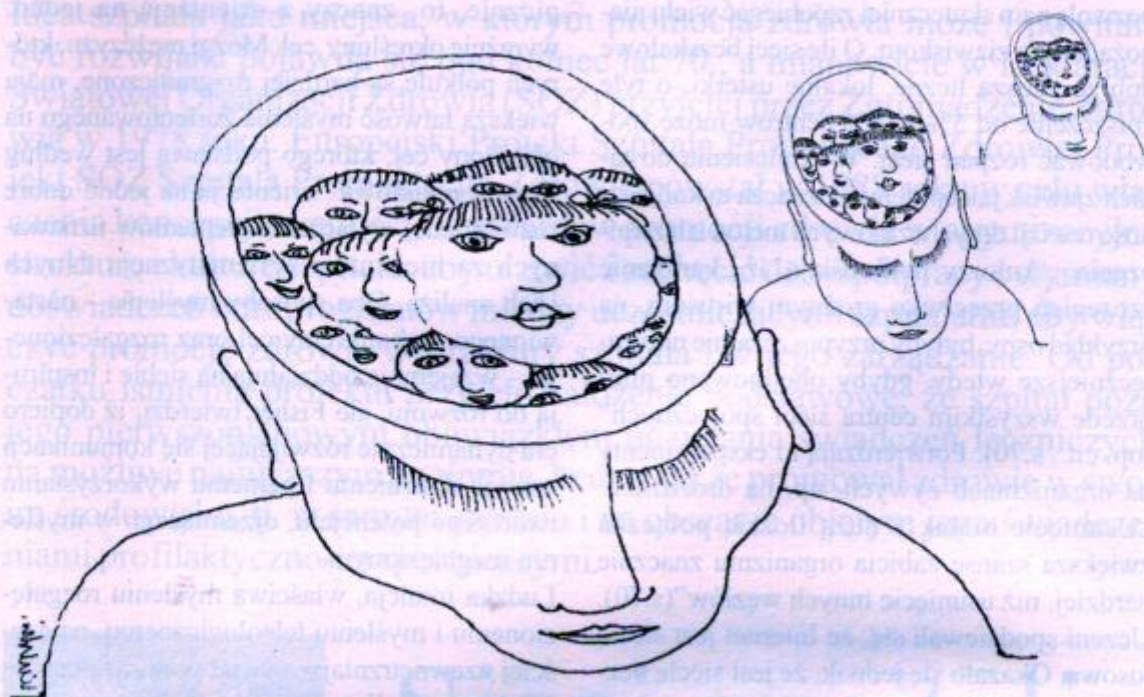


zdrowie i kultura

Znaki zodiaku a fizjologia ciała, 1483, drzeworyt

„Teoria sieci losowych przewiduje następujący ważny fakt: pomimo losowego rozmieszczenia połączeń, cały układ będzie demokratyczny, tzn. większość węzłów będzie mieć mniej więcej tę samą liczbę połączeń” (op. cit., s.66). Przykładem sieci losowej może być system połączeń drogowych; większość dużych ośrodków może mieć mniej więcej zbliżoną liczbę połączeń. Początkowo zatem, uczeni przypusz-





czali, iż „naturą” sieci jest ich matematycznie pojmowana losowość. Ale najnowsze badania wykazały zdumiewające zjawisko: bardzo liczne rodzaje sieci to układy złożone, mające wspólną architekturę, podlegającą „prawom, które dają się stosować jednakowo do komórek, komputerów, języków i społeczności” (op. cit., s.66). Okazało się, iż owa wspólna architektura dotyczy np. metabolicznego układu komórki i sieci prac naukowych, w których łączami są cytowania, a także rozprzestrzeniania się wirusów wywołujących choroby zakaźne, czy też wirusów komputerowych. „Co więcej - piszą autorzy - znajomość tych wspólnych zasad organizacji w dużym stopniu pomaga w projektowaniu skuteczniejszych leków, obronie Internetu przed hakerami i zapobieganiu groźnym epidemiom - by wspomnieć choćby o kilku zastosowaniach” (op. cit., s.66). Jakie są zatem wspólne zasady organizacji tych układów? Według Barabasiiego i Bonabeau systemy te tworzą sieci bezskalowe; można powiedzieć, że są „niedemokratyczne”, ale za to są układami bardzo dynamicznymi. Sieci

bezskałowe posiadają stosunkowo niewielką liczbę węzłów, połączonych z bardzo wieloma innymi punktami; niektóre z tych osobliwych centrów mają niemal nieograniczoną liczbę połączeń, zaś żaden z węzłów nie jest typowy. Według autorów sieci bezskałowe są odporne na przypadkowe i nawet liczne uszkodzenia, lecz niezwykle podatne na zaplanowane i skoordynowane ataki. Ponieważ niektóre, szczególnie węzły, określane jako centra, mają tysiące, setki tysięcy a nawet miliony połączeń, sieć wydaje się być pozbawiona skali; natomiast większość węzłów posiada jedynie kilka połączeń. I właśnie taką siecią jest Internet; z matematycznego punktu widzenia, jak w każdej sieci bezskałowej, w podwójnej skali logarytmicznej wykres rozkładu liczby połączeń jest tu linia prosta, choć spodziewano się, iż ilość połączeń będzie podlegała rozkładowi potęgowemu, tak jak w sieciach losowych.

A oto kilka przykładów sieci bezskałowych, według Barabasi'ego i Bonabeau (*Świat Nauki*, Nr 6 {142} 2003, s.68):

Dalsze badania sieci losowych i bezskałowych

Sieć	Węzły	Połączenia
Współpraca naukowa	Naukowcy	Współautorstwo prac naukowych
Hollywood	Aktorzy	Występowanie w tym samym filmie
Siec regulacji białkowych	Białka regulujące działanie komórki	Oddziaływania między białkami

Internet jest tworem informatyki i techniki, dziełem wyobraźni człowieka, przypominającym żywy organizm i mającym wspólną z nim architekturę!



kosmiczna
sieć kryszta-
łów (lub
klejnotów),
podobna do
pajęczyny,
w której
węzłach lśnią
kropelki
rosy; w każ-
dej kropelce,
kryształe,
klejnocie tej
ogromnej
kompozycji
odbijają się
wszystkie
pozostałe.



pozwolą nam skuteczniej zapobiegać wielu niepożądanym zjawiskom. O ile sieci bezskalowe dobrze znoszą liczne, lokalne usterki, o tyle zniszczenie od 5% - 15% centrów może spowodować rozpad sieci. W odniesieniu do takich zjawisk jak epidemie, oznacza to konieczność rewizji dotychczasowych metod ich zwalczania. Autorzy podkreślają, iż „kampanie szczepień przeciwko groźnym wirusom, na przykład ospy, byłyby przypuszczalnie najskuteczniejsze wtedy, gdyby obejmowano nimi przede wszystkim centra sieci społecznych” (op. cit., s.70). Potwierdzają to eksperymenty na organizmach żywych, np. na drożdżach: „Usunięcie białek z dużą ilością połączeń zwiększa szansę zabicia organizmu znacznie bardziej, niż usunięcie innych węzłów” (s.70). Uczni spodziewali się, że Internet jest siecią losową. Okazało się jednak, że jest siecią bezskalową; WWW jest całością przede wszystkim dzięki temu, iż posiada niewiele stron z zawrotną ilością połączeń. Jest tworem informatyki i techniki, dziełem wyobraźni człowieka, przypominającym żywy organizm i mającym wspólną z nim architekturę!

Wydaje się, iż w kontekście rodzącej się filozofii sieci, wynikającej z ostatnich odkryć i ustaleń, warto zastanowić się nad zagadnieniem „myślenia rozgałęzionego”. Termin ten wprowadziła Helen Fisher (antropolog z Rutgers University w New Jersey, autorka m.in. innymi *Silnej płci* i przetłumaczonej na j. polski i wydanej w 1994 r. książki pt. *Anatomia miłości*) dla określenia takiego sposobu myślenia, które jest w istocie wizjonerskie i systematyczne. Jest to typ myślenia otwartego na szeroki kontekst, uwzględniającego wszelkie możliwe powiązania, większą ilość szczegółów i większą ilość możliwych rozwiązań. Wynika ono, według Fisher, ze zdolności postrzegania większej ilości szczegółów i umiejętności przetwarzania tych informacji w złożone wzory. Amerykańska antropolog twierdzi, iż ten sposób myślenia jest charakterystyczny dla kobiet, których mózgi ewoluowały w stronę większej ilości połączeń między obiema półkulami. Nie znaczy to, że myślenie rozgałęzione obce jest umysłom mężczyzn, a kobiety nie potrafią myśleć teleolo-

gicznie, to znaczy z orientacją na jeden, wyraźnie określony cel. Mózgi mężczyzn, których półkule są bardziej rozgraniczone, mają większą łatwość myślenia zorientowanego na określony cel, którego podstawą jest według Fisher „punktowa” orientacja na jedno dobre rozwiązanie, wyłączanie elementów uznawanych za nieistotne, systematyzacja danych i ich analiza. Oba sposoby myślenia - nastawionego na konkretny cel oraz rozgałęzionego - wzajemnie oddziałują na siebie i inspirują do rozwoju, ale Fisher twierdzi, iż dopiero era dynamicznie rozwijającej się komunikacji sprzyja docenieniu i pełnemu wykorzystaniu twórczego potencjału, drzemającego w myśleniu rozgałęzionym.

Ludzka intuicja, właściwa myśleniu rozgałęzionemu i myśleniu teleologicznemu, najczęściej uzewnętrzniająca świat wizji za pomocą języka symboli, od wieków usiłuje wniknąć w tajemnicę naszej świadomości i odpowiedzieć na pytanie: czym jest życie na Ziemi i życie naszego umysłu? Czym jest życie Wszechświata? Jedną z odpowiedzi na te pytania możemy znaleźć w *Sutrze Awatamsaka*, dziele filozoficznym, którego powstanie należy umieścić między 100 r. p.n.e., a rokiem 300. To obszerne dzieło należy do tradycji buddyzmu mahajany, związanego z tzw. kanonem palijskim. Wybitnymi twórcami tej tradycji byli filozofowie hinduscy, Aśwaghosza i Nagardżuna (a także wiele innych, przenikliwych umysłów). *Sutra Awatamsaka* opisuje i wyklada doktrynę Dharmadhatu, czyli, w uproszczeniu „sposób istnienia” tego, co postrzegamy i pojmujemy jako rzeczywistość. Centralnym symbolem Dharmadhatu jest kosmiczna sieć kryształów (lub klejnotów), podobna do pajęczyny, w której węzłach lśnią kropelki rosy; w każdej kropelce, kryształe, klejnocie tej ogromnej kompozycji odbijają się wszystkie pozostałe. Ich sieć to Dharmadhatu - wszechświat niezliczonych dharm, czyli „form” - „byto-zdarzeń”, „rzecz-zjawisk”.

Jeśli chcielibyście Państwo przeczytać tę *Sutrę* (ostrzegam, że jest obszerna i trudna), nie prostszego; można ją znaleźć w Internecie bardzo szybko, korzystając z przeglądarki Yahoo.

Idea szpitala jako miejsca, w którym promocja zdrowia może i powinna być rozwijana pojawiła się pod koniec lat 70., a mianowicie w Deklaracji Światowej Organizacji Zdrowia (ŚOZ) przyjętej przez Zgromadzenie Zdrowia w 1978 roku. Europejski Projekt Szpitala Promującego Zdrowie: Projekt ŚOZ Szpitala Promującego Zdrowie powstał w 1988 roku w celu włączenia koncepcji, wartości i standardów promocji zdrowia w organizacyjną strukturę i kulturę szpitala, aby ułatwić i zachęcić do współpracy i wymiany doświadczeń oraz programów między uczestniczącymi szpitalami; aby włączyć promocję zdrowia w struktury szpitala i w jego zarządzanie. Od początku istnienia projektu przyjęto założenie podstawowe, że szpital poza jego pierwszoplanowym obowiązkiem udzielania świadczeń leczniczych na możliwe najwyższym poziomie, będzie także promował zdrowie w swoim środowisku, tj. w samym szpitalu i na obszarze objętym jego świadczeniami profilaktyczno-terapeutycznymi.



Sieci szpitali promujących zdrowie

Projekt ŚOZ Szpitala Promującego Zdrowie powstał w 1988 roku.

Zgodnie z „Rekomendacjami wiedeńskimi” (1997):

1. Szpitale są instytucjami, w których pracuje wiele osób, przebywa na leczeniu znaczna liczba chorych, które są odwiedzane przez wiele osób, przez co istnieje szeroki „dostęp” do dużej części społeczeństwa;
2. Szpitale mogą być miejscem pracy tworzącym zagrożenia zdrowotne. Ryzyko stwarza nie tylko ekspozycja na różne środki toksyczne lub infekcje, ale także ekspozycja na czynniki chemiczne i fizyczne oraz stres zależny od rodzaju wykonywanej pracy i stopnia ponoszonej odpowiedzialności;
3. Szpitale są producentami znacznych ilości odpadów. Mogą one brać znaczący udział w zanieczyszczaniu środowiska, ale jednocześnie jako konsument wielu produktów, mogą

promować produkty zdrowe i bezpieczne dla środowiska.

W kontekście strategii Zdrowia dla Wszystkich, Karty Ottawskiej, odnoszącej się do promocji zdrowia oraz Karty Lublańskiej, odnoszącej się do reformowania opieki zdrowotnej, Szpital Promujący Zdrowie powinien:

1. **Promować** ludzką godność, równość, solidarność i etykę zawodową, uwzględniając różnice potrzeb, wartości i kultury różnych grup społecznych;
2. **Być zorientowany** całkowicie na jakość (TQM), dobre samopoczucie pacjentów, ich rodzin i personelu, a także na ochronę środowiska;
3. **Koncentrować** się na zdrowiu, podchodząc do tego zagadnienia w sposób holistyczny, a nie tylko z punktu widzenia świadczeń leczniczych;

Sieć

Sieć Szpitali Promujących Zdrowie ułatwia i zachęca szpitale członkowskie do współpracy oraz wymiany doświadczeń i programów.


sieć

4. **Ukierunkować** swoją działalność na wspieranie osób dostarczających świadczenia zdrowotne w możliwie najlepszy sposób dla pacjentów i ich rodzin, co wpływa na proces zdrowienia;

5. **Spożytkowywać** zasoby w sposób właściwy, z uwzględnieniem kosztu i efektywności;

6. **Współdziałać** z tak wieloma poziomami opieki zdrowotnej, jak tylko to jest możliwe.

Strategie wdrażania projektu Szpitali Promujących Zdrowie:

1. Uczestnictwo i zaangażowanie;
2. Porozumiewanie się, informacja i edukacja;
3. Wykorzystywanie doświadczeń.

Szpitale, które chcą być członkami Europejskiej Sieci Szpitali Promujących Zdrowie powinny:

1. Uznać podstawowe zasady i strategie Rekomendacji Wiedeńskich;
2. Należać do ich sieci krajowych;
3. Stosować się do zasad i przepisów ustanowionych na międzynarodowym poziomie przez członków Sieci Międzynarodowej, WHO oraz Instytucję Koordynującą.

Polska Sieć Szpitali Promujących Zdrowie (PS SzPZ) powstała w 1992 roku z inicjatywy Zakładu Promocji Zdrowia (obecnie Zakład Analiz i Promocji Zdrowia). Obecnie Ośrodek Koordynacyjny PS SzPZ mieści się w Zakładzie Zdrowia Publicznego Wydziału Nauki o Zdrowiu Akademii Medycznej w Warszawie. Projekt Szpitala Promującego Zdrowie ŚOZ powstał na przełomie lat 80. i 90-tych. Oficjalne rozpoczęcie prac nad projektem, według modelu zatwierdzonego przez Światową Organizację Zdrowia, nastąpiło w 1989 roku w Wiedniu, w Instytucie Socjologii Medycyny im. Ludwiga Boltzmanna. Obecnie Instytut ten, wraz z Europejskim Biurem ŚOZ ds. Zintegrowanych Świadczeń Opieki Zdrowotnej w Barcelonie, stał się Ośrodkiem Koordynacyjnym Projektu. Biuro ŚOZ w Barcelonie pełni funkcje formalno-organizacyjne, Instytut - stanowi zaplecze naukowe Projektu.

Celem działania Sieci jest rozpowszechnianie promocji zdrowia w środowisku szpitalnym oraz na obszarze objętym jego świadczeniami profilaktyczno-terapeutycznymi. Szpitale należące do PS SzPZ realizują **5 zadań obligatoryjnych oraz programy własne**.

Do zadań obligatoryjnych należą:

- 1) Włączenie zespołu promocji zdrowia w struktury szpitala.
- 2) Prowadzenie edukacji zdrowotnej.
- 3) Podejmowanie działań na rzecz zdrowego żywienia.
- 4) Działalność antynikotynowa i antyalkoholowa.
- 5) Współpraca ze środowiskiem lokalnym.

Sieć Szpitali Promujących Zdrowie ułatwia i zachęca szpitale członkowskie do współpracy oraz wymiany doświadczeń i programów. Uczestnictwo w tej Sieci sprzyja podejmowaniu działań na rzecz pozyskiwania zdrowia, łącznie z aktywizowaniem wszystkich grup profesjonalnych środowiska szpitalnego. Szpital Promujący Zdrowie ma za zadanie rozwijać umiejętności pacjentów i ich rodzin w dziedzinie zachowania zdrowia. Szpital członkowski Sieci Krajowej może przystąpić również do Europejskiej Sieci Szpitali Promujących Zdrowie Światowej Organizacji Zdrowia. Aktualnie PS SzPZ liczy 120 Szpitali Członkowskich i jest największą Siecią Krajową w Europie.

W obrębie Sieci Krajowej tworzą się sieci regionalne. Do 1 czerwca 2003 r. powstały następujące sieci regionalne:

- **Dolnośląska Sieć Regionalna Szpitali Promujących Zdrowie z siedzibą we Wrocławiu**
 - **Małopolska Sieć Regionalna Szpitali Promujących Zdrowie z siedzibą w Krakowie**
 - **Lubelska Sieć Regionalna Szpitali Promujących Zdrowie z siedzibą w Lublinie**
- Obecnie w toku organizacji jest Mazowiecka Sieć Regionalna Szpitali Promujących Zdrowie z siedzibą w Warszawie.

oprac L.K. na podstawie informacji internetowej

Jolanta Kotowska, Lesław Kulmatycki

Ku Dolnośląskiej Sieci Jednostek Służby Zdrowia Promujących Zdrowie.

1. Istota promocji zdrowia: zgodnie z Kartą Ottawską, powstałą w 1986 r., promocja zdrowia jest procesem zwiększającym możliwości prozdrowotnych wyborów człowieka, w celu zachowania i wzmocnienia zdrowia. Innymi słowy, istota promocji zdrowia powinna polegać na tym, aby za jej przyczyną poszczególni ludzie i całe grupy społeczne chcieli dokonywać wyborów, które sprzyjają ich zdrowiu. W odniesieniu do szpitali, w początkowym etapie budowania sieci, można mówić o dwóch zadaniach.

2. Zadanie pierwsze - wynika z miejsca pracy dużej grupy ludzi, którzy w pierwszej kolejności powinni podejmować prozdrowotne wybory. Wówczas można by mówić o realizacji programu promocji zdrowia w miejscu pracy, czyli tzw. „podejściu siedliskowym”, zawężonym do miejsca pracy. Początkująca sieć od tego powinna rozpocząć pracę na rzecz promocji zdrowia.

3. Zadanie drugie to szpital promujący zdrowie, który ma bardziej otwartą perspektywę działania w kierunku innych „siedlisk”, np. lokalnej społeczności, czy szkoły. W tak ujętej koncepcji szpitala promującego zdrowie, rola promotora zdrowia może być albo symboliczna i pozorna, albo znacząca i w swym działaniu inspirująca nowe, autentyczne zmiany. W wypadku ewentualnej sieci dolnośląskiej organizatorzy stopniowo i etapami powinni

oczekiwać tego rodzaju „wyjścia na zewnątrz”.

4. Według raportu belgijskiego (Deccache, 1999), nie najlepiej układała się współpraca z innymi placówkami medycznymi i socjalnymi, poza szpitalnymi; trudności dotyczyły głównie finansowania (opłat za usługi). Z doświadczeń szpitali wynika, że jedynie „zintegrowane ośrodki opieki zdrowotnej”, ośrodki opieki i stowarzyszenia lekarzy rodzinnych, w sposób właściwy podejmują wyzwania szpitali promujących zdrowie. Dlatego w uruchamianiu sieci, na początku lepiej opierać się na doświadczeniach tych grup i jednostek opieki zdrowotnej (to powinno być uzewnętrznione w nazwie sieci).

5. Po kilku latach realizacji programu, autorzy wspomnianego raportu ewaluacyjnego (Deccache, 1999) prześledzili aktywność szpitali, w perspektywie dłuższego czasu. Analizowana była liczba projektów w danej instytucji, oraz ich rozwój w przeciągu ostatnich 20 lat (czyli obejmującego również czas przedprogramowy). Rocznie, średnio na instytucję przypadło 3,2 działań. Natomiast jeśli chodzi o ewolucję, to minimum 1 program w roku 1980 prowadzony był w 7% szpitali; w 1990 r. w 60%, a w 1998 r. - 98%. Tak znaczny progres był możliwy dzięki konsekwentnej pracy zespołów ds. promocji zdrowia, funkcjonujących na terenie szpitali. Z badań

jedynie „zintegrowane ośrodki opieki zdrowotnej”, ośrodki opieki i stowarzyszenia lekarzy rodzinnych, w sposób właściwy podejmują wyzwania promocji zdrowia

Sieć

Konieczna
jest struktura
organizacyjna
sieci oraz
zakresy odpowiedzialności.

sieć

wynikało, że 90% wymienionych i opisanych działań było prowadzonych stale i długoterminowo, a tylko 10% działań miało charakter doraźny i krótkotrwały. Organizatorzy jasno powinni określić lub zarekomendować liczbę programów lub projektów, które powinny być realizowane.

6. W podsumowaniu pracy szpitali belgijskich, po dwóch latach programu na pytania kwestionariusza ewaluacyjnego odpowiedziała połowa ze 105 szpitali. W nadesłanych odpowiedziach opisano 150 projektów (maksymalnie 5 działań w jednym szpitalu). Głównymi obszarami podejmowanych działań były choroby przewlekłe, psychologia (rozwiązywanie konfliktów, agresywność, terapia), macierzyństwo, badania przesiewowe, prewencja i szczepienia. Jeśli chodzi o kierunki działań, oraz zastosowanych strategii, 78% działań było związanych z chorobą i/ lub zagrożeniem chorobą, a 22% dotyczyło utrzymania i poprawy zdrowia. Wśród elementów przyczyniających się do rozwoju inicjatyw w dziedzinie informacji i edukacji zdrowotnej, oraz akcji wymienianych przez dyrektorów placówek, na pierwszym miejscu znalazły się potrzeby pacjentów. Po raz pierwszy, odkąd przygotowuje się takie raporty, czynnik ten został uznany za najważniejszy.

7. Praca promotora zdrowia w szpitalu lub placówce służby zdrowia powinna być oparta na jasnych kryteriach. Szczególnie w pracy o charakterze interdyscyplinarnym. Konieczna jest struktura organizacyjna sieci oraz zakresy odpowiedzialności. Natomiast zespół zaczynający pracę, tzn. gdy zatrudnione są już osoby do realizacji zadań w zakresie promocji zdrowia, powinien postawić sobie cztery podstawowe pytania: „kim są w strukturze danej instytucji i jaką mają rolę?”, „co powinni robić i dlaczego?”, „jak to mają robić?” oraz „w jaki sposób mają sprawdzić, że to co robią jest właściwe?”

W celu wyraźnego wskazania grup adresatów programów promocji zdrowia na terenie jednostki służby zdrowia przedstawiamy schematyczną strukturę, z wyodrębnieniem sześciu podstawowych grup. Struktura Jednostki Służby Zdrowia Promującej Zdrowie.

tyczną strukturę, z wyodrębnieniem sześciu podstawowych grup. Struktura Jednostki Służby Zdrowia Promującej Zdrowie.

STRUKTURA



ETAPY DZIAŁAŃ

1.Kompetentna osoba (zespół) + warunki pracy
2.Rozpoznanie sytuacji (co jest problemem, czym warto się zająć, na kogo można liczyć)
3.Wybór priorytetów (co jest najważniejsze i co możliwe)
4.Plan działania (co, po co, kto, z kim, kiedy, gdzie, za ile, co z tego ma wynikać, jak to sprawdzić)
5.Realizacja (informacja, materiały, scenariusze awaryjne, harmonogram, jakość)
6.Ewaluacja (co z tego wynika, czy jest w tym sens i korzyść, jaka, skąd to wiem?)

MAPA 4 x 5

1. Pięć obszarów, dla projektów w jednostkach służby zdrowia promujących zdrowie (etap wstępny): – Praca na rzecz uświadomienia pracowników co do celów i korzyści, wynikających z pozostawiania placówką promującą zdrowie. – Aktywne wspieranie rozwoju, dobrego samopoczucia i zdrowego trybu życia wśród pracowników i pacjentów jednostki służby zdrowia. – Aktywny rozwój konstruktywnych i dobrych relacji między dyrekcją, pracownikami i pacjentami jednostki. – Wykorzystywanie wszystkich możliwości wewnętrznych i zewnętrznych, w celu poprawy środowiska fizycznego jednostki. – Rozwijanie dobrych relacji między jednostką służby zdrowia, a społecznością lokalną, oraz współpraca ze specjalistami i liderami lokalnej społeczności dla wspólnego dobra.	2. Pięć grup adresatów, dla projektów w jednostkach służby zdrowia, promujących zdrowie (etap wstępny): – Pacjenci i ich rodziny – Przedstawiciele dyrekcji i administracji jednostki – Przedstawiciele personelu medycznego – Przedstawiciele personelu usługowego – Mieszkańcy lokalnej społeczności 3. Pięć czynników zdrowotnych, dla projektów w jednostkach służby zdrowia, promujących zdrowie (etap wstępny): – Nikotynizm – Stres – Aktywny styl życia – Dieta – Wsparcie i relacje interpersonalne 4. Pięć strategii, dla projektów w jednostkach służby zdrowia, promujących zdrowie (etap wstępny): – Badania profilaktyczne i diagnostyczne. – Grupy edukacyjne, treningowe i szkoleniowe – Grupy wsparcia i pomocy – Zmiany organizacyjne – Oddziaływania poprzez lokalne mass-media.
--	---

Stowarzyszenie Jednostek Służby Zdrowia Promujących Zdrowie.

adres: 53-413 Wrocław, pl. Hirszfelda 12

regon 932890819

NIP 899-24-69-619

KRS 0000137621 z dnia 04.11.2002

konto: Bank Zachodni WBK S.A. 57 1090 2398 0000 0001 0086 8177

telefon: 36-89-254

e-mail: jolekkot@interia.pl

zarząd:	Prezes	Jolanta Kotowska
	Z-ca Prezesa	Agnieszka Oczkowska
	Sekretarz	Helena Kościelna

Obecnie Stowarzyszenie stara się o realizację programu antynikotynowego dla młodzieży ze środków Ministerstwa Zdrowia, oraz pozyskanie środków na realizację cyklu warsztatów dla pracowników służby zdrowia z zakresu promocji zdrowia, budowania programów zdrowotnych i ich realizacji ze środków Fundacji Stefana Batorego.

Sięć

Temat: "Od czego zacząć" – warsztaty przeprowadzone 28 maja 2003

(opracowanie: L. Kulmatycki)

Prowadzenie:	Lesław Kulmatycki
Współpraca:	Ewa Jaruzelska, Robert Grudniewski (Zespół Promocji Zdrowia DRKCh, NFZ)
Organizator:	Stowarzyszenie Jednostek Służby Zdrowia Promujących Zdrowie
Miejsce:	DCO, sala konferencyjna
Uczestnicy:	Przedstawiciele jednostek służby zdrowia Dolnego Śląska: 1. Grażyna Mizera - SSZ im. Batorego - Wałbrzych 2. Halina Żygadło - ZPCH Impel Wrocław 3. Wiesława Pierzgała - Woj. Szp. im. Babińskiego Wrocław 4. Jadwiga Andrzejewska - Woj. Szp. im. Babińskiego Wrocław 5. Małgorzata Merck - Szp. Sp. im. Falkiewicza Wrocław 6. Beata Granat - Szp. Sp. im. Falkiewicza Wrocław 7. Dariusz Mucha - Woj. Szp. dla Nerwowo i Psychicznie Chorych Bolestawiec 8. Teresa Szypuła - DWOMP Wrocław 9. Ewa Bąk - Sp. ZOZ Szp. Woj. Jelenia Góra 10. Janina Szłykiewicz - AKTA PARTNER Wrocław 11. Helena Kościelna - DWOMP Wrocław 12. Urszula Żmijewska - Szp. im. Falkiewicza 13. Teresa Hyczko - D.C. Gruźlicy i Chorób Płuc Wrocław 14. Katarzyna Kulezuga - Szp. im. Marciniaka Wrocław 15. Jolanta Kotowska - DCO Wrocław
Czas pracy:	4 godziny zegarowe
Cel:	Zapoznanie uczestników warsztatów z możliwościami realizacji programów promocji zdrowia w środowisku placówek służby zdrowia
Metody:	wykład, praca w małych grupach, ćwiczenia wizualizacji, dyskusja
Środki:	papier pakowy, flamastry, folie, rzutnik pisma.

Tok zajęć

Lp.	Czynności prowadzącego	Czynności uczestników	Czas	Uwagi
1.	Prowadzący przedstawia istotę wspólnej pracy oraz cel warsztatów, które realizowane będą w trzech FAZACH	pytania	20'	
2.	Faza I WIZJA Ćwicz. 1 – prowadzący prowadzi i przekazuje instrukcję – usiądź wygodnie, zamknij oczy, uspokój oddech i rozluźnij ciało, następnie wyobraź sobie swoje miejsce pracy, który w idealny sposób spełnia Twoje wyobrażenia o placówce promującej zdrowie – wyobraź sobie położenie instytucji, placówki, otoczenie, jego wygląd, zobacz same budynki, położenie, wielkość, kolor... wyobraź sobie pomieszczenia i sale w których pracujesz... Zobacz swoje stanowisko pracy... jak wygląda, co jest wokół ciebie... kto jest wokół ciebie.... wyobraź sobie ludzi z którymi pracujesz i dla których świadczysz usługi lub im pomagasz... wyobraź sobie ich sposób zachowania, ubierania, kontaktowania w gestach, mimice, słowach...	wykonują ćwiczenia	20'	

scenariusz

- wyobraź sobie samą pracę, jak wygląda... jak Ty w niej się czujesz... jak wygląda i jak odczuwasz idealną pracę w której czujesz się kompetentny i zadowolony...
- Przypomnij sobie najważniejsze fragmenty swojego wyobrażenia swojej wizji, weź dwa-trzy głębokie oddechy a następnie otwórz oczy i nawiąż kontakt wzrokowy z osobami, które siedzą obok ciebie
- Jeśli masz ochotę skomentować swoją WIZJĘ, to zrób to.

Ćwicz. 2

80'

- Przez prowadzącego warsztaty zostają zaproponowane 4 osoby na liderów grup oraz następuje podział uczestników na cztery grupy, uczestnicy dołączają dobrowolnie do liderów.
- Grupy otrzymują zadanie polegające na podzieleniu się swoimi WIZJAMI z innymi członkami grupy oraz na zaproponowaniu tych elementów swojej WIZJI, które powinny znaleźć się w IDEALNEJ PLACÓWCE PROMUJĄCEJ ZDROWIE
- Grupy gromadzą elementy WIZJI jako poszczególne „cegiełki” służące do budowy swojej IDEALNEJ PLACÓWKI P.Z. a następnie przygotowują konstrukcję budowli
- Grupy "budują", poprzez wklejanie, swoją IDEALNĄ PLACÓWKĘ P.Z.
- Każda z grup prezentuje i omawia swoją zmaterializowaną WIZJĘ. (pytania ze strony innych grup)

Faza II UREALNIENIE WIZJI

Ćwicz. 3

20'

- Każda grupa podejmuje dyskusję na temat realności przedstawionych elementów swojej WIZJI
- Grupa w skali od 0-10 (10 - najbliższej realności) wpisuje na swoim arkuszu punktacje dla każdego elementu („cegiełki”)
- Grupa dokonuje wyboru części elementów, które są możliwe do realizacji „od zaraz”

Faza III DZIAŁANIA DLA WIZJI

Ćwicz. 4

20'

- Każda z grup zastanawia się nad 5 działaniami, które są niezbędne dla uruchomienia UREALNIONEJ WIZJI
- Grupa ustala kolejność działań i wpisuje 5 działań na folii, a następnie prezentuje i uzasadnia swoje kroki.

Wyniki prac fazy I i II

Prezentacja prac przez każdą z czterech grup (opis i schemat każdej z prezentacji)

Grupa 1 (przedstawione w dwóch głównych grupach)

Szpital (5) centrum emanujące i koordynujące działania wewnątrz i na zewnątrz

Wiedza, doświadczenie personelu, pacjentów, rodzin (10)

Klimat sprzyjający działaniu (9) (przyzwolenie dla działań, potwierdzenie potrzeby działania, swoboda działania, życzliwość)

Partnerstwo w działaniu (10) (personelu fachowego, adresatów programu, praca zespołowa)

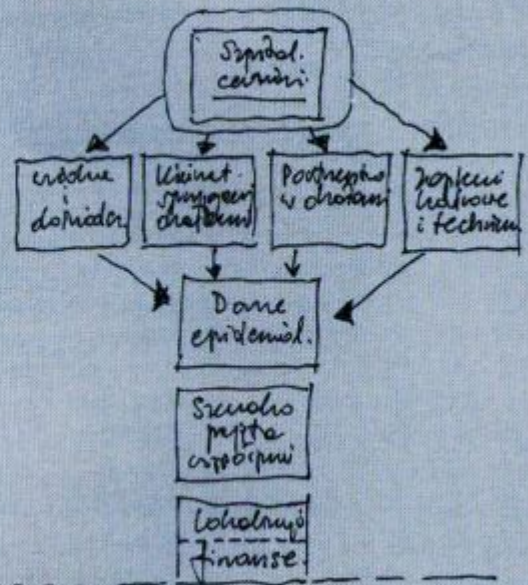
Zaplecze kadrowe i techniczne (10)

Dane epidemiologiczne (10) (adresaci programu, pacjent, rodzina, personel, lokalna społeczność)

Szeroko pojęta współpraca (10) (z partnerami, współpracownikami, adresatami programu, mediami i marketingiem, innymi jednostkami promującymi zdrowie)

Odpowiednia lokalizacja (10)

Finanse (2)



Tępn. H.
Leczenie.
Jedn. 2.
Jedn. 10.

Grupa 2 (przedstawione w dwóch głównych grupach, przygotowawczej i realizacyjnej)

Miejskie Centrum Promocji Zdrowia (3)

Zespół ds. promocji zdrowia (3)

Cel (10)

Diagnoza wyjściowa (10)

Priorytety (10)

Program działania (10) (harmonogram, metody działania, czas realizacji, podział zadań, adresaci, kosztorys)

Budowanie sieci realizatorów (10)

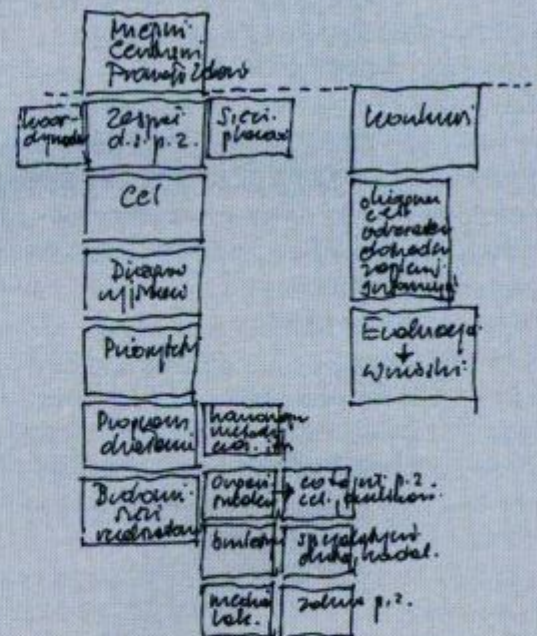
Organizacja szkoleń (10) (zakres promocji zdrowia, co to jest p.z., szkolenia specjalistyczne np. kardiologiczne, dietetyczne)

Wydawanie biuletynu informacyjno-edukacyjnego (10)

Pozyskiwanie lokalnych mediów (10) programy informacyjno-edukacyjne.

Konkurs (10) (diagnoza, cel, grupa osób objętych programem - ilość, zadania, doświadczenie, kwalifikacje, zaplecze, sponsorzy, cena, informacja po realizacji programu od realizatorów)

Ewaluacja, wnioski (10)



Ewa.
Lena.
Tępn.
Yarima

Grupa 3 (przedstawione w formie konstrukcji-budowli w kilku fazach i dwóch głównych grupach dotyczących personelu i pacjentów)

Profesjonalizm w zarządzaniu (10)
 Profesjonalizm usług wszelkich (10)
 Pacjenci, personel (4) (gwarancja pierwszego pozytywnego wrażenia - poczucia bezpieczeństwa)
 Nadzieja pacjentów na szybki powrót do zdrowia (7) (zaufanie do personelu i miejsca - standard)
 Stabilizacja finansowa personelu (0) (stymulatorem pracy zawodowej i życia w rodzinie)

Marketing (6) nowatorskie sprzedanie idei, walorów, podejścia na zewnątrz

Stały kontakt z pacjentem (1) (monitoring rodziny, koordynacja pracy socjalnej)

Identyfikacja z miejscem pracy (1) rzetelność wykonywanych obowiązków, zaangażowanie

Kreatywność w rozwiązywaniu problemów (4)

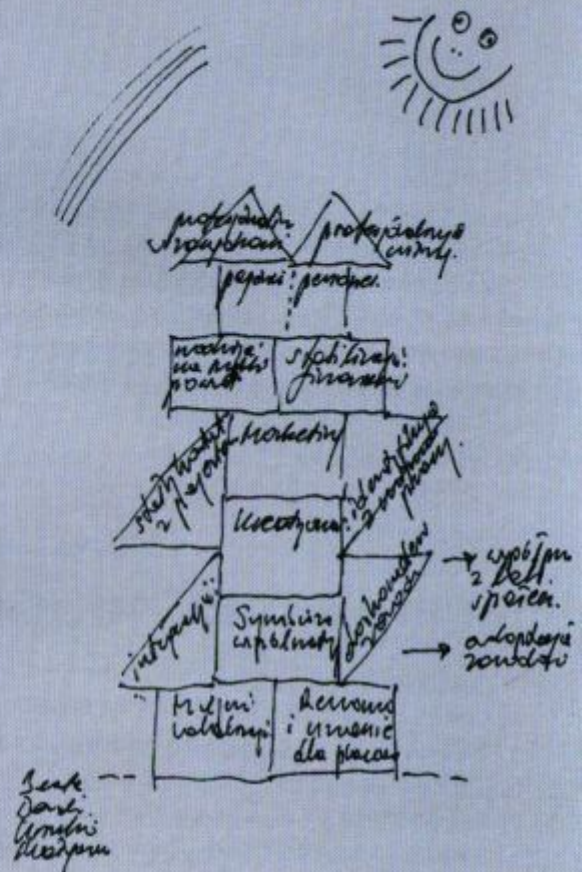
Symbioza wspólnoty bez podziału na role (1)

Integracja z lokalną społecznością (5)

Ciągle doskonalenie zawodowe i podnoszenie kwalifikacji (5)

Miejsce - lokalizacja (10) (cisza, spokój, komunikacja)

Renoma i uznanie dla placówki (10)



Grupa 4 (przedstawione na planie drzewa: korzenie, pień, korona)

Współpraca z pacjentem i rodziną w procesie rozwiązywania problemów zdrowotnych (7)

Partnerska współpraca załogi / personelu, relacja lekarz-pacjent (7)

Misja placówki, identyfikacja personelu z placówką i jej celami (5)

Zdrowie jako wartość (9)

Szpital przyjazny pacjentowi i rodzinie (7)

Styl życia (5)

Wyodrębnienie budżetu na promocję zdrowia (0)

Świadomość dyrekcji placówki w realizacji promocji zdrowia (2)

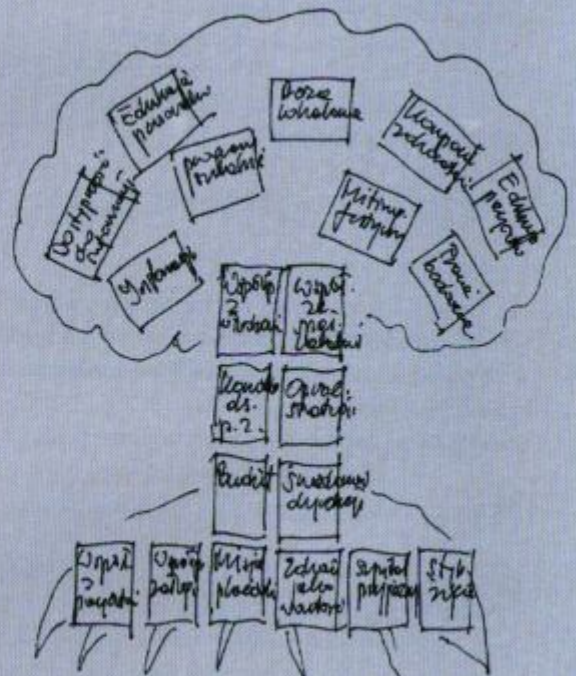
Stworzenie komórki ds. promocji zdrowia i powołanie koordynatorów w oddziałach i poradniach (1)

Opracowanie strategii działania (1) (cele, zadania, narzędzia, ewaluacja)

Współpraca (4) (z organem założycielskim, władzami lokalnymi, NFZ, mediami, POZ, lekarzami

rodzinnymi, prywatnymi gabinetami lekarskimi)

Współpraca ze społecznością lokalną (3)



(cd. str. 28)

Informacja (7)
 Dostępność do informacji (7)
 Edukacja personelu (7)
 Programy zdrowotne (5)
 Baza lokalowa (8)
 Mitingi, festyny, konferencje, sympozja (5)
 Kampania zdrowotna (5) (art. do prasy, audycje)
 Edukacja pacjentów i rodzin, szkoła zdrowia (6)
 Praca badawcza (6)

Wyniki prac fazy III

Każda z grup przedstawia minimum 5 działań, które są niezbędne dla uruchomienia UREALNIONEJ WIZJI oraz uzasadnia wybór.

Grupa 1 (Jola K, Katarzyna, Jola Z., Teresa H.)

1. Klimat sprzyjający działaniu - inicjacja szefa.
2. Powołanie zespołu, wiedza i doświadczenie.
3. Partnerstwo w działaniu.
4. Zaplecze kadrowe.
5. Dane epidemiologiczne.
6. Adresaci programu.

Grupa 2 (Ewa, Lena, Teresa, Janina)

Diagnoza wyjściowa

1. Określenie rodzaju danych.
2. Opracowanie narzędzi badawczych.
3. Zebranie danych np. PIS, PIP, urząd statystyczny, szpitale, sanepid.
4. Przeprowadzenie badań ankietowych.
5. Opracowanie danych.

Grupa 3 (Darek, Ula, Małgorzata, Beata)

1. Analiza zapotrzebowania.
2. Inwestor (partnerstwo publiczne i prywatne, kapitał prywatny).
3. Profesjonalizm (przygotowanie placówki pod kątem doboru kadr w zarządzaniu, dobór kadr pod kątem realizacji usług medycznych i pochodnych).
4. Marketing usług i placówki.
5. Intergracja załogi pod kątem realizacji idei - symbioza.

Grupa 4 (Grażyna, Ewa, Teresa, Wiesława)

1. Stworzenie zespołu ludzi zainteresowanych promocją zdrowia.
2. Analiza sytuacji w danej placówce (słabe i mocne strony).
3. Opracowanie planu minimum.
4. Zainteresowanie problemem dyrekcji i uzyskanie poparcia.
5. Pozyskanie poparcia pozostałego personelu, władz lokalnych, szukanie sponsorów.

Ocena warsztatów i wnioski

- Warsztaty przez wszystkich uczestników zostały ocenione pozytywnie (nie jest znana opinia i ocena dwóch osób, które wyszły przed zakończeniem)
- Większość uczestników wskazywała na zaskoczenie, co do formy prowadzenia (metoda aktywna), ale też wyraziła swoje zadowolenie z wysiłku przed jakim zostali postawieni
- Wszyscy zgodni byli co do wartości różnorodności podejść w rozwiązywaniu zadania oraz wskazywali na poznawcze wartości takiej sytuacji
- Większość wyraziła swoją gotowość do poznawania kolejnych problemów promocji zdrowia w odniesieniu do swojego miejsca pracy.
- Wszyscy wskazywali na bardzo trudne uwarunkowania zewnętrzne w rozpoczynaniu, czy kontynuowaniu działań na rzecz promocji zdrowia w swojej placówce.

wytnij lub skopiuj

Drodzy Czytelnicy,

Minęły cztery lata od ostatniej opinii Czytelników na temat kwartalnika „Promotor Zdrowia”. Zwracamy się ponownie do Państwa o wyrażenie swojej opinii poprzez postawienie znaku X w odpowiednich okienkach oraz wpisanie krótkich odpowiedzi.

1. „Promotor zdrowia” czytam

regularnie	☐
od czasu do czasu	☐
b.nieregularnie	☐
2. W mojej pracy jest

b.przydatny	☐
częściowo przydatny	☐
nie przydatny	☐
3. Do mocnych stron pisma zaliczam.....
4. Do słabych stron pisma zaliczam
5. Proponuję zmienić

Ankiety proszę dostarczyć lub wysłać na adres:

Zakład Psychologii AWF, ul Paderewskiego 35, Wrocław 51-612, budynek P-1, p. 21 (z dopiskiem na kopercie - ANKIETA PROMOTORA).

Dla pierwszych 50. czytelników, którzy wyrażą swoją opinię i podadzą adres zwrotny przygotowaliśmy SCENARIUSZE PROMOTORA ZDROWIA lub zestawy PROMOTORÓW ZDROWIA (numery archiwalne). Dziękujemy.
(przy braku miejsca, proszę napisać na dodatkowej kartce).

Ankieta Promotora



ku Europie

DEKLARACJA BUDAPESZTEŃSKA

Deklaracja jest efektem pracy zespołu roboczego, powołanego w celu ustalenia kryteriów dla szpitali promujących zdrowie. Spotkanie zespołu odbyło się pod auspicjami Światowej Organizacji Zdrowia w Budapeszcie, w dniach 31 maja i 1 czerwca 1991 roku, a hasłem konferencji było „Kolejne kroki na drodze do Szpitala Promującego Zdrowie”.

I. CELE „SZPITALA PROMUJĄCEGO ZDROWIE”

Stawiane wymagania odnoszą się do szpitali Międzynarodowej Sieci Szpitali Promujących Zdrowie WHO - oraz wszystkich innych sieci, identyfikujących się z ruchem powstałym w Budapeszcie.

Poza zapewnieniem dobrej jakości świadczeń medycznych i opieki zdrowotnej, Szpital Promujący Zdrowie powinien:

1. Zapewniać na całym swoim terenie możliwość rozwoju działań prozdrowotnych, w zakresie planowania, aktywności i struktur organizacyjnych.
2. Rozwijać powszechne identyfikowanie się całego szpitala, jako realizatora celów Szpitala Promującego Zdrowie.
3. Rozwijać świadomość wpływu środowiska szpitalnego na zdrowie pacjentów, personelu i społeczeństwa. Środowisko fizyczne budynków szpitalnych powinno wspierać, utrzymywać i poprawiać proces zdrowienia.
4. Zachęcać do udziału i aktywnej roli pacjentów w omawianym procesie, zgodnie z ich określonym potencjałem zdrowotnym.

5. Zachęcać do aktywnego udziału we wszelkich działaniach na rzecz pozyskiwania zdrowia na terenie całego szpitala.

6. Tworzyć zdrowe warunki pracy dla całego personelu szpitalnego.

7. Starać się uczynić Szpital Promujący Zdrowie wzorem świadczeń prozdrowotnych i wzorowym miejscem pracy.

8. Promować i utrzymywać współpracę na rzecz promocji zdrowia, w oparciu tak o społeczne inicjatywy, jak i lokalną administrację.

9. Podnieść na wyższy poziom porozumiewanie się i współpracę z istniejącymi społecznymi służbami, dostarczającymi świadczeń opiekuńczych i zdrowotnych w danej społeczności.

10. Zwiększyć zakres wsparcia udzielanego przez szpital pacjentom i ich rodzinom, za pomocą społecznych działań socjalnych i zdrowotnych oraz / lub za pomocą dostarczania ich przez grupy ochotnicze i organizacje.

11. Identyfikować i tworzyć w szpitalu specyficzne grupy zadaniowe (na przykład: wiekowe, odnoszące się do czasu trwania choroby, itp.) zgodnie z ich potrzebami zdrowotnymi.

12. Uwzględniać różnice w wartościowaniu podstaw, potrzeb i warunków kulturowych jednostek i różnych grup danej społeczności.

13. Tworzyć środowisko godne człowieka, wspierające i pobudzające do życia, przede wszystkim pacjentów chorych przewlekle i długo przebywających w szpitalu.

14. Podnieść jakość i urozmaicenie promujących zdrowie świadczeń żywieniowych dla pacjentów i personelu.



15. Zwiększyć dostarczanie i poprawić jakość programów informacyjnych, porozumiewawczych i edukacyjnych, a także doskonalić umiejętności pacjentów i ich rodzin (w dziedzinie zachowania zdrowia).

16. Zwiększyć dostarczanie i poprawiać jakość programów edukacyjnych, oraz doskonalić umiejętności personelu.

17. Rozszerzyć bazę danych epidemiologicznych szpitala, szczególnie dotyczących zapobiegania chorobom i urazom, oraz udostępnić te informacje lokalnym twórcom polityki społecznej i innym instytucjom danej społeczności.

II. KRYTERIA DLA SZPITALA PROMUJĄCEGO ZDROWIE

Zalecenia podstawowe i szczegółowe odnoszą się do wszystkich form zaangażowania w Projekt, jednak w szczególności do szpitala kandydata na Szpital Pilotowy.

Zalecenia podstawowe:

1. Przyjęcie zasad dotyczących Promocji Zdrowia, deklarowanych w **Karcie Ottawskiej**.
2. Przyjęcie „Celów i Zadań Programu Szpitala Promującego Zdrowie”, dotyczących uczestnictwa w Międzynarodowej Sieci Szpitali Promujących Zdrowie ŚOZ (tj. dot. **Deklaracji Budapeszteńskiej**).

Zalecenia szczegółowe:

Wymagania te odnoszą się do szpitali kandydujących do członkostwa w sieciach europejskich.

1. Stwierdzenie woli stania się Szpitalem Promującym Zdrowie przez właściciela, zarząd (dyrekcję) i personel szpitala. Wskazane jest przedstawienie odpowiedniego dokumentu na piśmie.

2. Wyrażenie chęci współpracy i zapewnienie finansowania programów współpracy z niezależną instytucją, w odniesieniu do planowania, konsultacji, dokumentacji, monitorowania i oceny (ewaluacji) działań. Ocena powinna być dokonywana w odstępach rocznych i wpływać na kierunki przyszłych działań.

3. Wyrażenie chęci rozwijania odpowiednich procesów i struktur organizacyjnych, opartych na projekcie głównym, w procesie realizacji celów Szpitala Promującego Zdrowie.

4. Ustanowienie Rady Projektu / Programowej /, lub rady o innej nazwie, w której skład wchodzi także przedstawiciele instytucji naukowych i/lub konsultacyjnych. Dokonanie nominacji lub wyboru kierownika Programu przez szpital, który będzie podległy Radzie Projektu.

5. Zapewnienie niezbędnych środków finansowych i personelu /etatu/ -ów, według ustaleń Rady Projektu.

6. Gotowość podjęcia się utworzenia przynajmniej pięciu (w sieci krajowej trzech) innowacyjnych, promujących zdrowie projektów /programów, odnoszących się do szpitala, do ludzi którzy w nim pracują, oraz do społeczeństwa, które ze świadczeń tego szpitala korzysta, z określeniem celów i zadań każdego z nich.

7. Publiczne dyskutowanie problemów promocji zdrowia, jak również możliwych działań na rzecz promocji zdrowia w szpitalach, poprzez:

- wewnętrzny Biuletyn Informacyjny,
- publiczne wykłady organizowane przez szpital.

8. Zapewnienie informacji, dotyczących oceny podjętych działań promocyjnych dla zdrowia, przynajmniej raz do roku, dla potrzeb: Rady Projektu / Programowej/, Zarządu (Dyrekcji), pracowników, społeczeństwa lokalnego i tych, którzy dostarczają środków finansowych, innych organizacji, zarówno lokalnych jak i krajowych, a także międzynarodowych, ze ŚOZ i instytucją koordynującą pracę sieci włącznie.

9. Wymiana doświadczeń poprzez współpracę / tworzenie sieci / z innymi szpitalami, szpitalami tworzącymi międzynarodową sieć Szpitali Promujących Zdrowie ŚOZ, siecią krajową (grupą wyznaczonych obserwatorów, spośród różnych instytucji zainteresowaną problematyką zdrowotną).

10. Powiązanie programów Szpitala Promującego Zdrowie, z odpowiednimi lokalnymi programami promocji zdrowia, a szczególnie z podjętymi i prowadzonymi działaniami w ramach programu „Zdrowa Szkoła”, „Zdrowe Miasta” itp.

11. Okres prospektywny dla programu wzorcowego wynosi 3 - 5 lat.



ku Europie



1. Sieci są dobre tylko dla celów sprawnej organizacji działań, ale już nie dla celów programowych.

sieci

9. Wszelka zorganizowana sieć dehumanizuje relacje interpersonalne.

sieci

PROMOTOR

2. Sieć to narzędzie nowej filozofii globalizacyjnej i w rezultacie jest czymś negatywnym.

sieci

10. Sieć i tylko sieć jest w stanie wymusić jakość pracy w obszarze promocji zdrowia.

sieci

PROMOTOR

3. U nas nie przyjmie się tego rodzaju idea, gdyż jesteśmy indywidualistami.

sieci

11. Dobra współpraca jest niczym innym jak właśnie rodzajem sieci różnych instytucji, grup i jednostek.

sieci

PROMOTOR

4. Sieć musi posiadać jedną organizację macierzystą, która udziela jej wsparcia.

sieci

12. Sieć jest cudownym ułatwieniem, cała praca rozłożona jest na kilkunastu partnerów

sieci

PROMOTOR

5. Sieci powinny być obligatoryjne dla wszystkich instytucji zajmujących się zdrowiem.

sieci

13. Sieć musi mieć bardzo sprawną grupę sterującą, która jest świadoma perspektywicznych celów.

sieci

PROMOTOR

6. W większości wypadków wszelkie sieci i ich „sukcesy”, to tylko urzędnicza propaganda i „bicie piany”.

sieci

14. Sieci, czy tego rodzaju grupy współpracy, wyrastają tylko na gruncie dojrzałej demokracji.

sieci

PROMOTOR

7. Sieci tylko wówczas mają sens, jeśli tworzone są przez ludzi twórczych i wiedzących czego chcą.

sieci

15. Nie bardzo czuję ideę sieci, jest dla mnie zbyt abstrakcyjna i kojarzy mi się z wirtualną rzeczywistością.

sieci

PROMOTOR

8. Podstawą tworzenia sieci jest wyposażenie ludzi w najnowocześniejszy sprzęt.

sieci

16. Sieć nie może rozwijać się spontanicznie, przez włączanie coraz większej liczby zainteresowanych, bo inaczej stanie bezwładną organizacją.

sieci

PROMOTOR

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

Cel „Gry w karty”

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

Założenia ogólne gry

W grze bierze udział ok. 30 osób.

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

Założenia szczegółowe gry

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

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

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

Życzymy mądrej gry!

Redakcja